

DROGHE, TOSSICODIPENDENZA E TOSSICODIPENDENTI

di Claudio Cippitelli

"C'è probabilmente una cosa, e una soltanto, su cui concordano tutti i capi di stato moderni; una cosa su cui concordano i cattolici, i protestanti, gli ebrei, i maomettani e gli atei; una cosa su cui concordano i democratici, i repubblicani, i socialisti, i comunisti i liberali e i conservatori (...) le autorità mediche e scientifiche e su cui concordano i punti di vista, espressi attraverso sondaggi di opinione e risultati di votazione, della grande maggioranza delle persone di ogni paese civilizzato. Questa cosa è il "fatto scientifico" che certe sostanze che alla gente piace ingerire o iniettarsi sono "pericolose" sia a coloro che ne fanno sia agli altri; e che l'uso di tale sostanze costituisce "abuso di droga" o "assuefazione alla droga", una malattia, questa, che le forze unite della professione medica e dello stato hanno il dovere di controllare e sradicare." Thomas S. Szasz, *Il mito della droga*, Feltrinelli, Milano, 1977.

"Ora , la mia prima tesi è che l'esperienza della droga sia riconoscibile come una delle esemplificazioni realizzate dell'erosione del valore condiviso dell'eguale autonomia individuale. In questo senso, essa costituisce un genuino costo morale per istituzioni giuste." Salvatore Veca, "I costi sociali della droga", atti della Prima Conferenza Nazionale sulla droga, Palermo, Giugno 93.

La tossicodipendenza, tossicomania in molti autori fino a qualche anno fa è¹, secondo il Vocabolario dell'Istituto della Enciclopedia Italiana, una "condizione caratterizzata dall'incoercibile bisogno di fare uso di sostanze psicotrope indotto da alterazioni fisiologiche sul soggetto che ne fa uso continuato, anche allo scopo, consapevole o inconscio, di evitare gravi e penosi fenomeni di astinenza".²

Caratterizzano quindi la tossicodipendenza il continuato uso di sostanze psicotrope in grado di generare una dipendenza fisica o psicologica tale che il soggetto abusante non può astenersi dal consumo, pena un diffuso malessere più o meno intenso e duraturo, comunemente chiamato "crisi di astinenza". La tossicodipendenza, e il tossicodipendente, non riguardano quindi qualsiasi assunzione, e qualsiasi assunto, di sostanze che, introdotte in un organismo vivente, possono modificare una o più funzioni (definizione di droga questa dell'Organizzazione Mondiale di Sanità): la tossicodipendenza caratterizza soltanto l'uso di alcune di queste sostanze, "capaci di determinare dipendenza fisica o psichica, o ambedue, in seguito alla sua somministrazione di base periodica o continuativa".³

¹Luigi Ciotti, animatore del Gruppo Abele di Torino, propone queste definizioni: " Il tossicodipendente assume un farmaco o una droga con regolarità, ma senza diventarne schiavo, e può quindi smettere, sia pure a prezzo di notevoli sforzi...(egli) usa la droga come un aiuto nei confronti di una realtà che sente difficile, ma non è questo l'unico mezzo per poterla affrontare e superare; egli riesce infatti a mantenere una serie di interessi e di legami con gli altri. E' chiamato invece tossicomane chi rivolge ormai tutto il suo tempo e la sua vita alla ricerca di droghe, di cui non può fare assolutamente a meno...(in lui) c'è la scomparsa completa di ogni altro interesse al di fuori della droga". Luigi Ciotti, *Chi ha paura delle mele marce?*, Torino, Società Editrice Internazionale, 1992, p.14.

²Istituto della Enciclopedia Italiana, *Vocabolario della Lingua Italiana*, Milano, 1994.

³Eddy Edwards G., *Drugs problems in the socio-cultural context*, Ginevra, WHO, 1980.

Da quanto detto risulta evidente che i due termini droga e tossicodipendenza non sono necessariamente associati, che i problemi che pongono possono essere di natura simile come di natura diversa, e che quindi le risposte che la società dovrebbe offrire, attraverso il suo impianto normativo e le agenzie ad esse finalizzate, dovrebbero almeno tenere conto, oltre che delle similitudini, anche delle differenze che i due fenomeni presentano.

In Italia, come in gran parte d'Europa, questo non è accaduto, e dagli anni '70 in poi si è preferito ridurre il problema della diffusione delle droghe e la nascita del problema delle tossicodipendenze ad un unico fenomeno, legiferando e approntando servizi, sia nel pubblico che tra le strutture private, secondo questa visione "unificante" delle due diverse realtà. Il risultato di ciò è stato che per reprimere il traffico delle sostanze che causano dipendenza, e quindi il mercato illegale e la criminalità che da esse derivano in un assetto normativo proibizionista, si è fatta una scelta repressiva per ambedue i fenomeni; quando l'espandersi sia delle tossicodipendenze che della diffusione delle droghe ha evidenziato la velleità di tale approccio, sono state introdotte riforme all'impianto normativo che consentissero l'attivazione di servizi tesi alla cura degli stati di tossicodipendenza (in particolare la legge 685/75), comunque insufficienti ed inadeguati ad affrontare l'altro fenomeno, la diffusione di droghe, o di modalità di assunzioni che non necessariamente provocano stati di tossicodipendenza. Labos, in una ricerca sulla cultura degli operatori e

bisogni degli utenti del 1986⁴, afferma che nell'interpretare i dati i ricercatori hanno tentato provvisoriamente di interpretare il consumo occasionale, il consumo abituale e la tossicodipendenza come graduazioni diverse dello stesso fenomeno: questa scelta però viene considerata strumentalmente utile dall'istituto di ricerca, che però si affretta ad aggiungere che tale scelta è "...scientificamente arbitraria. Essa invece sembra avere un suo motivo di interesse nell'ambito di una lettura ideologica, di un atteggiamento di difesa culturale nei confronti di fenomeni estranei e, dunque, di emergenza e di difesa sociale;...sembra essere il frutto di un approccio feticista in quanto elemento caratterizzante e unificante è l'uso di determinate sostanze mentre viene spesso trascurata, se non dimenticata, la estrema varietà dei sistemi simbolici e di significato che sottendono all'uso stesso; si realizza, cioè, una operazione di centralizzazione della sostanza mentre l'uomo diviene elemento di sfondo"⁵

Oggi, accanto alle sostanze "classiche", siano esse definite leggere o pesanti, cioè quelle comprese nelle tabelle I e II dell'art. 14 del D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309, il mercato italiano delle sostanze stupefacenti offre le cosiddette "droghe disegnate", alcune delle quali pur rientrando nella tabella I del citato D.P.R. 309/90, in particolare al comma 3), sarebbe auspicabile che fossero oggetto di maggiore attenzione (studio e ricerca), e considerate come un fenomeno diverso, perchè diversamente vengono considerate e consumate dai fruitori,

⁴Labos, *Cultura degli operatori e qualità dei bisogni degli utenti nei servizi per le tossicodipendenze in Italia*, Roma, Edizioni T.E.R., 1986.

⁵Ibidem, p. 125

perchè diverse sono le modalità di assunzione (non intrusive come un ago), perchè diversi sono i tempi e luoghi di assunzione (discoteca e sala giochi piuttosto che la strada). Se al contrario si procederà, come di fatto si stà procedendo, ad una ulteriore unificazione, vedremo probabilmente aumentare il numero degli individui segnalati al Prefetto, in base all'art. 75 del D.P.R. 309/90, i quali però faranno fatica a capire quale contributo possono offrire loro i servizi per le tossicodipendenza dove saranno inviati.⁶

Nel capitolo che segue verrà illustrata la nascita e lo sviluppo della regolazione legislativa, e la relativa implementazione, in materia di stupefacenti e tossicodipendenze nel nostro Paese, in particolare dal secondo dopoguerra sino all'entrata in vigore della Legge n.162 del '90. Prima di ciò è utile illustrare, sia pur brevemente, alcune delle principali teorie interpretative della tossicodipendenza, che hanno

⁶La Prefettura di Massa-Carrara ha recentemente prodotto un ritratto-tipo del consumatore di ecstasy, dedotto dai dati emersi in base ad un programma computerizzato ad hoc nel quale sono state inserite le notizie relative alle 28 segnalazioni di casi di assuntori di ecstasy pervenute nel corso del 1994. Punti qualificanti di tale ritratto-tipo sono:

- * in tutti i casi si è rilevata la totale inesistenza di situazioni di evidente emarginazione sociale quali indigenza, carenza affettiva, solitudine psico-fisica, disgrazie subite o disavventure di vita;
- * 13 soggetti su 28 risiedono in alloggi di proprietà dei genitori, quindi appartenenti, presumibilmente, ad un ceto sociale di tipo "medio";
- * si tratta di ragazzi con personalità prive di particolari caratterizzazioni negative;
- * titolo di studio di scuola media inferiore già conseguito con inserimento, anche parziale, nel mondo del lavoro;
- * il profilo psicologico esula da quello tipico del candidato alla tossicodipendenza;
- * il disagio rilevato sembra essere di tipo fisiologico, dovuto quindi ai problemi dell'età ed al desiderio di integrazione da parte di soggetti che vogliono essere ben compartecipi alla vita della società in genere ed alle dinamiche di socializzazione del fine-settimana; ecstasy viene vissuta come droga "ricreativa" surrogato e/o integrazione al divertimento;
- * **il potenziale assuntore di ecstasi sembra essere chiunque, il ragazzo considerato "comune", ben integrato e senza particolari problemi esistenziali o situazioni palesi e patologiche di disagio.**

ispirato ed ispirano, ai diversi livelli, l'intervento pubblico e privato in materia di tossicodipendenza.

Và ricordato che la tossicodipendenza rientra in quei fenomeni sociali definiti come devianti, in quanto si producono e riproducono all'interno dei comportamenti che spesso conducono gli assuntori in percorsi illeciti; tali comportamenti illegali non sono vissuti però come tali da chi li pone in atto, ma sono considerati come "reazioni normali a certe pressioni provenienti dalla società".⁷

E' su questo concetto che a partire da Robert King Merton⁸ si aprono nuove vie per la teoria sociologica della devianza, e che consente di spiegare il duplice effetto di graduale distacco dagli abituali schemi di relazioni sociali (le mete culturali in Merton) e l'assunzione di comportamenti inusuali fino a diventare illeciti (i mezzi istituzionalizzati), coinvolgendo inoltre altri soggetti individuali e collettivi nella sfera di influenza della devianza stessa.

Le teorie interpretative della tossicodipendenza sono riconducibili a tre approcci principali⁹: quello psicologico, quello sociologico e quello clinico-farmacologico.

Tra gli approcci psicologici vanno ricordati: a) quello psicopatologico, che basa la sua analisi sulla mancanza di controllo, da parte del soggetto interessato, delle strutture egoiche e superegoiche sulle componenti istituzionali inconscie e dove un vissuto difficoltoso

⁷T. Pitch, *La devianza*, Firenze, Nuova Italia, 1982, p. 60.

⁸R.A. Wallace e A. Wolf, *La teoria sociologica contemporanea*, Bologna, Il Mulino, 1985, p. 87 e seguenti.

⁹Francesco Carchedi e Giovanni Capalbo, "Alcune considerazioni sulla tossicodipendenza", *Affari Sociali Internazionali*, n. 3, 1985, pp. 109-134.

dal punto di vista emotivo può divenire una modalità di ingresso nella tossicodipendenza:¹⁰ b) quello psico-patologico, dove l'accostamento della sostanza e la persistenza nella dipendenza risultano essere una complicazione quasi inevitabile di uno stato patologico individuale preesistente, e che intravede nella tossicodipendenza, secondo la teoria "dei tratti della personalità" di matrice psichiatrica, l'effetto di una diversità psichica strutturale (anche di tipo ereditario) non risolvibile;¹¹ c) l'approccio psico-biologico, che si basa sul presupposto che i comportamenti derivanti dalla tossicodipendenza trovano "origine negli squilibri biochimici endogeni che si tradurrebbero nella ricerca di un farmaco esogeno equilibratore";¹² d) l'approccio psico-sociale, che pone l'accento sia sugli aspetti psicologici che su quelli sociali e culturali del fenomeno, e dove oggetto dell'indagine è l'individuo nel suo rapporto con il contesto sociale di appartenenza, e dove la tossicodipendenza è vista come una perturbazione incontrollabile di tale rapporto. In tale approccio risultano decisivi gli sforzi mirati al potenziamento e all'allargamento delle risorse sociali ed individuali, e la facilitazione all'accesso di tale risorse. Quest'ultimo approccio ha nei fatti, come si dirà più avanti, ispirato molti progetti rivolti alla prevenzione primaria e secondaria delle tossicodipendenze.

Tre sono gli approcci di natura sociologica più autorevoli.

¹⁰Per una visione più generale v.: Luigi Cancrini, *Quei temerari sulle macchine volanti*, Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1982.

¹¹B. Bisio, *Psiche e droga*, Roma, Bulzoni Editore, 1976, pp.347-360.

¹²F. Bruno, "Aspetti sociologici e criminologici delle tossicodipendenze", in *Tossicodipendenze e devianza nell'attuale società*, Milano, Franco Angeli, 1981, p. 55.

Il primo, che possiamo definire tradizionale per la disciplina, pone l'accento sugli effetti derivanti dal rapporto organizzazione/disorganizzazione sociale e sulla capacità che ha la società nel suo complesso di integrare, ma anche di espellere, parti della sua popolazione attraverso regole del gioco di natura concorrenziale. In tal modo, venendo meno l'ipotizzata e auspicata omogeneità, si creano zone nell'organizzazione sociale con regole autonome, rielaborate in base ai ruoli e alla cultura delle componenti sociali più periferiche. Per la scuola di Chicago¹³ "la disorganizzazione sociale porta alla disorganizzazione individuale" e quindi all'associarsi degli individui all'interno di uno stesso contesto sociale in maniera differenziata con proprie regole comportamentali, più o meno conformi con la norma. Le fasce deboli, le componenti periferiche del sistema sociale, trovano in questo modo una via per divenire di nuovo concorrenti con gli altri settori, più centrali e più forti della società, costringendo quest'ultimi o a prendersi carico dei loro problemi, oppure scegliendo un sistema di vita e di valori di tipo marginale, ponendosi però in ognuno dei due modi in posizione subordinata e spesso conflittuale. E' in questo modo che la devianza e quindi anche la tossicodipendenza trovano, secondo questo approccio, terreno favorevole per espandersi.

Il secondo tipo di approccio di natura sociologica è quello strutturale-funzionalista, che rivede ed amplia il concetto durkheimiano di

¹³T. Pitch, *op. cit.*, pp.34 e seguenti "L'approccio... ai problemi sociali (da parte della Scuola di Chicago) è probabilmente quello...più sociologico".

anomia, intesa come è noto, come mancanza di norme.¹⁴In questo ambito, l'autore che più di altri ha dato contributi alla teoria sociologica della devianza è Robert King Merton, che riprende ed utilizza elementi caratteristici dell'analisi funzionalista, quali fini culturali e norme istituzionalizzate, rispetto alle quali, secondo questo autore, gli individui possono assumere, come modalità di adattamento, la conformità a tali fini o mete culturali, l'innovazione, il ritualismo la rinuncia o la ribellione. Ad esempio, seguendo lo schema proposto da Merton, l'uso di droghe potrebbe rappresentare la modalità di adattamento (di rinuncia in questo caso) di individui che rifiutano sia il successo economico (meta culturale) che i mezzi per raggiungerlo (mezzi istituzionalizzati).

Merton inoltre introduce il concetto di funzioni "latenti", che a differenza delle funzioni "manifeste, sono "quelle conseguenze non riconosciute come tali, né intenzionali"¹⁵: la devianza ha, in questo senso, una funzione in quanto latente, fino a quando non avviene l'espulsione dei più deboli, nel gioco concorrenziale dei ruoli. I soggetti espulsi adottano quindi forme devianti di adattamento, causate dal loro stato di demoralizzazione, che si caratterizzano come atteggiamenti evasivi, astensionisti o di fuga dalla realtà.¹⁶ Ed è indubbio che "fuga dalla realtà", "evasione dai problemi", tossicodipendenti individuati come "soggetti deboli" o "disadattati", sono diventati altrettanti luoghi comuni quando si affronta il "problema droga".

¹⁴Per il concetto di anomia si veda Alberto Izzo, *Storia del pensiero sociologico, vol.II, I classici*, Bologna, Il Mulino, 1975, pp.206 e seguenti.

¹⁵R.A. Wallace e A. Wolf, *op. cit.*, p. 82.

¹⁶T. Pitch, *op. cit.*, pp.58 e seguenti.

Un'altro contributo di Merton, e quello che più di altri lo allontana dal funzionalismo precedente, è la scelta di abbandonare la ricerca di una teoria omnicomprensiva, per dedicarsi a quelle che definisce “teorie di medio raggio”, studiando le forma di devianza e disadattamento singolarmente, non pretendendo cioè di interpretarle secondo secondo un criterio unificante.

Il terzo approccio tende a ricostruire, soprattutto a livello microsociale, la “carriera “ del deviante. Utilizzando strumenti diversi, si cerca di cogliere lo “stabilizzarsi di un “destino” di deviante nella dialettica tra un comportamento deviante iniziale e le risposte sociali che suscita”.¹⁷Questo approccio fa riferimento alla “teoria dell’etichettamento” (*la labeling theory* di Becker) ovvero la capacità dei gruppi più forti di apporre l’etichetta di deviante a membri di gruppi più deboli i quali, a loro volta, interiorizzano tale stigma come un ruolo o uno status¹⁸: “...la tossicomania spinge il soggetto a vivere in funzione della droga, comportando così modifiche nei suoi interessi e di conseguenza la sostituzione del ruolo societario ricoperto con il ruolo “tipico” di tossicodipendente. Inoltre, non si può trascurare il tema centrale dell’etichettamento del tossicodipendente, stigmatizzato da una cultura dominante che lo considera un deviante:...”¹⁹.

¹⁷Marina D’Amato e Nicola Porro, *Sociologia, dizionario tematico*, Roma, Editori Riuniti, 1985, p. 71.

¹⁸Neil J. Smelser, *Manuale di sociologia*, Bologna, Il Mulino, 1984. pp. 134 e seguenti.

¹⁹Anna Moriconi, “profili di utenti e percorsi di tossicodipendenza, in Antonio Fasanella e Maria Stella Agnoli, *op. cit.*, p.122

Il terzo ed ultimo approccio è rappresentato da quello clinico-farmacologico, che evidenzia i problemi di dipendenza fisica che insorgono in soggetti che consumano abitualmente sostanze psicotrope. L'imperativo di tale approccio è individuabile nella necessità di curare quelle che sono considerate patologie (la dipendenza, la tolleranza, l'astinenza), ricorrendo a farmaci in grado di sostituire (per un periodo e riducendone progressivamente la quantità) la sostanza stupefacente causa, per l'assuntore, di dipendenza fisica.

Attualmente questo ruolo di sostituzione è svolto dal metadone, un derivato di sintesi dell'oppio,²⁰ somministrato in Italia presso i Ser.T. (Servizi Tossicodipendenti) in base alla legge 685/75 e ai successivi decreti del 1980, di cui si dirà più avanti. Il dibattito intorno all'uso di tale farmaco sostitutivo è stato particolarmente acceso, anche perchè l'uso e il rifiuto di tale oppiaceo (definito da autorevoli esponenti di Comunità Terapeutiche "droga di stato") ha rappresentato simbolicamente le due modalità di intervento, quella pubblica (prima i C.M.A.S., Centri Medici e di assistenza sociale, poi S.A.T., Servizio assistenza tossicodipendenti, infine con la legge 162/90 Ser.T., Servizio tossicodipendenti) e quella privata (in primo luogo le Comunità terapeutiche residenziali): "E inoltre, sul piano delle modalità di intervento spicca il fatto che il ricorso alla terapia farmacologica discrimina - o almeno ha finora discriminato -

²⁰C. Castellano, *Lineamenti di psicofarmacologia*, Roma, Bulzoni editore, 1977, p. 135.

significativamente i due ambiti di azione, risultando praticato esclusivamente presso i servizi pubblici a carattere ambulatoriale”.²¹

Oggi, l’urgenza di frenare la diffusione del virus H.I.V. tra i tossicodipendenti “ha portato nuovamente a considerare l’opportunità di trattamenti di mantenimento con il metadone...(considerato)...come uno dei pochi presidi disponibili per ridurre il rischio di infezione da H.I.V. nei tossicodipendenti, ma anche per ridurre la mortalità per “overdose” e la criminalità legata al mercato nero dell’eroina da strada”.²²

Va inoltre ricordato l’uso da parte di alcuni Ser.T. e di alcune strutture del privato di terapie a base di Naltrexone cloridrato, Antaxone è il nome commerciale, un antagonista puro degli oppiacei definito da alcuni la “pillola antidroga”. L’Antaxone annulla in tutto o in parte gli effetti degli oppiacei, rendendo praticamente inutile l’assunzione di tali sostanze. Risulta evidente la filosofia di intervento che è sottesa a tale somministrazione: il consumatore, non potendo godere degli effetti piacevoli della sostanza, dovrebbe esserne demotivato all’uso. Alcuni autori evidenziano però i rischi dell’uso di tale farmaco: “L’Antaxone provoca lesioni epatocellulari in buona parte dei pazienti sottoposti a dosi elevate ed effetti indesiderati in pazienti che, nonostante il trattamento, facciano ugualmente uso degli oppiacei...(inoltre)...Le persone in terapia spesso tentano di varcare la

²¹Antonio Fasanella e Maria Stella Agnoli, *op. cit.*, p. 15

²²Gianni Rezza, Istituto Superiore di Sanità, “Trattamento con metadone e riduzione del rischio di infezioni da H.I.V.”, *Osservatorio delle leggi sulla Droga, XI Rapporto-Gennaio 1994*, Millelire Stampa Alternativa, Roma, 1994, p. 16.

soglia di copertura del farmaco moltiplicando le dosi di eroina e causando un ulteriore pericolo: quello dell'overdose".²³

Infine, è al vaglio dell'Istituto Superiore di Sanità una nuova terapia farmacologica di rapida disintossicazione, denominata UROD, sperimentata da circa un biennio in Spagna e praticata per qualche tempo presso l'Ospedale S. Raffaele di Milano.

²³Valerio Latente, "Terapie in voga. Effetto pillola", *Il Giornale di San Patrignano*, n. 51, Marzo/Aprile 1993, p.21.

2. LA REGOLAZIONE LEGISLATIVA. DALLA STAGIONE DELL'INDIFFERENZA A QUELLA DELLA SOLIDARIETA'.

2.1 Nascita della legislazione repressiva: dall'assenza di sanzioni per il consumatore alla punizione del tossicomano.

La prima disciplina in materia di stupefacenti risale in Italia al Regio Decreto Legge 22.2.1922 n.355, che delegava il Governo ad emanare norme dirette a recepire quanto indicato nella Convenzione Internazionale dell'Aja del 1912.

I motivi che avevano spinto le potenze vincitrici della prima guerra mondiale ad affrontare in termini proibizionisti la diffusione degli stupefacenti e ad imporne la ratifica a tutti gli Stati belligeranti, si ritrovano nella grande diffusione che gli oppiacei avevano avuto in Europa e in Nord America in larghe fasce di popolazione, attraverso forme e modalità differenti.

Sono indicative a questo riguardo alcune pagine de "La condizione della classe operaia" di Engels²⁴. L'autore descrive l'abitudine di molte donne lavoratrici del Regno Unito di somministrare ai loro bambini una bibita a base di oppio e melassa commercializzata con il nome di "Godfrey's Cordial", allo scopo di renderli più tranquilli e nell'illusione di contribuire alla loro robustezza; i risultati ovviamente sono descritti come disastrosi, così come disastrosi erano gli effetti

²⁴F. Engels, *La situazione della classe operaia in Inghilterra*, Roma, Editori Riuniti, IV edizione, 1978, p. 154

degli oppiacei sulla salute degli operai che avevano preso l'abitudine di fruirne come strumento di attenuazione della fatica e della fame.

Inoltre l'industria farmaceutica ottocentesca commercializzava con successo una serie di narcotici ed analgesici, tra cui la morfina, che venivano prescritti per le patologie più disparate, dalla cura dell'alcolismo ai disturbi ginecologici e mestruali oltre che, naturalmente, per i disturbi nervosi.

La legislazione proibizionista del primo dopoguerra era quindi indirizzata prioritariamente contro la diffusione di sostanze stupefacenti e contro il traffico illecito, mirata alla tutela della salute pubblica minacciata dalla presenza sul mercato di droghe tradizionali d'importazione e di nuovi preparati proposti dall'industria farmaceutica, sostanze ritenute pericolose se somministrate senza ricetta medica o da persone non autorizzate.

Con la legge n. 396 del 18 febbraio 1923 l'Italia ratifica la Convenzione internazionale dell'Aja: gli elementi salienti erano la non punibilità dell'uso individuale e della detenzione di qualunque quantitativo ad esso finalizzato, e l'esiguità delle pene previste per il traffico e la distribuzione illecita. Inoltre comparve per la prima volta l'elenco delle sostanze ritenute stupefacenti, aggiornabili da parte dell'autorità amministrativa. Questo sistema del rinvio ad elenchi ad aggiornamento costante rimarrà, praticamente immutato nella forma, nella legislazione successiva, divenendo lo spartiacque legale tra le sostanze ritenute legalmente stupefacenti (e quindi proibite) e le altre.

La disciplina degli stupefacenti, negli anni successivi, conobbe una modificazione soprattutto per quanto riguarda la figura del consumatore: con il nuovo codice penale (regio decreto 19 ottobre 1930 n. 1398), con le nuove norme sugli stupefacenti, emanate in seguito della Convenzione di Ginevra del 13 luglio 1931 (regio decreto legge 15 gennaio 1934 n.151 convertito nella legge 7 giugno 1934 n. 1145) e con il testo unico delle leggi sanitarie (regio decreto 27 luglio 1934 n. 1265) la tossicodipendenza viene sempre più equiparata ad una malattia, ed il tossicomane ad un soggetto a cui applicare procedure di ricovero coatto, modellate sulla legge manicomiale del 1904.

Cambiano gli obiettivi di fondo della regolazione: la tutela legislativa si sposta dalla preoccupazione per la salute psicofisica dei cittadini che veniva compromessa dalla diffusione di sostanze nocive anche da parte dell'industria, alla difesa della società dal presunto pericolo rappresentato da individui che, in base agli articoli dal 93 al 95 del codice penale, vengono ritenuti impuniti per i reati commessi sotto l'azione di sostanze stupefacenti e soggetti ad internamento in ospedale psichiatrico giudiziario.

Nell'Italia del ventennio fascista e della ricostruzione post bellica la tossicomania rimane in effetti una patologia rara, più simile a certe malattie esotiche e tropicali, appannaggio di viaggiatori facoltosi, piuttosto che un fenomeno sociale largamente diffuso come la malaria o la silicosi.

La droga rimane legata ad una immagine di trasgressione riservata a delle ricche élite dedite al piacere ed al vizio, mentre gli stupefacenti costituiscono per la maggioranza un universo misterioso abitato da autori come D'Annunzio o Baudelaire.

Rimane l'alcolismo l'unica vera tossicodipendenza di massa, la vera malattia sociale, diffusa capillarmente e omogeneamente su tutto il territorio nazionale: per gli italiani, gli unici "paradisi artificiali" sono quelli permessi dall'abuso della più economica, diffusa e autoctona bevanda alcolica: il vino.

Se l'Italia degli anni cinquanta non era ancora un mercato appetibile per il commercio di stupefacenti, esprimeva però buone potenzialità per il traffico delle medesime sostanze dai paesi produttori verso i paesi dell'occidente sviluppato.

Soprattutto la Sicilia era divenuta, grazie alla presenza delle strutture logistiche e ai contatti internazionali della mafia, una vera e propria "portaerei della droga", per usare una definizione cara alle agenzie di lotta alla droga statunitensi.

E saranno proprio gli Stati Uniti a premere sul Governo italiano per una modificazione in senso maggiormente repressivo della legislazione.

Infatti, pressanti inviti da parte della Commissione Stupefacenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e particolari pressioni da parte del governo degli Stati Uniti convinsero l'Italia a rimettere mano all'impianto legislativo in materia, nel tentativo di stroncare il traffico di oppiacei tra la Turchia e l'America.

La legge 22 ottobre 1954 n. 1041, "Disciplina della produzione, del commercio e dell'impiego di stupefacenti" nasce con queste premesse di carattere politico: ha un carattere fortemente repressivo ed è indirizzata quasi esclusivamente a colpire chiunque abbia a che fare, a vario titolo, con qualsiasi sostanza ritenuta stupefacente, senza alcuna distinzione tra consumatore e spacciatore. Risulta evidente che la legge del 1954 non deve dare risposte ad un problema di importanti dimensioni sociali e sanitarie, ma piuttosto offrire strumenti per una battaglia di polizia internazionale contro la malavita del bacino del Mediterraneo (Medio Oriente, Italia, Francia) che riforniscono gli Stati Uniti di eroina e morfina.

Nel 1954 il problema di rinnovare la disciplina sugli stupefacenti entra in agenda²⁵, in modo congiunturale, su impulso del Governo, che recepisce un bisogno statuito²⁶ espresso da organismi sovranazionali ed extranazionali, senza dover dare risposte ad un bisogno avvertito socialmente²⁷.

La legge n. 1041 interviene sul problema su due piani. Da una parte inasprisce il regime sanzionatorio, stabilendo con l'articolo 6 la reclusione da 3 a 8 anni e con la multa da lire 300.000 a 4 milioni chiunque "acquisti, venda, ceda, esporti, importi, passi in transito,

²⁵"L'agenda descrive quell'insieme di problemi divenuti posta in gioco nelle controversie pubbliche". Yves Meny e Jean-Claude Thoenig, *op. cit.*, p.135

²⁶In materia di azione pubblica il bisogno statuito e quello "definito come tale da terzi (esperti, uomini politici, ecc.)facendo riferimento ai propri valori (etici o professionali) e collocandosi al posto del consumatore". Ibidem, p. 142.

²⁷"Il bisogno avvertito (è quello) la cui esplicitazione è di tipo indiretto, in quanto la collettività lo avverte attraverso le proprie motivazioni ed aspettative, mentre toccherà agli specialisti esplicitarne l'aspetto latente". Ibidem, p.142.

procuri ad altri, impieghi o comunque detenga sostanze o preparati indicati nell'elenco degli stupefacenti", rendendo inoltre obbligatorio il mandato di cattura e l'arresto in caso di flagranza.

Dall'altra ribadisce la scelta già fatta nelle leggi precedenti che, assimila il tossicodipendente al malato psichiatrico, prevedendo come scelta terapeutica possibile solo il ricovero in ospedali psichiatrici. L'alternativa carcere o manicomio proposta dalla legge n. 1041 risulta quindi inadeguata ad affrontare la nuova realtà sociale così come emerge alla fine degli anni sessanta.

L'Italia, come è noto, vive una stagione che la vede protagonista di una impetuosa industrializzazione delle sue regioni settentrionali, mentre persistono in maniera rilevante ampie zone di sottosviluppo, dalle quali si muove un flusso migratorio senza precedenti verso il nord. Si ingrossano le periferie urbane delle grandi città del centro e del nord, dove sorgono quartieri dormitorio e baraccopoli distanti geograficamente, culturalmente ed economicamente dal centro cittadino.

A questa realtà, nella quale persiste l'insoddisfazione dei bisogni primari, la sottoccupazione e la disoccupazione è elevata, va aggiunto il boom economico che investe vaste fasce di popolazione e la scolarizzazione di massa in atto. Un mutamento sociale che farà mettere in discussione molti valori e ruoli sociali. Come suggeriscono Rusconi e Blumir nel loro volume "La droga e il sistema"²⁸ i gruppi che per primi tentano di uscire dalla logica "bisogni primari = evasioni primarie" (Rivera, Canzonissima, Bolero film, la Ducati, il

²⁸Marisa Rusconi e Guido Blumir, *La droga e il sistema, cento drogati raccontano la nuova repressione*, Milano, Feltrinelli 1977, p.13.

Lambrusco) saranno le frange giovanili più avanzate dal punto di vista politico e culturale (i gruppi extraparlamentari e studenteschi) che propongono la lotta di classe come modello di emancipazione collettiva, che raccolgono al loro interno il movimento beat italiano, nato nel nostro paese intorno al '65, con dieci anni di ritardo rispetto a quello americano. Sarà all'interno e attraverso questi nuovi raggruppamenti giovanili che avverrà la prima diffusione delle sostanze stupefacenti, che raggiungerà nel giro di pochi anni tutte le classi sociali e il mondo degli adulti, diffondendo al contempo una cultura, comportamenti e significati specifici.

E' in quegli anni che si vanno delineando i due modelli principali di assunzione di quelle che dal 1966, in base ad una definizione del professor Jean Delay²⁹, verranno chiamate sostanze psicotrope, ovvero "sostanze di origine naturale o sintetica capace di modificare l'attività psichica". Rusconi e Blumir chiamano "monopsichedelico" il consumo di sostanze derivate dalla canapa indiana e degli "acidi", come ad esempio LSD: politossico è invece il consumo delle altre sostanze psicotrope, dove è centrale, sino a divenire un rito, l'uso dell'iniezione. Il primo modello si caratterizza per l'aspetto maggiormente sociale dell'esperienza, mentre il secondo è sostanzialmente individualista; la politossicità rappresenta un elemento di rottura limite, mentre l'esperienza monopsichedelica può essere inserita in progetti di società alternativa, come di fatto accadrà in controstrutture tipiche del periodo, come le comuni, la stampa alternativa, i collettivi studenteschi. Questa articolazione negli

²⁹Ibidem, p.6

atteggiamenti e nelle modalità di assunzione delle diverse sostanze proposta da Blumir e Rusconi rappresenta un'alternativa all'approccio "unidirezionale" e lineare che costituirà un punto di riferimento per le politiche pubbliche di intervento sul fenomeno. Secondo tale approccio non esisterebbero diversificazioni, ma piuttosto momenti diversi all'interno di una sola esperienza: le droghe leggere rappresenterebbero il primo picchetto del continuum che ha come limite opposto la tossicomania da eroina. In sostanza, le droghe leggere rappresenterebbero soltanto un primo momento dell'esperienza tossicomantica, e non qualcosa di diverso. Da questa impostazione deriva una percezione di pericolosità sociale dei diversi consumi uniforme, e una costruzione di risposte istituzionali, sia repressive che curative, indifferenti alle peculiarità e alle specificità di fenomeni diversi.

Al contrario la realtà sociale del fenomeno, l'articolazione degli atteggiamenti individuali, la diversificazione nell'offerta dei droga divengono, negli anni a cavallo tra la seconda metà degli anni '60 e la prima metà degli anni '70, estremamente complessi e problematici. La velocità di diffusione dell'uso di droghe sia geograficamente che socialmente è senz'altro un aspetto: ma da una parte sono la complessità delle culture che la diffusione delle sostanze genera o nelle quali si inserisce, e dall'altra la richiesta di una tutela sociale non repressiva e di solidarietà verso l'individuo assuntore a rendere obsoleta la legge 1041 del 1954. Inoltre, mentre in una prima fase la Cassazione interpretò l'articolo 6 (quello relativo alla punibilità) in senso molto liberale (vedasi in particolare la sentenza della

Cassazione 9 dicembre 1957, Ardizzone e Cassazione 26 aprile 1957), a partire dal 1958 la giurisprudenza muta radicalmente indirizzo, ristabilendo la necessità della sanzione anche per il consumatore (sentenza della Corte costituzionale n. 9 del 1972). A tale proposito Gianfranco Viglietta, giudice di Magistratura Democratica afferma: "Fino a che il fenomeno delle tossicodipendenze non suscitò un forte allarme sociale, la giurisprudenza, per tradizione legislativa e per valutazioni sistematiche (quali la natura di esimente dell'uso terapeutico), ebbe forti resistenze a stabilire la punibilità tout court del consumatore...L'inversione di tendenza fu, successivamente, assai netta a livello di Cassazione, ma non di giudici di merito, che riproposero costantemente il problema della legittimità costituzionale della punizione del consumatore, o della sua eguale punizione rispetto al trafficante"³⁰. A fronte di una legge poco articolata, sempre più interpretata dai giudici in maniera restrittiva e punitiva, il fenomeno acquista caratteristiche qualitative e quantitative nuove, tali da far apparire sulla scena politica e sociale attori decisi ad imporre una modifica sostanziale dell'impianto legislativo e un impegno maggiore dello Stato nell'approntare risposte tese al recupero ed al reinserimento dei soggetti coinvolti.

Dal punto di vista qualitativo è significativo il passaggio, che avverrà per molti assuntori, dall'uso di prodotti farmaceutici a base di anfetamine, il "buco di anfetamine", alla morfina e, successivamente, all'eroina. Gli anni 1970-71 sono caratterizzati dal diffondersi delle

³⁰Gianfranco Viglietta, "Stupefacenti e legge penale in Italia: dalla repressione dei traffici alla punizione del tossicodipendente." in Livio Pepino, *Droga tossicodipendenza legge*, Milano, Franco Angeli, 1989, p. 90.

forme di assunzione degli stupefacenti per via endovenosa: prima le economiche anfetamine, recuperabili anche attraverso false ricette direttamente in farmacia³¹ : poi, a partire dal 1971, si assiste ad un progressivo passaggio all'uso della morfina, immessa massicciamente dai trafficanti internazionali nelle città italiane, città che fino ad allora erano state solo punti di passaggio. La scomparsa sul mercato clandestino della morfina, sostituita dalla più remunerativa eroina, fa sì che in Italia, dal 1973-74 in poi, la tossicodipendenza sia sostanzialmente un problema di dipendenza da eroina e il tossicodipendente sia quasi sempre un eroinodipendente.

2.2 La prima legge organica in materia di droga e dipendenze ad essa legate: la legge n. 685 del 22 dicembre 1975

Nel 1974 viene segnalato il primo decesso ufficiale di un giovane per overdose: molto probabilmente si erano verificate già altre morti per la medesima causa, ma non erano state diagnosticate come tali. In ogni caso, l'effetto sull'opinione pubblica fu rilevante, e i morti per droga, prima di divenire l'indicatore principe della diffusione delle tossicodipendenze in Italia, diventò il cavallo di battaglia di quanti invocavano un cambiamento legislativo.

³¹E' significativa al riguardo una testimonianza di Luigi Cancrini: "Un comportamento tipico del tossicomane da anfetamine è la ricerca notturna delle farmacie compiacenti. Mappe di tali farmacie sono in possesso dei ragazzi che riescono ad ottenere la sostanza presentandosi in ore impossibili... ed ancora... Ricettari falsi sono stati sequestrati abbastanza spesso a Roma negli ultimi anni. Sono in vendita, fra i ragazzi, degli stamini con cui chiunque può, in modo semplice, procurarsi ricette a volontà". L. Cancrini, *Esperienze di una ricerca sulle tossicomanie giovanili in Italia*, Milano, Mondadori, 1981.

Emblematica al riguardo fu la battaglia sostenuta dal Gruppo Abele di Torino, iniziata a colpi di proposte legislative, denunce pubbliche, assemblee, e che conobbe momenti particolarmente drammatici come lo sciopero della fame di gruppo effettuato in una tenda nel centro di Torino. Questo tipo di manifestazioni, che si ripeteranno in molte città italiane, stanno a significare l'entrata sulla scena politica di attori nuovi, spesso non legati ai grandi partiti popolari, fortemente motivati nel richiedere un deciso cambiamento di rotta della società italiana nell'affrontare il problema delle tossicodipendenze.

Gruppi cattolici di base, gruppi della nuova sinistra (la cosiddetta sinistra extraparlamentare), associazioni di volontariato sia laiche che cattoliche, famiglie di ragazzi tossicodipendenti e alcuni ragazzi stessi, hanno costituito la parte visibile di un più vasto movimento di opinione che spingerà prima sui partiti e quindi sul Parlamento verso una modificazione dell'impianto legislativo in materia.

Vanno inoltre ricordate le iniziative, spesso eclatanti, di militanti e dirigenti del Partito Radicale, tese soprattutto all'abolizione della punibilità per gli assuntori di stupefacenti ed in particolare delle droghe leggere. Questi nuovi soggetti, dopo l'approvazione della legge 685/75 a parteciperanno, direttamente o indirettamente, al processo implementativo della legge, costituendo "nodi" della rete terapeutica, come nel caso delle comunità, o momenti di sensibilizzazione del pubblico e monitoraggio del processo implementativo, come nel caso dei tanti comitati cittadini e circoscrizionali di lotta alla droga che si formeranno dal 1975 in poi.

Accanto alla mutata sensibilità verso il problema tossicodipendenze da parte di attori sociali non istituzionali, particolarmente significativi per la loro posizione nella turbolenta società italiana a cavallo tra gli anni sessanta e settanta (a titolo di esempio si pensi a quanto conterà per il mondo cattolico l'impegno di alcuni sacerdoti su questo fronte), intervengono, anzi sono già intervenuti, fatti nuovi a livello internazionale che spingono i diversi governi nazionali verso una riconsiderazione delle rispettive legislazioni.

La Convenzione unica di New York e il Protocollo di emendamenti, ambedue del 20 marzo 1961, vengono ratificati dal Parlamento italiano con la legge 5 giugno 1974 n. 512: si tratta di convenzioni tese ad imporre una strategia repressiva contro la produzione e il commercio illegale di droga, indirizzate in particolare modo a colpire quei paesi del terzo mondo (i loro governi o i loro movimenti di liberazione) che hanno affidato parte delle loro economie alla produzione e al commercio di stupefacenti. Le anfetamine, i barbiturici e i tranquillanti non sono oggetto di regolamentazione internazionale in base alla Convenzione unica, come richiedevano i paesi produttori del papavero da oppio, e soltanto all'inizio degli anni settanta si riuscì a superare il veto posto dalle grandi industrie farmaceutiche. La Convenzione di Vienna del 21 febbraio 1971, entrata in vigore il 16 agosto 1976 per i primi Stati ratificanti, conteneva finalmente un elenco nel quale erano incluse anche le sostanze psicotrope. La nuova regolamentazione sovranazionale è indirizzata quindi prioritariamente ad assoggettare ad autorizzazioni e controlli la produzione, il trasporto e la vendita, le prescrizioni mediche, l'importazione e l'esportazione di stupefacenti,

imponendo misure repressive contro chi praticasse traffici illeciti: nel contempo, l'enorme diffusione nelle fasce giovanili del mondo occidentale dell'uso degli stupefacenti consigliava ai governi di abbandonare l'approccio "monostrategico" della repressione.

La Convenzione unica registra queste nuove esigenze, introducendo una distinzione tra il consumatore e il tossicodipendente dal trafficante, e prevedendo misure di trattamento per le prime due figure. Con l'art. 36 della Convenzione unica si prevedeva infatti la pena detentiva limitatamente ai "casi gravi" (...siano considerate infrazioni punibili qualora siano commesse intenzionalmente e affinché le infrazioni gravi siano passibili di una punizione adeguata, particolarmente a mezzo della reclusione o di altre pene che comportino la privazione della libertà), dove per infrazioni gravi è lecito pensare si trattino quelle rivolte al traffico, mentre non deriva nessun obbligo, per gli Stati sottoscrittori dell'accordo, ad assoggettare a punizioni chi detiene o acquista sostanze stupefacenti. Il comma 1b del Protocollo, inserito successivamente mediante il previsto strumento dell'aggiornamento permanente, chiarisce ulteriormente la linea di azione proposta, indicando che qualora le infrazioni vengano commesse da chi fa abuso personale di sostanze stupefacenti, l'autore del fatto, invece di essere perseguito penalmente, potrà essere sottoposto a misure di trattamento, educazione, assistenza dopo la terapia, riadattamento e reintegrazione sociale. Da quanto detto, risulta evidente che il problema di rinnovare la legislazione e, conseguentemente, reimpostare la politica pubblica sul problema della diffusione dell'abuso di sostanze stupefacenti, entra

nell'agenda in base ad una doppia sollecitazione: da una parte un disagio, nato all'interno di settori della società più esposti al rischio di diffusione delle sostanze, viene organizzato in mobilitazione da parte di figure rappresentative del mondo laico e cattolico, che diverranno un'altro caso importante di quella imprenditoria politica³² non direttamente legata ai partiti che caratterizzerà, con le battaglie in favore di minoranze particolarmente disagiate (malati di mente, handicappati, carcerati...), una fase importante della vita politica dell'Italia degli anni settanta, con una spinta forte verso la deistituzionalizzazione del disagio sociale; dall'altra, un ripensamento e una riconsiderazione del fenomeno a livello internazionale, concretizzatosi nelle Convenzioni prima ricordate, impongono una modificazione della legislazione nazionale.

La legge 685 del 22 dicembre 1975, nasce come un provvedimento di urgenza: frutto di una attenta mediazione tra ben quindici diversi progetti di legge presentati in Parlamento ad opera di quasi tutte le parti politiche, fu approvata con il consenso di tutti i gruppi politici ad eccezione del Movimento Sociale Italiano. La nuova legge, secondo Giuseppe Di Gennaro, che è stato per molti anni presidente dell'UNFDAC (l'organismo dell'ONU che si occupa dello sviluppo delle colture alternative), presenta tre fondamentali novità rispetto alla precedente legge 1041 del '54. "La prima riguarda l'estensione

³²Si parla di imprenditoria politica quando “ Al pari di un imprenditore che operi sul terreno economico, individui, gruppi, movimenti e coalizioni mobilitano risorse sul terreno politico, e mettono in atto loro strategie perchè l'autorità pubblica voglia finalmente prendere in considerazione una nuova posta per il gioco che fra loro si stabilisce.” Yves Meny e Jean-Claude Thoenig, *op. cit.* p. 139

della disciplina alle sostanze psicotrope e cioè alle anfetamine, ai barbiturici, ai tranquillanti e agli allucinogeni.

La seconda novità attiene all'instaurazione di una strategia differenziata, che parte dalla depenalizzazione dell'acquisto e della detenzione illeciti per uso personale e giunge a prevedere pene di speciale rigore nei confronti dei grandi trafficanti professionali organizzati.

La terza concerne l'apertura verso attività di prevenzione, di trattamento e di reinserimento sociale dei soggetti farmaco-dipendenti, che è di ampiezza tale da far ritenere che il legislatore confidi più sull'efficacia dei relativi interventi che sull'impatto della repressione, al fine di combattere radicalmente il fenomeno”³³.

Che la legge 685 del '75 sia un tentativo di approcciare organicamente il fenomeno è evidenziato già dal titolo: "Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi casi di tossicomania". La seconda parte dell'intestazione della nuova legge affronta le esigenze che non venivano soddisfatte dalla normativa precedente. La legge 1041 del '54 poneva il tossicodipendente dinanzi a due sole possibilità: il carcere, oppure, in base all'art. 21, il manicomio.

Con la legge 685 la tossicodipendenza cessa di essere tematizzata dal sistema politico solo come un problema di ordine pubblico e diviene anche un problema sociale e sanitario: il tossicodipendente e la sua

³³Giuseppe di Gennaro, *La droga*, Milano, Giuffrè Editore, 1976.

famiglia possono uscire finalmente allo scoperto e accedere a dei servizi di cura e riabilitazione predisposti ad hoc.

Da questo punto di vista, la legge 685 può indubbiamente essere considerata figlia di una stagione politica in cui vengono varate altre importanti leggi di riforma, come il nuovo diritto di famiglia, le leggi in materia di divorzio ed aborto, la deistituzionalizzazione della psichiatria, la riforma penitenziaria, la riforma della scuola, della casa, l'ordinamento regionale, il voto ai diciottenni, il finanziamento pubblico dei partiti, lo statuto dei lavoratori. Scrive Ota De Leonardis: "La fase culminante della politica delle riforme che ha caratterizzato in Italia gli anni settanta ha investito un arco molto ampio di politiche pubbliche e di istituzioni. Questo processo, soprattutto in quanto ha introdotto alcuni istituti portanti dello Stato sociale, ha cambiato nell'insieme i patti tra istituzioni e cittadini. La cittadinanza si generalizza e si fa "sociale". E, almeno nei principi, la copertura istituzionale dei bisogni sociali si riformula in termini di responsabilità pubblica, da una parte, e di diritti dei cittadini dall'altra".³⁴ Con la legge 685 la tossicodipendenza viene presa in carico dalle istituzioni come problema sociale sul quale esercitare una responsabilità pubblica, e il cittadino tossicodipendente non viene più solo raffigurato come un deviante, ma come un portatore di legittimi diritti, tra i quali la cura e la riabilitazione. La collettività va difesa dallo spaccio di sostanze stupefacenti da parte di una criminalità organizzata sempre più aggressiva e penetrante, ma al contempo

³⁴Ota De Leonardis, *Il terzo escluso*, Milano, Feltrinelli, 1990, p. 103

diviene soggetto di programmi di prevenzione e di intervento curativo nei confronti del rischio droga.

Con la nuova legge diviene possibile affrontare il problema droga con la logica di una strategia differenziata, strategia che si adatti alle diverse situazioni (diversa diffusione del fenomeno dal punto di vista geografico, diversa incidenza della criminalità organizzata, diversa qualità e quantità dei servizi) e alle diverse esigenze (differenti gradi di invecchiamento nel processo tossicomane, diverse tipologie di relazione tra i ragazzi e le famiglie di appartenenza, diverso contesto sociale nel quale si sviluppa la dipendenza e l'abuso).

Tralasciando una esposizione analitica della legge 685, composta di 12 titoli comprensivi di 108 articoli, i seguenti possono essere considerati i punti maggiormente innovativi, rispetto alla precedente 1041:

a) le attribuzioni del Ministero della Sanità (art. 1) indicano con chiarezza la leadership di questo dicastero nella implementazione della legge: ad esso infatti è demandato il compito di dirigere, attraverso le direttive, l'indirizzo e il coordinamento le politiche di prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza da sostanze stupefacenti, di vigilare sulla coltivazione, la produzione, la fabbricazione, il commercio, il transito etc. di sostanze stupefacenti; è il Ministero della Sanità che deve curare i rapporti con i diversi organismi internazionali, quindi anche con gli uffici delle Nazioni Unite, eseguendo tempestivamente gli adempimenti previsti nelle convenzioni ratificate dall'Italia;

b) la messa in atto di interventi di prevenzione, di cura e riabilitazione viene delegata alle Regioni (art. 90); vengono previsti Comitati regionali per la prevenzione delle tossicodipendenze (art. 91) e una rete territoriale di Centri medici e di assistenza sociale (Cmas), gestiti in un primo tempo dai Comuni e in seguito dalle U.S.L.;

c) gli stupefacenti non sono più ritenuti tali in base ad una generale indicazione di requisiti, valutati in concreto dal giudice, eventualmente assistito dal perito: una sostanza per essere considerata stupefacente deve essere inserita nell'apposito elenco predisposto dal Ministero della Sanità, costantemente aggiornato: inoltre, vengono create sei tabelle nelle quali vengono inserite le sostanze ritenute stupefacenti (articoli 11 e 12), accorpando nella prima le cosiddette "droghe pesanti" (oppio e derivati, coca e derivati, anfetamine, tetraidrocannabinoli - "olio di hashish" - e allucinogeni) e nella seconda la cannabis indica e suoi derivati, le "droghe leggere";

d) la non punibilità della detenzione per uso personale, anche a fini non terapeutici, di modiche quantità di stupefacenti (art. 80); la detenzione rimane comunque un reato, ma il soggetto trasgressore, considerato malato piuttosto che delinquente, non è soggetto ad alcuna pena (sempre che la quantità di cui è stato trovato in possesso sia ritenuta "modica");

e) l'unica istituzione sanitaria presente nella precedente legge, l'ospedale psichiatrico, viene esclusa dai luoghi di ricovero possibili

(articoli 90, 100, 107): viene riconosciuto invece il diritto di scelta dei luoghi di cura e dei medici curanti, nonché il diritto a mantenere l'anonimato (art. 92), a fruire di interventi terapeutici improntati al rispetto della personalità degli assistiti e non autoritari né repressivi (art. 92);

f) con gli articoli 93 e 94 il circuito terapeutico per la prevenzione cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza si arricchisce di figure nuove: gli assistenti volontari (che possono operare presso i Cmas a titolo gratuito) e gli enti ausiliari, ovvero, come recita l'art. 94: "associazioni, enti ed istituzioni pubbliche o private che abbiano come loro specifica finalità l'assistenza sanitaria, sociale e la riabilitazione di ogni categoria di persone in stato di necessità, senza scopo di lucro"; il rapporto tra gli enti ausiliari e le Regioni è regolato da apposita convenzione, contenente i reciproci diritti e doveri, anche di carattere economico, fermo restando che l'attività di detti enti è sottoposto al controllo e agli indirizzi di programmazione della Regione nella materia;

g) nel titolo VIII, repressione delle attività illecite, è previsto un sistema sanzionatorio di notevole ampiezza, sia per quanto riguarda le diverse condotte illecite (produzione, offerta, importazione, detenzione...), sia alle fattispecie di reato aggiuntive (associazione per delinquere, agevolazione, induzione...): a questi tipi di condotte illecite corrispondono sanzioni che vanno da 8 mesi a 30 anni di reclusione per i casi considerati più gravi. Dalla rapida disamina dei

contenuti della legge emergono con chiarezza le indubbe novità rispetto alla precedente, che fanno della 685 una legge equilibrata e razionale, migliorabile certamente, ma non imputabile di permissivismo o lassismo, come in seguito da alcuni verrà indicata (la Le.N.A.D., Lega Nazionale anti droga, per esempio). Tali critiche sono dovutesoprattutto a causa dell'articolo 80 (detenzione per uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope) ed il concetto di "modica quantità" ad esso legato, ritenuto lo strumento attraverso il quale è passata in Italia la cultura della liceità intesa come piena libertà dell'individuo di drogarsi. Al contrario, altri commentatori riteranno la legge ancora troppo repressiva. Ecco quanto afferma Gianfranco Viglietta, giudice istruttore di Roma: "La scelta del legislatore italiano, nel 1975, non fu certo particolarmente coraggiosa. La asserita necessità di non punire il consumatore si tradusse nell'art. 80, ma si assoggettò a punizione anche quelle figure di tossico-dipendente-piccolo spacciatore tipica di un sistema di circolazione illegale, mentre il comma 1b del Protocollo autorizzava gli Stati aderenti a stabilire l'impunità o la non perseguibilità dei reati di droga commessi dai tossicodipendenti....Per di più l'art. 71 vieta la cessione, anche a titolo gratuito, di sostanze stupefacenti, e l'art. 80 depenalizza il possesso di modica quantità purchè per uso "esclusivamente personale", con ciò comportando l'assoggettamento a sanzioni di tutti i casi di uso di gruppo di sostanze..."³⁵

³⁵Gianfranco Viglietta, *op. cit.*, p. 92

2.3 Dal 1975 al 1990: quindici anni di implementazione della legge 685/75

3.3.1 Premessa

La legge 685, del 22 dicembre 1975, comincia a percorrere il suo processo implementativo nel 1976. Il fenomeno che va a regolamentare, anche se diffuso significativamente, come si è detto in precedenza, non è presente in modo uniforme sul tutto il territorio nazionale. Mentre in alcune metropoli del centro nord la tossicodipendenza è una realtà quotidiana per centinaia di ragazzi e le loro famiglie, in altre aree rappresenta ancora un vissuto poco conosciuto, anche se si svilupperà vistosamente nel quinquennio successivo.

Questa diversità di diffusione del fenomeno, e conseguente diverso impegno dei governi locali nell'approntare precedentemente e immediatamente a ridosso del varo della legge 685 servizi adeguati, risulta evidente nelle testimonianze di operatori che si trovarono all'epoca ad affrontare il problema di adeguare gli interventi regionali e comunali alle direttive della nuova normativa.

Il primo contributo è di Riccardo Zerbetto, psichiatra consulente del Comune di Roma: " Nel 1971 veniva istituito un servizio di consulenza appoggiata al Centro di Educazione Sanitaria del Servizio di Medicina Scolastica del Comune. Detto servizio fu istituito con il compito di svolgere attività di educazione sanitaria nelle scuole, di consulenza tecnica ad operatori sociali e sanitari che venivano per la prima volta a contatto con l'emergenza del fenomeno droga.

Successivamente il Comune di Roma promosse la costituzione di un Centro per le Malattie Sociali (CMS),...e fu deciso di ricorrere nei casi più gravi all'impiego del metadone...L'entrata in vigore della legge 685/75 trova quindi nella realtà romana situazione forse unica in Italia con un servizio già avviato e dotato di un proprio organico interdisciplinare in grado di svolgere di fatto le funzioni previste dall'art. 90 per i Centri medici e di assistenza sociale".³⁶

La seconda testimonianza è contenuta all'interno di un contributo per il "Quinto seminario regionale per operatori sociosanitari impegnati nell'attività di prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza", redatto dai dottori Giuliano Paulin e Alberto Tinarelli, e della signora Luisa Zanaboni, membri dell'Assessorato ai Servizi Sociali della Regione Emilia Romagna: "Il problema delle tossicodipendenze nasce paradossalmente nella nostra regione con l'approvazione della legge 685/75 e il dibattito che nazionalmente l'accompagna. Di fronte ad una utenza praticamente inesistente, operatori e amministratori sono quasi portati a chiedersi inizialmente se si tratti di un problema svelato o di un problema costruito. Affrontando l'obbligo di predisporre gli interventi richiesti dalla legge, due contraddizioni appaiono con evidenza: la riduzione di questioni culturalmente complesse a provvedimenti di carattere

³⁶Riccardo Zerbetto, "Sintesi degli interventi adottati dal Comune di Roma", in AA.VV., *Una città di fronte alla droga, tra realtà e progetto*, Roma , Savelli Editore, s.d., p. 13-14.

tecnico e sanitario e la difficoltà a identificare un corpo di conoscenze e pratiche specifiche o modalità di analisi peculiari".³⁷

Le due realtà scelte per testimoniare la diversa consapevolezza del fenomeno e, conseguentemente, la diversa preparazione (strumentale e culturale) ad implementare la 685, non sono in verità in posizione antipodica l'una rispetto all'altra: non è il caso di regioni come la Lombardia e l'Abruzzo, che rimarranno distanti l'una dall'altra in termini di diffusione del fenomeno, di istituzione dei centri previsti (Cmas), e di legislazione regionale (l'Abruzzo si darà una legge Regionale solo con la n.22 del 28.4.88). Roma e Bologna, con le rispettive provincie, compaiono al secondo e terzo posto nella classifica delle distribuzioni provinciali degli assuntori secondo l'elaborazione dei dati DAD (Direzione Centrale Antidroga del Ministero degli Interni) del 1979, ospitando, con Milano e provincia, un terzo degli assuntori segnalati italiani (35.8%). Partiranno nel '76 con realtà diverse, come detto prima, ma si troveranno dopo tre anni ad avere lo stesso numero di assuntori segnalati, almeno secondo i dati DAD (Roma 263 segnalazioni, Bologna 239 su un totale di 4958 segnalazioni). In particolare, nel triennio 1977/79 l'Emilia Romagna risulta tra le più colpite dalla diffusione del consumo di sostanze stupefacenti; secondo il "Rapporto droga, Italia 1977/78/79" redatto a cura del CNR e dell'ISS, questa regione compare al secondo posto per

³⁷Paulin, Tinarelli e Zanaboni, "Esperienze operative e organizzative degli interventi nelle Unità Sanitarie Locali", in AA.VV., *Tossicodipendenze: esperienze operative e organizzazione degli interventi nelle U.S.L. - quinto seminario regionale per operatori sociosanitari impegnati nell'attività di prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza*, Bologna, Gamma, 1986, p.17.

numero percentuale di decessi legati alla droga: la tossicodipendenza, vista dalla prospettiva offerta da questi dati, appare ben altro di quel "problema svelato o problema costruito" di Paulin, Tinarelli e Zanaboni.

La prima difficoltà quindi è avviare l'implementazione della 685 in Regioni che hanno realtà, e a volte percezioni della realtà, diverse. Questo porterà nel tempo ad una applicazione a non omogenea della legge, sia in termini di distribuzione geografica dei servizi che di aree tematiche del dettato legislativo.

La diversità, sia quantitativa che qualitativa, di diffusione geografica del processo implementativo della 685, non è imputabile esclusivamente alla diversa presenza del fenomeno e dei cittadini coinvolti nelle diverse regioni. Altre due considerazioni vanno fatte per una corretta interpretazione.

La prima attiene al diverso attivismo di attori politici ed amministrativi nel realizzare quanto prescritto dalla legge, e più in generale quanto di loro competenza in materia, in rapporto con un ambiente incerto nei migliori dei casi, spesso turbolento, che favorisce o ne ritarda l'azione; la seconda considerazione è che di fatto, con l'introduzione degli Enti ausiliari si ricorre al mercato, un mercato particolare ("senza scopo di lucro" recita l'art.94) ma pur sempre un mercato, che si sviluppa sul territorio in base alla presenza o meno di attori (individuali e collettivi) disponibili ad operare e a collaborare con le strutture pubbliche. Inoltre, in questo mercato, agiscono attori

diversi tra loro per motivazioni, formazione, cultura e soprattutto per il tipo di rapporti che instaurano con il servizio pubblico³⁸.

Infatti mentre per alcuni si potrà continuare a parlare di Enti ausiliari, in quanto manterranno rapporti nei quali la leadership è del servizio pubblico, per altri si assisterà ad un fenomeno di progressiva autonomizzazione dal pubblico, che sfocerà in critica aperta dei Cmas e dei servizi da essi offerti, divenendone addirittura una alternativa. Si fa riferimento ad alcune grandi comunità residenziali, sia laiche che cattoliche, che sin dalla prima metà degli anni '80 si porranno come alternativa non farmacologica alla cosiddetta "droga di stato", il metadone, che viene ritenuto da costoro l'unico strumento e l'unica strategia impiegata dai Cmas.

³⁸Per una trattazione esauriente v. Labos, *Cultura degli operatori e qualità dei bisogni degli utenti*, Roma, 1986 e *Strategie operative nei servizi per le tossicodipendenze*, Roma, 1993.

3. LA STAGIONE DEI DECRETI MINISTERIALI: LA “MEDICALIZZAZIONE” DELLA RISPOSTA ISTITUZIONALE.

Le difficoltà fin qui ricordate nell'avviare la rete informativa prevista dalla legge e la possibilità che attori diversi da quelli indicati entrino nella fase della messa in opera, accompagneranno l'intero processo implementativo della 685/75: inoltre l'assenza di criteri rigidi per l'intervento, che all'epoca del varo della legge venne considerata da molti una opportunità di adattamento e flessibilità dell'intervento alle diverse realtà sociali del paese³⁹, favorirà la diversificazione degli interventi e delle terapie adottate non tanto in base alle diverse necessità dell'utenza di riferimento, quanto piuttosto a secondo delle convinzioni e formazione del responsabile di ciascun servizio e della sua équipe.

E' stato evidenziato come con la legge 685 l'imperativo amministrativo diviene curare.

Curare una malattia sociale, ma pur sempre una malattia. E a capo della rete implementativa della nuova legge viene collocato il Ministero della Sanità, con il compito di indirizzare e coordinare le attività che le Regioni devono esercitare attraverso i Centri di medicina e assistenza sociale (Cmas).

Come detto prima, viene lasciata a ciascun servizio la scelta delle più idonee terapie di intervento; questa opportunità, se da una parte avrebbe potuto permettere ai servizi di adattarsi meglio alle diverse realtà regionali, dall'altra ha lasciato l'intervento, progettato come

³⁹Gruppo Abele, *Droga, in quale direzione?* Cuneo, editrice AGA “il portichetto”, 1976

complessivo (prevenzione, cura e riabilitazione), in mano alla professione più legittimata all'interno della sanità: i medici.⁴⁰

L'aspetto medico, la cura, e spesso la cura farmacologicamente intesa, diviene l'attività prevalente dei servizi pubblici: salvare il tossicodipendente, o meglio salvare la società dal tossicodipendente assicurandogli il farmaco sostitutivo (metadone) che gli possa consentire di non rubare, di non morire per overdose e di lavorare, diverrà fatalmente l'attività prevalente (e a volte l'unica) delle strutture pubbliche.

La normativa esplicativa della legge 685/75, nonostante le incertezze politiche e valoriali sull'uso dei morfinosimili, dettate dall'appartenenza partitica dei ministri che si andranno succedendo al Dicastero della Sanità (democristiano, liberale, socialista, di nuovo liberale...), indica con chiarezza la strada intrapresa: in particolare il Decreto Ministeriale "Anselmi" del 4.8.78 e i Decreti Ministeriali "Aniasi" dell'agosto e dell'ottobre 1980 fanno della terapia metadonica e morfina (quest'ultima in via sperimentale) lo strumento principe a disposizione dei servizi pubblici.

Con il Decreto del 4.8.78 il Ministro Anselmi affida la responsabilità della terapia sostitutiva con il metadone agli ospedali, mentre tutti gli altri interventi a carattere medico, psicologico e riabilitativo rimangono di competenze delle poche strutture territoriali esistenti. La

⁴⁰Vedi cap. 2

tossicodipendenza diviene in questo modo sempre più un problema sanitario, da affrontare in nosocomio da parte di medici.

Inoltre il provvedimento del ministro Anselmi, (che viene dopo un decreto di soli due mesi prima che ritirava dal commercio il metadone per "uso improprio" in quanto registrato come analgesico - D.M. 6.6.78) contribuisce non poco a fare ulteriore confusione e a creare notevoli disagi sia tra gli operatori che tra gli utenti.

"Nel luglio del 1978 il Ministero della Sanità emanò un decreto che fissava una nuova strategia nei riguardi del tossicodipendente. Gli ospedali assumevano la responsabilità delle terapie sostitutive con il metadone, mentre tutti gli altri interventi, medici, psico-sociali e riabilitativi, restavano di competenza delle poche strutture territoriali esistenti. ... L'immediatezza del provvedimento provocò una duplice conseguenza. Gli ospedali si trovarono all'improvviso impreparati a svolgere funzioni e compiti nuovi ed in parte poco chiari, i servizi territoriali persero la loro utenza e solo in rare eccezioni riuscirono ad integrarsi con l'attività ospedaliera".⁴¹

Inoltre non tutti gli ospedali si resero disponibili ad erogare il nuovo servizio assegnato loro dal decreto ministeriale: a Roma, ad esempio, il S. Camillo e il S.Spirito furono le uniche strutture ospedaliere che si attivarono in tal senso.⁴²

L'impostazione che stavano prendendo le politiche sulle tossicodipendenze su impulso del Ministero della Sanità, attraverso gli strumenti attuativi della legge 685 prima ricordati, trova un momento

⁴¹G. Bartolomucci, *Droga: dall'arcipelago dei servizi ad una rete terapeutica*, Atti dell'incontro dibattito del 28.11.85, stampato a cura dell'Assessorato alla Cultura della Regione Lazio, p. 4.

⁴²AA.VV., *Una città di fronte alla droga*, op.cit..

di ripensamento e di bilancio critico nel documento sul problema delle tossicodipendenze approvato dagli Assessori regionali alla Sanità riuniti a Venezia il 21 e 22 marzo 1980.

In tale documento viene ribadita la priorità degli interventi di prevenzione, verso i quali indirizzare gli sforzi congiunti delle forze sociali, professionali ed istituzionali, e la necessità di potenziare gli interventi volti al reinserimento nella comunità. Ma la preoccupazione maggiore viene espressa verso l'impiego dei farmaci nel trattamento dei soggetti tossicodipendenti e la mancanza di una disciplina specifica che consenta una corretta attuazione delle norme a carattere generale contenute nella legge 685/75: "L'insufficienza delle misure preventive, consentendo anche la progressiva evoluzione delle tossicodipendenze verso stati di condizionamento difficilmente superabili in tempi brevi di trattamento, contribuisce a dare particolare urgenza ed importanza al problema dell'uso di farmaci sostitutivi....L'attivazione degli interventi previsti dalla legge 685/75 a livello di provvedimenti di legislazione e programmazione delle Regioni e a livello di attuazione operativa, ha messo in evidenza con forza crescente la carenza di una disciplina di riferimento per quanto attiene l'impiego di farmaci nelle terapie specifiche a soggetti tossicodipendenti da analgesici-narcotici. Carenza che è tanto più grave per i farmaci di azione stupefacente così detti sostitutivi".⁴³

Il documento esprime lo stato di forte disagio nel quale si trovano le Regioni, alle quali la legge affidava un ruolo centrale nell'implementazione della legge: in particolare viene denunciata la

⁴³Documento sul problema delle tossicodipendenze approvato dagli Assessori regionali alla Sanità in Venezia, 21 e 22 marzo 1980.

diversità di trattamento degli stati di tossicodipendenza da realtà a realtà, diversità non dovuta ad una valutazione di diverso bisogno di quella area geografica rispetto ad un'altra, quanto piuttosto motivata dalle diverse scelte ed opinioni degli operatori: "...La situazione che si è venuta conseguentemente a creare a livello delle diverse realtà locali, è caratterizzata da una disomogeneità estremamente marcata: nelle impostazione dei trattamenti, nei farmaci impiegati, nella modalità e nei criteri d'uso di questi, determinando un grave disagio che coinvolge in primo luogo gli operatori sanitari e sociali ed anche gli stessi utenti; per questi ultimi in particolare si evidenzia un'alta mobilità sanitaria sul territorio nazionale in conseguenza degli indirizzi terapeutici attuati. Vale la pena sottolineare che tale disagio è particolarmente avvertito dai medici, che trovandosi ad operare con strumenti impropri e senza chiarezza sul piano delle garanzie giuridiche, sono portati ad essere limitatamente disponibili". Viene inoltre sottolineato come la mancanza di una normativa globale sui farmaci sostitutivi abbia causato in taluni casi abusi nelle prescrizioni, con la conseguente comparsa di un mercato nero del metadone e della morfina. (Più correttamente nel testo si sarebbe dovuto parlare di mercato grigio, in quanto si trattava di sostanze di provenienza legale, anche se ottenute illecitamente).

Va ricordato a questo proposito che anche i medici di base dal 1979 erano autorizzati a trattare ambulatorialmente i tossicodipendenti con oppiacei, cosa che aumentò la confusione e la approssimazione, sconfinando in casi di illegalità che coinvolsero medici e farmacisti accusati di false ricette.

Gli Assessori regionali avanzano inoltre nel documento la richiesta di un quadro di riferimento nazionale a cui conformarsi, all'interno del quale dovrebbero essere definiti modi e tempi dei programmi regionali di intervento, ivi compresi momenti di verifica e notificazione dei dati raccolti; vengono indicati come necessari criteri più precisi che regolino l'accesso ai programmi terapeutici con il farmaco sostitutivo e la determinazione dei dosaggi massimi di impiego dei farmaci ("... al di sotto dei quali viene esercitata l'autonoma scelta del singolo medico..."); vengono chieste misure che concorrano ad eliminare il rischio dell'immisione di tali sostanze nel mercato illegale e una maggiore definizione, in senso limitativo, delle modalità con cui il medico curante di cui all'art. 97, quarto comma, e dell'art. 95 della Legge 685/75, può ricorrere all'impiego di farmaci specifici per il trattamento dei tossicodipendenti.

Particolarmente interessante la posizione espressa dagli Assessori regionali alla sanità in merito al cosiddetto "mantenimento", un problema che percorrerà il dibattito sull'uso del metadone dalla sua comparsa sino alle attuali discussioni su quelle che vengono definite "politiche di riduzione del danno", e di cui si parlerà diffusamente più avanti: viene infatti rifiutato il "mantenimento" visto come una teoria volta "... ad una scelta di definitiva rinuncia terapeutico-riabilitativa, ma riconoscimento che esistono casi e situazioni per le quali deve necessariamente adottarsi un trattamento medico farmacologico di stabilizzazione anche se sempre accompagnato da insistenti tentativi di recupero psicosociale".

Non viene quindi rifiutata del tutto, come accadrà più avanti, la terapia di mantenimento "a metadone" del tossicodipendente: viene piuttosto stigmatizzata una pratica terapeutica che alleggerisca il servizio pubblico da quegli "insistenti tentativi" verso soggetti interessati soprattutto ad ottenere il farmaco sostitutivo.

Infine, gli Assessori regionali ritengono indispensabili cinque punti per completare il circuito degli interventi nel campo della prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza.

Viene richiesta l'intensificazione degli interventi di prevenzione nella scuola, una maggiore formazione degli operatori dei servizi pubblici, l'istituzione di cooperative integrate di lavoro; vengono indicate nelle "Comunità alloggio", a breve e lungo termine, strutture in grado di potenziare la capacità di intervento dei servizi; vengono infine richiesti finanziamenti, a livello regionale e nazionale, adeguati alla realizzazione di quanto detto.

Il documento di Venezia della primavera dell'80 pone sul tappeto quindi una serie di questioni centrali che la legge 685/75 nel suo implementarsi sta incontrando. In primo luogo la disomogeneità degli interventi, che con l'introduzione del farmaco sostitutivo nelle opportunità terapeutiche offerte dal servizio pubblico, significherà, laddove questa opportunità non viene garantita, anche diversità di diritti per i cittadini tossicodipendenti. (Questo problema non sarà risolto negli anni successivi in cui è rimasta in vigore la 685/75, e rappresenta

ancora oggi un problema che vede schierati in modo difforme gli operatori del settore, a secondo che siano d'accordo o meno con l'approccio emerso dalla Prima Conferenza Nazionale sulla Droga, Palermo 24-26 giugno 1993, indicato come "Politiche della riduzione del danno", di cui si dirà più avanti).

In secondo luogo pone il problema del ruolo più complessivo che i servizi territoriali devono svolgere, non solo in relazione alle richieste, che provengono da una parte dell'utenza, indirizzate verso soluzioni immediate, anche temporanee, motivate dall'urgenza di trovare un momento di interruzione dal profondo disagio psicofisico dovuto al consumo e all'abuso di sostanze stupefacenti e agli stili di vita che tale consumo impone.

Si chiede che i servizi pubblici estendano la loro attività alla prevenzione (anche se tale attività viene proposta solo per gli studenti) e al reinserimento lavorativo, da effettuarsi tramite la promozione di cooperative integrate. Si pone quindi il problema di un "prima" e un "dopo" rispetto all'esperienza tossicomantica, recuperando quel sociale che compare sullo sfondo ma non incide quasi mai sulle scelte che concretamente vengono fatte, come ad esempio il Decreto Ministeriale "Anselmi" del 4.8.1978 prima ricordato e i due Decreti Ministeriali "Aniasi" del 7.8.1980 e del 10.10.1980.

E' utile riportare quanto scrivevano, pochi mesi prima dell'introduzione dei Decreti Ministeriali Aniasi, gli operatori del Centro di cultura popolare del Tufello, una struttura politica di base romana che tra le prime si è occupata della tossicodipendenza, osservando il fenomeno da un osservatorio privilegiato. Infatti il

Tufello, un quartiere della periferia est della metropoli è stato, ed è ancora, massicciamente investito dal problema delle tossicodipendenze.

L'articolo si intitola significativamente "Malato? No grazie" ed è all'interno di un dibattito suscitato da un articolo di Giancarlo Arnao sul numero 27-28 del febbraio 1979 della rivista "Ombre Rosse", intitolato "Quale legalizzazione": "...Infatti, secondo noi, quello che nuoce al tossicodipendente, non è tanto il sentirsi o non sentirsi malato, ma come vive il rapporto attraverso il medico. Questo perchè è attraverso il medico che che si determina e si interiorizza la malattia che nei fatti non è tale. Non è la "forma clinica" che deve contenere i termini delle contraddizioni che esplodono dalla tossicomania. Questa forma è impropria, non è la sua, è fuori posto. Non è, e non può essere il suo contenitore. E' già esplosa altrove. Le contraddizioni di questo fenomeno trovano la loro forma manifesta nel sociale, e nel politico. E' qui che si dispiega: ed è qui che occorre dare risposte".⁴⁴

La legge 685/75 nasce, come già detto, su impulso decisivo di attori che operano naturalmente nel sociale, che hanno visto fallire approcci unidirezionali al problema, ed in particolare l'approccio repressivo indirizzato verso qualsiasi tipo di rapporto con la droga, compreso il consumo.

La nuova legge nasce con questa volontà di fondo da parte del legislatore: offrire uno strumento che consenta l'intervento dello Stato e delle Regioni verso le tre direzioni della prevenzione, della cura e

⁴⁴Centro di Cultura popolare del Tufello, "Malato? No grazie, *Ombre rosse*, n. 31, febbraio 1980, pp. 105 -111.

della riabilitazione, consentendo che accanto al servizio pubblico operino altri soggetti, e lasciando agli operatori di campo la scelta degli interventi e delle terapie più consone ai diversi individui e alle diverse realtà sociali.

Questa grande apertura al sociale della 685/75, avrebbe dovuto significare, ad esempio, che i servizi pubblici territoriali, C.M.A.S., divenissero il punto di riferimento e di coordinamento di ogni attività di prevenzione, cura e riabilitazione attivata nel territorio di afferenza, valorizzando le iniziative del volontariato e del privato sociale, offrendo loro un contributo in termini, ad esempio di formazione, progettazione e legittimazione istituzionale, ricevendone in cambio quell'ancoraggio sociale che manca a qualsiasi agenzia appena creata, come erano all'epoca i C.M.A.S.; un ancoraggio che consentisse loro di impostare e praticare un intervento non esclusivamente "indoor", come è nella logica dei servizi sanitari, ma utilizzando la flessibilità di intervento del volontariato e del privato-sociale, andare verso l'utenza, sia con interventi di prevenzione che con proposte di cura e riabilitazione.

Al riguardo è utile riportare, ancora una volta e a titolo di esempio, le posizioni espresse dal Centro di cultura popolare del Tufello: "Secondo noi, e questo potrebbe essere un terreno di battaglia politica, si dovrebbe arrivare alla formazione di una "équipe territoriale mista" tra un "tecnico" (farmacologo, psicologo), eroinomani, ex eroinomani e operatori culturali di base o, comunque, persone che in questi anni si sono occupate del "fenomeno" e quindi sono conosciute (è importantissimo) dai giovani tossicodipendenti. Questo

presuppone un rapporto di stima e di affetto che renda il contatto più facile. L'équipe così impostata elimina la "diffidenza" che esiste, giustamente, tra il tossicodipendente e "chi deve occuparsi del problema".⁴⁵

3.1 I Decreti Aniasi.

A pochi mesi dalla riunione di Venezia degli Assessori regionali alla Sanità, e a quattro anni dal varo della legge 685/75, il 7 agosto 1980 entra in vigore il primo dei due "Decreti Aniasi", destinati a rispondere a quella necessità di maggiore chiarezza e univocità sull'impiego dei farmaci ad azione analgesico-narcotica nel trattamento degli stati di tossicodipendenza tanto invocato nel documento di Venezia, e a superare le difficoltà create dalle limitazioni contenute nei precedenti "Decreti Anselmi" (6.6.78 e 7.8.78).

Con esso viene stabilito che le Unità Sanitarie Locali, istituite dalla Legge 833/77, Servizio Sanitario Nazionale, devono, entro sessanta giorni, individuare i presidi socio-sanitari nel cui ambito operino servizi che possano provvedere alla somministrazione dei farmaci di sostituzione, all'accertamento del reale stato di tossicodipendenza; stabilisce inoltre che la somministrazione del metadone e di analoghi prodotti autorizzati possa aver luogo, oltre che presso il servizio e da parte del medico curante, anche nelle farmacie. Non

⁴⁵Centro di Cultura popolare, *op. cit.*

chiariva però nè quale dovesse essere la durata della terapia di disassuefazione, nè poneva dei limiti verso quegli utenti che, continuando ad assumere eroina, richiedessero una terapia metadonica senza rispettarne i piani concordati con l'équipe.

Il secondo "Decreto Aniasi", 10 ottobre 1980, interviene ad integrazione e chiarimento del precedente: consente, in via sperimentale, l'uso della morfina (tale sperimentazione è terminata nel 1985), e stabilisce che i trattamenti metadonici possano aver lunghezza variabile, lasciandone la valutazione all'équipe di ciascun centro.

I due "Decreti Aniasi", hanno costituito un autentico turn point nella politica pubblica sulle tossicodipendenze: in un momento in cui il fenomeno era in massima espansione⁴⁶: attraverso di essi si dovevano tentare un controllo del problema, arginando anche la ricaduta in termini di microcriminalità sulla società, rilanciando e pubblicizzando i servizi pubblici e dotandoli dello strumento più appetibile per l'utenza, il farmaco di sostituzione; dovevano rispondere alla necessità di far uscire allo scoperto gli assuntori e le loro famiglie, attraverso un patto terapeutico che prevedesse il metadone come modalità di approccio e tranquillizzazione degli stili di vita dei

⁴⁶Dal 1987 al 1980 quintuplica il numero di decessi per overdose (da 40 a 206), aumenta di oltre il 250% il numero dei consumatori segnalati (da 2538 a 6439), del 50% i quantitativi delle sostanze sequestrate (da Kg. 3216 a Kg. 5461), di oltre il 280% il numero delle persone denunciate per traffico e spaccio (da 2714 a 7738). Dati del Servizio Centrale Antidroga del Ministero dell'Interno.

tossicodipendenti⁴⁷, inserendoli contemporaneamente in un percorso terapeutico che prevedesse altri strumenti ed altri approcci.

Nel rapporto conclusivo della ricerca affidata al Censis sulla "Diffusione delle tossicodipendenze, quantità e qualità degli interventi pubblici e privati in Italia" promossa e pubblicata dalla Direzione Generale dei Servizi Civili del Ministero dell'Interno nel 1984, così viene descritto l'impatto dei due "Decreti Aniasi" sugli operatori dei servizi: "...Indubbiamente il peso dei "Decreti Aniasi", che per alcune Regioni e un ampio strato di operatori hanno rappresentato un evento drammatico, ha posto il problema della articolazione degli interventi, della definizione del servizio e quindi di una riqualificazione ed estensione delle prestazioni in risposta ai bisogni del tossicodipendente non riconducibili a quello, solo sintomatico, di tipo farmacologico". Un "evento drammatico" quindi anche per molte Regioni, che dal 1975 al 1980 si sono preoccupate più di soddisfare esigenze burocratiche e amministrative nell'attuare la legislazione nazionale (come determinare i criteri di costituzione dei Comitati), piuttosto che rendere operativi servizi e strumenti di intervento.

Anche la produzione di Leggi Regionali è stata esigua: la ricerca appena citata del Censis del 1984 evidenzia come tre fattori favoriranno la produzione normativa regionale a partire dal biennio

⁴⁷(il metadone)...”Intanto offre l’occasione di avviare un rapporto intorno al quale è possibile coinvolgere gli altri membri del nucleo familiare, magari per collaborare alla fase del trattamento farmacologico disintossicante. L’équipe avvia un processo di “cura” che segue modalità consuete con l’uso di farmaci, “tranquillizza” la famiglia quel tanto che basta per garantire l’alleanza terapeutica. Lo stesso tossicodipendente viene temporaneamente sottratto al mercato clandestino e dalle pressanti urgenze di reperire eroina (evitando ovviamente rischi sanitari e penali) e ciò consente di poter utilizzare maggiormente le sue energie e le sue risorse”. Danesi e Mazza, *Tossicodipendenza e servizio pubblico*, La Spezia, USL XIX Spezzino, 1986. p. 48

1979/80. In primo luogo la Legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (L.833/77), che regionalizza la sanità attraverso la creazione delle Unità Sanitarie Locali; il secondo fattore è rappresentato dall'espandersi del fenomeno, che da problema prevalentemente urbano e settentrionale⁴⁸ è divenuto di interesse nazionale, sia come consumo che spaccio; in ultimo i due "Decreti Aniasi" che imporranno la creazione di servizi ad hoc per i tossicodipendenti, dotandoli di farmaco di sostituzione.

Alcune Regioni, già negli anni '70, avevano avviato una produzione normativa tesa a correggere l'impostazione medicalistica data al problema, affrontandone l'aspetto socio-riabilitativo⁴⁹.

Nella gran parte dei casi, il legislatore regionale non sembra particolarmente preoccupato del diffondersi delle tossicodipendenze, lasciando che la materia venga di volta in volta trattata con atti legislativi minori (decreti, delibere, circolari); inoltre, anche quando interviene una legge specifica (nel 1983 solo undici Regioni ne avevano una) soltanto per tre Regioni, Lazio, Piemonte ed Emilia Romagna, sono integrate con progetti-obiettivo per le tossicodipendenze o sono integrate con il piano regionale di interventi socio-sanitari.

⁴⁸”Nel 1979, le prime dieci Regioni per frequenza di segnalazioni sono tutte quelle del Nord Italia (esclusa la Valle d’Aosta) con l’aggiunta delle Marche al 5[^], della Toscana al 1[^]8[^] e del Lazio al 10[^] posto”. CNR e ISS, *Rapporto droga, Italia 1977/78/79, rapporto al Ministro della Sanità*, Pisa, Giardini editori, 1980.

⁴⁹Regione Veneto, L.R. 23.12.77, n. 75; Regione Lazio, piano di intervento-delibera 2.6.78, n. 376; Regione Liguria, piano di intervento-delibera 27.9.78, n. 139; Regione Umbria, piano di intervento-delibera 14.11.80, n. 5580.

4. LA NUOVA REGOLAZIONE LEGISLATIVA: LA LEGGE N. 162 DEL 26 GIUGNO 1990.

Il testo presentato dal Governo impiega quasi un anno ad essere discusso e approvato dal Senato, e ne esce profondamente modificato. Anche l'approvazione da parte della Camera vedrà una aspra contrapposizione tra le parti, impegnate a discutere su tre pregiudiziali di carattere costituzionale. Gli oppositori rimproverano al progetto di legge di non distinguere il consumatore dallo spacciatore, di prevedere la stessa pena sia per il consumatore in possesso di una quantità superiore a quella giornaliera che per il trafficante, e di far irrogare le sanzioni da un organo amministrativo (il Prefetto), senza alcuna garanzia giurisdizionale. L'onorevole D'Alema, nella dichiarazione prima del voto alla Camera dell'11 maggio 1990 dichiara, commentando la proposta di legge, che essa risulta essere: “ confusa, inefficace, culturalmente regressiva, ispirata a un moralismo incolto e provinciale, un insulto alla nostra civiltà giuridica”.

Dall'altro versante, un autorevole membro della policy community, Vincenzo Muccioli, creatore e animatore della più vasta comunità laica italiana (e d'Europa) afferma al contrario che la nuova legge contribuirà in maniera determinante a: “sradicare la cultura assurda della droga e a ricondurre l'uomo nella carreggiata dei suoi doveri umani e sociali. E' una legge che solo chi è in malafede può attribuire una connotazione punitiva. E' una legge che offre una possibilità d'intervento alle famiglie, finora avvilita da quell'articolo 80 che

impedisce loro di interpersi tra il figlio e l'eroina, poichè considerava il ricorso alla droga come un diritto acquisito".⁵⁰

Tentare di riportare anche in minima parte il dibattito che si sviluppa intorno alla proposta di legge, al quale hanno partecipato un gran numero di commentatori politici, di parlamentari, magistrati, esperti ed operatori, oltre che i rappresentanti di agenzie, di strutture riabilitative private, associazioni ecc., non è possibile in questa sede: basti dire che tale confronto ha portato alla costruzione di nuove realtà, come ad esempio il cartello "Educare, non punire", che ha raccolto intorno ad una medesima visione dell'impegno contro la tossicodipendenze attori direttamente coinvolti, come le comunità che si riconoscono nel Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA), e attori preoccupati della visione del disagio e della emarginazione che vedono sottesa da tale nuovo ordinamento, come alcune organizzazioni sindacali. Resta il fatto che il disegno di legge governativo rappresenta un momento di cesura all'interno della policy community: "Il punto di fondo" scrive Marcello Fedele "è che la legge divide effettivamente in due il paese, disgregando vecchi legami di solidarietà e aggregandone di nuovi. Il mondo cattolico è spaccato al suo interno, così come lo è la Democrazia Cristiana. Il volontariato, che prima era unito nel sostegno alle tossicodipendenze, ora si divide sulla questione della punibilità, correndo il serio rischio di farsi colonizzare dalle forze politiche. Lo stesso accade tra gli operatori e, infine, lo stesso accade in Parlamento, dove salta sia qualunque

⁵⁰AA.VV. *Droga, un nemico che si può vincere*, op. cit., p. 56.

modalità consociativa di presa delle decisioni, sia l'accordo interno alla maggioranza"⁵¹

Il disegno di legge viene approvato dalla camera l'11 maggio 1990 e varato definitivamente dal Senato il 13 giugno 1990.

La legge viene pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 26 giugno 1990, ed entra in vigore l'11 luglio dello stesso anno.

La nuova legge ricalca l'impianto tecnico della precedente, introducendo modifiche marginali per l'aspetto amministrativo, sostanziali per quello penale e sostituendo le parti dedicati alla prevenzione, alla cura ed al finanziamento delle attività.

Di seguito vengono riportati i punti fondamentali della nuova disciplina, caratterizzata dalla conferma della linea proibizionista della precedente legge, alla quale aggiunge la illecità e la sanzionabilità di qualsiasi tipo di detenzione di stupefacenti:

a) vengono ridefiniti gli organi di indirizzo dell'azione antidroga sia a livello nazionale che locale, con il diretto coinvolgimento della Presidenza del Consiglio dei ministri che assume la responsabilità politica dell'implementazione delle politiche nazionali in questo settore, presso la quale viene istituito il Comitato nazionale di coordinamento per l'azione antidroga (art.1, comma 1). Il Comitato è composto da tutti i ministri interessati al settore, eventualmente

⁵¹Ibidem, p.94.

integrato da esperti e in collegamento con l'Osservatorio permanente⁵².

La Presidenza del consiglio ha l'obbligo di presentare ogni anno, entro il 31 gennaio, una relazione al Parlamento sull'andamento del fenomeno, e ogni tre anni dall'entrata in vigore della legge, deve convocare una conferenza nazionale con il compito di valutare i risultati del triennio e trasmetterli al Parlamento per le eventuali correzioni legislative (art.1, comma 2); inoltre vengono ampliati i poteri del Ministero dell'Interno nel settore del coordinamento delle azioni preventive e repressive;

b) con l'articolo 2 vengono previste collaborazioni ed interventi dell'Italia in campo internazionale per contrastare la produzione delle droghe e aiutare i paesi produttori ad una riconversione delle colture illecite;

c) per quanto riguarda la domanda di stupefacenti la normativa sostituisce il precedente ordinamento. Con l'abolizione dell'articolo 80 della legge 685/75 viene sanzionata la detenzione di qualsiasi quantitativo di stupefacenti. L'articolo 13 stabilisce che "E' vietato l'uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope di cui alle tabelle I, II, III e IV...". La gamma delle sanzioni è piuttosto ampia e diversificata, e va dalle sanzioni amministrative, articolo 15, ai provvedimenti dell'autorità giudiziaria, ovvero le sanzioni penali, articolo 16. Inoltre con l'articolo 72-ter. viene sanzionato chi abbandona le siringhe in luogo pubblico;

⁵²Istituito dal comma 4 dell'articolo 1 bis del decreto legge 22 aprile 1985, n. 144, convertito con modifica dalla legge 21 giugno 1985, n. 297.

d) pesanti inasprimenti di pena sono previsti per lo spaccio, e vengono introdotte nuove metodologie e strumenti a disposizione della Polizia Giudiziaria, in particolare l'acquisto simulato di droga, prima impossibile, e il ritardo o omissione degli atti di cattura allo scopo di favorire le indagini internazionali.

e) con i commi 6, 7, 8, 9 e 10 dell'articolo 16, con l'articolo 82-bis, 82-ter, 82-quater e 82-quinquies viene introdotta la terapia volontaria in sospensione del procedimento, ovvero una sorta di "coazione indiretta"⁵³ in quanto la terapia non viene formalmente imposta, ma offerta come alternativa alla sanzione;

f) Vengono potenziati gli interventi preventivi, curativi e riabilitativi (art. 95), affidati al coordinamento e direzione delle Regioni e degli enti locali (art. 90), attraverso la collaborazione degli Enti ausiliari (art. 92) che attraverso l'iscrizione in appositi albi (art.93) possono accedere a convenzioni (art. 94).

Viene creato un Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga (art. 106) presso la Presidenza del Consiglio dei ministri per il finanziamento dei progetti; l'articolo 107 prevede contributi per la costruzione o l'ampliamento di immobili destinati a sedi di comunità terapeutiche e l'articolo 108 concede strutture demaniali in uso per la creazione di centri di cura e recupero.

⁵³Livio Pepino, *op. cit.*, pag 36.

g) Viene dedicato un titolo agli interventi informativi ed educativi, in particolare rivolti al mondo scolastico nei quali viene prevista l'attivazione dei Centri di informazione e consulenza all'interno dei quali possono intervenire sia i servizi pubblici che gli enti ausiliari.

Questa una breve sintesi delle maggiori novità introdotte dalla legge 162/90, che verrà successivamente inserita nel Testo Unico delle leggi in materia di tossicodipendenza, D.P.R. n. 309 del 9 ottobre 1990.

Le innovazioni ritenute unanimamente positive sono quelle che riguardano la strumentazione offerta alla polizia per la lotta al traffico e allo spaccio, l'impegno internazionale dell'Italia nella lotta alla droga e per la riconversione delle colture illecite, il reimpiego dei beni sequestrati ai trafficanti per finanziare attività di prevenzione e repressione, l'impegno rinnovato nella informazione e prevenzione in particolare nella scuola, e soprattutto la creazione del Fondo Nazionale, strumento unificato di finanziamento delle attività in materia.

Le questioni che invece avevano attirato in sede di dibattito le maggiori critiche, continuano a dividere i commentatori e gli operatori anche dopo la decisione, il varo della legge.

In particolare molti tra gli operatori dei servizi pubblici e quelli che si riconoscono nel cartello "Educare, non punire" contestano il conflitto che la nuova normativa ha, secondo loro, introdotto tra la funzione riabilitativa e funzione punitiva: tale ambivalenza mette in

discussione l'identità professionale degli operatori, impegnati da una parte a offrire prestazioni terapeutiche e risocializzanti, dall'altra costretti a denunciare qualsiasi scacco del processo terapeutico al Prefetto o al Pretore incaricato di irrogare al tossicodipendente - consumatore la sanzione prevista.

Tale ambivalenza viene vista da questi operatori con grande apprensione, in grado di distruggere il carattere fiduciario del rapporto terapeutico.

Tale rapporto inoltre rischia di essere fortemente inquinato da motivazioni più legate alla necessità e volontà di sfuggire alle sanzioni, accettando in modo utilitarista un rapporto ed un percorso terapeutico minato in questo modo nella sua autenticità e quindi nella sua efficacia.

Inoltre viene sottolineato da molti operatori pubblici⁵⁴ la difficoltà a rivestire contemporaneamente due ruoli, uno riabilitativo ed uno di controllo, e questo in modo particolare in presenza di utenti ai quali manca una reale motivazione a cambiare stile di vita, avviando quindi uno sterile gioco dei ruoli dai costi umani e professionali elevatissimi (burn out, demotivazione in genere).

L'attenzione di altri operatori si focalizza su un'altro punto particolarmente controverso della legge, la punibilità del consumatore. In particolare, con due ordinanze depositate il 5 e il 7 gennaio 1991, la quinta sezione penale del Tribunale di Roma ha investito la Corte Costituzionale della questione di legittimità della legge sulle droghe

⁵⁴Al riguardo v. Associazione Parsec e Fondazione Villa Maraini, *Gli operatori dei servizi e la legge 162*, Roma, Tipografia Villa Maraini, 1991, p.29.

prendendo spunto da due arresti che avevano riguardato un possessore di 400 milligrammi di cocaina e due giovani trovati in possesso di un grammo di hashish. In entrambi i casi il Tribunale scarcerava gli imputati e rimetteva gli atti alla Corte Costituzionale, osservando che nonostante le dichiarate intenzioni di punire i consumatori solo con sanzioni amministrative, in effetti chi acquista o detiene o consuma più della dose media giornaliera prevista dalla nuova normativa e determinata dal Decreto del Ministro della Sanità n. 186 del 12 luglio 1990, viene punito come uno spacciatore, violando il principio di uguaglianza (art. 3 della Costituzione) perchè due situazioni diverse tra loro vengono sottoposte alla stessa pena.

Come è noto la questione diviene oggetto di referendum popolare, nella cui campagna elettorale si ripropongono gli stessi schieramenti già sperimentati durante la discussione della legge 162/90, sia tra i partiti politici che nella policy community.

5. UN NUOVO CAMBIAMENTO: IL REFERENDUM E LA PRIMA CONFERENZA NAZIONALE SULLA DROGA.

Il 18 aprile 1993, il referendum abroga una serie di articoli del Testo unico, cancellando dalla legislazione italiana il concetto di dose media giornaliera e abolendo la possibilità di sanzioni penali per il

consumatore, verso il quale possono essere disposte solo sanzioni amministrative⁵⁵.

Inoltre viene cancellato l'articolo 72 comma 1, ovvero quello che recita: "E' vietato l'uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope di cui alle tabelle I, II, III, IV...".

Due mesi dopo la celebrazione del referendum, e come stabilito dalla legge 162/90, si tiene a Palermo la Prima Conferenza Nazionale sulla Droga, alla quale partecipa l'intera policy community: sono tre giornate, il 24, 25 e 26 giugno 1993, dense di confronto, che fanno finalmente uscire il dibattito dagli angusti ambiti della contrapposizione ideologica, spesso esercitata dinanzi alle telecamere delle reti televisive nei brevi spazi dei *talk show*.

Un elenco di più di novanta relatori, a cui si aggiungeranno i contributi di altri intervenuti, 850 pagine di atti, descrivono la qualità della discussione messa in campo in questa occasione che vede, come forse non mai, la policy community affrontare tutti i nodi del fenomeno tossicodipendenza con uno spirito, imposto dalla ministra Fernanda Conti, di reale confronto e progettazione.

Lo spirito dell'articolo 1 comma 15 del T.U. D.P.R. 309/90, che istituisce la Conferenza Nazionale, ovvero fare il punto sullo "stato dell'arte" in materia e indicare possibili correzioni di rotta, viene espresso da Ferdinanda Conti in più di una occasione. In una intervista raccolta da chi scrive per l'agenzia ASPE del Gruppo Abele

⁵⁵Gli articoli principali aboliti sono: art.72 comma 1, art. 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, art. 76 , art. 78 comma 1 lettere (b e (c, art. 80 comma 5, art. 120 comma 5, art. 121 comma 1.

di Torino, afferma: mi auguro che di volta in volta possano essere messe a punto delle strategie che siano migliori e diverse, che consentano anche dei passi indietro e farne degli altri avanti. Quello che mi sembra importante è non credere alle mode (anni '70 il metadone, anni '80 le comunità) che innamorano all'improvviso e che fanno sperare troppo: credo invece in un approccio più scientifico, che verifichi di volta in volta, provando con molta umiltà, strade diverse che consentano di invertire il fenomeno".⁵⁶

Un passo indietro era stato fatto pochi mesi prima con il referendum, (il cui esito viene visto favorevolmente da Giancarlo Caselli, Procuratore della Repubblica di Palermo, come testimonia il suo intervento nella terza giornata, e meno favorevolmente da Vincenzo Muccioli, Presidente del MUVLAD (Movimento Unitario Volontari Lotta alla Droga), intervenuto nella seconda giornata) e la Conferenza si incarica di farne almeno uno in avanti: si tratta di una strada diversa, ancora poco sperimentata in Italia ma che sta raccogliendo consensi e attenzioni da parte sia del mondo scientifico che tra gli operatori sia pubblici che privati.

Si tratta delle *politiche di riduzione del danno*, a cui la Conferenza dedicherà una intera sessione pomeridiana, presieduta da Luigi Manconi, Docente di sociologia all'Università di Palermo e coordinata da Carlo Alberto Perucci, Direttore dell'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio. In una intervista raccolta in quei giorni per ASPE, Manconi afferma: "Le unità di strada funzionano in poche città con pochi operatori che svolgono questa attività nel silenzio, o più

⁵⁶ASPE n.21, 7 luglio 1993, notizia n. 93.0564 - Palermo, p.11.

spesso nel boicottaggio delle istituzioni pubbliche. Lo spazio dato a questa tematica all'interno della Conferenza è un segnale positivo: si tratta di trasformarlo in provvedimenti di politiche sociali e sanitarie, sostegno concreto e risorse messe a disposizione. Vedo positivo il fatto che sia passato questo messaggio, perchè la politica della riduzione del danno ha un'opzione alle spalle che indica che non è l'astinenza l'unica offerta che facciamo, ma ci prendiamo cura e ci interessiamo anche di coloro che non possono o non vogliono smettere di bucarsi”.

Le politiche che vanno sotto il nome di “riduzione del danno” escono dalla Conferenza Nazionale legittimate e rappresentano, insieme all'esito referendario, un mutamento importante nella policy. Sulla scorta di quanto affermato dagli epidemiologi sull'andamento del virus dell'HIV, accanto alla all'impegno affinché cessi la domanda di stupefacenti si colloca la necessità di ostacolare la diffusione dell'AIDS, che vede nei tossicodipendenti il gruppo di popolazione più colpito. Il Dott. Perucci, intervenendo nella sessione dedicata alle relazioni dei coordinatori, indica questi dati: “ Le cifre parlano chiaro nella loro esplicita drammaticità: ipotizzando 200.000 tossicodipendenti per via endovenosa in Italia, ne muoiono 4.000 ogni anno. Di questi 2.000 muoiono per AIDS ed almeno 1.200 per overdose, più o meno riconosciuta”. E aggiunge: “ E' impossibile recuperare un tossicodipendente morto”.

Coloro che avevano osteggiato la nuova disciplina in materia e la concezione dell'intervento ad essa sottesa, escono dalla Conferenza di

Palermo con importanti risultati, e propongono ulteriori modificazioni sia dell'impianto normativo che nella gamma delle opzioni terapeutiche.

In una nota congiunta diffusa ai giornalisti di presentazione di una conferenza stampa unitaria, il Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza, la Lega Italiana per la Lotta contro l'AIDS, Magistratura Democratica e Psichiatria Democratica affermano: a) la Conferenza ha reso evidente che il problema droga va affrontato senza più ideologismi e chiedono che i risultati del referendum vengano rispettati ed applicati; b) che la strategia della riduzione del danno acquisti piena identità culturale e scientifica e che acquisti operatività nei servizi; c) che i Ser.T.siano attivati e posti in condizione di funzionare, abbiano autonomia funzionale, completamento delle piante organiche, qualificazione delle professioni, e adempiano alla legge per quanto attiene gli orari di apertura, siano legittimati a realizzare, mediante apposite convenzioni, forme di gestione mista con il privato; d) la restituzione della libertà terapeutica ai medici di base, ovviamente coordinata con i Ser.T., per potenziare le sinergie nel rispetto dei diversi ruoli istituzionali.

Al contrario, il cartello che aveva appoggiato con convinzione la svolta attuata dalla legge 162/90, vive con disagio il cambiamento rappresentato dal risultato del referendum e dalla legittimazione di interventi non direttamente tesi all'interruzione di assunzione di sostanze da parte dei tossicodipendenti, e in particolare il MUVLAD, le associazioni delle famiglie che in esso si riconoscono e l'Intergruppo parlamentare che ad esso aderisce, rilasciano alla fine

della Conferenza un documento che avanza le seguenti richieste: a) l'immediata rideterminazione del concetto di "uso personale", in modo da evitare che ogni giudice possa arbitrariamente decidere secondo le sue opinioni personali; b) al contrario del cartello "Educare, non punire" chiedono che sia eliminata la possibilità che i medici di famiglia possano prescrivere farmaci di sostituzione e che sia ripristinato l'obbligo di segnalazione dei casi di tossicodipendenza (art. 120 comma 5 e 121 comma 1); che si prenda positivamente atto della grande ricchezza di pluralismo offerta dalle esperienze di recupero terapeutico esistenti in Italia, che rischiano di essere penalizzate dall'Atto di intesa tra Stato e Regioni⁵⁷ che impone un modello unico di comunità (Va detto che molte strutture del cartello "Educare non punire" mettono sotto accusa la parte dello schema-tipo che prevede che le attività debbano essere svolte in forma residenziale o semi residenziale, per almeno otto ore giornaliere e per cinque giorni settimanali; tale parte eliminerebbe infatti la possibilità di convenzionamento da parte di strutture territoriali che svolgono la loro azione fuori da sedi operative, in strada per esempio; il MUVLAD critica in particolare l'articolo 5 dell'intesa Stato regioni sui criteri per l'iscrizione agli albi, che prevede che le strutture convenzionate debbano avere un organico di personale adeguato nel numero e nella qualità, ovvero che gli operatori o almeno parte di essi

⁵⁷Decreto Ministero della Sanità 19 febbraio 1993. Tale decreto approva lo schema-tipo di convenzione tra le USL ed enti, società cooperative o associazioni che gestiscono strutture per la riabilitazione dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope e lo schema di atto di intesa tra Stato e regioni per la definizione di criteri e modalità uniformi per l'iscrizione degli enti ausiliari che gestiscono strutture per la riabilitazione e il reinserimento negli albi regionali.

- indicata dal decreto - debbano possedere qualifiche professionali conformi alle normative nazionali e regionali. Come è noto, in molte comunità terapeutiche gli operatori sono ex utenti, da qui la resistenza a tale disposizione.); in ultimo, il MUVLAD si impegna a promuovere una legge di iniziativa popolare che modifichi l'ordinamento nelle direzioni ora riportate, e che inoltre escluda qualsiasi ipotesi di liberalizzazione o legalizzazione della droga.

In sintesi, la Conferenza di Palermo lascia irrisolte due questioni che, alla luce dell'esito referendario si pongono come rilevanti, il ruolo dei medici di base nei confronti del farmaco di sostituzione e i criteri giudiziari per discriminare il detentore per uso personale dallo spacciatore, sui quali i diversi ministri presenti (Sanita, Interni e Grazia e Giustizia) hanno espresso valutazioni molto distanti. La Prima Conferenza Nazionale rappresenta comunque un momento alto di confronto tra la policy community, dal quale nessuno ne esce sconfitto; semmai una nuova opzione viene legittimata, ma all'interno di un circuito terapeutico che presenta una vasta gamma di opzioni, adeguate ad un fenomeno complesso al quale si sono aggiunti ulteriori elementi che ne aumentano la problematicità, come l'AIDS.

Gli stessi interventi di riduzione del danno sono presentati come interventi che dovranno presentare un alto livello di integrazione fra servizi diversi, come dimostra la lista di attività di un programma di riduzione del danno presentata dal Dott. Perucci nel suo intervento a Palermo:

1. Unità di strada;

2. Centri intermedi di accoglienza;
3. Unità mobili di rianimazione e pronto intervento medico;
4. Unità mobile per la terapia metadonica;
5. Ser.T. di riferimento;
6. Comunità terapeutica;
7. Distributori automatici di siringhe;
8. Sostegno comportamentale e relazione agli operatori;
9. Coordinamento organizzativo;
10. Valutazione epidemiologica.

Un intervento così strutturato costringe i diversi soggetti ad una decisa integrazione a livello progettuale e operativo, e non semplicemente ad una distribuzione delle competenze e delle attività, come al massimo accade solitamente nei rapporti tra diversi servizi.

Infatti l'efficacia possibile di tali politiche si fonda sulla collaborazione e complementarietà delle strutture, e non sulla concorrenza tra l'una e l'altra, come suggerisce una certa visione del mercato.

Inoltre sono elementi qualificanti di tali politiche l'indispensabile coordinamento organizzativo e la necessità della valutazione, sia in corso d'opera che al termine stabilito (altra novità) dell'intervento. Il coordinamento non è affidato ad un attore singolo, quanto piuttosto ad un nucleo composto da operatori di ciascun servizio coinvolto, mentre la valutazione avviene monitorando costantemente l'andamento del programma, attraverso un gruppo interdisciplinare di esperti esterno al team dei servizi coinvolti.

6. LE POLITICHE DELLA RIDUZIONE DEL DANNO.

“La riduzione del danno (*harm reduction*) - chiamata anche limitazione del danno (*damage limitation*), riduzione del rischio (*risk reduction*) o minimizzazione del danno (*harm minimization*) - è una politica che privilegia lo scopo di diminuire gli effetti negativi del consumo di droga”.⁵⁸

Lo scopo della riduzione del danno consiste nell’evitare che il tossicodipendente muoia, si ammali o che comunque aggravi la propria condizione psicofisica per motivi che attengono al consumo di sostanze stupefacenti, anche quando tali motivi non sono caratteristiche peculiari della sostanza stessa. E’ un obiettivo ulteriore di questa strategia la salute e la sicurezza di chi è in contatto con tossicodipendenti, come anche evitare che gli assuntori entrino in circuiti delinquenziali il cui esito è quello penitenziario.

Come ricorda Pat O’Hare nella prefazione del primo libro a livello mondiale sulla riduzione del danno⁵⁹, questa nuova strategia è entrata nell’uso comune (alla *policy community*) alla fine degli anni ‘80, sulla scorta di una esperienza particolarmente significativa fatta in una provincia britannica, il Merseyside, di cui la città più importante è Liverpool.

Il Merseyside ha la percentuale di tossicodipendenti *noti* più elevata d’Inghilterra, 1.718 per milione di abitanti a fronte di una media nazionale di 288 per milione, e nonostante questo è seconda per il più

⁵⁸Russell Newcombe, “La riduzione del danno correlato all’uso di droga”, in AA.VV., *La riduzione del danno*, Torino, Edizioni Gruppo Abele, 1994, p. 9

⁵⁹*Ibidem*

basso numero di casi di sieropositività tra gli assuntori, 6 per ogni milione di abitanti.

Inoltre, nonostante la forte disoccupazione che investe l'area, nel 1990 la polizia di questa provincia è stata l'unica a registrare un calo considerevole dell'attività criminale.

Queste basse percentuali di sieropositività e di criminalità sono il frutto di politiche particolari in materia di droga, che hanno meritato una reputazione internazionale come “modello di riduzione del danno del Merseyside”.

Sono tre i fattori che secondo Pat O'Hare, hanno permesso l'adozione di tale modello. Il primo è la disponibilità di oppiacei “legali”, autosomministrabili per via iniettiva a domicilio, per i consumatori che ne facciano richiesta, prescritti direttamente dalla clinica sulle tossicodipendenze di Liverpool.

Questa scelta, che come dice l'autore “mira a ridurre la fede nelle strategie basate sul moralismo, e spera si sostituirlle con interventi più pragmatici”; ed è indubbio che la disponibilità di sostanze legalmente distribuite evita che i tossicodipendenti entrino o permangano in circuiti delinquenziali, come da anni sostengono anche in Italia diversi autori⁶⁰, e che incorrano in rischi, come l'overdose, non direttamente imputabili alle caratteristiche farmacologiche delle sostanze d'abuso.

Il secondo fattore è rappresentato dalla decisione del Merseyside Regional Drug Training and Information Centre di avviare nel 1986 un

⁶⁰Vanna Barengi, *Acchiappare le nuvole o legalizzare la droga*, Roma, Millelire stampa alternativa, 1992 e anche Giancarlo Arnao, *Il dilemma eroina: rituali e ricerche*, Milano, Feltrinelli, 1985 e dello stesso autore *Proibito capire: proibizionismo e politiche di controllo sociale*, Torino, Edizioni Gruppo Abele, 1990.

programma di scambio di siringhe, il primo in Gran Bretagna, orientandolo in modo che il servizio risultasse accessibile a tutti e confidenziale.

Tutto ciò mirava a convincere i consumatori ad uscire dall'anonimato e a rivolgersi ai servizi, e quindi tali servizi dovevano quantomeno essere adeguati a rispondere alle esigenze degli utenti, ad esempio rendendo facilmente disponibile il materiale sterile. E' indicativo che tale modello di intervento sia stato proposto per la prima volta da un gruppo di autoaiuto tra consumatori per combattere l'epatite B, l'Amsterdam Junkiebond.

Infine, il terzo fattore nasce dalla collaborazione instauratasi tra le strutture che attuavano politiche di riduzione del danno e le forze dell'ordine, che hanno rinunciato a controllare i servizi per i tossicodipendenti, e al contrario vi inviavano i consumatori fermati.

Queste sono le premesse che O'Hare indica come necessarie per impostare una corretta strategia di riduzione del danno nelle tossicodipendenze: egli individua infatti nel 5 -10 % la porzione di popolazione tossicodipendente orientata verso programmi che prevedano la cessazione del consumo, e quindi i servizi, oltre ad offrire opportunità per costoro, debbono adottare strategia in grado di intercettare il restante 90% dell'utenza, attraverso programmi caratterizzati da un forte pragmatismo.

Ernest Buning, psicologo del Drug Department di Amsterdam, concludendo un capitolo redatto insieme a due colleghi su l'impatto delle politiche della riduzione del danno nella prevenzione dell'AIDS nella sua città, scrive: " A volte la lotta alla droga sembra più una

guerra ai consumatori. Questo sta minacciando gli sforzi di prevenire l'AIDS. I consumatori entreranno in clandestinità e non saranno più contattati dagli operatori che lavorano per la prevenzione"⁶¹. Questo autore invita quindi a non enfatizzare i trattamenti "drug free", che pur rappresentando una importante opzione, non garantiscono un'assistenza a chi non è ancora motivato o non è in grado di liberarsi dalla dipendenza, e scegliere al contrario una visione più realista che consenta inoltre di arrestare la diffusione dell'AIDS.

Le strategie di riduzione del danno non sono semplicemente uno strumento attraverso il quale la società si difende da chi comunque non vuole abbandonare la propria dipendenza, aiutandolo a non contrarre malattie che inevitabilmente sarebbero trasmesse alla popolazione generale, come nel caso delle malattie a trasmissione sessuale.

Si tratta invece di un ripensamento culturale ed un cambiamento di atteggiamento che la società attua nei confronti del disagio e della devianza.

Dall'atteggiamento sintetizzabile in "ti aiuto, se vuoi cambiare", che rimarca una distanza ed una differenza tra il normale (che aiuta chi vuole cambiare) e il deviante (che si fa aiutare a cambiare), con le politiche della riduzione del danno la società accetta di considerare il disagio diffuso come interno a se stessa, verso il quale porsi in atteggiamento di attenzione e ricerca di nuovi strumenti e nuove vie d'uscita.

⁶¹Ernst Buning, Giel van Brussel e Gerrit van Santen, "L'impatto delle politiche di limitazione del danno sulla prevenzione dell'AIDS ad Amsterdam", in *La riduzione del danno*, op. cit.

In questo senso la riduzione del danno non è affatto rassegnazione, abbassamento del tiro, una minimizzazione degli obiettivi rispetto agli interventi sulla tossicodipendenza. Si tratta piuttosto di un passaggio dalla filosofia dell'aiuto a quella dell'accompagnamento: accompagnamento che contenga come opzione l'accettazione del limite (limite del soggetto, limite nella capacità "salvifica" del servizio, limiti della società nel suo complesso) ma che contemporaneamente abbia come obiettivo ideale la speranza di cambiamento. In questo senso, come afferma Bruno Frediani, "La riduzione del danno è un'ipotesi di speranza"⁶²

Quindi la riduzione del danno è una strategia che punta a motivare una domanda di cambiamento, ad attendere fino a quando risulti possibile che tale domanda venga espressa, dando tempo e strumenti perchè questa domanda arrivi, ma arrivi da soggetti ancora in grado di sperare e progettare.

Dal 26 al 30 marzo del 1995 si è tenuto a Firenze la Sesta Conferenza Internazionale sulla riduzione del danno correlato all'uso di droga, che ha inaugurato la "via mediterranea" di tali politiche. Da tale conferenza è risultata la grande varietà di tipologie di intervento che le politiche di riduzione del danno sono andate assumendo a secondo dei Paesi nei quali sono stati implementate, ed anche l'interesse, la progettualità e l'operatività che stanno avendo in Italia.

Nel nostro Paese la strategia di riduzione del danno è ancora in "progress", suscettibile di continui arricchimenti ed integrazioni, ed

⁶²Intervista a Bruno Frediani a cura di Roberto Camarlinghi, "Dare respiro alla riduzione del danno" in *Animazione Sociale*, n. 2, febbraio 1995, p.4.

ha dimostrato di avere come caratteristica peculiare la grande flessibilità nell'adattarsi alle diverse situazioni sociali e culturali dove viene proposta.

Inoltre tali politiche non sono state progettate come alternativa a quanto già si sta facendo, in alternativa ai servizi pubblici e privati esistenti: le strutture che propongono programmi di riduzione del danno in Italia si affiancano, piuttosto che contrapporsi, agli altri servizi, integrando con un ulteriore nodo il network delle agenzie in campo.

Le politiche sulle tossicodipendenze in Italia, come già ricordato, hanno vissuto momenti di grande identificazione con strategie e strumenti che sembravano risolutori: è avvenuto con la terapia metadonica, è accaduto di nuovo con le comunità. Strumenti con una loro capacità *relativa* di intervento, sono stati trasformati in modelli *assoluti* di intervento, le mode di cui parlava a Palermo Fernanda Conti.

I servizi che implementano programmi di riduzione del danno, essendo necessariamente inseriti in un network (ed incontrando quotidianamente culture di servizio ed istituzionali diverse) dal quale e verso il quale ricevono ed inviano utenza, difficilmente potranno sviluppare un'idea salvifica e miracolistica del loro impegno. Più facilmente una contaminazione avverrà sul terreno della valutazione dell'intervento, centrale e quasi obbligatorio per una strategia nata con una declinazione fortemente pragmatica.

Leopoldo Grosso, responsabile del settore accoglienza del Gruppo Abele, afferma nella postfazione del volume "La riduzione del

danno”⁶³ che la riduzione del danno obbliga gli operatori ad un ridimensionamento delle proprie ambizioni professionali, rivisitando i concetti di guarigione e di cura (patrimonio genetico ad esempio dei medici) ed anche dei traguardi che si scelgono e gli strumenti riabilitativi utilizzati.

Non è cosa di poco conto abbandonare logiche di intervento consolidate, dove ad esempio “farsi” e “non farsi” rappresentano una discriminante assoluta per l’accesso al servizio: è uno sforzo che parte dalla necessità di rimodellare i servizi, o almeno alcuni di essi, verso forme che non richiedano all’individuo di adeguarsi al modello di intervento proposto, quanto piuttosto siano capaci di adeguarsi, rimodellandosi e riprogettandosi per intercettare i bisogni delle persone che ad esso si rivolgono.

Antonio Fasanella⁶⁴, nel descrivere i percorsi attraverso i quali i tossicodipendenti arrivano in Comunità, osserva che una alta percentuale (74,8%) dei residenti di San Patrignano hanno alle spalle uno (42,6%) o più (32,2%) tentativi di liberarsi dalla dipendenza falliti: “Appare configurarsi, cioè, una dinamica in base alla quale il tossicodipendente, il più delle volte, si rivolge presso una struttura di recupero, uscendone (che abbia completato o meno il programma) non del tutto riabilitato e rientrando dopo un periodo di tempo relativamente breve nella stessa o in altre comunità, o rivolgendosi ad altri centri deputati alla presa in carico del tossicodipendente”. E’ il

⁶³Leopoldo Grosso, “Postfazione. Riduzione del danno e liberazione dalla droga: un’alleanza possibile” in AA.VV., *La riduzione del danno*, op. cit. p. 266.

⁶⁴Antonio Fasanella, “ Esperienza di comunità ed efficacia in trattamento del processo riabilitativo” in AA.VV., *Strategie di comunità per tossicodipendenti. Il caso di San Patrignano*, op. cit. pp.159 e seguenti.

meccanismo della “porta girevole” ben conosciuto dagli operatori dei diversi servizi.

Il problema è che la “porta girevole”, per un lungo periodo, ha affacciato solo su due tipologie di servizi: a) il servizio pubblico, ritenuto a bassa soglia e dotato di farmaco di sostituzione b) le Comunità residenziali o semiresidenziali alle quali si accede “drug free”, liberi dalla dipendenza fisica.

Questo entrare ed uscire dal rapporto con le diverse strutture *comunque* ha consentito ai tossicodipendenti di prendersi una pausa nella loro faticosa e pericolosa esperienza tossicomane: tale pausa, nel campione oggetto della ricerca commentata da Antonio Fasanella, si è protratta per 6 mesi nel 43,5% dei casi, da 7 a 18 mesi nel 41,2%, mentre per il 15,3% del campione tale pausa è durata per un periodo addirittura superiore ai 18 mesi.⁶⁵

Il valore di tali pause, se si esce dalla ossessione della riabilitazione come valore assoluto, è grande ed è conosciuto da chi opera nel territorio: è uno spazio per recuperare salute, rapporti familiari ed amicali, per riconsiderare il proprio vissuto e vederlo come in uno specchio negli altri tossicodipendenti.

La “porta girevole”, in questo senso non rappresenta solo una sequenza di sconfitte fino a quando “non si tocca il fondo”, quanto piuttosto tentativi ripetuti di trovare una soluzione alla propria condizione, tentativi per i quali non sono state disponibili risposte in strutture adeguate.

⁶⁵Ibidem

Momenti di sospensione dell'esperienza tossicomanaica intervengono, inoltre, non soltanto quando si tenta un percorso riabilitativo: possono scaturire da eventi drammatici (l'arresto e la detenzione, una malattia, un ricovero ospedaliero) o dalla volontà momentanea del soggetto di sospendere un'esperienza divenuta troppo dolorosa. In questi spazi, momentaneamente "drug free" o di forte ridimensionamento delle assunzioni, lo sforzo dovrebbe essere massimo nell'offrire strutture a bassa e media soglia in grado di supportare gli sforzi individuali, senza pretendere un definitivo contratto terapeutico.

Al contrario, come ricorda Fasanella, "gli stessi responsabili di comunità considerano tale condizione (il toccare il fondo) quale fattore essenziale ai fini di un positivo percorso di recupero, proprio perchè una ferma decisione di smettere è vista come strettamente collegata al conseguimento, in termini di vicissitudini esperite, di uno status negativo estremo, oltre il quale è impossibile spingersi".⁶⁶ Anzi, come osserva ancora Fasanella, sembra emergere dalla ricerca che ha avuto come oggetto di indagine la Comunità di San Patrignano, che la variabile che tendenzialmente influenza maggiormente la recidività (ovvero i soggetti che dopo essersi allontanati dalla comunità per un periodo relativamente lungo vi hanno fatto ritorno) risulta essere il numero di anni di permanenza nella tossicodipendenza.

Questo viaggio verso "il fondo", è prima di tutto in percorso di sofferenza, sia del soggetto coinvolto direttamente che della sua famiglia, ed oggi più che mai è un percorso di rischio; inoltre è un

⁶⁶ibidem

percorso solitamente lungo, dove le possibilità di rischio si moltiplicano considerevolmente.

Si tratta di rischi che ricadono sull'individuo che mette in atto comportamenti rischiosi, ma al contempo coinvolgono, costano, sia a livello comunitario che societario: l'epatite e i danni alla dentizione possono essere definiti come problemi individuali, lo stigma che accompagna le famiglie dei consumatori è un costo per la comunità, i denari spesi dalla giustizia per i reati connessi all'uso di stupefacenti è un danno economico e sociale.⁶⁷

Il mondo anglosassone, dove sono nate e dove hanno trovato una prima realizzazione le politiche in oggetto, è molto sensibile alle ultime considerazioni, ed in particolare ai costi che comportamenti rischiosi individuali possano far gravare sull'intera società.

In Italia, utilizzando una metafora di Leopoldo Grosso, il vento del nord, nel soffiare sull'Europa latina la cultura della riduzione del danno, per imporsi ha dovuto suscitare forti emozioni e lanciare una sfida sul piano etico e valoriale, che sembra pagare maggiormente alle nostre latitudini.

I sostenitori della riduzione del danno in Italia hanno abbandonato una contrapposizione con le altre strategie di recupero⁶⁸ scegliendo la via dell'integrazione con le altre opzioni terapeutiche, rivendicando al contempo una legittimità forte di tali politiche sia in campo giuridico che valoriale.

⁶⁷Per una trattazione più esauriente v. Newcombe R., op.cit.

⁶⁸Newcombe afferma: "Pertanto, essa (la riduzione del danno) è in contrasto con il modello dell'astinenza che deriva piuttosto dalla scelta di una strategia fatta di legislazione punitiva e di paternalismo medico e religioso". Op. cit. p. 9

Il sociologo Massimo Campedelli, esperto del Gruppo Abele di politiche per la tossicodipendenza, sostiene⁶⁹ che l'idea di riduzione del danno è legittimata dalla Carta Costituzionale che sancisce il diritto alla salute, e dal principio fondamentale della solidarietà. In questo senso ha trovato una traduzione legislativa ne Progetto Obiettivo AIDS 1994/96 . Inoltre tale politica è coerente con: a) i principi di riduzione delle diseguaglianze tra paesi e tra gruppi umani presenti al loro interno; b) con i principi di miglioramento dello stato di salute generale e di riduzione delle malattie e delle loro conseguenze, proposti dall' Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per quanto riguarda il livello di salute che deve essere raggiunto entro il 2000 in Europa.

La “via italiana” che si va configurando quindi è decisamente lontana da quella visione che identifica la riduzione del danno con i suoi strumenti: chi sostiene che tale strategia si sostanzia in terapie metadoniche di mantenimento, siringhe sterili e preservativi risulta essere quantomai lontano dalla verità.

Delle politiche della riduzione del danno va richiamata piuttosto la complessità. Chi progetta tali strategie parte dall'assunto, riconosciuto da tutti, che solo una parte di assuntori di droghe entra in contatto con i servizi esistenti, e di questi solo una ulteriore porzione trova una soluzione alla propria dipendenza: vengono individuate quindi le priorità nei rischi che i tossicodipendenti corrono in termini sia sanitari che di degrado psicologico e sociale, ricercando le modalità di contatto più adeguate al contesto in cui tali politiche si

⁶⁹Massimo Campedelli, “Riduzione del danno: non solo tossicodipendenza”, in *Animazione Sociale*, n. 5, maggio 1995.

implementano e, in ultimo, fornendo risposte graduate ai diversi bisogni espressi (socio-assistenziali, sanitari, di disintossicazione).

Per attuare tutto ciò si attiva una rete di servizi diversi (esistenti o creati ad hoc) che garantiscano:

a) una connessione stretta tra attività specificatamente mirate alla riduzione del danno (come la distribuzione di siringhe e preservativi, terapie metadoniche a mantenimento, *counseling*, auto-aiuto, ecc.), interventi di recupero e interventi di prevenzione;

b) la presenza di servizi di diversa natura, diversa strategia di base, con soglie di accesso diversificate (bassa soglia, l'unità di strada; media, centri crisi e centri di accoglienza intermedi; alta soglia Ser.T e Comunità) in grado di incontrare bisogni e necessità a livelli di complessità crescente.

Tutto ciò è realizzabile all'interno di un piano di sviluppo che tenga conto dei servizi che già insistono sul territorio di riferimento e che contemporaneamente promuova e potenzi le strutture che si pongono in una configurazione intermedia tra la strada e il servizio ad alta soglia: a) le comunità diurne orientate al reinserimento e l'avviamento al lavoro tramite cooperative parzialmente protette; b) le comunità serali e notturne; c) i centri crisi e di pronta accoglienza; d) le unità mobili o fisse che praticano lavoro di strada; e) i gruppi di autoaiuto tra tossicodipendenti.

Risulta evidente che un modello così configurato non si adatta a qualsiasi realtà, qualsiasi contesto geografico e culturale. Non è pensabile una strategia unica per tutto il territorio nazionale, dalla grande metropoli alla frazione di montagna. Sono politiche che

trovano la loro legittimazione nella progettazione ed implementazione dal territorio, dal basso, avendo ben presente su quali risorse contare e quali è utile progettare.

Per evitare che le politiche in oggetto divengano una ulteriore moda, e che quindi vengano proposti e finanziati progetti inutili e/o dannosi, l'attenzione deve puntarsi sul livello di coordinamento tra le diverse agenzie coinvolte nell'implementazione, sulla loro capacità operativa e sulla verificabilità delle attività svolte.