

SENATO DELLA REPUBBLICA

VIII LEGISLATURA

28^a SEDUTA PUBBLICA

RESOCONTO STENOGRAFICO

GIOVEDÌ 11 OTTOBRE 1979

(Antimeridiana)

Presidenza del vice presidente FERRALASCO,
indi del vice presidente VALORI

INDICE

DISEGNI DI LEGGE

Annunzio di presentazione	Pag. 1451
Presentazione del testo degli articoli proposto dalla 6 ^a Commissione permanente per il disegno di legge n. 245	1451
Presentazione di relazione	1451

MOZIONI, INTERPELLANZE E INTERROGAZIONI

Seguito della discussione della mozione n. 1-00016 e dello svolgimento delle interpellanze nn. 2-00016, 2-00034, 2-00038, 2-00039, 2-00040 e delle interrogazioni nu-

meri 3-00166, 3-00170, 3-00189, 3-00227, concernenti il problema della droga. Ritiro della mozione e approvazione di ordine del giorno:

ALTISSIMO, ministro della sanità Pag. 1452, 1466	
COSTA, sottosegretario di Stato per la grazia e giustizia	1459
FASSINO (Misto-PLI)	1465
FINESTRA (MSI-DN)	1467
FONTANARI (Misto-SVP)	1467
FORNI (DC)	1465
JERVOLINO RUSSO ROSA (DC)	1461
SPADACCIA (Misto-PR)	1467
TEDESCO TATÒ Giglia (PCI)	1463
VENANZETTI (PRI)	1466

Presidenza del vice presidente FERRALASCO

PRESIDENTE. La seduta è aperta (ore 9).

Si dia lettura del processo verbale.

MITTERDORFER, segretario, dà lettura del processo verbale della seduta antimeridiana del 12 agosto.

PRESIDENTE. Non essendovi osservazioni, il processo verbale è approvato.

Annunzio di presentazione di disegni di legge

PRESIDENTE. In data 10 ottobre 1979, sono stati presentati i seguenti disegni di legge di iniziativa dei senatori:

FABBRI, CIPELLINI, PETRONIO, DI NICOLA, SCAMARCIO, SIGNORI, BARSACCHI, SPINELLI, FINESSI, SCEVAROLLI e ZITO. — « Nuovo ordinamento dei Consorzi agrari e riforma della Federazione italiana dei consorzi agrari » (322);

VIGNOLA, NOCI, BARSACCHI, JANNELLI e PETRONIO. — « Norme particolari sull'accesso a posti direttivi negli istituti e scuole di istruzione secondaria ed artistica e nei convitti nazionali, nonché sull'accesso a posti di ispettore tecnico centrale » (323);

DELLA PORTA, COSTA, FALLUCCHI, AMADEO, PASTORINO, BORZI e GENOVESE. — « Disciplina delle società tra professionisti » (324);

FASSINO. — « Disposizioni per la tutela del titolo e della professione di audioprotesista » (325);

BARSACCHI, FERRALASCO, SPANO, SCAMARCIO, SIGNORI, FINESSI, SCEVAROLLI, SEGRETO, MARAVALLE, PETRONIO, DELLA BRIOTTA, BOZZELLO VEROLE, JANNELLI, NOCI, MASCIADRI, PITTELLA, SPINELLI, ZITO, PALA, DEL PONTE, BEVILACQUA, AVELLONE, GENOVESE, MURMURA, MANCINO, CERAMI, CAROLLO, LIGIOS, ROSA, CIOCE e PAR-

RINO. — « Autorizzazione alla istituzione di case da gioco nel territorio di ciascuna Regione » (326).

Annunzio di presentazione di relazione

PRESIDENTE. In data 9 ottobre 1979, a nome della 9ª Commissione permanente (Agricoltura), il senatore Martoni ha presentato la relazione sul seguente disegno di legge:

TRUZZI. — « Pagamento provvisorio del canone nell'affitto dei fondi rustici » (111) (*Dichiarata l'urgenza ai sensi dell'articolo 77 del Regolamento nella seduta del 3 ottobre 1979*).

Annunzio di presentazione del testo degli articoli proposto dalla 6ª Commissione permanente per il disegno di legge n. 245

PRESIDENTE. In data 10 ottobre 1979, la 6ª Commissione permanente (Finanze e tesoro) ha presentato il testo degli articoli, proposto dalla Commissione stessa, per il seguente disegno di legge:

« Norme sulla liquidazione a stralcio delle quote inesigibili e sulla concessione di tolleranza agli agenti della riscossione » (245).

Seguito della discussione della mozione n. 1-00016 e dello svolgimento delle interpellanze nn. 2-00016, 2-00034, 2-00038, 2-00039, 2-00040 e delle interrogazioni nn. 3-00166, 3-00170, 3-00189, 3-00227, concernenti il problema della droga. Ritiro della mozione e approvazione di ordine del giorno

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione della mozione n. 1-00016 e dello svolgimento delle

interpellanze nn. 2 - 00016, 2 - 00034, 2 - 00038, 2 - 00039, 2 - 00040 e delle interrogazioni nn. 3 - 00166, 3 - 00170, 3 - 00189, 3 - 00227, concernenti il problema della droga.

Ha facoltà di parlare il Ministro della sanità.

A L T I S S I M O, *ministro della sanità*. Signor Presidente, onorevoli senatori, prendendo la parola per rispondere davanti al Senato alla mozione e alle varie interpellanze e interrogazioni presentate dalle diverse parti politiche sul grave ed incombente problema delle tossicodipendenze nel nostro paese, desidero premettere un atto di doveroso omaggio al Parlamento, al quale mi rivolgo per la prima volta come Ministro della Repubblica.

Con questa mia relazione non intendo solo riferire sull'attività che il mio Dicastero viene sviluppando per affrontare il problema; vorrei sperare di ottenere il conforto e la comprensione degli onorevoli senatori per gli sforzi che stiamo operando di fronte ad un problema che, per gravità, dimensioni e tendenza all'accrescimento, ha giustamente ottenuto la più viva attenzione dell'opinione pubblica e degli organi di stampa. Ho infatti la convinzione che solo il concorso corale delle istituzioni ponga il Governo in condizioni di avviare a soluzione il problema.

Come risulta molto evidente dal dibattito in corso in Italia e nel mondo sulle tossicodipendenze a livello politico, sociale, scientifico e tecnico, il fenomeno che abbiamo di fronte, per l'improvviso affacciarsi sulla scena sociale, per la rapidità della sua diffusione, per il carattere illegale e subdolo della sua origine e del suo sviluppo, non solo non ha ancora trovato soluzioni univoche o linee di intervento uniformi, ma suscita dispute vivaci financo in tema di definizioni, di metodologie, di analisi, di progetti di intervento, di valutazioni epidemiologiche. L'unico dato oggettivo che risulta alla comune comprensione degli esperti è quello secondo cui il fenomeno può dividersi in due grandi categorie (e chiedo scusa al senatore Ossicini per questa volontaria e necessaria semplificazione): quella riferita al

consumo delle cosiddette droghe leggere e quella riferita al consumo delle droghe pesanti.

È di questi giorni un'azione politica tendente ad ottenere la libera commerciabilità delle droghe leggere derivanti dalla canapa indiana: è mia convinzione che in materia debba considerarsi un'indicazione sufficientemente avanzata quella prevista dalla legge n. 685, cioè la depenalizzazione del consumo di questi prodotti. Ho potuto, recentemente, rilevare come anche negli Stati Uniti non sia affatto stata liberalizzata la commercializzazione di questi prodotti, bensì alcuni Stati abbiano depenalizzato il consumo con un intervento successivo a quello del nostro paese.

Premesso che un ulteriore passo nel senso di aprire al libero consumo questi prodotti potrebbe dilatarne ulteriormente l'impiego, mi pare difficile poter accedere a questa impostazione, almeno fino a quando non sia statisticamente e scientificamente chiara l'interconnessione che pare esistere fra droghe leggere e droghe pesanti.

Va altresì rilevato che la via della liberalizzazione, sbilanciando di fatto il livello di difesa dal consumo dei vari paesi, e specialmente nei confronti dei paesi europei, attrarrebbe consumatori da altri paesi verso il nostro e potrebbe moltiplicare i problemi che già abbiamo sotto gli occhi. Se qualche passo dovesse essere compiuto nel senso richiesto dal Partito radicale, la decisione dovrebbe essere presa a livello comunitario, in sintonia con gli indirizzi indicati dalle Nazioni Unite attraverso l'Organizzazione mondiale di sanità.

Come ebbi a dichiarare a suo tempo, è mia intenzione richiedere di incontrare i colleghi Ministri della sanità della Comunità europea per un esame di tutti i problemi inerenti il settore di intervento, al fine di individuare linee compatibili, e se possibile conformi, di comportamento per i Governi comunitari.

Le considerazioni testè svolte sopra la problematica politica della droga leggera mi introducono direttamente alle considerazioni preliminari sopra il ben più drammatico fenomeno della tossicodipendenza da dro-

ghe pesanti e specialmente da eroina. Le considerazioni sono le seguenti: i paesi più avanzati del mondo sono tutti, in diversa misura, toccati dal fenomeno; le soluzioni non possono che trovare il loro fondamento in una scelta il più possibile conforme di tutti i paesi già colpiti.

A tutti coloro che imputano ai caratteri della società industriale avanzata la totale responsabilità del fenomeno ho il dovere di dire che certamente esso non ha una sola causa, così come non avrà una sola soluzione. Prima fra tutte le concause è certamente lo sviluppo dell'offerta. Come ognuno sa, l'offerta — e lo affermano gli economisti — crea la domanda; ed è forse anche per questo che una certa attenzione è stata da me data in prima istanza a questo aspetto del problema.

Una controprova della perversa lucidità con la quale l'offerta si muove nel mondo mi viene dai dati che si possono acquisire dall'esperienza americana: secondo quelle autorità, gli Stati Uniti hanno il più alto numero di consumatori, la Germania federale ha i più elevati dosaggi *pro capite*, l'Italia ha il maggiore incremento del fenomeno. In primo luogo l'offerta ha affrontato il mercato statunitense, potenzialmente più assorbente; in secondo luogo si è servita dei più elevati livelli di reddito della Germania federale per vendere dosi più elevate; in terzo luogo è entrata in forze in Italia nella fase in cui, per l'incrociarsi di molteplici ragioni, più gravi si sono delineate le difficoltà sociali, a cominciare dalla disoccupazione giovanile.

Non a caso, quindi, ma con senso logico gelidamente criminale, l'offerta si è mossa adattando i caratteri della propria operatività alle situazioni socio-economiche in differenziata evoluzione. Non a caso gli spacciatori sono detti tradizionalmente, con un termine specifico, *pushers*, cioè spingitori: essi non attendono certo, esponendo la loro merce, che transitino un acquirente, ma sono fortemente impegnati nell'incrementare il fenomeno con ogni artificio e con le più raffinate tecniche della promozione di mercato.

Valga una considerazione sull'aspetto dell'offerta: la società italiana, pur tra mille

problemi, si è progressivamente evoluta e non è affatto dimostrato che negli ultimi tre anni la situazione socio-economica sia significativamente peggiorata, eppure la crescita, per così dire, esponenziale del fenomeno è tutta concentrata negli ultimi tre-quattro anni scorsi, come si rileva induttivamente da alcuni indicatori quali i casi di morte, i ricoveri, i soccorsi, i profili penali, il dissesto nell'ordine pubblico (e tornerò su questo tema).

Onorevole Presidente, onorevoli senatori, il Presidente del Consiglio dei ministri ha recentemente costituito un comitato composto dai Ministri dell'interno, di grazia e giustizia, della pubblica istruzione e della sanità per affrontare organicamente la materia. Per quanto mi riguarda, ho provveduto ad inviare ai Presidenti dei due rami del Parlamento la relazione prevista dall'articolo 1 della legge n. 685. Non credo di dover ripetere qui i dati ivi contenuti, che possono essere facilmente consultati; debbo invece osservare come i dati che sono là esposti non consentano una completa ed organica rappresentazione del problema: i dati sono incompleti e non affatto elaborati, parziali e poco significativi; per la parte operativa poi viene di fatto riconosciuta la povertà, la saltuarietà e la disorganicità degli interventi finora effettuati.

La relazione rispecchia almeno tre carenze alle quali bisogna porre un rimedio: 1) i rapporti fra istituzioni non sono stati sufficientemente attivati; 2) la distribuzione dei mezzi a livello operativo — peraltro, come si vedrà in seguito, assai scarsi — è effettuata con criteri impropri e comunque non in base alla distribuzione territoriale del fenomeno; 3) l'aspetto politicamente più preoccupante — è quanto ricordavano ieri i senatori Argiroffi e De Carolis, ed è un rilievo che non riguarda soltanto la sanità — è il rapporto assai negativo che intercorre tra una buona legge quale la n. 685, certamente civile ed avanzata, e le strutture che dovrebbero svilupparne gli effetti (nel caso specifico, il comitato regionale di prevenzione della tossicodipendenza ed i centri medici di assistenza sociale).

Queste strutture hanno assunto un ruolo tipicamente burocratico ed il servizio ne ha

risentito gravemente, così come l'incrocio di questa legge con la n. 180, la legge psichiatrica, ha complicato ulteriormente gli interventi. Notizie negative si hanno anche in merito alle prestazioni ospedaliere nei confronti dei tossicodipendenti a cagione non solo dei problemi complessi che questo tipo di malato pone, ma soprattutto per una carenza culturale sulla materia che richiede specializzazioni notevoli e che si è affacciata improvvisamente alla ribalta dei problemi sociali e sanitari.

Questo quadro non positivo deriva da una carenza di orientamento generale che a sua volta discende da una insufficiente diagnosi del fenomeno, visto sotto il profilo di tutti i suoi momenti e delle sue componenti fondamentali.

Il Ministero della sanità ritiene perciò, in collegamento con gli altri dicasteri interessati e con la partecipazione delle regioni, di applicare questo rinnovato disegno operativo: 1) raccolta di dati sperimentali e di orientamenti terapeutici attraverso rapporti con autorità sanitarie di altri paesi aventi esperienze più consolidate della nostra; 2) raccolta dei dati sulla situazione del paese, con particolare riferimento agli adempimenti sostanziali previsti dalla n. 685; 3) realizzazione di una ricerca epidemiologica finalizzata alla determinazione della misura del fenomeno nei suoi vari aspetti ed alla qualità degli interventi; 4) definizione di una strategia operativa per controllare e ridurre il fenomeno.

Per quanto riguarda il primo punto abbiamo dati di diverso livello e di diversa natura dagli Stati Uniti e dall'Inghilterra dove i nostri esperti si sono recati per studiare quel sistema. Molto sinteticamente, negli Stati Uniti queste sono le valutazioni correnti: 1) è risultato estremamente difficile approfondire le ricerche sulle motivazioni specifiche che spingono alla tossicodipendenza; i dati sono estremamente personalizzati e non si rilevano andamenti o aggregati significativi; 2) è risultato estremamente difficile mettere a punto un modello di terapia uniforme per tutti i casi e si è dovuto ripiegare su molteplici forme di intervento; 3) infine il fenomeno risulta

in riduzione. Dal 1973 al 1977 i casi stimati di tossicodipendenza sono scesi da 550.000 a 450.000 circa. Faccio riferimento a casi specificamente ricavati dal problema eroina, quindi non in generale tossicodipendenza ma soltanto da eroina. La riduzione di cui sopra viene attribuita principalmente a tre ragioni. La prima è l'intensificazione della lotta contro l'importazione e lo spaccio. La seconda è il recupero del modello demografico tipico dopo aver superato una crisi di eccedenza delle classi giovani sulle classi adulte, con un recupero del modello adulto che aveva perso credibilità nella fase di crescita del fenomeno della tossicodipendenza. La terza è lo sviluppo delle terapie su linee quantitativamente equivalenti: all'incirca un terzo con somministrazione di metadone, all'incirca un altro terzo mediante la psicoterapia ed infine un altro terzo mediante interventi di comunità terapeutiche.

Più completa e significativa è l'analisi dell'esperienza inglese sulla quale abbiamo avuto in questi giorni la relazione degli esperti. Riporto qui le conclusioni con riserva di rendere pubblico il testo con tutta l'urgenza possibile a beneficio degli studiosi del problema e delle forze politiche e sociali interessate. Il sistema britannico è caratterizzato da alcuni tratti salienti introdotti nella legislazione del 1971. Viene revocata ai medici la facoltà di prescrivere gli oppiacei ai tossicodipendenti, ferma restando la facoltà di ogni medico di prescriberli per affezioni organiche anche ai tossicodipendenti. Il Ministero dell'interno rilascia ad alcuni medici, di regola specialisti operanti nei centri di trattamento, la licenza di prescrivere droghe classificate ai tossicodipendenti; lo stesso Ministero ha facoltà di revocarla; è istituito presso il Ministero il registro dei tossicodipendenti con carattere strettamente confidenziale, che ogni medico ha diritto di consultare anche telefonicamente con criteri cautelativi; è introdotto l'obbligo della notificazione, da parte di ogni medico, al Ministero dell'interno, di ogni tossicodipendente o sospettato tale che si trovi ad assistere e del rinnovo della notificazione ogni dodici mesi; presso istituzioni ospedaliere qualificate, in generale i ser-

vizi psichiatrici, sono istituiti dei centri specializzati di trattamento (32 in Inghilterra, di cui 15 a Londra), che operano essenzialmente come strutture ambulatoriali con area territoriale di competenza. Hanno lo scopo di guidare il paziente alla disassuefazione, se questi la accetta, o alternativamente di assicurargli la quantità minima di droga a lui necessaria.

In questi centri lavorano medici, psichiatri specializzati e assistenti sociali, in stretta cooperazione con gli altri servizi ospedalieri e con i laboratori per il controllo settimanale della droga nelle urine. Inizialmente questi centri prescissero essenzialmente eroina mentre è successivamente prevalsa la prescrizione del metadone, prima iniettabile e negli ultimi anni somministrabile per via orale.

Dei nuovi casi del 1977, il 67 per cento ha ricevuto soltanto metadone. I dati più significativi da rilevare sono i seguenti: per quanto riguarda il numero dei tossicodipendenti, dal 1970 al 1978 il numero dei casi registrati è aumentato di poco più del 50 per cento rispetto al numero iniziale. Si ritiene, in base ai dati relativi ai decessi e alle emergenze, che i casi registrati siano circa la metà di quelli esistenti, per l'80 per cento concentrati nella città di Londra, e che nel 1978 i casi siano stati circa 10.000.

Dai dati comparativi sui decessi e sulle emergenze si osserva che i più giovani tendono a registrarsi dopo qualche anno, all'incirca al secondo o al terzo anno di uso della droga. La mortalità dei tossicodipendenti è progressivamente decresciuta negli anni dal 1970 al 1978 soprattutto come percentuale.

La criminalità, scesa di poco come valore assoluto, è diminuita marcatamente in relazione al numero dei tossicodipendenti. Si stima che circa il 30 per cento dei pazienti in trattamento svolge una attività lavorativa normale. L'emergenza in tossicodipendenti, soprattutto per *overdose*, ha una frequenza elevata, pari a quasi una emergenza al giorno in ognuno dei prontosoccorsi londinesi. Solo nell'80 per cento dei casi l'*overdose* è legata a narcotico, spesso è causata dai barbiturici associati.

Nei centri di trattamento si sono rilevati l'aumento dei problemi legati alle droghe multiple e la necessità di aumentare il numero degli assistenti sociali e di un migliore raccordo con i centri volontari di riabilitazione.

I dati più importanti sono certo quelli sulla riduzione della mortalità e della criminalità. Dai controlli effettuati risulta che i decessi dei tossicodipendenti sono diminuiti nella misura del 50 per cento. Per quanto riguarda i reati, la loro diminuzione è ancora più vistosa: contro un incremento del 60 per cento dei tossicodipendenti nel periodo 1970-1979, i reati sono diminuiti del 60 per cento circa nello stesso periodo.

Il sistema inglese non è certo direttamente estrapolabile in Italia. Tuttavia non c'è dubbio che si tratta di un sistema che vale la pena di studiare attentamente anche per il continuo pragmatismo con il quale esso viene sottoposto a revisione critica da parte delle autorità britanniche.

Per quanto attiene invece il punto secondo del nostro disegno complessivo di interventi, è stata messa a punto una ricerca storico-epidemiologica nel territorio nazionale volta a ricavare da tutte le fonti accessibili le informazioni disponibili secondo un criterio di organicità e di completezza. Questo lavoro dovrebbe concludersi nell'arco di 60 giorni e le conclusioni verranno comunicate tempestivamente al Parlamento. Una prima elaborazione, realizzata a fini sperimentali, è stata fatta confrontando i dati contenuti nella già citata relazione inviata al Parlamento con i principali dati ricavati dallo studio del sistema inglese. Si tratta di valutazioni quantitative in senso stretto, intese a stimare con larghissima approssimazione il fenomeno e la sua dislocazione territoriale al fine di predisporre, con il supporto di qualche valutazione non meramente concettuale, la successiva fase della ricerca epidemiologica e prospettica in Italia.

Fornisco questi dati più con lo scopo di dare una indicazione di metodo sul tipo di approccio al problema, che non per il loro intrinseco contenuto in valori assoluti, che è il dato che ci proponiamo di ottenere come elemento finale della ricerca in corso.

Partendo dai decessi riferiti alla tossicodipendenza (67 casi in otto mesi del 1979) e dall'attività di polizia (comprendendo le persone denunciate, gli assuntori segnalati all'autorità sanitaria, i furti e le rapine nelle farmacie, secondo i dati del Ministero degli interni) per risalire da questi dati ad una stima dei tossicodipendenti ci si è serviti dei rapporti tra decessi e numero dei tossicodipendenti e tra criminalità e numero dei tossicodipendenti in Italia e in Gran Bretagna.

Nella tabella predisposta abbiamo rilevato l'andamento dei reati degli assuntori segnalati e delle persone segnalate. Fatto cento il 1977, i reati nel 1976 erano 54 e nel 1978 149 (parliamo di indici); i furti e le rapine in farmacie nel 1978 avevano indice 109; gli assuntori segnalati, sempre fatto 100 l'anno 1977, nel 1978 passano all'indice 174 per i maschi e 159 per le femmine, con un indice 172 per la somma maschi più femmine.

Le persone denunciate nel 1978 hanno un indice 151 sul 1977 ad indice 100. È assai significativo l'andamento nel tempo dei consumatori di droga. Sempre fatto 100 l'anno 1977, nel 1978 abbiamo per l'eroina l'indice 127, per l'hashish 183, per la marijuana 111, per l'olio di hashish 18. Il totale della droga sequestrata ha un indice 1978 pari a 153, sempre riferendoci al 1977 uguale a 100. Particolarmente dolente è l'andamento dei decessi per i tossicodipendenti, come è rilevato dal Ministero dell'interno (va però tenuto conto che ci sono differenze tra le indicazioni regionali e quelle centrali).

Sempre fatto 100 l'anno 1977, per il 1978 l'indice è 155 e quello stimato per il 1979 è 220. Questi dati sono stati poi corretti considerandoli come stime di un terzo del fenomeno reale, sulla base della differenza massima tra i decessi registrati da una singola regione e quelli segnalati centralmente per la stessa regione. Si tratta quindi di dati di assoluta prudenza. Da questa elaborazione, ovviamente largamente induttiva, risulterebbe che il numero dei tossicodipendenti veri, di coloro cioè in effettivo stato di dipendenza fisica dalla somministrazione quotidiana della droga, dovrebbero essere in Italia all'incirca ventimila.

I conti tornano anche in base ai calcoli di cui ad altra tabella, dalla quale risulta con chiarezza che tra gli assuntori segnalati ed i decessi si trovano scarti insignificanti rispetto alla retta di regressione che abbiamo calcolato.

Ciò significa che vi è un rapporto stretto non solo a livello generale, ma anche regionale tra assuntori e decessi. La considerazione perde in parte di significatività per le aree a bassi e bassissimi decessi, perchè in questi casi la distribuzione assume carattere di casualità.

Sulla stessa linea retta di regresso troviamo approssimativamente il valore nazionale per il 1977 ed in posizione lievemente più disposta il dato relativo alla Gran Bretagna per il 1978, relativamente agli assuntori di oppiacei.

Un'altra stima può derivare dalla indicazione di 733 casi di tossicomania accertati nell'ambito delle Forze armate per l'anno 1978. Riferiti al numero dei giovani alle armi e riportati alla popolazione a rischio, si ricava di nuovo una stima approssimativa dell'ordine di ventimila tossicodipendenti sulla popolazione nazionale. Con tutte le riserve sulla reale validità di questi dati, esiste una popolazione probabilmente assai più ampia di consumatori occasionali od iniziali di droga pesante. Su questi è estremamente difficile allo stato attuale formulare delle stime. Un dato corrente li fa ammonire a circa centomila tra « occasionali, abituali » e veri e propri tossicodipendenti.

Qualcosa di più concreto si può invece desumere per quanto riguarda la distribuzione regionale del fenomeno. I dati delle morti nelle singole regioni sono infatti correlati con il numero degli assuntori segnalati dalle regioni alle autorità sanitarie sia per il 1978 che per il 1977. La correlazione tra i due dati permette di ipotizzare che la distribuzione regionale dei tossicodipendenti possa in qualche modo essere riflessa dalla distribuzione degli assuntori segnalati.

La stima disaggregata relativa ai tossicodipendenti indica i seguenti valori percentuali in assoluto: per la regione Lombardia abbiamo il 30,81 per cento di assuntori segnalati e quindi ne ricaviamo un numero massimo di tossicodipendenti di seimila; per

l'Emilia il 10,9 per cento, con un numero massimo di tossicodipendenti di duemila; per il Lazio il 10,2 per cento di assuntori segnalati e duemila come numero massimo di tossicodipendenti; per il Piemonte, l'8,2 e 1.500; per il Veneto il 7,5 e 1.500; per la Liguria il 7 per cento e 1.500; per la Toscana il 6,4 e all'incirca 1.500; per il Friuli-Venezia Giulia il 3 per cento e 500, numero massimo di tossicodipendenti; per la Campania il 3 per cento con un massimo di 500; per la Sicilia il 2,6, con un massimo di 500, per un totale, appunto, di 20.000 tossicodipendenti quotidianamente da eroina.

Con i limiti che chiaramente derivano da queste ipotesi, risulterebbe che il 90 per cento dei tossicodipendenti è concentrato in dieci regioni, ed il 30 per cento nella sola Lombardia, nella quale si troverebbero circa 6.000 dei 20.000 presunti tossicodipendenti. Per il resto si possono identificare altre tre fasce: una seconda, comprendente Emilia e Lazio, ciascuna con circa il 10 per cento del totale nazionale, una terza comprendente Piemonte, Veneto, Liguria e Toscana, ciascuna con percentuali tra il 6 e l'8 per cento del totale nazionale ed una quarta, costituita dal Friuli, dalla Campania e dalla Sicilia, con il 2-3 per cento ciascuna del totale nazionale.

Le regioni non citate si segnalano per la estrema limitatezza quantitativa del fenomeno. Il punto 3 della nostra strategia è lo sviluppo della ricerca epidemiologica vera e propria. Essa si svilupperà nell'arco di dodici settimane; interesserà cinque aree significative, rappresentative di ciascuna delle fasce caratteristiche di cui si è detto.

La ricerca condotta dal Ministero, in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità ed il Consiglio nazionale delle ricerche, ha come obiettivi: definire il fenomeno sotto i profili quantitativi, definire i modelli d'intervento, qualificare le necessità operative umane e finanziarie, mettere a punto metodi di valutazione obiettivi e sicuri, in sintonia con le indicazioni dell'Organizzazione mondiale di sanità, anche al fine di rendere i dati comparabili con quelli di altri paesi.

Nonostante la negativa esperienza di altri paesi, tenteremo anche in Italia una ri-

cerca motivazionale, da affiancare a quella epidemiologica, per individuare almeno alcune costanti dell'approccio dei giovani alle droghe pesanti, al fine, se sarà possibile, di rendere più incisivi gli interventi preventivi.

Questa tematica ci introduce direttamente al punto quattro del disegno complessivo, cioè allo schema degli interventi necessari. Non credo di dover anticipare conclusioni che attendiamo per fine anno (per cui quindi temo non si potranno soddisfare le richieste di arrivare a conclusioni entro il 30 di novembre), come risposta alle ricerche che abbiamo testè descritto.

Indicherò però alcune riflessioni suggerite dalla segmentazione del problema. Nella fase scolare individuiamo due ruoli: un forte impegno nell'educazione sanitaria (non diverso dalle campagne antidroga che rafforzano gli « anti » ma indeboliscono i « pro »), un sistema di difesa dei soggetti psicologicamente più deboli da iniziare fin dall'istruzione elementare, attraverso un rapporto più mirato scuola-famiglia; nella fase delle situazioni ad alto rischio (14 anni ed oltre) occorre tagliare la strada alla solitudine, alla paura, alle frustrazioni, alla emulazione alla rovescia: qui l'impegno è di tutta la società; della famiglia e dei suoi rapporti con le istituzioni, della scuola, che meglio di ogni altra istituzione è in grado di individuare le propensioni, se i servizi pubblici devono aprirsi ai giovani con strutture agibili, adatte a sostituire la logica del gruppo brado con quella del gruppo operativo, suscitando un interesse positivo a migliorare la società, evitando che si radicalizzi la critica improduttiva e annientatrice. Il settore del volontariato sociale, al quale la riforma sanitaria dà spazio, trova qui un momento essenziale della sua esplicazione, un momento che può dare ai giovani, ma che soprattutto molto può ricevere.

Nella fase dello spaccio il problema trova la sua punta emergente, quella che colpisce di più i cittadini. Si calcola che l'85 per cento delle dosi consumate vengono procurate attraverso reati contro le persone ed il patrimonio: ad essere generosi sono dieciquindicimila reati al giorno. Il mercato si autoalimenta dell'attività degli stessi con-

sumatori, in una colossale catena di Sant'Antonio che cresce con una progressione impressionante: la spinta promozionale, esasperata dal bisogno di vendere la droga, per avere la propria dose. I terminali, i consumatori ultimi sono tenuti indenni da una legge giustamente protettiva, ma che lascia largo spazio al piccolissimo spaccio (la rete sottile). Intervenire verticalmente sugli spacciatori è molto difficile e ogni giorno lo diventerà di più.

L'unico metodo teoricamente possibile, anche se da qualcuno è stato definito moralmente discutibile, è quello di tagliare il mercato orizzontalmente, tagliando a filo terra l'utilità degli spacciatori, spezzando la catena delle solidarietà, bloccando il mercato alle dimensioni attuali, senza lasciare spazio in entrata. La tecnica della somministrazione controllata di eroina o di altro prodotto alternativo per mettere uno *stop* e partire al recupero: non ho abbracciato questa tesi, ma l'ho proposta come momento di discussione, tenendo presente che, ammesso che concorra la volontà dei tossicodipendenti, il costo attuale orientativo del recupero per 20 mila persone su otto centri di recupero (parlo qui di terapia di gruppo, di *common therapy*, proposta e realizzata in molte parti) che è un dato quantitativo omogeneo a quello che è stato fatto in altri paesi, potrebbe essere di circa 500 miliardi annui, che non ci sono, servendoci di 4 mila specialisti, che non ci sono. Occorrerà perciò diluire il recupero nel tempo, stabilizzando ora il fenomeno. In caso diverso, lo sviluppo sarà superiore agli interventi di riduzione e l'operazione sarà perdente. La fase più importante, che è quella di recuperare, passa probabilmente per un adeguato periodo di ospedalizzazione, per un lungo periodo di recupero psicofisico, per un pronto inserimento nella società civile, nel mondo del lavoro e nel mondo delle professioni.

In conclusione, il livello della prevenzione primaria investe fundamentalmente un problema di bonifica sociale e di educazione sanitaria corretta. Ancora una volta va ricordato il rapporto delle Nazioni Unite del 1979, dove si diceva: poichè vi è il rischio che la informazione comunicata ad una *audience*

inadatta, possa spingere al consumo della droga, è preferibile che il problema venga trattato nel contesto dell'educazione sanitaria e della problematica sociale e non enucleato per sollecitare una tensione particolare.

A livello della prevenzione secondaria, ai due momenti precedenti si associa e diviene predominante il problema della formazione professionale degli operatori: insegnanti, medici, assistenti sociali, eccetera. Il livello del trattamento del tossicodipendente ha il suo punto nodale nell'esistenza di strutture idonee ad alto livello di professionalità e di meccanismi di accesso per il tossicodipendente semplici, flessibili e riservati e parallelamente nella formazione e disponibilità di competenze specifiche nei dipartimenti di emergenza e nei reparti ospedalieri di cui più facilmente il tossicodipendente si serve per la sua malattia e per le sue complicazioni. Le facoltà mediche e gli ordini professionali sono qui chiamati a giocare un ruolo di grande importanza. Le autorità sanitarie centrali, regionali e locali dovranno essere richiamate alle loro responsabilità operative. Quanto alla via da seguire, non è possibile nè giustificabile, sulla base delle attuali conoscenze ed esperienze, compiere una scelta rigida tra somministrazione controllata della droga e disassuefazione. Non vi è dubbio che la somministrazione controllata di metadone orale cui si è gradualmente passati anche in Inghilterra negli ultimi anni abbia dato risultati soddisfacenti, anche in condizioni e paesi molto diversi. «Soddisfacenti» significa che un'alta percentuale di tossicodipendenti che si adattano a questo trattamento su base ambulatoriale volontaria, oltre il 70 per cento, risultano seguire regolarmente il trattamento per almeno un anno in situazioni estremamente diverse come Londra, New York, Hong Kong. Significa che il tasso di mortalità per anno in pazienti così trattati si riduce sia rispetto ai tossicodipendenti non trattati sia rispetto a quelli sottoposti a programma di detossificazione. Significa che il tasso di criminalità si riduce sia in assoluto, sia rispetto ai non trattati. Significa che una percentuale dei pazienti può

riprendere una vita sociale normale. Non c'è dubbio che sul piano etico — lo ricordava ieri il senatore Mezzapesa — tale approccio possa dar luogo a delle riserve: quella di accettare la irreversibilità della dipendenza e di privilegiare in un certo senso il livello protezione della società rispetto a quello del recupero dell'individuo. Tuttavia, nel valutare pragmaticamente tale opinione, c'è da tener conto che il trattamento sotto controllo è già un primo livello di recupero sociale dell'individuo, un aggancio della società civile all'individuo che ne è sradicato, aggancio dal quale è più facile poi tentare un ulteriore recupero. Inoltre, il trattamento controllato rappresenta un meccanismo riproducibile dovunque, a condizione che siano disponibili strutture e professionalità, mentre la detossificazione richiede qualità di apostolato, di volontariato, di dedizione che non sono riproducibili per volontà politica o decisione amministrativa.

Non vi è dubbio che la cosiddetta detossificazione sarebbe, in linea teorica, la procedura ottimale; non vi è dubbio che essa debba essere in ogni modo incoraggiata. Tuttavia la sua reale praticabilità e il suo tasso di successo mancano tuttora di una valutazione statistica rigorosa ed è significativo il fatto che in tutto il mondo essa sia affidata ad organizzazioni volontarie. In sostanza siamo di fronte ad un problema difficile, strettamente connesso alla società in cui viviamo. Non vi sono ricette miracolose né soluzioni univoche. Intanto ci preoccupiamo di affermare un metodo che contenga i presupposti della soluzione. La soluzione non sarà né rapida né completa. La società deve abituarsi a convivere col fenomeno della tossicodipendenza. Ciò, come risulta chiaro dall'impegno profuso e da quello che daremo, non ci rende fatalisti e neppure scettici, anzi moltiplica le nostre energie per limitare gli effetti negativi soggettivi e collettivi del fenomeno, per abbattere tabù culturali o illusioni di redenzione, per contenere le tentazioni di buttare, come si dice, il bambino con l'acqua sporca.

Ogni società ha i suoi aspetti positivi e negativi; ogni società è diversa dalla « cit-

tà del sole » dove tutto è perfetto, appunto perchè non esiste e non può esistere. Il predicarla però potrebbe deviarci dalla coscienza della realtà che intanto scorre con i suoi drammatici problemi.

PRESIDENTE. Avverto che il sottosegretario di Stato per la grazia e giustizia Costa ha chiesto di parlare per fornire ulteriori precisazioni in merito all'interpellanza n. 2-000016 e per rispondere all'interrogazione n. 3-00189, presentate dal senatore Argiroffi e da altri senatori.

COSTA, sottosegretario di Stato per la grazia e giustizia. Il numero dei suicidi verificatisi negli istituti penitenziari italiani risulta in evidente decremento negli ultimi anni. Nove sono infatti i suicidi avvenuti nel primo semestre dell'anno in corso, a fronte dei trentaquattro del 1977 e dei ventitrè nell'anno decorso.

Per quanto riguarda, in particolare, il detenuto Printempi Angelo si chiarisce che questi venne sottoposto a visita medica all'atto dell'ingresso nell'Istituto di Regina Coeli e il controllo sanitario fu reiterato la mattina successiva.

Nel corso dei predetti accertamenti — come si rileva dalla cartella clinica — non vennero riscontrati segni di lesioni o percosse. Fu riscontrata viceversa la tossicodipendenza, dichiarata del resto dallo stesso imputato e furono adottate le opportune prescrizioni farmacologiche.

Sul problema dei tossicodipendenti che si trovano in stato di custodia preventiva (il cui numero non è allo stato facilmente precisabile a cagione della rilevante mobilità della popolazione detenuta) è tuttora in corso di effettuazione una indagine, mediante speciale rilevazione presso tutti gli istituti penitenziari della Repubblica. Tale accertamento è diretto ad individuare il numero di tossicodipendenti che facciano uso non terapeutico di sostanze stupefacenti cosiddette « pesanti » (eroina, morfina, cocaina e sostanze psicotrope).

Relativamente al problema specifico del trattamento dei tossicodipendenti, questo

Ministero, ai fini dell'attuazione dell'articolo 84 della legge n. 685 del 1975, onde individuare gli istituti penitenziari presso i quali istituire gli speciali reparti carcerari previsti dalla citata norma, ha da tempo richiesto a tutti gli assessorati regionali competenti di segnalare l'avvenuta costituzione e l'ubicazione dei centri medici e di assistenza sociale previsti dal successivo articolo 92 e con alcune regioni sono all'esame bozze di convenzioni per l'assistenza intramurale dei detenuti tossicodipendenti.

Circa i provvedimenti adottati dall'amministrazione penitenziaria in merito alle cure e terapie da praticare ai detenuti tossicodipendenti, sin dal marzo del 1978 (con lettera circolare n. 800172 del 20 marzo 1978), tenendo conto anche delle indicazioni fornite in proposito dal Ministero della sanità, si è provveduto ad impartire alle direzioni di tutti gli istituti penitenziari, mediante apposito « prontuario terapeutico », precise disposizioni in materia di intossicazione acuta e cronica da sostanze stupefacenti, ed a segnalare gli interventi necessari da effettuare in caso di sindrome di astinenza.

Quanto agli operatori sanitari penitenziari, l'assistenza sanitaria generica viene fornita da medici incaricati, mentre quella specialistica è affidata a medici muniti di specializzazione; in particolare, l'assistenza sanitaria ai tossicodipendenti è rimessa, per la parte farmacologica e psichiatrica, allo specialista in psichiatria presente nella quasi totalità degli istituti.

Collabora con il personale sanitario quello parasanitario, assunto a seconda delle necessità dei singoli istituti.

Si precisa inoltre che il detenuto tossicodipendente, allorquando le sue condizioni psico-fisiche sono tali da sconsigliare il ricorso alle risorse sanitarie intramurali o del più vicino centro diagnostico terapeutico della amministrazione, viene ricoverato d'urgenza, su proposta del sanitario dell'istituto, in un ospedale pubblico all'uopo attrezzato.

Per quanto più specificamente concerne i detenuti tossicodipendenti ristretti attualmente presso la casa circondariale di Regina Coeli, essi sono affidati alle cure del servizio

sanitario dell'istituto, coordinato, sotto lo aspetto specifico, dal dirigente sanitario, componente dell'*équipe* dipendente dal centro antidroga del comune di Roma. Va aggiunto al riguardo che è in corso di stipulazione apposita convenzione con la regione Lazio per l'attuazione dell'articolo 84, secondo comma, della legge 22 dicembre 1975, n. 685.

Detta convenzione, come le altre in corso di definizione con altri enti locali, consentirà l'ingresso negli istituti di personale specializzato, che potrà, con la collaborazione degli altri operatori penitenziari e particolarmente con gli educatori, affrontare adeguatamente il problema, allo scopo di pervenire a più apprezzabili risultati.

Non risulta infine che siano mai stati frapposti ostacoli da parte delle direzioni degli istituti alla visione del diario clinico dei detenuti, quando vi siano state legittime richieste in tal senso.

Circa l'interrogazione, il detenuto Vittorio Biscardi, imputato di rapina a mano armata ed altro, fece ingresso nella casa circondariale di Iesi il 3 settembre 1979. Processato per direttissima, il giorno 5 settembre venne condannato dal tribunale di Ancona ad anni 5 di reclusione e lire 600.000 di multa.

All'ingresso nell'istituto l'anamnesi aveva posto in evidenza che il Biscardi era tossicodipendente da 5 anni ed era in cura presso il centro per tossicodipendenti di Ancona. Alla visita medica era apparso in condizioni fisiche scadute e con funzioni psichiche e sensoriali apparentemente integre.

Il detenuto aveva riferito al medico dell'istituto che presso il centro sopra citato gli venivano somministrati 40 milligrammi di eptadone.

A detta del medico egli non appariva in stato di astinenza. Nei successivi giorni di permanenza a Iesi, lo stesso veniva accompagnato più volte al centro per tossicodipendenti presso gli ospedali riuniti di Iesi — direzione di neurologia — per le cure del caso.

Le condizioni del Biscardi denotarono un sensibile miglioramento, tanto che lo stesso riprese ad alimentarsi e non chiese più nes-

sun sussidio terapeutico per la tossicodipendenza.

Il giorno 7 il detenuto appariva disteso. Il giorno 10 il sanitario dichiarava che « il detenuto poteva considerarsi guarito dalla tossicodipendenza . . . ».

Dopo che il primario della divisione di neurologia e psicologia clinica degli ospedali riuniti di Iesi aveva certificato che il Biscardi era in condizioni generali soddisfacenti con assenza di fenomeni di dipendenza biologica e psicologica — concludendo che era « in condizioni di essere trasportato in qualsiasi luogo » — la direzione di Iesi dava esecuzione al trasferimento del detenuto a Sulmona, richiesto per ragioni di sfollamento alcuni giorni prima.

Il Biscardi, verso le ore 7,30 del giorno 11, giungeva così nella nuova sede con il fascicolo corredato regolarmente della cartella clinica, del certificato del primario dell'ospedale e del certificato medico attestante la idoneità alla traduzione.

A Sulmona richiese subito di essere adibito ad attività lavorative mostrando preferenza per quelle di giardiniere e di meccanico.

Ai compagni di cella era apparso tranquillo, anche se taciturno; aveva mangiato e conversato con gli altri.

Il Biscardi, successivamente, si distese sulla branda per mettersi a scrivere.

Con lui restava in cella il detenuto Marino Matteo, intento a scrivere a macchina, mentre altri detenuti si recavano nel cortile di passeggio.

Poco dopo il Biscardi fu trovato nel bagno impiccato con la cinta dei pantaloni al tubo di scarico.

Giungevano immediatamente sul posto il brigadiere di servizio e l'infermiere di turno, i quali slegavano il Biscardi, l'adagiavano su un letto e praticavano la respirazione artificiale.

Giungeva anche il medico, dottor Alfonso De Deo, il quale provvedeva a praticare iniezioni intracardiache, massaggio cardiaco e ossigenoterapia: tutto però risultava inutile. Alle ore 18,30 il sanitario stilava il relativo certificato di morte.

Dalla dinamica dei fatti e dalle modalità con cui è avvenuto l'episodio non sembra possano addebitarsi responsabilità a carico del personale civile e militare sia della casa circondariale di Iesi che della casa di reclusione di Sulmona.

Nulla a carico di quello di Iesi perchè il detenuto, sin dal suo ingresso nell'istituto, era stato subito sottoposto a visita, curato e inviato più volte al centro per tossicodipendenti di Iesi. Dalla cartella clinica, del resto, era apparso nettamente il rapido miglioramento del Biscardi fino al momento in cui il primario del centro aveva certificato che il detenuto poteva raggiungere qualsiasi destinazione.

Quanto, poi, al comportamento del personale in servizio presso la casa di reclusione di Sulmona, va sottolineato che il Biscardi si è tolto la vita improvvisamente, senza che nulla, apparentemente, facesse presagire il suo gesto nemmeno ai compagni di cella.

Allo stato, comunque, non sono emersi, sul piano disciplinare, elementi di responsabilità.

J E R V O L I N O R U S S O R O S A .
Domando di parlare.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

J E R V O L I N O R U S S O R O S A .
Signor Presidente, vorrei innanzitutto sottolineare la positività del fatto che il dibattito su un tema tanto centrale quale è quello della droga sia tornato in Parlamento e quindi sia ormai affrontato — e spero che continui ad esserlo — sulla base di approfondimenti seri dal punto di vista giuridico e dal punto di vista scientifico e con una riflessione critica sulle esperienze degli altri paesi.

Vorrei soltanto fare una sottolineatura su quanto ha detto il Ministro prima: non per essere colta da « illusioni di redenzione », ma mi pare difficile e non produttivo impostare il problema della validità o della esperibilità di un sistema di recupero dei drogati solo in termini di costo di tale sistema e solo in termini di mancanza del personale ne-

cessario per affrontarlo. Semmai, infatti, è dovere della comunità trovare i sistemi di copertura della spesa e predisporre il personale preparato.

Per quanto riguarda l'interrogazione numero 3-00170, vorrei preliminarmente dire che sono molto meravigliata del fatto che il principale interrogato, cioè il Ministro della pubblica istruzione (visto che in essa si parla di prevenzione della droga nella scuola), non abbia mandato qui neanche un suo rappresentante; quindi ci troviamo di fronte al Ministro della sanità, al Ministro di grazia e giustizia, nonché al Ministro per i rapporti con il Parlamento, che ringraziamo, ma che non sono i principali responsabili del discorso che, con la nostra interrogazione, volevamo fosse aperto nel Parlamento e nel paese.

Direi che a noi premeva fare riflettere sull'attuale situazione della prevenzione nella scuola, nel senso che non riteniamo che il problema possa essere impostato e risolto esclusivamente con l'inserimento della prevenzione della droga all'interno dell'educazione sanitaria. Certamente si tratta di un notevole passo in avanti, però, tenendo conto che nella scuola media dell'obbligo l'educazione sanitaria è inserita nell'ambito delle scienze matematiche, fisiche, chimiche, naturali e tenendo conto dello scarso numero di ore che a queste materie viene dato, il relegare la prevenzione della droga soltanto nella educazione sanitaria è una risposta del tutto parziale.

Bisogna allora spaziare di più e andare a vedere quali sono le soluzioni proposte dalla legge sulla droga. Qui vorrei fare alcuni rilievi, sui quali appunto desideravo avere delle risposte.

L'articolo 86 della legge sulla droga prevede dei corsi per gli insegnanti che devono essere organizzati dai provveditorati agli studi. Ora, anche non ritenendo inutili (se non addirittura ridicoli, come è stato detto in quest'Aula) gli organismi appositi, previsti dalla legge 865, presso i provveditorati agli studi, risulta però che questi corsi fi-

nora sono stati attuati soltanto in pochissime province e in termini quantitativamente del tutto inadeguati ad affrontare un serio programma di prevenzione.

Dall'articolo 87 della legge 865 è poi previsto che siano organizzati dei corsi per i genitori. Di tale onere è fatto carico ai consigli d'istituto, sia nella scuola media inferiore, sia nelle scuole secondarie superiori. Anche a questo proposito vorrei sapere quanti corsi sono stati attuati e dove sono stati attuati. Vi è un problema di fondo che è quello dei finanziamenti di questi corsi. Il finanziamento, secondo la legislazione vigente, deve far carico agli stanziamenti normali del consiglio d'istituto, che sono in genere scarsissimi e che quindi allo stato di fatto raramente offrono la possibilità concreta di affrontare quest'altro onere.

Rapidissimamente una riflessione sull'articolo 88 che prevede la possibilità, invece, di fare dei corsi di formazione e di educazione per i giovani. L'articolo 88 della legge vigente fa una distinzione e prevede che questi corsi siano generalizzati per le scuole secondarie superiori, facendo sempre carico dell'onere di organizzazione al consiglio d'istituto, previa autorizzazione dei consigli di distretto. Questo ulteriore adempimento risulta essere un fatto burocratico che si accomuna alla carenza di finanziamenti e ritarda la realizzazione dei corsi. È previsto soltanto come fatto eccezionale l'esperimento di corsi per alunni nella scuola media dell'obbligo, mentre invece l'abbassamento progressivo dell'età di approccio alla droga renderebbe opportuna una prevenzione generalizzata e non eccezionale anche nella scuola media dell'obbligo.

Per le scuole elementari non è prevista alcuna prevenzione. Occorre però riflettere sul fatto che in un'indagine del Ministero della pubblica istruzione, redatta su dati del 1977 e pubblicata nel 1978, si fa presente che nel 3 per cento — ed è un dato allarmante — delle scuole elementari italiane c'è presenza di droga. Di fronte a questa realtà non vi è di fatto alcuna attività preventiva, così come manca una previsione legislativa.

Presidenza del vice presidente VALORI

(Segue JERVOLINO RUSSO ROSA). Si potrebbe porre, senza essere allarmistici, anche un problema di prevenzione fatta in modo adeguato e correlata a un discorso di educazione sanitaria persino nella scuola materna. Date le capacità di apprendimento dei bambini credo non si tratti di un discorso utopistico.

Altri due rapidissimi rilievi. L'attuale legge non prevede un coinvolgimento nell'opera di prevenzione del personale non docente nella scuola. Sarebbe invece opportuno operare tale coinvolgimento dato il contatto che questo personale ha con i ragazzi e dato anche il passaggio, a quanto risulta sapere, del meccanismo di accesso della droga alle scuole anche attraverso il personale non docente.

Esaminando ciò che ha fatto il servizio antidroga del Ministero della pubblica istruzione abbiamo potuto vedere una serie di pubblicazioni estremamente valide anche sul piano scientifico. Però, conoscendo il mondo della scuola, e non soltanto dalla biblioteca del Senato, ma dall'interno, posso rilevare che queste pubblicazioni non sono affatto presenti all'interno delle scuole. Esse quindi risultano essere degli strumenti di lavoro estremamente validi, ma dati in dotazione soltanto ad iniziati. Sarebbe allora opportuno generalizzare la fornitura almeno alle biblioteche scolastiche dei sussidi didattici che il Ministero ha previsto e predisposto per i professori.

C'è un ultimissimo problema su cui vorrei richiamare la vostra attenzione: quello dei sussidi didattici per gli alunni. I sussidi didattici per gli alunni evidentemente non risolvono il problema di una prevenzione che ha una dimensione educativa, quindi una dimensione molto più approfondita. Però, in una logica di emergenza, anche un sussidio didattico dà la possibilità di iniziare un discorso preventivo con gli alunni. Esaminando i bollettini del servizio antidroga del Ministero della pubblica istruzione riscontriamo

che essi sono critici, ad esempio, verso alcuni strumenti didattici predisposti dalla RAI, ma non offrono proposte in alternativa. Su questa tematica e sulle attività che il Ministero dell'interno — vedo che anche il Sottosegretario per l'interno è andato via — ha posto in essere per realizzare un controllo valido degli edifici scolastici e delle loro adiacenze, dove spesso proliferano la diffusione della droga e i tentativi di approccio con i ragazzi, noi con la nostra interrogazione desideravamo avere notizie.

T E D E S C O T A T Ò G I G L I A .
Domando di parlare.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

T E D E S C O T A T Ò G I G L I A . Signor Presidente, onorevole Ministro, debbo dichiarare la mia insoddisfazione per le dichiarazioni che qui ci sono state rese. Posso anche dire che questa insoddisfazione non è estemporanea in quanto, come è noto, il testo del discorso del Ministro è stato diffuso ieri. (*Interruzione del senatore Perna*). Quello che ci preoccupa nella sua esposizione, onorevole Ministro, è la mancanza di una strategia complessiva del Governo su questa questione. Come diceva bene ieri il collega Gualtieri, il problema non riguarda solo il suo Dicastero. Siamo qui per discutere sul problema e non sugli specifici aspetti sanitari.

Abbiamo dichiarato in più occasioni, e anche nel corso di questo dibattito, che di questa strategia complessiva possono far parte modifiche legislative che non riguardano soltanto la legge 685, ma la politica penale complessiva. Mi sia consentito sottolineare tuttavia quanto è emerso dall'intervento del senatore De Carolis, e cioè che oggi porre l'accento su una pura e semplice modifica legislativa è, al di là delle intenzioni, una fu-

ga in avanti rispetto al problema di come questa legge è stata applicata, di che cosa gli organi dello Stato debbono fare perchè essa abbia piena attuazione. Nella legge numero 685, che in questo ramo del Parlamento abbiamo elaborato, prevedemmo la depenalizzazione completa dell'uso e della detenzione per uso di droghe come presupposto per un'azione di prevenzione e di recupero e non come un modo per arrendersi di fronte all'inarrestabile fenomeno.

Se parliamo — ma lei, onorevole Ministro, non ne ha parlato affatto — dei problemi che oggi ci si pongono per la attuazione di questa legge, non possiamo non partire non solo dall'andamento del fenomeno, ma anche e soprattutto dalle esperienze concrete, con i loro limiti e le loro insufficienze che dobbiamo superare. Non partiamo dall'anno zero; non siamo al 1975. In questi quattro anni è successo qualcosa: si è aggravato il fenomeno, ma sono stati fatti anche alcuni tentativi nuovi. Intanto, grazie all'azione coraggiosa ed efficace di una parte consistente della magistratura, la depenalizzazione è stata uno strumento volto a fare uscire dalla spirale della disperazione molti tossicomani, è stata un modo per porre in luce la loro condizione. Ora, i reali problemi che la depenalizzazione ha portato allo scoperto non riguardano in realtà l'uso delle sostanze stupefacenti, ma quello che vi sta a monte, le ragioni che portano all'uso di queste sostanze.

Lei, onorevole Ministro, diceva che il recupero è il presupposto per il pronto inserimento dei giovani nella società; ma possiamo dimenticare, ad esempio, parlando di questo, la condizione non solo quantitativa, ma qualitativa del mercato del lavoro? Parlare di queste cose non è una fuga rispetto al problema, ma un modo reale per affrontarlo. Ciò non ci esime certo dagli interventi specifici di prevenzione, di recupero e anche di repressione, purchè non dimentichiamo che di una strategia reale ed efficace contro le tossicomanie il primo punto è la prospettiva che apriamo alle nuove generazioni nella società italiana. Questo è il reale e più importante problema su cui dobbiamo confrontarci.

Venendo allo specifico, vi sono esperienze non solo giudiziarie ma di enti locali. Ieri il collega Bompiani, in modo intelligente, ma anche un po' insidioso — se me lo consente — tendeva piuttosto a rimarcare i limiti, le deficienze e così quasi implicitamente a dimostrare l'impossibilità di una politica decentrata. Ed è sintomatico che lei, onorevole Ministro, non abbia neppure ricordato che con l'entrata in vigore della riforma sanitaria la questione delle tossicomanie si colloca nel decentramento più complessivo delle strutture sanitarie.

La scelta operata dalla legge, precorrendo la riforma sanitaria, di affidare alle regioni e agli enti locali l'azione di prevenzione e di recupero va attuata fino in fondo; e ciò significa che il consiglio dei rappresentanti regionali, previsto dalla legge, non può avere un funzionamento episodico, ma deve avere una funzione operativa, e anche qui riprendo una richiesta precisa avanzata dalle regioni, cioè che del comitato scientifico, che il suo Dicastero, onorevole Ministro, ha promosso, non possono non far parte proprio gli enti che sono per legge preposti alla prevenzione ed al recupero.

Quindi vi è un campo di sollecitazione alle regioni, ma anche di ricordo che Parlamento e Governo possono e debbono stimolare, perchè si coordinino e generalizzino le esperienze e da queste si deducano eventuali provvedimenti integrativi.

Per la parte relativa alla repressione del traffico la legge prevede per la prima volta nella nostra legislazione un ufficio di coordinamento presso il Ministero dell'interno; la questione è rilevante, anche perchè s'innesta in modo massiccio con la criminalità e con il fenomeno mafioso. Ma di tutto questo non vi è traccia. Sappiamo solo, dalla relazione a suo tempo presentata dal Ministero della sanità, che è stato istituito questo ufficio, ma non sappiamo quali siano la sua attività e le sue esperienze. Temo che il silenzio nasconda il nulla. Anche su questo argomento varrebbe la pena di discutere.

Infine aggiungo un motivo di particolarissima, pesante insoddisfazione per la replica che ci è stata data sulla situazione delle carceri, a proposito della quale non vi è solo

da esaminare la dinamica di singole vicende luttuose, ma vi è un problema ben più vasto. Infatti istituzioni carcerarie, istituzioni scolastiche e caserme, che potrebbero e debbono essere in base alla legge veicoli di prevenzione, sono oggi tra i veicoli più pericolosi di diffusione delle tossicomanie. Ecco i problemi con cui vogliamo fare i conti e che dopo il dibattito di oggi restano completamente aperti. (*Applausi dall'estrema sinistra*).

F A S S I N O . Domando di parlare.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

F A S S I N O . Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli senatori, che il problema della diffusione di sostanze stupefacenti nel nostro paese sia in via di costante aggravamento lo dimostrano tutti gli interventi che ad ottimo livello si sono succeduti in questo dibattito, confermando peraltro le nostre preoccupazioni sul progressivo aumento della diffusione della droga con conseguenti gravi effetti sulla psiche e sul fisico di chi ne usa.

Abbiamo visto tra l'altro confermato l'impressionante numero di giovani che perdono la vita in questi casi. Ecco perchè, onorevoli colleghi, qualcosa a nostro avviso occorre fare di nuovo, ripeto, di nuovo e di concreto, anche solo come ipotesi di proposta, non essendo evidentemente — e mi pare che in parte sia stato riconosciuto da tutti — le leggi e le strutture oggi esistenti adeguate a fronteggiare tale fenomeno.

Ecco le ragioni della interrogazione che abbiamo rivolto al Ministro. Nel prendere atto di quanto ha risposto l'onorevole Ministro, non possiamo, quindi, che concordare con lui per aver voluto sollevare per la prima volta senza reticenze, a livello governativo, il problema della droga, per indurre i responsabili a ricercare vie e mezzi nuovi, atti a fronteggiare tale piaga sociale.

La nostra interrogazione mirava soprattutto a conoscere ufficialmente le sue intenzioni e nel contempo i risultati degli studi e delle indagini sul problema e, in una con essi, le indicazioni dei mezzi nuovi, cui pri-

ma alludevo, che dovrebbero emergere sia delle sue intenzioni, sia soprattutto dal dibattito che molto seriamente si è svolto ieri ed oggi in quest'Aula.

Vagliare le esperienze compiute negli altri paesi ed i risultati, siano essi positivi che negativi, era ed è dovere del Governo e del Ministro della sanità; era ed è dovere nostro, onorevoli colleghi, prenderne atto. Abbiamo la sensazione precisa, dalla risposta alla nostra interrogazione, che l'onorevole Ministro abbia imboccato una strada senz'altro difficile da percorrersi, ma indubbiamente valida, nel porre una buona volta tale problema chiaramente e magari drammaticamente di fronte a tutti, per smuovere in una parola l'opinione pubblica, per provocare — se mi consentite — un utile *choc*. Ma proprio perchè riteniamo che nel nostro paese sia oggi più che mai necessario ed utile provocare questo e magari anche altri utili *choc* per rimuovere gli ostacoli che impediscono quasi sempre di tradurre in pratica le tante proposte che purtroppo rimangono soltanto tali soventissimo, proprio per questo mi dichiaro soddisfatto delle indicazioni che con tutta obiettività il Governo ha fornito anche in risposta alla nostra interrogazione. A nome dei liberali lo invito a proseguire nella lotta contro questa grave piaga, tenendo presenti le drammatiche conseguenze che ne derivano e tenendo conto delle osservazioni, dei consigli e — aggiungo — anche delle giustificatissime preoccupazioni emerse da questo dibattito; lo esorto a proseguire con impegno e con rigore per non condurre una battaglia puramente verbale, bensì per tradurla in pratiche, concrete realizzazioni.

P R E S I D E N T E . Passiamo ora alla votazione della mozione presentata dal senatore Spadolini e da altri senatori.

F O R N I . Domando di parlare.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

F O R N I . A nome del Gruppo della democrazia cristiana, mi permetto di chiedere, signor Presidente, una breve sospen-

sione della seduta per dar modo alle parti politiche di elaborare un documento il più possibile unitario, da sottoporre all'approvazione dell'Assemblea, stante l'esigenza di evitare inopportune divisioni in una materia tanto delicata.

P R E S I D E N T E. Nell'accogliere la richiesta avanzata dal senatore Forni, la Presidenza ricorda che il Parlamento in seduta comune è convocato per le ore 11,30.

Suspendo la seduta.

(La seduta, sospesa alle ore 10,15, è ripresa alle ore 10,30).

P R E S I D E N T E. Chiedo ai proponenti se mantengono la mozione all'ordine del giorno.

V E N A N Z E T T I. Signor Presidente, dopo il dibattito che si è svolto ieri e dopo aver ascoltato anche l'intervento del Ministro di questa mattina, abbiamo ritenuto che la nostra mozione avesse raggiunto l'obiettivo di riportare in Parlamento la discussione su questi drammatici problemi.

Poichè da rappresentanti di vari Gruppi si è concordato un ordine del giorno molto dettagliato sugli orientamenti del Senato al riguardo, dichiaro, anche a nome degli altri firmatari, di ritirare la mozione, avendo completamente aderito e partecipato alla stesura dell'ordine del giorno che viene presentato.

P R E S I D E N T E. Avverto che è stato presentato un ordine del giorno. Se ne dia lettura.

M I T T E R D O R F E R, segretario:

Il Senato,

udite le dichiarazioni del Ministro e tenuto conto della discussione svoltasi, considerata la necessità di un più coordinato ed incisivo intervento scientificamente ed operativamente finalizzato a prevenire e far fronte al dilagare dell'uso della droga verificatosi in particolare in quest'ultimo periodo,

impegna il Governo entro il 15 dicembre 1979 a:

1) esperire una completa ed articolata indagine sulla diffusione della droga nel Paese, con particolare riguardo all'incidenza del fenomeno nella scuola, nelle carceri, nelle caserme e negli ambienti di lavoro, avvalendosi anche del contributo e dell'esperienza delle Regioni;

2) riferire sullo stato di attuazione della legge n. 685 del 1975 per quanto riguarda i provvedimenti di competenza del Governo, nonchè sulla sufficienza ed efficienza delle strutture realizzate, anche al fine di fornire al Parlamento i dati e gli elementi necessari per eventuali modifiche della legge numero 685, tenendo conto anche delle necessità di armonizzare la legge stessa con quella n. 833 del 1978 istitutiva del servizio sanitario nazionale;

3) riferire sullo stato di attuazione della legge n. 685 per quanto riguarda i provvedimenti di competenza regionale;

4) riferire sull'effettivo utilizzo da parte delle Regioni delle strutture private e del volontariato così come previsto dalla legge numero 685;

5) favorire l'attuazione di un più organico raccordo fra gli interventi di competenza statale e fra questi ultimi e gli interventi di competenza regionale;

6) riferire sull'attuazione delle Convenzioni internazionali in materia e sullo sviluppo dei collegamenti con gli altri Paesi e con gli organismi internazionali anche allo scopo di individuare le fonti e i canali della diffusione della droga per l'adozione delle conseguenti misure.

9.1 - 00016.1 **GUALTIERI, OSSICINI, DEL NERO, MERZARIO, SPINELLI, FASSINO, BRUGGER, FOSSON**

A L T I S S I M O, ministro della sanità.
Domando di parlare.

P R E S I D E N T E. Ne ha facoltà.

A L T I S S I M O, ministro della sanità.
Dichiaro di aderire all'ordine del giorno e

di non avere nulla da aggiungere a quanto detto nel corso della discussione.

P R E S I D E N T E . Passiamo alla votazione dell'ordine del giorno.

F O N T A N A R I . Domando di parlare per dichiarazione di voto.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

F O N T A N A R I . Onorevole Presidente, onorevoli colleghi, signor Ministro, le colleghe ed i colleghi che hanno preso la parola ieri hanno messo in luce l'aspetto umano, sociale e medico del fenomeno della droga. Noi conveniamo che questo è l'aspetto più importante, che incide sulla società e sul suo avvenire perchè interessa proprio i giovani e che deve impegnare pertanto tutte le forze della collettività, e quindi naturalmente il Parlamento, per una possibile e quanto più rapida soluzione del problema.

Ci sembra però che anche un altro riflesso non sia trascurabile perchè anch'esso pesa sulla collettività: il riflesso relativo all'ordine pubblico specialmente nelle grandi città. Se è vero, come fu detto da un alto magistrato di Milano, che su 170.000 reati nuovi in un anno denunciati in quella città circa 120.000 hanno in qualche modo un addebiellamento con la droga, tale aspetto non può essere semplicemente dimenticato.

Nell'associarci all'ordine del giorno presentato riteniamo opportuno auspicare che il Parlamento e il Governo tengano conto anche di questo aspetto che preoccupa in maniera altrettanto grave i cittadini.

F I N E S T R A . Domando di parlare per dichiarazione di voto.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

F I N E S T R A . Onorevole Presidente, onorevole Ministro, colleghi senatori, prendo la parola per una brevissima dichiarazione di voto. L'ordine del giorno ci trova consenzienti in quanto, dopo una discussione ampia e approfondita, accoglie le nostre ri-

chieste e i nostri suggerimenti. La raccolta delle informazioni, delle notizie e dei dati per noi è indispensabile. Quindi la istituzione di una banca di dati è una cosa essenziale e indispensabile per poter procedere all'azione successiva che è quella operativa.

Ci auguriamo però che l'azione del Governo sia rapida, incisiva, concreta ed atta a frenare il sempre più dilagante fenomeno della droga, che presenta aspetti umani, sociali, sanitari, psicologici.

Credo sia dovere e responsabilità della classe dirigente non perdere più tempo, ma andare incontro con incisività alle aspettative dei cittadini che attendono da questo Parlamento una prova concreta per frenare appunto il dramma della droga.

S P A D A C C I A . Domando di parlare per dichiarazione di voto.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

S P A D A C C I A . Voterò contro questo ordine del giorno poichè in tutto il suo testo si fa indiscriminatamente riferimento al problema della droga senza una distinzione fra i derivati dalla canapa indiana, marihuana e hashish, e le droghe che, secondo il contenuto del mio intervento, l'interpellanza che ho presentato, la posizione generale del mio partito e della rappresentanza parlamentare radicale della Camera e del Senato, devono costituire l'obiettivo di una lotta efficace dello Stato contro la diffusione delle tossicodipendenze nel paese.

Devo con questo però prendere atto che si è aperto un dibattito — non si è chiuso — in quest'Aula e che ci sono stati, negli interventi, accenti a volte di chiusura, ma anche di apertura rispetto ai problemi reali che abbiamo di fronte. Li ho colti negli interventi del Gruppo comunista, negli interventi del compagno Pittella e del compagno Spinelli, del Gruppo socialista, li ho colti anche nell'intervento del collega De Carolis, presidente della Commissione giustizia di questo ramo del Parlamento, che si è battuto in difesa della legge vigente, ma non si è attestato in una difesa generica e indiscriminata, e ha

riconosciuto due cose: 1) che la legge non è stata, per quanto riguarda le strutture di prevenzione e recupero previste, attuata; 2) che è stata male applicata — e questo è un riconoscimento importante venendo da uno dei padri della legge — attraverso interpretazioni restrittive della magistratura per quanto riguarda quelle che voi chiamate droghe leggere e che io chiamo non-droghe, marijuana e hashish: cioè quella stessa interpretazione della magistratura ha portato ad una criminalizzazione crescente di vasti strati di consumatori di non-droghe, sui quali si è più facilmente inserito il mercato dell'eroina.

Debbo dire che non ho trovato accenti di apertura su questo problema — e me ne rammarico — nella replica che il ministro Altissimo ha reso in quest'Aula. Da questo punto di vista ho trovato la replica particolarmente chiusa su tutta la linea. Credo che il proseguimento del dibattito che l'ordine del giorno presentato consente ci permetterà di chiarire i punti di dissenso.

Non siamo d'accordo sulle cifre, non siamo d'accordo su molte altre cose, ma soprattutto non siamo d'accordo sulla valutazione dei meccanismi attraverso i quali viene combattuto il fenomeno della droga negli altri paesi. Si è fatto qui riferimento alla impostazione pragmatica dei paesi anglosassoni; è verissimo, vi è una impostazione pragmatica, ma quando si confronta la legislazione italiana — e si dice che è avanzata — con leggi magari teoricamente meno avanzate, si dimenticano le strutture che gli altri paesi hanno a disposizione e si dimentica la duttilità della magistratura di quei paesi, perchè non si può confrontare, ad esempio, la legislazione olandese con quella italiana senza tenere conto del fatto che in Olanda non vi è l'obbligatorietà dell'azione penale e che attraverso un'azione di politica criminale ormai da anni in Olanda, come in molti altri paesi europei, non si procede più contro i consumatori dei derivati della canapa indiana. Questa situazione è analoga a quella ormai esistente nelle aree urbane metropolitane degli Stati Uniti.

In questa prima fase del dibattito vi è stato un grande assente: il mercato clande-

stino, con gli interessi che intorno ad esso si sviluppano e gli illeciti profitti che si insediano nel nostro paese attraverso questa attività criminale. Mi risulta assolutamente misterioso il modo in cui si vuole combattere, da parte del Governo, delle forze politiche e del Parlamento, la diffusione e la crescita di questa attività criminosa, di questo mercato clandestino. Occorre considerare che i dati dell'Interpol dicono che gli effetti della prevenzione e della repressione penale non colpiscono più del 5-10 per cento del mercato, cioè non si riesce ad incidere se non minimamente sull'offerta. E allora evidentemente ci troviamo di fronte ad una situazione nella quale esiste un enorme vuoto di intervento. Questo è il punto centrale, senza affrontare il quale diventano accademici tutti gli altri discorsi, anche il bellissimo discorso, che condivido in tanta parte, del compagno Ossicini, perchè se non risolviamo prima le dinamiche di massa del fenomeno non possiamo prevedere strutture finalizzate ad interventi individuali di recupero dei tossicodipendenti e di superamento del problema della dipendenza, perchè tali strutture sarebbero inefficaci.

C'è un salto logico che non possiamo colmare. Voterò contro questo ordine del giorno per ragioni di coerenza, prendendo atto che tuttavia il dibattito rimane aperto, e in questo dibattito saremo certamente presenti.

P R E S I D E N T E . Metto ai voti l'ordine del giorno presentato dal senatore Gualtieri e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Il Senato tornerà a riunirsi in seduta pubblica oggi, alle ore 16,30, con l'ordine del giorno già stampato e distribuito.

La seduta è tolta (ore 10,50).