

"La politica sanitaria degli antiproibizionisti sulla droga"

Tesi di Nicoletta Orlandi

INDICE

- 1) L'antiproibizionismo in Italia. Momenti importanti della sua storia, livelli organizzativi, rapporto con i partiti
- 2) L'antiproibizionismo: caratteri generali del pensiero antiproibizionista. I costi sociali del proibizionismo
- 3) Analisi della legge 162/90. Il referendum del 1993. Il quesito e le conseguenze del sì
- 4) I progetti di politica sanitaria: la risoluzione di Francoforte e l'agenzia comunale di Torino
- 5) La politica olandese in materia di droga
- 6) L'esperimento di distribuzione controllata di eroina in Svizzera

Conclusioni

Bibliografia "antiproibizionista"

Appendici varie (fonti normative, dati sul commercio e sul consumo di stupefacenti)

Introduzione

Le soluzioni finora adottate a livello sociale e politico sulle droghe mi hanno sempre particolarmente angosciata per gli scarsi risultati raggiunti e mi hanno sollecitato a chiedere quale potrebbe essere il modo migliore per superare l'attuale situazione di crisi.

Le politiche adottate in Italia finora mi hanno particolarmente delusa: di fronte a proclami ed annunci a favore della "lotta alla droga", i risultati non sembrano essere soddisfacenti.

A fronte di sequestri consistenti operati dalle forze di polizia, le organizzazioni criminali continuano le loro attività illecite favorendo le mafie legate a cartelli internazionali, la micro-criminalità continua a mietere vittime innocenti, molti giovani tossicodipendenti continuano a morire e a soffrire nelle strade e nelle carceri e la giustizia spesso è impotente.

Credo sia necessario porsi l'interrogativo: qual è il modo migliore per lottare contro la tossicomania e contro tutto il mercato criminale della droga?

Consumo di droga, traffico e criminalità sono, infatti, fenomeni strettamente legati.

I consumatori pongono un problema sociale, e le attuali politiche sulla droga non hanno strumenti per risolvere quest'aspetto.

Ma le politiche sulla droga hanno un nome ben preciso: proibizionismo.

Il proibizionismo non ha impedito l'enorme crescita del numero di tossicomani e non ha impedito gli enormi guadagni delle mafie.

Se si vuole esaminare il vasto e complesso mondo legato alla tossicodipendenza e alla droga, bisogna valutare con estrema attenzione le problematiche legate al traffico e alla criminalità che sono un prodotto del proibizionismo.

La criminalità internazionale è organizzata attraverso cartelli di produttori che approfittano della proibizione per accumulare enormi ricchezze.

Il denaro drenato da queste organizzazioni criminali è fonte di corruzione, in tutti quei paesi dove le fondamenta della democrazia sono fragili.

In ultima analisi, le conseguenze per i tossicodipendenti sono drammatiche anche a livello sanitario.

Infatti, è il proibizionismo a rendere così preziose e care le droghe, ed è il loro carissimo prezzo a spingere i tossicomani verso il crimine: il denaro che si procurano con gli scippi, i furti, le rapine, le aggressioni, serve a null'altro che ad arricchire i trafficanti; è il proibizionismo ad allontanare i tossicomani da possibili luoghi di recupero e cura.

Queste riflessioni mi hanno spinto a voler esaminare quale fosse la scelta sanitaria proposta dagli antiproibizionisti, a voler verificare sul campo la validità delle loro tesi.

Gli esempi sono piuttosto limitati, perché il proibizionismo è imposto come il solo scenario possibile.

Le iniziative degli antiproibizionisti sono state quindi impostate tutte come il tentativo di attenuare il quadro di riferimento della legislazione in vigore sperimentando forme nuove di politica sulla droga anche attraverso l'elaborazione di possibili modelli alternativi, modelli che sono stati modificati nel corso degli anni innanzitutto su quali sostanze fossero da legalizzare e su quale tipo di impatto tale legalizzazione dovrebbe avere nella società.

In Italia, negli ultimi anni, tutto il dibattito sulla legislazione ruota intorno agli effetti clamorosi del sì al referendum del 1993, spesso disattesi dalle leggi successive.

In particolare modo, ho esaminato l'importanza della riflessione sulla riduzione del danno fatta dagli antiproibizionisti, che ha trovato sempre maggiori consensi anche nell'altro fronte, al punto che si può affermare che essa rappresenta ormai una critica diretta al fondamentalismo proibizionista ed una breccia nel monolitismo di questa strategia.

Sono state quindi esaminate due tra le più importanti esperienze pilota di attenuazione della legislazione proibizionista realizzate, i cui risultati parlano chiari, non solo rispetto alla tossicodipendenza in s, ma anche rispetto alla diffusione dell'Aids: le cifre olandesi, per esempio, sono le più incoraggianti d'Europa.

L'esperienza di distribuzione controllata d'eroina iniziata in Svizzera conferma, tra le altre cose, il raggiungimento di un importante obiettivo: è possibile fare in modo che entrino in contatto con i servizi soggetti ad alto rischio che altrimenti sarebbero stati abbandonati a se stessi.

Si può parlare quindi di alcuni significativi risultati che dimostrano come sia necessario continuare ed approfondire la ricerca scientifica, divulgarne i risultati, portare a conoscenza le possibili alternative.

Capitolo I

L'antiproibizionismo in Italia. Momenti importanti della sua storia, livelli organizzativi, rapporto con i partiti.

Nei primi anni '70, l'antiproibizionismo incomincia ad essere oggetto di discussione politica tra l'opinione pubblica, come tema di dibattito sollevato dal movimento per i diritti civili che si sviluppa in quegli anni in Italia.

Con una lettera al "Messaggero" nel gennaio 1973, Pannella apre la campagna per la depenalizzazione e liberalizzazione delle droghe leggere, campagna che segue una stagione di penalizzazione dei giovani che fumano "spinelli".

La parola d'ordine era: "contro la droga di stato e per la liberalizzazione delle droghe leggere", per sottrarre migliaia di giovani al "fermo di droga" (cfr. Teodori, 1980, p. 23).

La campagna per la liberalizzazione delle droghe leggere trova il suo momento culminante il 2 luglio 1975 con l'arresto di Marco Pannella, che deliberatamente fuma in pubblico marijuana.

In carcere, Pannella rifiuta di chiedere la libertà provvisoria fino a che non riceve, dai Presidenti della Camera e del Senato, l'impegno e la garanzia a discutere ed a porre in votazione, entro 4 mesi, la legge di riforma. Di lì a qualche mese la legge viene approvata [cfr., Prova Antiproibizionista, 1997, p. 8].

Azioni di disobbedienza civile sulla droga vengono svolte periodicamente dai radicali, come momento di discussione e di iniziativa politica. Scrive Teodori: "Non c'è stato congresso radicale durante gli anni settanta che non abbia dedicato alla battaglia un gruppo di lavoro, con la partecipazione dei diretti interessati, e che non abbia portato ad una qualche risoluzione" [Teodori, 1980, p. 23].

Al XVII congresso del Partito Radicale, svoltosi nel 1976 a Napoli, una mozione approvata fa esplicito riferimento alla questione: "Il Congresso, poi, considerata la progressiva diffusione dei derivati della canapa indiana, il dilagare del fenomeno dell'eroina con conseguenze anche mortali, la recrudescenza della repressione nei riguardi di consumatori di canapa indiana (in particolare i coltivatori di erba per uso personale, che con la legge attuale vengono puniti al pari dei grandi produttori), ripropone con urgenza la necessità dell'analisi del fenomeno. Impegna altresì il partito a promuovere forme di lotta radicali non violente e di disobbedienza civile (auto-denuncia, detenzione e coltivazione di canapa indiana, occupazione simbolica di manifatture di tabacchi dello Stato), allo scopo di sollecitare in sede legislativa la proposta e l'approvazione degli emendamenti alla legge 685. Il Congresso raccomanda inoltre alle associazioni radicali di promuovere la costituzione di consultori di informazione e di assistenza legale" [Partito Radicale, 1985, pp. 57-58].

Vale la pena ricordare che la disobbedienza civile attuata dai radicali è praticata per rivolgersi al senso di giustizia della comunità, stimolando quest'ultima a prendere coscienza di una situazione che viene giudicata ingiusta, grave e manifesta.

Essenziale per la disobbedienza civile è la pubblicità delle azioni per la sua natura squisitamente politica. Si spiega così il motivo per cui alle numerose azioni di disobbedienza civile i radicali hanno sempre cercato di dare il massimo risalto [cfr. Pannella, 1997].

La nuova legge sulle droghe (L.685/1975), analizzata più avanti, giunta al termine di un travagliato itinerario parlamentare, grazie anche all'azione nel paese svolta dai radicali, pur rappresentando un passo avanti in senso liberale rispetto alla normativa precedente, non rispondeva certo ai criteri e ai principi propugnati dagli antiproibizionisti, per cui iniziò subito la battaglia per la revisione.

Ma la fine degli anni '70 coincide con l'aggravarsi della "questione droga". La situazione è infatti ben diversa da quella di una decina di anni prima. Allora l'eroina non esisteva, o quasi, in Italia e la diffusione di sostanze proibite riguardava soltanto i derivati della cannabis: le iniziative antiproibizioniste erano perciò concentrate soprattutto per denunciare l'uso repressivo delle leggi nei confronti di comportamenti generazionali e contro-culturali.

All'inizio di settembre del 1979 il ministro della sanità, il liberale Renato Altissimo, in un'intervista all' "Europeo", parla della somministrazione controllata dell'eroina ai tossicodipendenti. L'intervista è al centro di un intenso dibattito per un paio di mesi.

Durante il suo mandato da ministro, Altissimo produce per la prima volta un "rapporto droga" sulla situazione italiana a partire dai pochi e frammentari dati a conoscenza delle autorità sanitarie e di pubblica sicurezza ed appronta una serie di dossier a partire dall'analisi dei dati e dai suggerimenti di gruppi di studio inviati in Gran Bretagna e negli Stati Uniti.

"Il 10 marzo 1980, rispondendo alla Camera alle nostre interrogazioni, Altissimo annunciava un programma di interventi individuati nel dettaglio operativo che sarebbero forse stati messi in atto se non fosse subito dopo caduto il governo" [Teodori, 1980, p.26].

Nel dicembre 1979 viene presentata da deputati radicali e socialisti, primo firmatario Massimo Teodori, una proposta organica di revisione della legislazione incentrata sulla liberalizzazione delle "droghe leggere" e sulla distribuzione controllata ai tossicodipendenti delle sostanze da cui dipendono. Negli stessi giorni si fanno arrestare il segretario del Pr, Jean Fabre, ed Angiolo Bandinelli, consigliere comunale a Roma, per una pubblica "fumata" di marijuana.

Nel 1980 il Partito Radicale raccoglie oltre 500.000 firme su di un referendum per la legalizzazione delle droghe leggere; il referendum avrebbe dovuto tenersi nella primavera del 1981, ma nel gennaio di quell'anno la Corte costituzionale lo giudica inammissibile.

Veniva quindi individuato nel referendum uno strumento alternativo al presunto immobilismo legislativo, in grado di proporre temi di grande rilievo civile e sociale, chiamando i cittadini a decidere direttamente anche in contrapposizione alla politica dei partiti. Queste azioni politiche, pur non conducendo a nuovi esiti legislativi, raggiunsero l'obiettivo di diffondere una sensibilizzazione nei confronti delle posizioni di tipo liberale [cfr., Prova Antiproibizionista, 1997, pp.8-9]. Fu solo alla fine degli anni '80 che il dibattito sulla legalizzazione e sull'antiproibizionismo riprese vigore, nel momento in cui si fece acceso il dibattito sull'inasprimento delle pene per i consumatori e per gli spacciatori.

Nel 1988, nasce il Coordinamento Radicale Antiproibizionista, l'Associazione del Partito Radicale che da allora si occupa delle iniziative per la riforma delle politiche sulla droga.

Nel 1989 si costituisce a Roma la Lega Internazionale Antiproibizionista.

Caratteristica di queste due associazioni è quella di essere aperte ai non radicali e a quanti mostrano sensibilità ai temi antiproibizionisti.

Esse agiscono come delle lobbies di tipo democratico, con l'obiettivo di organizzare mobilitazioni in Italia e a livello internazionale, soprattutto nelle istituzioni.

In questo senso, ma al di fuori di queste due associazioni, molti antiproibizionisti danno vita nel 1989 e nel 1990 alla presentazione di liste "Antiproibizionisti sulla droga contro la criminalità politica e comune", che eleggono nel 1989 un parlamentare europeo e nel 1990 sei consiglieri regionali in Piemonte, Lombardia, Liguria, Veneto, Lazio ed Abruzzo, quattro consiglieri provinciali e sei comunali a Milano, Torino, Genova, Bologna, Trento e Roma, con l'obiettivo dichiarato di porre al centro delle istituzioni il tema della riduzione del danno e delle iniziative contro i grandi traffici internazionali e il mercato nero.

Nello stesso periodo, aumentano i consensi sulle proposte antiproibizioniste da parte di altri esponenti politici. Non solo singole personalità del mondo politico, di destra o di sinistra, ma anche singoli partiti fanno di questa battaglia un punto di riferimento: i Verdi e Rifondazione Comunista sono schierati per la legalizzazione delle droghe leggere e i Centri Sociali hanno posizioni marcatamente antiproibizioniste, anche se è ancora l'area radicale che si rende protagonista di iniziative dirimpenti.

Alla fine del 1991, il Cora promuove un referendum per l'abolizione delle sanzioni penali per il consumo di droga e per il riconoscimento della libertà terapeutica nella cura delle dipendenze: nel 1990 la legge sulla droga era stata infatti modificata.

Il semplice consumo di droga era divenuto nuovamente illecito penale ed erano stati di fatto proibiti i trattamenti delle dipendenze con farmaci sostitutivi [cfr. Cora, 1994].

Rimandando ai capitoli successivi l'analisi più dettagliata della legge, del quesito referendario e delle successive modifiche legislative, qui ricordiamo solamente che il referendum svoltosi nel 1993 viene vinto con il 52% circa dei voti a favore.

A conferma del carattere lobbistico del Cora, vale la pena ricordare che durante la campagna elettorale per le elezioni politiche del 1992, il Cora dichiara il proprio sostegno ai candidati antiproibizionisti presenti in diverse liste (Rifondazione Comunista, Verdi, Lista Pannella, Pds) e che per iniziativa dei parlamentari iscritti al Cora presenti nel Parlamento italiano si costituisce l'intergruppo antiproibizionista.

Lo stesso metodo fu usato durante le elezioni amministrative del 1993, svoltosi con un nuovo e diverso sistema elettorale. Il Cora propone ai candidati sindaci il proprio progetto per la creazione di una "Agenzia comunale sulle tossicodipendenze".

Adriano Sansa, candidato a Genova (poi eletto sindaco) si dichiara favorevole alla distribuzione controllata di eroina [cfr. Cora, 1994].

Altro strumento di pressione fu la raccolta di firme iniziata a novembre del 1993 su due proposte di legge di iniziativa popolare: per una nuova politica sulla droga, per la legalizzazione della cannabis e dei suoi derivati e per una nuova politica e cura dell'Aids.

Le firme necessarie (50.000) furono raccolte e superate, ma le due proposte di legge non furono mai inserite all'ordine del giorno della discussione in nessuna delle due Camere.

Nel 1995, il rilancio della campagna per la legalizzazione delle droghe leggere viene di nuovo affidata ad iniziative di disobbedienza civile, durante le quali viene distribuito gratuitamente e pubblicamente hashish.

Nel gennaio 1996, vengono depositate oltre 500.000 firme in calce ad un referendum per la legalizzazione delle droghe leggere ed un anno dopo la Corte Costituzionale lo dichiara inammissibile, motivando la sentenza con il vincolo costituito dalle convenzioni internazionali, che vieterebbero l'adozione di queste politiche di legalizzazione.

Note:

Massimo Teodori, *Droga: una lunga battaglia contro l'immobilismo per una nuova legge che salvi vite umane*, in: *Argomenti Radicali*, n.15, anno III, 1980

Cambiare le leggi con la nonviolenza, Prova Antiproibizionista, 1997

Marco Pannella, *"Lettera aperta ai miei giudici (dei quali so che sono stimati e stimabili, fortuna non sempre assicurata a tutti)"*, Prova Antiproibizionista, 1997

Partito Radicale, *Vita, Giustizia e Libertà 1955-1985*, 1985, ed. Partito Radicale

Sei anni di antiproibizionismo, Cora, 1994 in Agorà: notizie Cora, Agorà telematica, 21 aprile 1994

Capitolo II

L'antiproibizionismo: caratteri generali del pensiero antiproibizionista. I costi sociali del proibizionismo

Alla fine degli anni '80, la "questione droga" incominciò ad essere affrontata in Italia in modo sempre più ampio. Si incominciò a discutere della validità della normativa in vigore il cui impianto girava intorno alla legge 685 del 1975 e delle possibili modifiche da apportarvi. Ma, nel contempo, crebbe il dibattito, non solo in Italia, anche sugli effetti economici e sui rischi sociali delle legislazioni proibizioniste. Va subito fatta una precisazione: con il termine "liberalizzazione" veniva intesa, fino alla fine degli anni '70, una completa possibilità di uso e consumo delle cosiddette "droghe leggere". Di conseguenza il consumatore doveva essere sottratto dalla sanzione penale. Nel corso degli anni, però, la strategia antiproibizionista cambia, e la parola d'ordine "liberalizzazione" viene sostituita col termine "legalizzazione" con il quale si intende, come vedremo in seguito in modo più dettagliato, rendere legali la produzione, il consumo e la distribuzione delle droghe sotto il controllo legale dello Stato. Il termine "liberalizzazione" sta invece ad indicare, secondo gli antiproibizionisti, l'attuale situazione di mercato proibito all'interno del quale le droghe sono libere di circolare "24 ore su 24", data l'impossibilità, da parte dello Stato, di un controllo efficace a seguito del fallimento delle strategie proibizioniste. C'è quindi una netta differenza tra ciò che si intende per "liberalizzazione" e ciò che invece si auspica per "legalizzazione". L'assunto di fondo degli antiproibizionisti è che il proibizionismo è fallito, in quanto ha prodotto commercio illegale ed internazionale delle droghe e favorito gruppi criminali, i cosiddetti cartelli, le triadi e le mafie che ne traggono profitto.

Questo commercio va sempre più estendendosi, dal Nord America all'Europa al Medio Oriente, all'Asia, al Nord Africa e specialmente all'America Latina. Il fallimento del proibizionismo ha trasformato una questione di scelta personale e di salute in un dramma a dimensioni mondiali. La criminalità che ne deriva mette anche in pericolo i comuni cittadini, la loro sicurezza e le loro libertà civili.

Nella risoluzione politica della Lega internazionale antiproibizionista fondata a Roma il 31 marzo 1989 veniva sottolineato anche che:

"La versione moderna del proibizionismo ha cambiato le nostre grandi città in campi di battaglia senza riuscire a salvaguardare quelli che intendeva proteggere. Chi è tentato dalle droghe pesanti è spinto verso la criminalità e le malattie, di cui l'Aids è la peggiore. I consumatori occasionali si trovano a rischio d'imprigionamento, i consumatori regolari cadono nel crimine per finanziare la loro abitudine, i normali cittadini vengono a trovarsi in pericolo. Il costo del tentativo fallito di proibire alcune droghe, pur permettendo la pubblicità e la vendita di altre, quali l'alcool e il tabacco, è universale e incalcolabile. La libertà stessa è messa in pericolo dall'applicazione delle leggi contro le droghe, senza nessun vantaggio per gli individui o per la società" [Lia, 1989].

Ciò significa che si afferma il principio generale secondo il quale la legge non può reprimere delitti senza vittime .

In una comunicazione tenutasi al convegno "I COSTI DEL PROIBIZIONISMO" tenutosi a Bruxelles alla fine del 1988, Marie Andrée Bertrand, nota insegnante di criminologia all'Università di Montreal, affronta in particolare questi temi:

"Quando, quindici anni fa, al termine di quattro anni di studio e di ricerca attraverso tutto il paese e all'estero, ho presentato al governo canadese una relazione di minoranza richiedente l'abolizione del controllo sulle droghe, ero motivata dalle seguenti ragioni:

1. il reato di semplice possesso è un futile strumento di dissuasione;

2. più in generale, l'uso del diritto penale nel caso di crimini senza vittime: a) è inefficace; b) comporta il ricorso a procedimenti contrari ai diritti della persona: ispezioni, perquisizioni senza mandato, delatori, agenti infiltrati; c) è sempre fortemente arbitrario, in quanto gli abituali strumenti di rilevazione sono inadeguati e soltanto una frangia ingenua o sprovvista è soggetta alla repressione.

D'altronde, sono numerosi i filosofi del diritto e gli statisti ad aver riconosciuto che il ricorso al diritto penale al fine di ridurre i crimini senza vittime è illegittimo;

3. il costo della proibizione, più esattamente i costi, sono enormi: costi sociali, morali, economici; gli Stati vi sperperano il proprio onore e i fondi pubblici, e tali costi sono sproporzionati rispetto all'improbabile e minima efficacia della legge" [Bertrand, 1989, p.177-178].

Subito dopo, Bertrand aggiunge: "La funzione pedagogica del diritto penale, che deve ricordare ai cittadini i valori più importanti per la comunità sociale, risulta deviata dall'inclusione, a casaccio, nella stessa legge, di sostanze a nocività molto variabile, e di comportamenti di estremamente diversa gravità. In effetti, i provvedimenti sulle droghe prevedono ancora, in molti paesi, pene severe, che arrivano fino alla detenzione, per atti privi di reale gravità e non lesivi nei confronti di altre persone, e sanzioni equivalenti per il possesso e lo spaccio da un lato di sostanze prive di tossicità rilevata e dall'altro di droghe che provocano serie intossicazioni; inoltre, gli Stati invocano il loro dovere di tutelare la salute dei cittadini come fondamento del controllo penale di determinate sostanze, e contemporaneamente percepiscono considerevoli entrate dalla vendita di altre droghe giudicate del tutto nocive come il tabacco e l'alcool" [ivi, 178].

Poi, continua:

"L'effetto di dissuasione si è rivelato nullo, se non su qualche singolo consumatore, per lo meno sull'insieme delle popolazioni interessate.

Il numero degli utilizzatori è aumentato, il traffico si è raffinato nel caso in cui ciò si era reso necessario, ma più spesso la maggior parte delle transazioni illecite relative a piccole quantità avviene alla vista e alla conoscenza delle autorità di polizia che hanno rinunciato ad intervenire; può darsi che il consumo di certe droghe popolari negli anni sessanta e settanta sia diminuito (LSD, colla, allucinogeni potenti), ma sappiamo che in ciò il diritto penale non ha avuto alcun merito. Sono stati gli utilizzatori stessi e l'opinione pubblica a rendere tali sostanze impopolari, denunciandone efficacemente gli effetti nocivi rilevati" [ivi, 179].

Risulta evidente che "il costo dell'applicazione delle leggi sulle droghe non ha cessato di salire; tali leggi hanno comportato la creazione di reparti speciali di polizia, hanno sovraccaricato i tribunali, le prigioni, i servizi di cura e riabilitazione penale" [ibidem].

"La politica abolizionista ha in effetti, e come previsto, incentivato i mercati illegali; il commercio internazionale si intensifica; i corpi di polizia di tutti i paesi hanno perduto la guerra contro la droga.

Il trattamento forzato e la carcerazione dei tossicodipendenti allo scopo di ridurre la loro dipendenza si sono conclusi con clamorosi fallimenti.

D'altra parte, fatti nuovi sono venuti ad aggiungersi ai motivi che mi spingevano a raccomandare l'abolizione delle leggi sulle droghe.

In numerosi paesi occidentali, si è giunti alla conclusione che molte droghe lecite provocano un danno certo alla salute dei cittadini e che i costi comportati dall'abuso di tali sostanze superano la soglia di tollerabilità.

Tale constatazione ha due effetti. In primo luogo, essa dimostra la netta incoerenza degli Stati che si preoccupano di alcune sostanze per renderle oggetto di divieto nel codice penale, ma contestualmente incoraggiano segretamente e tollerano pubblicamente il consumo di nicotina ed alcool; in secondo luogo, le reazioni sociali ai danni di queste due droghe si rivelano molto più salutari ed efficaci di quelle prevalenti nell'ambito delle droghe illegali.

Gli Stati, sicuramente alcuni, vietano la promozione in trasmissioni del servizio pubblico radiotelevisivo di tali sostanze e impongono che la pubblicità sia accompagnata da avvisi di pericolosità; il pubblico e le associazioni di cittadini si mobilitano per limitare ai soli consumatori, nel caso della sigaretta, i danni derivanti dal consumo.

Con riferimento all'alcool, la reazione è altrettanto interessante. Dato che è la guida in stato di ebbrezza a rappresentare un pericolo sociale, è questa ad essere sanzionata e non il consumo; alcune campagne intelligenti permettono all'utilizzatore tale consumo senza mettere a repentaglio la vita degli altri cittadini" [Ivi, 179-180].

Emergono quindi una serie di contraddizioni da parte dei proibizionisti: si vuole eliminare un pericolo sociale, ma le conseguenze sono, allo stato dei fatti, negative: carceri piene di tossicodipendenti, "ingolfamento" della giustizia, incapacità della polizia a risolvere i problemi della sicurezza legati ai reati derivanti dalla diffusione delle droghe.

La conclusione di Bertrand:

"Analizzando le origini di tali resistenze alla modifica delle leggi sulle droghe mi si sono chiaramente rivelate l'immoralità, l'ipocrisia e la illegittimità della proibizione.

Queste resistenze si collocano a livello nazionale e internazionale. Tutti coloro che hanno a cuore la modifica delle leggi attuali devono farsi carico di analizzarle per combatterle" [ivi, 180].

Altro aspetto analizzato dagli antiproibizionisti è quello relativo alla trasformazione della democrazia in "narcocrazia".

Non è soltanto la salute dei tossicomani ad essere in gioco, ma anche quella dell'intera società ed in particolare dell'economia del "denaro sporco".

Secondo gli antiproibizionisti, la legalizzazione del mercato delle droghe è resa urgente dalla pericolosità della narcocriminalità e dall'esigenza di sollevare la polizia e la magistratura da una guerra perduta in partenza.

Si libererebbero così risorse da utilizzare per combattere le altre forme di criminalità.

Come scrive Taradash, si legge sul più recente rapporto dell'Organo internazionale di controllo degli stupefacenti: "L'uso delle droghe illegali, tanto naturali che sintetiche, ha conosciuto una crescita così rapida negli ultimi vent'anni che minaccia oggi tutti i paesi e tutti gli strati sociali. Il fenomeno non è proprio né dei grandi centri urbani, né degli intellettuali o degli analfabeti, dei ricchi o dei poveri: si è diffuso ormai dappertutto, nelle scuole, sui luoghi di lavoro, nel tempo libero, nello sport". E si aggiunge: "La produzione e la fabbricazione clandestina di droghe tocca un numero crescente di paesi, in numerose regioni del mondo. Tali attività, che raggiungono proporzioni allarmanti, sono finanziate e dirette da organizzazioni criminali che hanno ramificazioni internazionali e beneficiano di complicità nel sistema finanziario. I grossi trafficanti di droga utilizzano spesso dei canali impiegati da importanti società multinazionali assolutamente legali. Avendo a disposizione fondi pressoché illimitati, i trafficanti corrompono i funzionari, diffondono la violenza e il terrorismo, influenzano l'applicazione delle convenzioni internazionali per la lotta contro la droga e esercitano nei fatti un vero e proprio potere politico ed economico in molte regioni del mondo.

E' la descrizione di una nuova forma di governo, la peggiore mai immaginata, la Narcocrazia" [cit.in Taradash, 1989, pp.172-173].

Esiste quindi un meccanismo di integrazione dei narcotrafficanti nel circuito legale.

Va sottolineato a tal proposito la stretta correlazione tra il traffico della droga e quello delle armi.

"La maggior parte dei movimenti terroristici, di qualsiasi appartenenza ideologica essi siano, e persino ufficiali di alto livello, sarebbero impegnati in questo 'scambio' secondo rapporti ufficiali della CIA. L'importanza delle somme da riciclare costringe poi il trafficante ad inserirsi nel settore economico legale" [Robert, 1995, p. 23].

E più avanti. "Ormai sono settori chiave dell'economia ad essere investiti: la costruzione e l'edilizia, il settore del turismo e quindi anche le catene alberghiere e i trasporti, senza dimenticare la finanza.

Garantendo l'anonimato, i titoli di Stato, emessi dalla maggior parte dei governi europei per lottare contro il deficit, offrono un metodo molto comodo per il riciclaggio. In generale, il denaro sporco sarà reinvestito in tutti i settori dell'economia legale che necessitano della manipolazione di somme notevoli di denaro liquido" [ivi, p. 23-24].

Nel concreto, le misure alternative al proibizionismo si presentano sotto diversi modelli di legalizzazione che possono essere racchiusi in tre categorie principali, che non sono però tra loro incompatibili: il modello medico, il commercio passivo ed il modello liberale.

Gli obiettivi che gli antiproibizionisti vogliono raggiungere attraverso ciascuna di queste proposte di legalizzazione del mercato sono essenzialmente la diminuzione drastica del prezzo delle droghe, la messa fuori gioco delle organizzazioni criminali, con la conseguente scomparsa della delinquenza indotta e un miglioramento della qualità dei prodotti, grazie ai controlli dello Stato oppure ai meccanismi della concorrenza, secondo i modelli di riferimento.

Inoltre, tutti i sostenitori della legalizzazione credono che la prevenzione e la deterrenza si attuino meglio attraverso l'educazione che la repressione.

1) Il modello medico è quello che si allontana di meno dal regime attuale, in quanto prevede che si rimpiazzino la penalizzazione di un comportamento con la sua medicalizzazione.

"La medicalizzazione è generalmente presentata come una fase di passaggio dal sistema proibizionista a quello di legalizzazione, un momento di informazione e prevenzione la cui durata può variare a seconda del grado di consapevolezza acquisita dalla società sui rischi delle nuove droghe ad accesso legale" [Taradash, 1991, p. 171].

2) Il modello del commercio passivo prevede la creazione in ogni paese di un monopolio di Stato che si occupi della produzione, della trasformazione, dell'importazione e della commercializzazione delle sostanze attualmente proibite.

Mira a garantirne la disponibilità per gli utilizzatori, vietando completamente ogni forma di promozione del mercato.

"Anche se ciascuna droga presenta delle caratteristiche particolari che richiedono una regolamentazione specifica, il commercio passivo si basa su alcuni principi comuni: discrezione nell'uso, divieto di propaganda, produzione e distribuzione strettamente controllati" [ivi, p.180].

È il modello che più si avvicina al proibizionismo perché mira a sostituire alla guerra armata alla droga una "lotta civile contro l'abuso delle sostanze".

3) Il modello liberale assegna alle leggi del mercato - precisamente a quelle dell'offerta e della domanda - il compito di regolamentare la disponibilità, il prezzo e la varietà delle sostanze.

"Generalmente i sostenitori della tesi del "libero mercato", vale a dire: regole ridotte al minimo, non sono contrari all'educazione e alla prevenzione, al contrario: le risorse oggi impegnate nella repressione potrebbero essere utilizzate a questo fine" [ivi, p.175].

Una versione prudente del libero mercato è quella che va sotto il nome di "tasse e controlli", perché si propone di creare progressivamente un mercato legale con cui il mercato nero non possa competere.

"Legalizziamo e tassiamo le sostanze attualmente controllate. Le tasse sarebbero usate per l'educazione contro la droga e per pagare i costi sociali e medici dell'abuso di droga. Una commissione dovrebbe essere istituita col compito di decidere questi costi separatamente per ogni droga, e la percentuale di tassazione sarebbe adeguata periodicamente per riflettere questi dati. Così il governo riconoscerebbe l'impossibilità di eliminare del tutto l'uso di droga e impiegherebbe il suo potere di tassare e la sua autorità educativa per incoraggiare un uso più sicuro delle droghe. Le droghe che sono legali oggi, alcool e tabacco, non si distinguerebbero dalle altre" [Grinspoon, 1989, p.236].

Questi tre modelli non sono di per sé rigidamente incompatibili: infatti costituiscono delle ipotesi che possono essere modulate in base, per esempio, alle sostanze trattate.

L'obiettivo dichiarato è infatti quello di avere un equilibrio tra l'esigenza di dissuasione dal consumo e l'esigenza della non induzione del mercato parallelo.

Il modello di riferimento analizzato successivamente è quello medico che, a partire dalle iniziative sulla riduzione del danno, è stato maggiormente dibattuto dal movimento antiproibizionista italiano, pensiamo perché può in una prima fase essere attuato anche in un regime proibizionista.

Note:

Lega Internazionale Antiproibizionista, *Risoluzione politica del congresso di fondazione della Lega Internazionale antiproibizionista*, Roma, 30 marzo - 1 aprile 1989 in *Notizie Radicali* n. 175 del 14 agosto 1989

Bertrand Marie Andrée, *L'immoralità della proibizione*, in *I costi del proibizionismo Atti del colloquio internazionale sull'antiproibizionismo*, Bruxelles, 28 settembre - 1 ottobre 1988, a cura del Cora, Roma, 1989

Taradash Marco, *Verso la narcocrazia?*, in *I costi del proibizionismo Atti del colloquio internazionale sull'antiproibizionismo*, Bruxelles, 28 settembre - 1 ottobre 1988, a cura del Cora, Roma, 1989

Robert Jean-Luc, *Le tre leggi di una economia illegale. I radicali e le droghe*, in: *Basta con il proibizionismo*, Roma, 1995

Taradash Marco, *Come riformare la politica sulla droga*, in *Legalizzare la droga. Una ragionevole proposta di sperimentazione*, Feltrinelli, Milano, 1991

Grinspoon Lester, *La tassa sulla nocività: una proposta per regolamentare e tassare le droghe*, in *I costi del proibizionismo Atti del colloquio internazionale sull'antiproibizionismo*, Bruxelles, 28 settembre - 1 ottobre 1988, a cura del Cora, Roma, 1989

Capitolo III

Analisi della legge 162/90. Il referendum del 1993. Il quesito e le conseguenze del sì.

Gli albori della normativa sugli stupefacenti sono caratterizzati in Italia, almeno fino alla metà degli anni '50, da un certo distacco riguardo al problema.

Una sorta di "indifferenza" porta alla legge del 1923, con cui inizia la regolamentazione del settore, a non punire in alcun modo l'uso individuale di droga, mentre ne sanziona "l'uso di gruppo" ed il "traffico illecito".

Tale impostazione non subisce apprezzabili modifiche neanche con il codice penale del 1930, che prevede come reati il commercio clandestino di stupefacenti, l'agevolazione dolosa all'uso e la vendita ai minori di 16 anni, ma non prende in considerazione il consumo individuale se non in casi particolari, per esempio la somministrazione di bevande alcoliche a minori o a infermi di mente [cfr.art. 689 del codice penale].

E' con la legge n. 1041 del 1954 (Disciplina della produzione, consumo e commercio delle sostanze stupefacenti) che entra in campo una normativa diversa.

L'aumento del consumo di stupefacenti e dei fenomeni di tossicodipendenza fa sì che si decida di intervenire su due piani: quello sanzionatorio (introduzione di pene elevate per la detenzione di sostanza in qualunque quantità) e quello terapeutico-sanitario (con possibilità di ricovero coatto in ospedale psichiatrico) [cfr. Marafioti, 1994, p.2].

Dalla repressione si arriva alla stagione della "solidarietà" con la legge 685 del 1975, che rimarrà in vigore fino al 1990 e che considera l'uso di droga (indistintamente pesante e leggera) una devianza e la dipendenza una malattia.

I punti fondamentali della 685 sono la netta separazione tra la figura dello spacciatore e quella del consumatore, con la conseguente esclusione della punibilità per la detenzione di "modica quantità" finalizzata all'uso personale.

Tale legge prevede anche la creazione di servizi medici e assistenziali sul territorio.

"Ma a 15 anni dalla sua approvazione, il 30% dei centri di prevenzione e cura previsti non era nato e due regioni non avevano predisposto neanche la legge regionale" [ivi, p. 3].

La legge 162/90 e le successive modifiche

Arriva poi il momento della legge 162 del 1990, che sancisce il "divieto di drogarsi" e prevede sanzioni amministrative e penali per ogni forma di detenzione di stupefacenti, anche in quantità minima.

Si va dal ritiro della patente e/o del passaporto, al sequestro di veicoli di proprietà, al divieto di allontanarsi dal comune di residenza, per arrivare alla carcerazione.

Tutto l'impianto ideologico prende spunto dalle leggi approvate, alla fine degli anni '80, dal Parlamento degli Stati Uniti che prevedevano, attraverso modifiche legislative, l'inasprimento delle pene per i consumatori e per gli spacciatori e di altro

genere (istigazione allo spionaggio, test antidroga generalizzati, propaganda ideologica) fino alla pena di morte [cfr, Cora, 1989 pp.7-9].

Secondo gli antiproibizionisti, le modifiche della legge 685 dovevano partire dalla regolamentazione legale di tutte le sostanze psicoattive, con una loro conseguente riclassificazione di rischio e di pericolosità, dalla legalizzazione di hashish e marijuana, dalla "disponibilità per i tossicodipendenti di un ampio ventaglio di opzioni di assistenza e trattamento, ivi incluso quello di mantenimento a base di stupefacenti oggi illegali"[ivi, p. 7].In particolare, si richiedeva "l'adozione di un sistema di tassazione per le droghe, in proporzione al danno individuale e sociale che possano provocare, devolvendo parte delle entrate a programmi di informazione, prevenzione e riabilitazione"[ivi, p. 7-8].

In questo quadro, si richiedeva la riforma della disciplina pubblicitaria di tutte le sostanze psicotrope, alcool e tabacco compresi e "la promozione di campagne di informazione su droghe legali e illegali, atte a concederne l'uso e sconfiggerne l'abuso, a salvaguardia della libertà e della salute dei cittadini" [ibidem].

Quali sono i punti più significativi della legge 162 del 1990?

L'impianto generale della legge si regge sul principio della punibilità dei consumatori, sia di droghe leggere che di droghe pesanti.

Seppure la legge preveda che in determinate circostanze si possa procedere con sanzioni amministrative o con una semplice diffida, le sanzioni amministrative per il possesso di droga sono limitate.

Viene operata una differenziazione tra le diverse sostanze psicotrope, che vengono raggruppate in sei tabelle di classificazione approvate dal Ministro della Sanità.

La coltivazione, produzione, raffinazione e vendita, ed anche la semplice detenzione di quantità eccedenti la misura definita "dose media giornaliera", di cocaina, sostanze oppioiderivate e altre droghe cosiddette "pesanti" è punita con la reclusione da 8 a 20 anni e con la multa da 50 a 500 milioni di lire. Per cannabis e hashish la pena prevista è da 2 a 6 anni e la multa da 10 a 150 milioni. Nel caso il reato - in quanto a mezzi, modalità e circostanze - venga definito di "lieve entità", si applica una pena da 1 a 6 anni ed una multa da 5 a 50 milioni per le droghe cosiddette "pesanti", e da 6 mesi a 4 anni e multa da 2 a 20 milioni per le droghe cosiddette "leggere". Le stesse pene sono diminuite, dalla metà ai due terzi, per l'autore di reato che collabori concretamente con l'autorità giudiziaria. Quando il commercio di sostanze psicotrope è commesso da tre o più persone in concorso tra loro, con specifico carattere di associazione finalizzata al traffico illecito di stupefacenti, la pena prevista è la reclusione non inferiore ai 20 anni, per chi promuove e dirige l'associazione, e non inferiore a 10 anni per chi vi partecipa; tali pene vengono ulteriormente aumentate nel caso l'associazione disponga di armi e se gli associati sono in numero superiore a nove [cfr. Aspe, 1988, p.12].

La legge dichiara vietato l'uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Le sanzioni previste sono di due tipi: uno amministrativo e l'altro penale. Chiunque detenga, per farne uso personale, una quantità di sostanze non eccedenti la quantità di principio attivo, definita "dose media giornaliera" (nel caso di superamento di tale quantità scattano le pene previste per il traffico) e stabilita con apposite tabelle dal ministro della Sanità, è sottoposto alla sospensione della patente di guida, del passaporto, del porto d'armi e del permesso di soggiorno per un periodo da 2 a 4 mesi, nel caso di droghe cosiddette "pesanti" e da 1 a 3 mesi, nel caso di droghe cosiddette "leggere". Se l'Autorità preposta all'emanazione delle sanzioni amministrative - il Prefetto - ritiene che la persona in oggetto si asterrà nel futuro dal consumare droghe, per una sola volta, non commina la sanzione. Il procedimento sanzionatorio è pure sospeso nel caso in cui l'interessato richieda di essere sottoposto a programma terapeutico ed il Prefetto ne ravvisi l'opportunità.

Nel caso l'interessato interrompa per due volte il programma terapeutico o non si presenti innanzi al Prefetto, viene deferito all'Autorità giudiziaria che stabilisce nuovi obblighi (ad es.: divieto di lasciare l'abitazione in certi orari, divieto di uscire dal Comune di residenza, ecc.).

Nel caso di violazione di tali obblighi o in quello di terza segnalazione all'Autorità amministrativa il contravventore è punito con l'arresto sino a tre mesi o con l'ammenda sino a 5 milioni di lire [ivi, p. 22].

Il trattamento terapeutico può essere imposto oppure scelto volontariamente dai soggetti puniti per i vari reati relativi alle sostanze stupefacenti e può sostituire o affiancare la pena.

La legge prevede che le pene detentive per i reati legati allo stato di tossicodipendenza siano scontate in strutture carcerarie idonee allo svolgimento di programmi terapeutici.

Per il soggetto tossicodipendente, trovato in possesso di una quantità non superiore alla cosiddetta "dose media giornaliera", che accetti di essere sottoposto a programma terapeutico è prevista la sospensione della sanzione penale o amministrativa; alla persona tossicodipendente condannata, per reati connessi al proprio stato, ad una pena non superiore a 3 anni l'esecuzione della stessa può essere sospesa per 5 anni, qualora la persona sia sottoposta od abbia in corso un programma terapeutico e socio-riabilitativo. Se il condannato termina il programma e nei cinque anni successivi, non commette alcun reato, la pena viene estinta [ivi, pp. 26-27].

La legge sulle tossicodipendenze ha ridefinito gli strumenti istituzionali per la formulazione delle politiche e dei programmi di intervento nella lotta alla droga.

Il Presidente del Consiglio dei Ministri presiede il "Comitato di Coordinamento nazionale per la lotta alla droga" formato dai ministri competenti Sanità, Difesa, Interno, Istruzione, Affari Sociali, Giustizia, Esteri affiancato da un Comitato di

esperti e dall'Osservatorio permanente sul fenomeno della droga. La Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, regioni e province autonome assicura il coordinamento tra il governo centrale e i governi regionali.

A livello locale, alle regioni e alle province autonome è attribuita dalla legge la funzione di programmare ed attuare i piani di intervento in tema di prevenzione e trattamento sanitario e socio-riabilitativo dei tossicodipendenti. I Comuni e le Comunità montane devono svolgere attività di prevenzione, di reinserimento scolastico, lavorativo e sociale del tossicodipendente [ivi, p. 36].

Numerose furono le prese di posizione contrarie alla legge, fin dal lungo dibattito parlamentare.

Da un punto di vista strettamente medico, viene innanzitutto osservato che i criteri di punibilità adottati comporteranno che i tossicodipendenti "per non correre rischi legali, (...) saranno spinti a comprare volta per volta dosi singole: il che li esporrà a più frequenti variazioni del dosaggio di sostanza pura e quindi a maggiori rischi di overdose. In alternativa, verrà incoraggiata nei tossicodipendenti la tendenza (tipica del loro stato) a somministrarsi tutta la dose acquistata anziché frazionare il dosaggio" [Arnao, 1989a, p. 11].

Ma anche il concetto di dose media giornaliera è fortemente criticato da un punto di vista medico o scientifico.

Scrivendo Arnao: "Il concetto di "dosi medie giornaliere" postula una serie di parametri quantitativi "universali" per le diverse sostanze.

Tale concetto ha un senso soltanto per sostanze che hanno anche un uso medico (come morfina ed eroina), in cui esiste infatti una quantificazione farmacologica delle "dosi massime". Va però considerato che (a causa del fenomeno della 'tolleranza') le dosi medie giornaliere per i tossicodipendenti sono molto superiori a quelle dei soggetti normali: è quindi inevitabile che i tossico-spacciatori (che vendono generalmente ad altri tossicodipendenti) detengano quantitativi superiori a quelli considerati come "dosi medie" in soggetti normali" [Arnao, 1989b], determinando così una forte probabilità per i piccoli spacciatori di incappare nella possibilità di incorrere nei reati che prevedono la reclusione da 8 a 20 anni e di perdere la possibilità di sostituire la pena con il trattamento.

Un altro aspetto critico è l'impostazione data dalla legge al rapporto fra tossicodipendenti e servizi.

Uno dei maggiori ostacoli al contatto fra istituzioni e tossicodipendenti è il timore di questi ultimi di essere comunque segnalati o schedati.

La legge propone al tossicodipendente un percorso obbligato al termine del quale, se il trattamento viene interrotto più di una volta, c'è la condanna penale.

Il rischio per il tossicodipendente di essere coinvolti nell'*iter* burocratico- repressivo del trattamento costituisce un motivo di diffidenza verso qualsiasi servizio di assistenza e ne accentua la tendenza alla clandestinità con un effetto anche pericoloso per la salvaguardia sanitaria della collettività, soprattutto se si considera l'alto numero di tossicodipendenti HIV positivi.

Ma, forse, le critiche maggiori riguardano l'impostazione fortemente ideologica della legge.

Secondo Arnao, la legge incarna una "Incongruenza che si concreta nel considerare la "droga" come qualcosa di intrinsecamente e oggettivamente diverso da altri intossicanti sociali legali come l'alcol" [ivi].

E in un saggio molto polemico, Luigi Ferrajoli così sintetizza le critiche alla legge: "La punizione, sia pure con sanzioni atipiche e non detentive, di chi detiene anche solo una dose di stupefacenti "non superiore a quella media giornaliera", le pene severissime previste per chi ne fa spaccio o per chi ne acquista o ne detiene una quantità superiore; la totale indeterminatezza legale dei reati e delle pene; il congegno punitivo, in parte amministrativo e in parte giudiziario, architettato per la detenzione delle dosi giornaliere e consistente in una forma bizzarra di processo pedagogico e intermittente finalizzato alla coazione al trattamento terapeutico. Si tratta di quattro novità che non solo contraddicono i valori liberali del diritto penale nello stato di diritto, sanciti dalla Costituzione repubblicana, ma che al tempo stesso sono in grado di produrre risultati diametralmente opposti a quelli proclamati dai sostenitori della legge." [Ferrajoli, 1991, p.135].

E più avanti: "Ma la legge del 1990 non punisce soltanto un'attività non dannosa per i terzi quale è il consumo di droghe. Punendo il consumo, essa si risolve inevitabilmente nella punizione della tossicodipendenza in quanto tale: cioè di una tragica e infelice condizione personale di dipendenza e di sofferenza che esula in gran parte, nei casi estremi, dalla stessa volontà della persona (...). Ciò che è grave, sul piano giuridico, è precisamente la punizione di una condizione personale in quanto tale, la quale contraddice un altro classico principio dello stato di diritto: quello secondo cui si può essere puniti soltanto *per ciò che si fa* e non già *per ciò che si è*, per come si agisce e non anche per la propria identità"[ivi, p.137]. Numerose furono le eccezioni di incostituzionalità sollevate da vari giudici di merito in relazione alla legge del 1990, respinte con la sentenza della Corte costituzionale n. 333/91.

Sarà il referendum del 18 aprile 1993 a cambiare, almeno in parte, il sistema penale previsto dalla legge.

La raccolta delle firme per il referendum fu promossa dai radicali e dal Coordinamento radicale antiproibizionista nel 1991.

Secondo i promotori "questo referendum servirà a due scopi. Primo, più diretto, ad abolire le norme della legge che hanno creato l'unica solidarietà vera che oggi esiste su tutto il territorio nazionale in materia di droga: quella tra consumatore e spacciatore. Non c'è giudice in Italia che non lo possa confermare: oggi colpire gli spacciatori è ancora più difficile di prima. La minaccia del carcere, rivolta contro chi acquista la droga, crea, o quantomeno rafforza, la connivenza con chi la vende. Risparmiando su tribunali e galere avremo più soldi per la sanità, e si potrà fare qualcosa di più per impedire che tanti ragazzi tossicodipendenti o, come sempre più spesso capita, ex-tossicodipendenti, muoiano di Aids.

La seconda questione per cui il referendum è stato presentato è di mantenere la questione droga-mafia-proibizionismo al centro del dibattito politico." [Cora, 1991].

La raccolta delle firme per il referendum iniziò dopo poco più di un anno dalla applicazione della legge e dalle prime diffusioni dei dati ufficiali secondo i quali "nei primi nove mesi del '91, nonostante l'aumento dei controlli e dei sequestri, i morti per overdose sono stati 946: 120 in più rispetto all'intero anno precedente, con un incremento del 14,5 per cento. In questa tragica impennata, vanno compresi i tre suicidi in carcere che durante l'estate avevano già riaperto le polemiche intorno al provvedimento, costringendo il governo a emanare d'urgenza un decreto per attenuare il rigore e correggere l'automatismo punitivo della nuova disciplina, secondo i suggerimenti della stessa Corte di Cassazione."

[Valentini, 1991].

Non solo, ma con la nuova legge aumenta il "costo di un'amministrazione giudiziaria ingorgata da processi per consumo di droga (nel primo anno di applicazione della legge gli arresti per droga sono stati oltre 30.000, con un aumento del 25% rispetto all'anno precedente)" [ibidem].

Col referendum sulla legge Jervolino-Vassalli veniva richiesta l'abrogazione delle norme (art. 76) che introducono, direttamente o indirettamente, sanzioni penali per l'uso personale delle sostanze illecite. Venivano invece mantenute in vigore le sanzioni amministrative previste nell'articolo 75, conformemente agli obblighi assunti dal Parlamento italiano con la ratifica, avvenuta nel 1990, della Convenzione ONU di Vienna del 1988 (non è consentito referendum abrogativo delle norme contenute nei trattati internazionali ratificati dall'Italia).

Veniva inoltre richiesta l'abrogazione della cosiddetta dose media giornaliera, vale a dire del criterio meccanico, esclusivamente quantitativo, che (art. 75 e 78) sancisce lo spartiacque fra l'uso personale e lo spaccio, e quindi fra la sanzione amministrativa e quella penale.

Abolendo le norme sottoposte a referendum, l'uso personale viene sanzionato sulla base dell'articolo 75 (che affida al prefetto tutta una serie di facoltà) e lo spaccio sulla base dell'art. 73, immutato. Il consumatore, insomma, non deve per questo solo motivo finire in galera.

Veniva richiesta anche l'abrogazione del primo comma dell'articolo 72 della legge, dove si afferma: "È vietato l'uso personale delle sostanze stupefacenti e psicotrope".

L'abolizione di questo articolo non aveva alcuna conseguenza pratica, poiché l'uso personale rimane - come vuole la Convenzione di Vienna - un illecito soggetto alle sanzioni previste nell'art. 75, ma espelle un elemento di "morale di Stato" del tutto anomalo all'interno della tradizione giuridica dello Stato di diritto.

Gli altri punti sottoposti a referendum riguardano la libertà del medico.

Si toglie al ministro della sanità la facoltà di stabilire limiti e modalità nell'uso di farmaci sostitutivi (art. 2) e si aboliscono le norme (art. 120 e 121) che impongono al medico di famiglia di comunicare al servizio pubblico per le tossicodipendenze il nome dei loro pazienti consumatori di sostanze proibite [cfr. Spagnoli, 1991].

Le conseguenze pratiche del referendum, quindi, erano l'abolizione delle sanzioni penali per i consumatori, l'abolizione del criterio della dose media giornaliera e la restituzione ai medici della libertà terapeutica. La detenzione di sostanze proibite per uso personale resterebbe illecita, e passibile di sanzioni amministrative (ritiro della patente, del passaporto, avvio al trattamento terapeutico, eccetera), ma in nessun caso i consumatori di sostanze proibite subirebbero - soltanto per questo motivo - una condanna penale. Ovviamente, rimaneva punito, come adesso, lo spaccio e ogni reato commesso per procurarsi le droghe. Con il referendum il giudice dovrà decidere caso per caso se l'imputato è consumatore o spacciatore.

"Si ricrea così anche il rapporto di fiducia fra medico e paziente. Il medico potrà scegliere, senza scontrarsi con disposizioni ministeriali ispirate a criteri non di salute ma di ordine pubblico, quale farmaco e quale posologia è necessaria al paziente tossicomane. Nello stesso spirito, si aboliscono le norme che obbligano il medico di famiglia a segnalare al servizio per le tossicodipendenze chi abbia fatto uso anche occasionale di sostanze proibite." [Maiolo, 1991]

Ecco per esteso il quesito referendario: "Volete voi che siano abrogati gli articoli 2 comma 1 lettera e) punto 4; 72 comma 1, 72 comma 2 limitatamente alle parole "di cui al comma 1"; 73 comma 1 limitatamente alle parole "e 76"; 75 comma 1 limitatamente alle parole "in dose non superiore a quella media giornaliera, determinata in base ai criteri indicati al comma 1 dell'art. 78"; 75 comma 12 limitatamente alle parole "rendendolo edotto delle conseguenze cui può andare incontro. Se l'interessato non si presenta innanzi al prefetto, o dichiara di rifiutare il programma ovvero nuovamente lo interrompe senza giustificato motivo, il prefetto ne riferisce al procuratore della Repubblica presso la pretura o al procuratore della Repubblica presso il tribunale per i minorenni, trasmettendo gli atti ai fini dell'applicazione delle misure di cui all'art. 76. Allo stesso modo procede quando siano commessi per la terza volta i fatti di cui ai commi 1 e 2 del presente articolo"; 75 comma 13 limitatamente alle parole "e nell'art. 76"; 76; 78 comma 1 limitatamente alle lettere b) e c); 80 comma 5; 120 comma 5; 121 comma 1; del D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309, "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossico-dipendenza"?[Spagnoli, 1991]

Il referendum fu approvato il 18 aprile 1993, con il 52% di sì e il 48% di contrari. Il Presidente della Repubblica il 5 giugno 1993 emanò il decreto che rese effettivo l'esito del referendum sulla legge Jervolino-Vassalli. Il decreto entrò in vigore il 6

giugno. Il testo del decreto fu pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale, Serie generale n.130 del 5-6-1993 (D.P.R. 5 giugno 1993, n.171).

Molti altri sono stati i provvedimenti legislativi in materia di droga negli ultimi anni, che hanno modificato l'impianto iniziale della legge 162/90 e, in qualche caso, hanno anche disatteso gli esiti del referendum.

Vanno innanzitutto segnalate le decine di reiterazioni del decreto legge, la cui prima versione era del 13 gennaio 1993 delle "Disposizioni urgenti per l'attuazione del testo unico sulle tossicodipendenze, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n.309".

Questo provvedimento ha subito notevoli cambiamenti nel corso delle varie reiterazioni. Per esempio, si è passato dal primo decreto, che prevedeva la "riduzione del danno" come principio ispirativo di politica sanitaria, a provvedimenti come quelli previsti dalla ventesima reiterazione del 16 luglio 1996, che prevedeva una limitazione dell'uso del metadone ai "progetti ed ai servizi interamente gestiti dalle unità sanitarie locali" (art.1, comma 3).

Altre modifiche significative hanno riguardato la modifica della quantità di "dose media", la previsione di sole sanzioni amministrative per il semplice consumo di sostanze stupefacenti, il rafforzamento dei compiti dell' "osservatorio per la lotta alla droga ", la creazione di un nucleo di valutazione sui criteri di verifica delle procedure e dei risultati raggiunti dai progetti finanziati attraverso il fondo nazionale e il trattamento di persone detenute affette da infezione da HIV.

Per quanto riguarda quest'ultimo provvedimento, se ne occupò in modo specifico il cosiddetto "decreto Martelli", che prende il nome dal ministro Grazia e giustizia Claudio Martelli, e che prevedeva misure alternative al carcere. Per la prima volta se ne occupò il decreto-legge 11 settembre 1992, n.374.

Di tutt'altro tenore è la cosiddetta "Legge Lumia" del 18 febbraio 1999 n.45, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 53 del 5 marzo 1999 dal titolo: "Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze".

La legge oltre ad una riorganizzazione della "burocrazia dell'antidroga" (problemi di personale, ruoli funzionali, stipendi e carriere) ha dato forza di legge alla proibizione dell'uso del metadone nell'ambito dei programmi "privati" finanziati dal Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga. In questo modo, viene limitato il diritto dei medici e dei tossicodipendenti e vi è un ritorno indietro rispetto alle disposizioni del referendum che avevano abrogato ogni restrizione per l'utilizzo dei farmaci sostitutivi nella cura delle tossicodipendenze. Viene di fatto reintrodotta il principio del "proibizionismo sulle cure" [cfr. Cora, 1999].

Uno degli effetti della legge è che "ostacola l'integrazione dei servizi pubblici e privati, proprio mentre essa sta producendo risultati favorevoli per la collettività e imporrà la sospensione di interventi o attività intraprese, comportando in questo modo un aumento, anziché - come sarebbe auspicabile - una riduzione dei danni connessi alla diffusione del consumo di droghe" [ibidem].

Nel 1997, gli antiproibizionisti proposero alla Conferenza nazionale sulle tossicodipendenze alcuni progetti di riforma legislativa che prevedevano innanzi tutto la "piena attuazione del principio (sancito dal referendum tenutosi nel 1993) della non punibilità della detenzione di droghe proibite destinate al consumo personale o di gruppo", l'abolizione delle sanzioni amministrative per il consumo di droghe proibite e la modifica del Codice della Strada per quanto riguarda la guida di autoveicoli sotto l'effetto di sostanze stupefacenti.

Si richiedeva che i controlli sul consumo di droghe proibite fossero simili alle misure adottate per il consumo di alcolici.

Per quanto riguarda le terapie, si chiedeva l'"estensione dell'utilizzo delle terapie farmacologiche sostitutive (metadone) e cambiamento della registrazione del farmaco per morfina e buprenorfina, prevedendone l'uso (di accertata efficacia) nella cura delle dipendenze, l'introduzione nella Farmacopea del LAAM (metadone ad azione prolungata: 72 ore), già presente nella Farmacopea di altri Stati" e l'"inserimento, fra le opzioni terapeutiche, di programmi di somministrazione controllata e sperimentale di eroina cloridrato nel trattamento di particolari stati di tossicodipendenza" [Cora, 1997].

Sui finanziamenti antidroga, la richiesta antiproibizionista andava nel senso di richiedere la riforma dei sistemi di finanziamento dei programmi di intervento, attraverso la definizione di criteri chiari e specifici (finalizzazione diretta alla cura delle dipendenze ed alla prevenzione delle patologie correlate) per l'erogazione dei finanziamenti e il monitoraggio e il controllo dell'efficacia degli interventi.

Sulle droghe legali, la richiesta andava nel senso dell'introduzione del divieto di pubblicità diretta ed indiretta delle bevande alcoliche ed indicazione sulle confezioni dei possibili effetti nocivi per la salute.

Sul piano internazionale, si richiedeva all'Unione Europea di predisporre le "strategie di riduzione del danno, nell'ambito del processo di revisione dei trattati e delle misure di armonizzazione delle legislazioni sulla droga elaborate in seno al Consiglio dei Ministri dell'UE" e "la promozione, da parte del Governo italiano, di un'adeguata indagine conoscitiva

internazionale sul bilancio costi/benefici di trent'anni di politiche proibizioniste. in vista della Conferenza ONU sulle droghe del 1998"[ibidem].

Per quanto riguarda la libertà di cura, in attuazione del referendum del 1993, gli antiproibizionisti, dopo 4 anni dalla vittoria del sì, richiedevano: 1) il riconoscimento del diritto di ogni medico a curare un cittadino tossicodipendente attraverso l'utilizzo dei circa 50.000 medici di base e liberi professionisti, esclusi dalle linee guida del Ministero della Sanità - Circ. n.20/94 - per motivi pratico-organizzativi. Al medico deve essere riconosciuto ovviamente questo diritto anche quando opera all'interno di un servizio privato che attua programmi (anche con impiego di metadone) finanziati con denaro pubblico del Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga (abrogazione della norma di cui all'Art. 1, comma 3 del D.L. 375/96).

2) Garantire la libertà di scelta del medico (anche dello psicologo) e del luogo di cura da parte dei cittadini tossicodipendenti.

3) Garantire al cittadino tossicodipendente la possibilità di scelta del medico (e dello psicologo) anche all'interno del SERT.

4) Garantire il diritto a qualsiasi terapia, accettata e condotta secondo protocolli convalidati in Italia o in altri Paesi [cfr. Berté, 1997, p. 10].

Anche attraverso queste proposte, che in gran parte dovevano essere attuative degli effetti abrogativi del referendum, si voleva realizzare un modello di politica sanitaria alternativo a quello previsto dalla legge 162/90.

Note:

D. Marafioti, *Il decreto sulle tossicodipendenze*, s.d.

Cora, *Alcuni dati sul proibizionismo*, in *Dossier Cora*, terza edizione, 1989

Aspe, *Dossier - Le città europee e la droga*, Gruppo Abele, in: *Legislazioni sulla droga in Europa*, a cura dell'Osservatorio delle leggi sulla Droga, Documenti - 2, Stampa Alternativa, Roma, 1992

G. Arnao, *Analisi critica del progetto di legge governativo sulla droga presentato dal Ministro per gli affari sociali Rosa Russo Jervolino al Senato*, in *Dossier Cora*, terza edizione, 1989

G. Arnao, *Una legge idiota*, Il Manifesto, 9 dicembre 1989

L. Ferrajoli, *Proibizionismo e diritto*, in *Legalizzare la droga. Una ragionevole proposta di sperimentazione*, Feltrinelli, Milano, 1991

Cora, *Referendum sulla legge Jervolino-Vassalli sulla droga*. Comunicato stampa a cura della segreteria, 24 ottobre 1991, in Conferenza droga, testo n. 815, Agorà telematica

G. Valentini, *Il fallimento del proibizionismo*, La Repubblica, 15 ottobre 1991)

R. Spagnoli, *Referendum sulla legge sulla droga*, 25 settembre 1991, Conferenza droga, testo n.746, Agorà telematica,

T. Maiolo, *Ecco il referendum. Le ragioni del Cora per cambiare la legge*, Il Manifesto, 25 settembre 1991

Cora, *Droga: legge Lumia legge della vergogna. Intervenga Scalfaro*, comunicato stampa del 15 febbraio 1999 in Conferenza droga, testo n.5161, Agorà Telematica

Cora, *Conferenza nazionale sulle tossicodipendenze: le proposte del Cora*, 19 marzo 1997, in Conferenza droga, testo n. 3825 in Conferenza Droga

L. Berté, *Promemoria per il Governo*, Prova Antiproibizionista, 1997

Capitolo IV

I progetti di politica sanitaria: la risoluzione di Francoforte e l'agenzia comunale di Torino

Nel corso della I conferenza internazionale "*European Cities at the Center of Illegal Trade in Drugs*" (Francoforte, 20-22 novembre 1990), promossa dal Consiglio Comunale di Francoforte sul Meno (Germania) è stata approvata un'importante risoluzione proposta dai rappresentanti delle città di Amsterdam, Francoforte, Amburgo e Zurigo e aperta alla firma di tutte le città europee.

Si tratta di uno dei primi documenti in cui sono state denunciate le difficoltà delle politiche proibizioniste di molti paesi europei.

Durante la conferenza, i rappresentanti delle città partecipanti hanno concordato uno scambio di esperienze e di collaborazione riguardo alle strategie sulla droga.

I delegati erano rappresentanti di città europee al centro del commercio illegale di droga - comandanti di polizia, medici del servizio pubblico, autorità - che si sono incontrati per affrontare il problema dell'abuso di droga e tutto ciò che comporta, e per formulare alcune proposte.

Partendo dalla constatazione che il tentativo di eliminare le droghe e il consumo di droga è fallito, la dichiarazione afferma che "l'uso di droga ha il suo fondamento nelle carenze della società e non può essere prevenuto da specifiche politiche sulla droga. Nella migliore delle ipotesi, queste politiche sono in grado soltanto di regolamentare e limitare le conseguenze del consumo di droga. Per la maggioranza dei suoi consumatori, la droga è un periodo temporaneo dell'esistenza, che può essere superato attraverso un processo di maturazione che liberi dalla dipendenza. Le leggi sulla droga non debbono essere di ostacolo a questo processo, ma devono costituirne un sostegno" [cit. in Barengi, 1992, p. 50].

Poiché la situazione nelle città si presenta drammatica, la dichiarazione così prosegue: "la richiesta di droga esiste ancora, i disagi sociali e medici dei consumatori crescono sempre più velocemente, un numero sempre maggiore di tossicodipendenti è contagiato dall'HIV, il numero dei morti aumenta, il narcotraffico si estende e fa profitti sempre più grandi, nelle città la paura della gente per lo spaccio di droga e i reati ad esso collegato cresce sempre di più" [Ivi, pp. 50-51].

Nella dichiarazione vengono denunciate le difficoltà per la polizia e per il sistema giudiziario a sopportare la crescente ed indotta criminalizzazione dal consumo illegale di droga.

A partire da queste premesse la risoluzione arriva alla conclusione che "bisogna modificare radicalmente le priorità nelle strategie relative alla droga. L'assistenza ai tossicodipendenti non deve più essere minacciata dalla legge penale. Anzi, deve diventare un obiettivo alla pari delle strategie sulla droga, a fianco della prevenzione dell'educazione. Per quanto riguarda i problemi collegati con la droga è necessario porre l'accento sulla riduzione dei danni. E le forme di intervento repressivo devono essere ridotte al minimo assolutamente necessario. La repressione deve essere limitata a combattere il traffico illecito di droga.

Chiunque voglia ridurre la criminalità, i danni, le sofferenze e la morte, deve liberare i tossicodipendenti dalla pressione delle incriminazioni legate al consumo di droga e non deve collegare l'aiuto al solo obiettivo di una totale astinenza" [ivi, p.52].

Sul piano strettamente operativo, la risoluzione propone una serie di misure da adottare che rientrano nella logica della riduzione dei danni:

"Di fronte alle morti, la terapia antidroga può essere un'offerta tardiva, e l'aiuto a sopravvivere può rappresentare il primo passo per uscire dalla dipendenza. All'interno della politica sulla droga deve esserci una separazione tra la cannabis e le altre droghe illegali, il cui potere di provocare assuefazione, la cui pericolosità e la cui integrabilità sociale differiscono enormemente l'una dall'altra. La distribuzione di siringhe e aghi sterili e il trattamento col metadone sono passi importanti per la riduzione dei danni.

L'opzione delle "*Shooting Galleries*", che forniscono aiuto e distribuzione di droga sotto controllo medico ai tossicodipendenti, deve essere sperimentata in condizioni di imparzialità e in maniera scientifica.

La prescrizione di droga sotto controllo medico ai tossicodipendenti deve essere presa in considerazione senza pregiudizi in maniera da minimizzare i danni già fatti e da rendere possibile una verifica scientifica" [ivi, p.53].

La preoccupazione di un possibile fallimento di queste proposte è legata al fatto di muoversi comunque in un regime complessivamente proibizionista, per cui diventa necessaria una stretta collaborazione e coordinamento tra le città colpite dal fenomeno della droga, con il Consiglio dei Comuni d'Europa e la sezione europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, anche al fine di assicurare un regolare scambio di esperienze tra le città. A tal proposito si afferma che: "Se ci sarà solo un numero limitato di città che seguono una politica sulla droga che ammette la tossicodipendenza e offre un sistema di aiuto a basso livello, esse attireranno i tossicodipendenti come calamite e saranno sopraffatte dai conseguenti problemi" [ibidem].

La richiesta agli Stati è quella di avere un appoggio concreto a questa impostazione in materia di droga. In questa prospettiva, occorre che:

"a) La depenalizzazione dell'acquisto, del possesso e dell'uso di cannabis (come ad Amsterdam). Il commercio dei prodotti della cannabis dovrebbe essere controllato legalmente.

b) Il consumo di droga, vale a dire l'acquisto, il possesso e il consumo di piccole quantità di droga, deve essere dichiarato libero da conseguenze penali.

c) Deve essere costituita la struttura legale, organizzativa e finanziaria per il necessario aumento della prescrizione di metadone.

d) La legislazione e i governi nazionali devono preparare il terreno per una prescrizione più vasta di metadone (come ad Amsterdam) e per una verifica orientata terapeuticamente, e scientificamente guidata, della distribuzione di droghe. Deve essere assicurata la possibilità di assistenza psico-sociale" [ivi, pp. 53-54].

Dopo il primo incontro di Francoforte, altri incontri si sono tenuti in varie città europee durante i quali sono stati approfonditi i temi e le modalità di attuazione di politiche di riduzione dei danni a partire da un quadro normativo che in Europa è sostanzialmente proibizionista.

A seguito delle esperienze delle città europee che si ritrovavano attorno alla "Risoluzione di Francoforte", venne elaborato dal Cora fin dal 1992, un programma sulla droga per le metropoli italiane.

Il programma, sottoposto a tutte le amministrazioni comunali delle grandi città italiane, ebbe una sostanziale assenza di riscontri positivi.

Gli antiproibizionisti configuravano una struttura municipale *ad hoc* di tipo nuovo, una Agenzia Comunale in grado di realizzare un programma, anche attraverso deleghe speciali, in collaborazione con le Circoscrizioni comunali.

L'Agenzia sarebbe dovuta essere finanziata anche con stanziamenti del Fondo Nazionale di Intervento per la lotta alla droga, ai sensi del comma 2 art.106 legge 162/90, e riunire competenze sparse in assessorati, servizi e uffici diversi [cfr. Palma, 1996a, p.13].

Si sottolineava infatti la necessità di una convergenza nell'Agenzia di tutte le competenze che nei comuni sono generalmente sparse tra diversi assessorati e che rendono difficile la progettazione e la realizzazione dei progetti di prevenzione (cfr. Testo Unico Leggi sulle tossicodipendenze, Legge sulla Prevenzione del disagio giovanile, Legge sulla Formazione - Lavoro).

In particolare modo, veniva data importanza, da una parte, al coordinamento e alla gestione delle iniziative del settore socio-assistenziale e della Sanità e, dall'altra, ad altri soggetti che operano nel settore e alla gestione delle competenze di studio e ricerca, di impulso e di organizzazione della formazione e dell'aggiornamento del personale.

Alcune possibili iniziative che si sarebbero dovute realizzare da subito, compatibili con la legislazione in vigore erano:

"a) istituzione di un numero verde al quale il cittadino possa rivolgersi per avere informazioni sulle strutture esistenti (sia pubbliche che private), sulla legislazione in materia di tossicodipendenza e AIDS. Massima pubblicizzazione di tale numero verde, da ripetere periodicamente;

b) istituzione di unità di strada (*street-walker*) per il contatto con i "tossicodipendenti sommersi", quelli che non vengono in contatto con i servizi pubblici e privati;

c) installazione di una rete di distributori automatici per la vendita e lo scambio di siringhe, con il coinvolgimento delle Circoscrizioni ed eventualmente delle farmacie;

d) formazione ed aggiornamento del personale socio-assistenziale dell'Amministrazione comunale e del personale sanitario delle USSL sulle cosiddette politiche di "riduzione del danno" per quanto riguarda l'emergenza AIDS;

e) creazione di centri diurni per tossicodipendenti attivi che offrano servizi essenziali e la possibilità di entrare in contatto con le strutture di recupero;

f) un'opera di informazione capillare sulla possibilità di utilizzare sostanze sostitutive nella cura dei tossicodipendenti, possibilità che la stessa legge 162/90 e gli esiti del referendum non escludono;

g) l'instaurazione di uno scambio di informazioni con città all'avanguardia nel campo della politica di riduzione del danno e partecipazione qualificata della città alla "Conferenza delle Città al centro del traffico delle droghe"[cfr., ivi, pp.15-16].

Queste iniziative avrebbero avuto un carattere pragmatico di intervento tale da non ricreare strutture burocratiche e si sarebbero mosse all'interno dei margini di sperimentazione consentiti dalla legislazione.

Si mirava a governare il fenomeno della tossicodipendenza, attraverso forme di relativa normalizzazione del comportamento e attraverso interventi di prevenzione dei rischi e riduzione dei danni (sociali e sanitari) connessi al consumo di sostanze illegali. Per il rinnovo del consiglio comunale di Torino del 1993, fu stipulato un accordo elettorale tra gli Antiproibizionisti e Valentino Castellani candidato a Sindaco, per la costituzione di una Authority comunale sulle tossicodipendenze che riprendeva gran parte del programma del CORA per le metropoli italiane.

Scrive Carmelo Palma, presidente della sottocommissione tossicodipendenze del Comune di Torino ed animatore dell'Agenzia: "Si compie una relativa e positiva trasformazione di due concetti propri dell'intervento in materia di droga: a) del concetto di prevenzione; b) del concetto di riabilitazione"(ivi, p. 19).

Per quanto riguarda la prevenzione, Palma sottolinea come essa non debba più esclusivamente intendersi come il complesso di pratiche e interventi a vario livello effettuati (psicologico, culturale, economico) volto a dissuadere dal consumo di sostanze psicoattive, ma come l'insieme degli interventi capaci di contrastare almeno alcuni degli effetti (sociali e sanitari) connessi all'uso di sostanze. Si pensi ad esempio alla diffusione del virus dell'Hiv per cui forme di educazione al "buco pulito" possono essere considerate una forma di prevenzione

Continua Palma a proposito di riabilitazione:” non può più semplicemente intendersi il complesso delle pratiche mediche e socio-assistenziali miranti al risultato della completa e assoluta cessazione del consumo di sostanze psicoattive. Tale risultato (che rimane comunque l'obiettivo ultimo di ogni trattamento delle tossicodipendenze) non è sempre e comunque immediatamente conseguibile e le vie per ottenerlo non sono sempre praticabili.(...)

Una strategia puramente "disintossicazionista" è tale da essere inservibile, per tutti coloro - e sono la nettissima maggioranza - che non riescono a finalizzare il contatto terapeutico alla cessazione dal consumo di droga. Davvero, terapeuticamente, non è possibile assistere una dipendenza attiva, migliorando in modo decisivo lo stile e la qualità della vita del consumatore di droga?

E' più logico, laico, ed intelligente pensare che una strategia integrata e differenziata di trattamento delle tossicodipendenze comprenda, innanzitutto, pratiche o interventi volti a riabilitare i consumatori di droga, prima che dagli stati di tossicodipendenza, dagli stati o dai comportamenti rischiosi (oltre la misura del rischio implicito nell'assunzione di droghe) per i tossicodipendenti e per l'intera società.

Un uso accorto, anche a mantenimento, dei farmaci sostitutivi non è anche a tutti gli effetti una strategia di sicurezza sociale?" (ivi, pp. 20-21).

L'approccio alle tossicodipendenze non deve dunque essere rigido, ed il complesso degli strumenti deve essere estremamente integrato.

In questo senso dovrebbe essere favorito e promosso l'utilizzo prudente, non dogmatico e ideologico, dei farmaci sostitutivi e la sperimentazione di forme di trattamento farmacologico innovative, laddove la scienza le renda possibili e la legge le consenta.

Inoltre dovrebbero essere favoriti e promossi i programmi di reinserimento, reintegrazione e formazione dei cittadini tossicodipendenti in contesti sociali - siano essi educativi, lavorativi o di altro tipo - in cui è opportuno che essi non siano vincolati, in forma rigida, ad una già avvenuta e totale cessazione dal consumo di droghe illegali e/o di farmaci sostitutivi. Infine dovrebbero essere promossi e favoriti interventi specifici di "riduzione del danno" di tipo assistenziale e sanitario, in grado di rappresentare strumenti di contatto quotidiano e di azione efficace nei confronti di quella parte della popolazione tossicodipendente che, non volendo e potendo sospendere il consumo di droga, rischia di vedere affidato il governo della propria condizione alla strada (alla droga di strada, all'equilibrio criminale della strada).Questi concetti furono ripresi nella relazione della sottocommissione tossicodipendenze del Comune di Torino inviata alla Giunta Comunale al termine del giro di audizioni di una cinquantina di soggetti che, direttamente o indirettamente, "hanno a che fare" con le tossicodipendenze e le droghe: Magistratura, Prefettura, Carcere, Unità Sanitarie Locali, Circostrizioni cittadine, privato sociale.Dal resoconto del lavoro della sottocommissione che ne ha fatto Palma, si capisce che, nel complesso, tranne rarissime eccezioni, non sono stati opposti rifiuti di tipo ideologico all' introduzione di criteri o indirizzi di "riduzione del danno" nelle politiche locali sulla droga. Per quasi tutti gli interlocutori l' esigenza di mutare in qualche modo "Registro" è stata riconosciuta urgente e motivata. D' altra parte la situazione della diffusione della droga a Torino nel 1993 non lasciava troppi margini di scelta. Infatti l' ufficio di coordinamento degli interventi per le tossicodipendenze stimava per quell' anno circa 8.500 consumatori abituali di eroina. Di questi, nel corso dell' anno, circa 4.100 erano entrati in contatto con i servizi. Meno di 1/3 aveva usufruito di trattamenti metadonici; di questi solo il 3% aveva seguito programmi metadonici a mantenimento superiori a 60 giorni. Questi pochi dati, anche se dicono poco da un punto di vista epidemiologico, dimostrano abbastanza bene come la "riduzione del danno" in ambito sanitario fosse completamente da inventare. La relazione della sottocommissione individua con precisione gli interventi da realizzare (cfr. ivi, p. 23).

Si affermava infatti che:

"- il patto terapeutico e "sociale" preliminare e decisivo non è quello fondato sulla disponibilità, più o meno presunta od accertata nel tossicodipendente, ad astenersi dal consumo di sostanze, ma sulla sua determinazione ad avanzare domande di salute, integrazione, ruolo sociale, anche in presenza di una tossicodipendenza attiva;

- le strategie miranti ad indurre coattivamente l'accesso a percorsi terapeutici (in parte sostanziale "disinnescate" dal referendum) sono, al di là del merito, perdenti dal punto di vista politico e sanitario, perché, selezionano in modo abnorme e irragionevole fra la popolazione tossicodipendente una parte, comunque marginale e minoritaria, destinataria di tutto il complesso di interventi e prestazioni" [ivi, p. 25].

Ma è sulla "riduzione del danno" che si concentrano le aree di intervento e gli strumenti in grado di realizzare concrete riforme delle politiche sulla droga.

"E' bene definire le aree di intervento verso le quali l'attività dell'ACT dovrà primariamente indirizzarsi, promuovendo e coordinando azioni capaci di realizzare vere innovazioni e concrete riforme delle politiche sulla droga. A tal fine è opportuno chiarire quali siano le "aree scoperte" ed i bisogni insoddisfatti della popolazione tossicodipendente e consumatrice di droghe.

Esiste, innanzitutto, l'area costituita dai tossicodipendenti attivi, che non accedono, per scelta o impossibilità personale, a programmi di disintossicazione e riabilitazione. Essa è composta da una percentuale della popolazione tossicodipendente che - dati un periodo ed un'area di riferimento - è sempre eccedente rispetto a quella dei tossicodipendenti che intraprendono programmi terapeutici propriamente detti.

Bisogna dunque riconoscere l'esigenza di definire programmi di intervento per quella quota maggioritaria della popolazione tossicodipendente che, pur essendo virtualmente in grado di mutare il proprio rapporto con la sostanza, non è in grado di portare a termine programmi riabilitativi.

Per politiche di riduzione del danno intendiamo, quindi, il complesso degli interventi sanitari, sociali e assistenziali capaci di ridurre i rischi e di contenere i danni individuali e sociali connessi all'uso di sostanze psicoattive" (ivi, pp. 27-28). I programmi di riduzione del danno non possono essere esclusivamente sanitari, per quanto siano essenziali misure di prevenzione, profilassi ed educazione sanitaria diffuse ed efficaci.

Tali programmi devono, innanzitutto, mirare a rendere ed a considerare il tossicodipendente come un soggetto attivo e passivo di diritti, con il quale, in sede terapeutica od in altra forma, è possibile stringere un patto: un patto "debole" fondato sul riconoscimento di responsabilità individuali e sociali, prima che sull'effettiva disponibilità a sospendere l'uso delle sostanze.

Al di là dei singoli strumenti che le legislazioni nazionali ed internazionali mettono e metteranno progressivamente a disposizione (ivi compreso quello della somministrazione controllata di oppiacei che alcune realtà europee stanno sperimentando), è evidente che una strategia che non riconoscesse l'opportunità di forme d'intervento sulla quota maggioritaria della popolazione tossicodipendente è da considerarsi in se stessa assurda prima che fallimentare [cfr, ivi, pp.27-28].

Le politiche di riduzione del danno sono quindi intese come tutti gli interventi (di profilo sociale o sanitario) di prevenzione, cura o riabilitazione delle tossicodipendenze che affrontino con particolare attenzione i fattori di rischio sanitario, sociale e criminale che sono connessi al consumo di droghe proibite all'interno del mercato illegale e che promuovono forme di relazione con la popolazione tossicodipendente sufficiente a contenere la gestione di emergenze di ordine pubblico [cfr, ivi, p.33].

In questo quadro, veniva ribadita la necessità di una serie di interventi, gran parte dei quali evidenziati in precedenza, ma che alla luce dell'esperienza acquisita dalla sottocommissione veniva arricchita di ulteriori significati.

Vale quindi la pena riprendere il passaggio della relazione:

"- una rete di distributori automatici e di scambio delle siringhe, diffusa e capillare, valida, oltre che come misura di prevenzione, come elemento di richiamo alla responsabilità nei confronti della propria e dell'altrui salute;

- unità mobili, come strumenti riconoscibili di contatto informale, in zone della città che il mercato criminale delle droghe sembra relegare in una sorta di extraterritorialità rispetto alla comunità urbana;

- programmi di distribuzione di farmaci sostitutivi, per garantire forme di normalizzazione della condotta individuale dei cittadini tossicodipendenti, oltre che per arginare il rischio di un'ulteriore diffusione dell'AIDS e delle altre patologie correlate all'assunzione di droghe per via endovenosa;

- "centri crisi" fissi e aperti sulla strada, per favorire un contatto diretto con le esigenze dei tossicodipendenti, eliminando qualunque grado di mediazione burocratica;

- centri di accoglienza "a bassa soglia", capaci di assicurare forme di assistenza della tossicodipendenza attiva, rappresentando uno strumento di ridefinizione del rapporto con la sostanza, con la dipendenza, con la volontà di remissione, con la strada;

- programmi di auto-aiuto, di "relazione orizzontale" fra tossicodipendenti, come elemento di responsabilizzazione e di modifica delle dinamiche socialmente e individualmente più distruttive connesse alla dipendenza (illegalità), violenze, incuria ed imprudenza nel rapporto con il corpo" [ivi, pp. 28-29].

Infine, la comunicazione con la città: nella relazione veniva ribadita la necessità di un'opera d'informazione affinché i cittadini comprendessero il senso, la logica ed il valore delle riforme e non diventassero vittime di allarmismi.

Veniva opportunamente sottolineato che la percezione del fenomeno droga in una realtà urbana complessa e problematica come quella torinese influiva in maniera determinante sul rapporto che la cittadinanza finisce per avere con le scelte dell'Amministrazione.

"E' evidente che, perché la cittadinanza comprenda e magari collabori a forme di sperimentazione nel campo delle tossicodipendenze, l'Amministrazione deve mobilitarsi insieme agli organi preposti, perché vengano al più possibile soddisfatte quelle esigenze di ordine pubblico e sicurezza sociale che la cittadinanza avverte, minacciata da fenomeni che non coincidono, ma, per la stessa natura del mercato illegale delle sostanze psicoattive, s'intrecciano con i fenomeni di dipendenza.

Sono infatti del tutto giustificati a questo riguardo la preoccupazione e l'allarme dei cittadini" [ivi, p. 30].

Veniva quindi sottolineata la necessità di un "dialogo" con la città.

A questo proposito, si proponeva anche un intervento sulla popolazione tossicodipendente "con iniziative di comunicazione (numero verde, giornali "di strada"), mirate ad innescare dinamiche, solo apparentemente marginali, di autoriconoscimento e definizione del ruolo sociale, che condizionano in modo positivo le aspettative ed i comportamenti dei tossicodipendenti rispetto alla domanda di salute, all'uso ed alla cura del corpo, ed alle relazioni che essi intrattengono con i soggetti di riferimento (la scuola, la famiglia, la società nel suo complesso" [ivi, p. 31].

Il Consiglio comunale di Torino il 18 marzo 1996 approvò la delibera istitutiva dell'agenzia comunale sulle tossicodipendenze, organismo per il coordinamento delle attività di Sert, associazioni di volontariato, Usl, Circoscrizioni. La delibera fu approvata dopo un dibattito che ebbe anche risonanza nazionale, con i voti favorevoli dei gruppi PDS, Alleanza per Torino, Verdi, Alleanza Verde per Torino, Rete e Rifondazione Comunista, l'astensione del gruppo Lega Nord e il voto contrario del gruppo CDU.

Per la prima volta in Italia un Comune si è fatto carico di interventi sulle tossicodipendenze che rientrano nelle politiche di riduzione del danno.

Si trattò del primo caso di superamento dello *status quo* esistente nel campo della prevenzione e cura delle tossicodipendenze: scarso coordinamento degli interventi, difficoltà dei rapporti fra servizi pubblici e comunità, riduzione del danno.

L'Agenzia comunale sulle tossicodipendenze doveva diventare, a partire da luglio del 1996, lo strumento per il cambiamento di tale situazione, per affrontare adeguatamente l'emergenza a Torino che nel 1995 registrò un raddoppio del numero delle *overdose* rispetto all'anno precedente e la prima massiccia invasione di sempre nuove droghe sintetiche [cfr. Palma, 1996b].

Purtoppo però l'agenzia non funzionò subito al meglio, ma quel dibattito aprì la strada ad una analoga esperienza in corso fin dal 1997 a Roma. Interessante è notare che, comunque, l'approvazione da parte del consiglio comunale di Torino dell'ACT, concluse un percorso iniziato nel 1992 e all'epoca considerato eversivo ed offensivo, ma che, nel corso degli anni, divenne una scelta politica assunta da un'intera città.

Note:

V. Barengi, *Acchiappare le nuvole o legalizzare la droga*, Stampa alternativa, Roma, 1992

C. Palma, *L'agenzia comunale sulle tossicodipendenze. Diario di una riforma*, OLD-osservatorio delle leggi sulle droghe del CORA coordinamento radicale antiproibizionista; documenti 6, Roma, 1996

C. Palma, *Il consiglio comunale di Torino istituisce l'agenzia comunale sulle tossicodipendenze. Dichiarazione di Carmelo Palma, Presidente della sottocommissione tossicodipendenze e Responsabile del Coordinamento Radicale Antiproibizionista*, comunicato stampa del 19 marzo 1996 in Conferenza Partito Radicale, testo n. 3158, Agorà telematica

Capitolo V

La politica olandese in materia di droga

Un'analisi critica del proibizionismo non può esimersi dal segnalare l'esperienza olandese e l'esperimento di distribuzione controllata di eroina in Svizzera, vale a dire due tra le più importanti soluzioni tentate a livello mondiale, che rifiutano i presupposti ideologici della strategia proibizionista ed, in particolare, quella "guerra alla droga" che del proibizionismo sembra essere l'inevitabile evoluzione.

Rimandiamo ad altro capitolo ciò che riguarda la Svizzera e soffermiamoci ora sull'esperienza olandese.

Sul piano formale, lo stato olandese aderisce alla Convenzione unica sulle sostanze psicotrope del 1961, firmata da 73 stati e modificata nel 1988 con la Convenzione delle Nazioni Unite contro il Traffico Illegale di Narcotici e sostanze psicotrope del 1988.

In questa convenzione vengono specificati il concetto di "possesso, acquisto e coltivazione per consumo personale", per prescrivere "le misure necessarie per considerarlo un reato penale" (art. 3, par.2), ma premette che tale adempimento va "subordinato ai principi costituzionali e ai concetti fondamentali del sistema legale" dei singoli paesi.

A tal proposito, il paragrafo 11 dell'art. 3 ribadisce, "il principio che la definizione dei reati [...] è riservato alla legge nazionale delle Parti e che tali reati verranno processati e puniti in conformità con tale legge" [Cfr. Arnao, 1990, pp.14-15]

Formalmente, quindi, lo stato olandese aderisce alla strategia proibizionista. La peculiarità dell'approccio non è quindi né proibizionista né antiproibizionista, ma viene definito di "normalizzazione", cioè una "terza via" su cui torneremo in seguito.

Verso la meta' degli anni Sessanta, quando il consumo di cannabis, LSD e altre droghe diventò un elemento caratterizzante della cultura giovanile di tutto il mondo, le autorità olandesi reagirono in generale come quelle di tutti gli altri paesi occidentali: spaventate da un fenomeno nuovo e sconosciuto, si rifugiarono nella repressione, in conformità alla legislazione proibizionista internazionale.

Settori rilevanti della popolazione olandese però giudicarono questa reazione preconcepita, inutile, e persino pericolosa [cfr., Van Vliet, 1990a].

“Tra il 1968 e il 1972 una commissione del Ministero della Sanità, la Commissione Baan denominata "Precedenti e rischi dell'uso di droga", elaborò uno studio approfondito sull'aumento del consumo di sostanze stupefacenti ed illegali, in cui venne introdotto il concetto di "rischio".

La Commissione arrivò alla conclusione che non tutte le droghe e non tutti i modi di farne uso presentano un eguale pericolo.

La commissione discusse anche dei vantaggi che sarebbe stato possibile trarre da una legalizzazione dei prodotti derivanti dalla cannabis, poiché la Convenzione dell'Onu sui narcotici (New York 1961) aveva proibito tutte le altre sostanze [cfr. Van Vliet, 1990b, p.15].

Nel 1976, dopo un lungo e intenso dibattito, il Parlamento olandese introduceva alcuni emendamenti sostanziali alla legislazione sull'oppio del 1928. Il 23 giugno 1976 venne approvato l'*Opium Act*.

Con questa legge si "distingue un traffico internazionale e un traffico nazionale, e tra droghe pesanti (oppiacei, cocaina, eroina) e droghe leggere (cannabis).

In merito a questa differenziazione sono previste pene di 2 anni per il traffico nazionale di droghe leggere, 8 anni per il traffico nazionale di droghe pesanti, 4 anni per il traffico internazionale di droghe leggere e 12 anni per il traffico internazionale di droghe pesanti.

Il possesso e la vendita di cannabis non è considerato reato fino alla quantità di 30 grammi, al di sopra di questa è prevista una pena di 1 mese e/o un'ammenda. I casi di recidività costituiscono aggravanti fino ad un massimo di 16 anni, mentre l'istigazione all'uso è punita con pene che variano da 1 a 12 anni" [Aspe, 1992, p. 14].

"Il possesso di droghe pesanti è punito con ammenda o con 1 anno di carcerazione" [ivi, p.23].

Lo schema della legge ha quindi il suo perno nella distinzione tra droghe che presentano un rischio giudicato inaccettabile e prodotti derivati dalla cannabis.

Si resero più severe le pene per il traffico internazionale di droghe pesanti, mentre quelle per il possesso e la vendita in piccole quantità di prodotti derivati dalla cannabis vennero ridotte, in modo da creare una situazione di non applicazione di queste pene.

"Le misure speciali di investigazione riguardano essenzialmente il grande traffico internazionale di droga pesante, mentre le investigazioni sul traffico e l'uso di droga leggera vengono considerate di minor importanza" [ivi, p.20].

La depenalizzazione legale della cannabis comprese una rilevante diminuzione delle pene per il possesso e la vendita al dettaglio fino a 30 grammi.

Infatti fin dall'approvazione dell'*Opium Act*, il Ministero di Giustizia ha emesso delle "Direttive per l'investigazione e i procedimenti per le offese di cui alla Legge sull'Oppio".

Queste Direttive stabilivano le priorità che dovevano essere osservate dalla polizia e dal Dipartimento d'accusa del Ministero, e contenevano raccomandazioni sulle pene che dovevano essere richieste in Tribunale.

"Il possesso e la vendita di piccole quantità erano ai livelli più bassi delle priorità stabilite dalle Direttive" [Van Vliet, 1990a].

In Olanda, infatti, le autorità giudiziarie possono "decidere di lasciare un caso totalmente al di fuori delle procedure penali se pensa che ne trarranno beneficio sia il trasgressore che lo stato. (...) Potremmo definire questo atteggiamento pragmatismo sociale. Fino a che il comportamento di un certo gruppo non danneggia in particolar modo gli altri, il gruppo è lasciato a se stesso e qualche volta aiutato da istituzioni di assistenza specializzata" [Cohen, 1990, p.137].

"La flessibilità del codice penale, le scelte strategiche di basso profilo e l'alto livello di collaborazione tra chi si occupa di recupero e gli organi giudiziari hanno certamente contribuito alle caratteristiche specifiche della politica olandese sulla droga. Alcuni degli alti vertici della polizia olandese sono tra i maggiori promotori della legalizzazione della droga" [Van Vliet, 1990a].

Non si tratta quindi di una politica antiproibizionista, "piuttosto, essa esplora, usa e allarga i margini e gli spazi vuoti del sistema proibizionista globale: e' una politica di compromessi. E' una politica tributaria da un lato delle normative e dei valori olandesi, delle metodiche tradizionali per la soluzione dei problemi, specialmente per quanto riguarda l'atteggiamento verso il consumo di droga, dall'altra dell'ideologia e della pratica proibizionista, particolarmente in relazione al narcotraffico internazionale e alla produzione di droga" [idem].

Come accennato, il Criterio del Rischio fu introdotto nel rapporto del 1972 della Commissione Baan, "Precedenti e rischi dell'uso di droga". Da quel criterio deriva fondamentalmente che l'educazione sulla droga in Olanda, non è basata solo sulla prevenzione, cioè sull'informazione dei pericoli delle droghe ma sullo sviluppo della responsabilità individuale, dell'autocontrollo, e di stili di vita salutari. Le scuole e i servizi antidroga fanno la maggior parte del lavoro relativo all'educazione sulla materia: la polizia ha imparato a giocare un ruolo solo minoritario [cfr, ibidem].

Sentenze miti, interventi di polizia ridotti all'osso ed educazione, questi elementi nel loro complesso hanno permesso che nel corso degli anni si sviluppasse un mercato di cannabis al dettaglio separato, visibile, depenalizzato, e, nel migliore dei casi, controllato, totalmente al di fuori del precedente mercato della droga, incontrollato e clandestino. Attualmente il

mercato al dettaglio della cannabis in Olanda rappresenta una situazione sicura, aperta e gestibile per i giovani che vogliono fare esperienza; un terreno di gioco in cui possono sviluppare i propri orientamenti verso le droghe e il loro uso, e i propri meccanismi di autocontrollo. Tutto questo è in perfetta conformità con gli obiettivi della politica.

Allo stesso tempo, questa situazione implica una legalizzazione di fatto della cannabis a livello di consumo e vendita al minuto, specialmente ad Amsterdam e nella parte occidentale del paese.

I circa 250 "coffe-shop" di Amsterdam vengono visitati ogni anno da decine di migliaia di turisti giovani e meno giovani. Essi non devono preoccuparsi per la cattiva qualità o la diluizione della droga, né di prendere droghe diverse da quelle che scelgono, né che la polizia li perseguiti o li arresti" [cfr. *ibidem*].

Un altro concetto base della politica olandese sulla droga è la Riduzione del Danno, come fondamento dei sistemi di aiuto e trattamento.

Riprendendo concetti elaborati nel "laboratorio sociale relativamente piccolo della regione del Merseyside, di cui Liverpool è il centro più importante, essa è stata illustrata e promossa internazionalmente in modo piuttosto efficace, e ha praticamente sostituito in Olanda l'idea degli interventi di aiuto a basso limite" [*ibidem*].

I principi più importanti che sottendono il concetto olandese di riduzione del danno sono:

"a) una rete multi-funzione di servizi sociali e medici, (...) che dovrebbe essere costruita a livello locale e regionale;

b) l'aiuto deve essere facilmente accessibile;

c) dovrebbe essere promossa la riabilitazione sociale dei tossicodipendenti e degli ex tossicodipendenti;

d) dovrebbe essere fatto pieno uso di servizi non specificamente legati al problema della droga, come medici generici e servizi per il benessere giovanile [*ibidem*].

In Olanda, le idee sul miglioramento del benessere fisico e mentale dei tossicodipendenti e sull'accessibilità dei servizi sulla droga, comprese nelle strategie dell'intervento di aiuto a basso limite e/o della riduzione del danno, fanno da base specialmente ai programmi di mantenimento a metadone, sviluppati a partire dagli anni Settanta e sanciti dal governo grazie a una ridefinizione della politica sulla droga all'inizio degli anni Ottanta.

La prevenzione e il controllo dei rischi legati all'uso di droga per il singolo consumatore, la comunità e la società nel suo complesso sono diventati gli obiettivi della nuova politica. I programmi di mantenimento a metadone, integrati quasi dovunque in servizi droga accessibili abbastanza facilmente, sono stati finanziati e sviluppati come modalità standard del trattamento della droga in tutto il paese. La distribuzione del metadone è stata legata o integrata con altri programmi, come formazione professionale e progetti sociali, trattamento ambulatoriale, e attraverso centri di assistenza diurna.

Lentamente e parzialmente il metadone è penetrato anche nelle stazioni di polizia, nelle prigioni, e negli stessi avamposti del sistema delle comunità terapeutiche che praticano la totale astinenza dalla droga.

L'aggiunta più importante a questo complesso di servizi per la riduzione del danno è stata inserita verso la metà degli anni Ottanta, quando organizzazioni di tossicodipendenti e autorità sanitarie locali hanno promosso programmi di scambio di siringhe per arginare la diffusione di epatite, HIV e AIDS.

Il governo ha seguito rapidamente questa strada dichiarando lo scambio di siringhe, un compito di primaria importanza non solo per il servizio sanitario pubblico, ma anche per i servizi privati antidroga [cfr. *ibidem*].

I programmi di scambio siringhe distribuiscono ogni anno centinaia di migliaia di siringhe, e sono integrati in programmi antidroga, autonomi, nelle farmacie, nei luoghi di spaccio o funzionano su spedizione postale; la maggior parte di essi è chiaramente indicata in un opuscolo a disposizione dei tossicodipendenti.

Alla base della politica sociale olandese vi è, inoltre, lo sviluppo del concetto di normalizzazione, partito da un progetto di ricerca promosso dal governo.

Il presupposto di base del concetto di normalizzazione è che la ricerca di un mondo completamente libero da droghe è un'illusione, come si può verificare nel caso di alcool e tabacco.

'Normalizzazione dei problemi di droga' significa quindi che la società deve imparare a far fronte a una certa quantità di consumo di droghe illecite, come ha fatto per l'alcool, il tabacco e le droghe prescrittibili medicalmente, e che deve accettare il Problema Droga come un normale problema sociale invece che come un problema speciale. Uno degli aspetti della normalizzazione è già stato citato nei principi che formano la versione olandese del concetto di riduzione del danno: il coinvolgimento dei servizi medici e sociali in generale nella gestione del problema droga.

Il punto di vista governativo è che i servizi specificamente destinati ai tossicodipendenti devono essere limitati allo stretto necessario per evitare restrizioni nell'accessibilità ai servizi di assistenza e per evitare la stigmatizzazione dei consumatori di droga.

Ad Amsterdam, per fare un esempio, questo ha portato al coinvolgimento dei medici generici nell'assistenza alla droga, specialmente per la distribuzione del metadone; circa un terzo di tutto il metadone di Amsterdam viene distribuito dai medici di famiglia.

Un'importante attuazione istituzionale della normalizzazione è venuta poi dalla politica olandese sull'AIDS.

Fin dal primo apparire dell'epidemia di AIDS, quando la malattia sembrava limitata alla comunità gay, rappresentanti di tutti gli altri gruppi a rischio sono stati coinvolti nella creazione di una strategia di prevenzione dell'AIDS e di una struttura di

controllo del morbo. E' stata richiesta la partecipazione delle banche del sangue, del sistema di assistenza per la droga, delle organizzazioni delle prostitute e di altri gruppi interessati.

Nel 1985, dopo l'individuazione dei primi casi di AIDS legati alla tossicodipendenza, la federazione olandese delle *Junky Unions* (i "sindacati dei tossicodipendenti"), è affiancata alla struttura politica e di controllo, che è diventata il primo settore della pubblica amministrazione in cui i consumatori di droga hanno formalmente voce in capitolo [cfr. ibidem].

Le *Junkie -Unions*, le organizzazioni autogestite dei tossicodipendenti, sono infatti in grado di raggiungere quei tossicodipendenti che non vengono raggiunti da nessun servizio "ufficiale". Questo risulta molto importante per la prevenzione dell'Aids: per la loro opera, ricevono sussidi dal Ministero della sanità per distribuire opuscoli sul "nesso sicuro" e sull'uso sicuro di droga.

Come sottolinea Arnao: "la funzione delle *Junkie Union* è anche di risocializzare i tossicodipendenti, indirizzandoli verso attività politiche o organizzative e allontanandoli dalla 'strada'" [Arnao, 1990, p. 130].

Negli ultimi anni, con i fondi dell'Unione Europea si sta svolgendo ad Amsterdam, Manchester ed Amburgo un programma sperimentale basato su interventi di un nuovo tipo di operatore da strada: "l'operatore da discoteca" che va nei locali nei quali si suona musica "rave" e si tengono party, cioè laddove l'uso di stimolanti diventa quasi un corollario della danza e del movimento collettivo a ritmi frenetici.

Il punto di partenza è abbastanza chiaro: messaggi anche ben formulati di dissuasione che provengono dall'esterno possono avere in gran parte dei casi effetti *boomerang* ed accentuare la difficoltà di comunicazione. Invece, se sono giovani della stessa cultura che nell'interno delle feste *rave* avvicinano altri giovani fornendo informazioni obiettive circa gli effetti dei vari tipi di stimolanti che circolano nella sala, essendo dette informazioni espresse nel linguaggio del gruppo, l'indice di ricezione può essere discreto.

Tanto più se non ci si pone come obiettivo il 'non consumo' ma, sulla scia della riduzione del danno, un consumo saltuario e medico.

Lo slogan che accomuna l'attività di questi gruppi è 'il meno è il più', cioè un consumo modico ti consente di recepire meglio le sensazioni che ricerchi senza andare incontro a reazioni spiacevoli.

Naturalmente, gran parte di questi giovani volontari ha avuto esperienza di psicofarmaci ed ha seguito un breve corso di informazione e di addestramento nelle tecniche di avvicinamento e di indirizzo. Fra le tre città è in corso uno scambio continuo di esperienze e sono programmate visite 'sul campo'.

Un primo risultato è quello di segnalare come l'impostazione terroristica che alcuni mass media stanno adottando nei confronti dell'extacy e di altri nuovi psicofarmaci (tipo 'ti uccide il cervello') sembra avere effetti controproducenti, in quanto la maggioranza dei consumatori ha sperimentato solo sensazioni piacevoli e non mostra nel corso della settimana comportamenti alterati.

Il motto del tipo 'poco è bello' potrebbe, al contrario, confermare il risultato di esperienze saltuarie e, quindi, ottenere la riduzione dei casi di sballo. Ad Amsterdam questi giovani volontari vengono chiamati 'i ragazzi freddi': forse perché non si mostrano "eccitati" nel corso di questi riti collettivi?

"Il problema è che il *setting* di per sé è patogeno e sarebbe anche il caso di un'azione educativa nei confronti dei musicisti in quanto le iperstimolazioni musicali del *rave* potrebbero avere di per sé effetti negativi od azioni additive, anche nei confronti di 'dosi modiche'." [Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo, 1997].

Sinteticamente, si può riassumere la politica olandese per la droga come una delle applicazioni di un principio più generale di amministrazione sociale, caratterizzato principalmente da:

- 1) la massima riduzione possibile di sanzioni penali;
- 2) la creazione di istituzioni sanitarie specializzate accessibili al maggior numero possibile di utenti potenziali;
- 3) il minimo ostracismo sociale supportato dallo Stato verso i gruppi devianti;
- 4) una base economica ragionevole per tutti i cittadini, a prescindere dalla loro condizione sociale o livello di devianza.

Pur non disponendo di dati recenti, ci sembra significativo riportare i dati in nostro possesso sulla diffusione delle droghe in Olanda.

"Nel 1989 si avevano circa 20.000 eroinomani: si è registrata una stabilizzazione dei programmi generali, ma un aumento dei casi presso le categorie più svantaggiate dal punto di vista socio-economico.

E' in aumento l'età media degli eroinomani e l'età del primo ricorso alla droga. Fra gli eroinomani è diffuso il consumo di più tipi di droga.

Non vi sono prove che negli ultimi anni sia aumentato il consumo di cocaina e che abbia provocato problemi comparabili a quelli derivanti dal consumo di eroina [Aspe, 1992, p. 41].

Da alcuni resoconti risulta che sta rapidamente cambiando l'uso delle sostanze stupefacenti con un aumento dell'extacy.

In merito ad una puntualizzazione sui dati forniti da J. Califano, che riportano quasi integralmente quelli contenuti in un intervento critico verso la politica sanitaria olandese al Congresso Americano dal deputato Gerard B.H. Solomon, Fabrizio Starace afferma:

"E' vero che l'Olanda non ha tecnicamente legalizzato i derivati della cannabis (DC), ma ne ha decriminalizzato l'uso: obiettivo primario della politica olandese è la protezione, la salvaguardia della salute dei consumatori da un lato; la riduzione dei danni derivanti dalla perseguibilità legale dell'uso, dall'altro.

Le evidenze che giustificano ed incoraggiano tale approccio sono:

- 1) una trascurabile percentuale di utilizzatori di DC fanno uso di servizi specialistici;
- 2) la separazione dei mercati limita il passaggio ad altre sostanze stupefacenti;
- 3) la decriminalizzazione evita lo stigma sociale dell'arresto e/o della detenzione e le conseguenze ad esso associate in termini di acquisizione di modelli devianti di comportamento in conseguenza (e non a causa) dello stesso. (...)

I dati relativi all'incremento del 200% dei consumatori in età adolescenziale dal 1984 al 1992 sono parziali. Infatti:

- 1) tali percentuali sono riferite ai giovani che hanno dichiarato di averne fatto uso almeno una volta nel mese precedente l'intervista;
- 2) è lecito attendersi che una quota maggiore di giovani dichiarino tali comportamenti se gli stessi non costituiscono reato perseguibile;
- 3) inoltre, la metà dei casi il comportamento veniva indicato come "sperimentazione" d'uso;
- 4) un aumento del consumo di DC è stato registrato nella quasi totalità dei Paesi Occidentali, anche laddove venivano adottate politiche repressive e francamente proibizioniste.

Più che giudicare negativamente la politica olandese, che ha ottenuto i risultati attesi, lo scrivente farebbe meglio a preoccuparsi del reale fallimento della politica repressiva negli USA" [Starace, 1996].

La politica olandese sulla droga, con la sua separazione dei mercati e con lo sforzo educativo parallelamente affrontato, ha fatto sì che il consumo di droghe pericolose rimanesse a livelli molto bassi e rimanessero bassi i tassi di mortalità provocate da droga e aids.

Scrivendo Jan Vliet: "La mancanza di una standardizzazione dei modelli di ricerca, fa sì che non si possa essere del tutto certi che il consumo di droghe leggere sia diminuito. Tuttavia, nulla indica che vi sia stato un aumento del loro consumo dal 1965. Inoltre, fatto ancor più importante, tutti i dati evidenziano che alla sperimentazione di tutte le droghe è subentrato un consumo 'ricreativo' della cannabis; la cifra totale relativa ai consumatori di cannabis nei Paesi Bassi è stimata in 300.000 individui, ovvero meno del 2% della popolazione" [Van Vliet, 1990a, p. 16].

Questi risultati sembrano essere confermati anche da quanto scrive Cohen, sociologo e Direttore del Programma di ricerche sulla tossicodipendenza del Comune di Amsterdam:

"All'inizio di quest'anno (1988, nota dell'autrice) l'università di Amsterdam ha studiato un campione rappresentativo di oltre 4000 abitanti di Amsterdam dai 12 anni in su. A tutti è stato chiesto se nell'anno precedente avessero fatto uso di cannabis, anche una sola volta.

Il 9,3% ha risposto affermativamente. Il 5,5% ha affermato di averne fatto uso anche nel mese precedente all'intervista. Il massimo di risposte positive, il 14,5%, sull'uso del mese precedente è stato rilevato tra persone di età intorno ai 23 anni.

Questo sta a dimostrare come, anche in condizioni di facile disponibilità e di relativa assenza di condanna sociale, la popolarità della cannabis sia piuttosto bassa" [Cohen, 1990, p.139].

Anche i dati forniti da Arnao confermano queste conclusioni. Per quanto riguarda l'uso di cannabis, una ricerca del 1984, condotta da Ruter e Frits su 25 mila scolari olandesi di età 17-18 anni dimostra che il 5,6% ha provato la sostanza e non la usa più, il 6,5% la usa ancora; lo 0,1% la usa quotidianamente.

Prevalenza dell'uso prima e dopo il cambio della legge (1976 - definizione dell'uso: una o più volte): 15-16 anni = 3% nel 1976, 2% nel 1985; 17-18 anni = 10% nel 1976, 6% nel 1985.

Secondo dati del 1987, forniti dal Ministero della sanità olandese, la prevalenza di uso corrente di cannabis è concentrata nelle fasce di età fra 23 e 24 anni (14,5%) " (...) Il numero dei tossicodipendenti in Olanda è valutato a 15 mila - 20 mila unità, un numero che è rimasto stabile negli ultimi dieci anni. L'età media è aumentata (ad Amsterdam da 26,8 a 30,1 anni fra il 1981 e il 1987), e la prevalenza dei consumatori di droga giovani (fino a 21 anni) è diminuita dal 14,4% nel 1981 al 4,8% nel 1987" [Arnao, 1990, pp.130-131].

Continua Van Vliet: "La marijuana e l'hashish sono ormai diventati il divertimento proprio di una consistente minoranza appartenente alla sottocultura urbana, la cui età è compresa tra i 15 e i 20 anni. L'integrazione di queste droghe avviene così rapidamente che molti fra i giovani che non ne fanno uso, le considerano fuori moda e tipiche della generazione dei loro genitori. E' chiaro che per alcune persone il consumo di marijuana e hashish può diventare un atto di cui non possono fare a meno: i programmi educativi, prendono in considerazione questi pericoli, ma sottolineano, come si legge in un opuscolo pubblicato di recente dal ministero della Sanità, che essi 'dipendono non soltanto dagli attributi psicotropi delle sostanze, ma soprattutto dal consumatore stesso, dalle motivazioni che lo spingono al consumo e dalle circostanze in cui il consumo avviene'" [VanVliet, 1990a, pp.16-17].

ecco altri dati forniti da Van Vliet:

"* La stragrande maggioranza dei giovani non è interessata alla droga: essa è stata in gran parte smitizzata. Nel gruppo di età inferiore ai 19 anni, solo l'1,8% aveva fatto uso di droga nel mese precedente, con una prevalenza di eroina e cocaina

inferiore allo 0,5%. Nonostante l'alta 'visibilità e la facilità' di procurarsi cannabis ad Amsterdam, meno del 25% dei residenti della città intorno ai 16 anni l'avevano mai provata; meno del 10% aveva fatto uso di cannabis nel 1987.

* I consumatori di droga che vogliono assistenza o cura possono ottenerle quasi immediatamente; la stima dei tossicodipendenti che sono noti e controllati dai vari servizi droga è del 70-80%.

* A partire dal 1980 il numero di problematiche legate alla droga nel paese si è stabilizzato tra 15.000 e 20.000.

Persino Amsterdam, nonostante abbia una politica locale piuttosto orientata in senso disciplinare e di ordine pubblico, mostra una tendenza stabilmente calante, da circa 9.000 casi del 1984 ai circa 6.000 del 1989.

* In generale le condizioni di salute dei tossicodipendenti olandesi sono buone; a parte l'HIV/AIDS ad Amsterdam la prevalenza della malattia epidemica è bassa, come il numero di morti dovute alla droga nel complesso del paese.

Il Servizio sanitario del comune di Amsterdam ha contato 42 morti per overdose in città nel 1989, 28 delle quali di tossicodipendenti che venivano dall'estero (principalmente dalla Germania) e solo 14 di cittadini olandesi. A partire dal 1985 si registra un deciso e stabile calo delle morti per overdose.

* L'incidenza dell'HIV/AIDS tra i tossicodipendenti fuori da Amsterdam è incredibilmente bassa. Fino a luglio 1990, solo 120 del totale dei 1313 casi di AIDS erano legati alla droga, pari a una percentuale del 9%.

La percentuale di consumatori di droga con l'AIDS praticamente non è cresciuta affatto dopo l'inizio dell'epidemia" [Van Vliet, 1990b].

G. Arnao, *Proibito capire. Proibizionismo e politiche di controllo sociale*, Ed. Gruppo Abele, 1990

H. J. Van Vliet, *L'esempio olandese*, a cura della L.I.A., in Conferenza Partito Radicale, 19 dicembre 1990 testo n. 391

H. J. Van Vliet, *La depenalizzazione delle droghe leggere nei Paesi Bassi*, CORAnews 0, Notizie Radicali, n. 58 del 10 marzo 1990

Aspe, Dossier - *Le città europee e la droga*, Gruppo Abele, in: *Legislazioni sulla droga in Europa*, a cura dell'Osservatorio delle leggi sulla Droga, Documenti - 2, Stampa Alternativa, Roma, 1992

P. Cohen, *L'esperienza olandese*, in *I costi del proibizionismo Atti del colloquio internazionale sull'antiproibizionismo*, Bruxelles, 28 settembre - 1 ottobre 1988, a cura del Cora, Roma, 1989

Ad Amsterdam, Manchester ed Amburgo le unità mobili di prevenzione nelle discoteche, in Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo, anno XX, 1997, n.3

Cap. VI

L'esperimento di distribuzione controllata di eroina in Svizzera

Nel corso degli anni '80, in Svizzera, esisteva un'opinione diffusa sull'inefficacia del regime proibizionista, e venivano avanzate molte proposte, e a vari livelli, di depenalizzare il consumo delle sostanze stupefacenti.,

Maturò così l'istituzione delle cosiddette "stazioni per tossicomani", centri sorti inizialmente a Berna, ove i tossicodipendenti erano ammessi a iniettarsi sostanze stupefacenti, da loro stessi portate, mediante siringhe sterili fornite dal personale medico e paramedico in forza a detti centri. Dopo l'uso il tossicodipendente era obbligato a restituire la siringa e nelle vicinanze di tali centri era severamente vietato il commercio di droghe pena il non esserne più ammessi. Di fatto questi centri introducevano il principio della non punibilità del consumo delle sostanze stupefacenti.

L'istituzione delle "stazioni per tossicodipendenti" è stato il primo provvedimento originale della politica elvetica sulle droghe.

La città di Zurigo realizzò invece un'idea che sembrò originale ma che alla fine creò molti problemi: concentrare in un unico luogo della città l'uso dell'eroina, in cui spaccio e consumo potevano essere tollerati.

Il parco di Platzspitz, che dal 1986 veniva utilizzato come centro di spaccio della cannabis, cominciò a raccogliere anche quello dell'eroina.

Nel 1987 più di venti organizzazioni governative erano presenti a Platzspitz per interventi di carattere sociosanitario.

La concentrazione di tossicodipendenti in un unico luogo permetteva inoltre di tenere il problema sotto controllo e si presentava come una condizione favorevole per tentare un intervento terapeutico sui tossicodipendenti; ma Platzspitz, con il passare del tempo, divenne un richiamo per i tossicomani di molti paesi europei e la loro concentrazione si sviluppò a dismisura tanto che nel febbraio 1992 il parco fu chiuso.

Nell'ottobre 1992 il Governo Federale emetteva un'ordinanza sui criteri di valutazione dei progetti finalizzati alla prevenzione della tossicodipendenza e al miglioramento delle condizioni di vita dei tossicodipendenti.

In questo contesto la prescrizione di sostanze stupefacenti veniva ritenuta una sperimentazione scientifica volta alla ricerca di terapie innovative nella lotta alla tossicodipendenza, anche con l'obiettivo di ridurre le attività illecite dei tossicodipendenti e il rischio di diffusione dell'Aids e di altri disagi.

E' importante sottolineare che questa sperimentazione era destinata soprattutto ai tossicodipendenti per i quali nessuno dei trattamenti in uso fino ad allora aveva dato risultati positivi.

A Basilea gli avversari di questa iniziativa pretesero un referendum: il 65% degli elettori approvò un programma locale di prescrizione dell'eroina.

Nel settembre 1997 tutti gli svizzeri furono chiamati ad un voto sulla politica sanitaria della confederazione che prevedeva forme di legalizzazione della prescrizione di eroina e di estensione del programma già realizzato: il 70% della popolazione si è pronunciata per il sì. (cfr. Pietrostefani, 1998, pp.168-175)

Nelle pagine che seguono riportiamo una sintesi del rapporto finale dei mandatarî della ricerca sull'esperimento di prescrizione di stupefacenti sotto controllo medico attuata in Svizzera nel corso di questi anni. (cfr. Uchtenhagen A., 1988)

Le condizioni quadro di realizzazione del progetto sono riportate nel piano globale della ricerca del 1 novembre 1993, basato sull'Ordinanza del Consiglio federale del 21 ottobre 1992.

Queste riguardano i criteri di ammissione dei pazienti, le modalità di trattamento e le prescrizioni di sicurezza. I criteri di ammissione fissano un'età minima di 20 anni, una dipendenza dall'eroina di almeno 2 anni e numerosi insuccessi di precedenti trattamenti. La tossicodipendenza deve aver condotto a dei danni alla salute o ad una precarietà della vita sociale, ovvero ad entrambe allo stesso tempo.

Le iniezioni di stupefacenti prescritti sono state fatte sotto sorveglianza medica e il prodotto da iniettare non poteva essere portato via. La prescrizione di stupefacenti doveva obbligatoriamente essere accompagnata da assistenza psico - sociale.

Gli stupefacenti ammessi nel progetto, conformemente all'Ordinanza, sono la morfina, il metadone e l'eroina, per via orale o endovenosa. Inoltre, sono stati realizzati un esperimento di prescrizione di eroina e un esperimento pilota di cocaina da fumare.

Di conseguenza, le questioni da trattare nel campo della ricerca sono numerose e riguardano la farmacologia e la tossicologia delle sostanze prescritte, lo stato di salute, il modo di vita e la tossicodipendenza dei pazienti trattati, la fattibilità e l'analisi dei costi - benefici del progetto.

In tre casi gli esperimenti sono stati condotti in un policlinico che somministrava metadone e in un altro caso in un istituto penitenziario.

Un centro di trattamento si è limitato alla prescrizione del metadone per via endovenosa e orale.

Nell'insieme, 18 centri di trattamento sono stati autorizzati, di cui uno in ambiente carcerario. Tutti gli altri sono stati organizzati in policlinici di trattamento ambulatoriale a Bale, Berna, Bienne, Friburgo, Ginevra, Horgen, Lucerna, Olten, St Gallen, Soleure, Thoune, Wetzikon, Winterthur, Zoug e Zurigo. Una domanda di un centro di trattamento è stata ritirata, un'altra è stata rifiutata. Un centro di trattamento autorizzato non è stato messo in funzione.

Gruppi di pazienti

La valutazione complessiva del progetto si basa sui dati rilevati su 1.146 pazienti ammessi in un preciso momento nel progetto per iniziare il trattamento

Risultati relativi alle sostanze

1. Le possibilità di reclutamento dei pazienti, il tasso di permanenza nel progetto (durata della partecipazione al progetto) e l'osservanza delle direttive di trattamento sono state migliori per la prescrizione di eroina iniettata che per la morfina iniettata e il metadone;
2. tra gli stupefacenti iniettati, la morfina e il metadone non mostrano che una utilità limitata; l'eroina si rivela più appropriata anche grazie agli effetti secondari più trascurabili;
3. la prescrizione di eroina non ha mostrato finora alcuna controindicazione assoluta; misure particolari di precauzione devono essere prese in caso di episodi epilettici preesistenti;
4. le sigarette di eroina hanno avuto scarso effetto (l'eroina si consuma per circa il 90%) e sono sostituibili dalle forme di eroina non iniettabile (per esempio, compresse a effetto ritardato).

Risultati relativi ai pazienti

Si tratta di riassumere in questa sede in quale misura il gruppo bersaglio previsto degli eroinomani sia stato realmente raggiunto, quali sono le modificazioni intervenute rispetto al loro stato di salute nel corso del trattamento, al loro consumo illegale di droga, alla loro integrazione sociale e al loro comportamento delinquenziale.

Gruppo bersaglio

1. Il gruppo obiettivo analizzato è quello degli eroinomani cronici che hanno alle spalle diversi tentativi falliti di terapia e di pesanti deficit nel loro stato di salute e nella loro situazione sociale. Il progetto ha permesso di raggiungere il gruppo bersaglio meglio di altri trattamenti;
2. i pazienti che hanno lasciato un trattamento al metadone per essere ammessi nel progetto consumavano in precedenza grandi quantità di eroina illegale.

Evoluzione dello stato di salute

1. La salute fisica dei pazienti sotto prescrizione di eroina è migliorata e si è stabilizzata durante l'anno e mezzo di durata del loro trattamento; questo miglioramento è stato parzialmente confermato in seguito (sul piano somatico, il miglioramento riguarda soprattutto lo stato generale e nutrizionale ed anche le lesioni cutanee dovute alle iniezioni);
2. nel campo psichico, si rileva soprattutto una diminuzione degli stati depressivi, ma anche degli stati di angoscia e di deliri;
3. le infezioni da HIV preesistenti sono state l'oggetto per la maggior parte di un trattamento medico adeguato. Lo stesso è avvenuto per le malattie infettive clinicamente manifeste;
4. nel corso della partecipazione al progetto, si rilevano tre nuove infezioni da HIV, quattro infezioni da epatite B e cinque da epatite C (undici persone in tutto). La probabilità che queste infezioni siano dovute a delle iniezioni di stupefacenti al di fuori del progetto è molto elevata;
5. le gravidanze e le nascite che hanno avuto luogo nel corso della partecipazione al progetto sono avvenute sotto sorveglianza e senza particolari problemi (ad eccezione di un falso parto avvenuto durante una disintossicazione da eroina). I neonati non hanno presentato particolari deficit di sviluppo.

Comportamento tossicodipendente

1. Il consumo illegale di eroina e di cocaina è diminuito in maniera significativa e rapida. Al contrario, il consumo di benzodiazepina non è diminuito che lentamente e quello di alcool e di cannabis è rimasto più o meno inalterato;
2. una minoranza dei pazienti, dopo 18 mesi di trattamento, ha continuato a consumare regolarmente cocaina (5%) e benzodiazepina (9%), cosa che ha presentato alcuni problemi terapeutici difficili da gestire.

Integrazione sociale

1. La situazione residenziale dei partecipanti è rapidamente migliorata e si è stabilizzata (nessuno di loro era senza tetto);
2. la capacità lavorativa è nettamente migliorata: gli impieghi stabili sono raddoppiati (dal 14% al 32%), la disoccupazione si è ridotta di circa la metà (dal 44% al 20%). Gli altri pazienti vivono con l'aiuto di un sussidio, di una attività temporanea esterna o a domicilio;
3. durante tutta la durata del trattamento, i debiti dei partecipanti sono diminuiti in maniera significativa e continua;
4. un terzo dei pazienti che all'entrata erano dipendenti dell'assistenza sociale hanno potuto fare a meno di tale aiuto. Al contrario, altre persone hanno dovuto ricorrere all'assistenza, rinunciando ai loro redditi di fonte illegale;
5. i contatti con i tossicomani e l'ambiente della droga sono notevolmente diminuiti, ma la durata di osservazione è troppo corta per constatare che questi contatti sono stati sostituiti da nuove relazioni sociali.

Delinquenza

1. I redditi provenienti da attività illegali o semi illegali sono fortemente diminuiti: 10% dei pazienti ne sono ancora coinvolti mentre nel passato tale percentuale era del 69%;
2. si rileva una diminuzione sia del numero di pazienti delinquenti che del numero di reati commessi (già nel corso del primo anno di trattamento) di circa il 60% (secondo le dichiarazioni dei pazienti e i registri dei servizi di polizia);
3. il numero di condanne penali è diminuito di conseguenza (secondo il casellario giudiziario centrale).

Tasso di permanenza nel progetto

Il miglioramento dello stato di salute e della situazione sociale si manifesta dopo poco l'inizio del trattamento, mentre per alcuni solamente dopo diversi mesi.

E' essenziale quindi poter impedire una interruzione precoce del trattamento. Il tasso di permanenza nel progetto, pari al 89% dopo 6 mesi e al 69% dopo 18 mesi, può essere considerato come eccezionalmente elevato in confronto ad altri programmi di trattamento di eroinomani.

Analisi delle uscite

Un'analisi delle persone che hanno lasciato il progetto permette di osservare quanto segue:

1. più della metà delle persone hanno optato per un altro tipo di trattamento;
2. alla fine del 1996, 83 persone in totale hanno deciso di sospendere l'eroina per seguire un trattamento basato sull'astinenza. La probabilità che un paziente opti per un tale trattamento aumenta con la durata della sua partecipazione al progetto;
3. più il trattamento dura più il numero di interruzioni del trattamento e di esclusioni diminuisce;
4. le malattie somatiche gravi, soprattutto legate all'AIDS, implicano ricoveri ospedalieri e rappresentano quindi un importante elemento per le statistiche sulle uscite;
5. i miglioramenti della situazione sociale avvenuti durante il trattamento permangono almeno per sei mesi, sia che il paziente continui o no a seguire un trattamento;
6. all'uscita, il consumo di droghe illegali aumenta leggermente sebbene resti a livelli inferiori a quello della situazione iniziale. Vale lo stesso per quanto riguarda i contatti con l'ambiente della droga e dei redditi illegali;
7. dei 1.146 partecipanti al progetto, 36 sono deceduti entro la fine del 1996;
8. 17 decessi sono dovuti all'AIDS o ad altre malattie infettive. Le altre cause di decesso sono state l'overdose di stupefacenti non prescritti nel progetto, i suicidi e gli incidenti. Nel progetto, non è stata segnalata nessuna overdose;
9. nell'insieme della coorte, il tasso annuale di mortalità rimane dell'1%, a scapito dei danni gravi alla salute, ovvero nettamente più basso di quello che si conosceva indirettamente da altri studi condotti sul trattamento di eroinomani (0,7-2,6% l'anno). La mortalità delle persone non trattate è notevolmente più elevata.

Risultati relativi ai centri di trattamento

Per quanto riguarda la sistemazione e la gestione dei centri di trattamento, si devono fare le seguenti osservazioni:

1. all'inizio i problemi principali sono stati quelli del reclutamento dei pazienti e in numerosi casi, quelli del finanziamento e dell'organizzazione;
2. i centri di trattamento della seconda serie hanno avuto meno difficoltà e hanno beneficiato dell'esperienza della prima serie;
3. i fastidi lamentati dal vicinato sono stati rari o temporanei;
4. i problemi di sicurezza (stoccaggio e controllo degli stupefacenti, misure di sicurezza contro gli scassi, ecc.) sono stati risolti con soddisfazione;
5. un rischio è rimasto presente, quello del sovradosaggio per pazienti che hanno continuato a consumare sostanze non prescritte. In questi casi sono state prese misure precauzionali che hanno permesso di prevenire dei casi di sovradosaggio mortale.

Prescrizioni di eroina nei policlinici di trattamento al metadone

Nella prospettiva del proseguimento della prescrizione medica di eroina, ci si è domandati in quale misura questa forma di trattamento poteva essere integrata in un centro di prescrizione di metadone. L'esperienza realizzata presso 3 centri di trattamento ha mostrato che i problemi esistenti potevano essere superati e che un programma di prescrizione di eroina nei policlinici polivalenti è effettivamente realizzabile.

Prescrizione di eroina in contesto carcerario

La prova pilota della prescrizione di eroina in contesto carcerario ha mostrato che il progetto richiede alcuni adattamenti (preparazione dell'istituto e attitudine del personale rispetto al progetto), ma che in fin dei conti gli aspetti positivi hanno predominato e che una buona collaborazione è stata stabilita con i centri di trattamento per la presa in carico dei detenuti dopo la loro messa in libertà.

Analisi costi - benefici del progetto

Uno studio dettagliato delle spese imputate ai centri di trattamento ambulatoriale ha mostrato che il costo medio totale giornaliero e per paziente ammonta a Fr. 51.-, con entrate pari a Fr. 35,- al giorno e per paziente (contributi dei pazienti, della cassa malattia e dei fondi pubblici).

I deficit sono generalmente presi in carico dalle istituzioni pubbliche, raramente dalle istituzioni private.

Lo studio di valutazione del progetto sul piano socio - economico globale, nel senso di una analisi dei costi - benefici definita sulla base di calcoli precisi, rivela che il beneficio complessivo ammonta a Fr. 96,- (soprattutto grazie all'economia realizzata con la diminuzione delle indagini penali e delle detenzioni e al miglioramento dello stato di salute dei pazienti). Se si sottraggono i costi su citati, il beneficio netto è di Fr. 45,- per paziente e al giorno.

Conclusioni

Sulla base di questi risultati, si arriva alle seguenti conclusioni e raccomandazioni:

1. la prescrizione medica di eroina sotto controllo al gruppo bersaglio risulta valida e realizzabile in modo sufficientemente sicuro;
2. grazie al tasso di permanenza eccezionalmente alto, si sono ottenuti miglioramenti sensibili nello stato di salute dei pazienti e nel loro modo di vivere. Tali miglioramenti di solito rimangono anche dopo l'interruzione del trattamento. In particolare, si nota la diminuzione della delinquenza;
3. questi miglioramenti sono a vantaggio anche dell'intera comunità (lotta alle malattie infettive e contro la criminalità legata all'ambiente della droga);
4. rispetto al cattivo stato di salute dei pazienti all'entrata, il tasso annuo di mortalità dell'1% può essere considerato relativamente basso;
5. sul piano socio - economico, il beneficio della prescrizione di eroina sotto controllo medico è considerevole, soprattutto grazie alla riduzione delle spese legate a procedimenti penali, alla detenzione e alla cura delle malattie;
6. questi miglioramenti sono ottenuti a condizione che la prescrizione di eroina sia integrata in un vasto programma di assistenza e di recupero della situazione medica e sociale dei pazienti;
7. lo stesso vale per quanto riguarda le condizioni quadro di riferimento nel progetto. La sicurezza dei partecipanti e delle altre persone coinvolte è stata garantita grazie ad adeguate misure di controllo.

Si raccomanda quindi di continuare i trattamenti di eroina sotto controllo medico con riferimento alle condizioni quadro e al progetto.

Gli obiettivi del progetto

Gli esperimenti di prescrizione di stupefacenti sono concepiti come tentativi di trattamento dei tossicomani per i quali i metodi terapeutici utilizzati fino ad allora si sono rivelati inutili. Inoltre, si tratta di verificare se la prescrizione di stupefacenti sotto controllo medico è di efficacia pari o superiore ai trattamenti terapeutici attuali, e in particolare a quelli basati sulla prescrizione di metadone.

In progetto ha il fine di esaminare:

1. le conseguenze sull'integrazione sociale delle persone trattate (capacità lavorativa, distacco dall'ambiente della droga, diminuzione della delinquenza e aumento del senso di responsabilità di fronte al rischio di infezione HIV);
2. possibilità di disassuefazione;
3. l'adattamento di questo trattamento ai tossicomani per i quali altre terapie non sono state efficaci;
4. l'efficacia di questo tipo di trattamento rispetto alle terapie finora praticate.

Questi obiettivi si considerano essenziali perché, da un lato, il numero di eroinomani in Svizzera è relativamente elevato (più di 4.000 eroinomani per milione di abitanti) e, dall'altro lato, più della metà di loro non seguono alcun trattamento oppure, se ne seguono uno, questo non ha risultati soddisfacenti. Inoltre, in Svizzera si rileva una elevata media di malattie dovute all'AIDS di cui sono colpiti molti tossicomani, senza contare la delinquenza dovuta alla droga e alle altre conseguenze la cui importanza non è trascurabile.

Il progetto doveva chiarire in quale misura un trattamento praticato nel quadro della prescrizione di stupefacenti poteva avere delle influenze positive sugli eroinomani rispetto al loro stato di salute e alla loro integrazione sociale. Si doveva in particolare studiare fino a che punto il progetto fosse riuscito a trattare gli eroinomani che avevano riportato in precedenza numerosi fallimenti terapeutici.

Ordine e fasi degli obiettivi terapeutici

Il fine ultimo del trattamento della tossicodipendenza è di ottenere che le persone coinvolte riescano a gestire la loro vita sotto la propria responsabilità e che si liberino della dipendenza dalla droga. La strada da seguire ha diversi obiettivi i quali, per essere raggiunti, necessitano degli elementi terapeutici e cronologici differenti. L'obiettivo finale non sarebbe stato raggiunto né da tutti i candidati né allo stesso tempo.

Poiché la maggior parte degli eroinomani, alla fine, vogliono trovare la via della disassuefazione, è necessario che essi possano sopravvivere a questo periodo pericoloso senza danni gravi. Il momento di rinuncia alla droga dipende da diversi fattori. E' dopo 2 - 3 anni di trattamento che si può valutare il cammino che resta da fare.

Nei trattamenti di sostituzione, per i quali una sostanza legale sostituisce una sostanza illegale, la disintossicazione si raggiunge solamente passando ad obiettivi successivi. Anche per i trattamenti basati sull'astinenza il fine principale è di mantenere i tossicomani nel trattamento affinché questi abbiano una possibilità di successo.

Le fasi fissate agli obiettivi terapeutici per i trattamenti di sostituzione si presentano nella seguente maniera (tabella 1):

Tabella 1: Fasi degli obiettivi terapeutici

<u>Obiettivo primario</u>	Raggiungere i pazienti del gruppo - bersaglio
<u>Obiettivo primario</u>	Periodo di mantenimento in terapia sufficiente Impedire l'interruzione del trattamento
<u>Obiettivi terziari</u>	Stimolazione alla rinuncia di consumo di sostanze non prescritte (con o senza sostituzione) Miglioramento del loro stato di salute Ricreare le condizioni per una attività lucrativa Rinuncia a comportamenti criminali
<u>Obiettivo finale</u>	Ottenere un'astinenza durevole

L'adeguatezza di un trattamento di sostituzione per gli eroino - dipendenti si misura in base all'ampiezza della domanda, in quale misura una interruzione prematura del trattamento può essere evitata e in quale misura è possibile ottenere, grazie al trattamento, dei cambiamenti positivi nello stato di salute, nel modo di vivere e nell'integrazione socio - professionale, i quali, alla fine, possono portare alla rinuncia duratura del comportamento dipendente.

La durata media di permanenza nel progetto è stata di 420 giorni, la mediana di 387 giorni.

La sostanza maggiormente somministrata sul totale dei giorni di consumo è stata l'eroina: 78% via endovena e 10% sotto forma di sigarette. Tutte le altre sostanze somministrate sono minoritarie. Le sostanze iniettate sono state consumate in media tre volte al giorno. La dose giornaliera di morfina via endovena è stata leggermente inferiore a quella di eroina. La dose di metadone iniettata è stata corrispondente a quella somministrata via orale, mentre la dose combinata metadone - eroina è risultata minore. Gli stupefacenti via orale sono stati consumati in media una volta al giorno per il metadone ed una volta e mezza per quanto concerneva la morfina. Questo è dovuto alla lunga durata degli effetti di tali sostanze. La dose quotidiana di eroina via endovena è stata nettamente inferiore di quella somministrata per essere fumata, poiché in quest'ultima modalità buona parte rimane inattiva.

Per i pazienti che non potevano assumere eroina via endovena a causa del cattivo stato delle loro vene o per i pazienti che fino al reclutamento nel progetto avevano assunto eroina illegale fumandola e non erano più avvezzi all'assunzione via endovena, sono state fabbricate apposite sigarette, prive di tabacco, a base di asperula odorante. Mediante un robot dispensatore comandato da un computer è stato possibile caricare di eroina 300 sigarette di questo tipo l'ora. Il controllo di qualità ha evidenziato che il processo di impregnamento semi-automatico permetteva una grande precisione nel dosaggio e non liberava residui di solventi tossici.

Tramite un'esperienza in vitro condotta con la macchina per fumare si è constatato che una quantità massima dell'11% della dose originale di eroina (eroina e metaboliti attivi) può raggiungere le vie respiratorie. La maggior parte dell'eroina si consuma o si volatilizza nel fumo non inalato.

Le sigarette di eroina procurano effetti di "flash" e di "high", una "penetrazione" sentita chiaramente e una piacevole sensazione di calore. Non si assiste ad euforia.

Dato che gli effetti delle sigarette di eroina sono limitati, altre forme di somministrazione non iniettabili sono state egualmente testate, come le compresse ritardanti d'eroina, le capsule di eroina, le supposte all'eroina, l'aerosol di eroina in inalazione liquida, l'aerosol di inalazione di eroina in polvere (sublimato d'inalazione)

Per quanto riguarda la morfina iniettabile gli effetti della morfina sono minori di quelli dell'eroina; l'eroina passa più rapidamente la barriera emato - encefalica e provoca di conseguenza un flash più potente in caso di iniezione per via endovenosa. La morfina si riassorbe e si degrada più lentamente e gli effetti che provoca sono di più lunga durata,

Il progetto di prescrizione della morfina iniettabile a delle persone dipendenti dall'eroina, che è iniziato nel 1983 ad Amsterdam, ha mostrato nel 75% dei 37 partecipanti un effetto soggettivo buono, senza che siano apparsi d'altronde problemi medici seri né effetti secondari dovuti alle iniezioni. Tuttavia, nel corso dei 4 anni di durata del progetto, 6 partecipanti sono deceduti (3 suicidi, 1 overdose dovuta a consumazione parallela, 1 decesso per AIDS e 1 per cancro).

E' stato utilizzato anche metadone iniettabile, stupefacente prodotto sinteticamente, che induce essenzialmente gli stessi effetti della morfina, ma possiede una durata di effetto più lunga (durata di semivita di 15 ore circa). Il metadone passa più lentamente la barriera emato-encefalica, riducendone così gli effetti psicotropi.

Sotto assunzione per via endovenosa, il metadone è potente quasi quanto l'eroina.

Salute fisica

Per quanto riguarda i cambiamenti nello stato di salute, si è notato che lo stato nutrizionale è migliorato, che lo stato di salute fisica complessiva, secondo le valutazioni dei medici del progetto, riportava anche dei miglioramenti, e che appariva una netta diminuzione di malattie della pelle legate alle iniezioni.

Lo stato nutritivo migliorato dopo 18 mesi di trattamento riguarda in primo luogo i pazienti affetti da HIV. La valutazione del bisogno di cure mediche è circa lo stesso dopo un trattamento di 12 mesi.

Uno studio speciale sulla differenziazione più precisa dei trattamenti medici effettuati ha permesso di stabilire l'evoluzione della salute somatica. Nei tre grandi centri di trattamento urbani, sono state registrate dopo i 18 mesi continuativi un gran numero di osservazioni, di diagnostiche e di trattamenti medici per i pazienti entrati nel corso del 1994. L'analisi ha permesso di fissare uno stato della malattia per il quale, secondo le concezioni mediche teoriche, è verosimile una evoluzione nel corso della partecipazione al progetto.

Di seguito sono descritte le diverse malattie intervenute nel corso dei 18 mesi di trattamento in funzione alla loro frequenza.

In caso di uso di sostanze illegali per via endovenosa in cattive condizioni igieniche, appaiono frequentemente delle malattie causate da agenti patogeni, come per esempio gli ascessi. E' così che 31 ascessi sono stati diagnosticati nel corso del primo mese di trattamento su 147 pazienti di questo gruppo. Alla fine dell'anno, è stato diagnosticato in media un solo ascesso al mese.

L'esame di entrata ha mostrato per numerosi partecipanti un debole indice body - mass. Spesso sono state riscontrate anemie nutrizionali dovute al cattivo stato nutritivo. La diagnostica di anemia nutrizionale è avvenuta meno di sovente nel corso dei mesi grazie alla positiva evoluzione dello stato di nutrizione dell'intera coorte.

Problemi vegetativi e gastro - intestinali sono stati diagnosticati frequentemente all'entrata. Sono diminuiti nel corso dei mesi in maniera analoga alla regressione delle turbe soggettive indicate nei rapporti intermedi.

Nei casi di terapia di sostituzione per via endovenosa con eroina, morfina e metadone si è osservata l'apparizione di crisi epilettiche. 8 crisi epilettiche sono avvenute nel corso del primo mese di trattamento per la coorte qui descritta. Dal 13° al 18° mese di trattamento non si sono avuti più di 3 crisi in tutto.

I problemi epilettici di cui soffrivano i pazienti sono stati esaminati più approfonditamente nel quadro di una analisi speciale. I risultati di questo studio hanno dato importanti indicazioni sulle cause multifattoriali di questi problemi epilettici sotto l'assunzione di oppiacei.

Malattie infettive

Al momento dell'entrata si è constatato un tasso di infezione elevato, sia per l'HIV che per il virus dell'epatite.

Un controllo dei risultati di laboratorio mostra che nel corso della partecipazione al progetto si sono manifestate 3 nuove infezioni all'HIV, 4 all'epatite B e 5 all'epatite C. Per altre 44 persone, si è rilevato nel corso dei primi sei mesi di trattamento una recente infezione da HIV (8 casi), da epatite B (23 casi) e da epatite C (18 casi). Non si è potuto stabilire se questi pazienti sono stati infettati poco prima o poco dopo la loro entrata nel progetto. Queste infezioni recenti sono probabilmente da mettere in rapporto con l'iniezione di cocaina al di fuori del progetto.

Nel 48% dei pazienti, una terapia o una profilassi medica ha avuto luogo durante il trattamento nel progetto di prescrizione di stupefacenti sotto controllo medico. Il 38% non hanno seguito terapie mediche e 14% ne ha rifiutato l'offerta.

L'evoluzione clinica degli stadi della malattia ha beneficiato della terapia e delle cure praticate nel progetto.

Non è possibile attualmente un confronto dei risultati qui presentati riguardo l'evoluzione dell'infezione con l'HIV, i tassi di sierconversione e i corrispondenti risultati provenienti da altri gruppi simili al gruppo - bersaglio.

Salute psichica

Lo stato di salute psichica generale è in media migliorato. Riguardo alla necessità di ricevere le cure, sembra che questa sia aumentata alla situazione che si presentava dopo. L'accresciuto bisogno di cure si spiega probabilmente con il miglioramento della diagnosi psichiatrica da parte dei medici partecipanti al progetto. La depressione in particolare e altre turbe affettive sono divenute decisamente più rare; lo stesso non è generalmente avvenuto per le schizofrenie croniche. Degli 8 schizofrenici diagnosticati all'entrata, 5 sono rimasti in trattamento durante almeno 18 mesi, cosa che corrisponde al tasso di permanenza medio nel progetto. L'esperienza ha mostrato che il tasso di interruzione del trattamento di questi pazienti è in generale elevato.

Un'analisi dei dati di trattamento mostra che dal secondo mese in poi, le turbe affettive necessitano raramente di un trattamento psichiatrico. Lo stesso vale per le turbe della personalità e altre turbe del comportamento. Per la schizofrenia, i dati corrispondenti non fanno apparire una minore necessità di trattamento.

L'analisi di evoluzione su 18 mesi mostra una diminuzione degli stati depressivi, degli stati di angoscia e di delirio e dei comportamenti aggressivi.

Sulla base di questa evoluzione, ci si attende nel lungo termine una diminuzione delle affezioni psichiatriche, in particolare per i partecipanti che presentano diverse patologie psichiatriche.

La riduzione delle turbe di natura depressiva è apparsa soprattutto nel corso dei primi 12 mesi di trattamento; essa è rimasta stabile nel seguito.

La diminuzione delle turbe caratterizzate dall'angoscia e dai deliri è stata continua ed è diminuita ulteriormente dopo 12 mesi di trattamento.

Ancora, la diminuzione del comportamento aggressivo si è accentuata dopo il 12° mese

Modifiche del comportamento di dipendenza e del comportamento a rischio

Il consumo di eroina secondo le indicazioni date dai pazienti, ha conosciuto una forte riduzione già nel corso del primo semestre di trattamento, riduzione che è proseguita nel corso del semestre successivo, sebbene in maniera meno pronunciata.

Il consumo di cocaina, secondo le indicazioni fornite dai pazienti (corrette sulla base degli esami dell'urina), mostra ugualmente una netta tendenza alla diminuzione.

Anche qui, la diminuzione appare già nel corso dei primi 6 mesi di trattamento. Essa riguarda prima di tutto i pazienti che ne consumavano quotidianamente, mentre nei consumatori occasionali la diminuzione è minore. La metà dei pazienti che, all'entrata, consumavano occasionalmente, ha completamente smesso di farlo. Tuttavia, 14 persone hanno iniziato un consumo occasionale durante la loro partecipazione al progetto. Nell'insieme, la riduzione del consumo di cocaina è statisticamente molto significativa.

Il consumo di cannabis varia meno, come mostra la tabella 24.

A differenza del consumo di eroina e di cocaina, il gruppo di consumatori quotidiani di cannabis rimane lo stesso, mentre il gruppo dei consumatori occasionali diminuisce.

Nell'insieme, il consumo di stupefacenti diminuisce considerevolmente, anche rispetto alle sostanze non prescritte nel quadro del progetto.

La diminuzione del consumo di eroina illegale e di cocaina è quello più marcato, cosa che riduce i rischi di contatto ulteriore con il mercato della droga e i tossicodipendenti. È ridotto ugualmente il consumo quotidiano di benzodiazepine che, in combinazione con gli oppiacei, aumenta il rischio di decesso. La riduzione del consumo di alcool e della cannabis è meno marcata.

D'altronde, la riduzione del consumo di eroina illegale e di cocaina indica che le assunzioni via endovenosa fuori del progetto sono divenute molto più rare. Questo fatto ha contribuito a migliorare le dermatosi dovute alle iniezioni non sterili.

Questa diminuzione riduce anche il rischio di una infezione attraverso il sangue (HIV, epatite B e C) ed il rischio di trasmissione di queste infezioni.

Modifiche dell'integrazione sociale

La sintesi che segue riguarda le modificazioni della situazione relativa all'abitazione, al lavoro, all'indebitamento e ai contatti sociali per tutti i partecipanti che sono rimasti più di 18 mesi in trattamento.

Per quanto riguarda il problema dell'abitazione si nota che i senza tetto sono quasi scomparsi; analogamente, i pazienti non sono più obbligati a vivere in istituti. Anche la forma non autonoma di abitazione costituita dal subaffitto diminuisce, mentre gli alloggi autonomi si moltiplicano.

Se d'altronde si ripartisce la situazione abitativa in situazione stabile e instabile (stabile nel senso realizzabile e di lunga durata, instabile nel senso di provvisoria e difficilmente realizzabile) si ottiene che le situazioni abitative instabili sono ridotte a meno della metà dei valori iniziali, mentre invece le situazioni abitative stabili sono aumentate. Questa evoluzione è continuata in tutto il periodo di trattamento e statisticamente molto significativa.

Per quanto riguarda il lavoro, la situazione lavorativa dei pazienti è stata ripartita in 3 categorie: lavoro a tempo parziale e a tempo pieno sulla base di un impiego fisso; lavoro temporaneo, lavoro a casa o beneficiario di un sussidio; senza lavoro o senza sussidio.

Le conclusioni sono chiare: nonostante la situazione difficile del mercato del lavoro, gli impieghi fissi sono raddoppiati, mentre la disoccupazione diminuisce più della metà. Questa evoluzione è statisticamente molto significativa. Inoltre, si può constatare che il 28% dei pazienti disoccupati all'inizio hanno trovato nel frattempo un impiego regolare e che il 24% delle persone precedentemente impiegate a tempo parziale dispongono di un impiego fisso. Questi cambiamenti sono avvenuti soprattutto durante il primo anno di trattamento.

L'indebitamento rappresenta un pesante handicap per l'integrazione sociale; esso costituisce un impedimento reale e provoca un effetto scoraggiante. Una evoluzione positiva è avvenuta anche in questo campo: infatti gli indebitamenti sono diminuiti costantemente nel corso del trattamento in modo che, alla fine dei 18 mesi, un terzo dei pazienti si trova senza debiti e un secondo terzo ha solamente debiti di modesta entità. Queste differenze sono anche statisticamente significative.

Durante il trattamento sono invece aumentati i sussidi di invalidità: questo si spiega col fatto che, nel quadro delle cure psicosociali, è stata identificata la necessità di un sussidio e sono state avviate le pratiche necessarie.

I sussidi sono concessi secondo la corrente pratica dell'assicurazione-invalidità per le malattie preesistenti o dovute alla dipendenza. Tuttavia esistono dei casi nei quali un sussidio esistente è stato sospeso perché la capacità lavorativa era stata recuperata (5% dei beneficiari dei sussidi).

Il numero di pazienti che beneficiano di un aiuto sociale rimane costante.

Per quanto riguarda i contatti sociali, si effettua una distinzione tra i contatti con le persone che sono esse stesse consumatrici di droghe e i contatti con le persone esterne all'ambiente della droga. È importante determinare se la cerchia di amici dei pazienti appartiene all'una o all'altra categoria.

Per quanto riguarda i contatti sociali con le persone esterne all'ambiente della droga, nessun cambiamento è stato rilevato.

Quasi la metà dei partecipanti ha raramente dei contatti con delle persone esterne all'ambiente della droga. Questo punto rappresenta un potenziale di ricaduta importante. Un cambiamento di questa situazione, nonostante il sostegno apportato, risulta difficile.

Viceversa esiste un netto cambiamento nei contatti con i tossicodipendenti.

Non si può ancora sapere in quale misura i nuovi contatti stabiliti con dei tossicodipendenti si riferiscono ad altri partecipanti al progetto.

A complemento dell'analisi delle relazioni sociali, è stato domandato con quale frequenza si sviluppavano i contatti con l'ambiente della droga. Tali contatti sono molto diminuiti.

Anche se, nello stesso tempo, gli ambienti aperti della droga sono stati chiusi nelle grandi città della Svizzera e sostituiti da ambienti meno visibili e meno conosciuti, la diminuzione dei contatti con tali ambienti è statisticamente molto significativa. La causa principale è il venire meno dell'obbligo di rifornirsi regolarmente di eroina illegale.

Inoltre vanno sottolineate delle modifiche del comportamento delinquenziale. Infatti le attività illegali e semi - legali sono nettamente diminuite a partire dal primo semestre di trattamento, poi si sono stabilizzate, ovvero hanno continuato a ridursi ma parzialmente. Dopo 18 mesi di trattamento, solo il 10% dei pazienti sono ancora coinvolti in tali attività, mentre all'inizio del trattamento questa percentuale era del 70%. Questo cambiamento è statisticamente molto significativo e deve essere messo in rapporto diretto con la scomparsa della necessità di procurarsi per via illegale o semi-legale i mezzi necessari per il consumo illegale di eroina.

Nel corso del primo semestre di trattamento, il numero di delinquenti è fortemente diminuito; questa tendenza si è confermata durante il secondo semestre, ma in misura minore. Si osserverà più in particolare la riduzione dei taccheggi, degli svaligiamenti, del traffico di droghe e delle ricettazioni. Quanto sopra è stato completato con dei dati sulla delinquenza durante le ultime 4 settimane precedenti il colloquio. I risultati confermano la stessa tendenza di regresso.

La diminuzione del numero di pazienti delinquenti è stata statisticamente significativa per la metà dei tipi di reato considerati. Questa tendenza conferma la riduzione di quella che si chiama criminalità dovuta all'assunzione di droga.

Il colloquio ha riguardato anche il numero di reati commessi durante i periodi di 6 mesi e di 4 settimane che hanno preceduto il colloquio stesso.

Il numero medio per persona di reati commessi nel corso dei 6 mesi precedenti il colloquio è diminuito in maniera analoga al numero di persone delinquenti. La diminuzione raggiunge il 90% per quanto riguarda i reati legati all'assunzione di sostanze stupefacenti.

Il brigantaggio, il traffico di droghe e la frode all'atto dell'acquisto di droghe sono diminuiti in modo significativo, mentre la violenza fisica e sessuale, già rara prima dell'inizio del trattamento, ed i furti subiti dai pazienti non sono affatto diminuiti.

Per quanto riguarda le condanne registrate dal casellario giudiziario centrale si rileva che il numero di condanne registrate e i reati corrispondenti diminuiscono sensibilmente.

Il numero di reati che hanno comportato una condanna è diminuito del 65% nel corso dei 12 mesi osservati, e nelle stesse proporzioni sono diminuite le condanne (eccezione fatta delle nuove procedure penali).

Se si confrontano le condanne che prevedono una limitazione della libertà personale pronunciate nel corso dei 12 mesi che hanno preceduto e seguito l'inizio del trattamento, il numero delle persone condannate a tali pene è passato da 73 a 22. La durata media delle pene pronunciate è diminuita da 119 a 80 giorni.

Tutte le osservazioni dell'indagine riguardano persone trattate con eroina. Un confronto con le persone trattate con la morfina e con il metadone per via endovenosa mostra una riduzione identica della delinquenza.

È stata anche esaminata l'evoluzione della delinquenza delle persone che hanno lasciato il progetto. Nella misura in cui questa si è potuto giudicare, la minore delinquenza si è mantenuta anche dopo la fine del trattamento.

Dall'analisi dei risultati, risulta che la prescrizione di eroina costituisce una misura estremamente efficace nel campo della prevenzione della criminalità presso le persone dipendenti dalla droga.

Tra le cause di mortalità bisogna citare in primo luogo i casi di AIDS e delle altre malattie infettive (17 persone, pari al 47% di tutti i decessi). 2 persone sono morte di overdose, senza relazione con gli stupefacenti prescritti, 4 persone si sono suicidate, di cui 2 nel corso del trattamento. 2 persone erano gravemente depresse, di cui una, malata di AIDS, era sempre di più invalida. Dei due casi di decesso per overdose, uno è avvenuto nel corso del trattamento, l'altro dopo l'uscita dal

trattamento. 14 persone sono decedute durante la loro partecipazione al progetto, 5 nel mese successivo alla loro uscita e 14 più di un mese dopo la loro uscita; per uno dei decessi, non è stato possibile precisare la data della morte dopo la scoperta del corpo.

Rispetto ai gravi problemi somatici constatati all'entrata ci si poteva attendere una mortalità elevata.

Per la Svizzera, cifre confrontabili indicano un tasso di mortalità pari allo 0,7 - 1,1% tra i pazienti in trattamento per disintossicazione e al 2,6% tra i pazienti in trattamento di sostituzione con metadone.

Vicinato e ambiente politico

L'istituzione di alcuni centri di trattamento ha dato luogo a delle resistenze politiche espresse sotto forma di lettere di lettori, di iniziative e referendum. Là dove queste hanno dato luogo a votazioni popolari (Bale-Ville, Winterhour, Zoug e Zurigo), i risultati hanno costantemente mostrato un sostegno della popolazione alla prescrizione di stupefacenti sotto controllo medico, con maggioranze di voti che si situano tra il 59% e il 74%. Il sostegno politico si è ugualmente manifestato sotto forma di concessioni di budget nei diversi comuni e cantoni. I centri di trattamento hanno anche ricevuto sostegno dei responsabili sanitari.

I conflitti che agitavano l'ambiente politico sono diminuiti nel corso della prima fase del progetto. Lo stesso fenomeno è stato osservato a proposito delle resistenze da parte delle persone che vivevano vicino ai centri.

I procedimenti giuridici contro l'istituzione di centri di trattamento (come ricorsi contro i comuni, denunce contro i responsabili del progetto) sono stati tutti rigettati dalle istanze giudiziarie competenti.

Le considerazioni iniziali nel vicinato sono state espresse tra l'altro attraverso raccolte di firme, ma anche attraverso comunicati stampa e pressioni esercitate sui poteri politici. Poiché motivi di conflitto come assembramenti di persone davanti i locali, traffico di droga, danni materiali, ecc. sono stati ridotti attraverso regolamenti di ordine interno, le riserve e le paure sono state dissipate nel corso del tempo. I centri di trattamento sono nell'insieme accettati dal vicinato. In particolare, i reclami contro la piccola delinquenza, posti all'inizio, sono in seguito venuti meno. Tuttavia, due centri di trattamento hanno avuto difficoltà con il vicinato. Per quanto riguarda l'attitudine generale della popolazione, le indagini di opinione mostrano che una maggioranza crescente di pubblico si pronuncia a favore della prescrizione di eroina. Una indagine condotta in Svizzera nel 1991 ha mostrato che più del 60% della popolazione tra i 17 e i 70 anni approvava la somministrazione di eroina sotto controllo medico (71% nella Svizzera tedesca, 57% nella Svizzera francese e 61% nella Svizzera italiana).

In una indagine condotta nel 1995 nella regione di Berna, il 71% delle persone intervistate approvava la somministrazione controllata di stupefacenti, con una maggioranza in tutti i gruppi della popolazione ad eccezione della polizia.

In conclusione, i mandatarî della ricerca si sono domandati se la prescrizione di stupefacenti sotto controllo medico può rivelarsi una forma di trattamento appropriata e suscettibile di essere proseguita.

La risposta a questa domanda non ha la forma di un sì o un no incondizionato.

Se la prescrizione controllata di morfina e di metadone iniettabile può essere opportuna in certi casi, essa non costituisce sistematicamente una alternativa alla prescrizione di eroina.

Secondo i ricercatori, i risultati ottenuti permettono di concludere sull'opportunità, in condizioni ben determinate, di continuare a prescrivere eroina vi a endovenosa (sola o in associazione con degli stupefacenti per via orale mentre la prescrizione di eroina non iniettabile è un tema che richiede una analisi più approfondita.

In particolare, i ricercatori sottolineano che la terapia a base di eroina testata a favore di pazienti adulti che hanno sviluppato da lungo tempo una dipendenza cronica all'eroina, hanno beneficiato a diverso titolo di un trattamento con eroina, che ha comportato un miglioramento evidente del loro stato di salute generale, una riduzione del tasso di mortalità, un accrescimento della loro capacità di condurre una esistenza soddisfacente, dando loro una possibilità di liberarsi dalla loro dipendenza all'eroina.

Questi pazienti, di cui un buon numero erano dediti precedentemente alla delinquenza e al traffico di droga, hanno notevolmente ridotto le loro attività criminali in seguito al trattamento, con la conseguenza di sgravare il budget pubblico.

Riguardo alle esperienze su citate, un trattamento a base di eroina si rivela indicato per questo gruppo obiettivo.

I ricercatori però sottolineano che quando si contempla una terapia di sostituzione, i vantaggi del metadone somministrato per via orale continuano a prevalere sulla somministrazione di eroina via endovenosa per la sua azione di più lunga durata per gli effetti euforizzanti ridotti e per l'eliminazione dei rischi legati alle iniezioni.

Il trattamento sostitutivo al metadone non produce tuttavia i risultati desiderati presso tutte le persone che hanno una dipendenza all'eroina per cui in questi casi la prescrizione di eroina può essere indicata.

Conclusioni

Nel corso di questo lavoro ho presentato gli aspetti essenziali della politica sanitaria in materia di droga proposta dagli antiproibizionisti.

L'analisi del movimento antiproibizionista ci ha portato ad osservarne i caratteri ideologici.

Secondo alcuni rappresentanti il movimento, il proibizionismo è considerato la causa principale dello sviluppo della criminalità organizzata e in genere dei reati connessi alla tossicomania.

Il proibizionismo sviluppa un'economia sommersa illecita che sottrae risorse a quella legale e legittima.

Abbiamo anche visto che il movimento antiproibizionista nasce all'interno del più ampio movimento per i diritti civili: infatti, esso è considerato come un modo per difendere le libertà personali.

Usare droghe non è di per sé un reato in quanto è assente la parte lesa, per ciò lo Stato non può imporre i suoi metodi che sono considerati come lesivi della privacy e degli elementari diritti costituzionali.

Per questo non si possono colpire i tossicomani: la scelta di usare sostanze psicotrope illegali non costituisce un fenomeno patologico ma una scelta personale su cui lo Stato non ha il diritto di interferire.

Abbiamo anche accennato alle varie ipotesi di legalizzazione proponendo i modelli su cui si è maggiormente discusso nel corso degli ultimi anni, in particolare il modello medico che è quello che si discosta meno dal regime attuale, ma al di là dai diversi modi di accostarsi all'antiproibizionismo, vale in ogni caso la pena sottolineare che essi mirano ad un obiettivo di fondo: separare il problema della droga dalla repressione prevista dalla legge, come premessa alla legalizzazione della produzione, del traffico e del consumo.

Abbiamo riferito anche a quali potrebbero essere, secondo gli antiproibizionisti, i vantaggi della legalizzazione e vale a dire: riduzione delle spese governative destinate alla repressione del fenomeno, nuove ed espressive entrate per lo Stato grazie alle tasse sulla produzione e sulla vendita di droga, miglioramento della qualità della vita nelle città, diminuzione del numero di omicidi, delle rapine e dei furti e miglioramento della qualità della vita per molti consumatori di droga e per i tossicodipendenti.

Analizzando nel concreto le iniziative degli antiproibizionisti, ci siamo soffermati sui risultati del referendum del 18 aprile 1993 che aveva parzialmente modificato la legge 162 del 1990.

Il referendum ha indicato che il carattere punizionista della legge doveva lasciare il campo ad un'impostazione più pragmatica dei problemi collegati al consumo degli stupefacenti limitando gli effetti penali della stessa legge 162.

Abbiamo anche visto che gli effetti del referendum sono stati in parte disattesi dalla giurisprudenza prevalente che si è orientata nel senso di escludere la destinazione ad uso personale in tutti i casi di detenzione di sostanze in "quantità non modiche".

In questo modo si è favorito la criminalizzazione di decine di migliaia di cittadini e il sovraffollamento delle carceri, e dal mondo politico e legislativo nel quale esiste una fortissima opposizione che si batte per impedire l'apertura di breccie nel regime proibizionista.

Ma le politiche di "riduzione del danno" si sono diffuse in tutti gli Stati europei influenzandone fortemente le politiche sulla droga.

Abbiamo esaminato il "manifesto" più rappresentativo di tale politica che è costituito dalla "Risoluzione di Francoforte" che è una dichiarazione sottoscritta, a partire del 1990 dai rappresentanti delle municipalità di numerose città europee, proprio a Francoforte.

Sebbene queste proposte non rappresentino la politica di nessuna nazione in particolare, alla "Risoluzione di Francoforte" hanno aderito moltissime città che cercano di attuare le politiche di riduzione del danno nelle forme possibili dati dal loro ambiente sociale, culturale e politico.

La costituzione dell'agenzia comunale di Torino sulle tossicodipendenze rappresenta uno dei primi esempi di come anche in Italia si sia cercato di dare attuazione alle politiche sulla riduzione del danno.

Ma sono il "modello olandese" e l'esperienza svizzera i due esempi più significativi in Europa di applicazione di modelli di riduzione del danno.

Abbiamo visto che in Olanda la depenalizzazione del consumo e della vendita al dettaglio di hashish e marijuana, iniziata sin dai primi anni '70, si è rilevata corretta per realizzare la politica di separazione dei mercati delle droghe leggere da quelle pesanti.

L'*Opium Act* approvato nel 1976 e le successive modifiche che distinguono il traffico internazionale da quello nazionale, e tra droghe pesanti (oppiacei, cocaina, eroina) e droghe leggere (cannabis) costituiscono un esempio originale di tolleranza del fenomeno del consumo delle droghe leggere che non hanno costituito grandi problemi a livello sociale.

Anche la messa in pratica del concetto di normalizzazione secondo il quale la droga non si può eliminare, ma bisogna convivere con essa per riuscire a contenerla il più possibile, ha consentito all'Olanda di realizzare una rete terapeutica e d'assistenza sociale per i tossicodipendenti come in pochi altri paesi europei.

Secondo le autorità mediche e politiche olandesi è più serio e responsabile perseguire un sano pragmatismo che insegni a convivere con il problema della droga e una normalizzazione del rapporto tra la società e i tossicodipendenti, che una "guerra alla droga" che si è rivelata irrealistica e inefficace.

La stessa impostazione è stata seguita in Svizzera, soprattutto per quanto riguarda i risultati dell'esperimento di somministrazione controllata di eroina.

Le condizioni di salute dei tossicodipendenti inseriti nei programmi sono decisamente migliorate: l'eroina di per sé non è stata causa di gravi danni alla salute se usata in condizioni igieniche ed ambientali accettabili.

In Svizzera si è compreso che l'eroina "pulita" tutela la salute del consumatore e lo tiene lontano dalla "strada".

Per la società è meglio prendersi cura della salute dei tossicodipendenti e adoperarsi per tenerlo nel contesto della società, evitandone l'emarginazione sociale che non fa che aggravare la situazione dell'ordine pubblico e provocare maggiori oneri sociali per i cittadini.

Bibliografia

1990 Droga e realismo, tratto da The Times del 10 aprile 1990 in Lettera Radicale n.57 del 9 marzo 1990

1996 Come funziona in Svizzera la distribuzione di eroina. Il rapporto ufficiale dell'esperimento elvetico sulla riduzione del danno, Il Foglio, 14 settembre 1996

1997a, Cambiare le leggi con la nonviolenza, Prova Antiproibizionista n.5

1997b, Ad Amsterdam, Manchester ed Amburgo le unità mobili di prevenzione nelle discoteche, in Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo, anno XX, n.3

1989, I costi del proibizionismo sulle droghe, Atti del colloquio internazionale sull'antiproibizionismo, Bruxelles 28 settembre – 1 ottobre 1988, a cura del Cora, Roma

1991, Legalizzare la droga Una ragionevole proposta di sperimentazione, a cura di Luigi Manconi, Feltrinelli, Milano

1991, Your Heroin, Sir, The Lancet, n.337 del 16 febbraio 1991 in Conferenza droga, testo n. 514 del 3 aprile 1991, Agorà telematica

1992, Il proibizionismo è nudo. Raccomandazioni della Commissione d'inchiesta sulla diffusione della criminalità organizzata connessa al traffico di droga nella CEE
Stampa Alternativa

1995, Manuale per la coltivazione della marijuana, Stampa Alternativa, Viterbo

Arnao G.

1976, Rapporto sulle droghe, Feltrinelli, Milano

1980, Erba proibita, Feltrinelli, Milano

1987, Sulla via di Amsterdam. Il modello olandese alla Conferenza mondiale su droghe e salute, 14 agosto 1987, Il Manifesto

1989 a Analisi critica del progetto di legge governativo sulla droga presentato dal Ministro per gli affari sociali Rosa Russo Jervolino al Senato, in Dossier Cora, terza edizione

1989 b Una legge idiota, Il Manifesto, 9 dicembre 1989

1990 Proibito capire. Proibizionismo e politiche di controllo sociale, Ed. Gruppo Abele, Torino

1993

Proibizionismo, antiproibizionismo e droghe, Stampa alternativa, Roma

1996, Tutte le droghe del presidente. Argomenti, storie e proposte contro il proibizionismo, Sperling & Kupfer, Milano

Aspe

1992 Dossier – Le città europee e la droga. Gruppo Abele, in: Legislazioni sulla droga in Europa, a cura dell'Osservatorio delle leggi sulla Droga, Documenti – 2, Stampa Alternativa, Roma, 1992

Bandinelli Angiolo,

1995, Basta con il proibizionismo, Partito Radicale, Roma

Barengi V.

1992a, Acchiappare le nuvole o legalizzare la droga, Stampa alternativa, Roma

1992b, Droga a Roma. Gli effetti del Proibizionismo, Stampa alternativa, Roma

Baruffi M.

1996, Legalizzatela, Documenti per la legalizzazione delle droghe leggere a cura dei giovani verdi, Stampa alternativa, Roma

Berté L.

1997, Promemoria per il Governo, Prova antiproibizionista, n.5

Bertrand Marie Andréè

1989, L'immoralità della proibizione, in I costi del proibizionismo. Atti del colloquio internazionale sull'antiproibizionismo, Bruxelles, 28 settembre – 1 ottobre 1988, a cura del Cora, Roma

Blumir Guido.

1976, Eroina, Feltrinelli, Milano

Casalone F.

1995, Canapa Benefici, potenziale economico, proibizione, Centro Sociale COX18, Milano

Cohen P.

1989, L'esperienza olandese, in I costi del proibizionismo sulle droghe, Atti del colloquio internazionale sull'antiproibizionismo, Bruxelles 28 settembre – 1 ottobre 1988, a cura del Cora, Roma

CORA

1989 (a cura di) Alcuni dati sul proibizionismo, in Dossier Cora, Terza edizione, Roma

1990a Coranews n.0 supplemento a Notizie Radicali n.58 del 10 marzo 1990

1990b Cora Dossier n.2 [numerazione provvisoria]

1991a Coranews n. 1 supplemento a Notizie Radicali n.3 dell'8 febbraio 1991

1992b Coranews n.2 supplemento a Notizie Radicali n. 8 del 12 febbraio 1991

1991c Cora Il Giornale supplemento a Notizie Radicali n. 9 del 14 febbraio 1991

1991d (a cura di) Referendum sulla legge Jervolino-Vassalli sulla droga, Comunicato stampa della segreteria, in Conferenza droga, testo n.815, 24 ottobre 1991, Agorà telematica

1992 (a cura di) Antimafia? Antiproibizionismo! Antiproibizionismo sulla droga e politica criminale contro la mafia dopo l'assassinio di Libero Grassi a Palermo, Stampa Alternativa

1994 CORA, Sei anni di antiproibizionismo, 1994 in Notizie Cora, 21 aprile 1994 Agorà telematica

1996 Stupefacenti: Cora, il referendum tradito, comunicato stampa del 31 maggio 1996 in Conferenza Droga testo n.3208 di Agorà telematica

1997, Conferenza nazionale sulle tossicodipendenze: le proposte del Cora, 19 marzo 1997, in Conferenza droga, testo n.3825, Agorà telematica

1997, Droga: Cora "seguire l'esempio olandese", comunicato stampa in Conferenza droga, testo n.4187 Agorà telematica

1999 Droga: Legge Lumia legge della vergogna. Intervenga Scalfaro, comunicato stampa del 15 febbraio 1999 in Conferenza droga, testo n.5161, Agorà telematica

Dupuis O.

1998, Droga: Lettera aperta a Massimo D'Alema, Presidente del Consiglio dei Ministri, L'Unità, 9 novembre 1998

Ferrajoli L.,

1991 Proibizionismo e diritto, in Legalizzare la Droga. Una ragionevole proposta di sperimentazione, Feltrinelli, Milano, 1991

Garavelli M., Caselli G.

1990, Droga: in nome della legge, Ed. Gruppo Abele, Torino

Grinspoon L.

1989, La tassa sulla nocività: una proposta per regolamentare e tassare le droghe, in I costi del proibizionismo Atti del Colloquio internazionale sull' Antiproibizionismo, Bruxelles, 28 settembre – 1 ottobre 1988, a cura del Cora, Roma

1992, La marijuana, Stampa Alternativa, Roma

Gruppo Consiliare antiproibizionisti presso la Regione Lombardia

1992, (a cura di) Il metadone è un diavolone. Parola di Muccioli, Milano

1993, (a cura di) Proibizionismo o antiproibizionismo? Meglio il Conformismo, Milano

1995, (a cura di) Saper vedere oltre, Milano
Maiolo Tiziana

1991 Ecco il referendum. Le ragioni del Cora per cambiare la legge, Il Manifesto, 25 settembre 1991

Manconi L.

1999, Eroina sotto controllo medico. E se imitassimo la Svizzera?, Il Foglio, 19 giugno 1999

Marafioti D.

Il decreto sulle tossicodipendenze, s.d.

Maremmani I., Castrogiovanni P.

1990, Tossicodipendenza da eroina, Grasso, Bologna

Osservatorio delle leggi sulla droga (OLD) del CORA, Coordinamento radicale antiproibizionista

1991, III Rapporto, allegato al numero 3 di Coranews

1992a, IV Rapporto, Stampa Alternativa, Roma

1992b V Rapporto, Stampa Alternativa, Roma

1992c VII Rapporto, Stampa Alternativa, Roma

1992 d VIII Rapporto, Stampa Alternativa, Roma

1993 IX Rapporto, Stampa Alternativa, Roma

1994, XI Rapporto, Stampa Alternativa, Roma

1997, La distribuzione controllata di eroina. L'esperienza svizzera, a cura di Fabrizio Starace, Cora, Roma, documenti 5, [1997]

Palma C.

1996 a L'agenzia comunale sulle tossicodipendenze. Diario di una riforma, osservatorio delle leggi sulle droghe (OLD) del Cora, coordinamento radicale antiproibizionista, documenti 6, Roma, 1996

1996 b Il consiglio comunale di Torino istituisce l'agenzia comunale sulle tossicodipendenze. Dichiarazione di Carmelo Palma, Presidente della sottocommissione tossicodipendenze e Responsabile del Coordinamento Radicale Antiproibizionista, comunicato stampa del 19 marzo 1996 in Conferenza Partito Radicale, testo n.3158, Agorà telematica

1997 Intervento di Carmelo Palma della segreteria politica del Cora – Coordinamento radicale antiproibizionista alla sessione plenaria conclusiva della Conferenza nazionale sulle tossicodipendenze, Napoli, 13/15 marzo 1997 in Conferenza droga, testo n.3826, Agorà telematica

Partito Radicale

1985, Vita, Giustizia e Libertà 1955-1985, ed. Partito Radicale

Pannella M.

1997, "Lettera aperta ai miei giudici (dei quali so che sono stimati e stimabili, fortuna non sempre assicurata a tutti)", Prova Antiproibizionista, 1997

Pellerino Maria Grazia, Rossi Emilia

1992, (a cura di) L'applicazione della legge sugli stupefacenti a Torino, Stampa Alternativa, Roma

Prova Antiproibizionista, supplemento a Notizie Radicali n.5 del 1997

Pepino Livio

1989, (a cura di) Droga, tossicodipendenza, legge. Riflessioni in Magistratura Democratica, Roma, F.Angeli

Piomelli Daniele, Storia della canapa indiana Breve ma veridica, Stampa Alternativa, Viterbo

Robert J.L.

1995, Le tre leggi di una economia illegale, I radicali e le droghe, in: Basta con il proibizionismo a cura di Angiolo Bandinelli, Partito Radicale, Roma

Spagnoli R.

1991, Referendum sulla legge sulla droga, 25 settembre 1991, Conferenza droga, testo n.746, Agorà telematica

Starace F.

1996, Dichiarazione del professor Fabrizio Starace, della Direzione nazionale del Cora, 4 luglio 1996, Conferenza droga, testo n.3274, Agorà telematica

Szaz, T.S.

1991, Il mito della droga, Feltrinelli, Milano

Taradash M.

1989 Verso la narcocrazia?, in I costi del proibizionismo Atti del Colloquio internazionale sull'Antiproibizionismo, Bruxelles, 28 settembre – 1 ottobre 1988, a cura del Cora, Roma, 1989

1991, Come riformare la politica sulla droga, in *Legalizzare la droga. Una ragionevole proposta di sperimentazione*, Feltrinelli, Milano

Teodori Massimo

1980, Droga: una lunga battaglia contro l'immobilismo per una nuova legge che salvi vite umane, in *Argomenti Radicali*, n.15, anno III

1989a, (a cura di) *No alla legge governativa sulla droga repressiva, illiberale, ingiusta*, Gruppo Federalista Europeo, Camera, Gruppo Federalista Europeo Ecologista, Senato, Coordinamento Radicale Antiproibizionista (CORA), Roma

1989b, Una legge da bloccare, *Il Manifesto* dell'11 febbraio 1989

The Economist, Droga: l'illegalità imprigiona nella tossicodipendenza, 2 aprile 1988, in *Notizie Radicali*, n.87 del 28 aprile 1988

Uchtenhagen A.,

[1998], *Esperimento di prescrizione di stupefacenti sotto controllo medico. Rapporto finale dei mandatarî della ricerca* Uchtenhagen A, Gtzwiller F., Dobler – Mokola A., Rapporto di sintesi, Zurigo

Valentini G.

1991, Il fallimento del proibizionismo, *La Repubblica*, 15 ottobre 1991

Van Vliet H.J.

1990a *La depenalizzazione delle droghe leggere nei Paesi Bassi*, CORAnews 0, *Notizie Radicali*, n.58 del 10 marzo 1990

1990b, *L'esempio olandese*, a cura della L.I.A., in *Conferenza Partito Radicale*, 19 dicembre 1990 testo n.391, *Agorà telematica*

La legislazione italiana sulla droga dal 1931 al 1999

Questa appendice contiene una selezione dei titoli dei principali provvedimenti, amministrativi o legislativi, direttamente attinenti alla regolamentazione delle detenzione, cessione e produzione delle sostanze stupefacenti, utilizzati per il nostro lavoro di ricerca.

Regi decreti:

“Approvazione del testo definitivo del Codice penale” n.1398 del 1930

“Testo unico leggi di pubblica sicurezza”: n. 773 del 1931

“Testo unico delle leggi sanitarie” n. 1265 del 1934

Decreti dell'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica:

14 marzo 1956

9 gennaio 1957
25 luglio 1957
25 luglio 1958

Leggi:

“Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza”, n.685 del 1975

“Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza” n.162, poi inclusa nel T.U. del 9 ottobre 1990

"Ratifica ed esecuzione della convenzione delle Nazioni Unite contro il traffico illecito di stupefacenti" n.328 del 5 novembre 1990

"Norme di adeguamento dell'organizzazione delle strutture del Ministero dell'Interno per il potenziamento attività antidroga" n.16 del 15 gennaio 1991

“Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze” n.45 del 18 febbraio 1999

Decreti – legge:

25 novembre 1989, n.382 coordinato con la legge di conversione 25/1/90, n.8 sulla "spesa sanitaria". L'art. 2 recita: “Incentivi per la produzione commercializzazione e pubblicizzazione delle siringhe monouso autobloccanti”

“Modificazioni del testo unico n.309 del 1990 relativamente all'arresto in flagranza in materia di sostanze stupefacenti o psicotrope” dell'8 agosto 1991 n.247 coordinato con la legge di conversione del 5 ottobre 1991 n.314

“Disposizioni urgenti concernenti l'incremento dell'organico del Corpo di polizia penitenziaria, il trattamento di persone detenute affette da infezione da HIV, le modifiche al testo unico delle leggi in materia di stupefacenti e le norme per l'attivazione di nuovi uffici giudiziari” dell'11 settembre 1992 n.374

“Disposizioni urgenti per l'attuazione del testo unico sulle tossicodipendenze, approvato con DPR 309/90” del 18 novembre 1994 n.633

“Disposizioni urgenti per l'attuazione del testo unico sulle tossicodipendenze, approvato con DPR 309/90” del 16 luglio 1996 n.375

19 dicembre 1997, n.438 coordinato con la legge di conversione 19 febbraio 1998, n.26 recante: “Proroga di termini per assicurare il finanziamento di progetti in materia di prevenzione e recupero delle tossicodipendenze”

Decreti del Presidente della Repubblica:

“Approvazione del codice di procedura penale” del 22 settembre 1988 n.447

“Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza” del 9 ottobre 1990 n.309

"Ratifica ed esecuzione della convenzione delle Nazioni Unite contro il traffico illecito di stupefacenti" (supplemento ordinario n.71 alla G.U. n.267 del 15 novembre 1990)

"Regolamento di esecuzione delle disposizioni sulle modalità di attuazione della farmacovigilanza attraverso strutture pubbliche" del 25 novembre 1991 n.93

"Regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo codice della strada", del 16 dicembre 1992, n.495

5 giugno 1993, n.171 (attuazione del referendum del 18 aprile 1993)

"Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000" del 23 luglio 1998

"Definizione dei criteri e delle modalità di ripartizione delle risorse del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga per gli esercizi finanziari 1997 e 1998" del 19 ottobre 1998

Decreti legislativi:

"Recepimento delle direttive CEE in materia di specialità medicinali" del 29 maggio 1991, n.178

"Assunzione da parte del Ministero dell'Interno di 200 assistenti sociali da impiegare nelle Prefetture per i compiti ex-L.162" del 30 luglio 1991 n.211

"Nuovo codice della strada", 30 aprile 1992, n.285

"Recepimento della direttiva 92/109/CEE relativa alla fabbricazione e all'immissione in commercio di talune sostanze impiegate nella fabbricazione illecita di stupefacenti..." del 12 aprile 1996

Decreti del Ministero della Sanità:

Estremi cronologici dei Decreti di inserimento nelle tabelle delle sostanze stupefacenti vietate e relativi aggiornamenti:

23 agosto 1977

20 febbraio 1980

1 marzo 1982

21 luglio 1983

6 febbraio 1984

18 dicembre 1984

12 dicembre 1985

1 ottobre 1988

13 novembre 1990

4 ottobre 1991

4 marzo 1992

27 luglio 1992

5 aprile 1997

10 novembre 1999

"Approvazione del piano per la realizzazione delle finalità di cui all'art.2 del decreto-legge 25 novembre 1989 n.382": 13 aprile 1990

"Regolamento concernente la determinazione delle procedure diagnostiche e medico - legali per accertare l'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope, delle metodiche per quantificare l'assunzione abituale nelle 24 ore dei limiti quantitativi massimi di principio attivo per le dosi medie giornaliere" del 12 luglio 1990

“Istituzione del Servizio centrale per le dipendenze da alcool e sostanze stupefacenti o psicotrope”: 25 luglio 1990

“Determinazione quantità di sostanze stupefacenti e psicotrope che possono essere fabbricate e messe in vendita in Italia e all'estero nell'anno 1991” del 28 novembre 1990

“Regolamento concernente la determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze da istituire presso le USSL” del 30 novembre 1990 n.444

“Regolamento concernente la determinazione dei limiti e delle modalità di impiego dei farmaci sostitutivi nei programmi di trattamento degli stati di tossicodipendenza” del 19 dicembre 1990 n.445

“Determinazione delle quantità di sostanze stupefacenti e psicotrope che possono essere fabbricate e messe in vendita in Italia ed all'estero nel corso dell'anno 1992” del 28 novembre 1991

“Disciplina per le rilevazioni epidemiologiche e statistiche dell'infezione da Hiv del 13 ottobre 1995

“Rilevazione di attività nel settore dell'alcooldipendenza” del 4 settembre 1996

“Elenco delle specialità medicinali erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale con i prezzi aggiornati” del 25 ottobre 1996

“Determinazione delle quantità di sostanze stupefacenti e psicotrope che possono essere fabbricate e messe in vendita in Italia ed all'estero nel corso dell'anno 1997” del 15 novembre 1996

“Pubblicazione della X edizione della ‘Farmacopea ufficiale’ della Repubblica Italiana”: 9 ottobre 1998

“Determinazione della quantità di sostanze stupefacenti e psicotrope che possono essere fabbricate e messe in vendita in Italia e all'estero nel corso dell'anno 1999” (G.U del 24 novembre 1998)

Circolari del Ministero della Sanità:

“Linee Guida per il trattamento della dipendenza da oppiacei con farmaci sostitutivi” del 30 settembre 1994, n.20

Decreti dei Ministeri della Sanità e di Grazia e Giustizia:

"Istituzione del Servizio centrale per le dipendenze da alcool e sostanze stupefacenti o psicotrope" del 25 luglio 1990

“Individuazione degli ospedali presso i quali devono essere avviati i detenuti e gli internati affetti da infezioni Hiv per i quali la competente autorità abbia disposto il piantonamento” del 22 aprile 1996

“Individuazione degli ospedali presso i quali devono essere avviati i detenuti e gli internati affetti da Hiv i quali la competente autorità abbia disposto il piantonamento” del 22 aprile 1996

“Elenco delle strutture abilitate alla prescrizione delle specialità medicinali antiretrovirali per l'infezione da Hiv” del 17 maggio 1996

Decreti del Ministero di Grazia e Giustizia:

“Individuazione comunità terapeutiche per affidamento imputati” del 25 febbraio 1990

Decreti del Ministero di Grazia e Giustizia:

“Individuazione delle comunità terapeutiche per l’affidamento di imputati tossicodipendenti” del 25 febbraio 1990

“Schemi di convenzione per prestazioni assistenziali da parte di aziende sanitarie, ai casi di AIDS nei confronti dei detenuti” del 18 novembre 1998

Decreti della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli Affari Sociali:

“Trasferimento alle regioni dei finanziamenti del fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga” dell’11 aprile 1996

“Termini e modalità di presentazione delle domande di finanziamento di progetti da parte delle Amministrazioni centrali dello Stato, della Regione autonoma della Valle d’Aosta e degli enti pubblici e privati operanti nel suo territorio a valere sul Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga per l’esercizio finanziario 1996 e criteri di esame” del 18 aprile 1997

“Definizione dei criteri e delle modalità di ripartizione delle risorse del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga per gli esercizi finanziari 1997 e 1998” del 19 ottobre 1998

Trasferimento alle regioni ed alle amministrazioni statali delle quote del Fondo nazionale d’intervento per la lotta alla droga per gli esercizi 1997, 1998 e 1999 per il finanziamento di progetti triennali di prevenzione, recupero e reinserimento dei tossicodipendenti” del 11 giugno 1999

Decreti del Ministero della Pubblica Istruzione:

“Istituzione del Comitato Tecnico Scientifico per le attività di educazione e informazione in tema di tossicodipendenze” del 5 ottobre 1990

Decreti del Ministero dei Lavori Pubblici:

“Concessione contributi per la costruzione, l’ampliamento o il recupero di immobili destinati a sedi di comunità terapeutiche” del 30 ottobre 1990