

Presentazione.....	III
Nota metodologica.....	1
Il quadro giuridico di riferimento	24
PARTE I OFFERTA DI SOSTANZE	
Capitolo 1. Tendenze del mercato e dimensione dell’offerta	33
1.1 Sequestri delle sostanze.....	33
1.2 Purezza delle sostanze	62
1.3 Dimensione del mercato.....	64
Capitolo 2. Dimensione della criminalità.....	73
2.1 Denunce a piede libero, in stato di irreperibilità e arresti.....	73
2.2 Stima del costo della criminalità	83
2.3 Stima della popolazione coinvolta nel mercato illegale di sostanze stupefacenti.....	90
2.4 Procedimenti giudiziari per reati connessi all’offerta di droga.....	102
Capitolo 3. Le nuove sostanze.....	112
3.1 Sistema di Allerta Precoce	112
3.2 Procedura di aggiornamento delle tabelle delle sostanze sotto controllo	141
PARTE II DOMANDA DI SOSTANZE: USO E PROBLEMATICHE	
Capitolo 1. Potenzialità e limiti delle rilevazioni.....	148
1.1 Nota metodologica	148
Capitolo 2. Prevalenza e incidenza di uso.....	154
2.1 Analisi sui dati disponibili sulla popolazione generale	154
2.2 Analisi sui dati sulla popolazione studentesca	179
2.3 Uso illegale di farmaci psicotropi, in particolare tra i giovani	228
2.4 Stima dell’indicatore High Risk Drug Use (HRDU) per cannabis, cocaina e oppiacei: aspetti critici e possibili soluzioni	238
2.5 Uso di sostanze stupefacenti/psicotrope nei praticanti di attività sportive	266
2.6 Incidenza di positività tra le Forze Armate	268
2.7 Stime dell’uso di sostanze attraverso l’analisi delle acque reflue	280
Capitolo 3. Comorbilità droga correlata	302
3.1 Diffusione di HIV - AIDS	302
3.2 Diffusione di patologie sessualmente trasmissibili.....	317
3.3 Diffusione di epatiti virali	329
3.4 Ricoveri ospedalieri droga correlati	334
3.5 Nota su importanza dello studio della comorbilità droga correlata	340
Capitolo 4. Mortalità	349
4.1 Mortalità acuta.....	349

4.2	Mortalità Indotta.....	353
Capitolo 5. Accertamenti lavorativi		364
5.1	Dati sugli accertamenti sanitari di assenza tossicodipendenze e di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope negli ambienti di lavoro	364
PARTE III INTERVENTI SANITARI E SOCIALI		
Capitolo 1. Rete dei Servizi e modelli di funzionamento		369
1.1	Le politiche nazionali e regionali	369
1.2	Organizzazione della rete dei servizi.....	377
1.3	Risorse umane ed economiche	385
1.4	Utenti con disturbo da uso di sostanza illegale e/o farmaci non prescritti	389
1.5	Considerazioni conclusive.....	407
1.6	Misure alternative al carcere per i tossicodipendenti	407
1.7	Le Comunità Terapeutiche	428
1.8	Interventi di riduzione del danno.....	434
1.9	Percorsi trattamentali ed esiti	451
Capitolo 2. Trattamenti in carcere		474
2.1	Salute dei detenuti	474
2.2	Studio sulla salute dei detenuti in carcere	495
2.3	Minorenni in carcere.	503
Capitolo 3. Le segnalazioni ai sensi dell'art. 75 del DPR 309/90.....		521
3.1	Premessa.....	521
3.2	Dati sulle persone segnalate e in trattamento presso le strutture socio-riabilitative	521
3.3	Sanzioni amministrative e segnalazioni ex artt.75 e 121 TU 309/90	523
PARTE IV MISURE DI PREVENZIONE		
Capitolo 1. Gli interventi di prevenzione		573
1.1	I programmi di prevenzione nelle scuole	573
1.2	I programmi di prevenzione tra le Forze Armate	584
1.3	Efficacia dei trattamenti di prevenzione. Buone pratiche.....	591
APPROFONDIMENTI		
1.	Le indagini sulle comunità terapeutiche e i servizi a bassa soglia	602
2.	Incidenti stradali per assunzione di sostanze.....	645
3.	Altre dipendenze: dati sul tabagismo	665
4.	Altre dipendenze: il disturbo da gioco d'azzardo	669

La Relazione al Parlamento sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia 2015

Presentazione

A cura del Dipartimento Politiche Antidroga

La “Relazione al Parlamento sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia 2015” è l’esito di un processo di concertazione interistituzionale avviato il 24 novembre 2014 dal Dipartimento Politiche Antidroga (di seguito DPA) della Presidenza del Consiglio dei Ministri con l’istituzione di un Tavolo composto dai Ministeri e dagli Enti cui la legge assegna compiti di prevenzione e contrasto in materia di droga e che sono altresì responsabili della raccolta ed elaborazione di dati e informazioni sul fenomeno delle dipendenze.

Sono stati chiamati a far parte del Tavolo i Ministeri della Salute, dell’Interno, della Giustizia, del Lavoro e della Difesa, l’Istituto Superiore di Sanità, il Consiglio nazionale delle ricerche, l’ISTAT, l’Istituto nazionale per l’assicurazione contro gli infortuni sul lavoro.

Hanno partecipato per la prima volta ai lavori del Tavolo anche i rappresentanti del coordinamento tecnico in materia di salute delle Regioni e Province autonome, costituito presso la Conferenza Stato-Regioni, e una rappresentanza delle associazioni del privato sociale accreditato e dei servizi pubblici, quale espressione della società civile che si occupa sui territori della prevenzione, della cura e della presa in carico delle persone tossicodipendenti.

Hanno partecipato altresì esperti individuali, appartenenti al mondo scientifico e accademico, da tempo impegnati nello studio del fenomeno.

La presenza di un numero così elevato di attori ha consentito di conseguire due obiettivi: mettere in rete tutti i soggetti istituzionali (e non) che in Italia si occupano del fenomeno droga, evidenziando la qualità e lo spessore degli apporti di ciascuno e nel contempo dare effettività al ruolo di coordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri, che ha svolto il compito (attraverso l’azione del Dipartimento Politiche Antidroga) di imprimere al lavoro collettivo un indirizzo unitario in linea con le politiche governative.

Si può sostenere che il Tavolo nel suo complesso rappresenti un elemento di assoluta novità nella preparazione della Relazione al Parlamento, dal momento che il metodo di lavoro, basato sulla partecipazione attiva e sulla condivisione delle tematiche, come pure sulla scrittura “collettiva” dei testi, non era stato sin d’ora mai adottato.

Il Tavolo interistituzionale ha a sua volta nominato un Gruppo redazionale che ha condiviso la struttura del documento, redatto i testi, sistematizzato i dati, preparato le tabelle e commentato le principali novità intervenute nel 2014 per ciò che attiene il fenomeno della droga e delle dipendenze.

Il Gruppo redazionale si è riunito, su formale convocazione, (oltre che il 24 novembre) l’11 dicembre 2014, il 9 febbraio, il 23 marzo, il 14 maggio, il 12 giugno e il 1° luglio 2015, e durante i sei mesi di preparazione della Relazione sono stati innumerevoli i contatti informali, gli scambi di dati, le verifiche e le interlocuzioni tra i vari redattori, nel comune intento di fornire agli organi parlamentari e alla società italiana nel suo complesso le informazioni più affidabili ed utili possibili

sui caratteri assunti dal fenomeno nell'anno di riferimento e sui trend riscontrabili rispetto a specifici indicatori.

Il processo è stato animato da una così convinta partecipazione che, nel corso dell'ultima riunione del Gruppo redazionale tenutasi il 01 luglio 2015, è stato da più parti richiesto che tale modalità di lavoro comune non si esaurisca con la presentazione al Parlamento della Relazione, ma continui nel tempo per consolidare l'impostazione metodologica acquisita e per migliorare i sistemi di conoscenza del fenomeno.

La struttura della Relazione è in linea con quella dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (*European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, EMCDDA*) con sede a Lisbona, cui l'Italia aderisce con un proprio rappresentante nel consiglio di amministrazione. Attualmente per l'Italia l'incarico nel *board* dell'Osservatorio è ricoperto dal Dipartimento per le Politiche Antidroga.

La Relazione, articolata in quattro Parti, a loro volta suddivise in capitoli e paragrafi, comprende anche una sezione introduttiva e una conclusiva. Le quattro Parti, "Offerta di sostanze", "Domanda di sostanze: uso e problematiche", "Interventi sanitari e sociali" e "Misure di prevenzione", delineano il percorso concettuale che il Tavolo interistituzionale ha ritenuto più idoneo per fornire al Parlamento i necessari elementi conoscitivi sullo stato del fenomeno nel 2014. Non casualmente la Relazione apre con una serie di avvertenze sulle potenzialità, ma anche sui limiti, delle metodologie di indagine attualmente in uso, proponendo una lettura sinergica, puntuale e rigorosa dei numerosissimi dati che annualmente vengono raccolti e diffusi in Italia dai diversi soggetti che ne hanno titolarità, ma che il più delle volte, laddove presentati fuori da un quadro conoscitivo organico, sono in grado di restituire solo aspetti parziali del fenomeno, quando non distorti.

La presente Relazione al Parlamento ha l'ambizione di superare i limiti appena descritti mettendo insieme le tante esperienze, i dati amministrativi e quelli derivanti da indagini effettuati prevalentemente nell'anno di riferimento (2014) e in quelli immediatamente precedenti, sottolineando i punti di incontro.

La **Parte prima** sull'offerta di sostanze riferisce delle attività di contrasto messe a punto nel 2014 dalle Forze dell'ordine.

La **Parte seconda** è relativa alla domanda di droga e approfondisce i profili relativi al consumo di droga e alle caratteristiche di chi ne fa uso evidenziando anche le difficoltà di reperimento delle informazioni dovute alla natura illegale del fenomeno, che obbliga a ricorrere a stime e a inferenze piuttosto che a fonti dirette.

La **Parte terza** attiene agli interventi sanitari e sociali, quindi alle risposte di salute pubblica che i sistemi sanitari e sociali, a livello nazionale e territoriale, hanno messo a punto nel 2014, per curare le persone con dipendenze, per la riduzione del danno e per favorire il reinserimento sociale e lavorativo.

La **Parte quarta** è dedicata alle misure di prevenzione e alle iniziative che nel 2014 sono state programmate e realizzate per informare sulle sostanze psicoattive e per promuovere la cultura della salute e del benessere della persona.

Quattro Parti, dunque, per saldare le diverse fonti informative e per costruire un linguaggio comune tra i diversi attori. La terminologia adottata nel presente testo fa riferimento non più soltanto alla "droga" intesa come un unico oggetto di esame, ma bensì alle "sostanze vecchie e nuove", vale a dire a quella molteplicità di "roba" che invade il mercato illegale, in strada e anche

attraverso il web, in parte conosciuta e classificata, in parte sconosciuta, almeno fino a quando non viene sequestrata dalle Forze dell'ordine ed analizzata dalle autorità sanitarie.

La pluralità di sostanze offerte nel mercato illegale determina l'aumento del poliuso e l'assunzione incontrollata di droghe di varia natura, cui si aggiunge con sempre maggiore frequenza l'abuso di farmaci prescritti e non prescritti, che sta interessando tutte le generazioni.

Il poliuso a sua volta complica il quadro sanitario di chi vi ricorre e nuove patologie si aggiungono a quelle già conosciute e si parla, pertanto, non solo di morbilità legata all'uso e all'abuso di droga, ma sempre più frequentemente di comorbilità droga correlata, quale insieme di patologie che derivano dall'assunzione di sostanze psicoattive.

Infine, la Relazione volge la propria attenzione al fenomeno delle "dipendenze" nell'accezione più generale del termine, piuttosto che alla sola "dipendenza da droga", intendendo anche in questo caso affrontare la problematica in tutte le sue forme, riferendosi ove possibile anche all'alcol, al fumo e al gioco d'azzardo patologico.

La Relazione è **introdotta da una nota metodologica** che esplicita come sia necessario affrontare la conoscenza del fenomeno droga con approcci multidisciplinari, soprattutto di tipo quali-quantitativo. La popolazione dei consumatori – dato il carattere di illegalità della droga - non può infatti essere "misurata" in maniera esauriente e la nota metodologica spiega le ragioni per le quali gli strumenti dell'epidemiologia classica, basati sullo studio degli aspetti quantitativi e sul loro confronto spazio/temporale (trend), siano risultati nel tempo troppo lenti, se non inefficaci, per studiare e monitorare un fenomeno in rapida evoluzione. L'epidemiologia classica ha dovuto quindi ricorrere al supporto di metodologie utilizzate in campo sociologico ed etnografico dove ampio spazio è dedicato alla ricerca qualitativa.

Nel contempo, tuttavia, anche l'analisi di tipo quantitativo è stata affinata e la nota metodologica dà conto di come – a livello europeo – l'attività di studio e monitoraggio svolta dall'Osservatorio europeo di Lisbona stia consentendo di leggere i molteplici aspetti, anche i più nascosti, del fenomeno e di misurare l'impatto delle politiche di intervento attuate a livello locale, nazionale e internazionale, sia per la prevenzione, sia per l'assistenza ai consumatori "problematici", sia ancora per il contrasto della produzione e del commercio. Risulta, infatti, necessario fornire elementi di decisione razionale alle autorità preposte data l'incidenza sul fenomeno di tali politiche e in considerazione anche del loro costo.

Alla nota metodologica segue **"Il quadro giuridico di riferimento"**, che tratta degli effetti della sentenza della Corte Costituzionale n. 32 del 12 febbraio 2014 in ambito sanitario e sotto il profilo sanzionatorio e detentivo. Con tale sentenza la Corte Costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale – per violazione dell'art.77, secondo comma della Costituzione, che regola la procedura di conversione dei decreti legge – degli artt. 4 bis e 4 vicies ter del d.l. 30 dicembre 2005, n.272, come convertito con modificazioni dall'art.1 della legge 21 febbraio 2006, n.49, così rimuovendo le modifiche apportate con le norme dichiarate illegittime agli artt. 73, 13 e 14 del d.p.r. 9 ottobre 1990, n. 309 (Testo Unico in materia di stupefacenti).

Il testo relativo all'inquadramento giuridico chiude la parte introduttiva della Relazione, che presenta una articolazione in quattro parti, la prima delle quali è denominata **"Offerta di sostanze"**. Questa parte della Relazione riporta quale fonte principale le informazioni che la Direzione centrale dei Servizi Antidroga (DCSA) del **Ministero dell'Interno** acquisisce ed elabora in base agli esiti delle attività di contrasto che le Forze dell'ordine (Polizia di Stato, Carabinieri, Guardia di Finanza) svolgono in ambito nazionale e internazionale.

Si tratta di dati che la DCSA pubblica annualmente nella “Relazione Annuale”, che dà conto delle attività e dei risultati ottenuti nella lotta al traffico illecito delle sostanze stupefacenti nel corso del 2014. Si legge nella Relazione del Ministero dell’Interno che *“Il dato nazionale relativo ai sequestri di droga mostra poderosi incrementi a proposito dei derivati della cannabis e, in particolare, dell’hashish (+211,29%), a conferma dell’impegno delle Forze di Polizia nel perseguire il narcotraffico e nel sottrarre rilevanti quantitativi di stupefacente dal mercato clandestino di consumo”* da ricondurre *“(…) a due consistentissimi sequestri, per complessive 70 tonnellate, operati da unità navali nazionali nel Mediterraneo successivamente al fermo di imbarcazioni contrabbandiere il cui illecito carico non era destinato al territorio italiano”*. Dati caratterizzanti la situazione del 2014, come si legge sempre nella Relazione della DCSA, sono *“il fenomeno del cosiddetto politraffico, in virtù del quale i narcotrafficcanti non si dedicano in maniera esclusiva alla commercializzazione di un sol tipo di stupefacente, ma selezionano, di volta in volta, le partite da immettere sul mercato clandestino in base alla disponibilità della droga e alla remuneratività dell’illecita transazione. (...) Se restano immutate le direttrici del traffico che attingono i confini dello Stato, sempre più significativo appare il canale d’introduzione della droga in Italia proveniente dal Nord Europa e, in particolare, dall’Olanda e dalla Germania.(...)”*

L’esame del narcotraffico nella sua dimensione associativa conferma, anche per il 2014, il ruolo egemone dell’ ‘Ndrangheta calabrese, che si conferma leader nella commercializzazione, a livello mondiale, della cocaina e nella gestione dei traffici di questa sostanza attraverso importanti infrastrutture nazionali come gli hub portuali di Genova e Gioia Tauro”.

La presente Relazione al Parlamento non si limita a riportare i principali esiti di tale rapporto nel primo capitolo **“Tendenze del mercato e dimensione dell’offerta”** della Parte I, ma cerca piuttosto di rivelarne tutte le potenzialità conoscitive attraverso elaborazioni originali. Il primo capitolo, oltre a dar conto dei **“Sequestri delle sostanze”** (DCSA , vale a dire delle quantità di sostanze illegali sequestrate nel 2014, introduce un approfondimento in cui le operazioni di contrasto all’offerta di droga, registrate nel *data base* della DCSA, vengono esaminate rispetto a diverse variabili (territorio, sostanza, soggetti coinvolti, ecc.) per conoscere indirettamente aspetti *“nascosti”* di chi opera nel mercato illegale. Seguono un’analisi sulla **“Purezza delle sostanze”** (esperti individuali) e un paragrafo sulla **“Dimensione del mercato”**, in cui Istat stima il valore finanziario del traffico di droga. L’economia illegale (di cui la commercializzazione di stupefacenti fa parte insieme con l’attività di prostituzione e il contrabbando di sigarette) è entrata, infatti, per la prima volta nel calcolo degli aggregati economici con la revisione dei conti nazionale diffusa a partire da settembre del 2014.

Il secondo capitolo della Parte I (parte dedicata all’offerta di sostanze) tratta della **“Dimensione della criminalità”** fornendo, sulla base dei dati della DCSA prima richiamati, le **“Denunce a piede libero, in stato di irreperibilità e arresti”**, dando conto di quante persone sono state nel 2014 oggetto di provvedimenti giudiziari per reati connessi allo spaccio o al commercio di droga. Sempre per dar conto della dimensione del fenomeno, il capitolo in questione contiene una **“Stima del costo della criminalità”** (esperti), effettuata esaminando esclusivamente i costi diretti relativi al fenomeno droga per tre settori della giustizia penale: i costi di detenzione; i costi sostenuti dalle forze dell’ordine e i costi dei tribunali penali. L’ultimo paragrafo **“Stima della popolazione coinvolta nel mercato illegale di sostanze stupefacenti”** (esperti) stima la dimensione della manodopera del mercato illegale a partire dai dati del Ministero della Giustizia sui detenuti per reati compresi nell’art.73 del DPR 309/90, applicando un metodo *“di cattura/ricattura ampiamente usato a livello*

internazionale. Il paragrafo “Procedimenti giudiziari per reati connessi all’offerta di droga” chiude la sezione dedicata alla dimensione della criminalità (Ministero della Giustizia).

Il terzo capitolo della Parte I affronta il tema delle “**Le nuove sostanze psicoattive**”, la cui diffusione nel 2014 è accresciuta nel mondo rispetto alle quantità (e alle varietà) registrate nel 2012. Per dar conto della dimensione di questa nuova emergenza, il capitolo in questione ha un paragrafo sui dati relativi al 2014 del “Sistema di allerta precoce” (esperti), istituito nel 2009 dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri in conformità alle disposizioni europee, proprio con il compito di individuare la comparsa di nuove droghe e di nuove modalità di consumo sul territorio, dandone immediata allerta.

Il terzo paragrafo di questo capitolo è relativo alla “Procedura di aggiornamento delle tabelle delle sostanze sotto controllo” (Ministero della Salute), che descrive le modalità con le quali annualmente le sostanze identificate come psicoattive e aventi capacità di indurre dipendenza vengono poste sotto controllo in conformità alle convenzioni internazionali in materia di droghe.

La Parte II della Relazione è relativa alla “Domanda di sostanze: uso e problematiche” e tratta una delle questioni di maggiore interesse per le istituzioni, i media e l’opinione pubblica, riguardando la dimensione sociale del fenomeno droga, la numerosità e le caratteristiche di coloro che ne fanno uso. Proprio in ragione delle comprensibili aspettative che i dati forniti possono creare, la Relazione riporta (anche in questo caso per la prima volta) nel capitolo “**Potenzialità e limiti delle rilevazioni**” l’analisi di qualità che Istat, su mandato del Dipartimento Politiche Antidroga, ha effettuato sulle rilevazioni sul campo realizzate nel 2014, relative alla popolazione generale e alla popolazione studentesca. L’avvertenza che tale analisi di qualità riporta (e che il Dipartimento Politiche Antidroga sottolinea) è che le indagini sul consumo di droga nella popolazione, pur condotte in Italia e in tutti i Paesi europei secondo le linee guida dell’Osservatorio europeo di Lisbona, sono particolarmente difficili da realizzare perché affrontano temi sensibili, potenzialmente illegali e oggetto di stigma sociale. L’alto tasso di “non risposta” e una diffusa resistenza a rispondere da parte di chi fa uso di sostanze fanno sì che l’affidabilità dei dati che risultano da tali indagini sia limitata per cui è necessario leggerli unitamente alle altre misurazioni disponibili (di cui la presente Relazione fornisce un ampio spaccato), indirette ma con informazioni maggiormente attendibili.

Il secondo capitolo “**Prevalenza e incidenza d’uso**” della Parte II riferisce comunque i risultati delle “Analisi sui dati disponibili sulla popolazione generale” e delle “Analisi sui dati sulla popolazione studentesca” (Dipartimento Politiche Antidroga e Consiglio Nazionale delle Ricerche) nei due paragrafi di pari denominazione, cui si aggiunge il paragrafo “Uso illegale di farmaci psicotropi, in particolare tra i giovani” che inquadra l’analisi del commercio online e del consumo dei farmaci psicotropi senza prescrizione medica in ambito nazionale e internazionale. Si procede inoltre con le “Stime di prevalenza e incidenza dell’uso di droga (High Risk Drug Use)” (esperti), che tratta della costruzione e misurazione dell’indicatore che stima quella parte dei consumatori che, in relazione all’uso problematico di sostanze stupefacenti, necessiterebbe di un intervento assistenziale socio-sanitario.

Il secondo capitolo affronta inoltre la problematica (fino all’anno in corso mai trattata nella Relazione al Parlamento) del “Uso di sostanze stupefacenti/psicotrope nei praticanti di attività sportive” (Istituto Superiore di Sanità), dando conto degli esiti dei controlli sull’uso di sostanze illegali effettuati nel 2014 dalle autorità sanitarie italiane in occasione di un elevato numero di manifestazioni sportive.

L'uso di droga è analizzato altresì nell'ambito di specifiche categorie di popolazione adulta nel paragrafo “Incidenza di positività rilevata tra le Forze armate” (Ministero della Difesa), in cui sono riportati gli esiti dei controlli effettuati nel 2014 sul personale in servizio.

Il capitolo relativo alla prevalenza e incidenza d'uso si conclude con il paragrafo “Stime dell'uso di sostanze attraverso l'analisi delle acque reflue” (esperti), in cui si riportano gli esiti di un metodo di stima, applicato in un progetto dell'Istituto Mario Negri in alcune città italiane, dei consumi di sostanze psicotrope a partire dalla misurazione nelle acque reflue dei principali residui metabolici.

Il terzo capitolo della Parte II è dedicato alla problematica della **“Comorbilità droga correlata”**, vale a dire alle patologie derivanti dall'uso di droga o ad essa connesse, che rendono necessario un approccio diagnostico e di cura multispecialistico. Sono in particolare trattate le tematiche della “Diffusione di HIV-AIDS, della “Diffusione di patologie sessualmente trasmissibili” e della “Diffusione di epatiti virali” (Istituto Superiore di Sanità), cui si aggiunge il paragrafo il contributo su “Ricoveri ospedalieri droga correlati” (ISTAT), che sulla base dell'analisi delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) fornisce il numero dei pazienti ricoverati nelle strutture sanitarie per disturbi correlati all'abuso di droghe. Il capitolo si chiude con un contributo di riflessione sull'importanza dello studio della comorbilità droga correlata. Il capitolo si chiude con una riflessione su “Importanza dello studio della comorbilità droga-correlata”.

Il quarto capitolo fornisce i dati sulla **“Mortalità”** e riporta dati sui decessi determinati dall'uso di droga “Mortalità acuta” (esperti) e sui decessi per cause droga-correlate “Mortalità indotta” (ISTAT), in cui si registra che il consumo di droghe determina morti per overdose, per malattie associate al consumo e per comportamenti violenti connessi all'uso di droghe.

Il quinto capitolo **“Accertamenti lavorativi”** diffonde i “Dati sugli accertamenti sanitari di assenza tossicodipendenze e di assunzione sostanze stupefacenti o psicotrope negli ambienti di lavoro” (Ministero della Salute) rilevati nell'ambito delle attività di sorveglianza e prevenzione che le autorità sanitarie svolgono sulla salute dei lavoratori.

La Parte III attiene agli “Interventi sanitari e sociali”, che nel primo capitolo **“Rete dei Servizi e modelli di funzionamento”** fornisce un quadro dettagliato del sistema dei servizi a livello nazionale e territoriale. La stretta collaborazione tra Regioni e Province autonome, Ministero della Salute e associazioni del privato sociale e dei servizi pubblici ha consentito un organico approfondimento dei dati disponibili sul sistema SIND e una riflessione sugli elementi di omogeneità e sulle differenze esistenti nelle varie realtà regionali. L'intero capitolo affronta una riflessione condivisa sulla qualità delle prestazioni, sulla dotazione dei servizi in termini di risorse umane e strumentali, sui sistemi di accreditamento regionali, affrontando questioni complesse quali la riduzione del danno e i trattamenti socio-sanitari.

La Parte III della Relazione comprende un secondo capitolo su **“I trattamenti in carcere”**, con un paragrafo su “Salute dei detenuti” (Ministero della Giustizia, Ministero della Salute, DPA, esperti), in cui viene fornito un quadro conoscitivo – relativo al 2014 - sulle persone detenute con dipendenze, i presidi sanitari interni ed esterni al carcere, i trattamenti di cura predisposti, le misure alternative alla detenzione. Un paragrafo distinto è dedicato ai “Minorenni in carcere” (Ministero della Giustizia e DPA).

Chiude questa parte il capitolo dedicato alle segnalazioni ai sensi dell'articolo 75 del D.P.R. 309/90 relativo ai casi di uso o possesso di sostanze illecite che comportano, quindi, sanzioni amministrative.

La parte IV tratta delle “Misure di prevenzione” con un capitolo dedicato agli **“Interventi di prevenzione”** e con contributi che presentano approfondimenti e programmi finalizzati a scoraggiare l’uso di sostanze psicotrope, in particolare in ambito scolastico, attraverso una corretta informazione e il coinvolgimento attivo delle persone. Dai dati forniti dal Ministero dell’Interno, il Servizio di Polizia scientifica e i Gabinetti regionali e interregionali anche nel 2014 hanno effettuato sessioni informative sul tema “Le droghe d’abuso e le nuove sostanze psicoattive, rivolti agli studenti delle scuole medie inferiori e superiori. Gli incontri, di tipo conoscitivo e divulgativo, sono stati complessivamente nell’anno di riferimento, 108 (di cui 55 al Nord, 15 al Centro e 38 al Sud). Il paragrafo “I programmi di prevenzione nelle scuole” (CNR) illustra le iniziative di prevenzione sull’uso di sostanze psicoattive, lecite ed illecite, sul gioco d’azzardo e sul doping, attuate negli istituti superiori di secondo grado che negli anni hanno partecipato allo studio ESPAD Italia (indagine illustrata nella Parte II di questa Relazione).

Di prevenzione trattano il paragrafo “I programmi di prevenzione tra le Forze Armate (Ministero della Difesa) e il paragrafo “Efficacia dei trattamenti di prevenzione. Buone pratiche” (Cochrane), che dà conto degli esiti della valutazione di efficacia dei programmi di prevenzione analizzati a livello internazionale sulla base di collaudate metodologie.

La parte conclusiva della Relazione è dedicata agli approfondimenti su alcune tematiche di particolare interesse. Lo studio “Le indagini sulle Comunità Terapeutiche e i Servizi a bassa soglia” deriva da una indagine di un progetto europeo e analizza i soggetti che sono assistiti dalle comunità terapeutiche o ricorrono all’ausilio dei sistemi caratterizzati dal massimo livello di accessibilità per i tossicodipendenti e utilizzatori di sostanze.

Lo studio sugli “Incidenti stradali per assunzione di sostanze” prende in esame i dati ufficiali sull’incidentalità stradale legata all’uso di alcol o all’uso di droghe e attraverso un progetto pilota mette in evidenza quali aspetti andrebbero ulteriormente approfonditi per acquisire informazioni maggiormente attendibili e utili per pianificare interventi di prevenire.

La Relazione propone, infine, riflessioni sulle “altre dipendenze”, come il tabagismo (Istituto Superiore di Sanità) e il disturbo da gioco d’azzardo (Ministero della Salute e CNR).

Il numero e la qualità dei dati (in molti casi inediti) e l’ampiezza dei contributi rendono la presente “Relazione Annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia” uno strumento essenziale per il dibattito sul “fenomeno droga”. Si tratta di un processo conoscitivo non del tutto compiuto e che necessita di continui approfondimenti.

Il Tavolo interistituzionale cui ha partecipato per la prima volta anche la società civile, coordinato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, è garanzia che il processo conoscitivo non solo non si interromperà, ma bensì si arricchirà di ulteriori contributi per rendere il ruolo dell’Italia in sede europea e internazionale qualificato e autorevole. Il 2015 sarà, infatti, anche l’anno di preparazione della sessione speciale dell’Assemblea Generale delle Nazioni Unite sul problema della droga nel mondo (UNGASS 2016), un appuntamento fondamentale cui l’Italia si sta preparando per affrontare le nuove sfide che la complessa materia delle dipendenze pone alle istituzioni e alla società intera.

Nota metodologica

A cura dell'Istituto Superiore di Sanità e di Esperti

L'approccio qualitativo alla conoscenza del fenomeno droga

Date le caratteristiche di illegalità legate al mondo della droga, la popolazione dei consumatori non può essere "misurata" in maniera esauriente e l'accesso ai gruppi degli assuntori richiede diversi approcci metodologici.

La comprensione del fenomeno è stata di massima affidata alla scelta/studio di alcuni aspetti quantitativi ed al loro confronto spazio/temporale (trend) facendo ricorso all'epidemiologia classica i cui strumenti, da soli, sono risultati via via troppo lenti, se non inefficaci, per studiare e monitorare un fenomeno in rapida evoluzione. L'epidemiologia classica ha dovuto quindi ricorrere al supporto di metodologie utilizzate in campo sociologico ed etnografico dove ampio spazio è dedicato alla ricerca qualitativa. L'approccio qualitativo è tanto più necessario quanto più "inaccessibili" risultano i sotto-gruppi target di popolazione e quanto più velocemente cambiano i consumi. E' molto probabile, infatti, che nuovi trend (in termini di modalità di consumo e tipologia di sostanze) nell'uso di droghe nascano e si sviluppino nell'ambito di gruppi di soggetti non rilevabili nelle consuete indagini di popolazione generale. L'approccio qualitativo rappresenta per questo uno strumento necessario dato che consente di entrare in contatto con la popolazione oggetto di studio direttamente sul territorio ed apprendere subito le novità anche da non consumatori. La natura più flessibile, a vantaggio anche della rapidità di indagine, è un'altra caratteristica della ricerca qualitativa, e solo una tempestiva identificazione di nuovi trend di consumo consente una risposta rapida per contrastare e contenere potenziali problemi sanitari e sociali associati a tali cambiamenti.

E' sperimentalmente dimostrato che i dati quantitativi, da soli, poco o nulla ci dicono circa il contesto e le caratteristiche con cui il fenomeno evolve. A fronte di un cambiamento di questi dati, in mancanza di informazioni di contesto non è possibile capire se qualche mutamento sia realmente intervenuto nei consumi di droga o se sia cambiato qualcosa nelle istituzioni che raccolgono e forniscono i dati. Questo dubbio origina problemi di non poco conto poiché mette in discussione l'utilizzo esclusivo degli indicatori basati sui soli dati quantitativi, che si riferiscono alla sola punta di un iceberg e che dovrebbero descrivere un fenomeno dinamico con molteplici interazioni tra i fattori ed in rapida evoluzione.

L'osservazione qualitativa, quando adeguata, fornisce un contributo essenziale alla comprensione e lettura di indici e trends costruiti su dati provenienti da fonti ufficiali di rilevamento. In altri termini, i dati ufficiali andrebbero letti, interpretati e confrontati con un complementare qualitativo che tenga conto del contesto in cui sono prodotti, che consideri situazioni, abitudini, variazioni in termini di sostanze utilizzate, delle pratiche assuntive, effetti psico-farmacologici a breve e lungo termine, setting, fonti di approvvigionamento, motivazioni di consumo e di richiesta di intervento, caratteristiche personali e relazionali dell'assuntore nel contesto sociale, familiare, lavorativo. Questi aspetti sono essenziali per formulare risposte e per impostare politiche di intervento che tengano conto dei nuovi assuntori, dell'incremento nell'uso di nuove sostanze psicoattive e dei rischi sanitari e sociali connessi al loro consumo, delle nuove articolate facce del mercato che si avvale sempre più frequentemente del web.

Approcci integrati di ricerca qualitativa e quantitativa si sono sviluppati in Italia, come in altri Paesi, e rafforzati nel corso degli ultimi anni anche a fronte delle esigenze del Sistema Nazionale di Allerta Precoce sulle Droghe. La convinzione che un approccio integrato possa fornire un quadro del fenomeno droga più aderente alla realtà si riflette nell'attenzione che, a livello pilota, la presente Relazione Annuale al Parlamento sull'uso di sostanze stupefacenti e Tossicodipendenze in Italia dedica alle osservazioni dirette effettuate sul territorio, a possibili nuovi indicatori ed all'inserimento di case studies.

L'approccio quantitativo secondo la metodologia europea

Introduzione

Il fenomeno “droghe e tossicodipendenze” è, in gran parte, “nascosto”, a causa della riprovazione sociale e dell'apparato di controllo in atto. Il monitoraggio diventa sempre più complesso, anche a causa della continua evoluzione del mercato, e la metodologia deve essere regolarmente aggiornata. A livello europeo, l'ente che se ne occupa è l'Osservatorio europeo di Lisbona (EMCDDA).

Molte e diversificate sono anche le politiche di intervento, attuate a livello locale, nazionale e internazionale, sia per la prevenzione, sia per l'assistenza ai consumatori “problematici”, sia per il contrasto della produzione e del commercio. Data la loro incidenza sul fenomeno e dato il loro costo, è necessario misurarne l'impatto per fornire elementi di decisione razionale alle autorità preposte.

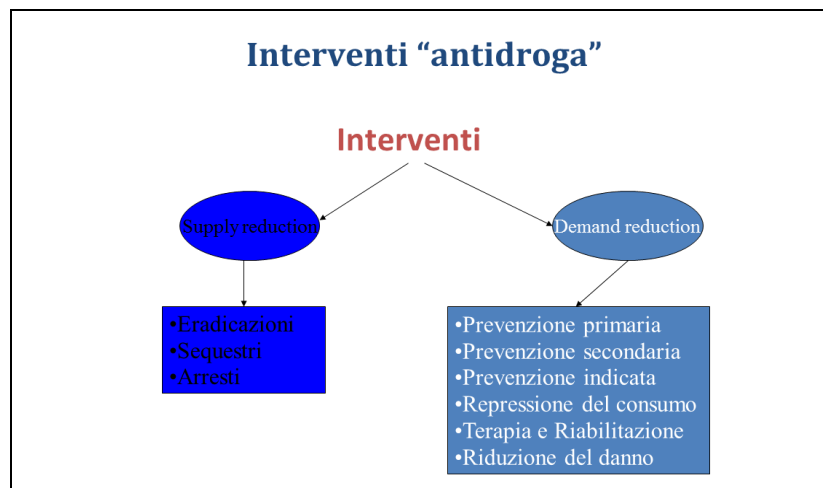
La Figura 1 offre una sintesi degli interventi che vengono attuati e che devono essere valutati.

Come in qualunque altro campo, anche in questo le valutazioni complessive necessitano di una “misura”, cioè una conoscenza quantitativa, che derivi da “dati”, cioè da evidenze empiriche, sintetizzati tramite opportuni “indicatori”, cioè risultati di appropriate aggregazioni dei dati e di loro rapporti anche con quantità di riferimento quali, per esempio, la popolazione e il PIL.

Per definire gli indicatori più adatti in relazione a fenomeni nascosti, come la produzione, il commercio e il consumo di sostanze illegali, occorre identificare eventi e manifestazioni osservabili che risultino correlati ad essi. Sulla base di questi, e dei relativi dati reperibili, possono essere definiti gli indicatori; in taluni casi la quantificazione di essi richiederà che si acquisiscano, con apposite indagini, ulteriori dati che ne permettono il calcolo o la stima. Una volta disponibili dati e calcolati gli indicatori si può procedere ad effettuare le analisi di interesse. Alcune quantità complessive di interesse fondamentale quali il numero di consumatori, il numero di spacciatori, il volume del mercato, potranno essere stimate a partire dagli indicatori, attraverso ulteriori elaborazioni statistiche.

Possiamo fin d'ora distinguere diverse classi di indicatori. Fra quelli di “domanda”, alcuni già standardizzati a livello europeo, possono essere considerati, ad esempio: la percentuale di consumatori di droghe nella popolazione, la percentuale di consumatori problematici, il numero di consumatori che chiedono e che ottengono assistenza, la percentuale di decessi droga-correlati, l'incidenza di infezioni droga-correlate.

Figura 1.



Fra gli indicatori di “offerta”, non ancora definitivamente standardizzati a livello europeo, si possono tipicamente includere quelli che misurano anche gli effetti dovuti agli interventi repressivi. Per esempio: prezzi di mercato delle droghe, interventi di repressione del traffico, reati commessi da tossicodipendenti, interventi di eradicazione di coltivazioni, ecc..

Osservando gli indicatori dal lato della domanda e dal lato dell’offerta risulta possibile monitorare anche come il mercato reagisce agli interventi di repressione. Un esempio di particolare importanza è quello dell’introduzione di sostanze sempre nuove; i dati contenuti nel report annuale dell’EMCDDA, in collaborazione con Europol, dicono che nel 2010 sono state identificate 41 nuove sostanze, nel 2011 49, nel 2012 74, nel 2013 81. Il mercato si evolve anche a seguito della globalizzazione: ci sono nuove rotte e nuove “popolazioni” colpite, e quindi anche nuovi interventi.

Indicatori

Si possono definire gli “indicatori”, in generale, come delle funzioni dei dati osservati (cd. “statistiche”), che hanno una relazione abbastanza stretta (“correlazione”) con il fenomeno di interesse. Un esempio banale: la quantità giornaliera di rifiuti urbani prodotta a Roma è correlata con il numero di persone presenti in città giorno per giorno; pertanto può fungere da indicatore “di presenza” e infatti si suole stimare il tasso di partenze per Ferragosto proprio a partire da tale dato.

Nella prassi, talvolta, si usa il termine “indicatore” per designare anche un intero complesso di statistiche (sotto-indicatori) legate a un singolo aspetto del fenomeno.

Per la dimensione globale del fenomeno droga (in sé nascosto) qualche anno fa si usava come indicatore il numero di decessi per overdose (essenzialmente da eroina, la sostanza “pesante” maggiormente utilizzata in quel periodo). Con l’evoluzione, che si è verificata nel mercato, non è più sufficiente conteggiare i decessi “acuti”, ma è divenuto necessario stimare anche le morti indotte dall’uso, ma non rilevabili direttamente dai dati forniti dalla DCSA. Occorre, pertanto, meglio comprendere come si sviluppa il fenomeno nascosto, quali eventi osservabili produce e, di conseguenza, identificare i dati che occorre acquisire (o rilevare ex novo) per ricostruirne “all’indietro” le dimensioni e le altre caratteristiche nascoste (cd. “problema inverso”, dal punto di vista statistico).

Alcuni indicatori sono direttamente calcolabili dai dati di fonte amministrativa, disponibili presso diversi Enti, quali i servizi di recupero o le forze di polizia. Altri possono solo essere stimati dopo aver raccolto nuovi dati attraverso indagini campionarie su diversi strati di popolazione; in altri casi

si può ricorrere a modelli di inferenza statistica che sfruttano dati disponibili sulla base di ragionevoli ipotesi. Ne consegue un'ampia varietà di indicatori, anche rispetto al modo di calcolarli o stimarli.

E' fondamentale, per avere robustezza scientifica, che gli indicatori siano definiti e calcolati in modo trasparente e confrontabile. Su tali basi si può procedere con le analisi di interesse e trarre conclusioni affidabili, esplicitando anche gli inevitabili margini di errore.

La Figura 2 (Box 1), estratta da una pubblicazione sulla misura del mercato della droga, spiega i diversi percorsi possibili per determinare il valore di un indicatore.

Box 1

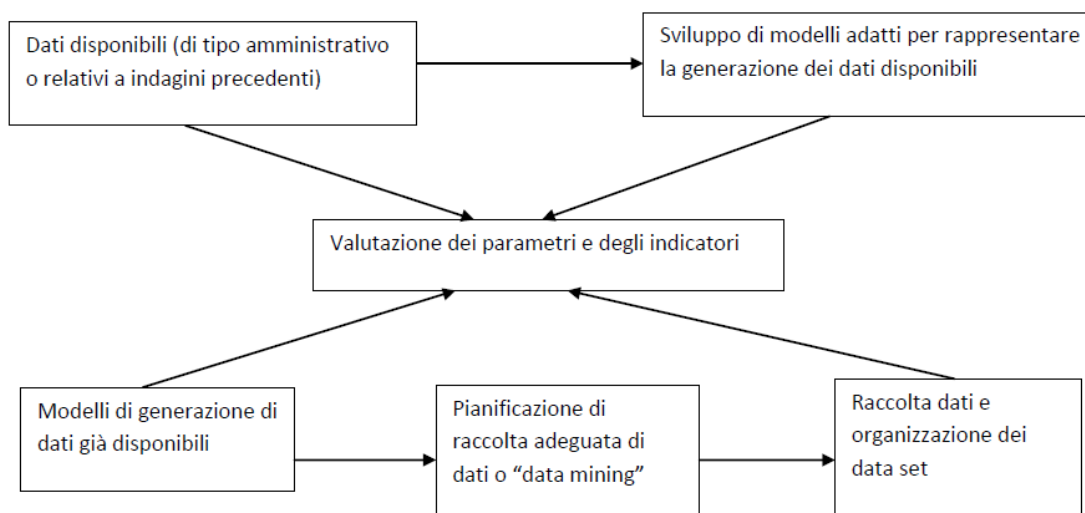
Come interagiscono i dati disponibili e gli indicatori definiti per la conoscenza del fenomeno

I metodi sviluppati nel mondo per la stima delle popolazioni nascoste richiedono dati di buona qualità. E' possibile sviluppare modelli di stima che rispecchiano i processi di generazione dei dati oppure adattare modelli già sviluppati ai dati disponibili o svilupparne di nuovi. I due approcci sono complementari ed entrambi necessari per valutare le questioni legate al fenomeno "droga" e ottenere una conoscenza affidabile dei diversi aspetti e delle interazioni.

Per esempio, se si considerano i dati dei soggetti registrati per spaccio di sostanze e si assumono ipotesi adatte, il modello di generazione dei dati può essere approssimato con un "processo di Poisson troncato". Allora i dati e il modello permettono la stima di parametri di interesse come la prevalenza degli spacciatori, il diverso tasso di cattura per maschi e femmine ecc.. Se interessa stimare la distribuzione del primo uso di cannabis e l'eventuale passaggio successivo ad altre sostanze, è necessaria una indagine appropriata tra i consumatori di sostanze e l'analisi dei dati raccolti permette la stima dei parametri di interesse.

Se si utilizzano entrambi gli approcci, si ottiene uno studio più completo del fenomeno di interesse. I due approcci sono rappresentati nella Figura 2.

Figura 2: Relazioni possibili tra modelli e dati per la valutazione dei parametri e degli indicatori di interesse



Entrando maggiormente nello specifico, Tabella 1 riporta un esempio di utilizzo di dati rilevati a fini “amministrativi” da Enti pubblici italiani e sfruttabili per uno scopo diverso, quale quello del monitoraggio del fenomeno droga. L'esempio è tratto dal primo *World Drug Report (WDR)*, pubblicato nel 1997 dall'organismo apposito dell'ONU, allora detto *UNDCP* (ora *UNODC*); dal 2000 il WDR è divenuto il report ufficiale annuale dell'ONU.

Tabella 1: Esempi di indicatori e fonti dei dati disponibili in Italia.

Indicatore	Fonte
Soggetti in trattamento presso i Ser.T.	Min. Salute
Soggetti in trattamento presso le strutture del Privato Sociale	DCDS - Min. Interno
Soggetti segnalati ai Prefetti ai sensi dell'Art. 75 del D.P.R. 309/90	DCDS - Min. Interno
Operazioni antidroga e sequestri di sostanze	DCSA
Detenuti tossicodipendenti negli Istituti Penitenziari	Min. Giustizia e Min. Salute
Decessi (acuti) per abuso di sostanze stupefacenti	DCSA

Definiti al meglio gli indicatori e rilevati o acquisiti i dati per calcolarli, si può procedere con analisi volte a ricostruire al meglio il fenomeno nascosto. Gli indicatori e gli eventi osservabili sono legati a più di un aspetto nascosto.

La Figura 3 riporta degli esempi tratti dal WDR 1997. I primi quattro e gli ultimi quattro indicatori sono calcolabili a partire da dati di fonte amministrativa disponibili presso diversi Enti pubblici. I tre intermedi possono solo essere stimati attraverso indagini campionarie o modelli statistici.

Figura 3: Indicatori misurati su fenomeni visibili e aspetti del fenomeno nascosto correlati.

Indicatore misurato (fenomeno visibile)	Fenomeno nascosto correlato
Decessi legati all'uso di sostanze	Uso pesante di sostanze / numerosità di utilizzatori di sostanze / aree a rischio / “letalità” delle sostanze sul mercato
Ammissioni ospedaliere per uso di sostanze	Morbidity legata all'uso / numerosità di utilizzatori di sostanze
Utenti dei servizi terapeutici	Politiche di riabilitazione e loro efficacia / numerosità di utilizzatori di sostanze
AIDS e altre malattie infettive legate all'uso di sostanze	Comportamenti a rischio nell'uso / numerosità di utilizzatori di sostanze
Uso per via iniettiva (proporzione sugli utilizzatori)	Comportamenti a rischio nell'uso
Uso frequente o giornaliero (proporzione sugli utilizzatori)	Comportamenti a rischio nell'uso / numerosità di utilizzatori di sostanze
Prevalenze di uso	Numerosità di utilizzatori
Numero dei sequestri e quantità sequestrate	Politica di repressione / ampiezza del mercato / flussi commerciali / aree a rischio

Segnalazioni di utilizzatori	Politica di repressione / ampiezza del mercato / aree a rischio
Detenuti per reati relativi alle leggi antiroga	Politica di repressione / ampiezza del mercato
Utilizzatori di droghe detenuti per altri reati	Criminalità legata all'uso / numerosità di utilizzatori di sostanze
Investimenti per azioni di controllo del fenomeno	Politica di controllo

Alcuni fenomeni che generano dati osservabili, per esempio i decessi legati all'uso delle sostanze o gli utenti dei servizi terapeutici, sono legati a più di un fenomeno nascosto. Ogni tentativo di utilizzare tali indicatori per stimare direttamente, con il semplice metodo di calibrazione, uno solo di tali fenomeni è scorretto e fuorviante e può condurre ad analisi completamente distorte.

Gli indicatori europei fondamentali

Per parlare degli indicatori standard dell'EMCDDA alcune definizioni tecniche sono preliminari. Si dice "prevalenza" il numero di soggetti che possiedono una caratteristica di interesse; è un dato di "stock" nonché una misura statica della dimensione del fenomeno di interesse ("quanti casi?"). Può essere espressa con un conteggio, una proporzione o un rapporto, può essere osservata o stimata. Può essere puntuale ("quanti casi presenti in un dato momento?") oppure di periodo ("quanti casi presenti in un dato periodo di tempo?").

Si dice invece "incidenza" una misura della velocità con cui evolve un certo fenomeno, calcolata contando i nuovi casi per unità di tempo (tasso). E' un dato di "flusso" nonché una misura dell'evoluzione del fenomeno.

L'incidenza cumulata su un certo arco di tempo misura globalmente la dimensione di un fenomeno visibile o non in tale periodo (esempio: il totale delle segnalazioni per art. 73 in provincia di Roma dall'entrata in vigore del D.P.R. 309/90 a oggi).

L'EMCDDA per il monitoraggio della domanda ha definito, con il supporto di gruppi di esperti, gli indicatori chiave (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators>). Attualmente in uso sono 5:

- General Population Survey (GPS), che prevede **stime** di prevalenza ottenute attraverso indagini sulla popolazione generale e sulla popolazione della scuola secondaria (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/gps>).
- Problem Drug Use (PDU) che prevede **stime** di prevalenza e di incidenza ottenute in base a dati amministrativi, ma anche a rilevazioni adeguate, e opportuni modelli di stima (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/pdu>) (attualmente modificato in High Risk Drug Users HRDU per le modifiche osservate nel mercato e tra gli utilizzatori).
- Therapy Demand Indicator (TDI), che raccoglie e sintetizza i **dati** sugli utenti dei servizi per il trattamento delle tossicodipendenze, le caratteristiche dei servizi e i trattamenti offerti (<http://www.em-cdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi>).
- Drug Related Deaths (and Mortality) (DRD), che raccoglie e sintetizza i **dati** sui decessi droga correlati e sulla mortalità dei tossicodipendenti attraverso archivi amministrativi e studi longitudinali ad hoc, non sempre attivi (stime) (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drd>).
- Drug Related Infectious Diseases (DRID), che raccoglie **dati** sulle malattie infettive droga-correlate e, in particolare su HIV, HBV e HCV, tra i consumatori principalmente per via iniettiva (stime) (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drid>).

I 5 indicatori comportano elaborazioni statistiche diverse: mentre i primi 2 sono stime e necessitano dunque di un lavoro di tipo “inferenziale”, inevitabilmente soggetto ad incertezza statistica, gli altri 3 si limitano a “descrivere” la situazione rilevata, anche se possono richiedere al loro interno stime per aspetti particolari.

Gli indicatori TDI, DRD e DRID sono fra i più facilmente calcolabili e confrontabili fra paesi diversi, data la buona disponibilità di dati. Applicando metodi di stima opportuni a tali dati, si possono anche ottenere, per esempio, alcune stime previste dall'indicatore PDU (HRDU).

Le stime basate sulle survey come la General Population Survey (GPS), dove i dati sono raccolti ad hoc mediante questionari, sarebbero forse le più interessanti per l'ampiezza della casistica “teoricamente” esaminata. Tuttavia, il raggiungimento di un livello qualitativo e quantitativo standard appare ancora lontano, in particolare in Italia.

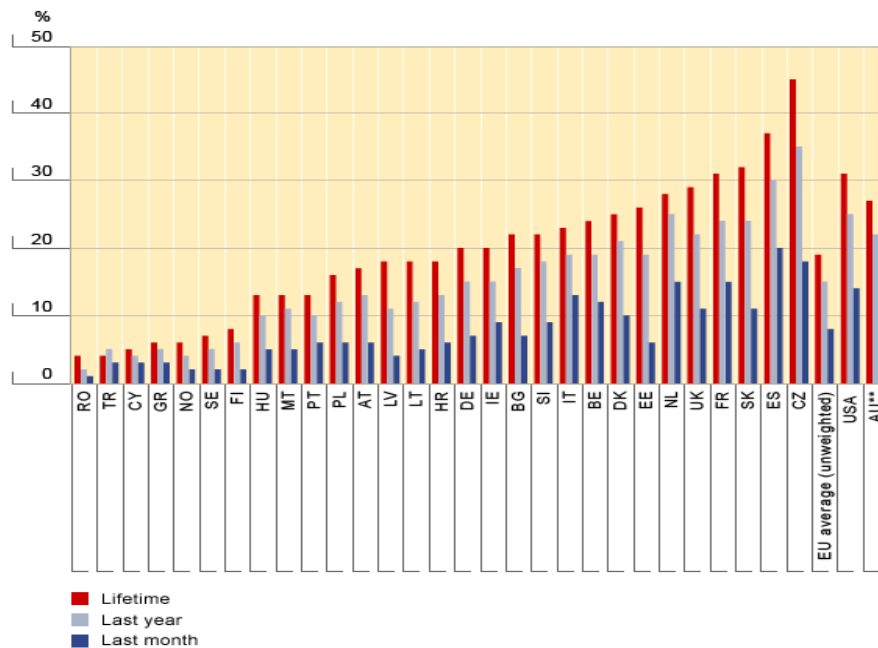
Ogni indicatore mette in luce aspetti particolari sia statici sia dinamici. L'utilizzo sinergico permette di mettere a fuoco il fenomeno nel suo complesso. Gli indicatori attualmente utilizzati per il monitoraggio vengono continuamente aggiornati per tener conto delle nuove tendenze emerse nel mercato. In particolare, è stato effettuato da esperti esterni e ricercatori dell'EMCDDA un lavoro di revisione dell'indicatore PDU, introdotto nella seconda parte degli anni '90, in cui poche erano le sostanze pericolose citate nella definizione dell'indicatore (eroina, cocaina e amfetamine); ora si parla di HRDU (high-risk drug use) definizione più flessibile e adeguata all'andamento del mercato e del consumo.

Esempi di utilizzo degli indicatori per descrivere il fenomeno

Nelle figure che seguono si riportano direttamente i grafici pubblicati nei rapporti annuali EMCDDA e sono molto chiari gli effetti che mostrano.

La Figura 4 mostra alcuni risultati dell'indagine *ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)* che viene compiuta ogni 4 anni in molti paesi, uno studio con il supporto dell'EMCDDA. Lo studio, che negli anni ha riguardato un numero sempre crescente di Paesi fino a coinvolgerne 39 nel 2011, ha l'obiettivo di raccogliere, tramite un questionario, dati comparabili sull'uso di alcol, tabacco ed altre sostanze ad azione psicoattiva, tra gli studenti di età compresa tra i 15 ed i 16 anni (<http://www.espad.org/>).

Nella figura, in particolare, si rappresentano: la prevalenza nella vita, la prevalenza nell'ultimo anno e nell'ultimo mese di utilizzo di cannabis, come stimate dalle risposte al questionario, degli studenti di 15-16 anni che lo hanno compilato nei diversi paesi. Nel grafico vengono poi confrontate con analoghi risultati ottenuti da simili rilevazioni negli Stati Uniti e in Australia.

Figura 4: Lifetime, Last year and Last month cannabis prevalence (15-16 anni)- ESPAD (anno 2007.)

L'indagine europea più specifica per acquisire informazioni sui consumatori di sostanze è la **GPS**. Essa mira, in primo luogo, a fornire dati per stimare la prevalenza di uso nella popolazione generale di un paese, una regione, una città e utilizza "interviste" tramite questionari su un campione della popolazione di interesse. Sono svariati i metodi di somministrazione dei questionari (interviste dirette, questionari per posta o via web). Per essere efficace, come è ben noto, però devono essere soddisfatti alcuni requisiti importanti:

- il campione rilevato deve essere rappresentativo della popolazione di interesse,
- le risposte devono essere veritiere.

Il primo punto richiede che il tasso di risposta degli intervistati sia "alto", ovvero che almeno il **70-80%** degli intervistati risponda. Se questo non accade, il campione non è più rappresentativo della popolazione generale, ma di una sotto-popolazione incognita e non si può stimare la prevalenza nella popolazione generale, ma è opportuno capire a quale sotto-popolazione si riferisce il campione osservato (solo anziani, principalmente donne ...), per poter utilizzare almeno in parte il dato rilevato è fondamentale fare ciò.

La rispondenza al secondo punto può essere in parte verificata se il questionario contiene domande di controllo adeguate.

Purtroppo pochi Paesi europei forniscono un campione osservato rappresentativo della popolazione generale, ma i dati entrano nelle descrizioni dell'EMCDDA.

La Figura 5 **Errori. L'origine riferimento non è stata trovata.** riproduce l'andamento della prevalenza annuale in diversi paesi riportata nel rapporto EMCDDA del 2009. In generale i dati (ovvero le stime ottenute) si fermano al 2008 o in anni precedenti, tranne per il Regno Unito (2009). La Figura 4 riporta il dato analogo (stima) di diversi Paesi nel rapporto del 2014.

La Figura 7 **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.** e la Figura 8 riportano analoghi risultati.

Figura 7: Trends in last year prevalence of cocaine among young adults (15–34), measured by population surveys– GPS 2009. Countries with three or more surveys.

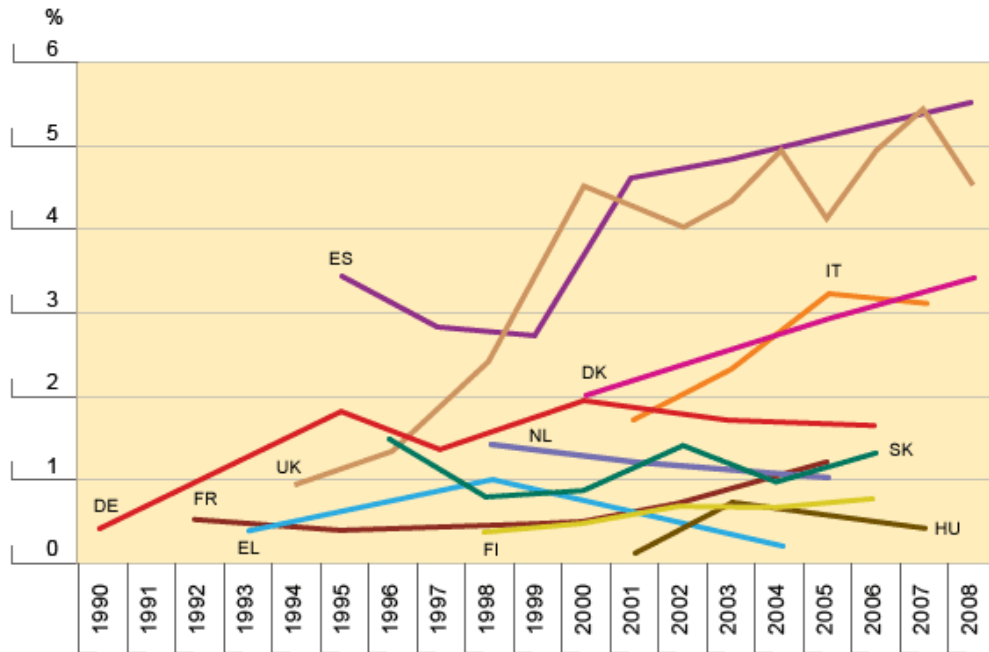
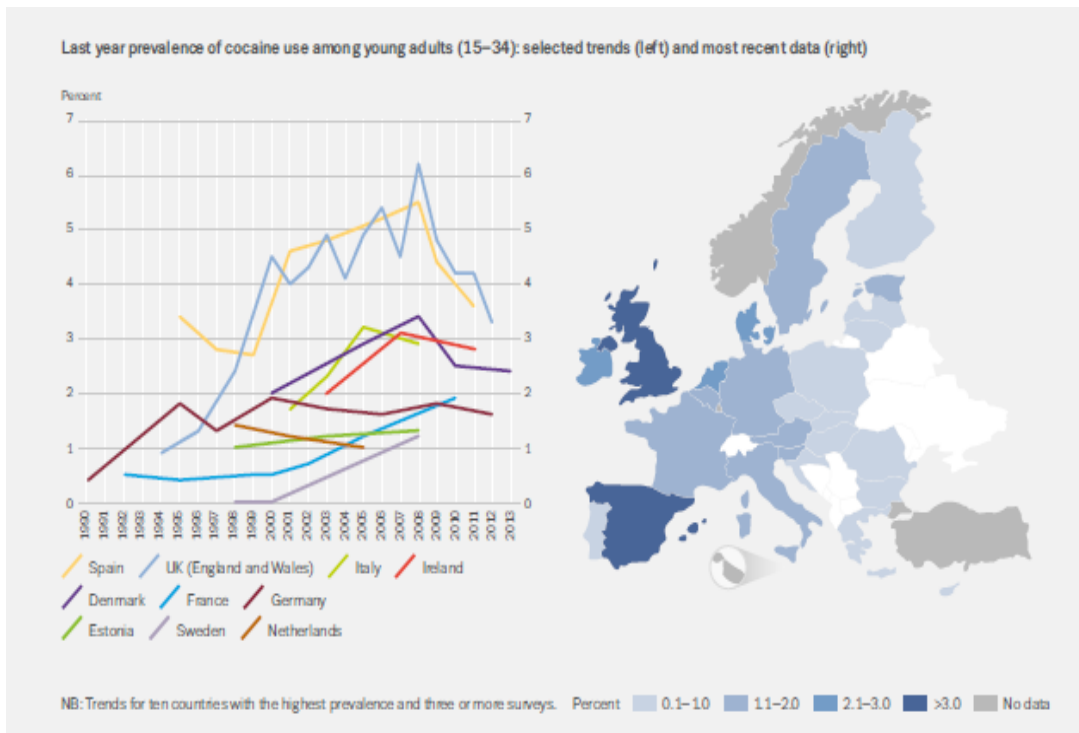
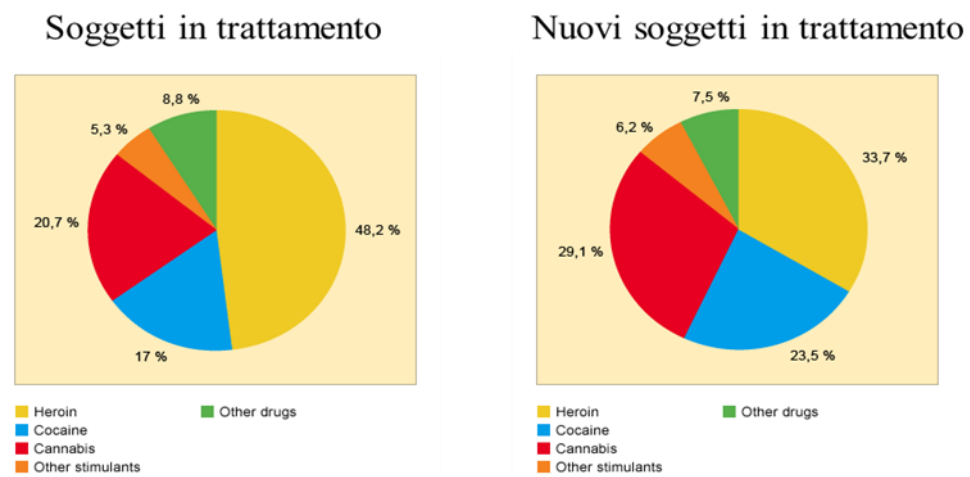


Figura 8.



L'indicatore TDI si basa su vari tipi di dati e monitora diversi aspetti che riguardano la richiesta di terapia e la presa in carico. Rileva le caratteristiche dei soggetti che vengono presi in carico dai servizi di assistenza e la loro storia di utilizzo delle sostanze. La Figura 7 per esempio, un aspetto che è molto legato alle modifiche di uso di sostanze, fenomeno al quale si collega anche la modifica dell'indicatore PDU in HRDU, già fin dal rapporto del 2009, si noti l'aumento delle "altre sostanze" nei nuovi arrivi in terapia.

Figura 9: Distribuzione delle sostanze di uso primario tra i soggetti in trattamento e tra i nuovi soggetti in trattamento nel 2008 (TDI).



Nella Figura 9 si riportano i risultati ottenuti dall'uso congiunto di due indicatori chiave nel rapporto del 2009. Il rapporto tra un valore dell'indicatore TDI e una stima dell'indicatore PDU. Nella Figura 10, si riporta l'indicatore chiave DRD a livello globale. Come si vede c'è una serie temporale che si assesta, data la diminuzione di uso di eroina e il conseguente calo delle morti acute per overdose.

Figura 10: Opioid maintenance treatment clients as a % of the estimated number of Problem Opioids Users – TDI e PDU.

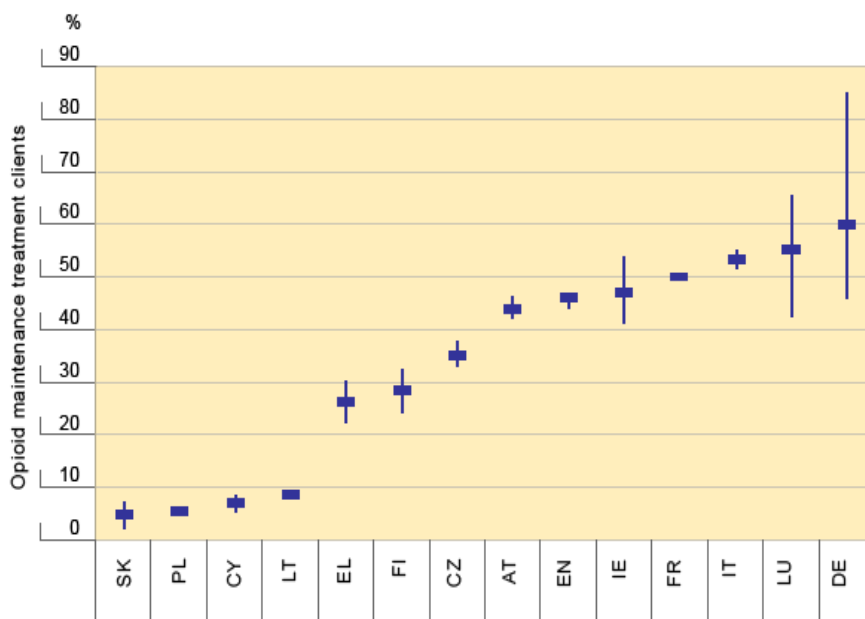
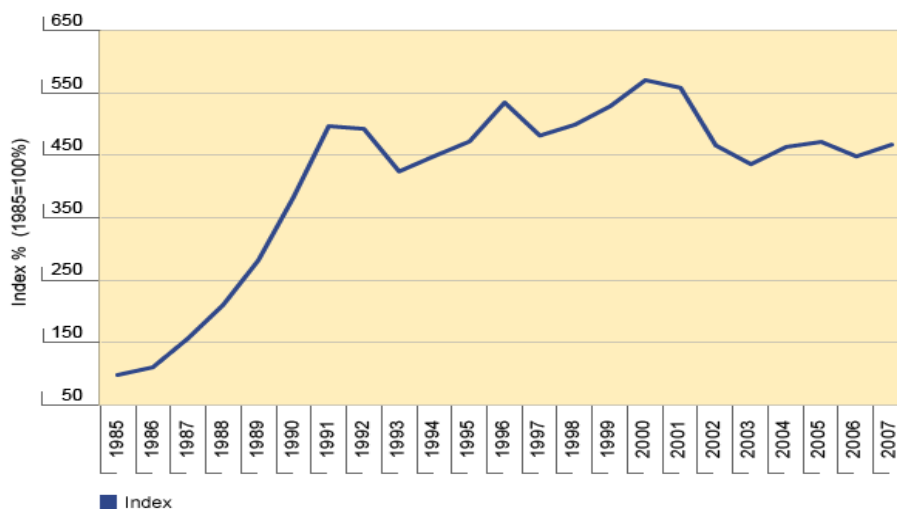


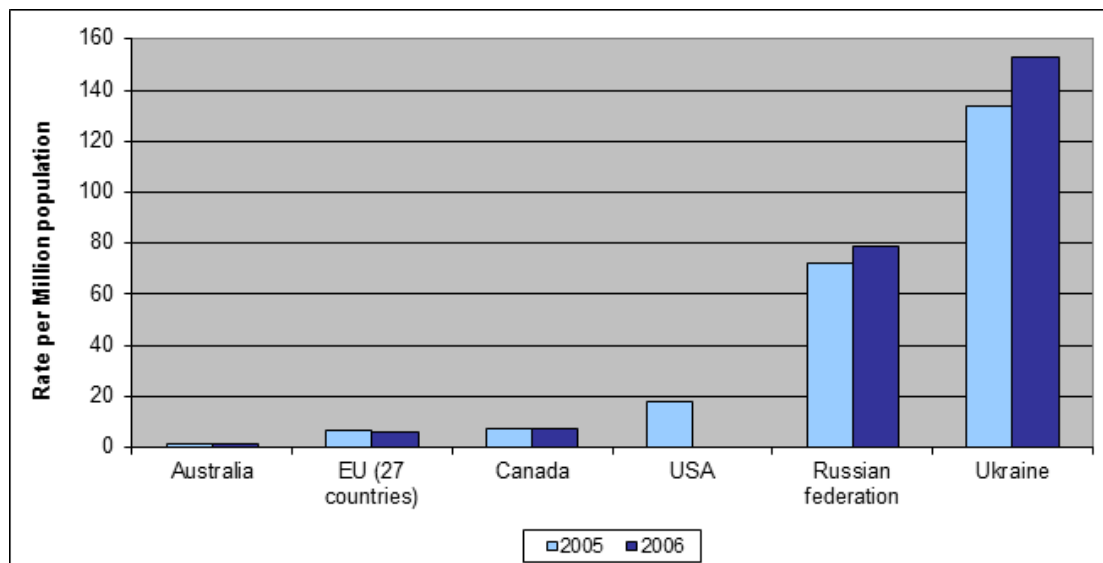
Figura 11: Trend in drug induced deaths, EU 15 –DRD.



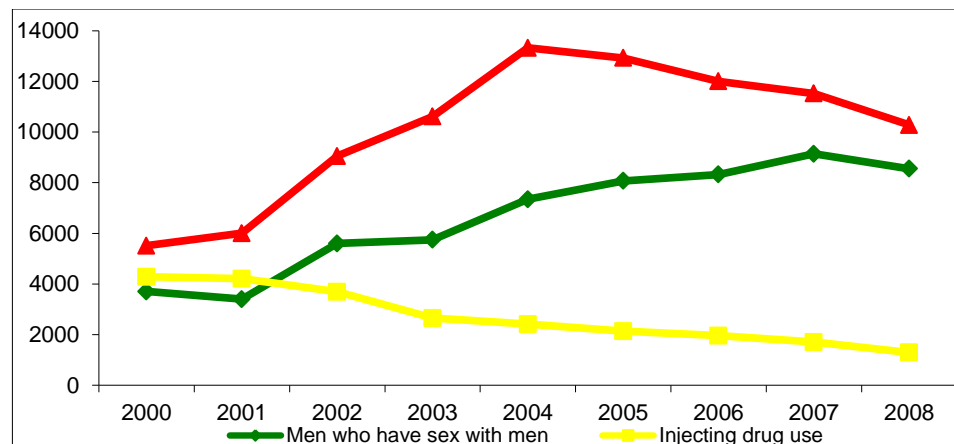
L'indicatore DRID, riferito alle malattie infettive, viene rilevato per diversi scopi:

- si può usare, attraverso un'inferenza statistica (“metodo di calibrazione”) per stimare la popolazione di soggetti a rischio, più adeguata quando il consumo di sostanze pesanti era legato soprattutto all'eroina per via iniettiva (Rossi, 1999).
- si può usare come sistema di monitoraggio e sorveglianza del complessivo stato di salute dei tossicodipendenti e per programmare interventi conseguenti.

La Figura 12 riporta dati europei relativi al DRID per un confronto con altri paesi sugli anni 2005 e 2006.

Figura 12: Diagnosed HIV incidence among IDUs (2005-2006) – DRID.

Nella Figura 13, invece, si riporta la serie temporale della modalità di trasmissione dell'AIDS dal 2000 al 2008.

Figura 13: HIV infections by transmission mode and year of diagnosis. EU, Croatia, Turkey and Norway (2000–2008) - DRID

Indicatori in fase di sviluppo metodologico

In epoca relativamente recente (2010) la Commissione europea e l'Osservatorio europeo hanno avviato lo studio e l'introduzione di indicatori per misurare l'effetto della politica e degli interventi nel controllo dell'offerta di droghe. Sono stati introdotti ufficialmente tre indicatori, articolati in sotto-indicatori. I tre indicatori base sono: Drug Markets, (DM), Drug Supply Reduction (DSR) e Drug Related Crime (DRC), i sotto-indicatori sono riportati nei documenti ufficiali (Conferences on Drug Supply Indicators: <http://www.emcdda.europa.eu/events/supply-indicators>).

Benché non ancora utilizzati a livello standard europeo, esistono loro elaborazioni pilota nell'ambito di un progetto europeo. La dimensione del mercato (DM) è stata stimata per Svezia, Repubblica Ceca, Portogallo, Olanda, Bulgaria, Italia, Regno Unito, come riportato nel sito della Commissione europea (http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/eu_market_summary_en.pdf).

Si riporta sotto il metodo di stima utilizzato in Italia per il progetto europeo; si riportano anche altre tre stime prodotte ufficialmente in Italia, che si potrebbero definire di proxy, come viene evidenziato nei commenti finali.

Per produrre una stima della quantità di droghe vendute, almeno quelle classiche, è stata innanzitutto stimata la prevalenza degli spacciatori al dettaglio, riportata nella Figura 14, dove sono indicati anche gli indicatori di mercato discendenti da questa stima. Per stimare le quantità vendute in media da ciascuno spacciatore (

Figura 15), si sono utilizzati i dati della rilevazione effettuata tra i soggetti presso le Comunità e i servizi di bassa soglia, molti dei quali ex-spacciatori o spacciatori, a cui si è chiesto quanto vendevano o vendono ancora in media ogni settimana. I dati importanti sono pubblicati nel libro citato nella Tabella.

Una stima di mercato è stata effettuata con metodo analogo sulla base della domanda. Utilizzando risultati riportati nella letteratura internazionale si è stimata la prevalenza dei consumatori delle sostanze illegali (Figura 16). E, avendo dall'indagine presso i consumatori in comunità e bassa soglia, anche notizie su quanto loro stessi consumavano o consumano, si è prodotta la stima del mercato anche dal lato della domanda (Figura 17), come richiesto da EUROSTAT all'ISTAT e agli analoghi Enti europei.

Questo approccio alla stima dei consumatori evita la grande sottostima prodotta dalle indagini GPS che sottostimano proprio i consumatori "problematici", che, pur essendo una minoranza, rappresentano almeno la metà di tutto il consumo (Rey, Rossi e Zuliani, 2011).

Figura 14: Italia: Stime del numero totale di spacciatori (drug supply reduction e drug related crime).

Anno	Numero di spacciatori fermati	Stima del numero totale di spacciatori	Intervallo di stima (95%)
2005	43,066	353,877	337.119 - 371.895
2006	45,337	359,199	338.906 - 373.433
2007	48,168	374,891	358.586 - 392.328
2008	50,520	387,940	371.152 - 405.932
2009	47,361	389,956	371.694 - 409.654

Figura 15: Stime del mercato delle droghe in Italia (dal lato dell'OFFERTA).

• **Fonte dati ulteriori:** Roberto Ricci and Carla Rossi editors, *Lifestyles and history of use of drug users in four EU countries: exploratory analysis of survey data*, Universitalia di Onorati s.r.l., ISBN 978-88-6507-403-9, Roma 2013.

Substance	Estimated active dealers	Median number of doses sold per week of activity	Sample size dose	Mean price per dose	Sample size price	Total amount (billion euro)
Cannabis	125,184	110	91	10	351	7.16
Cocaine	43,991	70	164	75	387	12.01
Opiates	34,206	55	156	35	504	3.42
Total	203,381					22.59

Figura 16: Stime del numero di consumatori di droghe in Italia (a partire dall'OFFERTA).

Substance	Estimated active dealers	Ratio (Reuter)	Ratio (Bouchard & Tremblay)	Estimated active consumers (Reuter)	Estimated active consumers (Bouchard & Tremblay)	Average
Cannabis	125,184	40	32	5,007,360	4,005,888	4,506,624
Cocaine	43,991	25	28	1,099,776	1,231,749	1,165,763
Opiates	34,206	15	16	513,090	547,296	530,193
Total	203,381	These estimates are affected by double counting for poly-use and poly-dealing				

Figura 17: Stime del mercato delle droghe in Italia (dal lato della DOMANDA)

Substance	Estimated active consumers	Average number of doses per month per person	Mean price per dose	Total amount (billion euro)
Cannabis	4,506,624	13	10	7.03
Cocaine	1,165,763	12	75	12.59
Opiates	530,193	15	35	3.34
Total	6,202,580			22.96

Le stime del mercato delle droghe in Italia – Metodologie e relativi problemi

La quantificazione di un fenomeno illegale come il mercato della droga è ovviamente soggetta a forti difficoltà di reperimento e attendibilità di informazioni basilari.

Le stime possono riguardare direttamente l'ampiezza del mercato in termini di aggregato monetario complessivo, senza preoccuparsi della composizione interna. In tal caso, discendono spesso da una stima della percentuale del PIL “illegale” rispetto a quello ufficiale.

Altro approccio, maggiormente seguito, è quello per componenti, del tipo:

$$\text{Mercato} = \text{QuantitàTotale} * \text{PrezzoUnitario}.$$

In tal caso, è necessario anche distinguere i diversi mercati delle diverse sostanze. Inoltre, le quantità possono a loro volta derivare da una schema del tipo:

$$\text{QuantitàTotale} = \text{N.Consumatori} * \text{ConsumoMedio (lato "domanda")}$$

oppure

$$\text{QuantitàTotale} = \text{N.Spacciatori} * \text{SpaccioMedio (lato "offerta").}$$

Elementi quali il PrezzoUnitario, il ConsumoMedio e lo SpaccioMedio sono conoscibili con discreta precisione, soprattutto in base a informazioni fornite dai servizi sanitari e da quelli di polizia. Molto più difficili da conoscere sono i numeri relativi al numero di consumatori e di spacciatori.

Possiamo distinguere le informazioni attualmente sfruttabili per la stima del mercato, e i metodi statistici da esse dipendenti, in **tre categorie**.

1^a categoria. Esistono anzitutto le **indagini statistiche campionarie** orientate a rilevare direttamente il numero di consumatori e i consumi medi giornalieri di ciascuno, distinti a seconda della sostanza considerata. Queste indagini sono maggiormente diffuse e complete nei paesi anglosassoni. L'indagine più importante è il GPS (*General Population Survey*), effettuato in un gran numero di paesi, fra cui il nostro.

Se le risposte fossero sufficientemente complete e veritiere, da esso si potrebbero trarre stime abbastanza precise sul numero di consumatori e sull'ampiezza del mercato. Purtroppo, per la natura stessa del fenomeno indagato, i dati di queste fonti sono inevitabilmente affetti da forti lacune connesse a risposte mancanti o non veritiere.

In Italia, poi, le percentuali di risposta risultano bassissime, anche a causa delle modalità poco efficaci di somministrazione dei questionari (postali). Sempre in Italia, appare meglio somministrata l'indagine SPS (*Students Population Survey*), il cui ambito però è limitato alla popolazione scolastica, come anche il progetto ESPAD.

2^a categoria. Esistono poi **fonti informative (“amministrative”)** piuttosto attendibili e riferibili direttamente al consumo e allo spaccio di droga, ma che riguardano solo particolari individui direttamente implicati. Si tratta delle fonti di natura sanitaria e giudiziaria, che riguardano la parte “emersa” del fenomeno, cioè, in sostanza: il numero di utilizzatori identificati in quanto hanno in corso un trattamento sanitario o giudiziario; le quantità consumate da costoro; il numero di spacciatori fermati; le quantità di merce sequestrata.

Per mezzo di appropriate tecniche statistiche è possibile stimare il numero totale di utilizzatori e spacciatori, noti ed ignoti, presenti nella popolazione. Le tecniche suddette, tuttavia, richiedono

ipotesi di uniformità spaziale e temporale dei comportamenti di ciascuna delle diverse categorie di attori (consumatori di droghe, spacciatori, presidi sanitari, forze dell'ordine).

3^a categoria. Ulteriori fonti informative, anche non direttamente riferite al fenomeno droga, consentono tuttavia una approssimativa quantificazione del mercato in via aggregata. Considerati ad esempio i flussi di denaro contante nell'intera economia (informazione conosciuta con buona affidabilità), si può tentare di scomporli per via econometrica fra quelli riferibili alle attività pienamente legali, a quelle “sommese” 1 e a quelle “illegali” 2 .

Se ne possono trarre stime degli aggregati monetari totali relativi alle tre suddette categorie di attività. Fra le attività illegali, il mercato della droga è una componente sicuramente rilevante, ma non a sua volta isolabile per questa via. Naturalmente, i dati riferibili all'economia legale sono molto più abbondanti e sicuri; per questo, le stime relative alla parte illegale sono da considerare come “residuali”.

Dati e tecniche di tutte e tre le categorie suddette presentano **limitazioni molto diverse ai fini delle stime** ed è importante comprendere il verso dell'errore che causano (l'entità è ovviamente più difficile). Sarebbero certamente opportuni trattamenti integrati di tutti i dati a disposizione, ma essi creano a loro volta ulteriori difficoltà pratiche, legate soprattutto all'interazione dei diversi fattori di incertezza; di fatto sono scarsamente praticati. Quasi tutte le stime si appoggiano pressoché esclusivamente a una delle tre categorie informative; è quindi necessario almeno effettuare confronti.

L'uso di informazioni e tecniche della **prima categoria** rappresenta la strada più battuta, nonostante siano ben noti e riconosciuti i limiti dei dati su cui si basano. In Italia, è stata di recente seguita dall'Istat e dal gruppo di ricerca Transcrime.

La stima del mercato delle droghe fatta da **Transcrime** è nel range **4,5 – 10,9** mld €. Quella dell'**Istat**, per i consumi, è di **12,7** mld.

Queste elaborazioni possono essere utili soprattutto per calcolare delle stime di minimo (“floor”) del mercato (proxy).

I dati emergenti dal GPS inevitabilmente sono distorti nel senso di non riuscire a includere notevole parte di consumatori di droga, soprattutto quelli molto intensivi, per via di mancata inclusione nel campione oppure a causa di risposte mancanti o non veritiere; quindi, di per sé sottostimano il mercato.

E' certamente possibile operare correzioni, sulla base di ipotesi sui consumi dei non-rispondenti, sul numero di consumatori intensivi non considerati, ecc.. Tuttavia, ipotesi del genere sono necessariamente “caute”; se non lo fossero, diverrebbero contraddittorie con l'uso stesso dei dati del GPS. E' dunque verosimile che la fondamentale sottostima non venga corretta quanto occorrerebbe.

Le stime ottenute per questa via sono comunque utili perché il mercato non può sicuramente attestarsi al di sotto di tali valori.

1 Si intendono “sommese” quelle attività economiche non vietate dalla legge ma occultate al fisco.

2 Si includono nelle “illegali” quelle attività vietate dalla legge ma pur sempre svolte in regime di scambio volontario fra domanda e offerta, come da definizione Eurostat. Principalmente: il traffico di droga, la prostituzione e il contrabbando.

Le informazioni della **seconda categoria** vengono sfruttate essenzialmente osservando l'ambito degli utilizzatori e spacciatori "catturati" in un dato arco temporale e contando quelli che, in tale ambito, vengono catturati ripetutamente. Per mezzo di appropriate tecniche statistiche (metodo di "cattura e ricattura") è possibile stimare il numero totale di utilizzatori o spacciatori, noti ed ignoti, presenti nella popolazione. (E' intuitivo che, tendenzialmente, più alta è la quota di "ricatturati", più bassa sarà la stima del numero di utilizzatori o spacciatori totali).

Questa strada, più spesso battuta per la stima del numero di consumatori, è stata recentemente seguita in Italia anche con riferimento alla stima degli spacciatori, in particolare da C. Rossi dell'**Univ. di Roma Tor Vergata** e suoi collaboratori per il progetto della Commissione europea. Il mercato delle droghe è stimato a **22,6** mld, come riportato sopra. Stante la sostanziale affidabilità delle informazioni di base, i dubbi sulle metodologie statistiche derivano soprattutto dalle sottostanti ipotesi di "omogeneità" (degli utilizzatori fra di loro e degli spacciatori fra di loro, dei comportamenti di ciascuno nel corso del tempo). In linea di massima, la presenza di disomogeneità crea un effetto di sottostima rispetto al vero, come si vedrà in seguito.

Le informazioni e tecniche della **terza categoria** sono state sfruttate ultimamente soprattutto da alcuni ricercatori della Banca d'Italia (senza che i vertici dell'Istituto li abbiano fatti propri, pur citandoli). Appaiono efficaci soprattutto per produrre stime di massimo ("ceiling") del mercato 3.

Queste stime soffrono tendenzialmente del problema opposto rispetto a quelle della prima categoria. Infatti, la scomposizione econometrica di un aggregato monetario nelle quote riferibili ad attività economiche "legali", "sommese" ed "illegali" 4 potrebbe attribuire alla parte stimata in via residuale (quella dell'economia sommersa ed illegale) anche quantità derivanti dall'errore puramente statistico sulla stima effettuata in via principale (quella dell'economia legale). Come del resto la stessa Banca d'Italia riconosce, i valori ottenuti possono essere presi in considerazione come ordini di grandezza del fenomeno.

Secondo questo lavoro, le attività "illegali" potrebbero raggiungere addirittura il 10% del PIL, quindi circa 150 mld. All'interno delle stime dell'economia illegale andrebbe poi isolata la componente relativa al mercato della droga; ciò non è agevole, anche se tale mercato è comunemente considerato come la più importante fra le attività suddette 5.

Pur nella grande incertezza, il mercato delle droghe ammonterebbe comunque a **svariate decine di miliardi di euro**.

In definitiva, le stime ottenute per questa via possono servire a determinare un livello al di sopra del quale non è concepibile che il mercato della droga si attesti realmente. E sono comunque tali da far ritenere inattendibili talune stime del tutto qualitative che pure sono state pubblicizzate da varie parti.

3 Anche in altri casi di stime di un mercato illegale (quello dei prestiti a usura), la Banca d'Italia ha seguito un approccio più adatto a valutare livelli massimi potenziali.

4 I ricercatori della Banca d'Italia stimano econometricamente l'economia "illegale" sforzandosi di allinearla alla definizione Eurostat; tuttavia, è verosimile che tale stima includa anche quote di attività criminali ulteriori. Essi usano infatti come regressore la quota di reati per droga e prostituzione sul totale dei reati; però, la loro variabile dipendente (i flussi di contante) comprende anche flussi dovuti a estorsioni, corruzione, prestiti usurari; che, verosimilmente, sono meglio spiegati dal suddetto regressore che non da quelli riferibili all'economia legale o sommersa.

5 Si può tenere presente che, secondo l'Istat, il mercato delle droghe costituirebbe i due terzi dell'intera economia illegale. Tuttavia l'Istat stima una dimensione di mercato molto inferiore ed esclude il giro d'affari della criminalità organizzata. Non appare dunque immediato trasporre la suddetta quota per stime di origine diversa.

Confronto stime Mercato Droghe e Attività illegali

PIL (2011) (Mld €)

1589

		Transcrime (2009)		Rossi (2011)		ISTAT (2011) (*)	
		Mln €	% del PIL	Mln €	% del PIL	Mln €	% del PIL
Eroina	min/med/max	1842	0.12%	3420	0.22%		
Cocaina	min	772	0.05%	12010	0.76%		
	med	1711	0.11%				
	max	2649	0.18%				
Cannabis	min	1649	0.11%	7160	0.45%		
	med	3140	0.21%				
	max	4632	0.31%				
Amfetamine	min	99	0.01%				
	med	367	0.02%				
	max	636	0.04%				
Ecstasy	min	180	0.01%				
	med	666	0.04%				
	max	1153	0.08%				
Totale Droghe	min	4541	0.30%	22590	1.42%	12700	0.80%
	med	7727	0.52%				
	max	10912	0.73%				

		Transcrime		Banca d'Italia	Eurispes	ISTAT (*)	
		Mln €	% del PIL	% del PIL	% del PIL	Mln €	% del PIL
Totale Attività illegali	min	17700	1.17%	10.90%	11.00%	17000	1.07%
	med	25700	1.70%				
	max	33700	2.23%				

(*) Escluse attività di "organizzazioni" criminali

Gli aspetti brevemente illustrati possono essere approfonditi nella bibliografia.

Bibliografia

- Nichter, M., Quintero, G., Nichter, M., Mock, J. and Shakib, S. (2004) "Qualitative Research: Contributions to the Study of Drug Use, Drug Abuse, and Drug Use(r)-Related Interventions" *Substance Use & Misuse*, Vol. 39, No. 10-12, Pages 1907-1969;
- Yamagata-Lynch, L.C. (2010) "Activity Systems Analysis Methods: Understanding Complex Learning Environments" Springer Publications;
- NIDA (1995) "Qualitative Methods in Drug Abuse and HIV Research". NIDA Research Monograph 157;
- Griffiths, P., Gossop, M., Powis, B. and Strang, J. (1993) 'Reaching hidden populations of drug users by privileged access interviewers: methodological and practical issues', *Addiction*, 88, 1617–1626;
- EMCDDA. (2000) "Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research";
- EMCDDA Scientific Monograph Series No 4;
- Gilman, M. (1998) EMCDDA workgroup review, in J. Fountain and P. Griffiths (Eds.);
- Coordination of Working Groups of Qualitative Researchers to Analyse Different Drug Use;
- Patterns and the Implication for Public Health Strategies and Prevention, Lisbon/London: EMCDDA/NAC (also available on <http://www.qed.org.uk>);
- Agar, M. H. and Kozel, N. (Eds.) (1999) 'Ethnography and substance use: talking numbers', *Substance Use and Misuse*, 34, 1935–1949;
- Fountain, J. and Griffiths, P. (1999) 'Synthesis of qualitative research on drug use in the European Union: report on an EMCDDA project', *European Addiction Research*, 5, 4–20 (updated version available on <http://www.qed.org.uk>);
- Biernacki, P. and Waldorf, D. (1981) 'Snowball sampling: problem and techniques of chain referral sampling', *Sociological Methods and Research*, 10, 141–163;
- Carlson, R., Wang, J., Siegal, H., Falk, R. and Guo, J. (1994) 'An ethnographic approach to target sampling: problems and solutions in AIDS prevention research among injection drug and crack cocaine users', *Human Organisation*, 53, 279–286;
- Griffiths, P., Gossop, M., Powis, B. and Strang, J. (1993) 'Reaching hidden populations of drug users by privileged access interviewers: methodological and practical issues', *Addiction*, 88, 1617–1626;
- Power, R. and Harkinson, S. (1993) 'Accessing hidden populations: a survey of indigenous interviewers', in P. Davies, G. Hart and P. Aggleton (Eds.) *Social Aspects of AIDS*, Falmer: Falmer Press;
- Spren, M. (1992) 'Rare populations, hidden populations and link-tracing designs: what and why?', *Bulletin Methodologie Sociologique*, 36, 34–58;
- Klee, H. (1992) 'A new target for behavioural research: amphetamine misuse', *British Journal of Addiction*, 87(3), 439–446;
- Wright, S., Klee, H. and Reid, P. (1998) 'Interviewing illicit drug users: observations from the field', *Addiction Research*, 6(6), 517–535;

Taylor, C. (1997) 'Estimating the prevalence of drug use using nomination techniques: an overview', in G. V. Stimson, M. Hickman, A. Quirk, M. Fischer and C. Taylor (Eds.) *Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe*, Lisbon: EMCDDA;

Hartnoll, R., Griffiths, P., Taylor, C., Hendriks, V., Blanken, P., Nolimal, D., Weber, I., Toussirt, M. and Ingold, R. (1997) *Handbook on Snowball Sampling*, Strasbourg: Council of Europe;

Feldman, H. W. and Aldrich, M. R. (1990) 'The role of ethnography in substance abuse research and public policy: historical precedent and future prospects', in E. Y. Lambert (Ed.) *The Collection and Interpretation of Data from Hidden Populations*, Monograph 98, Rockville, MD: NIDA;

Schimank, U. (1995) 'Transformation of research systems in central and eastern Europe: a coincidence of opportunities and trouble', *Social Studies of Science*, 25, 633–653;

Ardizzi, Guerino, Carmelo Petraglia, Massimiliano Piacenza e Gilberto Turati: "*Measuring the underground economy with the currency demand approach: a reinterpretation of the methodology, with an application to Italy*". In: Banca d'Italia, Temi di Discussione n.864, aprile 2012.

Baldassarini, Antonella e Federico Sallusti (ISTAT)- "Estimating illegal drug flows in Italy: a statistical approach" - paper presentato alla "8th ISSDP Conference (Rome, CNR, 21-23 May 2014)".

Guiso, Luigi - "*Quanto è grande il mercato dell'usura ?*". In: Banca d'Italia – Temi di discussione n.260 – dicembre 1995.

ISTAT - "*L'economia illegale nei conti nazionali*", audizione del Presidente Giorgio Alleva alla Commissione parlamentare d'inchiesta sul fenomeno della mafia altre associazioni criminali -Roma, 8 ottobre 2014.

Rey, Guido Mario, Carla Rossi e Alberto Zuliani. *Il mercato delle droghe: dimensione, protagonisti e politiche*. Marsilio editori, Venezia, 2011.

Rossi, Carla - "Monitoring the Size and Protagonists of the Drug Market: Combining Supply and Demand Data Sources and Estimates" - *Current Drug Abuse Reviews*, 2013, 6, 122-129.

Transcrime (Joint Research Centre on Transnational Crime) – Rapporto "*Gli investimenti delle mafie*", nell'ambito del "Programma Operativo Nazionale Sicurezza per lo Sviluppo – Obiettivo Convergenza 2007-2013" (cofinanziato dall'Unione Europea e gestito dal Ministero dell'Interno – Dipartimento della Pubblica Sicurezza) – ottobre 2014.

European Commission. (2013) *Further insights into aspects of the illicit EU drugs market*, <http://www.trimbos.org/~media/Programmas/Internationalisering/Further%20insights%20into%20aspects%20of%20the%20EU%20illicit%20drugs%20market.ashx>

Il quadro giuridico di riferimento

A cura del Ministero della Salute e del Ministero della Giustizia

Per effetto del d.l. 23 .12.2013, n. 146, convertito in data 19 febbraio 2014, La condotta di cui al comma 5 dell'art. 73 d.P.R. 309/90 è stata trasformata in reato autonomo (cfr. Cass. Sez. VI, sentenza depositata il 20 gennaio 2014) e l'incidenza della trasformazione del fatto di lieve entità da circostanza attenuante ad effetto speciale a reato autonomo ha avuto evidenti ripercussioni sulla determinazioni della pena nella valutazione dei casi concreti da parte del giudice.

La stessa legge ha ampliato la possibilità di accesso alla misura dell'affidamento in prova al servizio sociale "terapeutico", ora applicabile ai condannati con pene, anche residue, fino a 4 anni anziché tre. La concessione della misura presuppone un periodo di osservazione della personalità "nell'anno precedente alla presentazione della richiesta" e l'osservazione può fare riferimento anche alla condotta tenuta dal soggetto in libertà. La novella, per incentivare l'accesso all'affidamento in prova nei confronti dei condannati già detenuti, conferisce al magistrato di sorveglianza la possibilità di applicare la misura in via provvisoria in caso di grave pregiudizio derivante dalla protrazione dello stato di detenzione, prima della decisione definitiva del tribunale di sorveglianza, che dovrà intervenire entro 60 giorni.

La legge ha anche abrogato il comma 5 dell'art. 94 dpr 309\1990 che impediva di applicare per più di due volte l'affidamento in prova terapeutico per condannati tossicodipendenti ed alcol dipendenti.

Con la sentenza n.32 del 12 febbraio 2014 la Corte Costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale – per violazione dell'art.77, secondo comma della Costituzione, che regola la procedura di conversione dei decreti legge – degli artt. 4 bis e 4 vicies ter del d.l. 30 dicembre 2005, n.272, come convertito con modificazioni dall'art.1 della legge 21 febbraio 2006, n.49, così rimuovendo le modifiche apportate con le norme dichiarate illegittime agli artt. 73, 13 e 14 del D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 (Testo Unico in materia di stupefacenti)⁶.

6 Normativa vigente: Testo coordinato D.P.R. 09.10.1990 n° 309, G.U. 31.10.1990, *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza* e Testo Unico delle leggi in materia di stupefacenti, Legge 22 dicembre 1975, n. 685, che ha subito numerose modifiche, le più rilevanti delle quali sono:

1. Legge 26 Giugno 1990, n.162 (c.d. legge Vassalli Jervolino) - *Aggiornamento, modifiche ed integrazioni della legge 22 dicembre 1975, n. 685 , recante disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.*
2. Legge 8 febbraio 2001, n.12 (c.d. legge Veronesi) *Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore.*
3. Legge 21 febbraio 2006, n.49 (c.d. legge Fini Giovanardi) *Conversione in legge, con modificazioni del decreto-legge 30 dicembre 2005, n. 272, recante Misure urgenti per garantire la sicurezza ed i finanziamenti per le prossime Olimpiadi invernali, nonché la funzionalità dell'Amministrazione dell'interno e le disposizioni per favorire il recupero di tossicodipendenti recidivi.*
4. Legge 15 marzo 2010, n.38 - *Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.*
5. Legge 16.05.2014 n. 79 recante *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 20 marzo 2014, n. 36, recante "Disposizioni urgenti in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, nonché di impiego di medicinali meno onerosi da parte del Servizio sanitario nazionale".*

Con l'intervento della Corte Costituzionale e' venuta meno la possibilità di accesso al lavoro sostitutivo di cui all'art. 73 comma 5 bis, introdotto dall'art. 4 bis del d.l. 30 dicembre 2005, n.272 e abrogato per effetto della dichiarazione di incostituzionalità.

Il decreto legge 20 marzo 2014, n. 36 ha introdotto la possibilità per il giudice di irrogare la pena del lavoro di pubblica utilità limitatamente al reato di cui all'art. 73 dpr 309/90 commessi da persona tossicodipendente o da assuntore di sostanze stupefacenti o psicotrope. Il lavoro di pubblica utilità ha una durata corrispondente a quella della sanzione detentiva irrogata e non può sostituire la pena per più di due volte.

Gli effetti della sentenza della Corte Costituzionale n.32/2014 in ambito sanitario

A seguito della sentenza della Corte costituzionale del 12 febbraio 2014, n. 32, sono tornate in vigore le norme previgenti all'emanazione della legge 21 febbraio 2006, n.49. Sono state caducate le tabelle dalla stessa introdotte, i relativi aggiornamenti e tutti i decreti applicativi e comunque riconducibili al Testo Unico, oltre che le disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore introdotte dalla legge 15 marzo 2010, n. 38.

La sentenza della Consulta ha operato una rivisitazione della normativa i cui effetti si sono riversati principalmente sull'applicazione delle misure di repressione e controllo degli illeciti e su quelle sanzionatorie, di fatto ripristinando una maggiore modulazione legata soprattutto al tipo di sostanza utilizzata e all'obiettivo di assistenza e prevenzione delle ricadute del soggetto utilizzatore.

Il DPR 309/90 stabiliva che l'uso personale di droga fosse un illecito, prevedendo sanzioni soprattutto di tipo amministrativo: un avvertimento del prefetto, cui seguivano dalla volta successiva provvedimenti concreti come la sospensione della patente o del passaporto, per un massimo di tre mesi e che attribuiva poi all'autorità giudiziaria la scelta di ulteriori provvedimenti restrittivi.

Il quadro normativo venutosi a creare dopo la sentenza della Corte Costituzionale ha reso necessario intervenire con urgenza per evitare la decadenza di provvedimenti amministrativi di rilievo intervenuti dopo il 2006, come l'inclusione nelle tabelle di nuove sostanze e l'utilizzo dei medicinali per la terapia del dolore.

A tal fine è stato emanato il decreto-legge 20 marzo 2014, n. 36, recante "Disposizioni urgenti in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, nonché di impiego di medicinali meno onerosi da parte del Servizio sanitario nazionale", convertito con la Legge 16.05.2014 n. 79 (in G.U. 20.05.2014). Con tale Decreto sono state apportate modifiche sostanziali al Testo unico sugli stupefacenti (DPR 309/90).

Le modifiche di maggiore impatto possono essere così sintetizzate:

- 1** Il ripristino del sistema sanzionatorio collegato agli illeciti relativi alle sostanze stupefacenti e psicotrope, con la suddivisione in quattro tabelle (tabelle I e III, con la previsione di sanzioni maggiori per le sostanze a maggiore impatto); (tabelle II e IV con la previsione di sanzioni minori per le sostanze a impatto minore compresa la cannabis).
- 2** La predisposizione di una nuova tabella separata dei medicinali che consente la completa continuità nella produzione, prescrizione, distribuzione e dispensazione dei medicinali a base di sostanze stupefacenti o psicotrope, con particolare riferimento alle prescrizioni dei medicinali per

la terapia del dolore e dei medicinali impiegati in corso di trattamento per la disassuefazione degli stati di dipendenza. Le modalità di prescrizione e di dispensazione restano pertanto invariate per tutte le terapie con medicinali a base di stupefacenti, restando invariate anche le modalità di gestione dei medicinali da parte degli operatori sanitari e del settore farmaceutico. Tutti gli stupefacenti e le sostanze psicotrope sono iscritti in cinque tabelle che vengono aggiornate ogni qualvolta si presenti la necessità di inserire una nuova sostanza o di variarne la collocazione o di provvedere ad una eventuale cancellazione. I medicinali che usufruiscono delle modalità prescrittive semplificate sono inclusi nell'allegato III bis. Nelle prime quattro tabelle, collegate al sistema sanzionatorio per gli usi illeciti, sono elencate le sostanze stupefacenti e psicotrope poste sotto controllo internazionale e nazionale. Nella tabella dei medicinali sono indicati i medicinali a base di sostanze attive stupefacenti e psicotrope di corrente impiego terapeutico ad uso umano o veterinario ed il relativo regime di dispensazione, ad uso di medici, farmacisti e operatori del settore farmaceutico. Le tabelle, che ricomprendono anche le oltre 400 sostanze classificate a decorrere dal 2006, sono ridisegnate in maniera tale da renderle coerenti con il regime sanzionatorio antecedente alla legge 49/06. In modo sintetico le tabelle comprendono:

Tabella I

- Oppio e derivati (morfina, eroina, metadone ecc.)
- Foglie di Coca e derivati
- Amfetamina e derivati amfetaminici (ecstasy e designer drugs)
- Allucinogeni (dietilammide dell'acido lisergico, mescalina, psilocibina, fenciclidina, ketamina ecc.)

Tabella II

- Cannabis (foglie e infiorescenze, olio e resina)

Tabella III

- Barbiturici

Tabella IV

- Benzodiazepine

Tabella dei medicinali - nella Tabella dei medicinali sono inserite le sostanze attive che hanno attività farmacologica e pertanto sono usate in terapia e le relative preparazioni farmaceutiche. La tabella è suddivisa in cinque sezioni indicate con le lettere A, B, C, D ed E dove sono distribuiti i medicinali in relazione al decrescere del loro potenziale di abuso, nelle tabelle è anche indicato il regime di dispensazione. Alcune sostanze come la morfina, il metadone e altre, si possono trovare contemporaneamente nelle Tabelle degli stupefacenti e nella Tabella dei medicinali. Le tabelle sono aggiornate generalmente con decreto ministeriale (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana) ogniqualvolta se ne presenti la necessità.

3 Eventuali modifiche e aggiornamenti spetteranno al Ministro della Salute, sentiti il Consiglio e l'Istituto superiore di sanità. Al Ministro della salute è attribuito il compito di stabilire con proprio decreto il completamento e l'aggiornamento delle tabelle, sentiti il Consiglio Superiore di Sanità e l'Istituto Superiore di Sanità.

4 Nella tabella II delle cosiddette droghe leggere confluiscono tutti i tipi di è collocata la cannabis, senza distinzione tra indica o sativa. Tuttavia le droghe sintetiche riconducibili per struttura

chimica o effetti tossicologici al THC (delta-9-tetraidrocanabinolo) il principale principio attivo della cannabis, rientrano invece nella Tabella I.

5 L'acquisto o la detenzione di sostanze per uso personale non hanno rilevanza penale.

6 Restano ferme le sanzioni amministrative (sospensione della patente, porto d'armi, passaporto o permesso di soggiorno) che hanno durata variabile a seconda che si tratti di sostanze incluse nelle tabelle I e III droghe pesanti (da 2 mesi a un anno) o di sostanze incluse nelle tabelle II e IV leggere (da uno a 3 mesi). Nell'accertare l'uso personale, oltre ad altre circostanze sospette, occorrerà in particolare considerare l'eventuale superamento dei "livelli soglia" fissati dal Ministero della Salute nonché le modalità di presentazione delle sostanze stupefacenti con riguardo al peso lordo complessivo o al confezionamento frazionato.

7 I lavori pubblica utilità si applicano nel caso di piccolo spaccio o altri reati minori commessi da un tossicodipendente. Il giudice può applicare, anziché detenzione e multa, la pena del lavoro di pubblica utilità. Tale sanzione alternativa deve essere chiesta dall'imputato e ha una durata equivalente alla condanna detentiva. E' revocabile se si violano gli obblighi connessi al lavoro e non può sostituire la pena per più di due volte.

Rilevano, altresì, le modifiche introdotte al Titolo XI "Interventi preventivi, curativi e riabilitativi" del d.p.r. 309/90 dalla Legge 16 maggio 2014, n. 79 di conversione del Decreto-legge 20 marzo 2014, n. 36, in argomento, e in particolare all'art.120 "Terapia volontaria ed anonimato", che a seguito delle modifiche fa riferimento non più al servizio pubblico per le tossicodipendenze, bensì al servizio pubblico per le dipendenze, in tal modo recependo appieno le linee strategiche in materia di droga fissate dall'Unione Europea per il periodo 2013-2020.

In tale quadro, le misure di contenimento della domanda di droga devono tenere conto di altre variabili quali la poliassunzione, in combinazione con sostanze psicoattive legali, quali il tabacco, l'alcol e i farmaci psicotropi. Le misure principali suggerite dalla UE riguardano:

- la prevenzione iniziale dell'assunzione di droghe;
- l'intervento tempestivo sui modelli di comportamento a rischio;
- la previsione di programmi di trattamento efficaci e mirati;
- la predisposizione di programmi di riabilitazione e reinserimento sociale;
- la riduzione dei danni e dei rischi per la salute connessi alla droga.

Queste linee strategiche possono essere più proficuamente realizzate muovendosi in un contesto allargato a tutte le dipendenze, che tenga conto anche della comorbilità psichiatrica e renda possibili interventi coordinati e integrati con tutte le aree del dipartimento per le dipendenze, in alcuni casi già inseriti nei dipartimenti di salute mentale.

Si segnalano inoltre, sempre con riferimento all'articolo 120, le modifiche apportate al comma 7, indirizzate a rafforzare il rapporto di fiducia tra l'assistito e gli operatori del servizio pubblico per le tossicodipendenze e delle strutture private autorizzate.

In aggiunta alla disposizione già introdotta della facoltà per questi operatori di avvalersi del segreto professionale dinanzi all'autorità giudiziaria o ad altra autorità, viene anche eliminato in questo articolo, l'obbligo di segnalare all'autorità competente le violazioni commesse dalla persona

sottoposta al programma terapeutico alternativo a sanzioni amministrative o a esecuzione di pene detentive.

Anche l'articolo 122, relativo alla definizione del programma terapeutico e socio-riabilitativo, risulta modificato rispetto alla versione precedente, poiché fa riferimento anch'esso al servizio per le "dipendenze".

Il comma 1 del predetto articolo stabilisce inoltre che il servizio per le dipendenze è tenuto a verificare l'efficacia del trattamento e la risposta del paziente al programma, mentre nella versione precedente la verifica era limitata alla mera attuazione, tal quale, del programma assegnato. In tal modo si dà il giusto rilievo al monitoraggio dei risultati concreti ottenuti nel corso del trattamento, operando i necessari aggiustamenti e le correzioni nei casi in cui il trattamento non risulti apportare miglioramenti.

Infine, anche all'articolo 123 "Verifica del trattamento in regime di sospensione di esecuzione della pena, nonché di affidamento in prova in casi particolari", sono apportate le modifiche conseguenti alla diversa organizzazione delle tabelle (al comma 1).

Ai fini, infatti, dell'applicazione degli istituti previsti dall'articolo 90 -sospensione dell'esecuzione della pena detentiva - e dall'articolo 94 - affidamento in prova al servizio sociale - la relazione di sintesi sull'andamento e sui risultati del programma terapeutico che l'Azienda sanitaria locale è tenuta ad inviare, su richiesta dell'autorità giudiziaria, fa riferimento alla cessazione di assunzione delle sostanze e dei medicinali di cui alla nuova tabella I e alla tabella dei medicinali.

Terapia del dolore. Accordo per la produzione di sostanze a base di cannabis.

Il 18 settembre 2014 è stato sottoscritto dal Ministro della Salute e dal Ministro della Difesa l'accordo di collaborazione per l'avvio di un progetto pilota per la produzione nazionale di sostanze e preparazioni di origine vegetale a base di cannabis.

Il progetto ha lo scopo di garantire l'unitarietà nell'impiego sicuro di preparazioni magistrali di sostanze di origine vegetale a base di cannabis e di evitare il ricorso a prodotti non autorizzati, contraffatti o illegali. La produzione nazionale di tali fitoterapici consentirà l'accesso a tali terapie a costi adeguati.

Attualmente esiste un solo medicinale a base di estratti di cannabis sativa, disponibile sul territorio nazionale autorizzato all'immissione in commercio, indicato come trattamento per alleviare i sintomi a pazienti adulti affetti da spasticità, moderata o grave, dovuta a sclerosi multipla. I medici che intendono prescrivere ai loro pazienti sostanze o preparazioni di origine vegetale a base di cannabis, diversi da tale medicinale o per altre condizioni patologiche devono richiedere l'importazione di prodotti in commercio all'estero.

La produzione di sostanze e preparazioni di origine vegetale a base di cannabis si svolgerà presso lo SCFM - Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze. "L'individuazione dello SCFM come officina di produzione garantisce - ha sottolineato il Ministro della Difesa - elevate capacità chimico-farmaceutiche e la produzione in un luogo in sicurezza". "É la risposta ai pazienti con patologie gravi come Sla, sindrome di Tourette e sclerosi multipla. - ha commentato il Ministro della Salute - Persone che necessitano dei farmaci con il principio attivo della cannabis. I farmaci costeranno meno della metà di quanto ora si spende per importare il principio attivo, circa 15 euro al grammo. La produzione nello stabilimento di Firenze abatterà ancora di più i costi e ci garantisce la sicurezza necessaria. Non è un via libera all'auto-coltivazione". I farmaci prodotti verranno impiegati dietro prescrizione medica nella terapia del

dolore, in particolare per alcune patologie del sistema neurovegetativo. Il Ministro della Salute ha sottolineato l'impegno del Ministero nella promozione della terapia del dolore, che ha voluto inserire nell'Agenda del semestre europeo. Il testo dell'accordo di collaborazione è consultabile sul sito istituzionale del Ministero.

Gli effetti della sentenza n.32/2014 sul sistema sanzionatorio e detentivo

1.

A seguito della sentenza n. 32 del 12 febbraio 2014 della Corte Costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale – per violazione dell'art. 77, secondo comma, della Costituzione, che regola la procedura di conversione dei decreti legge – degli artt. 4 bis e 4 vicies ter del d.l. 30 dicembre 2005, n. 272, come convertito con modificazioni dall'art. 1 della legge 21 febbraio 2006, n. 49, così rimuovendo le modifiche apportate con le norme dichiarate illegittime agli artt. 73, 13 e 14 del D.P.R. 9 ottobre 1990 n. 309 (Testo Unico in materia di stupefacenti), le norme di cui è stata dichiarata l'illegittimità costituzionale hanno cessato di avere efficacia ai sensi dell'art. 136, primo comma, Cost. dal giorno successivo alla pubblicazione della sentenza ed importanti conseguenze ne sono derivate sulla presenza di detenuti nei nostri istituti penitenziari.

In proposito, l'Ufficio Studi Ricerche Legislazione e Rapporti Internazionali del Dipartimento Amministrazione penitenziaria del Ministero della Giustizia con nota del 17 febbraio 2014 aveva evidenziato tempestivamente il problema di successione della legge penale conseguente alla pronuncia della Corte Costituzionale per avere la predetta sentenza inciso sul trattamento sanzionatorio di fatti che già prima costituivano reati e continuano ad essere considerati tali.

La norma originaria, che ha ripreso vigore, era stata introdotta con il d.p.r. 9 ottobre 1990 n. 309 (Testo Unico in materia di stupefacenti e sostanze psicotrope), il cui art. 73, primo comma, prevedeva il comportamento di “chiunque senza l'autorizzazione di cui all'art. 17 coltiva, produce, fabbrica, estrae, raffina, vende, offre o mette in vendita, cede o riceve a qualsiasi titolo, distribuisce, commercia, acquista, trasporta, esporta, importa, procura ad altri, invia, passa o spedisce in transito, consegna per qualunque scopo o comunque illecitamente detiene, fuori dalle ipotesi previste dagli artt. 75 e 76, sostanze stupefacenti o psicotrope di cui alle tabelle I e III previste dall'art. 14”, comminando la pena della reclusione da otto a venti anni e la multa da € 25.822 a € 258.228.

Si trattava delle cosiddette “droghe pesanti” che nell'art. 73 erano nettamente distinte dalle cosiddette “droghe leggere”; queste ultime infatti erano previste nel quarto comma dello stesso articolo e indicate nelle tabelle II e IV. Le stesse condotte criminose indicate nel primo comma con riguardo alle droghe pesanti, nel quarto comma erano punite per le droghe leggere con la più lieve pena della reclusione da due a sei anni e la multa da € 5.164 a € 77.468.

Con l'art. 4 bis del decreto legge 30.12.2005 n. 272 convertito con modificazioni dall'art. 1 della legge 21.2.2006 n. 49 (non interessa qui l'altra norma dichiarata incostituzionale cioè l'art. 4 vicies ter che aveva disciplinato le tabelle di cui all'art. 14) fu innovata la disciplina dell'art. 73 nel senso che il testo del comma 1, relativo alle droghe pesanti, fu sostituito da altro testo che, prevedendo i medesimi comportamenti, diminuiva a sei anni il minimo della pena e determinava la multa da € 26.000 a € 260.000.

Quanto alle droghe leggere l'art. 4 bis inserì un nuovo comma (1 bis) così formulato: “con le medesime pene di cui al comma 1 è punito chiunque senza l'autorizzazione di cui all'art. 17

importa, esporta, acquista, riceve a qualsiasi titolo o comunque illecitamente detiene” le sostanze variamente indicate nella stessa norma fra cui le droghe leggere.

Con la nuova legge del 2005, quindi, e con una valutazione che non teneva conto della diversa nocività e pericolosità delle droghe pesanti e di quelle leggere, fu inasprita la sanzione per queste ultime mediante l'unificazione, nei commi 1 e 1 bis, del trattamento sanzionatorio per entrambe le fattispecie, a prescindere dalla tipologia dello stupefacente.

L'art. 4 bis prevede infine, nel comma 5, che “quando per i mezzi, per la modalità o le circostanze dell'azione ovvero per la qualità e quantità delle sostanze, i fatti previsti dal presente articolo sono di lieve entità, si applicano le pene della reclusione da uno a sei anni e della multa da € 3.000 a € 26.000”.

2.

Con la declaratoria di illegittimità costituzionale dell'art. 4 bis del d.l. 272/2005 sono state rimosse le modifiche che da questa norma erano state apportate all'art. 73 del Testo Unico sugli stupefacenti, il cui testo originario ha ora ripreso vigore e ne è scaturito un problema di successione della legge penale nel tempo che l'art. 2 cod. pen. Disciplina diversamente a seconda che per un medesimo fatto la nuova legge determini una nuova incriminazione o l'abolizione di una incriminazione precedente oppure una modificazione della disciplina.

La sentenza del 12 febbraio 2014 è nell'ambito della terza ipotesi perché ha inciso soltanto sul trattamento sanzionatorio di fatti che già prima costituivano reati e continuano ad essere considerati tali. Invero, per quanto riguarda la droga leggera, i reati di cui al comma 1 bis dell'annullato art. 4 bis del d.l. 272/2005, pur essendo autonomamente formulati e pur prevedendo un minor numero di fattispecie, si differenziano soltanto sotto il profilo sanzionatorio dai reati di cui al quarto comma dell'art. 73 d.p.r. n. 309/1990 che prevede pene più lievi. Di conseguenza ai sensi del quarto comma dell'art. 2 cod. pen. Deve ora essere applicata la disciplina previgente di cui al quarto comma dell'art. 73 (reintrodotto in virtù della sentenza costituzionale) che è più favorevole al reo.

La sentenza costituzionale ha avuto immediata applicazione nei procedimenti di cognizione con ripercussioni sul numero delle presenze in carcere, sia per effetto delle condanne a pene meno gravi con le conseguenze derivanti per l'ammissione ai benefici, sia perché sono divenuti più brevi i termini di prescrizione e meno rigorosi i criteri di scelta delle misure cautelari, le quali devono essere proporzionate alla sanzione che il giudice ritiene possa essere irrogata (art. 257 comma 2 e art. 299 comma 2 cod. proc. Pen.).

In ordine alle misure cautelari gli effetti della decisione costituzionale si sono prodotti anche prima della pubblicazione della sentenza per effetto dell'affievolimento delle esigenze cautelari; queste infatti devono considerarsi attenuate quando la misura applicata non è più proporzionata alla sanzione che si ritiene possa essere irrogata, con la conseguenza che il giudice dovrebbe sostituire o revocare la misura in tutti i casi in cui procede nei confronti di imputati detenuti in carcere.

Per quanto riguarda invece i procedimenti definiti con sentenza passata in giudicato, e con riferimento alle fattispecie relative alle droghe leggere, per le quali se allora fosse stato applicato il quarto comma dell'art. 73 sarebbe stata inflitta una pena meno grave rispetto a quella effettivamente irrogata, si è posta la questione relativa alla esecuzione o eliminazione della parte di pena irrogata per effetto dell'applicazione della norma dichiarata costituzionalmente illegittima.

In proposito l'art. 673 cod. proc. Pen. Opera soltanto quando una fattispecie criminosa nel suo complesso viene eliminata, il che avviene solo nel caso di vera e propria abolitio criminis o di declaratoria di illegittimità costituzionale dell'intera fattispecie incriminatrice. In tal caso è pacifico che può aver luogo la revoca da parte del giudice dell'esecuzione che ha il potere di cancellare la

sentenza definitiva di condanna dichiarando che il fatto non è previsto dalla legge come reato. Ma nel caso in esame è stato modificato soltanto l'aspetto sanzionatorio interno al giudicato.

Nella giurisprudenza della Corte di Cassazione è stata dibattuta la questione che concerne la non eseguibilità del giudicato di condanna per la parte riferibile all'applicazione della circostanza aggravante dichiarata illegittima, cioè in relazione a un aspetto meramente circostanziale e sanzionatorio interno al giudicato formale (analogamente al caso in esame).

La questione è stata affrontata e risolta in base alla disciplina generale degli effetti della dichiarazione di illegittimità costituzionale, vale a dire sulla base dell'art. 30, commi 3 e 4, della legge 11.3.1953 n. 87 e dell'art. 136 della Costituzione. Sulla base di queste norme vi è stato un costante e concorde indirizzo della Corte di Cassazione nel senso che "l'ultimo comma dell'art. 30 della l. 11.3.1953 n. 87, che dispone la cessazione dell'esecuzione e di tutti gli effetti penali delle sentenze irrevocabili di condanna pronunciate in base a norme dichiarate incostituzionali, si riferisce alle sole norme incriminatrici dichiarate incostituzionali" (sez.V, 21.1.1968 n. 296, ric. Vanenti; sez. I, 19.1.2012, ric. P.M. contro Hamrouny Razak).

Due sentenze della stessa Corte di Cassazione, sempre in riferimento all'art. 30 della legge n. 87/1953, hanno in contrario ritenuto che "l'ambito applicativo della norma non è limitato alla fattispecie incriminatrice in senso stretto, ma riguarda qualunque parte della condanna pronunciata in applicazione di una norma dichiarata incostituzionale e impedisce perciò anche solo una parte della esecuzione della sentenza irrevocabile, quale appunto quella relativa alla porzione di pena irrogata in attuazione della norma poi dichiarata costituzionalmente illegittima" (sez. I, 25.5.2012, ric. P.M. contro Harizi Kastriot; sez. I, 27.10.2011 ric. P.M. contro Hauohu Adel).

3.

Tali incertezze interpretative sono state sciolte con l'intervento della Corte di Cassazione che a Sezioni Unite (sentenza 42858 del 29.5.2014 motivazione depositata il 14.10.2014) ha affermato che:

L'irrevocabilità della sentenza di condanna non impedisce la rideterminazione della pena in favore del condannato, quando interviene la dichiarazione d'illegittimità costituzionale di una norma penale diversa da quella incriminatrice, incidente sul trattamento sanzionatorio, e quest'ultimo non sia stato interamente eseguito, pur se il provvedimento 'correttivo' da adottare non è a contenuto predeterminato;

Il giudice dell'esecuzione, per effetto della sentenza della Corte costituzionale n. 251 del 2012, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 69, quarto comma, Cod. Pen., nella parte in cui vietava di valutare prevalente la circostanza attenuante di cui all'art. 73, comma 5, D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309, sulla recidiva di cui all'art. 99, quarto comma, Cod. Pen., può affermare la prevalenza dell'attenuante anche compiendo attività di accertamento, sempre che tale valutazione non sia stata esclusa dal giudice della cognizione.

Al pubblico ministero, in ragione delle sue funzioni istituzionali, per effetto della sentenza della Corte costituzionale n. 251 del 2012, spetta il compito di richiedere al giudice dell'esecuzione l'eventuale rideterminazione della pena inflitta anche in applicazione dell'art. 69, quarto comma, Cod. Pen., nel testo dichiarato costituzionalmente illegittimo, pur se il trattamento sanzionatorio sia già in corso di attuazione.

Gli effetti prodotti sulla popolazione carceraria dalla pronuncia della Corte Costituzionale, sono stati costantemente monitorati dall'Amministrazione penitenziaria a cui gli istituti penitenziari hanno comunicato in quanti casi si fosse proceduto alla scarcerazione per effetto della rideterminazione della pena inflitta.

