CAMERA DEI DEPUTATI N. 1881

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

COLUCCI, CRAXI, MOSCA, MARIOTTI, GUADALUPI, SIGNORILE, FERRI MARIO, DELLA BRIOTTA, MACCHIAVELLI, ORLANDO, BALZAMO, BENSI, SPINELLI, CASCIO, CANEPA, LENOCI, PELLICANI MICHELE

Presentata il 16 marzo 1973

Nuove norme per la repressione del traffico di stupefacenti e psicodroghe e per la prevenzione e cura delle tossicomanie

ONOREVOLI COLLEGHI ! — Una riforma della vigente legislazione che si proponga di incidere radicalmente sul complesso « problema della droga » ad avviso dei proponenti deve operare secondo le seguenti linee:

1) porre fine all'identità di trattamento fra il trafficante ed il consumatore di droga, che è priva di qualsiasi fondamento razionale e morale e che costituisce una remora spesso insormontabile alla identificazione degli spacciatori;

2) condurre alle logiche conseguenze il principio oramai acquisito che il tossicomane è un infermo e non un criminale e quindi sottoporlo ad un trattamento sanitario e non ad una sanzione penale;

3) riservare al legislatore – tenendo conto delle più recenti acquisizioni della scienza – l'inclusione delle varie sostanze nell'elenco delle sostanze tossicomanogene evitando qualsiasi arbitrio e strumentalizzazione della materia.

Si ritiene che un'indagine conoscitiva del Parlamento si imponga al fine di acquisire dati ed elementi di giudizio che permettano la predisposizione di interventi sanitari e penali adeguati.

Ci troviamo, infatti, di fronte ad un fenomeno di estrema complessità e dobbiamo premettere che, malgrado si sia parlato moltissimo del problema della droga, la questione non è stata in Italia, salvo alcune opere recenti, studiata molto bene dal punto di vista scientifico, con ricerche approfondite condotte nel territorio nazionale al fine di accertarne la consistenza, i caratteri e la problematica.

Sono, invece, innumerevoli gli studi condotti all'estero da governi di altri paesi, da fondazioni scientifiche, da istituti di ricerca e da organismi speciali delle Nazioni Unite su un problema che appassiona gli scienziati di tutto il mondo da decenni. Ai fini che qui riteniamo specifici è opportuno muovere dal concetto di sostanze psicotrope, cioè sostanze

che modificano lo stato della coscienza, avendo i più svariati effetti sulla psiche. Fin dai tempi antichissimi gli uomini hanno utilizzato una gamma molto vasta di sostanze di questo tipo; basti pensare all'oppio che era conosciuto già tremila anni fa; al caffè, noto sia in Oriente sia in Sud America, a tutte quelle sostanze come la cola, il mate, il the di cui popolazioni di tutti i continenti hanno fatto un uso larghissimo e quotidiano, per arrivare a quello che è forse il modificatore psichico più importante e diffuso fin dai tempi biblici: l'alcool.

Più recentemente, i progressi delle scienze chimiche hanno portato alla scoperta ed alla sintesi degli alcaloidi delle varie piante psicoattive ed alla scoperta di nuove sostanze capaci di agire sulla psiche fino a creare scienze modernissime come la psicofarmacologia e la neuropsicofarmacologia che studiano l'utilizzazione scientifica delle varie sostanze nell'uomo sulla base della conoscenza dei processi biochimici, sperimentalmente misurabili.

Il grande problema che la scienza e la società si pongono di fronte ad ogni farmaco e ad ogni sostanza è quello di accertare se si tratti di sostanze dannose e talmente nocive da sconsigliarne l'uso anche se la loro utilizzazione sarebbe preziosa.

Ogni farmaco – affermano gli scienziati – va sperimentato con cura per accertare le condizioni specifiche in cui può diventare nocivo. Così nell'ottocento, quando in Europa fu scoperta la morfina, si cominciò a produrre tale potente analgesico su scala industriale ed ancora si ignorava il pericolo dell'assuefazione. Esistono dunque alcune sostanze utilissime in medicina e chirurgia come gli analgesici derivati dall'oppio che, fino a pochi anni or sono, erano insostituibili, ma che, somministrati a certe dosi e con una certa frequenza causano « dipendenza fisica ». Si tratta di un fenomeno biologico per cui una certa sostanza diventa ad un determinato punto necessaria per l'organismo: tanto fisicamente, biologicamente necessaria, che se la somministrazione viene bruscamente interrotta, l'organismo accusa disturbi gravissimi, una vera e propria sindrome da astinenza. In alcuni casi, quando la assuefazione è particolarmente grave, all'interruzione improvvisa può succedere la morte: e ciò è stato verificato sperimentalmente sulle scimmie. Naturalmente la dipendenza fisica non è un fenomeno fatale: può essere facilmente eliminata con processi di disintossicazione relativamente semplici. Nello stesso modo è possibile, sotto controllo medico, somministrare dei farmaci « assuefacenti » in misura e con una frequenza tale che non diano assuefazione. E una conferma viene d'altra parte dalle esperienze antiche di popolazioni che, come medicina popolare o per uso voluttuario o religioso, sapevano, per lunga tradizione, dosare con cura tali sostanze evitando di incorrere nella schiavitù fisica.

È stato doveroso soffermarci sull'effetto di dipendenza fisica comune alla morfina, all'oppio, all'eroina e agli altri derivati dell'oppio: perché è stato a partire da questo effetto che per anni si è cercato in modo errato di definire le tossicomanie e gli stupefacenti. Ma i problemi dei farmaci non si esauriscono con la dipendenza fisica: nel caso dell'amfetamina, la cui capacità di determinare dipendenza fisica non è confermata da tutti gli autori, forti dosi provocano gravi quadri psicotici.

La gamma degli effetti « negativi » dei farmaci non si esaurisce con quelli psicoattivi: tutti i farmaci, se non usati sotto accurato controllo medico, possono dare luogo a danni gravissimi: da danneggiamenti del feto (il caso del talidomide riguarda molti farmaci d'uso comune, che infatti i medici sconsigliano o escludono rigorosamente durante le gravidanze), a intossicazioni epatiche, da danni renali a shock e morte improvvisa, da patologia ematica a danni ormonali; i farmaci più comuni si trasformano in veleni ed armi micidiali se non sono usati con la massima accortezza. Così per ritornare alle sostanze psicoattive, anche alcuni tranquillanti, se assunti a dosi eccessive, provocano addirittura sindromi extra-piramidali e morbo di Parkinson; i sonniferi poi arrivano a determinare lesioni cerebrali ed epatiche, senza parlare dell'alta frequenza di incidenti automobilistici mortali: 800 all'anno in Italia.

Senza soffermarci sui noti effetti cancerogeni del tabacco, ricorderemo il *delirium tremens* dell'alcool: il 25 per cento dei ricoverati in ospedale psichiatrico è affetto da alcoolismo come confermava la statistica ufficiale del 1971. In Francia si addebitano a 30 mila annue le morti dovute all'alcool, di cui una parte per incidenti automobilistici; l'Italia è al secondo posto nel consumo mondiale.

Di fronte a problemi della salute così complessi e vasti a quali criteri può ispirarsi il legislatore nella situazione presente per regolamentare tutta la materia delle sostanze psicotrope? Sarà utile vedere come gli ultimi studi sulla scia di una consolidata tradizione, hanno definito la tossicomania, una volta accertato che il concetto di stupefacente come desunto dagli effetti schiavizzanti degli oppia-

cei non era sufficiente per includervi sostanze che hanno numerosi altri aspetti anche più pericolosi. Il comitato di esperti della farmaco-dipendenza dell'organizzazione mondiale della sanità ha introdotto nel concetto di farmaco-dipendenza il concetto base di relazione. Il comportamento dell'uomo di fronte al farmaco non va dunque definito soltanto in base alla sostanza, alla droga, ma è definito dal tipo di relazione che il singolo individuo stabilisce con il farmaco in una certa situazione.

Le ultime rigorose analisi (cfr. in proposito lo studio di CANCRINI, MALAGOLI, MEUCCI, *Droga: chi, come e perché e soprattutto che fare*), definiscono tre principali tipi di relazione, particolarmente rilevanti per il legislatore:

1) i *consumatori*: individui che fanno esperienza di una sostanza psicotropa (sia questa la marihuana o l'alcool), in modo saltuario o in occasioni particolari; oppure abitualmente, con frequenza e in modo ripetuto ma utilizzando dosaggi del tutto innocui e mantenendo sempre il controllo della situazione e la possibilità di interrompere la assunzione della sostanza senza risentire conseguenze di nessun genere dalla interruzione;

2) i *farmaco-dipendenti*: coloro che hanno una tendenza a continuare ad assumere la sostanza e a procurarsela, mantenendo però una serie di interessi e di legami che permettono loro una vita complessivamente molto vicina a quello che può essere definito lo *standard* sociale di quell'individuo in quel contesto socio-culturale;

3) i *tossicomani*: coloro che hanno un bisogno irresistibile di continuare ad assumere la sostanza a qualunque costo. Fanno parte di questa categoria sia l'alcolizzato sia il morfinomane; sia il giovane che non riesce a smettere con le iniezioni di dosi massiccie di amfetamine, sia l'adulto che inghiotte dosi sempre più alte di barbiturici.

Lo stato del consumo di droghe psicoattive in Italia.

« 600 mila drogati in Italia » è stato detto e la notizia ha avuto enorme eco sulle pagine e nei titoli di tutti i giornali suscitando le reazioni allarmate del mondo scientifico e specializzato. Riportava il *Corriere della Sera*: « Il procuratore del tribunale dei minorenni di Roma ritiene cervellotica la cifra indicata ». « Quando le cifre sono allarmistiche » faceva eco il professor Madeddu, vice direttore dell'ospedale psichiatrico di Limbiate, « esse rappresentano la proiezione delle angosce e dei problemi di chi le scrive ».

Sono infatti note le difficoltà di fornire cifre statistiche probanti per le droghe attualmente proibite. Una indagine Doxa ha invece recentemente fornito delle cifre esatte sul consumo dei barbiturici (1970): essi sono usati dal 2,6 per cento dei maschi e dal 6 per cento delle femmine, cioè da 500 mila uomini e da un milione di donne italiane. L'indagine di Mastrangelo (« atti del 14° seminario sulla prevenzione e il trattamento dell'alcolismo », Milano, 1969) ha calcolato la quantità approssimativa di alcolizzati che avrebbero bisogno di cure oggi nella nostra popolazione. La cifra indicata nell'ambito di questa valutazione (la più seria e documentata fra quelle elaborate in Italia) è di 500 mila persone, il 2 per cento circa della popolazione generale. Naturalmente, molto superiore è invece il numero dei consumatori di alcool, una cifra superiore ai 25 milioni. Anche per l'alcool vengono riprodotte in Italia le percentuali di rapporto per tossicomani-consumatori: e cioè per qualunque farmaco o sostanza non viene mai superata la percentuale del 5 per cento.

Se notoriamente vasto e generalizzato è il consumo di tranquillanti e antidepressivi, soltanto due ricerche recenti, l'indagine di Rusconi-Blumir, *La droga e il sistema* e il già citato lavoro di Cancrini-Malagoli-Meucci (il primo neuropsichiatra dell'istituto di psichiatria dell'università di Roma, la seconda psicologa e il terzo presidente del tribunale dei minorenni di Firenze) hanno raccolto dati concreti e precisi, anche di tipo statistico, sul consumo di droghe illegali in Italia.

La ricerca di Cancrini e collaboratori « Il comportamento tossicomane dell'adolescente », a cura della fondazione Agnelli, fornisce una stima molto accurata valutando in 560 i casi di tossicomania a Roma di persone al di sotto dei 25 anni nel 1970. Cifra che smentisce la notizia « 130 mila ragazzi drogati nella sola Roma » recentemente diffusa. In realtà l'episodio chiarisce la meccanica delle cifre: un conto è valutare la cifra di quanti possono avere casualmente « assaggiato » una certa droga illegale, altro è valutare le cifre dei farmaco-dipendenti e dei tossicomani.

Vi è a questo punto da sottolineare un fatto eccezionalmente importante: entrambi gli studi concordano nel valutare intorno all'85-90 per cento la percentuale di consumatori di hascisc e marihuana sul totale dei consumatori di droghe illegali, cifre d'altra parte corrispondenti a quelle raccolte da Goldberg (*L'abus des stupefiants en Suède*, in: « Bull,

des Stupefiants », vol. XX, nn. 1 e 2, 1968), in una massiccia indagine su 132 mila ragazzi svedesi dai 14 ai 19 anni. Questo dato rivoluziona completatmente le prospettive dell'epidemiologia della droga in Italia. Infatti per l'hascisc e la marihuana il rischio di tossicomania è di molto inferiore a quel 5 per cento che è la media per altre sostanze come amfetamina o eroina (droghe « pesanti »).

Il rischio legato all'uso endemico dell'hascisc e della marihuana è stato attentamente valutato in un lavoro scientifico di eccezionale serietà e impegno da una commissione di medici e ricercatori nominata nel 1890 dal governo inglese in India (Indian Hemp Drugs Commission 1893-94). Raccolta in sette volumi (per complessive 3281 pagine) la documentazione sugli effetti nocivi dell'hascisc usato in modo endemico nell'ambito della popolazione esaminata (gli abitanti dell'India), permetteva alla commissione di concludere sulla sostanziale innocuità dell'abitudine. Del tutto infondato sul piano scientifico appariva in particolare:

a) il rapporto stabilito tra l'uso dell'hascisc e malattie somatiche di diverso tipo;

b) il rapporto tra uso dell'hascisc e malattie mentali, sostenuto solo da « medici impreparati »;

c) il rapporto tra uso dell'hascisc e delinquenza perché « non vi è rapporto significativo tra uso della canapa e tendenza al reato ».

Nello stesso senso si espressero le seguenti commissioni nazionali e parlamentari, tutte formate da *équipes* scientifiche interdisciplinari ad alto livello:

Comitato del governo della zona del canale di Panama: cfr. The Military Surgeon, novembre 1933; Commissione del sindaco di New York Fiorello La Guardia: Il problema della marihuana nella città di New York, a cura della New York Academy of medicine, 1944; Congresso della Commissione parlamentare annuale sull'abuso dei narcotici (White House Conference on Narcotics and Drug Abuse), 1962); Rapporto ufficiale della commissione interdisciplinare nominata dal Parlamento inglese e presieduta dalla baronessa Wooton (Official Report House of Commons: the « Wotton Report ») 1968; Commissione nazionale di ricerca del governo del Canada: The Interim Report on non-medical drug use (Le dain Report) 1970; Commissioni nazionali interparlamentari sul problema della marihuana del governo australiano (1971) e olandese (1972); Stati Uniti: Commissione nazionale sulla marihuana e sull'abuso di droghe (Marihuana: A signal of Misunderstanding) nominata dal presidente Nixon, 1972; Accademia della scienza di New York, 1972: Studio sul ruolo della canapa nel passaggio a droghe pesanti.

Sembra inoltre escluso da tali studi che l'hascisc e la marihuana rappresentino « droghe di passaggio » ad altri stupefacenti che determinano l'assuefazione.

La prevenzione.

La migliore prevenzione contro un qualsiasi comportamento è di certo quella attuata condizionando i soggetti: la propaganda sugli effetti nocivi dell'uso degli stupefacenti è indubbiamente il mezzo più efficace perché la stragrande maggioranza delle persone sia dissuasa dal tentare l'esperimento.

Ovviamente questa propaganda non sarebbe efficace se non fosse universale: il fatto che tutti gli Stati considerano l'uso degli stupefacenti pericoloso ai consumatori fa sì che il desiderio di tentare si spenga prima ancora che nasca.

Diviene indispensabile un'azione educativa a largo raggio, che deve essere iniziata all'interno delle scuole, per poi proseguire in specifici consultori e centri di profilassi della tossicomania.

Occorre impedire, nel modo più assoluto, che la domanda di stupefacenti si allarghi con l'estendersi degli adepti, sul presupposto che coloro i quali hanno avuto modo di esperimentare la « voluttà » della droga, ne divengano adepti.

Le considerazioni svolte dimostrano l'opportunità di una indagine parlamentare che consenta di verificare, nella realtà italiana, la consistenza del fenomeno della produzione, fabbricazione, commercio ed usi illegittimi delle sostanze stupefacenti e psicotrope.

Solo un accertamento proveniente da un organo di tale indiscussa autorità potrà fornire elementi di giudizio idonei a valutare la reale pericolosità di alcune droghe, la loro diffusione, il tipo di intervento adeguato.

I proponenti, mentre si riservano di sollecitare nell'opportuna sede l'indagine del Parlamento, ritengono per altro indifferibile, in attesa dell'approvazione di un provvedimento organico, che si addivenga alla riforma della legge 22 ottobre 1954, n. 1041, che, secondo il rigoristico indirizzo giurisprudenziale dominante, non consentirebbe di distinguere la posizione del trafficante da quella del consumatore di droga ai fini dell'applicazione della pena.

L'articolo 6 che costituisce la norma cardine di tale legge dovrà essere completamente ristrutturato per assicurarne l'applicazione secondo le finalità perseguite anche dal legislatore del 1954, quali risultano dagli stessi lavori preparatori, ossia attuando un trattamento differenziato tra il consumatore ed il trafficante.

In proposito va chiaramente disposto che l'acquisto e la detenzione di un modico quantitativo di droga per uso personale non costituiscono reato salva l'applicazione, in analogia alle più avanzate legislazioni straniere, di misure sanitarie per i tossicomani affidate ad appositi centri specializzati, istituiti presso le regioni.

A tali princìpi si ispira anche una recente legge francese, approvata il 31 dicembre 1970, destinata ad operare in una situazione molto vicina a quella italiana; tale legge, mentre inasprisce le pene per i trafficanti, tende al recupero dei drogati disponendo che costoro possano venire prosciolti in istruttoria se si assoggettino al ricovero in apposito centro fino a completa dissuefazione.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

Il quarto comma dell'articolo 6 della legge 22 ottobre 1954, n. 1041, è sostituito dai seguenti:

« Chiunque, senza autorizzazione, ai fini di commercio, acquista, vende, cede, esporta, importa, passa in transito, procura ad altri, impiega, sostanze o preparati indicati nell'elenco degli stupefacenti è punito con la reclusione da due a quindici anni e con la multa da lire 1 milione a lire 10 milioni. Le stesse pene si applicano per l'importazione, transito ed esportazione effettuate da imprese o società che, pur essendo autorizzate ai sensi del primo comma, non siano in possesso del permesso indicato nel terzo comma.

L'acquisto e la detenzione per uso personale di modici quantitativi di sostanze stupefacenti o psicodroghe non costituiscono reato ».

ART. 2.

Gli articoli 20 e 21 della legge 22 ottobre 1954, n. 1041, sono sostituiti dai seguenti:

ART. 20. — « La cura della tossicomania è obbligatoria.

Chiunque ne sia affetto può chiedere di essere curato gratuitamente presso i centri specializzati di cui all'articolo 3 della presente legge.

Per i minori di anni 21 essa può essere formulata dal genitore o comunque dall'esercente la patria potestà sul minore ».

ART. 20-*bis*. — « Il sanitario che, a ragione della sua professione constati che una perso-

na sia tossicomane deve informarla dei pericoli che tale malattia comporta, nonché dell'obbligo di sottoporsi ad accertamenti e cura presso uno dei centri specializzati di cui all'articolo 3 della presente legge. Nel caso si tratti di minore degli anni 21 le stesse informazioni sul periodo dell'obbligo di accertamenti e cura devono essere fornite al genitore o a chi eserciti la patria potestà sul minore.

Il sanitario inoltre deve dare lo stesso giorno comunicazione al centro specializzato regionale.

Il contravventore è punito con l'ammenda da lire 50.000 a lire 100 mila ».

ART. 20-*ter*. — « I pubblici ufficiali e qualsiasi persona che eserciti una pubblica funzione o servizio, che nell'esercizio o a causa della loro attività constatino che alcuno sia tossicomane, hanno l'obbligo di darne comunicazione lo stesso giorno all'ufficiale sanitario.

Questi deve provvedere senza indugio ad eseguire sommari accertamenti riguardo la persona segnalatagli e, nel caso risultino positivi, deve dare corso agli incombenti di cui all'articolo precedente.

Qualora l'esame della persona suddetta non possa avere luogo per fatto di questa, l'ufficiale sanitario deve darne comunicazione immediatamente al centro specializzato.

Il contravventore è punito con l'ammenda da lire 50.000 a lire 100 mila ».

ART. 21. — « Il centro specializzato, a cui pervengono le comunicazioni previste negli articoli precedenti, qualora la persona ivi indicata non si presenti entro tre giorni per essere sottoposta ad accertamenti o cura, o, presentatasi, successivamente vi si sottragga, ne fa immediatamente rapporto al pretore.

Questi dispone con urgenza il ricovero coatto della persona stessa presso il centro specializzato, perché possano avere luogo gli accertamenti e la cura ».

ART. 21-*bis*. — « I sanitari, i pubblici ufficiali e qualsiasi persona che eserciti una pubblica funzione o servizio in centri specializzati sono tenuti al segreto sulla identità del soggetto sottoposto ad accertamenti o cure ».

ART. 3.

In ogni regione è istituito un centro regionale per la prevenzione e cura delle tossicomanie alle dipendenze dell'assessorato alla

sanità che esercita le funzioni previste dall'articolo 6 del decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 149.

ART. 4.

Presso i nosocomi psichiatrici dei capoluoghi di provincia vengono istituiti centri di consultazione d'urgenza per il controllo e il trattamento terapeutico delle persone affette da tossicomania.

ART. 5.

Alla copertura finanziaria degli oneri conseguenti all'applicazione della presente legge valutati in lire 1.000 milioni in ragione di anno, si provvede mediante riduzione per lo stesso importo, degli stanziamenti previsti nel capitolo n. 5381 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro per l'anno 1973.

Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con proprio decreto, le necessarie variazioni di bilancio.