



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

Corso di Laurea Magistrale o Specialistica in Economia & Management

TOSSICODIPENDENZE E SISTEMA SANITARIO NAZIONALE
DRUG ADDICTION AND HEALTHCARE SYSTEM

Relatore: Chiar.mo

Prof. ssa De Angelis Monica

Tesi di Laurea di:

Flamminio Matteo

Anno Accademico 2019 – 2020

Indice

INTRODUZIONE	6
I CAPITOLO	8
Le politiche pubbliche di contrasto alle tossicodipendenze	8
I.1 Il problema della tossicodipendenza in Italia e le patologie infettive correlate	8
<i>I.1.1 Il problema della tossicodipendenza in Italia</i>	8
<i>I.1.2 Patologie infettive correlate alla tossicodipendenza</i>	12
I.2 Le politiche di contrasto alla tossicodipendenza	16
<i>I.2.1 I primi tentativi di contrasto alla tossicodipendenza</i>	16
<i>I.2.2 Il Testo Unico 309/1990 e le successive modificazioni</i>	20
II CAPITOLO	23
Il Servizio Sanitario Nazionale e la tutela del tossicodipendente	23
II.1 Costituzione e la tutela della salute. La particolare tutela della fragilità	23
<i>II.1.1 Il diritto alla salute</i>	23
<i>II.1.2 Il diritto alla salute, il ruolo della Corte Costituzionale</i>	25
<i>II.1.3 Il diritto alla salute: limiti esterni</i>	27
II.2 Conformazione normativa del diritto alla salute: il Sistema sanitario nazionale e la tutela della fragilità	29
<i>II.2.1 I Livelli Essenziali di Assistenza</i>	30
II.3 L'organizzazione dei servizi a tutela del tossicodipendente: i servizi territoriali per le tossicodipendenze	31
III CAPITOLO	35
Le politiche pubbliche di riduzione del danno	35
III.1 La riduzione del danno	35
III.2 La riduzione del danno in Italia	37
<i>III.2.1 I servizi di riduzione del danno</i>	39
<i>III.2.2 Aree critiche e possibili sviluppi della riduzione del danno</i>	41

<i>III.2.3 Lo sviluppo della riduzione del danno in Italia in una cornice europea</i>	45
III.3 Il progetto PPC2	47
<i>III.3.1 Descrizione del progetto</i>	47
<i>III.3.2 Fasi attuative del progetto</i>	49
CONCLUSIONI	53
Appendice 1	55
Metodo di stima	55
Appendice 2	57
La pratica del <i>needle-sharing</i> come principale via di trasmissione di agenti patogeni fra i tossicodipendenti	57
Appendice 3	58
Problematiche emergenti: il “No-Testing”	58
Appendice 4	59
Equità ed uguaglianza nel Sistema sanitario nazionale	59
Appendice 5	60
Organico dei Servizi per le Tossicodipendenze	60
BIBLIOGRAFIA	61
SITOGRAFIA	64

INTRODUZIONE

La pubblica amministrazione intercetta in vari modi gli interessi della cittadinanza e svolge l'attività diretta alla cura degli interessi pubblici, posta in essere in base alla legge e nel rispetto dei fini dalla stessa predeterminati.

L'obiettivo della presente tesi è portare alla luce come lo Stato italiano faccia fronte alla tutela del bene pubblico salute quando questo viene minato da problemi di uso ed abuso di sostanze stupefacenti.

Il fenomeno della tossicodipendenza è ampiamente diffuso nel nostro paese come rilevano i questionari sull'utilizzo di sostanze sottoposti ai cittadini¹ e le stime relative alle spese che essi affrontano per acquistarle; ad esso inoltre si accostano diverse patologie, conseguenze della scarsa igiene e delle condizioni precarie cui gli utilizzatori di sostanze sono spesso relegati.

Il problema risulta risalire ormai al secolo scorso, la prima legge di contrasto risale al 1929², ma non ancora risolto, essendosi succedute nel tempo varie linee politiche non sempre concordanti.

Queste linee non hanno però impedito l'evolversi del concetto di tutela del diritto salute anche con riferimento a questo aspetto: le norme sul diritto in parola, infatti, avendo un riferimento costituzionale fondamentale, si sono sviluppate di pari passo con i mutamenti della società (secondo il noto brocardo *ubi societas ibi ius*). In particolare, la Corte Costituzionale, pur nell'ambito dei vari limiti fissati dalle norme, ha fatto emergere forme di tutela sempre più efficaci e tali da spingere il legislatore a prevedere la regolazione generale di un Sistema Sanitario Nazionale che, nei suoi Livelli Essenziali di Assistenza, contempla servizi di aiuto al paziente affetto dalla patologia "tossicodipendenza".

¹ Si rimanda a riguardo a: <https://www.epid.ifc.cnr.it/project/ipsad/>

² Decreto Regio 25 aprile 1929

In queste pagine verranno anche illustrate le più recenti politiche di riduzione del danno da tossicodipendenza, diffuse in Europa ed in Italia; politiche che “in qualche modo” tutelano la salute del tossicodipendente all’interno del Sistema Sanitario, cercando di ridurre le conseguenze negative che l’utilizzo di sostanze comporta.

I CAPITOLO

Le politiche pubbliche di contrasto alle tossicodipendenze

Il capitolo introduttivo della tesi ha lo scopo di porre a conoscenza il lettore della problematica della tossicodipendenza in Italia. L'obiettivo che il capitolo si pone è quello di rilevare in maniera esaustiva la dimensione che il fenomeno tossicodipendenza assume nel territorio nazionale, i costi che essa provoca e i tentativi delle politiche statali a suo contrasto, e alcune possibili soluzioni relativamente innovative, soddisfacenti e meno dispendiose di tale fenomeno.

Verranno inoltre passate in rassegna le principali conseguenze che questo fenomeno generalmente provoca alla salute della popolazione, alla luce dei dati ufficiali ad oggi disponibili

Si indagheranno poi i costi monetari che lo Stato, attraverso il Sistema sanitario nazionale, sostiene al fine di limitare i danni provocati a livello di salute del tossicodipendente e della popolazione generale.

Il capitolo si conclude con una rassegna delle politiche che il legislatore, dal periodo antecedente l'istituzione della Repubblica fino ai giorni nostri, ha messo in campo per contrastare il suddetto problema.

I.1 Il problema della tossicodipendenza in Italia e le patologie infettive correlate

I.1.1 Il problema della tossicodipendenza in Italia

La tossicodipendenza è stata definita, dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) negli anni '50, come *“una condizione di intossicazione cronica o periodica*

dannosa all'individuo o alla società, prodotta dall'uso ripetuto di una sostanza naturale o di sintesi"³.

Questa definizione data dall'OMS si è successivamente evoluta e, ad oggi, si ha la consapevolezza che il consumo di sostanze stupefacenti è praticamente fuori da ogni controllo effettivo, che le conseguenze sanitarie sono una minaccia per la popolazione ed i sistemi criminali hanno progressivamente esteso il loro potere economico, di influenza politica e sociale proprio grazie a questo tipo di commercio.

A conferma di quanto scritto, si riporta la spesa stimata⁴ di sostanze stupefacenti sul territorio nazionale che ammonta a 14,4 miliardi di euro⁵, la quale rappresenta più del 75% del complesso della attività illegali stimate dalla contabilità nazionale e contribuisce a circa lo 0,9% del PIL (*Prodotto Interno Lordo*).

L'aggregato economico può far comprendere quanto il commercio di sostanze stupefacenti possa essere importante per un'economia sia essa criminale o lecita, ma solo in parte rende l'immagine di quanto il fenomeno sia diffuso nella popolazione, in questo caso italiana; a questo fine occorrerebbe conoscere quante siano le persone che, concretamente, hanno speso soldi per acquistare e fare uso di sostanze stupefacenti. Monitorare i consumi di sostanze psicoattive nella popolazione generale, quindi renderli visibili, è lo scopo dello studio IPSAD® (*Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs*)⁶ condotto dall'IFC CNR (*Istituto di Fisiologia Clinica - Consiglio Nazionale Ricerche*), i quali obiettivi sono riconosciuti nel coadiuvare l'individuazione di interventi adeguati, nella programmazione di politiche

³ Definizione presa come punto di riferimento da molti autori fra i quali: Carrieri et al. 1989; Glatt 1979; Mannaioni 1980; Lodi e Marozzi 1977; Arnao 1979, 1990; Caballero 1989; Di Gennaro 1982; Pepino 1991; Wells 1977; Cancrini et al. 1977.

⁴ Vd. Appendice 1 "Metodo di stima"

⁵ Fonte dei dati: Istat - anno 2015 (annualità più recente resa disponibile nel momento in cui si scrive).

⁶ Vd. Appendice 1 "Studio IPSAD®"

sociali e nella rilevazione degli effetti a breve termine delle campagne di prevenzione universale; di seguito si indicano alcuni risultati per evidenziare l'estensione del fenomeno.

I suddetti risultati ci informano sulla percentuale di popolazione che ha utilizzato sostanze psicotrope; questi si dividono in tre indicatori, due dei quali segnalano l'uso corrente e sono, rispettivamente, l'utilizzo negli ultimi dodici mesi e l'assunzione nel mese della rilevazione, un ultimo indicatore indica l'utilizzo *una tantum* (almeno una volta nella vita), quest'ultimo è probabilmente il meno indicato a descrivere la diffusione della tossicodipendenza⁷ ma è comunque utile per comprendere come l'uso di queste sostanze, anche se non reiterato, sta divenendo un comportamento sociale sempre più diffuso.

Il consumo di sostanze stupefacenti nel mese della rilevazione è stato riscontrato in media nel 5,6% della popolazione, con percentuali nettamente maggiori nella fascia di età che va dai 15 ai 24 anni, dove, il risultato si attesta al 12,4% e nella decade successiva, quella che racchiude i residenti dai 25 ai 34 anni, con una percentuale pari all'11%; più elevate sono le percentuali che mostrano il consumo di sostanze stupefacenti nel corso dell'anno. Queste infatti si attestano su una media del 10,6%, raddoppiando (23,7%) nei giovani-adulti (età compresa fra i 15 ed i 24 anni) e aumentando sensibilmente (19,1%) nella fascia d'età fra i 25 ed i 34 anni. Infine si fa notare come ormai sia endemico l'utilizzo *una tantum* raggiungendo esso un terzo della popolazione italiana residente.

Ulteriore indicatore per comprendere l'estensione del problema è la stima di consumatori HRDU⁸ (*High Risk Drug Use*) dove HRDU è definito dall'EMCDDA

⁷ Dato che l'utilizzo *una tantum* non può essere cancellato, è un indicatore che tenderà molto facilmente ad aumentare di anno in anno, un rapido calo può essere dato solamente dal cambio di fattori metodologici (cambiamenti nei comportamenti sociali o domande diverse inserite nell'indagine).

⁸ Per maggiori informazioni vd. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65519EN.html>; <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index58064EN.html> e <http://www.politicheantidroga.gov.it/media/1730/parte-ii.pdf>

(*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*) come l'uso intenso di sostanze psicoattive che causa danni alla persona stessa ed agli altri, inclusa la dipendenza, problemi penali, psicologici e/o sociali; con questo termine si intende infatti il gruppo di soggetti consumatori gravi per rischio di problemi di salute o per comportamento a rischio sia di tipo sociale che criminale.

Il numero di HRDU è stato calcolato solamente per tre tipologie di sostanze, la cannabis, gli oppiacei e la cocaina. Ciò è giustificato dal fatto che la prima è la sostanza stupefacente più diffusa ed utilizzata nel nostro territorio⁹, mentre le altre due sono riconosciute come le sostanze più pericolose¹⁰ per danno fisico, dipendenza e danno sociale; le stime per l'anno 2017¹¹ indicano 1.395.195 utilizzatori a rischio, tra i 15 ed i 65 anni, per l'uso di cannabis, in notevole crescita (74%) rispetto all'anno 2014; nella stessa fascia di età il numero di consumatori a rischio per uso di oppiacei è di 214.042, sempre in crescita rispetto ai dati dell'anno 2014 ma stavolta del 4,45%; si hanno infine 98.500 consumatori a rischio per assunzione di cocaina, sempre in crescita dall'anno dell'ultima rilevazione (2014) del 9,44%.

⁹ Fonte dei dati: IFC - CNR; l'uso di cannabis durante l'anno è riferito dal 10,2% della popolazione residente fra i 15 ed i 65 anni di età, contro l'1,2% della medesima popolazione che riferisce uso di cocaina ed infine lo 0,6% che riferisce l'uso di oppiacei.

¹⁰ Prof. David J Nutt, Leslie A King, Lawrence D Phillips; su behalf of the Independent Scientific Committee on Drugs; [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61462-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61462-6/fulltext)

¹¹ Annualità più recente al momento resa disponibile; fonte dei dati: Responsabile dell'indicatore HRDU.

1.1.2 Patologie infettive correlate alla tossicodipendenza

La tossicodipendenza si associa ad alta morbilità e mortalità, per azione diretta della sostanza stessa (overdose) e per i comportamenti legati alla modalità di assunzione¹² (uso di aghi non sterili, condivisione di *paraphernalia*), come dimostrano, a partire dagli anni '70, molti studi in letteratura¹³.

Molte sono le patologie associate all'uso di droghe, favorite inoltre dallo stato di iper-suscettibilità alle infezioni presente nel tossicodipendente attivo¹⁴; prima fra tutte una serie di patologie l'infezione da HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), che, se non trattata, provoca AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*), la cui epidemia, in Italia, è stata sostenuta dai tossicodipendenti, fino agli anni '90, essendo l'anello di passaggio alla popolazione generale attraverso la trasmissione sessuale.

I dati che vengono riportati di seguito si riferiscono agli utenti tossicodipendenti trattati durante l'anno 2018 (annualità più recente a disposizione nel momento in cui si scrive) dai Ser.D (*Servizi Territoriali per le Dipendenze*).

Nel 2017 gli assistiti testati per HIV sono stati 37.194¹⁵ (29,5% del totale)¹⁶ dei quali sono risultati positivi 1583 soggetti (4,3% dei testati); entrando più nello specifico, in Italia, nell'anno 2017, sono state notificate 94 nuove diagnosi da HIV tra

¹² Si veda Appendice 2 "La pratica del *needle-sharing* come principale via di trasmissione di agenti patogeni fra i tossicodipendenti"

¹³ Su tutti Louria, D. B., T. Hensle, and J. Rose. The major medical complications of heroin addiction.

e Hussey, H. H., and S. Katz. Infections resulting from narcotic addiction.

¹⁴ Reynolds, L., Cantab B.C. The influence of narcotics on phagocytosis. *Lancet* 1910. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14888967> e Kraft, A., and N. M. Leitch. The action of drugs in infection, the influence of morphine in experimental septicemia. *J. Pharmacol. Exp* 1921.

¹⁵ Fonte dei dati: Ministero della Salute (livello nazionale), Regioni e Province Autonome (livello locale), attraverso il SIND (*Sistema Informativo Nazionale Dipendenze*).

¹⁶ Emerge qui, come si riscontrerà anche in seguito, il problema del "No-Testing" il quale verrà brevemente trattato in Appendice 3.

gli I.D.U. (*Injection Drug Users*)¹⁷, corrispondenti al 2,7% di tutte le nuove diagnosi (3.443) pervenute al COA (*Centro operativo AIDS*) nell'anno in questione, a prova che questa sotto-popolazione continua ancora ad alimentare, anche se in misura ridotta rispetto al passato, l'epidemia di questa grave infezione; negli anni passati, come si potrà leggere più avanti, infatti il numero di nuovi infetti risultava più elevato, a dimostrazione di ciò si riporta (in Tabella n.1) il numero di nuove diagnosi riscontrate dagli anni 2010 fino al 2016.

Tabella n.1: Nuove diagnosi di HIV fra i consumatori di sostanze psicotrope per via iniettiva.

2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
103	116	143	179	214	186	267

Fonte: nostre rielaborazioni da ISS (*Istituto Superiore di Sanità*) e COA (*Centro Operativo AIDS*).

Successivamente all'infezione da HIV si ha lo stadio di AIDS conclamato, malattia che limita lo stato d'efficacia del sistema immunitario; in questo caso i soggetti consumatori per via iniettiva contribuiscono in percentuale maggiore alle nuove diagnosi e, a conferma di quanto appena scritto, si riportano 78 nuovi casi nel 2017, numero che rappresenta una percentuale pari al 11,3% del totale (690 diagnosi). Anche in questo caso il numero di neo-infetti è minore rispetto agli anni precedenti (si veda Tabella 2), ma risulta ben lontano ad azzerarsi.

Tabella n.2: Nuove diagnosi di AIDS fra i consumatori di sostanze psicotrope per via iniettiva.

2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
83	95	112	178	180	194	228

Fonte: nostre rielaborazioni da ISS (*Istituto Superiore di Sanità*).

¹⁷ Fonte dei dati: ISS (*Istituto Superiore di Sanità*) e COA (*Centro Operativo AIDS*).

È da notare, in questo caso, come per il 30% dei nuovi casi di AIDS in I.D.U. la diagnosi è avvenuta a sei mesi o meno dal primo test HIV, il che vuol dire che un'elevata percentuale di questo gruppo di persone arriva allo stadio di AIDS conclamato non essendo a conoscenza della propria sieropositività, esponendo perciò ad un alto rischio d'infezione il resto della popolazione generale; è bene rimarcare in ultima istanza come, al contrario delle precedenti, questa quota sia in aumento rispetto agli anni passati, essendo partita dal 15% del 2005 fino al 30% del 2016¹⁸. L'epatite C, infezione virale del fegato causata dall'HCV (*Hepatitis C Virus*) è la malattia infettiva più diffusa fra i tossicodipendenti, nonché causa più frequente di cirrosi epatica ed epatocarcinoma¹⁹. Il virus risulta facilmente trasmissibile per via iniettiva, tanto che si stima che dopo un anno, due terzi degli I.D.U. potrebbero risultare positivi²⁰; le sue caratteristiche principali che, oltre a quanto scritto, la rendono ancor più una seria minaccia anche per la popolazione generale dato che contribuiscono a creare un serbatoio di soggetti potenzialmente contagiosi ed inconsapevoli di esserlo, vengono riconosciute nella bassa probabilità di un'insorgenza acuta evidente, un'alta tendenza alla cronicizzazione (80%) ed un andamento prevalentemente asintomatico.

Anche per questa patologia i dati²¹ che vengono riportati nelle righe successive si riferiscono agli utenti tossicodipendenti trattati durante l'anno 2018 (annualità più recente a disposizione nel momento in cui si scrive) dai Ser.D (*Servizi Territoriali per le Dipendenze*).

¹⁸ Fonte dei dati: ISS (*Istituto Superiore della Sanità*)

¹⁹ Global Burden of Hepatitis C Working Group. Global burden of disease (GBD) for hepatitis C. *J Clin Pharmacol* 2004 e Perz JF, Armstrong GL, Farrington LA, Hutin YJ, Bell BP. The contributions of hepatitis B virus and hepatitis C virus infections to cirrhosis and primary liver cancer worldwide. *J Hepatol* 2006

²⁰ Garfein RS, Vlahov D, Galai N, Doherty MC, Nelson KE. Viral infections in short-term injection drug users: the prevalence of the hepatitis C, hepatitis B, human immunodeficiency, and human T-lymphotropic viruses. *Am J Public Health* 1996

²¹ Vd. Nota 13

Nell'anno 2018 gli assistiti testati per la positività all'HCV sono stati 25.275 (20,1% del totale)²², di questi 10.692 (42,3% dei testati) sono stati riscontrati positivi al virus. Le nuove diagnosi segnalate di epatite C, fra gli I.D.U. nello stesso anno, sono risultate per un numero di casi pari a 12²³, a conferma che questa sottopopolazione continua incessantemente ad incrementare (come si può notare nella Tabella n.3) il numero di persone infette da questa grave patologia.

Tabella n.3: Nuovi casi di epatite C fra i consumatori di sostanze psicotrope per via iniettiva

2018	2017	2016	2015	2014
12	16	20	10	23

Fonte: nostre rielaborazioni da SEIEVA 2013-2017.

Altra importante e pericolosa patologia che si riscontra tra chi fa uso di droghe è l'epatite B, causata dal virus HBV (*Hepatitis B Virus*), considerata dall'OMS come il più importante agente carcinogenetico noto dopo il fumo di tabacco; esso è responsabile inoltre di un ampio spettro di forme cliniche quali, oltre la già citata epatite (che può essere acuta, fulminante o benigna), la cirrosi e l'epatocarcinoma. In Italia, l'incidenza di epatite B, ha evidenziato un progressivo calo nel tempo grazie alle efficaci politiche di prevenzione adottate dallo Stato, ma nonostante quanto appena scritto e la maggiore consapevolezza sulla sua trasmissione, rimane tutt'ora un'importante causa di epatopatia.

Anche per questa patologia i dati²⁴ che verranno riportati si riferiscono agli utenti tossicodipendenti trattati durante l'anno 2018 (annualità più recente a disposizione nel momento in cui si scrive) dai Ser.D (*Servizi Territoriali per le Dipendenze*).

²² Vd. nota 14 "Problema del no-testing".

²³ Fonte dei dati: SEIEVA (*Sistema epidemiologico integrato dell'epatite virale acuta*) 2018.

²⁴ Vd. Nota 13.

Nell'anno 2018 gli assistiti testati per la positività all'HBV sono stati 26.786 (21,3% del totale)²⁵, di questi 513 sono risultati positivi al virus (1,9% sul totale dei testati); le nuove diagnosi segnalate sono state 10 ma di queste solamente 5 sono attribuibili a soggetti I.D.U.

I.2 Le politiche di contrasto alla tossicodipendenza

I.2.1 I primi tentativi di contrasto alla tossicodipendenza

Il contrasto alla tossicodipendenza è un problema con il quale il legislatore italiano ha iniziato a confrontarsi già nel secolo scorso. Risale infatti al 1929²⁶ il primo divieto e riguardava il commercio di sostanze velenose aventi azione stupefacente; questa politica, incompleta e primitiva, che considera solamente determinate fasi del ciclo di produzione-commercio-uso delle sostanze stupefacenti, procede in questa direzione anche negli anni a seguire con il c.d. “Codice Rocco”, regio decreto n.1398, il quale punisce penalmente il traffico e l'agevolazione dolosa all'uso di droghe²⁷.

Piccoli passi in avanti, verso una legislazione più completa nel nostro Paese, si avranno grazie alla ratifica²⁸ della Convenzione Internazionale di Ginevra del 13 luglio 1931, con la quale non solo veniva regolamentata la distribuzione delle sostanze stupefacenti ma atto più importante, ne veniva limitata la produzione, arrivando così a legiferare anche sulla fase più a monte del ciclo sopra-citato. Su questo filone si impostava anche la legge sanitaria del 1934²⁹ che regolamentava le sostanze sotto l'aspetto amministrativo, cercando di reprimerne gli abusi, oltre che penale (come il precedente “Codice Rocco”).

²⁵ Vd. nota 14 “Problema del no-testing”.

²⁶ Regolamento 11 Aprile 1929.

²⁷ Artt. 446, 447 e 729 del regio decreto 13 ottobre 1930, n.1398.

²⁸ Legge 6 gennaio 1933, n.130.

²⁹ Legge 27 luglio 1934, n.1265, artt. 148-160; abrogati dalla Legge 22 ottobre 1954 n.1041.

Cambiamento di rotta netto e repressivo si avrà all'incirca 20 anni dopo, quando con una legge a tutela della società venivano disciplinate produzione, commercio ed impiego delle sostanze stupefacenti ed erano inoltre previste pene che andavano a colpire sia gli spacciatori di suddette sostanze, sia i consumatori c.d. "tossicomaniani"³⁰ per i quali fu reso obbligatorio il mandato di cattura; non veniva fatto accenno alcuno riguardo la loro condizione di salute. Il tossicodipendente era considerato come scrive Beniamino Fagnoli nel suo *Droga e Tossicodipendenza "un delinquente da punire"* e non come una persona bisognosa di cure.

Quanto appena detto poteva essere giustificabile in quanto la tossicodipendenza non aveva ancora ricevuto il riconoscimento di patologia, riconoscimento che avverrà solamente più tardi, quando, il Decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1961, riconosce "*le tossicosi da sostanze stupefacenti e da sostanze psico-attive*" come malattie sociali. Si capisce da queste poche righe il cambiamento che subì lo status, nei confronti dello Stato, di questo sottogruppo della popolazione, condizione che continuò a migliorare successivamente al 5 giugno del 1974³¹, quando venne ratificato per l'Italia il protocollo di Vienna nel quale, in contrasto con la normativa vigente, si suggeriva di non punire la detenzione personale di sostanze stupefacenti.

Considerando quanto appena scritto³², i tempi erano ormai maturi per una legge che tutelasse il tossicodipendente e lo considerasse come un malato da guarire, riabilitare e reintrodurre nella società³³. Ciò accade poco più tardi, con la legge 22 dicembre 1975, n. 685, 108 articoli suddivisi in cinque parti; i primi settanta legiferavano sul controllo amministrativo delle sostanze, i successivi dieci su repressione e modifica quantità, gli articoli dal numero 85 al numero 89 riguardavano la prevenzione,

³⁰ Legge 22 ottobre 1954, n.1041.

³¹ Grazie alla legge 5 giugno 1974, n.412.

³² Si veda inoltre Convenzione Unica sulle sostanze stupefacenti, New York, 1961; http://www.politicheantidroga.gov.it/media/1226/048-l-5_06_1974-n-412.pdf

³³ Artt. 1-ter, 90, legge 22 dicembre 1975, n.685.

trattavano l'argomento cura invece i dodici articoli successivi e si decideva invece sul finanziamento nei rimanenti. La presente legge oltre a quanto scritto racchiudeva concetti di fondo quali: una stretta sorveglianza verso chiunque maneggiasse stupefacenti ed una conoscenza totale da parte delle autorità della droga che circolava nel Paese³⁴, questo veniva attuato attraverso la previsione di enti ed organismi *ad hoc*³⁵, sia a livello locale che nazionale, un maggiore tecnicismo³⁶, vincoli, controlli e pene più severe per gli spacciatori.

Segue poi, un periodo maggiormente operativo, nel quale è evidente (visti i numerosi decreti emanati, anche a breve distanza temporale) l'incertezza in cui si trova il legislatore; l'anno successivo, in materia di riforme, fu infatti il 1978; grazie ai due "Decreti Anselmi"³⁷ ed alla riforma sanitaria³⁸ ad opera dello stesso Ministro, ci si propose di ovviare ad alcuni problemi intrinseci alla precedente legge (22 dicembre 1978, n.685), quali: la non operatività degli CMAS (*Centri Medici e di Assistenza Sociali*, previsti dall'art. 90) ed il metodo di cura. La soluzione venne trovata legalizzando la terapia metadonica ed autorizzandone la somministrazione per via orale, sia in ospedale, che nei centri medici. Inoltre la suddetta riforma sanitaria fece scomparire definitivamente gli CMAS che vennero assorbiti dai presidi delle USL (*Unità Sanitarie Locali*), in cui si organizzarono Centri di somministrazione di metadone.

In seguito al cambiamento del ministro della Sanità (da Anselmi ad Aniasi) si ebbero altri due decreti ad opera dello stesso, denominati Decreto "Aniasi 1 e 2"³⁹,

³⁴ Artt. 26-68, legge 22 dicembre 1975, n.685.

³⁵ Artt. 1, 7, 8, legge 22 dicembre 1975, n.685.

³⁶ Vengono presi medici, assistenti sociali, psicologi e farmacologi come punti di riferimento in determinate situazioni.

³⁷ Decreti ministeriali 6 giugno 1978 e 4 ottobre 1978.

³⁸ Legge 29 dicembre 1978.

³⁹ Rispettivamente D.M. 13 agosto 1980 e D.M. 10 ottobre 1980.

nei quali rispettivamente veniva stabilita la competenza territoriale dei presidi, venivano autorizzati medici e farmacisti a somministrare dosi singole di cura metadonica e veniva inoltre legalizzata la morfina-terapia ed autorizzata la possibilità di distribuzione di dosi multiple di terapia solo in casi di accertata necessità.

Problema successivo da risolvere fu quello dei finanziamenti alle comunità terapeutiche per il recupero ed il reinserimento sociale del tossicodipendente sorte, spontaneamente e grazie al volontariato, all'inizio degli anni '80; la questione fu affrontata con un decreto⁴⁰ poi convertito nella legge 21 giugno 1985, n. 297, nella quale fu stabilita un'erogazione di contributi, tramite le Regioni, a queste associazioni; i contributi furono distribuiti dal Ministero degli Interni previa valutazione dell'opera da parte di un organo creato *ad hoc* presso di esso, l'Osservatorio permanente; la stessa legge inoltre obbligava le suddette associazioni a trasmettere, per il controllo, i propri bilanci all'ente erogatore. Ulteriori precisazioni in merito si hanno con la legge 1 giugno 1988, n. 176, con la quale si chiariva che le domande (di contributi) dovevano essere inoltrate per il tramite del Comune territorialmente competente.

Si arriva, dopo un lungo e travagliato iter parlamentare durato più di un anno, alla legge 26 giugno 1990, n. 162 che si propose di modificare alcune parti e sostituirlle completamente altre della legge 685/1975; gli articoli riguardanti il controllo amministrativo delle sostanze rimangono pressoché inalterati mentre i primi grandi cambiamenti *de iure condendo* si hanno nella parte successiva (artt. 70-80), veniva infatti eliminato l'istituto della "modica quantità" ed introdotta la punibilità del tos-

⁴⁰ D.l. 22 aprile 1985, n.144.

sicomane in caso di un suo rifiuto alla cura; venivano infine completamente sostituiti gli articoli successivi⁴¹. Obiettivi di questo disegno di legge erano un rafforzamento delle attività di prevenzione, nuovi istituti per la lotta al narcotraffico e più articolati strumenti per il recupero ed il reinserimento sociale del malato.

1.2.2 Il Testo Unico 309/1990 e le successive modificazioni

Nonostante gli sforzi del legislatore il panorama normativo era ancora poco chiaro e per certi versi lacunoso. Nel Novanta il legislatore raccolse e rielaborò nel T.U. 309/1990⁴² le precedenti norme⁴³ e decreti attuativi del Ministero della Sanità al fine di creare una disciplina chiara in materia di sostanze stupefacenti.

Nel T.U. 309/1990 viene generalmente sottolineata la mancanza di una definizione onnicomprensiva di *sostanza stupefacente, droga, sostanza psichedelica, etc.*⁴⁴. Questa lacuna normativa è però colmata dalle tabelle ad esso annesse, come anche ribadito più volte dalla Cassazione Penale⁴⁵. Sono infatti da considerarsi sostanze stupefacenti solamente quelle espressamente inserite nelle suddette tabelle; queste, successivamente al D.L. 20 Marzo 2014, n.136 sono state così suddivise: Tabella I per le c.d. *droghe pesanti*, Tabella II per le c.d. *droghe leggere*, Tabella III e IV per le c.d. *sostanze medicinali* ed infine una Tabella V per i c.d. *medicinali*.

⁴¹ Artt. 90-102, quindi le parti 3, 4 e 5, rispettivamente riguardanti: prevenzione, cura e finanziamento.

⁴² Testo Unico in materia di disciplina degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza approvato con D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309. Sull'argomento, fra i tanti, Citraro Valeria: "*La legislazione penale in materia di stupefacenti*", Baiguera Altieri Andrea: "*Pregi, difetti ed imperfezioni del T.U. 309/1990*"

⁴³ Legge 685/1975 e legge 162/1990.

⁴⁴ Critica avanzata anche da Palazzo in "*Consumo e traffico degli stupefacenti*", CEDAM, Padova, 1994.

⁴⁵ Si vedano in merito Cass. Pen., S.U., 24 giugno 1998, n. 9973 e Cass. Pen., Sez. IV, 13 giugno 2001, n. 33576

La prima modifica al T.U. 309/1990 arriva successivamente al referendum del 1993. Con il D.P.R. 171/1993 venivano infatti abrogate le sanzioni penali, contenute nel *comma 1* art. 72, a carico dei consumatori di stupefacenti. Lo stesso decreto sopprime inoltre il concetto di *dose media giornaliera* contenuto nel *comma 1* dell'art.75 e nel *comma 1 lett. b), c)* dell'art.78.

Successive modifiche si sono verificate negli anni a seguire, prima fra tutte la Legge 18 febbraio 1999, n. 45, con la quale si decentrano alle Regioni gran parte delle risorse finanziarie del Fondo Nazionale di Interventi per la Lotta alla Droga⁴⁶ (modificando così l'articolo 127 del T.U. 309/1990), si istituisce⁴⁷ (sostituendo così l'art.7) un Osservatorio permanente sull'andamento del fenomeno della tossicodipendenza presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri ed infine con l'articolo 2 si riqualificavano i servizi pubblici (Ser.t), del privato sociale ed il relativo personale.

Altri interventi giuridici nel settore si hanno negli anni Duemila: il primo con la L. 49/2006 che legalizzava soltanto sostanze stupefacenti munite di un possibile e serio impiego terapeutico ed eliminava la distinzione tabellare fra “*droghe leggere*” e “*droghe pesanti*” ed introduceva la pena, in sostituzione di quelle detentive e pecuniarie per i delitti di cui all'art. 73, comma 5, del lavoro di pubblica utilità, legge di cui è stata poi dichiarata l'illegittimità costituzionale⁴⁸, causa difetto di omogeneità, apportando benefici nel sistema carcerario in quanto la decisione aveva effetto secondo Stefano Anastasia, in un'intervista rilasciata al Corriere della Sera, su

⁴⁶ si specifica nel *comma 2*, art. 1 della legge 18 febbraio 1999, n.45 che la percentuale di risorse destinata alle Regioni è pari al 75%.

⁴⁷ *comma 1 b)*, art. 1 della legge 18 febbraio 1999, n. 45.

⁴⁸ Sentenza della Corte Costituzionale n. 32 del 12 febbraio 2014, si controllino anche: https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?param_ecli=ECLI:IT:COST:2014:32, https://www.studiocataldi.it/news_giuridiche.asp/news_giuridica_15640.asp, <https://www.penalecontemporaneo.it/d/2931-droga-il-governo-corre-ai-ripari-con-un-dl-sulle-tabelle-ma-la-frittata-e-fatta-e-nuovi-guai-si-pro> ed L.Romano, Novità giurisprudenziali in materia di stupefacenti, “Il libro dell'anno del diritto”, Roma, 2014.

circa diecimila detenuti tra quelli condannati in via definitiva e quelli in attesa di giudizio⁴⁹; il secondo intervento corrisponde ad una riforma della disciplina degli stupefacenti. Con la L. 79/2014⁵⁰ si ha il ripristino dell'appena citata sostituzione di pena e della “*finalità per uso personale*” come presupposto per l'applicazione delle sole sanzioni amministrative, si ritorna infine a distinguere le c.d. “*droghe pesanti*” da quelle c.d. “*leggere*” tornando così al vecchio sistema tabellare citato ad inizio paragrafo .

⁴⁹ https://www.corriere.it/politica/14_febbraio_12/consulta-boccia-legge-fini-giovanardi-199b9784-93e3-11e3-ab25-cf30a50da2ae.shtml?refresh_ce-cp

⁵⁰ Ulteriori approfondimenti in <https://www.altalex.com/documents/news/2014/05/22/stupefacenti-un-primo-commento-alle-nuove-disposizioni-della-l-n-79-14>

II CAPITOLO

Il Servizio Sanitario Nazionale e la tutela del tossicodipendente

L'obiettivo principale del presente capitolo è quello di mettere in evidenza il sistema di tutele del diritto alla salute all'interno della legge fondamentale che regola la nostra Repubblica ed il percorso compiuto per giungere all'attuale interpretazione di tutela; si passerà, poi, a descrivere il ruolo che la Corte Costituzionale svolge nell'effettiva applicazione di questo diritto ed i limiti a cui essa deve far fronte.

Il capitolo si concluderà descrivendo le più evidenti applicazioni del diritto alla salute messe in campo dallo Stato e quali servizi esso offra alla comunità, con particolare attenzione al sottogruppo dei tossicodipendenti.

II.1 Costituzione e la tutela della salute. La particolare tutela della fragilità

La Costituzione della Repubblica Italiana è la legge fondamentale dello stato italiano, principale fonte del diritto. I diritti in essa contenuti rappresentano le precondizioni della democrazia pluralista, i caratteri dello stato sociale. In questo paragrafo si focalizzerà l'attenzione sul diritto alla salute, nella sua più recente interpretazione.

II.1.1 Il diritto alla salute

Il diritto alla salute, viene inquadrato nella categoria dei diritti sociali ed è definito come *“diritto primario ed assoluto, pienamente operante anche neri rapporti tra privati. [...] da ricomprendere tra le posizioni oggettive direttamente tutelate dalla*

*Costituzione*⁵¹. A tale definizione si è giunti solamente ancorandone il fondamento nel principio personalista, con il quale si è ritenuto possibile immaginare forme di diretta applicazione della disciplina costituzionale nella parte in cui essa afferma che la salute è “*fondamentale diritto dell’individuo*”⁵². Questa ricostruzione, al contrario di chi veicolava la costruzione del diritto in questione solamente al principio di uguaglianza sostanziale⁵³, quindi alla realizzazione dell’uguaglianza, pone come obiettivo dei diritti sociali la “*libertà eguale*”⁵⁴ una sintesi cioè fra libertà ed uguaglianza.

In questa prospettiva, si parte da una comune derivazione dei diritti sociali e di libertà, legata questa all’esigenza di definire i valori della persona, che permette ad entrambe le tipologie di diritti di ricevere così copertura dall’art. 2 della Costituzione⁵⁵, eleggendo l’inviolabilità a qualità giuridica che incide sul rapporto fra legalità costituzionale e legalità legale.

Quest’analisi del diritto costituzionale alla salute porta a riconoscerne i caratteri peculiari in quelli di due tipologie di diritti: i diritti di libertà, una libertà negativa, di non interferenza nelle scelte in merito al godimento di un bene naturale⁵⁶, ed i diritti condizionati, a prestazione, il cui godimento è subordinato alla presenza di strutture che possano soddisfarlo⁵⁷. D’obbligo qui esplicitare che le caratteristiche

⁵¹ Corte Costituzionale, sentenza n. 88 del 1979. B. Pezzini, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, Diritti sociali, 1983.

⁵² Comma I, articolo 32, Costituzione italiana.

⁵³ Vedi: G. Corso, *I diritti sociali nella Costituzione Italiana*, Rivista trimestrale di diritto pubblico, 1981; M. Mazziotti, *Diritti sociali*, Enciclopedia del diritto, XII, Roma, 1964; M. Luciani, *Sui diritti sociali*, Torino, 1994; B. Pezzini, *La decisione sui diritti sociali*, Milano, 2001.

⁵⁴ A. Baldassarre, *Diritti sociali*, Enciclopedia giuridica, XI, Roma, 1989.

⁵⁵ A. Baldassarre, *Diritti inviolabili*, Enciclopedia giuridica, XI, Roma, 1989.

⁵⁶ Si ritiene doveroso specificare che questa autodeterminazione è però subordinata all’interesse collettivo di tutela della salute, fonte del dovere di solidarietà sociale e base costituzionale dell’obbligatorietà di trattamenti ed accertamenti sanitari (art. 32, c. II, Cost.).

⁵⁷ F. Merusi, *I servizi pubblici negli anni ’80*, Quaderni regionali, 1985; si confrontino anche C. Pinelli, *Diritti costituzionali condizionati*, argomento delle risorse disponibili, principio di equilibrio

del diritto alla salute come diritto condizionato⁵⁸ si collocano sulla scia del principio di gradualità nell'attuazione della Costituzione e riflettono le modalità con le quali deve essere compiuto il bilanciamento⁵⁹ fra diritti costituzionali⁶⁰.

II.1.2 Il diritto alla salute, il ruolo della Corte Costituzionale

La Costituzione ha la capacità di dare risposte normative ai mutamenti sociali, che necessitano di essere interpretate considerando due indici: la realtà dei rapporti sociali e gli interventi legislativi volti a disciplinare tali rapporti in mutamento⁶¹. Ciò permette di coprire con garanzie costituzionali il bene salute, definito come “*complessiva situazione di equilibrio psico-fisico*” e del quale la Corte ha una concezione “*forte*” dato che è inteso come meritevole del massimo della tutela e delle garanzie⁶².

Gli interventi normativi sono quindi operati dal legislatore, ma è la Corte Costituzionale che è chiamata a valutare la legittimità costituzionale di queste scelte, delineando così un profilo ben preciso del diritto alla salute. Le valutazioni della Corte riguardano due aspetti delle sopra citate scelte: l'articolazione delle competenze e la struttura del diritto.

È bene ricordare che riguardo le analisi della struttura del diritto è ricorrente la costruzione di un parametro di costituzionalità basato sugli articoli 2, 3 e 32 (Costituzione) e la Corte afferma che il diritto costituzionale alla salute è composto da un

finanziario, Torino, 1994. È inoltre importante porre in evidenza che questa teoria supera la prospettiva secondo cui “*il profilo relativo alle situazioni soggettive [...] appare storicamente subordinato al momento organizzativo*” pronunciata da G. Corso, I diritti sociali nella Costituzione italiana, 1981.

⁵⁸ Per un discorso più approfondito si rimanda il gentile lettore al paragrafo II.1.3 *Il diritto alla salute, limiti esterni*.

⁵⁹ Esplicativo riguardo il bilanciamento il saggio di G. Pino, *Conflitto e bilanciamento fra diritti fondamentali*, Palermo, 2006.

⁶⁰ E. Cavasino, *La flessibilità del diritto alla salute*, Napoli, 2012.

⁶¹ M. Luciani, *Il diritto costituzionale alla salute*, 1980; B. Pezzini, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, 1983.

⁶² Sentenze Corte Costituzionale: n. 188 del 1992; n. 301 del 1996 e n. 337 del 2000.

fascio di situazioni giuridiche collettive e che esso costituisca un diritto fondamentale condizionato da tre ordini di limiti⁶³. Questi caratteri del diritto alla salute emergono con nettezza dalla cruciale sentenza della Corte n. 455 del 1990, la quale inoltre riconduce il rapporto fra singolo e servizio sanitario nel quadro della logica della programmazione delle prestazioni erogabili e della spesa sanitaria; viene altresì ascritto il diritto ad ottenere trattamenti sanitari nella categoria delle norme costituzionali programmatiche⁶⁴.

Nella stessa sentenza emerge inoltre la differenza fra difesa dell'integrità psico-fisica e trattamento a diritti sanitari. Mentre il primo è considerato un diritto soggettivo pieno, fondato sull'art. 32 Costituzione, nel senso che ha piena ed esaustiva tutela, il secondo al contrario, viene inquadrato come un diritto a prestazioni positive che si fonda su norme costituzionali meramente programmatiche. Questa situazione giuridica soggettiva viene definita come "*diritto costituzionalmente condizionato dall'attuazione che il legislatore ordinario ne dà*" ed inoltre suscettibile a "*bilanciamento*" con "*altri interessi costituzionalmente protetti*"⁶⁵. Si aggiunge inoltre, nella sentenza n. 416 del 1995, che questo va perseguito in bilanciamento con il valore dell'equilibrio finanziario. Quest'ultimo rappresenta un presupposto della continuità dell'intervento pubblico nel settore.

La natura di diritto costituzionale condizionato implica poi la gradualità della tutela, che resta costituzionalmente obbligatoria, ma soggetta alla possibilità reale ed obiettiva di disporre delle risorse necessarie della medesima attuazione, restando

⁶³ Si rimanda al paragrafo successivo per una disamina più approfondita riguardo l'argomento.

⁶⁴ Sentenza Corte Costituzionale n. 455 del 1990: "*al pari di ogni diritto a prestazioni positive, il diritto a ottenere trattamenti sanitari, essendo basato su norme costituzionali di carattere programmatico impositive di un determinato fine da raggiungere, è garantito ad ogni persona come un diritto costituzionale condizionato dall'attuazione che il legislatore ordinario ne dà attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti*"

⁶⁵ Sentenza Corte Costituzionale n. 455 del 1990. Vengono richiamate le precedenti sentenze della stessa Corte n. 175 del 1982; n. 212 del 1983 e n. 1011 del 1988.

naturalmente salvo, in ogni caso, quel nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana⁶⁶.

Sempre nella sentenza n. 455 del 1990 emerge infine chiaramente come il giudice costituzionale inizi a costruire il giudizio di ragionevolezza come strumento di controllo della razionalità del legislatore, mentre il principio di gradualità ne riduceva i margini d'intervento, dato che era lo strumento tramite il quale tollerare un'opera parziale della Costituzione.

II.1.3 Il diritto alla salute: limiti esterni

Costruita la categoria del diritto fondamentale condizionato da limiti esterni, raffigurati come variabili che compongono le scelte discrezionali del legislatore⁶⁷, la giurisprudenza costituzionale ha definito il diverso statuto dei tre ordini di limiti: tecnico-scientifico, organizzativo ed economico finanziario.

Il limite tecnico-scientifico, come gli altri due, è un limite al sindacato di costituzionalità, assunto dalla giurisprudenza costituzionale come dato, essendo un limite non giuridico. Il giudice delle leggi ha perciò ritenuto che è nell'ambito della dialettica fra legislatore ed organi tecnico-scientifici che debbano essere determinate le decisioni in materia di trattamenti sanitari erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale o di trattamenti sanitari ammessi o vietati in nome della tutela dell'integrità fisica della persona⁶⁸. La ratio sottesa alla costruzione di questo limite è costituita dall'idea che il mantenimento o il miglioramento dello stato di salute dipendono da strumenti e tecniche elaborati secondo l'arte e la scienza medica, che sfuggono dall'essere definiti e conformati dal legislatore a meno di non ledere l'autonomia e la libertà della scienza e della ricerca (artt. 9 e 33 Costituzione).

⁶⁶ Sentenze Corte Costituzionale: n. 309 del 1999, n. 267 del 1998 e n. 247 del 1992.

⁶⁷ E. Cavasino, *La flessibilità del diritto alla salute*, Napoli, 2012.

⁶⁸ Sentenze Corte Costituzionale: n. 282 del 2002 e n. 338 del 2003.

Il limite organizzativo è costruito poiché la giurisprudenza costituzionale ha abbracciato la tesi del diritto alla salute come diritto fondamentalmente condizionato. Tale approccio rende indifferente la posizione giuridica del singolo rispetto ad un dato tipo di organizzazione del servizio sanitario recata dal legislatore. Inoltre implica l'attribuzione di un ruolo centrale a quest'ultimo nella definizione delle situazioni giuridiche soggettive ad esso legate e, poiché il legislatore ha svolto la disciplina costituzionale immaginando la costruzione di un apparato pubblico che programmi le prestazioni sanitarie e la loro erogazione, la posizione giuridica del singolo non può assumere i caratteri del diritto soggettivo pieno. Diventa preminente la dimensione della tutela della salute come interesse della collettività, curato dai pubblici poteri nell'ambito della discrezionalità politica in materia di organizzazione ed individuazione delle risorse destinate allo svolgimento delle linee di politica sanitaria. Orientamento costante della giurisprudenza costituzionale è temperare l'ambito di libertà del singolo nelle scelte terapeutiche con i limiti oggettivi posti dalle esigenze organizzative e finanziarie che sono sottese all'organizzazione del servizio sanitario.⁶⁹

Il limite economico-finanziario trova fondamento nel principio di gradualità della tutela del diritto alla salute, dato che, quest'ultimo ha consentito alla Corte di tracciare la linea di confine fra ambito della politica sociale dello Stato (la cui definizione spetta al legislatore) e la legalità costituzionale (la cui garanzia spetta al giudice costituzionale)⁷⁰. Per quanto concerne la gratuità delle cure, ha impedito al giudice costituzionale di desumere direttamente dalle norme parametro la sfera dei soggetti che hanno diritto a trattamenti sanitari senza doverne supportare i costi. La giurisprudenza costituzionale si è limitata ad offrire delle indicazioni minimali dei

⁶⁹ Sentenze Corte Costituzionale: n. 267 del 1998 e n. 247 del 1992.

⁷⁰ Corte Costituzionale, sentenza n. 27 del 1998.

criteri di orientamento per la determinazione delle ipotesi nelle quali è costituzionalmente necessario assicurare la gratuità delle cure⁷¹. La presenza del limite economico-finanziario rende perciò giustiziabile il diritto alla salute soltanto nelle ipotesi di compressione del contenuto minimo essenziale. I condizionamenti di questo limite, infine, impongono la programmazione degli interventi da assicurare al singolo in ragione della rigidità dei principi costituzionali sulla legislazione di spesa⁷².

II.2 Conformazione normativa del diritto alla salute: il Sistema sanitario nazionale e la tutela della fragilità

La legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, rappresenta il punto di riferimento focale per la definizione e la trasposizione pratica dei caratteri del diritto alla salute nell'ordinamento italiano. Questa dà pienamente il senso di una piena conformazione per via normativa del diritto alla salute⁷³.

È una norma organizzativa da cui si ricavano i principi di fondo che reggono il Sistema sanitario nazionale, le forme di pianificazione e programmazione dei servizi erogati ed altresì le modalità di finanziamento dello stesso (pubbliche, attraverso la fiscalità generale).

Linee di fondo della legislazione si riscontrano nell'universalità e nell'equità⁷⁴ di accesso ai servizi, assicurando così l'uguaglianza della posizione degli utenti di fronte al Servizio. È altresì fondamentale specificare che si va oltre una concezione di salute incentrata solamente sull'aspetto curativo del danno, giungendo ora ad un'estensione che coinvolge anche a profili preventivi e riabilitativi.

La legge n. 833 del 1978 individua inoltre le attività rilevanti per la tutela della salute, le qualifica ed enuncia i principi e le modalità che regolano lo svolgimento

⁷¹ Corte Costituzionale, sentenza n. 354 del 2008.

⁷² Art. 81, Costituzione e Corte Costituzionale, sentenza n. 248 del 2011.

⁷³ E. Cavasino, *La flessibilità del diritto alla salute*, Napoli, 2012.

⁷⁴ Si veda: Appendice 4 per un breve ma esplicito approfondimento.

delle attività sanitarie, individuandone ulteriori e più specifici per singole tipologie. Fra i principi generali, che regolano i rapporti fra pubblici poteri e privati, si evidenziano: l'universale diritto di accesso, in particolare ai servizi di assistenza che si riflette nella globalità dei destinatari delle prestazioni, la generalizzazione dell'articolazione e dell'identificazione delle prestazioni e la dignità della persona umana. Il baricentro viene spostato dalla malattia alla salute. Le prestazioni hanno infatti lo scopo di mantenere ed elevare lo stato di salute del cittadino⁷⁵, come si può notare anche dagli obiettivi del Sistema sanitario, elencati nell'art. 2 della sua legge istitutiva fra i quali spiccano: la formazione di una moderna coscienza sanitaria, la prevenzione delle malattie e degli infortuni e la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente.

II.2.1 I Livelli Essenziali di Assistenza

Una piena attuazione del concetto di globalità dell'assistenza, nonché forma normativa dell'uguaglianza, si ha nei Livelli Essenziali di Assistenza, pilastro portante del Sistema sanitario nazionale, definiti infatti come livelli essenziali ed uniformi delle prestazioni sanitarie che devono essere comunque garantite a tutti i cittadini sul territorio nazionale.

Descritti con l'art. 1, d. lgs. 502 del 1992, come modificato dall'art. 1, d. lgs. 229 del 1999, la competenza della loro definizione è affidata ora ad un D.P.C.M.⁷⁶ su proposta del Ministero della Salute, considerando i dati epidemiologici e clinici nel rispetto di cinque criteri fondamentali⁷⁷: dignità della persona, bisogno di salute, equità dell'accesso all'assistenza sanitaria, qualità ed appropriatezza delle cure, economicità nell'impiego delle risorse.

⁷⁵ E. Ferrari, Art. 19, in A.A. V.V., Il servizio sanitario nazionale. Commento alla legge 23 dicembre 1978, Milano, 1979.

⁷⁶ Art.1, comma 169, legge 30 Dicembre 2004, n.311

⁷⁷ R. Egidi, Servizio Sanitario Nazionale Italiano: Profili Generali, in Dereito Vol.20, n.2: 43-46.

Tale disciplina mira ad integrare nelle valutazioni politico-discrezionali sull'individuazione dei L.E.A. criteri di diversa origine e natura. Alcuni richiamano principi e valori costituzionali, quali la dignità della persona umana e l'equità nell'accesso all'assistenza; altri possono essere rappresentati come la traduzione dei principi costituzionali sull'azione amministrativa; infine altri ancora hanno carattere tecnico-scientifico, quali i criteri della corrispondenza al bisogno di salute, alla qualità e all'appropriatezza rispetto alle esigenze di chi richiede e/o beneficia delle prestazioni sanitarie. Da notare come questi ultimi vengono mutuati dalle valutazioni compiute in campo medico sui costi-benefici per lo stato di salute del paziente.

Preponderanti nella selezione, fatta dal Presidente del Consiglio dei Ministri, nella selezione delle prestazioni da includere nei L.E.A. risulteranno le ultime due categorie, ossia quelle che comprendono i criteri legati all'efficacia, all'efficienza ed all'economicità dell'azione amministrativa e quelli legati all'idoneità sul piano tecnico scientifico; in sintesi, risulteranno preponderanti le valutazioni tecnico-scientifiche ed economico-finanziarie.

II.3 L'organizzazione dei servizi a tutela del tossicodipendente: i servizi territoriali per le tossicodipendenze

In quest'ultimo paragrafo del capitolo, l'attenzione si focalizza sulle attuali modalità di intervento del legislatore sul piano pratico ed operativo nell'ambito delle problematiche relative alla tossicodipendenza, a partire dai servizi e dalle prestazioni offerte dal Sistema sanitario, agli utenti afflitti da questa patologia. Verrà perciò evidenziato il ruolo dei Servizi territoriali per le tossicodipendenze, che rappresenta una risposta amministrativo-istituzionale più vicina al livello del bisogno cui fare fronte.

Il Ministero della Salute, nei suoi compiti in materia sanitaria, viene insignito⁷⁸ di compiti di svariata natura che vanno dalla determinazione di indirizzi per le attività di prevenzione del consumo e delle dipendenze da sostanze psicotrope e stupefacenti e di indirizzi di rilevamento epidemiologico da parte delle Regioni e delle U.S.L. (Unità Sanitarie Locali), fino alla promozione di collaborazioni, con altri Ministeri al fine di promuovere studi e ricerche relative al fenomeno; I rapporti di collaborazione istituzionale con le Regioni sono finalizzati inoltre per creare iniziative volte ad eliminare lo scambio di siringhe fra i tossicodipendenti, favorendo anche l'immissione nel merito di siringhe monouso auto bloccanti.

Passando ad un livello istituzionale territoriale, altrettanti compiti di prevenzione e lotta alla tossicodipendenza, nonché di sostegno alle persone tossicodipendenti spettano alle Regioni⁷⁹. Tra questi troviamo l'istituzione in ogni Unità sanitaria locale, di almeno un Servizio territoriale per le tossicodipendenze i quali, saranno dotati delle strutture, delle attrezzature e dei locali necessari per poterne consentire l'adeguato compimento degli interventi, con particolare riferimento alle esigenze di riservatezza e di sicurezza.

Questi servizi, denominati da qui in avanti Ser.T., costituiscono le strutture di riferimento per i tossicodipendenti e le loro famiglie. Devono assicurare nel loro esercizio la disponibilità dei principali trattamenti di carattere psicologico, socio-riabilitativo e medico-farmacologico. I relativi interventi, nonché quelli di carattere preventivo, quando obiettive circostanze lo rendono opportuno, sono effettuati a domicilio o in altre idonee strutture. Fatte salve ulteriori competenze attribuite loro da Regione a Regione, nell'ambito delle proprie competenze provvedono⁸⁰ a:

⁷⁸ Legge 26 giugno 1990, n. 162; ivi D. P. R. 309/1990.

⁷⁹ Titolo X, D.P. R. 309/1990; ivi legge 26 giugno 1990; ivi Decreto del Ministro della Sanità, 30 novembre 1990, n. 444.

⁸⁰ Si veda Nota 77

- attuare interventi di primo sostegno ed orientamento per i tossicodipendenti e le loro famiglie, fra i quali vengono elencati l'analisi delle condizioni cliniche, socio-sanitarie e psicologiche del paziente;
- l'individuazione di un programma farmacologico, di terapie di disintossicazione e la diagnosi delle patologie legate alla tossicodipendenza;
- l'elaborazione, l'attuazione e la verifica dei programmi terapeutici e socio-riabilitativi;
- attuare gli interventi di informazione e prevenzione;
- attuare, gli interventi di prevenzione della diffusione delle infezioni da HIV e delle altre patologie correlate alla tossicodipendenza, sia nei confronti dei soggetti in trattamento presso i Ser.T. che nei confronti di quelli in trattamento presso le strutture convenzionate e presso altre strutture di riabilitazione.

Oltre alle caratteristiche funzionali, sono ben codificate⁸¹ anche le caratteristiche organizzative dei Ser.T. ed il loro organico.

Riguardo le modalità di funzionamento, i Ser.T sono il mezzo attraverso il quale le U.S.L. assicurano l'espletamento delle attività assistenziali ai tossicodipendenti, nell'arco delle 24 ore, ferma naturalmente la necessità di assicurare l'apertura continuativa nelle aree di maggior rilevanza numerica dei tossicodipendenti. Nelle altre zone l'assistenza è assicurata mediante l'apertura dei sopra citati servizi per non meno di dodici ore nei giorni feriali e di sei ore nei giorni festivi. Da notare come lo svolgimento del servizio dei Ser.T. può essere comunque garantito tramite il collegamento con altre strutture.

⁸¹ Decreto del Ministro della Sanità 30 novembre 1990, n. 444

Riguardo l'organico, questi dispongono di una propria pianta organica definita dalla Regione, la quale può essere periodicamente aggiornata in base alle necessità⁸².

⁸² Vedere Appendice 5

III CAPITOLO

Le politiche pubbliche di riduzione del danno

Il presente capitolo focalizza l'attenzione sulla c.d. *riduzione del danno*, efficace politica d'intervento, diffusa in Europa, volta a prevenire ed a ridurre i danni provocati dall'uso e dall'abuso di sostanze stupefacenti. Secondo passaggio è una breve ricostruzione dell'evoluzione di queste pratiche in Italia, descrivendo il motivo della loro diffusione ed i risultati ai quali esse hanno poi portato; si continuerà poi distinguendo e descrivendo le tipologie di interventi presenti sul territorio nazionale per poi, successivamente elencarne le aree critiche ed i possibili sviluppi, sia in una cornice italiana che europea. Il capitolo si conclude infine illustrando il Progetto PPC2 per la riduzione dei rischi e dei danni e la prevenzione delle patologie correlate all'uso di sostanze stupefacenti.

III.1 La riduzione del danno⁸³

La *riduzione del danno*, si teorizza, si studia e si pratica sin dalla fine degli anni '80. L'esperienza dimostra che per alcuni territori è una pratica ormai consolidata e validata d'intervento grazie alla quale si sono innestate pratiche e strumenti socio-sanitari ad alta evidenza sanitaria, soprattutto rispetto al tema della diffusione delle varie patologie correlate. Già nel 1988 la Convenzione delle Nazioni Unite contro il traffico illecito di sostanze stupefacenti e psicotrope introduceva, tra le finalità dell'azione dei vari Governi in materia di droga, quella di "alleviare le sofferenze umane", stabilendo, quindi, la necessità di adottare programmi terapeutici che, se non erano in grado di guarire il tossicodipendente, potessero almeno alleviarne le

⁸³ EMCDDA (2010) Harm Reduction. Evidence, impact and challenge, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction>; EMCDDA, Annual Reports, [http://www.emcdda.europa.eu/publications-database?f\[0\]=field_series_type:404](http://www.emcdda.europa.eu/publications-database?f[0]=field_series_type:404),

sofferenze⁸⁴. Nella Comunità Europea il CELAD (Comitato di Lotta alla Droga), nel suo Piano Europeo di Lotta alla Droga del 1990, affermava la necessità di fissare, nell'ambito dell'approccio con i tossicodipendenti, anche obiettivi intermedi rispetto all'obiettivo primario dell'abbandono della droga, tenendo soprattutto conto delle esigenze di ridurre, attraverso opportuni trattamenti, morbilità e mortalità connesse con l'uso parenterale di stupefacenti⁸⁵. L'obiettivo finale rimaneva, quindi, sempre il superamento dello stato di tossicodipendenza, nella consapevolezza della difformità delle condizioni psichiche, fisiche e sociali di ciascuna persona e dei tempi e modi diversi per il raggiungimento di risultati.

Nacque così la riduzione del danno, che, secondo la letteratura internazionale e le linee guida europee è, insieme, un approccio, una politica e un sistema d'interventi e mira a ridurre le conseguenze negative del consumo di droghe sul piano della salute, sociale ed economico, per i singoli, le comunità e la società⁸⁶. Più in generale si tratta di un insieme di strategie, politiche sociali ed azioni messe in atto dai servizi sanitari, dalle associazioni e dagli individui al fine di ridurre le conseguenze (fisiche e sociali) negative associate ad alcuni tipi di comportamenti.

Considerata pilastro fondante delle politiche dell'Unione Europea, la riduzione del danno, è entrata a far parte strutturalmente sia della Strategia che dei Piani d'Azione comunitari sulle droghe.

L'approccio che essa propone, considera l'uso di droghe come fenomeno sociale complesso, ampiamente normalizzato, non riducibile in termini di malattia o, peggio, di devianza, e caratterizzato da una pluralità di modelli di consumo, la maggioranza dei quali compatibili con la vita dei singoli e delle comunità.

⁸⁴ United Nations Conventions against illicit trafficking of drugs and psychotropic substances, Vienna, 19 dicembre 1988.

⁸⁵ Piano Europeo di Lotta contro la Droga, Consiglio Europeo, Roma, 13-14 Dicembre 1990.

⁸⁶ OEDT - Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.

La prospettiva è, in questo scenario, pragmatica e realistica e promuove un governo del fenomeno attraverso due, interconnesse, direttrici:

- la valorizzazione e la costruzione di contesti di minimizzazione del rischio e del danno, grazie a politiche e interventi negli ambiti sociale, sanitario, normativo e dei contesti urbani;
- la promozione e il sostegno delle competenze e delle strategie di chi consuma, mirate ad un uso più sicuro, autoregolato, sostenibile.

Gli interventi di riduzione del danno nascono, quindi, dall'esigenza di fornire risposte alle richieste d'aiuto dei tossicodipendenti.

Da quanto esposto appare evidente, quindi, che per riduzione del danno si intende una modalità rispettosa della diversità degli individui con problemi di tossicodipendenza e non fine a sé stessa. Si tratta dunque di un approccio pratico centrato sulla salute, tendente a ridurre le conseguenze dannose dell'uso di droga per l'individuo, la famiglia, la comunità e la società; è cioè una politica radicata in un modello scientifico di tutela della salute individuale e pubblica.

Ciò vuol dire finalizzare gli interventi al benessere della persona e della collettività, adottando strategie che, in quest'ottica, consentano il raggiungimento di obiettivi anche parziali.

III.2 La riduzione del danno in Italia

Ricostruendo la storia della riduzione del danno in Italia, si deve tornare al decennio tra il 1990 ed il 2000, quando gli interventi di Riduzione del Danno, nelle loro prime esplicite programmazioni italiane, si svilupparono prioritariamente per far fronte alla diffusione delle infezioni da HIV e overdose fra i tossicodipendenti⁸⁷. Queste

⁸⁷ Senato della Repubblica, Documento XXX, n.3, Volume II.

prime esperienze, tuttavia, sono risultate rilevanti, sia da un punto di vista epidemiologico⁸⁸ che epistemologico, tanto che, si sviluppò in quegli anni un movimento tecnico-politico verso il suo sviluppo ulteriore. Tale lavoro prese forma istituzionale nel 2000 nelle Linee guida in materia di Riduzione del Danno⁸⁹, elaborate da un Gruppo Tecnico istituito presso il Ministero della Salute. L'obiettivo che queste si ponevano era quello di *“delineare gli interventi possibili, e, in particolare, quelli che si sono dimostrati maggiormente efficaci, al fine di limitare i gravi rischi ed i danni che il consumo comporta per la persona e per la società”*⁹⁰. Questo processo venne però interrotto da scelte di indirizzo nazionale diverse, che non tennero conto delle evidenze scientifiche emerse dalle sperimentazioni in atto.

Nel 2008, un Gruppo Tecnico presso il Ministero della Salute ha nuovamente messo mano alle linee guida del 2000 nell'intento di aggiornarle ai nuovi scenari di consumo. È solamente l'anno successivo, però, che una sede istituzionalmente competente e preposta (Gruppo Tecnico Interregionale Tossicodipendenze), concorda sulla necessità di rielaborare nuove linee guida nazionali sulla riduzione del danno e si esprime a favore dell'attivazione di un processo in questa direzione, finalizzato all'inclusione degli interventi e dei servizi di riduzione del danno nei futuri L.E.A. Dal 2014 la situazione è nuovamente in fase di evoluzione. Infatti un movimento tecnico-politico continuativo, insieme all'importante e diffuso lavoro territoriale scientificamente validato, ha portato alla costruzione di un nuovo quadro che prende forma nel D.P.C.M. 12 gennaio 2017, il quale finalmente include i servizi di *riduzione del danno*, pur se in formulazione generica, nei L.E.A.⁹¹. In tale atto, si riconosce alla Riduzione del Danno la posizione di quarto “pilastro” delle politiche

⁸⁸ Istituto Epidemiologico Lazio, 1997. Si veda, inoltre, il Progetto di Riduzione del Danno realizzato a Roma, il quale, è stato stimato che in 2 anni (01/08/1994 - 31/07/1996) ha evitato 134 nuove infezioni da HIV.

⁸⁹ https://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231450_EN_IT

⁹⁰ Linee guida sulla Riduzione del Danno, Ministero della Sanità, Novembre 2000, pag.7

⁹¹ art. 28, lettera k.

socio-sanitarie sulle droghe e le dipendenze con pari dignità rispetto a prevenzione, trattamento e riduzione dell'offerta, promuovendo infine l'approfondimento delle conoscenze di base per le decisioni in ambito politico, in termini di ricerca, prassi, monitoraggio e valutazione.

III.2.1 I servizi di riduzione del danno

Quando si scrive riguardo i servizi che sono compresi nel campo della riduzione del danno è doveroso premettere alcuni presupposti su cui essa si basa:

- nonostante gli sforzi del sistema di repressione del traffico e degli interventi di prevenzione, le sostanze (legali ed illegali) sono disponibili ed alcune persone, per molteplici motivi, le usano spesso inconsapevoli degli enormi rischi o degli effettivi consumi agiti;
- nell'usare sostanze (legali ed illegali, occasionalmente o continuativamente) le persone corrono rischi e possono riportare dei danni e/o causarne ad altri;
- non tutte le persone che consumano sostanze stupefacenti (legali o illegali) vogliono o sono in condizione di cessare il proprio consumo;
- non tutte le persone che consumano sostanze stupefacenti (legali o illegali) sono in condizione di accedere ad un trattamento;
- le persone che consumano sostanze stupefacenti sono titolari di diritti (di tutela, di assistenza, di cittadinanza) e di doveri (di tutela e di autotutela).

Tale premessa consente di declinare le finalità degli interventi, che secondo le linee guida nazionali ed internazionali, devono essere atti a:

- facilitare il contatto tra consumatori di sostanze e sistema d'intervento, andando incontro a queste persone nei loro luoghi di incontro, aggregazione e/o divertimento (senza aspettare un eventuale richiesta di cura);

- migliorare conoscenze, competenze e comportamenti dei consumatori di sostanze attraverso azioni informative, formative, di disincentivazione e di orientamento;
- aumentare e facilitare l'accesso ai materiali di profilassi (siringhe, profilattici, etc.) e farmaco salvavita, istruendo i consumatori ad un loro uso corretto;
- migliorare la qualità di vita dei consumatori anche attraverso la connessione con i sistemi locali di intervento (sanitari, sociali e socio-assistenziali);
- facilitare l'accesso ai trattamenti.

Fatta questa ulteriore premessa si possono suddividere i servizi di riduzione del danno in due macro-categorie:

- servizi di *outreach* propriamente mobile, anche descritti come “di strada”;
- interventi detti “a bassa soglia”, i cosiddetti *drop-in*.

I servizi “di strada”, chiamati anche Unità Mobili, raggiungono i consumatori nei luoghi stessi di utilizzo o di acquisto della sostanza, in ambienti particolari della quotidianità del consumatore. Il servizio è caratterizzato infatti dall'impiego di un autoveicolo 3-5 giorni alla settimana (dal lunedì al venerdì) in orario diurno (alternativamente mattutino e pomeridiano), si reca in luoghi prestabiliti o ne esplora altri, contattando la popolazione che consuma sostanze stupefacenti. Vengono distribuiti: siringhe/ago sterili e paraphernalia al fine di ridurre i danni connessi all'uso, profilattici e fiale di naloxone, nonché informazioni e *counseling* sul sistema dei servizi. Vengono inoltre raccolte le siringhe usate e gli operatori sono addestrati per intervenire in caso di overdose, alcuni servizi svolgono infine specifica attività di formazione e *peer support*. Le prestazioni ritenute essenziali per l'utenza, oltre al materiale di profilassi, sono il *counseling* sulle sostanze sulle M.T.S. (malattie sessualmente trasmissibili), l'invio a servizi sanitari (SerD, consultori, etc.) e sociali (mense, dormitori, etc.). Le sperimentazioni più recenti rife-

rite, anche grazie ai progressi della tecnologia medica, riguardano i test rapidi (salivari e/o con sangue capillare) per HIV, HCV e TBC; queste sperimentazioni, avvenute in collaborazione con Istituti di ricerca, tra cui IRCS Spallanzani, risultano gradite all'utenza che ha potuto usufruire di un test, con alta specificità e sensibilità, in un contesto prettamente sanitario, direttamente su sua richiesta. È bene infine indicare che il personale impiegato varia dalle 5 alle 7 unità, fra medici educatori ed infermieri.

Gli interventi "a bassa soglia" sono caratterizzati dall'accoglienza delle persone in un determinato luogo (*drop in*), ma con totale rinuncia a porre soglie d'ingresso e di accesso ai servizi offerti, tanto dal punto di vista dei requisiti burocratici, quanto dal punto di vista della strategia della presa in carico; lo spazio fisico (*drop in*) è aperto al pubblico, che può accedere liberamente senza prenotazioni e/o liste d'attesa, 5-6 giorni alla settimana per 6-8 ore al giorno; le prestazioni erogate sono quelle dell'Unità Mobile per quanto riguarda i materiali distribuiti. Tuttavia in aggiunta è possibile ricevere un pasto, farsi una doccia, usufruire di una lavatrice. Anche gli operatori di questo servizio sono addestrati per interventi in caso di overdose. La sperimentazione effettuata risulta la medesima di quella attuata nelle Unità di Strada. In alcuni *drop in* è risultata l'offerta di servizi di orientamento e/o inserimento al lavorativo ed in altri della presenza di mediatori culturali e di avvocati per un supporto legale. Il personale impiegato varia dalle 6 alle 8 unità, le figure oltre a quelle indicate per le Unità Mobili possono includere come appena scritto mediatori ed avvocati.

III.2.2 Aree critiche e possibili sviluppi della riduzione del danno

Lo scenario della Riduzione del Danno, si presenta oggi connotato da cinque macro-aree di criticità che, radicate nei limiti di un mancato riequilibrio delle diffe-

renze/disparità tra i sistemi regionali, ne limitano e ne depotenziano le aree di intervento, l'universalità, l'accessibilità la qualità e l'efficacia. Il superamento di questi limiti, che i già citati L.E.A. dovrebbe garantire, si prospetta come una parte significativa e prioritaria di un futuro Piano d'Azione Nazionale.

Geografia diseguale

La mappatura dei servizi e degli interventi, effettuata dal CNCA (Centro Nazionale Comunità di Accoglienza) rivela una geografia diseguale, in cui ci sono Regioni che con continuità sostengono e promuovono gli interventi, altre che lo fanno in modo intermittente, altre infine che non attuano nessun intervento. I dati provenienti dalle mappature in diversi anni e da diverse fonti⁹² rivelano come non vi sia uno sviluppo omogeneo, permanendo sostanzialmente invariato nel tempo il numero sia delle Regioni che attuano interventi di riduzione del danno sia di quelle che non li attuano; cartografia, da evidenziare, che appare indipendente dall'andamento dei dati relativi a trend di consumo e relativi bisogni sul piano della limitazione dei danni. Conseguenza di questa diffusione a macchia di leopardo dei servizi è la presenza di forti diseguaglianze in termini di diritto alla salute.

Intermittenza delle prestazioni

All'interno di questo scenario si trovano, nelle stesse Regioni dove i servizi di riduzione del danno sono attivi, diseguaglianze di continuità/discontinuità delle prestazioni. I servizi, anche quando sono gestiti dal privato sociale, vengono finanziati per la quasi totalità da fondi pubblici, provenienti da Regioni e/o ASL, rappresentando perciò un sistema pubblico d'intervento; tuttavia secondo la Relazione al Parlamento 2015, meno di un terzo risulta avere certezza di continuità⁹³. Solamente poche Regioni garantiscono il passaggio da progetto a servizio dopo i vent'anni di

⁹² DPA - Relazione al parlamento su droghe e dipendenze, 2011, 2012, 2013, 2015.

⁹³ Emerge dalla stessa relazione che il 38% ha vita certa tra uno e due anni, il 22% di due anni e l'11% meno di un anno.

attività, restringendo il campo ai servizi a titolarità pubblica completa; la copertura economica permane quindi incerta soprattutto per gli interventi nei contesti naturali di consumo. Essendo questa una modalità di intervento che richiede flessibilità, capacità d'innovazione, aggiornamento, lavoro con la comunità locale, studio e conoscenza continui si può facilmente comprendere come i problemi elencati (intermittenza delle prestazioni, durata limitata, scarsa ed incerta copertura economica) siano variabili che incidano fortemente sull'efficacia e sui risultati di questi servizi.

Carenze e limiti nella definizione, nel monitoraggio e nella valutazione

La mancanza di linee guida nazionali condivise ed applicate lascia ampio spazio a definizioni diverse di interventi di riduzione del danno. Ciò comporta che anche negli stessi territori regionali vi sia un'offerta di prestazioni disomogenea, il che, rappresenta una prima difficoltà nella raccolta di dati a livello nazionale, che non risulta ancora organizzata e stabile. Oltre alla disomogeneità, emergono altre due problematiche nel monitoraggio: l'insufficiente attenzione alla prospettiva della riduzione del danno nel ridisegno dei sistemi di monitoraggio, lasciando perciò i dati di attività non organizzati, non standardizzati e spesso indisponibili; secondo, la mancanza di rigore metodologico, essendo i dati adattati ad un sistema di monitoraggio disegnato sui servizi formali di cura, il quale risulta inappropriato ed incongruente con le attività di riduzione del danno. Risultato di quanto appena scritto è una scarsità di dati che si manifesta in una quasi invisibilità delle attività e delle prestazioni ed in un'assai limitata possibilità di valutazione di processo di esito⁹⁴.

Necessario sviluppo della ricerca e del monitoraggio

Conoscenza dei fenomeni ed individuazione dei bisogni sono premesse indispensabili ed imprescindibili per il raggiungimento dei criteri di appropriatezza efficacia ed appropriatezza negli interventi sanitari. Nella prospettiva della riduzione del

⁹⁴ Ciò risulta evidente anche a livello europeo, dove, nel sistema di rilevazione EMCDDA, i dati italiani relativi ai servizi di riduzione del danno non pervengono in maniera routinaria ed esaustiva.

danno ciò che maggiormente interessa sono fattori e variabili (relativi alla sostanza, soggettivi, di contesto), secondo il paradigma *drug/set/setting*⁹⁵, che permettono di leggere i vari stili di consumo, con i rischi ad essi correlati in modo da poter acquisire la capacità di limitarli e controllarli, sia nei soggetti, sia nei contesti di utilizzo. Accanto ai dati di prevalenza è fondamentale sviluppare, per l'individuazione dei bisogni aggiornati e l'elaborazione di obiettivi mirati⁹⁶, un monitoraggio in maniera stabile e promuovere una ricerca orientata a conoscere i *pattern* d'uso, le traiettorie di consumo, le ragioni, le strategie e le culture delle persone che usano sostanze, le modalità di rapporto con il mercato ed il ruolo giocato dai contesti sociali. Occorre infine implementare la ricerca valutativa sull'impatto delle politiche pubbliche sulla massimizzazione/minimizzazione di rischi e danni dei consumi, la cui importanza è ormai certa a livello internazionale⁹⁷.

Il blocco dell'innovazione nella riduzione del danno

Alcune misure di riduzione del danno, la cui efficacia è stata dimostrata a livello internazionale, sono scarsamente o non affatto sperimentate in Italia, ad esempio il *pill testing*, le stanze del consumo ed i trattamenti con eroina; le prime due per

⁹⁵ Teorizzato da Norman E. Zinberg, in: *Droga, set e setting - Le basi del consumo controllato di sostanze psicoattive*, Yale University, 1984.

⁹⁶ Si vedano per esempio le ricerche -innovative per l'Italia - sull'uso "controllato/incontrollato" di cocaina e stimolanti, condotte da Forum Droghe, Coordinamento Toscano Comunità di Accoglienza, Università di Firenze, negli anni 2009- 2012. Il filone di ricerca sui "controlli" ha ispirato il progetto che ha ottenuto nel 2014 il supporto del Drug Prevention and Information Programme of the European Union ("Nuovi approcci per le politiche delle droghe e per gli interventi" (NADPI), capofila il Transnational Institute di Amsterdam, insieme allo International Drug Policy Consortium (UK) e la De Diogenis Association (Grecia), a Forum Droghe (Italia): sulla base dei risultati della ricerca è stato elaborato un nuovo modello operativo (Operating guidelines- Beyond the disease model, new perspectives in Harm Reduction: towards a self regulation and control model, December 2013) .

⁹⁷ La stessa UNODC ammette che: "La salute pubblica, il primo principio su cui si basa il controllo delle droghe, ha perso questo primato, messo in ombra da quello della sicurezza pubblica; guardando al secolo scorso, ci si rende conto che il sistema di controllo e le sue attuazioni hanno avuto molti effetti non desiderati". (UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime -2009), *A century of international drug control*, http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Studies/100_Years_of_Drug_Control.pdf; T. Rhodes and D. Hedrich (2010), *Harm reduction and the mainstream*, in EMCDDA (2010) cit.

addotte ragioni di tipo normativo, l'ultima con motivazioni relative alla non priorità ed ai costi elevati.

III.2.3 Lo sviluppo della riduzione del danno in Italia in una cornice europea

Nel paragrafo precedente è stato scritto riguardo le criticità della riduzione del danno in Italia, con il presente si cercherà di tracciare una mappa, sulla base di criteri *evidence and human right based* nella prospettiva di accrescere appropriatezza, efficacia ed efficienza di questi interventi e politiche. Due premesse risultano necessarie, la prima vede la Conferenza Nazionale sulle droghe come fondamentale sede di confronto e di riconoscimento istituzionale per la messa a regime e l'inclusione della riduzione del danno nelle politiche nazionali su droghe e dipendenze, la seconda vede concluso il processo di messa a regime delle sopra citate politiche quando queste siano incluse e sviluppate, in tutta la loro complessità ed articolazione, nei L.E.A. ed in un Piano d'azione nazionale che trovi chiari riferimenti nel Piano d'azione europeo.

Premesso ciò, risulta prioritario l'impegno in tre macro-aree, la prima riguarda le Linee guida ed i L.E.A. in quanto è necessaria una nuova ed aggiornata versione delle Linee guida nazionali per la riduzione del danno, costruita sulla base di una analisi approfondita e plurale nelle sue fonti almeno riguardo gli interventi ed i servizi, che in Italia ed a livello comunitario, hanno dimostrato la loro efficienza, efficacia ed economicità. Importante sarà, nel processo di redazione, il coinvolgimento in forma di Gruppo tecnico, presso il D.P.A. (Dipartimento Politiche Antidroga), degli attori sociali che in questi anni hanno garantito lo sviluppo di tali aree di intervento, nonché degli attori istituzionali competenti. Sempre riguardo questa macro-area è necessaria l'elaborazione dei L.E.A. della riduzione del danno, in raccordo fra i vari attori istituzionali coinvolti. Questi dovranno includere in maniera

aggiornata tutte le prestazioni e gli interventi coerenti con i bisogni rilevati e valutati efficaci nella riduzione del danno a livello nazionale ed europeo.

In secondo luogo, da un punto di vista strutturale, occorre individuare gli strumenti adeguati da includere nel sistema di monitoraggio nazionale S.I.N.D. (Sistema Informativo Dipendenze) per gli interventi ed i servizi di riduzione del danno, articolando ed integrando il monitoraggio secondo quanto il sistema già prevede per le aree trattamentali, tenendo però conto delle caratteristiche peculiari degli interventi in questione, i quali influiscono sulla specifica raccolta dei dati e che, sotto questo profilo, non sono assimilabili ai trattamenti ed ai servizi di cura. In raccordo con tale sistema va ripristinata una funzione nazionale del D.P.A. di raccordo e garanzia alla reale applicazione dei L.E.A. sulla riduzione del danno, vista ancora la loro peculiarità e disomogeneo sviluppo attuale.

In ultima battuta occorre prestare particolare attenzione alla ricerca per meglio conoscere ed analizzare i *pattern* e i trend di consumo. In questo quadro è importante promuovere ricerche qualitative ed etnografiche nei *Setting* naturali ed altre ricerche che abbiano l'obiettivo di approfondire i diversi *pattern* d'uso, anche integrando e sviluppando le ricerche condotte sul campo in questi anni, costruendo così una cornice teorica e di modelli di interpretazione del consumo, in cui inserirle e valorizzarle. La ricerca nei *setting* naturali così come la ricerca valutativa sugli interventi si connettono anche alla necessità di promuovere un collegamento costante dei servizi di riduzione del danno con il Sistema Rapido di Allerta, attualmente in carico all'ISS, di cui può essere cardine decisivo per la sua efficacia e rapidità di rilevazione. La ricerca dovrà inoltre includere valutazioni riguardo le politiche pubbliche messe in atto.

III.3 Il progetto PPC2

L'assunzione di sostanze stupefacenti rappresenta uno dei problemi di maggiore impatto sulla salute pubblica, in considerazione delle conseguenze a carico del singolo consumatore e dell'intero contesto sociale. Le Istituzioni, insieme alla comunità scientifica possono fare molto impegnandosi in modo sinergico nel contrasto alle dipendenze patologiche e il fattore tempo è davvero determinante. La finalità principale è quella della tutela dell'individuo nella sua interezza, della salute globalmente intesa, fisica, psichica e relazionale con la rimozione o la modifica di comportamenti e stili di vita a rischio. Il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha un'attenzione particolare alla Prevenzione delle Patologie Correlate alla tossicodipendenza (PPC) e alle specifiche misure che devono essere adottate per prevenirle. In particolare, è importante sottolineare che, attraverso l'adozione di specifici interventi, si vogliono prevenire le morti droga-correlate, l'acquisizione e la diffusione delle infezioni, nonché facilitare la riabilitazione ed il reinserimento della persona tossicodipendente nella società.

III.3.1 Descrizione del progetto

Nonostante quanto premesso, negli ultimi anni all'interno dei Servizi per le tossicodipendenze (SerD/SerT) è stata rilevata una bassa percentuale di esecuzione dei test per HIV, HBV, HCV e sifilide, con il rischio di ritardo di diagnosi di tali infezioni e un possibile conseguente aumento della diffusione di queste⁹⁸. Tale scenario richiede un intervento strategico "*early detection*" al fine di assicurare cure tempestive a coloro i quali abbiano contratto questo tipo di infezioni, risulta quindi indispensabile incrementare le attività di *screening* delle principali patologie infettive

⁹⁸ Governo italiano. Dipartimento Politiche Antidroga. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Relazione annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia (www.politicheantidroga.it/attivita/pubblicazioni/relazioni-al-parlamento/relazione-annuale-2015/presentazione.aspx).

tra gli utenti dei Servizi per le dipendenze. Inoltre, l'adozione di tali strategie e la promozione di comportamenti non a rischio di acquisizione di queste infezioni potrebbero favorire la riduzione della loro diffusione nelle persone utenti che si rivolgono ai SerD/SerT. Per tali motivi e per l'importanza che interventi di questo tipo ricoprono all'interno delle politiche nazionali ed europee, è stato finanziato dal Dipartimento Politiche Antidroga (D.P.A.) della Presidenza del Consiglio dei Ministri all'Istituto Superiore di Sanità il Progetto PPC 2 - Learning: Progetto per la creazione di un Coordinamento Nazionale sulla riduzione dei rischi e dei danni per la prevenzione delle patologie correlate all'uso di sostanze stupefacenti. La conduzione delle molteplici attività di lavoro previste nel Progetto, che ha avuto inizio il 1 marzo 2013, è stata affidata congiuntamente all'Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione (U.O. R.C.F.) diretta dalla Dott.ssa Anna Maria Luzi e al Centro Operativo AIDS (C.O.A.) diretto dalla Dott.ssa Barbara Suligoj, due strutture del Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate (Direttore: Dott. Giovanni Rezza) dell'Istituto Superiore di Sanità. Il Progetto ha avuto termine il 29 febbraio 2016.

Gli obiettivi progettuali perseguiti in tre anni di attività hanno riguardato:

1. L'aggiornamento e la riscrittura di nuove Linee di Indirizzo nazionali operative per l'attivazione e il mantenimento e/o ri-orientamento delle attività di prevenzione delle principali patologie infettive correlate all'uso di droghe.
2. La formazione e l'aggiornamento degli operatori al fine di individuare e condividere procedure per un'efficace offerta dei test relativamente allo screening e alla diagnosi di infezione da HIV, HBV, HCV e sifilide nelle persone utenti che si rivolgono ai SerD/SerT.
3. La rilevazione dell'adesione all'offerta dei test per la diagnosi di HIV, HBV, HCV e sifilide, nonché i motivi della loro mancata esecuzione.

III.3.2 Fasi attuative del progetto

Prima fase

È stato costituito il Gruppo di lavoro (composto dall'Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione, U.O. R.C.F. e dal Centro Operativo AIDS, C.O.A.) presso l'Istituto Superiore di Sanità, Ente al quale il D.P.A. ha affidato la responsabilità scientifica di condurre il Progetto. L'area di intervento del C.O.A. ha riguardato la ricerca e la valutazione delle misure di prevalenza delle infezioni da HIV, HBV, HCV e sifilide nella popolazione tossicodipendente in trattamento presso i SerD/SerT. In particolare, il C.O.A. ha valutato l'affluenza delle persone ai SerD/SerT, l'offerta del test per HIV, HBV, HCV e sifilide, nonché i motivi della non esecuzione del test (differenziando i motivi legati alla struttura, all'operatore e all'utente) attraverso specifiche schede di raccolta dati e l'analisi delle informazioni riportate dai SerD/SerT.

L'area di intervento dell'U.O. R.C.F., ha riguardato in modo specifico l'individuazione e la messa a punto di procedure comunicativo-relazionali efficaci per l'offerta dei test HIV, HBV, HCV e sifilide alle persone-utenti che si rivolgono ai SerD/SerT. In particolare l'U.O. R.C.F. ha elaborato un Modello Operativo comunicativo-relazionale che costituisce per l'operatore socio-sanitario un protocollo di riferimento, non rigido ma flessibile e adattabile alla singola persona, alla sua storia, al contesto socio culturale di appartenenza, alla peculiarità del tipo di sostanza usata al fine di attuare un processo di accoglienza e presa in carico rispondente ai suoi reali bisogni di salute e favorente l'esecuzione del test per l'infezione da HIV, HBV, HCV e sifilide. L'U.O. R.C.F. e il C.O.A. hanno condiviso nell'ultima fase di attuazione del Progetto l'organizzazione e la conduzione di un percorso di formazione/aggiornamento rivolto al personale socio-sanitario dei SerD/SerT.

Seconda fase

Sono state organizzate a Roma tre riunioni programmatiche di lavoro, la prima e la terza hanno visto la partecipazione dei referenti del DPA e del Gruppo di lavoro dell'Istituto Superiore di Sanità, mentre la seconda anche di alcuni dei referenti delle Regioni e delle Province Autonome (P.A.). Nelle riunioni di lavoro sono stati affrontati i seguenti punti:

- creazione di un Tavolo di lavoro comprendente i rappresentanti delle Regioni e delle P.A.;
- individuazione, partendo dalle Linee di indirizzo pubblicate nel 2011 dal D.P.A., degli elementi utili per la messa a punto di procedure e prassi operative standardizzate da impiegare nella relazione professionale con la persona-utente al fine di favorire l'esecuzione del test per l'infezione da HIV, HBV, HCV e sifilide;
- messa a punto e condivisione di procedure operative standardizzate volte a migliorare l'interazione tra gli operatori socio-sanitari dei SerD/SerT e le persone-utenti che a questi si rivolgono, tramite l'organizzazione di percorsi di formazione/aggiornamento. Per quanto riguarda la formazione è emerso che per ogni Regione sarebbe stata opportuna la partecipazione sia dei referenti regionali (funzionari), sia degli operatori socio-sanitari (tecnici), con due livelli di organizzazione, uno operativo a livello centrale e uno di programmazione regionale con tempistiche da definire.

Terza fase

Il Gruppo di Lavoro dell'I.S.S. ha svolto diverse attività progettuali riguardanti in modo particolare:

- la definizione di un piano di collaborazione con il Dott. Manna, coordinatore del Gruppo Tecnico Interregionale Tossicodipendenze (G.T.I.T.), per la revisione delle Linee di Indirizzo e per la condivisione di una nuova edizione con gli esperti delle Regioni e P.A.;

- la messa a punto di un programma preliminare inerente un corso di formazione/aggiornamento sulle procedure comunicativo-relazionali per l'offerta dei test relativamente alla diagnosi dell'HIV, dell'HBV, dell'HCV e della sifilide nelle persone utenti che si rivolgono ai SerD/SerT da svolgere entro la scadenza del Progetto. Il percorso di aggiornamento individuato focalizza, inoltre, l'attenzione su aspetti inerenti lo scenario epidemiologico delle infezioni considerate di interesse e delle cause della mancata effettuazione dei test di screening nei SerD/SerT;
- la predisposizione e condivisione della struttura delle Nuove Linee di Indirizzo con i componenti del G.T.I.T. coordinati dal Dott. Gaetano Manna.

Quarta fase

I Responsabili Scientifici del Progetto dell'I.S.S. hanno coinvolto gli esperti del G.T.I.T. per definire la struttura e i contenuti delle Nuove Linee di indirizzo per lo *screening* e la diagnosi delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze nei Servizi per le Dipendenze. Inoltre, il Gruppo di Lavoro dell'I.S.S. con la collaborazione del coordinatore del G.T.I.T. ha strutturato i moduli didattici di un percorso di formazione/aggiornamento dal titolo Procedure di offerta dei test per lo screening e la diagnosi delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze negli utenti dei SerD/SerT, che si è svolto il 17 e il 18 febbraio presso l'I.S.S. e che ha visto la partecipazione di 40 operatori socio-sanitari provenienti da tutte le Regioni e P.A.

Risultati: Aggiornamento e riscrittura delle Linee di Indirizzo

Le "Nuove Linee di indirizzo per lo screening e la diagnosi delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze nei Servizi per le Dipendenze" hanno richiesto un lavoro di accurata revisione delle Linee di Indirizzo pubblicate nel 2011, oltre che di stretta collaborazione con il G.T.I.T., coordinato dal Dott. Gaetano

Manna. Il risultato di tale complesso lavoro che ha richiesto per diversi mesi l'impegno di numerosi esperti, è consistito nella definizione di uno strumento indispensabile per gli operatori socio-sanitari dei SerD/SerT contenente le procedure operative e quelle comunicativo-relazionali per l'esecuzione dei test diagnostici relativamente a HIV, HBV, HCV, e sifilide. Nello specifico, le Nuove Linee di Indirizzo forniscono un protocollo operativo comunicativo-relazionale per l'accoglienza e la presa in carico della persona dipendente da droghe con la finalità prioritaria di favorire l'accesso allo *screening* delle principali infezioni per tutti gli utenti che afferiscono ai SerD/SerT, indipendentemente dal fatto che si tratti di nuovi accessi o di persone che sono seguite da tempo. Inoltre, le Nuove Linee di Indirizzo sono corredate da un dettagliato scenario epidemiologico inerente le infezioni da HIV, HBV, HCV e sifilide, nonché da tre schede di approfondimento sulle caratteristiche delle principali patologie infettive, sulle modalità di screening e su alcuni gruppi di popolazione (persone detenute, migranti, giovani). Le Nuove Linee di Indirizzo sono state visionate e accettate dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri e dal Ministero della Salute.

CONCLUSIONI

Le stime della spesa relativa alle sostanze stupefacenti risultanti di 14,4 miliardi di euro (corrispondenti allo 0,9% del P.I.L.) e le ricerche condotte da IPSAD®, confermano l'ampia e crescente diffusione di queste sostanze soprattutto nelle fasce di età più giovani e mettono in evidenza la diffusa problematica delle tossicodipendenze anche all'interno del nostro Paese, sia in termini di sviluppo di malattie ad esse correlate, sia in termini di impatti economici e sociali.

Tra le conseguenze del consumo di droghe, preoccupante e rilevante, si presenta la diffusione di patologie infettive. Quella dei tossicodipendenti è infatti risultata negli anni la maggior fonte di diffusione di HIV, senza dimenticare inoltre infezioni quali HBV ed HCV. Un primo elemento di criticità riguarda il S.S.N. relativamente alla prevenzione delle problematiche droga-correlate. All'interno dei capitoli è stata messa in evidenza una sensibile diminuzione degli utenti dei Ser.T. testati per le suddette infezioni nel corso degli anni. Tale tendenza, oltre a nuocere al malato stesso, porta spesso ad una più larga e rapida diffusione di tali patologie, finendo per ledere la popolazione stessa, con gravi ripercussioni anche sulle spese a carico del nostro Sistema Sanitario.

La diffusione delle patologie droga-correlate è compresa fra i danni collaterali legati al consumo delle sostanze stupefacenti. Tale fattore ha rappresentato una spinta importante per l'implementazione in Italia, dei primi interventi di Riduzione del Danno, accompagnata inizialmente da alcune problematiche, relative alla tematica trattata, alle discussioni fra le varie correnti politiche ed alla loro tecnicità, superate in seguito, grazie ad un D.P.C.M., finalizzato a ricomprenderli finalmente all'interno dei L.E.A. il giorno 12 gennaio 2017. Ciò ha rappresentato un pieno riconoscimento istituzionale ad interventi ritenuti, dalla Comunità Europea, come il quarto pilastro riguardante la lotta alla tossicodipendenza.

Nonostante la svolta occorsa, il presente lavoro ha fatto emergere ulteriori criticità relative all'attuazione di queste politiche sul territorio nazionale, in parte evidenti già dal testo del citato D.P.C.M..

Il Decreto, infatti, non specifica alcun intervento in particolare ma sottoscrive un generico “*interventi di riduzione del danno*”. Tale aspetto appare però, in contrasto con la definizione propria dei L.E.A., ed ha assunto connotazioni critiche in termini di diseguale distribuzione dei servizi sul territorio nazionale, oltre che ad un'intermittenza e discontinuità delle prestazioni stesse. Ciò comporta inoltre notevoli ed evidenti carenze riguardanti sia il loro monitoraggio, sia la loro valutazione. Tali azioni sono indispensabili per valutarne efficienza, appropriatezza ed economicità. Al contrario, l'ingresso degli interventi di riduzione del danno nei L.E.A. rappresenta un elemento cruciale affinché si possa porre una maggiore attenzione, come già accade in Europa da anni, su questo tipo di azioni e/o almeno un adeguamento del nostro Sistema Sanitario con le misure di comprovata efficacia già in atto nel nostro continente.

Appendice 1

Metodo di stima

L'approccio alla stima del valore del consumo di droga prende a riferimento prevalentemente indicatori di domanda e informazioni relative agli utilizzatori finali e ai loro comportamenti di consumo per tipologia di sostanza stupefacente. In questo modo si analizzano i diversi mercati della droga, uno per ogni sostanza stupefacente oggetto di analisi. Tali variabili sono state stimate sulla base di informazioni fornite dall'EMCCDA e di altre informazioni rese disponibili da vari enti (Ministero della Salute, Dipartimento delle Politiche Antidroga e dall'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche).

L'approccio che utilizza informazioni dal lato della domanda può essere così formalizzato:

$$HFC_j = N_j * QHFC_j * PHFC_j$$

dove:

- HFC_j è il valore del consumo finale per la tipologia di sostanza j,
- N_j è il numero di individui coinvolti nel consumo di droga per sostanza,
- QHFC_j le quantità consumate e
- PHFC_j sono i prezzi al dettaglio.

Il consumo finale HFC è la risultante della somma dei consumi per le diverse sostanze stupefacenti j.

Il numero dei consumatori N si ottiene utilizzando i dati dell'indagine IPSAD® condotta dall'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR sull'uso di alcol e altre sostanze psicoattive nella popolazione. Dopo aver definito il numero degli utilizzatori per tipo di sostanza e per comportamento di consumo (consumatori problematici, regolari e occasionali) è possibile pervenire alla stima della quantità di droga immessa

nel mercato interno, inserendo alcune assunzioni sulla frequenza e le quantità d'uso delle diverse tipologie di consumatori. Le informazioni sui prezzi sono disponibili nelle relazioni annuali della Direzione Centrale dei Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno. Ai fini della stima della spesa, si considera un prezzo al consumo intermedio tra le due quotazioni estreme indicate per le vendite al dettaglio. I prezzi risultano coerenti con quelli diffusi dalle Nazioni Unite.

Studio IPSAD®

Lo studio è realizzato attraverso la somministrazione di un questionario anonimo inviato per posta a un campione casuale rappresentativo della popolazione italiana di età compresa tra i 15 e i 74 anni, costituito da circa 42.000 persone residenti. Il campione è selezionato dalle liste anagrafiche di 125 Comuni, a loro volta individuati in maniera casuale al fine di assicurarne la rappresentatività. Nella sua esecuzione lo studio prevede due ondate di invii di questionari: la prima indirizzata al totale delle persone campionate, la seconda indirizzata a quelle che, nel rispetto della procedura prevista per la notifica, non abbiano risposto al primo invio.

La qualità del dato è buona, ma non è veritiera al 100% dato che il consumo di sostanze stupefacenti è praticato da soggetti con forti incentivi a nascondere le proprie abitudini ed attitudini, nonostante la forma anonima del questionario; conseguenza di quanto appena scritto può essere data da una stima a ribasso del numero di utilizzatori di sostanze psicotrope.

Appendice 2

La pratica del *needle-sharing* come principale via di trasmissione di agenti patogeni fra i tossicodipendenti

L'iniezione per via endovenosa è la più efficiente modalità di somministrazione di droga, dato che, essendo la sostanza direttamente immessa nel circolo venoso, provoca i suoi effetti nella maniera più rapida e, al contrario di altre vie di somministrazione (inalazione di fumi, assunzione intra-nasale), non si hanno perdite di sostanza nell'ambiente. È chiaro come l'uso di droga per via endovenosa sia diventato pratica diffusa fra i tossicodipendenti.

Il tossicodipendente, spesso in crisi di astinenza, appena procurata la sostanza cerca di farne uso nel più breve tempo possibile, non importa se con degli strumenti da iniezione non sterili e già utilizzati da altri; questa pratica denominata *needle-sharing* è stata la base per la diffusione di agenti infettivi fra i tossicodipendenti⁹⁹. Nel tempo è stata inoltre posta attenzione sui *paraphernalia*¹⁰⁰, la cui importanza per il rischio di infezione è stata a più riprese dimostrata¹⁰¹.

⁹⁹ Vlahov D, Junge B. The role of needle exchange programs in HIV prevention. Public Health, Rep. 1998 Jun; 113 Suppl. 1:75-80.

¹⁰⁰ Cotone, filtri, cucchiaino ed in generale gli strumento che vengono utilizzati per la preparazione della dose di droga.

¹⁰¹ Vlahov D, Junge B, Brookmeyer R, Cohn S, Riley E, Armenian H, Beilenson P. Reductions in high-risk drug use behaviors among participants in the Baltimore needle exchange program. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol. 1997 Dec 15;16(5): 400–406 e Palmateer N, Kimber J, Hickman M, Hutchinson S, Rhodes T, Goldberg D. Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: a review of reviews. Addiction. 2010 May;105(5): 844-59.

Appendice 3

Problematiche emergenti: il “No-Testing”

Emerge negli anni una tendenza generalizzata nei Ser.D. alla riduzione dell’esecuzione dei test per l’infezione da HIV, HBV ed HCV, sia fra i nuovi utenti in cura, sia per quanto riguarda gli utenti già in carico (necessità di *re-test* ogni 6 e/o 12 mesi), tanto che nell’anno 2011 è stata emanata, dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce del Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, a riguardo un’allerta di grado 3.

Si comprendono fin da subito la rischiosità e la pericolosità delle conseguenze infettive e cliniche di questa “*bad practice*”, queste possono essere sintetizzate, come scritto nell’allerta sopra citata, in una compromissione del monitoraggio epidemiologico, in un ritardo della diagnosi quindi d’accesso precoce alle terapie e di conseguenza ad una loro minore probabilità di successo ed infine in un aumento della trasmissione delle infezioni, dato che, come scritto da Giovanni Serpelloni nella lettera di allerta, è provato che un malato inconsapevole ha una maggiore probabilità di trasmettere il proprio stato patologico, sia alla popolazione tossicodipendente che alla popolazione generale.

Per concludere questa breve appendice riporterò i dati delle Relazioni al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia le quali confermano che questa diminuzione dei test è tendenza che si è andata, sfortunatamente, consolidando nel tempo.

Tabella 4: Utenti in cura al Ser.d ed utenti testati per HIV, HBV ed HCV.

Anno	Totale Utenti	Testati HIV	Testati HBV	Testati HCV
2018	126.044	37.194	26.786	25.275
2017	124.827	48.025	24.485	23.437
2016	137.533	46.425	29.228	28.197

Appendice 4

Equità ed uguaglianza nel Sistema sanitario nazionale

Come scritto nell'art. 1, legge n. 833 del 1978, istitutrice del Servizio sanitario nazionale, i servizi e le attività sono garantiti secondo modalità che assicurino eguaglianza dei cittadini nei confronti dello stesso servizio; contestualmente fu sancita inoltre l'obbligatorietà dell'assicurazione contro le malattie, rimarcando così un sistema sanitario caratterizzato dall'universalità dell'assistenza per la popolazione in toto.

In questa sede preme precisare l'interpretazione dei due concetti appena enunciati; il primo, l'universalità non intesa come un'universalità forte, assoluta, traducibile con un "tutto a tutti, a prescindere dai bisogni" ma come un'universalità mitigata, permeata dal concetto di appropriatezza, traducibile con il modello "prestazioni appropriate a chi ne ha bisogno".

Il secondo, il principio di eguaglianza, è stato meglio specificato a seguito della legge costituzionale n. 3 del 2001, la riforma del Titolo V, che ha ricollegato il sopra citato alla nozione di eguaglianza nei livelli essenziali di assistenza.

Quanto appena scritto fa conseguire un mutamento anche sul concetto di universalità, dal lato delle prestazioni garantite infatti avverrà una selezione, pervasa dal principio di appropriatezza, su due fronti, quello clinico e quello dell'erogazione, il che si concretizzerà in prestazioni più efficaci erogate con il minor consumo di risorse, si giungerà così al concetto di universalità selettiva.

É bene infine ricordare come questa selezione non coinvolge i soggetti beneficiari di tali prestazioni se non nel limite del concetto, affermatosi recentemente, di equità verticale, la quale è riassumibile nel diktat "gli individui con peggiore stato di salute o con maggiore bisogno devono venire trattati più favorevolmente".

Appendice 5

Organico dei Servizi per le Tossicodipendenze

L'organico dei Ser.T. è regolato dall'appendice 1 del Decreto del Ministero della Sanità 30 novembre 1990, n. 444; come evince dal documento esso risulta essere in primo luogo proporzionale all'utenza media dei tossicodipendenti contemporaneamente in trattamento, quest'ultima divisa in tre fasce, bassa (fino a 60 utenti), media (da 60 a 100 utenti) ed alta (da 100 a 150 utenti); non risultano invece variabili le qualifiche del personale impiegato, il quale, sarà sempre suddiviso in: medici, infermieri o assistenti sanitari visitatori, psicologi, assistenti sociali, educatori professionali, di comunità o affini, amministrativi ed altro personale. La tabella seguente mostra nel dettaglio le unità di personale impiegate per ciascuna qualifica in base al numero pazienti, così da essere maggiormente efficace allo scopo di una buona comprensione del testo.

Tabella n.5: Organico dei Ser.T. suddiviso per fasce di utenza.

	Bassa	Media	Alta
Medici	2	3	4
Infermieri o assistenti sanitari visitatori	2	3	4
Psicologi	2	3	4
Assistenti sociali	2	3	4
Educatori professionali, di comunità o affini	1	2	2
Amministrativi	1	1	1
Altro personale	1	1	2
Totale	11	16	21

Per una maggiore e più corretta comprensione dell'argomento trattato preme qui specificare che: nel caso gli utenti trattati contemporaneamente siano in numero maggiore di 150 unità, conformemente alle determinazioni delle Regioni e delle Province Autonome, il personale può essere aumentato, inoltre quando i pazienti superano le 300 unità può essere disposta una diversa organizzazione o lo sdoppiamento del servizio; altro caso di possibile aumento del personale rispettivamente fino al 20%, al 30% ed al 40% si ha, sempre con motivato provvedimento, quando l'entità della popolazione di età compresa tra gli 11 ed i 29 anni, residente nel territorio di competenza del Ser.t. è compresa fra 30.000 e 50.000 abitanti, 50.000 ed 80.000 abitanti o è maggiore di 80.000 abitanti. È corretto infine specificare che nella fascia bassa di utenza, l'unità di personale amministrativo è impiegata per un numero di ore inferiore rispetto a quelle a tempo pieno.

BIBLIOGRAFIA

Relazione annuale al parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia

(anno 2018).

A. BALDASSARRE, *Diritti sociali*, Enciclopedia giudica, XI, Roma, 1989.

A. BALDASSARRE, *Diritti inviolabili*, Enciclopedia giuridica, XI, Roma, 1989.

AA. VV., *Linee guida sulla riduzione del danno*, Ministero della Salute, Roma, 2000.

E. CAVASINO, *La flessibilità del diritto alla salute*, Napoli, 2012.

M. CRUCIANI, G. SERPELLONI; *Uso di sostanze stupefacenti e patologie infettive correlate*; 2011.

R. EGIDI, *Servizio Sanitario Nazionale Italiano: Profili Generali*, in *Dereito* Vol.20, n.2: 43-46.

B. FARGNOLI, *Droga e tossicodipendenza*; Giuffrè Editore, Milano 1990.

E. FERRARI, Art. 19, in A.A. V.V., *Il servizio sanitario nazionale. Commento alla legge 23 dicembre 1978*, Milano, 1979.

E. FORTUNA, *Stupefacenti (Diritto interno)*, ENCICLOPEDIA DEL DIRITTO; XLIII, Milano 1990.

M. LUCIANI, *Il diritto costituzionale alla salute*, 1980.

T. RHODES, D. HEDRICH, *Harm reduction: evidence, impact and challenges*, EMCDDA, Luxembourg, 2010.

L. ROMANO, *Novità giurisprudenziali in materia di stupefacenti, Il libro dell'anno del diritto*; Roma, 2014..

F. PALAZZO, *Consumo e traffico degli stupefacenti*; CEDAM, Padova 1994.

N. PALMATEER, J. KIMBER, M. HICKMAN, S. HUTCHINSON, T.

RHODES, D. GOLDBERG, *evidence for the effectiveness of sterile injecting*

equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: a review of reviews, *Addiction*, 2010

B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, 1983.

D. VLALHOV, B. JUNGE, *The role of needle exchange programs in HIV prevention*, *Public Health Rep*, 1998

N. E. ZINDBERG, *Drug, set and setting*, Yale University, 1984.

SITOGRAFIA

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_33481_IT_Dif03it.pdf

http://www.emcdda.europa.eu/topics/problem-drug-use_en

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61462-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61462-6/fulltext)

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>

<https://www.diritto.it/pregi-difetti-imperfezioni-del-t-u-309-1990/>

https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?param_ecli=ECLI:IT:COST:2014:32

https://www.studiocataldi.it/news_giuridiche_asp/news_giuridica_15640.asp

<https://www.altalex.com/documents/news/2014/05/22/stupefacenti-un-primo-commento-alle-nuove-disposizioni-della-l-n-79-14>

https://www.corriere.it/politica/14_febbraio_12/consulta-boccia-legge-fini-giovanardi-199b9784-93e3-11e3-ab25-cf30a50da2ae.shtml?refresh_ce-cp

<https://www.penalecontemporaneo.it/d/2931-droga-il-governo-corre-ai-ripari-con-un-dl-sulle-tabelle-ma-la-frittata-e-fatta-e-nuovi-guai-si-pro>

<https://www.altalex.com/documents/news/2014/07/22/stupefacenti-le-conseguenze-pratiche-della-sentenza-costituzionale-n-32-2014>

https://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231450_EN_IT

http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Studies/100_Years_of_Drug_Control.pdf