

CAMERA DEI DEPUTATI N. 4095

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**CURCI, DE CARLI, CAPACCI, CELLINI, CEROFOLINI, CERUTTI,
CRISTONI, D'ADDARIO, DEL BUE, DE ROSE, FERRARINI,
FIANDROTTI, GROSSO, MANZOLINI, PIETRINI, PIERMARTINI**

Presentata il 12 luglio 1989

Norme in materia di lotta al *doping*
nelle attività sportive

ONOREVOLI COLLEGHI! — Sotto il termine *doping* si comprende un fenomeno sociale che potrebbe essere riassunto brevemente come « l'uso di varie sostanze o di tecniche biologiche tese a incrementare la condizione fisica, combattere la stanchezza o migliorare il rendimento fisico nello sport »; fenomeno che è divenuto pratica quasi comune per ogni tipo di sport e che deve necessariamente essere condannato.

In realtà sono state date del *doping* varie definizioni ufficiali, l'ultima delle quali è quella che il Comitato olimpico internazionale (CIO) ha stilato a Seul nel 1986 e che recita: « *Doping* è l'uso di sostanze comprese nei gruppi di agenti proibiti, ma anche la presa di misure illecite quale l'*emodoping* ».

Tutte le definizioni però non riescono a dare ragione in modo esaustivo del fenomeno. La complessità del *doping* risiede infatti, fondamentalmente, nell'enorme sviluppo assunto negli ultimi decenni dalla ricerca farmacologica e dalla diffusione dei farmaci; l'inerzia della lotta al *doping* trova invece la sua spiegazione nella scarsissima conoscenza oggettiva che si ha tuttora del fenomeno stesso.

Per quanto attiene allo sviluppo e diffusione dei farmaci, questo è un fenomeno quotidianamente sotto gli occhi di tutti, accompagnato da un abuso o da un cattivo uso che sono ormai divenuti costume sociale.

Per la carenza di conoscenze, tutti i ricercatori sono concordi sulla necessità

che queste vadano approfondite con ricerche veramente controllate e su campioni sufficientemente ampi.

L'unico fatto sul quale non si nutrono dubbi è che il *doping* è ormai un malcostume a larga diffusione, del quale vogliamo riportare due testimonianze autorevoli e certamente non sospette:

il discobolo americano Jay Silvester dichiarava, alcuni anni addietro, che « il 101 per cento di tutti i più grandi campioni usa metodi *doping* » (*Athletic Press*, n. 1, pagina 20);

il presidente del CIO, Killanin, ammetteva nel 1978 che « il *doping* è il danno più nocivo nello sport; esso è più difficile da risolvere di tutti i problemi politici e finanziari messi assieme ». (*Athletic Press*, n. 1, pagina 21).

Sino qui il problema sembrerebbe riguardare solamente gli atleti di vertice mentre invece è ormai convinzione comune che esso sia esteso soprattutto a livello giovanile e amatoriale, investendo quindi non soltanto la sfera morale dello sport agonistico ma rappresentando invece un sicuro danno sociale per una larga massa di cittadini praticanti sport amatoriale.

Va fortemente sottolineato che anche a questo livello il *doping*, per la sua caratteristica di fenomeno sommerso, non è sufficientemente conosciuto nella sua reale incidenza.

Gli unici punti fermi su di esso sono quindi:

il danno arrecato all'etica sportiva, poiché ogni nuovo traguardo raggiunto risulterà sospetto di inquinamento farmacologico;

il danno certo per la salute di chi ne faccia uso, dovuto a tutto l'insieme degli effetti sia primitivi che secondari dei farmaci usati;

la mancanza di certezze scientifiche che esso agisca realmente sul rendimento e in quale misura.

L'interdizione del *doping* a livello internazionale è basata, oggi, su:

pubblicazione di liste delle sostanze proibite (Allegato 1);

disposizioni per le rilevazioni mediche;

metodi di analisi per la ricerca delle sostanze;

sanzioni per gli atleti trovati positivi.

Tutto questo però viene costantemente riferito ai soli atleti di vertice e non ha sortito finora alcun effetto apprezzabile.

Cenni storici sul doping.

Tralasciando i ricordi omerici e i riti cardifagici degli antichi Aztechi la storia del *doping* moderno può essere fatta risalire alla prima decade di questo secolo, quando gli atleti iniziarono l'assunzione di sostanze farmacologiche, quali la stricnina, o l'uso di tecniche biologiche quali la supplementazione in ossigeno, praticata dalla squadra giapponese di nuoto durante le Olimpiadi del 1930 (da *Exercise Physiology* di G.A. Brooks) per aumentare le prestazioni.

Ma la vera storia del *doping* farmacologico inizia attorno agli anni sessanta, con la immissione sul mercato di ormoni steroidei e anabolizzanti prodotti sinteticamente e usati largamente nella guerra di Corea per favorire il recupero delle forze e stimolare l'aggressività dei soldati statunitensi. Assurdamente l'uso di queste sostanze nello sport ha trovato il terreno iniziale più fecondo nei Paesi dell'est europeo, ma la sua diffusione al resto del mondo è avvenuta rapidamente.

Alcuni fatti clamorosi attirarono l'attenzione di CIO e IAAF (International Athletic Amateur Federation) sul fenomeno sin dal 1967, tanto che furono praticati dei controlli semi-ufficiali nel 1968, a cura di una speciale commissione medica istituita *ad hoc* da tali enti.

Nel 1970 la IAFF ufficializzò i controlli per la ricerca di steroidi e anabolizzanti nelle urine. Ma negli anni seguenti comparvero sul mercato del *doping* ormoni naturali androgeni, molto più difficili da scoprire a livello urinario. Al cattivo uso si sono aggiunti in seguito l'ormone somatotropo, quindi i betabloccanti e via dicendo mentre, sin dall'inizio ha tenuto campo l'immorale pratica dell'*emodoping* che tuttora è impossibile documentare in modo certo.

A questi farmaci e metodiche di spicco si è accompagnata via via tutta una sequela di altri farmaci e metodi, vuoi per completare e potenziare l'azione dei primi che per rendere più difficile l'individuazione di questi. Si è molto parlato e si parla tuttora anche dell'uso della cocaina in talune specialità sportive.

È comunque da tenere in buona considerazione il fatto che la diffusione del *doping* è strettamente collegata, come fenomeno sociale, ad alcune linee di tendenza ormai ben radicate nella società odierna, quali:

diffusione dell'uso del farmaco anche al di fuori della prescrizione medica;

tendenza sempre più aperta all'uso di psicostimolanti e cosiddetti « bioenergetici »;

arrivismo e carrierismo esasperati;

mistica della vittoria, da ottenersi sempre e comunque, come simbolo di supremazia;

la esagerata possibilità di guadagno legata alla supremazia sportiva.

Comportamento antecedente e orientamenti internazionali.

A livello dei vari governi si sono votate numerose leggi per combattere l'abuso dei farmaci nello sport: in Belgio e Francia nel 1965, in Italia e Turchia nel 1971, in Grecia nel 1976 e in Portogallo nel 1979.

Gli Enti internazionali come il CIO e la IAFF si sono dati propri regolamenti sin dal 1968 e altrettanto hanno fatto le

Federazioni nazionali: Svizzera nel 1969, Tedesca Occidentale e Norvegese nel 1977, Danese nel 1978, Svedese nel 1979 e Finlandese nel 1982.

Tutto ciò non ha però condotto alla eliminazione del problema e nemmeno al suo contenimento, tanto è vero che il Consiglio d'Europa, che si era mosso con vari documenti sin dai primi anni sessanta, ha adottato a Malta, in una riunione dei Ministri responsabili tenutasi il 25 settembre 1984, una « Risoluzione » puntualizzatrice del fatto che il *doping* è dannoso per la salute e contrario all'etica dello sport.

In aggiunta ha pubblicato delle « Raccomandazioni » sulla lotta al *doping* che deve cadere sotto il controllo pubblico (da *Sports Information Bulletin*, n. 7, 1986).

Pertanto i Governi degli Stati membri sono resi globalmente responsabili dell'adozione di misure atte a combattere il *doping*, sia da soli che in cooperazione con le organizzazioni dello sport.

Provvedimenti precedenti in Italia.

Legge 26 ottobre 1971, n. 1099 « Tutela sanitaria delle attività sportive ». Essa introduce il concetto di tutela sanitaria mediante visite di selezione e controllo per l'idoneità generica o attitudinale dell'attività agonistica. Sancisce inoltre la punibilità (ammenda pecuniaria) dell'assunzione e somministrazione di sostanze proibite con impegno alla pubblicazione di un elenco delle stesse. Istituisce corsi CONI di medicina dello sport e massoterapia.

Decreto ministeriale 5 luglio 1975; riporta l'elenco delle sostanze capaci di modificare le energie naturali degli atleti nonché le modalità di prelevare e conservare campioni di urine e i metodi per analizzare gli stessi alla ricerca delle sostanze già dette e dei loro metaboliti.

Decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito con modificazioni dalla legge 29 febbraio 1980, n. 33, articolo 5, ultimo comma, che sancisce l'assistenza sanitaria delle attività sportive.

Decreto ministeriale 18 febbraio 1982: « Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica ». Afferma l'obbligo della visita di idoneità annuale per i praticanti attività sportiva di tipo agonistico, differenziata per tipo di sport, e affida l'assolvimento dello stesso al servizio sanitario nazionale. Il certificato medico di idoneità diviene documento indispensabile per la partecipazione ad attività agonistiche.

Decreto ministeriale 28 febbraio 1983: « Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva non agonistica ». Completa il precedente indicando le categorie praticanti attività sportiva non agonistiche che debbono ugualmente sottoporsi a controllo sanitario che attesti lo stato generico di « buona salute » su apposito modello.

Risoluzione approvata dal Parlamento italiano prima dei giochi olimpici di Seul.

Un recentissimo protocollo di intesa stabilito tra USA-URSS-Italia per la lotta al *doping*.

La presente proposta di legge si propone di:

vietare l'uso di supporti farmacologici o di tecniche biologiche all'atleta per incrementare il proprio rendimento fisico, facendo salve le necessità dello stesso in caso di malattia;

demandare al Ministero della sanità ed al Servizio sanitario nazionale il controllo *anti-doping* sui cittadini praticanti sport, poiché la difesa della salute e la prevenzione dei danni alla stessa sono compiti istituzionali dei suddetti organi dello Stato;

lasciare a CONI e Federazioni il controllo sui soli atleti di vertice che potranno però ricadere, in quanto cittadini, su possibili controlli del Servizio sanitario nazionale;

istituire un Centro nazionale *anti-doping* che funzioni da osservatorio epidemiologico del fenomeno del *doping* e raccolga tutte le notizie e documentazioni sullo stesso, atte ad ampliare o modificare, nel futuro, la metodologia della lotta al fenomeno in esame;

affidare i compiti di controllo agli organi periferici del Servizio sanitario nazionale individuati nei centri o servizi o ambulatori di medicina dello sport, dei quali andrà finalmente garantita l'esistenza e la funzionalità a livello di ogni singola unità sanitaria locale, gestiti da personale dipendente o convenzionato del Servizio sanitario nazionale e diretti da specialisti in medicina dello sport;

organizzare una campagna di educazione sanitaria nazionale contro l'abuso e il cattivo uso del farmaco e corsi finalizzati a tecnici e specialisti medici;

istituire controlli severi per medici e farmacisti e prevedere le sanzioni da comminare agli stessi e agli atleti per i quali sia stata accertata la pratica del *doping*.

Appare comunque utile ricordare che il Comitato olimpico internazionale ha stilato, a suo tempo, un elenco di sostanze proibite che si allega alla presente relazione.

ALLEGATO

Substances Banned by the International olympic committee

Sostanze proibite dal Comitato olimpico internazionale (CIO)

Psychomotor Stimulant Drugs;
Amphetamine;
Benzphetamine;
Cocaine;
Ethylamphetamine;
Fencamfamin;
Fenproporex and related compounds;
Methylamphetamine;
Methylphenidate;
Norpseudoephedrine;
Pemoline;
Phenmetrazine;
Phentermine;
Pipradol;
Prolintane;
Sympathomimetic Amines;
Ephedrine;
Methylephedrine;
Methoxyphenamine and related compounds;
Miscellaneous CNS Stimulants;
Amiphenazole;
Bemegrade;
Leptazole;
Nikethamide;
Strychnine and related compounds;
Narcotic Analgesics;
Dextromoramide;
Dipipanone;
Heroin;
Methadone;
Morphine;
Pethidine and related compounds;
Anabolic Steroids;
Methandrostenolone (Dianabol);
Nandrolone phenpropionate (Durabolin);
Nandrolone decanoate (Deca-Durabolin);
Oxandrolone (Anavar);
Oxymesterone (Oranabol);
Oxymetholone (Anadrol);
Stanozolol (Winstrol) and related compounds;
Testosterone Esters.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

1. È vietato all'atleta, professionista o dilettante, l'uso di qualsivoglia sostanza o preparazione chimico-farmacologica al di fuori di eventi patologici o di comprovate alterazioni fisiopatologiche.

2. La somministrazione delle predette sostanze può essere prescritta:

a) per le forme patologiche soltanto da un medico abilitato all'esercizio della professione;

b) per le alterazioni fisiopatologiche da un medico specialista in medicina dello sport.

3. Si intendono come alterazioni fisiopatologiche le carenze di elementi nutritivi o di substrati biologici dovute ai carichi elevati di esercizio fisico.

ART. 2.

1. Il controllo del rispetto delle norme di cui all'articolo 1 è demandato al Ministero della sanità che si avvale all'uopo degli organi e strutture, centrali e periferici, del Servizio sanitario nazionale.

2. Tale controllo è esercitato:

a) direttamente sugli atleti, mediante i mezzi di indagine legali, per quanto concerne l'assunzione di sostanze di cui al comma 1 dell'articolo 1;

b) direttamente sulle farmacie, attraverso il controllo della ricetta obbligatoria per le sostanze che verranno opportunamente indicate;

c) sui medici di cui alla lettera b) dell'articolo 1 attraverso il controllo ed una relazione obbligatoria, allegata alla cura del paziente.

3. Il Ministero della sanità istituisce, presso l'Istituto superiore di sanità, un Centro nazionale *antidoping*, quale unico riferimento pubblico per la conoscenza, la ricerca e il controllo del fenomeno. A tale Centro affluiscono tutte le informazioni rilevate presso i presidi periferici del Servizio sanitario nazionale nonché quelle ricavate dal Comitato olimpico nazionale italiano (CONI) e dalle Federazioni sportive.

4. Il Centro cura anche l'elaborazione e la diffusione delle notizie relative, nonché di un elenco di sostanze soggette all'obbligo di prescrizione mediante ricetta e di relazione medica quando prescritte ad atleti.

5. Restano demandati al CONI e alle Federazioni sportive i compiti di controllo relativi alle gare internazionali e nazionali e limitatamente alle sostanze comprese negli elenchi redatti a cura degli stessi.

6. Ai suddetti enti incombe comunque l'obbligo di comunicare tutti i risultati ottenuti dai controlli al Centro nazionale *antidoping*.

7. Il Centro nazionale *antidoping* approfondirà la conoscenza della reale incidenza del fenomeno attraverso:

a) una ricerca sulle curve di sopravvivenza degli atleti di vertice che abbiano lasciato l'attività sportiva nel periodo compreso tra il 1960 e il 1980;

b) una ricerca sui dati relativi alla qualità della vita biologica nei soggetti di cui alla lettera a);

c) controlli casuali di urine o altro liquido biologico prelevate in occasione di gare di qualsiasi livello o in periodo di allenamento, su atleti professionisti o dilettanti e di qualsiasi fascia di età;

d) controlli di urine o altro liquido biologico su atleti che accedano ai centri o servizi o ambulatori di medicina dello sport pubblici o convenzionati per la visita annuale di idoneità agonistica e che presentino segni o sintomi riferibili a assunzione di sostanze proibite.

8. Il Centro nazionale antidoping cura la pubblicazione e l'annuale aggiornamento di un elenco di segni o sintomi indiretti riferibili a probabile assunzione di sostanze proibite.

ART. 3.

1. Il Ministero della sanità istituisce, presso l'Istituto superiore di sanità, d'intesa con il CONI, una Commissione di studio per la semplificazione delle procedure di raccolta, conservazione e analisi dei campioni biologici prelevati. Il Ministero inoltre, su informazioni predisposte dalla suddetta Commissione e d'intesa con il Ministero della pubblica istruzione e con il CONI, attiva una campagna sanitaria nazionale contro l'abuso e il cattivo uso dei farmaci.

2. La Commissione di cui al comma 1 è costituita da:

a) un funzionario medico del ruolo direttivo del Ministero della sanità;

b) due ricercatori dell'Istituto superiore di sanità;

c) un farmacologo;

d) due medici specialisti o docenti di medicina dello sport;

e) uno psicologo o sociologo dello sport;

f) uno psicologo dell'età evolutiva;

g) un funzionario del CONI;

h) un funzionario del Ministero della pubblica istruzione.

3. La campagna di educazione sanitaria di cui al comma 1 dovrà essere indirizzata a: scuola dell'obbligo e secondaria; ISEF; scuole di specializzazione in medicina dello sport; scuole e corsi per tecnici sportivi, allenatori e dirigenti di società sportive; corsi appositi per atleti organizzati da enti di promozione e associazioni sportive.

4. È istituito l'insegnamento obbligatorio di « Tossicologia delle sostanze do-

ping » presso le scuole di specializzazione in medicina dello sport e gli ISEF.

5. Viene istituito l'albo professionale per tecnici dello sport e allenatori.

ART. 4.

1. L'atleta per il quale venga oggettivamente dimostrata la assunzione di sostanze chimico-farmacologiche al di fuori degli eventi previsti all'articolo 1 viene:

a) privato della idoneità agonistica quando rientri nel caso previsto dalla lettera d) del comma 7 dell'articolo 2;

b) sospeso dall'attività sportiva, da parte della Federazione interessata, per un periodo iniziale di mesi sei o in via definitiva se recidivo;

2. Analogo provvedimento a quello della lettera b) del comma 1 verrà adottato nei confronti dell'atleta che rifiuti di sottoporsi a controllo. Tali provvedimenti saranno notificati a tutti i presidi interessati.

3. Il medico che al di fuori degli eventi previsti dall'articolo 1, somministri o prescriva sostanze chimico-farmacologiche a un atleta viene sospeso, d'intesa con la Federazione nazionale dell'ordine dei medici, dall'esercizio della professione per un periodo da uno a due anni. In caso di recidiva la sospensione sarà di ulteriori anni quattro.

4. L'esercente di arte sanitaria a qualsiasi titolo che incorra nel reato di cui al comma 3, avrà comminate le stesse sanzioni, in aggiunta a quelle previste per l'esercizio abusivo.

5. Il farmacista può fornire i farmaci compresi nell'elenco stilato dalla Commissione nazionale *antidoping* soltanto dietro presentazione di ricetta medica indicante chiaramente la durata del ciclo terapeutico e che relazioni brevemente sulle indicazioni legate a una patologia in atto accertata.

6. In caso contrario il farmacista incorre nella chiusura dell'esercizio per un periodo da sei mesi ad un anno, d'intesa con il rispettivo ordine professionale.

ART. 5.

1. La gestione della ricerca biofisiologica finalizzata alla ottimizzazione dei mezzi e sistemi di allenamento e alla prevenzione dei danni da sovraccarico funzionale è affidata ad una apposita Commissione CONI-CNR.

ART. 6.

1. Il finanziamento degli impegni del progetto viene così ripartito:

a) gli oneri relativi alla campagna *antidoping* mediante rilevazioni e controlli di cui all'articolo 2, sono sostenuti per il 50 per cento dal Ministero della sanità e per il rimanente 50 per cento dal CONI con trattenuta all'origine sulle erogazioni alle Federazioni sportive, in quote proporzionali alla consistenza dell'erogazione stessa;

b) gli oneri relativi alla campagna di educazione sanitaria, sono sostenuti per il 50 per cento dal Ministero della sanità, per il 30 per cento dal Ministero della pubblica istruzione e per il rimanente 20 per cento dal CONI nei limiti delle ordinarie disponibilità di bilancio;

c) gli oneri relativi alla ricerca, per il 20 per cento dal Ministero della sanità e per il rimanente 80 per cento dal CONI con prelievo dai fondi delle Federazioni sportive comprensivi delle sponsorizzazioni.