

2015 si è posto come obiettivo primario quello di aumentare le conoscenze e il grado di consapevolezza dei rischi associati alla pratica dei comportamenti a rischio.

Osservando gli andamenti temporali congiunti delle quote riguardanti gli istituti scolastici che hanno organizzato attività di prevenzione dei consumi psicoattivi e quelle relative alle prevalenze di consumo di cannabis (sia quello avvenuto durante l'anno sia quello frequente -20 o più volte nell'ultimo mese), si osserva che fino al 2012 al diminuire delle prime corrisponde una tendenza all'aumento delle prevalenze dei consumi di cannabis. Negli anni successivi alla sostanziale invariabilità della quota di istituti segue la tendenza alla stabilizzazione delle prevalenze di consumo di cannabis.

Quadro diverso si presenta quando si fa riferimento al gioco d'azzardo: all'aumentare della quota di istituti scolastici che hanno attuato interventi/attività di prevenzione specifici segue una tendenza alla diminuzione della quota di giovani giocatori problematici e a rischio.

Tutte le **Forze Armate** dello Stato e l'Arma dei Carabinieri mettono regolarmente in atto azioni rivolte a contrastare l'uso di sostanze psicoattive da parte del personale dipendente, individuando procedure sia accertative (accertamenti randomici nei confronti delle condotte tossicofile su tutto il personale) sia finalizzate alla prevenzione di incidenti correlati allo svolgimento di mansioni e/o attività lavorative a rischio.

Gli accertamenti sanitari vengono attuati sin dalla fase di selezione propedeutica all'arruolamento e continuano per tutta la durata della carriera militare: coloro che risultano positivi ai test sono posti in posizione di idoneità temporanea in attesa del test di conferma in seguito al quale, in caso di positività, il personale in servizio permanente effettivo viene avviato ad attività di sostegno e rieducazione sanitaria, mentre il personale ancora non transitato in servizio permanente viene prosciolto dalla vita militare. Tutte le Forze Armate e l'Arma dei Carabinieri attuano regolarmente azioni di sensibilizzazione, dissuasione e contrasto all'uso di sostanze psicoattive, compreso l'alcol, rivolte al personale militare, attuando anche attività di prevenzione, diagnosi precoce e supporto psicologico. Nel complesso i dati pervenuti all'Ispettorato Generale della Sanità Militare confermano una riduzione percentuale dei casi di positività rilevate nel personale delle Forze Armate e dei Carabinieri rispetto agli anni precedenti, percentuale che risulta nettamente inferiore a quella della popolazione generale.

## PARTE V – APPROFONDIMENTI

il Ministero della Salute, rispetto al **Gioco d'Azzardo Patologico** (GAP), sul piano legislativo è intervenuto già dal 2012 con il decreto legge 13 settembre 2012 (Decreto Balduzzi) che prevedeva l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per la prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti affetti da "ludopatia" e già da diversi anni le Regioni e P.A. hanno preso in carico i pazienti affetti da disturbo da gioco d'azzardo. La legge 190 del 23 dicembre 2014 ha destinato una quota annua di 50 milioni di euro per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo, destinandone una parte alla sperimentazione di modalità di controllo dei soggetti a rischio di patologia. Il Decreto Balduzzi istituiva anche un Osservatorio al fine di realizzare il monitoraggio della dipendenza dal gioco d'azzardo e dell'efficacia delle azioni di cura e prevenzione intraprese. La composizione dell'Osservatorio è stata determinata con decreto interministeriale del Ministro della Salute e del Ministro dell'Economia e delle Finanze (24 giugno 2015). Misure significative, come la riduzione della percentuale minima destinata alle vincite (pay out) e la modifica della tassazione sul margine per alcuni giochi, sono state adottate dalla Legge di Stabilità 2015. Il Ministero della Salute, di concerto con il MIUR, predispone inoltre campagne di informazione e sensibilizzazione e, per garantire le prestazioni di prevenzione,

cura e riabilitazione, presso il Ministero della Salute è istituito il Fondo per il gioco d'azzardo patologico.

ESPAD®Italia 2015, lo studio sugli studenti di età compresa tra i 15 e i 19 anni, oltre a indagare la diffusione e il consumo di sostanze psicotrope, ha rilevato informazioni anche relativamente a comportamenti di addiction non chimiche tra le quali il praticare giochi nei quali si vincono e perdono soldi.

Si stima che in Italia nel 2015 abbia giocato il 42% degli studenti e che il 49% lo abbia fatto almeno una volta nella vita. Le prevalenze risultano in aumento rispetto alla rilevazione precedente dopo alcuni anni di trend in diminuzione.

Tra gli studenti che hanno giocato nel 2015, il 62% ha giocato per non più di una volta al mese. I Gratta&Vinci sono i giochi preferiti (69%), seguiti dalle scommesse sportive (47%) e da Bingo/Tombola (38%); tra le studentesse i giochi preferiti sono quelli non strategici come i Gratta&Vinci, mentre ai ragazzi piace anche scommettere su eventi sportivi e di altro genere, giocare a Totocalcio/Totogol e a Poker Texano. Considerando il mese antecedente l'indagine, la spesa sostenuta è stata inferiore ai 10 euro per il 76% dai giocatori mentre l'8% ha superato i 50 euro.

Rispetto al gioco online, la maggior parte degli studenti che ha giocato ha detto di averlo fatto non più di 5 volte nell'anno (64%); prevalentemente è stato utilizzato un computer per connettersi a internet (47%) e i giochi online maggiormente praticati sono stati Totocalcio/Scommesse sportive (56%) e Poker Texano (33%).

L'indagine ESPAD sottopone il test SOGS-RA (South Oaks Gambling Screen Revised Adolescent) attraverso il quale si stima che in Italia gli studenti che presentano un profilo a rischio nei confronti del gioco siano l'11%, mentre l'8% abbia un profilo "problematico". Tra i giocatori con profilo di rischio, la frequenza di gioco si intensifica all'aumentare del grado di problematicità del comportamento di gioco. Ad eccezione dei Gratta&Vinci, giocati da tutti i profili di giocatore, e delle scommesse sportive, preferite dai giocatori a rischio e problematici, le altre tipologie sono praticate da gran parte dei giocatori problematici. Sale giochi e internet risultano essere i contesti di gioco frequentati in particolar modo dai giocatori problematici, mentre le sale scommesse sono preferite anche dai giocatori a rischio. Nel mese precedente lo svolgimento dello studio, poco meno di 1 giocatore problematico ogni 3 ha speso oltre 50 euro, cifra spesa da quasi il 6% dei giocatori a rischio mentre l'87% dei giocatori sociali ha speso meno di 10€.

L'analisi dei fattori associati riporta come gli studenti con profili definibili "a rischio" e "problematici", rispetto ai "sociali", abbiano una maggior contiguità con l'uso di sostanze: si rileva infatti un'associazione positiva, soprattutto tra i problematici, con l'aver fatto binge drinking nel mese antecedente lo studio, aver usato almeno una sostanza illegale nell'anno (esclusa la cannabis) ed essere un utilizzatore frequente di cannabis. I giocatori problematici risultano associati positivamente anche con l'essere un forte fumatore, bere alcolici tutti i giorni, aver assunto droghe sconosciute e aver fatto uso di psicofarmaci nell'anno.

L'Istituto Superiore di Sanità ha implementato il progetto Sistema di Sorveglianza Nazionale sul Disturbo da gioco d'azzardo, un progetto articolato in diverse azioni con la finalità di sperimentare un sistema di sorveglianza nazionale per assumere elementi conoscitivi, correttivi, esaustivi e proporre strumenti utili alla prevenzione e cura del disturbo da gioco d'azzardo.

È stata realizzata un'indagine demoscopica su 3.000 soggetti con età superiore ai 15 anni. Il 49,7% degli intervistati ha praticato almeno un gioco nell'anno antecedente l'indagine; prevalentemente sono di genere maschile, di età compresa tra i 25 e i 44 anni, molti dei quali fumatori. La dipendenza da gioco d'azzardo è considerata dalla maggioranza degli intervistati una dipendenza grave e, tra i provvedimenti per la lotta al gioco d'azzardo, quello considerato più indicato è l'eliminazione delle slot da bar e locali pubblici (51,8%), mentre le difficoltà economiche sono considerate le prime condizioni personali che possono favorire il gioco d'azzardo (35,2%).

È stata effettuata una revisione degli elenchi disponibili nel web dei servizi per le dipendenze e delle strutture del Privato Sociale e creato un archivio elettronico unico; in seguito è stata costruita una scheda di rilevazione per procedere all'aggiornamento dei servizi del SSN, delle strutture del privato sociale e delle attività erogate per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo. Sono riportati i dati aggiornati al 29 febbraio 2016, data nella quale il 60% circa dei servizi del SSN e il 17% circa delle strutture afferenti al Privato Sociale avevano restituito un feedback in merito alla rilevazione. Tutti i servizi del SSN e il 76% delle strutture del Privato Sociale hanno implementato delle attività più o meno strutturate a contrasto del disturbo da gioco d'azzardo. Solitamente la diagnosi è effettuata nel servizio (98%) o nella struttura (67%), utilizzando il DSM 5 e strumenti di screening/diagnostici. Le relazioni familiari sono l'indicatore più frequentemente usato per la valutazione sociale, così come la presenza di patologie comorbili e l'anamnesi completa sono gli indicatori più frequenti per la valutazione medica. Per quanto riguarda la valutazione psicodiagnostica, non esiste uno "standard" anche se la maggior parte degli operatori, tutti inseriti in equipe multidisciplinari, ha detto di utilizzare il South Oaks Gambling Screen per adulti (SOGS). La psicoterapia individuale risulta essere uno degli interventi più frequenti dell'offerta assistenziale. L'accesso avviene per lo più volontariamente o su indicazione dei familiari.

Alle attività relative ai Focus Group, alle quali hanno collaborato 6 servizi del SSN e 5 strutture del Privato Sociale su tutto il territorio nazionale, hanno partecipato 100 utenti in trattamento per disturbo da gioco d'azzardo equamente distribuiti tra le due tipologie di servizi. Tra le osservazioni riportate dagli utenti alcune sono emerse con frequenza maggiore come la difficoltà a condividere gli spazi con i tossicodipendenti e l'utilità di coinvolgere la famiglia. È stato messo a punto un questionario ad hoc per indagare i fattori di rischio associati, la presenza di eventuali comorbilità o altre dipendenze e rilevare i diversi livelli di gravità. Hanno compilato il questionario 71 soggetti, tutti partecipanti a una terapia di gruppo e in carico ai servizi quasi esclusivamente per dipendenza da gioco d'azzardo, mediamente caratterizzati da un livello culturale medio, coniugati, con un'occupazione a tempo pieno e una fissa dimora. Prevalentemente sono arrivati alla struttura/servizio su suggerimento dei familiari e sono in trattamento da almeno 1 anno. Oltre l'85% ha dichiarato di aver praticato e/o di praticare al momento della compilazione del questionario giochi legali con una preferenza per le slot e/o le VLT (video lottery terminal).

Il Rapporto Nazionale sul **Fumo** in Italia riporta i risultati riferiti all'indagine che l'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con l'Istituto Mario Negri, commissiona alla Doxa con lo scopo di indagare l'abitudine al fumo degli italiani. L'indagine campionaria è realizzata attraverso interviste personali su un campione nazionale rappresentativo della popolazione italiana adulta di 15 anni ed oltre, condotte in 110 Comuni di tutte le Regioni italiane da intervistatori opportunamente istruiti e controllati attraverso il sistema CAPI (Computer Assisted Personal Interview).

Il Rapporto 2016 evidenzia che i fumatori in Italia sono il 22% della popolazione (27,3% nei maschi, 17,2% nelle femmine), pari a 11,5 milioni di persone. Gli ex fumatori rappresentano il 13,5% della popolazione, pari a 7,1 milioni, mostrando come a partire dall'entrata in vigore della legge antifumo del 16 gennaio 2003 n. 3, la percentuale dei fumatori sia regolarmente diminuita fino ad attestarsi, negli ultimi 8 anni, attorno ad un valore medio pari al 20% della popolazione. Nell'ultimo anno si registra una lieve crescita nella prevalenza dei fumatori di entrambi i generi rispetto all'anno precedente, con un aumento più marcato negli uomini rispetto alle donne.

La prevalenza dei fumatori risulta superiore a quella delle fumatrici in tutte le classi di età, soprattutto tra i 25-44enni (32% nei maschi, 24% nelle femmine). Le prevalenze superiori si registrano tra i maschi delle regioni del Centro Italia (30%) e tra le femmine delle regioni settentrionali (20%).

Il consumo medio è di 13,1 sigarette al giorno e il 73% dei fumatori riferisce di fumarne più di 10. L'82% circa dei giovani di 15-24 anni fuma meno di 15 sigarette al giorno.

L'età media in cui si inizia a fumare è di 17,9 anni (17,4 e 18,7 anni rispettivamente per i maschi e per le femmine); quasi il 14% dei fumatori ha iniziato prima dei 15 anni, in compagnia di amici e compagni di scuola. L'influenza dei "pari" è una costante nell'iniziazione al fumo di tabacco.

L'89% dei fumatori consuma prevalentemente sigarette confezionate e quasi il 19% utilizza anche o esclusivamente sigarette fatte a mano (tabacco trinciato). Il consumo prevalente di sigarette fatte a mano risulta in costante crescita (6,9% nel 2015 e 9,4% nel 2016) e risulta più diffuso nel genere maschile, tra i giovani di 15-24 anni e nelle regioni del centro Italia.

Anche per la sigaretta elettronica si evidenzia un incremento, passando dall'1% del 2015 a quasi il 4% nel 2016 (circa 2 milioni di consumatori abituali o occasionali); quasi il 78% dei fumatori di e-cig fuma anche sigarette tradizionali, sono cioè fumatori duali.

Nel corso del 2015 il Telefono Verde contro il fumo dell'ISS ha raccolto 3.600 telefonate (2.274 maschi, 1.326 femmine), soprattutto dalle regioni meridionali (42,3%; nord: 35,3%; centro: 22,4%) e da persone di 46-55 anni.

Rispetto ai Centri Antifumo, nel 2016 ne risultano 363 attivi sul territorio nazionale (contro i 368 del 2015) con quasi 14.000 utenti in trattamento. I Centri risultano localizzati soprattutto al nord (57%; centro: 19%; sud e isole: 24%). L'84% afferisce al SSN e la restante parte alla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT).

Gli **incidenti stradali** sono una seria emergenza sanitaria in tutti i paesi europei risultando essere la prima causa di morte per le fasce d'età comprese tra i 15 ed i 35 anni. I dati ufficiali sull'incidentalità stradale sono raccolti dall'Istat e pubblicati annualmente.

Nel 2014 in Italia si sono verificati 177.031 incidenti stradali con lesioni a persone, che hanno provocato la morte di 3.381 persone (entro il 30° giorno) e il ferimento di altre 251.147. Rispetto al 2013 il numero di incidenti è sceso del 2,5%, quello dei feriti del 2,7%, mentre per il numero dei morti la flessione è molto contenuta (-0,6%). Sulla base dei dati di dimissione ospedaliera, i feriti gravi a seguito di incidente stradale sono stati circa 15.000, contro i 13.000 del 2013 (+16%). L'Automobile Club d'Italia (ACI) per il 2010 ha effettuato una stima dei costi per incidenti stradali, riportando un totale di 27.668 milioni di euro.

Per quanto riguarda la causa degli incidenti stradali, l'uso/abuso di alcol e sostanze psicoattive è un fattore di rischio particolarmente importante, benché non sempre possibile da quantificare.

Uno spunto di riflessione importante su questo aspetto può essere fornito analizzando i dati delle Commissioni Mediche Locali (CML) patenti. Le CML sono previste dall'art 119 del Codice della Strada, che prevede che l'accertamento dei requisiti fisici e psichici del candidato o conducente venga effettuato da commissioni mediche locali. Queste vengono costituite in ogni provincia presso le unità sanitarie locali del capoluogo di provincia.

Ad esempio, nel corso del 2015 la CML di Modena ha visitato 12.033 pazienti di cui il 36% per aver guidato dopo avere assunto alcolici (violazione dell'art. 186 e 186bis) e il 6,6% dopo avere assunto sostanze psicoattive (violazione dell'art.187).

Prendendo in esame la CML di Cuneo, sempre per l'anno 2015, sono stati visitati 7.078 pazienti di cui .2124 (30%) per violazione dell'art. 186 e 463 (6,54%) per violazione dell'art.187.

La CML di Avellino, inoltre, ha analizzato il trend storico di accesso di pazienti per violazione del dell'art. 186 e 187 del Codice della Strada: la percentuale di tale categoria di utenti è risultata in continua ascesa rappresentando il 42,6% di tutte le visite effettuate nel 2015 dalla commissione.

Dal 2010, l'UNICRI (United Interregional Crime and Justice Research Institute), in collaborazione con il DPA, ha implementato il **progetto DAWN** (Drugs and Alcohol Women Network - Rete per le Donne sulle Dipendenze da Droga e Alcol), volto a includere un approccio di genere nella

prevenzione, trattamento e il recupero di persone con problemi di consumo e/o di dipendenza da sostanze.

L'obiettivo principale del Progetto DAWN è stato quello di sviluppare le capacità dei professionisti del settore e dei decisori politici nell'integrare un approccio di genere sia a livello politico che pratico, per meglio rispondere alle esigenze specifiche delle donne e dei gruppi vulnerabili in generale.

Gli studi svolti nell'ambito del progetto, anche attraverso indagini sia tra le donne clienti dei servizi di cura delle dipendenze, che tra gli operatori, hanno messo in luce la necessità di non "appiattare" la cura della dipendenza su un'entità individuale indifferenziata, ma di considerare le differenze biologiche, sessuali, nonché i fattori ambientali e culturali che definiscono l'appartenenza ad un genere, permettono di tener conto anche di quei determinanti sociali che influiscono sull'insorgenza ma anche sull'outcome della dipendenza e possono aiutare ad offrire servizi sanitari e sociali più efficaci in termini di costo/beneficio.

Nel 2012, il progetto DAWN ha promosso un'indagine sui bisogni delle donne che afferiscono ai Servizi per le Dipendenze. L'obiettivo era quello di valutare le opinioni delle donne rispetto alla fase dell'accoglienza e della presa in carico e di raccogliere il loro giudizio su una serie di aspetti come l'importanza del coinvolgimento dei genitori e del partner in presenza di particolari situazioni, e su quei fattori che favoriscono l'accesso al servizio promuovendo la relazione terapeutica, nonché le barriere all'accesso. Infine, l'indagine voleva indagare il parere delle donne sulla soddisfazione complessiva del loro servizio curante. Il campione era costituito da 274 donne, con età media di 34,5 anni. Le Unità Operative partecipanti erano 8 Dipartimenti per le Dipendenze e 2 Comunità Terapeutiche in 6 sedi. La metodologia d'indagine si basava su un questionario auto-somministrato preparato in due versioni, una per i servizi pubblici ed una per i servizi del privato sociale. Il questionario è stato messo a punto sulla base delle osservazioni emerse dai gruppi di lavoro di esperti sulle problematiche della tossicodipendenza femminile afferenti al progetto DAWN. I risultati dell'indagine hanno evidenziato un giudizio complessivamente soddisfacente da parte delle donne sui servizi che frequentano. Il rispetto della privacy, sia nella fase di accesso che durante il trattamento, è l'elemento più importante sottolineato dalle pazienti, che si ricollega con la paura di essere individuate, nonché, nel caso di figli, con la paura di essere segnalate ai servizi sociali. Tale fattore influisce sia sull'accesso iniziale, sia sul ritardo nell'accesso che sulla decisione di abbandonare il servizio. Essere accompagnate nella gravidanza da un ginecologo, possibilmente donna, è il secondo elemento più importante, così come un grande punto di forza è la presenza di un ginecologo al Ser.D. Il progetto DAWN nel 2015 ha promosso un'indagine su un campione di Servizi pubblici e del Privato Sociale, impegnati in attività di prevenzione, cura e/o reinserimento di persone con problemi di consumo e/o di dipendenza da sostanze psicoattive. L'indagine è stata effettuata attraverso l'invio elettronico di un questionario semi-strutturato, con l'obiettivo di indagare opinioni, atteggiamenti e comportamenti dei Servizi rispetto all'importanza di adottare un approccio di genere nelle attività svolte a livello sia organizzativo sia formativo.

Il questionario è stato inviato dai Responsabili Regionali ai Responsabili dei Dipartimenti per le Dipendenze e ai Soggetti del Privato Sociale che operano nell'ambito delle dipendenze. 1290 sono state le e-mail effettivamente consegnate e 329 sono stati i Servizi rispondenti: per il 67% di questi ultimi si tratta di Servizi pubblici, per il 18% del Privato Sociale e per il 15% in convenzione.

Il 60% dei servizi rispondenti sono Dipartimenti per le Dipendenze e Ser.D, il 29% Comunità terapeutiche, il 5% Unità Operative di Alcologia e il 2% Servizi di riduzione del danno. La restante quota comprende servizi di altra natura (Osservatori per le dipendenze, centri diurni, residenziali/semiresidenziali). Il 95% offre un servizio di cura, mentre il 66% si occupano di prevenzione e un'altrettanta quota di reinserimento sociale e lavorativo.

Il 51% dei servizi rispondenti offre un insieme di attività riguardanti prevenzione, cura e reinserimento socio-lavorativo e il 20% offre solo servizi di cura; residuali sono le quote dei servizi

che si occupano esclusivamente di prevenzione o di reinserimento lavorativo o di entrambe queste attività.

I Servizi rispondenti hanno un'utenza media di 528 utenti e quella femminile rappresenta mediamente il 19% dell'utenza in carico, raggiungendo il 16% nelle Comunità terapeutiche e il 25% nei Servizi di riduzione del danno.

Il 63% dei servizi ritiene estremamente utile utilizzare un approccio di genere nell'ambito del proprio lavoro, mentre quasi il 10% lo considera poco o per nulla rilevante. Il 27% esprime un'opinione di incertezza. Il 70% ritiene utile inserire il tema della specificità di genere nella formazione degli operatori per le dipendenze.

Rispetto ai servizi che si occupano di prevenzione, il 56% dei rispondenti svolge attività legate alla prevenzione delle vulnerabilità di genere nell'uso delle sostanze psicoattive, attraverso la costituzione di gruppi peer to peer nelle scuole e in altri contesti per giovani, lo svolgimento di incontri e colloqui con personale appositamente formato, di colloqui individuali gender-sensitive, di gruppi di incontro/laboratoriali genere-specifici, o ancora l'implementazione di progetti genere-specifici (ad esempio per donne in gravidanza) o la distribuzione di opuscoli e materiale appositamente elaborato.

Il 63% dei servizi rispondenti non offre percorsi trattamentali basati su un'ottica di genere; i più organizzati in tal senso risultano i servizi in convenzione e i servizi di riduzione del danno.

Il 36% dei servizi rispondenti ha avviato programmi di affiancamento con servizi antiviolenza per la presa in carico dei casi specifici, attraverso la sottoscrizione di accordi inter-istituzionali con, ad es., consultori familiari, ASL, servizi sociali, servizi di pronto soccorso, questure, Forze dell'Ordine. Il 67% ha previsto lo svolgimento di attività di tutela della salute e di supporto psicologico alle donne in gravidanza, attraverso programmi specifici che garantiscono la continuità terapeutica e attività specifica di informazione/sensibilizzazione sull'uso di sostanze psicoattive. Rispetto ai servizi che si occupano di reinserimento, il 64% ha offerto opportunità di inclusione sociale e di reinserimento abitativo e/o professionale declinate in un'ottica di genere, attraverso la realizzazione di progetti di reinserimento lavorativo e la ricollocazione abitativa in case alloggio o in comunità terapeutiche per sole donne e figli.

Il 55,5% dei servizi rispondenti risulta organizzato in modo da considerare le esigenze specifiche e peculiari dell'utenza femminile, attraverso la messa a disposizione di personale femminile e/o di un'organizzazione maggiormente orientata ai bisogni specifici delle donne (liste di attesa, orari e spazi compatibili con lo stato di gravidanza e/o la presenza di figli minori).

La Relazione Annuale al Parlamento 2016 prevede in allegato un dossier nel quale sono riportati alcuni contributi predisposti da Organizzazioni del Privato Sociale accreditato che operano in ambito nazionale nel settore delle tossicodipendenze e che hanno partecipato al tavolo Interistituzionale costituito presso il Dipartimento Politiche Antidroga.

Le evidenze emerse nella presente Relazione sul fenomeno droga in Italia, derivanti sia dalla specificità delle singole trattazioni che dalle indicazioni che il nostro Paese ha condiviso nelle assise internazionali (UNGASS 2016), saranno la base per lo sviluppo di nuove linee strategiche e del Nuovo Piano di Azione Italiano sulle droghe che questo Dipartimento metterà a punto in collaborazione con le amministrazioni centrali e periferiche, il privato sociale accreditato e la società civile.

## Il quadro giuridico di riferimento

*A cura del Ministero della Salute - Direzione Generale dei Dispositivi medici e del servizio farmaceutico-  
Ministrero della Giustizia, Corte d'Appello di Roma*

Con la **sentenza n. 32/2014 la Corte Costituzionale** ha dichiarato l'illegittimità costituzionale – per violazione dell'art.77, secondo comma della Costituzione, che regola la procedura di conversione dei decreti legge – degli artt. 4 bis e 4 vicies ter del d.l. 30 dicembre 2005, n.272, come convertito con modificazioni dall'art.1 della legge 21 febbraio 2006, n.49. L'art. 4-bis, modificando l'art. 73 del d.P.R. n. 309 del 1990, aveva previsto una medesima cornice edittale per le violazioni concernenti tutte le sostanze stupefacenti, unificando il trattamento sanzionatorio che, in precedenza, era differenziato a seconda che i reati avessero per oggetto le sostanze stupefacenti o psicotrope incluse nelle tabelle II e IV (cosiddette “droghe leggere”) ovvero quelle incluse nelle tabelle I e III (cosiddette “droghe pesanti”); l'art. 4-vicies ter aveva parallelamente modificato il precedente sistema tabellare stabilito dagli artt. 13 e 14 dello stesso d.P.R. n. 309 del 1990, includendo nella nuova tabella I gli stupefacenti che prima erano distinti in differenti gruppi.

Per effetto della sentenza n. 32/2014 della Corte Costituzionale sono state rimosse le modifiche che da questa norma erano state apportate all'art. 73 del Testo Unico sugli stupefacenti, il cui testo originario, che distingueva il trattamento sanzionatorio a seconda della natura della sostanza stupefacente oggetto della condotta illecita, riprese vigore

La **legge n. 146/2013** mantenendo per i fatti di lieve entità un trattamento sanzionatorio unificato per tutte le sostanze stupefacenti oggetto delle condotte incriminate ha ritoccato al ribasso il limite edittale massimo della sola pena detentiva, portandolo da 6 a 5 anni di reclusione.

Il **d.l. n. 36/2014, convertito con legge n.79/2014**, ha introdotto le nuove Tabelle. La legge di conversione ha ulteriormente modificato al ribasso le pene previste per l'autonomo reato di cui all'art. 73, comma 5, prevedendo la reclusione da 6 mesi a 4 anni e la multa da € 1.032,00 ad € 10.329,00, senza distinguere tra droghe pesanti e leggere. La riduzione di pena ha investito quindi non solo il limite edittale massimo ma anche quello minimo e non solo la pena detentiva ma anche quella pecuniaria.

All'esito di questa tortuosa evoluzione normativa i limiti edittali attualmente previsti all'art. 73 dpr 309/90, sono i seguenti:

- per le cd droghe pesanti la pena è quella della reclusione da otto a ventidue anni e della multa da 25.822 (lire 50 milioni) a euro 309.874 (lire 600 milioni);
- per le droghe cd. leggere la pena è quella della reclusione da due a sei anni e la multa da euro 5.164 (lire 10 milioni) a euro 77.468 (lire 150 milioni).
- Il comma 5 dell'art. 73 senza distinguere tra droghe leggere e pesanti prevede la pena della reclusione da sei mesi a quattro anni e della multa da euro 1.032 a euro 10.329.

A seguito di queste modifiche la giurisprudenza della Corte di Cassazione ha consolidato un diritto vivente secondo il quale:

- in ossequio al principio della irretroattività della legge penale meno favorevole, la norma incriminatrice dichiarata incostituzionale può continuare a trovare applicazione per le condotte realizzate nel corso della sua vigenza, ove la sua disciplina conduca in concreto ad un trattamento più favorevole per l'imputato (Cass. Sez. IV n. 13903 del 28.2.2014);
- l'ipotesi lieve di condotta illecita (art. 73, comma quinto del d.P.R. n. 309 del 1990), configura una fattispecie autonoma di reato rispetto a quella contemplata dal primo comma dello stesso articolo e il termine di prescrizione deve essere calibrato sul relativo massimo edittale e non più sulla pena prevista per l'ipotesi base contemplata dall'art. 73, comma primo (Cass. Sez. IV n. 7363 del 9.1.2016; Cass. Sez. VI n. 14288 dell'8.1.2014);
- la fattispecie della lieve entità è configurabile nelle ipotesi di cosiddetto piccolo spaccio, che si caratterizza per una complessiva minore portata dell'attività dello spacciatore e dei suoi eventuali complici, con una ridotta circolazione di merce e di denaro nonché di guadagni limitati; può ricomprendere anche la detenzione di una provvista per la vendita che non sia superiore - tenendo conto del valore e della tipologia della sostanza stupefacente - a dosi contegiate a "decine" (Cass. Sez. VI n. 15642 del 27.1.2016).

Con ordinanza del **5 febbraio 2015** il Tribunale per i minorenni di Reggio Calabria ha sollevato la questione di legittimità costituzionale dell'art. 73 comma 5 dpr 309/90 nella parte in cui non prevede un trattamento sanzionatorio differenziato a seconda delle sostanze ipotizzando una irragionevole asimmetria punitiva rispetto alle ipotesi di non lieve entità, non potendosi ritenere che il fatto di lieve entità commesso con droghe cd pesanti sia parificabile a quello commesso con droghe cd leggere stante il diverso spessore dell'interesse tutelato. La **Corte Costituzionale** con pronuncia **n. 23** del 13 gennaio 2016, premesso di non potersi sostituire al legislatore ha dichiarato inammissibile la questione affermando che il legislatore non è vincolato a configurare intervalli edittali differenziati a seconda della natura della sostanza per i casi di lieve entità.

Con ordinanza del 22 giugno 2015 il giudice per le indagini preliminari del Tribunale di Nola ha sollevato la questione di costituzionalità dell'art. **4-quater** del d.l. 30 dicembre 2005, n.272, come convertito con modificazioni dall'art.1 della legge 21 febbraio 2006, n.49 che introdusse l'art. 75-bis del d.P.R. n. 309 del 1990 prevedendo la possibilità di assoggettare a determinate misure di prevenzione i soggetti tossicodipendenti che abbiano commesso illeciti amministrativi in materia di sostanze stupefacenti, qualora, in relazione alle modalità e alle circostanze, possa derivare pericolo per la sicurezza pubblica; la norma prevede altresì che l'inosservanza di tali misure di prevenzione integra una contravvenzione punita con l'arresto da tre a diciotto mesi.

Nei confronti dei tossicodipendenti recidivi era infatti intervenuta la legge 5 dicembre 2005, n. 251, cosiddetta "legge ex Cirielli", che aveva aggiunto l'art. 94-bis al d.P.R. n. 309 del 1990, riducendo da quattro a tre anni la pena massima e consentendo ai recidivi l'affidamento in prova per l'attuazione di un programma terapeutico di recupero dalla tossicodipendenza; la stessa legge aveva altresì introdotto la lettera c) al comma 9 dell'art. 656 c.p.p., escludendo la sospensione della esecuzione della pena per i recidivi anche se tossicodipendenti inseriti in un programma terapeutico di recupero. Il Governo con l'art. 4 del d.l. 30 dicembre 2005, n.272, come convertito con modificazioni dall'art. 1 della legge 21 febbraio 2006, n.49, ritenuta la straordinaria necessità e urgenza di garantire l'efficacia dei programmi di recupero anche in caso di recidiva, aveva abrogato il predetto art. 94-bis e aveva

modificato l'art. 656, comma 9, lettera c), cod. proc. pen., ripristinando la sospensione dell'esecuzione della pena nei confronti dei tossicodipendenti con un programma terapeutico in atto, alle condizioni precedentemente previste.

La **Corte Costituzionale**, con sentenza **n. 94** del 20 aprile 2016 ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 4-quater affermando che, diversamente dall'art. 4 che contiene norme a carattere processuale, l'art. 4-quater prevede anche norme a carattere sostanziale del tutto svincolate da finalità di recupero del tossicodipendente e orientate a finalità di prevenzione di pericoli per la sicurezza pubblica. La Corte, riconoscendo alla predetta disposizione, aggiunta in sede di conversione, una portata sistematica che coinvolge istituti di estrema delicatezza, quali le misure di prevenzione atipiche e le reazioni sanzionatorie alla loro violazione, ha ritenuto estraneo il suo contenuto rispetto alle finalità del decreto-legge in cui è stata inserita, dichiarandone l'illegittimità costituzionale.

Pendono attualmente innanzi alla Corte Costituzionale due questioni di costituzionalità sollevate rispettivamente il **31 luglio e il 29 settembre 2015** rispettivamente dal Tribunale di Perugia e dal Tribunale di Rovereto aventi ad oggetto l'art. 73 dpr 309/90 nella parte in cui prevede la pena edittale minima di anni 8 di reclusione.

I due giudici remittenti premesso che attualmente i fatti di lieve entità, non importa se afferenti a droghe pesanti o leggere, sono puniti e trattati al di fuori del circuito carcerario (considerando i limiti edittali di pena previsti che consentono l'ampio ricorso alla sospensione condizionale e alle misure alternative previste dall'ordinamento penitenziario, nonché la possibilità di sostituzione col lavoro di pubblica utilità ex art. 73 comma 5-bis) hanno evidenziato che invece è opposta la direttrice di politica criminale seguita per il reato avente ad oggetto le droghe pesanti, poiché la pena edittale minima di anni 8 di reclusione preclude, nella generalità dei casi non solo la sospensione condizionale della pena ma anche le misure alternative per la pratica impossibilità di contenere in concreto la pena sotto la soglia di 3 anni (cfr. art. 47 ord. pen.), pur considerando la congiunta riduzione di pena per la concessione delle circostanze attenuanti generiche e per riti speciali a contenuto premiale. Hanno quindi rilevato un contrasto con il principio di proporzionalità delle pene in quanto il limite edittale minimo di 8 anni di reclusione, previsto per il reato maggiore, è addirittura pari al doppio del massimo previsto per il reato minore, considerando questa distanza eccessiva ed irragionevole perché impone al giudice di punire con pene molto diverse tra loro casi sostanzialmente omogenei quanto a contenuto offensivo.

**Il 24 novembre 2015 l'intergruppo parlamentare di cui fanno parte 221 fra membri della Camera e del Senato ha presentato un disegno di legge** per la legalizzazione della vendita e della coltivazione della cannabis che ha ricevuto un sostegno trasversale di diversi partiti. Il disegno di legge:

- autorizza la coltivazione fino a 5 piante di cannabis di sesso femminile previa comunicazione all'Ufficio regionale dei Monopoli competente per il territorio, che provvede a inserire i dati trasmessi tra quelli sensibili sottoposti al Codice della privacy
- autorizza la costituzioni di associazioni senza fini di lucro composte da 50 membri al massimo, ognuno dei quali può coltivare fino a cinque piante
- consente la cessione a titolo gratuito di una quantità inferiore ai limiti (salvo che il destinatario sia persona minore o manifestamente inferma di mente); la punibilità è comunque esclusa qualora la cessione avvenga tra persone minori e la vendita è comunque illegale anche per le piccole dosi. L'autorizzazione alla vendita all'interno del regime di monopolio prevede l'autorizzazione dell'Agenzia delle Dogane e la predisposizione di locali dedicati, la tracciabilità del processo produttivo e il divieto di importazione e esportazione

- individua aree adatte alla coltivazione e norme più agili per la cura con la cannabis
- prevede la destinazione del 5% dei proventi derivanti dalla legalizzazione del mercato della cannabis al finanziamento dei progetti del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga, e dei proventi derivanti dalle sanzioni interamente ad opere di informazione, cura e riabilitazione di consumatori di droghe e tossicodipendenti.

Per quanto riguarda l'**assistenza e la cura dei soggetti tossicodipendenti in stato di detenzione** il nostro ordinamento prevede dei percorsi *ad hoc* per i tossicodipendenti sottoposti a provvedimenti di condanna a pena detentiva, come previsto agli artt. 90 e 94 del D.P.R. 9 ottobre 1990 n.309, recanti rispettivamente la disciplina della sospensione dell'esecuzione della pena detentiva e dell'affidamento in prova in casi particolari.

Inoltre, per effetto di quanto stabilito nell'art. 73 co. 5 bis D.P.R. n. 309/90, introdotto dall'art. 4 bis, co. 1 lett. g) del D.L.272/05 convertito con modifiche dalla Legge n. 49/06, per reati ex art. 73 co. 5, commessi da persone tossicodipendenti o da assuntore di sostanze stupefacenti o psicotrope, può essere applicata con sentenza di condanna la sanzione sostitutiva del lavoro di pubblica utilità, in luogo della pena detentiva.

Fondamentale per l'incremento delle opportunità di riabilitazione e reinserimento sociale è la collaborazione Interistituzionale tra Regioni, Servizi Sanitari, Magistratura di Sorveglianza ed Uffici di Esecuzione Penale Esterna.

Sono stati a questo proposito stipulati **Protocolli d'intesa con le Regioni, gli Enti Locali, ed i Tribunali di Sorveglianza** in cui le Regioni firmatarie si sono impegnate ad adottare misure per potenziare le capacità ricettive delle comunità terapeutiche, idonee ad ospitare persone tossicodipendenti agli arresti domiciliari o in misura alternativa alla detenzione; l'Amministrazione penitenziaria, in attuazione del principio di territorializzazione della pena, si è impegnata a non trasferire, salvo casi eccezionali, i detenuti individuati per l'inserimento comunitario ed a promuovere, anche con il contributo della Cassa Ammende, progetti condivisi con le Regioni e con gli Enti territoriali finalizzati alla gestione integrata dei programmi alternativi alla pena detentiva per le persone tossicodipendenti, con la creazione di equipe territoriali e una effettiva individualizzazione dei percorsi terapeutici.

**Il 22 gennaio 2015 è stato ratificato dalla Presidenza del Consiglio – Conferenza Unificata - l'accordo** previsto dall'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento «Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali» che prevede che in tutti gli istituti penitenziari sia garantita la presa in carico e il trattamento dei detenuti tossicodipendenti e alcolodipendenti (art.2 comma 3) e sia garantita ai detenuti con morbidità complesse, tossicodipendenti, alcolodipendenti, sia garantito un regime particolarmente assistito e cure adeguate in ambito detentivo, anche mediante l'istituzione di sezioni dedicate negli istituti penitenziari con presenza di personale sanitario nelle 24 ore (art. 2 comma 5 e Allegato punto 3.3)

In data 30 novembre 2015 è stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 279 – Serie Generale - il [Decreto del Ministro della salute 9 novembre 2015](#) recante “*Funzioni di Organismo statale per la cannabis previsto dagli articoli 23 e 28 della convenzione unica sugli stupefacenti del 1961, come modificata nel 1972.*” Il decreto, approvato dalle Regioni e Province autonome, oltre ad individuare nel Ministero della salute le funzioni di organismo statale per la coltivazione della cannabis, contiene un Allegato tecnico rivolto a medici e farmacisti per consentire l'uso medico della cannabis in maniera omogenea in Italia.

**09/11/2015** [DECRETO del Ministero della Salute](#)

Funzioni di Organismo statale per la cannabis previsto dagli articoli 23 e 28 della convenzione unica sugli stupefacenti del 1961, come modificata nel 1972. (15A08888) Allegato rettificato dal Comunicato 07 gennaio 2016

[Scheda raccolta dati anonimi dei pazienti trattati per fini epidemiologici \(UCS-ISS-Regioni\)](#)

I farmacisti che allestiscono preparazioni magistrali a base di *cannabis* dovranno attenersi alle Norme di Buona Preparazione (NBP) ricordando che eventuali attività di estrazione devono essere di qualità tale da prevedere la titolazione del/dei principio/principi attivo/i dell'estratto. La sostanza attiva vegetale dopo l'estrazione, deve essere distrutta a seguito delle procedure di constatazione da parte della ASL competenti per territorio, come per i medicinali scaduti ed inutilizzabili. Si richiama infine l'attenzione di tutti gli operatori sanitari sulle attività di fitosorveglianza.

**Riferimenti:**

[http://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2365](http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2365)

PAGINA BIANCA

## **Sessione Speciale dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite sul problema mondiale della droga: UNGASS 2016**

### **New York, 19-21 aprile 2016**

### **Premessa**

La delegazione Italiana alla Sessione Speciale dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite sul tema droga, tenutasi a New York dal 19 al 21 aprile 2016, dopo ben 18 anni dalla sua ultima convocazione, ha visto la presenza dell'On. Andrea Orlando, Ministro della Giustizia, in qualità di capo delegazione.

Il Ministro Orlando è stato accompagnato da alti funzionari della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Politiche Antidroga, del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale, dei Ministeri della Giustizia, degli Interni, del Lavoro e Politiche Sociali, della Salute.

Alla riunione di New York hanno inoltre partecipato rappresentanti delle Organizzazioni Non Governative e della società civile impegnati nel settore delle tossicodipendenze.

Il Ministro Orlando ha portato il contributo del Governo Italiano alla sessione plenaria ed ha partecipato a due tavole rotonde e un "side event" sul tema dell'uso delle droghe e approccio di genere. Il Dirigente del Dipartimento per le Politiche antidroga della PCM, Cons. Patrizia de Rose, l'Ambasciatore Italiano presso le Nazioni Unite Sebastiano Cardi e il Ministro Plenipotenziario Emilia Gatto hanno attivamente partecipato a successive tavole rotonde e eventi rappresentando a loro volta il Governo.

Di seguito sono riportati i testi degli interventi dei rappresentanti del Governo Italiano agli eventi che si sono succeduti nel corso dell'Assemblea.

**Dichiarazione del Capo della Delegazione italiana  
Ministro della Giustizia On. Andrea Orlando**

Sessione Plenaria

New York, 20 aprile 2016

Grazie Signor Presidente, Eccellenze, Signore e Signori,

Nell'allinearmi all'intervento dell'Unione Europea, vorrei condividere alcune osservazioni dal punto di vista dell'Italia.

1. Il tema della droga è una delle principali sfide globali dei nostri tempi. Dall'entrata in vigore delle Convenzioni sulla droga e dalla Dichiarazione Politica del 2009, abbiamo maturato ulteriore esperienza e sono emerse nuove sfide. Dovremmo quindi adattare le politiche nazionali e internazionali, rafforzando gli interventi che si sono dimostrati efficaci e modificando quelli che non hanno funzionato, anche alla luce degli Obiettivi sullo Sviluppo Sostenibile.

L'UNGASS è un'occasione eccezionale per promuovere maggiore consapevolezza circa l'obiettivo ultimo delle Convenzioni sulla droga: la salute e il benessere dell'umanità. Dovremmo sfruttare la flessibilità prevista dalle Convenzioni per applicarle in maniera più bilanciata, efficace ed umana, assicurando che le nostre politiche in materia di droga rispettino pienamente i diritti umani e siano orientate alla tutela della salute.

2. La Comunità internazionale dovrebbe pienamente riconoscere il consumo di droga come una questione sanitaria e la tossicodipendenza come un disturbo multi-fattoriale cronico e curabile, che dovrebbe essere trattato e non punito. Dovrebbe tenere un approccio pragmatico, non ideologico. Un approccio orientato ai risultati, che incoraggi gli Stati nazionali a promuovere politiche pubbliche in considerazione della loro efficacia, più che in obbedienza a mere declamazioni di principio.

La persona umana va posta al centro delle politiche nazionali in materia di droga. Dobbiamo garantire l'accesso all'intera gamma di misure, che includono prevenzione, trattamento, riduzione del rischio e del danno, riabilitazione, recupero totale e reinserimento sociale, prestando speciale attenzione alle donne, ai giovani, ai gruppi vulnerabili e alle persone che hanno meno accesso ai servizi, anche in carcere.

La prevenzione è un investimento cruciale per l'intera società; al riguardo, famiglia e scuola rivestono un ruolo fondamentale. L'HIV/AIDS è tuttora un problema enorme tra le persone che consumano e iniettano droghe: le misure di riduzione del rischio e del danno si sono dimostrate efficaci.

3. Circa tre quarti della popolazione mondiale non ha accesso ad adeguate cure palliative: questa è una delle principali lacune del sistema internazionale per il controllo della droga, che deve essere urgentemente colmata.

4. Dobbiamo assicurarci che i sistemi nazionali di giustizia penale riflettano pienamente il principio di proporzionalità delle pene sancito dalle Convenzioni. La legge italiana prevede diverse misure alternative alla detenzione per le condotte di minore gravità e assicura l'accesso alle cure sanitarie anche in carcere. Da anni

l'Italia ha depenalizzato il consumo personale di droga. Inoltre, nel gennaio 2016 abbiamo depenalizzato alcune violazioni legate alla coltivazione della cannabis per fini medici.

5. Siamo impegnati nel contrasto al traffico di droga ed ai suoi molteplici legami con altri crimini gravi, inclusi corruzione e terrorismo. Sollecitiamo tutti gli Stati Membri a promuovere ulteriormente l'uso degli strumenti previsti dalla Convenzione del 1988 e dalla Convenzione di Palermo contro il crimine organizzato transnazionale e dai suoi Protocolli addizionali, per rafforzare la cooperazione internazionale giudiziaria e di polizia.

6. L'attuazione dell'Agenda 2030 impone ulteriori sforzi per affrontare le cause socio-economiche del problema mondiale della droga, in stretta collaborazione con tutti gli attori. Una efficace cooperazione con la comunità scientifica, la società civile ed il settore privato è fondamentale per l'elaborazione, l'attuazione, il monitoraggio e la valutazione delle politiche in materia di droga. Incoraggiamo tutte le organizzazioni internazionali, tra cui la FAO e l'IFAD, a rafforzare la collaborazione con la Commissione Droga.

7. L'Italia si oppone fermamente all'uso della pena di morte in ogni circostanza, incluso per i reati di droga. Siamo delusi che gli Stati Membri non siano riusciti ad affrontare questa questione cruciale nell'outcome document. Sollecitiamo tutti i Paesi che ancora applicano la pena di morte per questi reati ad adottare una moratoria, quale primo passo verso la sua definitiva abolizione.

Grazie Signor Presidente.

**Intervento del Capo Delegazione della Repubblica Italiana  
Ministro della Giustizia On. Andrea Orlando**

***Tavola rotonda III***

**Temi trasversali: droga e diritti umani, giovani, donne, bambini e comunità**

New York, 20 aprile 2016

Grazie Signor Presidente, Eccellenze, Signore e Signori,

Nell'allinearci all'intervento dell'Unione Europea, vorremmo condividere alcune osservazioni a titolo nazionale.

1. Il rispetto e la promozione delle libertà fondamentali e dei diritti umani nel quadro delle politiche nazionali e internazionali in materia di droga non è solo un imperativo morale ma anche precondizione per la piena efficacia di tali politiche. L'Italia è fermamente convinta che la tutela dei diritti umani debba essere parte integrante delle politiche internazionali sulla droga.

2. L'UNGASS è una straordinaria occasione per incrementare i nostri sforzi per porre definitivamente la persona umana, la sua salute e il suo benessere al centro delle politiche in materia di droga, in linea con il fine ultimo delle tre convenzioni sulla droga.

3. Dovremmo esaminare tutte le lacune delle nostre politiche sulla droga dal punto di vista dei diritti umani, in materia di riduzione sia della domanda che dell'offerta, per garantire che l'applicazione delle convenzioni internazionali sulla droga rispetti pienamente gli standard internazionali in materia di diritti umani.

4. A tal riguardo, dovremmo riservare un'attenzione particolare ai bisogni specifici di donne, bambini, giovani e membri vulnerabili della società. Non solo perché essi hanno bisogno di misure specifiche e mirate, per esempio dal punto di vista sanitario e della giustizia penale, ma anche perché i fatti dimostrano come questi membri più vulnerabili della società siano più spesso vittime di violazioni dei diritti umani.

5. Siamo lieti che il documento finale dell'UNGASS includa un riferimento al consenso informato per il trattamento sanitario. Dalla sua introduzione nella legislazione italiana a partire dagli anni '70, abbiamo potuto verificare come il consenso informato sia un elemento fondamentale per l'efficacia delle cure.

6. L'accesso per fini medici alle sostanze poste sotto controllo internazionale è una delle principali sfide per il sistema internazionale per il controllo della droga ed è anche direttamente collegato al diritto alle cure. Il recente rapporto dell'INCB su tale materia fornisce un contributo molto utile e tempestivo per affrontare questa sfida.

7. L'UNGASS è un'occasione straordinaria per incrementare i nostri sforzi per assicurare che i nostri sistemi penali siano fondati sul principio di proporzionalità, che ha anche implicazioni concrete sul versante della tutela dei diritti umani. Le convenzioni prevedono infatti che "le condotte più gravi siano assoggettate a sanzioni adeguate in particolare con la detenzione" e che quelle di minore gravità non siano da punire necessariamente con severe sanzioni penali. Un approccio meramente punitivo nei confronti del tossicodipendente è contrario allo spirito delle convenzioni e non contribuisce al recupero della persona. È necessario il mantenimento di un regime detentivo di lunga durata per i trafficanti di droga. Inoltre, tanto i consumatori quanto i trafficanti di droga dovrebbero beneficiare del diritto di accesso ad un trattamento sanitario più adeguato, della protezione da maltrattamenti e torture e del diritto alla vita.

8. L'applicazione della pena capitale per reati in materia di droga è una evidente violazione dei diritti umani. Come riconosciuto dall'INCB, dall'UNODC e dall'Alto Commissario per i Diritti