

**Annamaria Lax, Daniele Carretta,
Giuseppe Carrà, Massimo Clerici**

DIPENDENZE E MISURE ALTERNATIVE ALLA PENA

**Trattamenti sanitari volontari,
condizionati e obbligatori
nella doppia diagnosi**

Prefazione di Giovanni Serpelloni



DIPENDENZE: STRUMENTI/LABORATORIO

FrancoAngeli

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



La collana *Dipendenze* propone strumenti operativi, linee-guida cliniche, presentazioni di protocolli o risultati di ricerche-intervento e, più in generale, materiali formativi sui differenti aspetti della dipendenza che sono espressione sia delle diverse aree “culturali” rappresentate nel settore, sia delle molteplici professionalità impegnate negli specifici Servizi esistenti sul territorio.

L’obiettivo è quello di mettere a disposizione uno spazio di riflessione e, possibilmente, di suscitare uno scambio di esperienze il più ampio possibile, sviluppando uno stringente confronto su metodologie e tecniche utili alla costituzione di una “identità” disciplinare trasversale. Tale trasversalità vuole riferirsi, da un lato, alle differenti figure professionali operanti oggi nelle équipes di lavoro – medici, specialisti di più varia formazione, psichiatri, psicologi, assistenti sociali, sociologi, educatori, tecnici della riabilitazione, volontariato, familiari impegnati nell’auto-aiuto, ecc. – e, dall’altro, alle diverse istituzioni – pubbliche e private – che si pongono come finalità non secondaria del loro impegno la crescita di una cultura di area sufficientemente “forte” e modelli operativi il più possibile “integrati”.

L’iniziativa si propone inoltre di stimolare, attraverso un incremento dell’interscambio tra istituzioni, servizi e singoli operatori, l’elaborazione di proposte o la verifica di progetti avviati dai più diversi interlocutori sia su temi di interesse generale, sia su singole sperimentazioni cliniche e di ricerca.

Dopo l’introduzione delle leggi di riordino del settore, i Servizi e la “cultura” di lavoro nel campo dell’abuso e delle dipendenze sono infatti in profonda modificazione proprio a seguito del radicale impulso alla professionalizzazione offerto dall’impiego di programmi e tecniche sempre più affinate.

In linea con tali premesse la collana si giova, oltreché di un Comitato di Consulenza, anche di un Comitato Scientifico composto dalle diverse Società e istituzioni che coagulano operatori di diversa professionalità e orientamento e che rappresentano i partner privilegiati per identificare contributi o filtrare suggerimenti elaborati in contesti di “scambio” quali Riviste di settore o specifiche iniziative di aggiornamento e formazione.

La collana articola la sua produzione in due sezioni: *Strumenti* per testi operativi e *Laboratorio* per la ricerca e il dibattito.

Coordinatore della collana: *Massimo Clerici*.

Comitato di consulenza

Clinica e organizzazione dei Servizi

Eugenio Aguglia, Gerardo Favaretto, Riccardo C. Gatti, Claudio Mencacci, Enrico Tempesta

Ricerca

Giuseppe Carrà, Francesco Catapano, Gilberto Gerra, Emilio Sacchetti, Fabrizio Starace

Alcoolismo

Massimo Casacchia, Luigi Janiri, Alfio Lucchini, Antonio Mosti, Gino Pozzi

Psicoterapia

Italo Carta, Flavio Bonfà, Massimo Di Giannantonio, Giuseppe Mammana, Umberto Nizzoli

Interventi familiari

Paolo Bertrando, Luigi Cancrini, Maurizio Coletti, Mauro Croce, PierGiorgio Semboloni

Consiglio direttivo della società italiana per lo studio dei comportamenti di abuso e dipendenza – SICAD, Sezione Speciale della Società Italiana di Psichiatria:

Eugenio Aguglia, Giovanni Bellio, Sonia Biscontini, Flavio Bonfà, Massimo Clerici, Giuseppe Carrà, Italo Carta, Francesco Catapano, Massimo E. Diana, Massimo Di Giannantonio, Angelo Fioritti, Riccardo C. Gatti, Luigi Janiri, Stefano Lucisoli, Giuseppe Mammana, Paolo Miragoli, Gino Pozzi, Michele Sanza, Rosangela Scioli, Enrico Tempesta, Giuseppe Zanda.

Comitato scientifico

ALEA – Associazione per lo studio del gioco d'azzardo e dei comportamenti a rischio: Riccardo Zerbetto

ANSISA – Associazione Nazionale Specialisti in Scienza dell'Alimentazione: Michele Carruba

ERIT ITALIA – Federazione Europea degli operatori delle Tossicodipendenze: Vittorio Foschini

FEDERSERD – Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze: Alessandro Coacci

GRUPPO ABELE

Leopoldo Grosso

ITACA – Delegazione Territoriale Italiana Associazione Europea degli operatori professionali delle Tossicodipendenze: Amedea Lorusso

SIA – Società Italiana di Alcologia: Giovanni Greco

SIS-DAC – Società Italiana Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare: Fausto Manara

SITD – Società Italiana Tossicodipendenze: GianPaolo Guelfi

**Annamaria Lax, Daniele Carretta,
Giuseppe Carrà, Massimo Clerici**

DIPENDENZE E MISURE ALTERNATIVE ALLA PENA

**Trattamenti sanitari volontari,
condizionati e obbligatori
nella doppia diagnosi**

Prefazione di Giovanni Serpelloni

DIPENDENZE: STRUMENTI/LABORATORIO

FrancoAngeli

Grafica della copertina: Elena Pellegrini

Copyright © 2013 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese– tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore.
L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni
della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.*

Indice

Prefazione , di <i>Giovanni Serpelloni</i>	pag.	9
Introduzione , di <i>Gli Autori</i>	»	13
1. Evoluzione e sviluppi delle strategie d'intervento nei confronti di tossicodipendenti autori di reato: dalla prospettiva penale a quella terapeutica. Le convenzioni delle nazioni unite	»	17
2. Norme legislative internazionali in materia di misure alternative alla pena	»	26
2.1. Norme legislative internazionali in materia di misure alternative alla pena: fondamenti normativi	»	26
2.1.1. Il rapporto tra consumo di stupefacenti e criminalità	»	26
2.1.2. Stati Uniti	»	31
2.1.3. Unione europea	»	34
2.1.3.1. Classificazione delle sostanze stupefacenti nei Paesi dell'Unione europea	»	34
2.1.3.2. Legislazione in materia di stupefacenti nei Paesi dell'Unione europea	»	35
2.2. Misure trattamentali e non, alternative alla pena	»	42
2.2.1. Stati Uniti: aspetti normativi e operativi. Il modello delle Drug Courts	»	42
2.2.2. Provvedimenti alternativi alla pena all'interno dell'Unione europea	»	46
2.3. Variabilità nell'implementazione internazionale delle legislazioni	»	58
2.3.1. La diffusione delle Drug Courts all'interno del territorio nazionale statunitense	»	58

2.3.2. Variabilità nell'implementazione delle legislazioni all'interno dell'Unione europea	pag.	62
3. Obiettivi e contenuti dei programmi di trattamento in alternativa alla sanzione penale	»	65
3.1. Agenzie di presa in carico del provvedimento trattamentale ed identificazione delle fonti delle risorse finanziarie impiegate a sostenere i costi del servizio	»	66
3.1.1. Principi e procedure del sistema di “funding” delle Drug Courts statunitensi	»	66
3.1.2. Misure alternative alla pena in Europa: cenni su alcuni modelli organizzativi e sui relativi sistemi di finanziamento	»	70
3.2. Obiettivi, setting e staff dei modelli di trattamento alternativi alla sanzione penale. Caratteristiche e requisiti organizzativi	»	73
3.2.1. Il paradigma delle Drug Courts: definizione degli obiettivi e della popolazione eleggibile. Descrizione delle fasi di screening, assessment e trattamento. Il Drug Court Team: un nuovo modo di collaborare	»	73
3.2.2. Descrizione degli obiettivi e dei contenuti delle misure previste in alternativa alla sanzione penale in Europa: alcuni modelli nazionali a confronto	»	82
3.3. Forme di supervisione e monitoraggio della compliance del cliente. Condizioni e modalità che definiscono il completamento e la revoca del programma	»	89
3.3.1. Il drug testing e il sistema di sanzioni ed incentivi all'interno della pratica delle Drug Courts statunitensi. La compliance dell'imputato quale parametro per la definizione del completamento e dell'interruzione del programma trattamentale	»	89
3.3.2. Aspetti relativi alla verifica dell'adesione dell'imputato al programma nell'ambito dei provvedimenti adottati da alcuni Paesi dell'Unione europea	»	95
3.4. Valutazione dell'efficacia e bilancio dell'impatto delle misure alternative alla pena	»	97
3.4.1. Il sistema di valutazione e le evidenze d'efficacia delle Drug Courts: oltre l'esperienza dei “feel good experiments”	»	97
3.4.2. Iniziative di ricerca sull'efficacia degli interventi alternativi alla pena attuati nell'ambito dell'Unione europea	»	103

3.5. Consenso informato e possibilità di scelta e rifiuto del trattamento. Tutela e sospensione dei diritti del soggetto in trattamento. Aspetti etici dei modelli di trattamento alternativi alla sanzione penale	pag.	105
3.5.1. Riflessione sui principi etici che sottostanno al modello delle DTC statunitensi	»	105
3.5.2. Aspetti etici dei provvedimenti adottati all'interno degli Stati membri dell'Unione europea	»	114
4. Aree di confine fra legislazione in materia di stupefacenti e legislazione per la salute mentale	»	122
4.1. Il trattamento sanitario coattivo per disturbi correlati a sostanze nelle legislazioni per la salute mentale: caratteristiche, prove d'efficacia e criticità	»	125
4.1.1. Leggi e procedure in Usa	»	125
4.1.1.1. La storia del trattamento coattivo per i disturbi da uso di sostanze: la parabola discendente del <i>civil commitment</i>	»	126
4.1.1.2. Criticità del binomio addiction-civil commitment	»	132
4.1.2. Leggi e procedure in Europa	»	133
4.1.3. Trattamento coattivo e Disturbi da uso di sostanze: valutazione di efficacia	»	137
4.1.3.1. Le valutazioni di efficacia	»	139
4.1.3.2. Eterogeneità delle conclusioni sul trattamento coattivo del consumo problematico di sostanze	»	140
4.1.3.3. Criticità metodologiche della letteratura disponibile	»	141
4.1.3.4. Il contributo dell'opinione pubblica e degli operatori del sistema giudiziario	»	144
4.2. Il trattamento sanitario obbligatorio per comorbidità psichiatriche negli utilizzatori problematici di sostanze: il caso del Regno Unito	»	145
4.2.1. Il Mental Health Act 2007	»	145
4.2.2. Il Mental Health Act e il trattamento della dipendenza da alcool o stupefacenti	»	154
4.3. L'amministrazione di sostegno per le persone affette da disturbi correlati a sostanze	»	158
4.3.1. Le Dipendenze "come" altre disabilità: il perché del diritto al sostegno	»	158
4.3.2. Nuovi modelli di sostegno alla persona. Riflessioni sovranazionali e riforme in Europa	»	161

4.3.3. L'Amministrazione di Sostegno: la risposta italiana. Generalità della Legge n. 6/2004	pag. 164
4.3.4. Amministrazione di Sostegno e Dipendenze: potenzialità e criticità applicative	» 169
5. Conclusioni	» 175
5.1. Criticità delle convenzioni ONU rispetto alle esigenze di trattamento degli utenti del sistema giudiziario	» 175
5.2. Eterogeneità delle misure disponibili	» 176
5.3. Il consenso al trattamento nelle democrazie liberali	» 177
Bibliografia	» 179
Allegato	» 193

Prefazione

Si sentiva la necessità di un'opera di alto profilo tecnico-scientifico che potesse mettere a fuoco ed analizzare compiutamente la tematica delle possibili misure di “quasi compulsory treatment” nel settore delle dipendenze da sostanze, partendo da un approfondimento anche del rapporto tra comportamenti criminali, uso di sostanze stupefacenti e trattamenti alternativi alle pene. Varie evidenze scientifiche hanno mostrato la loro efficacia in un contesto eticamente accettabile e la possibilità di sostituire, con queste misure, approcci basati principalmente sulla punizione e sul controllo sociale. Tracciare nuove strategie e individuare nuove potenzialità di riabilitazione e recupero delle persone tossicodipendenti attraverso la messa in discussione dei paradigmi attuali di trattamento ma – ancora prima – di come considerare il comportamento antisociale (e le sue conseguenze giuridiche) correlato all'uso di sostanze, è una sfida che è necessario intraprendere e portare avanti nel tentativo di trovare nuove visioni e nuovi metodi più efficaci e più sostenibili nella loro finalità di recupero di quel potenziale umano che cade vittima della dipendenza da sostanze stupefacenti.

Il rispetto dei diritti umani, che deve stare alla base di tutte le nostre future scelte per la programmazione e l'organizzazione dei sistemi sanitari e sociali di risposta, deve partire anche dalla considerazione che la cura – per chi ha una dipendenza – è un diritto inalienabile, soprattutto per quelle persone che per questo stato commettono reati, e, contemporaneamente, che il carcere non è un luogo di cura e non può costituire una soluzione alla tossicodipendenza. Vi sono prove scientifiche che un trattamento condizionato, ben tutorato, eticamente accettabile e che permetta al paziente di seguire regole e percorsi di riabilitazione, sempre nel rispetto dei suoi fondamentali diritti, raggiunge dei benefici di salute e sociali molto positivi. Trasformare le pene in opportunità di cura e riabilitazione, alternative al carcere, è doveroso e necessario oltre che sostenibile anche da un punto di vista economico-finanziario.

Le problematiche affrontate in questo libro e l'approfondimento sulle basi normative oltre che sui paradigmi del trattamento obbligatorio, le sue più diverse sfaccettature e le sue applicazioni, mettono in luce una modalità variegata e per molti versi obsoleta di interpretare questa misura estrema di trattamento ma, nel contempo, pongono le basi per una riflessione più approfondita e seria soprattutto in relazione alle evidenze scientifiche nella prospettiva di trovare soluzioni migliori e più adatte al contesto attuale, uscendo quindi dalla mera ottica repressiva o, per contro, quasi di abbandono del paziente tossicodipendente alle sue incapacità e perdita delle autonomie.

Una discussione ed un approfondimento sicuramente di attualità, ben strutturato e coraggioso quello che è stato fatto in questa pubblicazione che il Dipartimento per le Politiche Antidroga ha voluto sostenere proprio per poter fornire e valorizzare elementi di alto profilo tecnico-scientifico ad una discussione, anche internazionale, che dovrebbe porre le basi per una innovazione profonda del sistema terapeutico riabilitativo delle persone tossicodipendenti e, soprattutto, per quelle che per questa loro condizione patologica e in relazione ai loro bisogni, commettono reati. Lo stato di capacità o incapacità correlato all'uso di sostanze e alle conseguenze neuro-psichiche, peraltro molto variabili nel tempo, e la relativa autonomia, pone in discussione anche il concetto di imputabilità stessa. La tossicodipendenza è una malattia complessa del cervello che può alterare i processi cognitivi, decisionali e la capacità di giudizio. Va però ricordato che essa è prevenibile, curabile e guaribile e come tale deve essere affrontata al pari di tante altre malattie socialmente rilevanti ed impattanti, dando l'opportunità a questi malati di curarsi efficacemente in un contesto rispettoso dei loro diritti, compreso quello però di poter avere cure efficaci, accessibili e sicure ma anche di essere realmente "assistiti" in un momento di profondo bisogno dove la propria autonomia e capacità di mantenere scelte terapeutiche e comportamentali di salute è fortemente compromessa proprio dalla patologia in essere. In altre parole, come giustamente affermano gli autori, vi è un diritto di salvaguardia delle risorse di autodeterminazione e di sostegno che, personalmente, ritengo deve poter trovare il giusto riconoscimento sia nelle leggi che lo rendano attuabile, sia nell'organizzazione sociosanitaria che ne permetta la concreta applicazione e realizzazione. La tossicodipendenza connota uno stato di bisogno che porta anche ad uno stato di disabilità che compromette fortemente l'autonomia della persona e l'Unione europea riconosce – tra l'altro – "il diritto dei disabili di beneficiare di misure tese a garantire l'autonomia, l'inserimento sociale e professionale e la partecipazione alla vita di comunità". Credo proprio che questa pubblicazione contribuirà senz'altro ad attivare un cambiamento

positivo nel prossimo futuro fornendo elementi ricchi e stimolanti al dibattito nazionale, ma anche internazionale, su un argomento così importante e rilevante.

Giovanni Serpelloni

Capo Dipartimento Politiche Antidroga
Presidenza del Consiglio dei Ministri
Head of the Antidrug Policy Department
Presidency of the Council of Ministers, Italy

Introduzione

A partire dall'inizio degli anni '60 le Nazioni Unite pongono l'attenzione sull'opportunità di rivolgere specifiche categorie di tossicodipendenti autori di reato a percorsi di cura alternativi alla sanzione penale. Si tratta di un messaggio – all'inizio “debole” – pronunciato insieme all'invito, ben più esplicito e risonante, a proseguire nella direzione di un inasprimento dei provvedimenti repressivi nei confronti dei *drug offenders*; tuttavia, precursore di un principio di “giustizia riabilitativa” che, da allora, è andato via via ad integrarsi nel contesto delle politiche anti-droga dei – solo alcuni, purtroppo – paesi occidentali attraverso un processo di rivisitazione delle leggi e dei servizi locali (e di diffusione a livello internazionale) tutt'altro che omogeneo ed univoco.

Prodotto inizialmente nell'ambito di un ampio progetto di ricerca* sulle politiche sanitarie relative alla cosiddetta “doppia diagnosi”, commissionato dal Dipartimento Nazionale delle Politiche Antidroga alla cattedra di Psichiatria (sezione di Psichiatria del Dipartimento di Neuroscienze, ora Dipartimento di Chirurgia e Medicina Traslazionale) dell'Università degli Studi di Milano Bicocca, il volume riassume un rigoroso lavoro di revisione, nonché di discussione, condotto tra clinici e ricercatori operanti nell'ambito dell'area delle tossicodipendenze comorbili. Finalità primaria di tale contributo è stata quella di far luce, il più possibile armonicamente ma con un approccio critico senza derive ideologiche, sulle normative e sui modelli organizzativi che regolano l'applicazione delle misure trattamentali in alternativa alle pene vigenti laddove – Stati Uniti d'America ed Europa – queste iniziative hanno iniziato a svilupparsi, in maniera più o meno strut-

* Il volume è stato in parte finanziato nell'ambito del Progetto (vedi appendice in coda al volume) intestato al Dipartimento di Neuroscienze (ora Dipartimento di Chirurgia e Medicina Traslazionale) dell'Università degli studi di Milano Bicocca.

turata, in contrapposizione ai procedimenti giudiziari punitivi da sempre attuati a contenimento di chi commette reato in relazione al proprio stato di abuso/dipendenza da sostanze.

Dopo una lettura dei fondamenti teorici che fanno da cornice – e da base di partenza – all’affermarsi dell’approccio “*health-oriented*” ai reati correlati all’uso di sostanze, gli autori si concentrano sulla descrizione critica degli aspetti legislativi, delle finalità e dei contenuti di tali programmi, dettagliandone le specifiche modalità di implementazione ed analizzandone le proprietà etiche secondo un’organizzazione bipartita del testo. Tale approccio – che differenzia la realtà delle *Drug Courts* statunitensi dal panorama dei modelli attivi nell’Unione europea – è guidato dall’intento di delineare un quadro che riassume, nel modo più chiaro, coerente e fruibile, le peculiarità politiche e socio-culturali proprie di ciascuna delle due aree. L’ultima parte del volume pone invece a tema la complessa interfaccia fra legislazione in materia di stupefacenti e legislazione per la salute mentale, attraverso la riflessione su alcuni esempi di provvedimenti che riaccostano il trattamento dei disturbi da uso di sostanze al trattamento dei – *degli altri* – disturbi mentali: dal trattamento sanitario coattivo nei casi di *addiction* e di comorbilità con i disturbi psichiatrici, fino al ricorso a nuove misure tutorie, come l’Amministrazione di Sostegno, laddove la tossicodipendenza può diventare una disabilità *come le altre*.

Ci sembra necessaria, a questo punto, una breve parentesi sul significato che questo volume può avere nella realtà italiana delle tossicodipendenze, una realtà per molti – troppi – anni profondamente ideologizzata che non ha saputo rinnovarsi e, nel contempo, ha per certi versi frenato la sperimentazione di nuovi modelli di trattamento e/o di possibili soluzioni alternative al tradizionale approccio al trattamento di questi disturbi. Tutto ciò – ben si sa – deriva da una lunga storia di contrapposizioni tra differenti modelli di intervento, miscelata da spinte costanti al controllo sociale delle più diverse devianze e/o, nel contempo, da soluzioni sociali ed “umanitarie” che, sempre più, non trovano riscontro nel profondo cambiamento delle caratteristiche dell’utenza e, conseguentemente, nelle molteplici “varianti” con cui questi problemi – ormai unanimemente accettati, dal punto di vista diagnostico, come veri e propri disturbi – si rappresentano nella Società attuale e si rivolgono ai Servizi preposti al trattamento.

The Times they are a-Changin’ e spesso, pur con la difficoltà di un contesto ampiamente “conservatore” in termini di apertura alla sperimentazione clinica, l’attenzione a modelli adattabili già operanti in paesi certamente evoluti può rappresentare un contributo importante per la riorganizzazione legislativa e clinica dei Servizi italiani che necessitano, a onor del vero e secondo la stragrande maggioranza del panorama professionale attivo in Italia in quest’area, di una profonda osmosi con i Servizi della “porta ac-

canto” e con modelli e identità di lavoro con le quali, peraltro, nella realtà quotidiana la condivisione è già ampiamente realizzata. Ci si riferisce, inevitabilmente, ai Dipartimenti di Salute Mentale – nelle loro più diverse declinazioni, inclusive o meno dei SerD e della Neuropsichiatria Infantile e dell’Adolescenza – così come alle aree del Penale Minorile e Adulti che hanno visto, anche grazie all’ingresso del SSN nelle carceri, profondamente modificato il loro lavoro, i loro modelli di riferimento operativo e, non di meno, si interrogano sulla necessità di una forte integrazione operativa in grado di “aprire” a figure professionali prima marginali e sulle quali ora si basa ampiamente il lavoro multidisciplinare sull’utenza complessa che afferrisce al sistema carcerario.

Tutte queste motivazioni ci sembrano sufficienti per enfatizzare il significato “trasversale” ed “aperto” del volume in oggetto, la sua fruibilità a vantaggio di operatori dal più diverso orientamento e, ancora, la sua dimensione di strumento in progress che dovrà progressivamente rivelarsi in ambiti “di confine” quali quelli regolati da leggi che trasversalizzano, appunto, i problemi sanitari e quelli penali: la spinta che il volume vuol dare, consapevolmente, all’integrazione disciplinare nel campo delle dipendenze vede, ancora di più, un significato aggiuntivo proprio nell’attuale trasversalità clinica delle dipendenze degli anni duemila che, sempre più raramente ormai, si limitano al consumo delle sostanze, ma si embricano invece nell’area dei comportamenti complessi – individuali e collettivi – nonché di tutti quei fenomeni guidati dai meccanismi del rinforzo, su base biologica e psicosociale, che sembrano sottostare inevitabilmente a tutte le dipendenze, “vecchie” o “nuove” esse possano definirsi.

Questo testo si propone, allora, di fornire una traccia per la definizione e l’approfondimento delle strategie d’intervento alternative alla pena, ad oggi disponibili a livello nazionale ed internazionale, per i tossicodipendenti autori di reato, rivolgendosi proprio a quei professionisti che operano nel campo delle dipendenze patologiche e dei servizi psichiatrici e che molto spesso sono chiamati a confrontarsi con la necessità di conoscere ed applicare competenze proprie delle pratiche forense, psichiatrico-sanitaria e socio-assistenziale. Un modello di lavoro innovativo e, nel contempo, riflessivo – nel senso del confronto sulle prassi operative di molti paesi – sarà di aiuto per chi si pone in una dimensione flessibile dell’intervento e guarda ai contributi altrui senza inutili timori o ingiustificate titubanze.

Gli Autori

Milano, ottobre 2013

1. Evoluzione e sviluppi delle strategie d'intervento nei confronti di tossicodipendenti autori di reato: dalla prospettiva penale a quella terapeutica. Le convenzioni delle nazioni unite

Whether illicit drug use should be considered a crime, a disease, a social disorder or some mixture of these is debated in many countries. Often, public policy is ambivalent about the nature of addiction, with social attitudes towards drug abuse reflecting uncertainty about what causes abuse and who is ultimately responsible (United Nations Drug Control Programme, The Social Impact of Drug Abuse, 1995).

Per diversi secoli il consumo di sostanze psicoattive è rimasto collocato entro i confini di pochi paesi, di cui ha contribuito a caratterizzare il profilo etnico e socio-culturale. A partire dalla prima metà degli anni '90 si è assistito ad un progressivo, quanto radicale, processo di sviluppo scientifico-tecnologico ed industriale in grado di rivoluzionare profondamente i sistemi dell'economia mondiale attraverso l'espansione, a livello internazionale, delle attività commerciali. Lo sviluppo delle scienze chimiche e della farmacologia, unitamente all'evoluzione delle tecnologie di lavorazione industriale, ha permesso l'elaborazione ed il successivo avvio sul mercato di nuove molecole sintetiche, il cui uso ben presto ha acquistato finalità non solo limitate all'ambito medico e terapeutico (International National Control Board - INCB, 1994). L'esportazione massiva di ingenti quantità di droghe sintetiche, dalle proprietà sedative o stimolanti, dai paesi industrializzati verso quelli che, fino a quel momento, erano stati i paesi originariamente produttori di materie prime e di sostanze stupefacenti, ha sovvertito i reciproci rapporti tradizionali. Il risultato di tale processo ha coinciso con un fenomeno di "globalizzazione" e di omogeneizzazione dell'uso e dell'abuso di stupefacenti, rispetto al quale nessuna nazione poteva definirsi immune e che, sebbene conservasse pattern di distribuzione diversi in base al substrato socio-culturale tipico di ciascuna area, ha contribuito ad alimentare modelli di consumo delle sostanze uniformemente più deleteri e drammatici. Così come in molte comunità asiatiche la pratica di fumare l'oppio è stata progressivamente sostituita dall'uso endovenoso di eroina, in Sud America le popolazioni hanno progressivamente smesso di masticare foglie di coca iniziando ad utilizzare forme più pure di cocaina (Ghodse, 1999).

Nel momento in cui la droga – e le conseguenze correlate al suo abuso – raggiunsero i connotati e le proporzioni di un problema *globale*, esteso alla maggior parte delle nazioni, si fece chiara ed imperativa la necessità di strumenti normativi di controllo più validi e condivisibili da parte della collettività internazionale, strumenti peraltro concepiti con la funzione di riassumerne gli accordi e le decisioni rispetto alle modalità di risposta ai fenomeni della tossicodipendenza e del traffico di sostanze illecite.

La risposta internazionale all'uso ed al traffico di stupefacenti fu siglata e codificata dalle Nazioni Unite (United Nations - UN) in forma di una serie di trattati – le Convenzioni – che, a tutt'oggi, rappresentano le fondamenta dell'intero sistema di controllo internazionale in materia di droga e descrivono la cornice entro cui i governi degli Stati Membri avrebbero potuto – e dovuto – progettare, in termini finalmente convergenti e coesi, la definizione e l'attuazione delle rispettive politiche anti-droga nazionali. Ideate quando risultava ormai chiaro che per realizzare obiettivi di efficacia occorresse agire di concerto attraverso misure coordinate ed universalmente condivise (UN, 1961) e rispettando principi di proporzionalità che contenessero arbitrarie violazioni dei diritti del singolo da parte dei sistemi governativi statali, le Convenzioni vennero proposte in quanto formula risolutiva equilibrata a quella che veniva definita una vera e propria “calamità”. A partire da queste istanze, la comunità internazionale avrebbe potuto inaugurare rinnovati percorsi strategici, sempre nel contesto di una lotta alla droga che da allora in poi veniva ad essere priorità sovra-nazionale (UN, 1991). Ognuno dei provvedimenti che compongono le Convenzioni coincide con il risultato di diverse esperienze normative nazionali ed internazionali, costruito attraverso la condivisione di contributi, conoscenze e prospettive multiple a costituire una forma di compromesso fra una pluralità di realtà e principi nazionali (INCB, 1994). In accordo con quel carattere esemplificativo – e non esecutivo – che qualifica i documenti/trattati internazionali, le Convenzioni fornirono solo elementi guida essenziali cui ciascun stato membro avrebbe dovuto ispirarsi nella progettazione del proprio piano d'azione contro la droga ed i problemi correlati all'abuso ed al traffico di stupefacenti, in linea con i propri sistemi amministrativo e giuridico, e con i propri principi costituzionali.

Fra gli obblighi generali sanciti dal primo trattato delle Nazioni Unite – noto come *the Single Convention on Narcotic Drugs* (UN, 1961) – veniva riconosciuto il vincolo, per gli Stati Membri, all'attuazione di misure legislative ed amministrative necessarie a circoscrivere esclusivamente entro finalità mediche e scientifiche la produzione, la manifattura, l'esportazione, l'importazione, la distribuzione, il commercio, l'uso e il possesso delle sostanze sottoposte a controllo (art. 4(c)). Come emendato dal Protocollo del 1972, esclusa la prescrizione medica di farmaci narcotici in qualità di pre-

sidio indispensabile nell'ambito di terapie del dolore, il consumo personale di tali sostanze doveva considerarsi un atto illecito e, pertanto, perseguibile.

Dieci anni più tardi, il secondo trattato firmato dalle Nazioni Unite – *the Convention on Psychotropic Substances* (UN, 1971) – in risposta ad evidenti fenomeni di diversificazione ed espansione dello spettro delle sostanze d'abuso, ampliarà l'elenco delle droghe da ritenersi illecite, includendo numerose molecole sintetiche. L'applicazione di misure di controllo sarà estesa con un grado di restrittività risultava da un bilancio fra le potenziali proprietà terapeutiche e i potenziali rischi correlati all'uso – e all'abuso – delle stesse; così, sebbene fossero ribaditi il principio di illiceità e il divieto d'uso di tutte le sostanze psicotrope al di fuori di attività medico-scientifiche autorizzate (art. 5), venne operata una vera e propria distinzione fra quattro classi – dalla I alla IV – di stupefacenti, cui si affiancava, parallelamente, una diversificazione degli interventi attuabili in misura proporzionata alla gravità ed alla pericolosità attribuite all'uso di ciascuna. Guidati da tale criterio nell'implementazione dei provvedimenti stabiliti dal trattato, gli stati membri avrebbero dovuto munirsi di strumenti di soppressione/supervisione ora più proibizionistici – come nel caso delle sostanze riassunte nella tabella I (che includeva droghe proibite al di fuori di indicazioni terapeutiche molto circoscritte, quali l'*Ecstasy* e alcuni stimolanti anfetaminici) – ora più blandi – qualora si fosse trattato di sostanze appartenenti alla tabella IV (nella quale rientravano anche farmaci come le benzodiazepine).

È possibile ravvisare, comunque, una sovrapposibilità di contenuti e di intenti fra le prime due Convenzioni. Entrambi i documenti, infatti, sembrano contemplare, quasi esclusivamente, esigenze di riduzione della disponibilità di stupefacenti, la cui realizzazione venne affidata al rafforzamento di apparati amministrativo-legislativi restrittivi e all'inasprimento dei sistemi di perseguimento penale, funzionali a regolamentare e a contrastare la produzione, la distribuzione ed il traffico illecito di droga, come se l'uso di sostanze – e le problematiche ad esso correlate – si annullassero insieme con l'esaurimento della disponibilità delle stesse. I sistemi di controllo amministrativo e di procedimento penale vennero quindi largamente valorizzati a costituire il principale presidio per la prevenzione dell'abuso di stupefacenti (Tomasevski, 1995).

In riferimento al fenomeno della dipendenza e all'urgenza di potenziare interventi di prevenzione nei confronti dell'abuso di droga, in entrambi i primi due trattati vengono pronunciate poche indicazioni, che incalzano sì ad intraprendere tutte le misure praticabili per l'identificazione precoce, il trattamento, l'educazione, l'assistenza, la riabilitazione e la reintegrazione sociale delle persone coinvolte (Convenzione, art. 38, 1961; Convenzione, art. 20, 1971), ma senza dedicare a tale tema più attenzione di quella contenuta in un accenno e senza procedere concretamente oltre il carattere di