

ISSN 1127-8579

Pubblicato dal 02/02/2016

All'indirizzo <http://www.diritto.it/docs/37770-le-sostanze-d-abuso-e-il-carcere-in-italia>

Autore: Baiguera Altieri Andrea

Le sostanze d' abuso e il carcere in Italia

LE SOSTANZE D' ABUSO E IL CARCERE IN ITALIA

del Dottor Andrea Baiguera Altieri

and.baiguera@libero.it
baiguera.a@hotmail.com

1. Introduzione : il confuso panorama normativo italiano degli Anni Settanta del Novecento.

L' Art. 75 StGB dispone che << l' esecuzione della pena deve promuovere il comportamento sociale del detenuto ... [deve] garantire assistenza al detenuto [ed] ovviare alle conseguenze nocive della privazione della libertà >>. Similmente, l' Art. 27 comma 3 della Costituzione italiana asserisce: << le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato >>. In entrambi i casi, si tratta indubbiamente di una *ratio* teorica encomiabile, eppur difficile nella Prassi quotidiana, tant' è che si è giunti a parlare di << mito >> risocializzativo (PONTI 1990), anziché di risocializzazione concreta.

In Italia, soltanto nel 1975, la << Riforma Margara >> predispose interventi trattamentali specificamente indirizzati al recupero dei consumatori di sostanze d' abuso. Dunque, anche nell' ambiente carcerario, la rieducazione culturale e lavorativa venne finalmente congiunta alla cura medica delle turbe psico-fisiche. Tuttavia, ad onor del vero, nell' Italia della neo-promulgata L. 354/1975, le priorità della Politica Criminale nazionale rimasero il terrorismo anarchico, il boom dei sequestri di persona a scopo di estorsione, la Mafia sicula e la sempre più solida Camorra campana. Sicché la tutela socio-sanitaria dei tossicodipendenti nei Penitenziari passò in secondo piano.

Sotto il profilo antropologico e pure psico-forense, l' intossicazione cronica da droghe toglie all' individuo uncinato la possibilità di continuare a vivere nel rispetto di quel << patto sociale implicito >> tanto caro a Grozio ed ai suoi seguaci gius-naturalisti.

Attualmente, nella Criminologia europea, il tossicomane è reputato trattabile a tre livelli distinti: il livello **genetico**, quello **psico-dinamico** e quello **sociale**. Chi scrive nega, comunque, la lombrosiana presenza di presunte ed immutabili predisposizioni genetiche o biologiche, pur se oggi mettere in discussione la presenza pre-natale di geni dannosi significa essere politicamente scorretti, in tanto in quanto si viene a porre in crisi la grande e miliardaria macelleria delle interruzioni volontarie di gravidanza. Siffatta situazione era la medesima ai tempi della Germania eugenetica nazista nonché dell' Unione sovietica.

Sino agli Anni Ottanta del Novecento, il mercato delle droghe venne dominato, in gran parte, dall' eroina, ma pure dalla canapa indiana, dalle amfetamine, dalla cocaina, dall' acido lisergico e dalle immancabili bevande alcoliche legali o semi-legali.

Sin dal Secolo scorso, di solito si parlava e si parla di poli-tossicomania, ovvero di consumo simultaneo di più d' una sostanza stupefacente, psicotropa o psico-attiva. Tutti questi preparati, specialmente l' eroina, recavano e recano l' individuo, anche durante la reclusione, ad un regresso verso un << Io >> infantile, egocentrico ed incapace di rispettare le più elementari condizioni dell' ordinario patto di non violenza tra consociati. Pertanto, l' eroinomane è un soggetto debole, che abbisogna di reparti carcerari appositi, nei quali la rieducazione tenta di coniugarsi con la disintossicazione tanto a livello organico quanto a livello mentale. La L. 354/1975 parla, sin dalla prima stesura, di << trattamento differenziato >>. Siffatta specificità trasformò, una trentina d' anni fa, il Medico Psichiatra da esperto nella cura di malattie ad operatore sociale, chiamato a prevenire devianze delinquenziali. Anzi, ormai, specialmente negli USA, la Psichiatria carceraria è onnipotente ed onnipresente.

2. La situazione italiana negli Anni Ottanta del Novecento.

Negli Anni Ottanta, l' eroinomane e l' alcoolista detenuto cominciarono ad essere riabilitati non soltanto attraverso l' uso di farmaci, ma anche per mezzo di un serio e duraturo percorso psicoterapeutico. Anzi, ben presto la L. 685/1975 recò ad una proficua collaborazione tra il carcere e tutti i luoghi di offerta formativa presenti sul territorio circostante. In special modo, l' Art. 84 L. 685/1975 congiunse il lavoro degli Educatori penitenziari a quello delle UU.SS.LL. geograficamente prossime al Distretto carcerario.

La L. 685/1975 venne abrogata dalla successiva L. 663/1986, la quale prevedeva, per il tossicomane detenuto, lunghi periodi di risocializzazione extra-muraria. Una prima forma alternativa alla << *prison fermée* >> fu quella degli **arresti domiciliari** presso una comunità di recupero (Artt. 254 bis e 254 ter L. 663/1986). In secondo luogo, venne incentivato ed agevolato anche l' **affidamento in prova** ai Servizi Sociali, purché la condanna non superasse i 3 anni di reclusione e purché il tossicodipendente proseguisse con regolarità il proprio difficile cammino verso la disintossicazione psico-fisica totale.

La L. 663/1986 venne rafforzata dalla di poco precedente L. 279/1985, che decretò ufficialmente la nascita delle comunità terapeutiche di recupero, in parte finanziate dalla Pubblica Amministrazione, ma soprattutto da denaro privato. L' Italia e, più latamente, l' Europa stava comprendendo via via che le tossicomanie debbono essere curate e non falsamente nascoste attraverso forme di segregazione detentiva di matrice neo-retribuzionistica. Chi reca dipendenze da sostanze d' abuso è anzitutto portatore di una patologia e l' isolamento intra-murario porta soltanto a rabbia repressa e recidiva post-carceraria.

Infine, con la Riforma Vassalli-Pisapia del 1989, il comma 5 del nuovo Art. 275 C.p.p. statui che << *non può essere disposta la custodia cautelare in carcere [...] quando imputata è una persona tossicodipendente o alcolodipendente che abbia in corso un programma terapeutico di recupero nell' ambito di una struttura autorizzata, e l' interruzione del programma può pregiudicare la disintossicazione dell' imputato* >>. Per la prima volta, nel Diritto Processuale Penale italiano, la poli-tossicomania venne compresa appieno quale fenomeno patologico bisognoso di cure terapeutiche e non di sanzioni giuridico-penalistiche

Sotto il profilo statistico, gli Anni Ottanta del Novecento, in Italia, registrarono i primi drammatici segnali di incremento esponenziale del numero di tossicomani reclusi. Nel 1986, il 19 % dei detenuti era eroinomane e/o cocainomane. Nel 1988, tale cifra salì ad un preoccupante 24 %. Come prevedibile, la quasi totalità dei tossicodipendenti incarcerati doveva rispondere di reati quali lo spaccio, la detenzione non modica di sostanze, il furto e la rapina. La recidiva e, dunque il reiterato ritorno in Penitenziario presentava tassi assai elevati, in tanto in quanto un eroinomane senza lavoro era ed è solito delinquere al fine di mantenersi la propria dose quotidiana. Negli Anni Ottanta, l' 80 % dei tossici detenuti aveva ripetuto numerose volte l' esperienza della reclusione.

Il triennio 1986 – 1988 fu segnato pure dalla nuova emergenza dell' AIDS. Nel 1988, ben 6.679 detenuti, in Italia, risultarono sieropositivi. L' Art. 47 bis Ordine Penitenziario (abrogato nel 1998) non riuscì a diminuire la quantità dei ristretti infettati dall' HIV. Senza dubbio, l' emergenza della sieropositività e dell' AIDS conclamato costituirono un problema oltremodo grave per il Diritto Penitenziario e la Procedura Penale della seconda metà degli Anni Ottanta del Secolo scorso. I sieropositivi detenuti erano deboli, rifiutati, emarginati. Solitamente, cadevano in condizioni di profonda depressione, incompatibili con la reclusione. Inoltre, l' AIDS spesso era concomitante con epatiti fisicamente devastanti e dolorose. In buona sostanza, dal 1980 al 1989, la L. 354/1975 conobbe una profonda crisi a causa dei troppi tossicodipendenti reclusi. Le UU.SS.LL. non reggevano più la quantità eccessiva di interventi richiesti e gli Educatori oscillavano tra le esigenze della vecchia Pedagogia e la nuova necessità di curare riabilitando e di riabilitare curando.

3. **Gli attuali benefici extra- / semi- murari per tossicodipendenti in Italia (Anni Novanta ed Anni Duemila).**

Dopo l' esperienza fallimentare degli Anni Settanta e Ottanta del Novecento, è universalmente condiviso che, *post judicatum*, il tossicodipendente abbia il legittimo diritto di scontare la propria pena privativa della libertà al di fuori del perimetro carcerario. La tossicodipendenza è e rimane un patologia grave. Molti sono i fattori di rischio socio-sanitario, sia per il condannato intossicato sia per il resto della popolazione detenuta.

Senz' altro, nel caso di reati spiccatamente gravi e nel caso di pene medio-lunghe, esiste la necessità di porre piuttosto in risalto il profilo sanzionatorio-repressivo, ma, soprattutto in presenza di condanne lievi, il tossicomane abbisogna di una salutare mescolanza tra risocializzazione pedagogica e disintossicazione medica dalle sostanze d' abuso assunte *ante judicatum* o, comunque, prima della reclusione in via cautelare

I tossicodipendenti affetti da sieropositività o AIDS conclamato beneficiano dell' affidamento in prova ai Servizi Sociali, oppure della detenzione domiciliare. Si tratta di un' alternativa più che comprensibile, introdotta dalla L. 231/1999, che ha recato al nuovo Art. 47 quater OP. Tuttavia, il sieropositivo deve comunque avere in corso od iniziare senza indugio un serio programma di cure sanitarie per il contenimento dell' AIDS (comma 1 Art. 47 quater OP). In caso di applicazione della misura della detenzione domiciliare, i centri di servizio sociale per adulti svolgono l' attività di sostegno e controllo circa la concreta e fattuale attuazione del programma socio-riabilitativo (comma 4 Art. 47 quater OP). Se il beneficio è concesso, ma il tossicomane infetto da HIV è socialmente pericoloso, oppure prosegue a delinquere, il Magistrato di Sorveglianza ne prende atto e può revocare qualsivoglia misura alternativa, specialmente a fronte della commissione di delitti gravemente anti-sociali ed anti-giuridici (comma 6 Art. 47 quater OP). Quando il Giudice revoca il beneficio dell' affidamento in prova o della detenzione domiciliare, il reo malato di HIV viene ristretto presso un istituto carcerario dotato di un reparto ospedaliero attrezzato per la cura dell' AIDS (comma 7 Art. 47 quater OP).

Un secondo beneficio extra-murario per reclusi con problemi di droga è la **sospensione dell' esecuzione della pena detentiva** ex Art. 90 TU 309/1990, novellato dalla L. 162/1990 e, più recentemente, dalla L. 49/2006.

La sospensione dura 5 anni ed è decisa dal Tribunale di Sorveglianza qualora il condannato si trovi in carcere << *per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendente* >> (comma 1 Art. 90 TU 309/1990). Tuttavia, il beneficio in questione può essere rilasciato soltanto se il tossicodipendente si è sottoposto, con esito positivo, ad un programma di disintossicazione presso un' apposita struttura sanitaria autorizzata, tanto pubblica quanto privata (comma 1 cpv. 1 Art. 90 TU 309/1990). Un secondo requisito indispensabile richiesto per accedere alla sospensione della pena è quello di aver riportato una condanna alla reclusione di durata non superiore a 6 anni, oppure non superiore a 4 anni se il delitto commesso è violento, eversivo o di matrice terroristica o mafiosa (comma 1 cpv. 2 Art. 90 TU 309/1990). In terzo luogo, al tossicodipendente è negata la sospensione dell' esecuzione della pena detentiva qualora egli venga nuovamente condannato nel periodo di tempo compreso tra l' inizio della terapia e la pronuncia della sospensione.

In buona sostanza, è richiesta al reo la massima collaborazione nonché un concreto ravvedimento operoso (comma 2 Art. 90 TU 309/1990). Anche la recidiva non è tollerata dal Legislatore, poiché la sospensione è fruibile una volta sola e, quindi, non in presenza di una disinibita carriera criminale, che finisce per strumentalizzare l' abuso di sostanze stupefacenti (comma 4 Art. 90 TU 309/1990).

Una terza possibilità di fruire *post judicatum* di un beneficio extra-murario consta nell' istituto della **detenzione domiciliare**. In concreto, il tossico cronico e/o l' alcoolista abituale possono espiare la pena nella propria abitazione od in un luogo di cura se ricorrono << *condizioni*

di salute particolarmente gravi, che richiedono costanti contatti con i presidi sanitari territoriali>> (lett. c comma 1 Art. 47 ter OP, novellato dalla L. 165/1998 nonché dalla L. 251/2005).

Tuttavia, la detenzione domiciliare non può essere concessa qualora la pena detentiva riportata superi i 4 anni di reclusione o sia relativa ai reati di cui all' Art. 4 bis OP (terrorismo, delittuosità violenta e criminalità organizzata).

La detenzione domiciliare, inoltre, è revocata se il soggetto, benché completamente uncinato dagli stupefacenti e/o dall' alcool, si rende responsabile di altri ulteriori reati e rifiuta le regolari cure ingiunte dal Magistrato di Sorveglianza (comma 6 Art. 47 ter OP). Egualmente, la fuga dal luogo di detenzione domiciliare provoca la decadenza da ogni beneficio extra-murario (commi 8 e 9 Art. 47 ter OP – comma 9 novellato dalla L. 165/1998).

In quarto luogo, il tossicodipendente incarcerato può beneficiare dell' **affidamento in prova** ex Art. 47 OP. Se la pena non supera i 3 anni, il condannato può essere affidato ai Servizi Sociali fuori dall' istituto per un periodo uguale a quello della pena da scontare (comma 1 Art. 47 OP)

Il provvedimento è adottato sulla base dei risultati dell' osservazione della personalità, condotta da tutti gli Educatori penitenziari per almeno un mese in istituto, nei casi in cui si può ritenere che il provvedimento stesso contribuisca alla rieducazione del reo e assicuri la prevenzione del pericolo che egli commetta nuovi reati (comma 2 Art. 47 OP).

L' affidamento in prova al servizio sociale può essere disposto senza procedere all' osservazione personologica in istituto quando il condannato, dopo la commissione del reato, ha serbato un comportamento tale da consentire l' affidamento immediato (comma 3 Art. 47 OP)

Se l' istanza di affidamento in prova è proposta dopo che ha avuto inizio l' esecuzione della pena, il Magistrato di Sorveglianza può sospendere l' esecuzione della pena e ordinare la liberazione del condannato, quando sono offerte concrete indicazioni sulla sussistenza dei presupposti per l' ammissione all' affidamento in prova ed al grave pregiudizio derivante dalla protrazione dello stato di detenzione e non vi sia pericolo di fuga (comma 4 cpv. 1 Art. 47 OP).

All' atto dell' affidamento è redatto un verbale in cui sono dettate le prescrizioni che il soggetto dovrà seguire in ordine ai suoi rapporti con il servizio sociale, alla dimora, alla libertà di locomozione, al divieto di frequentare determinati locali e al lavoro (comma 5 Art. 47 OP).

Con lo stesso provvedimento può essere disposto che durante tutto o parte del periodo di affidamento in prova il condannato non soggiorni in uno o più comuni, o soggiorni in un comune determinato. In particolare sono stabilite prescrizioni che impediscano al soggetto di svolgere attività o di avere rapporti personali che possono portare al compimento di altri reati (comma 6 Art. 47 OP).

Nel verbale deve anche stabilirsi che l' affidato si adoperi per quanto possibile in favore della vittima del suo reato ed adempia puntualmente agli obblighi di assistenza familiare (comma 7 Art. 47 OP)

Nel corso dell' affidamento, le prescrizioni possono essere modificate dal Magistrato di Sorveglianza (comma 8 Art. 47 OP).

Il servizio sociale riferisce periodicamente al Magistrato di Sorveglianza sul comportamento del soggetto (comma 9 Art. 47 OP).

Il Servizio Sociale controlla la condotta del soggetto e lo aiuta a superare le difficoltà di adattamento alla vita sociale, anche mettendosi in relazione con la sua famiglia e con gli altri suoi ambienti di vita (comma 10 Art. 47 OP).

L' affidamento è revocato qualora il comportamento del soggetto, contrario alla Legge o alle prescrizioni dettate, appaia incompatibile con la prosecuzione della prova (comma 11 Art. 47 OP).

Infine, esiste, anche per i tossicomani e gli alcoolisti cronici, l' istituto della **semilibertà** di cui agli Artt dal 48 al 52 OP. In sostanza, la semilibertà consiste nel << *concedere al condannato di trascorrere parte del giorno fuori dall' istituto per partecipare ad attività lavorative, istruttive o comunque utili al reinserimento sociale* . I condannati ammessi al regime di semilibertà sono

assegnati in appositi istituti o in apposite sezioni autonome di istituti ordinari >> (commi 1 e 2 Art. 48 OP)

Possono essere espiate in regime di semilibertà la pena dell' arresto e la pena della reclusione non superiore ai sei mesi, il che accade sovente ai piccoli spacciatori, i quali, nella maggior parte dei casi, debbono patire pene detentive brevi (comma 1 Art. 50 OP).

In casi ordinari, la semilibertà è fruibile, con il consenso del Magistrato di Sorveglianza, dopo l' espiazione di almeno metà della pena o, in casi gravi, dopo aver scontato due terzi della reclusione totale (comma 2 Art. 50 OP).

Ai sensi del comma 4 Art. 50 OP, è richiesta la massima collaborazione del detenuto, il quale deve dar prova di un ravvedimento operoso sincero ed interiorizzato, unito, dunque, a concreti progressi rieducativi. Se, viceversa, non ricorrono tali condizioni, la semilibertà non viene concessa. In effetti, il comma 1 Art. 51 OP statuisce che *<< il provvedimento di semilibertà può essere in ogni tempo revocato quando il soggetto non si palesi idoneo al trattamento >>*

4. Profili statistici relativi alla situazione italiana.

Nell' Ordinamento italiano, il Dipartimento per l' Amministrazione Penitenziaria fornisce sia la cifra dei tossicomani già reclusi (c.d. **dato puntuale**), sia la cifra dei nuovi ingressi in carcere (c.d. **dato di flusso**). Di solito, gli aggiornamenti statistici hanno una cadenza semestrale. Un terzo dato numerico da non sottovalutare consiste nel computo della **media dei giorni di permanenza in Penitenziario** per ciascun tipo di tossicodipendente.

Nel 2013, 14.879 ristretti, in Italia, avevano problemi di abuso di sostanze. Essi rappresentavano il 23,8 % della popolazione carceraria totale. Rispetto al 2012, si nota un calo pari al - 5 % dei tossicomani detenuti, i quali, nel 2012, erano 15.663 e, nel 2013, 14.879.

Siffatto calo vale anche per gli alcoolisti acuti e per i consumatori occasionali, i quali erano 18.285 nel 2012 e 16.543 nel 2013, con una flessione percentuale del - 9,5 %. Si tratta di un dato assai positivo, in tanto in quanto il carcere costituisce uno strumento totalmente non idoneo per la cura delle dipendenze. Il decremento del numero di tossici detenuti è cominciato nel 2001 (22.808 intossicati detenuti). L' unico anno negativo è stato decisamente il 2008, che ha fatto registrare un picco di 30.528 individui problematici, scesi a 18.285 nel 2012 e, finalmente, a 16.543 nel 2013.

In totale, gli ingressi in carcere, per reati commessi in violazione del TU 309/1990, legati al traffico di sostanze stupefacenti, presentano una riduzione nel 2013 rispetto al 2012, poiché si passa da 21.285 ingressi a 19.069 (- 10,4 %). Con riferimento al numero totale di ingressi nell' anno, gli ingressi per violazione al TU 309/1990 hanno rappresentato, nel 2013, il 32,1 % (34 % nel 2012). E' importante sottolineare che il 35 % dei soggetti entrati negli istituti penitenziari nel 2013 per reati in violazione alla Normativa sugli stupefacenti sono usciti in libertà nel corso dell' anno. Basti pensare che, avanti all' Autorità Giudiziaria italiana, le Disposizioni Penali del TU 309/1990 sono state oggetto di contestazione 27.417 volte nel 2001 (34,9 %), 26.163 volte nel 2010 (30,9 %) e 19.069 volte nel 2013 (32,1 %).

Nel 2013, si è osservato un decremento in percentuale degli ingressi di soggetti stranieri per reati in violazione del TU 309/1990, ovverosia dal 34,5 % del 2012 al 32,5 % del 2013. Una modesta riduzione si è rilevata anche per i soggetti di nazionalità italiana (33,2 % nel 2012 e 31,8 % nel 2013).

Rispetto al 2012, si registra un lieve aumento, pari allo 0,7 %, di ingressi di minorenni in carcere per reati di cui al TU 309/1990. La reclusione di minorenni in violazione alla Normativa sugli stupefacenti ha riguardato quasi esclusivamente maschi (95,9 %), con prevalenza di soggetti italiani (57,1 %).

Il 94,8 % dei soggetti posti in affidamento nel 2013 è costituito da maschi. Nel 91,7 % dei casi, si tratta di cittadini italiani. La classe di età più rappresentata oscilla dai 35 ai 44 anni (39,1%). La maggior parte degli affidamenti nel corso del 2013, pari al 56 %, ha avuto la chiusura del procedimento con esito favorevole, mentre le revoche per andamento negativo hanno costituito soltanto il 23,9 % del totale degli affidi in prova. E' utile sottolineare che ai 2.499 affidi concessi nel

corso del 2013 vanno aggiunti quelli già in esecuzione da anni precedenti, che risultano pari a 1.930. Il totale degli affidamenti ha coinvolto quindi 4.429 soggetti con un aumento del 5,1 % rispetto al 2012.

5. Drogarsi ieri e oggi : perché ?

CANCRINI (1973) distingue tra consumatori, tossicodipendenti e tossicomani.

A parere del citato Autore, sono **consumatori** << coloro che fanno uso sporadico, discontinuo o limitato ad occasioni eccezionali delle sostanze psicotrope ... con livelli piuttosto bassi di dosaggio, in modo da non instaurare una dipendenza >>. Certamente, la cannabis e l'alcool non provocano uncinamento nel breve periodo. Viceversa, l'eroina e la cocaina, specialmente se fumata, causano maggiori disagi psico-fisici dopo poche assunzioni.

Viceversa, è **tossicodipendente** chi ormai non può più vivere e lavorare regolarmente senza una dose quotidiana della sostanza d'abuso, in tanto in quanto << il soggetto tossicodipendente ha bisogno della sostanza, i tempi dell'assunzione non sono più dettati dalla volontà, ma dalla necessità. Un tossicodipendente è condizionato dall'urgenza dell'assunzione >>. Entro siffatto contesto di totale asservimento psico-fisico, nascono sovente condotte criminali indispensabili per l'acquisto dello stupefacente.

In terzo ed ultimo luogo, esiste la categoria dei **tossicomani**. In questo caso, << la droga diventa la ragione di vita, l'orizzonte di senso, il motore immobile cui ruota attorno la vita ... la bussola, il fardello da portare sulle spalle e lo scopo ultimo del viaggio >>. La tossicomania radicale e totalizzante viene di solito indotta dall'eroina, dal crack e dall'alcool. Anche nel caso ora in esame, frequentemente si avvia una carriera criminale finalizzata a poter comperare ogni giorno la quantità ormai irrinunciabile di preparato psicoattivo.

Con molto equilibrio democratico-sociale, VERGA (2007) afferma che << ancora oggi, nell'immaginario collettivo, un emarginato armato di coltello ci appare più mostruoso di un grande criminale economico >>. In effetti, il tossicodipendente raramente pone in essere condotte anti-normative eclatanti o grandemente destabilizzanti. In ogni caso, il tossicomane rimane pur sempre recuperabile. All'opposto, un reo di concussione, corruzione o peculato molto difficilmente potrà intraprendere un percorso riabilitativo che gli conferisca un'auto-coscienza del danno provocato dal proprio *white collar crime* nel tessuto sociale e a livello di pubblica fede. Molte politiche anti-droga vengono strumentalizzate per fini elettorali, sicché un certo proibizionismo parolaio << è ancora utile come vessillo di una battaglia in nome dei valori dell' "igiene " e della "moralità ", da contrapporre al colpevole lassismo della controparte politico-ideologica del caso>> (VERGA, *ibidem*).

A livello globale, negli Anni Duemila, si è provocata una netta differenziazione tra il grande narcotraffico della cocaina e dell'eroina e, dal lato opposto, il piccolo o medio spaccio di droghe meno costose, come la cannabis, gli allucinogeni e le amfetamine. Nel primo caso, le Polizie nazionali si trovano a dover combattere contro grandi organizzazioni di stampo mafioso, mentre, nel secondo caso, i laboratori di produzione delle sostanze sintetiche o di quelle cc.dd. " leggere " sono contraddistinti da dimensioni piccole e di calibro artigianale. In particolar modo, è utile precisare ed evidenziare che il narcotraffico della cocaina e dell'eroina si può contrastare radicalmente solo bloccando i capitali illeciti, che vengono sistematicamente riciclati in paradisi fiscali grazie alla copertura di attività imprenditoriali apparentemente regolari nonché insospettabili. Ultimamente, l'ONU ha dovuto prendere atto che, in Stati oltremodo problematici, come la Colombia e la Birmania, le mafie della cocaina sudamericana e dell'oppio asiatico sono giunte al punto di detenere persino il controllo diretto della Pubblica Amministrazione statale, ormai quasi completamente corrotta e, quindi, asservita supinamente ai cartelli del commercio mondiale delle droghe. Tuttavia, si ribadisce di nuovo che la più grande sfida rimane quella del riciclaggio bancario e finanziario, poiché << la mafia agisce come un grande collettore di denaro, che passa dall'area

legale a quella illegale e, come una membrana semipermeabile , che filtra nuovamente nell' area legale dopo aver lavati i capitali sporchi provenienti dall' area illegale >> (FERRACUTI & BRUNO, 1988).

Nella Criminologia europea del Novecento, si rimarca che la **criminalità diretta** del tossicodipendente è, paradossalmente, quella meno temibile, in tanto in quanto, durante l' effetto fisico della sostanza d' abuso, le trasgressioni sono riparabili e di modesta entità, con la tragica eccezione dell' omicidio colposo stradale. Viceversa, il tossico è solito delinquere in maniera efferata e violenta quando sopraggiunge lo **stato d' astinenza** e, pertanto, inizia il panico di non poter avere denaro sufficiente per procurarsi l' ormai indispensabile dose quotidiana. Inoltre, esiste pure una **criminalità ambientale**, che si palesa, per esempio, nelle giovani tossicodipendenti donne che si prostituiscono. In ogni caso, sotto il profilo statistico, meno pesante è la droga assunta, meno anti-sociale sarà la condotta del consumatore. L' unico caso grave e temibile è la **poli-tossicomania**, ovvero la mescolanza disordinata di più tipi di principio attivo, compresi l' alcool, i neurolettici e le benzodiazepine. In quest' ultimo sciagurato caso, i freni inibitori divengono completamente assenti, come si verifica nella ormai diffusa fattispecie della violenza carnale di gruppo durante il fine settimana all' uscita dei locali giovanili da ballo.

B I B L I O G R A F I A

CANCRINI, *Esperienze di una ricerca sulle tossicomanie giovanili in Italia*, Mondadori Editore, Milano, 1973

FERRACUTI & BRUNO, *La criminalità organizzata nella prospettiva criminologica*, in FERRACUTI (a cura di), *Trattato di criminologia, medicina criminologica e psichiatria forense*, Vol. 9, Giuffrè, Milano, 1988

PONTI, *Compendio di Criminologia*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1990

VERGA, *Le droghe e la presunta inefficacia del proibizionismo*, in *Rivista italiana di Conflittologia*, Maggio 2007

Dottor Andrea Baiguera Altieri lic. jur. svizzero

and.baiguera@libero.it

baiguera.a@hotmail.com