

Agenzia regionale di sanità della Toscana



ARS TOSCANA
agenzia regionale di sanità

Politiche di intervento sulle dipendenze

febbraio 2015

*Report a cura di:
A. Berti, Agenzia regionale di sanità della Toscana
Febbraio 2015*

Bilancio globale delle politiche contro la droga e nuove strategie

Il controllo internazionale delle droghe si è consolidato nel corso degli ultimi 50 anni con l'adozione, da parte delle Nazioni Unite (ONU), di tre convenzioni¹ e due dichiarazioni politiche (e i loro piani d'azione corrispondenti)². Le figure sottostanti mostrano le linee strategiche e i piani d'azione adottati dai singoli Paesi ed il trend a partire dagli anni '50:

TABLE 1

Current regional drug strategies and plans in regional organisations

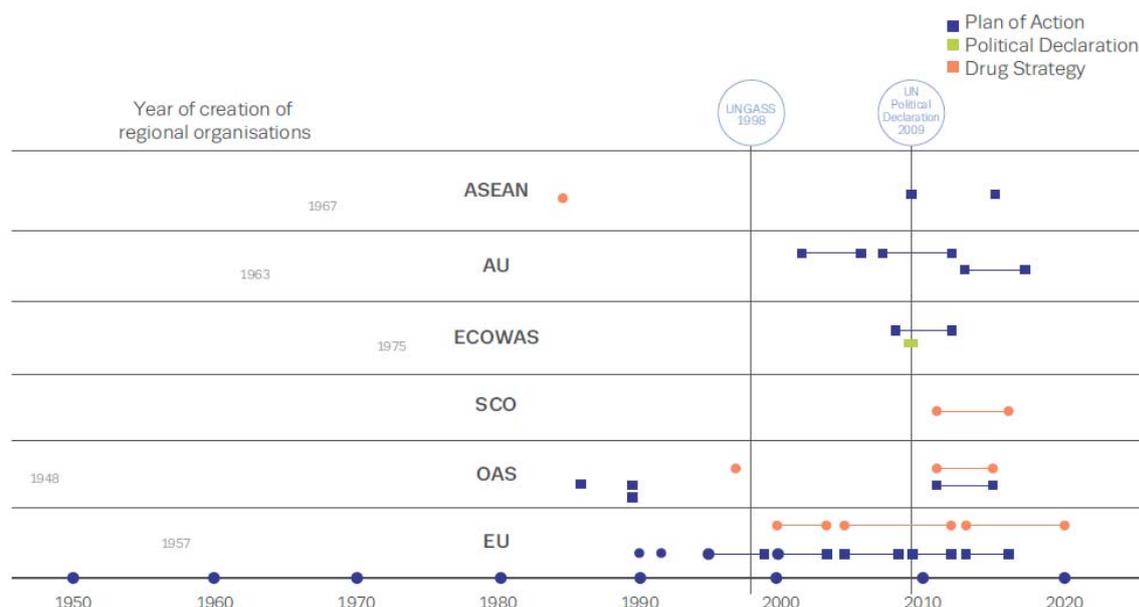
Region	Organisation	Current number of Member States	Title(s) of the document(s)
Africa	African Union (AU)	54	AU plan of action on drug control 2013–17
	Economic Community of West African States (ECOWAS)	15	Political declaration on the prevention of drug abuse, illicit drug trafficking and organised crime in West Africa (Abuja Declaration, 2008)
			Regional action plan to address the growing problem of illicit drug trafficking, organised crime and drug abuse 2008–11 (1)
America	Organization of American States (OAS)	35	Hemispheric drug strategy 2011–15
			Plan of action 2011–15
Asia	Association of Southeast Asian Nations (ASEAN)	10	ASEAN work plan on combating illicit drug production, trafficking and use 2009–15
	Shanghai Cooperation Organisation (SCO)	6	Counter narcotic strategy of the Shanghai Cooperation Organisation Member States 2011–16
Europe	European Union (EU)	28	EU drugs strategy 2013–20
			EU action plan on drugs 2013–16

(1) Extended for two years by the ECOWAS heads of States and Governments in 2012.

¹ The United Nations Single Convention on Narcotic Drugs 1961; the 1971 United Nations Convention on Psychotropic Substances; and the United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances of 1988.

² General Assembly Twentieth Special Session, Political Declaration and Plan of Action, UNGASS 1998; and High-level segment Commission on Narcotic Drugs, Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem, Vienna, 2009.

FIGURE 1
Timeline of regional drug strategies and action plans



“La guerra globale alla droga è fallita, producendo conseguenze devastanti in tutto il mondo”. E’ così che la Commissione globale per le politiche antidroga ha scelto di aprire il report del 2011³. A 40 anni dall’avvio della guerra alla droga inaugurata dal presidente Nixon il bilancio degli effetti risulta alquanto in negativo. In questo lungo periodo i politici hanno creduto che la linea dura di contrasto contro chi era coinvolto nell’uso, la produzione e lo spaccio di sostanze stupefacenti, avrebbe comportato una netta diminuzione dell’entità del mercato della droga. In realtà, il mercato globale di droghe illegali - in gran parte controllato dalla criminalità organizzata - è cresciuto notevolmente. Non esistono stime accurate dei consumi globali degli ultimi 50 anni, ma da quanto emerge nel grafico sottostante, riferito agli ultimi 10, si osserva un andamento in crescita.

La Commissione denuncia inoltre una forte mancanza di leadership politica sulla questione droghe e viste la crescenti evidenze del fallimento delle attuali politiche sottolinea che i tempi sono ormai maturi per una seria e completa revisione delle strategie di ampio respiro per rispondere ai bisogni di questo fenomeno. Il punto di partenza per questa recensione è il riconoscimento del problema della droga globale come un insieme di problematiche di salute interconnesse a complesse sfide sociali da gestire, piuttosto che una guerra da vincere.

I membri della Commissione hanno concordato su 4 principi fondamentali e 11 raccomandazioni che dovrebbero orientare le politiche e le azioni nazionali ed internazionali contro la droga.

I principi

- 1) Le politiche sulle droghe devono basarsi su solide evidenze and dati scientifici. La principale misura di successo è la riduzione del danno per la salute, la sicurezza e il benessere degli individui e della società.
- 2) Le politiche sulle droghe devono basarsi su principi di sanità pubblica. Dobbiamo porre fine alla stigmatizzazione e all'emarginazione delle persone dipendenti da droghe e di coloro che sono coinvolti nei processi di coltivazione, produzione e distribuzione. I tossicodipendenti devono essere trattati come pazienti e non criminali.
- 3) Lo sviluppo e l'attuazione delle politiche antidroga dovrebbe essere una responsabilità condivisa globale, ma deve anche prendere in considerazione le diverse realtà politiche, sociali e culturali. Le politiche dovranno rispettare i diritti e le esigenze delle persone coinvolte.
- 4) Le politiche devono essere di ampio respiro e perseguite su vasta scala. Dovranno essere coinvolte le famiglie, le scuole, la sanità pubblica, gli specialisti in collaborazione con le forze dell'ordine ed altri enti governativi competenti.

³ Global Commission on Drug Policy. *War on Drugs*, June 2011

Le raccomandazioni

- a) Rompere i tabù. Promuovere politiche che effettivamente riducano i consumi e che prevengano i danni alla salute e ridurre. Incrementare gli investimenti per la ricerca e l'analisi dell'impatto delle diverse politiche.
- b) Sostituire la criminalizzazione e la punizione delle persone che utilizzano droghe con l'offerta di servizi sanitari e trattamenti a coloro che ne hanno bisogno.
- c) Incoraggiare la sperimentazione di modelli governativi di regolamentazione giuridica della droga (legalizzazione della cannabis) che prevedano altresì un indebolimento della criminalità organizzata e una maggior la sicurezza per i cittadini.
- d) Costruire e calcolare indicatori di risultato e di processo migliori.
- e) Cambiare, piuttosto che rafforzare, la comune misconcezione sull'argomento, droga e tossicodipendenza.
- f) I paesi che, nonostante le evidenze, continuano ad investire per lo più in un approccio repressivo, dovranno rivedere le loro azioni.
- g) Promuovere pene alternative per i piccoli spacciatori.
- h) Investire più risorse nella prevenzione basata sulle prove di efficacia, con un focus particolare sui giovani.
- i) Offrire un'ampia e facilmente accessibile gamma di opzioni per il trattamento e la cura della tossicodipendenza, compresa la sostituzione e le terapia assistita per l'eroina, con particolare attenzione ai soggetti più a rischio, inclusa la popolazione detenuta.
- j) Il sistema delle Nazioni Unite deve fornire leadership per la riforma delle politiche sulle droghe a livello mondiale. Questo significa promuovere un approccio efficace basato su prove empiriche e sostenere i paesi che cercano di andare incontro alle esigenze segnalate dalle Nazioni Unite.
- k) Agire con urgenza: la guerra alla droga ha fallito e le politiche devono cambiare rotta il prima possibile.

Il quadro europeo e le politiche di intervento più significative

Nel dicembre 2012 è stata approvata la nuova strategia d'intervento (2013-20) dell'Unione europea in materia di droga⁴ e con essa il relativo piano d'azione (2013-16)⁵.

Continent	Europe
Intergovernmental organisation	European Union (EU)
Member states	Austria, Belgium, Bulgaria, Cyprus, Croatia, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Ireland, Italy, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Malta, the Netherlands, Poland, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden, the United Kingdom
Year or creation	1957
Drugs strategies/plans	European plan to combat drugs 1990 European plan to combat drugs 1992 Action plan to combat drugs 1995–99 EU drugs strategy 2000–04 EU action plan on drugs 2000–04 EU drugs strategy 2005–12 EU drugs action plan 2005–08 EU drugs action plan for 2009–12 EU drugs strategy 2013–20 EU drugs action plan for 2013–16

Il **piano d'azione** si articola su due settori politici:

- contenimento della domanda;
- riduzione dell'offerta

e su tre **tematiche** trasversali:

- coordinamento;
- cooperazione internazionale;
- informazione, ricerca, monitoraggio e valutazione.

Le nuove **sfide** che l'Unione europea intende affrontare:

- combattere il policonsumo di sostanze, tra cui sono comprese le combinazioni di sostanze lecite come l'alcol e/o farmaci prescritti e le sostanze illecite
- fronteggiare la diffusione di nuove sostanze psicoattive
- garantire l'accesso ai farmaci prescritti, migliorare la qualità, la copertura e la diversificazione della risposta da parte dei servizi per le tossicodipendenze e orientare il trattamento verso un approccio sanitario integrato per poter affrontare anche la comorbilità psichiatrica
- affrontare il persistere di un'elevata incidenza di malattie trasmissibili per via ematica tra i consumatori di stupefacenti, in particolare di epatite C, e prevenire i potenziali rischi di nuovi focolai di infezioni da HIV e di altre malattie infettive correlate al consumo di droghe per endovena
- ridurre il persistente elevato numero di decessi correlati agli stupefacenti
- affrontare le dinamiche dei mercati illeciti di droga, comprese le rotte della droga, il traffico di spostamento, la criminalità transnazionale organizzata e l'uso delle nuove tecnologie della comunicazione che facilitano la distribuzione delle droghe;
- prevenire la diversione dei precursori, pre-precursori e di altre sostanze chimiche essenziali utilizzate nella fabbricazione illecita degli stupefacenti o come agenti di taglio.

I **principali obiettivi** della nuova strategia:

- ridurre la domanda di droga, la tossicodipendenza e i danni sanitari e sociali che ne derivano;
- intraprendere nuove azioni per fronteggiare il mercato e diminuire la disponibilità delle droghe illegali;
- intensificare la cooperazione tra gli Stati membri nell'azione di contrasto e rafforzare il dialogo e la cooperazione a livello europeo e internazionale;

⁴ European Monitoring Centre for Drug and Addiction (2014), *Regional drug strategies across the world: a comparative analysis of intergovernmental policies and approaches*, EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg. <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/12/st17/st17547.en12.pdf>

⁵ European Monitoring Centre for Drug and Addiction (2014), *The EU drug strategy (2013-20)*.

- favorire la diffusione dei risultati delle azioni di monitoraggio, ricerca e valutazione per migliorare la comprensione di tutti gli aspetti del fenomeno e fornire prove concrete a supporto delle politiche e delle azioni intraprese.

Tra i paesi europei che, secondo la letteratura, negli ultimi anni hanno intrapreso linee di intervento innovative e significative vengono riportati l'Olanda, la Spagna e il Portogallo, in particolar modo per quanto riguarda il consumo dei derivati della cannabis (marijuana e hashish).

Olanda

La politica sulla droga olandese è caratterizzata da una rigorosa distinzione tra droghe leggere e pesanti. La legge olandese prevede l'arresto per un mese o una multa di 3.350,00 euro in caso di produzione, vendita e possesso fino a 30 grammi di cannabis, tuttavia il Ministero della Giustizia ha scelto di adottare una politica di tolleranza nei confronti delle droghe leggere⁶. Dal 1976 infatti, la vendita della cannabis viene tollerata nel caso di persone maggiorenni e in quantità non superiori ai 30 gr. in preposti locali pubblici ad oggi chiamati "Coffee Shop" dove si servono in genere anche bevande analcoliche, tè, caffè e snack. Lo scopo era ed è quello di consentire un accesso relativamente facile a quantitativi limitati di droghe leggere per uso personale, con il preciso intento di separare il mercato dei consumatori di droghe leggere da quello delle droghe pesanti in modo da creare una barriera sociale tra i due fenomeni.

L'Olanda è stata anche a lungo considerata il paese in prima fila nella ricerca e nella sperimentazione dell'uso medico della cannabis: fin dal 2003 le farmacie olandesi consentivano l'acquisto dietro prescrizione medica di cannabis terapeutica oltre che di farmaci derivati dalla cannabis (*Sativex* e *Dronabinol*) e, dal 2007, esistono anche farmacie specializzate. Le malattie più frequentemente coinvolte in queste terapie sono l'artrite reumatoide, il cancro terminale, la sclerosi multipla e l'AIDS. Alcune stime parlano di circa 1.300 pazienti che solo nel 2010 si sono curati con derivati della cannabis (anche se questa cifra sembra sottostimata)⁷.

La politica seguita dai Paesi Bassi ha sempre avuto l'obiettivo di trattenere e controllare l'uso delle droghe considerate più pericolose; affrontandole come problema sociale. Rispetto al 1970 l'uso delle droghe in questione non risulta aumentato e, da un punto di vista medico, il problema del consumo è diventato concretamente meno preoccupante. L'atteggiamento olandese sull'uso della canapa è basato sull'ipotesi che la questione del passaggio da droghe leggere a droghe pesanti⁸ sia il risultato di fattori sociali piuttosto che di fattori fisiologici. Gli olandesi credono che se un giovane adulto decide di usare droghe leggere, sia meglio che le provi in un ambiente nel quale non sia esposto alla sottocultura criminale che circonda le droghe pesanti.

I tossicodipendenti sono ritenuti pazienti e non criminali. Di conseguenza sono state adottate esaurienti misure preventive e facilitazioni di cura. La prevenzione è nelle mani di esperti che lavorano in organizzazioni dirette con grande professionalità. I Paesi Bassi spendono circa 160 milioni di fiorini l'anno per la cura dei tossicodipendenti (cifra "rispettabilissima" se paragonata a quello che gli altri paesi spendono)⁹.

Spagna

Il possesso personale e l'uso privato di piccole quantità di droghe sono formalmente depenalizzati in Spagna da quasi 30 anni. Nel 1974 la Corte suprema spagnola stabilì che il consumo e il possesso di droga non erano reati. Tuttavia tale concetto non fu integrato nel diritto spagnolo fino al 1982 e nel successivo 1992, fu approvata la prima legge che prevedeva sanzioni amministrative per uso e possesso di droga. Secondo la legge attuale, se la polizia trova un individuo in possesso di un determinato quantitativo di droga (superiore al quantitativo soglia per 5 giorni: 200 gr di cannabis, 25 gr di hashish, 2,4 gr di ecstasy, 3 gr di eroina, 7,5 gr di cocaina) è probabile che incorra in una sanzione amministrativa (tra cui una multa, sospensione di una licenza, armi o patente di guida, o altre sanzioni minori). Costituisce reato il possesso di quantità superiori alla soglia, ma la sentenza della Corte Suprema dipende dal luogo di ritrovamento delle sostanze, dall'eventuale compresenza di grandi quantità di denaro, dal tipo di sostanza (leggera o pesante) e se la destinazione fosse l'uso personale o lo spaccio.

⁶ <http://www.emcdda.europa.eu/countries/netherlands>

⁷ *Global report: the Netherlands*, The medical Marijuana review 2013 <http://medireview.com/2013/04/medical-marijuana-in-the-netherlands/>

⁸ Gateway : Nel 1995, una ricerca di Peter Cohen ad Amsterdam (P and Sas, A (1997) 'Cannabis use, a stepping stone to other drug use? The case of Amsterdam', p 49-82 in Bollinger, L. (ed), *'Cannabis Science: From prohibition to human right'*, New York: Peter Lang.) si è proposta di indagare più da vicino il fenomeno del passaggio dalle droghe leggere a quelle pesanti. Dalla ricerca è emerso che tra coloro che hanno usato la Cannabis, l'eroina è stata provata dal 4,3%. Ma il dato più sorprendente è che soltanto una minima parte di questi soggetti ha usato l'eroina abitualmente (almeno una volta al mese): appena lo 0,2%. Vale a dire che soltanto una persona su cinquecento, dopo aver provato l'eroina ha preso ad usarla con una certa continuità. L'uso di eroina con la frequenza di almeno una volta al mese è certamente indicativa di una certa situazione a rischio, ma non equivale alla tossicodipendenza: se fumi uno spinello hai 2 probabilità su 1.000 di usare eroina con una frequenza a rischio.

⁹ *Il fenomeno olandese* <http://www.ecn.org/hemp/Legislazione/Fenomeno.htm>

Soffermandosi sull'uso di Marijuana la legge, piuttosto tollerante, ne permette il consumo, la coltivazione di 3/5 piantine *ad personam* e il possesso di una precisa dose destinata al solo uso personale (40 gr/die). Reinterpretando la legge, pur senza violarla, i cittadini spagnoli sono riusciti a creare una sorta di organizzazioni private (club) dove i membri possono utilizzare cannabis in privato o insieme agli altri membri. Questi sono stati definiti "Cannabis Clubs" e, negli ultimi 10 anni, sono proliferati un po' in tutto il territorio iberico.

I Cannabis Social Club sono concepiti per contrastare il narcotraffico e tutelare i diritti dei consumatori e dei coltivatori, oltre che per contribuire allo sviluppo di una politica sulla Cannabis a beneficio della società nel suo complesso.

Nei cannabis club che, nella sola Catalogna, hanno aperto in trecento tra la fine del 2011 e l'estate 2014, consumare marijuana per scopo terapeutico o ricreativo non è un reato.

Non si può dire che la Spagna abbia deciso di legalizzare la marijuana, semplicemente i cannabis club approfittano del vuoto legislativo per permettere il diritto di assumere a uso esclusivo personale sostanze psicotrope naturali. In Spagna come in altri Paesi europei, la legge sanziona e persegue chi produce e spaccia marijuana per scopi di lucro. Per diventare socio è necessario aver compiuto i 21 anni, risiedere in Spagna ed essere un consumatore abituale. Non vengono tesserati coloro che vogliono soltanto provare per curiosità. I nuovi iscritti devono essere presentati da un socio. Al momento dell'ammissione al club, il neo socio dichiara il motivo per cui fa uso di marijuana, se ricreativo o terapeutico. Tutte queste regole esistono per evitare che i club si trasformino in "coffee shop" sul modello olandese, producendo così il turismo della droga.

Portogallo

L'approvazione della legge 30/2000 nel luglio del 2001, che ha depenalizzato il consumo e il possesso di droghe illegali e ha fissato, attraverso una tabella, il loro possesso fino a quantità pari ai bisogni di dieci giorni di consumo (25 grammi di marijuana, 5 grammi di hashish, un grammo di eroina, 2 grammi di cocaina e un grammo di MDMA, il principio attivo dell'ecstasy) rappresenta uno dei più importanti esperimenti legislativi al mondo in materia, ed ha reso il Portogallo il paese più liberale in Europa sul fronte delle droghe. Di fatto è diventato il primo paese europeo ad abolire ufficialmente tutte le sanzioni penali per il possesso personale di ogni droga esistente, dalla marijuana, alla cocaina, all'eroina e alle metanfetamine.

In pratica non si è criminalizzati se trovati in possesso di droga, ma ci sono comunque delle limitazioni nell'uso: se si viene trovati con un numero superiore alle dieci dosi giornaliere, lo si considera uno spaccio, se il consumo è inferiore, si viene posti sotto il controllo di un avvocato e un assistente sociale.

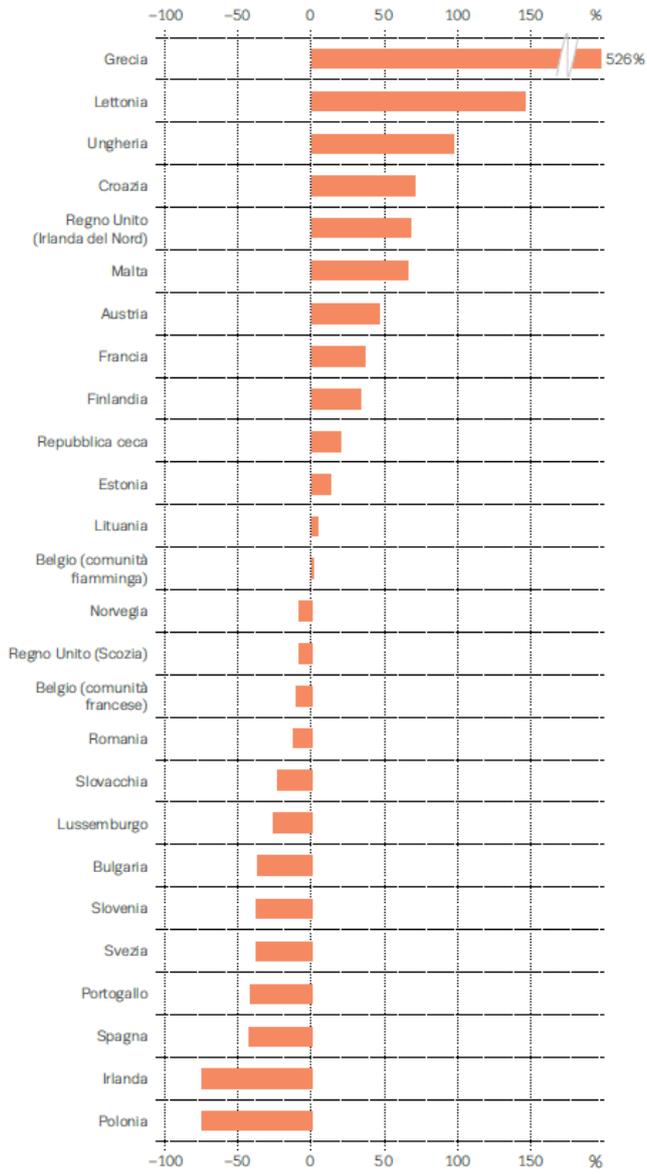
Altro elemento d'innovazione è stata la creazione di commissioni dette «di dissuasione», poste sotto l'autorità del ministero della Sanità (e non della Giustizia), dove, in caso di arresto, il consumatore deve presentarsi entro 72 ore, se non è in possesso di una quantità superiore a dieci giorni di consumo, qualunque sia la sostanza stupefacente. La commissione, formata da un giurista, da uno psicologo e da un medico, valuta il percorso dell'utilizzatore e il suo livello di consumo. Propone allora una cura sostitutiva, un sostegno psicologico o altre forme di aiuto. Il consumatore non ha l'obbligo di seguire queste indicazioni: deve soltanto evitare di venire di nuovo costretto a presentarsi di fronte alla commissione nell'arco di sei mesi. In caso contrario, sarà punito penalmente e rischia una multa fino a 600,00 euro. Comunque sia, il ruolo più importante della commissione è quello della prevenzione. La polizia, addestrata specificamente, ferma soprattutto i giovani consumatori e le commissioni cercano prima di tutto di capire la situazione, se esistono rischi di una dipendenza pesante, oppure se si tratta di un consumo occasionale o di piacere.

Dal rapporto stilato nel 2009 dal CATO Institute di Washington "Drug Decriminalization in Portugal"¹⁰, sembra che anche se i livelli di consumo di droga sono aumentati tra il 2001 e il 2007, l'uso quantitativo è sceso al di sotto dei livelli del 2001. Allo stesso tempo, si sono verificate significative riduzioni del numero di tossicodipendenti con diagnosi di HIV e AIDS. I funzionari portoghesi hanno infatti più volte evidenziato che il numero di "centomila" tossicodipendenti stimati nel 2000, dopo la riforma è stato dimezzato nei successivi dieci anni. Inoltre, in Portogallo, i tassi d'utilizzo di droga sono tra i più bassi degli Stati membri dell'UE. La polizia portoghese invia circa 1.500 persone all'anno alle varie commissioni, in media meno di 5 al giorno, e il 70% dei casi riguarda la marijuana. In dieci anni il consumo è leggermente aumentato nella popolazione in generale, ma diminuisce tra i giovani dai 15 ai 20 anni (dal 10,8% all'8,4%) e, secondo l'Istituto delle droghe e delle tossicodipendenze, «i risultati degli studi realizzati nelle scuole confermano questa diminuzione».

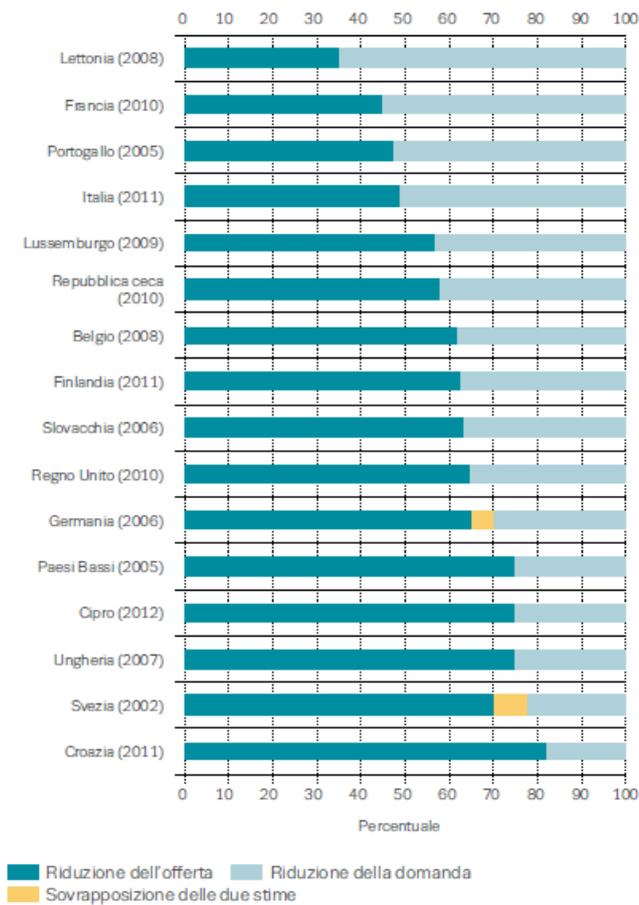
Nei quartieri dove il traffico prolifera, la violenza è diminuita e le forze dell'ordine assolvono anche a una funzione di mediazione tra i consumatori e gli abitanti. Gli sforzi sono così concentrati sui grossi traffici e sulla criminalità organizzata.

¹⁰ Drug decriminalization in Portugal, www.cato.org

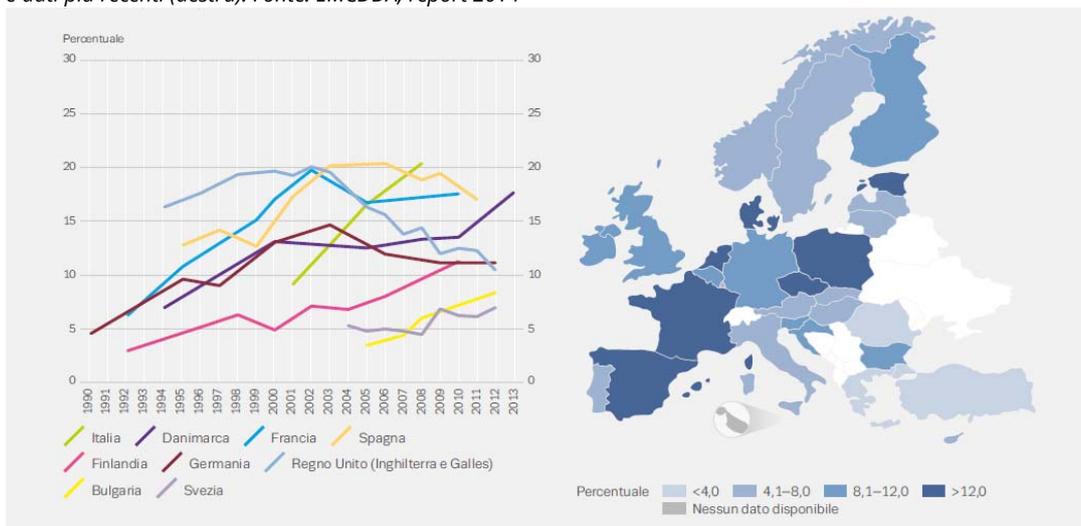
Variazioni nel numero di siringhe distribuite attraverso programmi specializzati tra il 2007 e il 2012. Fonte: EMCDDA, report 2014



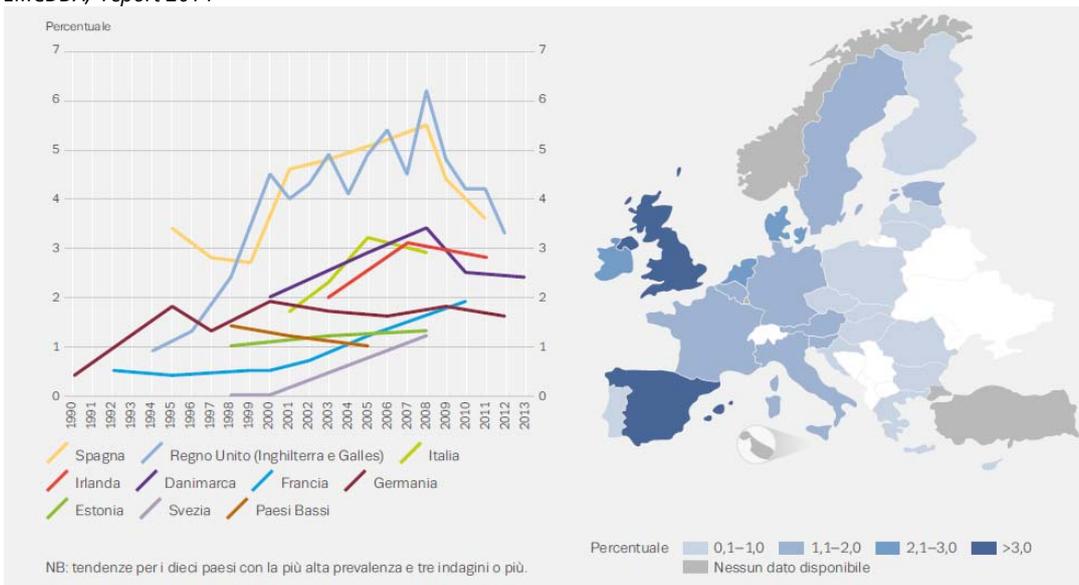
Ripartizione della spesa pubblica relativa alla droga tra riduzione della domanda e riduzione dell'offerta. Font: EMCDDA report 2014



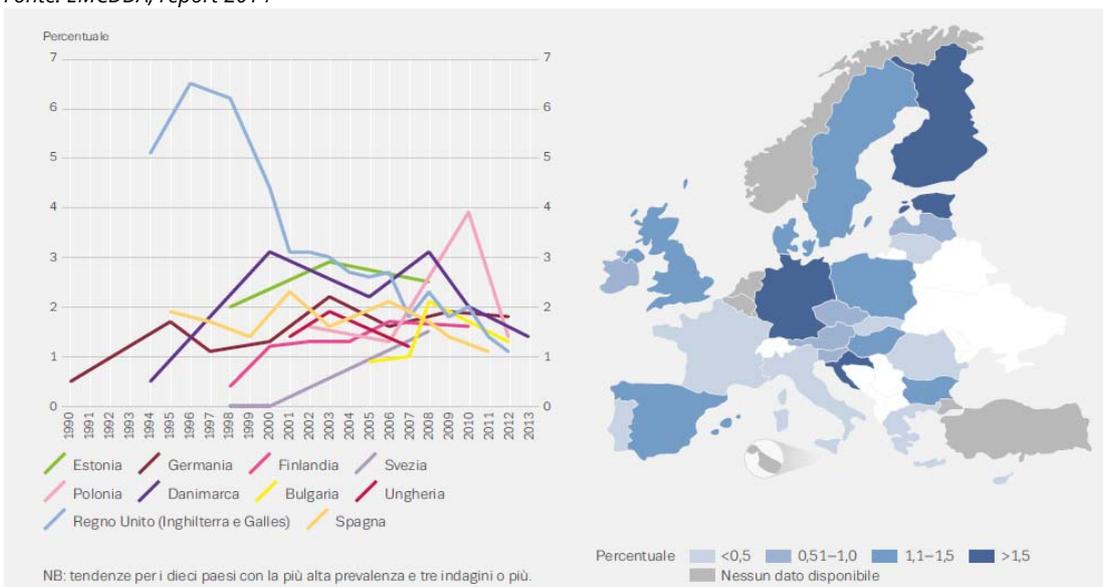
Prevalenza nell'ultimo anno del consumo di cannabis tra i giovani (15-34): solo paesi con tendenze statisticamente significative (sinistra) e dati più recenti (destra). Font: EMCDDA, report 2014



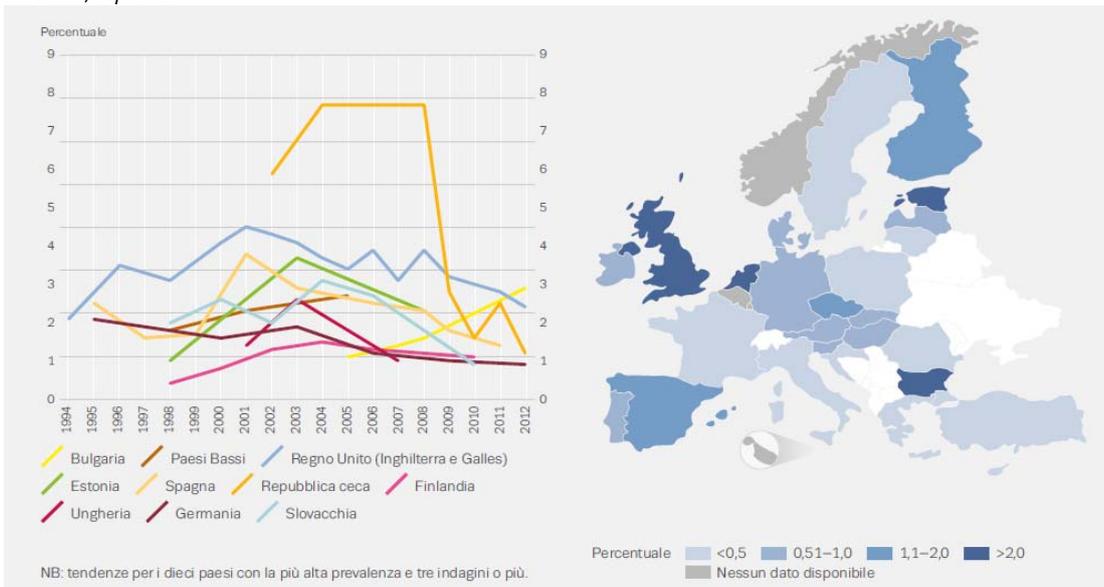
Prevalenza nell'ultimo anno del consumo di cocaina tra i giovani (15-34): tendenze selezionate (sinistra) e dati più recenti (destra). Fonte: EMCDDA, report 2014



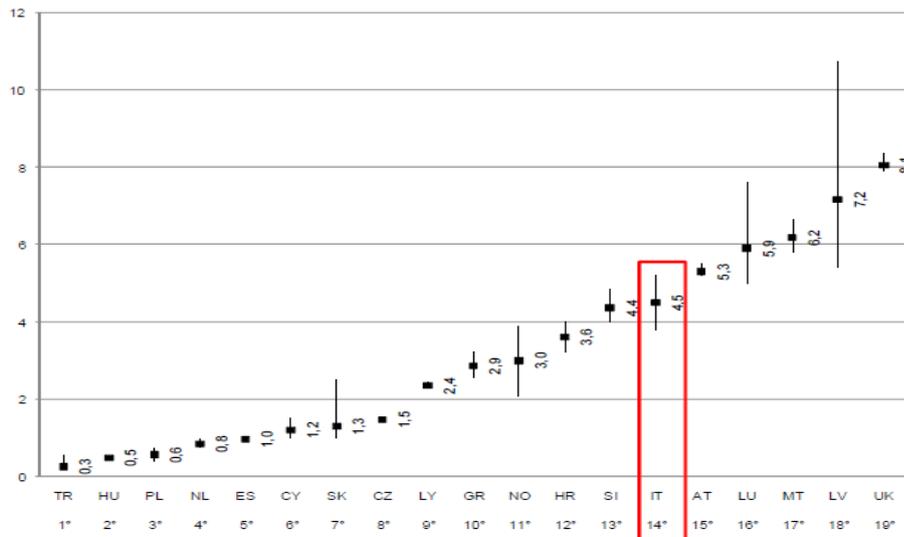
Prevalenza nell'ultimo anno del consumo di amfetamine tra i giovani (15-34): tendenze selezionate (sinistra) e dati più recenti (destra). Fonte: EMCDDA, report 2014



Prevalenza nell'ultimo anno del consumo di ecstasy tra i giovani (15-34): tendenze selezionate (sinistra) e dati più recenti (destra). Fonte: EMCDDA, report 2014



Stime di prevalenza (per 1.000 residenti, età 15-64 aa.) di soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei – confronto europeo. Fonte: DPA su dati EMCDDA 2014



Conseguenze sanitarie dell'uso di droghe, confronto europeo. Fonte: EMCDDA, report 2014

	Decessi indotti dagli stupefacenti (15-64 anni di età)	Diagnosi di HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale (ECDC)	Stima del consumo di stupefacenti per via parenterale	Siringhe distribuite attraverso programmi specializzati
Paese	casi per milione di abitanti (valore numerico)	casi per milione di abitanti (valore numerico)	casi per 1 000 abitanti	valore numerico
Belgio	17,4 (127)	0,4 (4)	2,5-4,8	937 924
Bulgaria	4,8 (24)	5,5 (40)	-	466 603
Repubblica ceca	3,9 (28)	0,6 (6)	5,32-5,38	5 362 334
Danimarca	46,3 (168)	2 (11)	-	-
Germania	16,8 (908)	1 (81)	-	-
Estonia	190,8 (170)	53,7 (72)	4,3-10,8	2 228 082
Irlanda	70,5 (215)	2,8 (13)	-	274 475
Grecia	-	42,9 (484)	0,93-1,25	406 898
Spagna	11,4 (360)	4,4 (166)	0,19-0,21	1 990 136
Francia	6,7 (283)	1,2 (76)	-	13 800 000
Croazia	16,1 (46)	0,2 (1)	0,3-0,6	256 544
Italia	10,1 (390)	3,4 (208)	-	-
Cipro	12 (7)	0 (0)	0,2-0,4	0
Lettonia	12,4 (17)	46 (94)	-	311 188
Lituania	34,7 (70)	20,6 (62)	-	196 446
Lussemburgo	22,1 (8)	7,6 (4)	4,5-6,85	212 822
Ungheria	3,5 (24)	0 (0)	0,8	420 812
Malta	16,2 (4)	0 (0)	-	376 104
Paesi Bassi	10,2 (113)	0,4 (7)	0,21-0,22	237 400
Austria	28,1 (160)	4,5 (38)	-	4 625 121
Polonia	9,9 (271)	1,1 (42)	-	98 000
Portogallo	4,2 (29)	5,3 (56)	-	1 341 710
Romania	2 (28)	8 (170)	-	1 074 394
Slovenia	18,4 (26)	0,5 (1)	-	553 426
Slovacchia	6,2 (24)	0,2 (1)	-	11 691
Finlandia	58 (205)	1,3 (7)	-	3 539 009
Svezia	62,6 (383)	1,7 (16)	-	73 125
Regno Unito	38,3 (1 598)	1,8 (111)	2,9-3,2	9 349 940
Turchia	3,1 (154)	0,1 (6)	-	-
Norvegia	75,9 (250)	2,2 (11)	2,2-3,1	3 011 000
Unione europea	17,1 (5 686)	3,5 (1 771)	-	-
UE, Turchia e Norvegia	-	3,1 (1 788)	-	-

Le politiche di intervento in Italia

Nel nostro paese la prima normativa organica in materia di sostanze stupefacenti è stata introdotta con la legge n. 1041 del 1954 che conteneva norme *sulla disciplina della produzione, del commercio e dell'impiego degli stupefacenti* nel cui testo, prevalentemente a carattere repressivo e sanzionatorio penale, apparivano secondari, se non addirittura inesistenti, gli aspetti medico-sociali. Successivamente nel 1975, fu approvata la legge n. 685 che recava evidente la duplice opzione legislativa nei confronti del problema degli stupefacenti e dei reati ad esso connessi, nonché dei relativi stati di tossicodipendenza, per la prima volta intesi quali malattie da curare. Verso la metà degli anni Ottanta, dato il mutamento in corso dell'orientamento culturale e politico, quest'ultima disciplina fu messa in discussione in maniera sempre più accentuata. Le differenti proposte di modifica condussero all'approvazione della legge n. 162 del 1990, detta *Jervolino-Vassalli* che operò una svolta sotto il profilo dell'assunzione di sostanze stupefacenti. Da questa si giunse al testo unico con *decreto Presidente della Repubblica n. 309 del 1990*. Tuttavia nella nuova disciplina venne rafforzato il divieto di utilizzo delle sostanze stupefacenti e della illiceità di qualsiasi forma di detenzione delle stesse, ponendo sullo stesso piano il consumatore e lo spacciatore. Fu inoltre introdotta la nozione di *dose media giornaliera* con lo scopo di fissare il confine tra rilevanza amministrativa e penale (tale concetto fu poi abolito dal Referendum del 1993 promosso dal Partito radicale). Nel febbraio 2006 la legge n. 49 (nota come Fini-Giovanardi) modificò il D.P.R. 309 conferendo una più forte impronta repressiva. Furono rivisitati infatti sia le discipline sanzionatorie, penale e amministrativa, ma la novità più dirimpante fu la scomparsa della distinzione tra droghe pesanti e leggere (i cannabinoidi) che provocò un sostanziale aggravamento del trattamento nei confronti dell'uso delle *ex droghe leggere*. Infine, nel febbraio 2014 la Corte costituzionale ha dichiarato

illegittima la legge Fini-Giovanardi a causa delle violazioni dell'art. 77 della Costituzione, poiché la disciplina con le modifiche apportate nel 2006 furono inserite in un testo normativo riguardante tutt'altro (le Olimpiadi invernale di 2006)¹¹.

Con questa modifica vengono ridefinite le tabelle degli stupefacenti, per inserire le oltre 500 sostanze classificate a partire dal 2006 reintroducendo la quadripartizione. Le tabelle, cioè, sono quattro: la prima e la terza raggruppano le droghe pesanti, la seconda e la quarta quelle leggere. In seconda tabella è inserita la cannabis naturale, fra gli stupefacenti pesanti (prima tabella) includono oltre a cocaina ed eroina anche le droghe sintetiche come l'ecstasy e quelle riconducibili per struttura chimica o effetti al thc (tetraidrocannabinolo), principio attivo della cannabis indica. In sostanza i prodotti contenenti Thc sintetizzati in laboratorio

La legge Fini-Giovanardi, tra le altre cose, ha contribuito in maniera decisiva al sovraffollamento delle carceri italiane degli ultimi anni: secondo il garante dei detenuti del comune di Firenze, Franco Corleone, "nel 2011 ben 28mila persone sono finite dietro le sbarre per detenzione di stupefacenti".

Sulla base delle indicazioni e dei principi generali forniti dal Piano di Azione Europeo per la lotta alla droga nel 2010 è stato approvato Piano d'Azione Nazionale. Il documento, prodotto dal Dipartimento Politiche Antidroga (DPA) è suddiviso in **5 principali aree di intervento**:

- 1) La prevenzione - informazione precoce, prevenzione universale e selettiva, la diagnosi precoce di uso di sostanze stupefacenti (early detection) e approccio educativo;
- 2) La cura e diagnosi delle tossicodipendenze - contatto precoce, pronta accoglienza, diagnosi e terapie appropriate e contestuale prevenzione delle patologie correlate;
- 3) La riabilitazione ed il reinserimento - sociale e lavorativo;
- 4) Il monitoraggio e la valutazione - criterio di finanziabilità;
- 5) La legislazione, le attività di contrasto e la giustizia minorile - sia sul territorio che sulla rete Internet.

Inoltre, il DPA, in ottemperanza anche alle indicazioni delle Nazioni Unite, ed in particolare delle Risoluzioni 56/4 di marzo 2013 e 55/1 di marzo 2012, e all'EU Action Plan on Drugs (2013-2016), adottato dal Consiglio il 6 giugno 2013, ha promosso la realizzazione di un sintetico aggiornamento sulle principali caratteristiche delle nuove sostanze psicoattive¹² individuate, mettendo a punto una serie di indicazioni strategiche, obiettivi ed azioni per poter iniziare a costruire una risposta integrata e coordinata tra tutte le amministrazioni ed organizzazioni a vario titolo coinvolte, al fine di poter fronteggiare questa problematica emergente che spero potrà trovare adeguata considerazione ed adesione a tutti i livelli.

Uso terapeutico

In Italia infatti il ricorso ai medicinali cannabinoidi è legittimo ormai dal 2007, quando l'allora ministro della Salute Livia Turco riconobbe l'uso terapeutico del THC, principale principio attivo della cannabis, e di altri due principi simili di origine sintetica, il Dronabinol e il Nabilone. Ma, a distanza di sette anni, arrivare ad assumere i farmaci che contengono THC nel nostro Paese è ancora molto difficoltoso. Tra la resistenza dei medici a prescriberli e delle farmacie a venderli, le procedure burocratiche da seguire e i costi altissimi dovuti all'importazione del prodotto, i malati spesso si vedono costretti a rivolgersi agli spacciatori di strada seguendo le procedure legali, il prezzo in Italia varia dai 30 fino ai 75 euro al grammo, dallo spacciatore, invece, trovi la marijuana anche a tre euro. Alcuni scelgono addirittura l'autocoltivazione, con tutti i rischi penali che questo può comportare.

Tutta la marijuana utilizzata a uso terapeutico viene importata dall'Olanda dal Ministero della Salute a un prezzo che varia dagli 11 ai 15 euro al grammo. La coltivazione non è ancora possibile, con le sole eccezioni delle autorizzazioni concesse dal ministero alle coltivazioni per scopi scientifici e sperimentali. Il Veneto, è una delle nove regioni italiane (insieme a **Toscana**, Liguria, Marche, Friuli Venezia Giulia, Puglia, Abruzzo, Sicilia e Umbria) ad aver approvato specifiche leggi regionali per l'utilizzo dei farmaci a base di cannabinoidi per la terapia del dolore e altre cure, garantendo il rimborso per i pazienti affetti da specifiche malattie (sclerosi multipla e SLA).

¹¹ Legge 16 maggio 2014, n. 79 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 20 marzo 2014, n. 36, recante disposizioni urgenti in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, nonché di impiego di medicinali meno onerosi da parte del Servizio sanitario nazionale», pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 115 del 20 maggio 2014.

¹² Dal 2009 il Sistema Nazionale di Allerta Precoce per le droghe del Dipartimento Politiche Antidroga ha monitorato strettamente la situazione sul territorio italiano rilevando circa 280 nuove sostanze circolanti.

A settembre 2014, però, qualcosa si è mosso. Il ministero della Difesa e quello della Salute hanno dato il via libera alla produzione della marijuana di Stato a uso terapeutico. A produrla, sarà l'esercito italiano nello Stabilimento chimico farmaceutico militare di Firenze, che oltre a soddisfare le esigenze sanitarie delle forze armate, produce già farmaci difficilmente reperibili sul mercato, è già in possesso delle autorizzazioni per la fabbricazione di medicinali e l'impiego di sostanze stupefacenti e psicotrope e ha una superficie di 55mila metri quadrati, sufficiente per avviare la coltivazione di cannabis.

Toscana

In Toscana il sistema dei Servizi per le dipendenze si articola in:

- **40** Ser.T in 12 dipartimenti (uno per AUSL)
- **35** equipe algologiche + 1 centro alcologia c/o AOU Careggi
- **27** centri antifumo di cui:
 - 18 c/o Ser.T
 - 6 c/o ospedale (pneumologia)
 - 3 c/o AOU

Gioco: su 40 Ser.T **30** equipe dedicate al gioco e 24 ambulatori attivi

Servizi residenziali e semiresidenziali pubblici sono:

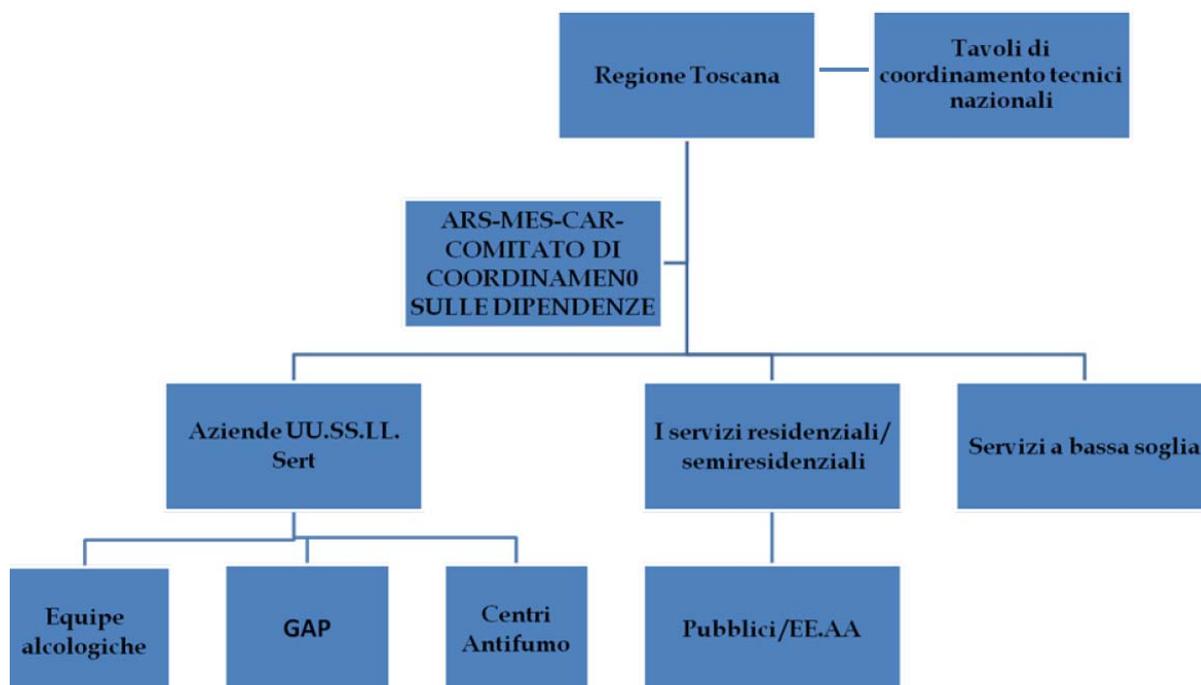
- Le comunità terapeutiche pubbliche, che sono 11 e sono gestite dalle AUSL di Lucca, Pistoia, Pisa, Livorno e Firenze.
- Gli enti ausiliari che sono 19, gestiscono 44 comunità terapeutiche e sono tutti aderenti al Coordinamento degli enti ausiliari della Regione Toscana (CEART).

Servizi a bassa soglia: gestiti dagli enti aderenti al Coordinamento toscano comunità di accoglienza (CTCA), in collaborazione con le Società della salute di Firenze, Pisa, Livorno e ANCI della salute di Firenze, Pisa, Livorno e ANCI Toscana a forte marginalità sociale:

- Unità mobile in contesti di consumo e spaccio: 4
- Unità mobile/postazione attrezzata negli eventi di aggregazione: 3
- Centro fisso a bassa soglia: 5

La figura sottostante mostra come sono articolati in Toscana i servizi per le dipendenze:

Il Quadro Regionale



Di seguito vengono elencate le principali leggi e delibere regionali in ordine cronologico. Tuttavia è importante prima segnalare una delle più recenti e innovative in materia di droghe:

Legge regionale n.18, approvata dal Consiglio regionale nel maggio 2012

“Disposizioni organizzative relative all’utilizzo di talune tipologie di farmaci nell’ambito del servizio sanitario regionale”. Con questa normativa la Toscana ha fatto da apripista per altre regioni italiane in merito all’utilizzo terapeutico della cannabis (vedi pag. 15).

Legge regionale 20 giugno 1986, n. 28

Norme in materia d’impiego di farmaci ad azione analgesico-narcotica nel trattamento dei tossicodipendenti.

Legge regionale 9 settembre 1991, n. 51

Istituzione e funzionamento dei SERT - Servizi per le tossicodipendenze - Attuazione del D.M. 30 novembre 1990, n. 444.

Delibera 21 ottobre 2002, n. 1165

Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di interventi nel settore delle dipendenze patologiche e sperimentazione regionale delle tipologie di servizi residenziali e semiresidenziali di cui all’atto di intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999 allegato A, allegato B, allegato C, allegato D

Deliberazione 26 aprile 2011, n. 292

Piano Sanitario Regionale 2008-2010 e Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010. Azioni di sostegno alle politiche territoriali nell’area delle dipendenze.

Delibera Giunta regionale 3 agosto 2009, n. 694

D.G.R. n. 13/2009 "P.S.R. 2008-2010 - Istituzione Comitato regionale di coordinamento sulle dipendenze".Modifica.

Delibera GRT n. 487 del 13-06-2011

Approvazione schema di Accordo di Collaborazione tra la Regione Toscana, le Aziende USL e il Coordinamento degli Enti Ausiliari della Regione Toscana (C.E.A.R.T.) in materia di prevenzione e recupero di persone con problemi di dipendenza.

Deliberazione 7 novembre 2011, n. 949

Interventi di prevenzione e riduzione del danno in favore di persone tossico/alcolodipendenti a forte marginalità sociale- Approvazione schema di Accordo di collaborazione tra Regione Toscana, Società della Salute di Firenze, Pisa e Livorno, Coordinamento Toscano Comunità di Accoglienza.

Delibera GRT n. 1232 del 27-12-2011

D.G.R.T. n. 848/2010: Approvazione Linee di indirizzo per la presa in carico di persone detenute tossicodipendenti e alcolodipendenti per l'incremento della fruizione dei percorsi alternativi al carcere e destinazione risorse.

Delibera GRT n. 1102 del 11-12-2012

Approvazione Linee di Indirizzo per la presa in carico di soggetti con problemi di dipendenza che afferiscono ai servizi per le tossicodipendenze (SERT) delle Aziende USL Toscane.

Decreto Dirigenziale n. 1771 del 9 maggio 2014

"D.P.G.R 8 Gennaio 2014 n.1 R .- Modifiche al Decreto del Presidente della Giunta Regionale 24 dicembre 2010, n 61/R. (Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009 n.51) in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie"- Elenco regionale di ricognizione delle sedi operative per la riabilitazione e reinserimento dei soggetti tossicodipendenti iscritte all'Albo regionale degli Enti Ausiliari ex L.R. 54/1993".

Delibera GRT n. 1127 del 16 dicembre 2013

"Interventi di prevenzione e riduzione del danno in favore di persone tossico/alcolodipendenti a forte marginalità sociale. Approvazione schema di Accordo di collaborazione tra Regione Toscana, ANCI Toscana, Società della salute di Firenze, Pisa, Livorno, Coordinamento toscano comunità di accoglienza (CTCA)".

Delibera 20 maggio 2013, n. 353

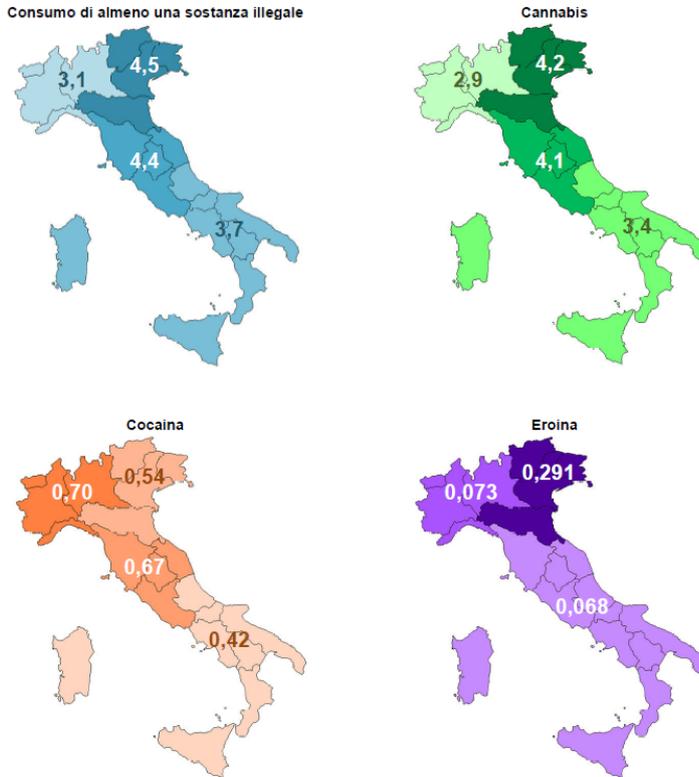
Integrazione tipologie di servizi residenziali e semiresidenziali per tossicodipendenti ex D.G.R.T. 1165/2002 con il servizio residenziale terapeutico per minori e giovani adolescenti allegato A.

Decreto 3 luglio 2014, n. 2772

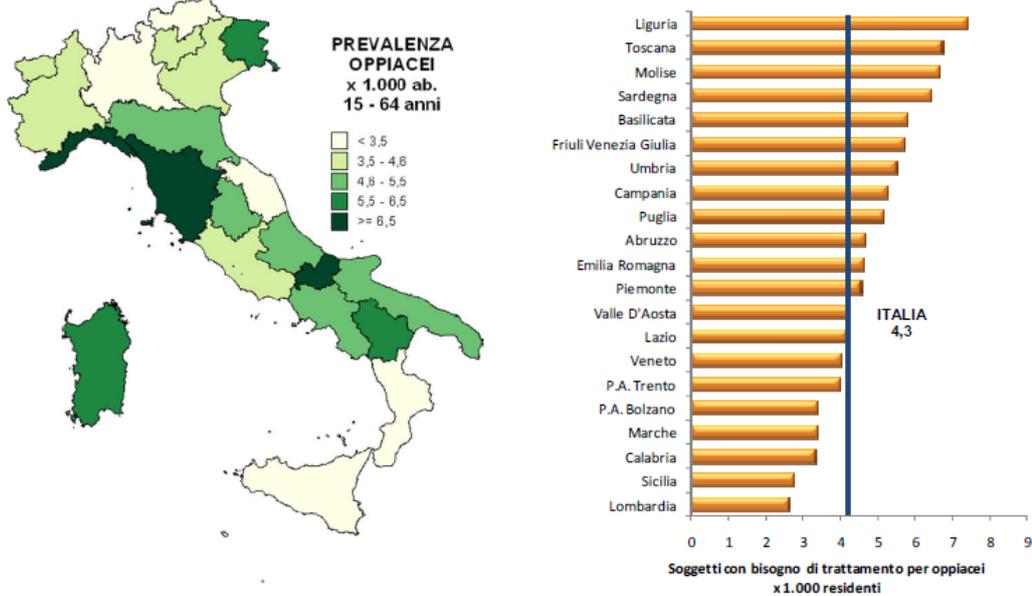
D.G.R.T. 1198/2013 "Implementazione Sistema informativo regionale tossicodipendenze (SIRT) - Formazione degli operatori delle dipendenze e indicazioni per la costituzione del gruppo di lavoro multiprofessionale. Destinazione risorse all'AUSL 5 di Pisa" - Costituzione del gruppo di lavoro multiprofessionale.

Tavole di comparazione tra regioni italiane su consumi, conseguenze sanitarie dell'abuso di droghe e bisogno di trattamento

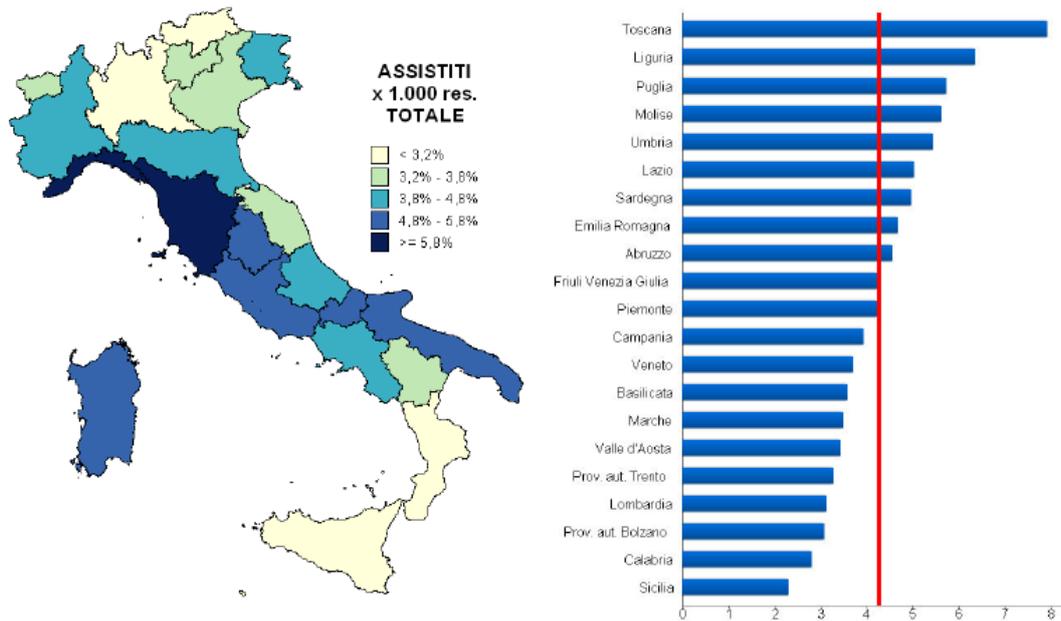
Consumo di sostanze stupefacenti (prevalenza %) nella popolazione generale 18-64 anni (uso di sostanze negli ultimi 12 mesi), per area geografica. Anno 2012. Fonte: DPA su dati rilevazione GPS



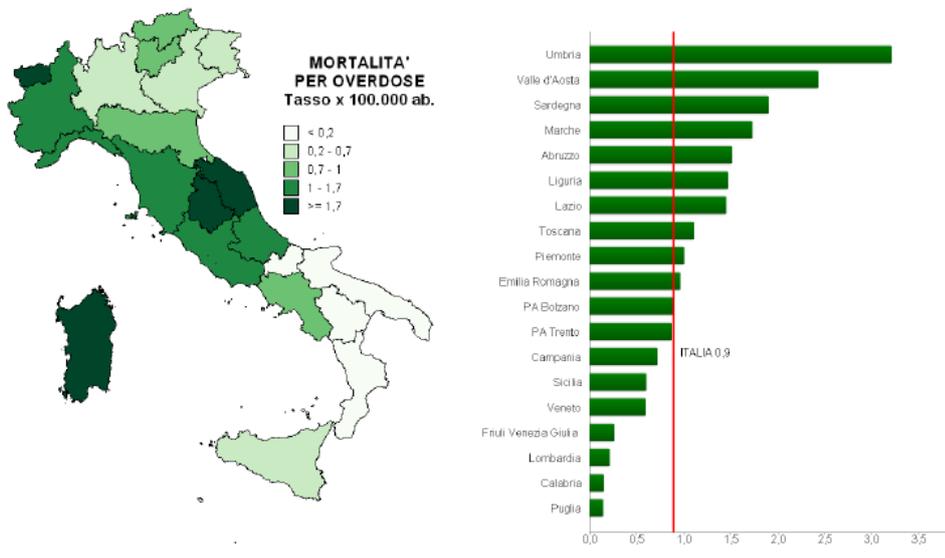
Stime di prevalenza (per 1.000 residenti, età 15-64 aa.) di soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei. Anno 2013. Fonte: DPA su flussi informativi ministeriali



Utenti assistiti dai Ser.T per 1.000 residenti 15-64 anni, per area geografica e scostamenti del dato regionale dalla media nazionale. Anno 2013. Fonte: DPA su dati flusso SIND e schede ANN – Ministero della salute



Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti (decessi x 100.000 residenti). Anno 2013. Fonte: DPA su dati Ministero dell'interno DCSA



Gioco d'azzardo patologico (GAP)

Italia

Decreto-legge n. 158 (c.d. Decreto Balduzzi) convertito, con modificazioni, in Legge 8 novembre 2012, n. 189 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello di tutela della salute".

Art. 5 Aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza con particolare riferimento alle persone affette da malattie croniche, da malattie rare, nonché da ludopatia (ad oggi i LEA sul GAP non sono stati ancora definiti).

Piano d'azione nazionale (2013-15) approvato nel dicembre 2013 e prodotto dal Dipartimento per le Politiche antidroga – Presidenza del Consiglio dei ministri:

La strategia generale su cui articolare le azioni e gli interventi preventivi per il gioco d'azzardo patologico e si basa su alcuni principi generali che possono essere così riassunti:

1. GAP: malattia sociale (OMS)

Il gioco d'azzardo patologico, che in alcune persone può instaurarsi come conseguenza estrema di un gioco prolungato, è una "dipendenza comportamentale patologica", e come tale è una malattia prevenibile, curabile e guaribile in grado di compromettere la salute e la condizione sociale del singolo individuo e della sua famiglia. Il gioco d'azzardo problematico è invece un "comportamento a rischio per la salute" prevenibile ed estinguibile, prodromico allo sviluppo di dipendenza patologica.

2. Vulnerabilità

Esistono persone particolarmente vulnerabili a sviluppare tale condizione patologica in seguito alla presenza di fattori individuali e socio-ambientali. Tali persone, se esposte alle varie forme di gioco d'azzardo, proprio per la loro condizione di particolare suscettibilità, possono sviluppare un comportamento a rischio per la salute (gioco d'azzardo problematico) in grado, se persistente, di evolvere verso uno stato di dipendenza patologica.

3. Gioco e intrattenimento

Il gioco d'azzardo non in tutte le persone, ma solo in una minoranza, può creare problemi di salute di vario tipo; in altre, può essere fonte di intrattenimento che, se esercitato legalmente e moderatamente, non crea particolari problemi.

4. Sviluppo di consapevolezza e diagnosi precoce

Gli interventi preventivi dovrebbero mirare a creare precocemente consapevolezza dell'esistenza di un eventuale problema nelle persone a rischio in modo da indurre comportamenti di autoregolazione e autodeterminazione. Tali comportamenti possono ridurre il rischio evolutivo e, nel caso di presenza di patologia già sviluppata, indurre un accesso precoce ai servizi sanitari pubblici di diagnosi e cura.

5. Offerta e incentivo al gioco

E' dimostrato che le persone vulnerabili risentono dell'alto grado di disponibilità e accessibilità agli stimoli di gioco e pertanto la presenza di un'alta intensità di punti di gioco sul territorio, specialmente se non ben regolamentata, potrebbe creare un aumento delle persone con problemi GAP correlati.

6. Prevenzione dell'usura

Le persone con GAP sono facilmente preda di usura e sfruttamento da parte di organizzazioni criminali. E' quindi necessario prevedere piani e programmi che tengano conto di questo aspetto che può creare gravi problemi sia per l'individuo sia per la sua famiglia.

7. Legalità del gioco

Il gioco legale e l'organizzazione che lo sostiene e lo offre sono un mezzo in grado di ridurre l'offerta di gioco illegale, se ben gestito e controllato. Pertanto, è necessario mettere in atto misure preventive che sostengano il gioco legale e contrastino quello illegale anche al fine di prevenire l'accesso di persone particolarmente vulnerabili e quindi attratte da percorsi più ad alto rischio, che apparentemente offrono maggiori vincite e agevolazioni di credito.

8. Informazione e avvertenze

La comunicazione preventiva e le informazioni di warning si sono dimostrate efficaci nel rendere consapevoli le persone che il gioco d'azzardo può produrre dipendenza, ma è necessario tenere conto che le azioni preventive devono trovare una giusta differenziazione nei messaggi di comunicazione in base ai differenti target, ai loro modelli comportamentali e alle problematiche correlate specifiche (giovani, adulti, anziani, persone più vulnerabili per proprie caratteristiche individuali, persone che contemporaneamente al gioco d'azzardo usano sostanze stupefacenti e/o alcol, persone con patologie psichiatriche correlate).

9. Approccio bilanciato

Le organizzazioni produttive dell'industria dell'intrattenimento rappresentano un settore importante dell'economia che, se ben gestito, è in grado di generare occupazione e redditi sociali. Tuttavia, la priorità per lo Stato è anche quella di assicurare che questo importante settore industriale non crei danni di salute ai cittadini vulnerabili. L'approccio generale, quindi, per una corretta regolamentazione del settore, dovrà essere bilanciato e ben strutturato in modo da trovare il giusto equilibrio tra la produttività e la tutela della salute.

10. Valutazione dell'efficacia della prevenzione

La valutazione dell'efficacia e della sostenibilità dei piani e dei progetti preventivi costituiscono un principio irrinunciabile per poter determinare la finanziabilità e la correttezza degli investimenti al fine di raggiungere efficientemente i risultati attesi in termini preventivi.

11. Coordinamento nazionale delle azioni di prevenzione

Il coordinamento nazionale e interregionale delle politiche di prevenzione sono un fattore decisivo e fondamentale per poter assicurare interventi equanimi, efficaci e omogenei su tutto il territorio nazionale.

Toscana

Principali leggi e delibere regionali:

Delibera Giunta regionale 3 agosto 2009, n. 694 - D.G.R. n. 13/2009 "P.S.R. 2008-2010 – "Istituzione Comitato regionale di coordinamento sulle dipendenze". Modifica.

Il PSR 2008-2010 stabilisce inoltre che compete ai SerT l'assistenza alle persone con problemi di GAP.

Delibera di Giunta regionale toscana n. 860 del 5 ottobre 2010

"Linee di indirizzo sugli interventi di prevenzione, formazione e trattamento del Gioco d'azzardo patologico".

Legge Regionale 18 ottobre 2013, n. 57

"Disposizioni per il gioco consapevole e per la prevenzione della ludopatia".

Legge Regionale n. 85 del 23/12/2014

"Modifiche alla legge regionale 18 ottobre 2013, n. 57 (Disposizioni per il gioco consapevole e per la prevenzione della ludopatia)". Nuove disposizioni per il contrasto della ludopatia.

Infine, la proposta di PSSIR 2012-2015 prevede:

- di intervenire sui tavoli nazionali per la definizione dei LEA;
- il potenziamento della rete dei servizi pubblici e del privato sociale;
- la formazione e l'aggiornamento degli operatori;
- il proseguimento della sperimentazione residenziale breve per la cura dei giocatori patologici.

In molti SERT delle AUSL toscane sono stati attivati ambulatori specialistici per il trattamento del GAP con un approccio terapeutico multimodale integrato medico, psicologico e socio-educativo finalizzato al raggiungimento dell'astensione dal gioco d'azzardo e al cambiamento dello stile di vita.

www.ars.toscana.it