CAMERA DEI DEPUTATI N 1418

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

MILANI, CAFIERO, CATALANO, CRUCIANELLI, GIANNI, MAGRI

Presentata il 21 febbraio 1980

Nuova disciplina dei derivati della *cannabis* e delle sostanze stupefacenti derivate dall'oppio, prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza e nuove disposizioni per l'eliminazione delle cause di emarginazione sociale

ONOREVOLI COLLEGHI ! — Da alcuni mesi la stampa ha preso a contare, a volte non senza una macabra e morbosa ossessione, i morti da eroina da allora, come spesso accade in Italia, un fenomeno per lunghi anni ignorato, e sotto gli occhi di tutti Sono quindi affiorate statistiche, abbozzati commenti, avanzate proposte

Pur tra mille ambiguità e strumentalità, equivoci e confusione, una certa corretta intelligenza del fenomeno ha cominciato a farsi strada in alcuni dei settori più sensibili della societa tra i giovani, e tra alcune organizzazioni politiche giovanili, tra gruppi consistenti di operatori sociali e sanitari, amministratori locali, tecnici dell'informazione, intellettuali, settori perfino di grandi forze politiche All'interno di questa nuova sensibilità e tra i contenuti del dibattito vasto che si è aperto, noi riusciamo a intravvedere due fatti indubbiamente positivi da una parte la comprensione che, tanto per leggere che per poter risolvere il problema, non sono adeguate né le analisi sociologiche, fumose e sbrigative, di tanti zelanti commentatori, anche di sinistra, né le immagini distorte e di comodo del tossicodipendente che hanno finora giustificato alternativamente paternalismo o repressione, pedagogia o assistenzialismo, conformismo o immobilismo E tra queste aberrazioni della ragione quella che infine e sembrata prevalere è stata, in certi am-

bienti, proprio l'immobilismo, quasi ci trovassimo di fronte ad un fenomeno che si presume ineluttabile, a dinamiche e meccanismi dotati di una loro inspiegabile automaticità tanto da essere impossibile modificarne o condizionarne il corso.

Introducendo così all'interno della dimensione umana, psicologica e sociale dei rigidi princìpi di causalità e di irreversibilità, molti fanno della realtà umana una totalità naturale affidata a leggi ineluttabili e a compatibilità oggettive immodificabili. E se così fosse, allora non ci rimarrebbe che accettare le cose così come sono: morti da eroina, aborti clandestini, omicidi bianchi, tutto sarebbe ascrivibile ad una società in cui, fin d'ora, realtà, razionalità e necessità coincidono, e qualsiasi tentativo per modificarla, dunque, qualsiasi sforzo e tensione razionale e positiva per il cambiamento non sarebbero altro che ingenuità, follia, utopia.

Noi, ci sembra utile ricordarlo, non siamo di quest'avviso. L'altra cosa che si è cominciata a capire è che non si può attendere che tutto cambi per poter far qualcosa sul fronte della droga.

La diffusione di massa della droga non è legata, lo sappiamo, a problemi di natura esclusivamente individuale, ma rappresenta anzi il segno della crisi di un'intera organizzazione sociale, e ne sollecita dunque il suo superamento e la sua trasformazione. Sono in gioco infatti condizioni generali di vita di tutta la popolazione, è in gioco per migliaia di giovani il venir meno di prospettive materiali ed ideali d'esistenza, l'offuscarsi di motivazioni sufficientemente valide per impegnarsi positivamente nella vita, nel lavoro, nei rapporti sociali. Ma è anche il segnale indubbiamente di una divaricazione, che ormai raggiunge un pericoloso limite di guardia, tra le aspettative materiali, sociali e culturali che questa società sollecita e la sua effettiva capacità a soddisfarle. Il bisogno della droga dunque emerge dalla realtà vissuta quotidianamente da milioni di uomini e donne, soprattutto giovani: la mancanza di lavoro, o il lavoro alienato, la mancanza di casa, o condizioni degradate dell'abitare, la qualità generale della vita e del tempo libero, la solitudine, la frustrazione e l'emarginazione (a volte psicologica ed esistenziale prima che materiale) vissute tanto nelle desolate periferie quanto negli invivibili centri urbani dei nostri agglomerati umani, città cresciute non a misura d'uomo ma sotto la tensione di pressioni speculative e d'interessi economico-finanziari colossali.

Soltanto una critica a fondo di questa organizzazione sociale, dell'individualismo e del produttivismo che ne sono i fattori propulsivi, dei suoi modelli di consumo, di produzione, di comportamento e di cultura potrà cogliere le dinamiche che sono dietro il fenomeno della droga, e ricercarne le soluzioni.

Solo un processo di trasformazione generale, un nuovo modello di sviluppo, di vita e di lavoro potrà avere la speranza di ricostruire motivazioni valide ed efficaci a vivere, a lavorare, ad impegnarsi nella collettività.

Ma riconoscere, e dire questo, non basta. Non basta cioè contentarsi di attendere (o lavorare per) la costruzione di tempi migliori in cui la società sia finalmente « adeguata » ai bisogni degli uomini e delle donne, ed intanto non far nulla su alcune concrete, immediate e tragiche contraddizioni.

Se non tentiamo, sin d'ora, di mettere in moto anche parziali e specifici momenti di trasformazione, perché intanto pezzi di società, di cultura, di istituzioni comincino ad adeguarsi ad alcuni bisogni e contraddizioni sociali, allora saranno gli uomini, le donne, i giovani a doversi inevitabilmente adeguare al dato sociale ed istituzionale oggettivo. E il messaggio per il drogato sarebbe allora esplicito: o ti adegui, o ti comporti, qui ed ora, secondo i modelli di comportamento accettati da questa società, e ti fai recuperare nella nostra società di uomini sani, efficienti, produttivi, oppure resti come sei, non esci dal tuo giro, prigioniero del ghetto, ed unico responsabile della tua dannazione, pagandone tutte le conseguenze. E non è forse questo dopotutto il messaggio, la espressione logica e concettuale contenuta finora nel ricatto degli interventi e dei

ricoveri coatti o anche della disintossicazione « volontaria » come unica e prioritaria condizione per essere accettati socialmente ed umanamente ? È questa la filosofia necessaria ad una società, o a settori di essa, che non desidera in fondo che i drogati escano dal ghetto, e trovino una diversa identificazione sociale, perché il drogato-diverso-pericolo sociale è uno degli oggetti da demonizzare, espressione concreta di degenerazione ed emarginazione in cui la società riconosce ed identifica la propria immagine simmetrica e speculare, i suoi mostri e fantasmi da esorcizzare e reprimere, definisce i suoi contorni in negativo.

E il discorso non cambia anche quando si rivesta di una certa pedagogia e di un certo assistenzialismo di sinistra: il drogato non è un criminale, ma un malato da curare, e dunque curiamolo; e se davvero vuole uscire dalla sua condizione allora s'impegni personalmente e partecipi all'impegno collettivo per la trasformazione.

È inutile ricordare, crediamo, che tanto la demonizzazione quanto la forzata medicalizzazione hanno fatto tutt'altro che limitare la diffusione della droga, ed in quanto agli appelli pedagogico-moralistici, non potevano che cadere nel vuoto.

Il punto da cui partire, infatti, deve essere necessariamente un'altro: non solo il tossicomane, in quanto tale, non è un criminale, ma quella del tossicomane, più che una malattia fisica, è una malattia sociale; e il sintomo drammatico è l'alienazione di una quotidianità interamente spesa nell'ossessionante ricerca della droga, di una giornata nella quale non c'è spazio che per una forzata criminalizzazione, frutto dell'illegalità, della repressione e del mercato nero: dunque furti, prostituzione, piccoli crimini, spaccio, tutte le proprie energie concentrate attorno al « lavoro » necessario per procurarsi la dose. Perché meravigliarsi allora che anche le dichiarazioni più sincere di solidarietà, le esortazioni, i richiami, i tentativi di approccio umano e sociale non trovino canali praticabili di comunicazione tra i tossicodipendenti ? Tali canali sono stati interrotti, tanto dall'esterno che dall'interno, dai tossicodipendenti stessi cioè, che ben introiettano il modello culturale che viene loro imposto, accettando il ruolo del « drogato » come oggi è, nelle condizioni culturali, giuridiche e sociali date, poiché è l'unica possibilità di identificazione sociale che dopotutto viene loro offerta.

Perciò noi proponiamo come obiettivo la rottura di questo ruolo, e dunque la rottura del ghetto: non perché altri possano entrarci, ma perché molti ne escano.

Combattere realmente e contrastare il mercato nero, aprire nella giornata dei tossicodipendenti spazi temporali e psicologici che consentano di riorganizzare la propria vita, e di ricollocarsi socialmente rispetto agli altri.

Quello che abbiamo di fronte, onorevoli colleghi, è un grande impegno di trasformazione culturale e sociale.

Ma anche un impegno di trasformazione legislativa, giacché la dimensione legislativa è un indicatore della dimensione culturale e sociale del problema, più di quanto non lo sia della sua conoscenza scientifica e farmacologica: la legge 22 dicembre 1975, n. 685, che tuttora regola in Italia l'iniziativa istituzionale verso il problema della droga, non solo non ne fornisce una lettura corretta scientificamente, ma suggerisce interventi nella direzione culturale e sociale sbagliata.

Una nuova legislazione, che corregga quella precedente, è dunque necessaria per determinare quelle nuove condizioni giuridiche, anche minime e parziali, che consentano una reimpostazione di tutto il problema, per rispondere efficacemente alle vere questioni che sono sul tappeto.

* * *

Un dispositivo giuridico che allenti la pressione giudiziaria e poliziesca sul consumatore di droga, per esempio, sarebbe destinato a nostro parere ad allentare anche la pressione culturale e a deprimere quindi anche il valore simbolico della droga, aprendo invece la possibilità che sulle droghe, su tutte le droghe (tanto quelle

considerate illegali che quelle legali) si realizzi un esame più serio e corretto, scientificamente e socialmente, che non mortifichi né esorcizzi, ma informi chiaramente la popolazione sulle caratteristiche farmacologiche e sugli effetti fisici, psichici e sociali di tutte le droghe, come finora non è stato.

Noi non pensiamo ad una società che semplicemente dilati la sfera dei diritti civili: non dunque la droga come « diritto civile in più », né « droga è bello ».

Pensiamo invece ad una società più matura e capace di autocontrollo, capace di conoscere, distinguere ed usare le droghe, se vuole.

Sappiamo anche che quella che noi proponiamo sull'eroina non è una battaglia tutta avanzata: distribuire eroina ai tossicodipendenti per certi versi costituisce una misura di emergenza, un tamponamento, magari una premessa per un intervento che invece assuma l'obiettivo, più distante nel tempo, di una vera rimessa in discussione, assieme alla loro condizione, anche delle condizioni oggettive, culturali, sociali e politiche generali. Sconta dunque un riconoscimento dello stato attuale per quello che è: il livello avanzato di disgregazione, il rallentamento o l'offuscarsi di processi di unificazione sociale, dunque la necessità urgente di ricostruire motivazioni e prospettive che oggi appaiono appannate.

Ma intanto una correzione legislativa può svolgere un suo ruolo, anche se parziale, favorendo dinamiche nuove tanto nel campo istituzionale quanto in quello culturale, e di conseguenza anche dei comportamenti individuali e sociali.

Per prima cosa è utile capire quanta sia stata finora la confusione attorno al concetto stesso di droga, e quanto vi abbia contribuito la stessa esperienza legislativa realizzata finora. Se droga è una sostanza tossica capace di alterare equilibri psico-fisici nell'organismo, quante sono le droghe, pure assenti dalle tabelle della legge 22 dicembre 1975, n. 685, che circolano liberamente negli ambienti in cui viviamo, quante soprattutto negli ambienti di lavoro ? Ma sono, ciononostante, sostanze « legali », perché non entrano in contraddizione col modello sanitario dominante, che poi ubbidisce alle compatibilità del modello di produzione e di rapporti sociali attuali: talmente accreditate che esistono perfino dei MAC (parametri di accettabilità quantitativa) che ne definiscono i livelli di accettabilità sociale ! Ma fare chiarezza su questo non può essere certo un compito affidato a questa legge particolare: è un punto però che tanto il movimento democratico che le forze progressiste e di sinistra dovranno tener presente poiché sempre si affaccerà ogni volta che ci si troverà ad analizzare ed affrontare i nodi di una cultura e di una pratica per la trasformazione.

Ma anche tra quelle droghe, intese farmacologicamente tali in senso più ristretto, tra quelle cioè riconosciute come sostanze « psicotrope e stupefacenti », vigono oggi distinzioni che più che dipendere rigorosamente da una loro conoscenza scientifica ed una definizione farmacologica, subiscoono invece più direttamente una determinazione legale e istituzionale.

Nel senso comune della gente, di conseguenza, si forma la seguente equazione logica: è « droga » (con tutta la carica negativa che il termine contiene) la canapa e l'eroina, perché illegali, perché la legge ne vieta la circolazione ed il consumo; non è « droga », invece, l'alcool, la cui circolazione è del tutto legale (e non lo sarebbe se fosse invece una droga pericolosa !). E, sulla base di questa equazione indotta e mistificata, da una parte vengono sopravvalutati gli effetti tossici (individualmente e socialmente) delle cosiddette droghe illegali, dall'altra sottovalutati o addirittura del tutto misconosciuti quelli delle droghe legali (mentre parallelamente viene alimentato il valore simbolico di trasgressione che assume, di conseguenza, il consumo delle cosiddette droghe illegali).

Accade quindi che divenga un fatto socialmente e culturalmente accettabile che in Italia vi siano intorno al mezzo milione di alcoolisti (cioè tossicodipendenti da alcool) e tra le venti e le trentamila persone muoiono ogni anno per cause diret-

tamente collegate al consumo di alcoolici: l'alcool e l'alcoolismo sono totalmente assenti dalla legge 22 dicembre 1975, n. 685, e nella stessa Convenzione Unica di New York del 1961 non compare alcun riferimento tanto all'alcoolismo che al tabagismo.

Se volessimo rintracciare tali riferimenti dovremmo riandare addirittura alle norme del vecchio codice penale, che le leggi successive sugli stupefacenti hanno però abrogato. Dunque in Italia, quando si parla di tossicodipendenze, non si parla dell'alcool. Alcune sostanze, come i superalcoolici e il tabacco, ricevono un salvacondotto legale fintantoché la loro produzione e il loro commercio rendano economicamente più di quanto non arrechino danni, interpretati sempre in termini economici: così le centinaia di migliaia di alcoolisti, le morti da cirrosi o da cancro del polmone sono considerati accidenti naturali della più comune patologia umana, o al massimo attribuiti solo a responsabilità individuali.

È per consentire una considerazione più corretta dei rapporti tra alcool, tabacco e altre droghe che nella nostra legge abbiamo sempre inteso il concetto di sostanze psicotrope come esteso tanto all'alcool che al tabacco (le più diffuse cioè, e le più pericolose, tra le droghe legali) ed abbiamo ritenuto necessario vietare la pubblicità dei superalcoolici (articoli 8 e 24) che oggi nel nostro paese supera il 10 per cento dei messaggi pubblicitari.

Non solo, ma uno degli obiettivi della depenalizzazione reale del consumo delle droghe risiede, attraverso la depressione del valore simbolico di alcune droghe e il ridimensionamento della campagna terroristica indirizzata verso i consumatori di alcune droghe e non di altre, nella possibilità che si aprano spazi per una ricerca più corretta e seria scientificamente sugli effetti psico-fisici e sociali di tutte le droghe, senza distinzione, e per la diffusione di una informazione più utile e corretta tra la popolazione. Perciò ci siamo preoccupati, anche all'interno di questa proposta di legge, di indicare, a vari livelli, sedi e funzioni di ricerca e d'informazione che possano appunto svolgere questo ruolo (articoli 7, 9, 11, 12, 13, 14).

Un lavoro di ricerca e di informazione di questo tipo dovrà consentire di mettere in chiaro distinzioni e caratteristiche delle droghe prescindendo dalle loro definizioni legali: distinzione dunque tra le droghe che danno dipendenza e no, o distinzione sulla base dei rispettivi e reali livelli di tossicità, distinzione, droga per droga, fra uso e abuso (allora forse capiremmo, e tutti potrebbero capire, che la *cannabis* può sì risultare molto tossica, ma se assunta in quantità eccezionali, come può essere straordinariamente tossico – anche in modo acuto – fumare 60 sigarette al giorno o addirittura letale ingerire un litro di brandy).

Sarà inoltre utile capire come la dipendenza da alcune droghe non sia un fatto inevitabile, non esistendo un rapporto di necessità tra consumo e dipendenza (si dice perfino che negli USA l'80 per cento dei consumatori di eroina sono occasionali o consumatori abituali non-dipendenti); che la stessa dipendenza non è necessariamente un fenomeno irreversibile (come spingono a credere da una parte una certa informazione gretta e terroristica, dall'altra una certa sub-cultura della droga).

Ma soprattutto è indispensabile capire (e questo qui, ed ora) che gli effetti di una droga sulle funzioni biologiche e sul comportamento dipendono non solo dalle sue caratteristiche farmacologiche, ma anche da altri fattori, complementari ma determinanti: dalle modalità d'uso, dalla personalità del consumatore, dalle sue condizioni fisiche, dalle sue aspettative psicologiche, infine da fattori ambientali, materiali e socioculturali, che definiscono il « momento » della sua assunzione.

L'incidenza di tali fattori è tale che per esempio (e questo è importante per capire alcune finalità di questa stessa proposta di legge) la stessa eroina non è semplicemente nociva o letale di per sé: gran parte delle conseguenze negative sul piano biologico o sociale sono legate prevalentemente alle condizioni in cui viene « consumata » (condizioni igienico-sanitarie

degradate, clandestinità, dosi non controllate, dunque overdosi o tagli micidiali...). Il tentativo di correggere queste condizioni non è dunque un fatto secondario per combattere le morti da eroina, ma forse, oggi, l'unica strada veramente credibile e praticabile: una strada tanto più urgente da imboccare quanto finora è stata invece ingnorata.

IL MERCATO NERO DELL'EROINA.

Quello dell'eroina è un mercato, e come tutti i mercati la sua diffusione ha bisogno da una parte di un complesso di motivazioni all'uso, che ne determinino la domanda sociale, dall'altra di una produzione e di canali e modalità di circolazione e distribuzione, che ne costituiscano l'offerta.

Molti finora (e la sinistra tra questi) si sono interrogati e hanno tentato di realizzare un intervento che agisse sulle motivazioni all'uso: il clima sociale, la disgregazione materiale ed ideale, le condizioni materiali di vita e di lavoro..., tutti probabile retroterra, come prima abbiamo ricordato, su cui si forma la domanda di droga.

Ma questo non ha fatto che mettere in luce due carenze di fondo:

1) da una parte in questi interrogativi o interventi non si è andati sufficientemente in fondo, non si è fatto fino in fondo i conti con analisi e pratiche politiche finora insufficienti e inadeguate (sulla disoccupazione, per esempio, o sulla disgregazione urbana, sull'emarginazione sociale, sulla qualità del lavoro e della vità, sull'alienazione giovanile e sulle sue matrici vicine e lontane);

2) dall'altra il tentativo di agire solo per correggere-condizionare le motivazioni all'uso, dunque abbassare la domanda di droga, non si è rivelato (ne mai si rivelerà) sufficiente, se contestualmente manca un'iniziativa adeguata a modificare e deprimere le condizioni di offerta.

E, nel caso dell'eroina, ci troviamo di fronte ad un mercato particolare, cioè un mercato illegale, che assume precise caratteristiche, con precise conseguenze sulla domanda e sul consumo:

a) è, assieme al clima di clandestinità in cui vivono i consumatori, responsabile tanto delle degradate condizioni igienico-sanitarie in cui avviene il consumo (siringhe infette, epatiti...), tanto della maggior parte di morti da eroina: dosi non controllate e manipolate, quindi overdosi e tagli con sostanze letali come stricnina, polvere di marmo ecc.;

b) alimenta la clandestinità, la rottura dei canali di comunicazione sociale del tossicodipendente, dunque la sua « malattia sociale », come prima l'abbiamo descritta, rendendo quasi nulla l'efficacia degli strumenti e dei tentativi culturali e sociali messi in atto per comunicare con lui in questo stadio;

c) criminalizza molti dei tossicodipendenti, ed anzi, attraverso di loro, trasformandoli in spacciatori e agenti capillari e persuasivi per l'offerta delle dosi, incentiva e dilata la domanda nei non-consumatori.

Tentare di modificare dunque queste particolari condizioni del mercato può aprire la possibilità sia di una riduzione delle conseguenze più tragiche del consumo dell'eroina (cioè i decessi e forme di patologia associate al consumo), sia di influire in qualche modo nel contenimento della sua diffusione (sottraendo una parte cospicua dei tossicodipendenti al ricatto dello spaccio) e, infine di agire positivamente per ricondurre i tossicodipendenti al di fuori della condizione alienata in cui vivono la loro giornata: riportarli dunque all'interno della condizione quotidiana condivisa dagli altri giovani (una condizione non certo di per sé allegra e felice), ma nella quale, pure tra mille contraddizioni, siano rimessi in grado di agire liberamente, e partecipare più direttamente alla determinazione delle scelte che li riguardano.

Finora gli unici tentativi di agire in qualche modo sul mercato, cioè direttamente sull'offerta, sono stati l'utilizzazione degli strumenti repressivi. Ma come? E con quali conseguenze?

La legge (tanto la legge 22 ottobre 1954, n. 1041, quanto l'attuale legge 22 dicembre 1975, n. 685) è congegnata in modo tale da vedere esclusivamente nelle sostanze le radici del male, assumendo la droga in sé come unico oggetto di osservazione, tralasciando dunque i fattori complementari di cui abibamo parlato. Inoltre, affidando, come fa la legge 22 dicembre 1975, n. 685, una eccessiva discrezionalità a poliziotti e magistrati a proposito dell'indefinitezza della « modica dose » non punibile, finisce per indurre a vedere nel consumo il momento culminante del pericolo sociale e nella semplice detenzione l'azione più facile da perseguire (non occorrono indagini né prove, che la detenzione si « prova da sé » in quanto crimine che perdura nel tempo). Non solo, ma la repressione del consumo e della detenzione finisce in tal modo per apparire anche come il mezzo più efficace per colpire il traffico illecito, in quanto ne rappresenterebbero comunque delle tappe obbligate.

La conseguenza è stata che in questi anni si è privilegiata una repressione a tappeto, diffusa, piuttosto che in profondità, e questo a sua volta ha determinato altre conseguenze:

1) coloro che effettivamente sono incappati nelle maglie della giustizia sono stati in gran parte semplici consumatori, tossicodipendenti o piccolissimi spacciatori, mentre il grosso traffico a monte è rimasto quasi inattaccato e fuori dall'azione repressiva;

2) che colpendo i piccoli spacciatori, cioè in genere la periferia del traffico, (quella che alcuni chiamano la cosiddetta « repressione marginale »), si contribuisce ad innalzare il livello dei rischi in questa fascia periferica, innalzando contemporaneamente i costi al consumo della merce droga e dilatando dunque sempre più i saggi di profitto, cioè il divario tra questi costi e il valore reale della droga, cioè i suoi costi di produzione: in tal modo viene incrementata la convenienza ad investire capitali nel traffico dell'eroina, che non a caso è oggi il più diffuso e lucroso. È d'altra parte l'incremento costante del prezzo delle « bustine » a spingere un numero sempre maggiore di tossicodipendenti allo spaccio, per avere la possibilità di procurarsi la propria dose personale.

Per questi motivi, e partendo da questa analisi del mercato nero che consideriamo l'unica verosimile e corretta, ci siamo preoccupati in questa legge di cercare alcune risposte, seppure parziali, attraverso tre ordini generali di proposte:

a) depenalizzare realmente il consumo di droghe e la detenzione di piccole quantità definite di droga;

b) depenalizzare produzione, circolazione e consumo della canapa;

c) consentire una distribuzione controllata di eroina ai tossicodipendenti.

* * *

A) *Depenalizzando realmente il consumo delle droghe (articolo 26), pensiamo che si possano raggiungere due obiettivi:*

1) decriminalizzare finalmente i consumatori, con tutti gli effetti positivi che questo comporta in relazione ai problemi che finora abbiamo citato;

2) rendere più credibile una legge, altrimenti poco credibile, come effettivamente la legge 22 dicembre 1975, n. 685, è (anche ammesso che il consumo sia nocivo, infatti, il consumatore non danneggia, attraverso l'atto del consumo, altri che sé stesso).

Abbiamo inoltre tentato di definire la « modica quantità » la cui detenzione non è punibile (articolo 26), per porre fine ad arbitri polizieschi o giudiziari; quindi abbiamo introdotto, per la detenzione di quantità non ingenti che superino la modica

dose il concetto di « detenzione finalizzata o al consumo personale o al traffico », per indurre polizia e magistratura a condurre indagini e abbandonare la strada della sommaria repressione a tappeto, volgendosi invece con maggiore proficuità a reprimere il medio e il grosso traffico, a monte del consumatore e dei piccolissimi spacciatori tossicodipendenti.

Infine si è pensato di sostituire la parola « consumo » a quella di « uso » molto meno chiara, ed anzi equivoca, come compariva nella legge 22 dicembre 1975, n. 685.

Nella legge 22 dicembre 1975, n. 685, era anche evidente una grossa sproporzione tra le pene previste per l'induzione al consumo di sostanze stupefacenti o psicotrope nei confronti di una sola persona e quelle previste per la propaganda o la pubblicità di tali sostanze: abbiamo corretto questa sproporzione con l'articolo 24, introducendo tra l'altro pene anche per la pubblicità o propaganda di tabacco o super alcoolici.

Infine abbiamo introdotto con l'articolo 27 una gradualità di pene per la detenzione e il traffico di quantità di droga superiori alla « modica dose » non punibile; non è consentito l'arresto in flagranza per il minimo di quantità punibili (da 3 a 10 dosi individuali) e vengono aboliti gli obblighi di segnalazione e i trattamenti coatti verso i tossicodipendenti.

B) Cannabis *e suoi derivati.*

Negli articoli 1 e 2 proponiamo la cancellazione della canapa e dei suoi derivati dalle tabelle degli stupefacenti sottoposti a controllo giuridico. Questa scelta, a nostro giudizio, s'impone oggi per alcuni fatti che è possibile non riconoscere:

1) è ormai universalmente noto (perfino da parte di organismi non sospetti come alcune commissioni governative d'indagine sulla *cannabis*: quella olandese, canadese, statunitense, inglese...) che queste sostanze presentano livelli di tossicità sicuramente inferiori sia all'alcool che al tabacco, le droghe legali cioè di più larga diffusione;

2) che il regime di illegalità cui finora la canapa è stata sottoposta e la sua conseguente convivenza nel mercato con le droghe più pesanti come l'eroina, sono motivi che favoriscono il passaggio di molti consumatori dall'una alle altre: passaggio che non è affatto giustificato, come invece sostengono alcuni disinformati manipolatori dell'informazione, da caratteristiche farmacologiche, ma indotto piuttosto in molti casi dal fatto che oggi i meccanismi ed i canali di offerta sono gli stessi, e pressoché coincidenti dunque le occasioni per i giovani di incontrare l'una o l'altra droga. Anzi il clima stesso di illegalità privilegia, presso alcuni giovani, il consumo delle droghe più pesanti: « se tanto la canapa che la eroina sono illegali » – è oggi purtroppo un ragionamento molto frequente – « dunque egualmente tossiche, se corro dunque gli stessi rischi, allora perché non prendere l'eroina che mi fa star meglio, e mi eccita di più ? ». Senza contare infine le centinaia di giovani che finiscono in carcere per qualche grammo di *hashish*, e lì incontrano il giro della droga pesante, o comunque non trovano certo le condizioni più favorevoli per la propria situazione psicologica e sociale.

La depenalizzazione della canapa insomma potrebbe rivelarsi anche un mezzo indiretto per contenere le circostanze di diffusione della stessa eroina, o perlomeno circoscriverle.

C) *Distribuzione controllata dell'eroina.*

Attraverso un meccanismo di distribuzione controllata dell'eroina ai tossicodipendenti, quale quello che noi proponiamo, si potranno raggiungere schematicamente questi obiettivi:

1) progressiva sostituzione di una fetta importante di mercato nero con un

mercato pubblicamente controllato di eroina pulita, cioè non inquinata con tagli nocivi o letali;

2) un conseguente e progressivo abbassamento del numero delle morti da eroina, causate principalmente, come abbiamo già ricordato, dall'assenza di controllo sulle dosi e sulla purezza farmacologica della sostanza, ed anche riduzione del complesso della patologia associata a condizioni igienico-sanitarie degradate di consumo;

3) un miglioramento qualitativo della giornata del tossicodipendente, non più impegnato a concentrare il proprio tempo e le proprie energie nella ricerca della dose illegale e dei mezzi per procurarsela; la sua identità non più interamente centrata sulla « quotidianità della droga » potrebbe più facilmente ricollocarsi psicologicamente e socialmente, avviando un processo personale e collettivo di riorganizzazione della propria esistenza, attraverso la progressiva riapertura di quei canali di comunicazione interpersonale e sociale oggi interrotti;

4) progressiva rottura tra tossicodipendente e mercato nero, dunque anche del legame di identità, oggi necessario, tra figura del tossicomane e quella dello spacciatore; lo stesso mercato nero dunque, oltre a perdere una fascia considerevole (per quantità e valore della merce consumata) di consumatori, verrebbe a perdere anche il grosso della propria fascia periferica e più capillare di agenti diffusori, costituita oggi in prevalenza dai tossicodipendenti stessi, con la conseguente depressione anche di parte delle sue capacità di proselitismo;

5) una riduzione del valore simbolico e di attrazione culturale della stessa eroina, e la possibilità che si apre per un discorso culturale diverso.

I provvedimenti che noi proponiamo come massa iniziale di iniziative, capace di innescare processi positivi che vadano nella direzione che abbiamo indicato, sono complessi e molteplici: dall'inserimento dell'eroina nella farmacopea ufficiale (articolo 3) alla definizione delle funzioni e delle competenze del Servizio sanitario nazionale e delle Unità sanitarie locali per la prevenzione, cura e riabilitazione verso i consumatori di droga e i tossicodipendenti; dal ruolo da assegnare agli ospedali e alla formazione del personale alle funzioni e alle sedi di produzione di una informazione scientificamente e culturalmente corretta indirizzata alla popolazione, ma alla cui formazione la stessa popolazione partecipi direttamente dalla necessità della massima integrazione tra interventi di natura sanitaria, sociale e culturale, alla necessità (e agli strumenti per consentirlo e stimolarlo) di un intervento attivo dell'intero gruppo sociale, a livello di territorio, sui problemi posti dal consumo di droga e sulla diffusione della tossicodipendenza tra i vari strati sociali.

Ciò che teniamo in particolare ad affermare è la necessità di inquadrare le iniziative verso la droga e i drogati all'interno delle dinamiche, che si stanno avviando, di riforma sanitaria, convinti che questo potrà produrre notevoli e positive conseguenze:

1) che l'intervento sociale e sanitario verso le tossicodipendenze trovi un quadro globale e coerente di riferimenti, collocandosi possibilmente in relazione alle sue spinte più avanzate (è vero, purtroppo, che questo dipenderà da come verrà concretamente avviata e gestita la riforma sanitaria, cioè se verso contenuti di maggiore socializzazione, di prevenzione e attenzione ai bisogni sociali e al territorio, o se verso maggiore burocratizzazione, privatizzazione, corporativizzazione sociale, perdita di valore sociale del lavoro degli operatori). Un intervento insomma che non risulti semplicemente dalla somma di interventi settoriali o locali, fuori da un disegno organico di trasformazione;

2) che d'altra parte il sistema socio-sanitario e dunque l'universo culturale e di comportamenti pratici di un settore de-

licato ed importante dell'organizzazione sociale e istituzionale, si trovi costretto a modifiche strutturali e funzionali; costretto cioè a ricercare forme di risposta non tradizionale se messo di fronte a fenomeni sociali complessi e non tradizionali (come le tossicodipendenze, l'aborto, la malattia mentale), a fenomeni la cui lettura non può essere trovata all'interno delle tradizionali nomenclature nosografiche e nel linguaggio della vecchia medicina e della vecchia struttura assistenziale; allora i concetti di territorio, bisogni sociali, prevenzione, controllo, qualità nuova del ruolo degli operatori, strutture decentrate non ospedalizzanti, possono assumere un significato di necessità, non solo rivendicazioni del movimento democratico.

Per quanto riguarda la distribuzione controllata di eroina ai tossicodipendenti, la proposta di legge affida alle strutture di base dell'Unità sanitaria locale l'accertamento dello stato di tossicodipendenza, dietro richiesta del tossicodipendente stesso, mediante l'anamnesi, l'esame obiettivo e le analisi di laboratorio più efficaci (esempio cromatografia, su strato sottile, gascromatografia, reazioni colorimetriche, tecniche fotometriche, gravimetriche, microcristallografia, tecniche polarografiche e immunotossicologiche...) ed escludendo comunque l'induzione con farmaci antagonisti della crisi di astinenza (articolo 19).

Ai tossicodipendenti così accertati viene rilasciata una scheda sanitaria personale, valida per tutto il territorio nazionale, che consente loro di accedere alla distribuzione controllata di eroina o della sostanza oppiacea che ha provocato la dipendenza (articolo 20).

La scheda è valida per un mese ed è rinnovabile dopo accertamenti fisico-clinici nelle stesse strutture socio-sanitarie, scelte liberamente dal tossicodipendente (articolo 21).

La distribuzione, su richiesta del diretto interessato, può avvenire o con somministrazione diretta *in loco* o attraverso ricetta, compilata dal personale dell'USL, che consente il ritiro in farmacia.

Per evitare accumuli (e quindi ridurre al minimo le occasioni per la formazione di un mercato grigio) abbiamo pensato all'utilizzazione di particolari ricette con cinque moduli staccabili che permettono, per cinque giorni, di ritirare ogni volta la sola dose necessaria ad una giornata (articolo 20).

È evidente che da una simile distribuzione controllata restano fuori i consumatori non tossicodipendenti di eroina o di altre sostanze oppiacee. Ma è una scelta che riteniamo comunque necessario fare.

È infatti chiaro a tutti che distribuire eroina a tutti i consumatori o potenziali consumatori (a chiunque la richieda, in sostanza) sarebbe la misura che, in linea di ipotesi, potrebbe sostituire pressoché interamente il mercato nero e dargli quindi un colpo mortale. Ma è altrettanto vero che in tal modo non solo correremmo rischi, certi più che probabili, della ricostituzione di un mercato grigio clandestino parallelo alla distribuzione legale, poiché le sostanze verrebbero in tal modo distribuite e fatte circolare in modo indiscriminato e senza alcun controllo; ma si finirebbe inevitabilmente per giungere alla situazione paradossale che le stesse istituzioni pubbliche diverrebbero potenzialmente, ma anche di fatto, responsabili della creazione di nuovi stati di tossicodipendenza, o comunque alimenterebbero certamente una crescita della diffusione del consumo di oppiacei, fatto questo che è in netta contraddizione con le finalità e gli obiettivi stessi che questa legge si propone.

Prendendo in considerazione invece la fascia dei consumatori tossicodipendenti, pensiamo che si possa intervenire sulle figure centrali e critiche di tutta l'area di consumo della droga: sottraendo i tossicomani al mercato nero potremo infatti sperare di affrontare la specificità della loro « malattia sociale », mettere in moto dei meccanismi di risocializzazione e indebolire la capacità di penetrazione dello stesso mercato nero, riducendo in una certa misura anche la convenienza ad in-

vestire capitali crescenti in un traffico che cominci ad incontrare difficoltà di una penetrazione e capillarizzazione crescente.

Onorevoli colleghi, è urgente che sulla questione della droga e delle tossicodipendenze si cominci ora a ricercare la possibilità di una correzione di rotta sul piano culturale, sociale e legislativo.

Il dibattito che si svolgerà in Parlamento potrebbe divenire il punto di riferimento e di sintesi e unificazione del dibattito che è attualmente in corso nel paese e delle esperienze più avanzate che già, localmente, gruppi di operatori, settori di popolazione, istituzioni locali stanno portando avanti; oppure potrebbe agire in senso contrario, impedendo di fatto uno sbocco istituzionale di quel dibattito e di quelle esperienze, con la conseguenza di accentuare, non diminuire, la divaricazione, la disgregazione sociale, la parcellizzazione e l'impoverimento delle esperienze locali, ma anche la radicalizzazione dei fenomeni di emarginazione e la sfiducia di settori sempre crescenti di società verso le sue istituzioni.

PROPOSTA DI LEGGE

—

TITOLO I

ART. 1.

La *cannabis* indiana, i prodotti da essa ottenuti, le sostanze ottenibili per sintesi e semisintesi che siano ad essa riconducibili per struttura chimica e per effetto farmacologico, i tetraidroccannabinoli e loro analoghi, sono cancellati dalle tabelle delle sostanze stupefacenti e psicotrope sottoposte alla vigilanza e al controllo, di cui agli articoli 11 e 12 della legge 22 dicembre 1975, n. 685.

ART. 2.

Ogni riferimento, negli articoli della legge 22 dicembre 1975, n. 685, alla *cannabis* indiana, ai suoi derivati, al tetraidrocannabinolo e ai loro analoghi, è soppresso.

TITOLO II

ART. 3.

La sostanza stupefacente derivata dall'oppio nota come eroina, corrispondente alla denominazione scientifica di diacetilmorfina, è inclusa nella « Farmacopea ufficiale » della Repubblica italiana di cui al decreto ministeriale 1° marzo 1973.

ART. 4.

Gli articoli compresi nei Titoli IX, X, XI, della legge 22 dicembre 1975, n. 685, sono sostituiti dagli articoli 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 e 24 della presente legge.

CAPO I.

PREVENZIONE, CURA E RIABILITAZIONE DEGLI STATI DI TOSSICODIPENDENZA E LOTTA ALLE CAUSE DI EMARGINAZIONE.

ART. 5.

Alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione degli stati di tossicodipendenza provvedono le Unità locali sanitarie, nell'ambito delle proprie competenze come stabilito dall'articolo 14 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, ed integrando i propri servizi con i servizi sociali esistenti nel territorio ai sensi dell'articolo 15, comma decimo della stessa legge e dell'articolo 25, commi secondo e terzo del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616. La distribuzione controllata di eroina ai tossicodipendenti accertati, con le modalità definite dalla presente legge, è effettuata nell'ambito dei servizi socio-sanitari di cui al comma precedente.

CAPO II.

ATTRIBUZIONI DELLO STATO.

ART. 6.

(Definizione della dose massima individuale).

Entro sessanta giorni dalla pubblicazione della presente legge, sulla base del parere del Comitato tecnico interministeriale di cui agli articoli 8 e 9 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, il Governo della Repubblica definirà con decreto legislativo la quantità corrispondente alla dose massima individuale sia di eroina e di altri oppiacei, sia di sostanze ottenibili per sintesi che siano riconducibili alle sostanze oppiacee per struttura chimica, proprietà farmacologiche e per effetti.

ART. 7.

(*Ricerca sulle sostanze stupefacenti e psicotrope*).

Entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge l'Istituto superiore di sanità istituisce una apposita commissione di studio e di ricerca ai fini di approfondire la conoscenza su:

a) le caratteristiche farmacologiche e chimiche, gli effetti psicologici, fisici e sociali di tutte le sostanze psicotrope, comprese quelle di uso comune e largamente diffuse, quale alcool, tabacco, farmaci psicotropi, della *cannabis* e dei suoi derivati;

b) le metodiche più adeguate per lo accertamento diagnostico degli stati di tossicodipendenza;

c) le metodiche più adeguate ed efficaci per effettuare terapie di disintossicazione negli stati di tossicodipendenza.

ART. 8.

È vietata qualsiasi forma di propaganda e pubblicità delle sostanze stupefacenti e psicotrope. È vietata qualsiasi forma di propaganda e pubblicità di bevande superalcooliche; si intendono per tali le bevande contenenti un tasso alcoolico superiore ai 25 gradi.

ART. 9.

(*Piano sanitario nazionale*).

Nell'ambito del piano sanitario nazionale un programma specifico sarà finalizzato agli interventi socio-sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione nei confronti dei consumatori di sostanze stupefacenti e psicotrope e dei relativi stati di tossicodipendenza individuale.

Il programma triennale di spesa sanitaria comprende un capitolo apposito finalizzato al programma di interventi di cui al comma precedente.

Il novanta per cento del fondo di cui al comma precedente è distribuito alle Regioni, mediante decreto annuale del Ministro della sanità.

Il restante 10 per cento di tale fondo è utilizzato dall'Istituto superiore di sanità per le attività di ricerca di cui agli articoli 6 e 7 e per attività di divulgazione scientifica sulle sostanze stupefacenti e psicotrope, sui loro effetti sullo stato psico-fisico dei singoli e sui comportamenti individuali e collettivi, nonché per attività di qualificazione degli operatori socio-sanitari, in base a quanto previsto dal successivo articolo 11.

ART. 10.

(Relazione annuale sullo stato sanitario del paese).

La relazione annuale sullo stato sanitario del paese predisposta dal Consiglio sanitario nazionale, su cui il Ministro della sanità riferisce al Parlamento entro il 31 marzo di ogni anno, deve contenere una relazione dettagliata ed articolata regionalmente sullo stato di diffusione delle tossicodipendenze da sostanze stupefacenti e psicotrope, sulle misure messe in atto per la prevenzione del consumo di sostanze stupefacenti e psicotrope e per la prevenzione, cura e riabilitazione dei tossicodipendenti e sui risultati ottenuti. Su tale relazione il Consiglio sanitario nazionale organizza ogni anno una conferenza nazionale con la partecipazione delle unità socio-sanitarie locali e delle forze sociali interessate.

ART. 11.

(Riqualificazione del personale socio-sanitario).

Con frequenza annuale l'Istituto superiore di sanità, in attuazione di un programma predisposto dal Ministero della sanità, in collaborazione con le Regioni, con le università e con le altre istituzioni

pubbliche a carattere scientifico, organizza corsi di formazione e riqualificazione per gli operatori socio-sanitari, in materia di sostanze stupefacenti e psicotrope, delle loro caratteristiche chimico-farmacologiche, dei loro effetti sullo stato fisicologico, fisico e sui comportamenti individuali e sociali; nonché sugli interventi di natura sociale e sanitaria per la prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze e per la conoscenza delle esperienze in proposito realizzate in altri paesi e comunità nazionali.

CAPO III.

ATTRIBUZIONI DELLE REGIONI.

ART. 12.

(Competenze regionali).

Sono di competenza delle Regioni:

a) la raccolta sistematica, l'elaborazione e la divulgazione dei dati sulla diffusione delle tossicodipendenze e sui risultati dei relativi interventi socio-sanitari, nonché l'invio di tali dati al Ministero della sanità entro il mese di febbraio di ogni anno;

b) l'inserimento nei piani socio-sanitari regionali di interventi integrati idonei a limitare il consumo delle sostanze stupefacenti e psicotrope e a prevenire, curare e riabilitare i casi di tossicodipendenza, prevedendo anche contributi ai Comuni, singoli o associati, per la promozione e la realizzazione degli interventi di cui al successivo articolo 20 e utilizzando i piani di intervento predisposti dalle unità socio-sanitarie locali ai sensi del successivo articolo 15;

c) la programmazione di corsi di formazione e di aggiornamento professionale, culturale e psico-sociale per il personale socio-sanitario in merito ai problemi specifici posti dalla diffusione delle tossicodipendenze e ai relativi interventi socio-sanitari.

Tali corsi saranno realizzati nell'ambito delle USL a norma dell'articolo 14 lettera *f)* della presente legge.

ART. 13.

(Educazione socio-sanitaria nelle scuole).

Le Regioni, in collaborazione con i provveditorati agli studi, di intesa con i consigli distrettuali scolastici, predispongono programmi di studio e di informazione finalizzati per porre le scuole di ogni ordine e grado, a livello di insegnanti, alunni e relative famiglie, in grado di attuare una responsabile e corretta educazione socio-sanitaria sugli usi, sugli abusi, sulle caratteristiche chimico-farmacologiche e sugli effetti psicologici, fisici e sociali delle sostanze stupefacenti e psicotrope.

Presso tutti gli istituti di istruzione secondaria superiore gli organi collegiali indicano un monte-ore da destinare a seminari, studi, ricerche, dibattiti relativi all'informazione e all'educazione socio-sanitaria di cui al comma precedente e ad una attività di ricerca collettiva intesa ad individuare aree sociali e fasce di età maggiormente esposte al rischio di tossicodipendenze da sostanze stupefacenti e psicotrope.

CAPO IV

INTERVENTI DELLE UNITÀ SOCIO-SANITARIE LOCALI.

ART. 14.

(Organizzazione delle Unità socio sanitarie locali).

È compito delle Unità socio-sanitarie locali gestire gli interventi di base e le iniziative territoriali idonee a prevenire, curare e riabilitare i casi di tossicodipendenza individuale da sostanze stupefacenti e psicotrope.

A tal fine le Unità socio-sanitarie locali:

a) collaborano con gli altri servizi degli enti locali e con le forze sociali presenti nel territorio all'individuazione delle aree territoriali, delle fasce sociali e delle fasce d'età maggiormente esposte al rischio di tossicodipendenza da sostanze stupefacenti e psicotrope;

b) raccolgono e diffondono tra la popolazione e le forze sociali presenti nel territorio i dati e le conoscenze sulla situazione delle tossicodipendenze e sulla diffusione delle sostanze psicotrope, sugli interventi effettuati e sui risultati raggiunti, anche organizzando, in collaborazione con gli altri servizi degli enti locali, conferenze e dibattiti pubblici, corsi di studio e di informazione, con particolare riferimento ad operatori scolastici e culturali, agli alunni e alle loro famiglie, ad associazioni giovanili;

c) integrano, tanto nell'organizzazione dei servizi quanto nella natura degli interventi, il carattere e gli strumenti di ordine sociale con quelli sanitari, come condizione indispensabile all'intervento anche nei confronti delle tossicodipendenze;

d) provvedono affinché i propri servizi abbiano un idoneo orario di apertura giornaliero e settimanale, siano dotati di strumentazioni ed attrezzature adeguate e di personale qualificato tanto per gli accertamenti diagnostici degli stati di tossicodipendenza tanto per le funzioni specifiche di prevenzione cura e riabilitazione dei tossicodipendenti, predisponendo *èquipes* multidisciplinari comprendenti medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri e ausiliari socio-sanitari;

e) determinano attraverso l'organizzazione dipartimentale e polivalente dei servizi, il lavoro di gruppo ed interdisciplinare degli operatori e la mobilità degli stessi, interna ai singoli servizi e su base territoriale, le condizioni per realizzare adeguati interventi socio-sanitari nei confronti dei tossicodipendenti;

f) realizzando corsi di riqualificazione e di aggiornamento del personale socio-sa-

nitario in merito ai problemi posti dalla diffusione delle tossicodipendenze e ai relativi interventi socio-sanitari e culturali;

g) presentano alla regione, almeno centottanta giorni prima della scadenza di ogni piano socio-sanitario triennale, propri piani di intervento sulle tossicodipendenze come contributo alla programmazione regionale. Alla preparazione di tali piani territoriali di intervento partecipano le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative dei lavoratori, le forze sociali presenti nel territorio, le associazioni e gli operatori socio-sanitari, i centri di aggregazione sociale, culturale e giovanile;

h) forniscono la propria consulenza specifica e la propria collaborazione attiva al fine di contribuire a rimuovere le cause di emarginazione sociale e delle motivazioni al consumo e alla diffusione di massa delle sostanze stupefacenti e di tutte le sostanze psicotrope;

i) promuovono, conducono direttamente e collaborano alla ricerca sia sugli effetti dell'uso e dell'abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope, sia sulle metodiche più adeguate tanto all'accertamento diagnostico degli stati di tossicodipendenza quanto alle terapie di disintossicazione.

ART. 15.

(*Prestazioni socio-sanitarie*).

Le prestazioni socio-sanitarie, sia generali che specifiche, di prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze sono intese a:

a) prevenire tra la popolazione il consumo di sostanze stupefacenti e psicotrope;

b) favorire un controllo nell'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope da parte dei consumatori, prevenire gli abusi e gli stati di tossicodipendenza;

c) prevenire nei tossicodipendenti l'insorgere della sindrome da astinenza;

d) intervenire con terapie di disintossicazione dei tossicodipendenti dietro la loro esplicita richiesta;

e) fornire prestazioni di assistenza sanitaria ai consumatori di sostanze stupefacenti e psicotrope e ai tossicodipendenti in relazione alla patologia acuta e cronica associata al consumo di tali sostanze e al loro uso degradato;

f) favorire la riabilitazione psico-fisica dei tossicodipendenti e collaborare alla individuazione di strumenti e occasioni di recupero e reinserimento scolastico, professionalizzante, lavorativo, familiare, sociale.

ART. 16.

(*Prestazioni dei presidi ospedalieri*).

I presidi ospedalieri sono tenuti a prestare soccorso ai tossicodipendenti in fase di sindrome di astinenza effettuando terapie sintomatiche e somministrando comunque la sostanza oppiacea che ha provocato la dipendenza.

Nei casi di intossicazione acuta o di patologia associata allo stato di tossicodipendenza è presentata assistenza, e qualora necessario, è effettuato il ricovero, nelle strutture e nei reparti generali o specializzati idonei al tipo di patologia riscontrata.

I presidi socio-sanitari forniscono le prestazioni loro richieste ai fini e in conformità della presente legge senza oneri a carico degli assistiti.

È fatto divieto di effettuare ricoveri obbligatori in conseguenza dell'accertamento dello stato di tossicodipendenza ed ogni forma di intervento coatto di disintossicazione.

Terapie di disintossicazione possono essere effettuate solo dietro richiesta esplicita e diretta del tossicodipendente.

Le terapie di disintossicazione non debbono in ogni caso essere considerate la condizione pregiudiziale per porre in atto interventi di recupero sociale. Esse sono affidate alla autodeterminazione del tossicodipendente e possono quindi scaturire solo come prodotto di una dialettica tra scelte personali e comportamenti della collettività e delle istituzioni socio-sanitarie locali.

ART. 17.

(*Divieto di strutture riservate ai soli tossicodipendenti*).

Non è consentita la costituzione, l'organizzazione e il funzionamento di centri socio-sanitari riservati ai soli tossicodipendenti.

Analogamente non è consentita la costituzione, l'organizzazione o il funzionamento di reparti o divisioni riservati ai tossicodipendenti all'interno di strutture ospedaliere e delle case di cura private convenzionate.

ART. 18.

(*Compiti dei comuni nella lotta contro l'emarginazione*).

È compito dei Comuni, singoli od associati:

a) predisporre, nei vari quartieri e nelle frazioni, sedi adeguate per la costituzione di centri di aggregazione sociale;

b) istituire, in numero adeguato alle esigenze di ogni zona, comunità alloggio nelle normali case di abitazione, per piccoli gruppi di minori o giovani in difficoltà, senza preclusione di età, sesso o problematiche;

c) favorire la costituzione di cooperative di lavoro, comunità artigiane e agricole, cui partecipino anche tossicodipendenti oppure altre persone in difficoltà.

CAPO V

MODALITÀ RELATIVE ALLA DISTRIBUZIONE CONTROLLATA DI SOSTANZE OPPIACEE.

ART. 19.

(*Accertamento dello stato di tossicodipendenza*).

Coloro che intendono accedere alla distribuzione controllata di sostanze oppiacee al fine di prevenire la sindrome di

astinenza possono recarsi in una struttura di base dell'unità socio-sanitaria locale.

In tale sede viene accertato lo stato di tossicodipendenza mediante i criteri di anamnesi, esame obiettivo ed analisi di laboratorio, escludendo l'induzione artificiale della sindrome da astinenza con farmaci antagonisti.

Ai tossicodipendenti così accertati è attribuita una scheda sanitaria personale, che è conservata presso la struttura socio-sanitara e che è rigorosamente coperta dal segreto professionale.

La scheda, su modello distribuito dal Ministero della sanità, deve contenere:

a) i dati anagrafici;

b) dati anamnestici e clinici;

c) l'indicazione della sostanza che ha provocato la dipendenza;

d) la dose e la via di somministrazione;

e) la frequenza di somministrazione;

f) le somministrazioni effettuate ai sensi del successivo articolo 22.

Ai tossicodipendenti accertati secondo le modalità di cui al secondo comma del presente articolo è rilasciato un tesserino personale contenente l'indicazione della sostanza che ha provocato la dipendenza e della dose della frequenza, e della via di somministrazione.

Se il tossicodipendente accertato è di età inferiore ai diciotto anni la struttura socio-sanitaria coinvolge nella cura e nel reinserimento sociale il nucleo familiare del minore e comunque la persona esercente la potestà e la tutela.

ART. 20.

(*Modalità della distribuzione controllata di sostanze oppiacee*).

I servizi socio-sanitari di base sono tenuti a fornire al tossicodipendente munito del tesserino sanitario personale di cui al precedente articolo la sostanza oppiacea che ha provocato la dipendenza o che comunque egli richieda, nella dose,

con la frequenza e secondo la via indicate nel tesserino e necessarie a prevenire la sindrome di astinenza.

Sia nel caso di terapie scalari che di quelle di mantenimento, è garantita ai tossicodipendenti la scelta del servizio di base cui richiedere prestazioni.

La distribuzione controllata, secondo le richieste del tossicodipendente anche per quanto riguarda la via di somministrazione, può essere effettuata:

a) mediante diretta somministrazione *in loco;*

b) mediante compilazione di una ricetta da parte del personale del servizio sanitario, che consenta al tossicodipendente di ritirare le dosi presso una farmacia di sua scelta.

Sulla scheda sanitaria personale debbono essere registrate tutte le operazioni di somministrazione *in loco* e di ricettazione effettuate.

Nei primi tre giorni successivi all'accertamento dello stato di tossicodipendenza e al rilascio del tesserino sanitario personale deve essere comunque effettuata la somministrazione *in loco,* sotto diretto controllo sanitario.

È possibile ricettare in una sola volta un quantitativo di oppiacei, o di sostanze sintetiche ad essi riconducibili per caratteristiche ed effetti, non superiore alle personali necessità di dosaggio di cinque giorni. Vengono utilizzate ricette con cinque moduli staccabili ed utilizzabili giornalmente per ritirare soltanto il quantitativo necessario al dosaggio di una giornata. Tra i medici che operano nel territorio, coloro che intendono coordinarsi col lavoro di prevenzione, cura e riabilitazione svolto dai servizi pubblici, possono accedere ai corsi regionali di formazione, aggiornamento e qualificazione professionale di cui all'articolo 12 della presente legge.

I medici che hanno partecipato a tali corsi potranno intervenire direttamente nella fase di somministrazione dietro ri-

chiesta del tossicodipendente, e partecipare al lavoro di prevenzione, recupero e riabilitazione fisica e sociale degli assistiti tossicodipendenti.

ART. 21.

(*Aggiornamento della scheda sanitaria personale*).

Con frequenza mensile la scheda sanitaria personale e il tesserino sanitario personale sono aggiornati in seguito a controllo socio-sanitario e ad accertamento dello stato di tossicodipendenza, in base a colloquio con il tossicodipendente e con le modalità di accertamento di cui al secondo comma dell'articolo 20 della presente legge.

ART. 22.

(*Estensione delle prestazioni ai detenuti*).

Gli interventi diagnostici preventivi, curativi e riabilitativi di cui agli articoli 19, 20 e 21 della presente legge possono essere richiesti da tossicodipendenti detenuti all'interno di istituti carcerari. Tali interventi, secondo le stesse modalità elencate nei suddetti articoli, sono effettuati presso i servizi sanitari interni alle istituzioni carcerarie.

ART. 23.

Entro sessanta giorni dalla pubblicazione della presente legge, il Governo della Repubblica con apposito decreto legislativo provvederà alla modifica del ricettario speciale per gli stupefacenti e del registro di carico e scarico delle sostanze oppiacee al fine di:

a) garantire le eventuali schedature dettate da motivi di ordine pubblico e salvaguardare in modo assoluto il segreto professionale;

b) rispondere alle necessità di ricettazione riportate all'articolo 20 della presente legge;

TITOLO III

SANZIONI PENALI

ART. 24.

L'articolo 78 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, è sostituito dal seguente:

« Chiunque, sotto qualsiasi forma, eserciti propaganda o pubblicità di sostanze stupefacenti e psicotrope, di prodotti e derivati della *cannabis* indiana, di superalcolici, di prodotti contenenti tabacco è punito con multa da lire 2.000.000 a lire 7 milioni e con la reclusione da sei mesi a due anni.

ART. 25.

L'articolo 80 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, è abrogato.

ART. 26.

Non è punibile chiunque acquisti o comunque detenga sostanze stupefacenti o psicotrope di cui alle prime quattro tabelle della legge 22 dicembre 1975, n. 685, fatte salve le eccezioni previste dagli articoli 1 e 2 della presente legge, allo scopo di farne consumo personale terapeutico, purché la quantità non ecceda in modo apprezzabile le necessità di cura, in relazione alle particolari condizioni del soggetto, per un periodo di cinque giorni.

Chiunque acquisti o detenga sostanze stupefacenti di natura oppiacea o similari sintetici, per farne consumo personale non terapeutico, in quantità non superiore a tre dosi massime individuali, non è punibile.

Le quantità di sostanze eccedenti le necessità curative di cui al primo comma del presente articolo o le quantità di cui al secondo comma, debbono essere sequestrate o confiscate.

ART. 27.

Gli articoli 71 e 72 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, sono abrogati.

ART. 28.

Chiunque, fuori dai casi previsti dall'articolo 25 della presente legge, senza autorizzazione acquista, offre, pone in vendita, distribuisce, cede o riceve a qualsiasi titolo, detiene, procura ad altri, trasporta, importa, esporta o passa in transito sostanze stupefacenti o psicotrope di cui al primo comma dell'articolo 26 della presente legge, in quantità non superiori alle 10 dosi massime individuali, è punito con multa da lire 500.000 a lire 5.000.000 e con la reclusione da uno a tre anni.

Se il quantitativo è superiore a quello previsto nel comma precedente la multa è da lire 5.000.000 a lire 150.000.000 e la reclusione da 5 a 20 anni.

ART. 29.

Non è consentito l'arresto in flagranza per il delitto previsto dal primo comma dell'articolo 28 della presente legge.

ART. 30.

Gli articoli 82, 104 e 105 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, sono abrogati.

ART. 31.

La presente legge entra in vigore nel 90° giorno successivo alla sua pubblicazione sulla *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica.