

L'attività di valutazione svolta dalla società ATESIA è stata condotta mettendo a confronto i risultati ottenuti nelle due fasi di ricerca pre-Campagna e post-Campagna ed indicando la significatività statistica delle differenze riscontrate tra i due periodi.

Per alcuni dati è stata effettuata anche una analisi temporale esaminando l'andamento, ove il dato fosse disponibile, dal 1988 (Prima Campagna informativa) ad oggi.

Di seguito si riportano schematicamente i risultati più rilevanti ottenuto dallo studio della valutazione dell'efficacia della Campagna.

La Quinta Campagna sembra aver rafforzato uno scenario caratterizzato da:

- quasi la totalità della popolazione conosce la malattia (99.9%)
- l'AIDS viene considerata la patologia più grave, anche rispetto ai tumori e alle malattie cardiovascolari: la Campagna ha contribuito a modificare la percentuale di soggetti che indicano l'AIDS come la malattia più rischiosa per la salute (64% e 72%, rispettivamente, prima e al termine della Campagna)
- la convinzione, soprattutto tra i giovani, che il fenomeno AIDS riguarda tutti gli strati della popolazione e che non sia circoscritto ad alcune specifiche categorie sociali riguarda, al termine della Campagna, il 61% della popolazione, mentre all'inizio della Campagna era pari al 50%. Questo dato è particolarmente importante se si considera che il concetto di "universalità" del problema AIDS è stata particolarmente sottolineato dalla Campagna con messaggi quali: "l'AIDS ci riguarda tutti" o "l'AIDS non guarda in faccia a nessuno"
- una acquisita conoscenza delle modalità di trasmissione della malattia individuate principalmente nei rapporti sessuali (rapporti eterosessuali) e nello scambio delle siringhe
- una coerenza a livello informativo tra le modalità di trasmissione e le misure preventive da adottare. Risultano, infatti, maggiormente citati l'uso di profilattici (59% e 74%, rispettivamente, prima e al termine della Campagna) e l'evitare rapporti occasionali (19% e 9%, rispettivamente, prima e al termine della Campagna)
- una stabilità temporale, anche analizzando i risultati di indagini condotte per precedenti Campagne, della quota di coloro che dichiarano di aver modificato i propri comportamenti in funzione del rischio della malattia, pari al 15% della popolazione
- un forte ricordo di iniziative informative ministeriali sull'AIDS (71% della popolazione). In particolare, per la Quinta Campagna, il ricordo è relativo ad alcuni testimonial (Fiorello, Signori, De Filippi) cioè a personaggi particolarmente graditi ai giovani. Risulta, inoltre, molto forte il ricordo di elementi relativi alla Seconda e Terza Campagna (immagini con aloni fucsia e il messaggio: "AIDS: se lo conosci lo eviti")
- si stima che il 20% della popolazione ricorda elementi ascrivibili esclusivamente alla Quinta Campagna informativa
- la popolazione decodifica i contenuti delle campagne informative principalmente per trarne indicazioni su misure preventive (usare il preservativo, proteggersi, evitare il sesso occasionale, evitare lo scambio delle siringhe). messaggio che ha avuto particolare rilevanza soprattutto nella Quinta Campagna

- una sempre più chiara identificazione degli organismi delegati ad informare la popolazione sull'AIDS (scuola e Ministero della sanità)

2. Altre iniziative

- Contributi a Comunità terapeutiche
- Incentivi per la produzione, commercializzazione e pubblicizzazione delle siringhe monouso autobloccanti di cui alla legge 25.1.1990, n. 8.
- Contributi a comunità o enti assistenziali per la realizzazione di case alloggio o residenze collettive
- Realizzazione a cura del Poligrafico dello Stato di un manuale destinato agli studenti delle scuole medie superiori
- Finanziamenti alle regioni per l'attuazione di programmi informativi-educativi da parte delle associazioni di volontariato
- Contributo all'associazione ARCHE per la realizzazione di una casa alloggio per bambini malati di AIDS e loro madri
- Distribuzione di materiali informativi-educativi predisposti nella 5° Campagna AIDS
- Affissione negli spazi pubblicitari nell'ambito delle stazioni ferroviarie su tutto il territorio nazionale di un messaggio informativo-educativo in tema di AIDS
- Contributo ad un ente assistenziale per la realizzazione di una casa alloggio
- Ristampa opuscoli 5° Campagna Informativo-educativa
- Finanziamenti alle regioni al fine di favorire la ristrutturazione o l'adeguamento strutturale di case alloggio per malati di AIDS
- Iniziative nell'ambito della 9° giornata mondiale di lotta contro l'AIDS

Un contributo tecnico alla discussione sulla cannabis

Non è semplice affrontare il problema della “cannabis” esclusivamente dal punto di vista tecnico, particolarmente in questo momento in cui l'accesso dibattito sulla legalizzazione tende ad assegnare una differente importanza anche ai dati apparentemente oggettivi, a seconda della prospettiva con la quale vengono esaminati.

D'altra parte, come è noto a tutti, anche se è del tutto scorretto che gli elementi scientifici (farmacologici, epidemiologici, psicologici) vengano spesso sottaciuti - e talora distorti - non di meno, il problema della legalizzazione non può essere risolto unicamente nell'ambito delle valutazioni tecniche. Infatti, le opzioni in un senso o nell'altro rappresentano sintesi culturali che ambiscono ad andare oltre il problema specifico della sostanza, e ad affrontare, più in generale, le problematiche sociali ed economiche in cui il fenomeno stesso si inserisce.

Questa riflessione, pertanto, volutamente non entra nelle problematiche politiche, consapevole dei propri limiti, ma con la speranza di poter ugualmente essere uno strumento di riflessione per chi (specie se non addetto ai lavori) vuole farsi un'opinione più documentata sull'argomento. Ulteriori, ben più ampie e documentate trattazioni sono state realizzate recentemente dalla Società Italiana di farmacologia, dalla Società italiana di medicina delle tossicodipendenze, dalla Scuola Europea di medicina generale, oltre, ovviamente, a numerosi contributi provenienti dall'Estero.

Aspetti farmacologici

Le preparazioni più diffuse della “cannabis”, almeno nel mondo occidentale, sono la marijuana e l'hashish. Entrambe contengono, come tutte le preparazioni naturali, una quantità di composti, non tutti perfettamente noti, ma il principio attivo più importante per quanto riguarda l'effetto psicotropo è il *delta-9 tetraidrocannabinolo* (spesso indicato noto con la sigla *THC*). La marijuana contiene, mediamente una percentuale di *THC* non superiore al 15% (normalmente tra lo 0,5 e il 5%), mentre l'hashish contiene una percentuale di principio attivo fino al 30%; preparazioni a più alto contenuto di *THC* (olio di hashish) sono inusuali nel mercato illecito del nostro paese.

Ovviamente, la percentuale di principio attivo della singola dose o preparazione non sono facilmente apprezzabili senza analisi di laboratorio (anche se sono generalmente ben conosciute ai responsabili del traffico illecito).

Quando si parla, pertanto della azione (immediata) di queste sostanze, ci si riferisce sempre, pertanto, ad un effetto “medio”, influenzato anche, come per molte delle sostanze stupefacenti, sia da fattori strettamente farmacologici (dose e via di assunzione, età, metabolismo e abitudini dell'assuntore, contemporanea assunzione di altre sostanze psicotrope, ecc.) che da elementi del tutto diversi (il contesto ambientale e

psicologico dell'individuo in generale e al momento dell'assunzione, lo scopo dell'assunzione - effetto sedativo, euforizzante, o altro - le pregresse esperienze, ecc.).

Con queste precisazioni, gli effetti sfavorevoli "acuti" più comuni sono il calo della concentrazione, difficoltà nella memoria a breve termine, modificazioni dell'orientamento temporale, e, specie nel corso delle prime assunzioni, ansietà disforia e senso di panico. Tutti questi effetti avvengono a livelli incompatibili con la guida di autoveicoli o l'attuazione di altri compiti che richiedano l'adozione di atti specificamente coordinati. L'intossicazione acuta è difficilmente verificabile e quindi di scarsa rilevanza epidemiologica e clinica; la dose letale per l'uomo è ritenuta essere circa 30 mg/kg di THC per via inalatoria (la dose abitualmente usata a scopo psicotropo è di 15-20 mg, mentre a dosaggi intorno a 200-250 mg si possono verificare effetti psicotossici e allucinazioni).

Il problema della tolleranza non è stato ancora chiarito. Clinicamente si nota che consumatori abituali controllano, a parità di dose, con più facilità gli effetti comportamentali tipici indotti dall'assunzione rispetto ai consumatori occasionali; tuttavia, una tendenza ad aumentare la dose generalmente esiste. L'uso a lungo termine può comportare anche la perdita del "controllo" sull'uso della sostanza, anche se raramente si configura una "dipendenza" secondo le classiche definizioni internazionali.

Altri effetti riportati a lungo termine, ma non sempre con evidenze indiscutibili, riguardano danni all'apparato respiratorio (dalla bronchite al cancro - con uno spettro simile a quello del fumo di tabacco) e possibili effetti mutageni.

Per quanto riguarda il sistema nervoso centrale sono stati riportati danni allo sviluppo cognitivo e comportamentale, nonché disturbi di tipo psichiatrico; di tutti questi possibili effetti non esiste, però, una prova certa e, almeno per quel che riguarda la patologia psichiatrica, occorre ricordare che l'uso di sostanze psicoattive può spesso essere il sintomo, più che la causa, di una preesistente e misconosciuta situazione psicotica.

Aspetti epidemiologici

Per quanto importanti siano i discorsi sugli effetti farmacologici sfavorevoli di una sostanza, il problema più sentito, sia da parte degli esperti che dell'opinione pubblica, è quello della diffusione (tecnicamente definita "prevalenza") della sostanza stessa e degli effetti individuali e sociali sfavorevoli collegati al suo uso. Anche per quanto riguarda il tema della legalizzazione, uno degli aspetti più dibattuti è quello dell'impatto degli eventuali provvedimenti sui vari indici di prevalenza e, senza alcun dubbio, si impone, al di là del discorso politico, un monitoraggio epidemiologico degli effetti provocati dalla adozione di una determinata strategia di intervento.

Purtroppo, il nostro paese è tradizionalmente carente di studi di prevalenza nazionali accurati e riproducibili e, pertanto, non è semplice nemmeno proporre una sintesi di quanto ci è noto.

In occasione della Conferenza di Napoli sono stati resi noti i dati preliminari dell'unico studio di prevalenza di ambito nazionale, realizzato dal Ministero della Difesa in un vasto campione di giovani di leva, al quale si rimanda. Al di fuori di questo studio, i cui risultati peraltro non sono estensibili in modo diretto alla popolazione generale (e al sesso femminile in particolare), sono disponibili solo diversi "indici" di prevalenza, le informazioni provenienti dai quali non sono facilmente integrabili fra loro e ancor meno consentono estrapolazioni di più ampio respiro.

In sintesi, la situazione italiana si presenta più difficilmente monitorizzabile di altre (se si utilizzano metodologie scientificamente indiscutibili) dal punto di vista del rapporto tra strategie politiche e consumo di droga (*cannabis* inclusa).

Ancor più difficile è ipotizzare l'evoluzione della prevalenza dell'uso di droga e dei problemi ad essa correlati che si verificherebbe in caso di una diversa impostazione legale del problema.

Le similitudini alle quali si ricorre sono, a tale proposito, di dubbia utilità. Infatti:

a) l'unica esperienza di "liberalizzazione" della *cannabis* nel mondo occidentale è quella olandese, realizzata con uno strumento giuridico inapplicabile in Italia (la discrezionalità della azione penale da parte del pubblico ministero), in un clima sociale -rispetto al problema della droga- abbastanza differente da quello italiano e monitorizzata con strumenti epidemiologici tecnicamente discutibili (e, infatti, oggetto, di dispute politiche);

b) l'esempio delle sostanze "legali" (alcol e tabacco) non può essere applicato facilmente in quanto

b.1 - si tratta di sostanze il cui uso (e talora abuso) solo da poco tempo e incostantemente viene considerato sfavorevolmente dal punto di vista della cultura sociale e dei cui pericoli per la salute una parte della popolazione è tuttora poco consapevole;

b.2 - si tratta di sostanze (specialmente l'alcol) per le quali i confini tra uso, uso scorretto e abuso sono sufficientemente variabili da falsare molte considerazioni.

Pur con tutte queste riserve, l'opinione diffusa tra gli esperti è che un regime più liberale di controllo di una certa sostanza determini un innalzamento (almeno a breve termine) della prevalenza dell'uso, incremento che non raggiunge livelli drammaticamente elevati se permane una "pressione culturale" sfavorevole alla sostanza stessa. Ovviamente, occorre tener conto che inasprimenti e allentamenti nel controllo legale sono spesso la conseguenza essi stessi di un mutamento nell'atteggiamento culturale della società nei confronti di una determinata sostanza.

Un problema dibattutissimo è quello della possibile funzione della "*cannabis*" come "droga di avvio" ("gateway") nei confronti delle sostanze considerate più tossiche (eroina, cocaina, ecc.).

Ovviamente, questo problema presenta risposte molto differenti se si guarda alla anamnesi tossicologica dei soggetti con eroino-dipendenza (in cui l'uso/abuso di *cannabis* figura quasi regolarmente fra le esperienze pregresse e spesso anche fra quelle in atto), ovvero se si dà più importanza al rapporto fra la prevalenza -stimata- dei consumatori di *cannabis* e quella -meglio conosciuta- dei dipendenti da oppiacei (dato che sembrerebbe dimostrare che la assunzione di *cannabis* nella assoluta maggioranza dei casi non è un comportamento evolutivo verso più gravi forme di tossicomania).

L'unica certezza è che anche l'alcool e il tabacco funzionano assai bene da "gateway drugs" sia per le sostanze pesanti che per la *cannabis* stessa, dato che, peraltro, si può anche spiegare sulla base del carattere lecito dell'uso di queste sostanze piuttosto che non attribuendolo a loro peculiari caratteristiche farmacologiche.

Aspetti giuridici

Anche se esulano dalla sfera strettamente medica e dovrebbero essere facilmente risolvibili nell'ambito di un eventuale processo di revisione normativa, non di meno anche i problemi tecnici di carattere giuridico dovrebbero essere meglio conosciuti e valutati, mentre, al contrario, sono spesso totalmente ignorati nel dibattito. In questa sede riassumiamo brevemente alcune delle principali questioni, anche se è, ovviamente, difficile trattare l'argomento in generale e occorrerebbe parlare di specifiche proposte legislative.

a) L'ipotesi di una regolamentazione meno repressiva del commercio delle sostanze stupefacenti ha quale obiettivo la supposta riduzione dei problemi sociali causati dall'approvvigionamento e uso delle sostanze stesse in regime di illegalità e, in particolare, prevede che si possano ottenere dei cambiamenti nelle seguenti direzioni:

a.1 - la riduzione del traffico criminale delle sostanze, dei relativi guadagni e delle implicazioni legate alla esistenza di considerevoli ricchezze illegali;

a.2 - il miglioramento della qualità dei prodotti al consumo, particolarmente in termini di riduzione delle contaminanti pericolose per la salute;

a.3 - la minore problematicità della condizione dei consumatori, sia dal punto di vista sociale (coinvolgimento criminale, ecc.) che da quello della salute individuale (comportamenti a rischio).

Questo tipo di considerazioni non si applicano necessariamente alla sola *cannabis*, ma, in teoria anche alle altre sostanze: il fatto che il dibattito sia limitato alla sola *cannabis* è legato al timore che le modificazioni del quadro legislativo portino ad effetti sociali sfavorevoli ed imprevisti, verosimilmente più limitati se i cambiamenti non riguardassero le sostanze più pericolose. Ovviamente, la permanenza nel contesto della illegalità di tutta una serie di sostanze limita in partenza la teorica possibilità di conseguire pienamente gli obiettivi sopra descritti.

b) La *cannabis* e i suoi derivati sono sostanze sottoposte a controllo internazionale (il *THC* è in tabella I e i derivati grezzi in tabella II) e non sembra, almeno al momento, esistere alcun disegno internazionale per modificare questa situazione. Di fatto, ove venisse ammessa sul territorio nazionale la possibilità di vendere e acquistare determinate quantità di derivati della *cannabis*, oltre a verificarsi una situazione di contrasto tra la legislazione nazionale e quella internazionale (fonte di possibili e probabili controversie con alcuni Paesi occidentali molto proibizionisti), gli eventuali acquirenti/commercianti nazionali della *cannabis* si troverebbero nella seguente alternativa:

b.1 - acquistare comunque il prodotto dal mercato criminale, con i rischi e le conseguenze del caso (perdurante guadagno economico per la malavita e possibilità di pesanti condanne - in altri Stati- per traffico internazionale);

b. 2 - produrre in proprio la sostanza sul territorio nazionale (come avvenuto in Olanda), possibilità esclusa dalla maggior parte delle proposte legislative finora presentate in Parlamento e che, comunque, ridurrebbe le residue possibilità di un monitoraggio/controllo del consumo e del commercio sul territorio e creando le premesse per trasformare, seppure in una evoluzione-limite, il nostro Paese in esportatore della *cannabis* - con evidenti conseguenze.

Se queste attività venissero svolte direttamente dallo Stato (in un regime simile a quello dei tabacchi), potrebbe anche essere introdotto un regime di controlli sulla qualità e nocività del prodotto (es.: livelli di principio attivo), ma non verrebbe risolto il problema del commercio internazionale, e si introdurrebbero una serie di trafilé e costi burocratici che costituirebbero una fonte potenziale di persistenza del mercato illegale. Analoghi effetti potrebbero avere altre opportune misure di controllo, quali il divieto di vendita ai minori, la limitazione delle quantità acquisibili, ecc.

c) la soppressione di alcune norme specifiche sul commercio della *cannabis* lascerebbe intatti altri disposti legislativi che, seppure in diverso modo, contribuiscono a penalizzare l'uso della sostanza. In particolare, le norme del Codice della strada (che riguardano anche l'uso durante la guida di sostanze legali come l'alcool), se non emendate, riproporrebbero quelle stesse sanzioni che costituiscono - almeno per una parte considerevole dei consumatori di *cannabis*- le uniche misure autenticamente repressive della legislazione attuale. Peraltro, è ovvio che la possibilità di tollerare l'uso della *cannabis* in situazioni rischiose per altri individui - come la guida degli autoveicoli- è socialmente e politicamente molto meno accettabile e non figura, infatti, in alcuna proposta di legge fra quelle presentate in Parlamento.

Considerazioni finali e prospettive future

1. TOSSICODIPENDENZA

Dopo il notevole impegno, nei primi anni '90, del Ministero della sanità nell'ambito della definizione degli assetti normativi e organizzativi della assistenza ai soggetti tossicodipendenti e della standardizzazione delle informazioni statistico-epidemiologiche, si apre ora una fase nuova, all'interno della quale tutto il settore sanitario (Ministero e Amministrazioni regionali in particolare) è chiamato ad un rinnovato sforzo di riflessione e di progettualità.

Ciò implica un superamento delle inopportune confusioni dei ruoli e dei livelli di discussione che ha caratterizzato il passato, anche recente, con conseguenti divisioni di campo e carenza di valutazione delle esperienze, puntando, al contrario, sulla individuazione pragmatica delle metodologie idonee a trattare i vari problemi così come sulla ricerca di una maggiore sinergia fra le forze disponibili.

Esempi tipici di questa situazione del passato sono le divisioni basate sugli ambiti professionali (sociale verso sanitario), sulla struttura di lavoro (pubblica - privata), sulle strategie del trattamento (farmacologico - psicosociale).

La collaborazione tra le diverse realtà si rende necessaria anche in relazione alla restrizione delle risorse che, con tutta probabilità, coinvolgerà, in prima battuta, quei settori dello stato sociale ove si appalesano incertezze nella programmazione e contrasti sulle strategie operative.

Pur apprezzando il valore delle diverse esperienze, ricchezza da non disperdere, si deve tentare, però, una riduzione delle disomogeneità non tecnicamente motivate, spesso eredità storica di modelli teorici troppo rigidamente attuati.

Il ruolo del Servizio sanitario nazionale e del sistema assistenziale

L'elevato successo di utenza dei servizi pubblici, anche se non garantisce la soluzione dei problemi, costituisce, comunque, un irrinunciabile punto di partenza per i programmi futuri, nei quali occorre tener conto che il mantenimento dei risultati conseguiti dipende sia dalla disponibilità di adeguate risorse e di un impegno di tutti i livelli decisionali (nazionale, regionale e locale) a dare una priorità alta al problema della droga.

Non di meno, alcuni limiti evidenziati dalla esperienza di questi anni relativamente all'intervento pubblico e privato, così come le modifiche dell'assetto normativo complessivo del SSN impongono l'avvio di un processo di revisione del sistema assistenziale, problematica sulla quale il Ministero della sanità intende sollecitare le regioni verso la ricerca di una comune prospettiva nazionale.

A tale proposito le due ipotesi di lavoro, non alternative, ma complementari, sulle quali il Ministero intende costruire il processo di riforma sono:

- la costituzione dei Dipartimenti (o Unità dipartimentali), evoluzione dei vecchi servizi pubblici, finalizzata da un lato ad una maggiore articolazione e flessibilità dell'intervento nel campo delle tossicodipendenze, dall'altro alla razionalizzazione dell'offerta sul territorio e ad una migliore interazione con le realtà private e/o del campo non sanitario;

- la costruzione della "rete dei servizi" quale nuovo modello di interazione tra il pubblico e il privato, basato su un maggiore equilibrio fra i reciproci diritti e obblighi e sull'inserimento di tutte le realtà nell'ambito della più vasta programmazione dei bisogni assistenziali.

In entrambi i casi si tratta di processi né brevi né semplici, che richiedono chiare determinazioni politiche e amministrative a tutti i livelli decisionali.

Prevenzione e trattamenti

Il settore della prevenzione è riconosciuto da tutti come quello di maggiore importanza. ma, purtroppo, prevalgono ancora spontaneismi, approssimazione metodologica diffusa e carenza di valutazioni. Conseguentemente, il dibattito sulla prevenzione è fortemente ideologizzato, mentre occorre ricondurlo (specialmente per quel che riguarda la prevenzione secondaria) ai rigorosi criteri richiesti dalle conoscenze tecniche.

Una iniziativa volta alla riduzione dell'eccessiva disomogeneità delle strategie di prevenzione e trattamento consisterà nell'allestimento di un documento tecnico di livello nazionale, sotto forma di "Linee-guida per la attuazione degli interventi"; costruite con il maggior contributo possibile da parte degli operatori e, in ogni caso, a partire dalle esperienze già sperimentate e validate, si ritiene che queste linee di indirizzo potranno, ad un tempo, colmare alcuni "vuoti culturali" legati alla carenza del settore formativo e, contemporaneamente, costituire una base comune di riferimento per i comportamenti liberamente e responsabilmente assunti dai centri di cura e dai professionisti.

Un ulteriore aspetto che il Ministero sta attualmente seguendo con particolare interesse ed impegno è quello della valutazione dell'offerta terapeutica, sia in termini di efficacia delle differenti tipologie di trattamento, ma anche in base ad altre considerazioni, come la facilità e rapidità di accesso ai programmi (riduzione delle liste di attesa e/o attivazione di programmi provvisori), qualità del programma stesso, al di là degli aspetti strettamente terapeutici (corretto inquadramento diagnostico, monitoraggio dei risultati, idoneità degli interventi di supporto ed integrazione, ecc.).

Formazione

Un aspetto fondamentale per tutti i livelli di gestione delle problematiche della droga (non solo di quelle sanitarie) è quello della formazione, finalizzata sia all'accrescimento della base culturale comune a tutti i professionisti coinvolti (non soltanto degli operatori dei servizi specialistici), sia al miglioramento della qualità

degli interventi più specifici. Particolare importanza riveste la istituzionalizzazione di alcuni curricula formativi, particolarmente di quelli dei medici e degli psicologi. La formazione va intesa e realizzata nelle forme idonee a garantire, oltre ad una buona preparazione teorica, un adeguato "training" professionale.

Considerato il fatto che attualmente compete alle regioni il ruolo più importante nell'ambito della formazione degli operatori già in servizio, il Ministero intende avviare un lavoro congiunto con tali Amministrazioni per giungere ad una sintesi nazionale delle esperienze già validamente realizzate.

Contemporaneamente si provvederà ad una ripresa delle iniziative di studio e di discussione, con le Amministrazioni competenti, sui curricula formativi di base e specialistici dei professionisti che aspirano ad inserirsi nel settore della assistenza ai tossicodipendenti.

Problemi emergenti

La comparsa delle cosiddette "nuove droghe", e di tutta una serie di problemi emergenti richiedono ulteriori sforzi di progettualità per iniziative diverse dai tradizionali programmi di intervento.

L'esperienza in questo campo, infatti, è ancora limitata e, di conseguenza, il taglio di questi interventi deve essere decisamente sperimentale ed improntato ad una più rigorosa valutazione di efficacia, rispetto agli altri programmi.

Fra le priorità spicca il problema del carcere per la complessità dei suoi risvolti e per la necessità di garantire le condizioni di salute e le possibilità di recupero dei soggetti tossicodipendenti.

2. ALCOOLDIPENDENZA

Le stime della mortalità alcoolcorrelata degli ultimi anni fanno riferimento a cifre comprese fra i 16.000 e i 18.000 morti l'anno. Dietro questa mortalità stanno pertanto enormi problemi di morbidità e di costi sociali e umani.

In Italia si è registrato un calo dei consumi di bevande alcoliche di più del 30% dagli anni '80 in poi, ma il consumo annuo pro capite di alcool puro (8,4 litri nel 1991) è ancora lontano da quello ritenuto compatibile dall'O.M.S con l'attesa di un buon livello di salute nella popolazione.

E' pertanto importante completare quel lavoro di costruzione di risposte istituzionali alle problematiche poste dall'alcooldipendenza che il Ministero della sanità ha intrapreso col Decreto 3 agosto 1993 in attuazione di quelle competenze di indirizzo e coordinamento del settore che il D.P.R. 309/90 gli aveva per la prima volta assegnato.

Si ritengono ancora validi gli orientamenti di fondo del decreto ministeriale, e la necessità, in esso sancita, di predisporre risposte istituzionali almeno a livello di ciascuna U.S.L., con articolazione in rete di presidi e servizi da stabilirsi a livello regionale, a seconda delle esigenze rilevate nei diversi territori, e della configurazione dei diversi bacini di utenza. Nonché di dare a queste risposte un carattere integrato sia sul piano

disciplinare che su quello della attività dei servizi, utilizzando anche il contributo, in questo settore attivissimo e portante, dell'associazionismo volontario e del mutuo aiuto. Le regioni devono essere vincolate a contemplare queste problematiche nell'ambito della programmazione sociosanitaria ai diversi livelli, ossia in relazione alla promozione della salute, alla prevenzione, al trattamento, alla ricerca, alla formazione e aggiornamento professionale, alla rilevazione epidemiologica.

Sarà necessario perfezionare le modalità di finanziamento di tali interventi, sia di quelli aventi specifica valenza sanitaria che di quelli più orientati sul versante sociale.

Oltre agli aspetti più specificamente sanitari, rimangono da affrontare altri aspetti importanti per i quali sarà utile operare in maniera coordinata con altre amministrazioni e autorità competenti: la regolamentazione della pubblicità; la regolamentazione della vendita (e in particolare la vendita ai minori); il più puntuale controllo della guida in stato di ebbrezza.

Valide linee guida da seguire nella programmazione degli interventi potranno essere, nel rispetto delle caratteristiche socio culturale del nostro Paese, due documenti O.M.S. cui l'Italia ha recentemente aderito, il Piano di azione europeo per l'alcool e la "Carta europea per l'alcool".

Ministero di Grazia e Giustizia

Situazione Delle Tossicodipendenze In Italia

(1996)

Indice

I. - Evoluzione Della Legislazione Italiana In Materia Di Stupefacenti Con Riferimento Al Trattamento Riservato Al Consumatore.

1. - La legge speciale del 1923 e le disposizione del codice penale.
2. La legge del 1954.
3. La legge del 1975.
4. La legge del 1990.
5. Il decreto-legge n. 3 del 1993.
6. Il referendum del 1993.

II. - Disciplina Attuale Del Trattamento Del Consumatore.

1. Le novità della normativa a seguito degli effetti abrogativi del referendum.
2. Problemi applicativi della normativa.

III. - Repressione Penale Delle Attività Illecite.

1. I reati di produzione e traffico di stupefacenti.
2. Le fattispecie associative.
3. Il "ravvedimento postdelittuoso".
4. La disciplina processuale.

IV. - Disciplina Penitenziaria Del Tossicodipendente.

1. Cenni sulla disciplina penitenziaria.
2. Dati sulla popolazione detenuta (aggiornati al 31.12.1996).
3. La gestione dei detenuti e degli internati: a) l'assistenza sanitaria.
4. La gestione dei detenuti e degli internati: b) interventi trattamentali.
5. Le misure alternative alla detenzione.
6. La formazione del personale.
7. L'edilizia penitenziaria.
8. Studi e ricerche: a) attività internazionale.
9. Studi e ricerche: b) attività nazionale.

V. - Fenomeno Dell'uso Di Droghe Da Parte Dei Minori.

1. Premessa.
2. Aspetti giuridico-legislativi.
3. Andamento statistico anno 1996.
4. Progetti di miglioramento organizzativo e metodologico.

I. - EVOLUZIONE DELLA LEGISLAZIONE ITALIANA IN MATERIA DI STUPEFACENTI CON RIFERIMENTO TRATTAMENTO RISERVATO AL CONSUMATORE.

1. - La legge speciale del 1923 e le disposizione del codice penale.

In tema di stupefacenti la legislazione italiana, mentre ha costantemente previsto come reati la produzione e il traffico illecito, assoggettandoli a misure repressive e sanzionatorie mano a mano più incisive, con riferimento al trattamento del consumatore di stupefacenti ha invece proposto discipline sensibilmente differenti nel corso degli anni.

La prima disciplina degli stupefacenti si ha con la legge 18 febbraio 1923, n. 396, che si inserisce in un ambito politico-sociale in cui le caratteristiche del fenomeno erano radicalmente diverse da quelle attuali.

Il consumo di droga era considerato sostanzialmente un "vizio" che poteva rappresentare un pericolo per l'ordine pubblico. Così, ad esempio, la legge puniva il consumatore solo in quanto partecipasse ai convegni tenuti nelle c.d. fumerie o qualora venisse colto in grave stato di alterazione psichica per abuso di stupefacenti in luoghi pubblici.

La legge, inoltre, rivelava una totale indifferenza per la dimensione psico-sociale dell'uso personale degli stupefacenti, lasciando alla normativa in materia sanitaria l'intervento in chiave esclusivamente psichiatrico, a tutela dell'ordine e della moralità pubblica. Era infatti consentito il ricovero coatto in manicomio o in casa di salute del consumatore pericoloso per sé e per gli altri o di pubblico scandalo.

Il legislatore del codice Rocco assume la disciplina della materia in un'ottica codicistica, a comprova della dimostrata acquisizione che il fenomeno ha assunto un ben diverso carattere di possibile generalizzazione e durevolezza. Esso furiesce plasticamente dagli ambienti chiusi delle furerie e va bene al di là delle eccezionali ipotesi individuali di alterazioni psichiche, trattate in maniera identica (art. 93) a quelle determinate dall'ubriachezza sul piano della imputabilità.

La disciplina tuttavia non si allontana granché da quella dettata nel 1923, - e tale circostanza viene confermata nella relazione del codice - posto che alla materia vengono dedicate solo quattro norme incriminatrici: due (art. 446 e 447) sotto il titolo dei delitti di comune pericolo mediante frode e due (artt. 729 e 730) nella sezione delle contravvenzioni concernenti la notizia sanitaria.

Merita soltanto di essere segnalato che, mentre l'individuazione delle sostanze vietate era affidata nella legge speciale ad appositi elenchi, nell'art. 444 c.p. 1930 viene rimessa all'opera interpretativa del giudice sulla base di un'ampia nozione proposta dalla norma.

2. La legge del 1954.

La legge 22 ottobre 1954, n. 1041, interviene quando ormai il fenomeno del consumo delle droghe aveva già assunto dimensioni consistenti in Italia ed all'estero.

Con questa legge il consumatore di stupefacenti assume per la prima volta la qualità di "delinquente",

attraverso una piena equiparazione con il produttore o lo spacciatore. La legge, infatti, prescinde completamente dalle caratteristiche soggettive, ma afferma la punibilità del consumatore in quanto tale, esclusivamente sulla base della relazione materiale con la sostanza. Nessuna distinzione viene operata tra consumatore occasionale, abituale, tossicofilo o tossicodipendente. Tale impostazione era d'altronde in ritardata esecuzione della Convenzione di Ginevra del 1936, che dettava la necessità di incriminazioni "a cascata", in maniera da evitare possibili lacune nella punizione di coloro che in qualunque modo entrassero a far parte, anche occasionalmente, del mondo della droga.

L'incremento dei reati in materia determinò all'inizio degli anni '70 una giurisprudenza - sia pure minoritaria - intesa a distinguere i consumatori dai trafficanti e dagli spacciatori, punibili tutti, secondo l'art. 6 della legge, con la reclusione da tre a otto anni e con la multa da L. 300.000 a 4 milioni. Tale tesi era favorita dall'espressione di chiusura "comunque detenga", che poteva essere tradotta non solo "drasticamente" a qualsiasi fine, ma anche "in qualsiasi modo", lettura quest'ultima che lasciava uno spiraglio per un trattamento differenziato e benevolo del mero consumatore, specie se a fine terapeutico.

Tale giurisprudenza non fu certamente estranea alla revisione delle previsioni punitive.

3. La legge del 1975.

Con la legge 22 dicembre 1975, n. 685, si verifica infatti la svolta significativa della legislazione sugli stupefacenti, suggerita dalla Convenzione di Vienna del 1971, oltreché da quella di New York del 1961.

L'intera materia viene regolata su basi e principi nuovi, muovendo dalla fondamentale premessa che l'assuntore di sostanze stupefacenti sia un soggetto colpito da disadattamento sociale e che la dipendenza dalla droga costituisca una malattia sociale.

Conseguentemente la risposta punitiva viene ad essere considerata la meno adatta nei confronti di chi fa uso di droghe.

In sintesi il meccanismo previsto dalla normativa è il seguente:

- il sistema della disciplina penale rimane imperniato sulla incriminazione della detenzione di stupefacenti, senza operare alcuna distinzione di ordine puramente soggettivo;
- la detenzione continua a rimanere un fatto giuridicamente illecito;
- ma la legge prevede una ipotesi di non punibilità, caratterizzata da due elementi essenziali: a) il primo, soggettivo, legato alla finalità dell'uso proprio non terapeutico; b) l'altro, oggettivo, costituito dalla modica quantità di sostanza detenuta;
- la causa di non punibilità può essere accertata solo in via giurisdizionale mediante un procedimento penale;
- il soggetto ritenuto modico detentore di droga non è assoggettato a pena, ma, qualora rifiuti le cure, può essere coattivamente sottoposto al ricovero ospedaliero o alle cure ospedaliere e domiciliari con provvedimento giurisdizionale.

Molto è stato scritto inoltre sulla difficoltà di identificazione della "modica quantità", dimenticandosi che il