

NONO LIBRO BIANCO SULLE DROGHE



I dossier di **FUORILUOGO.it**

NONO LIBRO BIANCO SULLE DROGHE

Edizione 2018 sui dati del 2017

Indice

SI PENSAVA A QUALCOSA DI MEGLIO pag. 3
Introduzione di Stefano Anastasia e Franco Corleone

SOMMARIO DEI CONTENUTI pag. 7

DROGHE E REPRESSIONE

**TORNA LA REPRESSIONE SULLE DROGHE.
AUMENTANO I DETENUTI E LE SANZIONI PER I CONSUMATORI** pag. 11
a cura di Maurizio Cianchella

DROGHE E SALUTE, IL SISTEMA DEI SERVIZI

INTRODUZIONE pag. 25

UNA RELAZIONE POVERA, PER SERVIZI IMPOVERITI pag. 27
Leopoldo Grosso

COME INTERCETTARE PRECOCEMENTE LA NUOVA UTENZA pag. 29
Felice A. Nava

LE ESPERIENZE INNOVATIVE NASCOSTE pag. 31
Angelo Giglio

UN SALTO DI QUALITÀ, PER VINCERE L'IDEOLOGIA REPRESSIVA pag. 33
Stefano Cecconi e Denise Amerini

**IL SISTEMA DI INTERVENTO
DI FRONTE AI CONSUMI CHE CAMBIANO** pag. 35
Riccardo De Facci

RIDUZIONE DEL DANNO, L'ANOMALIA ITALIANA pag. 39
Susanna Ronconi

**LINEE PER L'INNOVAZIONE.
IL NUOVO MODELLO DI AUTOREGOLAZIONE** pag. 43
Conversazione di Grazia Zuffa con Stefano Vecchio

UNA RELAZIONE IN CERCA DI AUTORE pag. 49
Hassan Bassi

**AUTOREGOLAZIONE, UN MODELLO
PER L'INTERO SISTEMA DEI SERVIZI** pag. 51
Henri Margaron

LA RICERCA SULLE DROGHE E VALUTAZIONE DELLE POLITICHE

LA SVOLTA DI CUI C'È BISOGNO pag. 53

Segue

RICERCHE A INDIRIZZO FARMACOLOGICO E NEUROSCIENTIFICO FINANZIATE DAL DIPARTIMENTO ANTIDROGA pag. 61

IL CERVELLO “MALATO”, QUEL CHE LA SCIENZA (NON) CI DICE pag. 63
Henri Margaron

NEUROCENTRISMO E NEURORIDUZIONISMO, LE RICADUTE NELLA RICERCA pag. 65
Maurizio Coletti

POLITICHE SULLE DROGHE E DIRITTI UMANI, DEFINIZIONE DEL PROBLEMA pag. 69
Patrizia Meringolo

POLITICHE INTERNAZIONALI

DROGHE. LA CANNABIS SOSPINGE LA RIFORMA pag. 73
Leonardo Fiorentini, Marco Perduca

LEGALIZZAZIONE DELLA CANNABIS E TRATTATI INTERNAZIONALI SULLA DROGA pag. 81
Grazia Zuffa

CANNABIS, I MITI E I FATTI DELLA LEGALIZZAZIONE pag. 87

LETTURE

IL DIBATTITO ITALIANO SULLA CANNABIS pag. 89

CANNABIS. UN UTILE MANUALE PER LA POLITICA pag. 90

LE POLITICHE EUROPEE ALLA PROVA DELLE RIFORME pag. 91

APPENDICE. LE PROPOSTE LEGISLATIVE

PROPOSTA DI LEGGE: Modifiche al testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, in materia di depenalizzazione del consumo di sostanze stupefacenti, di misure alternative alla detenzione e di programmi di riduzione del danno pag. 94

PROPOSTA DI LEGGE: Norme a tutela della salute per la regolamentazione del consumo, la produzione ed il commercio della cannabis e dei prodotti da essa derivati, per la prevenzione e la ricerca in materia di dipendenze pag. 102

PROPOSTA DI LEGGE DI INIZIATIVA POPOLARE: Norme per la regolamentazione legale della produzione, consumo e commercio della cannabis e suoi derivati pag. 107

Nono Libro bianco sulle droghe - Giugno 2018

A cura di Grazia Zuffa, Stefano Anastasia, Franco Corleone

Redazione: Hassan Bassi, Maurizio Cianchella, Leonardo Fiorentini, Marco Perduca

Copyright 2018 - testi riproducibili liberamente citando autore e fonte

Le precedenti edizioni del Libro Bianco sono disponibili su fuoriluogo.it/librobianco

Questa pubblicazione sostiene la campagna **Support. Don't punish.**

contro la criminalizzazione delle persone che usano sostanze

In copertina: disegno di M.Martz <http://lagalleriadimartz.blogspot.com>

In quarta di copertina: Manifesto del Linificio e Canapificio Nazionale, Italia, Novecento



Sergio Endrigo - Foto dal Radiocorriere, 22 febbraio 1970 via wikimedia

INTRODUZIONE

SI PENSAVA A QUALCOSA DI MEGLIO

Stefano Anastasia e Franco Corleone

“Si pensava a qualcosa di meglio”, avrebbe detto Sergio Endrigo, grande cantante e dolce poeta, del tempo che ci tocca di vivere.

Questo Libro Bianco sulla politica delle droghe, il nono, viene pubblicato alla conclusione di un lungo ciclo che ha visto protagonisti e vicende assai contrastanti, dalla approvazione della legge Fini-Giovanardi al dominio di Giovanni Serpelloni sul Dipartimento antidroga, dalla cancellazione della legge iperproibizionista e punitiva da parte della Corte Costituzionale a timide modifiche legislative.

Purtroppo, nonostante gli scenari

internazionali di riforma che si sono manifestati in questi anni, non si è attuato nessun conseguente cambio di orientamento politico; addirittura non si è più identificato un responsabile politico del governo per questo tema e si è lasciato a una pura gestione amministrativa il Dipartimento presso la Presidenza del Consiglio dei ministri.

Siamo di fronte a un cambiamento politico e vale la pena presentare un bilancio dell'iniziativa intrapresa quasi dieci anni fa da la Società della Ragione, Forum Droghe, Antigone e Cnca assieme a molti altri soggetti che nel tempo hanno aderito.

Il primo libro Bianco fu presentato a Trieste il 13 marzo 2009 in coincidenza della V Conferenza nazionale sulle droghe e in chiusura della Conferenza Onu di Vienna per la valutazione decennale delle politiche globali sulle droghe. Venivano analizzati i primi tre anni di applicazione della legge Fini-Giovanardi che aveva cancellato il referendum del 18 aprile 1993 e cambiato radicalmente la già repressiva legge Iervolino-Vassalli, nota come Dpr 309/90. Nella presentazione si sottolineava la valenza prioritariamente sociale della questione droghe e si poneva come sfida quella di liberare i tossicodipendenti dal carcere e si denunciavano le gravi condizioni di sovraffollamento carcerario. Alessio Scandurra metteva in luce le difficoltà della valutazione dei dati della prima applicazione della legge, tenendo conto delle incertezze applicative e della approvazione dell'indulto nel 2006. Comunque nel 2008 la popolazione detenuta per violazione dell'art. 73 (detenzione e piccolo spaccio) raggiungeva la punta del 38% e i tossicodipendenti presenti si attestavano al 27%.

Dal secondo Libro Bianco (giugno 2011) emergeva il dato certo che la repressione puntava al basso, alla punizione dell'area di contiguità tra uso e piccolo spaccio di droghe. Si rivelava anche il raddoppio delle sanzioni amministrative dal 2006 al 2010 e l'aumento percentuale dei tossicodipendenti sia sul totale dei presenti che sugli ingressi. Infine si registrava il raddoppio dei ristretti per violazione dell'art. 73 dal 2006 al 2010 e la diminuzione degli affidamenti e delle misure alternative.

Tre questioni centrali venivano esaminate: le criticità della Relazione al Parlamento e i rilievi metodologici che impediscono una valutazione delle politiche pubbliche presentate da Grazia Zuffa; una proposta di modifica del Dpr 309/90 elaborata da Sandro Margara sulla scorta dei contenuti di un seminario su droga e carcere svoltosi a Firenze nel marzo 2011; la denuncia

del sovraffollamento rappresentato dalla insopportabile cifra di 68.000 detenuti.

Il terzo Libro Bianco del 2012 si caratterizzava per la questione di incostituzionalità della legge Fini-Giovanardi elaborata da Luigi Saraceni sulla scorta delle riflessioni emerse nei seminari internazionali di Siracusa e di Udine organizzati dalla Società della Ragione. Si riapriva così, dopo un lungo scacco, la prospettiva di una riforma della legislazione vigente.

Il quarto Libro Bianco pubblicato nel 2013 confermava l'aumento della repressione e del sovraffollamento con uno sguardo d'insieme sugli effetti penali e sanzionatori dei sette anni di applicazione della legge antidroga (2006-2012). Veniva denunciata la mancanza dei dati relativi al quinto comma dell'articolo 73, relativo ai fatti di lieve entità e veniva avanzata la proposta che tale previsione venisse adottata come fattispecie autonoma e non come attenuante.

Il quinto Libro Bianco del 2014 segnalava la vittoria davanti alla Corte Costituzionale sulla incostituzionalità della legge Fini-Giovanardi e ci si interrogava sul dopo. Va segnalato oltre al ruolo fondamentale di Luigi Saraceni, la illustrazione della tesi dell'incostituzionalità davanti alla Consulta da parte di Giovanni Maria Flick. Nel Libro Bianco venivano posti temi scottanti: Test sui lavoratori e test sulla guida, misure alternative, realtà dei Sert e delle comunità. Una questione delicata era rappresentata dal nodo della rideterminazione della pena per i condannati sulla base della illegittima legge Fini-Giovanardi, su cui alla fine si espresse la Corte di Cassazione.

Il sesto Libro Bianco del 2015 rappresentava una situazione di transizione. Finalmente Giovanni Serpelloni lasciava la guida del Dipartimento antidroga, sostituito dalla dr.ssa Patrizia De Rose. Le piccole riforme contribuivano a ridurre le presenze in carcere a 54.000 persone per rispondere alla condanna della Cedu. Le proposte di riforma della legislazione, sia nel

senso della riduzione del danno e della decriminalizzazione del consumo che nel senso della legalizzazione dei derivati della cannabis, venivano presentate dall'on. Marisa Nicchi e dal sen. Luigi Manconi. Si formava anche l'intergruppo per la legalizzazione della canapa lanciato da Benedetto Della Vedova.

Il settimo Libro Bianco (2016) poneva sin dall'introduzione il dilemma sulle prospettive della politiche sulle droghe dopo Ungass 2016. Purtroppo l'apertura sul fronte internazionale espressa dalle parole del ministro della Giustizia Orlando in occasione dell'Assemblea delle Nazioni unite non ha avuto ricadute sulla legislazione italiana. La Corte Costituzionale ha preso una decisione significativa accogliendo un'altra questione di costituzionalità e ha cassato l'art. 75bis che prevedeva un aggravamento delle sanzioni amministrative, ma gli Stati Generali sul carcere e sulla pena hanno trascurato la questione delle droghe se non con qualche riferimento alle misure alternative per i tossicodipendenti e per altro non si sono tradotti in una riforma dell'ordinamento penitenziario.

Va ricordato che a Udine e Milano, dopo Genova, si sono tenute delle conferenze dal basso in assenza della Conferenza governativa. Va anche segnalato che il Consiglio regionale del Friuli Venezia Giulia con una legge voto ha chiesto al Parlamento di discutere e approvare la proposta depositata alla camera e al Senato dall'on. Fossati e dal sen. Lo Giudice.

L'ottavo Libro Bianco presentato nel giugno 2017, sempre mesi prima della relazione del Dipartimento antidroga guidato ora dalla dr.ssa Contento non ha potuto che registrare che "il nulla ha prevalso". E così le associazioni impegnate da anni su questo fronte hanno deciso di presentare una diffida giudiziaria verso il Governo per inadempienza rispetto al dovere previsto dal comma 15 dell'articolo 1 del Dpr 309/90 sulla convocazione di una Conferenza

triennale allo scopo anche di suggerire al parlamento le necessarie modifiche alla legislazione. L'ultima conferenza, per altro blindata e senza dibattito, risale al 2009 e l'ultima di reale confronto al 2001 a Genova. Unica nota positiva recente, l'inserimento nei Lea della riduzione del danno e un maggiore spazio per la canapa terapeutica. Tutti sul tappeto restano i problemi aperti o irrisolti: la riunione dell'Onu a Vienna nel 2019, la presentazione delle due proposte di legge sulla legalizzazione della canapa e di revisione radicale del Dpr 309/90, la richiesta ultimativa per la convocazione della Conferenza nazionale sulla politica delle droghe, la ridefinizione della natura e dei compiti del Dipartimento antidroga, un confronto sulle soluzioni che emergono in tanti paesi in Europa e nel mondo.

Intanto, questo libro bianco ci racconta del ritorno dell'affollamento penitenziario e del ruolo che, in esso, gioca ancora una volta la legislazione proibizionista in materia di droghe. Se gli ingressi in carcere hanno cominciato ad aumentare dallo scorso anno, quelli per violazione delle legislazione sugli stupefacenti guidano l'incremento, costituendone quasi il 30%, quanti non erano dal 2013. Se i detenuti in carcere aumentano, percentualmente aumentano di più quelli per reati di droga. Un quarto dei detenuti è tossicodipendente e solo una piccola parte di loro riesce ad accedere alle alternative al carcere pure per loro prescritte. Come potrà vedersi nella consueta analisi delle conseguenze penali e sanzionatorie della legislazione vigente, abbiamo provato a ipotizzare un carcere senza normativa proibizionista e tossicodipendenti: invece di costruirne di nuove, alcune carceri potrebbero essere chiuse.

E hanno ripreso a crescere anche le segnalazioni ai prefetti dei semplici consumatori, caduti anche loro nella rete dei maggiori controlli e dell'ossessione securitaria: 40.524 segnalazioni (all'80% per possesso di cannabinoidi), 15.581 sanzioni e

solo 86 richieste di programmi terapeutici. E' solo l'ultimo contributo annuale di una inutile macchina sanzionatoria che ingolfa uffici amministrativi e di polizia e che in quasi trent'anni ha coinvolto più di un milione e duecentomila persone.

Ce n'è quanto basta per continuare a chiedere un cambiamento politico, culturale e legislativo che rimetta l'Italia tra le Nazioni che stanno cercando e sperimentando vie nuove per la prevenzione dei rischi dell'abuso di droghe e della loro proibizione. L'anno prossimo ci attende un nuovo appuntamento di confronto presso le Nazioni unite e dovremmo arrivarci, quanto meno, avendo fatto una vera Conferenza nazionale, come quella prevista dalla legge e dimenticata dai tempi del compianto Ministro Veronesi.

Il taglio originale di questo Libro Bianco che chiude una stagione è stato discusso dalla Assemblea annuale della Società della Ragione svoltasi a Firenze il 19 aprile di quest'anno. Su proposta di Grazia Zuffa, eletta Presidente dell'associazione si è deciso di mettere al centro della riflessione sulla politica delle droghe, oltre alla tradizionale analisi dei dati sugli effetti penali e sul carcere provocati dalla legge antidroga curata da Maurizio Cianchella, la fotografia della realtà dei servizi pubblici e del privato sociale, legati ai nuovi consumi e lo stato della ricerca scientifica sul fenomeno in continua evoluzione.

Questa parte mette in luce i limiti della relazione del Dipartimento politiche antidroga che offre un quadro statico e datato, assolutamente privo di indicazioni per i parlamentari e gli operatori. Un altro suo limite grave è rappresentato dalla assenza del punto di vista dei consumatori che sono confinati nel ruolo di vittime della repressione o di malati da curare, senza valorizzare la loro soggettività. La Relazione del Governo ormai non è più stampata ed è consultabile solo on line e, cosa più incredibile, non è mai discussa dal Parlamento. Vogliamo sperare che la Camera e il Senato della XVIII legislatura, con una presenza alta di neoeletti che speriamo curiosi di conoscere per deliberare, abbandonino questa cattiva abitudine e discutano questo tema che ha riflessi internazionali, culturali e sociali, assolutamente strategici.

Alle deputate e alle senatrici, ai deputati e ai senatori, è dedicato questo Libro Bianco che offre anche un quadro dei cambiamenti legislativi che si stanno consolidando in molti Paesi, dall'Uruguay al Canada passando da molti stati degli Stati Uniti.

In appendice, lettori e curiosi ritroveranno le nostre proposte per la riforma del testo unico sulle sostanze stupefacenti e per la legalizzazione della cannabis. Possono essere criticate e contestate: l'importante è che se ne discuta e che si esca finalmente dall'immobilismo politico sul tema delle droghe.

Sommario dei contenuti

TORNA LA REPRESSIONE SULLE DROGHE. SERVIZI AL PALO. MANCA LA RICERCA INDIPENDENTE.

DROGHE E GIUSTIZIA. I dati in pillole

A 28 anni dalla sua approvazione l'impianto repressivo e sanzionatorio che ispira l'intero Testo Unico sulle sostanze stupefacenti Jervolino-Vassalli continua a essere il principale veicolo di ingresso nel sistema della giustizia italiana e nelle carceri.

QUASI IL 30% DEI DETENUTI ENTRA IN CARCERE PER UN ARTICOLO DI UNA LEGGE

14.139 dei 48.144 ingressi in carcere nel 2017 sono stati causati da imputazioni o condanne sulla base dell'art. 73 del Testo unico. **Si tratta del 29,37% degli ingressi in carcere:** si conferma l'inversione del trend discendente attivo dal 2012/13 a seguito della sentenza Torreggiani della CEDU e dall'adozione di politiche deflative della popolazione detenuta.

IL 34,5% DEI DETENUTI LO È PER LA LEGGE SULLE DROGHE. AUMENTANO DELL'8,5% I PESCI PICCOLI

13.836 detenuti presenti in carcere al 31 dicembre 2017 lo erano a causa del solo art. 73 del Testo unico (sostanzialmente per detenzione a fini di spaccio). **Altri 4.981 in associazione con l'art. 74** (associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope), **solo 976 esclusivamente per l'art. 74.** Mentre questi ultimi rimangono sostanzialmente stabili aumentano dell'8,5% i detenuti per solo art. 73. **Si tratta complessivamente del 34,36% del totale.** I "pesci piccoli" continuano ad aumentare, mentre i consorzi criminali restano fuori dai radar della repressione penale.

UN QUARTO DELLA POPOLAZIONE DETENUTA È TOSSICODIPENDENTE. RECORD DEGLI INGRESSI IN CARCERE DI PERSONE CON USO PROBLEMATICO DI SOSTANZE: 34,05%

14.706 dei 57.608 detenuti al 31/12/2017 sono tossicodipendenti. Il 25,53% del totale. Si consolida l'aumento dopo che il picco post applicazione della Fini-Giovanardi (27,57% nel 2007) era stato riassorbito a seguito di una serie di interventi legislativi correttivi. **Preoccupa l'impennata degli ingressi in carcere, che toccano un nuovo record: il 34,05% dei soggetti entrati in carcere nel corso del 2017 era tossicodipendente.**

LA LEGGE SULLE DROGHE SI CONFERMA IL VOLANO DELLE POLITICHE REPRESSIVE E CARCERARIE. SENZA DETENUTI PER ART. 73, O SENZA TOSSICODIPENDENTI, NON SI AVREBBE SOVRAFFOLLAMENTO NELLE CARCERI

Nel 2017 si conferma l'aumento delle presenze in carcere, dopo alcuni anni di diminuzione, e aumenta la percentuale di detenuti per violazione della legge sulle droghe. **La legislazione sulle droghe e l'uso che ne viene fatto sono decisivi nella determinazione dei saldi della repressione penale:** la decarcerizzazione passa attraverso la decriminalizzazione delle condotte legate alla circolazione delle sostanze stupefacenti così come le politiche di tolleranza zero e di controllo sociale coattivo si fondano sulla loro criminalizzazione. Basti pensare che in assenza di detenuti per art. 73. o di quelli dichiarati tossicodipendenti, non vi sarebbe il problema del sovraffollamento carcerario, come indicato dalle simulazioni prodotte in questo libro bianco.

AUMENTANO LE MISURE ALTERNATIVE MA RESTANO MARGINALI QUELLE SPECIFICHE PER I DETENUTI CHE USANO SOSTANZE

Le misure alternative

Un dato positivo arriva dalle misure alternative, in crescita lieve ma costante negli ultimi anni. Il fatto che il trend prosegua oltre la inversione di tendenza nella popolazione detenuta databile dal 2016 lascia ben sperare per una autonomia delle misure penali di comunità. Restano marginali le misure alternative dedicate: 3.146 sono i condannati ammessi all'affidamento in prova speciale per alcool e tossicodipendenti su 14.706 detenuti tossicodipendenti.

LA REPRESSIONE SI ABBATTE SUI CONSUMATORI. RISPETTO AL 2015 +40% DI SEGNALAZIONI EX ART. 75 PER CONSUMO DI SOSTANZE, QUADRUPPLICANO I MINORI SEGNALATI E AUMENTANO DEL 15% LE SANZIONI AMMINISTRATIVE. SU 35.860 PERSONE SEGNALATE SOLO 86 RICHIESTE DI PROGRAMMA TERAPEUTICO MENTRE IL 43,45% VIENE COLPITO DA SANZIONE. L'80% PER CANNABIS.

Le segnalazioni e le sanzioni amministrative del consumo di droghe illegali

Ulteriori conferme sul ritorno dei processi di controllo coattivo della detenzione e dell'uso di sostanze stupefacenti ci vengono dalle segnalazioni ex art. 75, relative al possesso di sostanze stupefacenti per uso personale, soggetto a sanzioni di tipo amministrativo. **Continuano ad aumentare le persone segnalate al Prefetto per consumo di sostanze illecite: da 27.718 del 2015 a 38.613 del 2017: +39,30% (+18,13% rispetto al 2016).** **Si conferma l'impennata delle segnalazioni dei minori che quadruplicano rispetto al 2015. Aumenta sensibilmente anche il numero delle sanzioni: da 13.509 nel 2015 a 15.581 nel 2017: +15,33% (+18,42% rispetto al 2016).** Risulta irrilevante la vocazione "terapeutica" della segnalazione al Prefetto: **su 35.860 persone segnalate solo 86 sono state sollecitate a presentare un programma di trattamento socio-sanitario;** 10 anni prima erano 3.008. Le sanzioni amministrative riguardano invece il 43,45% dei segnalati, percentuale in aumento rispetto all'anno precedente. La segnalazione al prefetto dei consumatori di sostanze stupefacenti ha quindi natura principalmente sanzionatoria. **La repressione colpisce per quasi l'80% i consumatori di cannabinoidi (78,69%),** seguono a distanza cocaina (14,39%) e eroina (4,86%) e, in maniera irrilevante, le altre sostanze. **Dal 1990 1.214.180 persone sono state segnalate per possesso di sostanze stupefacenti ad uso personale;** di queste il 72,81% per derivati della cannabis (884.044)

A SOLO L'1,23%* DEI CONDUCENTI COINVOLTI IN INCIDENTI STRADALI VIENE CONTESTATA LA GUIDA SOTTO INFLUENZA DI STUPEFACENTI
(*DATI PARZIALI, POLIZIA DI STATO 2017)

Le violazioni dell'art. 187 del codice della strada

Restano significativi i dati rispetto alle violazioni dell'art. 187 del Codice della Strada, ovvero guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti. I dati disponibili, parziali (Polizia Stradale 2017) indicano che solo l'1,23% dei conducenti coinvolti in incidenti stradali rilevati dalla sola Polizia Stradale è stato accusato di violazione dell'art. 187 del Codice della strada. Nell'edizione del Libro Bianco del 2017 avevamo presentato un'analisi più complessiva, con dati consolidati, della limitata rilevanza dell'uso di sostanze rispetto all'incidentalità.

DROGHE E SALUTE. Il sistema dei servizi.

Il Libro Bianco 2018 presenta un riepilogo dei dati sul funzionamento dei servizi delle dipendenze quali appaiono nelle Relazioni al Parlamento nell'arco dal 2012 al 2017.

Questo quadro solleva alcune domande, sia nel merito del sistema dei servizi, sia sulla completezza e utilità dei dati forniti dalle Relazioni, cui alcuni operatori e esperti hanno cercato di rispondere.

NON FUNZIONA PIÙ L'OFFERTA TERAPEUTICA BASATA SU VECCHI MODELLI DI CONSUMO DELLE SOSTANZE. NUOVI STILI DI USO A DIFFERENTI LIVELLI DI RISCHIO E DI DANNO NECESSITANO UNA NUOVA ARTICOLAZIONE DEI SERVIZI. IL SISTEMA ITALIANO È STATICO, IMPOVERITO IN TERMINI DI RISORSE UMANE E ECONOMICHE ED INCAPACE DI RILEVARE I CAMBIAMENTI DELLE MODALITÀ DI CONSUMO. LA RIDUZIONE DEL DANNO APPARE RELEGATA AI MARGINI, CON UN'OFFERTA LIMITATA E DISEGUALE SUL TERRITORIO. IL SUO INSERIMENTO NEI LEA PUÒ ESSERE UNA SVOLTA.

La vecchia divisione fra un numero limitato di consumatori altamente problematici e una platea di consumatori occasionali/ricreazionali non è più attuale. A questa lettura rispondeva un'offerta terapeutica "intensiva" per un'utenza altamente problematica, destinata a rimanere in carico dei SerD e/o delle comunità per molto tempo.

Nel mondo dei consumi esiste oggi una situazione più graduata e complessa, con molti differenti modelli di consumo associati a differenti livelli di rischio e di danno. Si assiste a una diversificazione degli stili e degli ambienti di uso, ma i medesimi consumatori possono cambiare nel tempo il loro modello di consumo, con frequenti oscillazioni. Ciò richiede un'articolazione dell'offerta dei servizi.

Questa nuova realtà dei consumi rimane in larga parte sconosciuta perché è carente, se non assente, la ricerca ufficiale sui modelli e gli stili di consumo, nonostante questo tipo di ricerca sia in grado di fornire una lettura più ampia dei consumi, oltre il "tunnel della droga", gettando le basi per un nuovo sistema dei servizi.

La Relazione mostra la fotografia di un sistema "statico", che ancora si regge sulle due gambe "SerD /comunità", secondo il modello degli anni novanta. La povertà dei dati non permette di rilevare gli interventi innovativi che già esistono: dai progetti di housing, alla formazione al lavoro, alla riduzione dei rischi.

I servizi si sono negli anni impoveriti, con gravi carenze di personale che penalizzano soprattutto gli interventi psicosociali. Occorre anche un rinnovamento culturale, superando l'attuale servizio "a risposta unica", organizzato come un ambulatorio e focalizzato sulla "patologia" del consumo: che non contrasta, anzi asseconda lo stigma sociale.

La Riduzione del Danno è la grande assente nei dati ufficiali della Relazione, quanto si sa è frutto del lavoro delle ONG. In Europa la riduzione del danno è un "pilastro" delle politiche pubbliche, il suo sviluppo può consentire di superare il vecchio sistema basato su SerD-comunità, potenziando o inaugurando una serie di interventi chiave: dai dropin agli infoshop (servizi di consulenza per un uso più sicuro), dal drug checking alle stanze del consumo. In Italia la Riduzione del danno è ancora la Cenerentola, l'inserimento nei Livelli Essenziali di Assistenza può rappresentare una svolta.

RICERCA SULLE DROGHE E VALUTAZIONE DELLE POLITICHE

LA RICERCA SULLE DROGHE È "FARMACOCENTRICA" E MANCA UN APPROCCIO PSICOSOCIALE CHE AFFRONTI CONTESTI E RAGIONI DEL CONSUMO. LO SQUILIBRIO SI È ACCENTUATO CON LA BRAIN RESEARCH I CUI RISULTATI SONO SPESSO INTERPRETATI IN MANIERA DISTORTA E SCARSAMENTE SCIENTIFICA. DAL 2009 AL 2013 IL DPA HA FINANZIATO PER 1,5MLN DI EURO RICERCHE IN CAMPO FARMACOLOGICO E NEUROBIOLOGICO MA NESSUNA RICERCA PSICOSOCIALE SUI MODELLI DI CONSUMO. È NECESSARIA UNA SVOLTA NELLA POLITICA DELLA RICERCA, ANCHE PROMUOVENDO FINALMENTE LA VALUTAZIONE DELLE POLITICHE SULLE DROGHE CIRCA IL RISPETTO DEI DIRITTI UMANI

La ricerca sulle droghe è sempre stata orientata dal "farmacocentrismo", favorendo la ricerca farmacologica e biologica a scapito della ricerca psicosociale: anche se solo la ricerca psicosociale può farci conoscere le ragioni del consumo, come e in quali contesti le persone consumano, quali regole e meccanismi i consumatori cerchino di adottare per preservare le loro attività quotidiane. Queste conoscenze sono particolarmente utili per capire i consumi di droga e pianificare le opportune politiche.

Lo squilibrio a scapito della ricerca psicosociale si è accentuato con la fortuna della ricerca neurobiologica e della Brain Research, col risultato di un nuovo "neurocentrismo". La Brain Research, in particolare i risultati del Brain Imaging, sono spesso interpretati a sostegno della addiction theory, in maniera distorta e scarsamente scientifica. La addiction come malattia del cervello riconferma l'idea della dipendenza come "malattia cronica recidivante". Ma le droghe non alterano le strutture cerebrali e la dipendenza è la condizione di chi si trova a ripetere l'unica esperienza in grado di procurargli gratificazione. Tuttavia la Brain Research è entrata nel senso comune, svalutando gli interventi diversi da quelli medici farmacologici.

Dal 2009 al 2013, il Dipartimento Antidroga ha finanziato ricerche in campo farmacologico e neurobiologico per più di un milione e mezzo di euro. Nessuna ricerca psicosociale sui modelli di consumo e sui "controlli" dal punto di vista dei consumatori risulta essere stata finanziata dallo stesso Dipartimento.

La ricerca valutativa delle politiche della droga è stata storicamente trascurata e continua a esserlo, anche se la valutazione delle politiche in generale è sempre più ritenuta essenziale. Per le droghe, la valutazione circa il rispetto dei diritti umani è fondamentale, a causa dell'orientamento delle politiche tradizionali a favore dell'approccio penale penalizzando l'inclusione sociale e la protezione della salute.

E' necessaria una svolta nella politica della ricerca. Chiediamo: a) un Tavolo presso il DPA per costruire un piano di progettazione della ricerca, attraverso un processo di partecipazione della comunità scientifica e della società civile esperta (operatori, ricercatori indipendenti, associazioni attive nelle politiche sulle droghe, organizzazioni dei consumatori); b) un Panel di esperti internazionali per elaborare modelli di valutazione di impatto e di esito sulle politiche delle droghe e sulle legislazioni.

Gli altri contenuti del nono Libro Bianco.

All'interno del rapporto trovate anche una panoramica sulle novità legislative in tema di regolamentazione dell'uso ricreativo della cannabis in giro per il mondo e della compatibilità di questo con le convenzioni internazionali, nonché una serie di letture consigliate.



il caffè proibito - Le guardie di Federico II di Prussia irrompono in un salotto in cerca di caffè

TORNA LA REPRESSIONE SULLE DROGHE. AUMENTANO I DETENUTI E LE SANZIONI PER I CONSUMATORI

a cura di Maurizio Cianchella

Da ormai 28 anni, ossia dall'approvazione della legge Jervolino-Vassalli e del relativo Testo Unico sulle sostanze stupefacenti, in Italia vige un sistema rigorosamente proibizionista della circolazione e dell'uso di alcune sostanze stupefacenti. Da allora di cose ne sono cambiate parecchie, a partire dal referendum abrogativo del 1993 che ha abolito le norme che prevedevano sanzioni penali per l'uso personale di sostanze illecite e la determinazione automatica dell'illecito sulla base della dose media giornaliera.

A peggiorare le cose è intervenuta nel 2006 la c.d. Legge Fini-Giovanardi, che ha inasprito le sanzioni e ha equiparato droghe leggere e droghe pesanti, con conseguenze deleterie per i tribunali, le carceri e, non da ultimo, per le persone colpite da questo aggravamento della legislazione.

Nel 2013 e nel 2014 due sentenze, una della Corte europea dei diritti umani e una della Corte Costituzionale, hanno ridotto i danni dell'assetto legislativo pre-vigente. La prima è la sentenza Torreggiani, con la quale la Corte Europea dei Diritti Umani ha condannato l'Italia per la violazione dell'articolo 3 della Convenzione. A causa del sovraffollamento carcerario, i diritti dei detenuti a un trattamento umano veniva violato e lo Stato italiano è stato chiamato

a risarcire i ricorrenti e a porre rimedio alle proprie carenze. Questa sentenza ha portato una riduzione degli ingressi e delle presenze in carcere che ha inevitabilmente riguardato anche gli ingressi e le presenze ex art. 73 DPR 309/90.

La seconda è stata la sentenza della Corte Costituzionale che ha dichiarato l'incostituzionalità della cd. legge Fini-Giovanardi per l'estraneità, rispetto all'oggetto e alle finalità del decreto-legge originario, delle norme sulle droghe aggiunte in sede di conversione. Le disposizioni censurate erano state infatti introdotte in sede di conversione di un d.l. il cui scopo era quello di fronteggiare le spese e le esigenze di sicurezza delle Olimpiadi invernali di Torino. Anche questa sentenza ha contribuito al calo degli ingressi e delle presenze in carcere (si è passati dai 63.020 ingressi del 2012 di cui 20.464 per violazione dell'art. 73 ai 45.823 ingressi del 2015, di cui 12.284 ex art. 73).

Anziché cogliere la palla al balzo per riformare profondamente la materia, il legislatore ha preferito mettere una toppa con la legge 79/2014; questa ha introdotto alcune novità, quali la fattispecie autonoma per i casi di spaccio di lieve entità, l'inserimento tra le droghe leggere di tutte le cannabis, la divisione delle sostanze in 5 Tabelle (rispetto alle 4 della legge lervolino-Vassalli e alle 2 della Fini-Giovanardi) e ha confermato la distinzione tra droghe leggere e droghe pesanti, già tornata in vigore dopo la sentenza della Corte costituzionale. Questo trend positivo di de-carcerizzazione si è purtroppo nuovamente invertito nel 2016 da quando, come titolava il Rapporto Antigone dello scorso anno, "Torna il carcere". Possiamo verificare questa nuova (vecchia) tendenza nelle tabelle che, come ogni anno, accompagnano questo nostro lavoro di ricerca e di analisi.

1. La situazione nelle carceri

Tornano ad aumentare gli ingressi in carcere, sia totali che ex art. 73 DPR 309/90 (Tabella 1). Questi ultimi aumentano anche dal punto di vista percentuale. Se nel 2015 i 12.284 ingressi ex art. 73 costituivano il 26,80% del totale, nel 2017 ci sono stati 14.139 ingressi, pari al 29,37% del totale.

**QUASI IL 30% DEI
DETENUTI ENTRA
IN CARCERE PER
UN ARTICOLO DI
UNA LEGGE**

Tab.1 . Ingressi negli istituti penitenziari e ingressi per violazione art.73, DPR 309/90. (2005-2017)

	Ingressi negli istituti penitenziari per qualsiasi reato			Ingressi per reati in violazione dell'art.73 DPR 309/90			Percentuale reati in violazione dell'art. 73 DPR 309/90 sul totale ingressi
Anno	Italiani	Stranieri	Totale	Italiani	Stranieri	Totale	Percentuale
2005	49.281	40.606	89.887	15.670	10.107	25.777	28,68%
2006	47.426	43.288	90.714	15.074	10.325	25.399	28,00%
2007	46.581	43.860	90.441	15.392	11.593	26.985	29,84%
2008	49.701	43.099	92.800	16.564	12.301	28.865	31,10%
2009	47.993	40.073	88.066	15.909	12.460	28.369	32,21%
2010	47.343	37.298	84.641	15.695	10.446	26.141	30,88%
2011	43.677	33.305	76.982	14.226	10.226	24.452	31,76%
2012	36.014	27.006	63.020	11.376	9.088	20.465	32,47%
2013	33.572	25.818	59.390	10.042	8.109	18.151	30,56%
2014	27.470	22.747	50.217	7.225	6.747	13.972	28,38%
2015	25.302	20.521	45.823	6.384	5.900	12.284	26,80%
2016	26.239	21.103	47.342	6.571	6.785	13.356	28,21%
2017	27.067	21.077	48.144	7.294	6.485	14.139	29,37%

Fonte: Dipartimento Amministrazione Penitenziaria - Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato - Sezione statistica

Come riscontriamo anche nelle tabelle successive, la normativa antidroga è il volano dei processi di carcerizzazione (e di deflazione penitenziaria); quando la repressione penale raggiunge il suo apice, tende a concentrarsi sui reati relativi al traffico di sostanze stupefacenti.

Tab. 2 - Presenze in carcere al 31.12 e presenze ex art. 73 e 74, DPR 309/1990. Valori assoluti e percentuali (2006-2017)

Anno	Detenuti presenti	Ristretti art.73	Ristretti art. 73 e 74	Ristretti art.74	Totale ristretti DPR 309/90	% ristretti DPR 309/90 rispetto ai presenti
2006	39.005	10.312	4.285	536	15.133	38,80%
2007	48.693	14.117	4.101	537	18.755	38,52%
2008	58.127	18.197	4.529	588	23.314	40,11%
2009	64.791	20.948	5.103	697	26.748	41,48%
2010	67.961	21.633	5.661	739	28.033	41,25%
2011	66.897	21.094	5.465	742	27.301	40,81%
2012	65.701	19.893	5.375	761	26.029	39,62%
2013	62.536	17.953	5.393	810	24.156	38,63%
2014	53.623	12.717	5.278	849	18.844	35,14%
2015	52.164	11.711	5.001	874	17.586	33,71%
2016	54.653	12.754	4.979	889	18.622	34,07%
2017	57.608	13.836	4.981	976	19.793	34,36%

Fonte: Dipartimento Amministrazione Penitenziaria - Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato - Sezione statistica

Ciò che abbiamo visto per gli ingressi è confermato dal dato sulle presenze (tabella 2), che sono aumentate sia in termini assoluti che in termini percentuali (per quanto riguarda artt. 73 e 74) dal 2015 al 2016 e dal 2016 al 2017.

In compenso dal 2010 si è ristretta la forbice tra detenuti ex art. 73 e detenuti ex art. 74. La seconda è una condotta più grave (associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze psicotrope) e ad oggi i numeri sono meno impietosi per il nostro sistema di repressione.

**IL 34,5% DEI
DETENUTI LO È
PER LA LEGGE
SULLE DROGHE.
AUMENTANO
DELL'8,5% I
PESCI PICCOLI**

Si conferma comunque la tendenza a concentrarsi sui pesci piccoli piuttosto che sui consorzi criminali i quali, grazie a una migliore organizzazione e a maggiori risorse, non solo restano fuori dai radar della repressione penale ma ne traggono anche vantaggio, trovandosi ad operare in un mercato ripulito dai competitor meno esperti in una situazione di oligopolio; il problema è noto agli studiosi come Darwinian trafficker dilemma. Per Jerome H. Skolnick, "la proibizione spazza via i trafficanti di droga marginali e meno efficienti, [...] mentre i migliori, i meglio organizzati, quelli che corrompono di più le autorità, i più spietati e i più efficienti, sopravvivono". E lo fanno in condizioni ideali, perché con minore concorrenza. Un altro studioso, Peter Reuter, è della medesima opinione: "I trafficanti esperti traggono beneficio

dall'interdizione, poiché questa previene i potenziali competitori [...]. Laddove esiste un cartello di contrabbandieri esperti [...], le sue prospettive sono migliorate da un'interdizione efficace, il cui peso ricade sproporzionatamente sui competitori meno agguerriti". Secondo Nicholas Dorn e Nigel South, infine, *"la minaccia di pesanti condanne consolida un sistema di rifornimento quasi inespugnabile; soltanto i dilettanti, i corrieri e gli operatori di basso livello sono soggetti a venire arrestati"*.

Crescono anche le presenze e gli ingressi di detenuti tossicodipendenti (Tabelle 3 e 4). Se il dato sulle presenze è sostanzialmente conforme a quello degli anni precedenti (dal 2007 al 2017 circa un detenuto su 4 è tossicodipendente), quello che preoccupa è il dato sugli ingressi, impennatosi negli ultimi due anni fino a superare la soglia del 34%.

**UN QUARTO DELLA
POPOLAZIONE DETENUTA
È TOSSICODIPENDENTE.
RECORD DEGLI INGRESSI
IN CARCERE DI PERSONE
CON USO PROBLEMatico
DI SOSTANZE: 34,05%**

Tab. 3 Numero di ingressi complessivi negli istituti penitenziari e ingressi di soggetti tossicodipendenti. Valori assoluti e percentuali. Serie storiche 2005-2016

Anno	Ingressi totali	Tossicodipendenti	Percentuale
2005	89.887	25.541	28,41%
2006	90.714	24.637	27,16%
2007	90.441	24.371	26,95%
2008	92.800	27.397	29,52%
2009	88.066	25.106	28,51%
2010	84.641	24.008	28,36%
2011	76.982	22.432	29,14%
2012	63.020	18.225	28,92%
2013	59.390	16.543	27,85%
2014	50.217	13.810	27,50%
2015	45.823	7.888	17,21%
2016	47.342	16.072	33,95%
2017	48.144	16.394	34,05%

Fonte: Dipartimento Amministrazione Penitenziaria - Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato - Sezione statistica

Come abbiamo già rilevato lo scorso anno, il dato relativo agli ingressi del 2015, pur essendo quello fornito ufficialmente dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, è troppo distante da quello degli altri anni per essere attendibile. Già nel 2016, infatti, il dato è tornato più in linea con quelli registrati dal 2006 al 2014. Nel 2017 gli ingressi in carcere di tossicodipendenti hanno superato per la prima volta la soglia di un terzo del totale (in termini assoluti 16.394, mai così tanti dal 2013).

La presenza di tossicodipendenti in carcere, specie in numero così alto, rappresenta un problema anche dal punto di vista sanitario: la morbilità e la mortalità prodotte da HIV e dai virus dell'epatite B e C sono fra le conseguenze più gravi per la salute dell'uso di sostanze stupefacenti, soprattutto per i consumatori per via parenterale. Anche altre malattie infettive, fra cui l'epatite A e D, le malattie sessualmente trasmissibili, la tubercolosi, il tetano, il botulismo, l'antrace e il virus T-linfotropo umano possono colpire i tossicodipendenti in

misura estremamente maggiore.

Tab. 4 - Detenuti presenti e detenuti tossicodipendenti al 31.12. Valori assoluti e percentuali. Serie storiche 2006-2016.

Anno	Presenti	Tossicodipendenti	Percentuale
2006	39.005	8363	21,44%
2007	48.693	13424	27,57%
2008	58.127	15772	27,13%
2009	64.791	15887	24,52%
2010	67.961	16245	23,90%
2011	66.897	16364	24,46%
2012	65.701	15663	23,84%
2013	62.536	14879	23,79%
2014	53.623	13.205	24,63%
2015	52.164	13.465	25,81%
2016	54.653	14.157	25,90%
2017	57.608	14.706	25,53%

Fonte: Dipartimento Amministrazione Penitenziaria - Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato - Sezione statistica

1.1. Simulazione popolazione carceraria senza detenuti ex art. 73 dpr 309/90 e senza tossicodipendenti

Dopo l'indulto del 2006, la popolazione carceraria è scesa da 59.523 detenuti (31.12.2005) a 39.005 (31.12.2006), con un tasso di affollamento pari a 91 (ossia 91 detenuti per 100 posti; l'anno prima era a 139).

Negli anni successivi si è registrato un progressivo ritorno alla situazione precedente, anche per effetto della piena vigenza della legge Fini-Giovanardi, che ha portato a un'impennata dei ristretti ex art. 73 DPR 309/90. Il picco massimo di affollamento carcerario si è avuto nel 2010, quando erano presenti 151 detenuti ogni 100 posti disponibili.

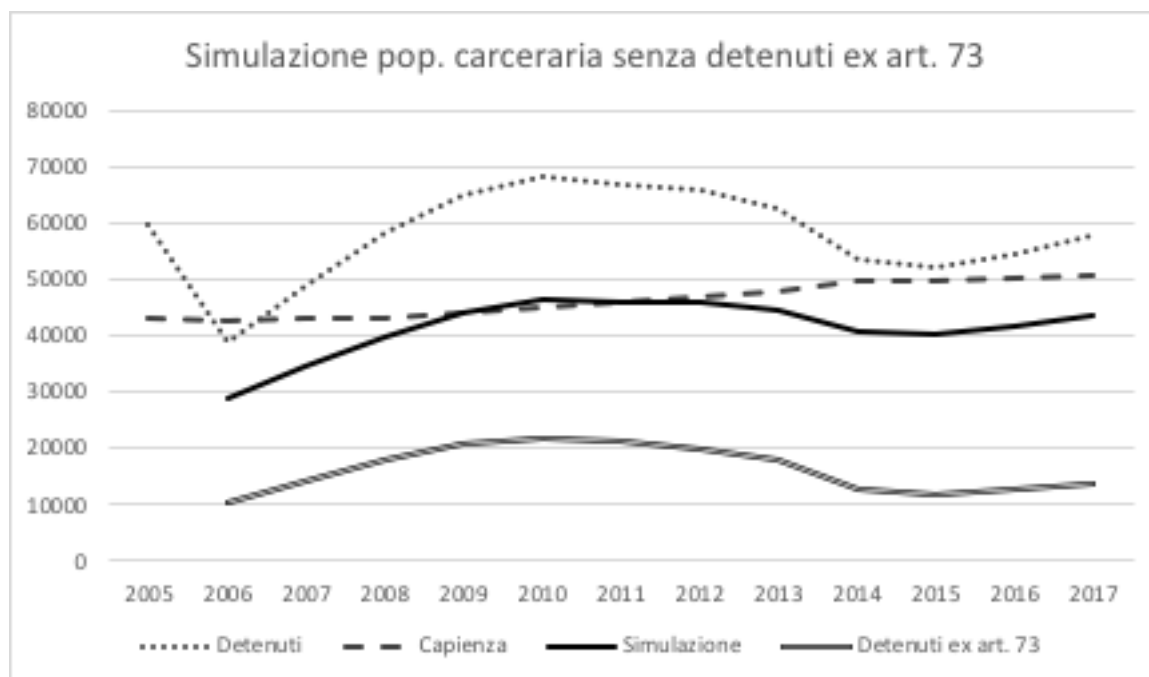
LA LEGGE SULLE DROGHE SI CONFERMA IL VOLANO DELLE POLITICHE REPRESSIVE E CARCERARIE. SENZA DETENUTI PER ART. 73, O SENZA TOSSICODIPENDENTI, NON SI AVREBBE SOVRAFFOLLAMENTO NELLE CARCERI

Dopo la condanna CEDU per il caso Torreggiani (2013) la popolazione carceraria è diminuita fino ai 52.164 detenuti presenti al 31.12.2015 (tasso di sovraffollamento 105).

Al 31.12.2017 il tasso di sovraffollamento è tornato a salire fino a 114.

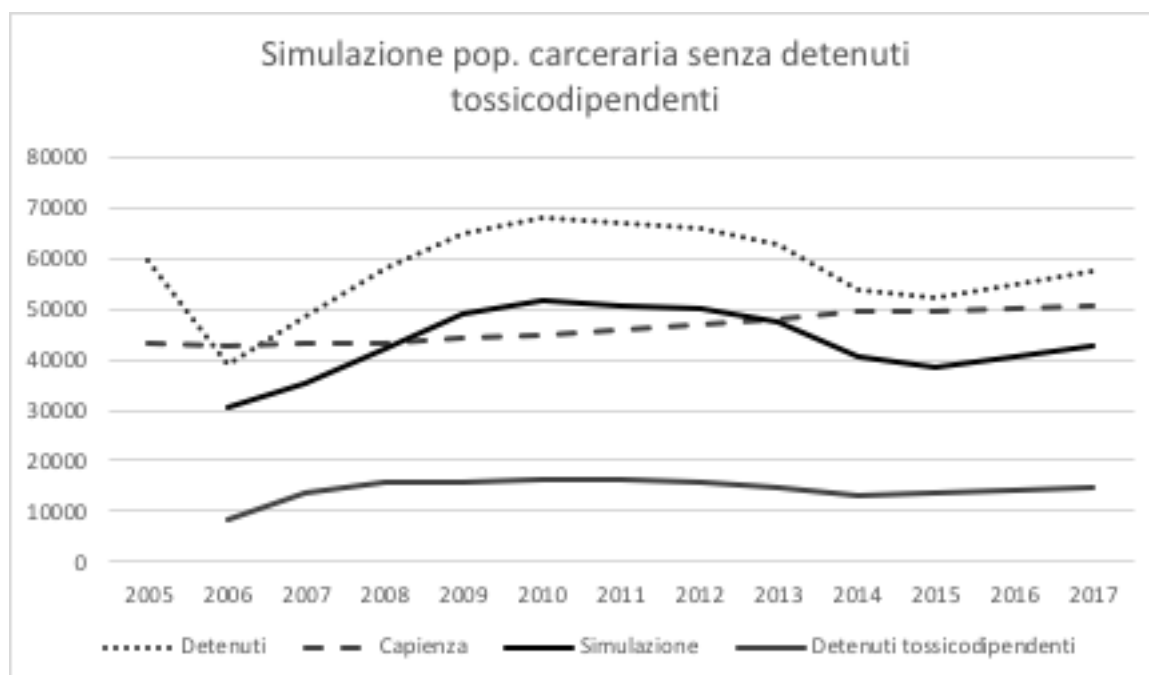
Nella nostra prima simulazione abbiamo provato a scorporare i detenuti ex art. 73 dal resto della popolazione carceraria per capire, ovviamente in maniera molto grossolana, quanto influisca la proibizione sul sovraffollamento carcerario.

Fig. 1 Simulazione popolazione carceraria senza detenuti per art. 73 DPR 309/90



Come si può notare, dal 2005 a oggi soltanto nel biennio 2010-11 il numero di detenuti avrebbe raggiunto e superato (di poche unità) la capienza regolamentare, e il tasso di sovraffollamento al 31.12.2017 sarebbe pari a 86 (-28 punti). Va segnalato che sono stati scorporati solamente i detenuti ex art. 73 e non anche i detenuti ex artt. 73 e 74 né i detenuti ex art. 74, punendo l'articolo 74 una condotta più grave (associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti). Nella seconda simulazione abbiamo scorporato invece i detenuti tossicodipendenti dal totale. Come si può notare, la capienza regolamentare senza di essi sarebbe stata superata solo negli anni che vanno dal 2009 al 2012, e ad oggi il tasso di sovraffollamento sarebbe a 85 (-29 punti).

Fig. 2 Simulazione popolazione carceraria senza detenuti tossicodipendenti



2. La situazione nei tribunali

La tabella 5 mostra il peso della disciplina legislativa sulle droghe sui procedimenti penali pendenti negli uffici giudiziari italiani a partire da un indicatore soggettivo: il numero delle persone sottoposte a procedimento penale per detenzione o per appartenenza a organizzazioni criminali dedite al traffico di sostanze stupefacenti.

Il dato è aggiornato al 30 giugno 2017, e ci conferma che anche i procedimenti penali pendenti sono tornati a crescere a partire dal 2016.

Le persone coinvolte in procedimenti penali pendenti per violazione dell'articolo 73 e 74 sono rispettivamente 166.301 (+8.168 e +5,2% rispetto al 31.12.2015) e 40.438 (+397 e +1%). I procedimenti penali pendenti sono 81.665 per art. 73 e 4.220 per art. 74, in aumento nel primo caso (erano 79.494 al 31.12.2016, +2,7%) e stabili nel secondo (4.227 al 31.12.2016, -0,17%).

Tabella 5. Persone con procedimenti penali pendenti per violazione artt. 73 e 74 DPR 309/90 al 31.12. Serie storica 2005-2015

Anno	art. 73	art. 74
2005	146.599	38.081
2006	158.361	39.373
2007	176.191	43.675
2008	180.610	44.562
2009	177.567	46.537
2010	178.472	46.287
2011	177.621	46.909
2012	181.574	48.598
2013	174.635	48.042
2014	174.715	43.961
2015	158.133	40.041
2016	161.159	40.035
2017 (al 30.6)	166.301	40.438

Fonte: Ministero della Giustizia. Dipartimento per gli affari di giustizia

Da notare la corrispondenza inversa tra il decremento registrato tra il 2014 e il 2015 e l'incremento registrato tra il 2006 e il 2007, a ridosso della prima applicazione della Fini-Giovanardi.

È possibile ipotizzare che il più grave trattamento sanzionatorio della detenzione di cannabinoidi previsto dalla legge del 2006 tanto ha influito all'incremento delle persone sottoposte a procedimento penale tra il 2006 e il 2007, quanto la sua caducazione a opera della Corte costituzionale nel 2014 ha influito sulla riduzione dei soggetti sottoposti a procedimenti penali.

3. Le misure alternative alla detenzione

Un dato positivo arriva finalmente dalla tabella 6, relativa alle misure alternative: dal 2006 a oggi si è verificata una loro crescita costante, anno dopo anno.

Tabella 6. Condannati sottoposti a misura alternativa al 31.12 (2006-2017).

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Affidati in prova dallo stato di libertà	512	1.022	2.081	2.843	3.832	4.499	4.398	5.123	5.819	6.165	6.679	7.676
Affidati dallo stato di detenzione	481	787	1.228	1.589	1.944	2.348	2.405	2.605	2.672	2.561	2.719	3.171
Affidati in misura provvisoria									224	278	379	496
Affidati tossico/alcooldipendenti dallo stato di libertà	369	377	475	712	851	920	966	983	994	1.009	970	894
Affidati tossico/alcooldipendenti dallo stato di detenzione	242	380	718	1.119	1.515	1.817	1.811	1.918	1.902	1.618	1.519	1.661
Affidati tossico/alcooldipendenti in misura provvisoria						322	373	427	363	426	502	591
Affidati affetti da aids dallo stato di libertà						2	-	2	6	3	4	2
Affidati affetti da aids dallo stato di detenzione						44	36	51	31	36	39	44
Totale affidamenti in prova	1.604	2.566	4.502	6.263	8.142	9.952	9.989	11.109	12.011	12.096	12.811	14.535
Totale semiliberi	630	696	771	837	886	916	858	845	745	698	756	850
Totale detenuti al domicilio	1.358	1.431	2.257	3.232	5.219	8.371	9.139	10.173	9.453	9.491	9.857	10.487
TOTALE MISURE ALTERNATIVE ALLA DETENZIONE	3.592	4.693	7.530	10.332	14.247	19.599	19.986	22.127	22.209	22.285	23.424	25.872

Se tra il 2006 e il 2010 questo è stato il frutto di un lento riavvio della macchina di valutazione dell'ammissibilità all'esecuzione penale esterna, traumatizzata dall'indulto del 2006, e se tra il 2010 e il 2015 è stato il frutto di misure anche eccezionali volte a ridurre la popolazione detenuta, il fatto che il trend prosegua oltre la inversione di tendenza nella popolazione detenuta databile dal 2016 lascia ben sperare per una autonomia delle misure penali di

comunità. Ciononostante, restano marginali, rispetto all'impatto delle dipendenze sul circuito penale, le misure alternative dedicate: 3.146 sono i condannati ammessi all'affidamento in prova speciale per alcool e tossicodipendenti, a fronte di 14.535 affidamenti in prova in corso e di 14.706 detenuti con problemi di tossicodipendenza. Ancora una volta, la carota terapeutica promessa dal legislatore funziona assai meno del bastone punitivo.

**AUMENTANO LE
MISURE ALTERNATIVE
MA RESTANO
MARGINALI QUELLE
SPECIFICHE PER I
DETENUTI CHE USANO
SOSTANZE**

Le seguenti tabelle 7 e 8 ci consentono di vedere un po' più da vicino le misure di comunità dedicate ai dipendenti da sostanze stupefacenti. L'affidamento in prova al Servizio Sociale, che è di gran lunga la misura alternativa più frequente, ha una durata media che va dai 2,1 ai 2,5 anni.

Tabella 7: Affidamenti in prova terapeutico eseguite nel 2017, in corso al 30.4.2018 e loro durata media.

Affidamento in prova	Eseguite nell'anno 2017	In corso al 30/04/2018	Durata media misura in giorni	Durata media misura in anni
Condannati tossico/alcooldipendenti dallo stato di libertà	1.739	943	776	2,1
Condannati tossico/alcooldipendenti dallo stato di detenzione	3.022	1.751	924	2,5
Condannati tossico/alcooldipendenti in misura provvisoria	1.298	565	918	2,5
Totale	6.059	3.259		

Il lavoro di pubblica utilità (tabella 9) ha trovato applicazione 891 volte nel 2017, nei casi di lieve entità nella violazione della Legge sugli stupefacenti, ai sensi dell'art. 73 co. 5 bis del D.P.R. 9 ottobre 1990 n. 309, introdotto dal decreto-legge 20 marzo 2014, n. 36, per una durata media di 202 giorni.

Non abbiamo termini di paragone con i detenuti in esecuzione penale per casi di lieve entità, mentre il raffronto con i casi di affidamento in prova dalla libertà, con cui è possibile paragonare questa misura in ragione della mancanza dell' "assaggio di carcere" che altrimenti è richiesto per l'affidamento dalla detenzione, è senz'altro onorevole (siamo in un rapporto di 1 a 1).

D'altro canto, ancora marginale resta il lavoro di pubblica utilità come sanzione penale della disciplina sugli stupefacenti a fronte dell'uso che se ne fa per reati in violazione del codice della strada, laddove vi si è fatto ricorso 14 volte di più.

Tabella 8. Lavori di pubblica eseguiti nel corso del 2017, distinte per causa, e loro durata media.

Lavoro di Pubblica Utilità	Eseguite nell'anno 2017	Durata media misura in giorni
Lavoro di Pubblica Utilità Violazione legge sugli stupefacenti	891	202
Lavoro di Pubblica Utilità Violazione codice della strada	14.940	234
Totale	15.831	

4. La punizione in via amministrativa del mero consumo di sostanze illegali

Ulteriori conferme sul ritorno dei processi di controllo coattivo della detenzione e dell'uso di sostanze stupefacenti iniziato nel 2016 ci vengono dalla tabella 9, relativa alle segnalazioni ex art. 75, relative al possesso di sostanze stupefacenti per uso personale, e dunque penalmente non rilevante, ma soggetto a sanzioni di tipo amministrativo.

Tab. 9 - Segnalazioni ex art. 75 DPR 309/90 in valori assoluti, distinte per genere, età, provvedimento adottato. Serie storiche 2007-2017

Anno	Persone segnalate				Totale segnalazioni	Totale colloqui	formale invito	richiesta programma terapeutico	archiviaz.	Sanzioni amministrative		
	maschi	femmine	totale	di cui minori						totale	con colloquio	senza colloquio
2007	44.866	3.066	47.932	3.729	47.932	31.578	18.815	3.008	4.808	11.850	9.115	2.735
2008	43.943	3.150	47.093	3.665	47.093	36.038	22.255	1.646	3.285	15.504	11.762	3.742
2009	36.041	2.582	38.623	3.058	38.623	30.116	30.116	903	2.690	17.266	10.860	6.406
2010	30.369	2.206	32.575	2.629	32.575	27.166	15.967	518	2.211	16.154	10.591	5.563
2011	31.752	2.212	33.964	2.778	33.964	26.619	15.192	418	1.589	16.743	10.962	5.781
2012	37.951	2.505	40.456	3.537	42.037	29.011	16.815	393	1.691	17.839	11.773	6.066
2013	36.414	2.686	39.100	3.876	40.526	27.591	16.170	241	1.359	16.708	11.167	5.541
2014	29.069	2.203	31.272	3.604	32.450	14.051	14.162	107	712	14.051	9.448	4.603
2015	25.730	1.988	27.718	1.125	32.478	21.133	12.326	151	861	13.509	8.650	4.859
2016	30.324	2.363	32.687	3.793	36.795	21.384	13.455	122	1.227	13.157	7.805	5.352
2017	35.860	2.753	38.613	4.493	40.524	26.128	17.331	86	1.381	15.581	8.710	6.871

Fonte: Ministero dell'Interno - Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile e per le risorse Strumentali e finanziarie - Direzione Centrale delle Risorse Umane - Ufficio XI - Centro Studi, Ricerca e Documentazione

Il brusco calo registrato tra il 2013 e il 2014, evidentemente legato alle preoccupazioni per un eccesso di criminalizzazione dei consumatori di droghe, generate dalla sentenza Torreggiani, è ormai lontano: siamo tornati esattamente al livello di segnalazioni del 2013, con un incremento rispetto al 2014-2015 di circa il 25%.

Da segnalare, infine, la quasi totale cancellazione delle richieste di programma terapeutico conseguenti alla segnalazione all'autorità amministrativa: se nel 2007 erano 3.008, nel 2017 si sono ridotte a 86, sancendo il definitivo congedo dalle presunte finalità terapeutiche della segnalazione ai prefetti.

Senonché una mera sanzione dell'uso, si tratta semplicemente di un avvertimento in vista delle più gravi conseguenze in cui il consumatore di sostanze stupefacenti può incorrere in futuro.

La Tabella 10 ci illustra ciò che già sappiamo: i cannabinoidi sono le sostanze più colpite dalle forme di controllo istituzionale e sanzionatorio. Le persone segnalate per uso di cannabis e derivati costituiscono quasi l'80% del totale,

LA REPRESSIONE SI ABBATTE SUI CONSUMATORI. RISPETTO AL 2015 +40% DI SEGNALAZIONI EX ART. 75 PER CONSUMO DI SOSTANZE, QUADRUPLICANO I MINORI SEGNALATI E AUMENTANO DEL 15% LE SANZIONI AMMINISTRATIVE. SU OLTRE 35.860 PERSONE SEGNALATE SOLO 86 RICHIESTE DI PROGRAMMA TERAPEUTICO MENTRE IL 43,45% VIENE COLPITO DA SANZIONE. L'80% PER CANNABIS.

dato in linea con gli anni scorsi e poco al di sopra della media degli ultimi 28 anni (vedasi tabella 11).

Tab. 10 - Persone segnalate ai sensi dell'art. 75, DPR. 309/90 per sesso e sostanza consumata. Valori assoluti e percentuali. Anno 2017

Sostanze	Maschi	Femmine	Totale	Percentuale
Eroina	1.789	236	2.025	4,86%
Metadone	156	22	178	0,42%
Morfina	12	1	13	0,04%
Altri oppiacei	22	5	27	0,06%
Cocaina	5.583	415	5.998	14,39%
Crack	103	9	112	0,27%
Anfetamine	120	10	130	0,32%
Ecstasy e analoghi	118	14	132	0,32%
Altri stimolanti	3	1	4	0,01%
Barbiturici	2	0	2	0,005%
Benzodiazepine	3	1	4	0,01%
Altri ipnotici e sedativi	12	1	13	0,04%
LSD	14	1	15	0,04%
Altri allucinogeni	25	4	29	0,07%
Inalanti volatili	98	7	105	0,25%
Cannabinoidi	30.606	2.185	32.791	78,69%
Altre sostanze illegali	86	9	95	0,23%
TOTALE	38.752	2.921	41.673	100%

Fonte: Ministero dell'Interno - Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile e per le risorse Strumentali e finanziarie - Direzione Centrale delle Risorse Umane - Ufficio XI - Centro Studi, Ricerca e Documentazione

Ricapitolando sul medio-lungo periodo, dall'entrata in vigore della legge Jervolino-Vassalli (luglio 1990) oltre un milione di persone è stata segnalata ai prefetti per possesso di sostanze stupefacenti a uso personale; di queste, 884.044 (il 72,81%) sono state segnalate per possesso di cannabinoidi.

Tab. 11 - Segnalazioni ai prefetti ex art. 75 TU 309/90 dall'11.7.1990 al 31.12.2017, divisi per sesso e sostanza.

Sostanze	Maschi	Femmine	Totale	Percentuale
Eroina	130.482	15.022	145.504	11,98%
Metadone	4.431	623	5.054	0,42%
Morfina	512	66	578	0,05%
Altri oppiacei	4.001	360	4.361	0,36%
Cocaina	116.265	8.115	124.380	10,24%
Crack	1.357	104	1.461	0,12%
Anfetamine	1.820	228	2.048	0,17%
Ecstasy ed analoghi	6.448	625	7.073	0,58%
Altri stimolanti	105	12	117	0,01%
Barbiturici	26	1	27	0,002%
Benzodiazepine	566	60	626	0,05%
Altri ipnotici e sedativi	173	18	191	0,02%
LSD	573	64	637	0,05%
Altri allucinogeni	341	47	388	0,03%
Inalanti volatili	685	53	738	0,06%
Cannabinoidi	833.845	50.238	884.083	72,81%
Altre sostanze illegali	34.159	2.755	36.914	3,04%
TOTALE	1.135.789	78.391	1.214.180	100%

Fonte: Ministero dell'Interno – Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile e per le risorse Strumentali e finanziarie – Direzione Centrale delle Risorse Umane – Ufficio XI - Centro Studi, Ricerca e Documentazione

5. Le violazioni del Codice della Strada

Infine, nelle ultime due tabelle sono riportati i dati della polizia stradale sulle violazioni degli articoli 187 (Guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti) e 186+187 (Guida sotto l'influenza dell'alcool e di sostanze stupefacenti). Con l'avvertenza che si tratta di dati parziali (si veda il contributo di Hassan Bassi all'interno dell'ottavo Libro Bianco sulle droghe), essendo gli unici a nostra disposizione sul 2017, cerchiamo comunque di analizzare trend e rapporti comunque significativi.

In generale, le violazioni dell'art. 187 del Codice della strada rilevate dalla Polizia stradale sono aumentate nell'ultimo anno (+225, +13,5%). Nel 46% dei casi si tratta di persone di età superiore a 32 anni e per il 53% dei casi le contestazioni sono rilevate in orario notturno.

Tabella 12. Violazioni art. 187 CdS rilevate dalla Polizia stradale nel 2016 e nel 2017, distinte per classi di età e fascia oraria di rilevazione

Anno	Numero violazioni ART.187	Suddivisione per classi di età				Suddivisione per fascia oraria		
		0/17 anni	18/24 anni	25/32 anni	33 e oltre	22/06.59	07/14.59	15/21.59
2016	1.667	11	386	465	805	781	413	473
2017	1.892	11	477	534	870	998	371	523

Fonte: Dipartimento di Pubblica Sicurezza. Direzione centrale per la Polizia stradale, ferroviaria, delle comunicazioni e per i reparti speciali della Polizia di Stato

Anche se nel corso del 2017 gli incidenti sono diminuiti (da 61.636 a 59.096, Tabella 13),

restano stabili le contestazioni di violazione dell'articolo 187 del Codice della strada (solo o congiunto con l'art. 186) in occasione di incidenti stradali. Sono 728 le violazioni dell'articolo 187 rilevate a seguito di un incidente; questo significa che solamente nel 1,23% dei casi il conducente aveva fatto uso di sostanze illecite.

Tabella 13. Violazioni art. 187 Cds rilevate dalla Polizia stradale in occasioni di incidenti nel 2016 e 2017, distinte per modalità di accertamento e per tipo di incidente

VIOLAZIONI A SEGUITO DI INCIDENTE STRADALE				
TOTALE INCIDENTI RILEVATI	2016: 61.636		2017: 59.096	
	Art.187	Art.187+186	Art.187	Art.187+186
Violazioni accertate sul posto	19	18	14	14
Violazioni a seguito accertamenti sanitari	534	179	539	161
TOTALE VIOLAZIONI	553	197	553	175
Violazioni per rifiuto	20	74	11	66
INCIDENTI CON CONTESTAZIONE ART.187				
Incidenti con danni	50	29	66	36
Incidenti con lesioni	489	190	470	170
Incidenti mortali	19	6	19	11
TOTALI	558	225	555	217

Fonte: Dipartimento della Pubblica sicurezza, Direzione centrale della Polizia stradale, ferroviaria, delle comunicazioni e per i reparti speciali della Polizia di Stato

Negli ultimi anni abbiamo assistito al rinvigorirsi di un uso politico della giustizia penale, in cui a contare non sono i dati reali ma la ricerca di consenso a partire dalla volubile percezione di sicurezza dei cittadini, influenzata da un certo modo, se non scorretto quanto meno sensazionalistico, di fare informazione. Nella passata legislatura appena conclusa il più fulgido esempio di populismo penale è stata probabilmente l'introduzione della nuova fattispecie di omicidio stradale nel 2015. Si è intervenuti non con l'intento di rendere il Paese più giusto o più sicuro, ma col mero scopo di guadagnare facili consensi.

**A SOLO L'1,23%*
DEI CONDUCENTI
COINVOLTI IN
INCIDENTI STRADALI
VIENE CONTESTATA
LA GUIDA SOTTO
INFLUENZA DI
STUPEFACENTI
(*DATI PARZIALI,
POLIZIA DI STATO 2017)**

In un articolo su Il Foglio del giugno 2015, Luigi Manconi si chiedeva: "Se i morti per incidente stradale sono passati, nell'ultimo quarto di secolo, dai 6.621 dell'anno 1990 ai 3.385 del 2013, come è possibile parlare oggi di emergenza a proposito di questa indubbia tragedia?". La domanda resta attuale. Per il 2017 i dati, ancora non consolidati, ci dicono che le vittime di incidenti stradali sono state 3.360. In 30 incidenti mortali (le vittime potrebbero essere di più) è stata contestata la violazione dell'articolo 187. L'anno precedente erano stati 25.

I numeri correlati agli incidenti mortali in cui sia stata accertata la guida in stato di ebbrezza (art. 186) sono più alti (9,7% degli incidenti e 4,5% delle vittime nel 2017 secondo un'elaborazione Istat sui dati forniti dal Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri Ufficio

Operazioni – Sala Operativa 2^ Sezione “Statistica”) ma anche prima dell'introduzione dell'autonoma fattispecie di omicidio stradale il giudice aveva gli strumenti per punire la condotta del responsabile, e poteva farlo in maniera più precisa e puntuale, tenendo in maggiore considerazione le circostanze e il grado di consapevolezza dell'accusato.



DROGHE E SALUTE

IL SISTEMA DEI SERVIZI

Nella scheda seguente proponiamo un riepilogo dell'osservatorio del sistema dei servizi delle dipendenze, quale emerge dalla lettura delle Relazioni al Parlamento negli ultimi 4 anni (dal 2012-dati della Relazione 2013 fino al 2016 - dati della Relazione 2017) sotto le voci **"Domanda di trattamento e risposta dei servizi"**.

La scheda permette di leggere l'evoluzione dei servizi, per come è presentata dalla Relazione; al tempo stesso, si possono fare osservazioni circa l'impostazione di ricerca dati: cioè il rapporto fra gli indicatori di lettura che la Relazione sceglie di adottare e quelli che sarebbero auspicabili per una migliore conoscenza dei fenomeni.

Circa la Relazione, la sua struttura e la sua evoluzione, si veda anche il pezzo di Hassan Bassi in chiusura di capitolo.

SCHEDA STORICA DI RIEPILOGO CIRCA LA DOMANDA DI TRATTAMENTO E IL SISTEMA DEI SERVIZI (DALLE RELAZIONI AL PARLAMENTO 2013-2017)

Quanti sono i servizi, pubblici e del privato sociale? Il numero dei servizi pubblici è rimasto sostanzialmente stabile anche se in lieve decrescita: 633 nel 2012, 581 nel 2016 (in 638 sedi ambulatoriali). Il numero dei servizi del privato sociale è in decrescita più consistente (1028 nel 2012, 917 nel 2016).¹

Il personale è in maggioranza sanitario (medici e infermieri). Nel 2016, il 52% del personale è sanitario, a fronte del 38,5% di personale psico-socio-educativo.

La gran parte dei servizi del privato sociale sono (stabilmente) residenziali (comunità terapeutiche). Nel 2012 il 66,9% dei servizi erogati dal privato sociale erano centri residenziali, nel 2016 erano il 70%.

Il numero degli assistiti dai Servizi pubblici è calato. Nel 2013, 164.993 persone assistite contro 143.271 nel 2016.

L'utenza è in larga parte (stabilmente) maschile. Era l'85% nel 2016 (il dato comparabile non è disponibile per il 2012 mentre per il 2013 è riportata la percentuale degli uomini bisognosi di trattamento per oppiacei: 83%).

Il ricambio di utenza è limitato ma in crescita. Nel 2013, la nuova utenza era il 5,8%, a fronte del 15% nel 2016.

L'età media dell'utenza dei servizi è elevata, in costante invecchiamento. Nel 2016, l'età media era di 41

1. Il sistema di rilevazione SIND (Servizio Informativo Nazionale Dipendenze) è entrato a regime nel 2012 ma fino al 2014 i dati venivano integrati con stime. Dal 2015 i dati si riferiscono ai Serd effettivamente rispondenti. Per il 2016, il tasso di rispondenza è del 95,9%.

anni. Nella Relazione 2017 (su dati 2016) si riporta la sequenza storica: nel 2006, gli assistiti maggiori di 39 anni erano il 27,5%, a fronte del 54,3% nel 2016.

La nuova utenza è (moderatamente) più giovane. Nel 2016, l'età media della nuova utenza era di 32 anni, a fronte dei 34,2 anni del 2013).

Le sostanze per cui le persone ricorrono ai servizi sono (in ordine costante nel tempo) eroina, cocaina, cannabis. Nelle Relazioni sono catalogate come "sostanze primarie" (presumibilmente quelle più consumate e per le quali è richiesto l'intervento) e "sostanze secondarie".

L'eroina è la "sostanza primaria" più comune e il dato è costante. Nel 2016, l'eroina è la sostanza primaria degli utenti nel 68,1%, a fronte del 76,9% nel 2013.

La cocaina è in aumento (come "sostanza primaria"). Nel 2013, gli utenti per cocaina come sostanza primaria erano il 14,6 %, a fronte del 17,3 % nel 2016.

Per la cannabis, gli utenti in carico come "sostanza primaria" sono limitati, ma in crescita. Nel 2016, erano l' 11%, a fronte del 7,2% nel 2013.

Cannabis e alcol sono le sostanze con uno scarto sostanziale fra "sostanza primaria" e "secondaria".

Nel 2016, la cannabis è la sostanza primaria per l'11% dell'utenza, mentre è "sostanza secondaria" nel 16,9%. L'alcol non compare neppure come sostanza primaria, mentre è al 7,5% come sostanza secondaria.

Rispetto alla griglia di lettura degli interventi sociosanitari: questa non è mai stata aggiornata e ha continuato a seguire la tradizionale suddivisione degli interventi socio-sanitari in prevenzione, trattamento/riabilitazione. In altre parole, non c'è stato un adeguamento delle Relazioni alla politica dei "Quattro Pilastrini" (Prevenzione, Trattamento, Riduzione del danno, Applicazione della legge penale).

Le domande

La scheda di riepilogo sul funzionamento dei servizi suggerisce alcuni interrogativi chiave, sia nel merito sia nella struttura della Relazione e nella scelta degli indicatori presenti (sull'ultimo punto si veda anche il pezzo specifico di Hassan Bassi).

- La lettura dei dati storici offre un quadro della dinamica domanda/risposta dei servizi piuttosto statico. Cominciamo dalla domanda, dove tuttora prevalgono i consumatori di eroina. Da un lato si dice spesso che nel mondo dei consumi "tutto è cambiato", dall'altro dalle Relazioni emerge un'immagine dell'utenza ancora "anni novanta". Lo stesso si può dire per l'offerta: colpisce che la maggioranza dei servizi del privato sociale siano ancora residenziali, in gran parte comunità terapeutiche, si presume. *In altri termini, il sistema sembra ancora reggersi su servizi pubblici/comunità, secondo il modello inaugurato negli anni novanta. E' così? Oppure questa rappresentazione è inesatta, per un difetto della griglia di indicatori forniti dalle Relazioni?*

- C'è un altro dato da commentare: l'età media alta degli utenti e lo scarso ricambio dell'utenza. Ciò potrebbe suggerire una presa in carico lunga o molto lunga di consumatori cosiddetti "altamente problematici", a fronte di una difficoltà dei "nuovi consumatori" ad accettare l'offerta dei servizi. *E' una lettura corretta?*

- Ancora circa il cambiamento dei consumi e la dinamica fra "vecchi" e "nuovi" consumatori: è significativo quanto si legge già nel Report 2014 dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe: "La vecchia dicotomia fra un numero relativamente piccolo di consumatori altamente problematici e una platea più larga di consumatori ricreativi e sperimentali sta venendo meno, sostituita da una situazione più graduata e complessa". E poco dopo: "il termine uso di droga copre molti differenti modelli di consumo che si dispiegano lungo un continuum ..associati a differenti livelli di rischio e di danno". *Come i servizi si rapportano/non si rapportano a questa "situazione più graduata e complessa" e come fanno i conti col "continuum" dei consumi ? E, se non si rapportano, o non si rapportano a sufficienza, che cosa potrebbero fare per adeguarsi?*

- L'informazione principale circa l'utenza è data dalla catalogazione di "sostanza primaria" e "secondaria" d'uso. Queste categorie ci dicono davvero qualcosa sui modelli di consumo e sui livelli di rischio? Sono utili per l'orientamento dei servizi?

- Il riferimento dell'Osservatorio Europeo ai "livelli di rischio e di danno" convoglia l'attenzione sulla riduzione del danno, vista come "approccio" di lettura dei consumi e conseguentemente di intervento. In altri termini, la riduzione del danno dovrebbe sempre più svilupparsi e acquisire spazio nella quotidianità dei servizi, anche oltre i tradizionali interventi di strada, drop in, etc. *Esiste questo sviluppo della Rdd nei servizi attuali ? E come si declina nel concreto?*

- Come si spiega che le Relazioni non abbiano finora adottato una griglia di rilevazione dati in sintonia con la politica europea dei "Quattro Pilastrini"? Come si spiega che la riduzione del danno sia sempre stata la Cenerentola nelle Relazioni (ad esclusione della Relazione 2016, dove il capitolo fu elaborato e scritto come contributo di Forum Droghe e CNCA)? Perfino la rilevazione su due anni del numero e della tipologia dei servizi di Rdd è stata possibile solo grazie al lavoro dell'associazionismo (del CNCA)

Le risposte

Alcuni operatori dei servizi pubblici e privati e altre figure competenti rispondono a queste domande, offrendo la loro analisi sul funzionamento del sistema dei servizi e sull'adeguatezza degli strumenti di analisi offerti dalla Relazione al Parlamento per comprendere le problematiche e per programmare l'innovazione.

La riflessione sul sistema dei servizi è completata da una disanima della situazione italiana circa le politiche della Riduzione del danno, col contributo di Susanna Ronconi; e da un approfondimento circa i possibili indirizzi di innovazione, col contributo di Stefano Vecchio, a dialogo con Grazia Zuffa.



UNA RELAZIONE POVERA, PER SERVIZI IMPOVERITI

Leopoldo Grosso
Gruppo Abele

In base ai dati SerD, riferiti dalla Relazione al Parlamento 2017, i servizi tratterebbero pressoché esclusivamente consumatori problematici di eroina e cocaina (Relazione per il 2016: 68,1% trattati per eroina, + 17,3% per cocaina=85,4%). Il restante 15% riguarda persone alcolodipendenti, giocatori d'azzardo patologici, o consumatori di cannabis (inviati dalla Prefettura). E tutto il resto? La fotografia scattata dalla Relazione pare ferma agli anni novanta.

Rispetto al trattamento delle persone alcolodipendenti il dato è sicuramente sottostimato nel suo complesso, perché sono anche altre le agenzie delle Asl che prendono in carico le problematiche alcoliche (ospedali e reparti di gastroenterologia, cliniche private per la disassuefazione etc.) i cui dati non pervengono o non vengono aggregati.

Ne è prova che il Ministero della Salute ancora redige autonomamente una propria Relazione al Parlamento sull'alcolodipendenza, senza rapportarsi alla Relazione del Dipartimento.

UNA DRAMMATICA RIDUZIONE DEL PERSONALE PENALIZZA SOPRATTUTTO GLI INTERVENTI PSICOSOCIALI. TRA LA DIPENDENZA E IL CONSUMO CONTROLLATO C'È UN'AREA INTERMEDIA CHE NON SI RIVOLGE AI SERVIZI, MA LA RELAZIONE NON NE PARLA.

Il sommerso dei consumi rimane sommerso

Dalle macro aggregazioni dei dati non si deducono fondamentali distinzioni: quale diversa percentuale tra eroina fumata e eroina iniettata tra le persone in trattamento? Per la cocaina, quanti la "sniffano" e quanti la consumano come crack? Per la cannabis quanti sono arrivati al Ser.d di propria iniziativa e non su imperativo prefettizio? Il sommerso dei nuovi consumi rimane sommerso; non pare pervenire alla stragrande maggioranza di SerD che non attivano iniziative di *outreach* per metterci mano. Il policonsumo rimane citato, ma inesplorato in composizione e sequenza.

Se, improvvisamente e inaspettatamente, in una Relazione, compare l'utilizzo di una nuova sostanza, è il risultato di una ricerca CNR, perché non c'è traccia nei dati dei servizi. La stessa età media non ci dice niente su quali siano i servizi (e ce ne sono, anche se pochi in percentuale) che riescono a "catturare" una popolazione di consumatori problematici molto giovani e abbassano l'età media generale. Bisogna poter distinguere tra gli "old user" e i neo ventenni entrati in trattamento!

La costante e strisciante riduzione dei servizi pubblici e del privato sociale nasconde un dato ben più grave: la drammatica riduzione del personale. Un servizio che rimane aperto due ore ogni due giorni con due operatori non è l'equivalente di un servizio aperto 6-8 ore al giorno con 8 operatori, ma ahimè, nei numeri, uno vale uno! Si salva l'irrinunciabile componente sanitaria, ineliminabile per il trattamento farmacologico coi sostitutivi (esclusivamente per le persone dipendenti da eroina), essendo invece progressivamente, ma pesantemente penalizzata l'area psicosociale. In questo modo molte prese in carico sono quasi esclusivamente farmacologiche (in barba al dettato di legge); inoltre vengono penalizzate molte tra le persone dipendenti dalle altre sostanze per cui non esiste un farmaco di elezione e la maggiore complessità del trattamento psico sociale costituisce l'unico approccio proattivo.

L'impressione è che tra la dipendenza patologica e il consumo controllato sia in crescita una zona intermedia che non si rivolge ai servizi (tranne pochi che si attrezzano in quella direzione), molto variegata e frammentata per culture d'uso, stili di assunzione, etc., che richiederebbe interventi di prevenzione secondaria e di riduzione del rischio e del danno, prima ancora che una presa in carico precoce, che, se attuata, deve poter assumere alcune caratteristiche indispensabili: "soft", "*client oriented*", in anonimato, non stigmatizzata e non connotata. I nuovi approcci via Web e la rivisitazione di esperienze *outreach* ne costituiscono i presupposti. Di tutto questo le Relazioni al Parlamento, molto peggiorate dal punto di vista qualitativo nel tempo, non parlano: perché riflettono lo stato impoverito dei servizi, perché "burocratizzate" (il compitino senz'anima da assolvere ogni anno), perché acefale (sono state deprivate, ormai da

anni, da ogni organismo pensante in un Dipartimento senza più Consulta, Comitato scientifico e Conferenza nazionale), perché bisognose di dimostrare che la questione "tossicodipendenza" non costituisce più un problema e pertanto non deve disturbare né la politica, né la borsa della spesa!

L'approccio di riduzione del danno per una nuova cultura dei servizi

Tutto ciò non deve tuttavia nascondere che esiste anche un problema di cultura dei servizi, di capacità di pensiero e riflessione sulla propria operatività, all'interno di una visione dei diversi fenomeni della tossicodipendenza e del consumo, ancora troppo spesso letti e interpretati senza soluzione di continuità. Sarebbe peraltro ingenuo ritenere che gli anni della propaganda confondente, di costante forzatura nell'interpretazione dei dati, del lungo periodo di Giovanardi e Serpelloni, non abbia lasciato traccia nella "vision" della problematica e della conseguente operatività dei servizi. Basti pensare quanto sia ancora in voga, come verità assodata tra molti degli stessi operatori, l'opinione che "siccome tutte le droghe sono tutte nocive, non vanno fatte distinzioni, e vanno tutte contrastate con tutti i mezzi a disposizione!". È il retaggio dell'ideologia della "guerra alla droga" e ai suoi consumatori, per cui si impongono imperativi categorici e prescrizioni invariabili, ignorando ogni tipo di distinzione: rispetto alle sostanze psicoattive, ai loro modelli e stili di consumo, alle condizioni dei consumatori, alle evidenze della clinica, ai contesti sociali e le situazioni di vita di ciascuno. Per i servizi, sia pubblici e del privato sociale, che ancora fanno riferimento a interpretazioni olistiche e semplificatrici, ne discende un'impostazione "dentro o fuori" la droga, senza mezzi termini, che non lascia spazio alla sperimentazione di altre modalità. Si tratta invece di concordare obiettivi più proponibili e compatibili con le situazioni con cui si ha a che fare, nell'intento più realistico di aiutare le persone per quello che intendono e riescono a fare, a tutela della loro salute fisica e del loro equilibrio personale.

È la logica della Riduzione del danno, totalmente aperta e disponibile ad ogni tipo di percorso, la cui sola parola, che si è cercato di cancellare, era ritenuta incompatibile con l'ideologia integralista della "guerra alla droga".



Di Tr6637 - Opera propria, Pubblico dominio, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=10400290>

COME INTERCETTARE PRECOCEMENTE LA NUOVA UTENZA

Felice A. Nava

Direttore Comitato Scientifico Nazionale FeDerSerD

Direttore U.O. Sanità Penitenziaria e Dipendenze Carcere Azienda ULSS 6 Euganea Padova

Il profilo dei Servizi per le Dipendenze (Ser.D.) non si è modificato negli ultimi anni, sebbene le necessità e i bisogni siano profondamente mutati, così come dimostra chiaramente la scheda storica (dal 2012) della domanda di trattamento e il sistema di funzionamento attuale dei Ser.D.

I dati storici dimostrano che la priorità dei bisogni è rappresentata dalla necessità di potenziare la capacità dei Ser.D. di effettuare, in base ai bisogni, una intercettazione precoce (*early detection*) dei consumi patologici. Oggi il ritardo nella diagnosi e nel trattamento dei consumatori patologici determina:

- gravi conseguenze sociali;
- il rischio dello sviluppo e dell'aggravamento dei consumi in forme di dipendenza (tali da determinare un sempre ridotto "funzionamento" e capacità di "riabilitazione" del consumatore)
- un aggravamento delle patologie correlate

MANCA UNA REALE INTEGRAZIONE FRA SERD E COMUNITÀ E C'È BISOGNO DI PIÙ ATTENZIONE ALLE CARATTERISTICHE DI VULNERABILITÀ INDIVIDUALE E AI FATTORI DI CONTESTO. LA RELAZIONE È ANCORA CENTRATA SULLA PRESA IN CARICO IN BASE ALLA SOSTANZA.

- un incremento significativo di incidenti e di episodi overdose.

I dati storici dimostrano, altresì, che è importante indirizzare gli interventi precoci dei SerD a target specifici di consumatori quali gli adolescenti, i soggetti con disagio psichico e comportamentale, le categorie vulnerabili (donne, extracomunitari, immigrati).

In questo senso appare cruciale permettere che i Ser.D. realizzino una presa in carico precoce attraverso: il potenziamento della rete e dell'integrazione con il privato sociale; la flessibilità dei processi della presa in

carico; le azioni di prossimità e di riduzione del danno.

Le ragioni della *early detection* stanno nel riconoscere precocemente la vulnerabilità; ridurre i tempi di presa in carico; interrompere percorsi evolutivi verso forme di dipendenza o cronicità; ridurre il rischio di overdose, malattie infettive, comportamenti a rischio e disfunzionali.

Superare i limiti normativi e organizzativi

In questo senso i dati storici mettono in evidenza come i Ser.D. attualmente non siano capaci di sviluppare e differenziare gli interventi in base a bisogni quali il riconoscimento della vulnerabilità, dei meccanismi individuali che governano i comportamenti di *addiction*, dei processi di contesto che possono influenzare i modelli e gli stili di consumo. Le criticità maggiori dei Ser.D. sono oggi rappresentate:

- dall'incapacità dei Servizi di intercettare nuovi utenti;
- dalla ridotta flessibilità dell'organizzazione e dei modelli di presa in carico;
- dall'insufficiente capacità dei Servizi di sperimentare nuovi modelli organizzativi
- dal ritardo nella presa in carico in termini di intercettazione precoce dei consumatori patologici.

I dati storici dimostrano come le suddette criticità siano fondamentalmente dovute a problemi di normativa e di policy, di programmazione, di organizzazione e gestionale, di formazione ed "evoluzione" del personale che lavora nei Ser.D.

Sul tema dei limiti normativi, si noti come l'attuale cornice legislativa orienti la presa in carico verso forme "rigide" di dipendenza, rimuovendo le forme di consumo problematiche; e perciò trascurando le azioni di prevenzione (specie di comunità), di prossimità e di riduzione del danno. In questo senso l'attuale cornice normativa porta ancora oggi a basare l'organizzazione della presa in carico dei Ser.D. sui criteri "tabellari" delle sostanze, con il rischio ormai consolidato di porre sullo stesso piano il potere tossicomanico delle diverse sostanze e ignorando le problematiche relative ai fattori di vulnerabilità e fragilità dell'individuo, che sono i reali elementi in grado di trasformare i consumi in comportamenti patologici.

Sul tema dei limiti programmatori, appare evidente l'incapacità del sistema (costituito dai Ser.D. e dalla Comunità Terapeutiche) di

lavorare in reale integrazione pensando a percorsi di presa in carico centrati sulla riabilitazione "di funzionamento" del consumatore patologico e sull'integrazione del consumatore non problematico.

Circa i limiti organizzativi e gestionali, appare necessario mettere i Ser.D. in grado di operare secondo modelli trattamentali e riabilitativi sequenziali ed integrati.

Sul tema dei limiti della formazione e dell'evoluzione del personale che lavora nei Ser.D., appare indispensabile aumentare la formazione del personale verso l'applicazione di interventi specialistici e multi-professionali, anche strutturati attraverso procedure e linee guida intercompartimentali fra Ser.D. e Comunità Terapeutiche.

Informazioni parziali e non legate alle evidenze per i policy maker

Rispetto a quanto detto, le Relazioni annuali al Parlamento appaiono nella loro raccolta ed analisi dei dati molto statiche e cristallizzate sulla centralità della presa in carico in base alla tipologia di sostanza consumata, tralasciando l'analisi dei fattori di vulnerabilità individuali e di contesto nello sviluppo dei consumi patologici.

La logica attuale di impostazione delle Relazioni annuali al Parlamento centrata su una analisi per problemi legati al sistema "tabellare" delle sostanze e della cornice normativa strettamente legata a logiche di "proibizione" rischia di fornire ai policy maker informazioni parziali e non centrate sulle evidenze. Parrebbe perciò utile organizzare una raccolta dei dati epidemiologici sui consumi e sui bisogni in modo da orientare il sistema verso modelli di presa in carico fluidi e precoci basati sulla promozione di azioni di prossimità, di screening, di prevenzione e di riduzione del danno, di intervento e diagnosi precoce, di intervento breve ed intensivo in base alle modalità di consumo ed alle caratteristiche di "funzionamento" in relazione ai consumi (tale da compiere in maniera efficace un processo di riabilitazione).

Le Relazioni al Parlamento dovrebbero cioè ribaltare la logica di interpretazione del fenomeno, per passare dalla lettura basata sui consumi e alla presa in carico per sostanze, a una logica basata sull'analisi dei fattori di vulnerabilità, dei consumi (anche non problematici) e del "funzionamento" della persona.



LE ESPERIENZE INNOVATIVE NASCOSTE

Angelo Giglio

Medico, già responsabile SerD e progetti di outreach del Dipartimento Dipendenze dell'ASL Città di Torino

La rappresentazione diffusa rispetto al funzionamento dei servizi pubblici e privati, secondo cui questi sono orientati in una direzione esclusivamente terapeutica, risente della difficoltà di rilevazione di molti progetti e offerte di intervento che sono presenti in modo molto articolato e capillare.

Invece, negli ultimi due decenni, attraverso la rilevazione di una serie di bisogni sul piano assistenziale e terapeutico, si è sviluppata una progettazione per l'organizzazione di un'offerta di intervento molto diversificata. La realizzazione di tali percorsi innovativi è stata possibile a partire dall'iniziativa degli enti accreditati o da quella delle strutture pubbliche: si sono così sviluppate sperimentazioni di diverso carattere e profilo, sia di fruizione e di accesso che di obiettivi.

È stato così possibile realizzare interventi diurni, serali, interventi brevi residenziali o semiresidenziali, progetti di housing e di supporto alla formazione lavoro, interventi e

DAI PROGETTI DI HOUSING, DAGLI INTERVENTI RESIDENZIALI BREVI, ALLA FORMAZIONE AL LAVORO, ALLA RIDUZIONE DEI RISCHI: UNA MOLE D'INNOVAZIONE CHE ESISTE MA NON COMPARE NEI DATI UFFICIALI. PER PIANIFICARE INTERVENTI PIÙ EFFICACI, OCCORRE PIÙ RICERCA SUI PATTERN E LE CULTURE DEL CONSUMO, OLTRE LA RICERCA EPIDEMIOLOGICA

progetti orientati a una riduzione dei rischi o dei danni legati ai comportamenti assuntivi. Purtroppo questa grande mole di esperienze non è stata rilevata in modo sistematico né a livello locale, all'interno dei territori cittadini e regionali, né a livello nazionale ma soltanto una parte di queste attività è arrivata alla conoscenza più generale attraverso alcuni articoli di carattere tecnico-scientifico o divulgativo oppure attraverso il "passaparola" all'interno della comunità professiona-

le dei servizi pubblici e accreditati. È evidente quindi che è necessario uno sguardo orientato in modo specifico e degli strumenti ad hoc per poter rilevare queste offerte di intervento, per poterle conoscere in modo puntuale sistematico: sia per valutare la loro efficacia e il loro significato sociale, preventivo, assistenziale e terapeutico, sia per diffondere in termini di buone pratiche i progetti realizzati.

Una conoscenza più articolata dei consumi legali e illegali

Per poter individuare strategie di intervento attuali ed efficaci, oltre alla conoscenza della reale capacità di offerta, di sviluppo e diversificazione progettuale da parte dei servizi, è necessario esaminare in modo articolato lo sviluppo del fenomeno relativo al consumo di sostanze psicoattive sia legali che illegali. Infatti, non sempre le statistiche e le rilevazioni epidemiologiche aiutano a comprendere le articolazioni, le modalità e le dinamiche sottostanti a tale consumo. Il valore attribuito all'uso e i pattern di assunzione sono, come è noto, correlabili a elementi culturali, a stili di vita individuali e a condizioni di contesto che possono influenzare in modo consistente tali comportamenti.

Per approfondire i comportamenti assuntivi, occorre la ricerca qualitativa, utilizzando gli strumenti della sociologia e dell'analisi comportamentale. A dare un contributo in questa direzione vi sono alcuni studi di carattere quali-quantitativo che, unitamente all'osservazione clinica e fenomenica, permettono di rilevare quanto tali modalità di comportamento siano varie non solo all'interno della popolazione generale ma anche all'interno del percorso individuale, iscrivendosi con fasi di durata variabile, nella biografia del consumo personale di sostanze. La rilevazione e lo studio di questa variabilità ci consente di comprendere quali possano essere degli interventi sintonici e coerenti con le problematiche che possono emergere nei diversi tipi di consumo e stili assuntivi, favorendo il *'matching'* con le offerte presenti e realisticamente accessibili per la popolazione.

Integrare la riduzione del danno con la terapia

Partendo dal fatto che i servizi offrono una serie di interventi collocati nell'ambito della prevenzione, della cura e della riabilitazione, un punto di particolare importanza in que-

sto ambito è la "disarticolazione" degli interventi di prevenzione. Questi possono essere pensati sia in termini di azioni connesse alla prevenzione della "esposizione alla droga" e dell'iniziazione al consumo, sia di interventi finalizzati a ridurre i rischi e i possibili danni per chi già consuma. La limitazione dei rischi e la riduzione del danno, sia come approccio che come specifiche pratiche, sono in effetti conosciute dai servizi ma hanno livelli di integrazione con le pratiche terapeutiche molto diverse tra le varie realtà di offerta dei servizi del nostro paese. Ciò perché buona parte di tale offerta d'intervento è costituita da progetti ad hoc, spesso demarcati se non isolati dell'offerta complessiva. Tali progetti hanno durata variabile e si caratterizzano spesso per una notevole instabilità legata alla precarietà del personale dedicato e delle risorse assegnate.

La riduzione del danno è una strategia di intervento estremamente importante per rispondere ad una serie di problematiche legate sia all'uso compulsivo sia ad un consumo consapevole e autodeterminato: si tratta quindi di stabilire, in termini di prospettive possibili, se ogni servizio (o meglio ogni sistema di servizio) debba contenere al proprio interno un'intera gamma di offerte (che vanno dal supporto ad un consumo più responsabile e sicuro alla proposta motivazionale per migliorare l'adesione agli interventi terapeutici e riabilitativi); oppure possa essere pensato un sistema che svolga la funzione di 'facilitatore' per la messa in rete di opportunità diverse. Tali opportunità comprendono il collegamento a rete (network specifico) e la valorizzazione di associazioni di consumatori che possono sostenere e migliorare capacità e competenze soggettive, le realtà di auto-mutuo-aiuto, le offerte di interventi terapeutici anche esterni al servizio stesso ed altro.

In entrambi i casi, si tratta cioè di pensare a delle soluzioni macro-organizzative che consentano di offrire alla popolazione specifica una gamma completa di offerte e di supporto, coniugando la dimensione progettuale complessiva con le soluzioni possibili in ogni singolo contesto territoriale e sociale. Va invece evitata la proposta di modelli rigidi che, pur salvando gli elementi di principio, rischiano di renderli inapplicabili e in qualche misura velleitari, in quanto non costruiti e modellati sulle specifiche esigenze delle diverse persone e della popolazione di ciascun territorio.



UN SALTO DI QUALITÀ, PER VINCERE L'IDEOLOGIA REPRESSIVA

Stefano Cecconi e Denise Amerini

CGIL nazionale/Funzione Pubblica, CGIL nazionale

La Riduzione del Danno, prestazione inserita nei Livelli Essenziali di Assistenza- LEA sanitari da poco più di un anno (con il DPCM del 12.1.2017), può diventare uno strumento decisivo di innovazione e di rilancio dei Servizi per le dipendenze; e in generale per contrastare le logiche meramente repressive che hanno caratterizzato le politiche sulle droghe seguite in questi anni nel nostro Paese; affermando finalmente anche in Italia la strategia dei quattro pilastri (Prevenzione, Cura/Riabilitazione, RdD, Repressione/Contrasto al narcotraffico), indicata dalle principali istituzioni internazionali¹. Che di innovazione e di rilancio nei Servizi - e in generale nell'approccio alla questione droghe - vi sia necessità, appare chiaro leggendo le ultime Relazioni al Parlamento

PER INNOVARE I SERVIZI, OCCORRE METTERE IN RETE LE ESPERIENZE, COMPITO CHE LA RELAZIONE DOVREBBE FAVORIRE. CON L'INSERIMENTO NEI LEA, LA RIDUZIONE DEL DANNO PUÒ CONSOLIDARSI STRUTTURALMENTE NEI SERVIZI. ANCHE SE I TAGLI ALLA SPESA E L'EREDITÀ DELL'APPROCCIO IDEOLOGICO ALLA DROGA NON AIUTANO.

sulle Droghe. E anche se l'impressione è che le Relazioni osservino l'attuale fenomeno delle dipendenze - compreso il sistema dei Servizi e degli interventi messi in campo in questi anni - con strumenti del tutto obsoleti e insufficienti per conoscere e per interpretare la realtà, esse segnalano l'evidente difficoltà dei Servizi ad intercettare i nuovi consumatori, soprattutto fra i giovani.

¹ Vedi: Piano di azione UE 2017 -2020 sulle droghe

L'anagrafe degli utenti in carico ai Servizi vede la netta prevalenza di consumatori in età avanzata e in trattamento da lungo tempo, per lo più consumatori di eroina, limitati altri consumi compreso l'alcol. Qui sarebbe da indagare - in parte ciò è stato fatto solo da soggetti indipendenti - se ciò dipende da un'offerta di prestazioni superata o quantomeno parziale (ad esempio, rivolta principalmente all'eroina e a consumatori problematici) o da Servizi "d'attesa" più che "di iniziativa"; o ancora al fatto che i Servizi sono percepiti - per varie ragioni - come inadeguati a rispondere ai nuovi bisogni e alle caratteristiche dei consumatori.

Per una strategia complessiva di welfare

E ancora viene segnalato che "la vecchia dicotomia" fra consumatori altamente "problematici" (una minoranza) e nuovi consumatori "ricreazionali e sperimentali" (la maggioranza) "sta venendo meno, sostituita da una situazione più graduata e complessa, con differenti modelli di consumo" (e con un "continuum" dei consumistessi).² Ecco perché bisogna ripensare e innovare la strategia e l'organizzazione dei Servizi. Innovazioni che peraltro sono presenti in diverse realtà, ma senza una riflessione e una strategia complessiva del sistema di welfare rivolto alle dipendenze, capace di raccogliere dagli operatori le migliori esperienze, di farle circolare, di organizzare la formazione continua, indispensabile di fronte ad un fenomeno in costante evoluzione. Questo significa "investire" per l'innovazione nei Servizi: mettendo strutturalmente in rete le esperienze (ecco una possibile funzione della stessa Relazione al Parlamento in una sezione rivolta ai Servizi ed ecco perché serve un "Tavolo nazionale" sulle droghe), adeguando gli organici, formando gli operatori, e valorizzando il loro lavoro (anche sfruttando al meglio il rinnovo dei Contratti di Lavoro), diversificando e ampliando l'offerta dei Servizi.

Per la stessa RdD, finalmente introdotta tra le prestazioni dei Livelli Essenziali di Assistenza -LEA, è necessario un salto di qualità: per passare da sperimentazioni

"esterne" (es. servizi di strada) a prestazione consolidata strutturalmente dei servizi. Le esperienze di RdD attuate in diversi Servizi (pubblici o del privato che agisce per conto del Servizio Sanitario Nazionale) ci dicono che questo è possibile. Anche se i tagli al finanziamento della sanità pubblica (il DEF 2018 prevede un crollo al 6,4% dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL, contro il 7% dell'anno scorso) - e in generale al sistema di welfare locale - certo non aiutano i Servizi a compiere questo necessario salto di qualità. Ciò significa elevare la RdD al rango di prestazione "essenziale", proprio grazie al riconoscimento tra i LEA, e quindi assegnarle uno spazio adeguato anche nella Relazione annuale al Parlamento.

Il fatto è che, non solo la RdD, ma persino la strategia dei quattro Pilastri non è stata considerata - cioè osservata con un adeguato monitoraggio e rappresentata - nella Relazione annuale. Questo si spiega in buona parte con l'approccio ideologico di tipo repressivo per lunghi anni avuto dal Dipartimento Anti Droghe (a guida Giovanardi/Serpelloni), tutto concentrato sul consumo come comportamento deviante, e quindi sul trattamento del consumatore come persona problematica, per il quale ristabilire la "normalità". Il trattamento e la cura (senza RdD) come strumento al limite del trattamento sanitario obbligatorio. Anche l'attuale fase politica non sembra favorire un diverso approccio delle politiche sulle droghe, finalmente coerente con la strategia dei quattro pilastri. Per questo l'implementazione e la diffusione della Riduzione del Danno in attuazione dei nuovi LEA può diventare uno strumento decisivo per una strategia dei diritti e dell'inclusione che contrasti logiche punitive dimostrate fallimentari.

² Vedi anche: Report 2014 dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe.



IL SISTEMA DI INTERVENTO DI FRONTE AI CONSUMI CHE CAMBIANO

Riccardo De Facci

Vice Presidente CNCA e Presidente cooperativa Lotta contro l'Emarginazione

Una prima osservazione circa il numero abbastanza stabile negli anni dei servizi pubblici (SerT e poi SerD), quale emerge dalle Relazioni al Parlamento degli ultimi anni: questo dato è solo in parte affidabile perché i servizi pubblici in questi anni sono stati riorganizzati e sempre più accorpati, con una riduzione degli operatori importante. Non solo: in alcune regioni alcuni servizi sono stati inquadrati sotto il Dipartimento di Salute Mentale e quindi talvolta riorganizzati anche come servizi attivi e specialistici diversificati (la distribuzione del metadone spesso avviene in luoghi diversi dal resto delle cure psicoterapeutiche, il gioco e l'alcool in ambiti diversi dal resto etc).

Non esiste un unico modello di servizio e ogni regione ne ha uno proprio. Nella Relazione 2017 è presente una tabella che mostra grandi differenze fra regioni quanto a

I MERCATI SI DIFFONDONO COL RISULTATO DI UN MIX CONTINUO TRA SOSTANZE, DI DIVERSE TIPOLOGIE DI COMPORTAMENTI ADDITIVI, DI UNA PROSSIMITÀ FRA SOSTANZE E STILI DI VITA LEGALI ED ILLEGALI. CIÒ RICHIEDE UN'ARTICOLAZIONE DELL'OFFERTA DEI SERVIZI, IN LINEA CON LA DIVERSIFICAZIONE DEI CONSUMI. IL MODELLO "CLASSICO" SERD-COMUNITÀ NON È PIÙ ADEGUATO.

percentuale di servizi in rapporto al bacino di popolazione: si va dal Friuli, con un rapporto SerD-numero di residenti di 1 a 200.000, al Piemonte e Puglia con 1 a circa 70.000.

Quanto allo stato dei servizi del privato sociale, il dato che la Relazione offre per il 2016 (il 70% dei servizi di tipo residenziale, ossia comunità terapeutiche) è di nuovo impreciso.

so, poiché il sistema si sta piano piano evolvendo ma con enormi differenze nei numeri e nelle tipologie dei servizi esistenti. Basta dire che passiamo da circa 14 tipologie di servizi della Lombardia ai solo 2 tipi della Calabria. Inoltre non si citano i 10 Sert privati (SMI) della Lombardia.

Nuove domande e vecchie risposte

Per quanto riguarda l'evoluzione dei fenomeni di abuso e della non sempre congrua conseguente domanda di presa in carico, potremmo sintetizzarla su due filoni:

- un aumento per quantità e tipologia di sostanze (NPS, nuove meta anfetamine, nuova massiccia produzione di eroina nel 2017, nuovi mix etc.)
- molte diversificate modalità d'uso a rischio *addiction* (nuove modalità d'uso per l'alcool, policonsumi, gioco d'azzardo ecc.), ma anche sempre di più un'offerta di mercato mirata per target e contesti di consumo, sempre più capillare (una sorta di grande *drugstore* illegale con mix di sostanze legali).

Tale strategia di diffusione dei mercati porta una maggiore esposizione alle droghe soprattutto per i più giovani, col risultato di un mix continuo tra sostanze, di diverse modalità di comportamenti additivi, di una prossimità fra stili di vita legali ed illegali. Prevalgono i policonsumi, con modelli d'uso sempre più specifici a seconda dei gruppi (giovani o meno, donne, giovanissimi etc.) e del contesto d'uso (le scene del divertimento notturno, della vita quotidiana nei rioni dove si abita, nelle scuole, negli ambienti di lavoro, anche in fasce di persone più vulnerabili etc.).

Ne consegue una diversificazione della domanda ai servizi, specie per i nuovi utenti: aumenta la richiesta di anticipazione della presa in carico, in modo da abbreviare il periodo intercorrente fra consumo e dipendenza e lo sviluppo di problematiche complesse e gravi (attualmente di almeno 6 /10 anni).

Non sempre queste domande diversificate trovano risposta, sia per la necessità di sviluppare nei servizi nuove competenze rispetto al policonsumo, alla cocaina nelle sue varie forme, ai vari mix, al gioco d'azzardo; sia per la necessità di un'organizzazione dei servizi articolata, ad esempio per orari di apertura compatibili con il mondo del som-

merso, con una maggiore offerta di servizi di prossimità ai mondi del consumo e di presa in carico precoce e con tipologie di trattamento più brevi e meno gravose.

Questo quadro induce a chiedersi se abbia ancora senso parlare di trattamento in Comunità terapeutica o nei SerD, secondo le classificazioni classiche proposte dalla Relazione al Parlamento, intendendo così una tipologia unica di servizio e di offerta di cura. Appare sempre più indispensabile interrogarsi su quali possano essere i necessari nuovi parametri di classificazione per servizi profondamente diversificati tra loro (per tipologie di intervento, tempistiche di presa in carico, composizione di equipe, utilizzo o meno di farmaci sostitutivi, complementari o integrativi). Basti ricordare in questo senso, le circa 14 tipologie accreditate del privato sociale per la cura delle dipendenze in Lombardia a fronte delle uniche due della regione Calabria.

Pur nella profonda differenza di offerta tra le varie regioni italiane, permane però ovunque una età media alta degli utenti, con uno scarso ricambio e una permanenza breve in trattamento delle nuove utenze (per abuso di cocaina, di cannabis, NPS, Meta anfetamine, alcool etc). Nuove utenze che nella gran parte non appartengono alla categoria della tossicodipendenza da eroina e che richiedono percorsi diversi, individuali e innovativi. L'età media sempre più alta è dovuta a quel più del 60 % delle persone in carico ai servizi con modelli "classici" (in comunità terapeutica con permanenza di 18/30 mesi e somministrazione di farmaci sostitutivi a bassa evolutività). Queste persone, in buona parte consumatori "altamente problematici" (i cosiddetti cronici o *non responder*), sono sottoposte a trattamenti ripetuti, per periodi lunghi o molto lunghi. I "nuovi consumatori" hanno difficoltà ad accettare l'offerta di servizi così organizzati e saturati.

Abbreviare i tempi della presa in carico

Un problema strutturale quindi è rappresentato da quella parte di consumatori e di bevitori problematici di cui si è detto che non sono attualmente conosciuti e "agganciati" dal sistema dei servizi. La presa in carico avviene spesso con anni di divario e con motivazioni di accesso prioritariamente legate a gravi compromissioni fisiche e delle relazioni, o a problematiche legali. È sempre più

evidente la necessità di un aggiornamento del sistema dei servizi verso una strategia di intervento volta al monitoraggio continuo dei fenomeni, all'attivazione di un intervento precoce e di allerta integrato volto al contenimento dei rischi connessi a tali consumi e ad un avvio ai servizi ove necessario. Questa rivisitazione del sistema richiederebbe una conoscenza approfondita di tali fenomeni nel loro complesso, per la quale i soli strumenti epidemiologici non bastano; e un adeguamento del modello di cura "classico": si parla di circa 8/10 anni dal momento del primo consumo all'eventuale accesso ai servizi, con una permanenza in trattamento che arriva fino a 20/25 anni.

La realtà dei modelli di consumo differenziati, tra "vecchie" tossicodipendenze e nuovi giovani abusatori, è rilevabile nelle numerose rinate "scene della droga" e dello spaccio: si vedano Rogoredo e Parco delle Groane a Milano, con i suoi circa 600/800 consumatori al giorno presenti; oppure Prato in Toscana o ancora Scampia a Napoli. Non trascurabili però sono anche i nuovi mercati via internet per le sempre diverse Nuove Sostanze Psicoattive-NPS (l'Europa ne ha monitorate 600 nuove negli ultimi 4 anni).

Un sistema costruito prioritariamente sulla tossicodipendenza da eroina si sta dunque interrogando su nuovi modelli operativi per adeguarsi una situazione più complessa. Sarebbe necessario mettere in pratica quello che l'Osservatorio Europeo raccomanda nel suo ultimo Report: il varo di una nuova strategia europea sulle droghe e le politi-

che giovanili per il periodo 2014 -20, a favore una integrazione dei 4 pilastri (prevenzione, cura, Rdd e Rdr, controllo dell'offerta), superando gli approcci ideologici e datati; con una valutazione socialmente e scientificamente rigorosa delle misure necessarie per affrontare i fenomeni, e tutelando i diritti dei consumatori e della società nel suo complesso. In una logica di poli consumo diffuso o di consumi con fasi diversificate nel corso della vita, la stessa categoria di sostanza primaria o secondaria (usata dai servizi e dalla stessa Relazione al Parlamento) è superata. Il mondo dei consumi psicoattivi quindi, è fluido e cambia costantemente. Se è vero che le sperimentazioni e gli abusi si modificano nel tempo e sembrano essere condizionate tanto dalle mode e dal mercato, quanto dai bisogni e dalle scelte individuali, è però anche evidente che è in costante incremento proprio quella minoranza di giovani che con un uso/abuso quasi quotidiano di sostanze, in diversi contesti (loisir, lavoro, etc.) è fortemente a rischio di sviluppare dipendenza o altre problematiche, con modalità diverse rispetto a 20 anni fa. Quindi, gli interventi di prossimità ai luoghi ed ai contesti di maggior consumo diventano fondamentali e l'inserimento della Riduzione del danno e dei rischi nei Livelli Essenziali di Assistenza-LEA sembra andare in direzione di un loro rafforzamento. Attualmente invece i servizi ed i progetti di riduzione del danno e dei rischi non superano i 120 circa in tutta Italia e sono in stato di precarietà.

La RdD è un modello capace anche di affrontare le nuove tendenze di consumo e di trasmettere la consapevolezza dei rischi, così come è accaduto per l'uso consapevole per l'alcol ed anche per il gioco d'azzardo.



RIDUZIONE DEL DANNO, L'ANOMALIA ITALIANA

Susanna Ronconi
Forum Droghe

La Riduzione del danno/Limitazione dei Rischi (RdD), secondo la letteratura internazionale e le linee guida europee è, insieme, un *approccio*, una *politica* e un *sistema di interventi* e mira a ridurre le conseguenze negative del consumo di droghe, legali e illegali, sul piano della salute, sociale ed economico, per i singoli, le comunità e la società (EMCDDA)¹ È inoltre una politica “*fortemente inserita negli ambiti della sanità pubblica e dei diritti umani*”. Dagli anni '80 la RdD ha ridisegnato le politiche sulle droghe in tutto il mondo², e soprattutto in Europa, dove è entrata a far parte strutturalmente sia della Strategia che dei Piani d'Azione comunitari sulle droghe³, ed è considerata pilastro fondante delle

LO SVILUPPO DELLA RDD HA CARATTERIZZATO IL “MODELLO EUROPEO” DELLA POLITICA DELLE DROGHE. IN ITALIA, LA POLITICA NAZIONALE È DA MOLTO TEMPO ASSENTE, NELLA RELAZIONE 2017 NEPPURE RISULTAVA ATTIVATA LA RILEVAZIONE DEGLI INTERVENTI E QUANTO SI SA È MERITO DELLE ONG. L'INSERIMENTO NEI LEA PUÒ ESSERE UNA SVOLTA, MA BISOGNA FINALMENTE CONVOCARE LA CONFERENZA NAZIONALE E RIFORMULARE IL SISTEMA DEI SERVIZI, CHE NON PUÒ PIÙ BASARSI SULLA FORMULA AMBULATORI SERD-COMUNITÀ TERAPEUTICHE, TIPICA DEL SECOLO SCORSO.

politiche dell'Unione. Attorno alla RdD si svolge – e si scontra – anche il dibattito globale in sede ONU⁴: l'ormai evidente scacco delle politiche basate sulla *war on drugs*, e più ancora i loro effetti paradossali di massimizzazione dei danni correlati (sui piani della salute, dei sistemi giudiziari e penali, dei diritti umani, nonché economici, della

1 EMCDDA (2010) HarmReduction. Evidence, impact and challenge, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction> ; EMCDDA, Annual Reports, [http://www.emcdda.europa.eu/publications-database?ff\[0\]=field_series_type:404](http://www.emcdda.europa.eu/publications-database?ff[0]=field_series_type:404)

2 Harm Reduction International, Global State of Harm Reduction Reports, in <https://www.hri.global/global-state-of-harm-reduction-reports>

3 Strategia dell'Unione europea in materia di droga (2013-2020), [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX%3A52012XG1229\(01\)](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX%3A52012XG1229(01)) Piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga (2017-2020) https://ec.europa.eu/italy/news/20170315_piano_ue_lotta_drogra_it

4 Verso Vienna 2019, in <https://vienna2019.fuoriluogo.it>

macrocriminalità e della coesione sociale⁵) trova nella RdD una alternativa praticabile. Come approccio, infatti, essa vede l'uso di droghe come fenomeno sociale complesso, ampiamente normalizzato, non riducibile in termini di malattia o, peggio, di devianza, e caratterizzato da una pluralità di modelli di consumo, la maggioranza dei quali compatibili con la vita dei singoli e delle comunità. La prospettiva della RdD è, in questo scenario, pragmatica e realistica: promuove un governo del fenomeno (*versus* l'ideologica e impraticabile meta del "consumo zero") attraverso due, interconnesse, direttrici: la valorizzazione e la costruzione di *contesti di minimizzazione* del rischio e del danno, grazie a politiche e interventi negli ambiti sociale, sanitario, normativo e dei contesti urbani; e la promozione e il sostegno delle competenze e delle strategie di chi consuma, mirate a un uso più sicuro, autoregolato, sostenibile. Agisce nelle dimensioni delle droghe, del set (i consumatori, le loro motivazioni e aspettative circa il consumo), e del setting (i contesti, sia le culture sociali del consumo, sia le cornici istituzionali come le legislazioni, i sistemi dei servizi). La RdD opera in un *continuum* con la cura, amplian-

do oltre l'obiettivo unico dell'astinenza - non praticabile o desiderabile per molti - il ventaglio dei possibili obiettivi perseguiti dai consumatori a tutela della salute e del benessere. La mutevole mappa dei consumi, insieme al rapido processo della loro diffusione e normalizzazione in quote crescenti di popolazione, fanno della RdD la politica più promettente sotto il profilo del governo reale, praticabile del fenomeno.

Sul piano degli interventi, la RdD si caratterizza per la bassa soglia di accesso dei servizi, una relazione *client oriented*, l'assenza di percorsi prestabiliti, la negoziazione di obiettivi sostenibili per il consumatore, adeguati ad ogni fase della sua traiettoria del consumo. Sono servizi flessibili e continuamente ridisegnati in base alla ricerca aggiornata su modelli e culture del consumo e sui rischi e danni ad essi correlati. Sulle evidenze di efficacia, efficienza e adeguatezza delle politiche e dei servizi di RdD esiste oggi una vastissima letteratura scientifica, esito di studi e pratiche trentennali, su cui si basano le linee guida europee dell'EMCDDA⁶ in tema di limitazione di morti per overdose e della diffusione delle malattie trasmissibili, contenimento di altri rischi sanitari correlati, promozione di stili di consumo più sicuri, li-

⁵ Sui diversi aspetti del danno correlato alle politiche globali vedi i Report annuali della Global Commission on Drugs, <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports>

⁶ EMCDDA (2010), cit; EMCDDA – Harm Reduction Topics Page, <http://www.emcdda.europa.eu/topics/harm-reduction>

LA RIDUZIONE DEL DANNO IN ITALIA, I DATI DISPONIBILI

Una cartografia disuguale. La rilevazione compiuta dal CNCA¹ è l'unica fonte di dati sulla RdD inclusa nelle Relazioni al Parlamento 2015 (dati 2014) e 2016 (dati 2015); nel 2017 la rilevazione CNCA non è stata effettuata e nella Relazione non compare alcun capitolo dedicato alla RdD. I dati forniti su utenti e prestazioni risentono della mancanza di un sistema di monitoraggio a regime, sia nei singoli servizi che in molte Regioni, e sono pertanto incompleti.

Monitoraggio 2016 (dati 2015): ha raggiunto 115 servizi di RdD, di cui 104 forniscono dati. Servizi rilevati: Unità mobili RdD (UMRdD), e LdR nei contesti del divertimento (UMLdR), Dropin e Altre tipologie. Le prestazioni rilevate: siringhe distribuite e raccolte, profilattici distribuiti, fiale di Naloxone distribuite, test rapidi per HIV effettuati, etilometri distribuiti, drug checking, counselling, invii ai servizi, accompagnamenti.

Su 20 regioni, 5 non forniscono dati (Valle d'Aosta, Sicilia, Sardegna, Molise, Basilicata). Tra le rimanenti 15, hanno il maggior numero di servizi Lombardia (20), Lazio (18), Piemonte (11) ed Emilia Romagna (11).

Questa numerosità non è sempre in funzione della popolazione, regioni popolose come Veneto e Campania hanno un numero minore di servizi (6 e 7) e la Sicilia non fornisce dati. 3 regioni hanno un solo servizio, 4 tra 2 e 5 servizi. Non hanno nemmeno un drop in 3 regioni su 15, 5 ne hanno uno soltanto e 4 regioni solo 2. Non hanno UMRdD 4 regioni su 15 e UMLdR 5 regioni, mentre altre 5 contano un solo intervento: dato allarmante se si pensa che questi servizi si occupano di consumi giovanili e di massa.

Su 84 servizi analizzati in maggior profondità, solo 2 hanno fondi privati, la totalità ha finanziamenti pubblici (ASL 18, il 21,4%; Regione 50, il 59,5%; Municipalità 14, il 16,7%) e gestione pubblica nel 33,3% dei casi, del privato sociale nel 66,7%. Contatti nell'anno 2015: 901.730, numero medio di 10.735 contatti per servizio per una stima di 60.000 persone circa (dato sottostimato per mancanza di rilevamento in molti servizi).

Monitoraggio 2015 (dati 2014): nel 2014 meno di un terzo dei servizi di RdD aveva una certezza di continuità, la maggior parte (il 38%) contava su una copertura economica tra uno e due anni, il 22% di due anni e l'11% meno di un anno. Se si confrontano i dati delle due annualità, si rileva un calo nei servizi monitorati (rilevati nel 2014 189 di cui 115 rispondenti al monitoraggio, rispondenti nel 2016 104) e una sostanziale staticità tra regioni: quelle che attuavano la RdD continuano ad attuarla, magari subendo tagli al budget, quelle che non lo facevano non hanno implementato alcun nuovo servizio.

¹ CNCA (2015) e CNCA - Forum Droghe (2016), capitoli La riduzione del danno in DPA, Relazione annuale al Parlamento 2015 e 2016, in <http://www.politicheantidroga.gov.it>

mitazione dell'impatto sociale (economico, lavorativo, di coesione) sia sul piano individuale che sociale, contenimento dei comportamenti illegali e relativa penalizzazione, attenuamento dello stigma e dell'esclusione. Senza contare l'impatto positivo sull'ambiente urbano (contenimento dell'uso a scena aperta e gestione delle *movide*) e i costi sanitari e sociali che la RdD contribuisce a contenere.

Lo stato dell'arte della RdD in Italia

L'anomalia italiana vede un paese – alcune Regioni e municipalità, servizi pubblici e privati, associazioni della società civile – dove la RdD si pratica dalla metà degli anni '90 (allora in risposta alle drammatiche crisi dell'HIV/AIDS e delle overdose da eroina), con risultati positivi e buone pratiche, e, di contro, una politica nazionale assente, che depriva politiche locali e sistemi di intervento di una cornice di indirizzo e di un sostegno politico (e economico) chiaro e continuativo, quando – e non raramente, a fasi alterne – esplicitamente non osteggia la RdD impedendone l'implementazione.

Le ragioni sono di tipo paradigmatico e ideologico, e anche strumentale (le droghe come “tema sensibile” nel dibattito politico istituzionale), variano con il variare dei governi, in una costante, critica e autolesionistica incapacità di dialogo sia con le evidenze che con gli attori sociali competenti e protagonisti. Il risultato è la geografia disuguale di seguito descritta: regioni (poche) dove la RdD è diventata sistema, regioni dove si pratica saltuariamente e in maniera insufficiente, regioni dove la RdD non viene nemmeno declinata. E, non secondariamente, anche laddove la RdD si implementa, l'enorme difficoltà a mantenerne la continuità e la capacità di innovazione: senza innovazione tempestiva e flessibilità, la RdD perde la sua efficacia, perché i rischi e i danni di cui si occupa sono *specifici, situati e progressivi*, come dice il discorso scientifico. Una mappa che espone chi consuma droghe e le comunità locali stesse a un pesante divario nella esigibilità del diritto alla salute e al benessere e all'accesso ai servizi, nonché nei costi umani, sociali, economici pagati non “alle droghe” ma a politiche inefficaci sulle droghe.

L'ultima Conferenza nazionale triennale su droghe e dipendenze (istituita dal TU 309/90) che ha tematizzato la RdD, coinvolto gli attori sociali e lavorato con approccio multilivello è quella tenuta a Genova nel

2000. Nei seguenti 18 anni sono state tenute solo due Conferenze, Palermo 2005 e Trieste 2009, disertate se non apertamente contestate (come nel 2009) da chi la RdD la promuove e pratica in aperto conflitto con un Dipartimento Politiche Antidroga (DPA) di orientamento iperproibizionista che aveva vietato l'utilizzo stesso del termine RdD⁷. Il Piano Nazionale sulle droghe è fermo al 2010, formulato da quella stessa direzione DPA ed esclude la RdD dalle politiche nazionali. Per altro, nel 2009, non vi è stato accordo nemmeno tra DPA, Regioni e Terzo settore, e la RdD è stato allora uno dei terreni di dissidio. Le Linee Guida nazionali della RdD – elaborate in fasi precedenti, nel 2000 e nel 2008, da tavoli tecnici partecipati presso i Ministeri della Sanità e delle Politiche sociali allora competenti – non sono mai stati adottati a causa del turn over dei governi. La Relazione al Parlamento – che ha la funzione di fornire la conoscenza necessaria ai decisori politici – non prevede un capitolo specifico dedicato alla RdD e al monitoraggio dei suoi servizi, se non parzialmente nelle Relazioni 2015 e 2016 grazie all'attivazione – volontaria – di Terzo Settore⁸.

Questo in uno scenario di forti sfide e cambiamenti nei consumi, nei contesti, nei rischi e nei danni: scenari dove, per rapidità e radicalità dei cambiamenti, 18 anni sono una eternità.

I Livelli Essenziali di Assistenza, primo passo per colmare i vuoti

Il solo fattore di novità in questo scenario è l'introduzione nel 2017 nei LEA, Livelli Essenziali di Assistenza, degli interventi di RdD⁹. Un passaggio positivo, che arriva dopo una lunga stagione di mobilitazione e di advocacy del variegato movimento che sostiene e promuove la RdD in Italia¹⁰. I LEA della RdD sono, insieme, un fatto politico e tecnico: politico, perché un livello essenziale è una prestazione garantita a tutti i cittadini, ovunque vivano, a sostegno della esigibilità di un diritto, il diritto alla salute; tecnico, perché la sua declinazione porta a stabilire quali servizi e quali prestazioni siano da garantire, e con quali standard. I LEA – che le Regioni

7 Durante l'Assemblea generale ONU sulle droghe di Vienna 2009 fu il governo italiano a rompere il fronte riformista europeo proprio rifiutandosi di inserire nel documento comunitario unitario il termine RdD.

8 Vedi nota 7

9 DCPM del 12 gennaio 2017 pubblicato in G.U. Serie Generale, n. 65 del 18 marzo 2017

10 Tra questi, il Cartello di Genova, attivo dal 2014. Per informazioni sulle attività di advocacy per la RdD <https://www.fuoriluogo.it> e www.itardd.org

dovranno declinare e garantire – dovranno pertanto colmare i vuoti della geografia disuguale prima descritta. Il primo passo è dunque questo: lavorare a livello nazionale e regionale perché i LEA siano definiti, garantiti, monitorati, finanziati¹¹. Un lavoro che è già in corso e su cui anche operatori e società civile si stanno attivando e dialogano con le istituzioni responsabili.¹² Ma i LEA si inseriscono anche in una situazione paradossale: la RdD diventa “essenziale” ma non è sancita nelle politiche nazionali, solo in alcune di quelle regionali e, soprattutto, non compare nel Piano nazionale e non vi è un documento di indirizzo (né del DPA, né di Ministeri competenti, né della Conferenza delle Regioni) che orienti le scelte in materia.

A questo va posto rapidamente rimedio: convocando (dopo nove anni!) una Conferenza nazionale con tutti i criteri di partecipazione e pluralità scientificità che ponga la RdD al centro; aggiornando finalmente (dopo 9 anni!) il Piano nazionale; elaborando

un Atto di indirizzo della Conferenza delle Regioni; includendo la RdD tra i settori oggetto di monitoraggio e valutazione (SIND e Osservatorio DPA¹³); riformulando i sistemi dei servizi per le dipendenze (che da tempo non possono più basarsi sulla formula ambulatori SerD-Comunità terapeutiche, tipica del secolo scorso) e dotandoli delle necessarie risorse; promuovendo una ricerca capace di aggiornare costantemente la conoscenza degli stili di consumo in ottica di innovazione delle politiche; garantendo e valorizzando la voce, le competenze e il contributo di tutti gli attori della RdD, operatori, ricercatori, consumatori, amministratori, associazioni della società civile. E, più a monte, riprendendo in mano la proposta di riforma del TU309/90 già avanzata dalle associazioni, verso una reale depenalizzazione delle condotte di consumo: perché, in ottica di RdD, la repressione è tra i più influenti fattori di massimizzazione dei rischi e dei danni droga correlati.

¹¹ Un lavoro in questa direzione è stato quello svolto in Piemonte dal Gruppo Tecnico RdD, composto da rappresentanti dei Dipartimenti pubblici, Terzo Settore e Associazioni della società civile, che ha redatto i LEA RDD regionali, <https://www.fuoriluogo.it/oltrelacarta/lea-della-rdd-in-piemonte/#.WwbjpmFPIU>

¹² <https://rdd.fuoriluogo.it>

¹³ Il rinnovato Osservatorio del DPA dovrebbe produrre un primo monitoraggio, richiedendo i dati alle Regioni, e includerlo nella Relazione 2018.

SERVIZI E INTERVENTI DI RDD - UNA MAPPA PER I POLICY MAKER

Gli interventi di RdD operano in un continuum nell'ambito del sistema complessivo dei servizi, avvalendosi di a) servizi specifici strutturati b) interventi e prestazioni mirati che possono essere erogati in contesti diversi (servizi specifici RdD, SerD e altri servizi del trattamento e della prevenzione, servizi sociali, e sul territorio e nei setting del consumo)

Servizi

Servizi a bassa soglia di accesso: Drop in (centri diurni che offrono materiale sterile, naloxone, informazione e consulenza per l'uso sicuro e il safer sex, accompagnamento, orientamento all'uso dei servizi, generi di prima necessità), Infoshop (centri di consulenza per l'uso sicuro mirata soprattutto alle fasce giovanili), Stanze del consumo (luoghi dove consumare in modo sicuro e igienico alla presenza di operatori, attivi in tutta Europa non sono presenti in Italia)

Servizi di outreach: intervengono - con o senza unità mobile - nei luoghi di aggregazione e/o consumo, offrono materiale sterile, naloxone, informazione e consulenza per l'uso sicuro, ascolto e accompagnamento; nei setting di consumo e nei luoghi del loisir offrono drugchecking, chill out, pronto intervento sanitario

Servizi di netreach: informazione e consulenza di RdD /LdR sul web, sia professionale che tra pari. Offrono programmi di self monitoring e self evaluation, per facilitare la consapevolezza del consumatore circa il proprio modello di consumo

Interventi specifici

Trattamenti farmacologici in prospettiva RdD (metadone)

Counseling per la RdD, finalizzato a sostenere un consumo autoregolato e più sicuro e al miglioramento della qualità di vita

Distribuzione di materiale sterile per l'assunzione sicura di sostanze (siringhe, cannucce ecc) e ritiro di materiale utilizzato (siringhe)

Distribuzione di condom e informazioni sulle trasmissioni trasmissibili

Distribuzione di materiali informativi

Distribuzione ai consumatori di naloxone per prevenire le morti per overdose da oppiacei e relativo counseling formativo

Test rapidi HIV e HCV, effettuabili in contesti informali

Acoltest nei contesti di divertimento, promuove consapevolezza e previene comportamenti rischiosi (guida)

Drug checking: analisi delle sostanze nei luoghi di consumo finalizzata all'informazione su composizione e qualità delle droghe acquistate e alla scelta consapevole dei consumatori



LINEE PER L'INNOVAZIONE IL NUOVO MODELLO DI AUTOREGOLAZIONE

Conversazione di Grazia Zuffa con Stefano Vecchio*

[G. Z.] *Da qualche anno abbiamo lavorato per elaborare un nuovo modello operativo con l'idea di gettare un ponte fra i consumatori e gli operatori. Il modello, chiamato di autoregolazione, delinea interventi a supporto delle "naturali" strategie che la gran parte dei consumatori utilizza per tenere "sotto controllo" i consumi. Il modello operativo di autoregolazione rappresenta uno sviluppo della riduzione del danno. Cerchiamo di indagare con te, che dirigi un dipartimento Dipendenze da diversi anni, le possibilità di applicazione del modello di autoregolazione nell'ambito del sistema dei servizi pubblici, iniziando dai Servizi Dipendenze (SerD).*

Quali sono gli aspetti che ti sembrano più interessanti e promettenti del nuovo modello?

[S. V.] Due sono a mio avviso le aree di interesse, strettamente intrecciate: in primo luogo, il modello di autoregolazione invita a pensare in modo nuovo al fenomeno dell'uso di droga; di conseguenza, ha la potenzialità di innovare l'attuale modello organiz-

OCCORRE SUPERARE L'ATTUALE SERVIZIO "A RISPOSTA UNICA", ORGANIZZATO COME UN AMBULATORIO E FOCALIZZATO SULLA "PATOLOGIA" DEL CONSUMO, CHE NON CONTRASTA, ANZI ASSECONDA LO STIGMA SOCIALE. MA ESISTONO GIÀ PRATICHE IMPLICITE DI RIDUZIONE DEL DANNO, CHE GLI STESSI OPERATORI DEVONO SAPER RICONOSCERE E VALORIZZARE COME FRUTTO DELLE LORO COMPETENZE IN UN NUOVO RAPPORTO CON LE COMPETENZE DEI CONSUMATORI. IL MODELLO OPERATIVO DI AUTOREGOLAZIONE AIUTA IN QUESTA DIREZIONE, OFFRENDO UNA LETTURA PIÙ AMPIA DEI CONSUMI, OLTRE IL "TUNNEL DELLA DROGA".

* Queste pagine sono tratte e adattate dal volume a cura di Grazia Zuffa e Susanna Ronconi, *Droghe e autoregolazione. Note per consumatori e operatori* (2017), Ediesse, Roma, pp. 398

zativo del servizio. La droga non è più vista come fattore scatenante di per sé, respon-

sabile del famoso "tunnel della droga", dal quale i servizi dovrebbero strappare la persona inerme, secondo un approccio paternalistico. Invece, il consumo deve essere inquadrato nell'insieme di vita della persona, cercando di aiutarla a ritrovare un equilibrio che a un certo momento si è compromesso. Per far ciò bisogna superare l'attuale "mono-servizio".

[G. Z.] *Che cosa intendi per mono-servizio? Un servizio "a risposta unica"?*

[S. V.] È un servizio che segue il modello ospedaliero-ambulatoriale, centrato sull'uso/abuso di droga visto come patologia che pretende di rispondere alla complessità delle problematiche delle persone e alla pluralità dei modelli e stili di consumo con un'unica modalità operativa. È l'analogo del paradigma riduzionistico neurobiologico che pretende di spiegare e descrivere tutti gli aspetti di un fenomeno così articolato con un unico punto di vista. Di conseguenza, il SerD è organizzato come un ambulatorio intorno alla figura del medico. Le stesse figure non mediche (vedi le professioni psico-sociali) sono anch'esse assimilate alla professione medica e traggono il loro status dal fatto di intervenire su una patologia. L'ottica patologica fa sì che i consumi, di qualsiasi sostanza, siano interpretati secondo il classico modello di *escalation*, dal consumo alla dipendenza. Un modello unico e rigido, l'opposto della flessibilità e della pluralità di azioni e modelli organizzativi necessari a rispondere ai cambiamenti dei modelli di uso e consumo di sostanze psicoattive già in corso dalla fine degli anni novanta. L'inconveniente principale del modello centrato sul deficit della patologia è che non contrasta, anzi asseconda lo stigma sociale verso la persona che usa droghe.

[G. Z.] *Molti operatori rispondono a questa critica, ricordando che la gran parte delle persone che si presentano ai servizi hanno un modello di consumo molto intensivo, "patologico" appunto.*

[S. V.] Proprio questo il problema perché in realtà la galassia del consumo è variegata e bisognerebbe evitare schematizzazioni. Per prima cosa, sarebbe bene guardare agli stili

di consumo, (che riguardano la dimensione individuale o di sottogruppi specifici), e ai modelli di consumo, che attengono a un'area sociale vasta di modalità di consumo. All'interno di una data area, ci sono stili che contraddistinguono gruppi specifici coi loro rituali, e poi ci sono individui con le loro consuetudini particolari: pensiamo alla movida napoletana, al cui interno esistono differenze negli stili di piazza del Gesù e dei vicoli di Chiaia, per esempio. Possiamo individuare tre grandi aree di persone che usano droghe alle quali corrispondono tre modelli di consumo: una prima area, che chiamo *istituzionalizzata*, riguarda le persone in carico ai servizi da lungo tempo prevalentemente in trattamento con i farmaci sostitutivi; c'è poi un'area di consumatori *socialmente integrati*, caratterizzata da consumi diffusi legati ai rituali del divertimento; e infine c'è un'area marginale, di cosiddetto "sommerso" o anche di persone che si trovano in varie situazioni di difficoltà che non si rivolgono o si rivolgono saltuariamente ai servizi ordinari, compresi immigrati che vivono il fallimento del loro progetto migratorio, spesso senza dimora. Già questa articolazione mette in discussione il "mono-servizio". Per di più, alcuni consumatori sono disponibili a chiedere aiuto, ma altri no, il che mette alla prova la capacità di intercettare l'utenza. Tornando ai modelli e agli stili di consumo: per capire lo stile di consumo individuale e valutare la sua valenza più o meno "patologica", bisognerebbe rapportarlo ai modelli di consumo dei contesti sociali in cui è inserita la persona. Cioè vederlo all'interno delle culture del consumo. Il che comunemente non viene fatto.

[G. Z.] *In altri termini, i servizi seguono il cosiddetto modello "clinico individuale", che nel caso dell'uso di droga si limita a considerare l'interazione fra l'organismo e la chimica della sostanza. Ma c'è un altro limite, forse più grave, che rilevi nei servizi, quando dici che il modello patologico favorisce la stigmatizzazione.*

[S. V.] Certo. Il primo riflesso negativo è che lo stigma seleziona pesantemente l'utenza, soprattutto rispetto alla posizione sociale di appartenenza. C'è, ad esempio, un'area

di persone nell'ambito del modello che ho definito socialmente integrato, molto ampia, che usa sostanze di diverso tipo (cocaina, alcol) sia nelle feste private che nei contesti del divertimento, frequentemente con stili di consumo intensivi. Ma questi non si riconoscono nello stigma del "tossicodipendente" per cui non si rivolgono ai servizi, tendono a nascondersi. Ci sono poi le persone che diventano socialmente marginali, che seguono il primo modello di consumo stigmatizzato. Sono questi che afferiscono ai servizi e sono la gran parte dell'utenza cosiddetta "storica". Sono i vecchi consumatori di eroina sui quali si è costruito lo stereotipo e lo stigma del tossicodipendente, o i nuovi di cocaina e alcol che hanno seguito la strada tracciata da questi. Ci vorrebbero strategie differenziate, per stili e modelli di consumo così diversificati come ho provato a sintetizzare prima. Invece, il modello unico è ancora sostanzialmente basato su due soli servizi: il Serd e la comunità terapeutica. La riduzione del danno, che può offrire una risposta più flessibile, non ha ancora conquistato una dignità di prospettiva in grado di orientare le culture e l'organizzazione dei servizi, a più di venti anni dalla sua introduzione. Oggi è ancora diffusa l'idea, anche in ambienti non sospetti, che la Riduzione del danno riguardi le persone non motivate, con il principio, di sapore razzistico, che il lavoro più qualitativo possa realizzarsi solo nei confronti di un'area non meglio identificata di persone motivate secondo lo schema astratto dell'astinenza dall'uso.

[G. Z.] *Dunque ci sono due risvolti dello stigma. L'etichettamento come "tossico" da una parte, che tiene lontane molte persone dai servizi. Ma può esserci anche un aspetto interno, di identificazione del soggetto nel decorso patologico "cronico" del consumo. E' forse il risvolto più nocivo, perché funziona come la classica profezia che si auto-avvera. Da notare che la definizione tradizionale della dipendenza insiste sul carattere "recidivante" della stessa, con una conseguenza per certi versi paradossale: anche i periodi di astinenza o in cui il consumo è sotto controllo, non solo non sono considerati come prova della capacità del soggetto di "autoregolarsi"; al*

contrario sono anch'essi "patologizzati, come fase di latenza della successiva (inevitabile) ricaduta. Insomma il deficit (di controllo) della persona diventa la lente attraverso cui è letta l'intera traiettoria di consumo, dai "picchi" fino addirittura alle fasi di astinenza. Da notare che questa tesi non permette smentite, se perfino l'astinenza riconferma l'esistenza della dipendenza. Come si dice: testa, vinco io; croce, perdi tu.

[S. V.] E' vero, l'identificazione nello stigma della tossicodipendenza è un problema che riguarda da vicino l'utenza marginale di cui ho detto e anche l'invecchiamento di questi consumatori non fa che rafforzare la loro percezione di essere "malati". Superare i diversi aspetti dello stigma è il primo obiettivo per rinnovare i servizi.

Ma lo stigma, per quanto in forma attenuata, influenza anche i modelli e gli stili di consumo socialmente integrati: vedi, ad esempio, le campagne a ondate sui rischi e i danni presunti della cannabis volte a demonizzare i giovani consumatori. Il modello di autoregolazione può aiutare in questa direzione, perché offre per prima cosa una diversa lettura delle traiettorie di consumo delle persone che usano sostanze psicoattive.

[G. Z.] *Eppure i servizi pubblici hanno un punto di forza. L'esperienza sul campo col largo numero di consumatori con cui sono venuti in contatto in questi anni.*

[S. V.] E' vero, nonostante la persistenza del modello patologico, c'è un punto forza: esistono già nell'esperienza corrente dei SerD quelle che io chiamo le *pratiche implicite di riduzione del danno*.

Ho in mente gli utenti "storici", consumatori di eroina, da lunghi anni in trattamento con "metadone a mantenimento". Spesso gli operatori si lamentano che non c'è la *compliance* dell'utente al trattamento, e che perciò non si possono seguire le linee guida della somministrazione del metadone. Il vero problema è che gli obiettivi degli operatori e delle persone che consumano sono diversi: questi ultimi vogliono dosaggi di metadone più bassi per poter continuare a consumare, anche se in maniera più moderata, riducendo la frequenza. E il miglioramento c'è, anche se gli operatori fanno fa-

tica a riconoscerlo: ad esempio l'utente non fa più scippi e rapine, il consumo diventa compatibile, o più compatibile, con la struttura di vita quotidiana della persona. In altri termini, l'utente usa il servizio e il metadone per l'*autoregolazione*.

Il problema è che queste pratiche non hanno riconoscimento né tantomeno lo hanno gli apprendimenti degli utenti verso l'auto-regolazione.

[G. Z.] *Che cosa intendi per "riconoscimento"? Queste pratiche non sono ritenute compatibili con la mission del servizio?*

[S. V.] Non è solo una questione di *mission* del servizio. E' che il consumo, per quanto "compatibile" con la struttura di vita della persona, non ha la dignità di obiettivo né per gli operatori, e spesso neppure per gli utenti, per ragioni che spiegherò tra poco. Al massimo è "tollerato", come ripiego appunto. Il mancato riconoscimento dell'uso del servizio per l'autoregolazione è strettamente correlato al non riconoscimento delle abilità degli utenti, tipico del modello patologico-neurobiologico. Eppure le capacità degli utenti sono molteplici e molti di loro ne danno continuamente prova: si pensi a come riescono a difendersi dall'overdose, sulla sola base della loro esperienza di consumo; oppure a come riescono a vivere in strada, sapendo utilizzare le opportunità esistenti (mense, dormitori), a come sono in grado di interagire coi servizi. Grazie a queste loro risorse e competenze, la gran parte mantiene anche una qualche dignità, un certo equilibrio con la propria salute. E c'è chi riesce a tenere relazioni sociali e familiari. Certo non tutti ci riescono e non perché sono "malati", ma in quanto hanno maggiori impedimenti sociali, culturali e una lunga identificazione con lo stigma. L'identificazione con lo stigma spesso è il principale ostacolo e si può dire che il vero cambiamento, lo "sblocco" che avvia un nuovo processo avviene quando viene messa in discussione la convinzione circa la propria cronicità. Questa è una tappa importante verso il "riconoscimento" di sé come persona che può essere protagonista della propria vita.

Per tornare alla dinamica del trattamento con metadone "a mantenimento" (o me-

glio a lungo termine): gli operatori hanno in mente le linee guida per i farmaci agonisti, che prescrivono i dosaggi adatti a regolare i meccanismi neurobiologici in vista dell'eliminazione del consumo di eroina (i famosi recettori da "saturare" per controllare l'astinenza e il craving). Quando il trattamento si discosta dalle linee guida, per l'indisponibilità dell'utente (che preferisce dosaggi più bassi), l'operatore lo vive negativamente, non solo perché si distacca dal modello *standard evidence based*, ma perché segna un mutato equilibrio (di potere/sapere) nella relazione operatore/utente. "L'utente rifiuta il dosaggio prescritto perché vuole continuare a usare sostanze- pensa l'operatore - allora è lui che decide". E spesso si ferma lì. Non pensa al perché la persona vuole continuare a usare la sostanza, a come la usa, a come quella nuova modalità di consumo si inserisca nella sua vita. Non è stato formato per rilevare l'importanza che può assumere per la persona, in termini di senso di autoefficacia, il riconoscimento che è stato artefice di un cambiamento in positivo, riducendo e controllando meglio i propri consumi e migliorando la qualità della vita nel suo insieme. E il modello neurobiologico della malattia rinforza questa distanza operatore/utente, etichettandolo la pratica del farmaco fuori dagli standard come "non scientifica". Eppure i consumatori, pur non sapendo niente di neurobiologia, hanno chiaro il meccanismo del "giusto" dosaggio rispetto all'obiettivo che si pongono: usare la sostanza in maniera diversa e più "controllata" rispetto a come la usavano prima, per poter condurre una vita migliore.

Questi percorsi "misconosciuti" sono tanti e hanno perfino comportato cambiamenti a livello sociale: negli anni novanta, gli scippi e i furti per procacciarsi la droga erano all'ordine del giorno, oggi sono pressoché scomparsi dalla scena della droga. Quando avvengono, sono legati alla povertà o comunque a un diverso genere di criminalità, non alla droga.

[G. Z.] *In altri termini, lo spettro del fallimento si aggira anche là dove non avrebbe ragione di essere. Per l'operatore, la percezione di fallimento è duplice: per il mancato obiettivo*

dell'eliminazione della sostanza e insieme per il mancato riconoscimento del suo "sapere" sulla malattia. In questa luce è un fallimento anche per l'utente, ovviamente, che così si vede riconfermato il carattere grave e "cronico" della sua dipendenza. Però è anche vero che questi percorsi trattamentali esistono e che questi utenti che rispondono solo in parte al trattamento (i cosiddetti partial responder) rimangono in carico ai servizi, dunque in qualche modo sono tollerati.

[S. V.] Appunto, sono tollerati ma non riconosciuti. Invece, proprio il rovesciamento di ottica su questi percorsi potrebbe costituire un'area importante di lavoro per i servizi: *imparare a riconoscere le competenze dell'utente e, in collegamento, riconoscere da parte degli operatori le proprie competenze professionali "nascoste".* Perché seguire questi percorsi trattamentali "anomali" rispetto ai canoni tradizionali, comporta un elevato livello di professionalità, che inizia con la loro accettazione. Se sono "tollerati", significa che si è fatto un primo sforzo per capire il punto di vista dell'utente e che si è esercitata una mediazione.

Ma bisogna andare oltre, perché il "tollerare" non permette di cogliere appieno le potenzialità di quei percorsi. Si rimane legati a una dimensione "riduttiva" della riduzione del danno: che si applica solo nei confronti di persone non " motivate" a uscire dal "tunnel della droga". La conseguenza più grave è che l'operatore restituisce all'utente un senso di fallimento: il *partial responder* è una persona che, non riuscendo ad aderire ai canoni del trattamento "efficace", non è in grado di "curarsi" e dunque "continua a farsi del male".

Se non riusciamo a rovesciare questa modalità di lettura, dei fenomeni e dei trattamenti, rischiamo di creare un nuovo grande "manicomio aperto": composto da una larga fetta di persone fortemente istituzionalizzate e stigmatizzate, che si identificano in questo ruolo di malati "cronici" a vita, con un acuto senso di colpa e un profondo senso di fallimento.

Prendiamo un altro esempio del rovesciamento che auspico: la pratica dell'affidamento del metadone. Spesso è vissuto dall'operatore (ma anche dall'utente) come

un "abbandono" reciproco, come rinuncia alla relazione terapeutica, non come un segno di emancipazione dal servizio e una prova della capacità della persona di gestire il farmaco. Di nuovo, la percezione di abbandono è in relazione al mancato riconoscimento delle competenze dell'utente. Va anche detto che questa rivitalizzazione professionale, conseguente allo spostamento di sguardo dal deficit alle risorse, comporta la capacità di saper leggere le tante dimensioni della vita di una persona: dalla gestione della salute, alla tenuta delle relazioni personali, all'inserimento sociale. E' una professionalità di tipo nuovo, nata direttamente dall'esperienza sul campo di quei professionisti che hanno saputo mettere in discussione la loro tradizionale formazione professionale.

Recuperare questo patrimonio di nuove competenze professionali è il lavoro che alcuni di noi stanno facendo coniugando l'elaborazione di un sapere "perduto" con la prospettiva della Riduzione del danno.

[G. Z.] *La tua insistenza sulla nuova professionalità è cruciale. Tu parli giustamente di rischi di un nuovo "manicomio aperto". Ma ci si può rendere conto di questi rischi solo se si è capaci di uno sguardo pluridimensionale sulla persona e sul suo contesto di vita: se invece si vede solo il "disturbo da droga", tenere l'utente in "mantenimento" col farmaco è solo una forma di cura conseguente alla "cronicità" della dipendenza. Anch'io però sono convinta che questa nuova professionalità già sia all'opera, per quanto misconosciuta, e che il lavoro da fare sia da un lato di offrire un paradigma alternativo al modello patologico; dall'altro di riflettere sulle esperienze in corso e di sedimentare quel pensiero.*

Provo a riassumere i caratteri della nuova professionalità: da un lato, l'obiettivo unico dell'astinenza dovrebbe cedere il passo a una pluralità di obiettivi di "cambiamenti in positivo"¹ in rapporto alla pluralità delle dimensioni di vita della persona; dall'altro, per evitare

1 La definizione si trova nel libro *Harm Reduction* (1998) curato dallo psicologo statunitense Alan Marlatt. Questi riferisce di averla letta su un poster a un convegno di consumatori di droghe facenti parte della *Chicago Recovery Alliance*. Dopo una lunga lista dei cambiamenti in positivo nell'ottica della Riduzione del danno, l'ultimo citato era "ogni altro cambiamento in positivo per come lo vedi per te stesso".

il "manicomio aperto", si dovrebbe tendere a "svincolare" la persona dal servizio. Anche su questo, il rovesciamento di ottica è radicale, rispetto agli anni ottanta e novanta. Allora, per i servizi l'obiettivo era l'attrazione e la ritenzione in trattamento dei consumatori di eroina, attraverso il metadone a mantenimento, "sdoganato" dopo gli anni bui del suo ostracismo.

Ma qual è a tuo avviso la maggiore difficoltà che incontra il modello di autoregolazione?

[S. V.] Riconoscere che la persona che ha un rapporto con le sostanze possa avere da subito un'autonomia. E riconoscere le sue competenze. Sottolineo il termine "competenze", più che risorse. Le risorse possono essere anche di contesto e gli operatori sono in grado di individuarle. Le competenze attengono alla persona e alla sua esperienza, ed è proprio la competenza che deriva dall'esperienza del consumo che difficilmente viene riconosciuta. Per i medici è particolarmente difficile perché confligge con la loro formazione neurobiologica. Ma è difficile anche per gli psicologi e gli assistenti sociali in quanto mette in discussione complessivamente il potere delle decisioni, spiazza la concezione *operatore-centrica* tipica sia delle formazioni universitarie che di quelle delle scuole di formazione postuniversitarie. Anche gli stessi operatori sociali, che pure dovrebbero essere più flessibili, stentano a uscire dalla vecchia logica. Si può dire che il modello centrato sul *deficit* sia trasversale.

[G. Z.] *In conclusione. All'inizio hai detto che il modello di autoregolazione può innovare il complesso del sistema dei servizi. Come possiamo immaginare un nuovo sistema?*

[S. V.] Per prima cosa, dobbiamo iniziare dall'esistente, anche perché la gran parte delle risorse è impegnata sui SerD. Come ho già detto, occorre superare il "mono-servizio" SerD, cominciando a cambiare il loro funzionamento. Che cosa possiamo fare per gli utenti istituzionalizzati che costituiscono la gran parte dell'utenza stessa dei SerD? Propongo una revisione o "rivisitazione" di tutti i trattamenti farmacologici e dei relativi affidamenti. Vanno analizzati, ripensati e rinegoziati con gli utenti, restituendo loro la

dimensione dell'autogestione del farmaco, visto come uno strumento di stabilizzazione e migliore gestione di vita. In questo modo si dovrebbe contrastare l'identificazione degli utenti nel "fallimento" e contrastare la passivizzazione conseguente. Si tratta di negoziare con loro obiettivi condivisi da verificare insieme una volta ogni tot di tempo. Lo "svincolo" può avvenire attraverso il nuovo ruolo di semplice supporto del servizio: di monitoraggio periodico e di intervento in caso di "scivolata". La scivolata può riguardare un picco nei consumi, ma anche qualche altro evento negativo in altre aree di esperienza di vita e, a differenza della visione patologica della "ricaduta", rappresenta un'occasione per nuovi apprendimenti, che procedono "per tentativi ed errori", in maniera simile a quanto accade per molti altri comportamenti.

Se si riuscisse a "riconvertire" questa vasta area di utenza, rimarrebbe in carico solo il nocciolo duro delle persone con gravi problematiche di salute e sociali, che hanno bisogno di forme di aiuto e sostegno più intensive.

Si libererebbero così le risorse per la cosiddetta nuova utenza: la vasta platea di consumatori che attraversano periodicamente difficoltà e che adesso non si rivolgono ai servizi. A loro si possono offrire forme di *counselling* e interventi brevi sulla crisi. Inoltre queste risorse liberate sarebbero la base per una riconversione dei servizi in una prospettiva di Riduzione del danno più adeguata ai mutamenti intervenuti nel corso del tempo nel panorama dei modelli di consumo.

Ma bisognerebbe innovare anche il lavoro di riduzione del danno, mettendo all'opera le capacità di osservazione e di riflessione delle equipe sulla dimensione collettiva dei fenomeni di consumo. Conoscere le culture del consumo, supportare e far circolare i rituali e le regole per il consumo più sicuro, in modo da far uscire queste subculture dalla dimensione ristretta in cui le confina l'illegalità: questo il nuovo compito degli interventi di strada. Un'apertura alla dimensione sociale del consumo potrebbe affinare le competenze degli operatori ed evitare i rischi "paternalistici".



NOTE FINALI SULLA RELAZIONE AL PARLAMENTO

UNA RELAZIONE IN CERCA DI AUTORE

Hassan Bassi

Forum Droghe

Osservando l'organizzazione delle Relazioni al Parlamento dal 2013 a oggi, nella parte attinente i servizi in particolare, non può che saltare agli occhi come i vari documenti presentino differenze di struttura significative. Differenze che sembrano riflettere le vicissitudini del Dipartimento che le partorisce, ogni anno con significativo ritardo rispetto all'obbligo di legge previsto (entro il 30 giugno). Così fino al 2013 si è assistito a Relazioni corposissime di pagine in cui trovavano spazio anche foto autocelebrative dei corsi organizzati dal Dipartimento, di dubbia utilità per il legislatore che avesse voluto sfogliare il voluminoso volume. Il condizionale è d'obbligo, dato che non risulta che mai il parlamento abbia dedicato una propria seduta all'analisi della Relazione. Dopo il 2013, si inaugura un nuovo corso: quella del 2014 vanta il primato di relazione più corta fra quelle prese in esame (2013-2017), appena 61 pagine se si escludono gli approfondimenti e le appendici. Si passa quindi dalla Relazione 2013, un documento di più di 220 pagine organizzato in 7 parti, con 17 capitoli e un'infinità di sottocapitoli, comprese le foto dei corsi citate, a quella dell'anno successivo, un documento snello e maneggevole, pieno di grafici a cui però manca una qualsiasi introduzione.

Nel 2015, quasi a voler compensare le ristrettezze dell'anno prima, la relazione si presenta nella versione *monstre* di oltre 600 pagine, ragione per la quale il Dipartimento non ne fornisce nemmeno copie stampate e gli interessati, parlamentari compresi,

NEGLI ANNI, LE RELAZIONI SONO CAMBIATE NELLA MOLE, NELLA STRUTTURA E NELLA GRIGLIA DI RILEVAZIONE DEI DATI. E PERFINO NELLA PRESENZA O ASSENZA DELLA VOCE DI UN RAPPRESENTANTE DI GOVERNO CHE LA PRESENTI AL PARLAMENTO E SE NE ASSUMA LA RESPONSABILITÀ POLITICA.

vengono invitati a prendere visione del testo on line sul sito del Dipartimento. La relazione 2016, con 500 e più pagine, non può non tenere conto dell'Assemblea Speciale delle Nazioni Unite sulle droghe (UNGASS 2016), svoltasi nel mese di aprile 2016, di cui riporta le conclusioni integrali in italiano, oltre al testo degli interventi del ministro incaricato, degli ambasciatori e rappresentanti per l'Italia, fra cui la direttrice del dipartimento. Nel 2017 le pagine della Relazione sono di nuovo ridotte a 119.

Interessante è anche l'apparizione e scomparsa di introduzioni politiche o tecniche. Nella relazione 2014, l'esposizione dei dati non è anticipata da alcuna introduzione: il documento però, molto elaborato, ha un'utile appendice che prova a fare sintesi della relazione con riferimenti al Piano d'Azione Nazionale Antidroga, il documento di indirizzo delle politiche sulle droghe riferito al periodo 2010-2013. Nel 2015 la relazione si presenta fornita da una breve introduzione, da una nota metodologica (arricchita di esempi e grafici) e un riassunto del quadro normativo. Nel 2016 la presentazione introduttiva dà spazio anche all'evento dell'As-

semblea Generale ONU sulle droghe.

Le vicissitudini del sistema di rilevazione dati

Sul reperimento dei dati, le metodologie sono cambiate nel tempo. L'introduzione del sistema SIND, sistema di rilevazione dei dati dai vari SerD entrato ufficialmente a regime il 1 gennaio 2012, avrebbe da subito dovuto rappresentare una modalità sicura e puntuale di raccolta dei dati (rispetto ai formulari che ogni servizio aveva l'obbligo di riempire annualmente e che presentavano spesso lacune ed incompletezze nei dati). Di fatto però per anni non tutte le regioni (e province autonome) hanno fornito i dati richiesti, impedendo una visione completa del fenomeno al livello nazionale. Solo nella relazione del 2016 (relativa al 2015) vengono pubblicati dati completi al 98% provenienti effettivamente dai SerD mentre fino ad allora i dati erano parziali come esplicitato in una nota nella relazione del 2017: *"Nelle Relazioni al Parlamento redatte dal 2009 al 2014 i dati mancanti venivano integrati con numeri stimati; a partire dall'edizione del 2015 i dati presentati si riferiscono ai SerD effettivamente rispondenti"* (pag 60).

Oggi il SIND dovrebbe permettere di conoscere in tempo reale, nella variegata organizzazione delle Regioni, il numero di strutture e sedi ambulatoriali pubbliche (SerD ed ambulatori e servizi territoriali di riferimento), informazioni sull'utenza assistita (vecchia e nuova utenza, sostanza psicotropa di utilizzo, diagnosi, etc.), le tipologie di prestazione erogata per utente, compreso l'invio a strutture socio riabilitative (comunità per la maggior parte a gestione privata ed accreditate regionalmente).

In relazione al monitoraggio dei servizi erogati dal privato sociale accreditato (comunità terapeutiche per la maggior parte), la relazione 2015 fa riferimento all'offerta residenziale e semiresidenziale, prendendo come parametro il numero di "posti letto" disponibili per Regione, e l'offerta per il trattamento è quantificata in 13.700 posti. L'anno successivo il dato riportato è lo stesso senza aggiornamenti, nel 2017 invece si fa riferimento al numero di utenti in trattamento al 31 dicembre 2016: che risultavano 15.563, di cui 11.423 (il 73,4%) in strutture residenzia-

li. La fonte utilizzata nella relazione 2017 è una rilevazione del Ministero dell'Interno effettuata per due volte durante il 2016, che raccoglie anche le informazioni relative alle persone in trattamento presso le strutture del privato sociale. Nella relazione 2014 (relativa al 2013) c'è un generico riferimento a 959 strutture socio riabilitative di cui circa il 70% residenziali. Nella relazione 2013 (dati 2012) il dato di riferimento è ancora diverso e si citano gli inserimenti in comunità (5801, nella tipologia di prestazioni erogate dai SerD). Insomma, sembra che non sia stata ancora trovata una griglia di lettura coerente anno dopo anno.

Indicatori oscillanti

La questione non è di poco conto, considerando che la relazione dovrebbe rappresentare lo strumento per la lettura del fenomeno droghe in Italia da parte dei decisori politici. Per di più, anche quando si è profuso un maggiore impegno nella redazione del documento, non sempre si è tradotto in maggiore chiarezza. Indicatori dei fenomeni e capitoli di approfondimento di vario genere sono nati e morti nel giro di pochissimi anni se non annualmente. Ne sia esempio il tentativo di valutazione dell'efficacia dei trattamenti farmacologici denominato *"Outcome"*, scomparso dopo il 2013, basato sull'obiettivo unico del raggiungimento dell'astinenza (non esplicitato, né scientificamente giustificato nella relazione) e sull'unico parametro del calcolo dei giorni *drug free*: da qui il calcolo dei "giorni liberi da sostanze" rispetto alle analisi delle urine negative delle persone in trattamento farmacologico per abuso di oppiacei, dividendoli in tre categorie: rispondenti, mediamente rispondenti e non rispondenti.

Oppure le varie apparizioni e sparizioni dei dati economici legati al costo delle azioni di contrasto al traffico di droga, le ipotesi sul costo economico in ore lavoro perse a causa dell'uso di stupefacenti, le analisi legislative, gli approfondimenti di genere, etc.

Già sarebbe un passo avanti significativo se le Relazioni potessero avere una paternità o maternità politica chiara, di un responsabile di governo che le firmi e se ne assuma la responsabilità.

LETTURE

AUTOREGOLAZIONE, UN MODELLO PER L'INTERO SISTEMA DEI SERVIZI

Henri Margaron

psichiatra e psicoterapeuta,
già direttore del Dipartimento Dipendenze Asl 6 Livorno

È possibile controllare il proprio consumo di droghe? È legittimo aiutare i tossicodipendenti a imparare ad autoregolarsi?

Per una medicina convinta che l'unico aiuto possibile sia quello di costringerli all'astinenza, queste domande suoneranno come una pericolosa provocazione. Eppure leggendo *Droghe e autoregolazione, note per consumatori e operatori* (Ediesse, 2017) a cura di Grazia Zuffa e di Susanna Ronconi, dobbiamo riconoscere che accompagnare il tossicodipendente nei suoi tentativi di autoregolazione è spesso l'unico approccio possibile per aiutarlo, senza provocare un deterioramento delle sue condizioni psichiche.

I contributi qui raccolti sono il frutto di un lavoro di ricerca sul terreno, durato oltre otto anni, nel campo della riduzione dei danni all'interno di un progetto europeo denominato "Nuovi approcci alle politiche e agli interventi sulle droghe" (NADPI).

Confortati da ricerche successive, Zuffa e Ronconi propongono di estendere questo indirizzo a tutti i contesti della Riduzione del Danno ma anche ai servizi per le tossicodipendenze (SerD).

Da questo importante lavoro possiamo trarre due conclusioni:

- Solo un approccio centrato sulla persona e improntato al rispetto e al riconoscimento reciproco può essere efficace.

- L'astinenza non è l'obiettivo unico del trattamento. Un consumo più autoregolato non porta a un aggravamento progressivo ed inesorabile delle condizioni del consumatore ma, spesso, ad un miglioramento significativo della sua condizione di dipendenza.



Ne deriva che il modello della tossicodipendenza come malattia cronica recidivante con le relative alterazioni delle funzioni cerebrali deve essere rivisto. Non lo suggeriscono solamente le testimonianze e le riflessioni raccolte in questo libro, ma anche le neuroscienze.

In effetti, le droghe non alterano il cervello ma modificano le sensazioni e/o la percezione delle esperienze per renderle tanto più gratificanti se la quotidianità è avara di soddisfazioni e vissuta con un senso di disagio. L'organismo tende a ripetere le espe-

rienze più gratificanti a scapito di altre e così facendo modella il cervello attraverso una modifica delle conducibilità delle sue sinapsi, sì da ripetere quelle esperienze in modo da ricavarne maggiori soddisfazioni. Questo principio non è alla base solamente della dipendenza da droghe o di abitudini come il gioco, ma di ogni forma di apprendimento nella vita quotidiana. A guidare i nostri comportamenti non sono delle organizzazioni metafisiche o delle strutture cerebrali particolari che, peraltro non riusciamo a definire e ancora meno a localizzare e a spiegarne il funzionamento. D'altronde il cervello è composto di neuroni e i neuroni non analizzano, non riflettono e non elaborano. Sono gli effetti delle esperienze a guidare l'organismo, ma non un organismo centrato su sé stesso bensì continuamente aperto all'ambiente che lo circonda. Ripetendo le espe-

rienze più gratificanti, l'organismo sviluppa le capacità di cui ha bisogno per adattarsi alla sua storia e al contesto in cui vive.

La dipendenza è la condizione in cui si trova una persona, la quale per carenza di alternative gratificanti si auto-condanna a vivere e apprezzare solamente esperienze legate alle droghe. In queste condizioni la cura della dipendenza non sta tanto nel l'allontanamento dalle droghe, quanto nella possibilità di vivere esperienze gratificanti alternative. La proibizione che stigmatizza, punisce ed emargina priva il tossicodipendente della possibilità di vivere le esperienze alternative di cui ha bisogno. E l'autoregolazione non è una irresponsabile complicità a coltivare un vizio, ma un approccio rispettoso ed attento per accompagnare il tossicodipendente a riacquisire le capacità perse.



RICERCA

LA SVOLTA DI CUI C'È BISOGNO

a cura della redazione

Pochi riflettono sul fatto che la ricerca sulle droghe sia stata, e continui a essere, indirizzata e condizionata dallo statuto di illegalità delle droghe e dal pensiero sulle droghe che tale statuto sottende. L'idea (tuttora) dominante è che le droghe siano sostanze "incontrollabili", come tali bisognose di meccanismi di "controllo formale" esterno: rappresentati soprattutto dalle istituzioni penali e dalle istituzioni e agenzie di prevenzione e di trattamento. Si ritiene infatti che i "normali" meccanismi di "controllo informale", ossia le regole sociali che la gran parte dei consumatori mette in opera per "controllare" il consumo e far sì che questo non interferisca con gli altri impegni di vita, non siano in grado di operare di fronte alla (onni)potenza della chimica delle sostanze.

Perché è difficile avere un quadro completo e articolato dei consumi

Questa rappresentazione, insieme allo statuto di illegalità, ha diverse conseguenze

LA RICERCA SULLE DROGHE È SEMPRE STATA ORIENTATA E LIMITATA DALLO STATUS DI ILLEGALITÀ DELLE DROGHE. IL "FARMACOCENTRISMO" E LA ADDICTION THEORY SONO ALLA BASE DELL'ATTUALE SQUILIBRIO A FAVORE DELLA RICERCA NEUROBIOLOGICA, IN SPECIE DELLA BRAIN RESEARCH, ANCHE SE QUESTA NON CI PORTERÀ MAI DA SOLA A CAPIRE I CONSUMI.

sugli indirizzi della ricerca: la prima è che la popolazione dei consumatori tende a nascondersi per ovvie ragioni ed è restia a farsi conoscere anche dai ricercatori. Conosciamo perlopiù solo la parte di consumatori che incappano nella rete di controllo formale (i destinatari di provvedimenti giudiziari oppure le persone registrate ai servizi per le dipendenze, volontariamente o inviati dalle agenzie penali). Come conseguenza, è

difficile avere un quadro dei consumi nella comunità, e la conoscenza sui consumi di droghe illegali proviene in larga parte dalle cosiddette "popolazioni in cattività", offrendo dunque un quadro parziale e distorto dei consumi¹.

In secondo luogo, gli scienziati stessi si sono concentrati eccessivamente sui "campioni in cattività", sia perché è più facile e meno costoso intercettare questa tipologia di consumatori per le ragioni appena dette; sia perché influenzati anch'essi dalla rappresentazione della "droga incontrollabile", come tale capace di indurre (prima, o poi) dipendenza. In altri termini, lo stretto legame nel pensiero dominante fra droga e dipendenza ha facilitato la generalizzazione dei modelli di consumo, perlopiù più intensivi, ricavati dai campioni in cattività all'intera popolazione di consumatori sul territorio. Con ciò rafforzando l'associazione droga-dipendenza e l'attitudine sociale anti-droga.

C'è poi il rapporto fra ricerca sulla droga e politiche, su cui già scriveva quaranta anni fa lo psichiatra americano Norman Zinberg. Se da allora l'universo dei consumi si è profondamente modificato, l'assunto politico culturale non ha subito molti cambiamenti: l'orientamento rigidamente "antidroga" (ribadito dalle politiche penali) fa sì che ancora oggi chi voglia illuminare uno spaccato di realtà diverso dai consumi dipendenti e dalla "nocività" della droga corra il rischio di essere classificato come "a favore della droga". Come lo stesso Zinberg spiega, non è tanto questione di "mancata oggettività" o di "distorsione della verità"; quanto del peso di una certa cornice di valori (la visione della droga come altamente nociva, perciò da combattere con ogni mezzo) nell'orientare lo sguardo del ricercatore e gli ambiti della ricerca: in tale clima culturale e ideologico, "la ricerca della verità tende a essere deduttiva piuttosto che induttiva"². Ci si aspetta cioè che le domande del ricercatore, così come le risposte che emergono dal suo lavoro, siano in linea con le credenze culturali dominanti: credenze "viste come sacrosante, perché si pensa che aiutino a prevenire il male, ossia un aumento dell'uso di droga". Di contro, chi, a cominciare dallo stesso Zinberg, voglia indagare il consumo nei setting naturali, volendo verificare l'ipotesi che

non tutto il consumo di droga si identifichi nel consumo problematico e nella dipendenza, corre il rischio di vedere il proprio lavoro presentato come "pro-droga" (e conseguentemente osteggiato).

VA INCREMENTATA LA RICERCA PSICOSOCIALE E GLI STUDI QUALITATIVI NEI SETTING NATURALI DAL PUNTO DI VISTA DEI CONSUMATORI, ORIENTATI A STUDIARE IL "CONTROLLO" SUI CONSUMI E I MECCANISMI DI AUTOREGOLAZIONE. E BISOGNA COLMARE IL VUOTO NELLA RICERCA VALUTATIVA DELLE POLITICHE. UN GRUPPO DI ONG INVIA AL DIPARTIMENTO ANTIDROGA UNA LETTERA APERTA PER CORREGGERE GLI INDIRIZZI DELLA RICERCA.

La Brain Research e i suoi limiti

Nella cornice appena descritta, trova spiegazione l'attuale predominanza della ricerca sulla farmacologia delle sostanze, in stretta relazione all'importanza pressoché esclusiva che viene attribuita al fattore droga nella comprensione dei consumi. E' il cosiddetto farmacocentrismo. L'enfasi sul fattore droga porta a sottovalutare altri fattori altrettanto importanti nello spiegare i consumi: il set (il ruolo del consumatore, le sue aspettative circa gli effetti della sostanza, la funzione che la sostanza ha per lui); e soprattutto il setting (l'ambiente del consumo, le credenze sociali circa le droghe, le culture del consumo).

E' squisitamente "farmacocentrico" il modello interpretativo dominante, la *addiction theory*, che, come già visto, ruota proprio intorno alla "sostanza che induce la malattia della dipendenza". Il set (le caratteristiche del consumatore) e il setting (le caratteristiche ambientali) sono al più prese in considerazione come "fattori di rischio di sviluppare la dipendenza".

La centralità della sostanza, nei suoi effetti sull'organismo, ha portato al grande sviluppo della ricerca biologica e farmacologica, e soprattutto della *brain research*, sulla scia del generale sviluppo e popolarità delle neuroscienze. Le quali sembrano assecondare l'attuale tendenza sociale a etichettare come "malattie", d'origine biologica/genetica, problematiche un tempo viste come difficoltà di adattamento psicosociale. Da qui l'attrazione esercitata dal *brain imaging*, per trovare conferma attraverso le nuove tecnologie alla "predisposizione genetica" alla di-

¹ Si veda quanto scrive il sociologo belga Tom Decorte (2010), Come si diventa un consumatore controllato. Riflessioni sulle insidie di una scienza delle droghe viziata dal pregiudizio, in Grazia Zuffa (a cura di), *Cocaina, il consumo controllato*, EGA, Torino
² Norman Zinberg (1984), *Drug, Set, Setting*, Yale University Press, New Haven and London, p.199 sgg.

pendenza, o alla dipendenza come "malattia cronica del cervello". Per queste ragioni, la ricerca sulla "malattia della dipendenza" e in particolare la ricerca neuroscientifica hanno negli ultimi tempi preso il sopravvento, a scapito della ricerca psicosociale. Di questo orientamento abbiamo conferma esaminando nell'arco di alcuni anni dal 2009 in poi i finanziamenti alla ricerca concessi dal Dipartimento Nazionale Italiano Antidroga, come si vede nella scheda che segue questo scritto. Si noti, tra l'altro, l'entità dei ripetuti finanziamenti agli studi circa gli effetti farmaco-tossicologici delle NPS (per circa un milione di euro), a fronte di nessun investimento sulla ricerca circa le motivazioni dei consumatori e i modelli di consumo, assai più utile al fine di intervenire per ridurre i rischi. Oppure l'enorme dispendio nella ricerca AQUA DRUGS (170.000 euro) circa la presenza di sostanze nei fiumi delle città, di cui non è chiara l'utilità se non a fini di puro allarme sociale e propaganda antidroga. Né sono mancati i ripetuti finanziamenti alle tecniche di stimolazione magnetica transcranica per soggetti non-responder ai trattamenti (30.000 più 70.000 euro): tecniche peraltro discutibili, ma che comunque non risultano essere diventate uno strumento utile per i servizi. Né infine poteva mancare il progetto italiano *Brainsearch* per l'identificazione dei danni cerebrali dei tossicodipendenti (90.000 euro).

Va sottolineato che la ricerca neuroscientifica nell'ambito delle droghe ha dei limiti, principalmente sotto due aspetti:

- la *brain research* non ci porterà mai, da sola, a una spiegazione dei consumi di droga, perché il suo raggio di indagine è limitato. Non ci fornisce le ragioni per cui le persone usano droghe; non ci fornisce le ragioni per cui alcuni consumatori scelgono una droga invece di un'altra; non ci fornisce le ragioni per cui molti consumatori cambiano il loro modello di consumo nel tempo (da meno intensivo a più intensivo e viceversa); non ci spiega perché alcuni smettono di consumare; tanto meno ci spiega perché le stesse sostanze hanno regole informali di consumo così diverse a seconda delle diverse culture (come si evince dalle differenze nelle culture del bere, ad esempio). Per sapere tutto ciò, c'è bisogno di ricerca in campo antropologico, sociologico, economico.
- La *brain research*, in particolare i risultati del *brain imaging*, sono spesso inter-

pretati a sostegno della *addiction theory*, in maniera distorta e scarsamente scientifica.

Per sviluppare questo punto, fondamentale, utilizziamo un brano illuminante di uno studioso delle droghe, Jean Paul Grund, a conclusione di un suo saggio recente.

"Le scienze biomediche e la neuroscienza in particolare stanno offrendo conoscenze interessanti e utili alla nostra comprensione del cervello, non solo sul substrato biologico della dipendenza. Ciò nonostante, la comprensione reale del cervello è ancora nella fase infantile, come lo è la comprensione del ruolo della chimica nel cervello e degli impulsi nervosi o della genetica nel consumo di sostanze psicoattive. Un esame critico della base di evidenze del modello della dipendenza come malattia del cervello suggerisce che la neuroscienza o le scienze biomediche sono lontane dall'offrire una spiegazione conclusiva della dipendenza, con importanti carenze nell'affidabilità, nella validità e nella generalizzabilità. I ricercatori fuori e dentro le scienze biomediche hanno sottolineato la mancanza di rigore scientifico negli studi neuroscientifici sulla dipendenza (J. Davies, 2017; W. Hall et al., 2015; Hart, 2017; Lewis, 2013). Risultati discordanti, come quelli del corpo di studi socio-scientifici presi in esame in questo scritto, o spiegazioni alternative che mettono in discussione la spiegazione biomedica riduttiva/materialista della dipendenza, vengono normalmente ignorati. Molti studiosi del cervello si prendono molta libertà nell'interpretare i loro risultati e nel generalizzare quanto riscontrato in piccoli campioni di "cervelli dipendenti" a popolazioni più ampie di persone che usano sostanze psicoattive. La neuroscienza può descrivere la chimica e i circuiti coinvolti nella biologia dell'intossicazione, ma non le ragioni per le quali le persone fanno uso di sostanze, sia con moderazione sia in eccesso, o i motivi per cui smettono di farlo. Inoltre, gli investimenti mostruosi nella neuroscienza della dipendenza hanno restituito ben poco in termini di nuovi trattamenti per la dipendenza. Infatti, il trattamento di metadone a mantenimento e il principio della droga di sostituzione sono precedenti all'idea della dipendenza come malattia del cervello (Leshner, 1997) di tre decenni (W. Hall et al., 2015). Carter & Hall (2010) ha invocato "una maggiore umiltà esplicativa nella neurobiologia della dipendenza". In effetti, i neu-

roscienziati dovrebbero essere molto più riservati nel comunicare i loro risultati a un pubblico più ampio (J. Davies, 2017, W. Hall Hall et al., 2015)

...Ma forse la domanda più rilevante riguarda il perché della dominanza di questa teoria nella scienza, nella politica e nei servizi sulla droga, a scapito di approcci diversi sull'uso di droga e sulla dipendenza delle scienze sociali, umanistiche, criminologiche o economiche e di altre discipline che hanno esaminato il fenomeno del consumo di sostanze nell'essere umano. L'enfasi sul cervello (malato), ad esempio, non ha molto impatto sui "tassi di dipendenza", sulla domanda di droga o l'offerta di droga negli ultimi venti anni e ha fatto poco per rimuovere lo stigma associato all'uso di sostanze o alla dipendenza; al contrario, alimenta le malattie, i pregiudizi e l'ingiustizia sociale e, soprattutto, diminuisce i finanziamenti alle strategie sanitarie basate sulle evidenze (Csete et al., 2016; W. Hall et al., 2015; Hart, 2017). Ciò non ha impedito che molte delle affermazioni (non verificate) del modello biomedico divenissero senso comune, che, come spiega John Kenneth Galbraith, serve a mantenere lo status quo e gli interessi privati di chi ha potere (Galbraith, 1958). E, come nota Davies, il dominio del modello bio-medico non è (semplicemente) una questione di merito accademico, ma una lotta di potere sulle sovvenzioni, lo status e i vantaggi legati a queste; una "guerra" in cui, dal momento che l'idea è stata coniata (Leshner, 1997), il mezzo continua ad essere il messaggio (McLuhan & Fiore, 1967) ma "in termini di attrezzature, la guerra è asimmetrica", scrive Davies (J Davies, 2017). Albert Einstein riferisce di aver prima scritto a matita molte delle sue teorie sul retro di una vecchia busta o di altri foglietti (Isaacson, 2007). Oggi, i celebri ricercatori del cervello esperti nell'utilizzo dei media stanno "strombazzando" risultati e interpretazioni ultra-semplificate attraverso video su YouTube sullo sfondo di grandi ronzanti e lampeggianti macchine e immagini grafiche in 3D del cervello colorate in maniera allettante (Hickman 2014). Con i loro complessi scritti accademici – come questo – con le loro "opinioni critiche" e presentazioni grafiche bidimensionali su PowerPoint nelle conferenze scientifiche o convegni di politica della droga, coloro che propongono prospettive differenti sono chiaramente sorpassati (J. Davies, 2017)."

Da Jean Paul Grund (2017) "Il controllo, lo possiamo esercitare? Verso una prospettiva transdisciplinare ecologica sul consumo di sostanze e sulla dipendenza"

lin Zuffa Grazia e Ronconi Susanna (a cura di), *Droghe e autoregolazione. Note per consumatori e operatori*, Ediesse, Roma, pp.78 sgg.]

La prospettiva dei "controlli" sui consumi: gli studi qualitativi nei setting "naturali"

Si è detto dei limiti della ricerca concentrata sui campioni di consumatori "in cattività", ovvero sul cosiddetto "peggiore scenario" dei consumi, avvalorando la concezione dominante della coincidenza fra consumo e dipendenza (o che l'uso si trasformi comunque in dipendenza). Per avere una visione non viziata dell'uso di droga (e delle differenti droghe), c'è bisogno della ricerca nei setting naturali, su campioni di consumatori reclutati sul territorio, ovvero sulle cosiddette "popolazioni nascoste" (di consumatori non in contatto coi servizi). E c'è bisogno di ricerca qualitativa, per apprendere il punto di vista del consumatore: il significato del consumo, come questo si incastoni nella vita quotidiana delle persone, quali siano le strategie "naturali" di "regolazione" del consumo; se, quando, perché queste strategie si indeboliscano facendo sì che i consumi siano meno "controllati"; e se, quando, perché, come le persone riescano a recuperare "naturalmente" il controllo indebolito.

Purtroppo questa ricerca non gode di molta popolarità. In parte perché, come si è detto, molti sembrano convinti che parlare di "uso controllato" significhi spingere le persone a consumare. In parte, perché l'accento sulla dipendenza vista come "malattia" induce una visione del "tutto o nulla" (o sei sano, o sei malato; o sei astinente, o sei dipendente). In altre parole, si ritiene che la conoscenza circa i consumatori "controllati" non aiuti ad affrontare i problemi dei consumatori "incontrollati/dipendenti".

Eppure, è vero il contrario. La conoscenza dei meccanismi che permettono di tenere sotto controllo i consumi è preziosa proprio per chi è più carente nel controllo. In più, tali meccanismi attengono a "fattori altri dal potere della droga e dalla personalità del consumatore" (e cioè a fattori sociali e alle capacità di apprendimento degli individui),

fattori più soggetti a evoluzione e modificazione. Si apre perciò una prospettiva più ottimistica circa il cambiamento, rispetto a quella della "malattia cronica recidivante" della *addiction theory*.

In questa luce, è fondamentale il sapere sul cosiddetto *self recovery*, proveniente dagli studi sulle persone che "naturalmente" recuperano il controllo (ovvero escono dalla dipendenza) senza l'aiuto dei servizi. Inutile dire che anche questi studi sono osteggiati e in genere ignorati, sulla base della visione della dipendenza come stato patologico da cui è difficile uscire e comunque impossibile senza aiuto esterno.

Nonostante gli impedimenti di cui si è detto, studi sui consumi nei setting naturali, alla ricerca dei controlli messi in atto dalle persone che usano droghe sono stati condotti per tutte le sostanze, negli Stati Uniti, nel Canada, nel Nord Europa. Negli ultimi anni anche in Italia, per iniziativa di Forum Droghe in collaborazione col CNCA, in particolare sui consumi di cocaina.

Non solo: sulla base di questi studi, si è sviluppato un percorso, per tappe e fasi, alla ricerca di un nuovo modello operativo dei servizi, ispirato ai risultati di questo tipo di ricerca. Si tratta del *modello operativo di autoregolazione*, illustrato e discusso in altra parte di questo Libro Bianco, nello scritto di Stefano Vecchio a confronto con Grazia Zuffa. Il modello si basa su una lettura "non patologica" dei consumi, proprio per questo in grado di attrarre una platea molto larga di consumatori, in una prospettiva di sostegno ai meccanismi "naturali", individuali e sociali, di controllo e di riduzione del rischio/del danno.

"Alla ricerca della conoscenza nascosta. Esiti della ricerca sull'uso controllato/non controllato di cocaina"

Partendo da un approccio proattivo e da una prospettiva di supporto ai meccanismi di autoregolazione, le ricerche qualitative e gli studi etnografici, condotti al di fuori di schemi retorici sulle droghe, mostrano alcuni risultati che possono essere la base essenziale per lo sviluppo di interventi innovativi. In sintesi:

- Il controllo dell'uso di cocaina e di altre sostanze stimolanti esercitato dalle persone che consumano droghe si sviluppa lungo un continuum di apprendimento

dall'esperienza, simile ai processi impiegati nell'apprendimento di qualsiasi altra attività umana. Si tratta di un processo per "tentativi ed errori": attraverso diversi momenti e fasi, i consumatori apprendono dalle proprie esperienze e sono perciò in grado di produrre cambiamenti nei loro comportamenti

- *I consumatori adottano una vasta gamma di meccanismi informali di controllo sul loro consumo di droga in molteplici ambiti, quali: la scelta degli ambienti e delle situazioni di consumo; la scelta delle persone con cui consumare e non consumare; il fissare un tetto di episodi di consumo in un dato periodo di tempo, la frequenza di uso; l'individuare gli stati d'animo adatti all'uso (e quelli inadatti), le combinazioni con altre sostanze idonee/non idonee, le modalità di assunzione, i dosaggi appropriati; come gestire le conseguenze economiche del consumo di cocaina, come evitare di attirare l'attenzione delle forze dell'ordine, ecc. Ognuno di questi elementi - e / o una combinazione degli stessi - può diventare una variabile del processo di autocontrollo e "campo d'azione" per una strategia personale di uso sicuro e regolato*

- *I consumatori adottano dei rituali, dei modelli di comportamento inerenti all'uso di sostanze, inclusi i metodi di acquisizione e somministrazione, la selezione dell'ambiente fisico e sociale per il consumo, le attività che si possono svolgere/non svolgere dopo l'assunzione, i metodi per evitare gli effetti indesiderati della sostanza. I rituali sono influenzati da variabili di tipo culturale, sociale e ambientale, il consumatore non è isolato dal contesto e l'ambiente socio-culturale è un fattore fondamentale in un processo di apprendimento sociale.*

- *Spesso il consumo di cocaina non è stabile nel tempo, ma i livelli variano verso il basso o verso l'alto. Tuttavia i livelli medi e alti non durano in genere nel tempo. Contrariamente a quanto suggerito dal modello patologico della addiction, la traiettoria prevalente è di tipo discendente, nel lungo termine. Al fine di riacquisire nuovamente il controllo dopo periodi di consumo più incontrollato, le strategie più usate dai consumatori sono la riduzione progressiva dei consumi e l'astinenza per periodi limitati.*

- *Contrariamente alla traiettoria lineare, "crescente verso la dipendenza", ipotizzata dal modello addiction, le ricerche sui controlli indicano che le carriere dei consumatori di sostanze sono in realtà differenziate e*

dinamiche e che i pattern di consumo mutano nel tempo, a seconda del mutare delle situazioni e delle fasi e impegni di vita.

- In contrasto con la visione del consumo di droga come "tutto o niente" (astinenza o dipendenza), gli studi sui meccanismi di controllo dell'uso di sostanze mostrano come i pattern di consumo fluttuino lungo un continuum, variando da un scarsa capacità di controllo ad un aumento di controllo e viceversa. Se ne deduce che è improprio dividere i consumatori in due tipologie contrapposte "consumatori controllati versus consumatori incontrollati". Ciascun consumatore può sperimentare entrambe le situazioni e cambiare il proprio modello di consumo, passando da un uso intensivo ad uno più moderato.

- Queste ricerche mostrano discrepanze circa il ruolo del consumo controllato, tra la visione degli operatori delle dipendenze e dei consumatori; per i primi il vero obiettivo è l'astinenza, per i consumatori il consumo controllato può essere un obiettivo valido."

[Da Grund JP, Ronconi S., Zuffa G. (2014) Oltre il modello "malattia", nuove prospettive nella riduzione del danno: verso un modello di autoregolazione e autocontrollo, Progetto NADPI, col supporto del Drug Prevention and Information Programme dell'Unione Europea e de' La Società della Ragione, p.11]

La ricerca valutativa delle drug policies

Per le droghe, la ricerca valutativa delle politiche è stata storicamente trascurata. Si pensi alle politiche globali, di applicazione delle Convenzioni Internazionali ONU sulle droghe. Teoricamente dovrebbero essere sottoposte a revisione (*Review*) ogni dieci anni dall'Assemblea Generale ONU Speciale sulle droghe (UNGASS), dopo un attento esame dei risultati ottenuti. A tal fine sarebbero necessari studi e rapporti tecnico-scientifici ad hoc. Ma l'appuntamento decennale di UNGASS non è mai stato inteso come "valutazione" degli indirizzi politici, bensì come semplice "monitoraggio" della loro applicazione. Si pensi al pregevole lavoro di valutazione dello stato dei mercati globali della droga, curato da Peter Reuter e Franz Trautmann, commissionato dalla Commissione Europea in vista della *Review* che la *Commission on Narcotic Drugs* (CND) era chiamata a svolgere nel 2009, nel cosiddetto Segmento ad Alto Livello della CND (con la presenza dei Ministri e Capi di Stato dei paesi membri)³. In quella sede, il Report sui mercati della droga non fu neppure di-

³ Reuter, P. and Trautmann, F. (eds) (2009), *A Report on Global Illicit Markets 1998-2007*, European Commission, Brussels

scusso.

Un secondo esempio calzante riguarda la Relazione Annuale al Parlamento sulle droghe e la tossicodipendenza. Come si ricorderà, la Relazione Annuale è un adempimento previsto dalla legge antidroga, introdotta con l'intento di fornire ai parlamentari, e più in generale ai *policy maker*, uno strumento di valutazione delle politiche sulla droga. Le Relazioni al Parlamento non sono però state in grado di adempiere al loro compito istituzionale, perché carenti nell'offrire strumenti di lettura delle strategie messe in campo. Si vedano in particolare le carenze della griglia di rilevazione dati per il pilastro penale, già evidenziate nei precedenti Libri Bianchi (in particolare il Libro Bianco n.6). Si veda la scarsità di informazioni che le Relazioni offrono in tema di stili di consumo nei *setting* naturali, e perfino di funzionamento dei servizi, denunciata in queste stesse pagine in alcuni scritti (in particolare di Leopoldo Grosso, Angelo Giglio, Felice Nava).

Di contro, a livello internazionale la ricerca valutativa delle politiche sta assumendo sempre più rilievo e si arricchisce di nuovi aspetti di impatto da tenere in considerazione. Ad esempio, l'impatto della politica delle droghe sui diritti umani: questione venuta di recente alla ribalta nel dibattito internazionale, in particolare per le politiche penali. Quanto le politiche penali delle droghe sono in linea coi principi generali dello Stato di diritto, come il principio di proporzionalità fra la gravità del reato e la pena inflitta? Quanto la pena di morte prevista in alcuni paesi per i reati di droga rispetta quel principio? L'articolo di Patrizia Meringolo, che segue queste note, offre uno spaccato generale sugli sviluppi della ricerca valutativa.

Proposte della società civile per nuovi indirizzi nella ricerca

Nel febbraio 2018, nell'ambito di un progetto europeo teso a promuovere il coinvolgimento della società civile nelle scelte di politica delle droghe e a favorire il dialogo con le istituzioni e i *policy maker*, un ampio arco di associazioni (guidate da Forum Droghe e LILA), hanno inviato una lettera alla responsabile del Dipartimento Antidroga contenente proposte complessive in tema di ricerca. Riportiamo in sintesi le richieste finali.

Lettera aperta al Dipartimento Antidroga

Noi associazioni impegnate nel progetto europeo Civil Society Involvement in Drug Policy chiediamo che venga progettato e finanziato un quadro nazionale di ricerca che:

- Integri le tradizionali indagini epidemiologiche con ricerche qualitative ed etnografiche nei setting naturali, focalizzate sullo studio delle traiettorie di consumo, delle strategie di regolazione e controllo adottate dai consumatori, dei fattori influenti, del ruolo dei setting. Attenzione particolare va prestata ai consumi di stimolanti e Nuove Sostanze Psicoattive, sebbene questo tipo di ricerca sia funzionale e auspicabile per ogni tipo di sostanza
- Costruisca in un percorso partecipato una "cornice" teorica (di modelli di interpretazione del consumo e di finalità generali della ricerca sulle droghe) in cui inserire la varietà delle ricerche secondo un disegno generale, partendo dalla letteratura internazionale e dalla ricerca indipendente condotta sul campo in questi anni dalle associazioni della società civile italiana e europea

Chiediamo anche che sia privilegiata

- Una ricerca "orientata all'azione", attenta a focalizzare aree di indagine spendibili per il ridisegno e delle politiche e degli interventi
- Una ricerca attenta a comprendere e adottare la "prospettiva del consumatore", al fine di conoscerne obiettivi, scelte, strategie, culture, nella prospettiva di far sì che le persone che usano droghe siano messe nella condizione di governare maggiormente il proprio consumo (secondo l'accezione che il "governo democratico" di un fenomeno è quello che mette gli attori del fenomeno stesso nelle condizioni di esercitare controllo). Questa prospettiva, del resto, assume l'approccio della promozione della salute per come sostenuto dall'OMS, e alla promozione della salute esplicitamente si rifà la stessa Riduzione del danno
- Una ricerca progettata attraverso un processo di partecipazione della comunità scientifica e della società civile esperta (operatori, ricercatori indipendenti, associazioni attive nelle politiche sulle droghe, organizzazioni dei consumatori) attraverso un Tavolo ad hoc in sede di Osservatorio del Dipartimento Antidroga; implementata e condotta con il contributo dei ricercatori e loro associazioni già attivi in questo campo di ricerca.

Chiediamo un Panel di esperti sulla ricerca per la valutazione di impatto e di esito delle politiche nazionali e della legislazione

Il dibattito internazionale ed europeo negli ultimi anni si è significativamente orientato verso la necessità di elaborare studi di valutazione di impatto e di esito delle politiche sulle droghe, anche in relazione al dibattito attorno alla necessità di una valutazione delle politiche globali basata sull'evidenza. Di valutazione delle politiche si è ragionato a UNGASS 2016 e, a livello comunitario, si continua a ragionare in sede di Commissione e Gruppo orizzontale; è, inoltre, terreno di costante confronto tra gli organismi comunitari e il Civil Society Forum on Drugs che rappresenta la voce della società civile europea. A livello nazionale, mentre esistono studi routinari di processo, uno studio - evidence based e human rights based - sull'impatto delle politiche legislative, penali e sociosanitarie sulle droghe non è mai stato condotto, nonostante proprio questo tipo di conoscenza sia cruciale nei processi politici decisionali. Alcune realtà della società civile e accademiche hanno condotto studi circoscritti, nel tentativo di colmare questo gap di conoscenza così fondamentale per il ridisegno delle politiche nazionali nella direzione di una loro maggiore efficacia. Crediamo sia urgente promuovere uno studio nazionale di valutazione di impatto nelle tre dimensioni, legislativa, penale e sociosanitaria. Come passo propedeutico, proponiamo che, grazie al rinnovato Osservatorio del DPA e alle previste forme partecipative e di collaborazione aperta, sia convocato un Panel di esperti che individui una prospettiva di ricerca in questa direzione, avvalendosi di esperti italiani ed europei, e coinvolgendo le realtà della società civile che su questo hanno competenza ed esperienza e che sono attive nel campo dello studio della valutazione, innovazione e riforma delle politiche sulle droghe.



PANORAMICA anni 2010 e seguenti

RICERCHE A INDIRIZZO FARMACOLOGICO E NEUROSCIENTIFICO FINANZIATE DAL DIPARTIMENTO ANTIDROGA

a cura della redazione

PROGETTO BRAINSEARCH

Oggetto dell'accordo

Data dell'accordo

Importo

Regione del Veneto

Progetto BrainSearch Mappatura cerebrale delle aree del craving e del resisting e identificazione dei danni cerebrali in soggetti tossicodipendenti: uno studio con risonanza magnetica funzionale ad alto campo

22/12/2009

€ 90.000

Progetto NEUROTRAINING

Oggetto dell'accordo

Data dell'accordo

Importo

Regione del Veneto

Progetto Neurotraining & TMS. Progetto nazionale per l'integrazione di interventi psicoeducativi e neuropsicologici nella prevenzione e nella gestione delle recidive in soggetti tossicodipendenti "no o low responder" ai trattamenti convenzionali: utilizzo di tecniche di stimolazione magnetica transcranica (rtms e tdcS) a bassa intensità e neurotraining.

22/12/2009

€ 30.000

Progetto Vulcan 3

Oggetto dell'accordo

Data dell'accordo

Importo

Alma Mater Studiorum Università di Bologna

"Progetto Vulcan 3. Valutazione della condizione di vulnerabilità all'uso di cannabis ed allo sviluppo della dipendenza: correlati neuroendocrini e aspetti quali-quantitativi " La consistenza del fenomeno attraverso evidenze scientifiche

13/07/2012

€ 40.000

Progetto Vulcan 4

Oggetto dell'accordo

Data dell'accordo

Importo

Alma Mater Studiorum Università di Bologna

"Progetto Vulcan 4. Valutazione della condizione di vulnerabilità all'uso di cannabis ed allo sviluppo della dipendenza: correlati neuroendocrini e aspetti quali-quantitativi " La consistenza del fenomeno attraverso evidenze scientifiche

10/12/2013

€ 40.000

**Progetto NSP
RISK ASSESSMENT**
IRCCS – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Oggetto dell'accordo

Progetto NSP – RISK ASSESSMENT. Caratterizzazione preclinica degli effetti acuti e cronici delle Nuove Sostanze Psicoattive sul sistema nervoso centrale per comprendere le possibili alterazioni psico-fisiche nei guidatori di autoveicoli.

Data dell'accordo

30/12/2013

Importo

€ 292.714,00

Progetto NeuroGAP
Istituto di Neuroscienze - Consiglio Nazionale delle Ricerche

Oggetto dell'accordo

Progetto NeuroGAP - Progetto per la creazione di una rete nazionale e istituzionale di ricerca sul Gioco d'Azzardo Patologico e per l'attivazione e la promozione di studi sul gioco d'azzardo nell'ambito delle neuroscienze, delle scienze del comportamento e sociali

Importo

€ 120.000 2013 + € 120.000 2014

Progetto NS-Drugs
Università di Ferrara

Oggetto dell'accordo

Progetto NS-Drugs - Studio multidisciplinare degli effetti farmaco-tossicologici e fisiopatologici di nuove molecole psicoattive sintetiche (Novel Synthetic Drugs, NS-Drugs) per comprendere le possibili alterazioni psico-fisiche nei guidatori di autoveicoli

Data dell'accordo

27/08/2013

Importo

€ 265.000,00

Progetto D-TMS 2
Università degli Studi di Sassari

Oggetto dell'accordo

Progetto D-TMS 2. Studio e ricerca sulla stimolazione transcranica magnetica nel supporto alla cura della tossicodipendenze e della prevenzione delle recidive

Durata dell'accordo dal al

Dal 09/11/2012 al 31/12/2013

Importo

€ 74.000

PROGETTO CAD
Università degli Studi di Firenze

Oggetto dell'accordo

Progetto CAD - Carceri Alcol Droga.

La consistenza del fenomeno attraverso evidenze scientifiche. analisi capello dei nuovi giunti e dei detenuti nei primi mesi per verificare "il reale stato di tossicodipendenza"

Importo

€ 90.000

Progetto Aqua Drugs
Istituto Mario Negri

Oggetto dell'accordo

Progetto Aqua Drugs - Stima del consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione mediante analisi delle acque reflue. Studio dei trend di consumo e della comparsa di nuove sostanze mediante una rete di rilevamento nazionale.

Data dell'accordo

05/03/2013

Importo

€ 170.000,00

Progetto NS-Drugs
Università di Ferrara

Oggetto dell'accordo

Progetto NS-Drugs - Studio multidisciplinare degli effetti farmaco-tossicologici e fisiopatologici di nuove molecole psicoattive sintetiche (Novel Synthetic Drugs, NS-Drugs) per comprendere le possibili alterazioni psico-fisiche nei guidatori di autoveicoli

Data dell'accordo

04/12/2013

Importo

€ 265.000,00

Progetto NPS-Tox
Università di Verona Medicina legale

Oggetto dell'accordo

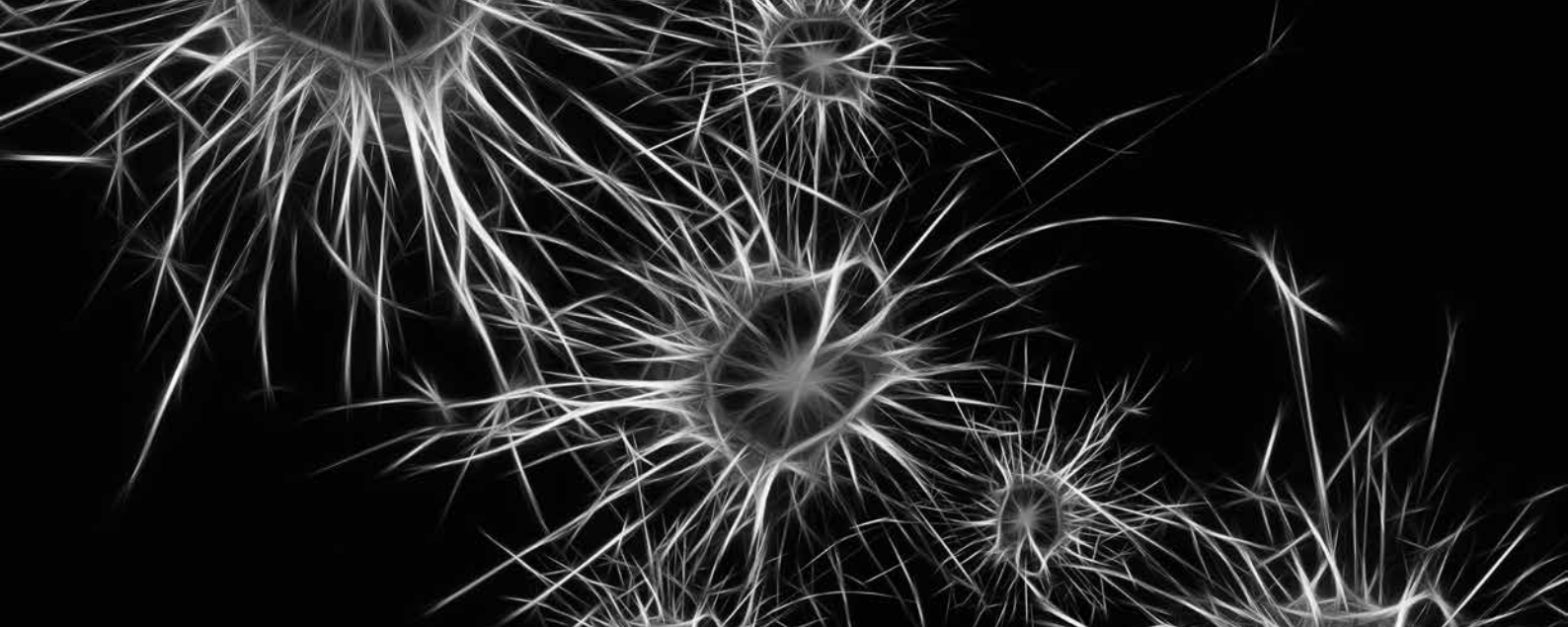
"Progetto NPS-Tox - Studio di Tossicologia in Modello Animale sulle New Psychoactive Substances (N.P.S.) secondo procedure GLP nella prospettiva di allestimento metodi per la valutazione dell'incidentalità stradale associata a N.P.S. "

Data dell'accordo

14/11/2013

Importo

€ 170.920,00



IL CERVELLO “MALATO”, QUEL CHE LA SCIENZA (NON) CI DICE

Henri Margaron

medico, psichiatra, già direttore del Dipartimento Dipendenze della Asl Livorno

Cronica e recidivante, la “brain disease” si è imposta, in questi ultimi decenni, come modello per comprendere la dipendenza e più generalmente la malattia mentale. Condizionati dall'*organologia cerebrale* di Georg Prochaska (1749-1820) secondo cui se la buona Natura ha destinato per ogni funzione dell'organismo un organo particolare, avrà fatto lo stesso per il cervello,¹ si suppone che esso sia composto da una serie di piccoli “organi” come la coscienza, la volontà, l'intelligenza, la memoria, il libero arbitrio, la morale... in grado di *secernere i pensieri come il fegato secerne la bile* secondo il moto celeberrimo dell'ideologo Cabanis. Secondo tale modello la dipendenza sarebbe la conseguenza di alterazioni provocate dalle droghe alle strutture cerebrali predisposte a “produrre” la memoria, a prendere le decisioni e a controllare la corretta fruizione del piacere. L'idea di un cervello predisposto a svolgere delle funzioni particolari non ha fondamento scientifico e apre una serie di domande destinate a rimanere senza risposte. Chi siamo? Un cervello, o una parte di esso, che comanderebbe un corpo le cui caratteristiche sarebbero solamente una mera contingenza? Quali sono le funzioni che dovrebbe svolgere il cervello? Quanti “piccoli organi” dovrebbe custodire? Dove sono collocati? E come fanno a produrre memoria, intelligenza, conoscenza, libero arbitrio o morale? Chi prende le decisioni, l'organismo o una parte

LE NOSTRE DIFFICOLTÀ AD AFFRONTARE CERTE SITUAZIONI NON SONO DOVUTE A DELLE ALTERAZIONI NEURONALI MA AL MODO IN CUI LA NOSTRA STORIA E LE NOSTRE CARATTERISTICHE HANNO MODELLATO LE CONNESSIONI ALL'INTERNO DEL CERVELLO. LE DROGHE NON ALTERANO CERTE STRUTTURE CEREBRALI, MA MODIFICANO LA PERCEZIONE E LE SENSAZIONI PROVATE SOTTO I LORO EFFETTI PER RENDERE L'ESPERIENZA PIÙ GRATIFICANTE.

del cervello?

La tecnologia permette ormai di osservare direttamente ogni singolo neurone mentre è in attività, eppure non riusciamo a trovare la traccia di gruppi neuronali particolari. La difficoltà a reperirne, invece di spingerci a modificare il nostro approccio al cervello, sorprendentemente diventa la prova della nostra natura particolare, un modo di rilucidare lo stemma della nostra umanità. Dopo il duro colpo al nostro narcisismo inferto da Darwin e dalla scoperta successiva che come tutte le piante e tutti gli animali discendiamo da un antenato comune L.U.C.A. (*Last Universal Common Ancestor*), un batterio apparso sulla terra poco meno di quattro miliardi di anni fa, un alone di mistero sull'origine delle nostre grandi capacità risolveva il nostro prestigio.

¹ Davous P. (2011), *Le nouveau totem, petites chroniques du cerveau*, p. 138.

Come l'uomo cerca di adattarsi all'ambiente

In realtà il cervello è semplicemente una rete estremamente fitta ed articolata di neuroni, che permette di collegare ogni parte del corpo e gli organi di senso affinché l'organismo possa rimanere unito poiché come ricordava l'evoluzionista russo Ivan Ivanovich Schmalhausen *"gli organismi viventi non sono semplici apposizioni atomiche di parti separate, bensì sistemi altamente coordinati"* e contemporaneamente modificare il suo rapporto con il contesto naturale e sociale in funzione delle proprie condizioni e delle circostanze. L'uomo, come tutti gli altri organismi biologici, non è apparso sulla terra con la missione di svolgere un compito già assegnato ma in seguito a mutazioni genetiche casuali che gli hanno garantito la possibilità di sopravvivere, crescere e riprodursi, condizioni sine qua non per la conservazione della specie. Per portare a termine la missione di tutti gli organismi biologici, l'uomo deve essere in grado di stabilire il migliore rapporto possibile con il contesto, tenendo conto delle proprie condizioni e delle contingenze. La coscienza, la morale, il libero arbitrio, la memoria non sono delle funzioni particolari "secretate" dal cervello, ma semplicemente delle modalità sofisticate di rapportarsi al mondo ed agli altri, rese possibili da alcune caratteristiche del nostro organismo e dall'articolazione della rete neuronale.

Se ora tutti i neuroscienziati riconoscono che l'origine delle nostre capacità si nasconde nel sistema di connessioni dei neuroni e non nella particolarità di alcuni neuroni, molti continuano a sperare di trovarvi le chiavi del mistero della coscienza, del pensiero o del libero arbitrio. In realtà tutto ciò che il sistema di connessioni può svelarci è il modo in cui riusciamo a comportarci in modo riflessivo e intelligente o a pensare, per aiutarci a compiere la nostra missione al servizio della sopravvivenza della specie.

Non avviene per merito di qualche software collocato all'interno del cervello, ma perché il "connettoma" (l'insieme delle connessioni neuronali) si modella sulle esperienze per potere riprodurle più facilmente. Le connessioni tra i neuroni coinvolti in ogni esperienza si rinforzano riproducendole e non si tratta di un processo secondario, poiché è responsabile della quadruplicazione del volume tra il cervello del neonato e quello dell'adulto. Le sinapsi così rinforzate sono più reattive quindi più facilmente stimola-

te quando si presentano situazioni simili e contemporaneamente sono responsabili dell'aumento delle capacità percettive, motorie e linguistiche. In altre parole le nostre esperienze modellano l'insieme delle sinapsi per consentire all'organismo di adattarsi al meglio alle situazioni fonti di maggiore soddisfazione alle quali è più frequentemente confrontato.

Cura come riconquista di gratificazioni alternative alle droghe

Quindi le nostre difficoltà ad affrontare certe situazioni non sono dovute a delle alterazioni neuronali (in questo caso parliamo di malattie neurologiche che entrano in un altro campo della medicina con delle cure codificate e condivise) ma al modo in cui la nostra storia e le nostre caratteristiche profonde hanno permesso di modellare le connessioni all'interno del cervello. *Le droghe non alterano delle strutture cerebrali (che per altro non esistono), ma modificano la percezione e le sensazioni provate sotto i loro effetti, per rendere l'esperienza più gratificante.*

La stragrande maggioranza dei giovani si avvicina alle droghe semplicemente per vivere delle esperienze alternative o per partecipare a dei riti generazionali. Coloro verso i quali la vita quotidiana è avara di soddisfazione, per il contesto in cui vivono o per le scarse competenze relazionali che hanno potuto acquisire, saranno molto più attratti dagli effetti delle droghe e spinti a ripeterne l'assunzione. Così facendo le sinapsi attivate per potere vivere l'esperienza si rinforzano, mentre si indeboliscono quelle attivate nelle abitudini della vita quotidiana che tende ad abbandonare e diventano così sempre più averse di soddisfazione. La dipendenza è la condizione in cui si trova chi ha perso ogni competenza alternativa ed è condannato a ripetere l'unica esperienza in grado di procurargli qualche gratificazione. *Questa dinamica non si verifica solamente con le droghe ma con qualsiasi abitudine, qualora essa diventi alternativa ad una vita quotidiana amara.*

In queste condizioni la cura o la prevenzione della dipendenza non può limitarsi nell'allontanamento dalla sostanza che stigmatizza ed emargina, ma deve prevedere l'accompagnamento delle persone dipendenti per aiutarle ad (ri)acquistare delle abilità relazionali che possano garantire loro delle gratificazioni alternative a quelle delle droghe o di qualsiasi abitudine diventata compulsiva.



NEUROCENTRISMO E NEURORIDUZIONISMO, LE RICADUTE NELLA RICERCA

Maurizio Coletti

Comitato Scientifico di Forum Droghe

La psichiatra statunitense Sally Satel, nel rendere i concetti espressi nel suo volume *"Brainwashed: the seductive appeal of mindless neuroscience"*, scritto insieme a Scott Lilienfeld nel 2013), sottolinea argutamente come ci sia una radicale differenza tra cervello e mente.

Testualmente: "Il dominio neurobiologico include il cervello e le cause organiche, i meccanismi che sono dietro ai nostri pensieri ed emozioni. Il dominio psicologico, il regno della mente, è quello della persona - i suoi desideri, le intenzioni, gli ideali e le ansie. Entrambi sono essenziali per una piena comprensione del perché agiamo come agiamo."

Da poco meno di venti anni, la ricerca sul cervello, sul suo funzionamento, sulla map-

LE NEUROSCIENZE DOMINANO IL PANORAMA, ANCHE SE I RISULTATI DELLA BRAIN RESEARCH SONO AL DI SOTTO DELLE ASPETTATIVE SIA SOTTO L'ASPETTO DELLA COMPrensIONE DEI COMPORTAMENTI UMANI, SIA DELL'AVANZAMENTO DEI TRATTAMENTI. MA LA ADDICTION COME "MALATTIA DEL CERVELLO" È ENTRATA NEL SENSO COMUNE SVALUTANDO GLI INTERVENTI DIVERSI DA QUELLI MEDICI PER ECCELLENZA.

patura delle sue strutture, domina il campo degli studi in molte aree della medicina e della psicologia.

I passi in avanti e le promesse per condizioni cliniche che hanno a che fare con il cervello

(come il Morbo di Parkinson, l'Alzheimer e la schizofrenia) sono giganteschi, promettenti. Il "cervello in Technicolor" è, tuttavia, anche una tentazione per catturare l'attenzione del pubblico e "spiegare" alcune modalità di azione-reazione, alcuni comportamenti di taluni esseri umani.

E più questi comportamenti sono bizzarri, preoccupanti o diffusi, più la "spiegazione" riduzionistica ha effetto. Che dipenda dal patrimonio genetico, o da malfunzionamento di circuiti cerebrali, il ricorrere a questa connessione è spettacolare ed "efficace". Spazza via altre ipotesi, troppo complesse o multifattoriali, e chiude il dibattito.

L'*addiction* fa parte di quell'insieme di comportamenti umani (ma anche animali, si veda la dipendenza indotta nei ratti da laboratorio) per cui le tante e differenti spiegazioni via via susseguitesì non hanno convinto pienamente.

Così, con l'apertura dell'era delle ricerche sul cervello, l'idea che assumere droghe sia sempre derivato da fattori attinenti al funzionamento cerebrale, ha avuto e sta avendo molto successo.

L'*American Society of Addiction Medicine* (ASAM) e il National Institute of Drug Addiction (NIDA) non hanno dubbi: si tratta di una malattia primaria, cronica, recidivante del cervello. Viene prima il ricorso alle sostanze (primaria), non si ipotizza una guarigione (cronica), ci si deve sempre attendere ripetizioni dell'uso/abuso (recidivante). E tutta la malattia risiede in malfunzionamenti all'interno della scatola cranica.

Il Progetto Brain e le aspettative deluse del Progetto Genoma

Gli USA sono stati e sono tuttora pionieri in questo tipo di ricerca.

Ne è testimonianza la decisione di Barack Obama nell'aprile del 2013 di lanciare e finanziare la seconda fase di BRAIN (*Brain Research through Advancing Innovative Neurotechnologies*), che seguiva l'annuncio del completamento del *Human Genome Project*, la mappatura completa (annunciata nel 2003) del genoma negli esseri umani, che ha comportato una spesa di diversi miliardi di dollari e da cui si attendevano avanzamenti decisivi nel campo dei trattamenti

delle malattie rare o prive di risposte terapeutiche adeguate.

Il Direttore del *National Human Genome Research Institute*, Eric Greene, intervistato dal NYT, alla domanda dei critici del Progetto, che chiedevano dove fossero le cure promesse, rispose: "Comprendiamo il cancro e le malattie genetiche rare. Siamo in grado di trarre il sangue da una donna incinta e analizzare il DNA del suo bambino non ancora nato. Sempre di più, abbiamo modalità più adeguate per prescrivere farmaci perché facciamo prima un test genetico. Possiamo usare il DNA microbico per rintracciare le epidemie in poche ore... È un campo ampio di realizzazione, e c'è una storia logica da raccontare".

Commentava Stanton Peele (2013): "Si noti, in primo luogo, le aspettative deluse espresse nella domanda dell'intervistatore del New York Times. E quanto è misurata la risposta di Greene. Certamente, afferma che non ha alcuna pretesa di scoprire le fonti genetiche dei tratti della personalità umana, delle sindromi comportamentali o delle malattie mentali".

Prosegue Peele: "Infatti, dopo una serie di delusioni, i ricercatori genetici hanno abbandonato la ricerca di geni distinti che causano schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, alcolismo, tossicodipendenza, ecc. Non sono stati identificati geni individuali - o raccolte di geni - che determinano queste condizioni, o anche gran parte di qualcuna di loro. Invece, i genetisti stanno ora cercando radici genetiche comuni per una varietà di malattie mentali (inclusi autismo, ADHD, depressione, schizofrenia e disturbo bipolare) che si manifestano in modi diversi a causa di ulteriori influenze genetiche e ambientali. Nondimeno, secondo Jordan Smoller, coordinatore della ricerca, "queste associazioni genetiche individualmente possono rappresentare solo una piccola parte del rischio per la malattia mentale, rendendole insufficienti per l'utilità predittiva o diagnostica".

Nel frattempo, l'ex redattore del *New England Journal of Medicine*, Marcia Angell, chiede: "Un'epidemia di malattie mentali: perché?" Una spiegazione dell'epidemia è che abbiamo semplicemente maggiori probabilità di identificare e etichettare le con-

dizioni psichiatriche. D'altra parte, sono stati diagnosticati molti più casi di depressione e autismo e sembra difficile che siano tutti da riportare a una maggiore consapevolezza e capacità di riconoscimento. Le diagnosi di autismo sono ora quasi 1 su 50 ragazzi, mentre nel 1980 l'incidenza di autismo era 1 su 10.000!"

La ricerca genetica, quindi, può essere considerata come un avanzamento (straordinario) delle conoscenze, delle possibilità di diagnosi; ma non può da sola spiegare l'evoluzione di condizioni disfunzionali come quelle citate. Né può garantire avanzamenti decisivi nel campo dei trattamenti.

I quali sono, nella stragrande maggioranza dei casi, solo farmacologici. Ne è testimonianza l'interesse anche economico delle *Big Pharma* per la ricerca genetica e per quella legata alle neuroscienze.

A poco valgono i riferimenti alla dimensione epigenetica (Branca della biologia molecolare che studia le mutazioni genetiche e la trasmissione di caratteri ereditari non attribuibili direttamente alla sequenza del DNA), secondo la quale esiste uno stretto riferimento tra il funzionamento delle strutture cerebrali e gli stimoli ambientali. Lo stesso vale per la scoperta (in gran parte italiana) dei "neuroni specchio", che definisce l'attivazione neuronale come anche derivata dall'interazione con ciò che accade "fuori dal cervello".

Le malattie mentali e la *addiction* continuano ad essere considerate come "Malattie primarie, croniche, recidivanti del cervello".

La vicenda del "vaccino" per la cocaina

A questo proposito, Ambros Uchtenhagen, un grande esperto del campo delle *addiction* e della ricerca sulle *addiction*, affermò (Firenze, 2010): "Alle neuroscienze i policy makers hanno posto tre domande. La prima: perché un individuo assume sostanze?" La seconda: perché quell'individuo continua ad assumere sostanze? La terza: come questo individuo diventa dipendente? La ricerca basata sulle neuroscienze e il *neuroimaging* hanno risposto in maniera convincente solo alla terza".

L'accanirsi nel riconoscere solo questo approccio di ricerca non si è fermato nem-

meno di fronte alla definizione di *addiction* formulata per situazioni compulsive e di consumo che non hanno a che fare con le sostanze (lecite od illecite). È il caso del gioco d'azzardo, della dipendenza da internet, del gambling online, della dipendenza da sesso ed altre situazioni analoghe. Il risultato è che la ricerca (ben finanziata) va solo nella direzione neuroscientifica e cancella i campi dell'interazione tra essere umano e l'ambiente.

È opportuno ribadire che tale sforzo scientifico ed economico non ha ancora prodotto, nel campo delle *addiction*, risultati coerenti (con lo sforzo e gli investimenti) nella scoperta di nuovi trattamenti o nel miglioramento sostanziale di quelli esistenti. Ha, inoltre, creato aspettative che sono andate totalmente deluse. Citiamo il cosiddetto "vaccino contro la cocaina".

Sbandierato ed annunciato ormai da decenni, sarebbe basato (logicamente) sull'idea che "basta assumerlo per evitare qualsiasi consumo di cocaina". Effettivamente, un vaccino dovrebbe creare anticorpi tali da contrastare fino dal suo insorgere la malattia per cui si assume il vaccino stesso. La profilassi tramite un vaccino (pur se recentemente messa in discussione da gruppi e con modalità poco attendibili) è la strategia di contrasto per molte malattie.

Lo è anche per la "malattia del cervello primaria, cronica, recidivante" basata sul consumo di cocaina?

Il gruppo Pompidou, organo di esperti provenienti da tutti i Paesi d'Europa e afferente al Consiglio d'Europa, non lo crede.

Sulla base del fatto che il vaccino non immunizza assolutamente l'individuo, ma attenua gli effetti euforizzanti della sostanza sul cervello, si afferma che "vaccino è un termine infelice che può far nascere malintesi sui meccanismi in gioco e rischia di generare false speranze. (il vaccino) non immunizza da una malattia dunque non è un vero e proprio vaccino". Se un consumatore è incapace di resistere alla sua voglia di cocaina perché ricerca il suo effetto eccitante, può essere tentato di aumentare la dose per neutralizzare gli anticorpi o usare altri stimolanti come anfetamine e alcol (E. Fornero, 2011).

Il neuroimaging a sostegno della "*addiction* come malattia primaria", le ipotesi genetiche, le affermazioni sulla dimensione di "malattia" cronica trovano molti studiosi non proprio convinti. L'approccio neurocentrico non ha risposto in maniera convincente né all'evidenza di molti consumatori che smettono, né al gigantesco numero di reduci dalla guerra del Vietnam che sono passati per un "natural recovery" (guarigione senza nessun tipo di trattamento come, d'altra parte, viene riportato da molti studiosi¹), né a chi sostiene che le evidenze che passano per lo studio dei ratti da esperimento isolati non siano da prendere in considerazione (B. Alexander: "Rat Park", 1980)

Le conseguenze indesiderate della "malattia cronica recidivante"

Ma se le risposte scientifiche non sono convincenti e i trattamenti non sono migliorati, il neurocentrismo ha già prodotto molte conseguenze non positive.

Un problema assai delicato e imbarazzante ha a che fare con l'opinione pubblica e i decisori politici. La "certezza" del consumo di sostanze come una malattia cronica del cervello rende, all'apparenza, tutto più semplice; si tratterebbe di approcci alla salute non dissimili da quelli utilizzati con altre malattie croniche: profilassi², trattamento prolungato. Non è prevista uscita dal "tunnel della droga" di antica memoria. E, poi, una sorta di "liberi tutti" per quanto attiene alle responsabilità individuali e collettive: verso questa malattia non possono essere certamente messi in campo interventi preventivi altri da quelli meramente esplicativi lo stato morboso. Famiglie e partner sono soggetti che non dovrebbero essere attivati più di tanto. Si iniziano ad osservare perfino conseguenze sulle azioni legali contro i consumatori; alcuni avvocati americani si rifanno alle teorie neurocentriche per chiedere per i loro assistiti una sorta di attenuante allargata. Se

gli accusati sono malati, non sono responsabili delle loro azioni; nemmeno quando si produce un danno ad altri, come nel caso di furti e rapine o di incidenti stradali.

Una seconda conseguenza è quella che ha a che fare con i servizi deputati ai trattamenti, che vedono discendere vertiginosamente l'impegno anche economico per offrire interventi diversi da quelli medici per eccellenza. A cosa serviranno i programmi residenziali per soggetti che non dovrebbero "recuperare" proprio un bel niente? Il personale non medico non viene sostituito quando raggiunge l'età della pensione. I servizi pubblici non riescono a garantire nemmeno colloqui con i soggetti consumatori e/o partner o famiglie. Lo stesso vale per l'offerta di gruppi terapeutici³. Tutto è centrato e si limita all'uso dei farmaci, con scarsa tendenza al monitoraggio costante.

Una terza conseguenza riguarda il terreno della ricerca scientifica e della divulgazione dei suoi risultati: il neurocentrismo assume, qui, un protagonismo assoluto e drena per la quasi totalità gli scarsi fondi ancora a disposizione. Ipotesi differenti da quelle neurocentriche sono semplicemente uscite dalle agende dei ricercatori, delle Università, dei Centri di Ricerca.

Così, mentre in altri paesi, come le Filippine e la Russia, i "malati di *addiction*" sono perseguitati e rischiano anche la pena capitale, in Italia gli stessi soggetti sono ancora a rischio di misure amministrative e penali.

Come se fosse possibile perseguire gli schizofrenici, i malati di Alzheimer, coloro che hanno altre malattie croniche come asma o ipertensione.

1 Gene Hayman, del Boston College, ha rivisitato nel 2013 i tre estesi studi nazionali americani sull'uso di droghe e la salute mentale, trovando che molti soggetti possono interrompere il loro stato di consumatori, qualsiasi sia la fase dell'uso/abuso di droghe in cui si trovano (Gene M. Hayman: *Quitting Drugs: Quantitative and Qualitative Features*. Annual Review of Clinical Psychology Vol. 9:29-59 (Volume publication date March 2013) First published online as a Review in Advance on January 16, 2013. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143041>).

2 Ma, quale profilassi, se, come è già stato detto, il vaccino non esiste?

3 Ciò che è veramente inspiegabile resta l'assenza degli Ordini Professionali diversi da quelli dei Medici, sempre così pronti a difendere e farsi carico degli spazi lavorativi dei loro iscritti. Ma in questo campo silenti e disinteressati perfino ad un dibattito su che ruolo ha (ancora) la psicologia, per esempio, nel campo delle *addiction*.



POLITICHE SULLE DROGHE E DIRITTI UMANI, DEFINIZIONE DEL PROBLEMA

Patrizia Meringolo

Presidente Comitato Scientifico di Forum Droghe

Nelle politiche in materia di droga si incrociano due aspetti: da una parte una domanda di sicurezza sociale, spesso centrata su motivazioni securitarie e "contenitive" del fenomeno e non di rado enfatizzata e manipolata da allarmi sociali, e dall'altra l'esigenza di garantire la salute e il benessere delle persone che consumano sostanze.

Nei documenti istituzionali e nei progetti portati avanti negli Stati membri dell'Unione Europea l'equilibrio tra questi due insiemi di obiettivi è una delle questioni centrali, resa complessa da un insieme di fattori.

Gli elementi di maggiore difficoltà riguardano lo squilibrio a favore di un approccio legale e penale rispetto a quello di inclusione sociale e di protezione della salute; l'insufficiente sviluppo delle politiche di riduzione del danno legato al consumo di stupefacenti, sia a livello sociale che individuale; la stigmatizzazione dei consumatori e la loro conseguente esclusione sociale e difficoltà nell'accesso ai servizi, sia a quelli ad essi dedicati sia a quelli di prevenzione primaria e di promozione del benessere.

I cambiamenti, inoltre, delle sostanze psicotrope presenti nella scena sociale e dei mo-

LA VALUTAZIONE CIRCA IL RISPETTO DEI DIRITTI UMANI È FONDAMENTALE PER LE POLITICHE DELLE DROGHE, A CAUSA DELLO SQUILIBRIO A FAVORE DELL'APPROCCIO LEGALE PENALE RISPETTO A QUELLO DI INCLUSIONE SOCIALE E DI PROTEZIONE DELLA SALUTE. ANCHE POLITICHE SANITARIE CENTRATE SULLA "PATOLOGIA" DEL CONSUMO E DELLA DIPENDENZA POSSONO IMPATTARE NEGATIVAMENTE SULLO STIGMA.

delli relativi al loro uso richiedono una continua verifica e un costante aggiornamento degli obiettivi e delle politiche in questo campo.

In un processo così complesso, i risultati delle politiche attuate e la valutazione del loro impatto sono la premessa necessaria per qualsiasi intervento che voglia essere sostenibile, realistico e al tempo stesso efficace.

Gli organismi europei e il Gruppo di lavoro Orizzontale sulla Droga (HDG) dell'Osserva-

torio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT) promuovono l'adozione di un approccio *evidence-based* nella valutazione, coerente con i metodi di ricerca accreditati a livello internazionale, ma – parimenti – l'impegno a rispettare i diritti umani è esplicitamente menzionato nella strategia e nei piani d'azione dell'UE in materia di droga.

A livello internazionale, un approccio basato sui diritti umani nella valutazione delle politiche è ormai consolidato e validato in molti campi, non solo quello delle droghe ma anche nel settore più generale della salute, del lavoro e della giustizia. Nel campo specifico delle politiche sulle droghe la stessa Commissione europea ha sostenuto e promosso iniziative e progetti volti a sviluppare metodologie che tengano in considerazione i diritti umani nella valutazione di impatto. A fronte di tutto ciò, mentre tutti gli Stati europei hanno – sia pure con diverse connotazioni scientifiche – sistemi di valutazione dei processi e dei risultati degli interventi, non tutti hanno sistemi di valutazione efficaci per quanto riguarda la totalità delle politiche delle droghe (ad esempio: legislazione, applicazione della legge, ricorso alla carcerazione, tutela della salute, protezione sociale). Inoltre, pochi Stati membri hanno un sistema di valutazione dell'impatto di tali politiche sia sui consumatori sia sui contesti sociali, che integrino l'approccio *evidence-based* con quello basato sui diritti umani.

L'approccio centrato sui diritti umani: i modelli

Un primo esempio è costituito da Gallahue e Barrett (2012), che hanno prodotto un "toolkit", *Human Rights Impact Assessments: Due Diligence for Drug Control*, in cui segnalano palesi violazioni dei diritti umani in campo penale quando la persona sottoposta a giudizio è un consumatore di sostanze. Fanno riferimento alle esecuzioni extragiudiziali, ai tribunali "speciali" per i reati connessi alla droga che non rispettano la procedura penale, alle punizioni corporali in palese violazione della proibizione della tortura e dei trattamenti punitivi disumani o degradanti, ai centri di detenzione e alle detenzioni arbitrarie, a cui contrappongono il diritto alla salute e le politiche di riduzione del danno.

Nel loro contributo descrivono un modello, che adotta una pluralità di metodi, quadri di

riferimento e indicatori, costruito con l'obiettivo di misurare i rischi e l'impatto nell'ambito dei diritti umani.

È costituito da indicatori *strutturali* (come la legge nazionale in vigore), indicatori *di processo* (ad esempio i dati relativi ai processi in corso per reati connessi con l'uso di droga e in particolare la proporzione tra i condannati e coloro che ottengono la revisione del processo), indicatori *di esito* (di particolare importanza, seppur di complessa identificazione, e relativi allo stato del godimento dei diritti umani in un dato contesto). Identificati i possibili rischi, l'impatto delle misure adottate dovrebbe essere reso evidente dai dati raccolti periodicamente e può consentire un continuo monitoraggio attraverso periodiche e sistematiche raccolte di dati.

Un secondo esempio, di particolare interesse e probabilmente di maggiore applicabilità, è il contributo del *Danish Institute for Human Rights* (2016), che ha pubblicato *Human Rights Impact Assessment Guidance and Toolbox*, un modello basato su cinque step: *progettazione e osservazione, raccolta dati* (per determinare la situazione al tempo 0 e stabilire gli indicatori per valutare i diritti umani), *analisi dell'impatto* (il quadro di riferimento per esaminare la gravità dell'impatto), *attenuazione e gestione dell'impatto, report di valutazione*.

In tutto il processo è centrale il coinvolgimento degli *stakeholder* (portatori di diritti e di doveri).

L'interesse di questo modello risiede principalmente in due aspetti: il primo riguarda i potenziali effetti negativi e iatrogeni di un intervento sociale. Mentre in genere si parte dal presupposto che un intervento conduca necessariamente a esiti positivi, nel campo delle politiche sulle droghe questa sequenzialità non è affatto scontata: sia le politiche che privilegiano il penale al sociale, sia quelle di tipo sanitario, *disease centered* (centrate sul consumo e la dipendenza come patologia), possono ridurre il fenomeno (uso di sostanza) ma impattare negativamente sui diritti umani. Il fatto che si parli di gravità dell'impatto e di attenuazione di esso dimostra la presa in carico di queste possibili – e non scontate – criticità.

Il secondo aspetto è la centralità delle figure degli *stakeholder* che sono non solo le

persone (e i gruppi) interessati come target delle politiche (i consumatori) e come figure presenti nel contesto, ma anche tutti coloro che a livello sociale sono garanti dei diritti della cittadinanza, in campo legale, politico, sanitario. Verificare in ogni step dell'intervento il loro punto di vista permette quindi di attuare un monitoraggio politico e sociale, puntuale ed efficace, dell'intervento molto prima di arrivare al report finale.

Il ruolo della società civile

In questo quadro le organizzazioni della società civile svolgono un ruolo fondamentale nell'attuazione di misure efficaci per prevenire e limitare i rischi connessi all'uso di droga.

Il piano d'azione dell'UE per il periodo 2017-2020 prevede esplicitamente e sostiene la partecipazione della società civile alle politiche sulle droghe e in particolare il suo ruolo nell'elaborazione, nel monitoraggio e nella valutazione delle politiche e degli interventi: "Promuovere e rafforzare il dialogo e la partecipazione della società civile e della comunità scientifica nella formulazione, attuazione, monitoraggio e valutazione delle politiche sulle droghe" (OB 9, Azione 31). Il loro ruolo è quindi centrale, in particolare se l'obiettivo è la promozione di un approccio di valutazione dell'impatto delle politiche sulle droghe basato sui diritti umani.

Il coinvolgimento delle organizzazioni della società civile è fondamentale per il ruolo di *advocacy* che svolgono; per la loro capacità di produrre un cambiamento a livello locale, nel rapporto tra cittadini e istituzioni; per la condivisione di metodi e buone pratiche basati sui diritti umani; e per lo scambio e la verifica di conoscenze e competenze riguardanti gli interventi.

Anche le strategie europee degli ultimi anni in materia di droga ne sottolineano l'importanza, dedicando una particolare attenzione al loro ruolo nella promozione dei diritti. Il programma per la Prevenzione e l'Informazione sulla Droga (DPIP) attuato tra il 2007 e il 2013 includeva infatti priorità come "garantire l'espansione della base di conoscenze, lo scambio di informazioni e l'identificazione e la diffusione delle migliori pratiche; coinvolgere la società civile nell'attuazione e nello sviluppo della strategia e dei piani d'azione antidroga dell'UE e monitorare, attuare e valutare l'attuazione di azioni specifiche

nell'ambito dei piani d'azione sulla droga (2005-2008 e 2009-2012)".

Ugualmente il programma Giustizia (2014-2020) evidenziava la necessità di sostenere le organizzazioni della società civile per rafforzare le funzioni già citate di *advocacy*, capacità di intervento a livello locale e di promozione di standard di qualità negli interventi sul consumo di sostanze.

La Commissione Europea, inoltre, sostiene attualmente programmi incentrati sullo sviluppo del dialogo tra società civile e decisori politici, come il progetto di partecipazione della società civile alla politica in materia di droga (CSI-DP) (2016-2018), che mira a istituire consultazioni permanenti negli Stati membri in una prospettiva partecipativa.

Recentemente, in occasione dell'Assemblea UNGASS a New York del 2016, la stessa Commissione ha messo in risalto il valore della prospettiva dei diritti umani come contributo europeo e come elemento basilare per la politica sulle droghe.



DROGHE

LA CANNABIS SOSPINGE LA RIFORMA

Leonardo Fiorentini, Marco Perduca
Fuoriluogo/Associazione Luca Coscioni

Dagli USA al Canada le politiche sulla cannabis sono ormai improntate alla regolamentazione legale. Dopo California da giugno 2018 anche il Canada è pronto. In America del nord 130 milioni di persone vivono in zone dove la pianta è legale: la strada è segnata.

Nel 2013 l'Uruguay è stato il primo Stato membro delle Nazioni unite a legalizzare la cannabis per tutti gli usi. Oggi sono 9 gli stati USA ad avere legalizzato sotto la spinta referendaria l'uso ricreativo della cannabis: Alaska, California, Colorado, Maine, Massachusetts, Nevada, Oregon, Stato di Washington + Washington DC, 30 quelli dove è riconosciuto l'uso terapeutico; recentemente grazie al coraggio della politica anche il Vermont ha cambiato le proprie leggi. La Giamaica ha decriminalizzato la ganja per uso tradizionale. L'Olanda sta per presentare una legge per passare dalla tolleranza della vendita e consumo alla regolamentazione anche della produzione di cannabis. In Spagna e Belgio, nelle pieghe della legge, sono nati i Cannabis Social Club. Dall'altra

DALL'URUGUAY AL CANADA, PASSANDO PER GLI USA, LE MAGGIORI NOVITÀ SULLE POLITICHE INTERNAZIONALI SULLE DROGHE SONO INCENTRATE SULLA REGOLAMENTAZIONE LEGALE DELLA CANNABIS. LA SCELTA DELLA LEGALIZZAZIONE NON È PIÙ UN TABÙ, ED ANZI È DIVENTATA UN'OPZIONE SPENDIBILE ANCHE DAL PUNTO DI VISTA ELETTORALE.

parte del globo, nel 2019, la Nuova Zelanda voterà un referendum per scegliere se legalizzare la cannabis ricreativa.

I modelli di legalizzazione sono tanti e spesso diversi fra loro: dal business oriented "Made in USA" alla gestione statale dell'Uruguay, passando per regolamentazioni intermedie come quelle previste in Canada per arrivare a modelli che escludono a priori l'interesse economico come i Cannabis Social Club europei.

All'inizio di giugno il gruppo di esperti sulle

droghe dell'Organizzazione Mondiale della Salute ha concluso la prima fase di revisione dello status internazionale della cannabis decidendo di consolidare quanto raccolto a livello di letteratura scientifica in una raccomandazione per arrivare alla ricollocazione della cannabis nel sistema regolamentatorio internazionale. Anche qui la strada per un approccio pragmatico, che coinvolga la scienza sembra essere è segnato e porta alla regolamentazione legale, della cannabis prima di tutto.

Usa, il colore dei soldi è sempre più verde

Da quando nel 2014 il primo negozio per la vendita legale di cannabis è stato aperto in Colorado, l'industria della marijuana Made in USA ha continuato la sua crescita esplosiva. Secondo il Business Factbook 2019, le vendite di marijuana legale negli Stati Uniti potrebbero raggiungere 10 miliardi di dollari entro il 2018 per arrivare a toccare i 22 miliardi entro il 2022. L'anno precedente il giro d'affari per la cannabis ricreativa e quella terapeutica aveva raggiunto i 6,2 miliardi di dollari. Se oggi le droghe illegali fossero tassate con percentuali simili a quelle previste per alcol e tabacco, le casse statuali e federali si arricchirebbero di 46,7 miliardi di dollari!

Il mercato legale della marijuana ricreativa aperto in California a gennaio di quest'anno contribuirà a incrementare le vendite nazionali di derivati della cannabis per tutti i fini da circa \$2,7 miliardi nel 2017 ai 4 se non e 5 miliardi di dollari nel 2018. In Nevada, dove gli elettori hanno approvato le vendite di cannabis nel 2016, il governatore si è mosso velocemente consentendone il commercio già a luglio 2017, da allora è stata già venduta cannabis per oltre \$304 milioni, \$41 milioni solo a marzo 2018! Anche il mercato della marijuana terapeutica continua a crescere: Florida, New Jersey, Pennsylvania e Maryland ne hanno consentito negli ultimi anni la prescrivibilità, mentre in New Mexico e Arizona la produzione è rimasta costante. Tra giugno e novembre 2018, si vota in Oklahoma per legalizzare la cannabis terapeutica e in Michigan, Missouri e Utah quella per tutti fini. Questi significativi passi avanti a livello statale avvengono a fronte di un'amministrazione centrale contraria all'uso terapeutico della cannabis e alla benché minima riforma delle leggi sulla marijuana. La cannabis rimane infatti illegale secondo

la legge federale, creando enormi problemi bancari relativamente alla gestione dei proventi da vendita legale, e l'Attorney General Jeff Sessions a maggio 2018 ha di nuovo minacciato che il suo Dipartimento di Giustizia è pronto a un giro di vite contro le giurisdizioni che hanno legalizzato l'uso medico della pianta.

In linea coi colpi di scena che lo caratterizzano, a inizio giugno, il Presidente Donald Trump ha dimostrato interesse nei confronti della proposta di legge bipartisan della Senatrice Democratica Elizabeth Warren e del suo collega Repubblicano Cory Gardner per mettere in sicurezza dall'interferenza federale gli stati che hanno legalizzato. "Sostengo il senatore Gardner", ha dichiarato Trump in risposta alla domanda di un giornalista l'8 giugno. "So esattamente cosa sta facendo, lo stiamo valutando, ma probabilmente lo sosterrò, sì". Il provvedimento, che potrebbe essere "il più importante testo sulla cannabis legale introdotto nel Congresso USA" secondo Don Murphy del Marijuana Policy Project, e fa leva sul principio dell'autonomia dei singoli stati rispetto a quello federale, da sempre cara ai Repubblicani. La proposta di legge prevede di proteggere i programmi di cannabis legale dei singoli stati esentandoli dalle leggi federali sulla droga; consentirebbe ai singoli stati di decidere se rendere legale la marijuana; permetterebbe alle aziende del settore di accedere alle normali detrazioni fiscali, cosa oggi a loro negata; permetterebbe alle stesse di depositare gli incassi presso gli istituti bancari rendendo legali tutte le transazioni e i proventi da programmi di legalizzazione statale; infine rimuoverebbe la canapa industriale dalla lista delle sostanze controllate.

Secondo il sito DrugWarFacts.org ogni anno negli Stati Uniti continuano a venire spesi oltre 50 miliardi di dollari per la lotta al narcotraffico. Nel 2016 gli arresti per violazioni della legge sulla droga son stati 1.572.579 di cui 1.249.025, l'84%, per il solo possesso quasi sempre di marijuana. Malgrado alcune riforme del sistema penale introdotte dall'Amministrazione Obama, il numero di detenuti nelle carceri federali, statali e locali, resta il più alto del mondo: 2.157.000, il 54% dei quali è afro-americano o di origine latino-americana. Nel 2016 negli Stati Uniti son state registrate 64.070 morti per overdosi da oppiacei, un numero più che triplicato tra il 1999 e il 2015 e che ha colpito una

popolazione bianca geograficamente diversa rispetto alle precedenti crisi di droga. Secondo i dati del Center for Disease Control and Prevention americano i decessi per overdose, tra sostanze legali e illegali, sono aumentati di un altro 12% da ottobre 2016 a ottobre 2017. La gravità dell'epidemia ha fatto prevedere al Congresso un miliardo di dollari di finanziamenti per affrontare la gravissima situazione.

Nel mentre, a causa di leggi draconiane, oltre 200mila studenti hanno perso l'idoneità finanziaria federale a causa di una condanna per droga. Il permanere di severe punizioni per reati connessi agli stupefacenti cozza con la costante diminuzione del tasso di criminalità in tutti gli USA dove, dopo picchi di violenza raggiunti negli anni Ottanta e Novanta, si è tornati ai livelli tra il 1960 e il 1970.

Dopo un paio di false partenze, una bloccata per motivi di conflitti d'interesse, da febbraio 2018 l'ufficio che alla Casa Bianca riassume le competenze sulla droga ha come direttore James W. Carroll Jr. figura di terzo piano già assistente del Presidente Trump e suo vice-capo di Gabinetto. La nomina di qualcuno con questo basso profilo conferma che la popolarità della regolamentazione legale viene gestita con risposte che interessano la difesa dell'ordine pubblico a livello territoriale e non il confronto politico con gli Stati che hanno legalizzato.

Secondo l'ultimo sondaggio del Pew Research Center dell'ottobre 2017, circa sei americani su dieci (61%) affermano che la marijuana dovrebbe essere legalizzata, un aumento costante nell'ultimo decennio e un incremento del 4% rispetto all'anno precedente; percentuali che sono quasi doppie rispetto al 2000 quando i favorevoli raggiungevano appena il 31%. La maggior parte dei Millennial (70%), Gen Xers (66%) e Baby Boomers (56%) affermano che l'uso della marijuana dovrebbe essere legale. Solo tra la cosiddetta generazione silenziosa (20 milioni di adulti tra i 70 e gli 80) si registra una netta opposizione (58%). Sette democratici su 10 sono a favore della legalizzazione, come il 65% degli indipendenti. Un ulteriore sondaggio Gallup sempre dello stesso periodo ha rilevato che il 51% degli intervistati con affiliazione politica repubblicana ha dichiarato di sostenere la marijuana legale, nel 2016 era il 42%.

A novembre 2018 si vota anche per il rinnovo totale della Camera dei Rappresentanti e quello parziale del Senato, nei collegi dove c'è un testa a testa tra Democratici e Repubblicani la marijuana pare esser l'elemento che fa la differenza per orientare gli indipendenti e gli indecisi.

In Canada a ottobre sarà una grande festa del raccolto

L'8 giugno, il Canada ha accolto i membri del G7 come primo paese fra i "7 grandi" ad avere legalizzato la cannabis ricreativa. Il giorno prima infatti, con un voto di larga maggioranza (56 favorevoli, 30 contrari e 1 astenuto) e dopo 6 ore di discussione in aula, il Senato canadese aveva approvato il testo del Cannabis Act.

Il Cannabis Act prevede la legalizzazione della produzione, distribuzione, vendita e possesso di piccole quantità (30 grammi) di cannabis ricreativa per gli adulti, la decriminalizzazione per i minori e la possibilità di coltivare sino a 4 piante per famiglia per uso personale. Il testo è frutto di un lungo processo partecipato che ha coinvolto prima una task force tecnica, poi 30.000 fra soggetti portatori di interessi, cittadini e associazioni. All'interno del quadro legislativo nazionale si inseriscono le normative locali, lasciate all'autonoma decisione delle province e dei territori canadesi che hanno più o meno già definito, spesso con percorsi di consultazione pubblica, il loro quadro di regole.

Il modello canadese appare come una via di mezzo fra quello fortemente statalizzato uruguayano e il modello più commerciale che vige in 9 stati USA. Lo Stato concederà le licenze per la produzione, ma distribuzione e vendita saranno regolate a livello locale. In alcuni casi, come in Ontario e Quebec, queste saranno gestite da aziende di proprietà pubblica (che già gestiscono ad esempio l'alcol), in altri lasciate all'iniziativa privata come in Alberta. La provincia del British Columbia e altre faranno invece coesistere i due canali di vendita. Vi saranno differenze anche rispetto ai luoghi dove si potrà fumare: in Alberta e in altre province si potrà consumare cannabis ovunque si possa anche fumare tabacco, mentre in Ontario sarà consentito solo l'uso all'interno della residenza o della propria proprietà¹.

¹ Vedi scheda a pagina 79

Manitoba, Nunavut e Quebec, vorrebbero vietare la coltivazione domestica, in contrasto con la previsione generale del Cannabis Act. Proprio su questo punto si è incentrato parte dello scontro sugli emendamenti approvati al Senato, ed alla fine non è passata la possibilità di lasciare alle province l'opzione di vietare o meno l'autocoltivazione. Il Governo, per bocca del Ministro della Giustizia Wilson-Raybould ha comunque detto che non è intenzione governativa contestare le leggi provinciali, di fatto disinnescando lo scontro istituzionale.

Secondo un recente rapporto, il mercato della cannabis ricreativa nel 2019 potrebbe valere in Canada circa 2,8 miliardi di euro, oltre ai 1,2 miliardi di quella terapeutica. Il Canada, grazie a un forte sviluppo delle industrie legate alla cannabis terapeutica (270.000 pazienti registrati, 6 tonnellate di produzione mensile fra infiorescenze e olii) ha già un tessuto imprenditoriale pronto a entrare nel mercato ricreativo. Si tratta di oltre 100 aziende che in questi mesi hanno letteralmente galoppato in borsa, protagoniste anche di operazioni di acquisizione e espansione: l'indice dei titoli è aumentato del 125% nell'ultimo anno, alcuni sono quadruplicati di valore.

Dopo la California, che rappresenta il quinto PIL mondiale, il Canada (11esimo) è la seconda importante economia nazionale che

regolamenterà l'uso ricreativo della cannabis. A differenza degli USA dove, come detto, permane reato federale creando anche grossi problemi per la gestione finanziaria delle imprese (le banche USA non possono accettare i depositi da attività illegali a livello federale, problema che è arrivato a interessare in parte anche l'Uruguay), in Canada per la prima volta si potrà testare l'emersione completa del mercato, anche dal punto di vista strettamente economico.

L'iter legislativo è durato oltre un anno dalla presentazione formale del disegno di legge. Martedì 19 giugno il Senato, chiamato ad esprimere il suo parere definitivo dopo che gli emendamenti inseriti a inizio giugno erano stati bocciati dalla maggioranza alla Camera, ha votato (52 a 29 e 2 astenuti) il via libera.

Ottenuto il visto della Regina Elisabetta, il Governo aveva già annunciato che sarebbe stato concesso tempo perché le province e le altre parti interessate possano essere pronte per le vendite al dettaglio. Il primo ministro Justin Trudeau ha annunciato personalmente che il 17 ottobre 2018 la cannabis tornerà legale in Canada dopo 95 anni di proibizionismo.

Sarà una vera e propria festa del raccolto, quest'anno in Canada.

La scheda**CANNABIS. LE REGOLAMENTAZIONI LEGALI DELL'USO RICREATIVO NELLE AMERICHE****URUGUAY**

Il 10 dicembre 2013 il senato dell'Uruguay ha approvato la proposta di legge del governo guidato da Pepe Mujica, avviando la legalizzazione della cannabis ad uso ludico e medico nel paese sudamericano. La legge regola la produzione ed il consumo di cannabis e prevede 3 modalità di accesso legale per i maggiori di 18 anni all'uso ricreativo: l'auto-coltivazione (6 piante per massimo 480 grammi di produzione annua), la partecipazione ad un'associazione di consumatori (Cannabis Social Club) e l'acquisto in farmacia a 1 dollaro al grammo (massimo 40 grammi al mese). In tutti i casi è necessaria una registrazione ed una scelta di una sola delle modalità di rifornimento. La registrazione all'Istituto de Regulación y Control del Cannabis (IRCCA) è gratuita, ma è ovviamente vista da molti come un ostacolo all'emersione dei consumatori. Al 20 giugno 2018 i consumatori registrati per l'acquisto in farmacia sono 24.501, mentre sono 8597 le persone che si sono registrate per coltivare la propria pianta. 91 sono i cannabis social club registrati, con un limite di 45 soci ciascuno. Le farmacie autorizzate alla vendita sono 14 in tutto il paese.

STATI UNITI D'AMERICA

La cannabis resta illegale per le leggi federali, ma ormai 9 stati (e il distretto della capitale Washington) hanno legalizzato l'uso ricreativo. È stata da poco presentata in parlamento una proposta bipartisan che metterebbe al riparo i sistemi di regolamentazione legale statali dall'ingerenza federale¹. In particolare il Ministro della Giustizia Sessions ha più volte ribadito la propria intenzione di intervenire sulle legalizzazioni, senza però mai far seguire fatti alle parole². Il Presidente Trump ha recentemente dichiarato il suo probabile favore ad una norma che garantisca l'autonomia dei singoli stati.

Colorado

Lo stato del Colorado è il pioniere della legalizzazione dell'uso ricreativo, approvata con il referendum "Regulate Marijuana like Alcohol" del 2012, vinto 55% a 45%, la regolamentazione legale è stata resa esecutiva nel 2014. L'età minima per poter detenere e consumare è 21 anni, la quantità massima detenibile è 1 oncia (28 grammi). Si possono coltivare fino a 6 piante, di cui solo 3 fiorite. La tassazione è suddivisa in un 15% di accisa, una tassa del 2,9% (applicata anche alla terapeutica) a cui si aggiungono la "Special Sales Tax on Retail Marijuana" del 10% e le eventuali tasse locali. Le risorse raccolte saranno reinvestite non solo in programmi di prevenzione agli abusi e all'educazione alla salute, ma anche nell'edilizia scolastica con 40 milioni di dollari di investimenti garantiti all'anno.

Washington (Stato)

Lo Stato di Washington è stato, insieme al Colorado, l'apripista della legalizzazione USA. Il referendum del 2012 ha ottenuto il 56% di favorevoli e la legislazione è entrata in vigore nel corso del 2014. Età minima 21 anni, quantità detenibile 1 oncia, ma la coltivazione è permessa solo per uso medico. La tassazione è rappresentata da un'accisa del 25% alla produzione.

Alaska

L'Alaska ha legalizzato il mercato della marijuana con il referendum del 2014 intitolato "Regulate marijuana like alcohol in Alaska". Vinsero i sì col 52%. Anche qui la cannabis è detenibile e consumabile liberamente dai maggiori di 21 anni, per un massimo di 1 oncia. Si possono coltivare sino a 6 piante (di cui tre in maturazione) senza essere soggetti a tassazione. È possibile, a differenza di altri stati, consumare nei locali di vendita, dove altresì vige il divieto di vendita di tabacco e alcolici. La cannabis è tassata con un'accisa di 50 dollari per oncia. Va sottolineato come gli abitanti dell'Alaska (poco più di 700.000) sino al 1975 godevano di normative che permettevano loro di coltivare e possedere piccole quantità di cannabis per uso personale.

1 B. Parrella Cannabis in USA. Fronte bipartisan al Congresso, Trump (forse) apre in Fuoriluogo.it: <https://www.fuoriluogo.it/mappamondo/cannabis-usa-trump-congresso-bipartisan>

2 B. Parrella Cannabis USA, il boomerang di Sessions? In Fuoriluogo.it <https://www.fuoriluogo.it/mappamondo/cannabis-usa-boomerang-sessions>

Oregon

Anche l'Oregon ha tenuto il proprio referendum sulla cannabis nel corso del 2014, con un risultato netto (56% a 44%). L'età minima per accedere al mercato legale della cannabis è 21 anni, la quantità massima detenibile di marijuana varia da 1 oncia in luogo pubblico alle 8 once (224 grammi) a casa. La coltivazione ad uso personale è ammessa sino a 4 piante. La marijuana legale è stata inizialmente tassata con un'accisa del 25% alla produzione, ed è controllata dallo stesso ente che controlla l'alcol, l'Oregon Liquor Control Commission. Dal 2017 l'accisa è stata ridotta al 17% ed è stata introdotta una addizionale locale, opzionale, del 3% massimo. Questi fondi non vanno nel calderone delle entrate del bilancio statale bensì, una volta detratte le spese amministrative, sono stati così distribuiti: 40% al Fondo per le Scuole pubbliche, 20% ai servizi per la Salute Mentale, Alcolismo e Droghe, 15% alla Polizia dello Stato, 10% rispettivamente a città e contee ed infine il 5% alla Oregon Health Authority.

Washington DC (District of Columbia)

La capitale degli USA, 600.000 abitanti, ha legalizzato detenzione e consumo (ma non la vendita) con l'iniziativa 71, che ha raccolto un larghissimo consenso nella tornata elettorale del 2014 (69% - 31%). La vendita con lucro della marijuana, rimane reato, ma la detenzione, il consumo e la cessione senza profitto di massimo 2 once di cannabis (56 grammi) sono invece legali, come lo è la coltivazione ad uso personale fino a 6 piante.

California

La proposta referendaria chiamata "Adult Use of Marijuana Act" è stata approvata nel 2016 con un risultato netto, 56% favorevoli e 44% contrari. La normativa consente a chiunque abbia compiuto il 21mo anno di età di possedere 28 grammi di marijuana. La legge, inoltre, consente di coltivare fino a sei piante per uso personale. Dal punto di vista erariale la legge impone accise del 15% sulle compravendite al dettaglio e tasse sulla produzione di infiorescenze pari a 9,25 dollari per oncia e 2,75 dollari per oncia per quanto riguarda il fogliame. Tra le peculiarità del modello californiano c'è l'emersione del sommerso, con una sorta di diritto di prelazione per chi ha venduto marijuana illegalmente, e un indulto a richiesta per chi l'avesse comprata e usata illegalmente.

Maine

Il quesito "Regulate and tax marijuana" è passato, letteralmente, all'ultimo voto, con tanto di riconteggio. Alla fine l'ha spuntata la "Question 1" che permette il possesso e l'uso di marijuana da parte dei maggiori di 21 anni. La legge permette la coltivazione, distribuzione e vendita di marijuana e suoi derivati soggette a regolamentazione e tassazione statali. Il Maine fu uno dei primi stati a depenalizzare la detenzione di piccole quantità di cannabis già negli anni '70 e rese legale nel 1999 la cannabis a scopi terapeutici.

Massachusetts

I cittadini sono stati chiamati al voto nel 2016 ed hanno deciso con il 53,6% di favorevoli di regolamentare legalmente la cannabis. La proposta referendaria è stata modificata nel corso del suo recepimento e prevede la possibilità di accedere alla cannabis legale ai soli maggiorenni di 21 anni. La quantità detenibile è la classica oncia in luogo pubblico, mentre il limite sale a 10 once (280 grammi) all'interno di casa, ma tenute all'interno di un contenitore chiuso. La coltivazione per uso personale è limitata al massimo a 6 piante (e non più di 12 all'interno di una singola residenza). Il sistema di tassazione è stata la modifica principale alla proposta di legalizzazione approvata dagli elettori: prevede l'aumento delle accise sulle vendite sino al 10,75% oltre alla tassa sulle vendite del 6,25. Aumentata anche la percentuale della tassa locale, dal 2 al 3%. La vera importante peculiarità del modello in via di implementazione è il tentativo di porre un qualche rimedio alle ingiustizie sociali provocate dal proibizionismo sulla cannabis. In particolare quelle nei confronti delle minoranze, che in questi anni di War on Drugs sono state largamente oggetto della repressione federale. Il primo atto è stato la cancellazione dell'obbligo di verticalità dell'organizzazione per le licenze mediche, e l'apertura agli "artigiani" anche per le licenze per la cannabis ricreativa che saranno separate per coltivatori, produttori e venditori al dettaglio. Inoltre saranno parametrize alle dimensioni dell'attività permettendo quindi anche ai piccoli di poter entrare nel sistema regolamentato senza bisogno di investimenti considerevoli. I piccoli coltivatori potranno anche associarsi, in modo da poter competere sui prezzi all'ingrosso con soggetti più forti. Inoltre è stato creato un sistema di accesso alle licenze che privilegerà i soggetti economici che potranno dimostrare di coinvolgere nell'attività persone provenienti dalle comunità maggiormente colpite dalla repressione sulla marijuana, o che assumano direttamente coloro che sono stati colpiti negli anni da condanne per reati collegati alla marijuana.

Nevada

Il referendum è stato approvato nel 2016 con il 54,47% dei voti favorevoli. Ha legalizzato il possesso fino ad un'oncia di cannabis, la coltivazione fino a 6 piante (12 per singola residenza) e l'acquisto di cannabis e suoi derivati in negozi autorizzati da parte di chiunque abbia compiuto i 21 anni d'età. La coltivazione

casalinga non è ammessa per coloro che abitano entro le 25 miglia da un dispensario autorizzato. La tassazione prevede un'accisa del 15%.

Vermont

A gennaio 2018 il Vermont ha nuovamente approvato la legge per la regolamentazione legale della cannabis ricreativa, dopo che la precedente non aveva avuto l'assenso del Governator Repubblicano Phil Scott. Anche a seguito del processo di revisione bipartisan del progetto di legalizzazione, il governatore questa volta ha dato il via libera (l'ultimo giorno possibile). Il Vermont è quindi il primo stato ad avviare un processo di legalizzazione della cannabis ad uso ricreativo per iniziativa parlamentare, visto peraltro che è anche uno dei 23 negli USA che non consente iniziative referendarie. La legge approvata, conferma nei contenuti la precedente: a partire dal 1° luglio 2018 ai maggiori di 21 anni di possedere fino a un'oncia di marijuana (28 grammi), due piante adulte e quattro piante immature. Non viene al momento introdotto alcun sistema di regolamentazione legale del mercato, in attesa che la commissione istituita l'anno scorso finisca il suo lavoro preparatorio.

CANADA

Le settimane che ci separano dal 17 ottobre 2018, data di inizio delle vendite di cannabis ricreativa in Canada, saranno utilizzate affinché le normative del Cannabis Act si propaghino attraverso le regolamentazioni locali, alle quali è demandato il sistema di distribuzione e vendita. Il provvedimento prevede vendite legali di cannabis limitate ai maggiori di 18 anni con le province e i territori che potranno aumentare l'età minima di vendita, acquisto e consumo. Saranno sempre i governi locali ad autorizzare e sorvegliare la distribuzione e la vendita di cannabis, soggetta a condizioni federali minime. I cittadini maggiorenni potranno possedere sino a 30 grammi di marijuana acquistata legalmente e crescere fino a 4 piante per famiglia. I minorenni, trovati in possesso di massimo 5 grammi, non saranno comunque sanzionabili. La vendita a minorenni sarà punita pesantemente, con pene che arriveranno a 14 anni. Non saranno consentiti prodotti che mischino la cannabis ad altre sostanze (the, caffè o sigarette con tabacco e marijuana). La tassazione sarà mantenuta inizialmente bassa per scoraggiare il mercato nero. Il traffico di cannabis e dei prodotti con cannabis attraverso i confini internazionali rimarrà un grave reato penale. Verranno infine rafforzati i reati legati alla guida compromessa e agevolato il perseguimento della guida sotto effetto di droga e di alcol anche con l'utilizzo di nuove metodologie di analisi in strada.

Al momento in cui scriviamo Ontario, Newfoundland e Labrador, New Brunswick, Alberta e Yukon hanno approvato le loro leggi sulla marijuana. Le restanti province e territori stanno completando l'iter, per cui le informazioni che riportiamo sono da considerare provvisorie, visto anche che il Cannabis Act è diventato legge proprio mentre scriviamo. In tutte è stato comunque mantenuto il limite di possesso in pubblico di 30 grammi di cannabis, anche se alcune province, come il Quebec e l'Alberta, permetteranno di detenere maggiori quantità nel proprio domicilio. A parte Manitoba, tutte le giurisdizioni hanno scelto di mantenere le loro fasce di età per accedere alla cannabis in linea con quelle per bere alcolici. Manitoba, Nunavut e Quebec, vorrebbero vietare la coltivazione domestica, in contrasto con il Cannabis Act. Le legislazioni locali differiscono anche sui soggetti che provvederanno alla distribuzione e vendita della cannabis. Alcuni prevedono negozi privati su licenza, altri optano per negozi di proprietà pubblica, in particolare quelli che già vendono liquori. In alcuni casi, le province hanno creato filiali di queste società, come CannabisNB e Ontario Cannabis Retail Corporation.

Alberta

L'età minima è fissata a 18 anni, le vendite saranno autorizzate in appositi store privati, mentre la vendita on line sarà a cura del governo locale. Si potranno coltivare fino a 4 piante di cannabis, ma non all'aperto. Non ci saranno limiti per il possesso di cannabis nella propria abitazione. Si potrà fumare nei luoghi dove si può fumare tabacco.

British Columbia

L'età minima per l'acquisto è stata decisa a 19 anni. Ci saranno sia negozi privati che statali, che potranno vendere anche online. La coltivazione di 4 piante è consentita al di fuori di luoghi pubblici, e i proprietari potranno vietare coltivazione (e consumo) all'interno delle loro proprietà. Si potrà fumare nei luoghi dove è consentito già fumare tabacco.

Manitoba

Età minima per l'acquisto 19 anni, un anno in più che per acquistare tabacco. Vendita riservata a negozi privati che potranno anche vendere on line. Ai comuni sarà possibile vietarne l'apertura nel territorio di competenza. Al momento la normativa prevede il divieto di coltivazione ad uso personale. Sarà proibito

vendere cannabis a chi si dimostra già alterato da alcol o altre sostanze.

New Brunswick

I maggiori di 19 anni potranno acquistare in negozi gestiti da aziende pubbliche, vendite on line comprese. Si potranno coltivare sino a quattro piante e si potrà fumare solo nelle proprietà private o in casa. Non vi saranno limiti al possesso in casa, ma la cannabis dovrà essere conservata in luogo sicuro e inaccessibile ai minori.

Newfoundland e Labrador

Il limite minimo per l'accesso è 19 anni. Si potrà acquistare in store privati su licenza governativa, mentre le vendite on line al momento saranno gestite direttamente dall'autorità pubblica, anche se si prevede in futuro una loro estensione a soggetti privati. Nei comuni più piccoli saranno i negozi di alcolici pubblici a vendere cannabis. Non è stato ancora definito il limite per la coltivazione ad uso personale, mentre si potrà consumare solo in casa o in proprietà private.

Northwest Territories

Il limite è 19 anni e l'acquisto, almeno inizialmente, sarà possibile negli store privati che già vendono alcolici, mentre le vendite on line saranno a cura del governo locale. Si potranno coltivare sino a 4 piante e si potrà consumare nella propria abitazione e nelle proprietà private. Si potrà però fumare in strade e parchi, se non vi sono eventi pubblici in corso. I proprietari potranno dichiarare le loro proprietà "smoke-free" e i Comuni potranno decidere restrizioni o divieti ulteriori.

Nova Scotia

La vendita, ai maggiori di 19 anni, sarà riservata ai 12 negozi pubblici che vendono liquori, così come le vendite on line saranno gestite dal governo provinciale. Si potranno coltivare sino a 4 piante e fumare laddove è consentito il tabacco. I proprietari potranno inserire restrizioni agli inquilini.

Nunavut

Saranno al momento autorizzate solo vendite on line ai maggiori di 19 anni. Si potranno coltivare sino a 4 piante e fumare laddove è consentito il tabacco. I proprietari potranno inserire restrizioni agli inquilini.

Ontario

Gli acquisti saranno possibili, per i maggiori di 19 anni nei 40 cannabis store governativi operativi da subito (150 pianificati entro il 2020) e on line, sempre a cura del governo provinciale. Si potranno coltivare 4 piante e consumare nelle sole abitazioni e proprietà private.

Prince Edward Island

Sarà possibile acquistare, per i maggiori di 19 anni nei 4 store fisici (e online) gestiti dal governo provinciale. Non è stato ancora deciso nulla sulla coltivazione ad uso personale. Si potrà fumare in casa e nella propria proprietà privata.

Quebec

I maggiori di 18 anni potranno accedere ai 15 cannabis store che si apriranno subito (previsti 150 entro il 2020) e alle vendite on line gestiti dalla Provincia. Al momento è previsto il divieto di autocoltivazione. Si potrà consumare solo dove è permesso il tabacco, con l'eccezione delle Università. Si potranno detenere sino a 150 grammi di cannabis in casa.

Saskatchewan

Coloro che hanno compiuto 19 anni potranno acquistare nei cannabis store privati e online, anche se il numero delle licenze di vendite sarà ristretto nei primi tre anni di legalizzazione. Si potranno coltivare sino a 4 piante, ma i proprietari potranno vietarlo nei loro appartamenti. Si potrà fumare in casa e nelle proprietà private ma non in presenza di minori.

Yukon

Almeno un cannabis store gestito dal governo locale sarà aperto all'avvio della legalizzazione, insieme alle vendite on line. Potranno accedervi i maggiori di 19 anni. Nel futuro si ipotizza un'apertura anche a negozi privati, su licenza. Si potranno coltivare 4 piante, e fumare solo nella residenza o nella proprietà privata. I proprietari potranno vietare l'uso di cannabis all'interno degli immobili concessi in affitto.



LEGALIZZAZIONE DELLA CANNABIS E TRATTATI INTERNAZIONALI SULLA DROGA

Grazia Zuffa

la Società della Ragione

Da qualche anno, la legalizzazione della cannabis è uscita dal confronto di opinione su "proibizione contro legalizzazione" (anzi, dalla così spesso definita disputa ideologica), per entrare nel novero dei nuovi assetti normativi già sperimentati o in via di sperimentazione. Dopo lunghi anni di dibattito, il processo di cambiamento, una volta messo in moto, è avanzato con rapidità imprevedibile, trovando il suo fulcro nelle Americhe.

Tutto è iniziato negli Stati Uniti, con i referendum popolari che hanno regolamentato la cannabis a uso ricreativo negli stati del Colorado e di Washington, nel 2012. Da allora la legalizzazione si è estesa in altri otto stati, fra cui la California, quello più popolato. In California, dal gennaio 2018 è ora possibile acquistare legalmente cannabis, oltre l'uso medico.

IN DIVERSI PAESI I REGIMI DI LEGALIZZAZIONE DELLA CANNABIS RICREATIVA SONO UNA REALTÀ, NONOSTANTE LA PROIBIZIONE SANCITA DALLE CONVENZIONI INTERNAZIONALI. L'ASSEMBLEA GENERALE ONU DEL 2016 NE HA SANCITO LA COMPATIBILITÀ, IN BASE ALL'ASSERTITA "FLESSIBILITÀ" DELLE CONVENZIONI. SI APRE E' IL DIBATTITO SUL FUTURO E IL RUOLO STESSO DEI TRATTATI DELLE NAZIONI UNITE SULLE DROGHE.

Nel dicembre 2013, il parlamento dell'Uruguay ha legalizzato la cannabis ricreativa su proposta del governo e nel luglio 2017 il nuovo sistema è entrato in funzione. Da allora, più di 21.500 cittadini uruguayani si sono registrati per acquistare legalmente la can-

nabis, coltivata da produttori regolarmente forniti di licenza statale, mentre circa 8000 persone hanno ottenuto la licenza per coltivare la pianta a uso personale. In più, sono stati autorizzati circa ottanta Cannabis Social Club, che coltivano per conto dei loro soci.

Il cambiamento ha investito anche il Canada. Il governo Trudeau ha deciso di regolamentare la cannabis per usi non medici nell'aprile 2017, sulla base del rapporto di una task force di esperti. Dopo l'approvazione nei due rami del parlamento, la nuova normativa entrerà in vigore nell'estate 2018.

Mentre in Uruguay e in Canada sono state modificate le normative nazionali, negli Stati Uniti il nuovo sistema di regolazione riguarda il livello statale, mentre rimane invariata la normativa federale di proibizione. Sotto la presidenza Obama, nel 2013, furono emanate linee guida che mettevano al riparo la legalizzazione statale da una possibile attività repressiva federale. In questi anni, il sistema di giustizia federale ha rispettato le regolamentazioni statali; anche dopo l'avvento di Trump, nonostante nel gennaio 2018 siano state revocate le linee guida di cui sopra, non ci sono stati interventi di repressione federale. Anzi, cresce un movimento bipartisan per varare una legge a protezione delle riforme statali dall'ingerenza federale, e finanche a eliminare la proibizione nella legge federale¹.

Il movimento per la legalizzazione della cannabis appare destinato a estendersi, in altri stati USA e non solo, sostenuto com'è dall'opinione pubblica. Si veda il gruppo consistente di paesi Latino Americani e dei Caraibi (Argentina, Cile, Colombia, Jamaica, Messico e Peru) che sta legalizzando la cannabis, per il momento a uso medico. Si noti che molti stati americani che hanno legalizzato la marijuana ricreativa, hanno alle spalle un sistema consolidato di uso medico, a iniziare dalla California.

Novità si affacciano anche in Europa. Il governo olandese sta lavorando per introdurre la produzione legale di cannabis ai fini di ri-

fornimento dei coffeeshops. Dunque il vento della legalizzazione della cannabis continua a soffiare, e ciò è riconosciuto perfino dagli organismi internazionali di controllo della droga. Si veda il rapporto annuale 2017 del *International Narcotic Control Board*- INCB (l'organismo indipendente che controlla l'applicazione delle Convenzioni da parte degli stati che le hanno sottoscritte), laddove si prevede che "nel Nord America la svolta politica sulla cannabis andrà ancora avanti, nell'anno in corso e in quelli a seguire".

La cannabis nelle Convenzioni delle Nazioni Unite

La cannabis è una delle sostanze incluse nel sistema di controllo Onu, compresa sia nella Convenzione Unica sulle Droghe Narcotiche del 1961, che nelle successive Convenzioni del 1971 e del 1988. L'articolo 4, paragrafo c, della Convenzione Unica del 1961 stabilisce che per le sostanze sotto controllo (tra cui la cannabis) *"la produzione, la manifattura, l'esportazione, l'importazione, la distribuzione, il traffico, l'uso e il possesso ..siano limitati.. esclusivamente a scopi scientifici e medici"*.

Le sostanze messe sotto controllo internazionale sono classificate in tabelle e la cannabis è inserita nelle tabelle I e IV, alla pari di eroina e cocaina. La classificazione delle sostanze può in teoria essere modificata. Da notare però che la OMS e lo ECDD (*Expert Committee on Drug Dependence*), gli organismi cui le Convenzioni del 1961 e del 1971 affidano il compito della valutazione scientifica circa la classificazione delle sostanze, non si sono mai cimentati in una revisione formale della cannabis. Dunque, l'attuale classificazione della cannabis risale al 1935. Al momento è in corso un processo di revisione da parte del Comitato di Esperti della OMS ed è stato annunciato uno speciale meeting nel giugno 2018. Ci si aspetta che la OMS proponga di declassificare la cannabis dalla Tabella I alla II (non certo di eliminarla completamente dalle tabelle). Essa rimarrebbe cioè in regime di controllo internazionale. Va inoltre ricordato che la OMS ha facoltà di avanzare proposte circa la collocazione delle sostanze nelle tabelle, ma la decisione spetta all'entità rappresentativa degli stati aderenti, la *Commission on Narcotic Drugs*- CND. In passato ha sempre prevalso un orientamento politico di rigida ortodossia proibizionista, tanto che, agli inizi del 2003, perfino la proposta OMS di de-

¹ La spinta a modificare la legge federale sembra paradossalmente accelerata proprio dalla decisione del Procuratore Generale di Trump, Jeff Sessions, di dichiarare decadute le linee guida dell'era Obama. Ciò mentre i sondaggi di opinione mostrano una ampia maggioranza di americani contraria ad applicare la legge federale contro la legalizzazione statale. <https://poll.qu.edu/search-releases/search-results/?Wbat=enforce+federal+pot+laws&Submit=Submit&strArea=%3B&strSubject=&strTime=28&strAddr=>

classificare il dronabinolo (THC sintetico) fu "dimenticata" in un cassetto dell'allora direttore UNODC (United Nations Office for Drugs and Crime) Antonio Costa e neppure sottoposta alla sessione CND dell'aprile 2003: v'era timore che la declassificazione del dronabinolo potesse danneggiare la campagna contro la cannabis "erroneamente percepita come droga come leggera", che l'UNODC stava conducendo in quegli anni².

Legalizzazione, la posizione degli organismi internazionali

La posizione del INCB circa la legalizzazione della cannabis è ben illustrata nel rapporto annuale 2016, a commento dell'intenzione del Canada di introdurre un mercato regolamentato della cannabis: il mercato legale sarebbe precluso dall'articolo 4 sopra citato della Convenzione Unica del 1961, un caposaldo del sistema di controllo internazionale, secondo lo INCB.

Da notare che lo INCB, seppur investito del compito di monitorare l'applicazione delle Convenzioni, non ha alcun strumento giuridico per far valere i propri giudizi. In ultima analisi, il giudizio sulla compatibilità delle norme nazionali coi trattati internazionali è nel potere e nella responsabilità dei singoli stati membri e delle loro istituzioni a tutela dei principi costituzionali fondamentali.

Lo INCB non è certo nuovo ai giudizi di *non compliance* con le Convenzioni, nei confronti di una lunga serie di stati. In passato, lo INCB ha obiettato all'Italia, sostenendo che si dovesse ripristinare la persecuzione penale della detenzione a uso personale, abolita dal referendum popolare del 1993; ha obiettato alla Svizzera, all'Olanda, alla Germania, accusandole di *non compliance* per i trattamenti con eroina medica; ha obiettato alla Svizzera, alla Germania, alla Spagna, all'Australia per le *Drug Consumption Rooms*; ha obiettato a diversi paesi, a iniziare dal Canada, per la decisione di permettere l'uso medico della cannabis; ha obiettato al Regno Unito nel 2003, quando il governo britannico decise di declassificare la cannabis in una tabella contenente sostanze a minor pericolo, in modo da depenalizzare il consumo personale. E naturalmente, lo INCB ha obiettato, e ha continuato a obiettare negli anni, al sistema dei *coffeeshops* olandesi. I *coffeeshops* potrebbero essere definiti come una forma peculiare di vendita

regolata al dettaglio (mentre rimane illegale la produzione e la consegna della cannabis che viene venduta nei *coffeeshops* – il ben conosciuto *backdoor problem* dei *coffeeshops*). Tutti questi paesi hanno replicato puntualmente agli addebiti del INCB, senza recedere dalle loro politiche.

Nell'aprile 2016, quando si apriva a New York la Speciale Sessione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite sulle droghe (UNGASS 2016), la questione dell'Uruguay e degli stati americani "legalizzatori" era già sul tappeto. Due erano le strade possibili:

- prendere atto del "disallineamento" dai trattati di un numero crescente di membri aderenti, iniziare il dibattito in assemblea e eventualmente dare avvio alle procedure per la modifica delle Convenzioni
- sostenere la "flessibilità" delle Convenzioni: queste, così come sono scritte, sarebbero in grado di adeguarsi ai tempi permettendo agli stati membri di sperimentare nuove politiche, ivi compresa la scelta di legalizzare.

Ha prevalso la linea della "flessibilità" dei trattati internazionali, sostenuta con decisione dagli Stati Uniti e ufficialmente sancita nel Documento Finale sottoscritto dall'Assemblea Generale (*Our Joint Commitment to Effectively Addressing and Countering the World Drug Problem*, 19-21 aprile 2016) <https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603301-E.pdf>.

In questo documento si riafferma il valore delle Convenzioni, da un lato:

We underscore that the Single Convention on Narcotic Drugs of 1961 as amended by the 1972 Protocol,⁴ the Convention on Psychotropic Substances of 1971,⁵ the United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances of 1988⁶ and other relevant international instruments constitute the corner-stone of the international drug control system;

Dall'altro, se ne sottolinea la flessibilità, per adattarsi alle situazioni locali e alle scelte dei governi nazionali:

We recognize that there are persistent, new and evolving challenges that should be addressed in conformity with the three international drug control conventions, which allow for sufficient flexibility for States parties to

² Cfr. G. Zuffa (2005), L'Onu e le convenzioni: un'agenda per la riforma, in F. Corleone e G. Zuffa (a cura di), *La guerra infinita*, Edizioni Menabò, Ortona, p.74 sgg.

design and implement national drug policies according to their priorities and needs, consistent with the principle of common and shared responsibility and applicable international law;

Come gli Stati Uniti e l'Uruguay argomentano la loro compliance con le convenzioni

Per sostenere come la legalizzazione della cannabis ricreativa non violi le Convenzioni, gli Stati Uniti hanno utilizzato due argomenti distinti (e in parte contraddittori).

Da un lato, hanno sostenuto che si tratta di normative degli stati, i quali si avvalgono dei margini di autonomia di cui godono nell'assetto federale statunitense. E poiché la proibizione federale non è stata rimossa, per gli americani non vi sarebbe violazione. In più, le linee guida del Dipartimento di Giustizia citate avevano proprio lo scopo di regolare il rapporto fra le nuove normative statali e la legge federale, stabilendone la compatibilità a condizione che le prime adottassero un sistema di regole strette (restrizioni circa i luoghi di vendita, le licenze per la coltivazione, l'età dei compratori etc.) e si adeguassero a specifiche priorità di azione penale federale.

Dall'altro lato, le Convenzioni sarebbero sufficientemente flessibili da permettere le sperimentazioni, ivi compresa la legalizzazione della cannabis a uso ricreativo: argomento che di per sé apre la strada anche alla modifica della legge federale.

Più complessa è la motivazione dell'Uruguay. Questo paese si appella all'obiettivo primario delle Convenzioni, contenuto nel preambolo della Convenzione Unica del 1961, di "salvaguardare la salute e il benessere del genere umano". La creazione di un mercato regolato e sicuro per il consumo di cannabis sarebbe del tutto aderente alla finalità di promozione della salute pubblica, riducendo al contempo la criminalizzazione indiscriminata e permettendo un miglior contrasto al grande crimine organizzato. Si noti che, così argomentando, gli uruguayani individuano un conflitto fra la cornice di promozione dei diritti umani, in cui si inserisce il

preambolo, e le norme penali di proibizione totale delle droghe (art.4 della Convenzione Unica, citato). Continua il ragionamento: quando, come in questo caso, i principi di tutela e promozione dei diritti umani confliggono con le norme di controllo delle droghe, lo stato uruguayano ha il dovere di dare la precedenza ai primi. La priorità dei diritti umani è un argomento già usato nel dibattito internazionale. Si veda ad esempio il rapporto 2010 all'Assemblea Generale Onu dello Speciale Rapporteur sul diritto alla salute: vi si legge che "quando gli obiettivi e gli approcci del regime internazionale di controllo sulla droga entrano in contrasto coi diritti umani, è chiaro che il rispetto dei diritti umani deve avere la precedenza".

Va ricordato che tale contrasto è frequente e acuto nella politica delle droghe, dal non rispetto del principio di proporzionalità nelle pene per i reati di droga, al rifiuto di implementare misure di sanità pubblica e di Riduzione del Danno a tutela dei consumatori. I paesi che seguono queste politiche (Cina e Russia in testa) sostengono un esito affatto diverso del conflitto, appellandosi alla supremazia delle norme di proibizione (nella loro rigida interpretazione) sulla *machinery* Onu dei diritti umani.

Oltre la "flessibilità" delle Convenzioni

L'Assemblea Generale Onu dell'aprile 2016, sancendo la "flessibilità" delle Convenzioni ha per il momento dato il via libera agli stati che vogliano sperimentare forme di regolamentazione della cannabis ricreativa. E certo l'autorità politica di un documento conclusivo approvato dall'Assemblea Generale ONU è superiore al parere del INCB: che peraltro – è bene ripeterlo – non è il giudice degli stati membri circa la loro aderenza o meno ai trattati, ma un organismo di semplice monitoraggio dell'applicazione delle Convenzioni.

La questione della flessibilità non manca però di suscitare dibattito. Alcuni temono che si vada oltre il terreno dell'interpretazione, per introdurre un criterio di "elasticità", di fatto esercitabile solo dai paesi più forti, mentre rimarrebbe politicamente inagibile

per quelli più deboli. In più, si paventano altri possibili "scostamenti" che alla fine possano indebolire i trattati sulle droghe di per sé, e più in generale tutto l'armamentario delle leggi internazionali³.

Sorge una domanda: può questa questione essere affrontata, rimanendo nell'ambito della stretta cornice normativa e della sua interpretazione, avendo in vista prioritariamente la "tenuta" delle Convenzioni di per sé? Senza cioè collegare le norme internazionali alla funzione geopolitica che queste hanno finora assolto, legittimando un sistema di ampio non rispetto dei diritti umani attraverso la guerra alla droga?

Inoltre, è ambiguo attaccare il concetto di flessibilità di per sé, poiché, come a suo tempo ha scritto Peter Cohen, la normativa internazionale dovrebbe essere il più possibile flessibile, proprio per lasciare spazio alle sperimentazioni e alle differenze locali, sociali e culturali. Altrimenti si può rischiare la paralisi, imprigionati in un sistema normativo accentrato quali sono i trattati internazionali che dettano norme (penali) universali. I quali, non a caso, hanno scarsi strumenti per cambiare. E infatti emerge uno dei problemi di fondo delle Convenzioni internazionali sulle droghe: le procedure per modificarle esistono, ma sono di fatto inagibili: quasi le Convenzioni fossero state concepite come i testi sacri della Proibizione, più che come strumenti pragmatici di governo del fenomeno⁴. Dunque, l'iniziativa degli stati membri verso il cambiamento va sostenuta con forza. E' probabile che la creazione di un nuovo e più equo sistema di regole internazionali sulle droghe passi attraverso un processo, più o meno lungo, di *deperimento* delle attuali Convenzioni, più che attraverso la difesa della loro "stabilità".

3 Cfr. M. Jelsma, N. Boister, D. Bewley Taylor, M. Fitzmaurice and J. Walsh (2018), *Balancing Treaty Stability and Change: inter se modification of the UN drug control conventions to facilitate cannabis regulation*, WOLA, TNI, GDPO, Policy Report 7, March 18, p.11

4 P. Cohen (2005), La caduta del dogma, in F. Corleone e G. Zuffa

(a cura di), La guerra infinita, Edizioni Menabò, Ortona, pp.105 sgg.



CANNABIS, I MITI E I FATTI DELLA LEGALIZZAZIONE

a cura della redazione

1. La cannabis provoca i buchi nel cervello?

La cannabis ha sicuramente effetti psicoattivi, in particolare grazie alla presenza del THC, e non si possono certo escludere variazioni della funzionalità dei neuroni dovuta al suo uso. Ma da alcuni anni gli scienziati stanno cercando di trovare prova dei famosi "buchi del cervello" senza particolare successo¹. In particolare si è sempre temuto effetti a lungo termine nell'uso negli adolescenti, in particolare relativamente alle psicosi, che però studi recenti minimizzano rilevando che le "associazioni tra l'uso di cannabis e il funzionamento cognitivo negli studi trasversali su adolescenti e giovani adulti sono piccole e possono essere di dubbia rilevanza clinica per la maggior parte degli individui. Inoltre, l'astinenza di più di 72 ore diminuisce i deficit cognitivi associati all'uso di cannabis"². Risultati simili sono stati ottenuti da altri studi effettuati su gemelli "discordanti" riguardo l'uso di cannabis: non è stata dimostrata riduzione del quoziente di intelligenza, danno alle funzioni esecutive o riduzione delle performance

1 Crestani F. I buchi nel cervello sono una bufala, Rubrica di Fuoriluogo su il manifesto, 16 maggio 2018 fuoriluogo.it/mappamondo/i-buchi-nel-cervello-sono-una-bufala

2 J. Cobb Scott, PhD; Samantha T. Slomiak, MD; Jason D. Jones, PhD; et al. Association of Cannabis With Cognitive Functioning in Adolescents and Young Adults A Systematic Review and Meta-analysis JAMA Psychiatry. April 18, 2018. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.0335

IL PROCESSO DI REGOLAMENTAZIONE LEGALE IN ATTO IN PARTICOLARE NELLE AMERICHE PERMETTE DI AVERE FINALMENTE DATI E STUDI SUGLI EFFETTI DELLA LEGALIZZAZIONE DELLA CANNABIS E SFATARE DEFINITIVAMENTE ALCUNI MITI PROIBIZIONISTI. ECCONE ALCUNI.

educative³

2. La Cannabis è una droga di passaggio?

La cannabis non è una sostanza ponte per consumi più pericolosi come quello dell'eroina. Il mantra proibizionista, oltre che essere perdente per logica, oggi lo è per scienza. Numerosi studi hanno dimostrato che l'uso di cannabis non facilita il passaggio a sostanze più pericolose, anzi l'uso frequente lo inibisce⁴. Gli studi dimostrano oggi come la cannabis è invece una potenziale sostanza di uscita dalle dipendenze, in particolare da oppioidi⁵. L'unico reale collegamento fra sostanze che hanno usi personali e sociali differenti rimane il mercato

3 Mocrysz e coll. J Psychopharmacol 2016, Jackson e coll. PNAS 2016, Meier e coll. Addiction 2018

4 Reddon et al. Cannabis use is associated with lower rates of initiation of injection drug use among street-involved youth: A longitudinal analysis. Drug Alcohol Rev. 2018 Mar;37(3):421-428. doi: 10.1111/dar.12667. Epub 2018 Feb 12.

5 Powel et al. Do medical marijuana laws reduce addictions and deaths related to pain killers? Journal of Health Economics. Volume 58, March 2018, Pages 29-42

illegale.

3. La legalizzazione aumenta i consumi?

È certo un aumento nel breve periodo, dovuto probabilmente più che alla disponibilità della sostanza in canali legali, all'effetto legalità che spinge le persone che usano sostanze ad uscire allo scoperto nei questionari che rilevano le prevalenze d'uso di sostanze che prima era illegale consumare. Ma nel medio e lungo periodo, anche grazie a politiche di prevenzione degli abusi e di promozione dell'autoregolazione e al divieto di pubblicità contenuto nella stragrande maggioranza delle normative sulla cannabis, il consumo si assesta, ed in alcuni casi diminuisce. Molto più semplicemente è difficile che la legislazione riesca a influire sui fenomeni sociali⁶, che come tali si comportano e si muovono indipendentemente dalle norme giuridiche⁷ (e dai confini nazionali). Lo dimostra anche qui l'esperienza olandese⁸. Peraltro, rispetto all'uso problematico (che è quello che dovrebbe preoccupare maggiormente) l'esperienza, anche italiana⁹, sull'alcol dimostra che il contesto è più significativo rispetto alla prevalenza d'uso, e non è affatto detto che maggiori consumi determinino aumenti di quelli problematici.

4. La legalizzazione aumenta il consumo di cannabis fra i più giovani?

I dati che provengono dagli stati USA che hanno legalizzato, ma la stessa esperienza di tolleranza olandese, dimostrano che laddove è legale sia per uso terapeutico¹⁰ che per uso ricreativo¹¹ i consumi di cannabis da parte degli adolescenti non aumentano, ma addirittura in molti casi diminuiscono¹². Questi dati sono accompagnati anche dalla riduzione dei problemi comportamentali, tra cui risse, crimini

contro la proprietà, uso di armi e spaccio di sostanze. I ricercatori hanno scoperto che le due tendenze sono collegate, in quanto i ragazzi, diventati meno "propensi" a seguire comportamenti sociali devianti (o avendo rimosso per via legislativa alcuni comportamenti dalla sfera della punibilità), hanno anche meno probabilità di cadere in problemi legati all'uso della marijuana¹³.

5. La legalizzazione fa aumentare il crimine?

Il mito che con la disponibilità legale di cannabis possano aumentare i reati è smentito dagli studi che via via si sono susseguiti a seguito delle prime legalizzazioni negli USA. Anzi, lasciando stare gli ovvi crolli per i reati legati direttamente alla sostanza ora legale, in particolare per i reati violenti si registrano sensibili diminuzioni. Per esempio è stato rilevato come nei primi anni della legalizzazione nello Stato di Washington i reati siano tutti fondamentalmente diminuiti, in particolare gli stupri del 30% e i furti del 20%¹⁴. E questa diminuzione è più accentuata verso i confini. Ad esempio, gli stati USA al confine con il Messico che hanno legalizzato la cannabis ad uso terapeutico (e non ricreativo) hanno visto una diminuzione dei reati violenti in media del 13%, con punte del 15% in California e del 7% in Arizona¹⁵.

6. La legalizzazione della cannabis aumenta gli incidenti stradali?

L'incidentalità stradale non è stata influenzata dalla legalizzazione della cannabis. Lo dimostrano numerosi studi che hanno paragonato i livelli di incidenti negli Stati USA che hanno legalizzato l'uso ricreativo e terapeutico confrontandoli con quelli che non lo avevano fatto¹⁶. Gli autori di una recente meta analisi hanno concluso che la loro "analisi suggerisce che la dimensione dell'effetto generale per DUIC [guida sotto l'influenza della cannabis] sulle UTE [eventi di traffico sfavorevoli] non è statisticamente significativa."¹⁷

6 G. Zuffa Le molte strade della legalizzazione in Leopoldo Grosso (a cura di) *Questione Cannabis*, Edizioni Gruppo Abele, 2018

7 P.D. Cohen e H.L.Kaal, The irrelevance of drug policy. Patterns and careers of experienced cannabis use in the population of Amsterdam, San Francisco and Bremen, CEDRO, Università di Amsterdam, 2001

8 Korf DJ, Dutch coffee shops and trends in cannabis use. *Addict Behav.* 2002 Nov-Dec;27(6):851-66

9 F. Beccaria, La conoscenza e la ricerca sociologica tra teoria e spendibilità dei servizi in P. Ugolini (a cura di), *Alcol e buone prassi sociologiche*, Franco Angeli, Milano, p. 16

10 Sarvet AL, Wall MM, Fink DS, Greene E, Le A, Boustead AE, Pacula RL, Keyes KM, Cerdà M, Galea S, Hasin DS - Medical marijuana laws and adolescent marijuana use in the United States: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2018 Jun;113(6):1003-1016. doi: 10.1111/add.14136. Epub 2018 Feb 22.

11 National Survey on Drug Use and Health: Comparison of 2013-2014 and 2014-2015 Population Percentages (50 States and the District of Columbia). *Samhda*, USA

12 Bassi H, In Colorado diminuiscono adolescenti che usano cannabis [fuoriluogo.it/dicembre 2016_fuoriluogo.it/mappamondo/in-colorado-diminuiscono-adolescenti-che-usano-cannabis](http://fuoriluogo.it/dicembre-2016-fuoriluogo.it/mappamondo/in-colorado-diminuiscono-adolescenti-che-usano-cannabis)

13 Leggi Marijuana: più Stati USA legalizzano, meno adolescenti consumano. [fuoriluogo.it/26 maggio 2016 fuoriluogo.it/mappamondo/marijuana-meno-adolescenti-usa](http://fuoriluogo.it/26-maggio-2016-fuoriluogo.it/mappamondo/marijuana-meno-adolescenti-usa)

14 Dragone, Davide ; Prarolo, Giovanni ; Vanin, Paolo ; Zanella, Giulio (2016) - Recreational cannabis reduces rapes and thefts: Evidence from a quasi-experiment. *Bologna: Dipartimento di Scienze economiche*. DOI 10.6092/unibo/amsacta/5416. In: Quaderni - Working Paper DSE (1078). ISSN 2282-6483.

15 Evelina Gavrilova Takuma Kamada Floris Zoutman, Is Legal Pot Crippling Mexican Drug Trafficking Organisations? The Effect of Medical Marijuana Laws on US Crime <https://doi.org/10.1111/ecoj.12521>

16 Jayson D. Aydelotte et al. Crash Fatality Rates After Recreational Marijuana Legalization in Washington and Colorado. *American Journal of Public Health (ajph)* August 2017

17 Hostiuc S, Moldoveanu A, Negoii I, Drima E. - The Association of Unfavorable Traffic Events and Cannabis Usage: A Meta-Analysis. *Front Pharmacol*. 2018 Feb 12;9:99. doi: 10.3389/fphar.2018.00099. eCollection 2018

LETTURE

IL DIBATTITO ITALIANO SULLA CANNABIS

a cura della redazione

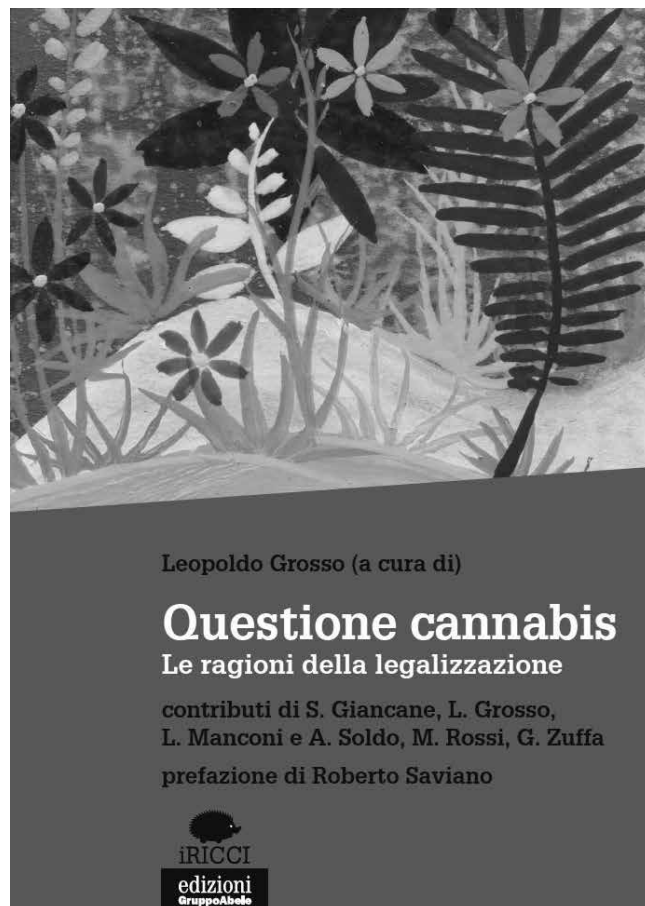
Il consumo di cannabis, più o meno frequente, interessa un numero di italiani oscillante tra sei e otto milioni. Quasi un terzo degli studenti di età compresa tra i 15 e i 19 anni ha avuto una qualche esperienza di consumo, più di quanti frequentano gli stadi di calcio o vanno a visitare mostre e musei.

È un fenomeno di massa che non può essere governato solo con la proibizione e la punizione. Eppure il discorso pubblico al riguardo continua a essere viziato da confusioni e luoghi comuni. Scopo di questo libro è sostituire i pregiudizi con l'analisi razionale rispondendo in modo rigoroso e documentato ad alcune domande fondamentali: come dare alla cannabis una disciplina legale? Quali sono gli effetti della legalizzazione della cannabis sull'entità del consumo e sulla salute dei consumatori? Quali sono le ricadute sui mercati criminali? Quali sono i risultati delle esperienze di legalizzazione in corso nel mondo?

A queste domande vuole rispondere il volume " *Questione Cannabis. Le ragioni della legalizzazione*" edito dal Gruppo Abele ed uscito nelle librerie questa primavera.

Il testo, a cura di Leopoldo Grosso, contiene contributi di Salvatore Giancane, Leopoldo Grosso, Luigi Manconi, Roberto Saviano, Antonella Soldo, Marco Rossi e Grazia Zuffa. Il dibattito a cui si cerca nel libro di dare ordine, spazia dalle questioni sociali a quelle mediche legate alla regolamentazione legale, passando per quelle politiche (nazionali ed internazionali) nonché economiche.

«Quando parlo di legalizzazione delle droghe, mi rivolgo soprattutto a chi come me non ha mai pensato di fare uso di droghe leggere né di volerne un uso di massa. Le parole d'ordine, insomma, sono «non voglio drogarmi, odio il consumo e per questo



legalizzo» scrive Roberto Saviano nella prefazione al libro, come testimonianza del fatto che il dibattito sulla legalizzazione della cannabis ha sfondato il muro del movimento antiproibizionista classico, e si sta diffondendo attraverso strati eterogenei e trasversali dell'opinione pubblica, anche italiana.

QUESTIONE CANNABIS LE RAGIONI DELLA LEGALIZZAZIONE

A cura di: Leopoldo Grosso
Contributi di: Salvatore Giancane, Leopoldo Grosso, Luigi Manconi, Roberto Saviano, Antonella Soldo, Marco Rossi e Grazia Zuffa
Pagine: 160
Collana: I Ricci
Prezzo Di Copertina: €14,00
Isbn: 978-8865791783

LETTURE

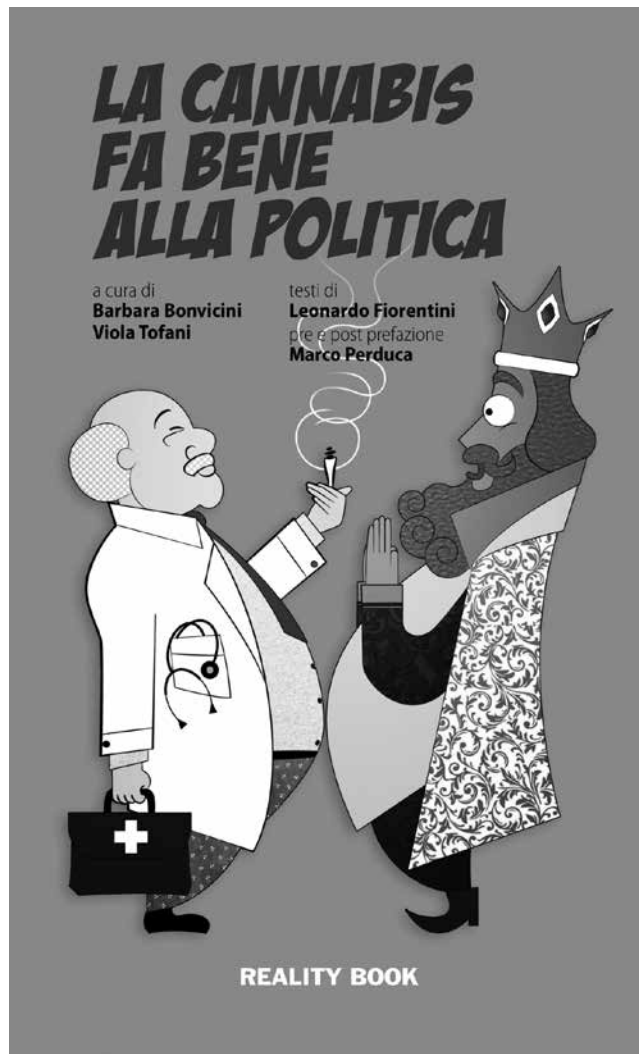
CANNABIS.**UN UTILE MANUALE PER LA POLITICA**

a cura della redazione

Dal 2007 in Italia è possibile prescrivere cannabinoidi per terapie di vario tipo. Nel 2016, per la prima volta nella sua storia, il Parlamento italiano ha discusso di una regolamentazione legale della produzione consumo e commercio della cannabis su proposta di quasi 300 parlamentari a cui s'era aggiunta un'iniziativa legislativa popolare promossa dall'Associazione Luca Coscioni e Radicali Italiani assieme a decine di organizzazioni. La legge, stravolta nel merito, non è stata adottata perché la XVII Legislatura è finita prima, ma il tabù è crollato. Dal 2012, in varie parti del mondo, a partire degli USA, si legalizza la cannabis e si potenzia il suo uso terapeutico.

"La cannabis fa bene alla politica" presenta esempi, dati e norme regionali, nazionali e di altri paesi per tenere vivo il dibattito sulla cannabis e per continuare a chiederne la legalizzazione. Edito da Reality Book e promosso dall'Associazione Luca Coscioni, il libro è curato da Barbara Bonvicini e Viola Tofani, mentre prefazione e conclusioni sono di Marco Perduca. All'interno Leonardo Fiorentini documenta in particolare le novità in campo di regolamentazione legale della cannabis in giro per il mondo, in particolare nelle americhe. Le politiche sulla cannabis sono infatti in evoluzione in tutto il mondo. L'Uruguay e 9 Stati USA hanno legalizzato quella ricreativa; il Canada si appresta a farlo, mentre le esperienze europee di Olanda e Portogallo sono note. In questo contesto internazionale appare evidente che la questione cannabis non sia più argomento tabù per la politica.

Questo volume presenta una rassegna degli ultimi progressi legislativi, politici, parlamentari e di ricerca relativi alla cannabis in Italia. Allo stesso tempo, perché il proibizionismo è un "male" globale, presenta anche una panoramica di cosa si muove sul versante riformatore, principalmente nelle Americhe, con la speranza che le positive esperienze di legalizzazione sia dal punto di vista dei consumi, dei riflessi sociali ed economici, aiutino un processo di presa



di coscienza che già attraversa tutte le generazioni.

Si tratta di un utile manuale che consente di avere informazioni aggiornate, riferimenti normativi e tutte le coordinate utili per partecipare e tenere vivo il dibattito sulla cannabis e continuare a chiederne la legalizzazione.

LA CANNABIS FA BENE ALLA POLITICA

A cura di Barbara Bonvicini

Testi di Leonardo Fiorentini

Pre e post fazione di Marco Perduca

Editore Reality Book

Anno 2018

Pagine 192

Prezzo 10 euro

ISBN 978-88-95284-81-1

LETTURE

LE POLITICHE EUROPEE ALLA PROVA DELLE RIFORME

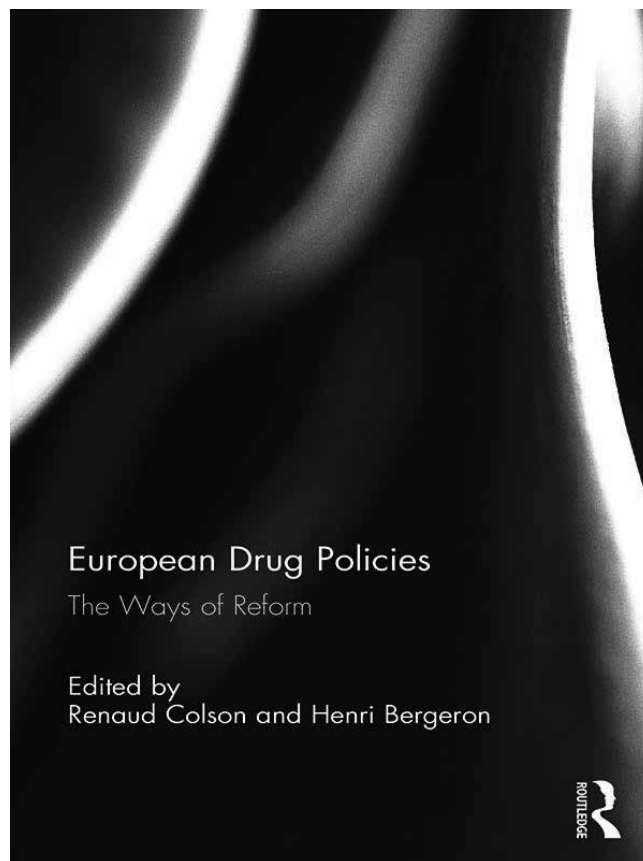
a cura della redazione

Meno di un anno fa, è uscito il volume *European Drug Policies, the Ways of Reform*, a cura di Renaud Colson e Henri Bergeron (Routledge, 2017). I curatori e gli altri autori individuano le "vie della riforma" nei punti di convergenza delle politiche nei diversi paesi che compongono l'Unione, al di là delle differenze che pure permangono.

L'Europa ha avuto, e continua ad avere, un ruolo leader sul piano culturale attraverso il cosiddetto "modello europeo", che molto ha contribuito alla confitta della *war on drugs* a livello mondiale: si pensi alla fondamentale svolta "antibellica" nel 2013 dell'Organizzazione degli Stati Americani (Oas) - che comprende gli stati del sud e nord America, Stati Uniti compresi - chiaramente ispirata al cosiddetto approccio "bilanciato" europeo, verso un riequilibrio delle politiche a favore della salute pubblica. Una serie di saggi discutono in profondità l'evoluzione delle politiche nei dodici principali paesi europei - tra cui l'Italia - per poi ricostruire i punti di convergenza.

Fondamentale in questa prospettiva il saggio di Franz Trautmann (*Changing Paradigms in Drug Policies in EU member states: from digression to convergence*). Lo studioso olandese, scomparso proprio nel periodo di preparazione del libro, individua come pilastro il cambio di paradigma, dal modello salute-centrato sulla dipendenza a quello del "benessere" (*well-being*): quest'ultimo permette "di cogliere l'impatto negativo, sociale e sulla salute dell'uso problematico di droga - visto come diminuzione del benessere-, ma anche permette di riconoscere e di capire gli effetti positivi del consumo per come sono percepiti dal consumatore" (p.247) (trad.ns.). Su questo nuovo paradigma si appoggia la Riduzione del Danno.

Sta qui la portata innovativa fondamentale della Riduzione del Danno: il cambio di obiettivo - dalla "riduzione fino all'eliminazione del consumo" alla "riduzione delle conseguenze negative" (dell'uso e del contesto in cui questo avviene, compresi gli eventuali danni delle politiche di controllo adottate) - disegna una prospettiva di "gestione del fenomeno", che segna un distac-



co definitivo dall'ideologia "morale". E' vero che l'implementazione della Riduzione del Danno è ancora lungi dall'essere omogenea nei vari paesi. Tuttavia, la raccomandazione del Consiglio d'Europa del 2003 sulle politiche e sugli interventi di Riduzione del danno, ha dato una veste istituzionale a questa strategia, successivamente riconfermata nella Strategia UE 2005-2012 e seguenti. Un passo istituzionale non sufficientemente valorizzato. Proprio di questa convergenza, sancita in documenti ufficiali, l'Europa dovrebbe farsi forza, colmando il divario fra l'influenza culturale del suo modello e il suo peso politico modesto in sede internazionale. Molta strada c'è ancora da fare. Ce lo ricordano Dagmar Hendrich e Alessandro Pirona nel saggio "*The changing face of Harm Reduction in Europe*", rievocando la triste vicenda della posizione europea unitaria, elaborata in vista del meeting di Alto Livello Onu del 2009: fallita per l'intransigente opposizione dell'Italia (di Giovanardi e Serpelloni) alla Riduzione del danno.



Appendice

LE PROPOSTE LEGISLATIVE

PROPOSTA DI LEGGE: Modifiche al testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, in materia di depenalizzazione del consumo di sostanze stupefacenti, di misure alternative alla detenzione e di programmi di riduzione del danno pag. 94

PROPOSTA DI LEGGE: Norme a tutela della salute per la regolamentazione del consumo, la produzione ed il commercio della cannabis e dei prodotti da essa derivati, per la prevenzione e la ricerca in materia di dipendenze pag. 102

PROPOSTA DI LEGGE DI INIZIATIVA POPOLARE: Norme per la regolamentazione legale della produzione, consumo e commercio della cannabis e suoi derivati pag. 107

Proposta di legge

MODIFICHE AL TESTO UNICO DI CUI AL DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 9 OTTOBRE 1990, N. 309, IN MATERIA DI DEPENALIZZAZIONE DEL CONSUMO DI SOSTANZE STUPEFACENTI, DI MISURE ALTERNATIVE ALLA DETENZIONE E DI PROGRAMMI DI RIDUZIONE DEL DANNO

Onorevoli Colleghi! La dichiarazione di incostituzionalità della cosiddetta legge Fini-Giovanardi (legge n. 49 del 2006) da parte della Corte costituzionale non ha risolto ma, anzi, ha reso ancora più urgente la revisione della legislazione italiana sulle droghe e, specificamente, sulla parte sanzionatoria e penale. Questione tanto più urgente, quanto più radicali sembrano essere le prospettive di indirizzi politici internazionali in vista dell'Assemblea generale straordinaria convocata per la primavera 2016. In questa prospettiva lavorano da tempo le associazioni e i gruppi che si riconoscono nel Manifesto di Genova, redatto in occasione della conferenza tenuta «Sulle orme di Don Gallo» all'indomani dell'abolizione della legge Fini-Giovanardi, tra cui i promotori di iniziative in materia e dei periodici Libri bianchi sulle politiche in materia di droghe in Italia. La presente proposta di legge è il frutto della rielaborazione della proposta di legge presentata dall'onorevole Boato nella XIV legislatura (atto Camera n. 4208), a sua volta basata sul testo elaborato della Commissione ministeriale presieduta dal presidente La Greca sotto la responsabilità del Sottosegretario di Stato Corleone durante il Governo Prodi I. Questo testo nella XVII legislatura è stato presentato alla Camera dall'on. Filippo Fossati e al Senato dal Sen. Sergio Lo Giudice come primi firmatari.

Essa prevede la revisione dei titoli VIII (Della repressione delle attività illecite) e X (Attribuzioni regionali, provinciali e locali. Servizi per le tossicodipendenze) del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990. Anche la parte ordinamentale, relativa alle istituzioni e alle amministrazioni di coordinamento e monitoraggio nazionale delle politiche sulle droghe merita un incisivo intervento riformatore, come già avanzato nella citata proposta di legge dell'onorevole Boato, ma l'urgenza di una chiara linea di indirizzo in materia penale e di servizi ci spinge a proporre per il momento solo una revisione dei citati titoli VIII e X.

L'articolo 1 della proposta di legge concerne la qualificazione in termini di liceità, penale e amministrativa, del mero consumo di stupefacenti (e, conseguentemente, delle condotte a esso strumentali). Al fine di sottolineare, anche simbolicamente, la novità, l'espressa affermazione della liceità del consumo è stata posta al comma 1 dell'articolo 72, che apre il capo I del titolo VIII, relativo alla repressione delle attività illecite.

Fondamentale passaggio della riforma è quella che concerne la qualificazione in termini di liceità, penale e amministrativa, del mero consumo di stupefacenti (e, conseguentemente, delle condotte a esso strumentali). Si è quindi proceduto, da un lato, all'abrogazione dell'articolo 75, che stabiliva il principio dell'illiceità amministrativa del consumo, che contemplava una serie di

sanzioni amministrative e penali potenzialmente di impatto assai desocializzante. Va ricordato che a seguito di un ulteriore intervento della Corte Costituzionale l'art. 75 bis è già stato rimosso.

Al fine di favorire l'intervento dei servizi nel caso in cui il consumo si accompagni a eventuali situazioni disfunzionali in ambiente socio-lavorativo o familiare, si è prevista la possibilità che il servizio per le dipendenze, al quale le Forze di polizia devono inviare le segnalazioni relative al rinvenimento di stupefacenti nella disponibilità di un determinato soggetto, inviti il consumatore a prendere contatto con il servizio in vista di una ricognizione dei suoi bisogni e, con il suo consenso, di un'eventuale presa in carico.

Ulteriore momento significativo e qualificante della proposta di legge è quello concernente la sostituzione dell'articolo 73.

Nel dettaglio, si è proceduto alla semplificazione delle condotte, riconducendole a quattro tipologie fondamentali: produzione (condotta che compendia quelle di coltivazione, fabbricazione, raffinazione ed estrazione), acquisto (che comprende tutte le condotte con le quali la droga rientra nella disponibilità di un soggetto), detenzione e cessione.

Le prime condotte devono avere un doppio dolo specifico: di cessione ad altri (con conseguente esclusione di ogni condotta finalizzata al consumo personale) e di profitto o di altra utilità (che comprende situazioni di vantaggio non patrimoniale ma comunque illecito da parte dell'agente: per esempio cessione di stupefacenti in cambio di detenzione in casa di un'arma clandestina). La condotta di cessione deve avere, ovviamente, solo il secondo dolo specifico (profitto o altra utilità).

In questo modo sono fuori dalla penalizzazione la coltivazione (e ogni altra condotta) finalizzata al consumo personale, la cessione totalmente gratuita (in genere riconducibile a contesti amicali) e la cessione finalizzata all'uso di gruppo.

Le pene sono state complessivamente ridotte in maniera considerevole, riportando il trattamento sanzionatorio in questa materia in un alveo di proporzionalità dell'offesa, più in linea con i principi costituzionali.

Quanto al fatto di lieve entità si è ulteriormente accentuato, anche a livello topografico, il carattere di autonomia della fattispecie, attraverso la previsione di un articolo distinto e si è inoltre differenziato il regime sanzionatorio in funzione della diversa natura della sostanza, al fine di graduare il trattamento punitivo in relazione alla differente gravità delle condotte.

All'articolo 73-ter è stata introdotta la coltivazione in forma associata per uso personale.

Mutuando il modello dei cosiddetti cannabis social club

si è stabilita la liceità penale dell'attività di coltivazione in forma associata di piante di cannabis, idonea e finalizzata alla produzione di sostanze stupefacenti o psicotrope, destinate a un uso esclusivamente personale o di gruppo.

Si tratta di un modulo organizzativo dell'attività di produzione e somministrazione la cui liceità è condizionata al rispetto di una pluralità di disposizioni amministrative dirette a disciplinare le forme di costituzione dell'associazione, le modalità di rilascio dell'autorizzazione e la gestione della coltivazione, anche con riferimento al numero di piante coltivabili. Tali profili, unitamente alla determinazione dell'ammontare della tassa di concessione governativa annuale, sono determinati con un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da emanare, di concerto con i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della disposizione.

La competenza al rilascio dell'autorizzazione è stata attribuita alla prefettura – ufficio territoriale del Governo competente per territorio, la quale può procedere anche alla revoca dell'autorizzazione in presenza di gravi o reiterate violazioni del suo contenuto prescrittivo.

Si è poi modificata la fattispecie di agevolazione all'uso di sostanze stupefacenti disciplinata dall'articolo 79 in modo da armonizzarla con la ricordata introduzione dei cannabis social club e da consentire, in futuro, interventi di regolamentazione di contesti in cui il consumo è ammesso, sia pure con modalità controllate. Tali obiettivi sono realizzati introducendo una doppia clausola di esclusione all'ambito di operatività dell'articolo 79: la prima è, appunto, quella dei cannabis social club e la seconda rimanda, in termini ancora generici, all'assenza di autorizzazione amministrativa, così ammettendo che possano essere previsti luoghi in cui la somministrazione controllata è comunque consentita.

Si è poi provveduto a differenziare il trattamento sanzionatorio a seconda della sostanza somministrata, ritenendo, ancora una volta, che la qualità della stessa incida sulla natura complessiva della condotta sanzionata. Una volta affermata la liceità del consumo si è dovuto conseguentemente intervenire sulle condotte di induzione previste dall'articolo 82, sanzionando le sole condotte realizzate nei confronti del minore di anni diciotto ovvero nei confronti di persona palesemente incapace o affidata al colpevole per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia. È stata poi prevista un'aggravante nel caso in cui i fatti siano commessi nei confronti di una persona minore di anni quattordici. Ulteriori novità si registrano sul versante delle fattispecie associative e delle circostanze aggravanti.

Sul primo versante le pene previste per i promotori e per i capi dell'associazione di cui all'articolo 74 sono state considerevolmente ridotte: il minimo edittale è stato portato da venti a otto anni di reclusione e, per i semplici partecipanti, da dieci a sei anni di reclusione.

Si è quindi proceduto a una rimodulazione del trattamento sanzionatorio previsto nel caso di associazione armata, fornendone anche una nuova definizione.

Sul secondo versante le modifiche proposte mirano a determinare una complessiva riduzione del carico sanzionatorio, talvolta particolarmente pesante.

Per quanto attiene poi alla custodia cautelare in carcere nei confronti di una persona tossicodipendente o alcolodipendente che ha in corso un programma terapeutico di recupero presso i servizi pubblici per l'assistenza

ai tossicodipendenti ovvero nell'ambito di una struttura privata autorizzata ai sensi dell'articolo 116, si ribadisce, con maggiore chiarezza rispetto alla previsione, che il divieto di applicazione della misura può essere superato soltanto quando «sussistano esigenze cautelari di eccezionale rilevanza» e sempre che «l'interruzione del programma possa pregiudicare la salute dell'imputato».

Molto importante è la previsione del nuovo comma 2-bis dell'articolo 89, concernente l'istituzione, presso ogni tribunale, di servizi pubblici per le dipendenze, attraverso il distacco di un nucleo di operatori distaccati presso strutture giudiziarie, che occupano locali allo scopo messi a disposizione dei tribunali. Tali servizi segnalano al giudice procedente l'esistenza di un programma terapeutico in corso e soprattutto predispongono in via d'urgenza, su richiesta degli interessati o d'ufficio, un programma che deve poi essere trasmesso all'organo giudiziario procedente per l'udienza stabilita o per altra a tale fine fissata.

Viene, infine, mantenuto un regime speciale per gli imputati di uno dei delitti previsti dall'articolo 4-bis della legge 26 luglio 1975, n. 354, nei cui confronti il giudice, ove ritenga di applicare gli arresti domiciliari, dispone che la misura sia eseguita o proseguita in una struttura residenziale in vista della sottoposizione o alla prosecuzione di un programma terapeutico, salvo che lo ritenga non necessario in relazione alla natura e al grado delle esigenze cautelari da soddisfare nel caso concreto.

Venendo alle modifiche in materia di esecuzione penale si stabilisce un nuovo regime per le misure prescrittive, ridefinendo i limiti di pena per l'affidamento terapeutico, riportato per tutti a quattro anni di detenzione e introducendo un nuovo istituto, quello del programma di reintegrazione sociale nell'ambito del programma terapeutico e riabilitativo, previsto dal nuovo articolo 94-bis. Quest'ultima misura è costruita secondo un rapporto di complementarietà rispetto alla prima, nel senso che il limite di pena detentiva per essa previsto, fino a otto anni, è destinato a consentirne l'applicazione fuori dai casi di operatività dell'affidamento terapeutico. Alla particolare ampiezza del suo ambito applicativo corrisponde, peraltro, la maggiore consistenza dell'intervento riabilitativo, atteso che al programma terapeutico si affianca il cosiddetto programma di reintegrazione sociale per lo svolgimento di attività socialmente utili.

Al fine di incrementare l'offerta di opzioni alternative non solo al carcere ma anche al processo è contemplata una ulteriore ipotesi di sospensione con messa alla prova per i tossicodipendenti che abbiano in corso o intendano intraprendere un programma di recupero. Rispetto all'ipotesi generale di cui all'articolo 168-bis del codice penale, sono previsti un più elevato limite massimo edittale di pena, la necessaria connessione tra il reato e la condizione di tossicodipendenza, la sospensione non può essere concessa più di due volte.

Il quadro delle novità normative si completa con l'eliminazione della sanzione di inammissibilità prevista per le domande di affidamento terapeutico nel caso di mancata allegazione della prescritta documentazione, finalizzata a evitare pronunce che definiscono la procedura per ragioni formali, in genere correlate alle difficoltà della difesa di reperire in tempi brevi il programma di recupero, anche a causa della situazione di difficoltà organizzativa in cui versano molti servizi.

Infine, per i detenuti stranieri, apolidi o senza fissa dimo-

ra è previsto che essi fruiscano della assistenza relativa alla condizione di tossicodipendenza a carico del Servizio sanitario nazionale nel cui territorio hanno dimora ovvero nel quale comunque si trovano o, infine, nel territorio in cui ha sede l'istituto penitenziario di assegnazione.

Quanto ai titoli X, XI e XII, la proposta di legge contiene norme per definire le funzioni in materia di prevenzioni, trattamenti e riduzioni del danno, che restano in carico alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano nelle loro competenze legislative, programmatiche e gestionali. Sono anche incluse le ludopatie come terreno di intervento. D'intesa con le regioni e con le province autonome di Trento e di Bolzano, i Ministeri competenti sostengono la sperimentazione di programmi e interventi innovativi circa il consumo di sostanze stupefacenti o psicotrope, da parte dei servizi sia pubblici che privati accreditati. Si tratta di allinearsi con i Paesi europei ed extraeuropei e di sperimentare sui territori l'efficacia di misure come le stanze del consumo controllato e il pill testing, tra le altre. Anche l'inserimento della Riduzione del Danno all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza da parte del Ministero della Salute necessità di innovazioni legislative che permettano la sperimentazione e l'innovazione dei servizi, rimasti ad una visione degli anni 90. L'articolato prevede il riconoscimento e accreditamento dei soggetti afferenti alle reti territoriali per la prevenzione, il trattamento e la riduzione del danno che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sostengono e che sono successivamente normate nella cornice generale delle convenzioni.

Una particolare attenzione, infine, viene posta alla definizione dei programmi di trattamento e riabilitazione, prevedendo una forte soggettività dei soggetti consumatori ed un intervento degli enti accreditati. Si sottolinea l'importanza della scelta autonoma (terapia volontaria) e della difesa della privacy dei soggetti in trattamento o, comunque, in collegamento con i servizi pubblici e di privato accreditato.

L'elaborazione di questa proposta di legge è il frutto di un gruppo di lavoro promosso da La Società della Ragione e costituito da Stefano Anastasia, Hassan Bassi, Francesco Cascini, Maurizio Coletti, Franco Corleone, Sarah Grieco, Eleonora Maresca, Daniele Piccione, Carlo Renoldi e Luigi Saraceni. In particolare la redazione del testo è dovuta per la parte penale a Carlo Renoldi e per la parte relativa ai servizi a Maurizio Coletti, ai quali va un particolare ringraziamento per la sagacia e l'intelligenza delle soluzioni individuate.

PROPOSTA DI LEGGE

Art. 1.

1. All'articolo 72 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, di seguito denominato «testo unico», sono apportate le seguenti modificazioni;

a) al comma 2 è premesso il seguente:

«02. Fatto salvo quanto previsto da specifiche disposizioni di legge, l'uso personale non terapeutico delle sostanze stupefacenti o psicotrope previste dall'articolo 14 non è sanzionabile penalmente né amministrativamente. Gli organi di polizia segnalano le generalità dei consumatori delle sostanze di cui all'articolo 14 al servizio per le dipendenze competente in relazione al luogo di residenza dell'assuntore. Il servizio per le dipendenze

procede a contattare l'assuntore per verificarne, con il suo consenso, la situazione in ambito socio-personale, familiare e lavorativo e al fine di proporgli, ove necessario, la presa in carico»;

b) la rubrica è sostituita dalla seguente: «Uso personale e uso terapeutico».

Art. 2.

1. L'articolo 73 del testo unico è sostituito dal seguente: «Art. 73. – (Produzione, acquisto, cessione e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti o psicotrope). – 1. Chiunque, senza l'autorizzazione di cui all'articolo 17, cede al fine di ricavarne un profitto o altra utilità ovvero, al fine di cederle a terzi e di ricavarne un profitto o altra utilità, produce, acquista o detiene sostanze stupefacenti o psicotrope di cui alle tabelle I e III previste dall'articolo 14 è

punito con la reclusione da uno a sei anni e con la multa da euro 2.500 a euro 25.000.

2. Chiunque, essendo munito dell'autorizzazione di cui all'articolo 17, al fine di trarne profitto, illecitamente cede, mette o procura che altri metta in commercio le sostanze indicate al comma 1 è punito con la reclusione da uno a otto anni e con la multa da euro 5.000 a euro 50.000.

3. Le pene di cui ai commi 1 e 2 si applicano altresì a chiunque al fine di cederle a terzi e di ricavarne un profitto coltiva o produce sostanze stupefacenti o psicotrope diverse da quelle stabilite nel decreto di autorizzazione.

4. Se taluno dei fatti previsti dai commi 1, 2 e 3 riguarda sostanze stupefacenti o psicotrope di cui alle tabelle II e IV previste dall'articolo 14, si applicano la reclusione da sei mesi a due anni e la multa da euro 1.000 a euro 10.000.

5. Se il fatto è commesso da tre o più persone in concorso tra loro, la pena è aumentata.

6. Le pene previste dai commi da 1 a 6 sono diminuite dalla metà a due terzi per chi si adopera per evitare che l'attività delittuosa sia portata a conseguenze ulteriori, anche aiutando concretamente l'autorità di polizia o l'autorità giudiziaria nella sottrazione di risorse rilevanti per la commissione dei delitti.

7. Ai fini del giudizio sulle finalità delle condotte di cui ai commi che precedono, possono rilevare i mezzi utilizzati, le modalità adottate, la tipologia di confezionamento della sostanza, le condizioni personali e soggettive dell'agente, lo stato, la qualità e la quantità delle sostanze».

2. Dopo l'articolo 73 del testo unico, come da ultimo sostituito dal presente articolo, sono inseriti i seguenti:

«Art. 73-bis. – (Produzione, acquisto, cessione e detenzione illeciti di lieve entità di sostanze stupefacenti o psicotrope). – 1. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque commette uno dei fatti previsti dai commi 1, 2, 3 e 4 dell'articolo 73 che, per i mezzi, la modalità o le

circostanze dell'azione ovvero per la quantità delle sostanze, è di lieve entità, è punito con la pena della reclusione da tre mesi a due anni e la multa fino a 10.000 euro nei casi di cui ai commi 1, 2 e 3 e con la reclusione da un mese ad un anno e con la multa fino a euro 2.000 nel caso di cui al comma 4.

2. Nelle ipotesi di cui al comma 1, quando il delitto è stato commesso da persona tossicodipendente o da assuntore di sostanze stupefacenti o psicotrope, la cui

condizione è stata certificata da una struttura sanitaria pubblica o da una struttura privata autorizzata ai sensi dell'articolo 116, il giudice, con la sentenza di condanna o di applicazione della pena su richiesta delle parti a norma dell'articolo 444 del codice di procedura penale, su richiesta dell'imputato e sentito il pubblico ministero, qualora non debba concedersi il beneficio della sospensione condizionale della pena, può applicare, in sostituzione delle pene detentive e pecuniarie, quella del lavoro di pubblica utilità prevista dall'articolo 54 del decreto legislativo 28 agosto 2000, n. 274, secondo le modalità ivi previste. Con la sentenza il giudice incarica l'ufficio locale di esecuzione penale esterna di verificare l'effettivo svolgimento del lavoro di pubblica utilità. L'ufficio riferisce periodicamente al giudice. In deroga a quanto disposto dal citato articolo 54 del decreto legislativo n. 274 del 2000, il lavoro di pubblica utilità ha una durata corrispondente a quella della sanzione detentiva sostituita. Esso può essere disposto anche nelle strutture private autorizzate ai sensi dell'articolo 116, previo consenso delle stesse. In caso di violazione degli obblighi connessi allo svolgimento del lavoro di pubblica utilità, in deroga a quanto previsto dal menzionato articolo 54 del decreto legislativo n. 274 del 2000, su richiesta del pubblico ministero o d'ufficio, il giudice che procede, o quello dell'esecuzione, con le formalità di cui all'articolo 666 del codice di procedura penale, tenuto conto dell'entità dei motivi e delle circostanze della violazione, dispone la revoca della pena con conseguente ripristino di quella sostituita. Avverso tale provvedimento di revoca è ammesso ricorso per cassazione, che non ha effetto sospensivo. Il lavoro di pubblica utilità può sostituire la pena per non più di due volte.

3. Le disposizioni del comma 2 si applicano anche nell'ipotesi di reato diverso da quelli di cui al comma 1, commesso, per una sola volta, da persona tossicodipendente o da assuntore abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope e in relazione alla propria condizione di dipendenza o di assuntore abituale, per il quale il giudice infligga una pena non superiore a un anno di detenzione, salvo che si tratti di un reato previsto dall'articolo 407, comma 2, lettera a), del codice di procedura penale o di un reato contro la persona.

Art. 73-ter. – (Coltivazione di cannabis in forma associata per uso personale). – 1. Non è punibile chi, pur privo dell'autorizzazione di cui all'articolo 17, coltiva in forma associata piante di cannabis, idonee e finalizzate alla produzione di sostanze stupefacenti o psicotrope, destinate a un uso esclusivamente personale o di gruppo.

2. È ammessa la costituzione di gruppi di persone costituiti in forma libera per l'attività di coltivazione associata al fine della produzione di sostanze destinate all'esclusivo consumo personale dei medesimi. La domanda di costituzione di un gruppo autorizzato è presentata presso la prefettura-ufficio territoriale del Governo della provincia ove esso ha sede, che istituisce un apposito registro di iscrizione, ed è sottoscritta dal legale rappresentante e da almeno cinque soci fondatori. Il numero di piante coltivabili da ciascun gruppo autorizzato e tutti gli adempimenti organizzativi necessari sono determinati con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri da emanare, di concerto con i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione. I gruppi non possono svolgere attività di lucro e non possono, comunque, avere oltre cento soci.

3. L'autorizzazione è rilasciata dalla prefettura – ufficio territoriale del Governo competente. In caso di reiterata o grave violazione delle disposizioni impartite con l'autorizzazione, quest'ultima può essere revocata dal prefetto, fatta salva l'applicazione delle sanzioni amministrative o penali nel caso in cui la violazione costituisca reato o illecito amministrativo».

Art. 3.

1. All'articolo 74 del testo unico sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, le parole: «con la reclusione non inferiore a venti anni» sono sostituite dalle seguenti: «con la reclusione non inferiore a dieci anni. La pena è quella della reclusione da cinque a quindici anni in caso di associazione costituita allo scopo di commettere più delitti tra quelli previsti dall'articolo 73, aventi ad oggetto le sostanze stupefacenti di cui alle tabelle II e IV previste dall'articolo 14»;

b) al comma 2, le parole: «con la reclusione non inferiore a dieci anni» sono sostituite dalle seguenti: «con la reclusione non inferiore a cinque anni. La pena è quella della reclusione da tre a otto anni, in caso di associazione costituita allo scopo di commettere più delitti tra quelli previsti dall'articolo 73, aventi ad oggetto le sostanze stupefacenti di cui alle tabelle II e IV previste dall'articolo 14»;

c) il comma 3 è sostituito dal seguente: «3. La pena è aumentata se il numero degli associati è di dieci o più»;

d) il comma 4 è sostituito dal seguente: «4. Se l'associazione è armata, la pena, nei casi indicati dal comma 1, non può essere inferiore a quindici anni di reclusione nel caso previsto dal primo periodo e a dieci anni di reclusione nel caso previsto dal secondo periodo. Nel caso previsto dal comma 2, primo periodo, non può essere inferiore a otto anni di reclusione e a cinque anni nel caso previsto dal secondo periodo. L'associazione si considera armata quando i partecipanti hanno la disponibilità di armi o materie esplodenti, anche se occultate o tenute in luogo di deposito, purché la detenzione sia finalizzata alla commissione del delitto o per conseguirne, per sé o per altri, il profitto»;

e) il comma 6 è sostituito dal seguente: «6. Se l'associazione è costituita per commettere i fatti descritti dal comma 5 dell'articolo 73, aventi ad oggetto sostanze stupefacenti di cui alle tabelle I e III previste dall'articolo 14, la pena è da tre a sei anni, per chi promuove, costituisce, dirige, organizza e finanzia l'associazione, e da due anni e sei mesi a quattro anni, nel caso delle sostanze stupefacenti di cui alle tabelle II e IV previste dall'articolo 14. Per chi partecipa all'associazione, le pene previste per le due ipotesi precedenti sono diminuite».

Art. 4.

1. L'articolo 75 è abrogato.

Art. 5.

1. All'articolo 79 del testo unico sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il comma 1 è sostituito dal seguente: «1. Chiunque, fuori di casi dei cui all'articolo 73-ter o comunque senza autorizzazione, al fine di ricavarne un profitto adibisce un locale pubblico o un circolo priva-

to di qualsiasi specie a luogo finalizzato a convegno di persone che ivi si danno all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope è punito, per questo solo fatto, con la reclusione da otto mesi a cinque anni e con la multa da euro 500 a euro 10.000 se si tratta delle sostanze di cui alle tabelle I e III previste dall'articolo 14 ovvero con la reclusione da tre mesi a tre anni e con la multa da euro 300 a euro 5.000 se si tratta delle sostanze di cui alle tabelle II e IV previste dal citato articolo 14»;

b) al comma 2, le parole: «o consente che altri lo adibisca» sono soppresse;

c) al comma 3, le parole: «dalla metà a due terzi» sono soppresse.

Art. 6.

1. All'articolo 80 del testo unico sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, alinea, le parole: «per i delitti di cui all'articolo 73» sono sostituite dalle seguenti: «per i delitti di cui agli articoli 73 e 73-bis» e le parole: «da un terzo alla metà» sono soppresse;

b) il comma 2 è sostituito dal seguente:

«2. Se il fatto riguarda quantità ingenti di sostanze stupefacenti o psicotrope la pena è aumentata di un terzo; la pena è aumentata della metà quando i fatti previsti dai commi 1, 2 3 e 4 dell'articolo 73 e dall'articolo 73-bis riguardano quantità ingenti di sostanze stupefacenti o psicotrope e ricorre l'aggravante di cui alla lettera e) del comma 1 del presente articolo».

Art. 7.

1. All'articolo 82 del testo unico sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, le parole: «, ovvero induce una persona all'uso medesimo,» sono soppresse;

b) dopo il comma 3 sono inseriti i seguenti:

«3-bis. Chiunque induce all'uso illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope una persona di età minore, o palesemente incapace o affidata al colpevole per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia, è punito con la reclusione da due a otto anni e con la multa da euro 3.000 a euro 15.000.

3-ter. Nei casi di cui al comma 3-bis la pena è aumentata se i fatti sono commessi nei confronti di una persona minore di anni quattordici»;

c) al comma 4, le parole: «e 3» sono sostituite dalle seguenti: «, 3, 3-bis e 3-ter».

Art. 8.

1. All'articolo 83 del testo unico è aggiunto, in fine, il seguente comma:

«1-bis. Ai fini di cui al comma 1 l'uso è considerato terapeutico anche quando è volto a intervenire sulla tossicodipendenza».

Art. 9.

1. All'articolo 89 del testo unico sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il comma 1 è sostituito dal seguente:

«1. Non può essere disposta la custodia cautelare in carcere, salvo che sussistano esigenze cautelari di eccezionale rilevanza, quando è imputata una persona tossicodipendente o alcooldipendente che ha in corso un programma terapeutico di recupero presso i servizi pubblici per l'assistenza ai tossicodipendenti, ovvero nell'ambito di una struttura privata autorizzata ai sen-

si dell'articolo 116, e l'interruzione del programma può pregiudicare la salute dell'imputato, sempre che l'imputazione abbia ad oggetto reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendente o si alcooldipendente»;

b) il terzo periodo del comma 2 è soppresso;

c) dopo il comma 2 sono inseriti i seguenti:

«2-bis. Presso ogni tribunale i servizi pubblici per le dipendenze, attraverso un nucleo di operatori distaccati presso lo stesso tribunale, segnalano, su richiesta degli interessati o d'ufficio, nei casi di cui

al comma 1, al giudice procedente lo svolgimento del programma terapeutico in corso o, nei casi di cui al comma 2, si rendono disponibili con urgenza, su richiesta degli interessati o d'ufficio, per la definizione del programma stesso e lo trasmettono all'organo giudiziario procedente per l'udienza stabilita o per altra a tale fine fissata. Nei casi di cui al comma 2, i servizi pubblici per le dipendenze operanti in carcere effettuano, all'inizio della custodia cautelare, la presa in carico delle persone tossicodipendenti o alcooldipendenti e segnalano immediatamente i singoli casi al nucleo operativo presso i tribunali. Nei casi di cui al comma 2, la custodia cautelare in carcere prosegue fino all'adozione dei provvedimenti del giudice previsti dallo stesso comma. Nei casi di cui ai commi 1 e 2 in cui sia richiesto l'inserimento in una struttura residenziale, i servizi pubblici la individuano, esprimendo anche il loro parere sulla opportunità e la idoneità di tale inserimento.

2-ter. I tribunali mettono a disposizione dei servizi pubblici per le dipendenze i locali necessari per il funzionamento dei nuclei operativi. Il giudice procedente è tenuto ad avvalersi dell'intervento di tali servizi»;

d) il comma 4 è sostituito dal seguente:

«4. Quando si procede per uno dei delitti previsti dall'articolo 4-bis della legge 26 luglio 1975, n. 354, il giudice, se ritiene di applicare gli arresti domiciliari, dispone che la misura sia eseguita o proseguita in una struttura residenziale in vista della sottoposizione o alla prosecuzione di un programma terapeutico, salvo che lo ritenga non necessario in relazione alla natura e al grado delle esigenze cautelari da soddisfare nel caso concreto».

Art. 10.

1. Dopo l'articolo 89 del testo unico, come da ultimo modificato dall'articolo 9 della presente legge, è inserito il seguente:

«Art. 89-bis. – (Sospensione del processo e messa alla prova). – 1. Nei casi in

cui si proceda nei confronti di persona tossicodipendente, la cui condizione sia stata certificata da una struttura sanitaria pubblica o da una struttura privata autorizzata ai sensi dell'articolo 116 e che abbia in corso o intenda intraprendere un programma di recupero dalla tossicodipendenza concordato con un'azienda sanitaria locale o con uno degli enti previsti dall'articolo 115, il giudice, sentite le parti, se i reati per cui si procede sono connessi allo stato di tossicodipendenza e la pena massima non è superiore a dieci anni di reclusione, può disporre con ordinanza la sospensione del procedimento nei suoi confronti per verificarne la positiva risposta al programma riabilitativo indicato. Il processo è sospeso, limitatamente all'interessato, per un periodo di prova di un anno, che può essere prorogato, sentite le parti, di sei mesi. Con l'ordinanza che dispone la sospensione, il giudice:

a) affida l'interessato all'ufficio di esecuzione penale esterna territorialmente competente;

b) stabilisce che il programma di recupero deve essere seguito dall'interessato secondo le indicazioni dei responsabili dello stesso programma;

c) impartisce prescrizioni utili affinché l'interessato mantenga una condotta socialmente adeguata e si astenga dalla commissione di nuovi reati.

2. Contro l'ordinanza indicata al comma 1 possono ricorrere per cassazione il pubblico ministero, l'imputato e il suo difensore. L'impugnazione non sospende la esecuzione della ordinanza.

3. L'ufficio di esecuzione penale esterna aggiorna periodicamente il giudice sull'andamento della prova sia rispetto all'osservanza delle prescrizioni stabilite, sia sui progressi compiuti nell'attuazione del programma terapeutico, trasmettendo, per quanto concerne i progressi, le comunicazioni dei responsabili del programma.

4. La sospensione può essere revocata in caso di ripetute e gravi trasgressioni del programma terapeutico o delle prescrizioni imposte.

5. Decorso il periodo di sospensione, il giudice fissa una nuova udienza nella quale dichiara con sentenza estinto il reato se, tenuto conto del comportamento dell'imputato e dell'andamento del percorso di recupero dalla tossicodipendenza contemplato dal programma terapeutico, ritiene che la prova abbia dato esito positivo. In caso contrario, riprende il corso del procedimento.

6. La sospensione non può essere concessa alla stessa persona per più di due volte».

2. All'articolo 90 del testo unico sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il terzo periodo del comma 1 è soppresso;

b) il comma 4 è abrogato.

3. Al primo comma dell'articolo 168-bis del codice penale sono premesse le seguenti parole: «Fuori dai casi previsti dall'articolo 75 del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309,».

Art. 11.

1. Al comma 2 dell'articolo 91 del testo unico, le parole: «, a pena di inammissibilità,» sono soppresse.

Art. 12.

1. All'articolo 94 del testo unico sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1:

1) al secondo periodo, le parole: «a sei anni od a quattro anni se relativa a titolo esecutivo comprendente reato di cui all'articolo 4-bis della legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni» sono sostituite dalle seguenti: «a quattro anni»;

2) al terzo periodo, le parole: «, a pena di inammissibilità,» sono soppresse;

b) dopo il comma 1 è inserito il seguente:

«1-bis. I detenuti stranieri, apolidi o senza fissa dimora fruiscono della assistenza relativa alla condizione di tossicodipendenza a carico del Servizio sanitario nazionale nel cui territorio hanno dimora o nel quale comunque si trovano o nel territorio in cui ha sede l'istituto penitenziario di assegnazione. Tale servizio provvede agli interventi di cui al comma 1 e alla corrispondente presa in carico dei soggetti»;

c) il primo periodo del comma 4 è soppresso;

d) il comma 6-ter è abrogato.

2. Al comma 5 dell'articolo 656 del codice di procedura penale, le parole: «, o sei anni» sono sostituite dalla parola: «e».

Art. 13.

1. Dopo l'articolo 94 del testo unico, come da ultimo modificato dall'articolo 12 della presente legge, è inserito il seguente:

«Art. 94-bis.1. – (Programma di reintegrazione sociale nell'ambito del programma terapeutico e riabilitativo).

– 1. Se la pena detentiva inflitta, o ancora da scontare quale residuo di maggior pena, è superiore a quella prevista dall'articolo 94 e non è superiore a otto anni di detenzione e la stessa deve essere eseguita nei confronti di persona tossicodipendente, l'interessato può chiedere in ogni momento di essere ammesso, nel regime di esecuzione di cui al medesimo articolo 94, a un programma di reintegrazione sociale per lo svolgimento di attività socialmente utili e non retribuite, da realizzare nell'ambito di un programma terapeutico e riabilitativo dalla tossicodipendenza, già in corso o da intraprendere presso i servizi pubblici per l'assistenza ai tossicodipendenti ovvero nell'ambito di un ente ausiliario di cui all'articolo 115 o di una struttura privata autorizzata ai sensi dell'articolo 116. Alla domanda deve essere allegata la certificazione rilasciata da una struttura sanitaria pubblica attestante: lo stato di tossicodipendenza, l'idoneità del programma terapeutico e riabilitativo attuato dalla stessa, la disponibilità a effettuarlo da parte del servizio pubblico o dell'ente ausiliario o comunque dalla struttura autorizzata, nonché la disponibilità degli stessi o di un altro ente all'attuazione del programma di reintegrazione sociale indicato. Si applica il comma 1-bis dell'articolo 94.

2. Le spese di attuazione del programma di reintegrazione sociale sono a carico dell'ente che lo attua, il quale deve provvedere alla copertura assicurativa dell'interessato.

3. Il tribunale di sorveglianza, se accoglie la domanda di cui al comma 1, nel provvedimento di affidamento in prova al servizio sociale, definisce le modalità di attuazione della misura e, se il programma di reintegrazione sociale si svolge fuori della comunità in cui si attua il programma terapeutico e riabilitativo, i tempi di svolgimento del primo e le modalità connesse, seguendo le indicazioni dei responsabili dello stesso. Tali modalità possono essere modificate dal magistrato di sorveglianza competente nel luogo in cui l'interessato risiede per l'esecuzione del programma terapeutico e riabilitativo.

4. Gli enti presso cui si svolgono i programmi riferiscono periodicamente all'ufficio di esecuzione penale esterna, nei tempi concordati con questo, sull'andamento dei programmi stessi. L'ufficio riferisce al magistrato di sorveglianza.

5. Se l'interessato abbandona l'uno o l'altro programma di cui al comma 1 o entrambi o pone in essere violazioni rilevanti degli stessi, il magistrato di sorveglianza provvede ai sensi dell'articolo 51-ter della legge 26 luglio 1975, n. 354. Si applica, altresì, l'articolo 51-bis della citata legge n. 354 del 1975.

6. Si applica, per quanto non diversamente disposto dal presente articolo, la disciplina prevista dall'articolo 94. Quando l'entità della pena residua, in relazione alla avvenuta esecuzione della misura prevista dal presente articolo, rientra nei limiti di cui all'articolo 94, l'inte-

ressato può avanzare istanza per l'applicazione di tale norma».

Art. 14.

1. I commi 6, 6-bis e 6-ter dell'articolo 96 del testo unico sono abrogati.

Art. 15.

1. L'articolo 113 del testo unico, e successive modificazioni, è sostituito dal seguente:

«Art. 113. - (Funzioni di prevenzione, trattamento e riduzione del danno). -- 1. Le funzioni relative alla prevenzione, agli interventi di trattamento ed alla riduzione del danno correlate all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, alle ludopatie e alle altre dipendenze sono svolte dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, secondo principi e livelli essenziali di assistenza definiti e da definire in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Nell'ambito della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, con atto autonomo della medesima Conferenza, è istituita la Conferenza territoriale dei servizi pubblici e privati accreditati con finalità di monitoraggio e valutazione degli interventi offerti..

2. Le funzioni di cui al comma 1 sono svolte nei confronti dei consumatori problematici di sostanze stupefacenti o psicotrope, di alcol, ai soggetti che rientrano nei criteri definitori delle ludopatie e delle altre dipendenze, dai servizi socio-sanitari pubblici e privati accreditati attraverso l'articolazione e l'integrazione degli interventi sociali e sanitari».

Art. 16.

1. Dopo l'articolo 113 del testo unico, e successive modificazioni, è inserito il seguente:

«Art. 113-bis. - (Programmi e interventi sociosanitari innovativi). -- 1. I Ministeri competenti di concerto con le regioni e le province autonome promuovono e sostengono la messa a regime di programmi innovativi circa gli interventi sui consumi di sostanze stupefacenti o psicotrope, da parte dei servizi sia pubblici che privati accreditati, con particolare riguardo:

a) alle attività rivolte ai consumatori problematici in condizioni di grave marginalità mirate a:

1) l'ampliamento dei servizi di bassa soglia, tramite il rafforzamento delle unità di strada; dei centri diurni e notturni di prima accoglienza;

2) l'attivazione di locali dove è possibile fare uso di sostanze stupefacenti o psicotrope in condizioni igieniche sicure;

b) agli interventi diretti verso i consumatori, mirati a:

1) informare tramite un sistema di allerta rapido basato sull'effettuazione dell'analisi delle sostanze stupefacenti o psicotrope presso i luoghi di consumo;

2) attivare un sistema di monitoraggio del mercato illegale con la collaborazione e la sinergia fra le Forze dell'ordine e la rete dei servizi delle dipendenze pubblici e privati accreditati.

3) attività di prevenzione circa i rischi delle sostanze psicotrope di cui i consumatori non conoscono la composizione chimica e la concentrazione di principi attivi.

Il Ministero della Salute, di concerto con le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano promuove: l'effettuazione di studi clinici controllati di valutazione sui trattamenti con sostanze psicotrope contenute nel-

la tabella I di cui all'articolo 14; sostiene e promuove, altresì, la raccolta di evidenze cliniche aneddotiche e lo svolgimento di studi medici controllati circa le applicazioni mediche della cannabis.

Art. 17.

1. L'articolo 116 del testo unico, e successive modificazioni, è sostituito dal seguente:

«Art. 116. - (Riconoscimento e accreditamento dei soggetti afferenti alle reti territoriali per la prevenzione, i trattamenti e le riduzioni del danno). -- 1. I comuni, le comunità montane, i loro consorzi ed associazioni, i servizi pubblici per le dipendenze possono avvalersi della collaborazione di gruppi o degli enti di cui all'articolo 115 che svolgono senza fine di lucro la loro attività con finalità di prevenzione del disagio, trattamento, riabilitazione e reinserimento dei consumatori problematici e dei soggetti che presentano ludopatie ed altre dipendenze. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'esercizio delle proprie funzioni in materia socio-assistenziale, istituiscono albi degli enti di cui all'articolo 115.

2. L'iscrizione all'albo di cui al comma 1, è condizione necessaria per lo svolgimento delle attività indicate nell'articolo 114 ed è subordinata al possesso dei seguenti requisiti minimi:

a) personalità giuridica di diritto pubblico o privato o natura di associazione riconosciuta o riconoscibile ai sensi degli articoli 1 e seguenti del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361;

b) disponibilità di locali e di attrezzature adeguati al tipo di attività prescelta;

c) personale sufficiente e competente in materia di prevenzione, trattamento e riduzioni del danno.

3. Il diniego di iscrizione all'albo deve essere motivato con espresso riferimento al possesso dei requisiti minimi di cui al comma 2, e al possesso degli eventuali requisiti specifici richiesti dalla legislazione regionale ai sensi del comma 4.

4. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano tenuto conto delle caratteristiche di autorizzazione di ciascuno degli enti di cui all'articolo 115, stabiliscono gli eventuali requisiti specifici, le modalità di accertamento e certificazione dei requisiti di cui al comma 2 del presente articolo e le cause che danno luogo alla cancellazione dagli albi.

5. Gli enti e le associazioni iscritti a un albo che hanno più sedi operative, in Italia o all'estero, devono iscrivere separatamente ciascuna all'albo territorialmente competente; dette sedi devono possedere i requisiti indicati alle lettere b) e c) del comma 2. Per le sedi operative situate all'estero è territorialmente competente l'albo presso il quale è stata iscritta la sede centrale o, in subordine, l'albo presso il quale è stata effettuata la prima iscrizione.

6. L'iscrizione all'albo è condizione necessaria oltre che per la stipula delle convenzioni di cui all'articolo 117, per l'impiego degli enti per le finalità di cui all'articolo 115».

Art. 18.

1. L'articolo 117 del testo unico, e successive modificazioni, è sostituito dal seguente:

«Art. 117. - (Convenzioni). -- 1. L'esercizio delle funzioni di prevenzione, di riabilitazione, di trattamento, di riduzione del danno e di reinserimento nonché la realizzazione

di ogni altra opportuna iniziativa della regione o degli enti locali possono essere attuati mediante apposite convenzioni da stipulare tra le aziende sanitarie locali, gli enti ed i centri di cui all'articolo 116 e gli enti, le cooperative di solidarietà sociale o le associazioni iscritte all'albo regionale provinciale o provinciale.

2. Le convenzioni con gli enti, le cooperative di solidarietà sociale e le associazioni aventi sedi operative in territorio estero devono coprire per tali sedi anche gli oneri per le prestazioni di assistenza sanitaria. Le convenzioni devono prevedere l'obbligo periodico di comunicare all'ente concedente il numero degli assistiti ed i risultati conseguiti nella attività di prevenzione.

3. Le convenzioni devono essere conformi allo schema-tipo predisposto dal Ministro della salute di concerto col Ministro della giustizia ai fini di cui all'articolo 115.

4. L'attività di enti, cooperative di solidarietà sociale e associazioni in esecuzione delle convenzioni è svolta in collegamento con il servizio pubblico che ha indirizzato il consumatore ed è sottoposta al controllo e agli indirizzi di programmazione della regione in materia».

Art. 19.

1. L'articolo 120 del testo unico, e successive modificazioni, è sostituito dal seguente:

«Art. 120. - (Terapia volontaria e anonimato). -- 1. Chiunque fa uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope può chiedere al servizio pubblico per le dipendenze di essere sottoposto ad accertamenti diagnostici e di definire un programma terapeutico e socio-riabilitativo.

2. Qualora si tratti di persona minore di età o incapace di intendere e di volere la richiesta di intervento può essere fatta, oltre che personalmente dall'interessato, da coloro che esercitano su di lui la potestà parentale o la tutela.

3. Gli interessati, a loro richiesta, possono beneficiare dell'anonimato nei rapporti con i servizi, i presidi e le strutture delle aziende sanitarie locali, nonché con i sanitari e tutto il personale addetto o dipendente.

4. Gli esercenti la professione medica che assistono persone dedite all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope possono, in ogni tempo, avvalersi dell'ausilio del servizio pubblico per le dipendenze.

5. Coloro che hanno chiesto l'anonimato hanno diritto a che la loro scheda sanitaria non contenga le generalità né altri dati che valgano alla loro identificazione.

6. I dipendenti del servizio pubblico per le dipendenze non possono essere obbligati a deporre su quanto hanno conosciuto per ragione della loro professione, né davanti all'autorità giudiziaria né davanti ad altra autorità. Agli stessi si applicano le disposizioni dell'articolo 200 del codice di procedura penale e si estendono le garanzie previste per il difensore dalle disposizioni dell'articolo 103 del medesimo codice in quanto applicabili. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano anche a coloro che operano presso gli enti, centri, associazioni o gruppi che hanno stipulato le convenzioni di cui all'articolo 117.

7. Ogni regione o provincia autonoma provvede a elaborare un modello unico regionale di scheda sanitaria da distribuire, tramite l'ordine dei medici-chirurghi e degli odontoiatri di ogni provincia, ai singoli presidi sanitari ospedalieri e ambulatoriali. Le regioni e le province autonome provvedono agli adempimenti di cui al presente comma.

8. Il modello di scheda sanitaria deve prevedere un sistema di codifica atto a tutelare il diritto all'anonimato del paziente e ad evitare duplicazioni».

Art. 20.

1. L'articolo 122 del testo unico, e successive modificazioni, è sostituito dal seguente:

«Art. 122. - (Definizione del programma terapeutico e socio-riabilitativo). -- 1. Il servizio pubblico per le dipendenze, compiuti i necessari accertamenti e sentito l'interessato, che può farsi assistere da un sanitario di fiducia autorizzato a presenziare anche gli accertamenti necessari, definisce un programma terapeutico e socio-riabilitativo personalizzato e concordato con l'interessato che può prevedere, ove le condizioni psicofisiche del consumatore lo consentano ed in collaborazione con i centri di cui all'articolo 114, anche avvalendosi delle cooperative di solidarietà sociale e delle associazioni di cui all'articolo 116, iniziative volte ad un pieno inserimento sociale attraverso l'orientamento e la formazione professionale nonché attività di pubblica utilità o di solidarietà sociale. Nell'ambito del programma, in casi di riconosciute condizioni di necessità ed urgenza, il servizio pubblico per le dipendenze può disporre l'effettuazione di terapie di disintossicazione, nonché trattamenti psico-sociali e farmacologici adeguati. Il servizio pubblico per le dipendenze controlla l'attuazione del programma da parte del consumatore.

2. Il programma è formulato nel rispetto della dignità della persona, tenendo conto in ogni caso delle esigenze di lavoro e di studio nonché delle condizioni di vita familiare e sociale dell'assuntore.

3. Il programma può essere attuato presso strutture riabilitative iscritte a un albo regionale provinciale di cui all'articolo 116.

4. Quando l'interessato ritenga utile per sé e per la sua situazione medica, psicologica e sociale di attuare il programma presso strutture riabilitative iscritte a un albo regionale provinciale o provinciale, la scelta può cadere su qualsiasi struttura situata nel territorio nazionale, ovvero iscritta agli albi ai sensi dell'articolo 116, comma 5, secondo periodo, che dichiara di essere in condizioni di accoglierlo.

5. Il servizio pubblico per le dipendenze, destinatario delle segnalazioni previste dall'articolo 121, definisce, entro dieci giorni decorrenti dalla data di ricezione della segnalazione o del provvedimento suindicato, il programma terapeutico e socio-riabilitativo».

Art. 21.

1. Gli articoli 122-bis, 123 e 124 del testo unico, e successive modificazioni, sono abrogati.

Art. 22.

1. All'articolo 127 del testo unico, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 7, lettera a), le parole: «purché finalizzati al recupero psicofisico della persona» sono soppresse;

b) il comma 8 è abrogato;

c) al comma 11, le parole: «lire 200 milioni annue» sono

sostituite dalle seguenti: «100.000 euro annui».

Proposta di legge

DISPOSIZIONI PER LA TUTELA DELLA SALUTE, PER LA REGOLAMENTAZIONE DEL CONSUMO, DELLA PRODUZIONE E DEL COMMERCIO DELLA CANNABIS E DEI SUOI DERIVATI, NONCHÉ PER LA PREVENZIONE E LA RICERCA IN MATERIA DI USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE

Onorevoli Colleghi! Nella XII e nella XIII legislatura più di cento deputati, appartenenti a schieramenti politici diversi, avevano firmato la proposta di legge a prima firma dell'onorevole Franco Corleone per la legalizzazione della cannabis. Lo stesso progetto di legge, con il medesimo testo e spirito non ideologico, era stato presentato nella XIV e nella XV legislatura dal senatore Della Seta. Seppure nel Paese il tema della legalizzazione dei derivati della cannabis abbia acquisito consensi sempre più vasti, dal 1995 ad oggi la possibilità di un confronto pragmatico ed equilibrato in Parlamento è stata resa vana dall'ostruzionismo manifestato dalle posizioni più faziose. Anche nella XVII legislatura oltre 200 fra deputati e senatori appartenenti a gruppi differenti firmarono la proposta di legge del cosiddetto intergruppo per la cannabis legale, che purtroppo si arenò dopo un primo dibattito in aula alla Camera.

La questione se il regime di proibizione per la cannabis sia il più adatto a difendere la salute pubblica è stata affrontata a più riprese fin dal secolo scorso da commissioni di studio e comitati insediati dai Governi e dai Parlamenti in diverse parti del mondo. Si ricordino, fra le altre, la commissione Shafer, insediata dal congresso americano, che nel 1972 giungeva alla conclusione che i rischi dell'uso di cannabis erano stati largamente sopravvalutati, consigliando perciò di allentare la proibizione; la commissione Baan, insediata dal Governo olandese, le cui indicazioni diedero vita al sistema di tolleranza dell'uso di cannabis acquistabile nei coffee-shop; per finire con l'imponente lavoro di revisione della letteratura scientifica sulla cannabis portato avanti dalla speciale Commissione del Senato canadese sulla canapa, che nel suo rapporto del 2002 suggeriva la decriminalizzazione della cannabis (*Cannabis: our position for a Canadian Public Policy, September 2002*).

Nonostante i rapporti di organismi istituzionali e le più importanti revisioni della letteratura scientifica siano stati convergenti nell'indicare il superamento o l'alleggerimento della proibizione in virtù delle particolari caratteristiche farmacologiche della sostanza e dell'uso moderato, la regolamentazione della cannabis ha perlopiù incontrato ostacoli ideologici a livello politico internazionale e nei singoli Stati.

Tuttavia negli ultimi anni si sono manifestati un'inversione di rotta e un cambiamento radicale di prospettiva. Sono molte le voci autorevoli che ormai certificano il fallimento della war on drugs, come testimonia il documento della Commissione latino-americana su droghe e democrazia, un organismo di esperti promosso dagli ex Presidenti Cardoso del Brasile, Gaviria della Colombia e Zedillo del Messico, che chiedono un cambio di paradigma nella politica delle droghe; un altro organi-

simo di indubbio prestigio è rappresentato dalla Global Commission on drug policy presieduta dall'ex Segretario delle Nazioni Unite Kofi Annan, che chiede un cambio di passo nelle politiche internazionali e una scelta a favore della regolamentazione della cannabis.

Non si può ignorare che siamo alle porte della sessione speciale dell'Assemblea delle Nazioni Unite dedicata alle politiche in materia di droghe (UNGASS), convocata per la primavera del 2016, e che questa si troverà davanti un quadro internazionale molto diverso da quello delle sue ultime convocazioni. Dopo che il Presidente boliviano Evo Morales ha rivendicato la legalizzazione dell'uso tradizionale di foglia di coca, nonostante la sua proibizione sia sancita dalle convenzioni internazionali, l'Uruguay, per iniziativa del Governo, ha legalizzato la produzione, la circolazione e il consumo dei derivati della cannabis. Negli Stati Uniti d'America, attraverso un movimento di pronunciamento popolare tramite referendum, la metà degli Stati ne ha ormai decriminalizzato l'uso terapeutico e ben cinque hanno regolamentato la produzione e la vendita ad uso ricreativo. In questo nuovo contesto politico non sarà facile per gli oltranzisti riproporre sic et simpliciter il vecchio adagio proibizionista della centralità della sostanza da vietare a scapito dei diritti e della centralità della persona che ne fa uso, nonché della salute pubblica.

In aggiunta ai costi umani e sociali della proibizione, anche il costo economico non va trascurato. Recenti studi di economisti sostengono la superiorità degli strumenti fiscali per contenere il consumo di droghe rispetto all'applicazione di una normativa proibizionista. In Italia il consumo di tabacchi e di alcolici è appunto contenuto e scoraggiato tramite l'imposizione di un'elevata tassazione. Uno studio del professor Marco Rossi dell'università La Sapienza di Roma stima le imposte che si potrebbero ricavare dalla vendita della cannabis in 5,5 miliardi l'anno.

La presente proposta di legge nasce dall'esigenza di predisporre un sistema di regolamentazione del fenomeno connesso all'uso di stupefacenti al fine di tutelare la salute dei consumatori, fino ad ora esposta ai rischi di un mercato libero e senza controlli, qual è quello illegale. La proposta di legge regola, in particolare, il mercato della cannabis e dei prodotti da essa derivati, estendendo le previsioni in materia di prevenzione e ricerca a tutti gli altri stupefacenti.

Il paradigma della proposta di legge parte dalla premessa che lo strumento sanzionatorio, penalistico e amministrativo è insufficiente da solo per la disciplina del fenomeno, in quanto agisce nella sua fase finale e non fornisce risposte significative alle diverse esigen-

ze che sono alla base del fenomeno stesso. Pertanto, l'obiettivo della proposta di legge è quello di incidere in funzione preventiva, favorendo la promozione di meccanismi di riduzione dei rischi e di autoregolazione nel consumo di cannabis e la predisposizione di un sistema di regole cautelari che tutelino i beni giuridici fondamentali nella produzione e nel commercio. Analogamente, si è ritenuto che uno degli interventi necessari sia quello di dare concretezza alle previsioni in materia di prevenzione ed educazione contro le dipendenze del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990, in gran parte inattuato.

L'ulteriore intento della proposta di legge riguarda il progressivo cambiamento di approccio al fenomeno dell'uso di sostanze psicoattive. A tale fine si è voluto dare impulso a una nuova fase di ricerca nell'uso di sostanze e di sperimentazione di nuovi modelli operativi nel campo degli interventi sulle dipendenze.

1. Autoregolamentazione e controllo del consumo e della coltivazione di cannabis per uso domestico.

Il consumo, ancorché di gruppo, la cessione gratuita e la coltivazione per fini personali, di cannabis e dei prodotti derivati sono consentiti, ma sono posti limiti al consumo di cannabis nei luoghi pubblici (articolo 6) ed è fatto divieto di propaganda pubblicitaria (articolo 7). Sono inoltre previste aggregazioni in forma associata per la coltivazione domestica, al fine di favorire la socializzazione funzionale all'autoregolamentazione del consumo consapevole.

2. Regolamentazione dell'importazione, dell'esportazione, della coltivazione, della produzione e della distribuzione di cannabis per fini commerciali e regolamentazione della coltivazione in forma associata (Cannabis Social Club).

La regolamentazione avviene attraverso la predisposizione di un sistema autorizzatorio e diversi obblighi a tutela della salute (articoli 2 e 5). In particolare si prevede che sulle confezioni sia indicata non solo la concentrazione del THC, ma anche del CBD (cannabidiolo), un cannabinoide non psicoattivo sia che possiede la proprietà di modulare gli effetti psicoattivi del THC, e ha anche importanti effetti terapeutici.

3. Sanzioni.

Nel nuovo sistema in cui il consumo e la circolazione di cannabis sono leciti, le sanzioni penali della legislazione speciale (articolo 4) si riducono a quelle previste per la tutela del minore e della salute, in aggiunta a quelle già esistenti nel codice penale e nel codice della strada, di cui al decreto legislativo n. 285 del 1992. La clausola di riserva, di cui all'articolo 3 e al comma 3 dell'articolo 4, dovrebbe consentire che le condotte di violazione dell'autorizzazione o di acquisto o di vendita di prodotti non autorizzati rientrino nell'area di responsabilità penale solo qualora si inseriscano nell'ambito di un'organizzazione criminale o abbiano ad oggetto prodotti pericolosi per la salute; in caso contrario resterebbero illeciti amministrativi. Le sanzioni amministrative (articoli 3 e 6) hanno, da un lato, la funzione di garantire il rispetto del sistema di regole e, dall'altro, quella di offrire ai soggetti più deboli, come i minori (articolo 4, comma 2), percorsi informativi e risocializzanti.

4. Prevenzione ed educazione.

Il tentativo è quello di rafforzare le previsioni del testo unico del 1990 che allo stato attuale sembrano avere una scarsa applicazione pratica (articolo 8). Attualmente, l'articolo 104 prevede l'istituzione di un comitato tec-

nico che in collaborazione con il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, sviluppi annualmente i programmi educativi idonei per la prevenzione delle dipendenze nelle scuole. Tuttavia, dal sito del Ministero non risulta alcuna nomina, né fra le attività educative proposte per le scuole sembra esserci un programma in materia di stupefacenti. Inoltre, si tenta di valorizzare un metodo educativo che non si limiti alla prevenzione dal punto di vista culturale, ma che provi a intervenire anche sui bisogni primari alla base del consumo di sostanze.

5. Agenzia nazionale per la regolamentazione delle sostanze psicoattive e per il sostegno alla ricerca e alla sperimentazione.

Si propone l'istituzione di un'autorità indipendente che si occupi della tutela della salute pubblica in relazione ai consumi di sostanze, della regolamentazione dell'offerta della droga, del monitoraggio dei fenomeni sociali ad esso connessi, della prevenzione, della promozione di interventi sociali e assistenziali a livello locale, della ricerca e sperimentazione, nonché dell'applicazione delle sanzioni amministrative (articolo 9, comma 1). Al suo interno è istituito un Consiglio nazionale composto anche da rappresentanti dell'esecutivo, da ONG interessate e dalle associazioni dei consumatori, al fine di elaborare politiche nazionali rispondenti alle esigenze locali. L'Agenzia finanzia le proprie attività con i proventi derivanti dalle autorizzazioni, dalla tassazione e dalle sanzioni e mette a disposizione un fondo per interventi specifici (articolo 9, comma 3).

6. Ricerca e politiche sociali.

L'agenzia nazionale ha anche la funzione di dare impulso e di coordinare le attività di ricerca in campo sanitario e sociale, a livello nazionale ed europeo, e di promuovere nuove politiche presso il Ministero della salute e il Ministero del lavoro e delle politiche sociali sulla base dell'attività di ricerca compiuta (articolo 9, comma 1).

7. Sperimentazione e ricerca.

È altresì affidato all'Agenzia nazionale il compito di promuovere ricerche particolarmente rilevanti per le scelte di politiche pubbliche, nonché di promuovere e di finanziare la sperimentazione di programmi di prevenzione e riduzione dei rischi tesi a proteggere i consumatori dai rischi del mercato illegale e la diversificazione dei programmi terapeutici, attraverso la sperimentazione di trattamenti con sostanze illegali (come i trattamenti con eroina, sperimentati e ormai a regime in alcuni Paesi europei).

L'articolo 1 della proposta di legge stabilisce le condizioni generali attraverso cui si ritiene possibile attuare il passaggio da un impianto di tipo proibizionistico a un impianto di tipo legale della distribuzione delle droghe cosiddette leggere. Si ritiene adeguata allo scopo una norma che consenta l'uso sia personale che commerciale della cannabis e dei prodotti da essa derivati, in deroga alle disposizioni del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990. Si è ritenuto, in particolare, di stabilire un regime autorizzativo per la vendita e per il commercio al fine di superare le perplessità che un regime di monopolio di Stato desta, sia in termini di principi – in ordine alle funzioni proprie dello Stato in questa delicata materia – sia con riguardo alla difficoltà pratica di mettere in opera una produzione statale di droghe leggere. A tale fine, il comma 3 dell'articolo 1 rinvia a un decreto del Presidente della Repubblica la disciplina delle autorizzazioni e dei

controlli. D'altra parte, la soluzione proposta consente anche di accentuare le caratteristiche di una fase necessariamente di transizione e sperimentale, che deve vivere di un'ulteriore sedimentazione di una cultura diffusa in ordine alla tolleranza del consumo di droghe leggere. Pertanto, l'articolo 10 stabilisce che il Presidente del Consiglio dei ministri presenti alle Camere una relazione annuale sullo stato di attuazione della legge e sui suoi effetti, con particolare riferimento a parametri di valutazione legati al consumo, alle sue caratteristiche, al rapporto tra consumo di droghe leggere e altre droghe, all'eventuale persistenza del mercato clandestino delle sostanze in oggetto e agli accordi eventualmente conclusi in sede internazionale con i Paesi produttori di cannabis.

Questa proposta di legge, già presentata nella XVII legislatura alla Camera dall'On.le Marisa Nicchi e al Senato dal Sen. Luigi Manconi come primi firmatari, è stata redatta da un gruppo di lavoro promosso dall'organizzazione non lucrativa di utilità sociale, «La Società della ragione» e costituito da Stefano Anastasia, Hassan Bassi, Francesco Cascini, Maurizio Coletti, Franco Corleone, Sarah Grieco, Eleonora Maresca, Daniele Piccione, Carlo Renoldi e Luigi Saraceni. In particolare, la redazione del testo è dovuta alla dottoressa Eleonora Maresca, alla quale va un particolare ringraziamento per la sagacia e l'intelligenza delle soluzioni individuate.

PROPOSTA DI LEGGE

Art. 1.

(Uso personale e uso commerciale).

1. In deroga a quanto previsto dal testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, di seguito denominato «testo unico», la detenzione e l'uso personale, individuale o collettivo, di cannabis e di prodotti da essa derivati non è punibile ai fini penali e amministrativi, fatto salvo quanto previsto dalla presente legge.

2. In deroga al testo unico l'importazione, l'esportazione, la coltivazione, la produzione e la distribuzione di cannabis e di prodotti da essa derivati a fini di commercio sono soggette ad autorizzazione.

3. Con decreto del Presidente della Repubblica, da emanare entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentite le Commissioni parlamentari competenti e le regioni, sono disciplinati i presupposti per il rilascio e per la revoca delle autorizzazioni, il loro numero e i controlli conseguenti, le caratteristiche dei prodotti destinati alla vendita al dettaglio e la relativa tassazione, la tipologia degli esercizi autorizzati alla vendita e la loro distribuzione nel territorio, nonché i locali pubblici in cui è consentito il consumo delle sostanze. La disciplina regolamentare deve privilegiare la tutela della salute nella determinazione delle imposte e indicare gli standard minimi di qualità per la produzione delle sostanze, al fine di rendere agevole l'adesione da parte degli utenti al mercato legale. Con lo stesso decreto sono disciplinati la struttura, la composizione, i requisiti, la nomina e il funzionamento dell'Agenzia nazionale di cui all'articolo 9 nonché il potere sanzionatorio dell'autorità

amministrativa competente e si provvede alla razionalizzazione e alla semplificazione degli organi e degli enti esistenti che svolgono funzioni simili. Con il medesimo decreto è altresì disciplinato un piano di riorganizzazione della rete dei servizi per le tossicodipendenze e un programma di formazione degli operatori del settore secondo i principi della strategia di riduzione del danno. Il coordinamento e ogni eventuale onere sono a carico dell'agenzia di cui all'articolo 9.

Art. 2.

(Tutela della salute e dei minori).

1. Sulle confezioni di cannabis e di prodotti da essa derivati destinate alla vendita al minuto devono essere specificati il livello di principio attivo delta-9-tetraidrocannabinolo (THC e CBD) presente e l'avvertimento che il fumo produce effetti negativi per la salute. Ogni confezione deve altresì contenere un foglio illustrativo che specifichi il nome commerciale, la composizione e le proprietà della sostanza, le controindicazioni, le precauzioni d'uso, le interazioni con altre sostanze, la posologia, il sovradosaggio e gli effetti indesiderati.

2. È vietata la vendita di cannabis e dei prodotti da essa derivati ai minori di anni sedici.

Art. 3.

(Sanzioni amministrative a tutela della sicurezza nella circolazione delle sostanze).

1. Salvo che il fatto costituisca il reato di cui agli articoli 416 o 416-bis del codice penale, la coltivazione, la produzione, l'importazione, l'esportazione, la vendita e la cessione di cannabis e di prodotti da essa derivati a fini commerciali, senza l'autorizzazione di cui all'articolo 1, comma 2, della presente legge oppure al di fuori dei limiti posti dall'autorizzazione medesima, sono soggette alle sanzioni amministrative di cui al comma 3 del presente articolo.

2. Salvo che il fatto costituisca il reato di cui agli articoli 416 o 416-bis del codice penale, l'acquisto o la detenzione di cannabis e di prodotti da essa derivati, provenienti da un esercizio commerciale non autorizzato sono soggetti alle sanzioni amministrative di cui alle lettere a), b), c) e d) del comma 3 del presente articolo.

3. Le sanzioni amministrative sono:

- a) la diffida;
- b) l'adesione a un percorso di prevenzione, di informazione e di riduzione dei rischi nell'ambito dei servizi socio-sanitari del Servizio sanitario nazionale;
- c) la confisca della sostanza;
- d) la pena pecuniaria;
- e) l'esclusione da agevolazioni, finanziamenti, contributi o sussidi e l'eventuale revoca di quelli già concessi;
- f) l'interdizione parziale o totale dall'esercizio dell'attività;
- g) la sospensione o la revoca delle autorizzazioni, licenze o concessioni funzionali alla commissione dell'illecito;
- h) la confisca parziale della struttura, degli strumenti o dei prodotti dell'attività.

Art. 4.

(Sanzioni penali a tutela del minore e della salute).

1. Chiunque, munito delle autorizzazioni prescritte per la vendita di cannabis o di prodotti da essa derivati, viola il divieto di cui all'articolo 2, comma 2, ovvero consente

che nel suo locale minori di anni sedici consumino tali sostanze, è punito con la reclusione da uno a quattro anni e con la multa da 2.582 euro a 25.823 euro.

2. Salvo che il fatto costituisca il reato di cui all'articolo 74 del testo unico, e successive modificazioni, il minore di anni sedici che detiene cannabis e prodotti da essa derivati è soggetto alle sanzioni amministrative di cui all'articolo 3, comma 3, lettere b) e c).

3. Fatto salvo quanto previsto dal codice penale, chiunque, esercitando, anche abusivamente, il commercio di cannabis o di prodotti da essa derivati, li somministra in specie, qualità, quantità o modalità tali da danneggiare la salute di chi li assume, o diverse da quelle dichiarate o pattuite, è punito con le pene previste dal comma 1.

Art. 5.

(Coltivazione per uso personale, di gruppo e associato).

1. Sono ammesse la coltivazione di cannabis per uso personale e per la cessione gratuita a terzi destinata al consumo personale, salvo che colui che coltiva o riceve la sostanza sia un minore di anni sedici.

2. Non è punibile chi, anche se privo dell'autorizzazione di cui all'articolo 1, comma 2, coltiva in forma associata piante di cannabis idonee e finalizzate alla produzione di sostanze stupefacenti o psicotrope destinate al consumo personale o di gruppo.

3. È ammessa la costituzione di gruppi di persone in forma libera per l'attività di coltivazione di cannabis al fine della produzione di sostanze destinate all'esclusivo consumo personale dei componenti dei medesimi gruppi. La domanda di costituzione di un gruppo autorizzato deve essere presentata presso la camera di commercio, industria, artigianato e agricoltura del comune ove esso ha sede, che istituisce un apposito registro, e deve essere sottoscritta dal legale rappresentante e da almeno cinque soci fondatori. Il numero di piante coltivabili per ciascun gruppo autorizzato, l'ammontare della tassa di concessione governativa annuale e i relativi adempimenti organizzativi sono stabiliti con regolamento adottato dal Ministro della salute. I gruppi non possono svolgere attività di lucro e non possono, comunque, avere un numero di soci superiore a cento.

4. Ogni violazione alle disposizioni dei commi 1, 2 e 3 del presente articolo è soggetta alle sanzioni amministrative di cui di cui all'articolo 3, comma 3.

5. Il minore di anni sedici che coltiva o riceve cannabis e prodotti da essa derivati è soggetto alle sanzioni amministrative di cui all'articolo 3, comma 3, lettere b) e c).

Art. 6.

(Sicurezza e tutela degli interessi pubblici).

1. Il consumo di cannabis è permesso negli stessi luoghi in cui è permesso il fumo di tabacco.

2. Fatto salvo quanto disposto dall'articolo 187 del codice della strada, di cui al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e successive modificazioni, è vietato il consumo di cannabis e di prodotti da essa derivati in caso di guida di qualsiasi veicolo. Con regolamento emanato dal Ministro delle infrastrutture e dei trasporti sentito il Ministero della salute si provvede alla revisione della disciplina relativa agli accertamenti di cui all'articolo 187, commi 2, 2-bis e 3 del codice della strada al fine di tutelare la dignità della persona soggetta agli esami clinici e sanzionare esclusivamente i casi in cui lo stato psico-fisico del conducente sia effettivamente alterato

al momento della guida del veicolo.

3. È altresì vietato il consumo di cannabis e di prodotti da essa derivati nei luoghi in cui si compie un servizio educativo o in cui si pratica sport, nonché nel luogo di lavoro.

4. Ogni violazione alle disposizioni del presente articolo è soggetta alle sanzioni amministrative di cui all'articolo 3, comma 3.

Art. 7.

(Divieto di propaganda pubblicitaria).

1. È fatto divieto di propaganda pubblicitaria diretta o indiretta della cannabis e dei prodotti da essa derivati. In caso di violazione del divieto di cui al presente comma, al responsabile si applica la sanzione amministrativa del pagamento di una somma da 5.165 euro a 25.823 euro.

2. Non costituiscono propaganda le opere dell'ingegno non destinate alla pubblicità, che restano disciplinate dalla legge 22 aprile 1941, n. 633.

Art. 8.

(Educazione nelle scuole).

1. In attuazione di quanto disposto dagli articoli 104, 105 e 106 del testo unico, sulla base delle indicazioni del comitato di cui al citato articolo 104, comma 3, è fatto obbligo ai dirigenti scolastici di promuovere e realizzare attività di educazione alla salute fisica, psichica e sociale, in collaborazione con le autorità competenti.

Art. 9.

(Agenzia nazionale per la regolamentazione delle sostanze psicoattive e per il sostegno alla ricerca e alla sperimentazione).

1. È istituita l'Agenzia nazionale per la regolamentazione delle sostanze psicoattive e per il sostegno alla ricerca e alla sperimentazione, di seguito denominata «Agenzia nazionale», con le seguenti funzioni:

a) regolamentazione del mercato della cannabis e dei prodotti da essa derivati, in coordinamento con l'Agenzia italiana del farmaco;

b) predisposizione delle norme di sicurezza da applicare nell'esercizio delle autorizzazioni concesse a fini commerciali e per la coltivazione in forma associata della cannabis e dei prodotti da essa derivati;

c) controllo sul rispetto delle leggi e dei regolamenti in materia e applicazione delle sanzioni amministrative;

d) registrazione delle associazioni dei consumatori e dei gruppi autorizzati per la coltivazione di cannabis e di prodotti da essa derivati;

e) promozione della ricerca sull'uso di tutte le sostanze psicoattive, in coordinamento con il Ministero della salute e con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali;

f) promozione di interventi sociali e assistenziali a livello locale, in coordinamento con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e con le autorità locali competenti;

g) promozione di interventi informativi ed educativi, in coordinamento, con il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca e con le autorità locali competenti;

h) promozione e finanziamento di programmi sperimentali per la prevenzione, la riduzione del danno e lo sviluppo di trattamenti innovativi, che abbiano ad

oggetto tutte le sostanze psicoattive.

2. Nell'ambito dell'Agenzia nazionale è istituito un Consiglio nazionale con funzione consultiva e di monitoraggio a livello locale. Il Consiglio nazionale è composto anche da rappresentanti dell'esecutivo, degli enti locali, delle ONG interessate e delle associazioni dei consumatori, è convocato annualmente e la partecipazione a esso è totalmente gratuita. Il Consiglio nazionale provvede alla gestione del fondo di cui al comma 3 e presenta all'Agenzia nazionale una relazione annuale sulla sua attività.

3. L'Agenzia nazionale finanzia le proprie attività con i proventi derivanti dalle autorizzazioni, dalle sanzioni amministrative e dalle multe di cui alla presente legge, nonché con quelli derivanti da contributi statali e privati le cui entità e provenienza sono pubblicate nel sito internet istituzionale dell'Agenzia medesima. Il 10 per cento degli stessi proventi è destinato a un fondo per l'attuazione di interventi specifici, in coordinamento con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, di prevenzione e di assistenza sociale nelle aree più a rischio nel territorio nazionale, e istituito presso l'Agenzia medesima.

4. L'Agenzia nazionale presenta una relazione annuale alle Camere sulla propria attività.

Art. 10.

(Relazione annuale e monitoraggio).

1. Entro il mese di marzo di ogni anno, a decorrere dall'anno successivo a quello della data di entrata in vigore della presente legge, il Presidente del Consiglio dei ministri presenta alle Camere una relazione sullo stato di attuazione della legge medesima e sui suoi effetti, con particolare riferimento:

a) all'andamento delle vendite al minuto della cannabis e di prodotti da essa derivati nelle singole regioni con particolare riguardo alle realtà metropolitane;

b) alle fasce di età dei consumatori;

c) al rapporto fra l'uso di cannabis e di prodotti da essa derivati e il consumo di alcoolici e di sostanze stupefacenti o psicotrope;

d) agli effetti per la salute rilevati in conseguenza del consumo di cannabis e di prodotti da essa derivati, nonché ai risultati delle attività di educazione promosse e realizzate ai sensi dell'articolo 8;

e) agli accordi conclusi dal Governo italiano con i Paesi che producono cannabis e prodotti da essa derivati e all'incidenza di essi sull'economia di tali Stati;

f) all'eventuale persistenza del mercato clandestino di cannabis e di prodotti da essa derivati e alle relative caratteristiche.

Art. 11.

(Clausola di salvaguardia finanziaria).

1. Dall'attuazione della presente legge non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Proposta di legge di iniziativa popolare

NORME PER LA REGOLAMENTAZIONE LEGALE DELLA PRODUZIONE, CONSUMO E COMMERCIO DELLA CANNABIS E SUOI DERIVATI

Onorevoli Deputati! — È ormai noto, e difficilmente contestabile, che le leggi proibizioniste producono l'effetto contrario rispetto all'obiettivo che si sono prefissate. Il protrarsi dei loro fallimenti le ha fatte divenire causa, e non soluzione, dei problemi di natura sociale ed economica relativi ai fenomeni che con esse si è inteso e s'intende controllare. Non essendo riuscito a debellare né a ridurre significativamente la produzione, il consumo e il traffico delle sostanze stupefacenti elencate nelle tre Convenzioni delle Nazioni Unite ratificate e rese esecutive dall'Italia dalla metà degli anni sessanta al 1990, il proibizionismo è divenuto ormai il «male» e non la cura.

Cheché ne dicano i suoi promotori e difensori, la proibizione ha dimostrato di non poter estinguere ciò che esiste in natura, i suoi derivati, ovvero comportamenti rivolti anche alla ricerca umana del piacere, neanche utilizzando, spesso militarmente, il monopolio legale della forza.

La proibizione proietta la percezione della promozione del controllo mentre in realtà utilizza preziose risorse sottratte ad altre utili attività e lo fa in modo inefficace oltre che antieconomico destinando fondi dedicati al controllo del territorio per agire contro comportamenti che, nella grande maggioranza dei casi, non comportano vittime.

Oltre mezzo secolo di leggi e di politiche proibizioniste, in Italia come nel resto del mondo, hanno reso troppo caro il prezzo pagato dalla collettività in termini di libertà individuali, amministrazione della giustizia, condizioni penitenziarie, rafforzamento della criminalità organizzata e politica divenendo inoltre, tra le altre cose, causa di corruzione.

A causa di un commercio che la legislazione proibizionista vigente concede in monopolio alla criminalità organizzata, all'aggravio dei costi vi è poi da aggiungere anche la perdita secca per l'erario. Da una parte le organizzazioni criminali si arricchiscono con poco rischio ed enormi profitti, dall'altra si produce un consistente danno socio-economico alla collettività dovuto all'enorme perdita in termini di mancate imposte e di entrate sottratte alla loro naturale destinazione oltre che ai maggiori costi per l'amministrazione della giustizia, l'impiego straordinario delle Forze dell'ordine e l'amministrazione penitenziaria.

L'attuale stato delle cose favorisce quindi la criminalità organizzata che inquina con i proventi derivanti dalla vendita fuori dalle regole ogni attività economica lecita creando ampie sacche di illegalità diffusa su tutto il territorio nazionale. In una parola, il proibizionismo è criminogeno.

A riprova di quanto affermato, si cita la Relazione annuale della Direzione nazionale antimafia del 2015 ove è esplicitamente ammesso il fallimento del proibizionismo: «Quanto al dato sui sequestri di cannabis, lo stesso, come anticipato, evidenzia un picco che appare altamente dimostrativo della sempre più capillare diffusione di questo stupefacente. Non essendo maturate nuove e particolari tecniche investigative in tale ambito deve ragionevolmente ritenersi che a sequestri così imponenti ed in aumento corrisponda una massa circolante di cannabinoidi decisamente in aumento».

Una presa di posizione che il Procuratore nazionale antimafia ha reiterato a luglio 2016 nell'esprimere un parere favorevole sui progetti di legge in materia di legalizzazione della cannabis depositati nel corso della XVII legislatura. Anche il Presidente dell'Autorità nazionale anti-corruzione, nonché il segretario del Sindacato italiano unitario dei lavo-

ratori della Polizia di Stato (SIULP), uno dei maggiori sindacati di polizia, si sono espressi a favore della legalizzazione delle cosiddette droghe leggere al fine di sottrarre potere alle organizzazioni criminali e di concentrare le risorse umane e finanziarie sull'interdizione di quelle «pesanti» e sulla lotta alle reti criminali transnazionali.

Riteniamo che le accortezze, i controlli e le avvertenze previsti dalla presente proposta di legge potranno contribuire in modo strutturale a ridurre non solo l'impatto negativo della proibizione in termini di violazione di diritti, di Stato di diritto e di mancate entrate per la collettività, ma anche i danni e i rischi sociali e sanitari dell'uso problematico della cannabis.

I benefici economici diretti di una regolamentazione legale molto flessibile come quelli qui previsti sarebbero almeno di tre tipi: la riduzione della spesa pubblica attualmente impiegata per la proibizione dell'uso e della commercializzazione della cannabis; l'emersione della produzione e delle transazioni del mercato illegale della pianta e dei suoi derivati e quindi la crescita quantitativa del prodotto interno lordo ufficiale; un maggiore gettito fiscale derivante dalla tassazione della produzione e della vendita della cannabis e suoi derivati per fini medici e no.

Due sono poi le tipologie di benefici indiretti. La prima deriva da un utilizzo alternativo delle risorse liberate dalla legalizzazione: le Forze dell'ordine, la magistratura e gli addetti al sistema carcerario potranno concentrarsi su reati effettivi. Altri effetti strutturali sarebbero la diminuzione della popolazione carceraria, oggi per quasi un terzo composta da persone reclusi e costrette a vivere in strutture che dispensano una «tortura democratica» in virtù del sovrappopolamento carcerario. La seconda, invece, è connessa all'aumento del benessere complessivo della collettività: maggiore informazione sulle sostanze acquistate, segmentazione dei mercati delle droghe leggere e pesanti, minori introiti per le organizzazioni criminali e minori capitali disponibili per distorcere e inquinare i mercati legali. La presente proposta di legge intende anche ribadire l'approccio antiproibizionista a tutto tondo che ritiene che il governo dei fenomeni non possa essere consegnato al diritto penale. A tale proposito, con l'articolo 1 si abolisce ogni tipo di sanzione penale e amministrativa per l'uso e per il possesso personale delle piante e sostanze oggi illecite.

Una volta legalizzata la produzione della pianta della cannabis, essa deve essere consentita anche per fini non di lucro, per un consumo personale o collettivo, da praticare in luoghi deputati o in private abitazioni con un'agile registrazione presso le autorità competenti. In Italia, come all'estero, il fenomeno dei cosiddetti cannabis social club ha dimostrato che la condivisione della coltivazione o del consumo ha creato comunità di comportamenti ma anche di valori che ruotano attorno alla libertà e al rispetto reciproco oltre che dell'ambiente.

La produzione all'aperto per fini commerciali deve avvenire nel rispetto della normativa delle coltivazioni biologiche mentre essa non vige per quella a scopo personale e domestico.

La cannabis coltivata a fini commerciali può essere poi venduta previo ottenimento di un'autorizzazione al commercio da parte delle autorità competenti che ne concertano i modi, i tempi e la quantità. Non si prevede una tipologia

specifica di esercizi commerciali destinati a tale scopo. La presente proposta di legge dedica particolare attenzione anche all'uso medico e scientifico della pianta, già consentito dalla normativa nazionale del 2007 e del 2013 ma fortemente limitato da successive decisioni governative, al fine di poter far riconoscere i cannabinoidi come vere e proprie medicine, non ponendo limiti alla possibilità di prescrizione che non siano le scelte, in scienza e coscienza, dei medici curanti e superando l'attuale regime di monopolio statale per la produzione delle infiorescenze.

È esplicitamente vietata la propaganda pubblicitaria; i controlli sulla coltivazione e sull'elaborazione sono effettuati dalla Direzione generale della prevenzione e del contrasto alle frodi agro-alimentari del Dipartimento dell'Ispettorato centrale della tutela della qualità e della repressione frodi dei prodotti agroalimentari del Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali e dal Comando carabinieri per la tutela della salute. La produzione della pianta, come il suo commercio, sono rivolti ai maggiorenti.

Fondamentale per l'efficacia e per la trasparenza dell'applicazione della normativa è una relazione annuale del Governo alle Camere ritenuta strumento necessario al fine di poter valutare in corso d'opera l'efficacia delle nuove norme.

Il regime fiscale applicato è lo stesso dei tabacchi lavorati, con relative sanzioni penali e amministrative in caso di sua violazione. I maggiori introiti della nuova tassazione saranno destinati a programmi terapeutici e riabilitativi per le persone con un rapporto problematico con le sostanze stupefacenti, ad attività di previdenza e assistenza sociale, alla riduzione delle imposte sul lavoro e alla creazione di finanziamenti per l'impresa nonché per la riduzione del debito pubblico. Le violazioni della presente proposta di legge sulla regolamentazione legale saranno sanzionate amministrativamente fino a un massimo di 5.000 euro.

Infine, in virtù della cancellazione di una serie di condotte criminali, l'entrata in vigore della legge fa cessare l'esecuzione degli effetti penali delle condanne irrogate ai sensi del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, relative alla coltivazione, cessione, vendita e detenzione di cannabis.

In conclusione, la regolamentazione e la legalizzazione del mercato della cannabis e suoi derivati determinerebbe benefici netti consistenti, derivanti soprattutto dal minore investimento nelle attività di repressione delle Forze dell'ordine, nell'amministrazione della giustizia e in quella penitenziaria, nella liberazione di energie imprenditoriali nel campo agro-alimentare e nell'emersione di transazioni in questo momento invisibili.

Là dove non vi è un danno per un bene giuridico altrui non vi può essere reato e quindi consumare cannabis, se non procura danni ad altri, non deve essere considerato un reato.

Legalizzando la cannabis, mediante l'approvazione di questa proposta di legge, nessuno sarà costretto a consumare la cannabis, ma se qualcuno deciderà di farlo liberamente l'Italia sarà un Paese migliore perché questi non potrà più essere ingiustamente punito.

PROPOSTA DI LEGGE D'INIZIATIVA POPOLARE

Art. 1.

(Regolamentazione della produzione, consumo e commercio della cannabis e suoi derivati).

1. Al comma 2 dell'articolo 72 del testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, è premesso il seguente:

«1-bis. Salvo quanto previsto da specifiche disposizioni

di legge, l'uso personale non terapeutico delle sostanze stupefacenti o psicotrope previste dall'articolo 14 non è sanzionabile penalmente né amministrativamente».

2. La rubrica del capo I del titolo VIII del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, è sostituita dalla seguente: «Uso personale e terapeutico».

Art. 2.

(Regolamentazione della coltivazione, della trasformazione e della vendita della cannabis).

1. La coltivazione della cannabis con un contenuto di principio attivo di delta-9-tetraidrocannabinolo (THC) superiore allo 0,3 per cento nel caso di coltivazione all'aperto avviene nel rispetto dei principi dell'attività agricola biologica disciplinata dal regolamento (CE) n. 834/2007 del Consiglio, del 28 giugno 2007, dal regolamento (CE) n. 889/2008 della Commissione, del 5 settembre 2008, e dal regolamento (UE) n. 271/2010 della Commissione, del 24 marzo 2010.

2. L'obbligo di coltivazione nel rispetto dei principi dell'attività agricola biologica non vige nel caso di coltivazione al chiuso e nel caso di coltivazione per uso personale.

3. La coltivazione, la trasformazione, il possesso e la vendita della cannabis sono regolamentati dalle disposizioni di cui alla presente legge nelle forme e alle condizioni ivi previste.

Art. 3.

(Coltivazione e detenzione in forma individuale di cannabis per uso personale).

1. Qualsiasi persona maggiorenne può coltivare liberamente in forma individuale, senza bisogno di autorizzazione, fino a cinque piante femmina di cannabis. Il produttore può detenere le piante e il prodotto da esse ottenuto per uso personale. Il coltivatore non può svolgere attività di lucro con la cannabis così prodotta e detenuta e con i suoi derivati.

2. Nel caso si intenda coltivare un numero di piante femmina di cannabis compreso tra sei e dieci il coltivatore deve inviare la comunicazione prevista dall'articolo 4.

Art. 4.

(Istituzione del registro delle autorizzazioni per la coltivazione di cannabis a uso personale).

1. Presso l'ufficio dell'assessorato regionale competente per l'agricoltura è istituito il registro dei coltivatori individuali e in forma associata di cannabis per uso personale, di seguito denominato «registro», che deve garantire in modo particolare il pieno e completo diritto alla riservatezza dei dati relativi ai coltivatori.

2. Le modalità di istituzione del registro sono stabilite con decreto del Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, nel rispetto dei seguenti principi:

a) esenzione dall'iscrizione per i coltivatori che intendono coltivare un numero

di piante di cannabis femmina non superiore a cinque, con il divieto per le autorità amministrative di frapporre ostacoli alla piena liberalizzazione richiedendo qualunque comunicazione, preventiva o successiva;

b) obbligo, per chi intenda coltivare un numero di piante femmina di cannabis compreso tra sei e dieci, di inviare la comunicazione contenente la richiesta di iscrizione nel registro secondo i modi e le forme previsti dal decreto di cui all'alinea; nel caso in cui, trascorsi trenta giorni dalla data della comunicazione, l'amministrazione non risponda con diniego scritto e motivato in base alle disposizioni di cui alla presente legge, l'autorizzazione è rilasciata per silenzio assenso ed è trascritta nel registro;

c) divieto di coltivazione di un numero di piante femmina

di cannabis superiore a dieci, prevedendo l'applicazione di sanzioni amministrative pecuniarie ai sensi della legge 24 novembre 1981, n. 689.

Art. 5.

(Coltivazione e detenzione in forma associata per uso personale di cannabis).

1. Qualsiasi persona maggiorenne può coltivare legalmente in forma associata, ai sensi del titolo II del libro primo del codice civile, piante femmina di cannabis. Nel caso in cui la coltivazione avvenga all'aperto essa deve essere effettuata esclusivamente in base ai principi dell'attività agricola biologica. Le associazioni hanno lo scopo esclusivo della coltivazione di cannabis, nonché della detenzione e dell'uso dei prodotti da essa ottenuti per il consumo personale degli associati.

2. Le associazioni di cui al comma 1 sono composte da un numero massimo di cento associati. La cannabis e i suoi derivati non possono essere venduti ottenendo un prezzo in denaro o ceduti in cambio di altre e diverse utilità.

3. All'atto della costituzione di un'associazione avente il fine di coltivare cannabis per uso personale, il legale rappresentante

deve comunicare la volontà di coltivare cannabis all'ufficio dell'assessorato regionale competente per l'agricoltura.

4. Il numero di piante femmina di cannabis coltivabili da ciascuna associazione autorizzata è pari a cinque piante per ciascun associato.

Art. 6.

(Coltivazione di cannabis a fini commerciali).

1. La coltivazione di cannabis a fini commerciali può essere effettuata esclusivamente da soggetti maggiorenni, secondo le modalità disciplinate dal regolamento di cui all'articolo 7, comma 2. In ogni caso, al coltivatore di cannabis è prescritto l'obbligo di comunicazione della data di inizio della coltivazione, del nome delle varietà di cannabis utilizzate e della quantità di seme utilizzata per ettaro.

2. Nel caso di violazione delle norme sulla coltivazione all'aperto relative al rispetto dei principi sull'attività agricola biologica, al coltivatore di cannabis si applicano una sanzione amministrativa pecuniaria ai sensi della legge 24 novembre 1981, n. 689, nonché la temporanea interdizione dall'attività di produzione di cannabis. Il prodotto coltivato è altresì confiscato e distrutto dalle autorità competenti.

Art. 7.

(Commercio all'ingrosso e vendita al dettaglio della cannabis e dei suoi derivati).

1. Il commercio all'ingrosso e la vendita al dettaglio della cannabis e dei suoi derivati sono legali.

2. Con regolamento emanato con decreto del Presidente della Repubblica, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sentite le Commissioni parlamentari competenti, previa acquisizione del parere in sede di Conferenza unificata

di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono disciplinati, nel rispetto delle disposizioni di cui alla presente legge, i presupposti per il rilascio e per la revoca delle autorizzazioni al commercio e alla vendita della cannabis e dei suoi derivati, i controlli, le caratteristiche dei prodotti destinati alla vendita all'ingrosso e al dettaglio, la tipologia degli esercizi autorizzati alla vendita e la loro distribuzione nel territorio.

3. Sulle confezioni di cannabis e dei suoi derivati destinate alla vendita al minuto devono essere specificati il livello di principio attivo di THC presente nella sostanza, la provenienza geografica della stessa e l'avvertimento che «un

consumo non consapevole può danneggiare la salute».

Art. 8.

(Attività di vendita al dettaglio della cannabis e dei suoi derivati in zone individuate dagli enti locali).

1. Gli enti locali, di concerto con l'amministrazione centrale, nel rispetto di quanto previsto dagli articoli 4 e 7, individuano i luoghi nei quali è consentito l'esercizio dell'attività di vendita al dettaglio della cannabis e dei suoi derivati. I luoghi non possono essere individuati in prossimità di edifici scolastici.

Art. 9.

(Modifiche al testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, per la semplificazione del regime di prescrizione, distribuzione e dispensazione dei medicinali a base di cannabis).

1. Al testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 26, il comma 2 è sostituito dal seguente:

«2. Il Ministro della salute può autorizzare enti, persone giuridiche private, istituti universitari e laboratori pubblici aventi

fini istituzionali e di ricerca alla coltivazione delle piante di cui al comma 1 per scopi scientifici, sperimentali, didattici, terapeutici o commerciali finalizzati alla produzione medicinale»;

b) all'articolo 38 è aggiunto, in fine, il seguente comma:

«7-bis. Il Ministero della salute promuove, d'intesa con l'Agenzia italiana del farmaco, la conoscenza e la diffusione di informazioni sull'impiego appropriato dei medicinali contenenti principi naturali o sintetici della pianta di cannabis»;

c) all'articolo 41, comma 1-bis, dopo le parole: «di cui all'allegato III-bis,» sono inserite le seguenti: «ovvero per quantità terapeutiche di medicinali contenenti principi naturali o sintetici derivati dalla pianta di cannabis» e dopo le parole: «alla terapia del dolore secondo le vigenti disposizioni,» sono inserite le seguenti: «nonché di malati affetti da una sintomatologia che risponda favorevolmente a tali preparati,»;

d) all'articolo 43:

1) dopo il comma 5 è inserito il seguente:

«5.1. La prescrizione di preparazioni e di sostanze vegetali a base di cannabis comprende le preparazioni o i dosaggi necessari per una cura di durata non superiore a sei mesi. La ricetta contiene altresì l'indicazione del domicilio professionale e del recapito del medico da cui è rilasciata»;

2) dopo il comma 8 è inserito il seguente:

«8-bis. Chiunque è autorizzato a trasportare preparazioni e sostanze vegetali a base di cannabis purché munito di certificazione medica per l'effettuazione di terapie domiciliari».

Art. 10.

(Divieto di propaganda pubblicitaria).

1. È vietata la propaganda pubblicitaria, diretta o indiretta, della cannabis e dei suoi derivati.

2. Ai fini di cui al comma 1, non costituiscono propaganda pubblicitaria le opere dell'ingegno destinate alla pubblicità, disciplinate dalla legge 22 aprile 1941, n. 633.

Art. 11.

(Controlli).

1. Il controllo sulla qualità della coltivazione della cannabis e dei suoi derivati è svolto dalla Direzione generale della prevenzione e del contrasto alle frodi agro-alimentari del Dipartimento dell'Ispettorato centrale della tutela della qualità e della repressione frodi dei prodotti agroalimentari del Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali

e dal Comando carabinieri per la tutela della salute, posto funzionalmente alle dipendenze del Ministro della salute.

Art. 12.

(Relazione annuale alle Camere).

1. Entro il mese di gennaio di ogni anno, a decorrere dall'anno successivo a quello della data di entrata in vigore della presente legge, il Presidente del Consiglio dei ministri presenta alle Camere una relazione sullo stato di attuazione della stessa legge e sui suoi effetti.

Art. 13.

(Imposizione fiscale applicata alla cannabis e ai suoi derivati).

1. La cannabis e i suoi derivati sono assimilati ai tabacchi lavorati, ai sensi dell'articolo 39-ter del testo unico delle disposizioni legislative concernenti le imposte sulla produzione e sui consumi e relative sanzioni penali e amministrative, di cui al decreto legislativo 26 ottobre 1995, n. 504, per l'applicazione dell'accisa e delle relative sanzioni.

Art. 14.

(Destinazione delle risorse finanziarie).

1. I proventi delle sanzioni amministrative pecuniarie previste dalla presente legge e dell'imposizione fiscale derivante dalla vendita legale della cannabis e dei suoi derivati sono destinati:

a) nella misura del 10 per cento per finanziamenti di campagne informative, volte al consumo consapevole di sostanze psicotrope come indicate nelle seguenti Convenzioni internazionali: Convenzione unica sugli stupefacenti, adottata a New York il 30 marzo 1961, resa esecutiva dalla legge 5 giugno 1974, n. 412; Convenzione sulle sostanze psicotrope, adottata a Vienna il 21 febbraio 1971, resa esecutiva dalla legge 25 maggio 1981, n. 385; Convenzione delle Nazioni Unite contro il traffico illecito di stupefacenti e sostanze psicotrope, fatta a Vienna il 20 dicembre 1988, resa esecutiva dalla legge 5 novembre 1990, n. 328. Sono oggetto prioritario di tali finanziamenti i programmi terapeutici e riabilitativi per persone affette da tossicodipendenze o da ludopatie e per il loro reinserimento sociale;

b) nella misura del 15 per cento per finanziamenti di attività di previdenza sociale;

c) nella misura del 15 per cento per finanziamenti di attività di assistenza sociale;

d) nella misura del 20 per cento per la riduzione delle imposte sul lavoro e sull'impresa e per il finanziamento di incentivi all'occupazione;

e) nella misura del 30 per cento per finanziamenti di investimenti produttivi;

f) nella misura del 10 per cento per la riduzione del debito pubblico.

2. Il vincolo di destinazione dei fondi utilizzati ai sensi del presente articolo deve essere oggetto di specifica trattazione da parte del Presidente del Consiglio dei ministri all'atto della relazione annuale alle Camere di cui all'articolo 12.

Art. 15.

(Sanzioni).

1. In caso di violazione delle disposizioni degli articoli 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 10 si applica, ove non previsto diversamente, una sanzione amministrativa non superiore a 5.000 euro in ragione della gravità della violazione e dell'eventuale reiterazione della stessa.

2. Le sanzioni previste dall'articolo 73 del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, non si applicano in relazione alla coltivazione, cessione, detenzione e vendita di cannabis e suoi derivati effettuate nell'osservanza delle disposizioni di cui alla presente legge.

Art. 16.

(Delega al Governo, abrogazioni e coordinamenti).

1. Il Governo è delegato ad adottare, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi di adeguamento della disciplina della tossicodipendenza ai contenuti della presente legge, attenendosi ai seguenti principi e criteri direttivi:

a) elaborazione di un testo unico delle disposizioni, anche di rango regolamentare, in materia, con le modifiche strettamente necessarie per il coordinamento delle disposizioni stesse, salvo quanto previsto nelle lettere b) e c);

b) coordinamento formale e sostanziale del testo delle disposizioni legislative vigenti, apportando le modifiche necessarie per garantire la coerenza giuridica, logica e sistematica della normativa e per adeguare, aggiornare e semplificare il linguaggio normativo;

c) risoluzione delle antinomie in base ai principi dell'ordinamento e alle discipline generali regolatrici della materia; indicazione esplicita delle norme abrogate, fatta salva l'applicazione dell'articolo 15 delle disposizioni sulla legge in generale

premessa al codice civile; in relazione alla classificazione della cannabis e dei suoi derivati prevista ai sensi dell'articolo 14, comma 1, lettera b), numero 1), del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, applicazione della disciplina speciale prevista dalle disposizioni di cui alla presente legge.

2. I decreti legislativi di cui al comma 1 sono adottati su proposta del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro della salute e con i Ministri interessati, previa acquisizione del parere in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e del parere del Consiglio di Stato, che sono resi nel termine di quarantacinque giorni dalla data di trasmissione di ciascuno schema di decreto, decorso il quale il Governo può comunque procedere. Gli schemi dei decreti sono successivamente trasmessi alle Camere per l'espressione dei pareri delle Commissioni parlamentari competenti, che si pronunciano nel termine di sessanta giorni dalla data di trasmissione, decorso il quale i decreti legislativi possono essere comunque adottati. Se il termine previsto per il parere cade nei trenta giorni che precedono la scadenza del termine previsto al comma 1 o successivamente, la scadenza medesima è prorogata di novanta giorni.

3. Entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore dei decreti legislativi di cui al presente articolo, il Governo può adottare, nel rispetto degli oggetti e dei principi e criteri direttivi di cui al comma 1, uno o più decreti legislativi recanti disposizioni integrative e correttive. È conseguentemente adeguata anche la disciplina statale di fonte regolamentare.

4. Gli articoli 75, 75-bis e 79 del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, sono abrogati.

Art. 17.

(Norme transitorie).

1. Per effetto della depenalizzazione introdotta con le disposizioni di cui alla presente legge, cessano l'esecuzione e gli effetti penali delle condanne irrogate ai sensi dell'articolo 73 del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, in ordine alle ipotesi di coltivazione, cessione, vendita e detenzione della cannabis e dei suoi derivati.

Art. 18.

(Entrata in vigore).

1. Le disposizioni di cui alla presente legge entrano in vigore a decorrere dal sessantesimo giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale.



Con l'adesione di:
A Buon Diritto
ARCI
Comunità di
San Benedetto al Porto
Funzione Pubblica CGIL
Gruppo Abele
ITARDD
LegaCoopSociali
LILA

