

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1261

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

GARAVAGLIA, DE MITA, PICCOLI, ROGNONI, FOSCHI, LUSSIGNOLI, CIRINO POMICINO, RUBINO, GITTI, CRISTOFORI, FERRARI SILVESTRO, SEGNI, SANGALLI, RUSSO FERDINANDO, RUSSO RAFFAELE, ZUECH, AUGELLO, BALESTRACCI, CARELLI, CONTU, FORNASARI, GRIPPO, PORTATADINO, SILVESTRI, USELLINI, ZARRO, ZOLLA, ANSELMI, ARMELLIN, ASTORI, AZZOLINI, BECCHETTI, BERNARDI GUIDO, BIANCHI, BIANCHINI, BONFERRONI, BORRI, BRICCOLA, BROCCA, CACCIA, CARLOTTO, CASATI, CASINI CARLO, CASINI PIER FERDINANDO, CATTANEI, CAZORA, COLONI, CORSI, DEL MESE, FALCIER, FIORI, FOTI, FRANCHI ROBERTO, GAROCCHIO, IANNIELLO, LA RUSSA, LATTANZIO, LOMBARDI, LUCCHESI, MANFREDI, MASTELLA, MELELEO, MEMMI, MENSORIO, MEROLLI, MICHELI, MONFREDI, MORA, NENNA D'ANTONIO, NICOTRA, NUCCI MAURO, ORSENIGO, PAGANELLI, PASQUALIN, PATRIA, PERRONE, PERUGINI, QUARTA, QUIETI, RABINO, RAVASIO, RADI, RIGHI, RINALDI, ROCELLI, ROSSATINI, RUSSO GIUSEPPE, SANZA, SANTUZ, SARETTA, SAVIO, SCAIOLA, SENALDI, SINESIO, SULLO, TANCREDI, TEDESCHI, VECCHIARELLI, VENTRE, VISCARDI, VITI, ZAMBON, ZAMPIERI, ZANIBONI, ZOPPI

Presentata il 3 febbraio 1984

Disciplina delle sostanze stupefacenti e psicotrope, dei loro sostitutivi e norme per la prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza

ONOREVOLI COLLEGHI! — La presente proposta di legge viene affidata all'attenzione del Parlamento perché possa urgentemente discuterla e offrire una risposta attesa dall'opinione pubblica in ordine alla angosciosa questione delle tossicodipendenze da sostanze stupefacenti e psicotrope.

Ci siamo fatti carico di non disperdere i contributi del dibattito avvenuto nella passata legislatura sulle ipotesi di modifica della legge n. 685 del 1975 e pertanto

la presente proposta costituisce una sintesi sia dei risultati delle analisi sull'attuazione della stessa legge n. 685, sia delle istanze emergenti su una problematica i cui risvolti ideologici si sono sfumati per lasciare il posto a valutazioni più inerenti ad una « diversa » o « nuova » qualità della vita dei giovani e non.

Metodologicamente si è operata una scelta volta alla chiarezza interpretativa nel modificare la legge n. 685: si intende cioè predisporre una normativa organica

che sostituisca integralmente quella attualmente vigente.

La sfida della società alle false risposte e ai meccanismi sostitutivi della responsabilità personale nei confronti della collettività è lunga e difficile, nondimeno il legislatore deve garantire strumenti e spazi operativi.

Con la serena coscienza che non sarà solo con una nuova legge che si vincerà la « droga » (useremo questo termine per indicare ogni sostanza che procuri dipendenza) ci sentiamo impegnati a fornire l'aiuto indispensabile che le istituzioni hanno il compito di realizzare.

Non ci ripromettiamo di raccogliere nella relazione tutte le osservazioni, le suggestioni e le ipotesi da confutare e da dimostrare in quanto si rischia di cadere in un retorico *collage* dal momento che non mancano bibliografia ed esperienze cui si può ricorrere facilmente.

La cognizione di quanto avviene all'estero, rapportato alla peculiarità della nostra situazione; il risultato del convegno nazionale organizzato a Roma nel maggio scorso per iniziativa del Ministero dell'interno in collaborazione coi Ministeri della pubblica istruzione e sanità; infine il lavoro della Commissione sanità durante la VIII legislatura, nonché del Comitato interministeriale per il coordinamento dell'azione antidroga sono elementi costitutivi della presente proposta.

In particolare le fonti citate indicano chiaramente quali sono i punti che la legge deve acquisire in termini culturali in modo inequivoco.

Innanzitutto è ormai chiaro che il problema droga non è settoriale, non riguarda singole competenze, ma tutte le componenti sociali: la droga non è il problema, ma la conseguenza di mancate idonee risposte a problemi sociali.

In secondo luogo appare indispensabile nel momento in cui l'attenzione politica è rivolta in modo deciso a combattere il traffico di stupefacenti — prevenzione dell'offerta — concentrarsi sulla prevenzione della domanda.

La richiesta di distruggere le colture d'origine delle droghe è molto presente

nell'opinione pubblica: è in realtà un obiettivo necessario ma ambizioso. Purtroppo è realistico pensare che qualsiasi tipo di droga possa essere presto sintetizzato in laboratorio, senza dover ricorrere ai fiori di papavero o alle foglie di coca.

E anche la prevenzione, se intesa tradizionalmente, come semplice informazione (talora solo farmacologica) è definitivamente tramontata.

C'è un nemico subdolo e tremendo nella lotta alla droga ed è, per dirla con le parole del dottor Giuseppe Di Gennaro (direttore generale UNFDAC), l'« ideologia della paralisi ».

Essa consiste in alcune affermazioni che di fatto mirano ad obiettivi opposti a quelli dichiarati.

La prima è quella secondo cui liberalizzare le droghe significherebbe sconfiggere lo spaccio e la criminalità organizzata. È assurdo pensare che ci sia un diritto alla droga e che ci siano sostanze meno « pericolose » di altre. Infatti non si tratta di valutare gli effetti farmacologici, ma « culturali ». Sono la mentalità, le abitudini, il « giro » creato dagli spacciatori e dai consumatori che rappresentano il vero pericolo per la società.

Una seconda subdola affermazione o ideologia della paralisi è rappresentata da una posizione radicalizzante, secondo cui non è possibile combattere la droga, perché non si può colpire in alto e distruggere completamente il mercato illegale, forte di un bilancio di migliaia di miliardi di dollari. Ciò sarebbe come dire che, poiché non si possono eliminare gli omicidi o i furti, si debba evitare di colpire il singolo reato, nel momento e nel luogo in cui si consuma.

Ancora: c'è chi sostiene che ci sono tradizioni da rispettare; che ad esempio alcune popolazioni andine masticano foglie di coca da sempre per vincere gli stimoli della fame e per avere vitalità nel lavoro... È vero, ma questo non accade per la loro volontà, bensì per il calcolo di coloro che li sfruttano: non dovrebbe invece essere opposto il nostro comportamento e cioè offrire loro una vita non da « schiavi » fornendo cibi sufficienti e con-

dizioni di lavoro umane? E così di seguito.

Ebbene la nostra proposta di legge vuole essere, per quanto possibile, una replica alle « ideologie della paralisi ».

Il rapporto del CENSIS denuncia una situazione gravissima, perché dimostra che abbiamo superato anche gli Stati Uniti.

Il prof. Pino Arlacchi, professore di sociologia all'università di Reggio Calabria, sostiene che essendoci negli Stati Uniti 600.000 tossicodipendenti su una popolazione di 226 milioni di persone, in percentuale sono meno che da noi.

L'analisi comparata con gli altri Paesi mette ancora più in rilievo la gravità che il fenomeno ha assunto in Italia.

Per questo motivo emergono voci che chiedono di esplorare esperimenti e tendenze nuovi, quali ad esempio la distribuzione controllata dell'eroina a determinate condizioni. Soluzione questa che non affronta antropologicamente il problema ma solo in funzione di esigenze di ordine pubblico.

Usiamo per sinteticità un giudizio del professor Arlacchi: « È un progetto irresponsabile, che nel momento in cui si prefigge di far diminuire la criminalità fa aumentare la tossicodipendenza.

Tutte le esperienze dimostrano che ogni volta che, per qualsiasi motivo, aumenta la disponibilità di eroina in un Paese, immediatamente c'è un allargamento delle classi di età dei consumatori: più giovani entrano nel mondo della droga, più persone vengono coinvolte. Ammettiamo pure che la distribuzione venga fatta solo dopo controlli rigorosi, che del resto non sono sempre possibili, a persone che già sono tossicodipendenti.

Ci sarà sempre, pronto ad approfittarne, il diciottenne che ha appena cominciato a drogarsi e che la facilità dell'eroina gratuita spingerà sempre più sulla strada della droga, ci saranno le fasce escluse dalla distribuzione come i minorenni, che saranno più invogliati a ricorrere al mercato nero che quindi si espanderà ulteriormente »

E poi non c'è solo l'eroina: e per le altre droghe?

L'intervento dello Stato, anzi, e in genere dei pubblici poteri non appare rinunciabile.

Esso tuttavia non può ridursi solo ad iniziative settoriali, ma deve inquadrarsi in un più generale impegno di individuazione e modificazione delle cause profonde del fenomeno.

Ragione dell'intervento legislativo.

Nel primo approccio al problema qualcuno potrebbe chiedersi se la soluzione non consista in un massiccio impegno repressivo che stronchi la diffusione a qualsiasi livello: di produzione, di spaccio, di consumo, senza distinguere tra coloro che sono implicati nel traffico e coloro che lo sono nell'uso della droga.

Altri, invece, si domandano se non sia meglio rinunciare alla battaglia. C'è chi teorizza l'integrale depenalizzazione in nome di una falsa libertà individuale, intesa come assoluta disponibilità del proprio corpo e della propria salute, e chi invece pensa che la società — posta di fronte al dilagare del fenomeno — trovi spontanee energie per reagire.

In termini ideali il dilemma si pone tra il malinteso diritto del singolo a vivere nella diversità, scegliendo l'evasione, lo stordimento, la malattia, l'autodistruzione fino alla morte, e il dovere di essere responsabilmente impegnati nella società, in attiva solidarietà con gli altri cittadini.

Resta da vedere se l'opzione per l'uno o per l'altro termine del dilemma, per l'una o l'altra soluzione, sia ammissibile sul piano giuridico-costituzionale e praticabile di fatto nel rispetto non dell'arbitrio individuale, ma della libertà di ciascuno e di tutti, impossibile ove si prescindano dalla dimensione della solidarietà.

a) Aspetti costituzionali.

Dal punto di vista costituzionale, si deve osservare che la salute non è un

problema esclusivamente individuale e privato.

Infatti, chi lede in modo permanente la propria integrità fisica si sottrae allo « adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale » (articolo 2 della Costituzione) e, in particolare, al « dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, una attività o una funzione che concorra al progresso materiale e spirituale della società (articolo 4, secondo comma, della Costituzione). La salute non è soltanto « fondamentale diritto dell'individuo », ma anche « interesse della collettività » (articolo 32, comma primo, della Costituzione): la malattia, la decadenza fisica sono un costo per la società (articolo 38 della Costituzione).

Anche l'articolo 5 del vigente codice civile — che, se pur formulato in epoca anteriore, risponde ai suddetti principi costituzionali — vieta « gli atti di disposizione del proprio corpo » quando « cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume ».

b) Conseguenze sociali di una eventuale liberalizzazione.

Dal punto di vista delle prevedibili conseguenze sociali, appare incoerente con la affermazione del diritto alla salute, che si collega anche alla lotta contro inquinamenti e sofisticazioni di alimenti e bevande, una liberalizzazione della droga, ossia di una singola forma di intossicazione.

Appare d'altro canto viziata da eccessivo ottimismo la speranza di una spontanea reazione della società; infatti non si possono ignorare le variabili della cosiddetta domanda latente, suscettibile di costante espansione, ove venga abolita ogni limitazione; se la mancanza di repressione può far venire meno l'incentivo della trasgressione, la sicurezza di una indisturbata fruizione delle sostanze psicotrope e stupefacenti può incoraggiare il

consumo ed amplificare l'espansione di un fenomeno, che già appare massivo, mediante un accentuato proselitismo.

Si osserva in particolare che la liberalizzazione di tutte le droghe comporterebbe in ogni caso la creazione di strutture produttive che tenderebbero inevitabilmente, per evidenti ragioni economiche, ad allargare il mercato, così inducendo un numero crescente di cittadini a consumi che oggi rientrano pur sempre nelle abitudini di una minoranza. Non si vede quali efficaci difese spontanee potrebbe allora opporre la società a simili conseguenze.

Inoltre una piena liberalizzazione, anche delle sole droghe cosiddette leggere, comporterebbe una precisa violazione della convenzione unica internazionale di Nuova York del 1961 e del protocollo addizionale del 1971, non esistendo altresì, anche sulla base delle più recenti conoscenze scientifiche, elementi che giustificano una proposta italiana per la cancellazione anche della sola canapa indiana dalla convenzione, fatto peraltro che trasformerebbe il nostro Paese in un centro ideale per la produzione, raccolta, smistamento e consumo della droga. Al contrario, appare indispensabile l'intensificazione dei rapporti internazionali ed il collegamento delle rappresentanze permanenti italiane presso la Commissione per gli stupefacenti delle Nazioni Unite, l'Organizzazione mondiale della sanità, la Comunità economica europea, il Consiglio d'Europa ed il gruppo Pompidou, con stabili uffici di segreteria, funzionanti in Italia e presso i competenti organismi interni.

Anzi, poiché non è pensabile che la lotta alle tossicodipendenze abbia successo senza limitare l'importazione, ancorché illegale e clandestina, dai Paesi produttori, sarebbe opportuno che l'Italia si facesse promotrice di una iniziativa tendente ad ottenere la limitazione della produzione delle droghe in cambio di sostegni finanziari e tecnici intesi a sviluppare moderne coltivazioni agricole.

Misure penali.

Il nodo morale, ma anche giuridico, premessa a tutto l'impianto sanzionatorio, è la questione relativa al possesso per uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope e alla relativa normativa.

Come è noto l'attuale legislazione prevede la non punibilità per il possesso o l'acquisto di sostanze stupefacenti o psicotrope in modica quantità e per uso personale non terapeutico.

Ciò significherebbe a nostro avviso una specie di « diritto » alla droga: la legge non giunge al riconoscimento di liceità dell'uso di tali sostanze, ma l'eccessiva elasticità nel criterio « quantitativo » fa dubitare della certezza del diritto e per di più in un settore di rilevante allarme sociale.

In effetti la non punibilità coincide con un giudizio di non sufficiente « disvalore ». Nella passata legislatura erano stati avanzati in diverse proposte di legge dei tentativi di definire la formula secondo cui parametrare la « modica quantità ».

Ma risulta difficile accettare tali criteri in primo luogo perché il fabbisogno è necessariamente variabile e quindi si ricadrebbe nell'elasticità che si vuole evitare e in secondo luogo perché l'enorme varietà di droghe e dei relativi tagli e possibili combinazioni renderebbe quanto mai problematica la predeterminazione attraverso decreti ministeriali delle modiche quantità riferite a sostanze, derivati e commistioni. In realtà la modifica dell'articolo 80 della legge n. 685 del 1975 e indirettamente anche dell'articolo 72 non può prescindere da una scelta di fondo.

Se si accetta una posizione tollerante o perché si esclude il « disvalore sociale » dell'uso di droghe o perché si ritiene il proibizionismo irrealizzabile, si può mantenere l'attuale stato di cose ma coerentemente si dovrebbe eliminare dalla legge qualunque meccanismo di disintossicazione obbligatoria.

Se, invece, come noi crediamo, si vuole valorizzare il già citato diritto-dovere alla salute come interesse della collettività (articolo 32 della Costituzione) e l'impegno a combattere a tutti i livelli il devastante fenomeno della diffusione di droghe, va data coerenza interna al sistema normativo. Ciò significa una modifica sostanziale dell'attuale articolo 80, prevedendo una connessione fra la causa di non punibilità e il trattamento socio-sanitario rivolto al recupero dei tossicodipendenti. Perciò proponiamo una modifica che legghi la non punibilità al trattamento in corso ai fini della disassuefazione, quale risulta da un apposito tesserino sanitario. In tal modo il concetto di « modica quantità » viene sostituito con quello di dose quotidiana atta ad evitare la crisi di astinenza, volendo recuperare l'aspetto personalizzato della dose, stimolando nel contempo il soggetto a rivolgersi al servizio sanitario ed a praticare le terapie prescritte, giacché l'aggiornamento costante del tesserino sanitario è la condizione per godere della non punibilità. La logica così è opposta a quella della legge n. 685: non più tolleranza verso chi acquista o detiene in « modica quantità » sostanze stupefacenti o psicotrope per uso personale, bensì la non punibilità di chi, essendo in trattamento di disassuefazione, abbia con sé un limitato numero di dosi secondo le previsioni del trattamento stesso. È evidente che occorre istituire, per creare la connessione, un apposito tesserino recante il programma e gli aggiornamenti, idoneo a identificare il soggetto attraverso la fotografia ma senza l'indicazione delle generalità.

Questa prassi riguarda solo il « tossicodipendente » in terapia presso una struttura sanitaria. Occorre però introdurre anche una norma diretta a non penalizzare chi acquista o detiene occasionalmente sostanze stupefacenti o psicotrope in modica quantità. Tale previsione mira ad evitare che chi non è tossicodipendente sia indotto ad inserirsi nella prima categoria per ottenere l'esimente. Il concetto di « modica quantità » in questo caso sarebbe da valutare in termi-

ni oggettivi con riferimento al tipo di sostanza, senza alcun rapporto col detentore, anche eventuale assuntore.

Alla non punibilità per chi è in possesso del tesserino sanitario e detiene quotidianamente dosi non superiori ad un certo numero si aggiungono cause di non punibilità legate alla detenzione occasionale di modeste quantità. La differenza sostanziale è rappresentata dal dato dell'occasionalità e dal fatto che anche per evitare che la detenzione sia strumento di piccolo spaccio, l'esimente si applica una sola volta.

La reiterazione della condotta determinerebbe l'applicazione delle medesime pene comminate a chi illegittimamente offre, vende e distribuisce, a qualsiasi titolo, modiche quantità di sostanze.

Per non inasprire subitamente la repressione per quanti sono trovati in possesso di modeste quantità di sostanze stupefacenti e indicare chiaramente la strada che si vuole perseguire sembra opportuno introdurre la differenza tra fatti occasionali e fatti abituali.

Accanto alla revisione delle sanzioni la presente proposta di legge affronta l'assetto istituzionale dei servizi socio-sanitari territoriali e di prevenzione affinché quei giovani drogati che sono portatori di una domanda sociale trovino le strutture sanitarie come sola obbligata risposta per evitare i rigori delle misure penali.

Traffico di droga e criminalità organizzata.

L'opinione pubblica, talvolta ravvisando solo in questo problema la drammaticità della situazione, chiede un atteggiamento di massimo rigore nella repressione dello spaccio piccolo e grosso del traffico di stupefacenti. È ormai noto che la criminalità organizzata ha da tempo messo le mani su questo colossale affare. La mafia ha scelto questo canale perché la « polvere bianca » si presta come agevole merce di scambio. Infatti il denaro sporco viene investito da mafia e camorra, in affari, che lo riciclano valendosi

perfino delle stanze di compensazione interbanche. Accanto alla grande organizzazione criminale si sviluppa anche il fenomeno della delinquenza indotta per procurarsi la droga.

Tra le innovazioni più significative della presente proposta si segnala la estensione delle misure previste dalla cosiddetta legge antimafia; la punibilità per omicidio volontario per chi causa la morte del tossicomane consumatore offrendo « roba tagliata »; la punibilità di gestori di locali pubblici ove si spacciano o consumano sostanze stupefacenti per agevolazione colposa; aggravanti specifiche per spaccio nei pressi di locali frequentati da giovani, assimilazione allo stato di ubriachezza per chi guida in stato di intossicazione, ecc.

Altre norme.

Come deve essere pregnante e significativa la lotta al grande mercato illecito della droga, altrettanto deve essere seria l'adesione dell'Italia ai programmi UNFDAC per eliminare le colture nei Paesi d'origine delle materie prime.

Recentemente l'Italia ha offerto all'UNFDAC 65 miliardi di lire a tale scopo; se tutti i Paesi aderenti all'ONU facessero altrettanto i risultati sarebbero ben visibili.

Della droga colpisce l'attenzione il degrado che produce negli assuntori « irritati » dai falsi paradisi artificiali, tuttavia le « droghe » hanno anche un mercato lecito ed anzi utile per la preparazione dei farmaci.

In fondo la legge n. 685 del 1975 ha funzionato bene in questa parte regolamentare e ordinativa dei comportamenti legali. Anzi è sembrato funzionasse solo in farmacia, al punto che la doverosa burocratizzazione dei controlli qualche volta prolissa e inutile, ha diminuito la produzione e la commercializzazione di alcuni farmaci, pure considerati assai utili per la loro azione specifica. Perciò si è provveduto a rendere più espliciti e chiari anche i meccanismi di controllo,

tenendo conto dell'esperienza maturata negli anni di applicazione della legge n. 685 del 1975.

Aspetti sanitari e sociali.

Ai sensi dell'articolo 90 (comma terzo) della legge 22 dicembre 1975, n. 685, essendo entrata in vigore la legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale i CMAS e i Comitati regionali per le tossicodipendenze dovrebbero essere soppressi, così come tutti i programmi di intervento socio-sanitario dovrebbero essere sottoposti a riesame.

È pertanto necessario definire le competenze e le funzioni in materia all'interno della organizzazione dei servizi e dei presidi socio-sanitari previsti dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Sulla base delle esperienze acquisite, per l'organizzazione di una rete di interventi in tema di farmaco-dipendenze si ritiene opportuna una chiara indicazione delle aree di intervento sanitarie e socio-riabilitative, le quali sul piano operativo dovranno lavorare integrate.

Pur ribadendo la molteplicità di fattori alla base dello stabilirsi della farmaco-dipendenza, va riconosciuta la necessità di apporti pluridisciplinari e di specifici interventi che affrontino il nucleo psico-organico del fenomeno in adeguate strutture e secondo modalità di competenza che tengano conto delle necessarie integrazioni tra momento preventivo, curativo e riabilitativo, così come è nella filosofia della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Occorre quindi individuare i livelli territoriali di intervento, le strutture competenti e le specifiche funzioni, chiarendo altresì gli obiettivi, i livelli e le modalità degli interventi terapeutici e socio-riabilitativi in rapporto alle concrete possibilità operative delle strutture pubbliche a livello territoriale.

I servizi devono tener conto dei diversi stadi della farmacodipendenza:

- a) uso saltuario e abituale;
- b) urgenza;

- c) dipendenza psicologica e fisica;
- d) socio-riabilitazione.

Non è pensabile che una unica struttura socio-sanitaria possa far fronte da sola ai quattro momenti della esperienza della tossicodipendenza.

Un adeguato comportamento e una chiara conoscenza dei momenti di intervento consente anche una efficace attività di prevenzione primaria e secondaria.

È necessario a tale scopo programmare una rete di servizi che tenga conto di quanto previsto dalla riforma sanitaria con riferimento alle Unità sanitarie locali.

Tali servizi devono qualificarsi in ordine alle prestazioni fornite e sulla base di una formulazione pluridisciplinare di tipo specialistico degli operatori.

I servizi ambulatoriali devono affrontare i problemi più rilevanti connessi alla disintossicazione e al trattamento della dipendenza psicologica, mentre l'ospedale è riservato alle sole complicità delle tossicodipendenze.

A tal fine è molto importante elaborare un modello di comportamento terapeutico che rappresenti il minimo comune denominatore per la rete dei servizi presenti in tutto il territorio nazionale.

La determinazione di tale protocollo dovrebbe essere elaborata dal Consiglio superiore di sanità, opportunamente integrato con esperti designati dalle Regioni. Compito della struttura socio-sanitaria è quello di intervenire per mettere in crisi la farmacodipendenza e quindi per risolvere le conseguenze della dipendenza fisica e in parte psichica successiva all'allontanamento dalla droga. A tale scopo la struttura socio-sanitaria ha il compito di intervenire innanzitutto in regime ambulatoriale e, ove occorra, nel ricovero ospedaliero con i mezzi terapeutici più idonei.

Quando non fosse possibile realizzare una condizione di motivazione a interrompere lo stato di farmacodipendenza, si dovrebbe ritenere proponibile un programma di intervento socio-riabilitativo che prevede anche, in regime di manteni-

mento, la somministrazione controllata di farmaci sostitutivi agonisti nel caso di farmacodipendenza da oppiacei, come Metadone o altri, e di antagonisti-agonisti, come Naloxone, Pentazocina, Naltrexone, Butorfenolo, ecc. Non potendo questo intervento di mantenimento essere classificato come terapeutico in senso stretto, è evidente che o la struttura socio-sanitaria poliambulatoriale o l'ospedale non rappresentano gli strumenti più idonei per la gestione di tali programmi.

Detto intervento deve comunque essere opportunamente disciplinato dal suddetto protocollo di comportamento terapeutico.

A tale proposito risulta indispensabile, anche in base a quanto realizzato in altri Paesi, la elaborazione di una regolamentazione della somministrazione di sostanze oppiacee impiegate a fini non terapeutici.

Questo intervento socio-riabilitativo, sebbene comporti anche una componente farmacologica, non deve esaurirsi solo nella somministrazione del farmaco, ma deve essere integrato in maniera organica da altri interventi di tipo sociale, economico, familiare e di reinserimento lavorativo, ed attuato con la massima aderenza possibile al protocollo, fermi restando i compiti di osservazione e controllo clinico.

Nell'ambito di tali programmi, si sottolinea il ruolo determinante che può svolgere un qualificato volontariato.

La presente legge pertanto prevede che una quota del finanziamento del Servizio sanitario nazionale per gli interventi a favore dei tossicodipendenti venga destinata al funzionamento di iniziative di volontariato associato e familiare, per lo svolgimento dei compiti previsti.

Andrà comunque stabilito un fondo di copertura dei rischi civili per il lavoro esplicato dai singoli operatori volontari.

Peraltro, i volontari che abbiano una esperienza di lavoro almeno quinquennale, potranno accedere ai ruoli previsti dalle diverse strutture pubbliche, previo un apposito esame della reale qualificazione professionale acquisita.

Indirizzo in tema di tossicodipendenze nell'ambito delle disposizioni previste dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Nell'ambito dei servizi previsti dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, si intende collocare al livello intermedio della organizzazione della unità sanitaria locale il servizio poliambulatoriale destinato alla prevenzione, al trattamento e al recupero dei tossicodipendenti, sottolineando la necessità di attribuire agli operatori medici e a quelli sociali la qualificazione professionale necessaria.

Particolare attenzione deve essere riservata al monitoraggio del fenomeno previsto dalla legge 22 dicembre 1975, n. 685, nei suoi momenti operativi:

- a) i livelli del rilevamento epidemiologico;
- b) gli obiettivi del rilevamento (numero dei tossicomani, utenze dei servizi, frequenze degli utenti);
- c) la destinazione e la gestione dell'informazione.

Dovendo attribuire agli organismi regionali previsti dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, una specifica competenza in tema di alcoolismo e di farmacodipendenza e per ovviare agli inconvenienti fin qui osservati, si suggerisce quanto segue:

a) l'Assessorato regionale alla sanità istituisce un apposito Comitato per la tossicodipendenza cui attribuire gli stessi compiti degli attuali Comitati regionali per le tossicodipendenze, caratterizzandone con maggiore evidenza la loro natura tecnica;

b) l'Assessorato regionale alla sanità potrebbe espletare tutte le competenze attribuitegli dalla legge n. 833 del 1978 in rapporto con le assemblee delle unità sanitarie locali;

c) le unità sanitarie locali dovrebbero acquisire il protocollo di intervento terapeutico che garantisca un contenuto sostanzialmente uniforme su tutto il territorio nazionale.

Gli obiettivi specifici per il breve periodo sono:

a) raggiungere livelli di monitoraggio sia dell'uso di sostanze illegali che dell'abuso di psicofarmaci, tali da ottenere dati meglio corrispondenti alla realtà del fenomeno;

b) identificare precocemente le problematiche psicopatologiche dell'età evolutiva come principale area di intervento preventivo (a livello della famiglia, della scuola, dell'associazionismo giovanile, ecc.);

c) coordinare gli interventi socio-sanitari sia a livello di base, poliambulatoriali e ospedalieri, colmando gli squilibri tra le varie aree regionali;

d) adeguare i programmi di socio-riabilitazione ad una reale politica di qualificazione della spesa in rapporto alla quantità e finalità della risposta;

e) ridurre l'incidenza delle complicanze mediche delle farmacodipendenze;

f) qualificare la professionalità degli operatori ai vari livelli di intervento.

Tali obiettivi potranno essere ottenuti mediante interventi operativi nelle seguenti aree:

- 1) formazione degli operatori;
- 2) informazione e monitoraggio;
- 3) prevenzione;
- 4) trattamento e socio-riabilitazione.

1). - *Formazione.*

La formazione degli operatori dovrà tener presente due livelli distinti ma integrati: il primo è quello dell'approfondimento specifico delle caratteristiche e delle responsabilità proprie di ciascun operatore (medico, amministratore, operatore sociale, ecc.); il secondo riguarda l'integrazione interdisciplinare maturata nelle esperienze di lavoro.

In particolare si propone:

a) la inclusione nei programmi del corso di laurea di medicina e nei programmi delle scuole di specializzazione interessate, di corsi di insegnamenti specifici;

b) la organizzazione da parte degli ordini professionali (medici, farmacisti, psicologi, ecc.) di corsi di aggiornamento sul problema;

c) la promozione, da parte delle Regioni, di iniziative di aggiornamento e di integrazione interdisciplinare — a livello delle unità sanitarie locali — del personale sanitario e sociale e non laureato.

2). - *Informazione e monitoraggio.*

Si propone:

la creazione presso il servizio informativo sanitario (SIS) di una « banca dati » per il monitoraggio epidemiologico del fenomeno delle farmacodipendenze unificando le procedure di rilevamento e la destinazione dei dati;

la diffusione e il potenziamento del *Bollettino per le tossicodipendenze ed alcoolismo*, tra gli amministratori e gli operatori delle unità sanitarie locali;

il potenziamento e il coordinamento della ricerca scientifica, delle attività dei centri di documentazione, nonché dei rapporti del Governo italiano con gli organismi internazionali al fine di qualificare e intensificare lo scambio con le esperienze degli altri paesi.

3) *Prevenzione.*

Per una strategia di prevenzione della tossicomania giovanile si sottolinea la necessità di intervenire, oltre che con informazioni adeguatamente differenziate per fasce di età, con una diagnosi precoce — prevalentemente nelle scuole — dei problemi che emergono nell'età evolutiva. Pertanto, si propone di intensificare i servizi psicodiagnostici nelle scuole elementari e medie per cogliere e prevenire, mediante opportuni interventi, fenomeni precoci di disadattamento.

Pertanto si propone che le singole regioni svolgano indagini conoscitive sul fenomeno.

4). - *Trattamento e socio-riabilitazione.*

Sulla base delle indicazioni del protocollo di intervento socio-terapeutico che deve essere emanato a livello nazionale, le regioni, in coordinamento col Consiglio sanitario nazionale, devono provvedere a verificare nel tempo, mediante opportuni strumenti, la efficacia degli interventi proposti sulla evoluzione del fenomeno droga. Particolare attenzione dovrà essere posta sulle complicanze secondarie e terziarie delle tossicodipendenze predisponendo gli opportuni strumenti per un intervento mirato in tal senso.

Le precedenti osservazioni per quanto riguarda gli aspetti sanitari e sociali della lotta alla farmacodipendenze e all'alcolismo rappresentano le linee lungo le quali dovrà essere elaborato con successivi atti amministrativi, un progetto-obiet-

tivo allegato che entri a far parte integrante del piano sanitario nazionale e per la cui realizzazione siano stanziati fondi congrui, superando in tal modo le gravi difficoltà finanziarie che hanno finito per rappresentare un ulteriore ostacolo all'attuazione della legge n. 685 del 1975. Si rinvia alla relazione del disegno di legge Bompiani per un'accurata conoscenza di dati epidemiologici e di approfondimenti scientifici.

La risposta alle istanze qui segnalate non può comunque essere, per la loro stessa natura, affidata solo a delle norme perché si tratta di ricostruire un universo di valori che rendano impermeabili le giovani generazioni all'offerta di « droga ».

Le presenti norme si collocano perciò nella logica di offrire strumenti allo Stato di prevenzione e repressione e a tutti — istituzioni e singoli cittadini — una modalità di intervento perché non passi l'altra logica, quella della impotenza e della sconfitta contro un nemico infido e potente.