

IL PROBLEMA DELLA SOMMINISTRAZIONE LEGALE DELLA DROGA E L'ESPERIENZA BRITANNICA

LUIGI M. SOLIVETTI (*)

Nell'attuale dibattito sulla proposta di somministrare legalmente e gratuitamente l'eroina ai tossicomani, si ha quasi sempre l'impressione di trovarsi di fronte ad opposizioni basate su di un malinteso di fondo. Questo malinteso consiste nel considerare l'ipotesi della somministrazione legale come una resa morale della società nei confronti del fenomeno droga. Non vi è nulla di più errato. L'ipotesi della somministrazione legale non intacca assolutamente il principio del rifiuto di un fenomeno senz'altro negativo sotto un profilo sia individuale che sociale. Di più, questa ipotesi non significa affatto legalizzazione dell'uso della droga, perché si può benissimo far coesistere il principio della punibilità dell'uso della droga (e soprattutto la punibilità del *commercio* della droga), con l'esigenza di fornire legalmente e gratuitamente l'eroina a persone che non ne possono fare a meno e che altrimenti ricorrerebbero al mercato illegale. Posta nei suoi giusti termini, l'ipotesi in questione si limita a prefigurare una semplice evoluzione della pratica — già esistente da anni nel nostro Paese, e finora contestata soltanto per la sua limitatezza — della somministrazione legale e gratuita di *metadone*, un farmaco usato come surrogato dell'eroina, che non viene però accettato da tutti i tossicomani come una reale alternativa all'eroina, per via dei suoi effetti meno netti.

D'altronde, la legge italiana del 22 dicembre 1975, n. 685, con la quale si è stabilito che non è più punibile chi è trovato in possesso di modiche quantità di droga per uso personale, è molto più « rivoluzionaria » che non la proposta della sommini-

(*) Contrattista di Sociologia presso la Facoltà di Scienze Stat. Dem. e Att. dell'Università di Roma.

strazione legale. Non per nulla, la legislazione britannica, alla quale si ispira chiaramente la proposta del Ministro della Sanità, permette la somministrazione della droga ai consumatori « dipendenti » di eroina, e continua a punire con fermezza non solo il commercio ma anche il possesso di droga proveniente dal mercato illegale.

La proposta in questione non significa, quindi, assolutamente una resa della società di fronte al fenomeno della droga in generale e meno che mai di fronte a droghe « pesanti » come l'eroina. Il fine della proposta è, al contrario, quello di combattere una serie di problemi sociali gravissimi legati strettamente al mercato nero della droga. Questi problemi sono, principalmente: 1) la criminalità locale, nazionale e internazionale che fa tutt'uno con la produzione e il commercio della droga « pesante », con il *racket* dei grossisti e degli spacciatori; 2) la criminalità del consumatore di droga che, per potersi comprare la sua dose, è pronto a commettere furti, rapine, omicidi, e soprattutto a divenire a sua volta spacciatore; 3) la degradazione fisica e sociale del tossicomane, che vive solo in funzione della droga, che si disinserisce progressivamente e irreversibilmente dal « normale » contesto sociale, che neppure mangia per potere spendere tutto quello che possiede nell'acquisto di droga, che è disposto anche alla prostituzione per qualche milligrammo di eroina; 4) il pericolo mortale costituito da dosi eccessive o « tagliate ».

Somministrare legalmente l'eroina vuol dire tentare di risolvere questi problemi, che sono i problemi *sociali* della droga, e lasciare alla libera scelta dell'individuo la risoluzione dei problemi *morali*. È una impostazione coerente con la politica di uno Stato moderno, ed in linea con quanto si è stabilito di fare a proposito di problemi come il divorzio, il controllo delle nascite, l'aborto. Anche in questi casi lo Stato si è assunto il solo ma fondamentale compito di evitare che le scelte fatte autonomamente dai cittadini sul piano dell'etica individuale, avessero conseguenze sociali del tutto inaccettabili per la collettività. D'altra parte, nel caso della droga, non sembra ci sia altra soluzione oltre quella di una lotta articolata che si proponga innanzi tutto il compito di contenere gli effetti sociali più inaccettabili, visto che i tentativi di semplice repressione del fenomeno si sono rilevati del tutto inefficaci.

Ci si chiede però se coll'introduzione della somministrazione legale si possa arrivare realmente a degli effetti positivi sul piano

sociale. Qui può essere di grande aiuto l'esperienza che in questo campo ha fatto la Gran Bretagna con 60 anni di politica « liberalizzatrice ». Chi scrive è il primo a richiamare l'attenzione sul fatto che le esperienze di un Paese non sono quasi mai esportabili in un altro: tuttavia, a parte l'interesse in assoluto che presenta l'esperimento britannico, un ulteriore interesse può essere trovato nel fatto che Gran Bretagna e Italia appartengono entrambe alla Comunità Europea, hanno un livello di sviluppo economico simile, presentano problemi economici e politici non molto differenti.

Le differenze tra Gran Bretagna e gli altri Paesi occidentali, sul problema del controllo della droga, nascono immediatamente dopo la Convenzione Internazionale de L'Aja del 1912, che avrebbe dovuto essere il momento d'inizio di una politica internazionale di repressione del fenomeno della droga. Fino ad allora l'uso e il commercio delle droghe era stato libero in quasi tutti i Paesi, e la Gran Bretagna, insieme agli Stati Uniti, era senza dubbio tra i Paesi dove l'uso dei derivati dell'oppio era maggiormente diffuso (1). In conseguenza della firma degli accordi internazionali, tutti i Paesi occidentali emanarono norme per la repressione dell'uso e del commercio di sostanze stupefacenti. Questa normativa fu sostanzialmente la stessa per tutti i Paesi. Gli Stati Uniti rispettarono la loro adesione all'accordo con l'*Harrison Act* del 1914; la Gran Bretagna con il *Dangerous Drugs Act* del 1920.

Negli Stati Uniti, e nella massa degli altri Paesi firmatari, con la legge di attuazione degli impegni assunti, il problema dell'uso della droga divenne una materia di esclusiva competenza della polizia e dei giudici. L'atteggiamento degli organi di informazione, delle autorità, del pubblico, acquistò rapidamente un carattere di chiusura nei confronti del fenomeno. Il problema delle droghe fu circoscritto al problema del controllo delle droghe mediante sanzione penale.

In Gran Bretagna, l'introduzione dell'*Act* non coincise, come negli altri Paesi, con un atteggiamento di chiusura moralistica nei confronti del fenomeno droga. Quando, con l'applicazione pratica della legge, sorse un conflitto tra la classe medica da

(1) Si vedano, a questo proposito, alcune opere letterarie del secolo scorso, come *Confessions of an english opium-eater*, di T. DE QUINCEY, e « The man with the twisted lip » in *The adventures of Sherlock Holmes*, di A. CONAN DOYLE.

una parte, la polizia e i giudici dall'altra, si decise di istituire una Commissione, con lo scopo di chiarire gli aspetti sanitari e sociali del problema. Questa Commissione, nota con il nome di *Rolleston Committee*, concludendo nel 1926 i suoi lavori, dichiarava di ritenere opportuno che ai medici fosse conservato il diritto di prescrivere legittimamente delle sostanze considerate droga quando la pratica medica lo consigliava. Le conclusioni del *Rolleston Committee* non vennero tradotte in legge formale, ma in pratica esse sono state considerate come principi guida nel sistema di controllo delle droghe.

Così, in accordo con le decisioni della Commissione, in Gran Bretagna il problema del trattamento dei tossicomani è restato di competenza dei medici: la tossicomania ha continuato ad essere considerata una malattia come le altre, e i tossicomani dei normali malati bisognosi di cure. Accanto alla legge formale che prevedeva gravi pene, fino ad un massimo di 10 anni per coloro che possedevano o commerciavano *senza autorizzazione* sostanze stupefacenti, rimase la consuetudine di permettere che i medici prescrivessero legalmente oppiacei ai loro clienti tossicomani.

Alla luce di quelle che sono le attuali conoscenze delle cause dell'uso della droga (2), una cura della tossicomania basata solamente sull'intervento medico può suscitare perplessità, perché queste cause risalgono probabilmente più ad aspetti sociali e culturali che ad aspetti fisiologici o psichiatrici; ma, si deve ricordare che mentre in Gran Bretagna i tossicomani venivano bene o male trattati come malati e curati, negli altri Paesi essi erano considerati semplicemente come delinquenti e l'unica « cura » alla quale erano sottoposti era quella del carcere.

Il fatto di considerare il tossicomane come un malato, la mancanza di interferenze da parte della polizia nel rapporto instaurato tra medico e tossicomane, hanno notevolmente influenzato, in Gran Bretagna, anche l'atteggiamento del pubblico nei riguardi dei consumatori di droghe illegali. Infatti, in questo Paese non esisteva, almeno sino a qualche anno fa, un sentimento di condanna e di rifiuto nei confronti dei drogati come

(2) Fra le molte opere su questo tema fondamentale: AA. VV., *Marihuana: a signal of misunderstanding*, Washington, G.P.O., 1972; AA. VV., *Drug use in America*, Washington, G.P.O., 1973; AA. VV., *The non-medical use of drug*, Ottawa, Information Canada, 1973; in Italia: G. ARNAO, *Rapporto sulle droghe*, Milano, Feltrinelli, 1976; G. BARBERO AVANZINI, *Droga, giovani e società*, Bologna, Il Mulino, 1978; L. M. SOLIVETTI, *Perché la droga*, Milano, Angeli, 1980.

invece esisteva da tempo negli altri Paesi che si sono trovati ad affrontare problemi simili. Tutto ciò ha contribuito a facilitare il reinserimento psicologico e sociale del tossicomane che altrove si è trovato a dover affrontare *anche* i problemi connessi ad un *etichettamento* negativo ad opera della maggioranza della popolazione.

Fino agli anni '60, e cioè per un periodo di circa 40 anni, il sistema di trattamento britannico ha funzionato nel modo seguente. Un soggetto tossicomane poteva rivolgersi al suo medico di fiducia, come per un normale caso di influenza. Il medico, se riteneva che il paziente avesse bisogno, per qualsiasi motivo di ordine fisico o psichico, di continuare a fare uso di droghe considerate illegali, lo autorizzava con una ricetta a ottenere presso le farmacie le sostanze di cui aveva bisogno. Per un periodo di circa 40 anni questo semplice sistema ha dato risultati che è difficile potere non considerare positivi: infatti, il numero effettivo dei tossicodipendenti da oppiacei non ha superato in media le 500 unità per anno, mentre contemporaneamente il numero delle persone annualmente arrestate per violazione della legge sulla droga restava sotto le 500 unità (3). Nello stesso periodo, negli Stati Uniti la popolazione di tossicodipendenti veniva stimata 200 volte maggiore.

La piccola popolazione di tossicodipendenti britannici aveva anche altre caratteristiche particolari che la rendevano dissimile dalla popolazione di drogati degli Stati Uniti: i tossicomani presenti in Gran Bretagna erano in maggioranza di una età superiore ai 30 anni, mentre i tossicomani americani erano in maggior parte giovani intorno ai 20 anni; inoltre, la maggioranza dei tossicomani britannici erano di origine terapeutica, diversamente da quello che accadeva dall'altra parte dell'Atlantico.

Il quadro tutto particolare dell'uso delle droghe illegali in Gran Bretagna era inoltre caratterizzato dai seguenti elementi: quasi inesistenza di un mercato nero della droga, per via della possibilità di ottenere legalmente le dosi necessarie; quindi, un numero decisamente basso di nuovi tossicomani, in mancanza di un mercato della droga; nessuna criminalità connessa strumentalmente con l'uso della droga, in quanto non c'era nessun

(3) J. ZACUNE, C. HEUSMAN, *Drugs, alcohol and tobacco in Britain*, London, Heinemann, 1971.

bisogno (e, d'altronde, anche poche possibilità) di procurarsi le droghe al di fuori del sistema legale.

Le prime falle in questo sistema di controllo medico, che era sembrato perfettamente in grado di arginare il fenomeno della droga, cominciarono ad aprirsi negli anni '60. Dal 1959 al 1964 il numero totale dei tossicomani raddoppiò, e quel che è più importante, aumentò di diverse volte il numero degli eroinomani, mentre l'età media dei nuovi *addicts* scendeva improvvisamente sotto i 20 anni.

Le cause profonde di questo mutamento rappresentano un tema che va oltre i limiti di questo lavoro (4): ma è certo che accanto a cause strutturali erano presenti anche cause più immediate connesse proprio a difetti creatisi all'interno del sistema medico di controllo. Infatti, questo improvviso aumento del numero dei tossicomani, e degli eroinomani in particolare, non era derivato da uno sviluppo del mercato nero — che invece si era mantenuto ad un livello di quasi-inesistenza — ma dalla creazione di un mercato *grigio* in cui venivano commerciate le dosi di droga che i tossicomani erano autorizzati ad ottenere mediante prescrizione medica.

Alla base di questa disfunzione vi era il fatto che un certo numero di medici aveva preso l'abitudine di prescrivere dosi eccessive in rapporto alle reali esigenze del tossicomane: queste dosi in eccesso servivano poi al tossicomane per iniziare al consumo amici e conoscenti, e spesso, una volta diffuso il consumo, il tossicomane reclutatore poteva ricavare da questa attività un utile non indifferente. A tutto questo si deve aggiungere il fatto che, mancando un sistema efficiente di registrazione degli *addicts*, chi di questi voleva poteva passare da due, tre o più medici in rapida successione e ottenere da ognuno di essi una certa quantità di droga per poterla poi rivendere (5).

Per trovare rimedio a questa situazione, si nominò nel 1964 una Commissione ufficiale con il compito di indagare sul fronte della droga. I lavori della Commissione, pubblicati nel 1965 (6), contenevano diverse proposte di modifica del sistema di controllo. In primo luogo, si consigliava di riservare la cura dei

(4) A questo proposito, si vedano le opere, già indicate, sulle cause dell'uso della droga.

(5) P. LAURIE, *Drugs. Medical, psychological and social facts*, Harmondsworth, Penguin Books, 1974.

(6) AA. VV., *Drug addiction*, London, H.M.S.O., 1965.

tossicomani ad un ristretto numero di medici, muniti di una apposita autorizzazione. L'autorizzazione avrebbe dovuto essere concessa solo a medici facenti parte di appositi Centri di trattamento (da costituire), dislocati presso i reparti psichiatrici degli ospedali più importanti nelle zone interessate dal fenomeno della droga. Tutti gli altri medici non autorizzati avrebbero perso così il diritto a curare i pazienti tossicomani.

In secondo luogo, la Commissione proponeva l'obbligo per i costituenti Centri di trattamento, della registrazione dei tossicomani in cura. Una scheda con i dati del tossicomane avrebbe dovuto essere inviata dal Centro ad un apposito Ufficio del Ministero dell'Interno. Una volta registrato, il tossicomane avrebbe dovuto recarsi in una farmacia di sua scelta per ritirare la dose giornaliera di droga assegnatagli. La farmacia prescelta avrebbe dovuto essere informata dal Centro stesso dei reali bisogni del tossicomane.

Con questo sistema si pensava di potere raggiungere diversi effetti: controllare meglio le prescrizioni ed evitare dosi eccessive; impedire al tossicomane la possibilità di ottenere droga da più medici contemporaneamente. Inoltre, obbligando il tossicomane a ricevere la sua dose di droga giorno per giorno e a sottoporsi a controlli settimanali presso il Centro di trattamento, si poteva tentare una disintossicazione progressiva o per lo meno si poteva tentare di controllare l'evoluzione della sua farmacodipendenza.

La Commissione aveva raccomandato la massima urgenza nell'affrontare i nuovi aspetti del fenomeno droga. Invece, il *Dangerous Drug Act*, che accettava i punti fondamentali indicati dalla Commissione, entrò in vigore solo nel 1968, e la costituzione dei Centri è proceduta a rilento. Questi ritardi hanno avuto probabilmente i loro effetti negativi: nel 1968 il numero totale dei tossicomani era arrivato ad essere più di tre volte maggiore di quello registrato nel 1964. Nel corso del 1969 questa progressione è stata arrestata: il numero totale dei tossicomani è rimasto invariato rispetto all'anno precedente, mentre il numero degli eroinomani è sceso di colpo per via del fatto che si è cominciato a trattare questi *addicts* con metadone, una droga molto meno dinamica dell'eroina, che facilita la disintossicazione e che ha anche il pregio di non essere molto

richiesta sul mercato nero, perché non adatta ad essere iniettata (7).

Dal 1969 ad oggi, questa tendenza creatasi dopo l'introduzione dell'*Act* è proseguita con continuità: il numero totale dei tossicomani conosciuti si è mantenuto basso, non superiore alle 3.000 unità e anzi inferiore a quello registrato nel 1969, mentre l'uso del metadone ha ridotto in misura vistosa il numero degli eroinomani (8).

Ci sono però, altri aspetti meno positivi. La speranza di tagliare le fonti del mercato nero eliminando le prescrizioni eccessive di droga, si è rivelata difficile da realizzare. Come qualcuno aveva previsto, il taglio dato ai rifornimenti legali di oppiacei ha determinato un aumento sul mercato nero della domanda sostenuta sia dai tossicomani in cura che non ricevono più le dosi alle quali si erano abituati, sia dai tossicomani che sono cresciuti al di fuori del sistema sanitario.

Questa nuova domanda sul mercato nero è stata soddisfatta con l'arrivo dall'estero di eroina « cinese », che precedentemente non era reperibile in Gran Bretagna. La diffusione di eroina di origine illegale ha naturalmente aggiunto ai normali pericoli connessi coll'uso della droga gli ulteriori pericoli costituiti dalle dosi « tagliate » con sostanze dannose e dalle variazioni imprevedibili della percentuale di droga pura contenuta nella dose.

La nuova domanda sul mercato nero si è rivolta anche ad altre sostanze oltre l'eroina. Si è avuto così, alla fine degli anni '60, una vera e propria esplosione della metedrina. Il Governo intervenne rapidamente con misure di controllo sulla produzione e la prescrizione di metedrina, e così il boom ebbe fine. Ma il posto della metedrina è stato subito preso da un altro genere di droghe, i barbiturici. L'uso di barbiturici è continuato e malgrado i tentativi di controllo da parte del Governo non accenna a declinare.

In pratica, quindi, il consumo di eroina e di oppiacei è stato in parte sostituito e affiancato, dopo il *Dangerous Drug Act*, da un consumo di varie sostanze, provenienti o esclusiva-

(7) N. E. ZINBERG, J. A. ROBERTSON, *Drugs and the public*, New York, Simon and Schuster, 1972, pag. 134 e segg.

(8) M. J. POWER, « Policy options and social issues - The regulation of drug abuse », in D. J. West (ed.), *Problems of drug abuse in Britain*, Cambridge, University Press, 1978, pag. 175.

mente dal mercato nero o da discutibili prescrizioni mediche, come nel caso dei barbiturici. Per tutto questo, un giudizio complessivo non è facile, anche se sembra che, in termini di guadagno e di perdite, il beneficio che è venuto dal fatto di avere fermato il flusso proveniente dalle prescrizioni eccessive è più grande del danno che è venuto dal non conosciuto, ma probabilmente piccolo, incremento dato al mercato nero (9).

Nel momento attuale, accanto ad un numero di circa 2.000-3.000 tossicodipendenti « ufficiali », vi è un numero almeno doppio di tossicodipendenti clandestini: in complesso, i calcoli più recenti indicano una cifra totale di circa 10.000 tossicodipendenti. Una cifra non trascurabile, ma enormemente diversa, ad esempio, da quella registrata negli U.S.A., dove si ritiene che i tossicodipendenti siano circa 500.000; e molto diversa anche da quella che riguarda l'Italia, dove, con una popolazione quasi uguale, i tossicodipendenti si ritiene siano circa 50.000.

Dopo il *Dangerous Drug Act*, un'altra legge è intervenuta a modificare, anche se non profondamente, il panorama del sistema di controllo britannico. Si tratta del *Misuse of Drugs Act* del 1971. Questo *Act* è la conclusione di un dibattito lungo e aspro che negli anni precedenti aveva diviso gli inglesi sul problema se fosse o meno il caso di differenziare i consumatori di droga dagli spacciatori, e soprattutto sul trattamento da usare nei confronti dei consumatori di marihuana, che secondo molti non dovevano essere perseguiti penalmente.

Il dibattito raggiunse il suo acme quando venne pubblicato il cosiddetto *Wootton Report* (10) frutto dei lavori di una Commissione governativa. Il *Report* consigliava pene differenziate per l'uso personale e in particolare pene minime per l'uso della marihuana che veniva giudicata dalla Commissione come una droga dai modesti effetti negativi. È da notare che l'*Act* del 1920 ancora in vigore non distingueva tra le diverse droghe e neanche tra consumo e spaccio, per cui un consumatore di marihuana poteva teoricamente essere condannato ad una pena molto elevata, anche se poi, in pratica, i giudici si

(9) G. EDWARDS, «Some years on. Evolution in the "British System"» in D. J. West (ed.), *Problems of drug abuse in Britain*, op. cit., pag. 14.

(10) AA. VV., Advisory Committee on Drug Dependence, *Cannabis*, London, H.M.S.O., 1968.

limitavano spesso a condannarlo al pagamento di una multa, così come consigliava la Commissione.

Le raccomandazioni espresse dal *Wootton Report* non avevano in sé nulla di rivoluzionario, ma furono percepite dalla maggioranza dell'opinione pubblica come un cedimento sul fronte della lotta alla droga. Il governo laburista si fece portavoce degli umori della maggioranza e rifiutò di accettare i suggerimenti della Commissione.

Due anni dopo la sconfessione ufficiale del *Wootton Report* si ebbe una chiara conferma del fatto che i motivi del rifiuto delle raccomandazioni della Commissione erano molto più frutto del clima di pregiudizi che si era creato intorno al problema della droga, piuttosto che il risultato di una analisi oggettiva della sostanza delle affermazioni del Rapporto. Infatti, l'*Act* approvato nel 1971 è la conversione in legge, anche se solo parziale, dei principali suggerimenti del *Wootton Report*. La legge prevede la divisione di tutte le droghe illegali in tre classi di decrescente pericolosità: alla prima classe appartiene l'oppio e i suoi derivati; alla seconda la marihuana e droghe simili. Le pene previste sono in rapporto sia al tipo di droga, sia al tipo di reato. Il massimo della pena (14 anni di carcere), è previsto per chiunque produca, importi, esporti, faccia commercio delle droghe comprese nella prima o nella seconda classe. Il semplice possesso di droga per uso personale è punito meno severamente dei reati di produzione, traffico, etc. La legge prevede la reclusione fino a 7 anni per il semplice possesso di droghe della prima classe, e fino a 5 anni per quelle della seconda classe. A queste pene detentive può essere aggiunta o sostituita una pena pecuniaria di ammontare non limitato dalla legge.

La gravità delle pene massime previste non deve trarre in inganno sulla volontà del legislatore. L'*Act* è stato approvato proprio per fornire uno strumento di estrema elasticità nel controllo della droga. Accanto a dei massimi elevati, che dovrebbero avere una efficacia deterrente, la legge prevede la completa discrezionalità del giudice nella determinazione dei minimi, che possono consistere anche, quindi, in una semplice pena pecuniaria di ammontare molto limitato.

Con questa amplissima possibilità di stabilire pene anche molto lievi, l'*Act* permette di trattare secondo equità quelle persone che possiedono droga per uso strettamente personale. In questo modo, dovrebbero essere conseguiti diversi risultati

positivi: mantenere la sanzione penale contro l'uso delle droghe, rafforzando così nella coscienza collettiva l'immagine della illegittimità dell'uso della droga; dotare la sanzione penale di una capacità preventiva attraverso il potenziale deterrente costituito dalla possibilità di infliggere pene massime decisamente severe; affidare al buon senso del giudice l'applicazione di pene minime quando si tratta di possesso di droga per un uso esclusivamente personale, che prescinde da ogni forma di traffico e di spaccio.

Aggiungendosi al sistema di trattamento libero e gratuito per la cura e la disintossicazione degli *addicts*, la legge del 1971 conferma, in definitiva, il carattere duttile e aperto a istanze sostanzialmente non-repressive, che è sempre stato caratteristico della politica britannica sul problema della droga.

È da notare che l'attuale legislazione in vigore in Italia in questo campo, che ha seguito di poco l'introduzione del *Misuse of Drugs Act* (legge 22 dicembre 1975, n. 685), mentre da una parte ricalca alcuni punti della normativa britannica, dall'altra se ne discosta su aspetti fondamentali. La legislazione italiana ha in comune con quella britannica i seguenti concetti: l'assistenza e la cura del drogato invece della sua semplice punizione; la divisione delle sostanze psicotrope in diverse categorie a seconda della loro pericolosità; sanzioni diverse a seconda della categoria; diversa posizione giuridica del soggetto in relazione al comportamento messo in atto: traffico, uso personale.

Ma la legge italiana si discosta da quella britannica su un punto fondamentale, cioè quando non considera punibile chi acquista o detiene modiche quantità di droga per uso personale. Si deve dare atto alla legge italiana della encomiabile volontà di non punire il consumatore di droga, che è persona, in genere, che già subisce sulla propria pelle tutte le contraddizioni della società attuale e quindi già sopporta una dura condanna. Inoltre, si deve riconoscere al nostro legislatore di avere recepito il concetto, così bene individuato da SCHUR (11), secondo cui la vittima del comportamento del tossicomane è il tossicomane stesso: d'altronde, tutti gli Stati occidentali mostrano una chiara tendenza a depenalizzare i comportamenti i cui effetti sembrano avere un raggio sostanzialmente limitato alla sfera degli interessi più privati del soggetto agente.

(11) E. M. SCHUR, *Crimes without victims*, Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1965.

Ma la depenalizzazione dell'uso personale della droga può anche dare luogo ad effetti negativi. Se, infatti, la prima vittima della droga è lo stesso tossicomane, la società intera può subire gravi conseguenze da questo fenomeno, specialmente quando la diffusione della droga avviene attraverso il mercato nero. Depenalizzando l'acquisto delle droghe sul mercato nero, la legge non fa nulla per bloccare il pericolo mortale per il tossicomane di assumere sostanze alterate o imprevedibili dosi eccessive. Inoltre, la depenalizzazione costituisce un incentivo al traffico illegale delle droghe, con tutta una serie di gravissime conseguenze sul piano della criminalità (furti, rapine, ecc.), come pure sul piano di una più generale desocializzazione del consumatore di droga rispetto al suo ambiente « normale » (12).

Ora, l'importanza che le differenze nella legislazione passata e presente possono avere sull'attuale fenomeno della droga in Gran Bretagna e in Italia non è facilmente definibile. Secondo chi scrive, la diffusione di un fenomeno come la droga è influenzata da tutta una serie di condizioni culturali e sociali. Ma le norme giuridiche sono un aspetto non trascurabile di queste condizioni culturali e sociali. Il fatto che l'Italia, a parità di popolazione, abbia un numero di tossicodipendenti 4 o 5 volte maggiore di quello della Gran Bretagna può essere dipeso *anche* da una diversa impostazione dei meccanismi di controllo giuridici.

In questo senso, si può legittimamente ritenere che la particolare normativa britannica abbia almeno contribuito a mantenere basso il numero dei tossicomani. La possibilità di una somministrazione legale dell'eroina anche in Italia, non deve perciò essere vista come qualcosa di negativo. I pochi Centri antidroga operanti qui da noi, d'altra parte, già forniscono gratuitamente metadone, che è surrogato dell'eroina. Con la somministrazione legale dell'eroina non succederebbe nulla di straordinario: si tratterebbe semplicemente di potere fornire

(12) A difesa della legge italiana si può dire che il sistema di assistenza e di cura che essa prevede dovrebbe, in linea teorica, fare sì che il consumatore di droga non abbia più la necessità di rivolgersi al mercato nero. Come è noto, sono previste due forme di assistenza: la prima deve essere garantita a qualsiasi tossicomane che si presenti volontariamente ad un presidio sanitario; la seconda, è decisa dal giudice e consiste nel trattamento obbligatorio a cui si devono sottoporre i tossicomani conosciuti che si rifiutano di accettare il trattamento di disintossicazione. Ma, alla prova dei fatti, questo sistema non sembra avere funzionato, sia per le deficienze del servizio sanitario, sia per la presenza di un rigoglioso mercato nero.

eroina a quei tossicomani che non accettano o non si accontentano dei surrogati.

Piuttosto, la somministrazione legale dell'eroina comporterebbe la necessità di affrontare una serie di problemi non secondari. Primo: la organizzazione sanitaria in Italia è talmente deficitaria che non si vede come possa essere in grado di assicurare l'assistenza e la cura dei tossicodipendenti. Secondo: con la depenalizzazione del ricorso al mercato nero dell'eroina resterebbe sempre aperta un'alternativa alla somministrazione legale; e un'alternativa attraente, perché anche se non vantaggiosa economicamente, quella del mercato nero è una scelta che può convenire, specialmente se per avere legalmente l'eroina ci si dovesse sottomettere a controlli e schedature che la maggioranza dei tossicodipendenti non tollera, per abitudine di vita e per scelta culturale. Terzo: tutto il problema del fenomeno della droga doveva essere affrontato già da molti anni; qualsiasi intervento venga varato ora, parte con l'*handicap* di un ritardo gravissimo e ha di fronte a sé il difficilissimo compito di trattare con quella massa enorme di disperati costituita dai cinquantamila tossicodipendenti italiani.

RIASSUNTO

L'ipotesi della somministrazione legale della eroina è in genere vista come una forma di cedimento nei confronti del dilagante fenomeno della droga. In Italia, dove tuttavia già esiste la depenalizzazione dell'uso personale della droga, questa ipotesi è stata osteggiata da più parti. L'esperienza di 60 anni di somministrazione legale in Gran Bretagna dimostra che è possibile condurre una politica di lotta al fenomeno della droga, consentendo contemporaneamente che i tossicodipendenti possano ottenere legalmente, e quindi al di fuori del mercato nero, gli oppiacei di cui hanno bisogno.

RESUME

On considère généralement l'hypothèse de la distribution légale de l'héroïne comme une forme de fléchissement devant le phénomène envahissant de la drogue. En Italie, où la légalisation de l'usage personnel de drogue existe déjà, cette hypothèse a rencontré plusieurs oppositions. En Grande Bretagne, l'expérience de 60 ans de distribution légale a montré qu'il est possible de conduire une politique de lutte contre le phénomène de la drogue, en permettant en même temps aux toxicomanes d'obtenir légalement, et donc en dehors du marché noir, les substances opiacées dont ils ont besoin.

SUMMARY

The hypothesis of administering heroin legally is generally considered as yielding to the increased spreading of drug consumption. In Italy, where personal drug consumption has already been depenalized, such hypothesis is being opposed from many sides. The 60-year long experience made in Great Britain in legal drug administering indicates that the drug phenomenon can be fought, allowing at the same time addicts to purchase legally, i.e. outside the black market, the narcotics they need.

RESUMEN

Generalmente la hipótesis del suministro legal de la heroína es vista como una forma de dejadez ante el difundirse del fenómeno de la droga. En Italia, donde no obstante ya exista la depenalización del consumo personal de la droga, esta hipótesis ha sido combatida por muchos.

La experiencia de 60 años de suministro legal en Gran Bretaña demuestra que es posible conducir una política de lucha contra el fenómeno de la droga, consintiendo contemporáneamente que los tóxicodependientes puedan obtener legalmente, y por lo tanto fuera del mercado negro, los opiáceos que tienen necesidad.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Hypothese der gesetzlichen Verabreichung des Heroins ist im allgemeinen betrachtet als eine Form des Nachgebens gegenüber dem sich verbreitenden Phänomen der Droge. In Italien, wo bereits der persönliche Gebrauch der Droge nicht mehr strafbar ist, wird diese Hypothese von vielen seiten kritisiert. Die Erfahrung von 60 Jahren gesetzlicher Verabreichung in Gross-Britannien der Droge zeigt, dass es möglich ist eine Kampfpolitik zu führen für das Drogenphänomen und man gleichzeitig den Drogensuchtigen erlaubt legal, also ausserhalb des schwarzen Marktes, sich das Opium, das sie brauchen, zu besorgen.