

**Le città e il governo  
della «scena aperta della droga»**  
Uno sguardo europeo, tra penalizzazione e  
welfare

*Primo report*

A cura di  
Monica Brandoli e Susanna Ronconi

## **Le città e il governo dell’impatto della “scena aperta della droga”** *Uno sguardo europeo, tra penalizzazione e welfare*

### **1. Premessa**

- 1.1 Le droghe e le città: una questione di “sicurezza”? p 3  
1.2 La ricerca p 9

### **2. Scenario legislativo europeo**

- 2.1 Trend del riformismo legislativo europeo: verso la decriminalizzazione p 13  
    2.1.1 Legge penale, tra *diversion e discontinuance* p 16  
    2.1.2 Il caso italiano: un trend in controtendenza p 22
- 2.2 Legislazioni e riforme nazionali p 30
- 2.3 L’Europa e l’ONU. Verso un modello europeo? P 38
- 2.4 L’Unione europea e le droghe  
    Sintesi dello scenario epidemiologico p 44

### **3. Le città e la legge**

- 3.1 Le città e le autonomie locali: minoranze critiche? P 47  
3.2 Le città e la critica pratica ai paradigmi tradizionali: dal ’68 ai giorni nostri p 51  
3.3 La riduzione del danno come approccio per un “buon governo” locale p 54  
3.4 Le città e la critica pratica all’approccio penale: un processo *bottom up* p 60  
3.5 Le città a una svolta: nuove norme, oltre le prassi del quotidiano p 64

### **4. Drug policies municipali**

- 4.1 Le ricadute sociali dei consumi: l’agenda delle città europee dal 1990 ad oggi p 67  
4.2 La scena aperta: i confini di un “concetto” p 68  
4.3 Problemi droga-correlati nella “scena aperta” p 73  
4.4 La scena aperta: governo o dispersione? P 75  
4.5 Le città innovative: oltre il controllo, il governo del fenomeno p 81
- 4.6 Strumenti di governo del fenomeno nella pratica delle città europee:  
    4.6.1 Effetti sociali del sistema dei servizi a bassa soglia p 88  
    4.6.2 Effetti sociali dei trattamenti e del sistema di welfare locale p 106

### **5. Conclusioni**

p 118

#### Allegati

- Schede legislazioni nazionali
- Dati statistici
- Siti web di interesse

## 1. Premessa

### 1.1 Le droghe e le città: una questione di “sicurezza”?

In alcuni studi recenti elaborati a livello europeo, accanto alla ormai validata distinzione tra uso problematico e uso non problematico di sostanze, se ne è affiancata un'altra, sebbene utilizzata in modo più sporadico, quella di consumo accettabile o non accettabile. Una definizione a doppia faccia: da un lato, positiva, perché problematizza e relativizza quanto l'approccio penale intende dare per scontato, che il consumo di sostanze illegali è un comportamento deviante e un reato, con ciò aprendo il varco a possibili diversi paradigmi e, soprattutto a possibili diverse politiche; d'altro canto, preoccupante, perché “accettabile” da chi e perché? Chi e come stabilisce “la soglia” dell'accettabilità?

La sfida di questa accezione è però ineludibile. Essa chiama in causa la capacità e la possibilità per una comunità sociale di negoziare al proprio interno il livello cui porre questa soglia. I consumi di droghe illegali diventano, in quest'ottica, non quel flagello che la *war on drugs* di stampo statunitense suggerisce (o meglio imperativamente impone a livello internazionale attraverso le convenzioni e l'ONU), quanto uno dei tanti aspetti della convivenza sociale tra gruppi, interessi e stili di vita per i quali trovare forme di “buon governo” e possibilità di viverci accanto su uno stesso territorio urbano.

L'approccio penale non consente questo passaggio negoziale: in buona sostanza, questo è il motivo per cui – come descritto nei capitoli seguenti – molte città europee, molti sindaci e molti amministratori, oltre vent'anni fa hanno iniziato a “erodere il penale” a favore di politiche sociali inclusive e di interventi e dispositivi che favorissero la mediazione sociale. Che, quindi, “alzassero la soglia” della accettabilità. Non stupisce che siano le municipalità e non i Parlamenti a porsi per prime e con più urgenza questo obiettivo: sono esse gli attori primi del buon governo di una comunità locale. Anche se – come si legge dalle storie stesse delle politiche locali – l'impianto generale della lotta alla droga nazionale e mondiale prima o poi si para davanti alle sperimentazioni locali, diventandone il limite: alcune città sono arrivate a scontrarsi addirittura con l'ONU! Così come funzionano da barriera potente risorse e organizzazione del welfare.

La soglia dell'accettabilità è mobile, variabile dipendente da una miriade di fattori, e tuttavia essa non è ingovernabile. Questo è il senso delle innovazioni municipali europee.

Il penale è in crisi di efficacia, e si dimostra ostacolo almeno in tre diversi modi.

Il primo: lo statuto di illegalità delle sostanze e lo statuto di reato del consumo di sostanze e quello di deviante del consumatore di sostanze “costruiscono” il fenomeno come problema criminale, in modo del tutto avulso dalla pericolosità o dannosità delle sostanze stesse. La microcriminalità

drogacorreolata è costruita da questo approccio, non da “personalità tossicomane”, costruzione a sua volta smentita da decenni di letteratura internazionale. La percezione sociale del consumo di sostanze illegali è segnata da questa costruzione, la soglia di accettabilità si abbassa e il problema diventa, nelle agende urbane, securitario. Le risposte securitarie a loro volta fanno da volano alla costruzione iniziale, in un circolo vizioso di rappresentazioni, che si autoalimenta.

Il secondo: il penale ostacola e impedisce le “culture (o subculture) delle droghe”. Cioè, il consolidarsi e diffondersi di sistemi di norme sociali condivise che sono la base per comportamenti di consumo “controllati” e per una soglia di accettabilità sociale più alta. L’esempio dell’alcool nelle nostre civiltà, o della foglia di coca in quelle andine, o dell’oppio in quelle orientali è chiaro: norme sociali condivise non eliminano rischi e danni, individuali e sociali, ma regolano i comportamenti in modo che questi rischi e questi danni siano l’eccezione e non la regola. Accettabilità è dunque anche funzione di (possibilità di) “uso controllato”<sup>1</sup>. Lo slittamento dalla repressione al (auto)controllo<sup>2</sup> nel consumo dentro norme e ritualità socialmente condivise e dunque dentro dispositivi autoregolativi sottrae il consumo – o almeno la sua gran parte - al paradigma della devianza (e anche a quello *disease*).

Il terzo: esiste una diffusa e consolidata convinzione (in ambito scientifico ed esperto ma anche in ambito sociale) della inefficacia pratica della risposta penale. Anche chi aspira a “un mondo senza droghe” e sostiene l’approccio morale si pone il problema: i consumi aumentano, il mercato illegale è mutevole, cangiante e in espansione, i costi sociali – dal carcere al giudiziario fino al sanitario – elevatissimi. Il penale sembra sempre più far parte del problema, non della soluzione.

E però, proprio qui sta il problema delle città alla ricerca di un buon governo del fenomeno droghe: nella ricerca di soluzioni di governo non (solo) simboliche ma socialmente incisive, nel bilanciamento dei diritti degli uni e degli altri, dei consumatori e dei cittadini non consumatori, nella limitazione dei fattori di contesto che producono danno, inclusi criminalizzazione, etichettamento, esclusione. E’ una sorta di “*costruzione di un nuovo ordine bottom up*”, quella che si profila.

A leggere le esperienze municipali europee più innovative, sembra che la sfida della “accettabilità” del consumo non possa essere qualcosa di meno di questo.

## 1.2 La ricerca.

---

<sup>1</sup> N. E. Zinberg (1984), *Drug, set and setting. The basis for controlled intoxicant use*. New Haven: Yale University Press.

<sup>2</sup> P.Cohen, *Shifting the main purposes of drug control: from suppression to regulation of use*, *International journal of drug policy*, n.10/1999

La domanda alla base della presente ricerca è la seguente: «Politiche più o meno repressive incidono sulla sicurezza delle città, in riferimento all’impatto che consumo e vendita di sostanze illegali hanno sulla vivibilità del territori e sulla sicurezza degli abitanti?»

La domanda non ha una risposta facilmente deducibile da correlazioni dirette, univoche, osservabili con chiarezza, tra modello legislativo e vivibilità delle città.

Così come accade a livello epidemiologico, per l’andamento dei consumi, per la prevalenza degli stessi nella popolazione generale o per quella del consumo problematico sul consumo non problematico: il contesto legislativo è indubbiamente uno dei fattori determinanti ma non certo il solo e comunque spesso non quello maggiormente determinante. Sul trend dei consumi, per esempio, sembrano molto più incisive le culture veicolate a livello globale tra i giovani del mondo che le correlazioni con i differenti modelli legislativi. Insomma: conta di più la musica che la repressione o la tolleranza. C’è una sorta di «relativa indifferenza» alla legge che ci dice che si consumano droghe illegali per moltissimi altri «buoni» motivi che non hanno a che vedere né con il rischio della sanzione né con la tolleranza (questo già ci dice qualcosa di interessante rispetto alla validità e all’efficacia della risposta penale: un mondo compattato sull’approccio proibizionista non ha inciso sulle abitudini del genere umano) . Stando all’esempio, tuttavia, si può anche osservare che, in maniera ricorrente sebbene con differenziazioni e non potendo permettersi facili generalizzazioni, spesso accade che laddove c’è più tolleranza, i consumi non sono superiori (anzi, a volte sono inferiori), oppure sono simili, ma è minore la percentuale di consumo problematico rispetto a dove si reprime con rigore: un raffronto tra il massimo della tolleranza, l’Olanda, e il picco della *war on drugs*, gli USA, si conclude con un indubbio punteggio a favore della prima. Tuttavia questo non avviene sempre, in tutti i paesi tolleranti e in tutti quelli repressivi non si notano gli stessi andamenti omogenei, e poi non accade per tutte le sostanze: un paese ha una prevalenza modesta con la cannabis ma non con l’eroina. Questo complica le cose: vuol dire che entrano in scena variabili assai diverse, plurali, e che la loro combinazione è complessa. E che le generalizzazioni devono essere assai prudenti.<sup>3</sup>

Tuttavia, se sulla correlazione legge-prevalenza del consumo le cose sono complesse e le correlazioni caute, su altri piani, con una prima disaggregazione, che ci sottragga alla definizione

---

<sup>3</sup>« Elemento della massima importanza, il consumo di droghe illecite e i relativi comportamenti derivanti dal loro uso sono caratterizzati da sì tante influenze di carattere sociale, che vanno dalle norme culturali alle più ampie politiche di previdenza sociale, che è estremamente difficile, e talora impossibile, determinare il preciso impatto di indirizzi specifici di controllo della droga nei confronti dei comportamenti legati alla droga stessa» in E.Nadelmann, P. Cohen, E. Drucker, U. Locher, J. Stimson e A. Wodak (1996) L’indirizzo sul controllo della droga nella riduzione del danno: progressi internazionali, Quaderni di Fuoriluogo, n 2/1996 .Se non possiamo generalizzare, tuttavia possiamo almeno osservare, diciamo “in negativo”, che se la tolleranza di per sé non è risolutiva, non lo è nemmeno la penalizzazione, con la differenza significativa che quest’ultima porta con sé un certo numero di conseguenze sociali e di costi di varia natura, dalle carcerazioni alle overdose, dalla spesa giudiziaria a quella per il controllo di consumo e spaccio ecc. Le

troppo indistinta di “problema droga” cara all’approccio morale, qualche correlazione tra il sistema penale e le singole variabili è osservabile. Per esempio:

La prima: come stanno (individualmente e socialmente) le persone che usano droghe illegali? Le loro vite sono compromesse dall’uso di sostanze? Se sì, a quali condizioni di consumo e di condizione sociale? E la qualità della salute? E i funzionamenti sociali? E quanto incide la penalizzazione sulla qualità della vita di chi consuma?

La seconda: la comunità sociale governa questo fenomeno oppure ne subisce effetti e ne paga costi elevati? In termini di legami sociali, di qualità della vita, di vivibilità dei territori? E quanto incide la penalizzazione in termini di sviluppo di comportamenti illegali o criminali dei consumatori?

La terza: uso e vendita di droghe illegali, come incidono sui diritti dei cittadini? E sulla qualità della vita partecipativa, la democrazia? Sulla cultura del diritto e delle garanzie? Sulle libertà? E quanto incide la criminalizzazione di ampi settore di popolazione, soprattutto giovanile?

La quarta: come incidono uso e vendita di sostanze illegali in termini di costi economici? Come entrano a determinare il bilancio di una comunità, a impegnare risorse in questo o quel settore? E quanto incide la penalizzazione rispetto alla spesa sociale? E il rapporto costi/benefici della penalizzazione è positivo o negativo?

Anche rispetto a tutte queste domande, le variabili sono molte e il gioco tra loro complesso, ma – così disaggregato il “problema droga” – può più facilmente far intravedere qualche correlazione interessante tra legge e andamento del fenomeno, sue ricadute.

Questa è la disaggregazione di domande da cui sono partite le città quando hanno avuto bisogno di gestire pragmaticamente il fenomeno e quando si sono accorte che le macro-strategie delle politiche internazionali e nazionali (la prevenzione primaria, la repressione e i trattamenti sanitari *abstinence oriented*) non bastavano più.

E questo è il percorso che ha scelto questa ricerca: alla rinuncia, per prudenza “scientifica” – nonostante la letteratura sia vasta - a dare una risposta secca alla domanda iniziale sulla correlazione modelli legislativi-sicurezza, si è sostituita l’individuazione, nel dibattito e nelle politiche municipali di alcune città europee, dei problemi specifici, dei contesti problematici, delle azioni pubbliche in cui la variabile penalizzazione (più o meno presente, rigida o flessibile, vincolante o no), appare incidere significativamente su scenari, risultati, effetti desiderati e non delle *drug policies* attuate. Si è centrato lo studio sulle politiche locali inerenti due tra i molti aspetti delle ricadute sociali dei consumi di droghe illegali: la nascita di “scene aperte della droga”, cioè di luoghi dove vendita e consumo avvengono pubblicamente, in luoghi pubblici e sotto lo sguardo dei cittadini, e le attività micro-criminali correlate alla scena della droga, dunque drogacorrelate ma

anche situazionali, considerate nel loro insistere su un territorio specifico e circoscritto, non come problema generale.

Si è pertanto ricostruito lo scenario europeo del dibattito nelle e tra le città attorno a questi due problemi, e attorno, anche e in specifico, all'atteggiamento delle città rispetto allo strumento penale e alla repressione nel loro affrontamento e nel loro governo. Quest'ultimo aspetto viene analizzato in profondità nell'ambito di due specifiche tipologie di intervento innovativo attuate in tempi recenti dalle città, con obiettivo la vivibilità della città e il contenimento della micro-criminalità correlata. Per una migliore contestualizzazione, protagonismo, dibattito e scelte innovative delle città vengono descritte anche in relazione allo scenario legislativo comunitario e a quello internazionale, rilevando come spesso le autonomie locali si sono espresse – e hanno lavorato – in chiara controtendenza rispetto agli approcci dominanti, determinando una sorta di “*riformismo pragmatico bottom up*”.

Le città di cui si descrivono o si citano riflessioni, interventi e politiche sono solo alcune delle città europee. L'intento dello studio non è quello di un monitoraggio sistematico delle politiche municipali, ma quello di rintracciare nelle pratiche e nelle riflessioni le declinazioni del nesso tra penalizzazione e politiche per le città.

La scelta è determinata da alcuni criteri compresenti: a) dalla esistenza di un sistema di interventi che si possa definire *drug policy* municipale sulle droghe, ovvero dall'esistenza di un approccio di politica locale multidimensionale e integrato, organicamente cioè capace di tenere insieme aspetti diversi del fenomeno (di controllo, sociale, sanitario) e di far interagire secondo linee programmatiche chiare e esplicite gli attori locali<sup>4</sup> b) dall'esistenza, nel tempo, indicativamente negli ultimi 15 anni, di una capacità innovativa nel campo delle politiche locali sulle droghe, testimoniata non solo dalla effettiva introduzione di politiche, interventi e servizi ma anche da un'attività trasparente e pubblica di monitoraggio e valutazione e poi di *assessment*, che consenta di parlare delle esperienze avendo qualche dato “fondato” c) dalla presenza attiva sulla scena europea in termini di dibattito pubblico, di confronto, di messa a disposizione delle proprie esperienze per una valutazione allargata e fruibile delle proprie innovazioni

Le città citate, infine, lo sono non a partire dall'incisività delle loro politiche sulla vivibilità del territorio e la sicurezza, ma dalle loro *drug policy* locali: questo ci è parso coerente con la domanda iniziale, sebbene è evidente – e dalle esperienze riportate ampiamente verificato – che una città con una solida tradizione di lavoro di mediazione sociale è una città che ha più chance verso una politica incisiva di governo del fenomeno droga.

---

UE.

<sup>4</sup> Tutte le città hanno servizi, politiche della sicurezza, polizie, tavoli sociali, ma poche hanno una “*drug policy*” municipale, integrata, coerente, strategica.

La ricerca si articola come segue:

- Costruzione dello scenario legislativo europeo e individuazione e descrizione dell'attuale trend alla decriminalizzazione, nelle sue diverse articolazioni; descrizione delle riforme legislative recentemente attuate in alcuni paesi europei; descrizione dello scenario italiano visto anche in riferimento al trend europeo; confronto tra ONU e UE in relazione alla penalizzazione
- Le città e la penalizzazione: il dibattito sviluppato dalla città e dalle autonomie locali nelle sedi locali, nazionali e internazionali, la critica pratica all'approccio penale, la costruzione *bottom up* dell'approccio di riduzione del danno, risorse e limiti delle pratiche a livello locale
- L'agenda delle città in riferimento alle ricadute sociali dei consumi: definizione di "scena aperta della droga", problemi correlati. Tipologie delle strategie di governo, strumenti e attori
- Due casi di innovazione nel governo della scena aperta e della microcriminalità correlata: le *drug consumption rooms* e la somministrazione controllata di eroina. Valutazione dei risultati e aspetti problematici
- In allegato: scenario epidemiologico comunitario e approfondimenti sulle situazioni e sulle scelte legislative nazionali.

## 2. Scenario legislativo europeo

### 2.1 L'Europa e le droghe: il trend del riformismo europeo verso la decriminalizzazione

L'Europa conferma la severità nei confronti del narcotraffico e va verso una maggiore tolleranza nei confronti del consumo. Questo trend è ben visibile, tuttavia non è omogeneo: le legislazioni nazionali sono storicamente assai differenziate e l'unione Europea – nonostante notevoli passi in avanti sul piano delle linee di indirizzo (attraverso i Piani d'azione quinquennale) e di una omogeneizzazione sul piano delle tecniche di rilevazione del fenomeno, dei trattamenti, degli impianti di monitoraggio e valutazione (con l'attività dell'EMCDDA, *European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction*) - non ha espresso una politica comunitaria che possiamo definire coerente e incisiva. Essa va – in un ventaglio sfaccettato – dalle politiche di tradizionale tolleranza dell'Olanda (che datano dagli anni '60) all'estrema rigidità della tolleranza zero della Svezia, che data addirittura dalla tradizione dell'approccio morale all'abuso di alcool dell'Ottocento, passando per la vasta gamma delle diverse coniugazioni dei paradigmi *disease* e morale che caratterizzano i paesi membri. Nessuna legislazione, in Europa, rende lecito il consumo di sostanze illegali: le legislazioni nazionali sono tutte di tipo proibizionistico, anche quelle note per essere tolleranti.

Tuttavia, nel corso degli ultimi vent'anni, si è andato affermando un deciso trend di decriminalizzazione del consumo<sup>5</sup>: se permane un impianto legislativo proibizionista, molte nazioni promuovono procedure che, a diversi gradi, “svuotano” il potere effettivamente sanzionatorio delle norme. Questo accade quando le evidenze indicano che la criminalizzazione è un fattore di moltiplicazione e acutizzazione dei danni drogacorrelati, invece che esserne un fattore di governo. Questo “svuotamento” avviene per lo più bilanciando diversamente il mix *disease*/morale, a favore del primo, prospettando trattamenti e cure e/o sanzioni amministrative come alternative a sanzione penale e detenzione. Questo riformismo connota gli anni '80 e i primi anni '90. Un approccio, questo, che tuttavia lascia aperti molti interrogativi e insoluti molti problemi: non solo lascia inalterato l'impianto proibizionista delle legislazioni (e dunque laddove l'evidenza dice la legge produce danno, continua a produrlo, pur se in gradi diversi), ma spesso rischia di rendere l'approccio *disease* “ancillare” e non alternativo a quello morale/penale, includendolo in una sorta di “diffusione” pervasiva e soft dell'approccio morale. Inoltre, i processi di decriminalizzazione

---

<sup>5</sup>EMCDDA (2002) Prosecution of drug users in Europe, Insights n.5; D. Ballotta (2004) le tendenze europee nella politica sulle droghe, in G.Zuffa, F.Corleone (a cura di) La ragione e la retorica, Ed. Menabò; L.Bollinger (2002) Recent development regarding drug policy in Germany and European Community: the evolution of drug control in Europe, in Journal of Drug Issues, n.2/2002

basati sull'alternativa *desease* non hanno alcuna incisività sui consumi ricreativi e non problematici<sup>6</sup> (quali la gran parte dei consumi giovanili di massa), in quanto percorsi terapeutici e trattamenti non hanno qui motivo di esistere<sup>7</sup>.

Dalla seconda metà degli anni '90 ai primi 2000, il dibattito si evolve in una duplice direzione:

- da un lato – proprio a ridosso dei consumi di canapa, ma sono solo – si sviluppa un più deciso dibattito attorno alla ***inefficacia delle misure penali*** per i consumatori, vuoi nel senso della deterrenza (penalizzazione funzionale alla prevenzione), vuoi nel senso della terapeutizzazione (penalizzazione funzionale alla cura)<sup>8</sup>. A livello governativo ne discutono Regno Unito, Svizzera, Olanda. In Germania, nel 1994, la Corte Costituzionale richiama al divieto di sanzioni eccessive, quali le misure penali contro i consumatori di marijuana. In Austria nel 1998 una nuova legge rende più semplici le procedure per la sospensione e l'archiviazione delle denunce per possesso di cannabis ad uso personale, mentre in Belgio (1998) e in Francia (1999) due direttive dei rispettivi ministeri della Giustizia invitano gli organi giudicanti a fare del consumo di stupefacenti la priorità più bassa del codice penale. Nel 2001, il Portogallo ed il Lussemburgo modificano le rispettive normative in materia in senso tollerante. Il principio di base in entrambi i paesi è di rendere non sanzionabile penalmente il consumo di stupefacenti (in Portogallo), o della sola cannabis (in Lussemburgo). Nel maggio 2003 il Parlamento belga modifica la legge sulle droghe, eliminando il concetto d'illiceità dell'uso di stupefacenti e introducendo un sistema di sanzioni pecuniarie. Nel Regno Unito, dopo un lungo processo di studio ed analisi, il parlamento ha approvato la declassificazione della cannabis dalla classe B alla classe C, di fatto depenalizzandola. Da ultimo il governo francese ha aperto una riflessione sulla modifica della legge del 1970 ancora in vigore e che prevede la penalizzazione dell'uso di stupefacenti. Anche tra i nuovi Paesi membri qualcosa si muove: hanno legislazioni pesantemente repressive, aggravate per lo più recentemente, nel corso degli anni '90<sup>9</sup>; tuttavia con il nuovo secolo le cose

---

<sup>6</sup> Le stime EMCDDA indicano in 50 milioni gli europei che hanno fatto uso almeno una volta di una sostanza illegale, il 20% della popolazione, mentre non oltre l'1,5% sviluppa problematicità

<sup>7</sup> Per questa contraddizione accade (sta accadendo in questa fase) che l'Europa si divida: una parte delle nazioni sta discutendo o si è già orientata verso una vera e propria depenalizzazione del consumo, con riguardo specifico alla cannabis, la droga "per elezione" dei consumi di massa ricreativi (è il caso di Olanda, Svizzera e Regno Unito); una parte o non ha messo in discussione la propria legislazione proibizionista, oppure si sta addirittura orientando nella direzione opposta, non solo continuando a penalizzare il consumo ma equiparando il consumo di cannabis a quello di ogni altra sostanza. Come a dire: se una sostanza non provoca "patologia" e dunque non può "stare dentro" al doppio paradigma sanzione/terapia, allora si "patologizza" il consumo per legge. Appartengono a questo esempio la Svezia, tra i Paesi europei più proibizionisti, e l'Italia, che, con il DDL governativo Fini- Mantovano, intende criminalizzare e patologizzare al tempo steso la cannabis, appunto per legge.

<sup>8</sup> È interessante il raffronto epidemiologico tra Olanda e USA, laddove questi hanno una politica (la *war on drugs*) assai più repressiva di quella olandese: ebbene, la prevalenza di chi ha usato marijuana almeno una volta in Olanda è del 15,6%, in USA del 32,9% (per chi ha usato nell'ultimo mese Olanda 2,5%, USA 5,1%); per la cocaina rispettivamente 2,5% e 10,5% (nell'ultimo mese 0,2% e 0,7%) e per l'eroina 0,3% e 0,9%. Sono dati del 1997, del *Center for Drug Research, University of Amsterdam* in [www.cedro-uva.org](http://www.cedro-uva.org)

<sup>9</sup> Oggi il consumo personale è reato in Polonia, Cipro, Lituania, Malta, Slovacchia.

sembrano mutare. L'Ungheria è un caso interessante: nel 1999 aveva introdotto il reato penale di consumo, ma nel 2003 è tornata sui propri passi, depenalizzandolo, a seguito di alcuni studi e valutazioni che avevano messo in evidenza come «l'obiettivo di ridurre il consumo, l'abuso e la circolazione di narcotici non era stato raggiunto, e il numero di persone che provavano una droga e quello dei reati continuavano ad aumentare. Secondo gli autori degli studi, le punizioni erano troppo severe e non tenevano conto che i giovani diventano consumatori non perché hanno tendenze alla criminalità, ma a causa delle circostanze».<sup>10</sup> La Repubblica Ceca sta oggi mettendo in discussione la recente scelta criminalizzante del 1999. Estonia e Lettonia prevedono sanzioni amministrative.

- dall'altro, nella direzione della *riduzione del danno*, che se non attiene “direttamente” alla questione penale, la mette in discussione, nel momento in cui identifica una serie di *fattori di contesto* che definiscono il grado di dannosità e rischio dei consumi, e su questi avviano politiche e interventi. In questo non solo mettendo in discussione l'approccio morale (la “sostanza in sé” e il comportamento “deviante”), ma anche identificando nella penalizzazione uno di quei fattori di contesto che massimizzano il danno invece che limitarlo<sup>11</sup>. L'EMCDDA classifica così i paesi membri rispetto a questo approccio critico: Svizzera, Olanda, Germania e Spagna e in modo più ridotto Portogallo, i più riformisti; in posizione aperta ma prudente, Austria, Belgio, Lussemburgo, Austria, Danimarca; forte opposizione e marcata inclinazione alle politiche *abstinence oriented* Grecia, Italia, Norvegia, Svezia, Finlandia<sup>12</sup>

Il crescente trend di decriminalizzazione, comunque, si sviluppa in maniera significativa soprattutto su due diversi dispositivi:

- Procedure formali di decriminalizzazione
- Procedure di fatto e non applicazione delle sanzioni<sup>13</sup>

Sono questi dispositivi che – anche al di là delle discussioni nei Parlamenti – hanno mutato negli ultimi anni il volto delle politiche sulle droghe. Ed è proprio a livello di questi dispositivi che si colloca l'azione delle città e delle autonomie locali, che in questo contesto di *riformismo bottom up* si trovano ad essere attori che non solo “sperimentano” problemi, contesti e modalità di governo del fenomeno, ma anche innovazione e (parziale) riscrittura pragmatica dei paradigmi dominanti.

---

<sup>10</sup> EMCDDA (2005) Relazione annuale 2004

<sup>11</sup> Per una più ampia trattazione, vedi il capitolo 3)

<sup>12</sup> D. Ballotta (2004) Le tendenze europee nella politica sulle droghe, cit

<sup>13</sup> L.Bollinger (2002), cit

### 2.1.1 Legge penale, tra *diversion* e *discontinuance*

In riferimento al processo variegato di riforma legislativa nel segno della decriminalizzazione della domanda, dunque del consumo, in atto in tutta Europa - come abbiamo visto con le note eccezioni dei Paesi scandinavi, dell'Italia e della Grecia - secondo l'EMCDDA<sup>14</sup> esiste una **pratica diffusa di decriminalizzazione** del consumo “nonostante” la lettera della legge. Si tratta di «una serie di non-azioni, azioni che portano verso il ‘blocco’ delle azioni successive o comunque a una discontinuità nel processo penale, ammonimenti informali, consigli verso il trattamento, persino un *laissez faire* verso la detenzione di piccole quantità di sostanza [che non vengono sequestrate, ndr]». Sono, dice l'EMCDDA, tutte azioni che non vengono nella gran parte dei casi monitorate e registrate, una sorta di pratica *de facto* che sfugge alle statistiche, e che pure è importante perché delinea la prassi effettiva dell'approccio penale, incluso il suo parziale svuotamento. L'evidenziazione qui di questa pratica è pertinente, in quanto, sebbene vi siano Stati che emanano linee guida nazionali in questa direzione, è a livello locale (si pensi alle autonomie regionali, dei *land* e dei cantoni) che essa viene spesso non solo applicata ma anche decisa. A giudicare dal panorama europeo, nel corso dell'ultimo decennio, per esempio, la parziale decriminalizzazione dell'uso di cannabis in alcuni Paesi è stato l'esito di una politica nazionale, ma in altri di una **pratica diffusa giocata su soluzioni a livello locale** (vedi in specifico sulle città al capitolo 4).

#### ***Sanzione penale del consumo: “lettera” dura e “pratica” soft***

Le discontinuità nel percorso penale possono avvenire o a livello di azione di polizia o a livello di azione giudiziaria, nell'un caso e nell'altro, nell'arco dell'ultimo decennio «si assiste a un calo significativo dei casi che arrivano davanti a una corte»<sup>15</sup>. Secondo lo studio EMCDDA, nonostante la variegata realtà nazionale, si coglie una “tendenza europea” in “controtendenza”... con le pur vincolanti e formalmente rispettate direttive ONU: «Nella gran parte degli stati membri, l'azione penale è attivamente nelle mani della polizia e dei procuratori/prefetti; in relazione al semplice uso o possesso per uso personale, c'è una tendenza generale in tutta la UE per cui procuratori e tribunali cercano occasioni di discontinuità [nell'azione penale, ndr], o, se non possibile, soluzioni che comunque possano interrompere le punizioni più pesanti; la maggior priorità in quasi tutti gli stati membri viene data ai reati di spaccio e traffico (o anche a quelli correlati, per esempio contro il patrimonio, anche se compiuti da consumatori) piuttosto che

---

<sup>14</sup> EMCDDA (2002) Prosecution of drug users in Europe, Insights n.5

<sup>15</sup> J.Jehle (2000), Prosecution in Europe: varying structures, convergent trends, in European journal of criminal policy and research, n.8/2000, cit. in EMCDDA (2002)

arrestare o condannare per uso/possesso personale». <sup>16</sup> L'invito dell'Istituto di Lisbona, non a caso, è quello di approfondire e formalizzare questo tipo di osservazione, anche al fine di farne materiale utile alla valutazione di obiettivi quali «la riduzione dei problemi correlati all'offerta e alla domanda, come problemi di ordine pubblico e reati contro il patrimonio». Monitoraggio che, più che verso i Parlamenti, porta e porterà in futuro verso le città. Anche perché una delle difficoltà metodologiche riscontrate in questo monitoraggio è stata proprio la sua base nazionale, mentre molti ricercatori hanno riportato che «le pratiche della polizia – e in alcuni paesi anche dei giudici – non sono uniformi e variano da luogo a luogo. E questo accade in ogni paese, a prescindere dal fatto che sia un paese federale o no». <sup>17</sup> Indicatore indiretto che ci fa comprendere quanto la dimensione locale sia significativa nella determinazione delle (non) applicazioni della legge penale. Ciò che infatti appare interessante, della situazione europea, è che solo in parte la formale vigenza o non vigenza della non obbligatorietà dell'azione penale incide su questa discontinuità, e la discrezionalità agita che ne sta alla base: se Germania, Spagna, Italia, Francia, Irlanda, Lussemburgo, Olanda, Austria e Portogallo non hanno nella legge alcuna base per esercitare discrezionalità, pure in alcuni tra questi paesi – Germania, Portogallo, Olanda e Spagna – abitualmente e a uno stadio molto precoce del percorso penale del consumatore si interrompe e questi viene avviato verso il welfare più che verso il carcere, verso servizi o interventi o trattamenti più che verso il circuito penale-penitenziario. Nei fatti, la polizia in prima battuta esercita un potere discrezionale. In altri paesi (Belgio, Danimarca, Inghilterra e Galles), questa *diversion* avviene in una cornice giuridica anche formale, mentre in Olanda viene incentivata da linee di indirizzo delle Procure. Del tutto in modo contrario, Grecia, Finlandia e Svezia hanno una cornice formale che consente diversi livelli di discrezionalità, ma che non viene applicata nel caso di reati di droga: cosa che non dipende quindi dalla “lettera” della legge, ma dall'impianto delle *drug policies*, dalle culture consolidate e dalla percezione sociale del fenomeno, rispetto al quale la fiducia negli approcci deterrenti (vuoi penali vuoi sanitari, come nel caso delle terapie obbligatorie) sono prevalenti.

Leggendo in filigrana le pratiche di *diversion* o di discontinuità dell'azione penale nei vari stati, è possibile cogliere come esse coinvolgano e al contempo interrogino autonomie, municipalità, polizie locali, procure e prefetti, in un intreccio di opportunità e insieme di vincoli, che rappresenta il terreno concreto dentro cui si situano le *drug policies* locali. <sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> EMCDDA (2002), cit

<sup>17</sup> Emccda (2002), cit, “Methodology: the issues addressed and the research approach”

<sup>18</sup> Per una miglior comprensione del monitoraggio svolto dall'EMCDDA, le pratiche osservate sono state così definite: discontinuità (*discontinuance*), indica che l'azione penale viene interrotta a un qualche livello, da polizia, giudici o tribunali; blocco di ulteriori azioni (*no further action*); avviso informale (*informal warning*), informazione non registrata fornita al consumatore secondo cui non si procede, ma ci si riserva di procedere in caso di nuova infrazione

Le opzioni di *discontinuance* nella “filiera” del penale sono fundamentalmente diverse in riferimento • ai tipi di sostanza (distinzione tra droghe leggere e pesanti) • al consumo in privato o in pubblico (laddove queste fattispecie siano contemplate, l’assunzione in pubblico è un aggravante) • al livello della “filiera” (polizia, giudici, tribunali) • al sistema formale nazionale. Per quanto concerne gli stati membri, come già detto, non sono solo le legislazioni e l’obbligatorietà dell’azione penale a incidere, ma anche le politiche e, in buona sostanza, le diverse “costruzioni” del fenomeno.

La polizia tende a intraprendere azioni formali verso i consumatori (per il solo possesso/uso) soprattutto in Grecia, Irlanda, Italia<sup>19</sup>, Lussemburgo, Finlandia e Svezia; al contrario, rinuncia a procedere nella gran parte dei casi in Portogallo, Olanda, Spagna, Germania; in posizione intermedia Francia e Regno Unito. Al secondo livello della “filiera”, i giudici, si nota una maggiore propensione nella discontinuità, soprattutto in Spagna, Danimarca, Germania, Olanda e Austria, mediamente in Svezia, Belgio e Francia, mentre i giudici rinviando a giudizio soprattutto in Grecia, Irlanda, Finlandia e Regno Unito. Infine, i tribunali hanno pratiche di *diversion* verso trattamenti e diverse tipologie di alternative alla sanzione penale soprattutto in Germania, Spagna, Austria, Olanda e Svezia<sup>20</sup>, mediamente in Belgio, in misura minore in Grecia, Francia, Irlanda, Finlandia e Lussemburgo.

Per uno sguardo d’insieme:

- Tendenza a non interrompere il percorso penale: Finlandia e Irlanda
- Discontinuità ad un solo livello della “filiera”: Grecia, Lussemburgo e Portogallo
- Discontinuità a due livelli della “filiera”: Austria, Belgio, Francia, Svezia, Regno Unito e Italia
- Discontinuità diffusa e a tutti i livelli: Germania, Danimarca, Olanda e Spagna.

E’ interessante notare come, coerentemente con il principio di proporzionalità, la quasi totalità dei paesi è orientata verso questa mitigazione dell’approccio penale al consumo individuale, con l’eccezione della Svezia, che basa la sua politica proibizionista enfatizzando l’obiettivo di

---

alle leggi; avviso formale (*formal warning*), modalità come sopra, ma secondo procedure formalizzate e pertanto registrata; ridimensionamento dell’imputazione, quando si applica una sanzione minore rispetto a quella prevista; diversione (*diversion*), alternativa di tipo sociale o sanitario alla sanzione, descritta in versione *weak*, quando la non osservanza non implica conseguenze, oppure *strong o conditional* nel caso sia necessario osservarla per non incorrere nella sanzione; discrezione (*discretion*) indica la possibilità, garantita dalla legge oppure solo di fatto, di non procedere.

<sup>19</sup> In Italia, il consumo personale è un illecito amministrativo, per cui le segnalazioni vengono inviate ai prefetti. I dati delle prefetture parlano di una notevole massa di invii, che a loro volta testimoniano della massa di azioni operate dalle forze dell’ordine il relazione all’uso personale: i dati più recenti riferiti al 2003 indicano in 21.630 le segnalazioni, di cui l’82% riguarda la canapa, il 20% dei segnalati ha tra i 18 e i 19 anni, l’8% tra i 15 e i 17, il 35% tra i 20 e i 24.

<sup>20</sup> Da notare che la Svezia prevede una vasta gamma di trattamenti assai vincolati quando non esplicitamente obbligatori: su questo aspetto è interessante il dibattito, assai sviluppato, in ambito europeo, sul nesso pena-trattamento, e su come nelle legislazioni più proibizioniste il trattamento non sia un’alternativa “paradigmatica”. Ma al contrario, si trovi in funzione spesso ancillare rispetto al penale, con esiti più di “diffusione” del sistema penale sul territorio che di “alternativa” ad esso. Questo dibattito è molto vivace anche in Italia, con riferimento agli esiti possibili di una riforma della legge 309/90. Per un approfondimento vedi G.Zuffà (2000) I drogati e gli altri, Sellerio;

riduzione della domanda. Questo atteggiamento è confermato dal disaccordo espresso dalla quasi totalità dei paesi (eccezione l'Irlanda) con l'ipotesi di tradurre in carcerazione i comportamenti reiterati di consumo (penalizzazione alla terza segnalazione). «In altre parole, una politica quale quella adottata negli USA, “tre volte e sei fuori”, cioè vai in galera, non pare interessare il punto di vista europeo». <sup>21</sup> Per quanto concerne invece il piccolo spaccio, la penalizzazione appare scontata, anche se a praticarlo sono spesso gli stessi consumatori. Solo la Germania e l'Olanda esprimono dubbi, affermando che il principio di proporzionalità deve valere comunque e che spesso accade che piccoli spacciatori “stabili” in una comunità locale siano una risorsa (per esempio per pratiche di riduzione del danno e di consumo controllato) più che un problema. Posizione isolata ma interessante, perché indubbiamente vi si riflettono le sperimentazioni locali<sup>22</sup> di governo del problema a livello sociale e di mediazione, con l'inclusione di queste figure nell'ambito delle *drug policies* municipali.

### ***Due passi avanti e uno indietro? Il ruolo della percezione sociale e del “clima”***

In ogni caso, e con questa grande variegatezza e qualche costante eccezione, l'Europa di decriminalizzazione sta ragionando. Nel complesso, quindi, l'Osservatorio europeo sottolinea come vi sia «una particolare sensibilità contro la penalizzazione effettiva del consumo personale» e come uno degli obiettivi «maggiormente perseguiti nei diversi stati membri sia quello di una non piena attuazione della penalizzazione». E come, invece, fermo restando il soggetto, esso diventa perseguibile – e anche con massima priorità – quando spaccia o commette reati contro il patrimonio. Interessa notare qui, per la sua allusione alla centralità del tema della costruzione sociale del fenomeno e della sua percezione da parte delle comunità locali, che una delle conclusioni del monitoraggio dell'EMCDDA è sulla centralità che il “clima” (sociale, politico) gioca in relazione a pratiche di decriminalizzazione diffuse e spesso informali o comunque non specificamente “tutelate” da norme o linee guida formali. Insomma: il circolo “pratiche diffuse - decriminalizzazione *de facto*” si trova a passare obbligatoriamente – come, ma ben più delle eventuali riforme legislative nazionali - attraverso la variabile “clima” sociale, che incide sulla qualità del processo stesso rendendolo circolo “virtuoso oppure vizioso”. Afferma infatti l'Osservatorio europeo che si possono, in questa situazione, dare diversi scenari: «Il clima in ogni stato membro può aiutare a dare forma alle pratiche diffuse [di *discontinuance*] di polizia, giudici e tribunali. Il clima si “assesta” in accordo con le pratiche, con la visione che gli operatori

---

<sup>21</sup> EMCDDA (2002), cit

<sup>22</sup> La pratica di coinvolgere in qualità di attori della strategia del “consumo controllato”, piccoli spacciatori, ha una lunga storia in Olanda, con la creazione delle prime stanze per il consumo, negli anni '70 “informali”, e non strutturate né governate dal sistema sanitario locale. Vedi su questo al capitolo 4.

propongono con le loro pratiche concrete». Oppure, il clima, «mantiene un rapporto tenue o troppo fragile con le pratiche». E dunque, le contraddice e non le sostiene. Alternative che qui interessa citare per la loro connessione con le scelte di governo del fenomeno nelle comunità locali laddove - nella vita quotidiana e con grande incisività - si “costruisce” il problema e si forgia la sensibilità sociale ad esso. E’ interessante notare come - dopo un ventennio in cui il tema della decriminalizzazione è stato accettato in molte riforme nazionali - pure recentemente, e sebbene in presenza di legislazioni meno repressive, polizia e tribunali hanno ricominciato a lavorare a pieno ritmo, a procedere e a condannare consumatori per diverse tipologie di reati di droga e drogacorrelati<sup>23</sup>. Perché? Da un lato, potrebbe essere un effetto paradossale delle stesse riforme, come ricorda Danilo Ballotta per il caso portoghese: il passaggio cioè da una legge formalmente rigida ma nella prassi poco applicata a una più tollerante ma che ha “chiuso” le pratiche informali di discontinuità e viene applicata “rigorosamente” (stante che non è una legge di piena depenalizzazione). Ma è convincente anche un altro tipo di ipotesi, meno circoscritta e più “di scenario”, o di “clima”, come quella prospettata da Grazia Zuffa: «L’aumento dell’applicazione della legge penale può essere compreso solo se letto dentro il contesto più ampio delle politiche penali e delle loro tendenze. La tolleranza zero è l’approccio penale che ci è arrivato dagli Stati Uniti, e si è diffuso rapidamente anche in Europa. Tolleranza zero significa penalizzazione rigida dei reati minori che “devono essere considerati seriamente come quelli (i reati) più gravi”, questa è l’idea, o persino dei comportamenti “disordinati”, come quelli dei senza dimora che dormono nelle stazioni del metrò oppure fanno un accattonaggio aggressivo. In questa ottica, possiamo ben capire come l’essere duri sui reati minori porti ad esserlo immediatamente anche sulle droghe, e nonostante una legge penale meno severa»<sup>24</sup>. Nonostante l’evidenza della inefficacia maturata dal penale in decenni di esperienze e oggi sedimentata in leggi riformate e meno repressive, le (buone) pratiche di decriminalizzazione non riescono a dialogare con “il clima”. E’ esemplificativo, a questo proposito il caso francese: nel 2003, in polemica con il precedente governo di sinistra, il ministro Sarkozy dichiara di voler modificare la legge del 1970 per frenare il consumo e sanzionarlo “davvero”. “Davvero” vuol dire, per la destra francese, in misura “ragionevole e intelligente”, dato che la previsione della carcerazione per il semplice consumo porta polizie e giudici di fatto a non applicare la legge. La prospettiva di una legge meno severa, quindi, si tradurrebbe - in questo “clima” - in un più esteso sanzionamento di fatto. Afferma Sarkozy «Non esistono droghe leggere o droghe dure. Non esiste il piccolo consumo personale. Non c’è nessuna esperienza personale. Non

---

<sup>23</sup> D. Ballotta (2004) Le tendenze europee nella politica sulle droghe, in G.Zuffa, F.Corleone (a cura di) La ragione e la retorica, Ed. Menabò. Ballotta - su base dati EMCDDA - stima che mediamente in Europa gli arresti per cannabis siano il 50% del totale e in alcuni paesi arrivino all’85%

<sup>24</sup> G. Zuffa (2004), From prohibition to legalization: a “good budget cut”, cit.

ci sono giovani liberi e inseriti. Ci sono soltanto droghe illecite e consumatori che trasgrediscono la legge». Ma afferma anche che, per creare un «dispositivo realmente applicabile» bisogna «cancellare la disposizione più criticabile: la pena della reclusione contro i semplici consumatori... «È manifesta la sproporzione tra l'arresto di una persona che sta fumando cannabis e la necessità di una procedura giudiziaria troppo pesante».<sup>25</sup>

Si può in conclusione dire che se il processo di decriminalizzazione ha viaggiato negli ultimi anni in modo discontinuo ma con una direzione, grazie ad attori diversi e pratiche a volte formalizzate ma molte altre volte no, esso ha sperimentato tanto la risorsa dell'informalità (o dell'accordo locale, o dell'interpretazione relativamente libera della legge) quanto si è trovato esposto alle variazioni del "clima". Le città si trovano ad essere luogo di sperimentazione e di *assessment* di pratiche diffuse, e, insieme, comunità al cui interno i fenomeni vengono letti, interpretati e "costruiti". L'intreccio tra questi due aspetti è un'opportunità e insieme un rischio. Il circolo può essere "virtuoso oppure vizioso".

---

<sup>25</sup> G. Pietrostefani (2003) L'ipocrisia al potere, in *Fuoriluogo*, n.5/2003. In Francia, nel 2001, solo l'8% dei consumatori di droghe illecite sono stati oggetto di una sanzione contro il 30% nel 1990; 71.000 consumatori sono stati fermati dalla polizia, ma soltanto 6.000 hanno subito una condanna e 4.000 un'ingiunzione terapeutica.

### 2.1.2 Il caso italiano: una riforma in controtendenza

La legge italiana in materia di stupefacenti varata nel 1990 per iniziativa dell'allora governo Craxi (legge n.162/90, detta Russo Jervolino – Vassalli, poi TU 309/90) s' inquadra pienamente nel solco della "conquista statunitense" dell'Europa, inserendosi a buon titolo nella strategia della *war on drugs*. E' stata da molti definita una legge manifesto, per la centralità dell'approccio morale e per quella affidata al codice penale nell'azione di riduzione della domanda. La penalizzazione del semplice consumo (e possesso) per uso personale ne era il cardine, insieme – tradizionalmente – al binomio repressione-terapia, secondo cui l'approccio penale è un buon viatico per quello terapeutico.<sup>26</sup> Altro cardine, la dose media giornaliera, una quantità di sostanza fissata per legge che – a prescindere dal soggetto e dalla sua condizione e stile di consumo - stabiliva il passaggio da sanzioni amministrative a sanzioni penali, e dal consumo allo spaccio<sup>27</sup>

Si può dire che i primi due anni di applicazione della legge – per altro segnati da un'incessante battaglia politica promossa da associazioni, comunità (alcune), parti della sinistra e parti del mondo cattolico - abbiano messo da subito in evidenza alcuni effetti di "massimizzazione del danno" dell'approccio penale al consumo di sostanze illegali: un massiccio aumento di processi e incarcerazioni di semplici consumatori, spesso giovanissimi e spesso per uso di cannabis; un intasamento di prefetture, tribunali, carceri; un aumento della popolazione sommersa dei consumatori, con relative conseguenze negative sulle possibilità della presa in carico precoce e sul lavoro di prevenzione, in particolare delle malattie trasmissibili (allora la pandemia da HIV era nel suo pieno sviluppo: su 100 casi di AIDS, 64 riguardavano consumatori per via iniettiva, il "record" europeo); un aumento dei casi di morti per overdose<sup>28</sup>. Non mancano "effetti" sulla cultura giuridica

---

<sup>26</sup>GC Caselli e M Garavelli (1990) *Droga: in nome della legge*, EGA; L.Pepino (1991) *Droga e legge*, Franco Angeli; . Scrive l'onorevole Giulio Andreotti nella premessa alla presentazione del testo di legge, il 26 giugno del 1990: «Pace e libertà sono due obiettivi che vanno perseguiti con grande tenacia e coerenza, il loro affermarsi rappresenta un irrinunciabile strumento per il futuro benessere economico e sociale. La droga invece è la negazione di tutto questo. Ed è per tale motivo, per l'esigenza di un nuovo impulso morale e per l'universale anelito alla sicurezza che lo stato la combatte». E, per chiarire quale sia l'idea di nesso repressione-terapia, è interessante la premessa alla circolare attuativa del 5 luglio '90, a firma Ministro dell'interno, Gava, in cui, dopo aver ricordato che «Un profilo particolarmente significativo delle nuove disposizioni antidroga è costituito dalla enunciazione della illiceità dell'uso personale delle sostanze stupefacenti» afferma che prefetti e forze di polizia giudiziaria sono chiamati ad operare nella prospettiva della prevenzione, «la delicatezza del citato intervento viene a rivelarsi soprattutto quando esso si esplica nei confronti giovani privi di una sufficiente azione formativa e di un sostegno della personalità e che per questo manifestano una accentuata sensibilità all'approccio con l'autorità pubblica», cit in M. Campedelli (1991) *Droga le parole e i fatti*, EGA

<sup>27</sup>Il concetto di dose media giornaliera si oppone proprio a quello di "modica quantità", previsto dalla precedente legge n. 685 del 1975, che escludeva, appunto, la punibilità per la detenzione di una "modica quantità" di sostanza finalizzata al consumo personale. La valutazione spettava al giudice.

<sup>28</sup> Il 31 dicembre 1990 i tossicodipendenti presenti in carcere erano 7.299, sei mesi dopo erano saliti a 9.623, fino ad arrivare ai 14.818 del 31 dicembre 1992. Nel 1990, per la prima volta, il numero dei decessi per overdose superò le

e dei diritti, come ben evidenziato dai numerosi interrogativi sulla possibile incostituzionalità sollevati fin dal suo primo annuncio<sup>29</sup>.

Mentre “maturano” tutte queste evidenze, la crisi dell’impianto legislativo esplode a ridosso della morte per suicidio di alcuni giovanissimi consumatori di cannabis dopo il loro impatto con il carcere. Nel luglio 1991, nel giro di una settimana, tre persone arrestate per droga si suicidano in carcere. Tra di esse, Stefano Ghirelli: 18 anni appena compiuti, incensurato, portato nel carcere di Ivrea poiché trovato con 25 grammi di hashish, si impicca dopo il rifiuto del giudice di concedergli la libertà provvisoria per “pericolosità sociale”.<sup>30</sup> Inizia da qui quel processo di “svuotamento” della legge che culminerà di lì a poco con il referendum parzialmente abrogativo. L’allora Guardasigilli Martelli, nel 1991, vara il decreto n. 247/91, che rende non più obbligatorio l’arresto qualora la sostanza rinvenuta superi di poco la dose fissata dalle tabelle. In seguito, nel gennaio 1993, il governo Amato vara un nuovo decreto, che triplica i valori-limite della dose media giornaliera.

Nel 1993, dopo una incessante mobilitazione di molte forze sociali e politiche, si giunge al referendum, che sancisce l’abolizione del concetto di dose media giornaliera e, pur mantenendo illecito il consumo personale, ne stabilisce la punibilità solo in termini amministrativi.

Questa breve storia del TU 309 e delle seguenti modifiche è utile ai fini della comprensione dell’attuale dibattito attorno all’ipotesi di riforma della legge promossa dal governo Berlusconi (DDL 2953/2003 nota come Fini- Mantovano) e dello scenario che questa potrebbe aprire nel caso fosse varata. Perché i contenuti della legge sono simili – nei dispositivi fondamentali - a quelli originari della legge 162/90, con qualche ulteriore restrizione.

Promessa fin da subito, dal primo giorno del governo di centrodestra nel 2001, la nuova legge in materia di consumo di droghe e di riorganizzazione dei servizi prende via via corpo, nel corso del 2003, ne viene annunciata una prima bozza in occasione della giornata mondiale dell’ONU di lotta alla droga il 26 giugno 2003 e nel novembre dello stesso anno diventa DDL e viene presentata al

---

mille unità, arrivando a 1.161; l’anno seguente giunse a 1.383 e, nel 1992, a 1.217. M. Campedelli (1991) cit; CORA, Coordinamento radicale antiproibizionista, Osservatorio sulla legge in [coranet.radicalparty.org](http://coranet.radicalparty.org)

<sup>29</sup> E.Rossi (1990) Problemi di costituzionalità della nuova legge sugli stupefacenti: la necessità di un bilanciamento tra valori costituzionali, in *Politica del Diritto*, dicembre 1990; L.Ferrajoli (1991) Proibizionismo e diritto, in L.Manconi (a cura di) *Legalizzare la droga. Una ragionevole proposta di sperimentazione*, Feltrinelli. A legge approvata, nel 1991, alcuni magistrati hanno investito la Corte Costituzionale di alcuni quesiti inerenti: violazione del principio di uguaglianza; ragionevolezza della norma penale, violazione della riserva di legge, violazione del carattere personale della responsabilità penale, violazione del principio di necessaria offensività del reato, violazione del diritto alla salute, in M.Campedelli, cit. La Corte costituzionale, pur respingendo le eccezioni presentate dai giudici di merito, invitò esplicitamente il legislatore a migliorare la legge e i giudici eventualmente a non applicare rigidamente il criterio della dose media giornaliera.

<sup>30</sup> S.Segio (2003) Dopo tredici anni ci riprovano, in *Fuoriluogo*, n.5/2003

Consiglio dei Ministri<sup>31</sup>. Il testo, viaggia su cinque direttrici: penalizzazione del consumo<sup>32</sup>; fissazione ex lege di una dose media giornaliera al di sopra della quale si passa da consumatori a spacciatori (senza alcun onere della prova da parte della magistratura)<sup>33</sup>; accorpamento di tutte le sostanze psicotrope illegali in un'unica tabella, con conseguente equiparazione al rialzo delle pene per detenzione e per spaccio (oggi sensibilmente differenziati per tipo di sostanza)<sup>34</sup>; forte privatizzazione del sistema dei servizi (con l'equiparazione tra pubblico e privato in materia di diagnosi e certificazione della dipendenza, elaborazione di programmi e trattamenti). Contestualmente, limitazioni radicali alle politiche di riduzione del danno e alla somministrazione di terapie farmacologiche, quali soprattutto il metadone, se non utilizzate per trattamenti rapidi e *abstinence oriented*.<sup>35</sup> Tutti interventi, questi ultimi, che risulterebbero in chiara contraddizione con una politica basata su un dominante assunto morale.

Tutto l'impianto del DDL enfatizza «l'ibrido innesto tra penalità e terapia, già presente nella legislazione in vigore sugli stupefacenti, rendendo quell'intreccio, non solo antistorico, ma anche erosivo, sia dello "statuto" della penalità che dello "statuto" delle altre scienze, nonché perverso e criminogeno per il "paziente"-autore di reato. L'analisi dell'impianto generale e in particolare, di alcuni articoli del Disegno di Legge n. 2953 dimostra, senza alcuna necessità di avversione

---

<sup>31</sup> Per una cronistoria dell'iter del DDL vedi anche S.Ronconi (2004) e S.Ronconi (2005) Le politiche sociali neoautoritarie, in CGIL e altri, Rapporto sui diritti globali 2004 e 2005, Ediesse

<sup>32</sup> Il primo livello della sanzione è amministrativo, tuttavia – al contrario della legge vigente – prevede, in caso di inosservanza, il passaggio alla sanzione penale fino a 18 mesi di carcere.

<sup>33</sup> La dose media giornaliera è fissata dalle legge. I valori indicati nella tabella I rappresentano le quantità massime di ciascuna sostanza oltre le quali i possessori diventano automaticamente spacciatori. Cocaina: 500 mg; Delta-9-tetraidrocannabinolo (Thc, ossia il principio attivo della canapa): 250 mg; Eroina: 200 mg; Lsd: 0,05 mg; Mdma (ecstasy): 300 mg. Rispetto agli stili di consumo o alle abitudini (acquistare dosi per più giorni per non moltiplicare i contatti col mercato, acquistare per il proprio gruppo amicale ecc) questi dosaggi potrebbero ben essere congruenti con un consumo individuale, non necessariamente con una cessione o una vendita a terzi. Come osserva don Luigi Ciotti «Stupisce la variabilità dei criteri con cui le soglie vengono stabilite. E ancor di più emerge l'intenzione di voler colpire il consumo più ancora della dipendenza. Fissare il con fine per l'imputazione di spaccio per l'hashish a 250 mg, vuol dire che con due, tre spinelli si può essere considerati spacciatori. Paradossalmente sono più tutelati i consumatori di cocaina, che possono avere fino a 500 mg di sostanza. (...) Perché questo trattamento privilegiato del consumatore di cocaina, sicuramente molto più pericolosa dell'hashish?» In S.Ronconi (2005) Le politiche sociali neoautoritarie, cit

<sup>34</sup> Il semplice spaccio viene punito con la reclusione da 6 a 20 anni, e la pena proposta per i "fatti di lieve entità" (il piccolo spaccio, quello di solito attuato dagli stessi consumatori per ricavare il denaro necessario alle loro dosi) è quella attualmente riferita alle sostanze "pesanti", cioè da 1 a 6 anni

<sup>35</sup> Dichiara la sottosegretaria al Welfare senatrice Maria Grazia Sestini: "Dalla droga si esce senza la droga: puntiamo a rendere possibile ovunque la disintossicazione, gestendo il trattamento in collaborazione tra servizi e comunità, creando centri diurni a media ed alta soglia ed utilizzando farmaci diversi da quelli sostitutivi, visto che il metadone è diventato quasi una monoterapia" (Redattore sociale 3.7.2003). Al contrario lo studio multicentrico VEDETTE, condotto per alcuni anni presso i Ser.T di tutta Italia, dice che i trattamenti farmacologici non solo sono preferiti dai pazienti-utenti, ma sono la migliore garanzia di un rapporto continuativo con i servizi. Tra coloro che sono in carico a servizi il 47% è stato sottoposto ad un trattamento di mantenimento con metadone, il 12% ad un trattamento con metadone a dosi scalari e l'8% è stato inviato in Comunità terapeutica. Coloro che hanno risultati migliori in comunità soffrono per lo più una dipendenza di grado lieve o moderato. Al contrario, le terapie farmacologiche protratte hanno normalmente obiettivi a lungo termine: integrazione sociale anche di chi ha storie di illegalità e problemi sociali; miglioramento della condizione di salute spesso compromessa, avvio di percorsi di riabilitazione

preconcepata, che si tratta di una legislazione speciale finalizzata, non solo, a riportare la nostra legislazione, già di per sé inadeguata, alla fase pre-referendaria, ma anche a radicare la penalità più a fondo, fino alle condotte inoffensive. La conferma del fatto che si tratta di una legislazione speciale balza agli occhi naturalmente, per l'elefantiasi della carcerazione prevista e auspicata, ma ancor più, dalla modifica di norme penali sostanziali e processuali di organica collocazione sistematica e di collaudata applicazione giurisprudenziale. Si vorrebbe sanzionata perfino la condotta riferibile a un'alterazione psichica transitoria, con un aumento della penalità, consistente dapprima, in una pena pecuniaria (tale pena, come dimostrato dalla criminologia, è criminogenetica), passando poi alle sanzioni detentive. Un apparato disciplinare dunque, speciale per i tossicodipendenti»<sup>36</sup>

Alcune delle ricadute ipotizzabili della legge Fini-Mantovano sono facilmente desumibili dalle ricadute dei primi due anni di applicazione della Russo Jervolino- Vassalli.

Con qualche complicazione in più:

- un significativo *aumento delle pene comminate*, e non solo – come ovvio – relative all'accresciuto numero di persone raggiunte dal sistema penale: l'unificazione delle sostanze, dall'eroina alla cannabis, in un'unica tabella comporta anche l'equiparazione verso l'alto delle pene sia per detenzione e possesso che per spaccio. Stante che «droghe pesanti e droghe leggere hanno in comune solo il trattamento giuridico (cioè l'essere vietate), essendo per il resto – come tutti sanno – arcipelaghi eterogenei (quanto a effetti sull'organismo, dipendenza, modalità di utilizzazione, sistema di distribuzione illegale, etc.), diversificarne la disciplina è dunque, anzitutto, una esigenza di razionalità ed equità (ché non si trattano in modo uguale fenomeni diversi). E, invece, si assiste a questa nuova, assurda, crociata, inidonea ad incidere significativamente sul consumo di stupefacenti e capace solo di aumentare sofferenza ed emarginazione»<sup>37</sup>. I dati sopra riportati inerenti la duplicazione della popolazione detenuta tossicodipendente nel giro di due anni a seguito della legge 162/1990 sono pertanto destinati a ripetersi, con l'aggravante di un aumento del numero complessivo di anni di pena comminati, e con l'aggiunta di nuove detenzioni, quelle per cui viene decretata la “pericolosità sociale”

---

<sup>36</sup> Associazione Antigone (2005) Problemi della giustizia e del carcere, in CGIL e altri Rapporto sui diritti globali 2005, EDIESSE

<sup>37</sup> L.Pepino (2003), L'assurda crociata, in Fuoriluogo 5/2003. Seccamente, Giuseppe Cascini, Pubblico Ministero a Roma e membro di Magistratura democratica "Una proposta di legge fascista non solo perché non tiene conto della realtà, visto che tra l'altro accorpa in un'unica norma penale chi compra 200 milligrammi di hashish e il capo di Medellin, ma anche perché vuole utilizzare uno strumento violento rispetto a scelte individuali" cit in S.Ronconi (2005) cit. Vedi anche le osservazioni di operatori e associazioni nel documento del cartello “Dal Penale al sociale”, in [www.fuoriluogo.it](http://www.fuoriluogo.it) e nel testo del cartello Non incarcerate il nostro crescere, in [www.enca.it](http://www.enca.it)

- **contraddizioni aperte con le autonomie locali.** La nuova legge ha un forte impianto centralistico<sup>38</sup>, nonostante la materia socio-sanitaria sia inequivocabilmente competenza regionale o comunque concorrente. Nel corso dell'iter del DDL, lo scontro è stato molto acuto, tanto che la Conferenza Stato - Regioni non è stata ascoltata. «Evidentemente all'interno di questo governo la retorica della devolution convive tranquillamente con la pratica del centralismo più intollerabile: visto che il governo ha approvato il disegno di legge, dopo che l'istruttoria tecnica delle Regioni aveva prodotto un unanime parere negativo, parere sottoscritto dagli Assessori regionali alle Politiche sociali e alla Sanità»<sup>39</sup>

Sono almeno cinque le aree del DDL che "sconfinano" nel territorio di competenza delle regioni e disegnano un nuovo, forte centralismo in contraddizione con la riforma costituzionale del 2001: a) la definizione di sistema pubblico-privato, con la parificazione dei servizi privati a quelli pubblici, b) la messa a punto di modalità e procedure diagnostiche, che sono invece parte delle competenze sanitarie regionali, c) la relazione sull'andamento dei programmi terapeutici che spetta al Ministero della salute, mentre è evidente materia regionale, d) la definizione degli obiettivi dell'intervento sanitario in carcere e le convenzioni con il privato per le strutture esterne e interne, mentre la competenza è delle aziende regionali, e) l'ingerenza nella materia trattamentale, soprattutto riferita alle terapie metadoniche – di cui si dettano tempi e modalità – e l'esclusione di interventi di riduzione del danno, anche questa competenza delle politiche locali<sup>40</sup>.

Se si somma a questo neocentralismo la netta opzione contraria alle politiche di riduzione del danno, quel "quarto pilastro" ormai sancito e validato dalle politiche comunitarie, si può immaginare una significativa limitazione nella possibilità di praticare innovazione e sperimentazione da parte delle autonomie locali, anche con preciso riferimento ai problemi drogacorrelati che hanno ricadute sul piano sociale e sulle comunità locali. Queste limitazioni, sommate al massiccio processo di criminalizzazione di consumatori ricreazionali, sporadici, problematici e non, di ogni tipo di sostanza, anche quelle di massa, disegna uno scenario che, in maniera incrementale, rischia di sommare più effetti negativi e vede, al contempo, rinsecchirsi le possibilità di contenerne pragmaticamente gli effetti negativi stessi

---

<sup>38</sup> Ben sintetizza il neocentralismo dell'impianto della legge P.Gonnella (2003) In spregio al popolo, Fuoriluogo 11/2003: «Il corpo investigativo che avrà il compito di definire, codificare, memorizzare, coordinare le azioni di polizia sarà la neonata Direzione centrale per i servizi antidroga. Un nuovo maxi-organo di investigazione centralizzato, organizzato sul modello della Direzione investigativa antimafia. Tutto dovrà passare di là: informazioni, operazioni, decisioni. Se da lì partiranno ordini di repressione del consumo di hashish e marijuana, a tali ordini e priorità, come in una catena di Sant'Antonio, dovranno adeguarsi le forze dell'ordine sul territorio. Così funziona negli Usa, così Fini vuole che funzioni in Italia. Con una supervisione politica nelle mani della Presidenza del Consiglio dei Ministri»

<sup>39</sup> Così Gian Luca Borghi, assessore alle politiche sociali della regione Emilia Romagna. Il parere negativo delle Regioni è stato unanime, a prescindere dal colore delle giunte. In Lo schiaffo alle Regioni, Fuoriluogo 3/2004

- **contraddizioni di tipo etico e deontologico** rispetto a diverse figure professionali. La legge, volendo normare sin durate e dosaggi delle terapie farmacologiche, invade il campo del rapporto medico-paziente e ne limita la reciproca libertà terapeutica. Inoltre la legge prevede l'obbligo esplicito per gli insegnanti di comunicare ai genitori degli allievi un eventuale uso di sostanze. Più in generale, il sistema terapeutico si trova ancorato al dispositivo penale, vincolando i servizi (in particolare le comunità terapeutiche, cui la legge fa esplicitamente riferimento) ad adattare i propri programmi di trattamento alle esigenze del penale stesso. Gli stessi operatori della gran parte delle strutture terapeutiche private hanno ripetutamente sottolineato questo aspetto come un vincolo che potenzialmente può snaturare modalità e ruolo delle loro professioni<sup>41</sup>.
- L'assegnazione delle "politiche della droga" al neonato Commissario nazionale per il coordinamento della lotta alla droga, che risponde alla Presidenza del Consiglio, e dunque la sottrazione al ministero del Welfare da molti è giudicata un passaggio non solo formale. Il modello è quello statunitense (ma anche britannico), comunemente conosciuto come dello "zar della droga", perché i funzionari che ricoprono questo ruolo hanno competenze molto ampie e operano dentro un livello accentuato di centralismo. E' un modello che tradizionalmente parla più il linguaggio penale che quello delle politiche sociali. Lo **slittamento dal "sociale al penale"** proposto dalla legge assume valenza strategica, di passaggio di paradigma: le droghe e le dipendenze ri-diventano oggetto della legge penale e non delle politiche sociali, e quando lo sono, lo sono in maniera ancillare. Osserva Livio Pepino: «Questa trasformazione ha come obiettivo il ripristino di un sistema (tipico delle società premoderne) fondato sulla selezione e sulla cittadinanza differenziata, in cui l'eguaglianza e la solidarietà diventano disvalori e la marginalità e il disagio colpa. Di questa e cultura è stata espressione scolastica, in tema di immigrazione, la legge Bossi-Fini, fondata sulla inferiorizzazione dei migranti, e le sue nuove "frontiere" sono la segregazione della sofferenza psichiatrica e la crescita della risposta carceraria alla marginalità. In questo contesto la stretta repressiva nel settore delle tossicodipendenze mostra il suo vero volto di operazione tesa non già a contenere o diminuire il fenomeno, ma a emarginare ed escludere i consumatori di droghe. Di qui un insegnamento univoco per chi crede che il consumo degli stupefacenti si governi non

---

<sup>40</sup> A. Margara (2004) Autonomie sotto attacco, in Fuoriluogo n.1/2004

<sup>41</sup> Secondo una stima presentata da Coordinamento nazionale comunità di accoglienza (CNCA), Federazione Italiana Comunità Terapeutiche (FICT) e Federazione Italiana degli operatori dei dipartimenti e dei servizi delle dipendenze (FEDERSERD) chi oggi non condivide l'impianto governativo è il 95% degli operatori, che rappresentano 200mila utenti e 10mila operatori, a fronte dei «duemila utenti e qualche centinaio di operatori di chi si ipotizza destinato ad assorbire in modo esclusivo i finanziamenti governativi» (Redattore sociale, 2.10.2003)

con la repressione, ma con interventi realistici e tolleranti: la situazione può essere ribaltata solo uscendo dallo “specialismo” e considerando la “questione droga” un capitolo della politica sociale»<sup>42</sup>. Secondo la valutazione dell’Associazione Antigone, «La proposta di legge governativa, in virtù dei suoi effetti immediati – pene più severe e nuovi divieti – e di quelli riflessi e indiretti – nuova ondata di cultura proibizionista –, porta con sé il rischio fondato di sovraccaricare di lavoro inutile poliziotti e magistrati e di riempire, al di là della loro capacità di contenimento, le galere. La proposta Fini è espressione di una concezione illiberale del diritto penale, utilizzato impropriamente quale strumento di regolamentazione e proibizione di comportamenti sociali».<sup>43</sup>

- ***impiego delle forze di polizia contro il consumo e non contro il traffico.*** Già oggi, in Italia, il lavoro delle forze dell’ordine è fortemente sbilanciato sul consumo, e soprattutto sul consumo di sostanze leggere.<sup>44</sup> In considerazione del dispositivo della nuova legge, non è azzardato immaginare un incremento significativo del lavoro di repressione rivolto ai consumatori, a forte discapito della lotta al narcotraffico.
- ***patologizzazione e criminalizzazione dei consumi ricreativi e di massa.*** L’unificazione delle tabelle e la reintroduzione della dose media giornaliera con un valore-limite del dosaggio delle sostanze molto modesto, soprattutto per la canapa, evidenzia che un target privilegiato di questa legge penale sono i consumatori di sostanze leggere, per lo più giovani, per lo più consumatori saltuari, per lo più consumatori per una sola e breve fase della propria vita, nella quasi maggioranza dei casi consumatori non problematici.<sup>45</sup> Il processo di criminalizzazione e patologizzazione, invece, che la legge avvia, è pertanto a maggior ragione un paradosso: i dispositivi di legge rischiano di essere essi stessi fattore di danno, parte del problema e non della “soluzione”. E’ questo forse l’aspetto più “anti-europeo” della controtendenza italiana, nel momento in cui in Europa la decriminalizzazione della cannabis è una riforma su cui molti ragionano. Paradosso ben evidenziato dalla battuta: «Certo è che se le pene sono le stesse, il trattamento è lo stesso, sarà ben più facile che droghe leggere e droghe pesanti seguano le stesse

---

<sup>42</sup> L. Pepino (2003) cit

<sup>43</sup> P.Gonnella (2003) cit

<sup>44</sup> I dati relativi all’anno 2003 dicono che, per quanto concerne i sequestri, le forze dell’ordine sembrano all’opera soprattutto per la cannabis: il 61% delle operazioni di polizia riguarda marijuana e derivati (il 5% piante), a fronte del 20% dedicato alla cocaina, al 15% agli oppiacei, il 2% all’MDMA e simili. Le prefetture lavorano per l’80% per persone segnalate per uso di cannabinoidi, per il 10% cocaina, 6% eroina e 1% ecstasy. Il dato della cannabis sale all’82% per i segnalati la prima volta nel 2003. I segnalati sono per il 35,5% tra i 20 e i 24 anni, per il 17% tra i 18 e i 19. Dunque, questi sarebbero, ai sensi del DDL Fini-Mantovano, potenzialmente destinati al carcere fino a 18 mesi di detenzione, nella migliore delle ipotesi.

<sup>45</sup> Queste caratteristiche dei consumatori di cannabis sono del resto delineate nella stessa relazione al Parlamento su droghe dipendenze del Ministero del Welfare, su dati 2003, da due studi: ESPAD (*European school project on alcohol and drugs*) e IPSAD (*Italian population survey on alcohol and drugs*), quest’ultima a cura del CNR.

rotte e si trovino dagli stessi pusher. Se ti devi prendere 20 anni di galera perché vendi 10 grammi di fumo, tanto vale cercare di diventare milionario spacciando 10 chili di cocaina»<sup>46</sup>. Dal punto di vista della patologizzazione, è bene ricordare che la scelta operata dal DDL non ha nulla a che vedere con le ragioni terapeutiche addotte in premessa: essa non rispetta in alcun modo una graduatoria di “tossicità” o di pericolosità delle sostanze. In termini di tossicità acuta infatti, non si conosce una dose di THC certamente letale per l’uomo, il che ovviamente non si può dire per l’eroina e la cocaina. Anche per la tossicità cronica, nessuna logica metterebbe insieme la cannabis con l’LSD, l’MDA, la cocaina, l’eroina, in termini di dipendenza fisica e/o psichica, di sintomi astinenziali, di effetti collaterali e così via <sup>47</sup>. Dunque la patologizzazione è funzione della criminalizzazione, e al contempo la “sostiene” e la soccorre.

- ***sviluppo di sistemi di controllo attraverso misure amministrative.*** Se la critica al DDL è centrata sull’approccio penale, non meno significative sono le misure amministrative proposte. La nuova formulazione dell’articolo 76 - «provvedimenti a tutela della sicurezza pubblica» - si muove in ottica securitaria, tenendo conto che tali misure, non più alternative rispetto alle sanzioni, sono invece destinate ad essere applicate in aggiunta ad esse. «Estremamente vaghi sono i presupposti applicativi, descritti attraverso un riferimento – assolutamente indeterminato – al pericolo per la “sicurezza pubblica” derivante dalle modalità o dalle circostanze del consumo: è facile immaginare che tale riferimento verrà utilizzato per sanzionare situazioni di consumo visibili e, dunque, massime fonti di insicurezza, secondo i dettami della tolleranza zero. Gli ulteriori presupposti delineati dal primo comma del nuovo art. 76 si incentrano su qualità personali del trasgressore che tracciano l’identikit del soggetto pericoloso per la “sicurezza pubblica” secondo il disegno di legge: un consumatore di piccole quantità di sostanza stupefacente, con qualche precedente per reati di strada, oppure destinatario di qualche misura di prevenzione o di sicurezza (magari, un provvedimento anti-hooligans), oppure autore di illeciti amministrativi anche di infimo disvalore sociale (illeciti in materia di circolazione stradale). Un piccolo breviario della dottrina del vetro rotto, appunto».<sup>48</sup> Inoltre, le misure sono applicate dal questore, non dal giudice, rimesse quindi in via ordinaria all’autorità di polizia.

---

<sup>46</sup> Così Patrizio Gonnella di Antigone, in P.Gonnella (2003), cit

<sup>47</sup> Nunzio Santalucia, medico Ser.T, in Tabelle delle mie pene, Fuoriluogo 12/2003

<sup>48</sup> Angelo Caputo, responsabile del Gruppo di lavoro sull’immigrazione di Magistratura Democratica, in Quei nuovi clandestini, Fuoriluogo, 12/2003

## 2.2 Legislazioni e riforme nazionali

### Belgio

Confrontato ad altri paesi, il Belgio ha cominciato piuttosto in ritardo a spostare il tema della droga dall'approccio penale a quello inerente la sanità pubblica. Le misure di riduzione del danno hanno cominciato ad essere effettuate soltanto negli ultimi anni e la situazione è ancora molto differente in varie parti del paese (il Belgio è diviso in tre Comunità: le Fiandre, la Regione di lingua francese e Bruxelles). Nelle città di lingua francese di Liegi e di Charleroi, i programmi di riduzione del danno stanno funzionando da parecchi anni e a Liegi vi è la possibilità di ricevere una prescrizione di eroina. Nelle Fiandre il processo è molto più lento.

Le politiche della droga nel Belgio sono basate su una legge del 1921 che è stata modificata sostanzialmente nel 1975 e nel 1994. Fino al 1998, queste revisioni sono state fatte soprattutto per includere più sostanze all'interno della legge. A partire dal 1998, si è stabilita una distinzione nell'applicazione della legge verso le droghe che sono considerate come meno nocive (canapa e derivati) ed altre droghe (quali eroina, cocaina, ecstasy ecc.).

Il consumo della droga è considerato un reato soltanto se avviene in gruppo. Il possesso della droga può essere punito con la reclusione. Nel 1998, seguendo le conclusioni di un gruppo di lavoro parlamentare, una "circulaire" è stata spedita ai giudici dove si raccomanda di considerare il possesso della canapa come 'una priorità bassa'. La legge non è chiara su questo punto e ciò rende la situazione differente in varie parti del paese: tutto dipende dal procuratore regionale, o persino dai membri della forza di polizia, e da come essi interpretano la circolare.

Un regio decreto sull'uso della canapa per gli scopi medici è stato pubblicato nel mese di luglio del 2001. Secondo questo decreto, per i medici belgi ora è possibile prescrivere la canapa ai pazienti che possono ottenere il prodotto da un'agenzia sita nei Paesi Bassi specializzata in canapa medica.

Un cambiamento importante nel senso della politica della droga è stato proposto tramite la coalizione precedente di governo; nel 2001, il governo ha pubblicato una nota di politica (Beleidsnota), comprendente le disposizioni legali per la depenalizzazione della produzione su scala ridotta, del possesso e dell'uso della canapa (anche se l'acquisto ed il commercio rimangono proibiti) e dell'istituzione di una vasta gamma di misure di riduzione del danno all'interno della legislazione. Nel 2004, il possesso di 3 grammi di canapa o di una pianta della stessa, era depenalizzato. Tradizionalmente, l'opposizione contro la riforma di politica della droga viene dal partito democratico cristiano e dalla parte estremista fiamminga (Vlaams Belang), un partito neo-

fascista che è diventato significativo sulla scena politica, in quanto esso tende a veicolare le politiche puntando su campagne di allarme sociale rispetto a tutte le droghe, compreso la canapa.

## **Francia**

Con la Svezia, la Francia può essere considerata come il paese più repressivo dell'unione europea.

La legge del 1970 costituisce il quadro giuridico corrente per la politica francese sulle droghe. Il consumo ed il possesso sono proibiti anche se il primo è sempre meno perseguito ed il secondo lo è ma soltanto in alcune regioni. La distribuzione e la produzione sono perseguite, così come il presentare le droghe in un modo positivo. Durante gli ultimi dieci anni l'uso della canapa è diventato molto più popolare e il consumo della cocaina sta aumentando notevolmente.

Durante gli anni 1999-2001, il governo ha incluso l'alcool ed il tabacco come obiettivo per la politica della droga. Allo stesso tempo, le strategie di riduzione del danno sono state integrate nella politica ufficiale, al punto di permettere il *pill-test* durante i *rave-party*. I programmi di scambio-siringhe, la somministrazione di Subutex (buprenorfina) e, anche se in misura minore, di metadone, sono diffusi, benché la loro qualità differisca considerevolmente da regione a regione.

Parecchie commissioni di esperti accademici, quale la Commissione HENRION (1993) e ROCQUES (1999), hanno preparato la strada per un cambiamento nel clima politico in materia di droga in senso più tollerante. Il rapporto ROCQUES ha aperto il dibattito sulla possibile depenalizzazione della canapa, che è stata descritta come meno nociva dell'alcool.

Poiché la legge 1970 proibisce ogni azione che «presenta le droghe illecite in modo positivo», parecchi attivisti di movimenti in favore della legalizzazione della canapa sono stati condannati a multe significative per il solo motivo di vendere T-shirt con slogan inneggianti l'uso di canapa o di distribuire opuscoli.

Nel frattempo, l'atteggiamento generale dei media francesi e del pubblico sta cambiando: secondo i sondaggi di opinione, il 33% della popolazione francese acconsente alla proposta di legalizzare la canapa ma la linea ufficiale resta contraria, poiché si argomenta che la canapa rischia di essere solo la prima fra le sostanze che verrebbero ad essere legalizzate.

## **Germania**

Già all'inizio degli anni '90 sono stati avviati in Germania programmi di riduzione del danno. Tuttavia, lo sviluppo verso politiche più liberali in materia di droga sembra stagnare.

Nella legge tedesca (1981), l'uso della droga non è considerato un crimine, tuttavia viene punito il possesso ad uso personale. Nel 1994, la Corte Costituzionale Federale ha radunato le autorità regionali dei *Länder* per trovare una definizione comune rispetto al quantitativo di sostanze

considerato punibile. Nonostante ciò le differenze fra i 16 Länder sono ancora significative: nella parte settentrionale del paese, le politiche tendono ad essere più liberali che non al sud.

I programmi scambia-siringhe sono diffusi, come lo è la prescrizione del metadone. La Germania è stata il secondo paese europeo ad installare le stanze del consumo, dove le persone possono usare le droghe in un ambiente sicuro. Nelle 6 città in cui queste stanze sono state aperte, le morti per overdose stanno diminuendo considerevolmente. Tuttavia, altri problemi come l'uso di eroina o della cocaina sono in aumento in Germania, ma gli operatori sanitari non hanno autorità per fare alcun genere di controllo di qualità su queste sostanze poiché è illegale consegnare una droga illegale a qualcuno. Da alcuni anni è aperto un dibattito sulla possibilità di cominciare una sperimentazione di somministrazione di eroina in sette città tedesche (Amburgo, Francoforte, Hannover, Monaco di Baviera, Karlsruhe, Bonn, Colonia) dopo l'esempio della Svizzera e dei Paesi Bassi.

Il movimento per la canapa libera in Germania è vasto e ben organizzato. E' possibile acquistare prodotti purché non superino il 0,3 % di THC. Inoltre, è abbastanza acceso il dibattito per quanto riguarda la possibilità della legalizzazione della canapa per gli scopi medici. Dal momento che il THC può essere prescritto in Germania, attraverso l'utilizzo di prodotti farmaceutici che lo contengono, l'argomentazione utilizzata dalle organizzazioni che propongono la legalizzazione medica della canapa è che il THC dovrebbe essere libero affinché i pazienti scelgano fra i prodotti chimici e quelli naturali.

La Germania è uno dei paesi che maggiormente ha difeso l'approccio europeo al problema internazionale della droga. La Germania ha da sempre contrastato il metodo degli Stati Uniti basato sull'estirpazione e sulla sostituzione forzata del raccolto.

In generale, il mondo accademico (esperti delle università di Brema, di Oldemburgo, di Francoforte e di Monaco) è per la riforma della politica della droga. Il governo centrale tuttavia non è aperto a questo dibattito.

## **Olanda**

Per quanto riguarda alcool e tabacco, la vendita alle persone oltre i 18 anni è regolata attraverso i caffè ed i ristoranti autorizzati. Per quanto riguarda la canapa, la vendita di massimo cinque grammi per cliente è tollerata/regolamentata attraverso i *coffeeshops*; la maggior parte dei prodotti quali differenti generi di erbe, così come pure i funghi psicotropi freschi sono venduti apertamente nei cosiddetti "*smart-shop*". Le politiche olandesi sono basate su una revisione fondamentale della Opium Law che è avvenuta nel 1976. Sostenuta da un vasto consenso fra i partiti politici, questa revisione ha stabilito le disposizioni legali, da una parte, per le sperimentazioni di servizi di

riduzione del danno e, dall'altra, si è mossa verso la tolleranza rispetto all'uso della canapa e alla sua distribuzione. L'uso delle droghe non è un reato ed il possesso di piccole quantità di canapa (5 grammi) per uso personale non è di regola perseguito.

I programmi di riduzione del danno sono effettuati sia dalle agenzie private che dai servizi pubblici ed includono i programmi di scambio di siringa e dell'ago (dall'inizio degli anni 80), il *pill-test* (dall'inizio degli anni 90), di un numero in espansione di stanze per consumatori (dal 1996) e di programmi di prescrizione dell'eroina ad un numero limitato di utenti (dal 1998). Le esperienze con questi programmi sono state positive, sia per quanto riguarda la situazione degli utenti (la loro salute e le loro possibilità d'integrarsi nella società sono migliorate) che per quanto riguarda l'integrazione del fenomeno nella società.

Le iniziative per produrre e distribuire la canapa medica ai pazienti sono state promosse dal governo, che ha istituito un ufficio apposito. Dal 2003 la vendita legale della canapa medicinale avviene in farmacia. I prezzi però sono così elevati che la maggior parte dei pazienti sembra continuare a comprare nei *coffeeshops*.

Attualmente le autorità ritengono che la politica olandese della droga sia ampiamente condannata da altri stati e non ritengono di dover sostenere un ulteriore spostamento in avanti. Molto di ciò che è stato costruito durante gli ultimi 25 anni, oggi rischia di essere distrutto dal pensare conservatore del governo di centrodestra, dalla pressione internazionale esercitata dall'ONU e dalla persistente tendenza europea alla penalizzazione.

Nonostante questa spinta conservatrice il sostegno pubblico verso le politiche attuali non è messo in discussione: nei sondaggi di opinione, una maggioranza degli elettori approva la politica liberale verso la canapa e la riduzione del danno.

## **Portogallo**

La legislazione corrente sulla droga è basata su una legge del 1993. Da luglio del 2001, il consumo di tutte le droghe è stato decriminalizzato. Tuttavia, il possesso può ancora essere perseguito attraverso le sanzioni amministrative. Questa revisione segue una tendenza che si è sviluppata negli ultimi anni, quando i programmi di riduzione del danno (come i programmi di scambio-siringhe e le terapie di mantenimento del metadone) sono stati avviati. Attualmente, vi è un dibattito circa la possibilità di aprire stanze di consumo.

I sondaggi di opinione indicano che le droghe sono la preoccupazione principale della popolazione portoghese. I tassi di epatite B, C e di HIV sono molto alti. L'accesso a cure mediche per problemi di droga o per le malattie infettive derivate dall'uso è ancora molto difficile. Le carceri sono

sovraccariche, senza alcun genere di programmi di riduzione del danno, a fronte del fatto che il 70% dei reclusi sono tossicomani.

Nel 1996 il presidente del Parlamento ha preso una posizione pubblica per la legalizzazione delle droghe. Il presidente della Corte Suprema inoltre ha dato indicazioni rispetto al perseguimento di programmi di riduzione del danno in un documento chiamato «Soluzioni sulla droga per il ventunesimo secolo».

Il Portogallo sta ospitando l'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze, l'agenzia dell'Unione europea specializzata nella raccolta e nella diffusione dei dati ufficiali sulla situazione della droga nell'unione.

### **Regno Unito**

L'alcool, il consumo e la vendita di tabacco sono stati accettati da sempre. Benché queste sostanze creino dipendenza e causino 150.000 morti l'anno, il governo britannico non le proibisce e non esclude socialmente chi le consuma.

Le droghe non-tradizionali che competono sul mercato con quelle tradizionali sono state a lungo tollerate e legali, fino a quando nel XX secolo sono state introdotte proibizioni.

Il Regno Unito ha uno sviluppato sistema di trattamenti, basato su un approccio di *Public health* in cui il piano sanitario è predominante (*British system*). Molte sostanze vengono legalmente prescritte da medici di base, secondo una lunga tradizione, anche se negli ultimi decenni i medici hanno subito non poche restrizioni. La situazione è comunque a macchia di leopardo: mentre l'attività repressiva verso i consumatori è mediamente consistente, una regione come quella del Merseyside è stata la culla della nascita della riduzione del danno, nel 1986.

All'interno di progetti specifici è legale e disponibile lo scambio di aghi e siringhe così come all'interno delle farmacie.

Il *pill-test* non è formalizzato ma vi sono alcuni movimenti politici e d'opinione che lo utilizzano all'interno, in particolare, di eventi musicali.

Vi sono state modifiche rispetto al consumo di canapa (attualmente non è applicato l'arresto per chi ne fa uso) e molti politici, forze di polizia, operatori sanitari e sociali sostengono la legalizzazione della stessa adducendo una pericolosità inferiore rispetto ad alcool e tabacco.

Si sta inoltre guardando attentamente all'utilizzo della canapa in medicina e dal 2004 la si può acquistare attraverso la prescrizione medica.

Attualmente è proibito fumare tabacco in luoghi pubblici a causa degli effetti nocivi del fumo passivo, mentre, per ciò che concerne le droghe illegali, si sta discutendo circa la somministrazione

controllata di eroina e si sta elaborando una guida che regola tale pratica, anche con l'aiuto degli utenti stessi.

Nonostante quindi i tentativi di attivare una riflessione che vada nel senso della non-punizione e della tolleranza, attraverso anche il contrasto all'esclusione sociale e all'informazione, la politica sulla droga continua ad essere limitata dagli atteggiamenti discriminatori della pubblica opinione, dal diritto internazionale e da quote significative di alcuni funzionari di governo.

D'altra parte, molti studi di valutazione stanno cominciando a segnalare che le politiche restrittive fin qui adottate hanno causato un aumento del numero di persone che hanno subito danni, rispetto a quelle che hanno ottenuto un aiuto concreto con un dispendio di denaro notevole ed inefficace.

## **Spagna**

In Spagna, tradizionalmente vi è un atteggiamento di tolleranza verso l'uso di sostanze. Dopo un periodo di allarme sociale a seguito di un diffuso consumo per via endovenosa di eroina alla fine degli anni 70, le politiche hanno virato verso la riduzione di danno come principio di base, che conta un vasto consenso fra la società.

La legislazione spagnola sulla droga è basata su una legge del 1967, che è stata poi modificata parecchie volte. Il consumo non è mai stato un crimine. E' invece proibita la coltivazione, la produzione, la vendita o l'acquisto di droghe, anche se la coltivazione della canapa per consumo personale non è perseguita solitamente. Nel 1991, fu approvata una legge che determina le sanzioni amministrative per il possesso di piccole quantità di droghe e di consumo nei luoghi pubblici. Questa legge è attualmente messa in discussione in quanto risulta essere discriminatoria e controproducente: una persona infatti può evitare di pagare la sanzione (approssimativamente di 300 euro) iscrivendosi ad un centro di trattamento; ciò comporta che questi centri sono sovraffollati da persone che non hanno realmente necessità del trattamento (e nella maggior parte dei casi nemmeno lo desiderano), mentre altri che potrebbero averne bisogno e desiderarlo rischiano di non avere accesso.

L'introduzione dei programmi di riduzione del danno è stata significativa per porre un freno all'epidemia dell'HIV negli anni 80. Le conseguenze di questa epidemia sono ancora oggi visibili: la Spagna è (insieme all'Italia) il paese con i dati relativamente più alti sulle infezioni di HIV/Epatiti C fra i consumatori di sostanze per via iniettiva. Tuttavia, la tendenza all'aumento del numero dei morti è stata ridotta significativamente dopo l'introduzione dei programmi di scambio dell'ago, le terapie di mantenimento, le stanze di consumo e, recentemente, la distribuzione controllata di eroina.

Il *pill-test* si sta effettuando durante gli eventi notturni, benché non in maniera capillare.

Nel mese di marzo del 2001, il Parlamento Regionale della Catalogna (con il supporto di tutti i partiti) ha approvato una proposta di legge per consentire l'uso della canapa nel trattamento di determinate malattie. Nel mese di marzo del 2004, il nuovo governo ha espresso posizioni favorevoli verso la riforma della politica della droga. Tuttavia, non è attualmente chiaro se questo condurrà a nuove proposte di legge.

### **Svezia**

In Svezia, il fenomeno della droga è visto come uno dei problemi sociali più seri e di conseguenza il paese mantiene un atteggiamento costante ed intransigente nei confronti delle droghe, secondo un approccio morale. Questo atteggiamento è basato sull'assunto che le droghe sono una minaccia alla società svedese e devono essere vietate. Va notato che questo atteggiamento sembra contare su un vasto consenso della società civile. Fino ad oggi, chiunque tenti di sollevare questioni critiche riguardo alle politiche della droga, è considerato amorale.

Tuttavia, la Svezia è stato uno dei primi paesi europei a sperimentare la distribuzione controllata di droghe illecite. Un gruppo di medici aveva ottenuto il permesso negli anni 1965-1967 di prescrivere anfetamine, ma dopo che le condizioni per portare avanti questa sperimentazione sono diventate molto difficili, essi hanno dovuto interromperla. Nel 1968, una nuova legge sui narcotici è stata adottata, la quale 20 anni dopo introduce la punibilità dell'uso e l'istituzione del trattamento coatto.

Dal 1968 in poi, le autorità hanno organizzato una campagna propagandistica di cospicua entità contro le droghe. Un'intera generazione si è sviluppata attraverso messaggi basati su teorie quali l'escalation dei prodotti (l'uso della canapa conduce irrevocabilmente al consumo di altre droghe). Tuttavia, dall'inizio degli anni 90, è in aumento il consumo di sostanze, il quale sta ponendo la Svezia allo stesso livello del resto d'Europa. Inoltre sembra svilupparsi l'uso problematico della droga. I ricercatori spiegano questo fenomeno in relazione ai tagli nelle politiche di assistenza sociale, alla disoccupazione della popolazione giovanile, in particolare fra gli immigrati della seconda generazione.

L'obiettivo generale delle politiche svedesi della droga è quello di creare una società libera da qualsiasi tipo di droga. La Svezia è leader del sostegno europeo alle politiche ONU: nel 1994 ha fondato una rete di città e regioni, ECAD, *European cities against drugs*, con lo scopo di contrapporsi alla nascente rete dell'ECDP, *European cities on drug policy*, di tipo riformista. La rete coinvolge città di area nord-orientale, ed è rimasta piuttosto circoscritta, nonostante un esplicito supporto statunitense. I programmi di riduzione del danno ( lo scambio dell'ago e la prescrizione del metadone) sono effettuati in modo molto limitato (principalmente in due città nella parte del sud del

paese) e sperimentale. Nei mesi passati, vi è stata dibattito circa la possibilità di rendere permanenti questi tipi di servizi.

Il modello trattamentale è basato sull'ottenimento dell'astensione completa. Dal 1982, esistono forme di terapia coatta, anche se negli ultimi tempi viene applicata più raramente.

Tradizionalmente, si escludono atteggiamenti di tipo antiproibizionista. La politica in genere e l'opinione pubblica giudica irragionevole ciò che è attuato all'interno di altri Paesi quali l'Olanda. Nel frattempo la polizia applica la tolleranza zero per tutta la subcultura che può essere collegata all'uso delle droghe come ad esempio i frequentatori "di rave" che, anche per il possesso di canapa, sono sottoposti ad esame delle urine e a pagare una multa se risultano positivi al test. Nel 2000 una libreria di Stoccolma che vendeva testi di letteratura delle droghe è stato chiuso dalle autorità legali. Vi sono numerose denunce annualmente a carico della polizia per maltrattamenti e violenze ai danni delle persone tossicodipendenti.

### **Svizzera**

Oggi la Svizzera ha una politica della droga molto articolata, ed ha adottato misure rivolte alla riduzione del danno quali le stanze per il consumo di eroina e la somministrazione controllata di eroina.

E' stata decriminalizzata la canapa ed è in vigore un mercato controllato. Ma nonostante parecchi sforzi per stabilire una generale regolamentazione del mercato delle droghe, le proposte di legge che sono state avanzate in questo senso non sono state ancora approvate. La discussione è aperta, comunque, in quanto ci si rende conto che anche le droghe legali hanno bisogno di un controllo. Poiché l'alcolismo della popolazione giovanile è un problema, specialmente a causa delle bevande a scarso tasso di alcol, (alcopops), il prezzo di tali bevande è notevolmente aumentato causando una deterrenza al consumo.

Lo scambio dell'ago è accettato e diffuso, ed è possibile trovare la possibilità di scambiare siringhe anche all'interno delle carceri. Sono diffuse le stanze per l'iniezione; dal 1996 i programmi di manutenzione con eroina sono legittimati e hanno dimostrato risultati molto positivi.

E' comunque da segnalare che la parte politica che si colloca nella tradizione di "destra" combattono ogni forma di riduzione del danno.

Si possono trovare i cosiddetti "hempshops" (negozi d'erba) anche se molti sono stati chiusi. Vi è stata una grande offensiva contro la coltivazione della canapa, con processi legali contro i coltivatori ed i negozi.

Il Parlamento ha rifiutato di trattare la revisione di legislazione della droga, in conseguenza della pressione esercitata da una coalizione di partiti che si collocano tradizionalmente "a destra",

derivante dagli stessi che avevano promosso l'iniziativa "ohne Drogen di Jugend"(Gioventù senza droghe) nel 1998, perdendo per altro un referendum per una maggior repressione.

A causa della sua politica, la Svizzera è stata criticata ripetutamente dalle Nazioni Unite. Finora, tuttavia, le autorità svizzere hanno difeso le loro politiche, facendo appello al fatto che l'obiettivo perseguito è stato quello della protezione della sanità pubblica. Nel frattempo, i dati statistici sull'uso della canapa mostrano che la prevalenza del consumo si ha nelle zone dove le politiche della canapa sono ancora piuttosto restrittive rispetto alle zone più tolleranti. Si dovrà attendere fino a quando il Parlamento non discuta le proposte di riforma.

### **2.3 L'Europa e l'ONU: verso un modello europeo?**

Il sistema globale che governa produzione, commercio e consumo delle droghe è di tipo proibizionistico: la legge penale sanziona domanda e offerta di sostanze che, nel corso del tempo, sono state via via definite illegali per le ragioni più diverse, raramente connesse a un'obiettivo pericolosità e tossicità delle sostanze stesse<sup>49</sup>. Le sostanze che, nel tempo, sono state incluse nelle tabelle dalle Convenzioni internazionali sono le più disparate, dalla foglia di coca agli allucinogeni di sintesi, dall'oppio alle *designed drugs*, dalla cocaina alla salvia divinorum, in un crescendo classificatorio.<sup>50</sup>

L'organismo internazionale che sovrintende alle politiche globali sulle droghe è l'ONU, e in particolare due sue agenzie, International Narcotic Control Board (INCB) ufficio di controllo sulla produzione delle droghe e la Commission on Narcotic Drugs (CND) del Consiglio economico e sociale dell'ONU, e dall'UNDCP, l'Ufficio per il Controllo sulle Droghe e la Prevenzione del Crimine. Quest'ultimo, nel 1997, ha varato il *World Drug Report*, un rapporto annuale mirante ad offrire informazioni sul problema delle droghe nel mondo. Nel tempo, tre Convenzioni Internazionali, hanno normato produzione commercio e consumo, nel 1961, nel 1971 e nel 1988. La Convenzione del 1961, «Convenzione unica sulle droghe e gli stupefacenti» è firmata inizialmente da 73 stati, oggi arrivati a 177, e costituisce di fatto il modello delle leggi nazionali sulle droghe dei paesi aderenti. Essa prevede l'uso di sanzioni penali per produzione, traffico, acquisto e possesso

---

<sup>49</sup> E' interessante notare che nelle tabelle ONU – che rispondono più marcatamente a un linguaggio politico - una sostanza come l'alcool non è considerata, mentre è considerata altamente dannosa la cannabis, contro ogni evidenza scientifica. Mentre, al contrario, nelle classificazioni dell'OMS – più marcatamente sanitarie – è l'esatto opposto. Durante una sessione ONU nel 1973 fu pronunciata da uno dei membri la seguente affermazione: «La questione della relativa innocuità di diverse qualità di cannabis, dell'assunzione della droga in dosi piccole oppure grandi, [...] è senza dubbio di interesse teorico e clinico, e l'OMS dovrebbe certo continuare le sue ricerche in questo senso. Ma *queste ricerche non dovrebbero in alcun modo essere autorizzare ad influire sul controllo internazionale*» (sic!), in G.Arnao (1990), *Proibito capire*, EGA

<sup>50</sup> Un testo di riferimento, nella produzione italiana, su ragioni e passaggi storici della proibizione progressiva, continua a essere G.Arnao, *Proibito capire* (1990), cit. E' interessante notare il carattere occidentale-centrico nella composizione delle tabelle: tabacco e alcool ne sono esclusi, e non certo per ragioni sanitarie.

delle droghe illegali, esplicitamente indicando per i reati definiti “gravi” «punizione adeguata, particolarmente detenzione in prigione o altra misura di privazione della libertà» (articolo 36). Nel momento in cui proibiscono produzione e uso, le Convenzioni indicano anche la necessità di fornire servizi sanitari e sociali, puntando l’attenzione alla prevenzione, al trattamento, alla riabilitazione ed al reinserimento sociale delle persone che hanno sviluppato una tossicodipendenza.

Ciò che cambia nel susseguirsi dei nuovi testi delle Convenzioni è soprattutto il tipo di sostanze via via incluse, non il paradigma e l’approccio complessivi. La Convenzione del 1961 era centrata su oppio e coca e loro derivati, nonché sulla canapa e l’uso della pianta della canapa per tutti gli scopi non-medici. Quella del 1971, ha richiamato l’attenzione circa l’abuso di droghe artificiali e di anfetamine, e ribadito la proibizione totale delle sostanze incluse nelle tabelle se non per uso medico. Nel 1988, a Vienna viene elaborato un nuovo Trattato (formula più vincolante di quella della Convenzione), attento, oltre che al traffico, soprattutto al consumo personale, per il quale enfatizza la necessità di considerarlo un reato penale, specificamente per le fattispecie di «possesso, acquisto, e coltivazione per uso personale». Dato che l’eroina e la cocaina non si coltivano, è da pensare che il target fossero i consumi giovanili e di massa. Dal ‘61 all’88 si può identificare una “escalation punitiva” e una crescente unidimensionalità penale nell’approccio a un fenomeno per definizione multidimensionale<sup>51</sup>.

Il ruolo egemone degli USA in queste convenzioni è cosa appurata.<sup>52</sup> Molti degli stati in via di sviluppo, che avevano nelle loro culture tradizioni antiche di consumo e/o che avevano economie significativamente segnate dalle coltivazioni, ebbero più di un motivo per non opporsi agli USA: dalla soggezione politica e culturale a quella economica, dal fatto di avere una classe dirigente educata in occidente e ad esso allineata, nonostante antiche e diverse tradizioni locali; al fatto, infine, di adottare modelli di sviluppo “macro orientati”, in cui burocrazie forti (e occidentalizzate)

---

<sup>51</sup> P. Gonnella (2003), *Il Controllo Globale*, cit

<sup>52</sup> E’ noto che gli USA hanno esercitato forti pressioni per trasferire la loro politica nazionale in tutto il mondo attraverso le agenzie ONU, «hanno investito nel sistema di controllo più energie, personale e denaro di qualsiasi altro stato della comunità mondiale; la loro influenza è predominante», in KP Bruun e I Lynn Rezed (1975), *The gentlemen’s club. International control on drugs and alcohol*, University of Chicago Press. E che questa predominanza è stata rafforzata da un gran numero di accordi bilaterali (59 solo fino al 1975, dice Bruun). Afferma E. Nadelman «Il governo USA ha disatteso ricerche scientifiche quando considerava le conclusioni politicamente non convenienti e ha zittito ogni critica nei riguardi della politica ufficiale in materia di droga. Nel maggio del 1994, il Dipartimento di Stato ha imposto di disdire all’ultimo momento una Conferenza della Banca Mondiale sul traffico di stupefacenti, alla quale erano state invitate personalità critiche nei riguardi della politica statunitense in materia. Durante lo scorso mese di dicembre, all’Incontro internazionale sul Programma di Controllo della Droga delle Nazioni Unite, la delegazione USA ha rifiutato di firmare qualsiasi dichiarazione che contenesse la frase "riduzione del danno". All’inizio del 1995 il dipartimento di Stato ha esercitato con successo pressioni sulla OMS (Organizzazione mondiale della sanità) affinché non rendesse pubblica una relazione sulla cocaina commissionata dalla stessa OMS a un comitato comprendente numerosi, autorevoli esperti di livello mondiale, perché quel testo comprendeva alcune affermazioni, peraltro scientificamente incontrovertibili: vi si constatava che l’uso della foglia di coca diffuso tra le popolazioni andine non provoca gravi danni alla salute, e che la maggior parte dei consumatori di cocaina usano la sostanza in quantità moderate, con effetti negativi contenuti» E. Nadelman *Riduzione del danno: l’Europa ha qualcosa da insegnare all’America*.

si sostituiscono a comunità locali forti.<sup>53</sup> Più sfumata e ambivalente l'adesione europea. Non fosse altro per il fatto che, al momento della Convenzione-base del 1961, gli stati europei erano praticamente immuni dal fenomeno, non lo sperimentavano, non almeno nelle sue dimensioni di massa, e non erano in grado di avere strumenti di valutazione. Inoltre, alcuni paesi – soprattutto i Paesi Bassi e per altro verso la Gran Bretagna – vantavano una tradizionale liberal di tolleranza e/o un approccio di *public health* che poco si sposavano con l'imperativo proibizionista. Molti altri paesi, comunque, erano invece dentro non solo al legame politico economico con gli USA, ma anche a quello culturale: i paesi di tradizione cattolica o di cultura calvinista ben si adeguavano a un paradigma morale.

Col tempo, con l'esplosione dei consumi di massa, la verifica delle politiche e una maggiore conoscenza e strumentazione anche scientifica, l'Europa ha iniziato un lento – anche se certo non omogeneo al proprio interno – processo di contraddizione dell'impianto ONU.

Sul piano istituzionale comunitario possiamo citare alcuni esempi:

- nel 1992, la Commissione parlamentare d'inchiesta sul traffico di droga nella Comunità Europea ha votato una raccomandazione che introduceva argomenti fortemente innovativi rispetto alle vigenti politiche sulla droga. La Commissione lanciò la proposta di sperimentare strade differenti da quelle fino ad allora intraprese, rispetto alla lotta al grande traffico e si pronunciò rispetto all'aumento delle risorse finanziarie per le politiche sociali, rispetto al considerare il fenomeno della tossicodipendenza come un problema sanitario e di assistenza e non come un comportamento da reprimere e giudicare, rispetto al potenziamento delle campagne d'informazione. Furono menzionate anche le ipotesi di legalizzare la canapa, legalizzare il consumo di piccole quantità personali, una maggiore attenzione ai programmi di prescrizione medica di sostanze. Il Parlamento europeo, nella seduta del 13 maggio 1992, si pronunciò contro la raccomandazione della Commissione, ma con una maggioranza risicata (135 voti contro 121).
- Nel 93-94 il Parlamento discusse una risoluzione presentata da Marco Taradash, con l'appoggio maggioritario della Commissione che l'aveva elaborata: i punti all'ordine del giorno erano la depenalizzazione del consumo, la prescrizione controllata di sostanze, lo sviluppo di una riflessione attorno a modalità di legalizzazione del mercato e la revisione delle Convenzioni

---

<sup>53</sup> E' interessante questo pensiero di L. Hulsman, un nome che ritroveremo nello sviluppo della politica tollerante olandese e nelle teorizzazioni del "consumo controllato" da norme e dispositivi socialmente condivisi: egli teorizza tre tipologie di sviluppo in un paese non industrializzato: blu (macro orientato, con una classe imprenditoriale forte), rosso(macro-orientato con una burocrazia forte), verde (micro orientato con comunità locali forti). Quest'ultimo modello avrebbe la possibilità di "tollerare le droghe" in quanto capace di codici e rituali condivisi, in grado di contenere effetti indesiderati, i modelli macro, al contrario tendono al modello occidentale, di incapacità di autogoverno. L.Hulsman (1984), Drug policy as a source of drug problems and a vehicle of colonization and repression, EWODOR, Rotterdam

internazionali. La discussione rese il testo assai meno innovativo. Vi furono 117 voti contrari e 111 favorevoli.

- Nel 1996, Emma Bonino, nella sua qualità di Commissario europeo per gli affari umanitari, in relazione ai danni correlati alle droghe e alle legislazioni sulle droghe, invita a una discussione attorno al modello olandese, di cui illustra in maniera documentata e dettagliata i vantaggi sociali, in modo particolare relativamente alla legalizzazione della cannabis.
- A livello del Consiglio d'Europa opera il cosiddetto Pompidou group, che ha il compito di consolidare la cooperazione nella lotta alla droga. Nel documento sul triennio 2000-2003 si fa riferimento sia allo sviluppo di alternative al carcere che all'adozione di politiche di riduzione del danno.
- L'articolo 152 del Trattato di Amsterdam pone le basi giuridiche per l'adozione di politiche sociali e sanitarie a livello nazionale per la riduzione del danno.
- Più recentemente, nel 2004, il Parlamento europeo, in vista dell'approvazione da parte della Commissione del nuovo piano di lotta alla droga, ha approvato una Raccomandazione decisamente critica con i risultati (non) ottenuti dal precedente piano, invitando la Consiglio a valutare con attenzione le strategie politiche comunitarie<sup>54</sup>. In particolare, la Risoluzione invita a basare maggiormente la strategia su ricerche scientifiche negli stati membri; intraprendere una valutazione dettagliata dell'efficacia dell'attuazione della strategia precedente; rafforzare la ricerca sociale e scientifica sulle sostanze illecite a fini medici e sociali (questione inerente anche alla canapa medica); fondare la nuova strategia dell'UE in materia di lotta contro la droga sulle basi delle buone prassi sperimentate nei diversi Paesi; migliorare la messa a disposizione di programmi di riduzione del danno piuttosto che attuare strategie repressive al limite della violazione dei diritti umani fondamentali; prevedere per i consumatori, in alternativa all'incarcerazione, programmi terapeutici la cui efficacia è stata valutata positivamente nei paesi che li hanno sperimentati (spingendosi fino alla somministrazione controllata di eroina). Inoltre, nel rispetto del principio di sussidiarietà, la Raccomandazione invita a concentrare gli sforzi comunitari sulla lotta al traffico, ma a lasciare a stati, regioni e autonomie locali il potere di innovare e sperimentare liberamente, in relazione ai contesti locali e alle evidenze scientifiche prodotte<sup>55</sup>.

---

<sup>54</sup> Raccomandazione del parlamento Europeo nella strategia europea in materia di lotta contro la droga 2005-2012, 15 dicembre 2004, relatore Giusto Catania.

<sup>55</sup> La raccomandazione esplicitamente invita a valutare quanto già sperimentato in molte città rispetto alla cannabis, alla somministrazione medica di eroina e alle analisi costi/benefici dell'approccio penale al consumo

- Durante le audizioni presso il *Public Hearing at the Plenary Meeting of the Social, Health and Family Committee* del Consiglio d'Europa (maggio 2005) molti interventi sono a favore di una revisione della unidimensionalità dell'approccio penale in tema di consumo di sostanze<sup>56</sup>.
- L'EMCDDA, che non è un organismo politico, pure di fatto pone non poche domande ai *policy makers* europei nel momento in cui produce conoscenza scientifica dei fenomeni e soprattutto valutazione degli interventi, che concorre a validare. Servizi a bassa soglia, *pill testing*, *drug consumption rooms*, processi allargati di decriminalizzazione, vengono monitorati, misurati e valutati anche in termini di efficacia.

E' – comunque - ancora troppo poco: tanto alla Conferenza ONU di New York del 1998 (quella in cui si sancì per il 2008 l'obiettivo “un mondo senza droghe”, sotto l'egida del discusso Pino Arlacchi) quanto a quella dell'aprile 2003 a Vienna, il summit il cui scopo era un bilancio di medio termine sul piano decennale lanciato nel '98, l'Europa istituzionale si è presentata divisa al proprio interno e incapace di avere una voce critica incisiva, nonostante intanto fosse cresciuto un vasto movimento continentale contro le politiche proibizioniste e per i diritti umani<sup>57</sup>

Tuttavia, l'Europa, qualora il processo di decriminalizzazione maturasse ulteriormente, sviluppando il trend già oggi ben visibile, avrebbe tutte le possibilità “per un'altra politica”, nonostante le Convenzioni internazionali. Che sono sì vincolanti, ma non possono essere in contraddizione con le leggi nazionali, né prevedono l'obbligo di perseguire penalmente il solo consumo individuale (il possesso sì, non il solo consumo...); che, nel momento in cui prevedono la sanzione per produzione vendita o cessione per le droghe illegali, ne prevedono un uso legalmente controllato per fini medici (e dunque perché no l'eroina somministrata?) e che invitano a organizzare un sistema di servizi in gradi di rispondere ai bisogni dei consumatori (e dunque perché no una *injecting room*?)<sup>58</sup>

Questo “vuoto” lasciato dalle Convenzioni è lo spazio a tutt'oggi in cui si sono incuneate le città e le regioni (e anche le nazioni, poche) che hanno voluto innovare le proprie *local drug policies*. Sia perché, a detta di molti osservatori, la riforma delle Convenzioni è un processo difficilissimo, stretto

---

<sup>56</sup> «Le politiche della droga che non includono misure di salute pubblica si allontanano dalla lotta alla droga,... solo attraverso la combinazione di trattamenti farmacologici, azioni di riduzione del danno, sostegno sociale, trattamenti riabilitativi possiamo sperare di affrontare il fenomeno dell'abuso di sostanze psicotrope....si è visto che tali misure hanno un effetto positivo sia sulla condizione della tossicodipendenza sia sulla sicurezza sociale» (Massimo Barra, Croce rossa italiana e Fondazione Villa Maraini); «In nessun paese del mondo, dove viene praticata una politica repressiva, si è riusciti a ridurre il numero dei consumatori di droghe e il traffico degli stupefacenti. Quello che noi oggi percepiamo come problema inerente alle droghe è in verità la conseguenza di determinate politiche sulle droghe e non la ragione di quelle stesse politiche » (Paul Vasseur, Rotterdam, già Presidente *ECDP- European cities for drug policy*); dello stesso segno gli interventi del sottosegretario alla sanità tedesco Pico Jordan, e della ministra degli affari sociali del Land Sachsen-Anhalt, Jutta Kuppe.

<sup>57</sup> Vedi in [www.encod.org](http://www.encod.org) e [www.fuorluogo.it](http://www.fuorluogo.it) la vasta documentazione prodotta da ONG, cartelli nazionali, movimento contro la globalizzazione liberista, movimento antiproibizionista, associazioni di professionisti e scienziati, reti di autonomie locali.

tra mille vincoli; sia perché i governi nazionali sono nella maggior parte dei casi a dir poco “cauti” quando si tratta della scena internazionale. E’ oggi l’interpretazione di questo spazio, l’oggetto di uno scontro significativo tra l’ONU e paesi europei. L’ONU ha fortemente criticato Olanda e Svizzera (ma anche alcuni Lander tedeschi) per la somministrazione controllata di eroina e le *drug consumption rooms*, le stanze per consumare, e il Regno unito per aver proposto di declassare la cannabis, cosa che comporterebbe sanzioni meno gravi delle attuali.

Le municipalità, in quanto attori primi delle sperimentazioni e delle pressioni sui governi regionali e nazionali, verso politiche sperimentali, sono in realtà le protagoniste di questi scontri.

Nel corso della conferenza internazionale *European Cities at the Center of Illegal Trade in Drugs* (Francoforte, 20-22 novembre 1990), promossa dal Consiglio comunale di Francoforte sul meno (Germania), da cui nascerà la rete di municipalità ECDP – *European cities for drug policy*, è stata approvata una risoluzione proposta dai rappresentanti delle città di Amsterdam, Francoforte, Amburgo e Zurigo, nella quale, partendo da alcune dichiarazioni quali:

- il fallimento dei tentativi di eliminare le droghe dalle nostre città
- la consapevolezza che l’uso di droga dipende anche dalle mancanze della società
- il fallimento della penalizzazione del fenomeno,

si conclude con :

- la necessità di limitare la repressione al traffico illecito,
- la separazione tra la cannabis e le altre droghe illegali,
- il potenziamento dei programmi di riduzione del danno
- la sperimentazione di “sale d’iniezione”,
- la sperimentazione di programmi di somministrazione controllata di eroina e l’aumento della prescrizione di metadone

Nel 1991 durante la Seconda Conferenza delle città europee tenutasi a Zurigo, i rappresentanti di 28 città europee, sulla base della risoluzione di Francoforte, hanno ulteriormente ribadito e sviluppato le finalità di una politica sulla droga umanitaria e tollerante.

Molte città avevano in realtà perso fiducia nelle politiche meramente repressive e proibizioniste, poiché politici ed amministratori si erano resi conto che i problemi connessi alla droga erano aumentati invece che diminuiti. Durante la Conferenza è stato deciso che le città che intendono procedere sul terreno della sperimentazione progettuale (ad es. rispetto alla somministrazione di eroina) devono farlo adattando i progetti alle rispettive normative e scambiandosi continuamente esperienze e confronti. E che le città – stante l’attuale quadro normativo nazionale e internazionale

---

<sup>58</sup> P. Gonnella (2003), cit;

– hanno la necessità di imparare a utilizzare gli spazi d’interpretazione e la flessibilità delle leggi vigenti<sup>59</sup>.

### 2.3 L’Unione europea e le droghe<sup>60</sup>

«E’ necessario prendere atto del fatto che la valutazione di ciò che fino ad oggi è stato ottenuto rispetto agli obiettivi principali dei Piani d’azione contro la droga 2000-2004 stabiliti dalla UE dimostra che nessuno di essi è stato raggiunto e che questo non ha significato alcun cambiamento sul piano politico e legislativo al fine di modificare la strategia comunitaria e i relativi piani d’azione per il periodo 2005-2012»<sup>61</sup>

Perché il Parlamento Europeo dichiara falliti gli ultimi Piani comunitari? E perché invita a una svolta anche sul piano della penalizzazione?

Le ragioni stanno (anche) nelle cifre<sup>62</sup>, a cinque anni dal varo dell’ultimo Piano d’azione comunitario, la cui impostazione è coerente con le direttive delle Convenzioni internazionali.

- Le politiche non sono incisive sul *fronte della domanda*: «Il consumo di droghe e la loro vendita stanno raggiungendo livelli estremamente alti in tutti gli Stati membri». I trend del consumo continuano ad aumentare, con andamenti diversi per ogni sostanza, ma nel complesso aumentano. «Il costante aumento del consumo in tutta Europea rappresenta la chiara evidenza del fatto che le politiche repressive e proibizioniste perseguite dagli stati sono inefficaci nel combattere la droga»

E’ interessante notare come l’andamento della prevalenza del consumo comparato tra i diversi Paesi indichi tanto quella “relativa indifferenza” alla legge sopra citata (i paesi dove la prevalenza del consumo di cannabis è stabile o è diminuita, a fronte di un incremento generale, sono Olanda e Svezia, i due “opposti” dal punto di vista legislativo), quanto però, in alcuni casi, anche il fallimento di un approccio più repressivo: è il caso dell’eroina, in aumento costante in Svezia dagli anni ‘80 e in evidente calo in Olanda; oppure la prevalenza di consumo di cannabis in Olanda, tradizionalmente tollerante, che è del 17% tra i giovani a fronte di un 24% in Germania.

---

<sup>59</sup> Città di Francoforte, Commissione delle comunità europee, OMS, Healthy cities project (1990) First conference of European cities at the centre of illegal trade of drugs, (Risoluzione).

<sup>60</sup> Per un sintetico quadro statistico, vedi in Appendice.

<sup>61</sup> Parlamento Europeo (2004) Raccomandazione sulla strategia europea in materia di lotta contro la droga 2005-2012, 15 dicembre 2004. Tutte le citazioni di questo paragrafo, salvo diversa indicazione, provengono da questa fonte

<sup>62</sup> Tutti i dati qui citati sono di fonte EMCDDA - *European monitoring centre on drug and drug addiction*, che a sua volta le elabora sulla base delle statistiche inviate da ogni *focal point* (centri governativi di monitoraggio) dei Paesi membri. Il Rapporto 2004 è consultabile in [www.emcdda.ue.int](http://www.emcdda.ue.int)

- Molti consumatori lo sono temporaneamente, in modo *non problematico, in modo socialmente compatibile*: vengono immessi in circuiti penali e terapeutici senza averne alcun motivo. Questo è un aspetto rilevante della massimizzazione del danno indotta dalle legislazioni. Infatti, se è vero che è in costante aumento la domanda di trattamenti e cure, è anche vero che questo è dovuto alla crescita globale del consumo, mentre rimane assai modesta la percentuale di coloro che sviluppano un uso problematico: se i cittadini europei che hanno fatto uso di sostanze almeno una volta sono il 20%<sup>63</sup> del totale, quelli problematici non superano l'1,5%. Inoltre, la maggior parte dei consumatori lo è per breve tempo e/ saltuariamente: per la cannabis, solo il 20-40% di chi l'ha provata una volta, l'ha usata anche nell'ultimo anno e solo l'1-10% nell'ultimo mese. Per la cocaina, a fronte di uno 0,5-6% che la sperimenta, dopo un anno la usa lo 0,5-1%.
- Cresce a dismisura la *popolazione detenuta* a causa delle leggi sulle droghe e *l'attività dei tribunali*, incidendo sulla spesa pubblica anche a discapito di investimenti nel sociale<sup>64</sup>.  
«Per reati drogacorrelati bisogna intendere sia quelli contravvengono alle leggi sulla droga sia quelli commessi sotto l'effetto delle sostanze e per procurarsi il denaro necessario al consumo (scippi e furti) nonché quelli “di sistema” legati al traffico (guerre per il mercato, corruzione di pubblico ufficiale, ecc.). Per queste ragioni dobbiamo lanciare un nuovo programma comunitario per trovare alternative alla detenzione, in modo che il carcere non sia il solo esito dei casi di repressione. La lotta alla droga dovrebbe essere vista come un intervento di tipo sociale e che va alle ragioni sociali del consumo, rivedendo una strategia di repressione che oggi colpisce solo i consumatori»  
Le segnalazioni sono in aumento costante in tutti i paesi, e la gran parte riguardano uso o possesso per uso personale: dal 52% di tutti i reati per droga in Finlandia al 90% in Austria. Le denunce per reati di droga aumentano, dal raddoppio della Danimarca all'aumento di sei volte in Irlanda e Finlandia (tra l'85 e il 2001). La cannabis è la sostanza più perseguita, dal 34% della Svezia all'87% del Regno Unito, seguita dalla cocaina, in deciso aumento dal 1997.
- Danni sanitari correlati: «Le morti per overdose o sono stabili o stanno aumentando». Dopo un calo significativo nei decenni passati delle *morti per overdose* da eroina, nel decennio 1990-2000 i dati hanno ripreso a segnalare un aumento (8838 morti nel 2000, nel 1990 erano stati 6284), mentre l'EMCDDA prevede un ulteriore aumento nei prossimi anni.

<sup>63</sup> Negli USA, paese assai repressivo verso il consumo, la percentuale è del 40%.

<sup>64</sup> Secondo studi EMCDDA, nella UE la spesa repressiva ammonta in media al 75% del totale degli stanziamenti per la lotta alla droga

- Le azioni contro il *narcotraffico*<sup>65</sup> non riescono a contrastare il fenomeno, a diminuire significativamente l'offerta «l'attuale strategia antidroga lascia praticamente indisturbate le grandi organizzazioni criminali e mafie terroristiche. In accordo con Europol, i dati dicono che il 75% dei sequestri di sostanze è concentrato in pochi paesi del mondo. E sempre secondo Europol, per il crimine organizzato il mercato delle droghe continua ad essere il più lucroso». Se la canapa è la droga più usata in Europa e il suo consumo è in costante crescita, e la cocaina è la “nuova” seconda droga di elezione, i sequestri in UE che riguardano soprattutto queste sostanze registrano un incremento costante dal 2002 delle quantità sequestrate. Dunque, non pare vi siano troppi nessi tra attività di contrasto all'offerta e diminuzione della domanda.

---

<sup>65</sup> Europol stima che esso rappresenti tra il 2 e il 5% del PIL dell'Unione

### **3. Le città e le droghe: critica ai paradigmi**

#### **3.1 Le città e le autonomie locali: minoranze critiche?**

Sebbene l'Europa stia – nel complesso e con le variegatissime analizzate sopra – decriminalizzando il consumo per governare il fenomeno, i tempi delle riforme legislative sono sfasati rispetto a quelli del ritmo incalzante dei cambiamenti e della evoluzione del fenomeno stesso. Mercato delle droghe e stili di consumo mutano con crescente rapidità. Uno degli obiettivi prioritari dello sforzo comunitario sulle droghe, a leggere la documentazione istituzionale, è quello dell'*early warning*: capire per tempo ciò che accade e trovare politiche adeguate.

Ciò che si vuole qui evidenziare è che le città si sono trovate nella necessità di innovare la *policy* sulle droghe per governarne esiti e conseguenze sul territorio e nella comunità locale, man mano che questi si evidenziavano e creavano impatto, e lo hanno fatto prima, e spesso contro, gli assetti nazionali o comunque prima e spesso contro i tempi dei mutamenti legislativi (eventuali). Per dirla con le parole di uno dei documenti fondativi delle politiche municipali, «La gran parte dei consumatori vive nelle città o nelle città si reca perché lì c'è il mercato, la scena della droga e il sostegno ai consumatori. Per questo le città vivono al massimo i problemi correlati, ma al tempo stesso la loro influenza sulla politica sulla droga è limitata e in contraddizione con il peso che le città devono portare»<sup>66</sup>.

Insieme, spesso le città hanno operato come “minoranze” attive per il cambiamento, diventando attore del dibattito e dell'innovazione (quando c'è stata) a livello nazionale e europeo. Ha detto Margarethe Nimisch, assessore municipale alla Sanità di Francoforte «E' difficile pensare a una politica delle droghe vincente senza un coordinamento tra le città europee. Dobbiamo lavorare insieme. E siccome le droghe illegali non sono diffuse in modo omogeneo sul territorio ma si concentrano nelle grandi città, possiamo parlare con grande autorevolezza e competenza anche per una formulazione delle politiche nazionali e internazionali»<sup>67</sup>. Spesso, infatti, le città hanno anche costruito – come vedremo più avanti – network transnazionali, non solo per confrontare e scambiare buone prassi, ma – molto meno “asetticamente” e “tecnicamente” - per cercare di incidere politicamente, dandosi reciproca forza, nel dibattito comunitario europeo e in quello delle singole nazioni. La storia delle politiche locali sulle droghe è storia, dunque, spesso in dialettica continua – nelle situazioni migliori - o in discontinuità e conflitto – in quelle più difficili – con gli impianti legislativi nazionali e più ancora con gli accordi e le convenzioni internazionali. Ed è storia anche di riscrittura degli sguardi sul fenomeno a partire dall'esperienza e dalle pratiche, dalle necessità di governo del fenomeno stesso. Incisivamente, Peter Cohen, docente di sociologia all'Università di

---

<sup>66</sup> Città di Francoforte, Commissione delle comunità europee, OMS, Healthy cities project (1990) First conference of European cities at the centre of illegal trade of drugs, (Risoluzione).

<sup>67</sup> Ibidem, nella sezione “Atti – Discussione”

Amsterdam e uno dei massimi studiosi del fenomeno a livello europeo, a proposito delle esperienze olandesi, così tratteggia la posizione della grandi città: «I funzionari dei centri urbani sottolineano che essi non hanno scelta se non di elaborare efficaci strategie di riduzione del danno in vista della concentrazione dei problemi relativi alla droga nelle aree urbane. A loro avviso essi non possono concedersi gli orientamenti più moralistici sostenuti nelle aree meno urbanizzate<sup>68</sup>. Ancora Cohen: «La riforma delle politiche sulle droghe è locale (...), è indissolubilmente legata alle culture e alle politiche locali. Non ci sono al mondo due sistemi di politiche di limitazione del danno che siano uguali. La riforma della politica sulle droghe prima sperimenta e poi differenzia e si articola progressivamente a livello locale. C'è riforma solo laddove i cambiamenti si confrontano con le originali specificità dei contesti e dei vincoli locali. Persino sotto il più brutale dei regimi proibizionisti, a livello locale i riformatori possono essere la voce di quanti chiedono un cambiamento. Dai quartieri, dalle città, dalle comunità locali e dalle regioni, la riforma può, poi e forse, arrivare alle capitali nazionali e internazionali»<sup>69</sup>

### ***Qualche premessa sulle evoluzioni dei paradigmi***

Il processo di attivazione deciso delle città europee attorno alla *drug policy* locale si sviluppa in modo più evidente a partire dagli anni '70 e più ancora negli anni '80, a seguito di significativi mutamenti della scena della droga, degli stili di consumo, della massificazione dei consumi e dell'impatto sociale di questi. E, insieme, si sviluppa nelle città dove la "tenuta" di un sistema di welfare locale efficiente consente di investire su *community policies* efficaci. Quando il fenomeno diventa di massa e investe a vario titolo e con varie ricadute le comunità locali, i paradigmi tradizionali di lettura del consumo di sostanze (quello *desease* e quello della devianza) che avevano "retto" fino agli anni '60, mostrano la corda: il primo, tradizionalmente affidato alla psichiatria e in seconda battuta ad altre discipline mediche, è spiazzato dall'evidenza della dimensione socio-culturale del fenomeno, che da un lato fa giustizia dell'accezione di "*deficit individuale*" come premessa al consumo, dall'altro mostra con evidenza che la gran parte del consumo non è problematico, non produce danni ed è esperienza provvisoria e temporanea nella vita degli individui. Insomma, l'approccio *desease* si trova ad avere buone chiavi di lettura per una porzione minoritaria dei comportamenti di consumo, sul resto, sulla gran parte del mondo dei consumi, non ha parole da dire.

---

<sup>68</sup> P Cohen, E Nadelmann, E Drucker, U Locher, J Stimson e A Wodak (1994) L'indirizzo sul controllo della droga a favore della riduzione del danno: progressi internazionali, in Quaderni di Fuoriluogo, n.2/1996

<sup>69</sup> Peter Cohen, (2003), The drug prohibition church and the adventure of reformation. International Journal of Drug Policy, Volume 14, Issue 2, April 2003

Il paradigma della devianza o morale, che a differenza del primo conserva una capacità di lettura anche collettiva e non solo individuale del fenomeno, si è trovato nell'imbarazzante condizione di dover etichettare come "devianti" masse crescenti di cittadini, di cui solo quote più che minoritarie potrebbero credibilmente "rispondere" ad una definizione di comportamento deviante che gli stessi sostenitori del paradigma hanno elaborato, per lo più avendo, quei consumatori, comportamenti socialmente "compatibili". Laddove il paradigma della devianza non è stato sottoposto a critica (come nei paesi scandinavi, la Svezia soprattutto, ma anche e diversamente l'Italia, in cui al contrario il paradigma morale trova oggi un nuovo rilancio), si è trovato a veder crescere a dismisura la propria dimensione morale-ideologica, invadendo sempre più allargata e insieme fragile man mano che allo "sguardo" non rispondeva più l'evidenza del fenomeno (si pensi ai consumi giovanili contemporanei, in un quadro che è stato definito di "compatibilità sociale", per i quali "biasimo" e etichettamenti criminalizzanti appaiono davvero acrobatici).

Tradizionalmente, ci si riferisce a due macro-modelli nella lettura paradigmatica del consumo di sostanze, quello della *malattia o disease*, e quello *morale o della devianza*. Solo a partire dagli anni '90, un terzo modello ha "conquistato" in letteratura (ma la questione è discussa e aperta) lo status di paradigma, quello della *riduzione del danno*<sup>70</sup>. L'approccio medico o *disease* si occupa del consumo e principalmente della dipendenza, come una malattia (definita, per l'eroina, "cronica e recidivante"), privilegiando la base biologica e, in seconda battuta, anche genetica. E' un approccio che non si pone come giudicante nei confronti dei comportamenti individuali, e dunque non insiste sulla "responsabilità" del consumatore, ma sulla necessità della cura. Questo modello è stato poi analizzato da alcuni autori sulla base di una differenziazione tra *addiction* dovuta a fattori principalmente biochimici e fisiologici e *addiction* in cui incidono maggiormente fattori di "personalità" del consumatore. In ogni caso, che l'enfasi sia posta sulla chimica delle sostanze o sui dati di personalità del singolo, il consumo di droghe appare questione individuale, in cui poco sembrano entrare contesto e comunità sociale. L'approccio morale, al contrario, vede alla base dei comportamenti di consumo una sorta di "debolezza morale" del consumatore, che è responsabile di uno stile di vita variamente considerato "deviante" e comunque fuori dalla norma sociale; qui, devianza e responsabilità conducono, nelle politiche, alla rilevanza della proibizione, del penale e della punizione. La comunità sociale entra in scena come "normante" ed escludente. E' bene notare che, secondo autori come Alan Marlatt e, in Italia, Grazia Zuffa, sebbene le premesse teoriche dei

---

<sup>70</sup> Le definizioni dei tre paradigmi qui sintetizzate sono tratte G.A. Marlatt (1996), *Harm reduction : come as you are*, in *Addictive Behaviours*, n.21/1996; Russel Newcomb (1992), *La riduzione del danno correlato all'uso di droghe. Una definizione concettuale per la teoria, la pratica e la ricerca*, in Pat O'Hare (a cura di) (1992), *La Riduzione del danno*, ed. EGA

due modelli siano effettivamente distinte e assai diverse, spesso negli impianti legislativi e nelle *drug policies* viaggiano intrecciati. Concretamente, per esempio, gli approcci *desease* e morale si intrecciano significativamente in molte legislazioni nazionali europee e nell'attuale normativa italiana, nel momento in cui il consumo è comunque illecito, e dunque trattasi di un approccio morale che si trascina dietro conseguenze penali; ma al tempo stesso il consumo problematico è una malattia che va curata (e i "malati" ne hanno diritto, da cui l'istituzione per legge di un sistema di servizi ad hoc) e il cui trattamento è intrecciato alla sanzione e ne può rappresentare un'alternativa (sebbene, nella fattispecie, "ancillare"). Inoltre, secondo gli stessi autori, entrambi questi modelli perseguirebbero la finalità della riduzione drastica, fino alla scomparsa, dello stesso consumo di droghe, il primo attraverso la prevalenza delle politiche di "riduzione della domanda", il secondo attraverso quella di "riduzione dell'offerta". Osserva Zuffa come in questi modelli teorici: «L'unico obiettivo accettabile, sia dell'incarcerazione che del trattamento medico, risulta l'astinenza»<sup>71</sup>. Il "terzo paradigma" della riduzione del danno (di cui si dirà anche più avanti), si sviluppa in tempi più recenti, a seguito della dimensione massificata dei consumi, del sorgere di nuove culture del consumo, che disegnano un fenomeno di dimensioni "sociali". L'assunto fondamentale di questo approccio è la centralità della relazione tra individuo e contesto, per cui il "dilemma" teorico non è più attorno alla responsabilità dell'individuo, ma al nesso con l'ambiente e alle responsabilità di quest'ultimo. Inoltre, l'orizzonte strategico non è quello dell'abolizione del consumo *tout court*, ma di un suo governo, della gestione delle conseguenze indesiderate e della riduzione dei casi di passaggio da consumo a consumo problematico o dipendenza. Mutano anche le categorie di questo nuovo paradigma: il consumo si distingue tra non problematico, problematico e controllato<sup>72</sup>, in questo chiamando in causa la soggettività dei consumatori, la loro competenza e abilità nel governo del fenomeno di cui sono attori. Consumatori e comunità diventano capaci, in questo quadro teorico, di apprendere dalle esperienze e di modificare i comportamenti. La responsabilità diventa sociale e condivisa, e il danno correlato è visto come "relativo e graduale" e dunque governabile. Il contesto sociale (dalla "costruzione" del fenomeno alle risposte di *drug policy* locale) recupera un forte protagonismo, spostando significativamente a suo favore (oltre che a favore degli stessi consumatori) anche le quote di potere che altri modelli attribuiscono ai "tecnici" e alle "istituzioni". E' una delle ragioni per cui questo modello ha conquistato credibilità, nel corso dei due ultimi decenni, agli occhi delle realtà locali che si sono trovate a gestire i problemi droga-correlati. Anche per questo modello, come per i primi due, si presentano intrecci spuri, non tanto con il

---

<sup>71</sup> G.Zuffa (2001) Oltre il modello medico, in P. Meringolo e G. Zuffa (2001) Droghe e riduzione del danno. Un approccio di psicologia di comunità, Unicopli;

<sup>72</sup> M. Gossop, J. Stimson, J. Strang (1990), *Courses of drug use: the concept of career and natural history*, in H. Ghodse e D. Maxwell, *Substance abuse and dependence*, Macmillan (Londra)

modello morale - con cui le contraddizioni teoriche appaiono più radicali - quanto con quello *disease*. Quando la riduzione de danno si occupa di dipendenze e consumi problematici, utilizza terapie e trattamenti non solo come strumenti “sanitari”, mirati alla salute del singolo, ma anche come interventi con ricadute di politica sociale e governo del fenomeno nella collettività. Contraendo un debito soprattutto nei confronti dell’approccio di *public health*.

### **3.2 Crisi dei paradigmi: i consumi di massa**

Nel complesso, in Europa c’è un legame chiaro tra crescente rilevanza della dimensione sociale del fenomeno del consumo di droghe illegali (con la canapa prima, negli anni ’60 e con eroina e cocaina nei decenni seguenti e poi con le cosiddette “nuove droghe” o “*designed drugs*” negli 80-90), il suo impatto in termini sociali fin dentro il tessuto delle relazioni sociali e delle comunità locali, e la necessaria (nei fatti) messa in crisi dei paradigmi tradizionali.

Ciò che si vuole qui sottolineare è come ***questo processo di revisione critica dei paradigmi – a un certo punto risultati “stretti” e inadeguati a render conto di un fenomeno complesso- abbia avuto nelle città e nelle autonomie locali un attore protagonista***, che ha avuto bisogno di nuovi sguardi proprio nella prospettiva di potersi assumere una responsabilità sulle ricadute sociali di alcuni stili di consumo. Da qui la mappa a volte delle solitudini e dei conflitti con gli altri livelli di potere esercitati sul fenomeno (nazionali e sovranazionali), a volte delle “buone alleanze” (come nel caso del mondo scientifico e del movimento politico e scientifico della riduzione del danno, o ancora, in alcuni paesi, con le polizie locali), a volte dell’influenza delle esperienze locali nel ri-orientare le politiche e le legislazioni nazionali. In ogni caso, laddove le esperienze delle città hanno prodotto un buon governo e un governo innovativo delle ricadute sociali problematiche dei comportamenti di consumo, ciò è accaduto dentro ***una progressiva erosione pragmatica dei paradigmi tradizionali***.

Dall’esplosione del fenomeno in dimensioni di massa, e dunque sociali e insieme culturali, le città europee che intendono governare i fenomeni si trovano a dover passare (e infatti negli ultimi due decenni sono passate) a un approccio, insieme, della “complessità” e pragmatico. Dunque tendenzialmente hanno abbandonato letture seccamente *disease* da un lato, e della devianza dall’altro per cercare letture in grado di sostenere il passaggio da compiti di mera “repressione” a compiti di “governo” dei fenomeni. In riferimento ai paradigmi fino ad ora dominanti, si può dire che la “repressione ” può permettersi paradigmi semplificanti, mentre il compito del “governo” ha bisogno di paradigmi della complessità.

### ***Entra in scena il “contesto”***

Un buon esempio, significativamente emblematico, di questo passaggio è rappresentato dal dibattito - e dalle scelte conseguenti - avvenuto in Olanda alla fine degli anni 60, primi anni '70, attorno al fenomeno del consumo di massa di *cannabis* e all'insorgere di casi di dipendenza da droghe pesanti.<sup>73</sup> Vale la pena riandare fino a quegli anni – come recentemente ha fatto un autore come Peter Cohen<sup>74</sup> - perché, nei decenni successivi, ogni volta che le città (e le nazioni, almeno quelle che si sono fatte attraversare da un dibattito critico) hanno discusso in termini di necessità di innovazione nelle *policies* locali sulle droghe, hanno fatto riferimento ad alcuni assunti elaborati in quel periodo

Nel 1968, dunque proprio nel pieno esplodere dei consumi giovanili di massa e del conseguente mutare radicale e del diversificarsi delle caratteristiche del fenomeno dei consumi, due commissioni di studio, una promossa dalla Federazione nazionale salute mentale ( coordinata dal criminologo Louk Hulsman) e l'altra istituita dal Governo olandese (coordinata da Peter Baan, funzionario del Dipartimento di salute mentale), ebbero il compito di rispondere a due diverse domande, rispettivamente la prima «chiarire le variabili significative del consumo e indagare il fenomeno», con attenzione ai consumi giovanili, e la seconda «indagare le cause del crescente consumo, individuare i mezzi per contrastare il consumo “irresponsabile” e trovare un sistema di trattamenti adeguati per chi sviluppa dipendenza». Hulsman sottopone a critica innanzitutto il modello *desease*: non è utile soffermarsi sulla chimica delle sostanze e sui loro effetti sull'organismo e sulla psiche, ha più senso imparare a vedere *set e setting*, cioè il soggetto (con tutte le sue caratteristiche differenze) e il contesto (con tutte le sue variabili diversamente influenti). Il contesto sociale – definito *drug scene* - appare qui come variabile significativa rispetto agli effetti sull'individuo e sul fenomeno nel suo complesso. Hulsman infatti introduce il concetto (da qui in avanti un concetto guida, ripreso con forza alla fine degli anni '80 dall'approccio della riduzione del danno) di *stile di consumo*, influenzato dalla scena sociale, dalle culture, dai gruppi di appartenenza. Gli stili di consumo sono molti e sono – soprattutto – un “fatto sociale”, lontano dall'oggettiva fissità della chimica di una sostanza ma anche dalla sola “personalità” del singolo. Il contesto sociale influisce sugli stili che a loro volta possono essere modificati e “governati” dagli attori del fenomeno stesso. Questa “governabilità”, in cui la *drug scene* ha responsabilità, rende possibile distinguere – e lavorare per tenere distinto – il consumo dall'uso problematico. Si possono consumare droghe senza finire con la dipendenza o con l'abuso. La lettura complessa del fenomeno, insomma, è al tempo stesso la base dell'ottimismo contro la paralizzante oggettività dell'approccio *desease*. La *drug scene* è un fatto sociale popolato di attori sociali. Una delle prime conseguenze della tesi di

---

<sup>73</sup> Zuffa (2000) I drogati e gli altri, Sellerio;

Hulsman è infatti la proposta – poi praticata come vedremo ampiamente in Olanda negli anni successivi – della separazione dei due mercati, quello delle droghe leggere e quello delle droghe pesanti, e dell'introduzione di forme di legalizzazione del consumo delle prime, quelle più di massa.<sup>75</sup> Coerentemente, se la priorità per la comunità sociale non è “biasimare” il consumatore ma tenere bassa la soglia dei rischi individuali e sociali, Hulsman mette in crisi anche l'approccio penale, che viene, con un rovesciamento radicale, visto come fattore di rischio e danno e non come strumento di “buon governo”: le conseguenze negative dell'approccio penale, infatti, non sono solo di tipo concreto (rischi e danni correlati a carriere carcerarie, a processi di criminalizzazione, espansione dei mercati neri e della clandestinità del consumo) ma anche di tipo simbolico e culturale: indurre una spaccatura della coesione sociale attraverso la polarizzazione indotta tra “normali” e “devianti”, chiudere nell'angolo della riprovazione sociale un comportamento (un gruppo, una subcultura) significa togliersi la terra da sotto i piedi, negarsi la possibilità di governo sociale del fenomeno. Sarebbe, insomma, una profezia che si autoavvera: non siamo in grado di governare i fenomeni con strumenti di politica sociale e con ordinarie azioni di comunità perché, prima, abbiamo lavorato per dare loro uno “statuto straordinario”. Scrive Hulsman: «Se noi optiamo per la legge penale come principale strumento di lotta al consumo di droghe, ci troveremo a fare i conti con un'opzione non solo inadeguata ma anche pericolosa. Ci troveremo in una situazione che anno dopo anno cresce e ingigantisce centinaia di volte. Ci troveremo di fronte a una polarizzazione tra parti diverse della nostra società, e questo sfocerebbe in un' aumentata quota di violenza».<sup>76</sup> Le raccomandazioni della Commissione sono all'insegna della gradualità ma assai chiare: 1) l'uso personale di *cannabis* e il possesso di piccole quantità non devono essere iscritti nella legge penale. Per ora vi rimangono produzione e distribuzione, ma come un illecito minore 2) uso e possesso di altre droghe rimane per ora nella legge penale, ma come reato minore e in prospettiva, sul lungo periodo, di una sua eliminazione 3) coloro i quali hanno difficoltà dovute al consumo di droghe devono avere adeguati trattamenti a loro disposizione.<sup>77</sup>

A distanza di oltre 35 anni, la chiarezza del ragionamento di Hulsman continua a gettare luce su ragioni, successi e insuccessi delle politiche dei decenni a seguire: nel momento in cui la *drug scene* (il contesto, la città) entra in gioco con tutte le sue variabili influenti, lo strumento penale mostra la

---

<sup>74</sup> P. Cohen (1997) *The case of two Dutch drug policy commissions*, in [www.cedro-uva.org](http://www.cedro-uva.org)

<sup>75</sup> E' da notare che la Commissione non ha lavorato attorno alla separazione dei due mercati perché credeva nella teoria dello *stepping stone*, cioè della funzione giocata dalle droghe leggere come primo passo verso l'utilizzo di droghe pesanti e dannose (teoria scientificamente infondata, come il ricercatore Hermann Cohen ha sostenuto nell'ambito della stessa Commissione Hulsman), ma perché vi riconosceva rischi di “contaminazione” dal punto di vista dell'etichettamento sociale, dell'adeguamento a subculture (auto)emarginanti, della moltiplicazione di contatti con i mercati illegali. Del resto, la Commissione conclude chiaramente con l'auspicio delle depenalizzazione del consumo di tutte le droghe, pesanti e leggere, ma invita anche a una pragmatica e “saggia” progressione. (P. Cohen, 1997, *The case of two Dutch drug policy commissions*, cit)

<sup>76</sup> National Federation of Mental Health Organizations (1971) Report – Drug Commission

sua inadeguatezza. Concetto ribadito con forza anche dall'altra relazione, quella di Baan, per il quale i consumi massicci di canapa, tenuti al di qua di comportamenti di abuso, non erano una "emergenza" ma un fenomeno culturale: includere e far "giocare" le culture giovanili anche proprio come dispositivo di "governo" (il parallelo con i consumi non problematici, socialmente "normati" dell'alcool è evidente) è la strada indicata anche da questa commissione, che arriva a ipotesi di progressiva e regolata legalizzazione. Un altro concetto poi declinato nei decenni seguenti, quello della *normalization*, entra quindi a spargliare le carte dei paradigmi tradizionali. Da qui, nei diversi modelli europei di governo locale dei fenomeni, la ricerca di percorsi leggeri, spuri, mediati, di decriminalizzazione e depenalizzazione saranno una caratteristica costante. Nel 1976, questo approccio della *normalization* sarà alla base della nuova legge olandese sulle droghe, l'Opium Law, che se non stravolge l'impianto legislativo, prevede tuttavia che i consumatori possano evitare l'ingresso nel circuito penale-penitenziario.

Secondo Peter Cohen, ciò che ha "funzionato" per la cannabis nei primi anni '70, va attentamente riletto oggi. Quel diverso sguardo ha infatti trovato una sua traduzione anche rispetto ai consumi degli ultimi decenni. Non è la chimica dell'eroina, diversa da quella della marijuana, che, sola, basta a mettere in crisi il "paradigma Hulsman": sebbene rischi e danni correlati ai diversi stili di consumo siano differenti, si tratta sempre e comunque di «trarre dai dati relativi ai consumi di droghe nella comunità sociale l'evidenza che per molte persone l'uso di droghe, come di alcool e tabacco, è una questione di piacere e di divertimento, non di dipendenza. Il primo obiettivo per dei *policy makers* progressisti è quello di comunicare alla società che l'uso di sostanze è una scelta libera delle persone e che il ruolo dello Stato nelle politiche sulle droghe è quello di *provider* di condizioni di contesto di rischio minimo». <sup>78</sup>

Mentre gli stati – e le legislazioni – anche e non secondariamente per il sistema di vincoli internazionali registrano processi lenti e spesso contraddittori, restando *provider* deboli di "condizioni di minimo rischio", e a volte riproducendo – al contrario - condizioni di massimo rischio, soprattutto penale, molte città europee assumeranno nelle loro *drug policies* il ruolo auspicato da Hulsman nel lontano 1968.

Non solo, ma rilanceranno la loro posizione anche a livello internazionale

### **3.3 Crisi dei paradigmi: fronteggiare nuovi rischi. La riduzione del danno**

A metà degli anni '80, molti Paesi europei iniziano a riscrivere le loro politiche sulle droghe, non solo attraverso modifiche legislative, anzi spesso a legislazioni indiscutibili, quanto attraverso la

---

<sup>77</sup> ibidem

<sup>78</sup> P. Cohen (1997), cit

riformulazione delle priorità delle politiche sociali e sanitarie a livello programmatico e la riorganizzazione del sistema di servizi socio-sanitari. Seguendo la suggestione di Cohen, questa riscrittura della *drug policy* è un processo “*bottom-up*”, i cui attori sono, insieme, istituzioni sanitarie, professionisti, amministratori locali, associazionismo e consumatori e – certamente *last* anche se ovviamente non *least* – i parlamenti nazionali. La variabile che maggiormente mette a nudo i limiti delle politiche ad approccio penale e ad approccio sanitario *abstinence oriented* è la crisi dell’AIDS, che porterà anche i paesi più tradizionalisti e meno inclini al riformismo in tema di droghe – come l’Italia – a ragionare su e a praticare politiche centrate sul contenimento di questo danno correlato significativamente allo stile del consumo per via iniettiva. L’AIDS mette a nudo i limiti degli approcci *disease* e della devianza: non tutelano la qualità della vita dei consumatori (la cui vita in presenza di sostanze appare irrilevante e diventa rilevante solo dopo processi di “guarigione” e “adattamento” agli stili di vita socialmente dominanti) e insieme non tutelano la qualità della vita della collettività (che con la popolazione dei consumatori per via iniettiva convive, essendo questa una popolazione che gli epidemiologi definisco “aperta”). La **politica della riduzione del danno** nasce proprio dal bisogno di mettere al centro la convergenza di interessi e ragioni – fino ad allora negata dalla costruzione sociale della “devianza” e della “malattia” – tra consumatori e comunità sociale a fini di salute pubblica. E’ utile ricordare che, in letteratura, la nascita della riduzione del danno ha una doppia data: 1979, a Rotterdam, con la lotta dei *junkies* olandesi (consumatori per via iniettiva organizzati nei loro *bond*, sindacati) per ottenere siringhe sterili dalla municipalità (allora il problema era l’epidemia di epatite B, non ancora l’AIDS); e il 1986, data in cui l’autorità regionale del Merseyside (UK), su input della città di Liverpool, riscrive le proprie linee programmatiche in materia di politiche sulle droghe e le dipendenze, dando il via alla storia istituzionale di questa strategia<sup>79</sup>. Recita il documento politico programmatico del Merseyside: «La diffusione dell’HIV è una questione di salute pubblica prioritaria rispetto al consumo di droghe», con questo aprendo la via a un sistema di servizi che privilegiava contatto, prevenzione, inclusione rispetto a selettività dei servizi e trattamenti *drug free*<sup>80</sup>. In qualche modo, questa doppia nascita – *community based* quella olandese e di *public health* quella britannica - oltre a rispecchiare caratteristiche, culture e attori dei differenti contesti, mette in scena anche quelli che a livello locale saranno i diversi modelli della riduzione del danno in Europa.

In ogni caso, se la crisi dell’AIDS è stata fattore scatenante, l’approccio della riduzione del danno non è mai strettamente e unicamente sanitario, almeno non quando si innesta nei modelli europei che maggiormente hanno saputo (auto)produrre forme di riformismo, e pragmatica capacità di

---

<sup>79</sup> Pat O’Hare (a cura di) (1992), *La Riduzione del danno*, ed. EGA

misurarsi con i problemi emergenti; qui, diventa da subito una “politica sociale”, una “*community policy*” che si propone in grado di gestire i fenomeni nella loro complessità. Prima di tutto “accettandoli”: il consumo di droghe è un “fatto”, un comportamento, uno stile di vita, una scelta individuale, una questione di culture e di subculture. Una questione “sociale”. Recita la Risoluzione emessa dalla prima Conferenza delle città europee al centro del traffico di droghe (da ora “Conferenza di Francoforte”): «Il tentativo di eliminare le droghe e il consumo di droghe dalle nostre civiltà è fallito. Dobbiamo pertanto continuare a vivere con le droghe e con i consumatori di droghe nel futuro (...) Si può pensare di regolare e limitare i risultati del consumo. Il consumo è per la gran parte dei consumatori solo una parte della propria vita, il nodo è prevenire lo sviluppo verso forme di dipendenza. Le politiche sulla droga non possono rendere questo processo più difficile ma facilitarlo»<sup>81</sup>. La *drug policy* non deve avere uno sguardo ossessivo sul fenomeno, come l’approccio morale, ma occuparsene quando è socialmente rilevante per qualcuno degli attori sulla scena. E non dev’essere miope, come spesso quelle *desease*, ma dotarsi di un sano strabismo, che consenta di cogliere le diverse dimensioni (di benessere o disagio, di salute, sociale, culturale, psicologica, antropologica e via elencando). Qui, arriva anche a proporsi come nuovo paradigma in grado di aprire la contesa “stretta” – e soprattutto “millenarista” - tra proibizionismo e antiproibizionismo.<sup>82</sup> Ciò che merita qui rilevare sono almeno tre aspetti della riduzione del danno, che possiamo considerare trasversali ai diversi modelli e che sono stati portati in scena con forza proprio dalle realtà locali e che, al tempo stesso, delle realtà locali hanno rilanciato, in un meccanismo esponenziale virtuoso, ruolo e centralità.

- Il primo: lo sguardo comunitario<sup>83</sup>. Molto più dei paradigmi tradizionali, la lettura dei fenomeni proposta dalla riduzione del danno è costitutivamente all’insegna della complessità e porta a una “costruzione sociale” del fenomeno che sulla complessità non fa sconti: utilizzando il vecchio “paradigma *à la* Hulsman” di cui si è detto, fattori individuali e fattori sociali, aspetti culturali e antropologici, sistemi istituzionali e legislativi, chimica delle sostanze e mercato nero, tutto entra e ha un ruolo nella costruzione del fenomeno droghe. Così come accade nel processo di

---

<sup>80</sup> Mersey Regional Health Authority (1986), documento

<sup>81</sup> Città di Francoforte, Commissione delle comunità europee, OMS, Healthy cities project (1990) First conference of European cities at the centre of illegal trade of drugs, (Risoluzione). Alla Conferenza partecipano le municipalità di Amsterdam, Francoforte, Amburgo, Lipiza, Liverpool e Regione del Merseyside, Breslavia e Zurigo. Partecipano come osservatori: Arnheim, Brema, Dusseldorf, Essen, Ginevra, Hanover, Marsiglia, Waterloo.

<sup>82</sup> Il dibattito politico attorno al ruolo della riduzione del danno e al suo rapporto con l’assetto proibizionista è vastissimo e ricco di una molteplicità di posizioni, da quelle “minimaliste”, che la descrivono come insieme di pratiche sanitarie, mirate a contenere i danni in un contesto paradigmatico che non necessariamente “la riguarda”; a quella, al contrario, “paradigmatica”, indicata all’inizio di questo capitolo, il cui orizzonte è una riforma antiproibizionista e la cui pratica è un work in progress pragmatico ma allusivo, prefigurante e performativo in questa direzione. Per questo dibattito, vedi in [www.ihra.net](http://www.ihra.net); [www.drugpolicy.org](http://www.drugpolicy.org); [www.encod.org](http://www.encod.org) [www.tdpf.org.uk](http://www.tdpf.org.uk) [www.cedro-uva.org](http://www.cedro-uva.org) [www.fuoriluogo.org](http://www.fuoriluogo.org)

<sup>83</sup> Patrizia Meringolo e Grazia Zuffa (2001) Droghe e riduzione del danno. Un approccio di psicologia di comunità, Unicopli

costruzione del fenomeno, anche nella scrittura del ventaglio delle competenze e degli obiettivi, insomma della *mission* della politica sociale, si riproduce la complessità. Come afferma Russel Newcomb in una delle prime sistematizzazioni degli obiettivi della riduzione del danno<sup>84</sup>, i rischi che si vogliono limitare e i danni correlati che si vogliono ridurre attengono a tre diversi livelli: individuale, comunitario (famiglia, reti amicali, reti sociali di prossimità, vicinato) e sociale (comunità locale fino al livello nazionale) e a tre diverse tipologie: sanitaria, sociale e economica. Ontologicamente, allora, la riduzione del danno fa propri interessi e ragioni diverse e si propone di “governarli” in ottica comunitaria invece di “incapsularli” in nicchie sociali contrapposte (i sani e i malati; i normali e i devianti) per poi, dopo averli separati, doverli “controllare” con strumenti “pesanti”.

- Il secondo aspetto: la riduzione del danno responsabilizza il contesto, individua i fattori di contesto che pesano come elemento di “massimizzazione” dei danni e dei rischi e opera per una loro modificazione. Questo porta a una “distribuzione controllata”... delle responsabilità, pone le basi al contempo per un’azione culturale e per una pragmatica dell’intervento: la prima consiste nella riduzione dello stigma sociale che pesa sul consumatore, che si trova ad essere sì responsabile delle proprie scelte ma anche co-autore di effetti le cui responsabilità lo travalicano e includono molti altri attori; la seconda, consiste nella moltiplicazione allargata delle opzioni di intervento, nell’ampiezza del ventaglio dei fattori su cui si può metter mano, che si possono variamente governare, al fine di produrre cambiamenti positivi. Contrariamente alla retorica – in Italia tanto diffusa quanto contraddittoria – che vuole la riduzione del danno una “rinuncia” o un “minimalismo” - questa incisività sui fattori di contesto ha un effetto moltiplicatore sulle possibilità di governo del fenomeno. Le città che hanno privilegiato questo approccio – come si dimostra nei capitoli seguenti - hanno potuto funzionare come quel *provider* di situazioni di minimo rischio di cui Hulsman parlava 35 anni fa. E’ per questa via, per inciso, che nell’ultimo decennio le esperienze delle città hanno prodotto una critica serrata all’invadenza del penale: non da una posizione pre-giudiziale, ma al contrario dall’osservazione di come il penale stesso fosse a sua volta fattore di moltiplicazione dei danni e costruttore di un contesto che moltiplicava i problemi di esclusione e riduceva le *chances* di inclusione (senza contare i danni sul piano individuale per i consumatori). Da questa osservazione si è arrivati tanto ai lenti e indiziari processi in cui le città hanno cercato di “rinsecchire” gli effetti pratici, se non le regole, del penale sui consumatori, quanto le successive teorizzazioni in merito, che hanno dunque radici più nelle pratiche che nelle ideologie. A fronte di questo asciugarsi del penale, il ruolo centrale delle politiche sociali, sanitarie e dei sistemi di welfare. E per questo, già nel ’90, le

---

<sup>84</sup> Russel Newcomb, Gli obiettivi della riduzione del danno, in Pat O’Hare (1992), cit.

città identificano alcuni piani di intervento che confermano la necessità di un welfare efficiente, di risorse disponibili e di chiare linee programmatiche. Sempre dalla Risoluzione di Francoforte, le richieste delle città e il loro appello ai governi centrali perché le sostengano «con un supporto legale, finanziario e organizzativo», riguardano infatti: «terapie farmacologiche, prescrizione di metadone, anche a bassa soglia, prescrizione di droghe, come eroina, e somministrazione controllata, distribuzione di materiale sterile, sostegno psicologico, interventi e sostegno sociale, luoghi per il consumo in condizioni igieniche e analisi delle sostanze»<sup>85</sup>

- Terzo aspetto: la riduzione del danno promuove gli attori sociali. Sebbene i modelli siano assai differenti, come abbiamo visto (per esempio, in quello *public health* il ruolo dei professionali è centrale e l'approccio *disease* ancora operativo), lo sguardo comunitario e la responsabilizzazione del contesto portano in scena attori sociali diversi e affidano loro “compiti di cambiamento”. I concetti di “lavoro di comunità” e di “*empowerment*” sono costitutivamente parte del bagaglio metodologico della riduzione del danno, quando essa non sia costretta dentro il minimalismo delle pratiche sanitarie.<sup>86</sup> Tra gli attori in scena, è importante sottolineare – per le implicazioni pratiche ma anche per quelle culturali e sociali – i consumatori stessi (anche quelli problematici, come insegnano molte esperienze europee ma anche italiane), che dentro l'approccio della riduzione del danno non sono né vittime da curare né colpevoli da biasimare, ma sono attori sociali del fenomeno e come tali in grado di attivare proprie competenze sociali ed esperienziali per “governare” il consumo e i suoi esiti. Concetti quali “consumo controllato” sono entrati, da qui, nelle pratiche e nella letteratura scientifica, così come quelle di “processi autoregolativi”, in cui si enfatizza (e nelle pratiche si sostiene e facilita) le capacità di (auto)apprendimento e produzione di cambiamento dei consumatori come attore sociale anche collettivo (si pensi a tutto il filone delle metodologie della *peer education* e del *peer support*<sup>87</sup>). Di fatto, in questo, la riduzione del danno non ha fatto che “portare” i consumatori di droghe dentro quella accezione di “promozione della salute” che risale alla Carta di Ottawa del 1984, con cui l'OMS ha rovesciato antichi paradigmi, sostenendo da un lato la molteplicità delle definizioni di “salute”, soggettivizzandole (tante quanto le culture, i gruppi sociali, le appartenenze, fino a chi sostiene tante quante gli individui), dall'altro la centralità della soggettività dei singoli e delle comunità nel “fare salute”. A proposito di riduzione del danno, *drug policies*, servizi e operatori, Ernst Buning, allora responsabile del Dipartimento Salute della città di Amsterdam, sosteneva già all'inizio degli anni '90 che essa è centrata «molto più

---

<sup>85</sup> Risoluzione della Prima Conferenza delle città di Francoforte, cit.

<sup>86</sup> Patrizia Meringolo e Grazia Zuffa (2001), cit.

<sup>87</sup> Franz Trautmann (1995) *European peer support manual*, Trimboos Instituut - Commissione Europea; S. Ronconi, (2003) *Il peer support interroga il lavoro sociale* in S. Ronconi e P. Molinatto (a cura di), *Servizi a bassa soglia e supporto tra pari*, ed EGA

su processi autoregolativi attivati dai consumatori stessi che dal sistema formale dei servizi di cura»<sup>88</sup>. Più in generale, in questa accezione, è la comunità sociale – o le comunità sociali – che abita un territorio a essere attore della promozione della salute, con un passaggio significativo di competenze (e di potere) dalle tecnostutture sanitarie alla comunità stessa. Si può dire che siano stati i paradigmi tradizionali a “metter nell’angolo” tanto i consumatori che la comunità sociale come attori del governo del fenomeno: i primi “deprivati” dei meccanismi autoregolativi attraverso procedure di etichettamento invalidanti (malati e/o devianti), i secondi “esautorati” delle loro competenze sociali di governo dal sistema di deleghe che quei paradigmi hanno promosso, sottraendo il fenomeno a una “gestione sociale ordinaria” per consegnarlo ad una “gestione tecnica straordinaria”. Va da sé che anche questo approccio di *empowerment* di comunità porta a radicali domande attorno all’approccio penale, come efficacemente riassume Grazia Zuffa: “Come si concilia l’idea di salute come “promozione del benessere” con la proibizione? Il concetto di promozione enfatizza il processo di costruzione della salute in cui il soggetto ha un ruolo attivo (...) Come si concilia la punizione con l’autonomia dell’individuo nel definire cosa rappresenti per lui la salute, sotto l’aspetto fisico, psichico, sociale, e nel trovare un equilibrio personale tra i vari aspetti?”<sup>89</sup>

Le municipalità, insieme alle amministrazioni regionali (cantonali, statali nelle federazioni) laddove queste abbiano poteri e autonomia, hanno storicamente assunto, e mantengono, un ruolo guida nei processi *bottom up* di costruzione delle politiche di riduzione del danno: la Conferenza delle Città europee di Francoforte del 1990, la successiva rete che ne scaturisce, ECDP (*European cities on drug policy*), le diverse reti aggregate attorno a progetti comunitari, fino alla rete delle città dell’Europa mediterranea che fa capo alla CLAT, hanno fondato esperienze, sperimentazioni, valutazioni e *assessment* delle politiche di riduzione del danno che hanno costituito l’ossatura – insieme alla comunità scientifica internazionale e ai movimenti per i diritti umani e civili dei consumatori – delle pratiche, delle sistematizzazioni, delle teorie e delle *community policies*, come ampiamente documentato dagli atti delle sedi scientifiche internazionali dove le politiche e le metodologie vengono periodicamente validate.<sup>90</sup>

---

<sup>88</sup> Ernst Buning in Pat O’Hare (1992), cit.

<sup>89</sup> Patrizia Meringolo e Grazia Zuffa (2001), cit.

<sup>90</sup> Tra queste, soprattutto le Conferenze internazionali, continentali e europee indette dall’IHRA (International Harm Reduction Association), quelle mediterranee della CLAT (Conferenza latina sulla riduzione del danno), ma anche quelle internazionali sull’AIDS, indette dall’OMS. Vedi documentazione in [www.ihra.net](http://www.ihra.net), [www.clat3.com](http://www.clat3.com), [www.emcdda.org](http://www.emcdda.org) e [www.who.int](http://www.who.int)

### 3.4 Crisi dei paradigmi: limitare i danni del penale

Le città non rinunciano alla dimensione del controllo, le polizie locali sono – come nelle esperienze di Amsterdam o di Francoforte o ancora pensando al ruolo della polizia nel Regno Unito – attori presenti e incisivi delle strategie municipali. La domanda di sicurezza da parte dei cittadini, di controllo del territorio e garanzia della sua agibilità, sono domande ricorrenti e incalzanti in tutte le realtà locali, anche in quelle dove tolleranza e politiche “di mediazione” sono più tradizionalmente affermate. Ma, al contempo, nelle esperienze più innovative, *le città si esprimono contro l’approccio penale* (prioritariamente penale). Alcune delle posizioni di seguito riportate risalgono agli anni ’90, ma vanno lette con attenzione perché da esse derivano le esperienze più avanzate di governo locale dei problemi correlati per come nel quindicennio successivo si sono sviluppate, e che nei capitoli seguenti verranno analizzate come “buone prassi”. Dichiara Margarethe Nimisch, assessore alla Sanità della città di Francoforte: « Fino al 1988, la città applica la legge nazionale, con alcune conseguenze negative: aumento dei dipendenti, di morti per alcol, erosione delle energie e del morale delle forze dell’ordine e espansione incontrollata di un “esercito” di terapisti e consulenti che lavoravano per la proibizione assoluta di droghe che, a sentire i farmacologi, hanno un danno assai minore di alcool e tabacco. La situazione a Francoforte mostra che è assolutamente necessario un cambiamento».<sup>91</sup> Anche altri autori, da Cohen a Nadelmann, sottolineano questo dissidio: «Ciò è particolarmente vero in Germania, dove le iniziative per la riduzione del danno a Brema, Francoforte, Amburgo ed altre città si sono scontrate con l’opposizione del governo centrale. Costretti a reagire direttamente al rapido aumento dei problemi del crescente abuso di droghe nel corso degli anni ‘80, i funzionari del comune si sono subito resi conto dei limiti e delle sgradevoli conseguenze dell’affidarsi prevalentemente alla tattica ed alle istituzioni della giustizia penale.»<sup>92</sup> Bruno Hohl, allora coordinatore del Dipartimento Welfare della città di Zurigo: «Anche se il governo municipale non può far nulla per modificare la legge svizzera sulle droghe, tuttavia noi possiamo ricorrere ad altri principi e ad altri regolamenti, al nostro buon senso e alla nostra etica. E trovare una via per tenere i dipendenti inclusi nella nostra società. Possesso, uso, cessione di eroina e cocaina sono sottoposti alla legge penale. Ma la criminalizzazione del consumo ha già da tempo dimostrato di non essere in grado di fermare la crescita dell’assunzione di droghe. Al contrario, l’illegalità porta con sé condizioni pericolose per la salute. Va perseguito il traffico non il consumo, 15 cantoni su 26 si sono espressi contro la criminalizzazione dei consumatori».<sup>93</sup> Horst Bossong, della Commissione droghe di Amburgo, coglie un altro aspetto del conflitto stato-città, quando

---

<sup>91</sup> Prima Conferenza delle città di Francoforte, Atti, cit.

<sup>92</sup> P Cohen ,E Nadelmann, E Drucker, U Locher, J Stimson e A Wodak (1996) L’indirizzo sul controllo della droga a favore della riduzione del danno: progressi internazionali, in Quaderni di Fuoriluogo, n.2/1996

<sup>93</sup> Prima Conferenza delle città di Francoforte, Atti, cit.

critica il «monopolio statale delle competenze sulle droghe degli ultimi 20 anni», il suo appartenere interamente a un approccio morale, a fronte di ciò che un amministratore locale si aspetta, «una politica razionale, che deve avere due obiettivi principali: la salvaguardia e la tutela della persona in ambito legislativo e la limitazione dei danni individuali e sociali». La conclusione lapidaria sulla politica statale fornita da Bossong è «politiche di alto profilo [repressivo], piccolo raggio di incidenza e scarsa efficacia»<sup>94</sup>.

Le città alla ricerca di migliori politiche optano quindi per processi di decriminalizzazione che consentano lo sviluppo di politiche inclusive e soprattutto non le contraddicano. Decriminalizzazione non si identifica con depenalizzazione o con legalizzazione: del resto, su queste ultime le autonomie municipali non avrebbero competenza, anche se prendono comunque parola. Si tratta piuttosto della richiesta «di una “modulazione” dell’attività repressiva prescritta dalla legge che è affidata alla scelta politica, pur mantenendo la cornice legislativa proibizionista»<sup>95</sup>. Un recente esempio di questa prassi è la città di Berlino, che nell’aprile del 2005 ha decretato che il possesso per uso personale di un massimo di 10 grammi di canapa è di fatto legale. La scelta – che ha creato dibattito e conflitto tra diversi attori cittadini – mira a tener fuori dall’ambito penale quel 37 per cento gli adolescenti che hanno utilizzato canapa almeno una volta. Non è una depenalizzazione assoluta, ma una sorta di regolazione: possesso e consumo di droghe leggere restano vietati in luoghi pubblici, nelle scuole, in zone adibite ai bambini come asili, giardinetti o parchi-giochi, o nelle loro vicinanze. Ma, dicono gli amministratori cittadini, «viene alzata la soglia psicologica della perseguibilità penale. E’ un passo verso la normalità».<sup>96</sup>

Questa modulazione del penale è essa stessa definita da – e inserita in – una *community policy*, una politica di governo della comunità locale che cerca di «rafforzare e ritessere il tessuto comunitario tramite l’integrazione dei soggetti in questo caso i consumatori di droghe illegali, che la comunità tende a espellere. E’ evidente il ruolo delle leggi di proibizione e punizione nel favorire questo movimento di espulsione/esclusione sociale: da qui l’esigenza di contenere, almeno nella prassi applicativa, i rischi di un approccio rigidamente proibizionista»<sup>97</sup>. A livello locale, dunque, accade che il codice penale e l’approccio proibizionista (dunque l’assetto legislativo nazionale) siano visti non come strumento a supporto di un buon governo locale del fenomeno, ma spesso come “fonte” di ulteriori danni che la *community policy* deve poi incaricarsi di contenere.

I paesi che prevedono la non obbligatorietà dell’azione penale hanno naturalmente maggior “gioco” nell’implementare una prassi di decriminalizzazione, attraverso accordi locali tra municipalità,

---

<sup>94</sup> ibidem

<sup>95</sup> G.Zuffa (2000), I drogati e gli altri, cit

<sup>96</sup> La decisione del governo locale della città tedesca: 'Un passo verso la normalità'. Ma è polemica, La Repubblica 7 aprile 2005

<sup>97</sup> ibidem

procure generali e polizie locali, quelli che sono basati sulla obbligatorietà dell'azione penale, al contrario, hanno modalità più rigide. Tuttavia e in ogni caso, a partire dalla fine degli anni '80 il processo di "rinsecchimento" delle pratiche penali occupa uno spazio rilevante nel dibattito nelle e tra le municipalità. Le città della Conferenza di Francoforte affermano che «è necessario un cambiamento drastico (nell'originale "*drammatically*") delle priorità, operare una separazione tra aiuto ai consumatori e approccio penale, puntare su prevenzione, educazione e insieme limitazione del danno. E' necessario ridurre l'approccio penale al minimo necessario, e concentrare l'azione repressiva sul narcotraffico»<sup>98</sup>. Lo stesso documento richiede ai governi centrali impegni verso «la decriminalizzazione dell'acquisto, possesso e consumo di cannabis e il controllo legalizzato del commercio, e depenalizzazione del consumo, possesso e acquisto di modiche quantità di qualsiasi altra sostanza», nonché, in chiusura della Conferenza, «i partecipanti votano per una necessaria armonizzazione delle politiche nazionali sulla base di una politica di decriminalizzazione e depenalizzazione del consumo di droghe e di riduzione dei danni».

Due esempi significativi di *community policy* che cerca di limitare il danno dovuto al penale sono quello olandese, attraverso la nota esperienza dei *coffee shops*, luoghi in cui è lecito consumare – a certe condizioni – marijuana, che rispondono parzialmente al ridimensionamento dell'area penale attraverso la separazione dei mercati di droghe; e i programmi di prescrizione medica e controllata di eroina, che in diversi paesi (Germania, Svizzera, Olanda, Spagna, Regno Unito), pur essendo misura di tipo trattamentale e sanitario, e non di legalizzazione del consumo, pure hanno significative ricadute sull'area penale (*vedi nel capitolo sulle politiche delle città*).

Qui è utile annotare due osservazioni. La prima: con chiarezza, la Conferenza di Francoforte mette in dubbio che il binomio repressione-terapia funzioni. Cioè che l'ingresso in un qualche trattamento attraverso il canale penale sia cosa positiva con riferimento all'esito dei percorsi e delle politiche. Una affermazione "radicale", se si pensa che non solo praticamente la totalità delle legislazioni nazionali europee prevedono questo binomio, ma anche quelle che sono state modificate in senso meno repressivo, hanno effettivamente proposto percorsi di decriminalizzazione e de-carcerazione esattamente dentro questo dispositivo, variamente articolato. Non mettendo, in questo, in "crisi paradigmatica" gli impianti legislativi. Le città hanno dunque qui espresso un punto di vista decisamente innovativo.

La seconda osservazione riguarda ruolo, posizioni e coinvolgimento delle polizie locali nel processo di "modulazione mediata" del penale a livello locale. La stessa conferenza del 1990 vede tra i partecipanti i responsabili delle polizie municipali, che nelle esperienze del nord Europa – Olanda e Regno Unito, soprattutto, ma anche Germania – sono considerati attori importanti e soprattutto

---

<sup>98</sup> Risoluzione della Prima Conferenza delle città di Francoforte, cit.

necessari: se le città si pongono il problema del governo del consumo tenendo insieme ridimensionamento dello strumento penale e diminuzione dell'impatto sociale del fenomeno, chi ha il compito della sicurezza e del controllo del territorio deve in qualche modo condividere obiettivi comuni. Afferma nel '90 Karlheinz Genner, capo della polizia di Francoforte: «Noi non abbiamo la priorità della repressione [ del consumo ] ma al tempo stesso non vogliamo essere i capri espiatori per la popolazione. Per questo abbiamo molte aspettative da questo incontro», evidenziando aspettative e pressioni sulla polizia da parte dei cittadini e al tempo stesso consapevolezza della complessità del fenomeno che sono chiamati a “controllare”. Più esplicitamente «Nel nostro paese abbiamo buone ragioni per non costringere la polizia a intervenire se l'esito che si prevede è minimo, poco influente. La nostra idea è di essere ultima ratio, ultima risorsa, e di usare le nostre competenze contro il traffico. Tenere il lato della domanda a un livello tollerabile è compito delle autorità municipali, con cui noi cooperiamo. E' una divisione del lavoro, lasciamo questi aspetti alle agenzie del welfare sociale e sanitario». E le autorità cui Genner si riferisce a loro volta affermano, con le parole dell'assessore alla Sanità Nimisch: «La nostra legge prevede l'azione penale obbligatoria, ma in città la polizia opera secondo una linea di “basso intervento” sulla scena della droga, controlla, sì, ma non procede a fermi o incarcerazioni».<sup>99</sup> Basso intervento anche per Bernhard Waser, capo del V commissariato di polizia a Zurigo, che afferma, in relazione all'attività di controllo del territorio «sì, pattugliamenti quotidiani, controlli individuali, ma abbiamo la priorità del grande traffico, il piccolo spaccio è obiettivo secondario». Maggiormente strutturata la politica della polizia di Amsterdam, che, come dice Bernhard Schilten, capo Dipartimento di Polizia della città, si inserisce in una «antica tradizione alla tolleranza» e dentro le politiche di differenziazione dei mercati, tra droghe leggere (di scarso impatto sociale) e pesanti (di maggior impatto). La scelta della città, coerentemente con la scelta della separazione dei mercati, è stata quella di stabilire una deroga [*expediency*] alla legge, non perseguire chi è trovato in possesso di cannabis fino a una quantità di 30 grammi<sup>100</sup>. Dice Schilten: «Per me e i miei colleghi, non è un problema che ci siano persone in città che hanno con sé 30 grammi di cannabis. Una ragione è che noi applichiamo il cosiddetto principio dell' *expediency* alla legge penale sulle droghe. Questo per noi vuol dire avere un grande arco di possibilità per lavorare e convivere con le droghe. E ne facciamo un gran uso». E' interessante l'affermazione di Schilten sulla definizione di “problematicità” dei consumi e del loro impatto sociale: « Per la nostra società il consumatore di droghe leggere non rappresenta un problema. (...) Quando parliamo di un problema di dipendenza in Olanda parliamo di droghe pesanti. Il problema delle droghe pesanti è un problema perché sono illegali». Dunque, non pare

---

<sup>99</sup> Prima Conferenza delle città di Francoforte, Atti, cit.

<sup>100</sup> Per fare un raffronto, in Italia la proposta di riforma della legge 309/90, detta Fini-Mantovano, prevede che per quantità che superino i 250 milligrammi scatti automaticamente il reato di spaccio, che porta alla pena detentiva.

essere la chimica delle sostanze, il problema, per il capo della polizia, ma la costruzione sociale operata attorno ad esse: sostanze legalizzate non sono più un problema, sostanze illegali lo sono.<sup>101</sup> A Liverpool e in tutto il Merseyside, nel Regno Unito, dopo la “svolta” della riduzione del danno nel 1986, la polizia si coordina con le autorità sanitarie, e opera secondo un criterio di priorità sul traffico, lasciando in seconda battuta il consumo. Evitare l’arresto è per altro una raccomandazione anche fornita dall’ *Attorney general* quando si tratta di possesso individuale: nel 1990, se in UK solo il 6% dei consumatori denunciati alla fine evitavano l’incarcerazione, nel Merseyside la percentuale è del 40%.

### **3.5 Le città ad una svolta: nuove norme, oltre le prassi del quotidiano**

Il protagonismo delle città e delle autonomie locali ha dunque cercato propri spazi, ora in accordo, ora in conflitto con gli indirizzi nazionali, ora «slittando» nel silenzio delle pratiche ritagliate tra le righe della legge. Esistono tuttavia sviluppi della scena della droga in cui le città si trovano a dover gestire fenomeni – dovuti a impianti legislativi e politici decisi a livello “macro” - sempre più complessi e sempre più difficilmente governabili in assenza di alcune scelte chiare di *drug policy*. L’autonomia e la creatività locali, cioè, verificano i propri limiti.

In generale, le politiche locali riescono a gestire i danni sociali droga-correlati sul versante del consumo: sia prevenendo l’etichettamento dei consumatori, sia operando sul piano del welfare e dei trattamenti, sia ancora mediando tra consumatori e cittadini e gestendo alcuni aspetti del conflitto tra loro sulla scena aperta della droga. Le municipalità non riescono, al contrario, a gestire il lato del mercato, del tutto sovradeterminato dalle legislazioni proibizioniste da un lato, e dalle dinamiche economiche che lo caratterizzano dall’altro, nonché dalla conseguente assenza di soggetti disponibili con cui intraprendere negoziazioni<sup>102</sup>. Il rapporto con il mercato è attribuito alla repressione e alle forze di polizia, non alle *drug policies*, tanto meno locali: la lotta all’offerta attiene alla legge penale. E tuttavia l’intreccio tra domanda e offerta e l’organizzazione stessa del mercato è ciò che caratterizza le problematiche della scena della droga locale: per questo, non pochi amministratori locali europei si sono apertamente schierati verso ipotesi di legalizzazione e comunque di regolamentazione del mercato.<sup>103</sup>

Un esempio dell’influenza che le norme vigenti sull’offerta hanno sulle città e della necessità che gli amministratori locali hanno di una diversa cornice per poter governare, è data dal recente dibattito svoltosi in Olanda e successivamente in sede comunitaria, durante le audizioni al

---

<sup>101</sup> Prima Conferenza delle città di Francoforte, Atti, cit.

<sup>102</sup> fatta eccezione per alcune esperienze olandesi che hanno «incluso» nelle politiche locali anche spacciatori, per esempio negli opiates bar, ma si tratta comunque del livello “micro” del mercato

<sup>103</sup> Prima Conferenza delle città di Francoforte, Atti, cit; .

parlamento Europeo attorno al nuovo Piano comunitario sulle droghe<sup>104</sup>. In Olanda, in vista del dibattito alla Camera sulla legalizzazione della cannabis - che vede il ministro della Giustizia e la maggior parte del governo di centrodestra contrari - i sindaci delle maggiori città, tra cui Amsterdam e Maastricht, hanno presentato una chiara posizione a favore della legalizzazione. E' interessante notare che, nel contesto olandese, le municipalità hanno già a loro disposizione strumenti assai avanzati (se pensiamo alla situazione in tutte le altre città europee) di gestione del fenomeno: una non penalizzazione di fatto per il possesso di quantità non trascurabili di marijuana e una forma di «legalizzazione leggera» attraverso la vendita e il consumo legale di piccole quantità ad uso personale all'interno dei *coffee shops*. Tuttavia, il mercato fa sentire i suoi effetti negativi e, al momento, incontrollabili dalle autorità locali. L'approvvigionamento dei *coffee shops*, infatti, è tollerato ma illegale, una «politica schizofrenica. E' come se dicessi ad un fornaio che può vendere il pane, ma non ha il diritto legale di procurarsi la farina», come ha efficacemente dichiarato il sindaco di Maastricht, Gerd Leers<sup>105</sup>. Quali sono le conseguenze, per le città, di questo doppio regime? La crescita di una vasta economia illegale sommersa legata alla produzione su piccola scala: accade infatti che la città - che attira un forte turismo della droga da Germania e Belgio, ma anche Francia e Italia, paesi più proibizionisti - debba soddisfare la domanda di circa 4mila persone al giorno (un milione e mezzo all'anno di «turisti» più i consumatori locali) Le ingenti quantità di cannabis necessaria a questa domanda «deve essere prodotta - dice il sindaco - e prodotta illegalmente. La politica olandese sulle droghe leggere controlla la porta principale ma lascia spalancata la porta del retrobottega!». Ed è questo retrobottega che sta creando alla città problemi, perché è «diventato il nascondiglio preferito di molti criminali», che convincono molti cittadini a mettere a disposizione giardini, garage o cantine per la produzione. «Migliaia di famiglie - molte anche con bambini - vengono così in contatto con una criminalità organizzata che paga profumatamente e in anticipo. Ed anche la violenza comincia a diventare la normalità. A mio parere non sarebbe eccessivo affermare che questo problema sta portando un deterioramento sociale nelle nostre città». Con la conseguenza, dice Leers, che a Maastricht la polizia per scoprire e smantellare le coltivazioni impiega oltre 100mila ore di lavoro all'anno, «funzionari di polizia che altrimenti sarebbero occupati a combattere il crimine». E oltretutto per «cozzare contro un muro di mattoni». In più, il fatto che nelle città olandesi sia meno repressivo l'approccio ai consumatori, fa sì che il turismo delle droghe sia massiccio e non privo di problemi per la città. Ciò che è interessante notare è che i sindaci olandesi dichiarano un esplicito disincanto verso l'approccio penale, e vanno nella direzione opposta. Dice Leers: «Credo che abbiamo due opzioni: o chiudiamo tutti i *coffee shops*

---

<sup>104</sup> vedi al capitolo 2

<sup>105</sup> discorso tenuto dal sindaco di Maastricht Gerd Leers davanti alla Commissione libertà pubbliche del Parlamento europeo, 21 aprile 2005, in [www.encod.org](http://www.encod.org)

del Limburg meridionale e introduciamo misure fortemente repressive, oppure cominciamo ad affrontare la questione dell'approvvigionamento. Non considero realistica la prima opzione: servirebbe solo a trasferire altrove il problema. La produzione e la vendita sarebbero nascoste e il loro controllo sarebbe ancora più difficile. La seconda opzione richiederebbe un grosso sforzo amministrativo, ma è una soluzione percorribile. Tutti i prodotti venduti nei *coffee shops* autorizzati dovrebbero anche poter essere prodotti con la supervisione e il controllo necessari». Dello stesso parere anche il sindaco di Heerlen, Toine Greser, che ha proposto allo stato di farsi carico della produzione necessaria a rifornire i coffee shop e di utilizzare i proventi nella lotta alla criminalità.<sup>106</sup> Leers fa un parallelo con il proibizionismo sull'alcool anni '20, e – molto efficacemente – lo descrive un «tipico esempio fallito di ingegneria sociale»: cioè, chi governa una città, ha a che fare con comportamenti e stili di vita dei propri cittadini, che non è possibile cancellare o ridisegnare per legge (o per ordinanza). Al tempo stesso, questo realismo ha bisogno di sponde politiche. E per questi sindaci le sponde politiche sono due: accettare la regolamentazione della produzione di cannabis per la vendita legalizzata e agire sugli Stati confinanti perché adottino politiche simili, per far sì che Maastricht o Amsterdam non siano «invase» dal turismo per droga, cosa che produrrebbe (e già produce) nuovi problemi di governo. Il conflitto città-governi centrali è, di nuovo, come nel 1990, in scena. Leers afferma che le indicazioni dei sindaci non sono difficili, se lo sono è solo perché «i nostri capi di governo continuano a sostenere l'eradicazione totale della cannabis, anche se sappiamo tutti che la cannabis –come l'alcool - non può essere cancellata (...) Molte città e sindaci d'Europa lo sanno da tempo. Aspettano con ansia il giorno in cui i governi permettano loro di cominciare a *risolvere* questo grosso problema, piuttosto che *negarlo*»<sup>107</sup>.

---

<sup>106</sup> ANSA, 21 aprile 2005

<sup>107</sup> i corsivi sono dello stesso Leers.

## 4 Drug policies municipali

### 4.1 Le ricadute sociali dei consumi: l'agenda delle città europee dal 1990 ad oggi

L'agenda delle priorità in tema d'impatto sociale dei consumi illegali che si può trarre dalla lettura delle iniziative municipali e dal dibattito nelle reti tra città europee nell'ultimo quindicennio, include aspetti assai diversi, quali

- quelli di sanità pubblica (la diffusione di malattie trasmissibili),
- quelli di coesione sociale (l'emarginazione dei consumatori più problematici e la criminalizzazione/esclusione dei comportamenti di consumo di massa),
- quello del bilanciamento dei diritti di cittadini che hanno diversi stili di vita e convivono sullo stesso territorio (consumatori inclusi),
- quello dei costi sociali (inclusi quelli specificamente economici, dal sovraccarico per le polizie locali all'analisi del rapporto costi/benefici nel sistema dei servizi socio sanitari).
- Microcriminalità droga correlata
- Disagi legati alla accessibilità e vivibilità del territorio e dei luoghi pubblici

Secondo la proposta di Ernest Buning, per un decennio a capo del Dipartimento salute della città di Amsterdam (GG&GD), e uno dei maggiori esperti di drug *local policies* europee, i danni droga correlati possono essere così descritti<sup>108</sup>:

Tipo di danno	Consumatore	Società
Danno sociale	Crisi delle relazioni sociali – carcerazione	Criminalità Disordine /disturbo pubblico
Danno economico	Perdita di produttività-reddito	Elevati costi sociali (trattamenti, carcere, polizia, minori entrate dal turismo ecc)
Danno sanitario	Aids, epatiti e altre malattie	Rischio sanitario

Ciò che appare rilevante nella storia dell'ultimo quindicennio è che le municipalità maggiormente innovative hanno cercato politiche in cui questi livelli e queste tipologie – ovviamente interconnesse come “problemi” – lo fossero anche come “soluzioni”: lo stesso Buning teorizza come – stando allo schema riportato – è ben difficile che nella tipologia «danno sociale» il livello individuale («Crisi delle relazioni sociali e carcerazione») e quello comunitario («Criminalità e Disordine /disturbo pubblico») possano essere pensati come variabili indipendenti.

Si può osservare che così come le città hanno attivamente lavorato per «lo svuotamento del penale», per liberare almeno parzialmente la scena locale dal danno aggiunto dalla criminalizzazione del

consumo, così sembra che abbiano lavorato a partire dagli anni '90 a *non isolare a livello locale un “problema securitario”* (scorporando il danno sociale dagli altri danni e il livello comunitario da quello individuale, dei consumatori), ma a “tenere” insieme le diverse dimensioni dei problemi drogacorrelati, perseverando in un approccio della complessità.

Continua anche con gli anni 2000 la ricerca di un approccio (che abbiamo visto ben esemplificato dal dibattito dal processo di riforma inerente la cannabis) attorno alla limitazione del “danno correlato alle *drug policies*”, cioè a scelte politiche che possano finire con il creare conflitto invece che governare tensioni e contrapposti interessi. Si può dire che in questo campo l'esperienza delle nuove *drug policies* municipali sia la proposta alternativa all'approccio della tolleranza zero<sup>109</sup>: dove questa enfatizza e “forza” i caratteri (potenzialmente) devianti e li “chiude” precocemente nella nicchia della penalizzazione e dell'esclusione, da cui possono rientrare solo grazie al percorso interno percorso penale, fino alla “riabilitazione”, le prime cercano di operare “tenendole al di qua della soglia del penale” (e dell'etichettamento deviante) e a lavorare su un doppio dispositivo: di *normalization* per i consumi non problematici e sociale/inclusivo per quelli problematici. Questo approccio riguarda anche l'affrontamento dei problemi relativi la scena aperta della droga.

#### **4.2 La scena aperta: i confini di un “concetto”**

La definizione di “*scena della droga*” (*drug scene*) in letteratura ha un'accezione assai vasta, definibile come “una costruzione complessa” in cui si intrecciano variabili sociali, economiche, culturali, politiche e normative, aspetti formali e aspetti informali, che hanno una qualche influenza su consumi e consumatori e sul contesto.<sup>110</sup> La scena di cui le città storicamente si occupano nelle loro *drug policies* è quella legata ai consumi problematici che hanno un impatto sociale, definita “*open drug scene*”, *scena aperta della droga*. Darne una definizione non è facile: molti autori notano come sia da un lato un termine usato correntemente, con una sua evidenza immediata,

---

<sup>108</sup> E. Buning (1993) Fifteen yers of harm reduction: a reflection, The international journal of drug policy, n. 3/1993

<sup>109</sup> “Tolleranza zero” è un approccio a gruppi sociali e comportamenti marginali caratterizzata non solo dall'imperativo *law and order*, ma specificamente dalla sostituzione sistematica dell'approccio sociale con quello repressivo. Di importazione USA (il suo luogo di nascita è New York, dove l'ex sindaco Giuliani dal 1994 ne ha fatto la sua parola d'ordine nel governo della città e nella cattura del consenso moderato), gode di variegata fortuna in ambito europeo, soprattutto in UK (sebbene non specificamente nel campo delle droghe, dove resta vigente l'approccio Public Health) ad opera dei nuovi laburisti. Con le parole di Livio Pepino, si possono così riassumere gli assunti di base: a) lotta senza quartiere al disordine sociale e alla marginalità in genere, considerati terreno di coltura del crimine; b) repressione poliziesca dei comportamenti protocriminali o subcriminali (ubriachezza, rumori molesti, mendicizia, imbrattamenti dei muri ecc c) aumento di organici, ruolo sociale, e poteri della polizia d) controllo capillare del territorio con tecnologie avanzate e forte presenza di polizia e) durezza e esemplarità delle pene. (L.Pepino, Strategie non esportabili, in Narcomafie, maggio 1999). Vedi anche L.Wacquant (1999), Parola d'ordine: tolleranza zero, Feltrinelli. Tra gli autori italiani, A.De Giorgi (2000) Zero tolleranza, strategie e pratiche della società del controllo, DeriveApprodi.

<sup>110</sup> Un autore che ha ampiamente sviluppato il concetto della rilevanza della “scena” nella sua più ampia accezione di “contesti sociali” è Norman E. Zinberg in *Drug, Set, and Setting, The basis for controlled intoxicant use*. New Haven: Yale Univetsry Press, 1984

dall'altro sia in realtà assolutamente incerto e vago, indefinito. Certamente è un concetto “operazionale” e “situazionale”, potremmo dire indiziario e soprattutto provvisorio. Osserva Uwe Kemmesis: “In realtà, le nostre osservazioni hanno un significato temporaneo, provvisoria è l'osservazione delle dinamiche di cambiamento dei consumi all'interno della comunità sociale, e queste osservazioni sono sottoposte ad aspetti regionali e locali, differenze a volte drastiche, relative anche alle politiche locali, agli approcci dei servizi e dei interventi”<sup>111</sup> Il riferimento è tradizionalmente alle droghe illegali e tra esse, a quelle definite «pesanti» e in modo ricorrente causa di consumi di tipo problematico, per la rilevanza sociale di un impatto sulla comunità correlato all'organizzazione del mercato illegale, ai costi elevati e alla relativa ricaduta in termini di microcriminalità, alle conseguenze sociali della risposta repressiva e ad alcuni suoi possibili esiti sulle «carriere» e sulle condizioni sociali dei consumatori. Tuttavia, possono esserci *open drug scenes* anche correlate all'alcool (per esempio il consumo di alcolici da parte di gruppi numerosi in luoghi pubblici non dedicati). Al contempo, non tutte le droghe illegali portano con sé problematiche legate al confronto con i cittadini (pensiamo ai consumi ricreativi, al consumo di cocaina “socialmente integrato” o comunque al consumo in luoghi privati o dedicati). Ancora Kemmesis annota come la scena aperta sia un frammento – e un frammento minoritario – della scena della droga, cioè del mondo complesso dei consumi: «Anche se il tossicodipendente di strada in condizioni misere essenzialmente determina il concetto corrente di scena della droga, è chiaro che egli è solo un segmento minoritario della realtà. (...) Le osservazioni svolte su questo settore piuttosto limitato della scena della droga non possono essere estrapolate per descrivere l'intera situazione del consumo illegale»<sup>112</sup>. Una considerazione importante, per dare al problema la sua giusta dimensione.

In ogni caso, è plausibile affermare che il concetto di *open drug scene* è legato alla dimensione collettiva, allargata e di massa dei consumi, e a quello che Bless e altri definiscono «lo slittamento dal consumo a livello individuale verso il consumo a livello collettivo che ha ridisegnato anche le politiche sulle droghe, portandole dalla centralità dei trattamenti alla centralità della riduzione del danno».<sup>113</sup>

Nella definizione (potremmo dire, nella costruzione) del concetto di scena aperta, oltre alla mobilità e al cambiamento continui e alle caratteristiche locali, influisce il contesto politico culturale, in altre parole “lo sguardo” utilizzato per osservare, definire e costruire: si tratta di una sorta di istantanea

---

<sup>111</sup> U.E.Kemmesis (1999), *The open drug scene and the safe injection room offers in Frankfurt am Main 1995, Final report A survey conducted on behalf of the City of Frankfurt/municipal department Women and Health - drug policy coordination office Frankfurt am Main, Germany, 1999*

<sup>112</sup> ibidem

<sup>113</sup> R. Bless, DJ Korff, M.Freeman (1995), *Open drug scenes: a cross national comparison of concepts and urban strategies*, in *European Addiction research*, n. 1/1995.

scattata sotto l'influsso combinato di subculture, condizioni sociali determinate (sanitarie, sociali, di controllo), approcci e politiche, destinati anch'essi al cambiamento. E' interessante, a questo proposito la descrizione "processuale" di come si va definendo una *open drug scene* nel momento in cui "entra in agenda", diventa cioè fenomeno percepito, rilevato e poi trattato<sup>114</sup>:

«In una certa ubicazione, si creano *punti di incontro* di piccoli spacciatori, dove si vende per lo più eroina e cocaina. Questi luoghi sono conosciuti dai consumatori come luoghi dove si può facilmente trovare le *sostanze in vendita*. Di conseguenza i consumatori vengono in questi luoghi, a questo punto riconoscibili, in numero crescente. I luoghi diventano noti tra i consumatori, anche tra coloro che vivono al di fuori della città, che cominciano a venire in città per comprare droga (il cosiddetto *pull effect*). Cittadini e commercianti o lavoratori delle vicinanze, ma anche visitatori, cominciano a percepire questo fenomeno, e presentano *esposti* sugli effetti alla polizia, ad altri operatori e ai responsabili della città»<sup>115</sup>

Dunque, alcuni ingredienti sono *il mercato, l'organizzazione del mercato, l'attrattività del mercato, la percezione dei cittadini e la responsabilizzazione delle amministrazioni*. E' evidente come tutto questo sia connesso, come enfatizzato da Kemmesis, a fattori locali, temporanei e mutanti.

Fatte queste premesse di indeterminatezza, di contestualità e di provvisorietà, secondo una definizione sufficientemente condivisa, scena aperta della droga significa "tutte quelle situazioni in cui i cittadini siano *pubblicamente a confronto con il consumo* e con la vendita delle sostanze"<sup>116</sup>, oppure, "una concentrazione relativamente numerosa di *persone che consumano sostanze in un luogo interno al tessuto urbano*"<sup>117</sup>.

Il nesso tra dimensione pubblica (visibile) e statuto illegale delle sostanze è comunque e per lo più – leggendo le politiche della città – ciò che nei fatti "mette in agenda" una scena aperta.

Una parola chiave della scena aperta su cui esiste accordo è la *visibilità*, termine che porta con sé non poche "trappole" della percezione soggettiva. La visibilità è funzione della tipologia dei luoghi (più o meno frequentati e con carattere di utilità pubblica) e della tipologia di utenti. Lo stereotipo dell'immagine del consumatore-da-scena-aperta è «l'eroinomane di lungo corso, riconoscibile per look e atteggiamento», ma può accadere che – una volta che un luogo è noto per essere una *open*

---

<sup>114</sup> R. Bless, DJ Korff, M.Freeman (1995),cit. Il brano citato è una sorta di tipizzazione del processo di definizione di una open drug scene tratto dallo studio comparato in 9 città europee, condotto nel 1993 e presentato alla quarta Conferenza dell'ECDP. Nonostante sia datato, si tratta di uno degli studi qualitativi a tutt'oggi più approfonditi a livello europeo sul tema delle *drug scene* e delle politiche locali

<sup>115</sup> i corsivi sono degli autori

<sup>116</sup> ibidem

*drug scene* – «i cittadini possano percepire un gruppo di homeless come tossicodipendenti» oppure che un gruppo di ragazzi che fumano cannabis all’angolo di una strada possa essere scambiato per una scena aperta». La visibilità, secondo Bless, riguarda molto più percezioni attorno al consumo che non attorno allo spaccio, anche se quest’ultimo è il comportamento più “pericoloso” (e sancito come tale anche dalla legge) ed è quello che “oggettivamente” per primo determina il crearsi di una scena aperta. Ciò che crea impatto è l’atto del consumo, non quello delle transazioni, di solito discrete e poco osservabili da chi non ha un occhio esperto. La visibilità spesso non è direttamente correlata alla **numerosità delle presenze**, come dato oggettivo, ma al contesto urbano e all’ubicazione che ospita queste presenze: dieci “tossici tipici” in una piazza di Tolosa o Monaco sono una scena aperta, a Zurigo o Amburgo non sarebbero nemmeno presi in considerazione, per dirla con Bless. Le **tipologie dei luoghi**, invece, sono una variabile determinante: il problema “emerge”, nelle città europee, quando si tratta di centro città, di nodi del sistema dei trasporti e di aree residenziali degradate o povere. Il centro delle città vede sorgere il problema soprattutto quando la scena aperta è ubicata nei centri commerciali, finanziari e del business (come in Svizzera), ma anche nei centri storici degradati, dove spesso si mischia alla “scena aperta dell’emarginazione” (come a Barcellona), oppure nei quartieri del divertimento e della notte, come ad Amsterdam e Amburgo. I luoghi di transito giocano un ruolo di “moltiplicazione” della visibilità: da un lato ospitano spesso popolazioni che vivono sulla strada, variamente emarginate, che sommano la propria alla visibilità dei consumatori, in un meccanismo di massima esposizione, spesso “identificata” da look, abbigliamento, atteggiamenti simili (così enfatizzando la percezione della scena della droga); dall’altro lato, i nodi del sistema dei trasporti sono frequentati da una popolazione che spesso non ha esperienza diretta di scena della droga nei luoghi di residenza o di lavoro, e che lì, invece, la “incontra”, la “vede”, ne riporta percezioni spesso amplificate dalla dimensione allargata di cui si è detto. Più raramente, nelle città la scena aperta è quella delle periferie, sia nel caso siano periferie degradate o de-industrializzate, sia nel caso siano periferie di nuova costruzione, con caratteristiche di accumulo di situazioni sociali problematiche.

Sulla base delle dimensioni della **visibilità, della numerosità e dell’ubicazione**, sono state tracciate diverse tipologie di scena della droga:

- **scena aperta concentrata**: l’esempio è Zurigo anni ’90, Rotterdam e Amburgo. E’ un aggregarsi permanente in un luogo preciso di numerosi consumatori, per lo più in zona centrale, riconosciuta dagli abitanti a causa di comportamenti di aperto consumo in pubblico
- **scena aperta frammentata**: Amsterdam, Barcellona, Vienna, Monaco. Concentrazioni modeste e plurali in aree diverse della città, con concentrazione solo in alcuni orari della giornata e alta

---

<sup>117</sup> U. Kemmesis (1999), cit

mobilità (frequentazione dei nodi dei trasporti urbani). Anche se possono avere un impatto a livello locale, spesso accade che i cittadini o le amministrazioni non le percepiscano come scene aperte

- **scena invisibile o nascosta:** Chelsea, Tolosa. Il consumo e la vendita avvengono in modo diffuso, in locali adibiti o presso le abitazioni. La percezione sociale è minima, limitata alla visibilità delle frequentazioni di qualche alloggio o a ciò che rimane “sul terreno” ad uso pubblico, come le siringhe usate

Bless nota che la realtà delle città europee – e nel corso del decennio successivo il trend è stato ampiamente verificato – è quella che vede le “vere” scene aperte, con gruppi di centinaia di persone in un luogo preciso, per lungo tempo nell’arco della giornata e ad alto impatto sociale, connotate dal consumo di eroina e dal policonsumo “di strada”, una realtà rara e tendenzialmente “residuale”. Tanto che la definizione “scena aperta” in alcune città non è più riconosciuta come significativa. Di contro, la ricerca europea segnala una percezione sociale ormai spesso “consolidata” su questa immagine, anche quando la scena è frammentata e relativamente a scarso impatto: «I risultati della nostra ricerca evidenziano come a livello europeo le scene della droga siano assai differenziate e la scena aperta – concentrata o frammentata – è una forma in realtà atipica delle droghe illegali nella società. E tuttavia, le immagini associate a questo fenomeno sostanzialmente atipico, dominano quasi ovunque la percezione sociale, addirittura laddove localmente non è mai esistita alcuna scena aperta»<sup>118</sup>

Un problema enfatizzato, sovrastimato? Troppo soggettivamente percepito e poco oggettivamente osservato? Più che altro, suggeriscono questi studi europei, si tratta di un fenomeno cui è stato spesso attribuito il nome sbagliato: il problema, suggerisce Bless, è che la «il *setting* tipico della scena aperta della droga è caratterizzato da mobilità, popolazione nomade, degrado della qualità della vita, anonimato, tutto ciò che nel lessico dei moderni *policy makers* si chiama “aree multiproblematiche”. Il “vecchio” concetto di anomia sembra, con Bless, tornare alla ribalta nelle città europee: «Gli elementi descrittivi e caratteristici di una scena aperta della droga e i luoghi della città dove essa si svolge combaciano perfettamente con la definizione di anomia». Tanto è vero che spesso il dibattito sulla scena della droga finisce nel dibattito attorno ai nuovi migranti, le due cose si confondono, non tanto o non solo per una “oggettiva” appartenenza degli immigrati alla scena della droga, in qualità di consumatori o di venditori; quanto e più, secondo questa tesi, perché partecipi di quel processo di emarginazione e disgregazione sociale (e di etichettamento) di cui il concetto di anomia vuole dar conto<sup>119</sup>. Secondo Decorte, poi, la definizione di *drug related*

---

<sup>118</sup> R. Bless, DJ Korff, M. Freeman (1995), cit.

<sup>119</sup> Ad Amsterdam, l’enfasi sulla scena aperta ha avuto un suo picco con l’arrivo massiccio di migranti dal Suriname e con l’esplosione delle rivolte degli squatters, fenomeni che al tempo stesso erano variamente “agganciati” alla scena

*nuisances* ha un potere stigmatizzante verso i consumatori, di cui solo gruppi minoritari hanno comportamenti che creano disagio o disturbo a vicini e cittadini.<sup>120</sup>

Questa riflessione è pertinente: da un lato porta a dare alla scena aperta della droga e al suo impatto “il suo posto”, osservabile ma anche ristretto, residuale; dall’altro invita a individuare i problemi della convivenza e del conflitto nelle città in maniera più “larga”. Questo porta anche a una messa in crisi del concetto stesso di disagio/disordine droga correlato, o almeno, come vedremo, alla messa in crisi di un’ipotesi di possibilità di un suo governo “specializzato” basato esclusivamente sul controllo del territorio e sulla penalizzazione dei consumatori.

### 4.3 Problemi droga correlati nella “scena aperta”

Il termine “*drug related nuisance*” tradizionalmente indica il complesso di ricadute d’impatto sociale su un territorio di una *open drug scene*: è un termine che include disturbo, fastidio, disagio, disordine, insicurezza correlati a consumo e spaccio di droghe. In relazione al tema droghe, è però difficile rintracciare una definizione omogenea di *nuisance*, persino a livello locale. Anzi, non solo è difficile ma è anche poco auspicabile: secondo lo studio di Decorte effettuato in Belgio in sei città, il non aver potuto, alla fine del percorso di ricerca “sintetizzare” una buona definizione non è un errore o un limite, «ma la relativa ambivalenza del termine consente una flessibilità necessaria per calibrare correttamente interventi locali»<sup>121</sup>. E, al contempo, è pragmaticamente e metodologicamente utile dare ai diversi ingredienti dell’impatto connotati e confini. Decorte e altri suggeriscono (per altro per poi liberarsene nel corso della loro ricerca) tre diverse tipologie: ***impatto dovuto alla criminalità, problemi di ordine pubblico e fastidi di tipo “audio-visivo”***<sup>122</sup>. Si distingue poi il livello dell’osservazione e della percezione dei tre diversi fenomeni, cioè quello ***oggettivamente rilevabile e quello soggettivamente percepito***. Dice Decorte: «I disagi drogacorrelati comprendono un numero vasto di comportamenti e situazioni che possono essere percepiti come poco piacevoli, indesiderabili, seccanti, fino a minacciosi». E dallo studio di Bless emerge che «*nuisance* ha molte facce. Va dai reati drogacorrelati alla prostituzione in una certa area, dalla confusione e dal disordine generati dalla vendita in strada a comportamenti indesiderati, alla semplice presenza di persone ‘diverse’, oppure accasciate a causa della droga, o sporche, o ancora semplicemente da sentimenti di paura e insicurezza maturati dai cittadini». E’ chiaro che

---

delle droga ma andavano ben oltre questa, e al contempo mettevano in crisi alcuni approcci e dispositivi consolidati nelle politiche locali sulle droghe. Questo aspetto è assai significativo in Italia a partire dalla metà degli anni ’90.

<sup>120</sup> T. Decorte e altri (2004), *Drugs & Nuisances*, *A study of the phenomenon, control and effects of drug-related nuisances from various standpoints*, Instituut voor Sociaal Drugsonderzoek (ISD) (UGent)

<sup>121</sup> *ibidem*

<sup>122</sup> *ibidem*

una così diversificata gamma di percezioni allude a un universo variegato di criticità, differenti per problematicità, livello di impatto e priorità, origine e “natura”.

Un altro problema incluso nelle agende municipali è quello del *pull effect*, il potere di attrazione della scena aperta verso consumatori di altre zone, di altre città se non di altre regioni o di altri stati, come accade per alcune città olandesi e svizzere. Il “turismo per droga” è fonte di accumulazione e amplificazione dei problemi in termini di affollamento, aumento dei disagi da consumo in pubblico, a volte aumento della criminalità correlata. Attorno ai *problemi di tipo sanitario* indotti da una scena aperta, la questione viene presentata come controversa, anche per la limitatezza di studi che ne evidenzino conseguenze positive o negative. Tra queste ultime, comunque, vengono indicate la capacità di attrarre nuovi consumatori e la promiscuità del consumo, che può favorire comportamenti di uso non sicuro. Al contrario, gli effetti positivi sarebbero soprattutto nel fatto che la concentrazione e la visibilità rendono possibile contatto, intervento sanitario e di prevenzione, cosa assai difficile nelle scene nascoste e sommerse.

Queste tipologie di *nuisance* sono per altro sottoposte a critica dagli stessi autori che pure se ne servono in un lavoro di sistematizzazione e descrizione.

Esiste innanzitutto un dibattito che – come accennato sopra - *sottopone a critica lo stesso concetto di nuisance drogacorrelato*: una delle rilevazioni interessanti dello studio belga è quella che dice come i cittadini riconoscano una relativamente scarsa incidenza della scena aperta della droga come ragione dei disagi vissuti, che vengono visti come un “unicum” relativo a figure sociali e a situazioni assai diverse. Una domanda presentata “aperta” agli intervistati favorisce una risposta assai più complessa, che mette in scena una realtà urbana spesso di difficile vivibilità non imputabile, però, a un solo soggetto, il consumatore di droghe. «Abbiamo dimostrato che non è rilevante distinguere tra nuisance drogacorrelato e nuisance in generale: fare una esplicita correlazione tra ‘droghe’ e ‘nuisance’ porta al rischio di connettere i disagi esclusivamente alle droghe»<sup>123</sup>. Un rischio che porta con sé il circolo assai poco virtuoso in cui letture e analisi e linguaggi istituzionali si assumerebbero la responsabilità di rinforzare e orientare percezioni soggettive in realtà più articolate e complesse.

Un altro aspetto critico riguarda la microcriminalità: lo studio belga pone una domanda aperta, a fronte del fatto che molti operatori e amministratori non ritengono di dover *accomunare crimini e nuisance*, ma – pur riconoscendo il nesso tra l’esistenza di un mercato illegale e i reati compiuti dai consumatori e dagli spacciatori - ritengono necessario tener separati i due ambiti per quanto attiene le politiche e le strategie di intervento. Lo studio multicentrico di Bless, include il concetto di microcriminalità nella cosiddetta “nuisance oggettiva”, rilevando che tutte le città vivono e si

pongono il problema di scippi, furti e spaccio, ma introduce anche il concetto, più “soggettivo”, di *legalità*, declinato in altro senso, diciamo simbolico: la presenza di una scena aperta rende flebile la credibilità della legge, dato che si vende, si detiene e si usa alla luce del sole: «Poco importa se il consumo non è un reato o se vi sono meccanismi di *expediency* che fan sì che non si proceda per il possesso di sostanze. (...) Tollerare una scena aperta può minare alla base l’operato della polizia e sembrare una contraddizione con le politiche di prevenzione». Naturalmente, questo della legalità è un tema sentito diversamente nelle città, che varia con il variare degli approcci di *drug policy*: molto sentito nell’approccio della prevenzione, poco vissuto in quello della riduzione del danno. E’ interessante infine accennare a come, nella definizione dei problemi, i diversi soggetti coinvolti nei problemi della scena aperta portino percezioni e dunque definizioni assai diverse di *nuisance*. Secondo Decorte:

« Secondo i residenti, il termine riguarda soprattutto il degrado degli spazi pubblici, o in altre parole del (loro?) territorio nel quartiere. Per i consumatori *nuisance* significa dover reggere ogni giorno al sospetto e alla mancanza di rispetto. Per loro ha un significato sociale, immateriale (...), è un problema il fronteggiamento dentro gli spazi pubblici e le relazioni sociali, che comunica loro un senso di fragilità sociale. Per gli attori del welfare, è indubbiamente correlato ai comportamenti dei consumatori, ma il “problema” nasce solo quando si supera una certa soglia. Esprimono tolleranza, così come c’è mediamente tolleranza nella società per comportamenti simili. Gli operatori della sicurezza urbana invitano a distinguere nettamente tra comportamenti criminali e i comportamenti che creano disagi o fastidi, e alcuni testimoni privilegiati creano una correlazione tra *nuisance* e senso di perdita del controllo sulla situazione da parte degli abitanti»<sup>124</sup>.

#### **4.4 La scena aperta: governo o dispersione?**

Nell’analisi di Bless attorno alle strategie di controllo della scena aperta messe in campo dalle città europee, vengono delineate due macro-strategie:

- quella della *prevenzione*, che mira appunto a non fare coagulare una scena aperta e, quando questo accade, opera soprattutto attraverso gli strumenti del controllo del territorio ad opera delle forze di polizia, con gli obiettivi di *frammentazione, dispersione e/o spostamento della scena stessa*. E’ una strategia che privilegia il punto di vista dell’interesse pubblico e punta significativamente sull’approccio penale-repressivo

---

<sup>123</sup> ibidem. I cittadini intervistati indicano i consumi di droga come cause dei loro disagi solo nel 12% dei casi, e tra questi solo il 4% chiama in causa direttamente i consumatori.

<sup>124</sup> T. Decorte e altri (2004),

- quella definita **regolativa** (o correttiva), che mira a forme di regolazione e di controllo della scena aperta e alla **riduzione dei disagio** che essa comporta per la popolazione. E' una strategia che tiene in conto gli interessi dei consumatori e mira a una mediazione, e privilegia l'approccio sociale e di *public health*.

I due modelli sono rintracciabili, in diversi mix localmente e periodicamente mutevoli, nelle politiche municipali, la cui storia è proprio spesso quella della ricerca di un buon bilanciamento tra interessi e tra ordine pubblico e politiche di inclusione, in un continuum di azioni.

Così Bless schematizza i due approcci:

strategia	Atteggiamento verso il pubblico	Atteggiamento verso i consumatori	Soluzione ideale
Preventiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• protezione dei cittadini</li> <li>• Punizione penale per i consumatori</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le attività sono illegali</li> <li>• Viene fornito aiuto se la scelta è l'astinenza</li> </ul>	Una società senza droghe
⇓	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protezione dei cittadini</li> <li>• Intervento della polizia in caso di problemi di ordine pubblico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le attività sono illegali</li> <li>• Viene fornito aiuto a patto di alcuni cambiamenti nello stile di vita</li> </ul>	Riduzione del danno
⇓	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non siamo in grado di risolvere il problema</li> <li>• Possiamo ridurre il livello del disagio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il consumo non può essere eliminato</li> <li>• Si può fornire aiuto per ridurre i rischi</li> </ul>	Prescrizione legale di sostanze
Regolativa			

Le azioni per la dispersione o la regolazione della scena aperta comprendono applicazione della **legge penale o amministrativa**, sviluppo di un sistema di **welfare sociale e sanitario** mirato, politiche mirate all'**ambiente urbano**.

Sull'utilizzo della **legge penale, delle sanzioni amministrative e sulla azioni di polizia** per disperdere e frammentare la scena aperta, le esperienze dell'ultimo quindicennio dicono al contempo che questo è un approccio ciclicamente "necessario" (anche in contesti orientati all'approccio regolativo e di riduzione del danno) ma strategicamente debole, qualora non inserito in *drug policies* di più ampio respiro. La dispersione di una scena aperta può portare alla frammentazione e alla diffusione su un territorio più vasto di molte scene, con un effetto moltiplicatore, o può significare semplicemente lo spostamento della scena aperta in altro luogo: la "mano invisibile del mercato" e i bisogni dei consumatori imprimono una dinamicità difficilmente

contenibile con azioni di mero controllo repressivo. Al contempo, esiste un dibattito aperto in molte città sull'opportunità stessa di disperdere le scene aperte: le stesse polizie, per esempio a Zurigo e Amburgo, propendono per processi regolativi, in cui una scena aperta "stabile" consente al contempo controllo e visibilità, mentre una scena frammentata o nascosta non è, secondo queste polizie, controllabile. Alcune città (Amburgo, Vienna, Amsterdam, Monaco) fanno largo uso di *norme amministrative relative all'ordine pubblico* e ai comportamenti che lo turbano, come il divieto di frequentare certe zone della città per coloro che hanno ripetutamente infranto queste norme. Sono sanzioni pecuniarie che però – a causa dei redditi poveri dei consumatori – possono trasformarsi in arresto. C'è da dire che queste sanzioni amministrative danno adito spesso a un dibattito critico, perché appaiono specificamente mirate ai soli consumatori e dunque discriminatorie e limitative di alcuni diritti fondamentali, quale quello alla libera circolazione<sup>125</sup>.

Le risposte che alla scena aperta può dare *un sistema adeguato di welfare* sono basate innanzitutto sull'adozione di politiche non esclusivamente *abstinence oriented* ma su un approccio di riduzione del danno, per cui il sistema dei servizi è in grado di articolarsi sulla base dei bisogni di chi è consumatore attivo. Un tale approccio consente infatti di organizzare una rete di servizi e interventi che da un lato ridimensionano la necessità del ricorso al mercato nero (per esempio con la somministrazione di terapie e sostanze legalmente e medicalmente somministrate) dall'altro lato di apprestare luoghi in cui i consumatori possano accedere e in cui possano incontrarsi (come i drop in o le sale da iniezione)<sup>126</sup>. Questo approccio – come vedremo meglio più avanti – permette inoltre di "portare dentro" le azioni di regolazione i consumatori stessi, facendone non più solo "oggetto di politiche" ma soggetto co-partecipante. Una risorsa che l'approccio penale-preventivo non è in grado, per definizione, di attivare. Apprestare luoghi per i consumatori come strumento di limitazione della scena aperta presenta anche alcune contraddizioni, quali quelle di un impatto tra questi luoghi (pur sempre aggregazioni di consumatori, sebbene regolati) e la comunità sociale, con il possibile emergere sia di meccanismi di rigetto aprioristico da parte dei residenti, sia di effettivi

---

<sup>125</sup> Casi di scontro duro su questo tema tra attori sociali diversi vi sono stati a Zurigo, a metà degli anni '90, quando è stato deciso di riesumare una legge svizzera che prevedeva la detenzione temporanea di persone emarginate o homeless in attesa che si accertasse quale servizio o quale comune dovesse farsene carico.

<sup>126</sup> E' chiaro che le città che scelgono un approccio preventivo orientato alla risposta penale, non hanno a disposizione, per scelta politica, questi strumenti e queste azioni, e delegano maggiormente il controllo della scena aperta alle azioni di dispersione. E' il caso della rete di città che fanno capo a ECAD – European cities against drug, che si ispirano alla politica statunitense e a quella svedese: queste municipalità di fatto non sviluppano una specifica politica di governo locale che non sia il controllo di polizia, la rigida applicazione della legge penale nazionale che include forme diverse di terapia obbligatoria, e la prevenzione di primo livello. Si può notare - a fronte della variegatazza delle risposte e delle azioni delle città che adottano quello che Bless chiama un approccio regolativo – che queste municipalità non abbiano sviluppato realmente una *drug policy locale* in quanto il loro paradigma "vieta" loro di identificare danni "specifici e progressivi", cioè affrontabili e riducibili. Vedi in [www.ecad.net](http://www.ecad.net)

casi di nuovo disturbo. Le esperienze delle città dimostrano tuttavia come, in questi casi, la gestione normata dei luoghi da parte degli operatori e l'alleanza tra operatori e forze di polizia sia importante per governare questi rischi, anche se, notano Bless e Decorte, questa alleanza non è sempre facile. Nell'approccio regolativo, inoltre, una scena aperta non è sempre un problema, che va radicalmente affrontato, ma può anche essere una risorsa da preservare (sebbene regolata): è il caso del lavoro di riduzione del danno (programmi di scambio siringhe e prevenzione dell'HIV, per esempio, ma anche contatto e presa in carico precoce), per cui una scena aperta è garanzia di raggiungere popolazioni altrimenti nascoste e sommerse, non raggiungibili<sup>127</sup>. Qui, l'alleanza tra un operatore e un poliziotto può risultare difficile, se non sono entrambi partecipi e inseriti in una organica strategia municipale in grado di condividere obiettivi e connettere operatività.

Sul piano delle *politiche per l'ambiente urbano*, gioca un ruolo importante nel diminuire l'impatto sociale la manutenzione dei luoghi della scena aperta, la cui pulizia e bonifica ha un riflesso significativo sul disagio "visivo" degli abitanti. Più significativamente, incidono sulla scena aperta le opere di riqualificazione urbana, che mutano volto e destinazione a quelle aree urbane che per abbandono, posizione nascosta o altre caratteristiche si prestano ad ospitare una scena aperta. Tuttavia, queste opere – che di fatto producono una dispersione della scena stessa - non sono scevre di effetti non voluti e paradossali, come quello avvenuto nella città di Amsterdam, con la riqualificazione della zona di Zeedijk, che non ha fatto che produrre e diffondere molte scene aperte nel centro commerciale della città. Oppure a Zurigo, in cui la famosa scena aperta di Parkspitz è nata a seguito dello sgombero di alcuni edifici occupati da squatter, edifici che funzionavano da scena della droga, ma con maggiore discrezione e minore visibilità. Se queste opere di riqualificazione avvengono in assenza di una strategia e senza la considerazione dei bisogni dei consumatori, puntando alla sola "liberazione" di *quel* territorio dalla scena aperta, gli effetti immediati sono positivi ma quelli di medio termine possono risultare controproducenti.

### ***Parkspitz a Zurigo: una lezione***

La scena aperta di Parkspitz si forma nella seconda metà degli anni '80. Precedentemente Zurigo aveva una serie di scene aperte di minori entità sparse per la città, che confluirono

---

<sup>127</sup> E' interessante l'annotazione di Philippe Lehmann, che alla fine degli anni '90 dirige il Settore Tossicodipendenze della Sanità del governo confederale svizzero. Lehmann non solo non valuta del tutto negativamente la scena aperta di Parkspitz, a Zurigo, proprio per le occasioni di prevenzione e riduzione del danno sanitario che ha favorito, ma aggiunge una considerazione ancor più radicale, inerente i diritti delle persone che consumano: «E' stata proprio l'esperienza di Parkspitz a segnare un mutamento simbolico. Il tossicodipendente sta 'sulla strada': significa che non c'è un posto per lui nella società. Nel Parkspitz si è restituito a queste persone almeno un luogo della città. E' stato il riconoscimento di un diritto di cittadinanza, di spazio di autodeterminazione anche a chi ha comportamenti illegali», in G.Zuffa (1999), S'avanza una strana eroina. Politiche di sperimentazione in Europa, StampaAlternativa

progressivamente verso il parco aggregandosi attorno al nucleo di consumatori- squatter sgomberati da alcuni edifici occupati, destinati alla riqualificazione. Il mercato si sposta verso Parkspitz, e inizia ad attrarre i consumatori della città, e progressivamente quelli di altre zone e finanche di altri cantoni. Questo *pull effect* enfatizza non poco il problema, rendendo anche sostanzialmente inefficace una misura “indiretta” di dispersione tentata dalla municipalità, il dislocamento di centri di accoglienza e di servizi verso aree diverse e meno centrali della città: il sistema del *welfare* si dimostra meno attrattivo e potente del mercato.<sup>128</sup> La città si pone allora nell’ottica di trovare una modalità non tanto di dispersione quanto di governo della scena aperta. La premessa di questo tentativo stava nel consenso allora espresso all’ipotesi della “gestione controllata” da parte di due attori fondamentali: la polizia e i cittadini del centro città. La polizia locale riteneva di poter meglio controllare una scena aperta concentrata più che alcune scene disperse e meno visibili, e il controllo si coniugava a una sorta di tolleranza, con interventi concentrati su situazioni di violenza palese, di reati ai danni dei cittadini e su particolari situazioni di spaccio. I cittadini dell’*inner city* considerarono per loro più sicuro avere una scena aperta visibile e sotto controllo della polizia, evitabile perché nota: in qualche modo, Parkspitz, sebbene in zona centrale, consentiva di rispettare il detto NIMBY, *not in my backyard*. Dal punto di vista sanitario, la concentrazione di consumatori ha offerto la possibilità a operatori di strada e servizi di organizzare un servizio di prevenzione, distribuzione di materiale sterile, pronto intervento in caso di overdose e anche possibilità di aggancio con i consumatori. Per un certo periodo, dunque, la scena aperta ha funzionato tanto dal punto di vista dell’ordine pubblico quanto da quello dell’assistenza sanitaria, tuttavia con la netta predominanza dell’azione repressiva, sebbene modulata, rispetto all’approccio di welfare: a Parkspitz, l’azione sanitaria di riduzione del danno si “aggancia” a quella di polizia, in qualche modo in maniera ancillare. Il sistema salta, a detta dei responsabili cittadini di allora, soprattutto per il fenomeno di attrazione di consumatori da fuori città, che fanno sì che il fattore “*size*”, numerosità, indicato da Bless come uno dei caratteri determinanti la scena aperta, diventi preponderante<sup>129</sup>. Il parco attira troppi consumatori e troppi spacciatori, la dimensione del mercato enfatizza i conflitti e la competizione dentro il mercato stesso, aumentano episodi di violenza e reati correlati. Parkspitz salta: i cittadini mutano opinione e negano il loro consenso, la polizia perde il bilanciamento tra controllo e tolleranza, aumenta la repressione, fino a che nel 1992 il parco viene disperso. Si forma una nuova scena aperta nella stazione di Letten, inizialmente tollerata e gestita con lo stesso modello, e poi anch’essa chiusa nel 1995.

<sup>128</sup> Ueli Locker, allora responsabile dell’Ufficio dipendenze della città, in G.Zuffà (2000) I drogati e gli altri, ed Sellerio

<sup>129</sup> Si stima che quasi il 70% delle 2000 persone che all’incirca entravano nel parco ogni giorno, non fossero cittadini di Zurigo, in Cohen e altri (1996), cit

Mentre l'area di opinione marcatamente proibizionista indica l'esperienza di Parkspitz come "il fallimento della riduzione del danno" e delle politiche della tolleranza<sup>130</sup>, gli amministratori cittadini ne traggono tre apprendimenti di segno del tutto opposto:

- *Il pull effect* non è un limite delle politiche della città Zurigo, ma della disomogeneità delle politiche locali svizzere (e anche europee, dato che il turismo della droga è transnazionale). I limiti della riduzione del danno non sono "costitutivi" ma stanno principalmente nell'agire isolato e in una zona circoscritta attorniata da città e zone maggiormente repressive verso i consumatori. Questa considerazione porterà le realtà svizzere a lavorare verso una omogeneizzazione federale in termini di politiche sulle dipendenze<sup>131</sup>
- E' apparso evidente che lo *sbilanciamento sull'azione repressiva* e discapito di un organico e più incisivo avvio di dispositivi di tipo sociale e sanitario, inclusivo, era un elemento di debolezza "strategica", che finiva con il destinare ciclicamente l'azione al circolo vizioso gestione-controllo-dipersione, creando anche nelle forze dell'ordine un sentimento di inefficacia e inutilità. Questa considerazione porterà all'intensificarsi di un confronto e di un coordinamento tra gli attori cittadini delle politiche sulle dipendenze, a un ridimensionamento dell'azione repressiva e a un suo più organico inserirsi in una *drug policy* globale. Si trattava insomma di «esercitare una funzione di controllo del fenomeno, che solo a volte implicasse un intervento di repressione»<sup>132</sup>
- Se l'azione repressiva aveva mostrato i suoi limiti, gli interventi sociali a loro volta non erano sufficienti: si trattava di dotare la città di un "*diverso welfare*", innovativo e capace di rispondere ai bisogni reali dei consumatori e di gestire pragmaticamente il consumo nel contesto urbano. E' in quest'ottica che prendono avvio la sperimentazione prima e la validazione poi di alcuni interventi mirati ai consumatori che popolano la scena aperta, come la distribuzione

---

<sup>130</sup> Così Cohen sintetizza le posizioni sul Parzspitz a ridosso della sua chiusura, prima degli ulteriori sviluppi nella politica della città: «La lezione del Parco delle Siringhe non è servita a stimolare un generale accordo. Alcuni funzionari di polizia ritengono che sia necessario adottare misure punitive più rigorose e rendere Zurigo meno ospitale verso i tossicodipendenti. Coloro che sono favorevoli alla legalizzazione vedono, invece, nel fallimento del Parco delle Siringhe, una prova dei limiti di una tolleranza pur sempre operante nel più vasto contesto del proibizionismo. I principali problemi del parco, essi fanno osservare, sono stati tutti il risultato del proibizionismo: il comportamento violento e l'impatto distruttivo degli spacciatori; le overdose e gli altri effetti dannosi (...); le rapine e le altre attività criminali commesse dai tossicomani bisognosi di forti somme di denaro per l'acquisto di droghe a prezzi inflazionati dal divieto di vendita; e l'innaturale confluire di numerosi tossicomani in un solo posto a causa delle più rigorose misure di polizia vigenti altrove in Svizzera. Altri ancora, tra cui parecchi assistenti sanitari e sociali respingono la conclusione che il Parco delle Siringhe sia stato un fallimento. Essi lo considerano invece un esperimento che ha aperto gli occhi di tutti sulle esigenze e sulle dure condizioni dei tossicodipendenti, in tal modo alimentando il favore nei confronti della rapida attuazione dei di altre misure per la riduzione del danno», in Cohen e altri (1996), cit

<sup>131</sup> M. Ferrari (2004) Il processo di riforma in Svizzera, in La ragione e la retorica (a cura di G.Zuffa e F.Corleone) ed Menabò. La politica federale introdurrà la riduzione del danno come "quarto pilastro" della politica sulle droghe, insieme a prevenzione, trattamento e repressione del traffico

<sup>132</sup> ibidem

controllata di oppiacei e l'implementazione di servizi e centri di aggregazione, come *drug consumption rooms* e *drop in centre*, nonché una serie di misure di sostegno sociale<sup>133</sup>.

Secondo Matteo Ferrari, economista esperto nel campo *drug policy*, la combinazione di questi fattori ha fatto sì che in Svizzera «in realtà le scene aperte sono oggi del tutto scomparse con la nuova politica federale»<sup>134</sup>

#### **4.5 Le città innovative: oltre il controllo, il governo del fenomeno**

La complessità della gestione della scena aperta e l'evidenza dei limiti e degli effetti paradossali di un controllo solo repressivo sul territorio, hanno portato le città negli anni più recenti verso un ulteriore sviluppo nelle sperimentazioni relative al nodo del governo e della regolazione delle scene aperte, attraverso l'implementazione di interventi e servizi che più radicalmente affrontano non tanto o non solo le conseguenze ma le premesse e le ragioni del nascere delle stesse scene aperte: ***l'accesso obbligato a un mercato illegale e le condizioni di vita dei consumatori.***

Le città che possono aprire il ventaglio delle opzioni, ed avere così un protagonismo innovativo e pragmatico, sono quelle che hanno abbandonato un approccio prevalentemente preventivo penale (che le inchioderebbe a pochi strumenti e a una strategia rigida), e hanno optato per un approccio di riduzione del danno.

Questo non significa aver abbandonato gli strumenti del controllo diretto e delle azioni di repressione, che ciclicamente avvengono; significa averle inserite in una strategia più complessa e, in qualche modo, averle private di un eccesso di autoreferenzialità.

Le città affrontano questa realtà con tutti i limiti di un potere locale che continua a scontrarsi con un assetto nazionale e internazionale che impedisce soluzioni davvero radicali e spesso è ragione di una esponenziale massimizzazione del danno sociale. Dunque è una sorta di “storia infinita” oscillante tra emergenza anche securitaria e politiche sociali “di respiro”, di controllo del territorio

---

<sup>133</sup> Da segnalare anche l'esperienza di Francoforte, dove nel 1992, a fronte della decisione di disperdere una scena aperta nell'*inner city*, è stato però approntato – in accordo con i servizi per le dipendenze e la municipalità – un altro luogo, più decentrato e, insieme, dotato di una DCR. «Naturalmente abbiamo dovuto offrire un'alternativa e abbiamo recuperato un edificio che in precedenza era stato una fabbrica, lontano dal centro. La scelta è caduta su una zona di periferia, proprio perché le polemiche erano molto forti. I consumatori si sono trasferiti lì, c'erano circa 250 persone cui offrivamo assistenza e alloggio. E naturalmente continuavano a drogarsi, e non potevano farlo altro che nel centro: è lì che è nata la prima *safe injection room*. All'inizio la situazione era a dir poco caotica, poi lentamente si è stabilizzata. Si è provveduto ad aumentare i servizi, fornendo assistenza medica e programmi di metadone. Negli ultimi anni si sono aggiunti anche programmi di inserimento lavorativo», Juergen Weimer, Coordinatore dei servizi tossicodipendenze di Francoforte, in G.Zuffa (2003) Dalla sperimentazione alla norma, in *Fuoriluogo* 2/2003

<sup>134</sup> M. Ferrari (2004), cit

in termini tradizionali e sperimentazione di nuovo welfare in funzione anche del governo di effetti sociali indesiderati<sup>135</sup>.

Analizzando programmi municipali, decisioni operative, risultati e valutazione degli interventi, si coglie come nelle esperienze europee maggiormente innovative ***impatto sulla città (diritti degli abitanti) e impatto sui consumatori (diritti dei consumatori) siano stati due elementi compresenti e interconnessi***, certo con oscillazioni e fasi diverse nelle singole realtà nazionali. Nel rifare la storia dei successi e dei fallimenti della città di Amsterdam sul piano delle riduzioni dei danni drogacorrelati a livello municipale, Ernst Buning, sottolinea tra gli esiti incoraggianti ottenuti in un decennio di politiche locali «una maggiore età media dei consumatori, una percentuale decrescente di giovani nuovi consumatori; il contenimento della pandemia di AIDS, la diminuzione delle lamentele dei cittadini inviate alla polizia». Cioè, la *drug policy* della città poteva presentare un bilancio positivo rispetto a tutte queste variabili, e l'ipotesi di Buning è che queste variabili non siano indipendenti l'una dall'altra. Tanto che, in prospettiva della seconda metà degli anni '90, lo stesso Buning tracciava l'agenda degli impegni cittadini: «Programma di terapie a mantenimento a bassa soglia di accesso [ per le dipendenze da oppiacei, ndr]; programma di distribuzione di siringhe sterili nei luoghi del consumo; sviluppo dell'assistenza sociale per i consumatori; servizi di prima necessità per i consumatori che vivono in strada»<sup>136</sup>. Lo stesso concetto di forte interdipendenza tra contenimento dei danni a livello individuale e contenimento dei danni a livello sociale è sottolineato in un documento mirato agli attori delle politiche municipali olandesi, soprattutto amministratori e agenzie pubbliche e finalizzato alla costruzione di politiche locali condivise e negoziate<sup>137</sup>. Qui, gli attori indicati come necessari ad una buona politica locale sono gli amministratori, la comunità locale, servizi e agenzie del sociale, attori del sistema penale (polizia e magistratura), consumatori di droghe e politici locali. Gli obiettivi che questo gruppo di soggetti negozia per la città sono assai diversi, eppure non solo necessariamente “rappresentati”, ma anche reciprocamente funzionali:

- assicurare un ambiente sicuro

---

<sup>135</sup> Il ruolo comunque determinate degli assetti nazionali e internazionali è ben sottolineato da Uwe Kemmesis, che in uno studio comparativo sugli stili di consumo e la scena della droga ad Amsterdam e Francoforte, rileva come in termini di risultati locali, le differenze non siano poi così importanti come ci si sarebbe aspettati avendo presenti i due diversi approcci, tollerante-liberal quello olandese e repressivo-orientato all'astinenza quello tedesco. Se da un lato, sottolinea Kemmesis, la ragione sta nell'autonomia che la città di Francoforte ha rivendicato, a partire dagli anni '90, rispetto alle politiche federali, avvicinandola al modello olandese in termini di approccio di riduzione del danno, dall'altro permane il dato di fatto che comunque, pur con tutte le varianti del caso, «il nocciolo della questione è che gli approcci politici alle droghe dei due paesi sono, a livello macro, comunque focalizzati su una generale proibizione», e l'Olanda non fa eccezione. U.Kemmesis (1997), *Compulsive drug users in the Netherland and Germany: the open drug scenes in Amsterdam and Frankfurt*, in the International Journal of drug policy n.4/1997

<sup>136</sup> E. Buning (1993) Fifteen yers of harm reduction: a reflection, The international journal of drug policy, n. 3/1993

<sup>137</sup> European Addiction Training Institute (1998) Handbook on local drug policy training, Amsterdam

- creare un ambiente attrattivo per commerci e business
- creare un'immagine positiva della città
- prevenire il consumo tra i più giovani
- ridurre i disagi dovuti da spaccio e consumo
- ridurre il numero dei reati droga-correlati
- offrire trattamenti di qualità ai consumatori che intendono abbandonare il consumo
- contattare e assistere i consumatori attivi e aiutarli a contenere i danni a se stessi e alla comunità (inclusa la diffusione di malattie trasmissibili)
- avere luoghi sicuri dove usare droghe
- ridurre il costo delle droghe illegali e migliorare la loro qualità<sup>138</sup>
- assicurare facile accesso a terapie metadoniche e a siringhe sterili

L'intento di lavorare sulla scena aperta e sull'impatto sociale senza isolare un problema-sicurezza è molto evidente nell'approccio e nell'agenda della prima rete organizzata delle municipalità europee che ha affrontato i problemi drogacorrelati e le loro ricadute sulla città termini di regolazione, la citata ECDP (*European Cities for Drug Policy*).<sup>139</sup>, rete che ha innovato le politiche locali nel decennio degli anni '90, e consegnato al nuovo secolo l'avvio di politiche «ordinarie» di governo del fenomeno all'insegna della riduzione mirata di danni specifici. Nel tentativo di mantenere un paradigma della complessità e di non chiudere “*crimes and nuisance*” in un paradigma seccamente securitario, le città dell'ECDP si sono collocate nell'ambito di un paradigma di riduzione del danno, vedendo in esso tanto un approccio multidimensionale, quanto pragmatico, quanto – ancora – «*building bridges*»<sup>140</sup>, cioè capace di gettare ponti tra gruppi sociali diversi, tra istituzioni diverse, tra diverse percezioni del fenomeno.

---

<sup>138</sup> Non si tratta qui di una fantasia di regolazione del mercato nero, quanto della possibilità di influenzare la relazione spacciatore-consumatore, per esempio attraverso l'inclusione di alcuni spacciatori in servizi informali o semi formali, come avviene in alcune città olandesi con il tacito accordo e il silenzioso controllo della polizia. Anche la somministrazione controllata di oppiacei ad alcuni gruppi di tossicomani può in parte “liberarli” dal bisogno del mercato, oppure una buona informazione sulla qualità delle sostanze in circolazione e servizi come il pill testing, che aumentano la consapevolezza dei consumatori e in qualche modo, indirettamente, portano gli spacciatori a considerare maggiormente la qualità delle sostanze che vendono.

<sup>139</sup> Come già detto precedentemente, nel 1990, le autorità municipali di Amsterdam, Amburgo, Zurigo, Liverpool e Francoforte costituirono una alleanza transcomunale denominata “Le città europee sulla politica in materia di droga”(ECDP), basata su un testo di indirizzo, la “Risoluzione di Francoforte”, dal nome della città che ha ospitato la prima delle Conferenze transcomunali. Dal 1990 al 1993, la partecipazione all'ECDP si allargava ad Arnhem, Basilea, Hannover, Lucerna, Rotterdam, Zagabria ed altre città e il congresso annuale richiamava rappresentanti di 58 città di 14 paesi. Nessuna città italiana ha aderito formalmente all'ECDP, anche se la città di Catania e Empoli le province di Teramo, Roma e Forlì hanno, nel tempo, partecipato come osservatori. L'ECDP è stata attiva formalmente come rete transcomunale fino al 2000.

<sup>140</sup> E. Buning (1993) *Harm reduction in main stream thinking*, The international journal of drug policy, n. 3/1993

Con questo sguardo, e sotto la pressione di un fenomeno che in modo esponenziale sottoponeva le relazioni urbane a tensioni e impatti, le città hanno ragionato attorno a un'agenda multidimensionale. Queste città si pongono di fronte al problema sapendo che la soluzione non è l'eliminazione dello stesso ma il suo governo: «Il tentativo di eliminare le droghe e il consumo di droghe dalle nostre civiltà è fallito e pertanto dobbiamo continuare a vivere con le droghe e con i consumatori di droghe nel futuro»<sup>141</sup>. Non sembra banale, nel 1990 non lo era (e nemmeno oggi...): questo significa che le ***città che hanno una drug policy locale non includono il tema droghe nell'agenda delle emergenze, ma in quella del governo quotidiano, ordinario, di un fenomeno sociale***. «La politica sulla droga che assume esclusivamente a strumento di intervento il codice penale e l'obbligo all'astinenza è fallimentare, a fronte di una domanda crescente [di droghe, ndr], di condizioni di salute precarie, di morti e infezioni, dello sviluppo esponenziale del mercato illegale e del crescente malessere delle popolazioni delle città, a causa del traffico locale di droghe e dei reati correlati»<sup>142</sup>. L'esperienza almeno decennale nel campo delle *drug policies* locali suggerisce alle città che l'approccio penale non solo è deleterio per i consumatori ma anche per i danni alla comunità sociale – di cui finisce con l'essere un fattore moltiplicatore- , che da esso non può aspettarsi nulla, anzi, vede una crescita esponenziale di reati originati a causa di un «mercato illegale che è la causa principale delle malattie delle morti e anche della criminalità correlata. La criminalizzazione del consumo è in contraddizione con l'aiuto e il trattamento terapeutico dei consumatori, e un carico per la polizia e la giustizia che non è sopportabile»<sup>143</sup>. L'approccio delle città trova in questa analisi ***un continuo e inscindibile nesso tra danni al singolo consumatore e danni sociali***, e individua nella necessità di un totale sovvertimento dell'approccio la premessa per un governo possibile del fenomeno. La loro agenda individua azioni che rispecchiano questo sovvertimento e la multidimensionalità del fenomeno, puntando su strumenti “ordinari” di governo. Le azioni individuate dalle città, in quell'anno:

- ridurre l'approccio penale al minimo necessario
- riservare l'azione repressiva al traffico
- separare i mercati (cannabis e altre droghe) secondo differenze di dipendenza, pericolosità e aspetti culturali
- distribuire siringhe sterili
- facilitare l'accesso alle terapie sostitutive (metadone)
- sviluppo del sostegno psicosociale
- sperimentare luoghi sicuri e protetti per il consumo (*shooting rooms*)

---

<sup>141</sup> ECDP (1990) Risoluzione di Francoforte

<sup>142</sup> ibidem

- sperimentare somministrazione di eroina medica
- diffondere la pratica del *pill testing* (analisi delle sostanze)
- sviluppare cooperazione tra le città e le regioni circostanti per evitare il rischio di un “effetto calamita” verso le città che offrono questo approccio

Sul piano sovra-municipale, le città chiedono:

- supporto legale, finanziario e organizzativo dagli stati centrali per l’attuazione di queste politiche
- decriminalizzazione dell’acquisto possesso e consumo di cannabis e controllo legalizzato del commercio
- depenalizzazione del consumo, possesso e acquisto di modiche quantità di tutte le sostanze<sup>144</sup>

Questo mix di approcci, interventi, livelli di intervento, e attori – viene ripreso e rilanciato durante tutti gli anni ’90, fino al consolidamento di alcune pratiche attualmente in atto.

Nel 1996, così le riassumevano Cohen e altri: «Le risposte comprendono la rapida espansione del numero, della varietà e della qualità dei programmi di mantenimento con metadone per via orale; il rifiuto dell’armamentario moralistico in materia di droga; abolizione di leggi e divieti sulla vendita e il possesso di siringhe; diffusione di progetti di cambio delle siringhe; ricerca ed elaborazione di programmi di mantenimento della droga che comportino l’impiego di droghe diverse dal metadone per via orale; riforma della politica sulla cannabis; tolleranza di “piccoli locali nelle strade” dove le droghe possono essere iniettate in condizioni di relativa sicurezza sotto il controllo di personale medico; creazione di organizzazioni che rappresentano gli interessi dei consumatori di droga; inserimento delle attività di polizia nel quadro dei programmi di riduzione del danno, e di altre iniziative dirette alla riduzione dei reati e delle malattie».<sup>145</sup>

Nel 1998, l’ECDP aggiorna la propria agenda a partire dalle esperienze via via maturate dalle città e dall’aggiornamento del dibattito, fornendo una panoramica dell’evoluzione locale del fenomeno in 16 città e con essa delle agende locali di *drug policy*.<sup>146</sup> Una sintetica panoramica delle agende di alcune città rende conto del dibattito e di quell’approccio multidimensionale sopra descritto

---

<sup>143</sup> ibidem

<sup>144</sup> ibidem

<sup>145</sup> P Cohen , E Nadelmann, E Drucker, U Locher, J Stimson e A Wodak (1996), cit

<sup>146</sup> ECDP (1998), ECDP City Reader, paper. Lo studio, sostenuto dalla V Commissione della UE, integra dati di sfondo e tratti dalla letteratura scientifica con interviste e questionari somministrati ai responsabili istituzionali delle drug policies locali. Lo studio ha interessato: Innsbruck (A), Charleroi (B), Dortmund (D), Frankfurt a.M. (D), Hamburg (D), Hannover (D), Karlsruhe (D), Empoli (I), Amsterdam (NL), Rotterdam (NL), Ljubljana (SI), Basel (CH), Bern (CH), Luzern (CH), St. Gallen (CH), Zürich (CH).

Città	Agenda
Amsterdam	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riduzione del disturbo pubblico (dispersione della scena aperta)</li> <li>• Controllo dei <i>coffee shops</i> (rispetto delle regole, controllo stretto sulla gestione)</li> <li>• Estensione dei progetti sociali per i consumatori dipendenti</li> <li>• Servizi per i consumatori senza dimora</li> <li>• La città mira a una politica deterrente per quanto concerne il traffico di droghe</li> </ul>
Basilea	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rinnovo per due anni del programma di somministrazione controllata di eroina</li> <li>• Aumento orari di apertura delle stanze per il consumo</li> <li>• Maggior contributo della città al dibattito nazionale sulla liberalizzazione delle politiche sulla droga</li> <li>• Aumento dell'efficienza del sistema sociale d'aiuto alle persone dipendenti</li> </ul>
Berna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Come affrontare la parte della scena della droga che resiste alla repressione e al controllo</li> <li>• Sviluppo della cooperazione tra operatori sociali e polizia</li> <li>• Contributo della città al dibattito sulla drug policy a livello federale</li> <li>• Sviluppo dei programmi di prescrizione di sostanze</li> </ul>
Charleroi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sviluppare una politica di riduzione di danni e rischi</li> <li>• Maggior accessibilità ai servizi a bassa soglia e programmi di metadone</li> <li>• Sviluppo della ricerca ai diversi livelli (locale, nazionale e internazionale)</li> <li>• Contatto e osservazione delle persone entrate in contatto con la polizia per reati drogacorrelati</li> </ul>
Dortmund	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenire il costituirsi di scene aperte della droga</li> <li>• Sviluppo di trattamenti sostitutivi</li> <li>• Aumento delle sedi per la disintossicazione</li> <li>• Piani di fattibilità per l'apertura di stanze per il consumo</li> <li>• Nuovo scenario critico: consumatori di cocaina e ecstasy</li> </ul>
Francoforte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sperimentazione di somministrazione controllata di eroina</li> <li>• Sviluppo di un sistema che connetta welfare mirato ai giovani a servizi per le dipendenze</li> <li>• Programmi che connettano terapie sostitutive e occupazione</li> <li>• Droghe sintetiche</li> <li>• Prevenzione</li> </ul>
Amburgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crescita del "peso" della <i>drug policy</i> nella politica cittadina</li> <li>• Problemi connessi alla visibilità del mercato delle droghe soprattutto nei nodi principali dei trasporti e nei parchi cittadini</li> </ul>
Hannover	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crescita del "peso" della <i>drug policy</i> nella politica cittadina</li> <li>• Cambiamento delle scene aperte, da relativamente tranquille ad aggressive a causa dello spaccio</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attività della polizia concentrata sullo spaccio</li> <li>• Continuità e sviluppo del modello operativo della città: stretta collaborazione polizia-amministratori-servizi sociali e sanitari, interconnessione tra servizi a bassa soglia, trattamenti terapeutici e prevenzione</li> </ul>
Karlsruhe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Somministrazione controllata di eroina a gruppi mirati</li> <li>• Apertura di una stanza per il consumo (in contrasto con il Land)</li> <li>• Problema dei tagli statali alla città, che incidono sull'offerta dei servizi alle persone dipendenti</li> <li>• Mantenere un sistema di servizi funzionante nonostante i continui tagli del Land (pratica dello storno di fondi)</li> </ul>
Lubijana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intensificare la prevenzione nelle scuole</li> <li>• Ampliare i servizi di riduzione del danno</li> <li>• Promuovere programmi metadonici</li> <li>• Ampliare trattamenti terapeutici</li> <li>• Sviluppare un sistema di monitoraggio a livello cittadino</li> </ul>
Lucerna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenire il costituirsi di nuove scene aperte della droga</li> <li>• Un migliore coordinamento tra i servizi di riduzione del danno</li> <li>• Sviluppare sperimentazioni di eroina controllata e incentivare programmi metadonici</li> <li>• Decentrare i servizi per decongestionare il centro città</li> <li>• Problema del consumo di anfetamine e ecstasy ai rave party</li> </ul>
Rotterdam	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sviluppo degli interventi su livelli prevenzione, riduzione del danno e riabilitazione</li> <li>• Disturbi all'ordine portati dallo spaccio e dal consumo a scena aperta</li> <li>• Sviluppo della ricerca e del monitoraggio del fenomeno</li> </ul>
San Gallo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referendum attorno al finanziamento municipale di terapie metadoniche</li> <li>• Valutazione della sperimentazione di somministrazione controllata di eroina</li> <li>• Dibattito attorno alla tolleranza di scene della droga nascoste e socialmente accettabili</li> <li>• Decriminalizzazione o legalizzazione di alcune sostanze come l'hashish</li> <li>• Creazione di posti di lavoro per tossicodipendenti</li> </ul>
Zurigo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dopo due punti di svolta (1987: riorientamento della politica municipale verso la riduzione del danno e 1992: rottura della scena aperta della droga e sua frammentazione) la città punta sulla svolta federale del 1992 in merito alla prescrizione controllata di eroina, che ha «effetti diretti sulla città»</li> </ul>

*Sintesi da ECDP (1998), ECDP City Reader*

Come si legge con chiarezza, le agende cittadine sono – con diverse tonalità - caratterizzate dal tenere insieme dimensione sociale e dimensione del controllo dentro la tensione *verso una policy*

*coerente*. Da un lato, il *tentativo di non enfatizzare – attraverso le scelte politiche – conflitto e contrapposizione tra gruppi sociali, e dalla ricerca di un approccio “di lungo periodo” basato su un sistema efficiente di welfare*. Dall’altro, lo sguardo lungo delle città è attraversato dal *tema (carsico) delle open drug scenes*, che ciclicamente riproduce un approccio della *“frammentazione”, dello “scoraggiamento” e in alcuni casi dello “spostamento” della scena verso altre aree della città* (ad opera della polizia e con gli strumenti del controllo del territorio)

### ***Nuovi strumenti di governo dell’impatto sociale***

Dal 1998 ad oggi - con riferimento alla *dimensione sociale dell’impatto del consumo*, e in modo specifico al governo della scena aperta della droga e alla microcriminalità correlata - questa agenda è stata progressivamente aggiornata con una crescente attenzione e centralità verso la sperimentazione prima e la validazione poi, infine l’*assessment* di *cinque aree di intervento per il governo del fenomeno*:

- allargamento del ventaglio terapeutico per tossicodipendenti problematici, con un miglior accesso alle terapie e la *somministrazione controllata di sostanze diverse* (eroina soprattutto) e lo sviluppo di un approccio integrato (terapia-sostegno sociale)
- allargamento dell’offerta di *servizi a bassa soglia* di accesso incluse le stanze per un consumo protetto (*injecting rooms, o narcosalas o consumption rooms*)
- *normalizzazione* dei consumi non problematici
- azioni di sostegno all’*autoregolazione dei consumatori* (interventi di promozione del *controlled use, peer support*, autorganizzazione)
- *azioni di comunità* (interventi sulla percezione sociale, mediazione dei conflitti)

## **4.6 Oltre la scena aperta**

### **4.6.1 Servizi a bassa soglia, tra salute pubblica e convivenza**

#### **Il caso delle *consumption rooms***

Dall’inizio degli anni ’90 (un decennio prima, per quanto riguarda realtà come quella svizzera e olandese) molte città europee si sono dotate di servizi «**a bassa soglia**», secondo la definizione adottata nell’ambito delle politiche di riduzione del danno, mirati a contattare, tutelare dal punto di vista sanitario, prendere in carico e aggregare consumatori attivi (particolarmente coloro in condizioni sociali difficili e esposti a maggior rischio, come i consumatori per via iniettiva di eroina e cocaina), senza alcun filtro o selezione, contrariamente a quanto tradizionalmente avveniva nel

sistema dei servizi formali di cura, fino a quella data in gran parte finalizzati alle politiche *abstinence oriented*.<sup>147</sup>

La finalità sociale dei servizi a bassa soglia è stata da subito rilevante, insieme a quella sanitaria: si trattava di prendere in carico la condizione di vita del consumatore problematico attivo nel suo complesso, secondo un'accezione di promozione della salute e di riduzione dei rischi basata su una visione «olistica», in cui variegati fattori sociali, sanitari, di contesto e fattori individuali erano strettamente connessi tra loro e alle possibilità di promuovere stili di vita meno esposti a danni e rischi. La soddisfazione di bisogni primari, l'aggancio facilitato con il sistema dei servizi e dei trattamenti, la possibilità di avere un luogo dove poter educare alla salute e al minor rischio, si sono tuttavia – da subito – accompagnati con finalità relative alla comunità sociale nel suo complesso: i servizi a bassa soglia infatti, hanno da subito coniugato obiettivi relativi al singolo consumatore con obiettivi relativi alla convivenza sociale, quali diminuzione del rischio sanitario per l'intera popolazione, aggancio al sistema dei servizi, con aumento delle probabilità di un accesso alle cure, aggancio in funzione di sostegno sociale e infine obiettivi di «controllo leggero», come la permanenza dei consumatori in luoghi dedicati (i *drop-in centre*) invece che sulla strada e lo svolgersi di un lavoro educativo nel quotidiano, mirato anche alla promozione di responsabilità e di alcune regole di comportamento che evitassero un eccessivo impatto sulla comunità sociale (come la non dispersione di siringhe usate sul territorio). Costitutivamente, dunque, sebbene con infinite sfumature e accompagnate da un dibattito perennemente acceso sull'equilibrio tra diritti degli utenti e diritti della collettività, i servizi a bassa soglia fin dall'inizio hanno incluso tra le loro finalità quelle della diminuzione dell'impatto tra scena della droga e cittadinanza.

Così riassumono Cohen e altri autori: «Un'altra innovazione riguarda la tolleranza ufficiale e persino la promozione di installazioni di soglia bassa, definite “centri di contatto”, “locali di strada”, “centri di riduzione del danno”, e via dicendo. Si tratta di luoghi dove i tossicodipendenti possono incontrarsi, ricevere i mezzi per le iniezioni e i preservativi, nonché una basilare assistenza medica, consulenze, aiuto in caso di problemi sociali, e talvolta anche un posto per dormire. La maggior parte delle installazioni consentono ai tossicodipendenti di conservare l'anonimato. Molte sono dotate di personale medico qualificato»<sup>148</sup>.

---

<sup>147</sup> Per la storia, descrizione e valutazione dei servizi a bassa soglia, vedi EMCDDA (2001), *Outreach work among drug users in Europe: concepts, practice and terminology*, Insights n.2 e EMCDDA (2004) *Data-collection at Low-threshold services for Drug Users: Tools, Quality and Coverage* in [www.EMCDDA.eu.int](http://www.EMCDDA.eu.int). Per la realtà italiana, vedi tra i documenti ufficiali, Ministero della Sanità (1999) *Linee guida sugli interventi di riduzione del danno*, Roma; P.Meringolo (2001), *I servizi accessibili: la bassa soglia e il lavoro di strada*, in P.Meringolo, G.Zuffa, *Droghe e riduzione del danno. Un approccio di psicologia di comunità*, Unicopli.

<sup>148</sup> P. Cohen, E. Nadelmann, E. Drucker, U. Locher, J. Stimson e A. Wodak (1996), cit

Tra gli anni '80 e i '90, il sistema dei servizi a bassa soglia ha sviluppato la propria offerta dotando alcuni servizi «di un locale dove i consumatori di droga possono iniettarsi in un ambiente relativamente igienico. Si tratta di misure preferibili alle due alternative più probabili: drogarsi all'aperto in luoghi pubblici, fatto considerato generalmente non tollerabile e degradante dalla maggioranza dei cittadini; ovvero l'assunzione della droga nelle "gallerie per le iniezioni" [*shooting galleries* ], luoghi sovente sporchi, a volte sede di violenze e spesso controllati dagli spacciatori, e dove l'uso in comune delle siringhe è spesso la norma. ».<sup>149</sup> Queste stanze assumono il nome di *drug consumption rooms*, o *injecting rooms*, o *narcosalas*, nella più recente versione spagnola.

Nel 2004 le *drug consumption rooms* (DCR) censite dall'EMCDDA sono 72 in 39 città europee, in Svizzera, Olanda, Germania, Spagna; nel 2000 è stata avviata un'esperienza in Slovenia e sono stati avviati studi di fattibilità in Lussemburgo e Norvegia<sup>150</sup>.

Le DCR nascono da una molteplice serie di fattori con cui le città si andavano confrontando in quegli anni: sul piano della salute dei consumatori, le morti per overdose, i casi di sieroconversioni, lo scarso livello di contatto da parte dei servizi con la popolazione sommersa; dal punto di vista della comunità locale, una scena della droga troppo visibile e invasiva degli spazi comuni, dominata spesso non solo dal consumo a scena aperta ma anche dagli scontri e dalle violenze legate allo spaccio e alla lotta in seno al mercato nero. Come già descritto nel capitolo precedente, i tentativi di "contenere" la scena aperta della droga attraverso rituali e periodiche azioni di polizia, oppure attraverso una sua "gestione" controllata dalla polizia e protetta dal punto di vista sanitario (come a Parkspitz a Zurigo) non avevano dato risultati soddisfacenti. Le DCR nascono dunque da un doppio obiettivo, nel solco dello strabismo e della interdipendenza positiva che la riduzione del danno attribuisce a obiettivi relativi alla qualità della vita dei consumatori e obiettivi relativi al benessere della collettività.<sup>151</sup> Esse sono la sperimentazione di una modalità di intervento più "di respiro" e "di

---

<sup>149</sup> *ibidem*

<sup>150</sup> In Italia, il dibattito è vivo tra gli operatori ma non ha mai raggiunto sedi istituzionali, fatto salvo un cenno nelle recenti leggi regionali sulle dipendenze della regione Toscana. Uno studio propedeutico svolto dal Comune di Torino, e una proposta di DCR elaborata dalla ASL 5 di Torino e presentata alla Regione Piemonte nel 2004 non hanno avuto esito (vedi di seguito).

<sup>151</sup> Tale strabismo è descritto in questi termini da Juergen Weimer, coordinatore dei servizi tossicodipendenze della municipalità di Francoforte "Le *safe injection rooms* sono un naturale sviluppo dei servizi a bassa soglia. Quando già esistono i "café" (una sorta di centri di accoglienza diurni), che offrono siringhe pulite e counselling per assumere la droga nella maniera più sicura possibile, è logico dare anche ai consumatori un luogo igienicamente protetto per l'iniezione. È assurdo che debbano uscire per andare chissà dove. Inoltre le stanze del consumo rientrano in un sistema rete di aiuto che ha il compito di raggiungere il maggior numero di consumatori possibile. Il primo obiettivo è la salute dei tossicodipendenti, ma c'è anche l'esigenza di rendere accettabile all'intera popolazione il fenomeno della droga di strada. Agli inizi degli anni '90 i parchi erano diventati le "scene della droga", e non era piacevole camminare fra le persone che si iniettavano l'eroina", in G. Zuffa, Dalla sperimentazione alla norma, *Fuoriluogo* 2/2003

sistema”, ed entrano, nel corso di un decennio, a far parte organicamente delle *drug policies* municipali di molti Paesi.

Già la Conferenza di Francoforte nel '90, anno in cui erano già operative alcune DCR, si era chiaramente espressa in questa direzione. L'allora assessore alla sanità della città tedesca, Margarethe Nimisch, commentando i limiti delle rituali azioni di controllo da parte della polizia, affermava: «E' necessario creare zone non sottoposte al controllo di polizia, in modo che le droghe non debbano essere consumate nella toilette di una stazione o dietro un cespuglio e nell'androne di un condominio ma in luoghi igienici e protetti»<sup>152</sup>.

C'è da dire, comunque, che alcune “stanze di strada” erano, nel corso degli anni '60, già silenziosamente tollerate dalle pragmaticissime agenzie competenti in materia di droga in Inghilterra, e che negli anni '70 erano stati creati ad Amsterdam numerosi “caffè della droga” per gli eroinomani, chiamati anche *deal address* o *house dealers* (come dire "a casa dello spacciatore"), co-gestiti da spacciatori controllati in modo soft dalla polizia locale. Le numerose *injecting rooms* avviate tra il 1975 e il 1986, spesso erano organizzate senza tanti protocolli o accordi espliciti presso servizi a bassa soglia, o allestite sul modello coffee shop o, nella città di Amsterdam, come “*drug boat*”, a bordo di battelli ormeggiati nei canali, o, ancora, nelle case occupate. Nel 1986, questa esperienza, nata dalle necessità dei consumatori di non esporsi per le strade e di non rischiare con la polizia e con la salute, cessò bruscamente: problemi legali, impatto con la popolazione residente a causa di una scarsa autoregolazione dell'affluenza e dei comportamenti, attrazione di consumatori da altre zone e altre città, intensificazione dello spaccio, fecero “saltare” il sistema. In Olanda, ci vollero altri dieci anni prima che le DCR (quelle legali e formali) si riconquistassero uno spazio riconosciuto nel sistema dei servizi. Amministratori locali e operatori hanno imparato da quella storia, acquisito e approfondito i bisogni dei consumatori da un lato e della popolazione dall'altro, cercato vie pragmaticamente efficaci per una loro riapertura, ri-calibrato il difficile equilibrio tra domanda di salute e di "normalizzazione" dei consumatori e domanda di ordine e sicurezza della popolazione.<sup>153</sup> Se dunque le premesse delle attuali DCR sono, come del resto molti interventi di riduzioni del danno, in alcuni dispositivi “naturali”, autoregolativi, avviati dagli stessi consumatori e sostenuti e indirizzati dal sistema dei servizi sanitari<sup>154</sup>, tuttavia con il crescere

---

<sup>152</sup> Città di Francoforte, Commissione delle comunità europee, OMS, Healthy cities project (1990) First conference of European cities at the centre of illegal trade of drugs, (Atti).

<sup>153</sup> Vedi anche in S.Ronconi (2000) Contro il rischio della strada, in Primo non nuocere, a cura di L.Pepino e C.Sorgi, EGA, Torino

<sup>154</sup> Ancora oggi, in Olanda, esistono gli *opiates bar*, luoghi organizzati dagli spacciatori come caffè o circoli privati, dove si vende e si consuma, retti da particolari norme di autocontrollo e autogestione, oggi sempre più “negoziati” con le forze di polizia e le municipalità. Vedi in Wouter de Jong (1999), *Drug consumption rooms: an overview*, *International Journal of Drug Policy*. February 1999

A Rotterdam continua la sua attività la DCR presso la chiesa di San Paolo, dove i consumatori «possono soggiornare,

dell'impatto sociale della scena aperta, si impone un processo serrato di «istituzionalizzazione» delle DCR, che diventano a tutti gli effetti servizi formali, non senza portarsi dietro un dibattito serrato attorno ad un loro «snaturarsi» in termini di controllo sociale<sup>155</sup>. Oggi le DCR sono un servizio sanitario a tutti gli effetti, inserito nel sistema della presa in carico delle persone con problemi correlati al consumo di sostanze illegali, definito negli obiettivi, nelle procedure, nelle professionalità che vi operano. L'EMCDDA ha validato con suo studio questi servizi nel 2004, definendoli «servizi sanitari con supervisione professionale, dove i consumatori di droghe possono usare in condizioni sicure e igieniche. Sono un servizio altamente specialistico incluso in una ampia rete di servizi e operano in aree separate all'interno di locali per consumatori o senza dimora. Sono servizi ufficiali, finanziati da fondi municipali o regionali, oppure da organizzazioni non governative. Vi lavorano operatori sociali, medici, infermieri, e altre figure professionali formate al lavoro con i consumatori o per il pronto intervento e l'assistenza sociale. Sono altra cosa dalle *shooting galleries* informali e illegali, condotte da spacciatori, e anche dai servizi che somministrano sostanze sotto prescrizione medica»<sup>156</sup>.

### ***Contro l'invasione del penale e contro l'ONU***

Il passaggio a «servizio sanitario», è stato del resto obbligatorio, e non solo funzionale alla gestione positiva del servizio stesso e alla prevenzione di un impatto negativo con il territorio. Le DCR hanno dovuto infatti superare non pochi ostacoli tanto sul piano internazionale (come già descritto nel capitolo 2), quanto su quello legislativo nazionale. Laddove la totalità delle legislazioni formalmente penalizzano comportamenti che possano risultare di propaganda o facilitazione al consumo di sostanze illegali, la priorità della tutela della salute individuale e pubblica è stato l'unico appiglio utile a uscire dall'impasse normativa. Per tutti i paesi, il carattere sanitario dei servizi non poteva in alcun modo far scambiare la prevenzione del rischio con un favoreggiamento dello spaccio o del consumo; tuttavia, le soluzioni sono state di diverso tipo. In Svizzera, le autorità locali hanno preso posizione nel corso degli anni '80 con un atto formale, il "Rechtsgutachten", con cui si poneva come unica condizione l'esplicita offerta di assistenza medica e di assistenza. Stesso processo, a livello locale e municipale, in Germania, anche se con notevoli differenze: Francoforte

---

leggere il giornale, bere o mangiare qualcosa (le consumazioni sono a pagamento), giocare a carte, guardare la televisione, parlare con i volontari che svolgono un lavoro di informazione e li incoraggiano a partecipare alle iniziative proposte dal centro; essi cercano anche di stimolarli a rivolgersi ai servizi sociosanitari... in una parola, a occuparsi attivamente della loro vita, sempre in maniera amichevole. Nella stessa stanza ci sono anche gli spacciatori che vendono le loro droghe. C'è poi un'altra stanza dove si aspirano le sostanze, e un'altra ancora dove si possono iniettare: il materiale per l'iniezione è disponibile gratuitamente» Hans Visser e Marie Kok-Egu (2003) Il "buco pulito" nella cripta di San Paolo, in Fuoriluogo, n.3/2003.

<sup>155</sup> vedi al capitolo Conclusioni

ha agito in autonomia, inizialmente sfidando le leggi repressive nazionali e invocando bisogni e politiche locali, mentre una città come Amburgo ha preferito giocare sull'ambiguità (tanto che lì le DCR si chiamano "*health rooms*", stanze per la salute). In ogni caso, nel 2000, dopo 13 anni dall'apertura della prima DCR a Brema, il Bundesrat tedesco ha approvato un emendamento che consente le CDR su tutto il territorio federale, a patto che: offrano un counselling professionale, rispettino alcuni criteri amministrativi previsti dalla legge, svolgano monitoraggio e valutazione dell'intervento, prevenzano ogni forma di illecito all'interno del servizio, tengano un registro nominativo degli utenti<sup>157</sup>. E' interessante notare, comunque, che prima del 2000 ed anche ben prima dello stabilizzarsi delle DCR, una città come Amburgo «tollerava» informalmente nei suoi servizi a bassa soglia attività di consumo, senza incorrere in alcuna conseguenza penale: la polizia locale, anche quando interveniva su segnalazione, sceglieva di non procedere.<sup>158</sup>

In Olanda tutto è stato possibile grazie all'assunzione di responsabilità delle municipalità, che – dopo le esperienze «spontanee» degli anni 70 e 80, hanno posto precise precondizioni di "ordine e controllo", mentre a livello istituzionale cresceva il consenso attorno a questi servizi, anche grazie a un'attività scientifica, di verifica e studio da parte di istituzioni, ricercatori e operatori dei servizi. E' tuttavia ancora aperta la questione di una possibile contraddizione con la legge nazionale sulle droghe, anche se una delibera del Ministero di Grazia e Giustizia relativa alla legislazione antidroga ha precisato, nel 1996, che il consumo nelle DCR non è illegale, a patto che lì non vengano vendute né fornite ad alcun titolo sostanze. Anche l'esperienza spagnola, a Barcellona, è stata possibile sulla base di una decisione emanata a livello municipale, mentre un governo di centrodestra non si opponeva comunque all'iniziativa.<sup>159</sup>

La determinazione delle municipalità a questa battaglia contro una interpretazione restrittiva delle norme nazionali e internazionali è stata fondamentale, ed è un buon esempio della loro autonomia ed anche della loro forte intenzionalità nella ricerca di soluzioni pragmatiche e maggiormente efficaci della sanzione penale.

### ***Gli obiettivi e i risultati per la comunità sociale***

La finalità generale delle DCR, secondo lo studio EMCDDA, è il contatto con la quota più a rischio della popolazione dei consumatori, quelli «che **usano per via iniettiva e che consumano in pubblico**. Questi gruppi hanno bisogni sanitari importanti, che spesso non sono soddisfatti da altri

---

<sup>156</sup> EMCDDA (2004), *European Report on Drug Consumption Rooms*, in [http://www.EMCDDA.eu.int/responses/themes/consumption\\_rooms.cfm](http://www.EMCDDA.eu.int/responses/themes/consumption_rooms.cfm)

<sup>157</sup> T.Kerr (2000), *Safe injection facilities. Proposal for a Vancouver Pilot Project*, in [www.drugtext.org](http://www.drugtext.org)

<sup>158</sup> H. Stoeber (2002), *Consumption rooms. A middle ground between health and public order concerns*, *The Journal of Drug Issues*, 2/2002

servizi, e pongono problemi alle comunità locali che non sono stati risolti attraverso altre modalità dai servizi per le dipendenze, da quelli sociali o dalla risposta penale». Sempre secondo l'agenzia europea, gli obiettivi specifici per i consumatori sono:

- stabile contatto con una popolazione difficile da raggiungere
- fornire un contesto sicuro e pulito per il consumo, in particolare per quello iniettivo
- ridurre mortalità e morbilità associate al consumo di droghe, ridurre i casi di overdose e di trasmissione di malattie come HIV e epatiti, e altre infezioni
- promuovere l'accesso ad altri servizi e trattamenti

quelli relativi alla comunità locale sono due, uno “di primo livello”:

- ridurre il consumo in pubblico (soprattutto per via endovenosa) e il disagio / disordine associato ed uno “di secondo livello”, cioè relativo all'impatto delle DCR stesse:
- evitare l'aumento di disordine e criminalità nell'area dove è ubicata la DCR (aumento furti/rapine in zona, aumento spaccio in zona, attività illegali dentro il servizio)<sup>160</sup>.

Dunque, fin dalla definizione del target, i due aspetti – salute dei consumatori e impatto sociale – sono tenuti strettamente insieme, e l'obiettivo sociale è in primo piano. Secondo l'EMCDDA, l'impatto sociale del consumo a scena aperta, non viene temperato soltanto da una minor visibilità ma anche, e più “strategicamente”, dal fatto che le DCR si occupano di bisogni primari, indirizzano gli utenti verso servizi che possono soddisfare necessità quali avere un tetto, del cibo, del vestiario, assistenza sociale: un intervento che temperando a sua volta gli aspetti più duri dell'esclusione sociale e della vita di strada contribuisce anche a temperare l'impatto potenziale tra questa popolazione e la cittadinanza. E' utile notare, nel sottolineare questo nesso stretto tra interessi e diritti della città e interessi e diritti dei consumatori, come consumare a scena aperta sia un comportamento che tocca negativamente entrambi: se i cittadini si sentono esposti a scene degradanti o percepiscono il rischio di essere aggrediti o quant'altro, i consumatori rischiano in termini di salute (consumare in luoghi igienicamente indecenti, rischiare fermi e arresti, consumare in fretta e al buio comporta danni specifici come infezioni, fuorivena, pratica iniettiva scorretta <sup>161</sup>) e anche in termini di riservatezza e dignità<sup>162</sup>.

---

<sup>159</sup> S.Ronconi (2000) Contro il rischio della strada, cit; Wouter de Jong (1999) , Drug consumption rooms: an overview, cit; Robert Haemig, paper alla 11th International Conference on Harm Reduction, Jersey, April 2000; EMCDDA (2004), cit.

<sup>160</sup> EMCDDA (2004), cit.

<sup>161</sup> H. Stoeber (2002), cit

<sup>162</sup> Coordinamento servizi bassa soglia del Piemonte (2002) Studio di fattibilità per una narcosala a Torino, paper, 2° Conferenza latina sulla riduzione del danno (CLAT), Perpignan (F). La ricerca esamina anche i risultati di un focus

Questa “unità di intenti” è ben messa in evidenza dall’esperienza delle città tedesche<sup>163</sup> dove sono state sostenute «dai reciproci interessi dei servizi per le dipendenze e dalla polizia, quest’ultima le ha utilizzate per sottrarre i consumatori alla scena aperta, i primi per contattarli e offrire servizi e interventi di riduzione del danno»<sup>164</sup>. La collaborazione tra operatori e polizia avviene nel rispetto dei reciproci ruoli, non senza tensioni, come racconta Juergen Weimer, coordinatore dei servizi tossicodipendenze della municipalità di Francoforte: “Nel 1992 fu deciso di chiudere le scene di droga, con un programma di forte collaborazione fra la polizia e il sistema dei servizi sociali. Era novembre, e nei giorni dello sgombero io sono stato lì notte e giorno, per accertarmi che la polizia non usasse le maniere forti. Ma tutto è andato come doveva, i poliziotti si sono comportati bene, e i consumatori hanno accettato il fatto. Da quel momento è diventato chiaro che i parchi erano *off limits* ed è molto diminuito il numero delle persone che affluivano da fuori”<sup>165</sup>.

### **Contenere e ridurre il consumo a scena aperta**

Relativamente ai soli obiettivi inerenti la scena aperta, gli studi di valutazione sulle DCR tedesche (le più monitorate e valutate) osservano che i risultati raggiunti fanno i conti con aspettative di ordine pubblico molto alte: secondo un’idea corrente, le DCR dovrebbero «ripulire» la scena aperta. Secondo Stoever, nelle realtà di Hannover, questo è vero solo in parte: il 90% dei frequentatori usava consumare in pubblico, tra loro il 60% dichiara di frequentare ancora la strada per due diversi motivi: il mercato (le DCR istituzionali, al contrario di quelle informali degli anni 70, non consentono l’ingresso agli spacciatori né la cessione o il passaggio di dosi tra gli utenti) e l’aggregazione amicale e sociale (le DCR tedesche sono molto normate per quanto attiene al tempo di frequentazione consentito). Tuttavia, secondo lo studio di Stoever, il dato rilevante è che non solo il 40% degli utenti dichiara di non essere più stanziale sulla scena pubblica, ma anche chi continua a frequentarla lo fa più raramente e per tempi più brevi<sup>166</sup>. Secondo una ricerca condotta tra gli utenti delle DCR tedesche, il 31% dichiara prioritario l’obiettivo di evitare di usare in pubblico, il 64% che la DCR è il luogo più utilizzato per il consumo mentre solo il 6% afferma di continuare a usare preferibilmente in strada. <sup>167</sup> Uno studio svizzero effettuato a Ginevra nel 2002, segnala che nel corso degli ultimi sei mesi il 61% ha usato in casa, il 29% nella DCR e solo il 10% in strada

---

group condotto con utenti senza dimora dei servizi, che hanno ripetutamente sottolineato il loro disagio nell’esporsi agli occhi di passanti e cittadini.

<sup>163</sup> In Germania sono operative 16 DCR nelle città di Francoforte, Brema, Amburgo, Hanover, Saarbrücken, Essen., Colonia, Munster.

<sup>164</sup> H. Stoever (2002), cit

<sup>165</sup> G. Zuffa (2003), Dalla sperimentazione alla norma, *Fuoriluogo* 2/2003

<sup>166</sup> *ibidem*

<sup>167</sup> Poschadel e altri (2003) *Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland: Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Schriftenreihe Bd 149). Baden-Baden: Nomos-Verlags- Gesellschaft, cit in EMCDDA (2004)

(considerando che il servizio era stato chiuso per ben 5 mesi nel corso dell'anno).<sup>168</sup> Uno studio condotto nella città di Amburgo, segnala che il 50% di un gruppo di 616 consumatori reclutati sia nelle DCR che sulla strada, considera la DCR il luogo privilegiato per consumare, mentre il 30% attribuisce a questi servizi il fatto di aver diminuito la frequenza del consumo sulla scena aperta.<sup>169</sup> Tra coloro che dichiarano di aver usato anche in pubblico nelle ultime 24 ore, lo studio indaga anche sulle ragioni di questa scelta, ed è interessante notare che accanto a ragioni legate a condizioni personali e/o regole del mercato nero (come la difficoltà a trovare la dose e l'urgenza dettata dai sintomi della carenza), vi sono ragioni connesse al funzionamento e alla disponibilità delle DCR: nello studio tedesco citato, tra il 38% degli utenti che hanno fatto uso in pubblico, il 50% indica la chiusura delle DCR e il 30% l'affollamento e i tempi di attesa; nello studio condotto ad Amburgo, del 37% che usa anche in pubblico, il 16% ha usato accanto alla DCR che era chiusa o inagibile. Per questi gruppi di consumatori, non è un'abitudine radicata a spingerli sulla scena aperta ma i limiti dei servizi.

Un approfondito studio sulle DCR della città di Francoforte stima che gli episodi di consumo in pubblico siano passati dagli 800 del 1991-1992 ai 150 del '93, e che i reclami dei residenti siano drasticamente diminuiti. La ricerca, inoltre, indaga su modalità e ragioni dell'uso a scena aperta anche dopo l'apertura delle DCR.<sup>170</sup> Gli intervistati (alcuni sulla scena aperta altri afferenti alle DCR) frequentano la piazza per comprare le sostanze per il 73%, per avere contatti sociali e amicali, per il 57% e per questioni di business (ricettazione, prostituzione, contatti vari finalizzati a lavoro e altro) per il 33%. La scena aperta riguarda il consumo solo per il 17% degli intervistati, tanto avvicinati sulla strada (di loro consuma in pubblico il 24%) quanto per quelli intervistati all'interno delle DCR (di loro consuma anche in pubblico solo il 2%). Da un lato, quindi, c'è un uso «da cittadino» della piazza (socializzare e fare business), dall'altro la piazza serve soprattutto al mercato (su cui del resto le DCR dichiarano la loro scarsa influenza). Sul consumo: non solo chi frequenta le DCR praticamente non consuma più in pubblico, ma anche chi è in strada usa poco lo spazio pubblico per consumare.

Sull'utilizzo delle DCR, il 32% le utilizza tutti i giorni (il 26% tra gli intervistati in strada), e le ragioni stanno prima di tutto nel «consumare senza fretta» (il 60%). Chi conosce le DCR usa in pubblico solo nel 26% dei casi, il 14% ogni giorno, il 14% solo un giorno, mentre chi non le

---

<sup>168</sup> Benninghoff e altri (2003) *Evaluation de Quai 9 'Espace d'accueil et d'injection' à Genève: période 12/2001–12/2000*. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne.

<sup>169</sup> Zurhold (2002) *Contribution to EMCDDA Project: Summary of Available Evidence on Drug Consumption Rooms*. Paper submitted in the framework of the EMCDDA expert meeting, September 2002.

<sup>170</sup> U.E.Kemmesis (1999), *The open drug scene and the safe injection room offers in Frankfurt am Main 1995, Final report A survey conducted on behalf of the City of Frankfurt/municipal department Women and Health - drug policy coordination office Frankfurt am Main, Germany, 1999*

frequenta usa in pubblico nel 68%, dei casi il 50% ogni giorno e il 32% molte volte. Le ragioni che portano a usare in pubblico sono – anche per i frequentatori di Francoforte – spesso legate alla gestione del servizio: orario limitato (64%), tempo d’attesa (45%), distanza (30%), proibizione di dividere la dose con altri (24%), non accettazione di persone in trattamento metadonico. La sola ragione indicata al di fuori della gestione del servizio è la comodità – e la tempestività – dell’usare nel luogo dove si acquista, ma anche questa in fondo è una ragione legata all’ubicazione della DCR. Kemmesis raccoglie anche suggerimenti e condizioni che i consumatori portano per utilizzare maggiormente il servizio: aumento delle DCR e ampliamento dell’orario (84%), migliorare il clima, allestire *chill out* (51%), meno controlli, non esclusione di chi è in metadone e abolire il divieto di dividere la dose (20%). Ancora, per limitare ulteriormente il consumo in pubblico: più DCR (45%), avere una casa per sé (21%), cambiamenti nelle politiche sulle droghe (somministrazione legale di droghe, legalizzazione delle sostanze) (12%). A questa domanda, il 17% afferma di non consumare mai in pubblico.

Per quanto concerne la microcriminalità droga-correlata, non sono le DCR gli interventi di riduzione del danno che possono darsi questo obiettivo. Tuttavia, Kemmesis inserisce tra i suoi dati anche l’andamento di furti e rapine nella città di Francoforte fino al 1996: non per attribuire il trend registrato alle sole DCR, ma certo ipotizzando che l’intero sistema municipale (servizi a bassa soglia, welfare, trattamenti sostitutivi con oppiacei) abbia una correlazione con la sostanziale diminuzione dei reati. I casi di scippo, in città, sono passati dai 1.800 del 1991 ai 1.300-1.400 del 1994; furti d’auto dai 40mila del 1987 ai 23mila del 1994; casi di furto in appartamenti dai 5-6mila del 1990 ai 4-5mila del’94. Nello stesso modo, le denunce per traffico di eroina sul territorio municipale sono scesi drasticamente, dai 1.400 del 1992 ai 500 del 1994, e i reati con coinvolgimento di tossicodipendenti sono diminuiti del 20% tra il 1995 e il 1996.<sup>171</sup>

### **Contenere e prevenire gli esiti indesiderati delle DCR sul territorio**

In molte esperienze europee l’atteggiamento iniziale dei residenti è di diffidenza se non di opposizione all’insediamento di una CDR sul proprio territorio, nel segno del tipico NIMBY (*not in my backyard*), nonostante, viceversa, vi sia un accordo sull’implementazione di questi servizi in città; tuttavia, nel corso del tempo, questo atteggiamento muta, fino ad arrivare a forme di esplicito sostegno. Sono numerosi gli studi condotti nelle città che ospitano DCR<sup>172</sup>. Un indicatore è

---

<sup>171</sup> U.E.Kemmesis (1999), cit; WM de Jong, U. Weber (1999) *The professional acceptance of drug use. International Journal of Drug Policy*. February 1999

<sup>172</sup> S.Biesma e B. Bielman Biesma, (1999) *Wijs verwezen. Evaluatie van de gebruikruimte De Verwijsplek te Apeldoorn*. Groningen/Rotterdam: IntraVal. Biesma, S. and Bielman, B. (1998a) Keetje Toppel gebruikt. Evaluatie van gebruikruimte de Buren bij Keetje Toppel te Rotterdam. Groningen-Rotterdam, IntraVal, cit in EMCDDA (2004);

rappresentato dal numero di *reclami o esposti* che la polizia locale riceve da parte dei cittadini, che nelle città olandesi, tedesche e svizzere registrano valori assai contenuti.

Sono due i casi in cui, al contrario, una DCR, può portare problemi di disturbo alla cittadinanza:

nel caso in cui l'area attorno al servizio diventi una nuova scena aperta *a seguito di operazioni di polizia in altre zone della città*. Operazioni di controllo troppo pressanti o esplicitamente finalizzate a «ripulire» altre aree urbane dal consumo e dallo spaccio tendono a decentrare la scena aperta, che trova nella presenza di molti consumatori presso la DCR un luogo naturale di attrazione. Emblematico il caso di Fixpunt, a Hannover: utilizzato da circa 150-200 consumatori al giorno nel primo anno (1997) e poi da circa 300 un anno dopo, senza causare alcun impatto significativo con i residenti<sup>173</sup>, ha sollevato molti problemi a partire dal 1999, dopo che la polizia della città ha varato un piano intensivo di sgombero dei consumatori dal centro cittadino, su sollecitazione soprattutto dei commercianti. Il numero degli utenti sale a 390 al giorno, fino a 680 nel 2000 e 800 nel 2001, questi implica gruppi in attesa del proprio turno fuori dal servizio. Inoltre, si crea una nuova scena anche dello spaccio, che a sua volta porta con sé un incremento di operazioni di polizia in loco, con conseguente maggior percezione da parte della popolazione di trovarsi al centro di una vera, nuova scena aperta.<sup>174</sup> La stessa esperienza a Ginevra, dove l'obiettivo di «pulire» il centro città si ritorce contro la periferia, creando nuove scene disperse, incluse quelle attorno alle CDR, e enfatizzando la percezione di quartieri già segnati da problemi sociali diversi di essere penalizzati anche dalle DCR e che le DCR siano la ragione del disordine sul territorio<sup>175</sup>. A Rotterdam, la zona «di tolleranza» denominata “Piattaforma zero”, vicino alla stazione ferroviaria, negli anni '90 è stata dispersa dopo dieci anni di attività, a causa di un crescente malcontento della popolazione residente. Il problema ha suggerito una soluzione urgente, di accoglienza “governata” dei consumatori dispersi, in qual caso presa da una chiesa e non dalla municipalità. La cripta di San Paolo è stata trasformata in una DCR, con la particolare esperienza di includere alcuni spacciatori “integrati” e collaboranti. Raccontano due fondatori: «I frequentatori di Piattaforma Zero si spostarono allora alla chiesa di San Paolo, dove fu aperta in segreto una *safe injection room* che ancora esiste. Questa nuova “stanza del consumo” non aveva permessi ufficiali, era solo tollerata. Da questa esperienza hanno preso il via in tutta la città esperienze di servizi informali di questo tipo per i consumatori. Dal 1995, in tutta l'Olanda è possibile aprire le *safe injection rooms*, a meno che non ci siano obiezioni

---

Spreyermann e Willen (2002) *Evaluationsbericht Pilotproject Cactus. Evaluation der Kontakt- und Anlaufstelle des Contact Netz Drop-in Biel*. Berne: Sfinx; Benninghoff (2003) cit; U. E. Kemmesis (1999) cit;

<sup>173</sup> Basso numero di reclami dai residenti, il 98% degli utenti dichiara di non aver avuto alcun impatto negativo con i residenti, e il 94% nessuna esperienza negativa con la polizia

<sup>174</sup> Poschadel (2003), cit

<sup>175</sup> Benninghoff (2003), cit

del vicinato: la realtà dell'impegno sul campo è stata più veloce della politica»<sup>176</sup>. E' utile anche ricordare la storia di Zurigo, perché in realtà il crearsi della nota scena aperta di Parkspitz (prima tollerata se non ben venuta e poi dispersa) è tutto sommato anche esito della non disponibilità di migliori luoghi di aggregazione per i consumatori e di scelte non in grado di governare, nel medio periodo, i propri esiti: lo ricorda Bernhard Waser, allora a capo del V commissariato di polizia della città, quando racconta che quella scena aperta nasce dallo smantellamento di un luogo, detto Ajz, dove i giovani usavano droghe, come fosse una DCR, al coperto e dentro relazioni di autosupporto. Da qui, da questo smantellamento, "invadono" il nuovo spazio pubblico<sup>177</sup>. Insomma: una logica «pura» di controllo e repressione sul territorio non giova alla gestione della scena aperta, né valorizza il potenziale delle DCR.

- quando, paradossalmente, proprio su sollecitazione di alcuni quartieri (soprattutto del centro cittadino) la DCR viene ubicata lontano dalla zona dello spaccio, forzando i consumatori a lunghi trasferimenti. In questo caso, non solo il rischio è quello di un basso utilizzo del servizio (con relativa bassa ricaduta positiva sulla scena aperta), ma anche quello di un progressivo «adattamento» della scena che tende a spostare il luogo della vendita verso il luogo del consumo. In questo caso, la polizia si ritrova nelle necessità di controllare intensivamente l'area, mirando allo spaccio, ma rischiando di allontanare anche gli utenti<sup>178</sup>.

Dagli studi di valutazione emerge che, a fronte di un risultato complessivamente positivo delle DCR sulla scena aperta cittadina, gli effetti indesiderati sono evitabili se

- esiste un preciso accordo *tra servizi, polizia e amministrazione*, in grado anche di mediare tra interessi e modalità operative diversi tra le diverse agenzie, in modo da non produrre gli effetti paradossali sopra descritti. Il citato studio di Poschadel sulle città tedesche segnala che nelle città dove questa cooperazione è attiva (Francoforte, Saarbrucker) il consenso attorno alle DCR è alto e gli effetti collaterali assai scarsi; al contrario, quando questa cooperazione è carente (Hannover, Amburgo) i problemi ci sono e il consenso è meno allargato. Nelle città olandesi, questa cooperazione è diventata «azione di sistema», e mette attorno a un tavolo – con funzioni di monitoraggio, verifica e eventualmente cambiamento – residenti, amministratori, operatori dei servizi, polizia e rappresentanti dei consumatori<sup>179</sup>.

---

<sup>176</sup> Hans Visser e Marie Kok-Egu (2003) Il "buco pulito" nella cripta di San Paolo in Fuoriluogo, n.3/2003

<sup>177</sup> Città di Francoforte, Commissione delle comunità europee, OMS, Healthy cities project (1990) First conference of European cities at the centre of illegal trade of drugs, (Atti).

<sup>178</sup> EMCDDA (2004), cit

<sup>179</sup> Mentre nella gran parte delle esperienze europee tutti gli attori citati fanno parte dei «tavoli di gestione», è soprattutto in Olanda (e meno diffusamente in Germania) che i consumatori hanno voce e ruolo; questo dipende dalla lunga tradizione non solo delle politiche di tolleranza e *liberal*, ma anche dell'associazionismo tra consumatori, che attraverso i *junkies bond* hanno sempre dato visibilità e rappresentanza ai propri interessi. E' interessante una riflessione

- Esiste una ubicazione e una **gestione del servizio** (orari e spazi sufficienti e calibrati) «*client oriented*» in grado di attrarre e accogliere l'utenza in modo adeguato. Dice lo studio EMDDA: «Le DCR possono ridurre in modo significativo il consumo di droghe in pubblico. Questo risultato dipende dal grado di accessibilità, dall'orario di apertura e da un'organizzazione in grado di ospitare un consumo che altrimenti avverrebbe in pubblico». «Liberare» il centro cittadino e i luoghi del commercio e del business dalla scena aperta decentrando in luoghi poco accessibili o comunque inadatti all'utenza, o peggio non prevedendo alcuna soluzione alternativa e governata, porta nel medio periodo più a nuovi problemi che a buone soluzioni. E' il caso delle città di Hannover, Essen, Amburgo, dove «le DCR sono diventate parte di una strategia orientata in modo predominante all'ordine pubblico. In questo caso, guidare i consumatori fuori dalle zone del business e dello shopping o dal centro città senza prevedere servizi adeguati e alternativi può portare nuovi problemi ai residenti»<sup>180</sup>. Diversi autori sottolineano esplicitamente che «il grado in cui si riesce a ridurre o contenere una scena aperta dipende dalla sufficiente capacità delle DCR a rispondere alla domanda dell'utenza»<sup>181</sup>. In buona sostanza: la mancata alleanza interessi dei consumatori/interessi dei cittadini, e uno sbilanciamento dell'equilibrio negli obiettivi a favore dell'ordine pubblico, sembra risolversi in una minor efficacia se non in una moltiplicazione dei problemi.
- Un terzo fattore di successo, **il sostegno esplicito delle amministrazioni e dei politici**. Recita lo studio dell'EMCDDA: «C'è una evidenza del fatto che le DCR hanno un impatto positivo maggiore laddove vi sia un sostegno e un consenso politico forti attorno al fatto che esse sono parte integrante di una strategia allargata e locale, e che mirano a rispondere tanto ai problemi di salute individuale e pubblica, quanto alla necessità di mantenere un livello accettabile di ordine e sicurezza nella comunità». L'esempio della città di Barcellona e della sua DCR, «*EVA-Espacio de venopuncion asistida*» è da questo punto di vista interessante<sup>182</sup>. Nata nel 2001, a seguito della positiva esperienza della DCR di Madrid (DAVE), EVA è inserita nei programmi di riduzione del danno in un quartiere, Can Tunis, reputato tra i più difficili della città, una sorta di «ghetto» abitato da homeless e dai gruppi sociali più svantaggiati, cuore del mercato illegale delle droghe e scena aperta del consumo e della prostituzione. Qui, il livello di rischi correlato al consumo da parte di una popolazione molto deprivata socialmente e economicamente, e con una qualità della vita e della salute assolutamente precari, in maniera evidente giustifica la presenza

---

sul nesso: non criminalizzazione – autoorganizzazione – partecipazione – efficacia del sistema dei servizi e degli interventi.

<sup>180</sup> EMCDDA (2004), cit

<sup>181</sup> Kemmesis (1999) cit, sulla città di Francoforte e Assessorato alle politiche sociali di Zurigo (1995)

<sup>182</sup> M. Anoro, E. Ilundain, O. Santisteban (2003), *EVA – Espacio de Venopunción Higiénica Asistida* in Barcelona, in *Journal of Drug Issues*, .33/2003

di un simile servizio. Tuttavia, poco prima dell'apertura, il sindaco della città – su pressione dei media e di un comitato di abitanti della circoscrizione Saints – nega il suo appoggio politico. EVA sarà aperto comunque un anno dopo, sull'onda dell'assoluta, evidente emergenza dei danni sanitari derivanti da una pratica iniettiva scorretta, non igienica, rischiosa. L'assenza di un esplicito supporto politico ha reso il progetto – del resto assai efficace sul piano della salute individuale e della capacità di attrazione e contatto - decisamente depotenziato dal punto di vista della potenzialità di mediazione sociale, in una zona degradata duramente segnata non solo da un alto impatto tra popolazione emarginata e residenti, ma anche attraversata da conflitti tra cittadini catalani e persone straniere (soprattutto gitani, che gestiscono il traffico di droghe a livello locale). Le conseguenze pratiche del mancato appoggio politico sono così sintetizzate dagli operatori: precarietà del servizio e sua conseguente impossibilità ad avviare azioni maggiormente strategiche, che non si consumano sul giorno-per-giorno; «clandestinità» del servizio, sua invisibilità e mancanza di una seria supervisione pubblica; impossibilità di attuare seri studi di *rapid assessment*, per calibrare di volta in volta e in tempo reale il servizio alle esigenze degli utenti e del territorio; impossibilità di inserire organicamente EVA in un sistema articolato di interventi sociali e sanitari. I risultati che EVA ottiene appaiono dunque poco calibrati sulla scena aperta non certo per scarsa attenzione al problema, quanto per scarso investimento pubblico e istituzionale.

***In Italia: solo esperimenti bottom up.***

L'Italia non ha avviato alcuna sperimentazione di DCR. La sola ASL 5 di Torino ha presentato formalmente un progetto di DCR ai sensi del bando regionale legge 45/99, ma il progetto è stato cassato. La proposta era nata sulla base di un'esperienza informale condotta sullo stesso territorio (zona ovest dell'hinterland torinese) dall'equipe di operatori di strada e *peer educator*<sup>183</sup> del progetto di riduzione del danno Sottovento. Nel periodo da marzo a agosto 2003 i consumatori di sostanze hanno potuto sperimentare l'utilizzo di una sorta di “*injecting room*” (o meglio *shooting gallery*, essendo un processo spontaneo nato dai consumatori e non un “servizio”) nata spontaneamente in un caseggiato abbandonato all'interno di un parco. Il parco era già utilizzato da tempo come luogo dove consumare sostanze con il conseguente abbandono,

---

<sup>183</sup> *Peer educators* o operatori pari sono consumatori attivi e/o in mantenimento metadonico che collaborano agli interventi di riduzione del danno, sostegno sociale e promozione della salute. E' una figura molto utilizzata nei paesi del nord Europa, che vantano una lunga tradizione di autoorganizzazione tra consumatori, e, a partire dal 1995, vi sono anche significative esperienze in Italia, soprattutto in Piemonte, Lombardia, Liguria, Toscana, Emilia Romagna. Vedi P. Molinatto e S. Ronconi (a cura di) (2003) Supporto tra pari e servizi a bassa soglia, EGA; M. Oldrini, L. Portis, S. Ronconi, G. Racchetti (2005) Identikit di gruppo. Ricerca su 33 operatori pari nei servizi a bassa soglia italiani, Paper, 3° Conferenza CLAT, Barcellona. A livello europeo: F. Trautmann e C. Barendregt (2003) Il sostegno tra pari e la

sul territorio, di siringhe, fiale, carte, fazzoletti sporchi di sangue, ecc. Il caseggiato è stato scelto, secondo il racconto dei consumatori, sia per la sua ubicazione (vicino alla somministrazione del metadone) sia perché consentiva di usare lontani dagli occhi indiscreti, presentava aspetti positivi per chi consumava ma anche per chi non era più obbligato ad assistere a riti “poco piacevoli”. Era però un luogo sporco e puzzolente, pieno di rifiuti di ogni sorta, materassi marci, calcinacci, siringhe, tamponi, carta, fango, anche se comodo e ormai familiare a tutti. Durante lo svolgimento del consueto lavoro di strada gli operatori sono venuti a conoscenza di questo luogo e stante le pessime condizioni igieniche, hanno ripulito e disinfettato le stanze, rifornito di sedie, un tavolo, un bidone per l’acqua, cestini per la carta e contenitori per le siringhe usate con contapezzi. Sono inoltre state lasciate nei locali, a disposizione dei frequentatori, fiale di Narcan (farmaco salvavita in caso di overdose da eroina). In breve tempo, per il naturale tamtam della piazza, il numero dei passaggi è andato aumentando (123 siringhe trovate nel contenitore nei primi 12 giorni del mese di agosto). Purtroppo il 13 agosto, dopo una visita dei carabinieri, le porte sono state saldate in modo da renderle inagibili. La cosa interessante, comunque, sono i risultati osservati durante questo breve esperimento: a) questo luogo è stato gestito dagli stessi consumatori, facilitati dagli operatori pari. Quest’ultimi si sono occupati quotidianamente della pulizia e dello smaltimento delle siringhe usate b) è sensibilmente diminuita la visibilità dei consumatori nel parco, i consumatori hanno spostato il consumo da luoghi più visibili (cespugli, gruppi d’alberi, muretti) c) sono di conseguenza diminuite le siringhe abbandonate e sono aumentate quelle smaltite correttamente: dalle 328 siringhe raccolte all’interno del parco nei mesi di febbraio/marzo alle 220 in totale raccolte nei mesi di aprile, maggio, giugno, luglio. Le siringhe trovate nell’apposito raccoglitore sono aumentate da 35 nel mese di marzo a 185 nel mese di luglio. Tutto ciò è avvenuto anche grazie alla collaborazione dei consumatori stessi i quali, entrati nell’ottica che lasciare il parco pulito fa bene a tutti, sono stati attenti nel riprendere chi sporcava o abbandonava siringhe in giro d) utilizzare sostanze in un luogo protetto e quindi senza l’ansia legata alla paura di essere visti o riconosciuti, aumenta le possibilità di pratiche più corrette e meno dannose d’iniezione: nel periodo considerato sono diminuite le persone che lamentavano problemi di fuorivena o d’infezioni f) questo luogo ha permesso di avvicinare ulteriormente gli operatori alla piazza, soprattutto attraverso il lavoro degli operatori pari<sup>184</sup>.

---

riduzione del danno. I fattori che influiscono sulla modifica del comportamento, in Sostegno tra pari e servizi a bassa soglia, EGA

<sup>184</sup>P. Bertotto, R. Franzin, S. Gesualdo, L. Marini, D. Previati (2004) Progetto “Un parco per tutti” Meno rifiuti tossici = meno tossici rifiutati, Documento, ASL 5 Torino

Merita qualche considerazione anche una potenziale sperimentazione – non attuata – nella città di Torino<sup>185</sup>, dove su decisione del sindaco nel 2002 è stata insediata una commissione di amministratori e esperti per valutare se la città potesse avviare una DCR sperimentale. La sollecitazione originaria rappresenta pienamente le ragioni per la nascita di una DCR per come la letteratura internazionale l’ha fin qui descritta: un picco di morti per overdose da oppiacei, la gran parte rinvenuti in luoghi pubblici, uno nella toilette della VII Circoscrizione, il cui presidente (di centrodestra), sollecita il comune (di centrosinistra) «a fare qualcosa», nel doppio solco della prevenzione delle morti e del controllo della scena aperta. La commissione conclude con un nulla di fatto, un parere tecnico-politico assai prudente porta l’amministrazione a non assumersi la responsabilità politica e pragmatica dell’innovazione, sottolineando la rilevanza di «problemi relativi a rappresentazioni sociali e alle dimensioni etiche sottese». E’ interessante notare come, di contro, uno studio condotto dal basso da alcuni operatori rivela la disponibilità di diversi soggetti del territorio (medici di base, educatori, farmacisti, amministratori) ad accettare la sperimentazione di nuovi interventi, con anche la disponibilità in prima persona a collaborare.<sup>186</sup>

### **Limiti e rischi**

I rischi delle DCR paiono essere assai limitati: dello scarso impatto sulle aree circostanti, sul potere di attrazione di consumatori non “indigeni” abbiamo detto; lo stesso si può affermare per altri ipotetici rischi correlati alla salute dei consumatori<sup>187</sup>.

Per quanto concerne lo sviluppo di microcriminalità - ad opera di consumatori e ai danni di residenti nell’area adiacente un DCR o inerente lo spaccio) , gli studi rilevano un rischio molto contenuto, anche se c’è da dire che molto spesso i ricercatori hanno molte difficoltà ad accedere alle fonti. A Ginevra, Biel e Groningen, una analisi comparata su scippi, furti e rapine prima e dopo l’apertura delle DCR non ha rivelato cambiamenti, mentre la relazione condotta – fuori Europa - dal Sydney *Medically Supervised Injecting Centre* (MSIC) nel 2003, afferma che «l’evidenza dimostra che non c’è stato alcun aumento di reati correlati, in particolare scippi e furti, in King Cross, l’aera attorno al progetto. C’è stata invece una diminuzione, forse dovuta alla diminuzione di offerta di eroina [in zona]. Non ci sono stati aumenti nemmeno nelle attività di associati al progetto. Circa gli utenti, si può dire che tutti già ruotavano attorno a King Cross a causa del mercato per acquistate le sostanze. E’ ragionevole concludere che – stando alle evidenze disponibili – non c’è alcuna ricaduta concreta

---

<sup>185</sup> Comune di Torino (2003), Conclusioni della relazione finale della Commissione “Injecting rooms”, documento

<sup>186</sup> Coordinamento servizi bassa soglia del Piemonte (2003), cit

riguardante consumatori e spacciatori sui King Cross addebitabile al progetto»<sup>188</sup>. Quanto allo spaccio, sono state rilevate attività nei dintorni delle DCR, ma spesso scarsamente incisive in una situazione già connotata dalla presenza del mercato (la gran parte delle DCR sorgono in zone di spaccio). Il rischio è inoltre limitato anche dal «contratto» siglato tra operatori e utenti, che vengono invitati a non acquistare nei paraggi, dalla sorveglianza attuata dagli stessi operatori e da periodiche azioni di controllo della polizia che scoraggiano gli spacciatori ad agire in zona.

Un rischio – sottolineato da Stoever – riguarda gli utenti delle DCR: accade infatti che l'esistenza di questi servizi si traduca – per la polizia ma a volte anche per gli amministratori – in un divieto per i consumatori a stare in strada, e dunque in un paradossale maggior atteggiamento repressivo, al fine di «pulire» davvero la scena aperta. «Considerando la polizia le DCR come una “concessione” ai consumatori, è portata a non permettere a gruppi di consumatori nemmeno di stare negli spazi pubblici o anche solo di incontrarsi. Inoltre molti pensano che ora che i consumatori hanno un luogo sicuro dove andare, non dovrebbero più ritrovarsi in strada»<sup>189</sup>. C'è da dire, come già notato sopra, che questi atteggiamenti avvengono laddove non vi è una costante collaborazione tra attori diversi, soprattutto tra operatori e polizia.

Un altro rischio (di cui si dice ampiamente nel capitolo Conclusioni), è quello di piegare all'obiettivo dell'ordine pubblico gli obiettivi di salute e di inclusione. I modelli di politica sociale cui le DCR si ispirano sono diversi da paese a paese, e oscillano tra approccio sociale e sanitario attento all'individuo e approccio di ordine pubblico, in una infinita gamma di mix. In che cosa si traduce la prevalenza del modello di ordine pubblico? Nel fatto, secondo alcuni autori, che l'imperativo dell'ordine pubblico mette in secondo piano il processo di *normalization* nella vita dei consumatori, esponendoli – proprio all'opposto – a una medicalizzazione forzata e ultranormata. Cosa che non accadeva nelle stanze per il consumo informali e autogestite degli anni '70 e '80, connotate da processi autoregolativi «sociali»<sup>190</sup>.

Sui limiti, lo studio comparato EMCDDA al tempo stesso sottolinea i risultati e valida questi servizi, ma anche mette in guardia dall'eccesso di aspettative: «Mentre l'evidenza suggerisce che gli esiti positivi superano gli eventuali rischi, è fondamentale collocare le DCR nel contesto più ampio di una politica locale sulle droghe e essere modesti su cosa le DCR possono o non possono fare. In

---

<sup>187</sup> Ci si riferisce al rischio che le DCR facilitino un aumento nel consumo, nuove iniziazioni o una minor attenzione a norme di prevenzione, fidando sulla protezione del luogo e sull'intervento “*just in time*” degli operatori: di tutti questi eventuali rischi non vi è alcuna evidenza. Vedi soprattutto in Kemmesis (1999), cit

<sup>188</sup> J. Kimbere altri (2003) MSIC Evaluation Committee, Journal of Drug Issues N. 3/2003

<sup>189</sup> H. Stoever (2002), cit

<sup>190</sup> Così autori come Robert Haemig e Erik Fromberg (2000), Interventi alla 11th International Harm Reduction Conference, Jersey (UK), e, tra le associazioni di consumatori, ASUD, per bocca di Fabrice Olivet, nella medesima conferenza. Vedi anche in S.Ronconi (2000), Le stanze della discordia, in Fuoriluogo n.5/2000

modo particolare non è realistico aspettarsi: che possano prevenire tutto il consumo in pubblico; che possano convincere tutti gli utenti e non avere comportamenti rischiosi o a entrare in trattamento; che possano di per sé rappresentare il maggior fattore di riduzione di overdose e morbilità; che possano risolvere i più ampi problemi dello spaccio e del mercato nero delle droghe illegali». <sup>191</sup>

---

<sup>191</sup> EMCDDA (2004), cit

#### 4.6.2 Oltre la scena aperta

##### *La somministrazione medicalmente assistita di eroina*

Anche per una misura quale la somministrazione legale e sotto controllo medico di sostanze stupefacenti (eroina, soprattutto, ma vi sono esperienze diverse fin dagli anni '60, soprattutto in Gran Bretagna, con morfina, e anche cocaina e anfetamine) il nesso salute individuale- ricadute sulla comunità sociale appare fin da subito costitutivo.

L'utilizzo di sostanze sotto controllo medico non è una novità degli anni '90, né della riduzione del danno: il *British system* tradizionalmente le ha utilizzate in modo assai diffuso, gestite dai medici di base, dunque in modo "ordinario"<sup>192</sup>. Non solo, ma i trattamenti sostitutivi anche a mantenimento (dunque non con immediati scopi *drug free*) con metadone sono in tutta Europa organicamente inseriti nell'offerta dei sistemi socio sanitari, Italia compresa.<sup>193</sup>

La novità tuttavia delle sperimentazioni iniziate negli anni '90 consiste almeno in due diversi fattori: il primo, la somministrazione controllata riguarda oggi consumi non più di piccoli gruppi socialmente integrati (come nella tradizione inglese), ma gruppi di persone allargati e in condizioni spesso critiche, sia dal punto di vista della salute che sociali, dunque un target i cui comportamenti e stili di vita hanno una decisa rilevanza e un deciso impatto sociale; e, secondo, e conseguentemente, si inserisce in un dibattito che non è più esclusiva di medici e terapeuti, ma coinvolge un *setting* più ampio, medico ma anche sociale e anche politico, di gestione complessa e su più piani del fenomeno, nell'ottica della riduzione del danno e del governo del fenomeno delle dipendenze in tutte le sue articolazioni sociali. Tanto è vero che la sperimentazione controllata di eroina – pur se oggi inserita pienamente nel novero dei "trial" clinici e come tale praticata e discussa - è comunque

---

<sup>192</sup> Ricordano Cohen e altri come questo sistema ordinario abbia momentaneamente ceduto al massificarsi del consumo, pur rimanendo variamente praticato, nonostante progressive restrizioni legali. «Il "Sistema Britannico" non è mai scomparso del tutto. Anche nel corso degli anni '70 e '80, alcuni medici hanno continuato a prescrivere eroina, morfina e molte altre droghe ad un numero limitato di tossicomani più anziani appartenenti soprattutto alla classe media. Verso la fine degli anni '80, soprattutto a seguito del diffondersi dell'HIV, alcuni medici cominciarono a chiedere il ritorno ad una prassi più flessibile in materia di prescrizioni. Essi furono appoggiati dall'*Advisory Council on the Misuse of Drugs*, organo ministeriale di consulenza in materia di abusi nel campo della droga. I medici e i clinici britannici fanno ancora affidamento principalmente sul metadone, ma circa il 10% di tutte le ricette prescrivono metadone iniettabile, mentre parecchi altri medici prescrivono versioni farmaceutiche di molte tra le droghe in vendita per le strade, compresa l'eroina, la cocaina e le amfetamine. Un medico del Merseyside, John Marks, ha richiamato l'attenzione internazionale per aver senza peli sulla lingua rivendicato una prassi di prescrizione più liberale che includa l'eroina e la cocaina da inalazione per un ristretto numero di pazienti. A Warrington, un clinico ha prescritto dosi di mantenimento di cocaina in fiale iniettabili, spray nasali e sigarette alla marijuana. I medici di Exeter, Portsmouth, Plymouth e Cheltenham prescrivono amfetamina in forma orale. (...) I primi rapporti inducono a ritenere che tale prassi produce notevoli riduzioni delle tossicodipendenze e del rischio di HIV, come pure un notevole progresso in ordine alla stabilizzazione dell'impiego, dell'abitazione e dello status giuridico. Molti medici inoltre prescrivono l'eroina e altre droghe al tossicomane occasionale nel caso in cui il metadone non riesca a conseguire gli obiettivi del trattamento voluti, ma la maggior parte di essi lo fanno con discrezione, preferendo non richiamare l'attenzione, sia degli eroinomani, sia dei media», P. Cohen, E. Nadelmann, E. Drucker, U. Locher, J. Stimson e A. Wodak (1996), cit

<sup>193</sup> Ha fatto a lungo eccezione la Francia, dove l'accesso a terapie metadoniche era molto restrittivo, situazione oggi superata. Continua a fare eccezione la Svezia, dove nel corso degli anni '80 il metadone era rigorosamente proibito, salvo poi essere riammesso – in modo restrittivo e spesso dentro forme di terapia coatta – a fronte della crisi dell'AIDS.

“materia delle città”, come testimoniano le agende delle municipalità dal '90 ai giorni nostri<sup>194</sup>. La somministrazione controllata è nella prassi una pratica terapeutica, ma costantemente attraversata da un dibattito che è pienamente sociale e politico e oscilla tra una interpretazione “stretta” della somministrazione dell'eroina come “farmaco”, in alcuni casi più efficace del metadone o di altri sostitutivi, e un'interpretazione che la vede come sperimentazione di una possibile gestione legalizzata e regolata della sostanza, in vista di ulteriori passaggi di legalizzazione<sup>195</sup>. Anche se le sperimentazioni in corso - già la messa a regime, in alcuni casi, come quello svizzero e quello olandese, dopo dieci anni di sperimentazione - attengono alla prima ipotesi descritta, sono cioè un trattamento, non c'è dubbio che, sul piano degli effetti sociali, per l'individuo e per la comunità, che qui ci interessa, il nodo sembra essere quello del *setting* ben più di quello della chimica della sostanza. Cioè: se è vero che l'eroina risulta più gradita, efficace e con meno effetti indesiderati, per alcuni gruppi, del metadone per via orale o per via iniettiva, è vero tuttavia che molti vantaggi risultano dal fatto che «i partecipanti al programma hanno accesso all'eroina senza dover sottostare alla pressione di dover acquistare la droga sul mercato illegale»<sup>196</sup>. Questo di meno di stress dovuto allo statuto illegale dell'eroina disegna una condizione di “stabilizzazione” anche sociale, crea un tempo, uno spazio e una energia da utilizzare verso «la gestione positiva dei conflitti personali e sociali e nella scoperta e nello sviluppo di risorse e potenzialità personali nascoste»<sup>197</sup>. Questo aspetto di *empowerment* individuale appare importante, negli interventi in corso, ed è ciò che maggiormente interroga attorno ai danni correlati allo statuto illegale della sostanza. Secondo molti autori, questo aspetto è assai positivo anche perché “tranquillizzante” rispetto a quella che possiamo chiamare insieme *l'illusione e la minaccia* della «panacea farmacologia»: l'illusione, perché, al di fuor dell'intreccio complesso tra sostanze, *set* e *setting*<sup>198</sup>, non esistono doti magiche di alcun farmaco o sostanza; e la minaccia, perché proprio questa complessità, che ospita soggettività, scelte e diritti dei consumatori, dovrebbe poter tenere al riparo da un uso in termini prioritariamente di controllo, autoritari, di una pratica terapeutica. La centralità del *setting*, cioè in questo caso dell'uso sì controllato medicalmente ma anche in qualche modo legalizzato dell'eroina, è dunque un aspetto caratterizzante di queste esperienze.

La somministrazione controllata di eroina avviene oggi in Europa in Svizzera, Olanda, Germania, Spagna e - con le caratteristiche tipiche dell'approccio medico del British system, in Gran

---

<sup>194</sup> Conferenza di Francoforte (1990), Risoluzione e atti, cit e ECDP (1998) Conferenza internazionale (dichiarazione e atti), cit

<sup>195</sup> I.Michels (2002), *Heroin based treatment*, in Journal of drug issues, n.2/2002

<sup>196</sup> ibidem

<sup>197</sup> ibidem

<sup>198</sup> Alla Normam Zinberg, secondo il quale ogni consumo va visto in relazione alla sostanza, alle caratteristiche del soggetto e al contesto sociale, quest'ultimo può incrementare o viceversa alleggerire gli effetti indesiderati e consentire

Bretagna.<sup>199</sup> In modo sostanzialmente omogeneo, riguarda gruppi piuttosto limitati e selezionati di consumatori problematici, in particolare con lunghe storie di dipendenza, reiterati trattamenti falliti o comunque dimostratisi non efficaci, in condizioni di salute psicofisica non buona e in condizioni sociali degradate. Obiettivi comuni alle diverse sperimentazioni sono:

- Migliorare la presa in carico di gruppi di consumatori
- Migliorare le condizioni di salute psicofisica
- Facilitare cambiamenti nelle abitudini nel consumo, diminuire l'assunzione illegale di eroina o cocaina
- Migliorare le condizioni sociali e di inclusione con riferimento alle capacità lavorative, alla condizione abitativa e all'estinzione dei debiti contratti con il mercato nero
- Diminuire le attività illegali e i reati commessi dagli utenti
- Ottenere benefici sul piano dei costi sociali, come quelli dovuti alle attività di polizia e tribunali, così come quelli inerenti i costi delle cure mediche

Anche qui, dunque, la strategia è quella di trovare un bilanciamento tra bisogni/interessi dei consumatori e bisogni/interessi della comunità sociale.

Anche se questa scelta ha coinvolto, nel tempo, i governi centrali o federali e, prima le regioni o i *lander*, le città hanno avuto e hanno un protagonismo forte: non solo nel sostegno e nell'incentivo alle sperimentazioni<sup>200</sup> viste come strumento di governo del fenomeno nell'ambito delle *drug policies* locali, ma anche per altri due buoni motivi: il dibattito acceso, anche ideologico e politico, attorno all'uso controllato di eroina fa sì che l'informazione e la costruzione del consenso a livello locale siano non un optional ma una necessità; inoltre, proprio perché l'eroina-farmaco non è, come alcun altro farmaco, una panacea, la sperimentazione abbisogna di un insieme organico e efficace di strumenti (servizi sanitari integrati, servizi sociali e efficaci politiche di inclusione) e di un tempo non breve di operatività garantita e a regime. I risultati delle sperimentazioni, infatti, registrano

---

oppure impedire la prassi del consumo (auto)controllato, in N.Zinberg, *Drugs, set and setting. The basis for controlled intoxicant use*. New Haven: Yale University Press.

<sup>199</sup> Le città svizzere coinvolte sono Basilea, Berna, Bienne, Friburgo, Ginevra, Horge, Lucerna, Olten, Thun, Wetzikon, Winthertur e Zurigo. Quelle tedesche Amburgo, Hanover, Francoforte, Colonia, Bonn, Karlsruhe e Monaco; in Olanda, Amsterdam, Rotterdam, Aja, Groningen, Heerlen e Utrecht.. In Spagna, il 3 maggio 2001 la Commissione mista per lo studio delle possibilità terapeutiche dell'eroina, composta da esperti, scienziati, sociologi e da rappresentanti dei dipartimenti della Sanità, degli Interni, della Giustizia, delle comunità autonome e di organismi scientifici, ha approvato l'avvio della sperimentazione, che riguarda la regione dell'Andalusia, nelle città di Granada e Algesiras e le municipalità della Catalogna. A Granada, l'esperimento decolla alle fine del 2003. Sempre in Spagna, nel febbraio 2005, sessanta detenuti del carcere di Nanclares de la Oca (Alava) si preparano al primo programma di distribuzione controllata di eroina in carcere. L'esperimento, stimolato da "Dirección de Drogadependencias" del Governo basco, inizia a fine 2005

<sup>200</sup> Vedi l'agenda delle città dell'ECDP, che contiene indicazioni in questo senso già nel '90, rinnovate e rafforzate dalla dichiarazione del 1998, grazie al lavoro nel frattempo svolto dai diversi progetti municipali

successi significativi sul piano della salute in un periodo medio-breve (18 mesi), mentre i risultati di tipo sociale (inclusione, lavoro, calo dei reati e dei comportamenti illegali) di almeno due anni<sup>201</sup>

Nell'esperienza svizzera,<sup>202</sup> le città, e soprattutto la città di Zurigo hanno giocato un ruolo centrale. Qui, le difficoltà della gestione della scena aperta di Parkspitz<sup>203</sup>, all'inizio degli anni '90, aveva spinto la città verso la ricerca di politiche «di respiro» che incidessero tanto sulla salute dei consumatori (esisteva un vera emergenza overdose: 600 morti l'anno in Svizzera, una cifra molto alta, oggi scesa a meno di 200), quanto sul consumo in pubblico e sulla microcriminalità nelle zone adiacenti la scena aperta.

Le sperimentazioni – accompagnate da un rigoroso sistema di controllo e di verifica – includono persone tossicodipendenti di lunga data, per le quali altri tipi di intervento e trattamento non sono stati efficaci, che hanno situazioni sociali e di salute altamente compromessi. Gli obiettivi dichiarati sono: «integrazione terapeutica di persone dipendenti difficilmente avvicinabili con altre terapie; miglioramento dello stato di salute psicofisica; migliore integrazione sociale sul piano del lavoro, del distacco dalla scena della droga, della riduzione dei comportamenti criminali. L'abbandono del consumo di oppiacei è un obiettivo posto a lungo termine». Le sperimentazioni iniziano nel 1992, procedono per diverse fasi, ognuna sottoposta a valutazione, vengono ciclicamente rilanciate, fino ad «andare a regime» ed essere validate sul piano politico da una serie di referendum popolari, secondo la legge svizzera.<sup>204</sup>

Votano le città, ciclicamente chiamate da uno schieramento contrario a misure di riduzione del danno e a favore di politiche tradizionali di riduzione della domanda, per ben cinque volte dal 1994 al 2004: nelle città di Zurigo, Basilea, e Winthertur tutti i referendum falliscono, la popolazione vota a favore della somministrazione controllata. Anche un referendum federale, nel 1997, promosso da un cartello sotto il titolo di «Gioventù senza droga» fallisce il suo intento, che era quello di bloccare la sperimentazione di eroina somministrata e limitare anche la prescrizione di metadone<sup>205</sup>.

---

<sup>201</sup> Kiliass e Rabasa (1998) *Does heroin prescription reduce crimes? Results from the evaluation of the Swiss heroin prescription projects*, in *Studies on crime prevention*, n7/1998; I.Michels (2002), cit

<sup>202</sup> Decollata nel 1992 con il progetto sperimentale PROVE, attualmente “a regime” anche grazie a numerosi referendum popolari cittadini che l'hanno ripetutamente approvata

<sup>203</sup> E' curioso – fa notare Matteo Ferrari, economista svizzero che si occupa di drug policy e valutazione degli interventi – come il fallimento della scena aperta di Parkspitz venga da alcuni indicato come il fallimento delle politiche di tolleranza e di riduzione del danno, quando, al contrario, erano il prodotto proprio dell'assenza di una politica locale coerente. Le iniziative di riduzione del danno di cui qui si parla, nell'ambito dell'apertura della politica svizzera al «quarto» pilastro della riduzione del danno (essendo gli altri tre prevenzione, repressione del traffico e trattamenti), hanno, di fatto, segnato il superamento proprio di quella scena aperta ingovernabile. M.Ferrari (2004), *Il processo di riforma in Svizzera*, cit

<sup>204</sup> M.Ferrari (2004), *La valanga. Zurigo: approvati col 75% dei voti i trattamenti con eroina*, in *Fuoriluogo*, n.10/2004

<sup>205</sup> *ibidem*

Proprio le caratteristiche della democrazia svizzera, federale e che frequentemente ricorre alle consultazioni popolari, fanno sì che l'esperienza elvetica sia di interesse dal punto di vista dell'efficacia dimostrata e del gradimento delle misure locali di *drug policy* da parte della popolazione: i sindaci, nel momento in cui intendono portare avanti e mettere a sistema le misure sperimentate, devono difenderle e conquistare un consenso popolare, attraverso valutazioni e dimostrazioni di efficacia, e anche – non secondario – attraverso una analisi costi/benefici convincente. Nel 2000, città e cantoni “sperimentali” hanno ottenuto, a fronte dei risultati positivi e dei ripetuti appoggi popolari, che tutte le autonomie locali che lo richiedono possano avviare interventi di somministrazione; nel settembre del 2004, la popolazione di Zurigo, con un 75% di voti, definitivamente «valida» questo tipo di interventi. Ma, anche qui, le città sperimentano comunque contraddizioni e conflitti con il governo centrale: una proposta di legge del 2001 che ridimensiona l'approccio penale al consumo, fortemente sostenuta dalle città, non viene approvata dal governo federale, così in parte bloccando il processo di riforma *bottom up* delle municipalità e dei cantoni; decolla tuttavia il dibattito attorno a proposte di legalizzazione del consumo e della produzione a uso personale di cannabis (un referendum si terrà nel 2006).

L'esperienza svizzera è la più monitorata e valutata, e per un periodo più lungo, oggi arrivato a dieci anni. In modo particolare, oltre agli effetti positivi dei trattamenti sulla salute dei consumatori<sup>206</sup>, la valutazione è ricca di studi sugli effetti in campo sociale e sui comportamenti illegali e criminali. Secondo uno studio condotto sugli anni 1994-1996<sup>207</sup>, si è verificato un deciso miglioramento della condizione abitativa e nessuno degli utenti risulta essere senza casa; sono migliorate le capacità di “tenere” un lavoro, è aumentato il numero degli occupati stabilmente (dal 14 al 32%), ed è diminuito quello dei disoccupati (dal 44 al 20%), gli altri o ricevono un sussidio o lavorano al nero. Circa un terzo di quanti, al momento dell'ingresso in trattamento, dipendevano da qualche forma di assistenza sociale, se ne sono emancipati. Al tempo stesso, coloro che vivevano di attività illegali si sono rivolti all'assistenza. Si è drasticamente ridotto numero e entità dei debiti contratti con spacciatori e strozzini di vario tipo<sup>208</sup>. I contatti con la scena della droga si sono molto

---

<sup>206</sup> Nel dibattito su quanto la somministrazione di eroina possa risultare una mera funzione d'ordine pubblico, vale la pena notare che, oltre all'ovvia volontarietà dell'adesione al programma, vi è anche una grande mobilità verso altri trattamenti (ogni anno tra le 180 e le 200 persone passano a un trattamento metadonico, per il 35-45% e all'astinenza per il 23-27%) e una gamma vasta di risultati relativi alla salute della persona, come il miglioramento dello stato generale di salute e dell'alimentazione, e al benessere sociale (alloggio e occupazione). In ogni caso, gli effetti sulla salute si possono così riassumere: miglioramento delle condizioni di salute duraturo nel tempo; miglioramento degli stati di depressione e ansia; ingresso e permanenza in trattamento per quanto concerne le cure antiHIV; diminuzione dell'utilizzo di eroina e cocaina dal mercato illegale; deciso decremento dell'uso di benzodiazepine, alcol e cannabis. In Uchtenhagen, A. *Programme for a Medical Prescription of Narcotics: Final Report of the Research Representatives*. Zurich: Institute for Social and Preventive Medicine at the University of Zurich; 1997

<sup>207</sup> Uchtenhagen, A (1997), cit

<sup>208</sup> Alcuni progetti prevedono anche un aiuto per saldare i debiti contratti con il mondo della droga, per facilitare la rottura delle relazioni con la scena illegale

ridotti anche se non sono stati rimpiazzati da nuove reti sociali, e questo disegna un contesto di relativa solitudine e a volte di isolamento. E' chiaro comunque come questi risultati abbiano un riflesso più che significativo sulla vita sociale della città, in termini di diminuzione di attività illegali, ma anche di processi inclusivi. In relazione alla scena aperta, il miglioramento della condizione abitativa, il vivere meno per strada, il frequentare più saltuariamente la scena della droga, hanno indubbe ricadute. A parità di condizioni, il confronto con persone in trattamento metadonico è indicativo: chi è in trattamento con eroina, registra una più forte riduzione del consumo illegale di eroina, cocaina e benzodiazepine, e una netta diminuzione dei contatti con la scena della droga. Anche il tasso di abbandoni del trattamento è risultato minore tra le persone che si sono sottoposte alla terapia a base di eroina. «Questo significa che per un determinato gruppo bersaglio il trattamento a base di eroina è più efficace rispetto a quello a base di metadone, e che quindi rappresenta un valido complemento del ventaglio terapeutico»<sup>209</sup>.

Dal punto di vista degli effetti in termini di microcriminalità, lo studio sugli anni 94-96 rileva che le entrate derivanti da attività semilegali o illegali scende dal 59%, dichiarato in ingresso, al 10%; sia il numero dei reati che delle persone coinvolte in reati scende del 60%<sup>210</sup>, mentre non vi sono – se non raramente e per breve tempo – episodi di impatto tra i centri sperimentali (e gli utenti) e la popolazione locale. Dal punto di vista del rapporto costi/benefici, cui gli svizzeri prestano accurata attenzione anche con finalità di consenso sociale, lo studio evidenzia come il costo giornaliero per paziente (inclusi tutti i servizi offerti, sanitari e sociali) è di 51 Fr, mentre le sovvenzioni pubbliche e quelle assicurative coprono fino a 35 Fr. La differenza è colmata da ulteriori entrate sia pubbliche che private. Tuttavia, questo maggior costo è, secondo lo studio, ampiamente coperto: i costi “evitati” dall'intervento (sistema penale, carico sul sistema repressivo, sistema sanitario) ammontano a 96 Fr. Se ne deduce che il risparmio secco è di 45 Fr. a persona. Nel 2002 il costo sale a 40 euro, ma la validazione del trattamento fa sì che sia coperto dal sistema delle assicurazioni. E' indicativo che di questa cifra solo il 10% riguardi i costi della sostanza, mentre il rimanente 90% copre i costi di una presa in carico integrata<sup>211</sup>.

Anche i ripetuti studi affidati a Martin Killias, dell'*Institut de police scientifique et de criminologie* dell'Università di Losanna, che coprono sei anni di attività degli interventi, hanno verificato un nesso tra trattamenti con eroina e diminuzione sensibile della microcriminalità droga-correlata. Gli

---

<sup>209</sup> Ufficio federale della sanità pubblica (1999), Il trattamento con eroina. Atti relativi alla votazione sul decreto federale urgente concernente la prescrizione medica di eroina

<sup>210</sup> Il dato è ottenuto sia da fonte diretta autoriferita (interviste agli utenti), sia da fonti ufficiali (statistiche delle polizie locali)

<sup>211</sup> M. Ferrari (2002), Vite più accettabili in Fuoriluogo, n.11/2002

items analizzati sono: condanne penali di persone tossicodipendenti, numero di giorni di carcere comminati, atti di microcriminalità correlata al consumo di droghe (furti, rapine, aggressioni, spaccio). Le persone in trattamento (1069 nel 1999, 1230 nel 2002) risultano diminuire gli atti illegali dell'80%, mentre la detenzione preventiva (e i costi relativi per l'amministrazione penitenziaria), scendono per loro del 50%<sup>212</sup>.

Secondo i dati forniti dalla polizia locale, gli utenti del progetto che compiono reati mediamente diminuiscono del 40% dall'entrata in trattamento, a prescindere dal periodo di osservazione, cioè appare un risultato stabile nel tempo di trattamento. In media – sempre secondo fonti di polizia – il numero di reati compiuti da ogni utente diminuisce di percentuali variabili dal 68,2 al 71,1%.<sup>213</sup>

Al momento dell'ingresso in trattamento, il 70% degli utenti risolvevano i loro problemi di reddito attraverso attività variamente illegali o espedienti (dai furti, alla prostituzione, ma il dato comprende anche l'accattonaggio); dopo 18 mesi di presa in carico, la percentuale scende al 10%.

In specifico: all'inizio, il 20% dichiara di avere solo un reddito illegale, la percentuale scende al 7% dopo un trattamento di due anni, al 4% dopo tre anni, del 6% sopra i tre anni. Chi vive di espedienti e reddito illegale insieme è il 27% all'inizio, lo 0% dopo due anni (il 2% dopo tre anni, il 4% oltre i tre anni). Chi non ha alcuna attività illegale è il 33% all'inizio, il 35% dopo tre anni.

E' rilevante notare come la diminuzione riguardi soprattutto reati definiti gravi contro la proprietà (-94%) e attività di spaccio di droghe «pesanti» (-82%). Mentre non si sono avuti risultati rilevanti negli atti di violenza tra persone tossicodipendenti – che sono rimasti quasi inalterati - Killias sottolinea che si sono avuti dei significativi miglioramenti nella minor «vittimizzazione» dei consumatori, aspetto non usualmente indagato: chi utilizza eroina controllata, subisce meno violenze e stupri di chi è esposto al mercato nero e alle sue regole.

Questi dati svizzeri sono interessanti non solo per la valenza sociale, di minor impatto sulla comunità, ma anche per un significato più largo, che attiene alla costruzione stessa del problema droga a livello sociale, e che può positivamente riverberarsi sulla percezione che i cittadini hanno del fenomeno. Per dirla con le parole di Grazia Zuffa (e dello stesso Killias), «la prescrizione medica di eroina ha anche implicazioni teoriche: se, eliminando la necessità di coinvolgimento criminale tramite l'offerta “pulita” di sostanza, diminuiscono i tassi di criminalità, risulta confermata la natura causale tra dipendenza da droga *illegale* e crimine»<sup>214</sup>.

---

<sup>212</sup>Killias, M, Rabasa (1998), cit; M. Impallomeni (2001) Abbiamo ridotto i reati dell'80%. Trattamento a base di eroina, parla il criminologo svizzero Martin Killias, in Fuoriluogo, n. 3/2001

<sup>213</sup> Killias (1998), in Ufficio federale della sanità pubblica (1999), cit

<sup>214</sup> G.Zuffa (2000) I drogati e gli altri, ed Sellerio. Non molti anni fa in Italia, nel 1998, il Procuratore Generale Galli Fonseca ebbe a dire: «La delinquenza dei tossicodipendenti, che tanto preoccupa la popolazione, è più conseguenza del regime proibitivo che degli effetti psichici prodotti dal consumo degli stupefacenti» concludendo che sarebbe stato

In Olanda<sup>215</sup>, la sperimentazione dà risultati simili.<sup>216</sup> Anche qui, il gruppo dei consumatori ammessi alla sperimentazione è definito in base a situazioni personali e sociali difficili e soprattutto rispetto all'inefficacia – nella presa in carico, nella ritenzione in trattamento e nei risultati – delle terapie già esistenti, soprattutto quelle a base di metadone. L'obiettivo principale è quello di tipo sanitario, soprattutto inerente « cura dell'intossicazione acuta, astinenza, prevenzione delle ricadute e la stabilizzazione». La sperimentazione metterà a confronto tre diversi gruppi di utenti: uno in terapia metadonica, uno in terapia con eroina e uno con entrambe, al fine di verificare se e in quali casi l'eroina si dimostri maggiormente efficace. Le persone coinvolte hanno un'età media di 39 anni, al momento dell'ingresso in trattamento il 66% dichiara problemi fisici, il 60% problemi psichiatrici, il 72% problemi sociali. Consumano mediamente da 16 anni l'eroina, da 10 anni cocaina, da 7 anni entrambe. Nell'ultimo mese, l'eroina è stata consumata in media per 26 giorni, e hanno ricevuto metadone per una media di 29 giorni.

Dopo 12 mesi di trattamento sperimentale, gli utenti che “rispondono al trattamento” (cioè registrano almeno il 40% di miglioramento nei tre settori: salute fisica, salute psichica, funzionamento sociale) sono il 56,6% di coloro che usano eroina per via iniettiva associata a metadone, mentre il 31,6% del gruppo di controllo (solo metadone); il 47,9% tra coloro che usano solo eroina per inalazione, mentre il 25,2% del gruppo di controllo con solo metadone.

---

opportuno «considerare con grande attenzione le nuove impostazioni criminologiche e terapeutiche condotte in alcuni paesi, mediante iniziative non di liberalizzazione del commercio, ma di somministrazione controllata delle droghe sulla base di prescrizioni mediche» (in S.Segio, Somministrazione di eroina. Pregi e limiti, precursori e interpreti della proposta Fonseca, in S'avanza una strana eroina, 1999, cit). Considerazione interessante, se si pensa che esiste un pensiero tra alcuni criminologi, che sostiene la preesistenza del coinvolgimento nelle attività criminose dei consumatori, in questo negando nesso causale tra illegalità delle sostanze e comportamenti. E' chiaro che, al contrario, verificare e riconoscere questo nesso, porta a una maggiore propensione a operare sul «setting», cioè sul contesto sociale, a disaggregare il fenomeno in problemi correlati ma anche mirati, specifici e dunque in qualche modo “aggregabili” da politiche mirate.

<sup>215</sup> Prima dell'eroina somministrata medicalmente, in Olanda era stato avviato nel 1983 un modesto programma di mantenimento con morfina su base sperimentale, ad Amsterdam. Destinato a gestire un gruppo di 37 tossicomani “estremamente problematici”, il programma prevedeva una dose di base di metadone orale e una dose di morfina iniettabile, ma, valutato dopo due di follow-up, il programma è stato considerato modestamente riuscito, tanto in ordine al miglioramento della salute e al funzionamento sociale degli utenti, quanto alla riduzione del loro coinvolgimento in attività criminali. Cohen e altri (1996), cit

<sup>216</sup> La sperimentazione avviene nelle città di Amsterdam e Rotterdam, a partire dal 1998, su decisione del Ministro del welfare, a sua volta sollecitato dalle stesse realtà locali. Il Ministro sottopone al Consiglio di sanità la questione, che la approva, su parere del proprio *Committee on Medicamental Interventions in Heroin Addicts* (CCBH). Il rapporto precisa che «il trattamento potrebbe essere valido qualora una ricerca medica scientificamente fondata verificasse la sussistenza di un bilancio positivo fra eventuali effetti benefici e controindicazioni». Vedi CCBH (1996), Relazione interlocutoria del Consiglio per la Sanità dell'Olanda al Ministro per la Sanità sulla prescrizione di eroina agli eroinomani, trad.it. in *Quaderni di Fuoriluogo*, n.10/1996. Nel febbraio 1999, in seguito alla decisione del governo e del Parlamento olandese, si continua la ricerca ad Amsterdam e Rotterdam e si estende a L'Aia, Groningen, Heerlen e Utrecht per un totale 750 pazienti coinvolti. Lo studio entra completamente a regime nel corso del 2000. Il 1 ottobre 2001 si chiude il periodo della sperimentazione. Il 4 febbraio 2002 il CCBH presenta al ministro competente il rapporto sulla sperimentazione

In specifico, dal punto di vista dei risultati con implicazioni sociali, per il singolo e per la comunità: diminuiscono i giorni in cui sono state compiute attività illegali (da 14,7 giorni a 2,1 giorni nell'esperimento con eroina per via iniettiva; da 11,6 giorni a 2,2 giorni nell'esperimento con eroina per inalazione). L'indicatore che misura quanto i consumatori hanno rapporto con persone diverse da quelle che popolano la scena della droga («nessun contatto con non consumatori»), utile per leggere l'integrazione sociale dei pazienti, dice che i giorni in cui i pazienti non hanno avuto alcun contatto con non consumatori diminuiscono da 17,2 a 11,6 nel trattamento con eroina per via iniettiva, da 14,7 a 9,9 nel trattamento con eroina per inalazione (è comunque l'area in cui i risultati sono più modesti). Per quanto concerne il consumo di eroina illegale (e dunque i reiterati contatti con la scena della droga), se il gruppo trattato con eroina inizialmente riportava 25 giorni di media di consumo al mese, dopo un anno scendeva a 6 giorni al mese (per quelli in trattamento con metadone, rispettivamente 26 giorni inizialmente, 19 dopo un anno).

### **In Italia: metadone “di strada”**

Nessuna sperimentazione di somministrazione controllata di eroina è mai stata avviata in Italia, non con l'attuale legislatura, non con quelle passate<sup>217</sup>. Questo sebbene in Italia si siano nel tempo ripetuti tanto dibattiti nel merito che sperimentazioni: dalla morfina somministrata da molti terapeuti negli anni '70, alla proposta del ministro liberale della Sanità Renato Altissimo, nel 1979, di somministrare eroina presso gli ospedali (allora osteggiata da DC e PCI in pari misura). Dibattiti poi spentisi rapidamente anche per una cultura di stampo iper proibizionista allora diffusa trasversalmente in tutte le componenti sociali e politiche del paese, fatta eccezione per quale laico-liberal-radicali.

Esiste, comunque, una pratica consolidata, da parte dei Ser.T, di somministrazione di metadone. Mentre esiste una vasta letteratura sull'efficacia di questi trattamenti sul piano della salute psico-fisica dei consumatori, sulla prevenzione delle morti per overdose e sulla ritenzione in trattamento<sup>218</sup>, non risultano a livello italiano studi significativi sulle ricadute dei trattamenti protratti in termini sociali, di stabilità di reddito e condizione lavorativa e di diminuzione degli atti illegali correlati. In ogni caso, molti servizi – coerentemente con una deontologia professionale che vuole la terapia commisurata alla condizione individuale e negoziata con il paziente e nonostante le linee di indirizzo restrittive del governo - hanno adottato una pratica di

---

<sup>217</sup> Sebbene, nel corso delle Conferenze triennali sulle dipendenze, che il governo è tenuto per legge ad organizzare per la verifica delle linee programmatiche, di Napoli nel 1997 e di Genova nel 2000, questa proposta sia stata ripetutamente presente negli interventi di molti operatori e nei gruppi di lavoro tra esperti. Una possibilità in questo senso è prevista (sebbene genericamente) nella legge regionale toscana sulle dipendenze.

<sup>218</sup> Vedi progetto di valutazione VEDETTE, condotto nei Ser.T di numerose regione italiane in [www.studio-vedette.it](http://www.studio-vedette.it)

somministrazione secondo un approccio di riduzione del danno, organicamente inserita in un sistema articolato di servizi a bassa soglia e interventi ambulatoriali.

A Bologna<sup>219</sup>, nel settembre '99, è partita la prima esperienza in Italia di **somministrazione di metadone attraverso un ambulatorio mobile**. A Bologna l'affluenza e la sosta di alcune centinaia di persone che attendevano il proprio turno per il farmaco era diventato un fenomeno poco tollerato non solo dai cittadini residenti nei luoghi limitrofi ma anche dagli stessi pazienti dei Servizi. Si trovavano infatti a coesistere persone che seguivano un trattamento di tipo integrato (farmaco e percorso socio-riabilitativo) e persone che, non volendo o non essendo nelle condizioni idonee, assumevano solo il farmaco. Queste ultime erano le persone che creavano maggiormente problemi all'impatto ambientale, in quanto restavano "agganciate" al servizio solo in virtù della possibilità di ricevere il farmaco sostitutivo. Non solo, ma a Bologna gli episodi di microcriminalità legati alle cause della tossicodipendenza, erano commessi nella maggioranza dei casi da chi, in quanto non residente in città, non poteva accedere ad alcun tipo di trattamento, neppure quello farmacologico. Nell'area urbana di Bologna sono infatti presenti alcune centinaia di persone tossicodipendenti non residenti. Si tratta per lo più di immigrati irregolari e/o cittadini italiani senza dimora stabile con ripetuti progressi fallimenti terapeutici. Queste persone risultano esposte in maniera maggiore dei tossicodipendenti residenti alle conseguenze del consumo di droghe illegali ed in particolare al rischio di morte per overdose, al rischio di contrarre malattie infettive ed al rischio di carcerazione.

Paradossalmente questi soggetti, pur presentando un rischio maggiore, restano quasi sempre esclusi dalle prestazioni del sistema dei servizi per le tossicodipendenze per motivi di tipo burocratico. Ciò richiede l'attivazione di percorsi preferenziali "ad hoc" tesi a ridurre i rischi conseguenti all'uso di droghe e a promuovere, ove possibile, percorsi di cambiamento.

Il bus del metadone si rivolge a tutte quelle persone (senza fissa-dimora, immigrati irregolari) che, o perché non sono interessate a programmi di alto profilo, o perché non residenti a Bologna, trovano in questo modo la possibilità di assumere il farmaco in luoghi (5) della città, lontano da agglomerati edilizi ma sufficientemente vicini alle zone frequentate dagli stessi. L'Ambulatorio Mobile perciò evita "migrazioni di utenti verso un solo punto della città, frammenta l'utenza in piccoli gruppi con conseguente riduzione significativa dell'impatto ambientale, favorisce il

---

<sup>219</sup> Nell'ambito del progetto "Bologna Sicura" - avviato nel '94 e terminato nel 1999 con l'avvento della nuova giunta di centro-destra - molte sono state le iniziative, alcune delle quali mantenute nel corso di questi ultimi 5 anni, nonostante la differente impostazione politica, nel solco della riduzione del danno, realizzate anche con la collaborazione dell'associazionismo. Per il lavoro con i tossicodipendenti, una figura chiave è stata rappresentata dagli "street workers", attivi dal 1995; con l'associazione Amici di Piazza Grande (un'associazione composta da persone di strada) è stato promosso un servizio mobile di sostegno per contattare persone senza fissa dimora ed offrire loro un primo sostegno rispetto ai bisogni primari.

dissolvimento, alla ripartita del mezzo, di eventuali capannelli che si dovessero formare, consente di variare la sede delle fermate e, soprattutto, consente di raggiungere l'utenza direttamente nelle zone di residenza. L'esperienza dell'ambulatorio mobile registra un 30% di pazienti inviati successivamente ad ambulatori fissi per accedere a programmi di trattamento integrati ed un 15-20% di inseriti in programmi di comunità terapeutica; sono inoltre diminuite le morti per overdose (43 nel '98, scese a 17 nel 2004), così come le proteste dei cittadini.

### **Rischi e limiti**

I rischi della somministrazione controllata di eroina a una popolazione di dipendenti di lunga data non sembra, dagli studi di valutazione prodotti, aver conseguenze negative sulla salute e sulle condizioni di vita dei consumatori, che, al contrario, come sopra citato, registrano risultati positivi e incoraggianti.

Il dibattito critico si incentra prioritariamente su contestazioni di tipo politico e ideologico, o per meglio dire di portata «paradigmatica», come quelle ciclicamente riproposte dai referendum svizzeri – per altro ciclicamente persi dai critici degli interventi - che ruotano attorno al concetto di «rinuncia alla lotta alla droga». Più che critiche mirate a singoli interventi e ai loro risultati, si tratta di un problema di percezione e costruzione del fenomeno e di un orientamento politico generale, che non include il concetto di riduzione del danno. Le ragioni sono speculari a quelle attribuite per un certo periodo dalle posizioni critiche sull'utilizzo delle terapie a base di metadone, e soprattutto su quelle non immediatamente *abstinece oriented*, come quelle a bassa soglia di accesso e a mantenimento prolungato. Anche per il metadone, una vastissima letteratura scientifica ha per decenni validato e valutato le terapie, analizzandone risultati e limiti, e in nome dell'evidenza appare oggi assai difficile sostenere la loro inefficacia tanto sul piano individuale che sociale<sup>220</sup>. Indicativo, per quanto concerne le critiche politiche alla somministrazione controllata di eroina, il testo approntato dalla Sanità federale svizzera per contestare ragionevolmente alcune di queste critiche e sostenere le ragioni della messa a regime della somministrazione controllata:

«**Si afferma:** Questo tipo di politica in materia di droga dà un segnale sbagliato alla nostra società.

**È corretto:** Con il trattamento a base di eroina si vuole lanciare un chiaro messaggio: si tiene conto del bisogno di aiuto da parte delle persone affette da dipendenza e dell'esigenza di sicurezza da parte della popolazione. Questo però non va a scapito né degli uni né degli altri, ma a beneficio di tutti. La terapia è necessaria poiché la dipendenza è una malattia. La terapia è possibile anche per

---

<sup>220</sup> La letteratura nel merito è davvero troppo vasta per tentarne qui una sintesi. Si rimanda al sito [www.emcdda.eu.int](http://www.emcdda.eu.int), per l'Italia, lo studio VEDETTE citato. Vedi anche il sito italiano specifico sul metadone, [www.sims.it](http://www.sims.it) e in [www.sitd.org](http://www.sitd.org), il sito della Società Italiana Tossicodipendenze.

tossicodipendenti gravi. Inoltre finora non esistono indicazioni che provano che il trattamento a base di eroina abbia provocato un aumento del consumo di eroina tra i giovani.

**Si afferma:** La lotta al crimine organizzato e alla criminalità non può essere intrapresa con la distribuzione di stupefacenti da parte dello Stato.

**È corretto:** La ricerca ha dimostrato che la criminalità tra i pazienti che si sono sottoposti al trattamento a base di eroina è drasticamente diminuita. La conseguenza è che al mercato nero sono venuti a mancare sia i trafficanti che i migliori clienti. Inoltre, nel quadro del pilastro "repressione", la lotta al crimine organizzato è stata intensificata dalle autorità incaricate dei procedimenti penali che dispongono di strumenti più efficaci.

**Si afferma:** Invece di motivare i tossicodipendenti a uscire dalla droga, si cerca soltanto di lenire gli effetti secondari del consumo, dimenticando che così facendo l'aiuto decisivo alla motivazione viene a mancare.

**È corretto:** La Confederazione ha una posizione chiara. Si tratta innanzitutto di convincere le persone (giovani) a non far uso di droghe e a preoccuparsi della propria salute conducendo una vita sana. Le persone devono essere messe in guardia per non finire nella medesima situazione in cui si trovano molti tossicodipendenti. Allo stesso tempo occorre però fornire un aiuto a coloro che sono già caduti nella tossicodipendenza. Si tratta di due posizioni che non sono affatto in contraddizione in quanto concernono due gruppi della popolazione ben distinti».<sup>221</sup>

Anche gli effetti negativi per il contesto sociale sono assai ridotti: lo studio svizzero ne elenca alcuni (relativi al disturbo nelle zone adiacenti ai servizi) ma ne misura anche la rilevanza e la frequenza assai modeste<sup>222</sup>

Una critica di merito, invece, viene da alcuni operatori e dagli stessi utenti, nel momento in cui sottolineano il carattere sia assai restrittivo, dal punto di vista dell'accesso, sia pesantemente regolamentato, dal punto di vista della gestione (Gli studi svizzeri e olandesi includono anche valutazioni tipo *customer satisfaction*, in cui gli utenti giudicano i diversi aspetti del trattamento). Dall'attività di monitoraggio risulta che alcuni degli abbandoni del programma (sebbene percentualmente poco significativi) sono relativi alla "pesantezza delle condizioni", alle regole e al vincolo che si instaura tra individuo e servizio a causa soprattutto delle somministrazioni che si ripetono durante una stessa giornata e devono forzatamente avvenire presso il servizio stesso.

Più ampiamente, la natura fortemente «sanitaria» della somministrazione, se da un lato consente una maggiore accettazione sociale, che non ci sarebbe qualora questa assumesse una più marcata

---

<sup>221</sup> Ufficio federale della sanità pubblica (1999) Il trattamento con eroina, cit

<sup>222</sup> Uchtenhagen, A (1997), cit

natura di regolamentazione o somministrazione legalizzata<sup>223</sup>, dall'altro rappresenta secondo alcuni autori anche un limite potente. Osserva Michels, pur sostenendo la necessità di un impianto trattamentale, «per come funziona oggi questo sistema, esso prospetta un fondamentale slittamento nella prospettiva dei consumatori. Mentre il consumo di eroina è tradizionalmente parte della loro scelta edonistica, ora viene loro richiesto di vedersi nel ruolo di pazienti di un medico»<sup>224</sup>. Questo slittamento può essere ragionevole motivo per una non adesione ad una proposta di trattamento. Infine, l'impostazione di somministrazione medica e non di somministrazione regolamentata, di fatto tende a far operare questo dispositivo per un numero assai limitato di persone, sebbene le più emarginate: dal punto di vista delle ricadute positive per la comunità sociale e per la stessa scena della droga locale, i risultati tendono ad essere di portata limitata.

Sul piano dei rischi più che dei limiti, la considerazione – già svolta per le *drug consumption rooms* - che la terapia si pieghi eccessivamente sulle funzioni di controllo versus quelle di cura è sensata. Un dibattito già aperto per le terapie metadoniche, che può essere affrontato solo sul piano del contesto sociale, delle culture, delle relazioni sociali e del sistema dei servizi. E' bene ricordare, a questo proposito quanto affermano Michels e Uchtenhagen: da un lato non esiste, né è bene che esista, un “farmaco panacea”, slegato dalle scelte soggettive e dall'attivazione consapevole e intenzionale dei consumatori-pazienti; dall'altro, i trattamenti con eroina «sono pensabili e praticabili solo in contesti che già offrono un sistema variegato di opzioni alternative, non solo sanitarie ma anche di offerta di un welfare accessibile, di «un sistema ben sviluppato e versatile. Non c'è alcuna sperimentazione che possa essere pensata al di fuori di questo background», afferma Uchtenhagen. E' il sistema insomma – e in esso l'esigibilità e la garanzia reale dei diritti – a rappresentare la possibilità dell'equilibrio ragionevole tra interessi del singolo consumatore e interessi della comunità, e garantire che il consumatore possa “possedere” per sé gli effetti e i risultati del trattamento.

---

<sup>223</sup> Ancora interessante l'argomentazione della Sanità federale svizzera « Si afferma: La somministrazione di eroina è una mossa strategica promossa dai fautori della liberalizzazione della droga. È corretto: Il trattamento a base di eroina non è un passo verso la liberalizzazione. Si tratta invece di una forma di terapia retta da severe regole in cui il paziente (come per la partecipazione ad una terapia improntata all'astinenza) deve adempire numerose condizioni. La votazione del 13 giugno verte esclusivamente sul trattamento a base di eroina e non sulla liberalizzazione della politica in materia di droga.» Ufficio federale della sanità pubblica (1999) Il trattamento con eroina, cit

<sup>224</sup> I. Michels (2002), cit

## 5. Conclusioni

Dalla lettura delle esperienze, delle innovazioni e del loro *assessment*, dei loro risultati e del dibattito tra le città europee di cui si è qui voluto dare conto, emergono alcuni punti e considerazioni, forse non inutili al proseguo di una riflessione comune:

- Le città che hanno sperimentato nuove soluzioni per il governo della scena aperta lo hanno fatto ***contestando l'egemonia dell'approccio penale*** al consumo e cercando soluzioni di bilanciamento tra repressione e governo sociale del fenomeno a favore di quest'ultimo. Le azioni di controllo e di polizia – che sussistono in tutte le situazioni locali - sono state “ancorate” alla politica locale e private della proprio autoreferenzialità
- Le *drug policies* locali hanno la possibilità di fare ***innovazione anche in contesti legislativi a forte approccio penale*** rispetto al consumo e in un contesto internazionale connotato da convenzioni proibizioniste vincolanti. Naturalmente il grado di questa “libertà d'innovazione” non è indifferente alle legislazioni e alle linee guida nazionali, tuttavia essa appare, nelle esperienze riportate (che riguardano nazioni e città assai diverse) essere più correlata alle culture e ai paradigmi con cui prevalentemente soggetti istituzionali e comunità sociale leggono il fenomeno che non da specifici vincoli normativi. Anche per quanto concerne gli accordi internazionali, tra le maglie delle Convenzioni è possibile trovare lo spazio per un'azione sperimentale. Tuttavia, a un certo livello di sviluppo delle politiche locali innovative, il consenso, il sostegno e l'assunzione del “problema innovazione” da parte degli stati nazionali o federali si pone come necessità di garanzia dal punto di vista legale-giuridico, del consenso e del sostegno in termini economici e di risorse. Per questo le città si fanno, a un certo punto delle loro innovazioni, attori di un confronto allargato, anche attraverso alleanze transregionali e transnazionali, e non raramente come lobby democratica verso i propri stessi governi<sup>225</sup>
- La scena aperta delle droga con le caratteristiche descritte in questo documento è un fenomeno carsico, mobile e legato a diversi fattori: andamento del mercato, modificazioni negli stili del consumo, condizioni sociali dei consumatori, processi di cambiamento, crisi e/o riqualificazione del tessuto urbano, sistema dei servizi e sue soglie di accesso e livelli di offerta, modalità del controllo del territorio. Tuttavia, **la scena aperta con le caratteristiche di maggior impatto** (problemi di ordine pubblico, agibilità del territorio e microcriminalità “localizzata”) è un **fenomeno limitato e residuale**, legato a consumatori “di strada” di eroina-cocaina o comunque

---

<sup>225</sup> In Italia, recentemente, a fronte della ventilata riforma Fini-Mantovano, le regioni governate dal centrosinistra hanno preso posizione e presentato un documento esplicitamente contrario al DDL e contenente una serie di punti significativi per il governo locale del fenomeno, includendo la riduzione del danno e la risposta a diritti sociali di base per i consumatori. Tutte le regioni, inoltre, a prescindere dal colore delle giunte, hanno bocciato il DDL per quanto attiene l'invasione delle competenze locali e nuove forme di centralismo. Vedi in S.Ronconi (2005) Le politiche neoautoritarie, in CGIL e altri, Rapporto sui diritti globali 2005, Ediesse

poliassunzioni, per i quali la condizione sociale di emarginazione e/o povertà risulta significativa in riferimento ai comportamenti. In questo senso, la lotta alla scena aperta è da considerarsi fortemente correlata alle politiche sociali delle città, a un sistema di welfare efficacemente inclusivo. Le “scene aperte” eventualmente correlate ad altre abitudini di consumo, tipicamente quella dell’alcool, pongono un ventaglio di problemi differenti, che non si connotano in ogni caso in termini “securitari” o emergenziali, quanto in termini “ordinari” di gestione della convivenza su uno stesso territorio. Lo statuto legale o illegale delle sostanze è variabile assai significativa nel determinare l’impatto sulla “sicurezza”, così come alcune sostanze, sebbene a statuto illegale, sono consumate con modalità e in luoghi che non provocano impatto, stando alla definizione, proposta qui e nella letteratura internazionale, di scena aperta come consumo “pubblico”

- Il governo della scena aperta con i soli strumenti o, prioritariamente e in modo autoreferenziale, con gli **strumenti del controllo** del territorio, è perdente, o vincente sul breve periodo ma **strategicamente debole** al di fuori dello sviluppo di una reale *drug policy* locale. Questo significa che le municipalità operano un salto di qualità nel governo efficace del fenomeno nel momento in cui si pongono il problema di “regolare” più che “negare” (o pensare di cancellare) il fenomeno stesso. Regolare significa “entrare nel merito” di dinamiche concrete in un’ottica negoziale di bilanciamento dei diritti dei gruppi di cittadini che sono sulla scena. L’ottica della regolazione implica l’impossibilità della delega a un solo attore (a un solo paradigma, a una sola strategia, a un solo “sguardo”) ma necessita di una **politica integrata**<sup>226</sup> a livello locale che significa non solo la costruzione necessaria di “tavoli” attorno ai quali siedono tutti gli attori coinvolti (polizia locale, amministratori, operatori, servizi, cittadini, consumatori) ma la costruzione di un’ottica condivisa, questione assai più complessa, perché implica un processo di co-costruzione negoziata del fenomeno stesso tra gli attori. Appare come dirimente l’esistenza o meno di **linee di indirizzo strategiche e multidimensionali**, capaci di mettere in scena e di mediare tra tutti gli attori, non solo o almeno non prioritariamente di porre rimedio ad un’emergenza (a una paura, a un allarme). In Italia, in questo senso, è difficile affermare che esista qualcosa di assimilabile a quanto analizzato in questo lavoro in merito alle innovazioni europee: esistono tavoli locali e esistono molte (spesso efficienti e efficaci) iniziative di riduzione del danno sanitario o anche sociale, oppure iniziative legate alla sicurezza, oppure

---

<sup>226</sup> Decorte, nello studio su sei città belghe, indica questi “ingredienti” necessari: riqualificazione urbana, prevenzione del consolidarsi di aree marginalizzate (ghetti); manutenzione dell’ambiente; politiche abitative per i più marginalizzati; politiche di welfare inclusive; dispositivi efficienti di reazione e gestione da parte della pubblica amministrazione; politiche del controllo del territorio e della repressione. E questi gli attori necessari: politici, amministratori e funzionari degli assessorati coinvolti, operatori del sociale, operatori del sanitario, operatori della mediazione, polizia, residenti, consumatori. T. Decorte e altri (2004), *Drugs & Nuisances* ” cit

operazioni di controllo del territorio, ma “isolate”, non pensate strategicamente, spesso avulse da linee programmatiche di respiro e da un piano sociale della città coerente. Difficilmente, insomma, possiamo dire che le città italiane abbiano una *drug policy* multidimensionale, anche quando hanno ottimi servizi, anche quando hanno interventi sulla sicurezza, o buoni sistemi formali di cura (accade di essere ancora stretti nelle contraddizioni di una non efficiente integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali!).

- Avere una politica locale multidimensionale e regolativa significa articolare gli interventi anche includendo il punto di vista degli stili, degli *interessi e dei bisogni dei consumatori*. Il che presenta due diversi ordini di questioni: la conoscenza approfondita di questi stili, di questi bisogni e di questi interessi, da un lato, e la disponibilità a trattare i consumatori in qualità di attore sociale, se del caso costruendo dispositivi di *advocacy* che consentano loro, in un territorio definito, di entrare nel gioco partecipativo. Questo è più facile laddove esiste una tradizione culturale *liberal* e di tolleranza, che storicamente ha consentito l’aggregazione anche in gruppi di interesse dei consumatori, più difficile dove i paradigmi sono tradizionalmente *desease*/morale, impraticabile laddove vige il solo paradigma morale. L’Italia sconta su questo un ritardo e delle difficoltà culturali assai profondi, anche se a livello locale si sono avviati in questo ultimo decennio, nell’ambito delle politiche di riduzione del danno, esperienze assai significative<sup>227</sup>. Appare importante notare che in assenza di una riflessione su questo terreno, la politica regolativa – potenzialmente certo maggiormente rispettosa dei diritti di tutti di quanto non lo sia per sua stessa natura quella criminalizzante – pure corre due diversi rischi a) l’inefficacia, stante che mancherebbe il contributo forte dei processi autoregolativi dei consumatori stessi b) di tradursi in processi di “contenimento” più che di “normalizzazione” (nel significato inglese di gestione ordinaria, non emergenziale di un fenomeno sociale). Potere di contrattazione (per esempio proprio nei servizi e nelle terapie), potere di (auto) rappresentazione positiva (i consumi giovanili ricreativi, che si rappresentano come culturali, ludici e compatibili, non produttori di impatto sociale significativo), potere di esercitare autocontrollo e *self efficacy* (esercitare cioè strategie di consumo controllato e praticare autoregolazione), potere di partecipazione (avere voce nella vita sociale): sono ingredienti che vanno utilmente inseriti e “messi al lavoro” ai fini di una politica regolativa.

---

<sup>227</sup> Ci si riferisce tanto allo sviluppo di pratiche di “uso (auto)controllato” attraverso formazione e educazione di “consumatori esperti”, *peer supporter*, *opinion leader*, quanto ad esperienze di protagonismo dei consumatori come attore pubblico anche in funzione di mediazione sociale dei conflitti, come nel caso del Progetto Riduzione del Danno della città di Venezia, che ha attivato gruppi di consumatori nel confronto/mediazione diretta con gli abitanti di alcuni quartieri e di alcuni sestrieri del Centro storico. Vedi in Comune di Venezia- Assessorato alle Politiche Sociali (2003) Report Progetto interventi a bassa soglia, CD Rom; T. Izzi e L. Trevisol (2004) Il tavolo dei lupi e delle pecore. Un intervento di mediazione sociale a Venezia, in Animazione Sociale, n. 5/2004; P.Molinatto e S.Ronconi (2003) Supporto tra pari e servizi a bassa soglia, EGA

- In una politica multidimensionale che coniuga **controllo/sicurezza con inclusione/welfare**, si affaccia il problema di come non piegare in maniera ancillare il secondo al primo, di come cioè non riportare sul terreno della regolazione e della riduzione del danno il processo che avviene nel rapporto tra paradigma penale e paradigma *desease*, dove il primo detta le regole del gioco. L'alternativa "soft" – della decriminalizzazione, della *discontinuance* - non sfugge a un dibattito sulla qualità dei dispositivi stessi che adotta: rispetto a due tra gli strumenti adottati nella maggioranza dei paesi dell'UE – la somministrazione controllata di eroina e le sale per il consumo – il dibattito è stato ed è vivace attorno ad un uso in funzione di mero controllo delle terapie (viste non solo come "cura" ma anche come vincolo e dispositivo normante) e dei servizi a bassa soglia (visti non solo come accoglienza e soddisfazione di bisogni fondamentali, ma anche come "occultamento"). Proprio quel carattere di mediazione pragmatica tra interessi, e la stessa accezione positiva di *normalization* (che, a differenza dell'italiano, in inglese significa "portar fuori dall'emergenza" e non "sedare"), proprio la multidimensionalità dell'approccio e la valenza comunitaria delle politiche sociali e sanitarie, proprio questo – cioè la valenza anti-penale – può portare con sé la contraddizione di un sociale a forte valenza di controllo, più che a forte contenuto di rispetto (degli stili di vita, delle libertà, dei bisogni) tolleranza e bilanciamento tra diritti.

Della contiguità tra approccio *desease* e approccio morale si è detto, fino all'estremo di quegli impianti (come quello svedese) in cui anche la terapia è una coazione, passando per quelli (come quello italiano) in cui sta in un continuum – sebbene, per ora e prima del dibattito sulla legge Fini-Mantovano, non coatto - con la pena. La stessa situazione olandese, tra le più *liberal*, pratica l'alternativa sanzione-terapia come dispositivo di decriminalizzazione, attribuendo alla terapia funzioni inequivocabili di controllo (nel caso dei consumatori più problematici che "sommano" un numero di segnalazioni in eccesso rispetto a quello tollerato per evitare ogni sanzione).

In relazione a questo rischio si possono indicare tre fattori utili al bilanciamento welfare/controllo: avere una politica effettivamente multidimensionale che includa esplicitamente tra i propri obiettivi tanto la qualità della vita e la sicurezza dei cittadini quanto la qualità della vita e l'inclusione dei consumatori, a prescindere da adesioni a trattamenti *abstinence oriented*<sup>228</sup>; la costruzione di un'alleanza con i consumatori come atti sociali, come detto sopra; l'assunzione di una responsabilità pubblica attorno alla produzione di spostamenti

---

<sup>228</sup> e tradurre questi obiettivi anche sul piano sociale, passaggio questo che in Italia non è affatto scontato, proprio per questioni di "paradigma": nessuno discute più sulla distribuzione di siringhe sterili, cosa scontata, ma molti discutono sull'opportunità di erogare un sussidio a chi consuma eroina o una borsa lavoro a chi è in metadone protratto. Sintomi, questi, dell'assenza di una politica multidimensionale e della non accettazione – se non retorica - di politiche non esclusivamente *abstinence oriented*.

culturali nella *percezione sociale del fenomeno*, che orienta tanto le politiche quanto il grado, l'intensità e la qualità dell'allarme sociale, delle paure urbane e dunque l'espansione della domanda securitaria da un lato e il rinsecchimento dell'offerta inclusiva dall'altro. Anche qui entrano in gioco variabili storiche, sociali, culturali, politiche. Si può osservare che una *drug policy* locale, nel momento in cui vuole tenere un equilibrio accettabile – dal punto di vista del governo democratico della città e dei diritti di cittadinanza equamente riconosciuti - deve promuovere azioni specificamente mirate in questo senso<sup>229</sup>.

- L'accettazione da parte dei cittadini delle politiche regolative ha bisogno di **trasparenza**, degli obiettivi e dei risultati. La trasparenza si avvale di procedure relative all'innovazione nei suoi diversi momenti, l'ideazione, la progettazione e i dati su cui queste si basano; il monitoraggio in progress e la valutazione degli esiti; l'informazione e la pubblicizzazione adeguatamente curate<sup>230</sup>. Questo chiama in campo: a) i dispositivi del consenso politico per come oggi si danno, spesso cortocircuitati in tempi brevi (i tempi del controllo di polizia del territorio sono brevi, delle innovazioni sociali sono invece medio-lunghi); b) le modalità della costruzione del consenso, in cui il linguaggio della razionalità e dei "dati" (il noto esempio della criminalità che scende e dell'allarme sociale che sale) verifica spesso la propria inefficacia, e in cui il ruolo dell'informazione dei media risulta determinante. Questo è uno degli aspetti di maggior difficoltà<sup>231</sup>, che tuttavia le amministrazioni non possono aggirare. Una serietà scientifica prima durante e dopo le sperimentazioni e la cura delle relazioni con i cittadini sono pratiche da promuovere, come una precisa responsabilità pubblica non opzionale.

---

<sup>229</sup> Sempre il Comune di Venezia, Progetto riduzione del danno, si occupa specificamente di rapporti con i mass media locali, attraverso informazione e formazione dei giornalisti locali, ufficio stampa, ricerca-azione. Nel corso di un decennio, una ricerca su stile e contenuto della comunicazione attorno al tema droghe rivela decisivi cambiamenti, in M.Pandin, O.Fagnoni, F. Giampedrone (2001) La riduzione del danno vista dalla pubblica opinione. Due percorsi nell'ambito del Servizio di riduzione del danno del Comune di Venezia, in Animazione sociale n.4/2001

<sup>230</sup> «Portare avanti una politica *evidence based* è necessario per poter verificare che l'approccio scelto è efficace e per poter dare ragione delle scelte politiche connesse. Va perciò stimolata l'attività di valutazione, e inserita negli obiettivi *permanenti* degli attori in campo, delle risorse finanziarie e dell'agenda dei *policy makers*, in T.Decorte (2004), cit

<sup>231</sup> Come lucidamente ricorda Pavarini nell'articolo citato in premessa, il tema della «sicurezza degli uni» si coniuga sempre più con quello dell' «esclusione degli altri», M.Pavarini, (2003), cit

## **Unione Europea**

### **Dati epidemiologici<sup>232</sup>**

Il quadro generale della situazione della droga in Europa, per quanto attiene al trend nella prevalenza del consumo, segnala un trend in costante crescita, tuttavia assai differenziato per sostanza.

Il dato più rilevante è **l'aumento del consumo di cocaina**.

Nei Paesi Bassi ed in Spagna, la cocaina è ora la seconda sostanza stupefacente, dopo l'eroina, ad essere più frequentemente segnalata nei centri terapeutici specialistici, dove rappresenta rispettivamente oltre un terzo (35%) ed un quarto (26%) di tutte le richieste di trattamento.

All'interno dell'UE emerge che una percentuale compresa tra l'1% ed il 10% dei giovani (15–34 anni) segnala di aver fatto uso di cocaina ad un certo punto della vita, e di questi circa la metà ne ha fatto uso recentemente. Dalle indagini emerge anche che il consumo recente di cocaina (negli ultimi 12 mesi) è alquanto aumentato tra i giovani di Danimarca, Germania, Spagna e Regno Unito, nonché localmente in Grecia, Irlanda, Italia ed Austria. Complessivamente, il consumo recente (ultimo mese) riguarda nell'UE meno dell'1% di tutti gli adulti (15–64 anni), mentre in Spagna e nel Regno Unito i valori sono superiori al 2% e si avvicinano al dato degli Stati Uniti. Nelle aree urbane ed in sottogruppi specifici i livelli del consumo possono essere molto superiori: da alcune indagini condotte nelle discoteche è emerso un tasso di prevalenza pari al 40%–60% nel corso della vita.

I decessi attribuiti alla sola cocaina restano rari in Europa, ma tendono ad aumentare.

I dati tossicologici dimostrano che, in alcuni paesi, si riscontra la presenza di cocaina mescolata con oppiacei in un'elevata percentuale dei decessi per droga – il 46% in Spagna ed il 22% in Portogallo. Nuove preoccupazioni riguardano il fatto che le sostanze utilizzate per “tagliare” la cocaina possono comportare ulteriori rischi alla salute. Un esempio è la fenacetina, una sostanza adulterante relativamente comune, che si trova nella cocaina in polvere ed è stata associata al cancro ed a patologie a carico del fegato, dei reni e del sangue

**La cannabis resta la droga illecita di consumo più comune** nell'UE, con circa un adulto su cinque (20%) che l'ha provata almeno una volta nel corso della sua vita. La prevalenza della cannabis è generalmente massima tra i giovani (15–34 anni), essa va dal 15% in Estonia, Portogallo e Svezia al 35% e più in Danimarca, Spagna, Francia e Regno Unito.

Dalle indagini emerge che circa il 5%–20% dei giovani europei ha fatto uso di questa sostanza negli ultimi 12 mesi.

La maggior parte delle persone che fa uso di cannabis, ne fa soltanto un uso occasionale, per periodi limitati di tempo. La relazione rivela tuttavia che circa il 15% degli studenti di 15–16 anni dell'UE che hanno fatto uso di cannabis nel corso dell'anno precedente sono “forti” consumatori di cannabis – intendendo per forti i consumatori che fumano cannabis 40 volte o più l'anno. La probabilità che i giovani studenti di sesso maschile sono “consumatori pesanti” è doppia rispetto a quella delle studentesse.

Nell'UE la cannabis è la droga maggiormente sequestrata, fatta eccezione per la Lettonia, dove predominano i sequestri di eroina. Il maggior numero di sequestri di cannabis è avvenuto nel Regno Unito, seguito da Spagna e Francia. In termini di volumi, invece, la Spagna ha rappresentato oltre la metà del quantitativo totale di cannabis sequestrato negli ultimi cinque anni. Nel 2002, dopo il calo registrato nel 2001, sono aumentati il numero ed il volume dei sequestri nell'UE.

---

<sup>232</sup> EMCDDA (2004) Relazione annuale 2004. Lisbona in [www.emcdda.eu.int](http://www.emcdda.eu.int)

**L'ecstasy** contende alle anfetamine il secondo posto nella classifica delle droghe più utilizzate.

I dati pubblicati mostrano che in alcuni paesi – Repubblica Ceca, Germania, Irlanda, Paesi Bassi, Portogallo e Regno Unito – l'ecstasy sta raggiungendo o sorpassando le anfetamine come droga numero due in Europa, dopo la cannabis. Complessivamente, i dati disponibili mostrano che l'andamento in Europa del consumo recente di ecstasy è in continuo aumento, mentre l'andamento del consumo recente di anfetamine è più variegato nella maggioranza dei paesi.

Tra lo 0,5% ed il 7% degli adulti (15–64 anni) ha provato l'ecstasy almeno una volta nella vita, rispetto allo 0,5%–6% per le anfetamine – il tasso di prevalenza delle anfetamine nel Regno Unito nel corso della vita arriva al 12%.

Circa 2/3 degli Stati membri dell'UE segnalano che il consumo di ecstasy è più frequente di quello delle anfetamine tra i giovani d'età compresa tra 15 e 34 anni. Nella Repubblica Ceca, in Spagna, Irlanda, Lettonia, Paesi Bassi e nel Regno Unito una percentuale compresa tra il 5% ed il 13% dei giovani di sesso maschile della fascia d'età 15–24 anni, segnala di avere consumato ecstasy nell'anno precedente. Complessivamente, le percentuali del consumo di ecstasy ed anfetamine nelle indagini condotte a livello scolastico (15–16 anni) sembrano essere più stabili e addirittura in lieve diminuzione in alcuni paesi.

Nel 2002, l'Europa ha continuato a registrare la maggior parte dei sequestri globali di anfetamine (86% in termini di volume). Nell'arco degli ultimi cinque anni, il paese dell'UE in cui è avvenuto il maggior numero di sequestri è stato il Regno Unito.

Nonostante in Asia e negli Stati Uniti si registrino problemi crescenti legati al consumo di metanfetamine, nell'UE un consumo significativo di questa droga sembra essere limitato alla Repubblica Ceca, dove le metanfetamine vengono prodotte dagli anni '80. Alcune indagini alimenterebbero tuttavia il timore che queste sostanze stiano guadagnando terreno in altri Paesi d'Europa.

Per quanto riguarda la produzione di ecstasy, l'Europa resta una delle aree più importanti al mondo, anche se la produzione di tale sostanza è in aumento nel Nord America ed in Asia. In una certa misura, la produzione avviene in vari paesi europei, ma il Belgio ed i Paesi Bassi restano le aree in cui la produzione è più significativa.

Nella maggior parte dei paesi dell'UE i decessi in cui è coinvolta l'ecstasy sono relativamente rari.

Le attività di prevenzione nei contesti ricreativi, dove è probabile il consumo di tale sostanza, sono aumentate in modo significativo, in special modo nei nuovi Stati membri. Si tratta di interventi mirati sia ad incoraggiare il non consumo sia di promozione di ambienti più sicuri (per esempio, attraverso la prevenzione delle emergenze, il primo soccorso, la predisposizione di misure di sicurezza).

**Il consumo di eroina** è oggi relativamente stabile in molti paesi dell'UE ed il numero dei nuovi consumatori, a partire dagli anni '90, è diminuito. Esiste una ragionevole preoccupazione per la situazione nei nuovi Stati membri dell'UE, dove i dati sono ancora limitati.

Limitate segnalazioni di traffico di fentanil – un oppiaceo di sintesi fino a 100 volte più potente dell'eroina – hanno suscitato di recente qualche preoccupazione in Europa, con sequestri segnalati in Russia e nei paesi del Mar Baltico. Il fentanil ed il metilfentanil sono apparsi sui mercati della droga in Estonia, Finlandia e Svezia, e negli ultimi due anni sono stati segnalati alcuni casi di overdose dovuti a queste sostanze. La relazione afferma che «un aumento rilevante di fentanil sul mercato europeo delle sostanze stupefacenti sarebbe molto preoccupante, in quanto questa sostanza è potenzialmente in grado di provocare danni notevoli».

Secondo i dati 2004, nell'UE il numero dei decessi per eroina ha registrato un modesto calo in questi ultimi anni (decremento del 6%). Dalla metà degli anni Novanta la Francia e la Spagna registrano una tendenza alla diminuzione; la Germania, la Grecia, l'Irlanda, l'Italia, il Portogallo e la Norvegia segnalano un calo più marcato dopo il 2000.

È probabile che questa evoluzione positiva sia dovuta ad una contrazione del consumo di droghe per via parenterale in alcuni paesi, nonché all'aumentato accesso alle terapie sostitutive ed ai servizi

di prevenzione (interventi tra pari in casi di emergenze per droga, materiale formativo sui rischi di overdose). Tuttavia, il numero di decessi per overdose resta storicamente elevato; può darsi inoltre che questa tendenza alla diminuzione non sia duratura. Vi sono segnali che fanno pensare che i decessi per droga possano presto aumentare nei nuovi Stati membri dell'UE.

Il virus dell'HIV è in calo in alcuni paesi, ma il rischio di una diffusione epidemica resta elevato.

È con profonda preoccupazione che si assiste al diffondersi dell'epidemia da HIV in alcuni dei nuovi Stati membri dell'UE e nei paesi confinanti.

Estonia, Lettonia, Russia e Ucraina sono i paesi che registrano la più rapida diffusione dell'epidemia da HIV con un apice in Estonia e Lettonia. Nell'Europa occidentale, l'epidemia sembra essersi stabilizzata o essere in calo tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale, ma anche svariati “vecchi” paesi dell'UE stanno mostrando segnali crescenti di comportamenti a rischio, a livello locale o in determinati sottogruppi.

**I modelli di consumo problematico** di stupefacenti continuano ad evolvere.

Meno dell'1% della popolazione europea in età adulta (15–64 anni) può rientrare nella definizione di consumatori problematici di stupefacenti, per un totale variabile da 1,2 a 2,1 milioni di consumatori problematici di stupefacenti nell'UE allargata. Le stime più elevate si registrano in Danimarca, Italia, Lussemburgo, Portogallo e Regno Unito (6–10 casi ogni 1.000 adulti), le più basse in Germania, Grecia, Paesi Bassi, Polonia e Finlandia (meno di 4 casi ogni 1.000 adulti). In posizione intermedia si trovano la Repubblica Ceca (4,9 casi ogni 1.000 adulti) e la Slovenia (5,3).

I dati indicano un aumento del consumo problematico di stupefacenti a partire dagli anni '90 in Belgio, Danimarca, Germania, Italia, Lussemburgo, Finlandia, Regno Unito e Norvegia.

Dalla metà degli anni Novanta, in UE, si è registrato un continuo incremento di tutte **le tipologie di trattamento per tossicodipendenze**. Nell'UE la terapia sostitutiva è diventata la forma più comunemente disponibile di terapia specializzata per gli oppioman. Secondo le ultime stime, mentre nel 1999 nell'UE a 15 Stati membri figuravano in terapia sostitutiva circa 320 000 individui, nel 2003 questo dato era salito ad oltre 410 000.

L'attività di prevenzione sta migliorando in alcuni paesi UE grazie a migliori controlli di qualità e ad una migliore attività di monitoraggio, anche se complessivamente, l'attività di prevenzione nell'UE resta debole e si avverte l'esigenza di investire di più in tali programmi. Ciò vale in particolare per la “prevenzione selettiva”, che si rivolge ai soggetti più vulnerabili e che, in molti paesi, resta poco sviluppata. È dimostrato sempre di più come questo approccio possa dare risultati tangibili; alcuni paesi vi hanno recentemente dedicato una maggiore attenzione (Ungheria, Finlandia e Svezia).

I locali dedicati al consumo di stupefacenti – dove i consumatori problematici di stupefacenti possono assumere droghe in condizioni igieniche vigilate – esistono in 39 città di tre paesi dell'UE: Spagna, Germania e Paesi Bassi, oltre che in Svizzera. Sembra comprovato che questi locali possano aiutare veramente i gruppi difficili da raggiungere, consentendo l'accesso ad un'assistenza sanitaria primaria ed a servizi sociali e terapeutici, nonché riducendo i rischi per la salute, come l'overdose. Ciononostante, la loro istituzione resta oggetto di controversia e la loro legittimità, in termini di obblighi imposti dai trattati internazionali delle Nazioni Unite sul controllo delle droghe, è stata messa in discussione.

Il consumo di sostanze stupefacenti in carcere varia considerevolmente nell'UE. Alcuni studi rivelano che una percentuale della popolazione carceraria compresa tra l'8% ed il 60% segnala di aver fatto uso di droghe durante la detenzione, mentre una percentuale compresa tra il 10% ed il 36% segnala un uso recente.

Nella Repubblica Ceca, in Estonia, in Lituania, in Ungheria, in Polonia ed in Slovenia i reati segnalati contro la legislazione in materia di stupefacenti sono più che raddoppiati tra il 1997 ed il 2002. Nella maggior parte degli Stati membri dell'UE la cannabis è la droga maggiormente coinvolta nei reati segnalati di questo tipo, anche se in Lituania e nel Lussemburgo la droga coinvolta con maggiore frequenza è l'eroina.

Il consumo di sostanze stupefacenti si accompagna spesso ad un'ampia serie di altre problematiche, quali le malattie infettive (HIV, HCV) e le difficoltà sociali. Molto meno riconosciuti sono però i problemi di salute mentale legati alla tossicodipendenza, che possono complicare la prestazione terapeutica.

Secondo la relazione dell'Osservatorio Europeo, un gran numero, probabilmente in aumento, di tossicodipendenti oggi in terapia sono affetti da "comorbidità" psichiatrica (una combinazione di abuso di sostanze stupefacenti e problemi psichiatrici). Risulta che una percentuale compresa tra il 50% ed il 90% di questi soggetti soffre di disturbi della personalità e che all'incirca un quinto mostra problemi psichiatrici più seri.

Purtroppo, né i servizi terapeutici per tossicodipendenze né gli ambulatori psichiatrici riescono ad individuare i pazienti affetti da comorbidità, perché questa condizione è notoriamente difficile da diagnosticare. La tossicodipendenza e i comportamenti distruttivi spesso mascherano veri e propri disturbi della personalità e le sindromi psichiatriche spesso sono erroneamente interpretate come stati indotti da sostanze stupefacenti. I pazienti sono spesso rinviiati da un servizio all'altro (sindrome della "porta girevole"), il che può compromettere il beneficio dell'intervento terapeutico e provocare tassi elevati di abbandono e di frustrazione tanto per il paziente quanto per chi lo assiste.

La relazione sottolinea l'esigenza di un approccio basato sulla gestione dei singoli casi altamente strutturato e integrato, che sia mirato all'individuo e continuativo. La relazione afferma tuttavia che: "nella maggioranza dei paesi ci sono soltanto alcuni programmi integrati specializzati, o unità, per i pazienti con comorbidità; la disponibilità è ben lungi dall'essere adeguata alla domanda". Alcuni passi avanti nel campo della formazione sono registrati in Italia e nei Paesi Bassi dove si tengono corsi di formazione sulla comorbidità cui partecipano congiuntamente il personale che si occupa di salute mentale ed il personale che si occupa di tossicodipendenze. Altri paesi segnalano interventi formativi "in-service", ma la loro attuazione è "aleatoria e non uniforme".

È attualmente in corso uno studio della Commissione europea sui servizi per pazienti affetti da comorbidità in sette istituti psichiatrici europei: i risultati sono attesi nel 2005.

Ventidue paesi (Norvegia compresa) hanno adottato strategie nazionali in materia di sostanze stupefacenti e molti considerano la valutazione una priorità per la della misurazione dell'efficienza e della gestione finanziaria.

La relazione afferma che attualmente la maggioranza dei paesi provvede alla **valutazione degli interventi**, mentre alcuni – Spagna, Francia, Irlanda e Portogallo – si spingono oltre, cercando di valutare l'efficacia delle proprie politiche nei confronti del fenomeno stesso della droga (valutazione dell'impatto).

La volontà politica di attuare interventi su base scientifica è già di per sé un risultato importante. In pratica però, dice la relazione, non sono segnalati paesi che valutano integralmente l'impatto dei propri sforzi sul fenomeno in materia di droga. È difficile rintracciare i nessi causali tra una politica e la situazione della droga: il quadro è spesso confuso da fattori socioeconomici e da più ampi fattori sociali.

Gli esperti ed i professionisti del settore concordano sul fatto che, per valutare scientificamente una linea strategica, gli obiettivi devono essere definiti in maniera chiara, quantificabile e priva di ambiguità; devono essere accompagnati anche da indicatori per misurare i risultati conseguiti.

Finora soltanto pochissimi paesi – Spagna e Irlanda – si basano su indicatori di questo tipo.

Nonostante alcune lacune «la diffusione di una cultura del monitoraggio e della valutazione ha contribuito alla conoscenza della problematica delle droghe nell'UE: è ora possibile prendere

decisioni con maggiore cognizione di causa. Molti progetti ed interventi specifici nel campo delle droghe contengono già un elemento di valutazione che, se sarà esteso ai principali interventi politici, contribuirà progressivamente alla misurazione dell'efficacia delle strategie nazionali europee in materia di droga».

## **SCHEDE RELATIVE AI PAESI EUROPEI**

### **FRANCIA**

- Prevalenza del consumo di sostanze almeno una volta nella vita: 26,2% tra la popolazione rispetto alla cannabis, 5,8% rispetto agli inalanti, 5,2% popper, 4,7 % ecstasy, 2% cocaina e crack;
- I consumatori problematici variano da 4,0 a 6,0 casi ogni 1000 adulti;
- Motivo per entrare in trattamento: la prima motivazione è per eroina seguita dalla cannabis; aumenta la motivazione rispetto all'uso di cocaina, al consumo di cocaina-crack, 22% eroina/oppiacei, 6% stimolanti, 2% ipnotici;
- I trattamenti sostitutivi ed i programmi di mantenimento utilizzano il metadone e la buprenorfina (nome commerciale subutex);
- La maggioranza dei programmi di riduzione del danno includono progetti di lavoro di strada, offerta di posti-letto, programmi di scambio-siringhe, centri diurni (*drop-in*);
- In Francia è possibile contare su una rete di centri di cura, post-cura e programmi di ri-socializzazione; inoltre è consolidata e variegata la rete dei centri terapeutici, strutture d'emergenza e/o transizione ed una rete efficiente di famiglie d'accoglienza;
- La Francia è la terza nazione in Europa per sequestri di cannabis;
- Si registra una diminuzione dei decessi per droga;
- Per la legislazione francese l'uso o il possesso di sostanze illegali sono un reato;
- La strategia nazionale dà priorità alla prevenzione e al rinforzo sia delle comunità terapeutiche sia alla rete di offerta terapeutica esistente ;
- Anche in Francia i centri terapeutici offrono servizi ritagliati sulle esigenze dei consumatori di cannabis.
- Rispetto ai trafficanti di droga, anche in Francia è stata predisposta una normativa volta ad accelerare il trasferimento dei documenti necessari per individuare e localizzare i beni sequestrati per reinvestirli in progetti volti a contrastare sia l'offerta che la domanda di stupefacenti.

Nel 2003 durante il Forum Sociale Europeo di Parigi, Saint-Denis, Bobigny e Ivry si è discusso anche di uso di droghe e riduzione del danno dove si è dato voce alle esperienze locali.

E' necessario sapere che in Francia la legislazione è invariata dal 1970 (politica della riduzione della domanda e repressione del semplice consumo) ma a partire dal 1995 in seguito all'epidemia dell'AIDS, ha preso avvio una politica di riduzione dei rischi e migliaia di persone sono entrate in trattamento con metadone presso centri specialistici.

Dal 1996 i medici generici hanno la presa in carico dei pazienti tossicodipendenti potendo prescrivere buprenorfina anche ad alti dosaggi.

Questa politica centrata sulla cura invece che sulla repressione pare che stia pagando: secondo il Ministero degli Interni è sceso il numero dei decessi per overdose ed anche gli arresti per traffico e consumo di eroina sono diminuiti sensibilmente.

Ma la polizia francese si è rivolta alla repressione dell'uso di cannabis (l'80% delle azioni in questo settore) anche se il governo ha tenuto conto dei risultati dei rapporti scientifici e ha realizzato di conseguenza politica di prevenzione che distinguono tra uso, abuso e dipendenza.

In questo senso si stanno finanziando gruppi che assicurano una presenza nelle feste "rave" e praticano il *testing* delle sostanze.

ASUD è una delle associazioni francesi nate dalla politica della riduzione dei rischi, fondata da consumatori e appoggiata dallo stato dal 1992; tali associazioni hanno favorito la *rivoluzione intellettuale* che fa delle droghe una componente normale del paesaggio contemporaneo, inserendo anche alcool e tabacco nella questione globale delle dipendenze. Non si profila, comunque, ad oggi una rivisitazione di una delle leggi più repressive in Europa.

## GERMANIA

- Prevalenza del consumo di sostanze, almeno una volta nella vita: 19,8% tra la popolazione, 24% tra i giovani (15-34 anni);
- Motivo per entrare in trattamento: 59% motivazione primaria per consumo di eroina, nel territorio della ex Germania –Ovest, mentre è il 47% per consumo di cannabis nella ex Germania-Est e 25% per eroina; esiste una differenza significativa tra la Germania Ovest ed Est per ciò che riguarda la domanda di trattamento per uso di stimolanti, rispettivamente 5,1% e 15%;
- I centri terapeutici offrono servizi ritagliati sulle esigenze dei consumatori di cannabis;
- La maggioranza delle dipendenze sono trattate col farmaco sostitutivo metadone;
- La cannabis è la sostanza maggiormente usata, seguono le anfetamine, l'ecstasy; subito dopo l'LSD e la cocaina
- I consumatori problematici (oppiacei) sono tra 2,3 e 3,5 casi ogni 1000 adulti;
- La riduzione del danno è uno dei 4 pilastri della strategia nazionale per affrontare il problema droga: grande enfasi è data ai progetti di lavoro di strada, ma vi sono anche sale per iniezione e programmi di prevenzione alle overdose; e somministrazione controllata di eroina
- E' aumentato il consumo di cocaina;
- In diminuzione le morti per overdose;
- La legge in Germania punisce la detenzione non autorizzata di sostanze illegali

In Germania non mancano i conflitti sulla riduzione del danno: l'accordo di coalizione nel 2000 del governo tedesco prevedeva, tra le altre iniziative, quella di dare una base legale certa alle sale per iniezione, locali appunto dove i consumatori di eroina possono iniettarsi la sostanza in condizioni di sicurezza igienica, ma il conflitto tra la Camera dei Deputati e la Camera federale ha fatto cadere la proposta di legge per il mancato raggiungimento del quorum.

Già qualche anno prima (1998) si era tentato di procedere lungo la strada della decriminalizzazione: i Verdi avevano chiesto di organizzare l'analisi delle pastiglie su base volontaria, durante manifestazioni e feste dove circola ecstasy. Infatti, il problema più grave deriva dall'inconsapevolezza sulla composizione delle pillole; ma la legislazione federale ha bloccato ogni tipo di prevenzione e di informazione su questo tema.

Dal 1997 a Tubinga, presso la clinica psichiatrica e neurologica dell'Università, è aperta la prima stazione di ricerca e terapia di disintossicazione della Germania. Non ci sono condizioni particolari per entrare nel trattamento di disintossicazione, il quale avviene nell'arco di 3 settimane con somministrazione di metadone a scalare: l'obiettivo è quello di offrire una "tregua" momentanea dal quotidiano contatto con la "scena" della droga.

Nonostante le restrizioni sul versante della cannabis vi sono state prese di posizione: nel novembre 1999 è iniziato uno studio presso l'istituto Oncologico di Berlino per valutare l'aumento di peso e il miglioramento complessivo dei pazienti neoplastici attraverso anche l'utilizzo della cannabis.

L'anno scorso la commissione giuridica del parlamento del Land di Berlino ha deciso la depenalizzazione del possesso personale di cannabis fino a 15 gr. (prima era 6 gr.). Nei fatti la demonizzazione di hashish e marijuana non corrisponde già da molto tempo alla realtà sociale e all'accettazione della cannabis in fasce sempre più ampie della popolazione. La decisione tiene conto del grave deficit pubblico generato da migliaia di processi risultati poi inutili, in una delle metropoli più indebitate d'Europa.

Nel 2002 dopo la legittimazione delle sale per iniezione, si è cominciata una sperimentazione sui trattamenti con eroina in 7 città della Germania: Bonn, Francoforte, Hannover, Amburgo, Karlsruhe, Colonia e Monaco; i pazienti sono stati scelti tra chi assumeva eroina da più di 5 anni, aveva più di 23 anni di età e versava in precarie condizioni di salute.

La scelta della Germania è stata quella di allargare l'offerta del ventaglio terapeutico, potenziando al contempo la riduzione del danno. Anche rispetto all'utilizzo di canapa si sta consolidando l'accettazione del suo uso ricreativo ed inoltre si stanno valutando preparati terapeutici a base di canapa e si è migliorato l'accesso ai medicinali al cannabino.

Anche sul versante della prevenzione la Germania si sta schierando basando sempre di più le campagne sulla promozione del benessere e non sui divieti, sulle azioni durature promosse localmente, sulla ricerca di un migliore equilibrio tra interventi sull'offerta di sostanze e misure rivolte alla domanda e ai suoi determinanti.

## OLANDA

- Prevalenza del consumo di sostanze almeno una volta nella vita: 17% tra la popolazione rispetto alla cannabis, 2,9% rispetto all'ecstasy, 2,2% anfetamine e cocaina, 1,1 % eroina e 3% gli allucinogeni;
- Motivo per entrare in trattamento: 41% motivazione primaria per consumo di cocaina- crack, 22% eroina/oppiacei, 6% stimolanti, 2% ipnotici;
- I Paesi Bassi sono uno dei paesi in cui la produzione di ecstasy è significativa;
- I trattamenti sostitutivi ed i programmi di mantenimento utilizzano il metadone;
- La maggioranza dei programmi di riduzione del danno include progetti di lavoro di strada, offerta di posti-letto, sale per consumare, programmi di scambio-siringhe;
- I consumatori problematici sono 2,9 casi ogni 1000 adulti e solo una parte modesta di questi fa uso per via parenterale;
- La legislazione olandese è basata sul principio della separazione dei mercati (quello delle sostanze cosiddette "leggere" da quello delle sostanze cosiddette "pesanti"); l'uso di droga non è reato così come il possesso di quantitativi per uso personale;
- La strategia nazionale si fonda sul principio che le droghe sono un fenomeno non – desiderato e non-voluto, tuttavia il principale obiettivo della politica sulle droghe è quello di limitare i rischi dell'uso di droga stessa;
- Nei Paesi Bassi si registra un significativo aumento della potenza effettiva dei prodotti derivati dalla cannabis, attribuibile pressoché interamente al maggior consumo di cannabis in foglie prodotte in loco e coltivata facendo ricorso a tecniche idroponiche intensive;
- Anche nei Paesi Bassi i centri terapeutici offrono servizi ritagliati sulle esigenze dei consumatori di cannabis
- L'Olanda ha in corso alcuni interventi di somministrazione controllata di eroina.

Per ciò che riguarda la cannabis, il governo olandese, che dal 1976 ha adottato la depenalizzazione *de facto* dei prodotti derivati dalla canapa, nel 2001 ha autorizzato le farmacie a distribuire cannabis ai malati su ricetta medica.

Qui i *coffe-shop* sono autorizzati a vendere piccole quantità di cannabis, ma l'acquisto da parte dei gestori di una quantità sufficiente della stessa sostanza fuori dai circuiti dei rivenditori consentiti, rimane illegale. La Fondazione per la politica sulla droga, infatti, ha istituito un sistema di produzione, trasporto e vendita dei prodotti della cannabis attraverso circuiti chiusi; i *coffe-shop* hanno perciò una contabilità controllabile dalla polizia, dal fisco e dalle autorità sanitarie. Questa regolamentazione è stata decisa come necessaria non pensando che la cannabis fosse innocua ma proprio partendo dalla consapevolezza che il suo consumo comportasse un certo rischio per la salute.

Dal 2003 poi è possibile coltivare la canapa facendone richiesta all'Ufficio sulla cannabis medica presso il Ministero della Sanità; tale ufficio esegue o promuove ricerche sulla canapa medica e fornisce la cannabis ottenuta dai coltivatori alle farmacie, che potranno poi venderla ai pazienti dotati di ricetta medica

Dal 1998 è in corso un programma di somministrazione di eroina ad Amsterdam e a Rotterdam, poi esteso ad altre città. Il presupposto dal quale sono partiti è stato quello della constatazione che il costo sociale per ridurre i consumi "non-problematici" è enorme mentre in compenso il numero degli assuntori problematici non è affatto diminuito.

Nel corso degli anni '80 è apparso in modo chiaro che era preferibile che il consumo di droghe non avvenisse in pubblico, nell'interesse tanto dei consumatori quanto della società nel suo insieme. In Olanda si sono posti quindi il problema di creare luoghi ove il consumo fosse tollerato. Il progetto individuato si chiama "Piattaforma zero", dapprima allocato nei pressi della stazione di Rotterdam, poi spostato (perché creava disturbo agli altri cittadini) alla Chiesa di San Paolo, dove fu aperta "in segreto" una sala di iniezione che ancora esiste. Così dal 1995, in tutta l'Olanda, è possibile aprire le sale per consumatori.

L'esperienza della Chiesa di San Paolo però resta unica: qui, infatti, oltre ad un soggiorno, dove è possibile leggere, bere o mangiare (le consumazioni sono a pagamento), giocare a carte, guardare la televisione, parlare con gli operatori/volontari, c'è una stanza dove si aspirano le sostanze ed un'altra dove si possono iniettare (il materiale per l'iniezione è disponibile gratuitamente) ma, la grande "rivoluzione" sta nel fatto che all'interno del soggiorno è tollerata la presenza di 3 spacciatori, scelti sui criteri di onestà, di responsabilità, per la buona qualità, quantità adeguata ed il costo ragionevole della droga.

I consumatori sono ammessi sulla base di un pass e sono circa 1000.

In questo modo le autorità hanno registrato un minor affollamento lungo le strade di consumatori, un minor tasso di microcriminalità, una maggior percezione di sicurezza ed un vantaggio nell'ordine pubblico.

Una segnalazione importante viene dall'Aia dove è stato sperimentato un progetto quadriennale per il trattamento dei tossicodipendenti locali che hanno commesso reati: il trattamento consisteva nella detossificazione e nella successiva assistenza delle persone selezionate. Il risultato è stato che il 40% dei partecipanti al programma si sono astenuti dal consumo di stupefacenti nei due anni successivi all'intervento.

## **PORTOGALLO**

- Prevalenza del consumo di cannabis: 7,6% tra la popolazione, 15% tra i giovani (15-34 anni);
- Motivo per entrare in trattamento: 67% motivazione primaria per consumo di eroina, 3,6% cannabis;
- I consumatori di eroina sono in diminuzione;

- I trattamenti sostitutivi sono accessibili attraverso i servizi pubblici, ospedali, farmacie, centri specializzati, organizzazioni non-profit,
- I trattamenti sostitutivi ed i programmi di mantenimento costituiscono circa il 50% della attività totale dei trattamenti pubblici;
- Le regioni che hanno la più alta densità di popolazione come Lisbona, Porto e Setubal hanno il maggior numero di siringhe scambiate (rispettivamente il 50%, 19% e 12% del totale)
- Il 22% dei decessi per droga si riscontra l'uso di cocaina mescolata ad eroina;
- L'ecstasy è la droga numero due dopo la cannabis, superando le anfetamine tradizionali;
- I consumatori problematici sono 6-10 casi ogni 1000 adulti;
- Il Portogallo attua una valutazione d'impatto rispetto all'efficacia delle politiche in essere

In Portogallo l'uso delle sostanze illecite è depenalizzato; anche la detenzione di droghe è depenalizzata. Tutto ciò dal luglio 2000. La nuova legge però equipara ancora il consumo di sostanze alla malattia, sanziona il consumo con multe in denaro ed il consumatore può essere indirizzato verso un trattamento sanitario.

Dal 2001 il governo portoghese sostiene almeno un programma di riduzione del danno in ogni provincia del paese, partendo dalla considerazione che è necessario prendere atto del dato di realtà e cioè che i consumi stanno crescendo in tutta Europa e che la linea della proibizione è fallita.

Secondo la normativa quando un consumatore è fermato, è inviato ad un'apposita commissione che esamina il caso. In genere i consumatori di marijuana ricevono solo un'ammonizione, mentre chi usa "droghe pesanti" è inviato ai centri di cura.

Se però le raccomandazioni della commissione sono ignorate, scattano le sanzioni, quali multe fino ad un mese di paga, la sospensione del passaporto o la prestazione obbligatoria di servizio civile.

E' necessario rilevare la scarsa inclinazione della polizia a fermare i semplici consumatori.

E' da segnalare che dal 2001 in un quartiere di Lisbona è entrato in funzione un'unità mobile che somministra il metadone a bassa soglia d'accesso.

## **REGNO UNITO**

- Tra gli adulti, l'uso di droghe è del 35,7% per chi ha consumato almeno una volta nella vita;
- L'uso di cannabis almeno una volta nella vita è del 30,6%, 12,3% per le anfetamine, ecstasy (6,6%), cocaina (6,2%);
- Il consumo di crack è in aumento così come quello di cocaina,
- I consumatori problematici vanno da percentuali che toccano lo 0,6% su 1000 abitanti, nel Nord dell'Irlanda, a 19,6% su 1000 abitanti nell'area di Glasgow, per arrivare a 23,9% sempre su 1000 abitanti nell'area di Manchester;
- Il motivo principale per richiedere un trattamento è la dipendenza da eroina, seguita da quella di benzodiazepine, metadone, cocaina-crack;
- Le risposte trattamentali includono terapie sostitutive, programmi residenziali e di reinserimento;
- La riduzione del danno è basata su campagne d'informazione rispetto all'utilizzare sostanze in modo sicuro, sul sesso sicuro, programmi di scambio-siringhe; almeno metà delle farmacie nel Regno Unito scambiano siringhe;
- La legge inglese non punisce l'uso di sostanze ma il possesso personale,

- Nell'arco degli ultimi cinque anni il maggior numero dei sequestri di cannabis ed anfetamine è avvenuto nel Regno Unito;
- Anche nel Regno Unito si registra un incremento nei poteri di confisca dei beni dei trafficanti di droga e di bande criminali;
- Durante il 2003 sono state attuate modifiche nella classificazione legale della cannabis: essa ed i suoi derivati sono stati portati, nel quadro del sistema britannico di classificazione, dalla classe B ed A, rispettivamente, alla classe C. Conseguentemente, la pena massima per il possesso di cannabis per uso personale si è ridotta a due anni di reclusione. La polizia si limiterà dunque nella maggioranza dei casi a sequestrare la sostanza e a comminare un'ammonizione. Le linee guida redatte dalla polizia raccomandano di procedere all'arresto per possesso di cannabis soltanto in determinate circostanze, che comprendono il fumare in pubblico o alla presenza di minori.

Era dal 2001 che la polizia di Lambeth, a sud di Londra, stava sperimentando un atteggiamento tollerante verso il possesso di piccole quantità di cannabis ed era sempre di quest'anno la dichiarazione dell'ispettore capo uscente degli Istituti di pena di Galles ed Inghilterra nella quale si auspica l'avvio di misure radicali, quali la legalizzazione delle sostanze stupefacenti, per sanare la situazione delle carceri inglesi.

Per contro, nel maggio '99 lo zar antidroga del governo inglese, Keith Hellawell, ha presentato il piano decennale dal titolo: "Affrontare la droga per costruire una Gran Bretagna migliore". Gli obiettivi principali del piano sono: aumentare il numero dei trattamenti, ridurre il numero dei consumatori di eroina e cocaina, ridurre i reati ripetuti correlati alla droga.

Andando a ritroso, in Gran Bretagna vige da decenni un sistema di presa in carico medica anche con sostanze psicotrope prescritte da medici (British system), approccio che perdura sebbene limitato dalle legislazioni proibizioniste: nel '68 i programmi terapeutici non erano più volti a "normalizzare" la vita dei tossicodipendenti, bensì finalizzati per lo più all'astinenza; nel '71 la nuova legge da un lato penalizza il traffico e anche il semplice consumo, dall'altro, i centri di riabilitazione hanno mandato di utilizzare droghe sostitutive.

Quando nel corso degli anni '80 i tossicodipendenti aumentarono di circa 10 volte rispetto alla stima degli anni '60, i soggetti in trattamento scesero del 25% e cominciò ad essere evidente l'emergenza AIDS, si cominciò a rilanciare una cultura più tollerante verso i consumatori, ispirata alla "riduzione del danno" su spinta delle autorità sanitarie.

L'ambiguità dell'approccio inglese si riscontra a partire dalla scelta fatta rispetto al vice dello zar, un ex operatore delle tossicodipendenze, il quale ha evidentemente contribuito alla stesura del documento programmatico, dove non si parla di repressione, ma si punta molto sui trattamenti e l'educazione.

Il rapporto "Honesty, Realism, Responsibility" discusso durante la Convention del partito liberal-democratico a Manchester nel 2002 è il documento da cui si è partiti per rilanciare la spinta riformista, anche sulla base della constatazione che è stato un errore proporre ai giovani un allarme indifferenziato relativamente alle diverse sostanze, poiché se non si fa in modo che le leggi riflettano il danno relativo delle singole droghe, i giovani non ascolteranno i messaggi circa le droghe che procurano i danni più gravi.

Con l'avvento del ministro Blunkett, lo "zar antidroga" ha dato le sue dimissioni ed in Gran Bretagna si sta quindi procedendo da quasi 3 anni verso una politica che tenga conto anche dei risultati ottenuti in altre città d'Europa: maggior ricorso quindi anche ai trattamenti con eroina, peraltro già ammessi dalla legge ma ancora un "no" per quanto riguarda la declassificazione dell'ecstasy, le sale per iniezione e i coffee-shop.

## **SPAGNA**

- Prevalenza del consumo di sostanze almeno una volta nella vita: 27,8% tra la popolazione, 37,9% tra i giovani (15-34 anni);
- Più del 4% dei giovani di sesso maschile compresi tra la fascia d'età 15-24 anni segnala di avere consumato ecstasy nell'arco di un anno;
- I consumatori problematici sono 4,91 casi ogni 1000 adulti;
- Motivo per entrare in trattamento: 68,3% motivazione primaria per consumo di eroina, 34% cocaina, 17% cannabis ;
- I trattamenti sostitutivi sono accessibili attraverso i servizi pubblici, ospedali, farmacie, centri di salute mentale;
- I trattamenti sostitutivi ed i programmi di mantenimento utilizzano il metadone;
- La maggioranza dei programmi di riduzione del danno includono servizi socio-sanitari che offrono materiale sterile, cure di emergenza, assistenza ai consumatori per via iniettiva;
- La legge sulla sicurezza dei cittadini, in Spagna, considera il consumo di droga in pubblico come un reato punibile attraverso sanzioni amministrative;
- La strategia spagnola di contrasto alla droga è costruita facendo attenzione alle droghe legali, alla riduzione del danno, al trattamento ed alla riabilitazione.
- Aumenta la preoccupazione per il consumo di crack e cocaina;
- Si riscontra la presenza di cocaina mescolata con oppiacei nel 46% dei decessi per droga;
- In termini di volume la Spagna ha rappresentato oltre la metà del quantitativo totale di cannabis sequestrato negli ultimi 5 anni;
- In Spagna esistono stanze per iniezione;
- Anche in Spagna esistono sistemi di valutazione basati su obiettivi definiti in maniera chiara, quantificabile, privi di ambiguità, accompagnati da indicatori per misurare i risultati conseguiti;
- Rispetto ai trafficanti di droga, in Spagna una nuova legge mira ad accelerare il trasferimento dei documenti necessari per individuare e localizzare i beni sequestrati per reinvestirli in progetti volti a contrastare sia l'offerta che la domanda di stupefacenti

Nel 2000 la Spagna ha autorizzato studi sulle capacità terapeutiche dell'ecstasy per giungere ad una valutazione chiara del rapporto tossicità/efficacia terapeutica dell'MDMA, per individuare le modalità di somministrazione più efficaci e sicure e per determinare i rischi di uso non terapeutico. In Spagna nel 1997 dopo uno studio effettuato, si è giunti alla conclusione che la somministrazione di eroina a tossicodipendenti, nel quadro di un trattamento di disintossicazione, non si configura come traffico di droghe posto che non rappresenta una minaccia alla salute pubblica, poiché la droga viene messa a disposizione a cittadini determinati dei quali si desidera facilitare la riabilitazione. La legge spagnola contempla l'impunità del cosiddetto "procacciamento per consumo condiviso", ossia il caso di chi compra una quantità di droga che viene poi consumata da un gruppo di persone, tra le quali si trovi l'acquirente stesso ed inoltre non viene punita la donazione di droghe a tossicodipendenti, se effettuata da persone a questi vicine, per vincoli affettivi, di parentela o amicizia, sempre che tale donazione tenda a disassuefare o miri ad evitare i danni e i rischi derivanti da una crisi di astinenza.

I programmi di somministrazione sono partiti nei centri di Granada e Algeciras in Andalusia.

I risultati sono stati: i tossicodipendenti trattati con eroina sono migliorati più di quelli trattati con metadone; essi riferiscono di avere un migliore rapporto con i familiari, di commettere meno reati e di consumare meno cocaina. Inoltre hanno acquistato peso. Il progetto non ha come obiettivo quello di eliminare la tossicodipendenza, ma quello di migliorare la qualità della vita dei pazienti,

aiutandoli a uscire dalla condizione di esclusione sociale in cui spesso si trovano, e che li spinge in molti casi a commettere furti e scippi per procurarsi i soldi necessari a pagare la “dose”.

Anche in Catalogna però ci sono esperienze di riduzione del danno: a Barcellona l’associazione di consumatori, ex consumatori, professionisti, Asut, distribuisce siringhe, metadone, narcan, cibo e bevande, attraverso due pullman, uno dei quali ospita al proprio interno una narco-sala .

A Madrid nel 1999 sono nate due narcosalas, una fissa ed una mobile. L’obiettivo dichiarato è quello di raggiungere gli eroinomani che si trovano al di fuori del sistema sanitario nazionale e che non vogliono o non possono sottomettersi ad un programma di riabilitazione.

Sul fronte della cannabis, il Tribunale di giustizia superiore della Catalogna ha stabilito che fumare saltuariamente spinelli sul luogo di lavoro non è reato né può essere causa di licenziamento o provvedimenti disciplinari, purché non interferisca con il normale rendimento lavorativo.

## SVEZIA

- Prevalenza del consumo di cannabis: 15% tra i giovani (15-34 anni);
- Ha provato cannabis il 10% degli studenti di 15-16 anni;
- Forti consumatori di cannabis (>= 40 volte l’anno): 1%
- Motivo per entrare in trattamento: 29% motivazione primaria per consumo di anfetamine;
- Appare il Fentanil (oppiaceo di sintesi 100 volte più potente dell’eroina) sul mercato della droga;
- I centri terapeutici offrono servizi ritagliati sulle esigenze dei consumatori di cannabis;
- Esperienze con ecstasy ed eroina: 1% della popolazione riporta almeno un’esperienza nel corso della vita;
- Le due aree in cui vi sono persone dipendenti da sostanze (oppiacei, anfetamine, allucinogeni) sono: Stoccolma e la regione di Skane (al confine con la Danimarca).
- Dopo la cannabis, le anfetamine sono al secondo posto per consumo.
- I consumatori di eroina sono costantemente in aumento dal 1980.

**Il Piano Nazionale di Azione contro le droghe (2002-2005)** non utilizza il termine “riduzione del danno”.

I servizi oggi prendono in carico i pazienti senza fare la richiesta di un’immediata astinenza e/o lungo periodo di assenza di utilizzo di sostanze.

Il governo svedese si è schierato contro la prescrizione di eroina e le sale-iniezioni.

Nonostante ciò in Svezia esistono 2 programmi di scambia-siringhe nella città di Lund dal 1986 ed 1 nella città di Malmö dal 1987 ed un programma di somministrazione del metadone a Stoccolma.

Le farmacie non sono titolate a scambiare /vendere le siringhe.

**L’uso ed il possesso di sostanze illegali sono reati.**

**La strategia nazionale** rispetto alle droghe è rivolta a mantenere e a rinforzare una società senza droghe, privilegiando per le persone dipendenti, la proposta di trattamenti basati sull’astinenza (*drug-free*). La politica ufficiale della Svezia sulla droga si fonda su 3 punti chiave: prevenzione, cura e misure repressive. Alla polizia è stato pertanto concesso sempre più potere (per esempio dal 1993 un agente di polizia può sottoporre chiunque ed in qualsiasi momento all’esame delle urine e del sangue, se sospetta che la persona si trovi sotto l’effetto di sostanze).

Le campagne di prevenzione arrivano a sostenere che l’uso della cannabis aumenta il numero dei suicidi e delle morti violente.

La Svezia ha adottato una politica restrittiva nei confronti dell’alcool, che è di fatto l’unica sostanza con la quale gli svedesi hanno dimestichezza, e ciò si ripercuote necessariamente sulla logica altrettanto restrittiva rispetto alle altre sostanze.

In Svezia c'è una fortissima obiezione morale contro la droga, la quale viene considerata uno dei problemi che minano alle fondamenta la società, addirittura più della disoccupazione.

Nonostante tutto dagli anni '90 il consumo di sostanze stupefacenti è in aumento, in particolare per ciò che riguarda il consumo di eroina fumata.

Dal 1998 l' "Associazione nazionale per i diritti dei consumatori di droghe" ha pubblicato e diffuso un rapporto per sostenere la necessità di cambiare politica; le richieste vanno dalla prescrizione legale di droghe per i tossicodipendenti ai programmi di scambio di siringhe e alla legalizzazione della cannabis.

Oltre a questa esperienza, esiste nel paese dove l'utilizzo di sostanze è fortemente stigmatizzato, la Psychedelic Bookshop che è diventata uno dei principali centri d'informazione antiproibizionista via internet che più volte si è resa artefice di iniziative provocatorie quali la vendita on-line di pastiglie svizzere alla cannabis o di altre sostanze contenenti il THC, tutte però con una presenza di sostanza psicoattiva assolutamente entro la soglia consentita dalla legge.

Nel 2003 è stata fornita ai magistrati svedesi una lista di tutte le sostanze stupefacenti in circolazione, con il rispettivo grado di "pericolosità", come strumento per valutare la gravità dei reati legati all'uso e allo spaccio di droghe. Il grado di pericolosità di una droga è stato valutato essenzialmente in base alla facilità nel creare dipendenza, e al rischio di overdose.

## **SVIZZERA**

- In Svizzera oltre all'eroina si è diffuso il consumo di cannabis ed ecstasy.
- Dal 1989 è nata la politica cosiddetta dei "4 pilastri":
  1. prevenzione,
  2. riduzione del danno,
  3. terapia,
  4. repressione del traffico illecito

Per quello che riguarda la parte relativa alla riduzione del danno, essa comporta un intervento pubblico a favore di chi soffre di tossicodipendenza, indipendentemente dallo statuto legale della sostanza che l'ha provocata.

Si è passati cioè dal concetto di "lotta alle droghe illegali" a quello di "politica delle dipendenze"

- In Svizzera è prevista la depenalizzazione del consumo ma solo come facoltà discrezionale sulla base del "principio di opportunità", cioè la non obbligatorietà dell'azione penale per infrazioni di lieve entità.
- La repressione del traffico illecito è stata resa più incisiva tramite una legge contro il riciclaggio di denaro ed una che prevede la possibilità di condurre inchieste anche infiltrando agenti nelle organizzazioni criminali;
- Dal 1999 è iniziato il percorso di riforma della legge federale sugli stupefacenti: vi è la volontà di estendere la politica delle dipendenze anche alle droghe legali; di depenalizzare il consumo, con varie ipotesi normative (depenalizzazione per i derivati della canapa, depenalizzazione per tutti i tipi di stupefacenti con un divieto per i giovanissimi); di andare oltre la depenalizzazione del consumo per la canapa introducendo la possibilità di regolamentarne la produzione ed il commercio tramite "il principio di opportunità";
- La metà delle persone ritenute tossicodipendenti si sottopone ad un trattamento sostitutivo, per la maggior parte con metadone, anche se sono utilizzate numerose altre sostanze stupefacenti;
- Dopo una sperimentazione con eroina dal '94 al '96 e dopo la conseguente valutazione effettuata nel '97, nell'ottobre '98 il Parlamento ha preso atto di questi risultati positivi e ha adottato un decreto federale urgente che ha permesso al trattamento a base di eroina di uscire dalla fase sperimentale. Nel corso del 2002 tale trattamento è entrato nel novero delle prestazioni coperte dall'assicurazione malattia obbligatoria per tutti i cittadini.

In Svizzera si è scelta l'informazione, il dibattito, il confronto fra scenari possibili, la ricerca valutativa. Si è scelto sostanzialmente la strategia di offrire percorsi e terapie differenti per rispondere a differenti bisogni: vi sono "clienti" con problemi legati all'utilizzo di oppiacei e cocktail di sostanze, che hanno seguito unicamente terapie sostitutive in strutture residenziali, per un periodo di 12-18 mesi; altri che hanno alle spalle solo ricoveri in strutture, per lo più psichiatriche, che non hanno mai fatto uso di farmaci sostitutivi e la cui sostanza d'abuso è molto spesso l'alcool, per i quali sono previsti percorsi di 6-12 mesi; diversi clienti hanno conosciuto ambedue i tipi di trattamento.

Anche la prevenzione ha subito una trasformazione spostando la propria attenzione dalla lotta al disagio verso la promozione dell'agio: l'idea è quindi quella non d'impedire ai giovani tramite divieti di scoprire la realtà della società odierna, ma di favorirne una crescita che li renda capaci di gestire se stessi, le pulsioni al divertimento, alla ricerca interiore, le debolezze, le frustrazioni. In una parola è l'educazione all'autonomia.

Rispetto ai consumatori problematici, nel 2002 sono state aperte a Zurigo due stanze per inalazione, che si affiancano alle numerose stanze per l'iniezione attive dal 1986, dove i consumatori di crack e di eroina possono inalare queste sostanze senza rischiare l'arresto. Il progetto ha come obiettivo quello di ridurre i problemi sanitari a breve termine per i consumatori, facendo allo stesso tempo da "ponte" verso i trattamenti a lungo termine.

A Berna e a Basilea nell'ottobre 2003 è partito un progetto pilota di trattamento di 60 persone cocainomani, tutte volontarie, con il Ritalin.

## **EST EUROPA**

- Consumo di cannabis almeno una volta nella vita : 30% in Repubblica Ceca;
- Consumo di ecstasy nell'anno fra i giovani (15-34 anni): 5% in Repubblica Ceca, 8-9% in Lettonia. In particolare nella Repubblica Ceca le metamfetamine sono prodotte dagli anni '80;
- Sequestri di sostanze: in Lettonia prevale il sequestro di eroina; in Estonia, Lituania e Repubblica Ceca sono stati segnalati sequestri di amfetamine;
- Consumatori problematici: Polonia (meno di 4 casi ogni 1000 abitanti), Repubblica Ceca (4,9/1000 abitanti), Slovenia (5,3/1000 abitanti);
- Reati segnalati contro la legislazione in materia di stupefacenti: più che raddoppiati tra il 1997 ed il 2002 in Estonia, Lettonia Finlandia e Slovenia;
- Richiesta di trattamenti: in Repubblica Ceca e Slovenia (20%) per uso di cannabis; in generale in aumento la domanda per uso di oppiacei;
- Politiche d'intervento: in Estonia e Lettonia sono stati promossi programmi di distribuzione di aghi e siringhe; sempre l'Estonia, Lettonia, Repubblica Ceca e Lituania, hanno migliorato l'accesso ai trattamenti, pur restando limitati in termini di capacità e di copertura.
- Penalizzazione: dal 1991 la maggior parte dei paesi accedenti all'UE hanno modificato le loro leggi (prima si rifacevano al sistema normativo sovietico che considerava il possesso di piccole quantità di droga per uso personale un illecito amministrativo e non un reato penale) criminalizzando il possesso per uso personale, quando non l'uso in sé. Attualmente però si sta assistendo a ripensamenti quali quello ceco che sta tentando di rivedere la normativa distinguendo tra le diverse sostanze e rinunciando all'approccio punitivo per il possesso ad uso personale; in Ungheria la norma che prevedeva reato il consumo è già stata rimossa; l'Estonia e la Lettonia prevedono sanzioni amministrative in caso di uso personale ed in caso di «prima offesa».

In generale, la percentuale della popolazione, in particolare i giovani in età scolare, che ha provato sostanze illecite almeno una volta è in aumento; l'età del primo consumo o del primo contatto con sostanze lecite ed illecite si sta abbassando ed il consumo si sta diffondendo dai principali centri urbani a tutte le regioni.

Anche i modelli di consumo sono in mutamento. Vi è una maggiore diffusione dell'eroina importata e usata per via endovenosa, che sta sostituendo gli oppiacei prodotti localmente.

Il consumo di cocaina è ancora relativamente raro nei paesi dell'Europa centrale ed orientale, ma con l'accresciuta reperibilità della sostanza sono aumentati anche la diffusione, traffico illecito e operazioni di sequestro.

Negli ultimi anni le droghe sintetiche sono diventate più popolari, in particolare nei tre Stati baltici, nella Repubblica Ceca, in Ungheria, Polonia, Slovacchia e Slovenia e sono diventate parte integrante della cultura giovanile da discoteca.

#### **Siti di documentazione**

[www.emcdda.eu.int](http://www.emcdda.eu.int) (EMCDDA)

[www.cedro-uva.org](http://www.cedro-uva.org) (Centro studi Università di Amsterdam)

[www.dpf.org](http://www.dpf.org) (Drug policy alliance)

[www.hira.net](http://www.hira.net) (International harm reduction association)

[www.encod.org](http://www.encod.org) (European coalition NGOs for drug reform)

[www.tni.org/drugs](http://www.tni.org/drugs) (The Transnational Institute Drugs & Democracy Project)

[www.tdpf.org.uk](http://www.tdpf.org.uk) (Transform – Drug policy foundation)

[www.drugtext.nl](http://www.drugtext.nl) (Internet centre for substance use related risk reduction)

[www.druglibrary.org](http://www.druglibrary.org) (Drug Reform Coordination Network (DRCNet))

[www.elisad.org](http://www.elisad.org) (European association of libraries and information services on alcohol and other drugs)

[www.salis.org](http://www.salis.org) (Substance Abuse Librarians & Information Specialists)

[www.Claf3.org](http://www.Claf3.org) (Conferenza latina riduzione del danno e Democracy cities & drugs)

#### **Italia - Documentazione**

[centrostudi.gruppoabele.org](http://centrostudi.gruppoabele.org) (Data base del Centro studi Gruppo Abele)

[www.cesda.net](http://www.cesda.net) (Centro documentazione ASL Firenze) [www.retecedro.net](http://www.retecedro.net) (Centri di documentazione toscani)

[www.regione.emilia-romagna.it/tossicodipendenze/dipdoc.htm](http://www.regione.emilia-romagna.it/tossicodipendenze/dipdoc.htm) (DipDoc Centri documentazione Emilia Romagna)

[droghe.aduc.it](http://droghe.aduc.it) (Rassegna stampa quotidiana sulle droghe)

[www.sitd.org](http://www.sitd.org) (Società italiana tossicodipendenze)

[www.fuoriluogo.it](http://www.fuoriluogo.it) (Forum droghe)

