

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori **BOMPIANI, JERVOLINO RUSSO, CECCATELLI, CODAZZI, COLOMBO SVEVO, MARTINI, MANCINO, CONDORELLI, MELOTTO, CAMPUS, D'AGOSTINI, DELLA PORTA, FIMOIGNARI, FONTANA, TRIGLIA, NEPI, D'AMELIO, D'ONOFRIO, MEZZAPESA, BOGGIO, DE CINQUE, VENTURI, MASCARO, SAPORITO, DE GIUSEPPE, DEGOLA, TOMELLERI, PACINI, ROMEI Roberto, LIPARI, DI LEMBO, FRACASSI, RUFFINO, SCARDACCIONE, PATRIARCA, RIGGIO, CENGARLE, COLELLA, ACCILI, VETTORI, LAPENTA, CUMINETTI, COCO, PINTO Michele, ALIVERTI, SANTALCO, COLOMBO Vittorino (V.), COLOMBO Vittorino (L.), GIUST, TANGA, BERNASSOLA, FOSCHI e VITALONE**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 9 FEBBRAIO 1984

Nuova disciplina della prevenzione, riabilitazione e reinserimento sociale dei tossicodipendenti e norme per la repressione del traffico illecito di droga

ONOREVOLI SENATORI. — 1. *INTRODUZIONE.* — In data 5 agosto 1980, un nutrito gruppo di senatori della Democrazia cristiana presentava alla Presidenza il disegno di legge « Modifiche alla legge 22 dicembre 1975, n. 685, in riferimento all'entrata in vigore della riforma sanitaria » (atto Senato n. 1071). La stessa iniziativa veniva assunta, parallelamente, alla Camera dei deputati dal Gruppo della Democrazia cristiana (atto Camera n. 1852) a testimoniare l'interesse che il partito nutre per lo sviluppo delle norme che regolano l'intervento dello Stato nella lotta

alla diffusione della droga e nello sforzo di recupero dei tossicodipendenti — norme che risalgono al 1975 — ed il cui riordinamento e aggiornamento venivano resi necessari, oltre che dall'esperienza maturata, da un evento legislativo-organizzativo di grande importanza, quale l'istituzione del Servizio sanitario nazionale.

Nel corso della VIII legislatura, il problema dell'adeguamento della legge 22 dicembre 1975, n. 685, veniva affrontato presso la Camera dei deputati (Commissione igiene e sanità) con molto impegno nella ricerca

di un punto d'incontro tra le seguenti nove diverse proposte legislative:

Mellini ed altri: « Modifica della legge 22 dicembre 1975, n. 685, concernente disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope e prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza con l'esclusione della canapa indiana e dei suoi derivati dalla tabella di cui all'articolo 12 della legge » (672);

Teodori ed altri: « Modifiche ed integrazioni alla legge 22 dicembre 1975, n. 685, concernenti la distribuzione controllata delle sostanze psicotrope e stupefacenti e stati di tossicodipendenza e nuove disposizioni sulla liberalizzazione della *cannabis* » (1077);

Milani ed altri: « Nuova disciplina dei derivati della *cannabis* e delle sostanze stupefacenti derivate dall'oppio. Prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza e nuove disposizioni per l'eliminazione delle cause di emarginazione sociale » (1418);

Cirino Pomicino ed altri: « Modifiche alla legge 22 dicembre 1975, n. 685, concernente disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza » (1852);

Tagliabue ed altri: « Modifiche ed integrazioni alla legge 22 dicembre 1975, n. 685, concernente disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope e loro sostitutivi. Nuove norme contro l'alcolismo e il tabagismo » (1982);

Seppia ed altri: « Modifiche alla legge 22 dicembre 1975, n. 685, concernente la disciplina degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope, la prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza » (2030);

Olcese ed altri: « Norme per la costituzione di centri per la cura e la riabilitazione dei tossicodipendenti » (2035);

Zanone e Altissimo: « Modifiche della legge 22 dicembre 1975, n. 685, e nuove norme in materia di sostanze stupefacenti » (2140);

Rodotà ed altri: « Nuove norme sulle tossicodipendenze » (2175).

L'intervenuto scioglimento anticipato del Parlamento arrestava il lavoro di avvicinamento delle varie posizioni, già iniziato fruttuosamente con l'elaborazione di un testo del comitato ristretto, dal titolo: « Modifiche e integrazioni alla legge 22 dicembre 1975, n. 685, concernente disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope e loro sostitutivi. Nuove norme contro l'alcolismo e il tabagismo ».

L'inizio della IX legislatura ripropone al Parlamento il problema dell'adeguamento della normativa vigente, in una situazione, peraltro, alquanto modificata, sia per l'ulteriore espandersi dei fenomeni di tossicodipendenza, sia per la migliore conoscenza conseguita in questi anni nella complessa dinamica sociale e sanitaria del fenomeno.

I proponenti di questo disegno di legge ritengono di non potersi sottrarre al dovere di contribuire, con una loro proposta che utilizzi largamente quanto di positivo è stato realizzato dall'impegnato lavoro svolto dalla Commissione igiene e sanità della Camera nel corso dell'VIII legislatura, alla ripresa di un serio sforzo legislativo per adeguare la normativa vigente ai mutati bisogni della società.

Prima di esporre, brevemente, il contenuto degli articoli del disegno di legge, i proponenti ritengono opportuno in questa relazione introduttiva richiamare anzitutto i motivi ed i contenuti che hanno mosso la loro proposta iniziale ed esaminare poi — attraverso alcuni documenti ufficiali — l'evoluzione che ha subito il fenomeno della diffusione delle sostanze psicotrope e degli stupefacenti in Italia negli ultimi anni.

2. LA NOSTRA INIZIALE PROPOSTA

2.1 LE FINALITÀ

Constatando il rapido diffondersi, fra il 1975 e il 1980 del « fenomeno droga », particolarmente nel mondo giovanile, i disegni di legge n. 1071 (Senato) e n. 1852 (Camera) si proponevano di:

1) rafforzare l'intervento consapevole dello Stato, e in generale dei pubblici poteri, in materia non rinunciabile, impegnan-

dolo nell'individuazione e modificazione delle cause più profonde del fenomeno;

2) contenere la diffusione della droga tra i giovani e tentare altresì di restituire alla loro piena libertà coloro che sono dediti al consumo di sostanze stupefacenti o psicotrope.

La strategia proposta per il raggiungimento di questi obiettivi fu la stessa già individuata dalla legge 22 dicembre 1975, n. 685, e può così riassumersi:

a) uno sforzo costante di riduzione, sul mercato nazionale, dell'offerta di droga, da ottenersi con gli opportuni interventi di polizia;

b) un deciso incremento dell'azione preventiva che passi anche per un approfondimento culturale e di corretta informazione sul « fenomeno droga »;

c) risposte sanitarie, ma soprattutto socio-riabilitative a chi è dedito all'uso di droga.

Tuttavia, i disegni di legge n. 1071 (Senato) e n. 1852 (Camera) ponevano come nucleo caratterizzante dell'iniziativa l'accentuarsi dello sforzo di prevenzione.

In questo contesto, veniva riconosciuto e sottolineato il ruolo insostituibile di una vigorosa politica di informazione e di educazione, alla quale la famiglia e la scuola debbono primariamente concorrere.

« Tuttavia », affermava la relazione introduttiva, « la suddetta attività deve essere coordinata con una più ampia prospettiva di interventi pubblici per la gioventù — cui la Repubblica italiana è obbligata dall'articolo 31, secondo comma, della Costituzione — interventi che dovrebbero anche favorire l'attività delle associazioni giovanili, predisponendo servizi ed aiuti alla loro opera di formazione, che è integrativa di quella familiare e scolastica, promuovendo altresì la collaborazione e la corresponsabilità dei giovani, associati o meno, nella progettazione e nella gestione delle iniziative loro rivolte.

Occorre anzitutto demitizzare la figura del tossicodipendente, spostando l'attenzione alla realtà del singolo, anche perchè il problema droga non deve costituire uno spar-

tiacque per schieramenti ideologici contrapposti. Occorre, comunque, che sia indicato con chiarezza e con coraggio un diverso modello di qualità della vita che recuperi l'attenzione e la speranza dei giovani. In particolare è necessario affrontare con decisione e credibilità i problemi che da tempo affliggono la condizione giovanile ».

Continua la relazione:

« La politica di prevenzione deve aver chiari:

a) i destinatari dell'intervento di prevenzione, che sono sia i genitori e gli insegnanti, sia i giovani stessi;

b) i contenuti della prevenzione, che per gli adulti devono consistere nell'approfondimento dei problemi dell'età evolutiva e per i giovani devono riguardare l'educazione a scelte libere e responsabili e all'accettazione e al rispetto di sé e degli altri;

c) la metodologia dell'attività di prevenzione, che deve basarsi per gli adulti su una corretta informazione, anche attraverso i *mass media*, e per i giovani soprattutto sulla realtà di una scuola che faccia affidamento sulle attività di un personale insegnante consapevole del suo ruolo di educatore.

Sarà necessario perciò sviluppare una programmazione politica aderente all'odierna condizione giovanile; si può pensare, ad esempio: ad un impegno dei giovani nel terziario sociale a sostegno e incentivo della cooperazione giovanile e, soprattutto nel Mezzogiorno e nelle zone depresse, di iniziative di intervento straordinario; a più agevoli forme di servizio civile orientato a interventi di rilevante interesse comunitario; ad una migliore utilizzazione del tempo nel servizio militare; a incentivi per l'estensione dell'associazionismo giovanile.

Appare in conseguenza necessario potenziare l'attività di formazione degli insegnanti, rivitalizzare le strutture previste dai decreti delegati della scuola valorizzando gli organismi di partecipazione democratica, qualificare il servizio di medicina scolastica per una migliore conoscenza e attenzione ai problemi connessi con la psico-patologia

dell'età evolutiva, attivare una politica di educazione sanitaria che inizi con la scuola materna e abbracci tutti i problemi della protezione della salute fisica e psichica, secondo la definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità.

L'informazione e la divulgazione dei problemi inerenti all'uso non terapeutico di droghe dovranno realizzarsi sulla base di una puntuale e aggiornata documentazione scientifica che attinga alle disponibilità nazionali e le colleghi alle più aggiornate esperienze internazionali.

La risposta in termini globali al problema della tossicodipendenza potrà essere favorita da una migliore conoscenza dei fondamenti biologici del fenomeno e da una indicazione delle strategie operative più qualificate anche mediante l'avvio di programmi finalizzati del Consiglio nazionale delle ricerche.

Sarà anche opportuno valutare attentamente quanto l'atteggiamento permissivo o indifferente nei riguardi dei danni psicofisici da droga possa favorirne la pericolosa diffusione. Dobbiamo infatti riconoscere che, nella realtà, per alcune droghe, quali l'alcool ed il tabacco, viene sostanzialmente incoraggiato l'uso e l'abuso, grazie ad un atteggiamento socio-culturale ormai purtroppo storicamente affermatosi.

Pur evitando di cadere in illusioni proibizionistiche, appare necessaria — per la tutela della salute — un'adeguata conoscenza dei danni derivanti da queste droghe "tradizionali", come dalle sostanze stupefacenti e psicotrope, dall'abuso di medicinali, dagli inquinamenti, dalle sofisticazioni alimentari.

La gravità del consumo non terapeutico di droghe, tradizionali o non, consiste in particolare nel comune atteggiamento compulsivo che caratterizza la dipendenza psicologica e cioè nell'impossibilità — per mantenere uno stato illusorio di benessere — di astenersi dall'uso di una determinata sostanza ».

Su questa ampia prospettiva, nasceva la proposta che — lungi dal voler esaurire tutta l'attività legislativa prevedibile in base alla richiamata esigenza — voleva, come già

si è detto, « aggiornare » il dispositivo regolato dalla legge 22 dicembre 1975, n. 685, sulla base dell'esperienza dei primi cinque anni di applicazione, ed affrontare l'esigenza di raccordare gli interventi sanitari previsti da detta legge con le prospettive aperte dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale.

2.2 I CONTENUTI

Di seguito, esponiamo nelle linee essenziali i contenuti del disegno di legge n. 1071 e le ragioni delle diverse scelte operate (*).

Misure di contenimento della diffusione della droga

La relazione così descriveva quanto proposto dal disegno di legge:

« Nella strategia d'intervento le misure penalistiche — già poste dalla legge n. 685 del 1975 — appaiono irrinunciabili per quel che concerne la produzione, il traffico e lo spaccio. Appare anzi necessario un loro adeguamento dando:

- a) nuove figure di reato;
- b) nuove aggravanti e un più severo sistema di applicazione;
- c) un inasprimento delle pene, senza perdere di vista la necessità di una strategia differenziata nei confronti del consumatore ».

Muovendosi a modifica, o ad integrazione, del testo della vigente legge 22 dicembre 1975, n. 685, il disegno di legge prevedeva « una nuova ipotesi contravvenzionale, ricalcata su quella già prevista per l'ubriachezza dall'articolo 688 del codice penale (vedi articolo 10/80-ter). Sono evidenti infatti i pericoli di vario genere derivanti dal mancato controllo psicomotorio dei soggetti in preda

(*) I riferimenti ad alcuni articoli sono espressi da due numeri: il primo indica la numerazione degli articoli del disegno di legge n. 1071 (Senato), il secondo si riferisce alla numerazione dell'articolato della legge 22 dicembre 1975, n. 685, al quale la proposta emendativa era diretta.

all'azione delle droghe, specialmente per i riflessi che assumono nei confronti della collettività ».

« Per quanto riguarda le aggravanti », proseguiva la relazione, « la nuova formulazione dell'articolo 76 aumenta la pena se l'induzione è commessa all'interno o in prossimità di scuole o di comunità giovanili o di caserme, oppure di carceri, ospedali o comunque centri socio-sanitari (articolo 8).

L'articolo 9/76-bis introduce un'altra aggravante quando le sostanze stupefacenti o psicotrope siano adulterate in modo da accentuarne la potenzialità lesiva.

Per i delitti relativi alle sostanze di cui alle tabelle I e III della legge n. 685 del 1975, senza dubbio maggiormente pericolose, quando le circostanze aggravanti concorrano con circostanze attenuanti, non si applica l'articolo 69 del codice penale. Come è noto, detta disposizione consente al giudice di ritenere le attenuanti (anche soltanto quelle giuridiche) equivalenti o prevalenti sulle aggravanti: nel primo caso sono esclusi sia aumenti che riduzioni di pena, nel secondo sono esclusi gli aumenti e sono applicate riduzioni delle pene previste dalle leggi.

Viceversa, con l'articolo 6/74, ultimo comma, le aggravanti debbono essere sempre applicate e non potranno essere escluse dalle attenuanti. Queste daranno luogo a riduzioni della pena aumentata per effetto dell'applicazione delle aggravanti.

Infine, se l'induzione all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope avviene in danno di persona palesemente incapace, è prevista una particolare aggravante. Attualmente detta ipotesi non è prevista dalla legge n. 685 del 1975, che agli articoli 73, terzo comma, e 74, numero 1, parla solo di minori. Si tratta di una dimenticanza del legislatore, data la sostanziale equiparazione esistente nel nostro sistema penale tra la posizione dell'incapace e quella del minore (vedi, ad esempio, l'articolo 44 della stessa legge, che vieta la consegna di sostanze stupefacenti a persone minori di età o "manifestamente inferme di mente").

La dizione "palesemente incapace" appare la più opportuna, stante la soppressione dei termini "alienato di mente" e "infermo di mente" (contenuti nel codice penale) operata dalla legge 13 maggio 1978, n. 180. Inoltre essa permette di estendere la tutela penale anche a soggetti temporaneamente incapaci (per ipnosi, ubriachezza, ecc.) e comunque non affetti da malattie mentali.

L'avverbio "palesemente" intende riferirsi ad una manifestazione esterna dell'incapacità tale da renderla percepibile ad una persona diligente. La stessa formula o formule analoghe, del resto, si ritrovano in diversi testi legislativi (confronta, ad esempio, gli articoli 139 del codice di procedura civile, 169, quarto comma, del codice di procedura penale, 519, numero 3, e 689 del codice penale).

Nell'articolo 7/75 sono stati poi resi più gravi i minimi delle pene principali o accessorie, previste dagli articoli 71, primo, secondo e ultimo comma (varie ipotesi di traffico e produzione); 73, primo e penultimo comma (agevolazione dolosa dell'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope); 75, primo, secondo e ultimo comma (associazione per delinquere); 76, primo comma (induzione all'uso di sostanze stupefacenti) della legge n. 685.

Infine, l'articolo 71 della legge n. 685 del 1975 ha subito alcune modifiche che hanno due scopi: eliminare i difetti meramente formali e la disparità di trattamento attualmente esistente tra i soggetti che possono operare, dietro autorizzazione ministeriale, nel campo degli stupefacenti.

Non appare, infatti, che l'attuale disposizione assoggetti soltanto il "fabbricante" alle maggiori pene previste nel secondo comma, qualora produca sostanze "diverse" da quelle fissate nel decreto autorizzativo, e non anche altri soggetti (ad esempio, importatori ed esportatori) egualmente in grado di utilizzare in maniera abusiva del rapporto fiduciario instaurato con l'autorizzazione ».

Attività di prevenzione

Il disegno di legge individuava in più articoli disposizioni dirette a rafforzare la « prevenzione » all'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope, peraltro già analiticamente impostate nella legge n. 685 del 1975:

a) nell'articolo 1/2, prevedendo la nomina di un rappresentante del Ministero della pubblica istruzione presso l'assessorato regionale di sanità, allo scopo di assicurare — d'intesa con i comitati provinciali (vedi oltre) — la massima collaborazione fra scuole e strutture sanitarie;

b) nell'articolo 2/9, rafforzando la componente del Ministero della pubblica istruzione nel Comitato tecnico interministeriale istituito presso il Ministero della sanità;

c) chiarendo meglio dettagli di costituzione e funzionalità dei comitati provinciali (articolo 11/85); delle attività didattico-educative rivolte ai genitori (articolo 12/87) e agli alunni (articolo 13/88).

Misure riguardanti « il consumatore »

A questo proposito, il disegno di legge ribadiva — con onestà — l'insufficienza di una risposta concepita soltanto in termini penali.

Nel difficile capitolo della « lotta alla droga », avvertiva la relazione:

« La risposta comunque non può essere trovata in una generica ed indiscriminata repressione che appiattisca in un'unica figura criminosa tutte le ipotesi non solo di produzione, commercio e distribuzione, ma anche di detenzione e di uso. In tal modo si rinnoverebbero gli inconvenienti già deplorati nel vigore della legge n. 1041 del 1954, che tuttavia non eliminava ogni incertezza interpretativa ed applicativa: si ricordino infatti i contrasti sorti in dottrina ed in giurisprudenza in tema di punibilità o non della detenzione di droga per uso personale ».

I proponenti il disegno di legge così proseguivano:

« La legge n. 685 del 1975 si è posta nell'ottica di un incisivo e necessario intervento dei servizi sanitari e sociali secondo un indirizzo particolarmente esaltato in seguito dalla legge di riforma sanitaria. È qui sufficiente richiamare la depenalizzazione, attuata dall'articolo 80 con riferimento all'uso a soli fini personali non terapeutici di sostanze psicotrope e stupefacenti, nonché i molteplici spunti testuali della legge sugli interventi terapeutici e riabilitativi (articoli 95 e 97) e su quelli sanitari ed assistenziali (articolo 96); la rilevanza attribuita, ai predetti fini, ad accertamenti tecnici, fondati sulla personalità fisiopsichica del soggetto (articolo 98); la finalità di reinserimento sociale riconosciuta alla cura e all'assistenza (articolo 100 in relazione all'articolo 90), da attuarsi anche mediante affidamento al centro medico e di assistenza sociale e sanzionato — in caso di renitenza dell'interessato al trattamento — dal ricovero ospedaliero.

I predetti interventi si pongono (nella legge n. 685 del 1975), limitatamente all'uso personale di droghe, come alternativi alle misure penali ».

E ancora:

« Nel possibile contrasto tra l'indisponibilità della salute ed il diritto del singolo a gestire la propria validità psicofisica, l'intervento coercitivo trova legittimazione in base all'articolo 32 della Costituzione, quando risultino minacciate o menomate le componenti essenziali della personalità. L'intervento coercitivo non può ridursi però necessariamente alle sanzioni penali, che in materia di mero uso potrebbero anche essere contraddittorie con la tutela della libertà della persona, quando tale tutela fosse attuata con una sia pur temporanea limitazione della libertà stessa e con tutte le ben note ulteriori conseguenze, soprattutto di ordine psichico, derivanti dalla reclusione (conforme, con argomenti in parte diversi, G. M. FLICK, *Droga e legge penale*, Milano, 1979, p. 212) ».

Concludono i proponenti:

« Appare perciò saggio l'indirizzo di fondo della legge n. 685 del 1975: e, senza nascondersi il grave problema dei refrattari ad ogni tentativo di intervento, sembra necessario attuare effettivamente le iniziative alternative possibili, che sono in grado di circoscrivere il problema ».

2.3 LE LINEE OPERATIVE

Sulla base di queste considerazioni, il disegno di legge si ispirava alle linee operative seguenti:

1) il mantenimento della linea di « depenalizzazione », ma la non accettazione della « decriminalizzazione ».

La prima, infatti, offre alle istituzioni la responsabilità ed il dovere di intervenire, specie nel recupero; esalta il mantenimento di una serie di valori di vera libertà individuale, di dignità umana, di rispetto di sé e degli altri; offre, inoltre, la possibilità di una linea d'intervento e di valutazione flessibile, in rapporto alle circostanze concrete in cui si verifica la tossicodipendenza, alla evoluzione socio-culturale del fenomeno ed alla differenziazione farmacologica del tipo di esperienza diagnostica;

2) il mantenimento di un largo margine di discrezionalità del giudice nei confronti del trasgressore della norma allorchè trattasi di detenzione e di spaccio di stupefacenti connessi all'uso personale. Nell'ottica dei proponenti, il giudice infatti è visto non come persecutore ma come tutore sia dei diritti spettanti all'individuo farmacodipendente, sia dei diritti di tutela pubblica spettanti alla comunità.

Risponde al criterio di promuovere finalità riabilitative per l'individuo tossicodipendente e inoltre intende sottrarre il tossicodipendente (spacciatore per necessità prima che per scelta) ad un rapporto obbligato e ad una complicità con l'organizzazione che si serve di lui, quanto fu proposto, all'articolo 4/72, allorchè si ritenne opportuno promuovere una riduzione so-

stanziale delle pene, o la loro commutazione in sanzioni variabili dalla semidetenzione alla libertà controllata, quando trattasi di tossicodipendente divenuto « piccolo spacciatore » al solo scopo di lucrare il guadagno per procurarsi modiche quantità di sostanze stupefacenti o psicotrope per uso personale proprio anche non terapeutico;

3) in quest'ottica di « discrezionalità » affidata al giudice si ipotizzò di risolvere anche il problema della « modica quantità », che si ritenne opportuno lasciare ancora alla interpretazione giurisprudenziale. Ricavando il concetto di modica quantità dalla convinzione, valida in circostanze concrete, che il possesso di sostanze stupefacenti, nella quantità accertata, sia destinato all'esclusivo consumo del possessore. Se l'indagine giudiziale sulla destinazione della droga è in grado di escludere il commercio, anche la detenzione da parte dell'assuntore che si approvvigioni per un tempo superiore al fabbisogno immediato di dosi per consumo personale dovrebbe andare esente da pene.

D'altra parte, una determinazione legislativa di modica quantità fu considerata difficilmente proponibile per i seguenti motivi: l'estrema diversità delle quantità ritenute utilizzabili per uso personale (da 20 milligrammi a 2 grammi ed oltre per l'eroina); la diversificata percentuale del costituente attivo presente nel campione reperito (ad esempio, la stessa eroina nella cosiddetta eroina da strada) e le conseguenti necessarie valutazioni chimico-analitiche; la possibilità infine che la predeterminazione possa addirittura favorire l'organizzazione e lo sviluppo del traffico della droga, inducendo i trafficanti a servirsi di spacciatori di dosi consentite e quindi legalizzate;

4) la particolare attenzione rivolta verso il recupero e la riabilitazione del minore tossicodipendente, che abbia commesso attività illecite previste dalla legge n. 685 del 1975.

Nel disegno di legge l'articolo 10/80-ter affida al tribunale dei minorenni la competenza a giudicare i minori sia quando si tratti di attività punite con sanzioni penali

(articolo 72), sia quando si tratti di attività depenalizzate (articolo 80).

Sia nel caso che il minore non sia imputabile, sia quando ricorrano le cause di esenzione dalla pena, il compito di adottare i provvedimenti necessari a consentire gli opportuni accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori (articoli 100 della legge n. 685 del 1975 e 17 del disegno di legge n. 1071) spetta sempre al tribunale dei minorenni e non ad organi amministrativi. La particolarità che presenta la personalità del minore consiglia di mantenere un procedimento integralmente giurisdizionale: il nuovo testo proposto per l'articolo 101 della legge n. 685 del 1975 prevede la competenza del tribunale dei minorenni anche quando i provvedimenti debbano essere adottati a seguito delle segnalazioni di cui all'articolo 100.

Quando debba essere inflitta una pena (articolo 72) o una misura di sicurezza, l'articolo 10/80-ter, quarto comma, consente per i soli minori di adottare i provvedimenti di trattamento sanitario obbligatorio (di cui all'articolo 100) in sostituzione della pena. La norma, diretta a privilegiare la finalità di recupero del minore, è temperata dalla previsione che l'azione penale possa essere riproposta, in caso di renitenza ai provvedimenti. In tal modo viene seguita la soluzione che il codice di procedura penale adotta per le sentenze istruttorie, che, come è noto, non consumano l'azione (argomento *ex* articolo 402 e seguenti del codice di procedura penale). Naturalmente il nuovo procedimento sarà possibile se non sia intervenuta una causa di estinzione del reato.

L'ultimo comma dell'articolo 80-ter precisa che anche in tutti i casi di concessione del perdono giudiziale il tribunale può adottare i provvedimenti di cui all'articolo 100;

5) la separazione del ruolo e delle responsabilità del giudice da quelli propri della struttura sociale e sanitaria, nel senso di un'attribuzione più incisiva dell'autonomia del medico nell'intervento terapeutico e delle strutture sanitarie nell'intervento di riabilitazione.

Questa tematica inerisce al problema degli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori, che la legge n. 833 del 1978 ha individuato agli articoli 33, 34, 35 e 64.

Avvertono i proponenti del disegno di legge n. 1071:

« La legge n. 685 del 1975 attribuisce al giudice il ruolo promozionale relativamente alla cura e alla riabilitazione del tossicodipendente, conferendogli il potere di adottare misure, attuate poi dagli operatori socio-sanitari.

La funzione del giudice potrebbe però essere riportata a quella tradizionale di garanzia dei diritti di libertà rispetto ad interventi, di tipo socio-sanitario, la cui indicazione andrebbe più opportunamente riservata agli operatori del settore.

Così questi ultimi dovrebbero assumere le decisioni di volta in volta necessarie, mentre al giudice spetterebbero gli interventi per verifiche di eventuali violazioni dei diritti di libertà, in armonia con la recente legge sulle strutture manicomiali e come previsto dagli articoli 33 e 34 della riforma sanitaria.

Da tale riconsiderazione dei ruoli dovrebbero derivare un rinvigoriscente ed una maggiore efficienza di strutture tecnico-amministrative che, chiamate ad operare per diretta responsabilità, verrebbero a liberarsi da una qual sorta di soggezione sostanzialmente deresponsabilizzata nei confronti dell'autorità giudiziaria.

Pertanto, a meno che non si tratti di minori, i trattamenti sono, su opportuna segnalazione, eseguiti nell'ambito dell'unità sanitaria locale. Lo stesso giudice, quando ritenga necessario il trattamento, affida chi ne abbia bisogno all'USL (articoli 14 e 15).

In caso di rifiuto dell'interessato, su segnalazione dell'USL, delle autorità di polizia o di prossimi congiunti, il sindaco o suoi delegati dispongono accertamenti e trattamenti obbligatori, alla stregua dell'articolo 33 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Il provvedimento del sindaco è convalidato dall'autorità giudiziaria e contro di esso è ammesso ricorso al tribunale, in unico grado di merito: in sostanza si è adat-

tato alle esigenze particolari dei tossicodipendenti quanto è disposto dagli articoli 33 e 35 della citata legge n. 833 del 1978.

L'impugnazione del provvedimento avanti al tribunale non ammette un ulteriore gravame di merito.

La convalida da parte del pretore può considerarsi atto giurisdizionale, ma non segue ad un giudizio di cognizione piena, articolata in dibattimento; pur non potendosi parlare di un primo grado di cognizione per un procedimento che ha natura sommaria e deliberativa, è parso eccessivo farlo seguire da un giudizio di merito in doppio grado.

La restrizione della libertà personale, implicita nel trattamento obbligatorio, deve ritenersi costituzionalmente legittima, in quanto, con la convalida, l'autorità giudiziaria fa propria la motivazione del provvedimento del sindaco, che è così recepito in un atto della medesima autorità giudiziaria (è noto che per l'articolo 13 della Costituzione l'atto motivato dell'autorità giudiziaria è indispensabile perchè una restrizione della libertà personale sia legittima).

In questo contesto deve essere considerato anche l'articolo 10/80-*quater*.

Il primo comma prevede che chiunque in luogo pubblico o aperto al pubblico sia colto in stato di inebetimento per l'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope oppure di sostanze alcoliche, sia avviato alle unità sanitarie locali e agli appositi centri per gli interventi socio-riabilitativi per i trattamenti del caso.

Trattasi di un provvedimento amministrativo di urgenza che, incidendo sulla libertà personale, richiede l'intervento dell'autorità giudiziaria ai sensi dell'articolo 13 della Costituzione.

Il pretore si pronuncia sulla convalida del provvedimento; è stato all'uopo richiamato l'articolo 100-*ter*.

In caso di rifiuto del trattamento, si applicano gli articoli 97, 100 e 100-*ter* e sarà pertanto necessaria altra convalida per

l'eventuale e distinto provvedimento del sindaco »;

6) inoltre, una parte di notevole interesse del disegno di legge n. 1071 riguardava i problemi di « raccordo » fra la struttura assistenziale-sanitaria e sociale, prevista dalla legge n. 685 del 1975, e quelle previste dall'entrata in vigore della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale.

Nella relazione, i proponenti così si esprimevano:

« Ai sensi dell'articolo 90, terzo comma, della legge n. 685 del 1975, essendo entrata in attuazione la legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, i centri medici di assistenza sanitaria e i comitati regionali per le tossicodipendenze dovrebbero essere soppressi, così come tutti i programmi di intervento socio-sanitari dovrebbero essere sottoposti a riesame.

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

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

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

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

operative delle strutture pubbliche a livello territoriale.

I servizi devono tener conto dei diversi stadi della farmacodipendenza:

- a) uso saltuario e abituale;
- b) urgenza;
- c) dipendenza psicologica e fisica;
- d) socio-riabilitazione.

Non è possibile che un'unica struttura socio-sanitaria possa far fronte da sola ai quattro momenti dell'esperienza della tossicodipendenza.

Un adeguato comportamento e una chiara conoscenza dei momenti di intervento consentono anche un'efficace attività di prevenzione secondaria e terziaria.

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

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

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

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

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

Quando non fosse possibile realizzare una condizione di motivazione a interrompere lo stato di farmacodipendenza, si dovrebbe ritenere proponibile un programma di intervento socio-riabilitativo che preveda anche la somministrazione controllata di farmaci sostitutivi agonisti nel caso di farmacodipendenza da oppiacei, come metadone o altri, e di antagonisti-agonisti, come naloxone, pentazocina, naltrexone, butorfenolo, eccetera. Non potendo questo intervento di mantenimento essere classificato come terapeutico in senso stretto, è evidente che e la struttura socio-sanitaria poliambulatoriale e l'ospedale non rappresentano gli strumenti più idonei per la gestione di tali programmi che vanno di norma affidati ad operatori a formazione pluridisciplinare specialistica, come innanzi si accennava. Detto intervento deve comunque essere opportunamente disciplinato dal suddetto protocollo di comportamento terapeutico.

A tale proposito risulta indispensabile, anche in base a quanto realizzato in altri Paesi, l'elaborazione di una regolamentazione della somministrazione di sostanze oppiacee impiegate a fini non terapeutici, ma "di mantenimento", sia pure con le finalità e le limitazioni che abbiamo indicato.

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

Queste proposizioni, fortemente « tecniche », inserite nella relazione non venivano però elaborate nel disegno di legge n. 1071 dai presentatori, ma rinviate alle norme di attuazione della legge n. 833 del 1978, spettanti alle Regioni.

Si proponeva tuttavia l'introduzione, nella legge n. 685 del 1975, del seguente primo comma dell'articolo (aggiuntivo) 100-bis:

« La legge regionale, nell'ambito dell'unità sanitaria locale e nel complesso dei ser-

vizi generali per la tutela della salute, disciplina l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alle tossicodipendenze ».

Altre norme generali e di indirizzo venivano fornite nella predisposizione — in allegato — d'uno schema di quarto Progetto-obiettivo da aggiungere ai tre già inseriti nel Piano sanitario nazionale, in discussione presso la Commissione sanità del Senato;

7) finalmente veniva riconosciuto e promosso il ruolo del « volontariato », disponendo quanto segue all'articolo 17/100-bis, secondo, terzo e quarto comma:

« La legge regionale prevede altresì apposite convenzioni delle unità sanitarie locali con idonei centri privati che presentino precisi progetti di prevenzione, cura e riabilitazione dei tossicodipendenti organizzati sulla base del volontariato senza fini di lucro.

Analoghe convenzioni le unità sanitarie locali possono stabilire con nuclei familiari che offrano le necessarie garanzie per assumere il compito del recupero dei tossicodipendenti sulla base del volontariato senza fini di lucro.

I volontari che abbiano comunque acquisito esperienza nell'attività di recupero dei tossicodipendenti, svolta per almeno cinque anni, potranno accedere ai ruoli previsti dalle strutture pubbliche del servizio socio-sanitario, previo un apposito esame delle attitudini e della qualificazione professionale raggiunta. I volontari sono in ogni caso assicurati contro i rischi derivanti dall'attività esplicata. La legge regionale riserva alle attività di cui al secondo e terzo comma del presente articolo almeno il 20 per cento del finanziamento destinato al settore della lotta alla tossicodipendenza »;

8) al termine della relazione, i proponenti indicavano una serie di « indirizzi », che è opportuno richiamare integralmente — oggi — a cinque anni di distanza dall'entrata in vigore della legge n. 833 del 1978:

« Nell'ambito dei servizi previsti dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, si intende col-

locare al livello intermedio dell'organizzazione della unità sanitaria locale il servizio poliambulatoriale destinato alla prevenzione, al trattamento e al recupero dei tossicodipendenti, sottolineando la necessità di attribuire agli operatori medici ed a quelli sociali la qualificazione professionale necessaria.

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

a) i livelli del rilevamento epidemiologico;

b) gli obiettivi del rilevamento (numero dei tossicomani, utenze dei servizi, frequenze degli utenti);

c) la destinazione e la gestione dell'informazione.

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

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

b) l'assessorato regionale alla sanità potrebbe espletare tutte le competenze attribuitegli dalla legge n. 833 del 1978 in rapporto con le assemblee della unità sanitaria locale;

c) le unità sanitarie locali dovrebbero acquisire protocolli di intervento terapeutico che garantiscano un contenuto sostanzialmente uniforme su tutto il territorio nazionale;

d) il problema del coordinamento tra le varie iniziative regionali dovrebbe trovare soluzione adeguata nell'ambito di una legge-quadro del coordinamento ».

3. EVOLUZIONE DEL FENOMENO DELLA TOS- SICODIPENDENZA DOPO IL 1980 IN ITALIA

Prima di esporre le linee che caratterizzano la ripresa della nostra iniziativa legislativa, è opportuno richiamare molto schematicamente l'evoluzione del fenomeno delle tossicodipendenze in Italia in questi ultimi anni e valutare — pur sommariamente — l'efficacia delle misure adottate negli anni trascorsi in rapporto alla legge 22 dicembre 1975, n. 685.

Come è noto, l'articolo 1 della medesima legge fa obbligo al Governo (Ministero della sanità) di presentare annualmente una relazione al Parlamento sull'argomento, ciò che è stato fatto negli anni 1977 (*Doc. XLIII*, n. 1, Senato, 1° aprile 1977), 1978 (*Doc. XLIII*, n. 2, Senato, 16 ottobre 1978) e 1982 (*Doc. XLIII*, n. 3, Senato, 8 giugno 1982). Questi documenti assieme ad altri rappresentano fonti ufficiali per verificare l'evoluzione del fenomeno e ad essi si rimanda per un'analisi più approfondita.

Riassumendo dal *Doc. XLIII*, n. 3, le notizie più recenti disponibili d'origine governativa (1981), si può desumere un quadro sufficientemente analitico della attuale situazione.

Ma, innanzitutto, è opportuno richiamare l'attività più propriamente legislativa intervenuta fra il 1975 e il 1981.

3.1 L'INTRODUZIONE DEL METADONE E DECRETI GOVERNATIVI

La legge n. 685 del 1975 non precisava le linee di intervento terapeutico, nè le modalità di esso, lasciando agli operatori sanitari la discrezionalità di comportamento. Essendo il fenomeno delle farmacodipendenze da oppiacei esploso in maniera drammatica ed avendo travolto la classe sanitaria, logicamente impreparata, l'impiego del metadone (già largamente sperimentato a livello internazionale: Stati Uniti, Inghilterra, Hong Kong, eccetera) come farmaco sostitutivo ha rappresentato uno strumento di intervento (primario) per tali condizioni di emergenza. Tuttavia l'assenza di una re-

golamentazione sull'uso dello stesso metadone, o di altre sostanze analoghe, come strumenti validi nella terapia della crisi di astinenza e più in generale nella tossicodipendenza da eroina, aveva creato problemi di abuso prescrittivo, per disciplinare i quali — a partire dal 1979 — è stata sviluppata una politica di intervento, di cui si riportano a seguito le linee fondamentali:

decreti del Ministro della sanità 6 giugno 1978 e 4 agosto 1978:

— divieto di prescrizione libera del metadone;

— uso del metadone all'interno degli ospedali e dei centri autorizzati (urgenza regolamentare);

decreto del Ministro della sanità 7 agosto 1980 (*G.U.* n. 219):

— obbligo alle Regioni e alle unità sanitarie locali di istituire i servizi per l'assistenza di tossicodipendenti;

— obbligo ai predetti della: assistenza; diagnosi e accertamenti; certificazione;

— autorizzazione dei servizi sopraindicati a formulare i piani di somministrazione di farmaci sostitutivi e ad effettuare la ricetta;

— indirizzo e coordinamento degli interventi sul territorio;

— autorizzazione delle farmacie a distribuire previa ricetta i farmaci sostitutivi;

decreto del Ministro della sanità 10 ottobre 1980 (*G.U.* n. 281):

— autorizza la formulazione, preparazione e vendita di metadone sciroppo;

— autorizza l'impiego sperimentale della morfina e la preparazione di prodotti galenici a base di morfina;

— limita le prescrizioni e la consegna all'uso giornaliero dei suddetti preparati (salvo eccezioni);

circolare n. 74 del 26 settembre 1980 (esplicativa dei decreti suddetti):

a) si ribadisce l'obbligo delle Regioni a provvedere alla creazione della rete dei servizi.

Tuttavia si lascia l'autonomia nella realizzazione dei piani di intervento regionali, nel quadro delle finalità terapeutiche e riabilitative proposte dai decreti;

b) s'impegnano le Regioni alla formazione degli operatori dei servizi ed alla dotazione dei servizi di strumenti di laboratorio per gli accertamenti diagnostici della farmacodipendenza;

c) vengono vincolati gli interventi con farmaci sostitutivi ai piani terapeutici;

d) viene consentita l'attuazione dei piani terapeutici, elaborati dai servizi territoriali, ai medici privati purchè questi si mantengano in contatto con il centro territorialmente competente;

e) vengono ribadite le modalità di distribuzione nelle farmacie dei preparati di metadone e morfina;

circolare n. 27 del Ministro della sanità 23 giugno 1981:

— si sollecitano ulteriormente le Regioni a provvedere alla creazione dei servizi territoriali;

— si precisano i seguenti aspetti dei decreti:

a) *Interventi farmacologico-clinici*

1) Far conoscere agli operatori, e identificare, gli ospedali per il trattamento dell'intossicazione acuta, ai quali fare riferimento.

2) Trattamenti sostitutivi « brevi » (vengono precisati i termini: 21 giorni):

si sollecita l'effettuazione periodica di accertamenti per la prevenzione secondaria e terziaria nel caso degli interventi terapeutici;

si sollecita l'impiego di altri farmaci, al di fuori degli oppioidi, per le disintossicazioni e disassuefazioni;

si raccomanda di limitare il ricovero ospedaliero solo ai casi strettamente necessari.

3) Trattamenti sopra i 21 giorni (« pro-tratti »):

si chiarisce che a tali trattamenti vanno indirizzati i soggetti che abbiano fallito i tentativi di disintossicazione breve;

si sollecita di associare il trattamento farmacologico a quello socio-riabilitativo e psicologico.

b) *Intervento psicologico*

— Si ribadisce la necessità di proporre interventi psicologici individualizzati.

— Si sollecitano i servizi a fornire interventi psicoterapici diretti al singolo individuo ed anche alla famiglia.

c) *Interventi socio-riabilitativi*

— Si sollecitano le unità sanitarie locali ad attivare iniziative socio-riabilitative (di cui si propongono varie modalità) che dovranno affiancare i predetti interventi.

d) *Rilevamenti epidemiologici*

— Si sottolineano le procedure per una più approfondita rilevazione epidemiologica del fenomeno:

tramite le segnalazioni dei presidi territoriali;

tramite la scheda redatta dai singoli sanitari.

— Si impegnano le Regioni alla relazione epidemiologica semestrale, relativa al numero dei tossicodipendenti sottoposti ad indagini diagnostiche, alle notizie per diversi tipi di trattamento farmacologico, nonché all'aggiornamento periodico dei presidi socio-sanitari.

e) *Copertura finanziaria e personale dei servizi*

— Si dispone che i fondi particolari, derivanti ad ogni Regione dalla ripartizione del fondo previsto dall'articolo 103 della legge

n. 685, vengano utilizzati per attività di prevenzione, di recupero sociale, di ricerca e di formazione professionale.

— Si dispone che, in linea di massima, i compiti assistenziali affidati ai servizi per farmacodipendenti debbano essere svolti da personale già dipendente (o convenzionato) all'interno dell'organico della unità sanitaria locale.

3.2 EPIDEMIOLOGIA DELLE TOSSICODIPENDENZE

Il capitolo sulla epidemiologia, contenuto nella relazione presentata al Parlamento per l'anno 1982 (*Doc. XLIII, n. 3, Senato*), si articola in due parti.

La prima parte è descrittiva del fenomeno in termini di: prevalenza percepita da servizi; prevalenza generale stimata in base a metodologie statistico-epidemiologiche messe a punto dal Consiglio nazionale delle ricerche e dall'Istituto superiore di sanità (Progetto TO.DI.) e sua ripartizione per caratteristiche degli assuntori (tossicodipendenti-assuntori saltuari); mortalità legata alla droga.

La seconda parte valuta l'intervento effettuato dai servizi socio-sanitari in termini di: congruità dei servizi in rapporto all'entità della popolazione esposta; rapporto fra numero di servizi istituiti e andamento della mortalità.

a) *Progetto TO.DI.* (Progetto avviato nel 1980 dal Consiglio nazionale delle ricerche e dall'Istituto superiore di sanità). Nel rendiconto annuale (TO.DI.1) edito nel maggio 1981 sono stati rilevati gli assuntori di oppiacei negli iscritti alla leva militare 1980. Con sondaggi effettuati in 7 città, ove risulta concentrato il 45 per cento delle segnalazioni di assuntori di droga, sono stati rilevati 235 casi positivi per morfina su 16.125 soggetti diciottenni e 23 positivi su 717 soggetti fra i 19 e i 25 anni. La classe dai 19 ai 25 anni esprime una prevalenza praticamente doppia di assuntori rispetto ai diciottenni.

La stima globale degli assuntori è di 68.000 unità per il 1980.

Più rilevanti elementi saranno resi disponibili tra breve con la seconda indagine, at-

tualmente in corso di completamento e di elaborazione, la quale consentirà di disporre di un'ampia mappa della diffusione dell'abuso di droga in Italia, ricavata in base a determinazioni dirette in campioni di popolazione generale (e perciò caratterizzata dalla massima affidabilità). Il Progetto TO.DI.2 ha coinvolto circa 38.000 giovani alla prima visita di leva, in 15 città; oltre agli oppiacei la ricerca è rivolta ad altre droghe pesanti, alle droghe leggere e ad alcuni psicofarmaci.

Pur essendo stata svolta in modo assolutamente anonimo, la ricerca potrà fornire, insieme ad un profilo socio-economico-culturale-familiare-occupazionale dei soggetti, elementi valutativi, desunti mediante questionario, anche sulla abitudine al fumo e all'alcool.

Indipendentemente dai dati numerici, sono meritevoli di attenzione alcuni risultati qualitativi già conseguiti con queste ricerche:

- stima della quota sommersa della popolazione di assuntori;

- stima della soglia di percezione del fenomeno da parte delle istituzioni;

- definizione del sistema di monitoraggio dell'abuso di droga;

- verifica della disponibilità a collaborare in modo efficace per questo tipo di indagini da parte delle strutture pubbliche coinvolte (Ministero della difesa, sanità militare, strutture militari periferiche, istituti universitari, unità sanitarie locali, ospedali), soprattutto se opportunamente sensibilizzate;

- ampia collaborazione e consenso manifestati da parte delle popolazioni coinvolte.

b) *Segnalazioni delle autorità sanitarie e regionali.* Ai sensi dell'articolo 104 della legge n. 685 del 1975, i comitati regionali per la prevenzione delle tossicodipendenze devono trasmettere al Ministero della sanità i dati statistici semestrali relativi agli interventi effettuati nel campo delle tossicodipendenze.

Questo canale informativo ha rilevato gravi disfunzioni: solo 13 Regioni nel 1981 hanno inviato il rapporto relativo al primo

semestre, mentre due sole Regioni hanno inviato il rapporto annuale.

Utilizzando le tecniche statistico-epidemiologiche del sistema di monitoraggio dell'abuso di droga, il Consiglio nazionale delle ricerche e l'Istituto superiore di sanità hanno effettuato per l'anno 1981 una stima delle segnalazioni regionali che (entro i limiti fiduciarî del 20 per cento) permette di valutare il fenomeno sia aggregato a livello nazionale (per quanto riguarda la ripartizione fra assuntori e tossicodipendenti) sia disaggregato a livello regionale per quanto riguarda l'entità complessiva.

Per quanto riguarda la ripartizione fra i sessi, è risultato che circa l'80 per cento degli assuntori era di sesso maschile, mentre il restante 20 per cento era di sesso femminile e l'età dei casi segnalati era rispettivamente di circa 23 anni per gli uomini e di 22 anni per le donne.

Per quanto riguarda le caratteristiche degli assuntori risulta che in media circa il 90 per cento dei casi segnalati ha dichiarato che la sostanza primaria utilizzata era un oppiaceo, mentre solo il 6 per cento ha riferito l'uso come sostanza primaria di *cannabis*, il 2 per cento di cocaina ed il 2 per cento di altre droghe.

Il 90 per cento circa dei casi segnalati risulta avere iniziato il trattamento in modo volontario, mentre, per quanto riguarda la fine del trattamento, risulta che il 50 per cento circa termina regolarmente il periodo, mentre il rimanente 50 per cento lo interrompe.

Da tali dati appare evidente l'ulteriore incremento nel corso del 1981 del numero totale di assuntori di oppiacei, che si collocerebbe fra gli 80.000 e i 100.000 — come lasciano ipotizzare le stime basate sull'indagine campionaria in corso di attuazione — di cui circa 20.000-25.000 rilevati dalle istituzioni.

Dall'analisi effettuata emergono inoltre alcune indicazioni sulla migliorata capacità di rilevazione del fenomeno da parte delle strutture pubbliche che, nel corso del 1981, hanno percepito circa il 25-30 per cento del fenomeno, contro il 22 per cento del 1980 ed il 17 per cento del 1979. L'incremen-

to della quota di assuntori percepita dalle istituzioni, circa 23.000, è riferibile comunque per la quasi totalità alla frazione dei tossicodipendenti, circa 25.000, rispetto al totale degli assuntori.

Tale dato confermerebbe quindi in modo indiretto la prevalente caratterizzazione medico-farmacologico-curativa dei presidi messi in atto, a scapito della componente preventiva.

c) *Decessi legati alla droga.* Dopo aver constatato, negli anni precedenti, un doloroso incremento di tale indice (62 nel 1978; 129 nel 1979; 208 nel 1980), si osserva una diminuzione lieve della tendenza all'aumento nel 1981 (237 decessi). L'81 per cento dei casi è maschile; il 65 per cento dei casi è concentrato nella fascia fra i 18 e i 25 anni, ma è segnalato un dolorosissimo 55 per cento della mortalità generale nella fascia dei minorenni.

3.3 VALUTAZIONE DEI PRESIDI SOCIO-SANITARI PUBBLICI PER L'ASSISTENZA AI TOSSICODIPENDENTI

La relazione ministeriale si esprime come segue:

« Nel corso del 1981 e soprattutto dopo gli interventi legislativi dei decreti ministeriali (decreto ministeriale del 7 agosto 1980 relativo alla "Regolamentazione dell'impiego di farmaci ad azione analgesico-narcotica nel trattamento dei tossicodipendenti" e decreto ministeriale 10 ottobre 1980 relativo all' "Impiego di preparati a base di metadone e morfina per il trattamento dei tossicodipendenti"), il quadro degli interventi normativi regionali e la relativa attuazione dei presidi socio-sanitari da parte delle unità sanitarie locali, anche considerando l'interazione con quanto previsto nell'ambito della legge n. 685 e della legge n. 833, presenta una notevole disomogeneità di realizzazione sul territorio nazionale.

È da considerare positivo il fatto che, nella maggior parte delle proposte di legge regionali, siano presenti alcuni indirizzi pro-

grammatici comuni riferibili al problema del trattamento farmacologico, quali:

l'identificazione di una struttura avente funzione di formulare e di verificare i piani terapeutici individuali;

il divieto di effettuare trattamenti al di fuori di quelli concordati con il Servizio sanitario pubblico;

la collaborazione tra medico di base e struttura che ha formulato il piano terapeutico;

la verifica e il controllo del piano stesso.

Mentre rimane, sia negli interventi normativi che nell'attuazione di fatto, ancora largamente disattesa l'ottica più generale d'intervento che deve comprendere, oltre agli aspetti medico-farmacologici, l'aspetto psicologico, socio-riabilitativo, epidemiologico; ed inoltre la corretta e adeguata individuazione degli organici e l'idonea copertura economica dei servizi.

Un altro elemento da sottolineare, a questo proposito, è la difficoltà operativa intrinseca del momento che vede la travagliata attuazione del Servizio sanitario nazionale.

Prescindendo dall'elenco delle disomogeneità esistenti fra le diverse normative regionali, che dovranno essere comunque rese omogenee con un necessario atto di indirizzo e coordinamento da parte di questo Ministero, l'esame di quanto operato dalle Regioni, nel corso del 1981, mostra un ulteriore incremento dei presidi per l'assistenza ai tossicodipendenti. Tutte le Regioni hanno ormai individuato e stanno realizzando operativamente nell'ambito del territorio quanto previsto dalla normativa vigente ».

Tuttavia — prosegue la relazione — appaiono evidenti l'alto grado di disomogeneità dei servizi e l'esistenza di problemi insoluti di funzionamento, già emersi da una indagine preliminare del Consiglio nazionale delle ricerche.

« Si evidenzia una serie di problemi relativi all'orario di servizio, al tipo di trattamento, al sovrapporsi dei compiti di molti

reparti medici degli ospedali di riferimento che vedono loro assegnati, oltre alla normale routine, anche i compiti di servizio per tossicodipendenti, all'inadeguatezza dell'organico, alla precarietà del rapporto, all'elevata mobilità del personale che non permette la continuità di un rapporto terapeutico corretto con l'utenza, alle difficoltà di rapporti con le altre strutture sanitarie, all'assenza completa di ogni altro tipo d'intervento diverso da quello farmacologico ed infine, ma non ultimo, il problema della qualificazione professionale ».

Questi rilievi — riferiti alla situazione 1981 — sono da noi pienamente condivisi. A tutt'oggi dobbiamo constatare che la situazione, malgrado l'impegno degli operatori singoli, non si è modificata. Un primo elenco dei presidi sanitari disponibili, pubblicato dal Ministero della sanità nel 1981, metteva in evidenza che i presidi « identificati » (in quanto comunicati ufficialmente dagli assessorati regionali) ammontano a 379; un numero quindi consistentemente inferiore a quello previsto dal decreto ministeriale 7 agosto 1980, che stabiliva che ogni unità sanitaria locale provvedesse nel merito.

In data 16 settembre 1983 un tabulato di aggiornamento fornito da una ricerca del Consiglio nazionale delle ricerche dimostra che i presidi « funzionanti » sono in numero di 334.

Data l'evoluzione assunta dal fenomeno, che vede altresì il prorompente e crescente coinvolgimento delle aree rurali, in aggiunta a quelle dei grandi e medi agglomerati urbani, la rete dei servizi appare non coprire in maniera adeguata ed omogenea il territorio nazionale.

Una serie di problemi che è necessario sottolineare in questa sede è la seguente:

1) la difficoltà di dare una collocazione istituzionale univoca dell'attività di diagnosi e intervento terapeutico sui tossicodipendenti, essendo talvolta attivato un vero e proprio « servizio », dotato di autonomia e di personale, e altre volte invece trattandosi di attività affidata a personale precario nell'ambito di altri servizi territoriali. Ne scaturisce la difficoltà alla uniforme

valutazione delle modalità di approccio alla gestione degli interventi;

2) la mancanza di un *curriculum* di formazione per il personale, precedente all'inserimento con responsabilità autonoma nel servizio, che fa sì che di fatto la preparazione si consegue « sul campo », ma sulla propria esperienza personale. Ciò che non è privo di conseguenze per l'utente;

3) gli ostacoli frapposti alla congrua dotazione di personale da parte delle norme vincolanti le assunzioni in servizio;

4) la frequente sottovalutazione del settore — nell'erogazione dei finanziamenti — da parte degli organi di gestione delle unità sanitarie locali.

Di fronte a queste difficoltà, pur prendendo atto che il « decentramento » stabilito dalla legge n. 833 del 1978 conferisce uno spazio ineludibile di autonomia legislativa e programmatica alle Regioni, sembra evidente che il nostro sforzo legislativo debba mirare tuttora a preconstituire strumenti idonei a raggiungere una sufficiente « omogeneità » nella organizzazione e nel funzionamento delle « strutture » e negli interventi proposti. A quest'ultimo proposito risulta illuminante ricordare quanto si è verificato in questi anni nell'applicazione del decreto ministeriale 10 ottobre 1980, dove si è verificata una interpretazione assolutamente personalistica delle norme.

Rientra in quest'ottica anche la identificazione di un *curriculum* di formazione degli operatori.

3.4 VALUTAZIONE DEL « VOLONTARIATO »

La relazione ministeriale al riguardo così si esprime:

« Parallelamente all'impegno dello Stato, ci sono state una serie di esperienze di gruppi, di associazioni volontaristiche e comunque private che vanno incoraggiate dal crescente coinvolgimento delle strutture pubbliche nell'avvio di convenzioni o nell'avvio di comunità terapeutiche pubbliche, come ad esempio già fatto a Roma, Pavia e Parma.

Il fatto che alcune Regioni abbiano stanziato fondi per questo scopo può essere interpretato come segno positivo in tale direzione. Quella della comunità terapeutica è infatti un'esperienza in fase di crescita su tutto il territorio nazionale che si pone nell'ambito di un'ottica di intervento che trascende dal curativo per mirare a quello della riabilitazione e del successivo reinserimento sociale.

È tuttavia ancora aperto il dibattito sul tipo di comunità che possa offrire i migliori risultati dal punto di vista del recupero (comunità aperta o chiusa; coatta oppure più o meno volontaria; solo diurna o a tempo pieno; ad impostazione rigidamente terapeutica o basata su attività lavorative che garantiscono il mantenimento della comunità stessa, e così via).

A tale proposito, le diversità delle impostazioni e dei criteri selettivi degli utenti non consentono per il momento di fare delle valutazioni basate su criteri omogenei di giudizio. È per tali motivi che questo Ministero, al fine di acquisire gli elementi conoscitivi di base per una successiva valutazione, ha commissionato ad una delle maggiori esperienze private in questo settore (il "Gruppo Abele" di Torino) una indagine sullo stato attuale di queste iniziative.

L'indagine ha individuato su tutto il territorio nazionale circa 120 comunità terapeutiche operanti, con una notevole concentrazione nell'area Centro-Nord ed in particolare in alcune Regioni, come risulta dai seguenti dati: in Umbria sono state individuate 36 comunità terapeutiche, 19 nel Veneto, 18 in Emilia-Romagna, 12 in Piemonte, 10 in Liguria, 8 in Toscana e solo 10 nelle restanti Regioni del Centro-Sud.

La disponibilità totale di assistenza viene stimata in circa 1.500-2.000 utenti, con una notevolissima concentrazione delle disponibilità di posti nelle maggiori comunità terapeutiche che rappresentano una quota inferiore al 10 per cento del totale.

Un dato interessante emerso dallo studio si riferisce alla collocazione ambientale di questi interventi, che rilevano percentuali molto simili sia per le collocazioni urbane (35 per cento) che per quelle rurali

(38 per cento), testimoniando in qualche modo la presenza di un equilibrio fra la scelta dell'allontanamento del tossicomane dal tessuto patogeno e quella del tentativo del recupero senza sradicamento dalla realtà sociale di appartenenza. Appare invece molto più marcata la differenza tra la scelta di una comunità per soli tossicodipendenti (23 per cento) e quella di una situazione di vita in comune che prevede il coinvolgimento di persone provenienti dalle più diverse esperienze di disagio ed emarginazione (carcere, prostituzione, situazioni familiari particolari e così via).

Dopo questa presentazione certamente sommaria degli interventi, è indispensabile porre un momento di riflessione sul problema emergente dalla qualificazione professionale di chi lavora in questo settore e relativamente ai vari presidi esistenti.

Se le realtà private provvedono autonomamente alla gestione del problema, non è possibile ignorare la necessità di un intervento delle istituzioni pubbliche. Questa funzione di formazione del personale per le attività preventive, curative e riabilitative deve essere ulteriormente stimolata, approntando gli opportuni strumenti di lavoro in stretta collaborazione fra i Ministeri interessati, le Regioni, i Comuni nella loro funzione di coordinatori delle unità sanitarie locali e le fondamentali esperienze di alcuni operatori dei servizi che operano da anni ad elevati livelli qualitativi ».

Queste valutazioni, presenti nella relazione *Doc. XLIII*, n. 3, sono in linea di massima da noi condivise.

Noi riteniamo che, in primo luogo, debba affermarsi che il ruolo del volontariato, in un settore come quello della prevenzione e riabilitazione del tossicodipendente, è da considerarsi insostituibile. L'esperienza ha dimostrato come la molteplicità delle risposte al « fenomeno droga » nel piano terapeutico e socio-riabilitativo sia indispensabile. Già attualmente il volontariato ricopre una larga fascia di queste possibilità (comunità terapeutiche, gruppo di incontro, comunità-accoglienza, cooperative di lavoro, eccetera).

Solo attraverso iniziative di volontariato c'è la possibilità di « sperimentare » nuove metodologie: in questo proprio la « flessibilità » delle strutture di volontariato consente di cogliere e seguire la evoluzione delle esigenze di intervento, ciò che più difficilmente può attuarsi nella struttura pubblica.

Pertanto tali iniziative debbono trovare concreto incoraggiamento, sia sul piano del « riconoscimento » che della necessaria assistenza finanziaria.

Tuttavia in una visione integrata del servizio fra pubblico e privato, è indispensabile che le acquisizioni e le esperienze condotte nel « privato » vengano rese disponibili per le comunità, e dunque anche verificabili, nei loro risultati, nella loro efficienza, nella corretta gestione dei mezzi loro affidati; così come è assolutamente necessario che gli operatori del volontariato acquistino una professionalità adatta ai compiti che tale intervento richiede.

3.5 ATTIVITÀ DI PREVENZIONE NELLE FORZE ARMATE

Il Ministro della difesa segnala l'istituzione di due consultori di psicologia (Padova e Bologna) a seguito del positivo esperimento compiuto con il primo consultorio istituito presso l'Ospedale di Verona. Viene affermato, tuttavia, che gran parte della prevenzione dovrebbe avvenire a livello scolastico, essendo il 55 per cento della popolazione militare individuata come dedita agli stupefacenti rilevata tale al momento dell'incorporamento.

La relazione TO.DI. ha messo in evidenza la grave situazione risultante dall'alta diffusione della farmacodipendenza nell'ambito dei militari di leva. Ciò pone una serie di considerazioni di particolare importanza, atteso che da un lato deve essere salvaguardata l'efficienza e l'integrità psico-fisica del militare, proprio in rapporto ai compiti istituzionali delle Forze armate, e dall'altro potrebbe essere utilizzato lo stato di farmacodipendenza per evitare il servizio militare.

Va sottolineato altresì il ruolo educativo che le Forze armate possono svolgere, nella fascia giovanile-adulta, nei confronti del problema (ed in questo senso si muovono le esperienze dei consultori di Padova e Bologna), e l'importanza di mantenere lo strumento « dissuasivo » costituito dall'applicazione dell'articolo 28 del codice militare.

3.6 PROBLEMA DELLA FARMACODIPENDENZA NEGLI ISTITUTI DI CORREZIONE E PENA

A giudizio del Ministero di grazia e giustizia, pur mancando generalmente strutture proprie intercarcerarie specializzate, l'assistenza mediante convenzioni con strutture sanitarie territoriali può definirsi soddisfacente in sette Regioni, carente o molto carente nelle altre.

Il 13 per cento dei detenuti maggiorenni è coinvolto mediamente in reati di detenzione e/o spaccio previsti dalla legge n. 685 del 1975 ed il 7,3 per cento risulta tossicodipendente.

Per i minori si hanno frequenze dell'8,3 per cento di tossicodipendenza.

Al di là dell'aridità di queste cifre, vi sono problemi particolarmente gravi, fra i quali sottolineiamo i seguenti:

a) la previsione di una sempre più elevata concentrazione di tossicodipendenti all'interno delle carceri, non solo per l'aumento dei reati in rapporto alla droga, ma perchè la detenzione di fatto rappresenta — nell'attuale condizione carceraria — una causa di rinforzo all'uso di droga e di predisposizione all'iniziazione, dal momento che anche il carcere non è esente dallo spaccio;

b) la difficoltà a separare all'interno della struttura carceraria le due popolazioni di farmacodipendenti: quelli che hanno un *curriculum* criminologico significativo, e per i quali l'uso della droga fa parte integrante ed occasione di rinforzo del comportamento criminale, da quelli che — durante l'esperienza tossicomana e per la necessità di provvedere alla propria farmacodipendenza — sono ricorsi in occasionale reato. Per questi ultimi l'esperienza del carcere può rappresentare l'occasione e lo

stimolo a cambiare, a patto che all'interno di esso vi sia un supporto terapeutico e riabilitativo tale da rendere possibile il cambiamento.

Vi è da chiedersi se tali situazioni non potrebbero meglio verificarsi in « strutture alternative » al carcere, pur mantenendo in esse le caratteristiche di controllo e di vigilanza del comportamento del soggetto;

c) la necessità di mettere tutte le istituzioni di correzione e pena nelle condizioni di intervenire, o direttamente attraverso servizi interni al carcere, o appoggiandosi (o integrando il proprio intervento) ai servizi territoriali.

Rimane pertanto come obiettivo da perseguire un'efficiente applicazione dei principi della riforma carceraria, con adeguamento degli strumenti, nel campo specifico, all'evoluzione del problema.

3.7 ATTIVITÀ DI PREVENZIONE SCOLASTICA

Il Ministero della pubblica istruzione ha svolto, negli anni considerati, notevoli iniziative di prevenzione in ambiente scolastico, e più particolarmente nel 1981-1982:

coinvolgimento parallelo dei provveditorati e dei comitati di gestione delle unità sanitarie locali (Convegno nazionale 11 maggio 1982);

corsi di formazione e aggiornamento per insegnanti, a livello di Regione (18 seminari), di provincia (14), interdistrettuali (149), distrettuali (192);

indagine informativa sulla preparazione e sensibilità al fenomeno dei direttori didattici e presidi (giugno 1981).

La strategia seguita è stata quella di fornire informazioni tecniche sul problema della droga sia agli insegnanti che ai genitori. In una fase successiva di riflessione — considerando i rischi di questo approccio — si è preferito correlare alle iniziative di prevenzione alla droga quelle, più ampie, di educazione alla salute.

In questo senso, non essendo un problema di semplice informazione ma di approccio pedagogico, si è ritenuto necessario organizzare un programma di formazione per

gli insegnanti in collaborazione con gli operatori delle unità sanitarie locali.

I provveditori, in quest'ottica, hanno promosso la costituzione di nuclei di insegnanti, nell'ambito dei distretti, con la responsabilità di attivare iniziative di sensibilizzazione ed educative per i genitori e gli studenti. Questa linea, che corrisponde agli indirizzi promossi in sede internazionale, va sostenuta e incentivata, pur tenendo presente che i benefici non sono immediatamente tangibili.

3.8 CONTROLLO DELL'OFFERTA DI DROGA; ATTIVITÀ DI REPRESSIONE SVOLTA NEL 1981

Il Ministero dell'interno ha comunicato i dati relativi al 1981, che schematicamente possono così riassumersi:

sequestro di:

eroina, chilogrammi 142.038;
 morfina base, chilogrammi 81.942;
cannabis, chilogrammi 11.204,762;
 cocaina, chilogrammi 64.083;
 sostanze psicotrope, chilogrammi 2,372.

Le quantità sono in notevole aumento rispetto al precedente 1980. Sono state denunciate 9.469 persone (di cui 7.910 in stato di arresto) e cioè il 21, 66 per cento in più rispetto al 1980.

Delle 9.469 persone denunciate, n. 5.605 risultano avere una età compresa tra i 18 e i 25 anni e costituiscono il 59,19 per cento del totale, n. 819 sono stranieri di 60 paesi e rappresentano l'8,64 per cento del totale, ai quali è stato sequestrato il 20,90 per cento delle droghe intercettate.

Sono stati, inoltre, segnalati alle autorità giudiziarie e sanitarie, complessivamente, 6.837 assuntori di stupefacenti, con un incremento del 6,18 per cento rispetto al 1980.

L'85,11 per cento dei soggetti era di sesso maschile; l'11,45 per cento minori di anni 18 (1980: 10,07 per cento); il 73,57 per cento di età compresa tra i 18 e i 25 anni.

In particolare, di tali persone:

n. 2.816 (377 donne) sono state deferite al pretore, ai sensi degli articoli 80 e 98 della legge n. 685 del 1975, per detenzione di

piccole quantità di stupefacenti per uso personale; l'11,04 per cento di età inferiore agli anni 18 e il 73,36 per cento di età compresa fra i 18 e i 25 anni;

n. 4.021 consumatori (641 donne) sono stati segnalati agli organi sanitari e giudiziari ai sensi degli articoli 96 e 100 della stessa legge; l'1,24 per cento minori di anni 16; il 10,49 per cento di età compresa tra i 16 e i 17 anni; il 73,71 per cento aventi un'età tra i 18 e i 25 anni.

Nel 1981 sono stati perpetrati 91 furti di stupefacenti in danno di farmacie, ospedali ed altri enti (113 nel 1980), mentre si sono verificate 6 rapine in danno di farmacie (8 nel 1980).

I dati relativi ai quantitativi di sostanze stupefacenti sequestrate nel 1982 sono riportati nella tabella seguente, unitamente alle variazioni percentuali rispetto all'anno precedente:

Eroina	Kg.	229,9	+ 61,2%
Morfina base	Kg.	0,5	— 99,2%
Cocaina	Kg.	105,7	+ 64,6%
<i>Cannabis</i>	Kg.	4.899	— 56,2%

3.9 NUOVI TIPI DI FARMACODIPENDENZA; EVOLUZIONE DELLA RICERCA FARMACOLOGICA SUGLI ANTAGONISTI

La gran parte delle risorse umane ed economiche sono state negli anni '70 rivolte a contenere la farmacodipendenza da oppiacei, ed in particolar modo da eroina; tale « dipendenza », infatti, in quegli anni riguardava la grande maggioranza dei soggetti afflitti ai servizi e sicuramente accertabili nel loro tipo di dipendenza. Inoltre, notoriamente, il dipendente da eroina dà il maggior contributo ai decessi da *overdose* ed alla patologia concomitante, grave e diffusiva, come ad esempio le epatiti virali.

Pur restando — in questi anni — il fenomeno delle dipendenze da eroina quello principale e più preoccupante, particolarmente per la sua capacità di diffondersi nella fascia adolescenziale e giovanile, nuovi tipi di farmacodipendenza stanno emergendo in Italia con evidenti risvolti sia dal punto di vista sanitario che sociale.

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TABELLA N. 1

ELENCO DEI DECESSI PER DROGA NEGLI ANNI 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982 E 1983

Anno	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Numero Totale	40	62	129	208	237	252	254

TABELLA N. 2

ELENCO DELLE SEGNALAZIONI DI INIZIO TRATTAMENTO DELLE AUTORITA' SANITARIE REGIONALI

1) Dati regionali 1979-1980

	Italia		Nord		Centro		Sud e Isole	
	1979	1980	1979	1980	1979	1980	1979	1980
Segnalazioni	15.546	20.872	12.100	12.206	2.249	3.868	1.167	4.798
Ricoveri	8.540	6.848	7.321	5.480	967	1.152	252	216
Scolarità (in percentuale)								
Nessuna	0,44	0,95	0,42	0,21	0,35	0,47	1,08	2,94
Elementare	15,88	14,31	16,03	13,13	15,50	15,79	14,31	17,76
Media inferiore	45,64	42,54	46,91	43,79	41,97	45,64	33,62	37,14
Media superiore	25,78	23,61	25,04	18,45	27,19	30,46	35,57	28,09
Università	8,32	5,74	8,09	5,12	8,28	5,99	13,01	6,80
Non fornito	3,91	12,23	3,49	19,27	6,67	1,67	2,38	7,25
Lavoro (in percentuale)								
Condizione non professio- nale	11,09	11,19	9,36	7,65	18,24	17,05	19,73	13,64
In cerca prima occupazione	5,30	10,73	3,60	3,43	12,70	21,43	12,36	16,98
Disoccupato	38,43	34,55	39,97	33,86	32,20	35,20	30,15	35,38
Sottoccupato	9,91	8,70	10,25	8,98	7,63	9,02	15,40	7,84
Occupato stabilmente . .	26,75	20,68	37,81	24,18	21,82	14,74	23,42	18,34
Non fornito	7,61	14,15	7,93	21,87	7,57	2,53	1,30	7,78
Sesso (in percentuale)								
Maschi	81,99	83,91	81,33	82,48	82,35	80,94	87,46	87,58
Femmine	18,01	16,08	18,67	17,51	17,65	19,05	12,54	12,41
Età media	22,81	22,10	22,48	22,28	23,45	22,33	23,13	21,57
Decessi	129	208						

(Dato nazionale della Direzione centrale antidroga - Ministero dell'interno).

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Segue: TABELLA N. 2

2) Segnalazioni di inizio trattamento delle autorità sanitarie regionali nel 1981
(Tassi per 100.000 abitanti fra i 14 e i 40 anni)

ANNO 1981

Regioni	T × 10 ⁵ (pop. 14-40)	% max.
Liguria	(463.49)	100,0
Emilia-Romagna	(366.80)	79,1
Marche	(363.34)	78,4
Veneto	(306.72)	66,2
Trentino-Alto Adige	(221.78)	47,9
Abruzzi	(218.85)	47,2
Umbria	(217.48)	46,9
Toscana	(202.94)	43,8
Lombardia	(196.76)	42,5
Piemonte	(182.91)	39,5
Friuli-Venezia Giulia	(146.63)	31,6
Valle D'Aosta	(125.96)	27,2
Sicilia	(122.88)	26,5
Puglia	(102.77)	22,2
Lazio	(69.14)	14,9
Campania	(64.76)	14,0
Basilicata	(40.34)	8,7
Sardegna	(31.97)	6,9
Calabria	(20.40)	4,4
Molise	(12.67)	2,7

TABELLA N. 3

REATI CONNESSI ALLA FARMACODIPENDENZA1) *Persone deferite al pretore*

(articoli 80 e 98 della legge n. 685 del 1975)

Anno	1980	1981	1982
Numero segnalazioni	2.028	2.816	4.659

2) *Persone denunciate all'autorità giudiziaria*

(articoli 71 e 72 della legge n. 685 del 1975)

Persone denunciate	Anno 1979-1980	1981	1982
A) in stato di arresto	4.242	7.910	10.638
B) a piede libero o in stato di irreperibilità	1.000	1.309 250	2.096 248
Totali	5.242	9.469	12.982

3) *Adempimenti e segnalazioni effettuati ai sensi degli articoli 96 e 100 della legge n. 685 del 1975*

Segnalazioni	Anno 1979-1980	1981	1982
Articolo 96, terzo comma		3.517	
Articolo 96, quarto comma		435	
Articolo 100		69	
Totali	3.166	4.021	5.169

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TABELLA N. 4

DISTRIBUZIONE PRESIDII REGIONALI ATTIVATI

Regione	Numero presidi attivati (Rilevazione CNR - 1982)	Popolazione residente (Censimento 1981)	Presidi/Popol. (*)
Piemonte	65	4.470.281	1 su 68.773
Valle D'Aosta	1	113.319	1 su 113.319
Lombardia	37	8.913.190	1 su 240.897
Trentino-Alto Adige	4	900.378	1 su 225.094
Veneto	33	4.339.826	1 su 131.509
Friuli-Venezia Giulia	5	1.270.686	1 su 254.137
Liguria	20	1.825.305	1 su 91.265
Emilia-Romagna	10	3.997.693	1 su 399.769
Toscana	36	3.625.043	1 su 100.695
Umbria	8	809.632	1 su 101.204
Marche	13	1.411.561	1 su 108.581
Lazio	37	5.042.207	1 su 136.275
Abruzzo	7	1.201.710	1 su 171.672
Molise	4	312.544	1 su 78.136
Campania	20	5.388.081	1 su 269.404
Puglia	6	3.800.627	1 su 633.437
Basilicata	1	578.733	1 su 578.733
Calabria	4	1.956.433	1 su 489.108
Sicilia	26	4.803.038	1 su 184.732
Sardegna	4	1.575.899	1 su 393.974
Italia	341	56.336.185	Media 1 su 165.208

(*) Numero degli abitanti per ogni presidio.

TABELLA N. 5

DISTRIBUZIONE DELLE COMUNITA' TERAPEUTICHE PER REGIONE

Regione	Numero comunità operative
Lombardia	33
Veneto	16
Piemonte	11
Liguria	6
Friuli-Venezia Giulia	3
Emilia-Romagna	17
Toscana	12
Lazio	14
Marche	4
Puglia	2
Basilicata	1
Umbria	1
Sardegna	2
Trentino-Alto Adige	1
TOTALE	123

(Ricerca Gruppo Abele-TO)

Dall'inizio degli anni '80, anche se direttamente ancora non misurabile nella sua ampiezza, si coglie attraverso indicatori indiretti una rapida diffusione — in crescendo — del consumo di cocaina. Tale sostanza — il cui uso era limitato a ristrette aree socio-culturali che per tradizione sapevano contenere l'impiego a occasioni sporadiche e limitarne le conseguenze a lungo andare devastanti sul piano della personalità — sembra avere oggi una diffusione che va al di là dei « modelli » culturali sopra citati, raggiungendo persone le quali — in virtù di disponibilità di mezzi e più propense ad accogliere acriticamente sollecitazioni consumistiche della società — sono peraltro più esposte sul piano psicologico al rapido instaurarsi di una « dipendenza » molto più « uncinante » di quella fornita dall'eroina e con conseguenze anche psichiatriche di difficile gestione e recupero.

Parallelamente, anche per altre sostanze non stupefacenti ma « psicotrope », introdotte nelle tabelle V e VI previste dalla legge n. 685 del 1975 in vigore — sostanze che hanno un loro legittimo impiego nella terapia internistica e psichiatrica e per le quali il rischio di farmacodipendenza è assolutamente limitato se assunte secondo prescrizione terapeutica — si sta osservando una diffusione, con il significato di « sostanze d'abuso », nell'ambito della popolazione già dipendente da oppiacei.

Le conseguenze di tale comportamento sono l'aumentato rischio di *overdose* legato alla sommazione farmacologica con gli oppiacei ed il complicare i disturbi comportamentali legati alla farmacodipendenza in quanto — sotto l'effetto di tali sostanze — compaiono comportamenti di aggressività pericolosi per sé e per gli altri. Emerge quindi un quadro di « poli-tossicomania », che comporta una strategia terapeutica molto più impegnativa ed articolata da parte dei servizi territoriali, richiedendo talvolta la diretta collaborazione dei servizi psichiatrici.

Desideriamo richiamare un ultimo aspetto della recente evoluzione.

Anche se la farmacodipendenza è fenomeno che va letto globalmente nei suoi

aspetti individuali, sociali e biologici, particolare impegno è stato posto in questi ultimi anni nel cercare di identificare i meccanismi biologici attraverso cui le diverse sostanze psicotrope sono in grado di sviluppare fenomeni di tolleranza e di dipendenza fisica e psichica e profondi cambiamenti nel comportamento dell'individuo.

In questa sede è sufficiente ricordare che tali studi hanno aggiunto degli strumenti — al momento « utili » anche se non « risolutivi », quali l'introduzione degli « antagonisti-puri (naloxone) » — per combattere l'intossicazione acuta da oppiacei.

Ad esempio, l'introduzione di questo farmaco, nella pratica clinica, ha consentito di salvare molte vite proprio per le sue caratteristiche farmacologiche. La ricerca quindi di prodotti capaci di antagonizzare gli effetti depressivi degli oppiacei e di non indurre fenomeni di dipendenza farmacologica pur conservando proprietà analgesico-sedative rappresenta una linea di investimenti e di sviluppo che non può essere ignorata — anche nel nostro Paese — pur nella necessità di sottolineare che la « riabilitazione » dell'individuo — che rappresenta il vero obiettivo della politica di intervento — non può essere raggiunta solo mediante lo strumento farmacologico, pur accettandone l'importanza.

Desideriamo — a corollario — richiamare la necessità che nella sperimentazione e registrazione di nuovi farmaci psicotropi venga particolarmente studiata anche la potenziale capacità di indurre farmacodipendenza fisica e/o psichica. In parallelo, occorre sollecitare le autorità sanitarie (ai vari livelli di competenza) nei riguardi di un attento monitoraggio una volta che il farmaco sia stato introdotto in commercio, poichè alcuni effetti da farmacodipendenza possono comparire dopo un prolungato impiego.

4. ATTIVITÀ INTERNAZIONALI

L'esperienza acquisita negli ultimi anni dimostra sempre più chiaramente che ogni intervento a livello nazionale nel contenere e ridurre il fenomeno della farmacodipen-

denza non può prescindere da un sempre più incisivo collegamento internazionale non solo a dimensione continentale, ma addirittura intercontinentale.

Infatti la rapidità di diffusione dei modelli culturali che caratterizzano la « domanda » di droga, la differente articolazione geografica che distingue le fonti di produzione di droga dalle aree di mercato, il traffico internazionale che ne consegue, controllato da organizzazioni criminali a dimensione multinazionale che possono disporre degli stessi strumenti economici su cui si fonda lo sviluppo economico mondiale (concentrazione e mobilità dei capitali), impongono, in maniera sempre più urgente e drammatica, alla comunità internazionale di intensificare gli sforzi per un maggiore coordinamento delle risorse impiegate nella lotta alle farmacodipendenze.

Le Nazioni Unite, tramite i propri organi istituzionali e le agenzie specializzate, da anni operano intensamente in questa direzione.

Gli strumenti giuridici di riferimento attraverso i quali le Nazioni Unite indirizzano la loro politica di intervento sono le due Convenzioni internazionali che vincolano gli Stati firmatari con norme di controllo per la produzione, la distribuzione e l'impiego a scopi terapeutici di sostanze stupefacenti e psicotrope.

La Convenzione di New York del 1961 regola in particolare le modalità di produzione, la classificazione e le norme di controllo dell'impiego terapeutico e non delle sostanze stupefacenti. In particolare impone agli Stati membri:

di mantenere sotto controllo penale ogni uso non terapeutico delle sostanze classificate come stupefacenti, le quali includono, oltre agli oppiacei, anche la marijuana e i suoi derivati;

di segnalare la produzione e i consumi annuali di sostanze stupefacenti destinate all'uso terapeutico;

di attuare misure di repressione del traffico nazionale ed internazionale;

di adeguare i propri strumenti di controllo delle tossicodipendenze alla rapida

evoluzione di tale fenomeno, legato allo sviluppo, specie nel mondo occidentale, della ricerca psicofarmacologica, con l'introduzione di sempre nuove sostanze psicotrope potenzialmente capaci di indurre farmacodipendenze.

Attraverso l'Assemblea del Consiglio economico e sociale e la Commissione per gli stupefacenti delle Nazioni Unite vengono stabiliti gli indirizzi di politica internazionale che successivamente le agenzie internazionali specializzate, quali l'Organizzazione mondiale della sanità, il Fondo di controllo delle farmacodipendenze (UNFDAC), eccetera, hanno il compito di promuovere e realizzare.

Attualmente i settori dove gli sforzi delle Nazioni Unite sono maggiormente concentrati sono:

l'intensificazione degli strumenti di repressione del traffico internazionale;

l'assistenza economica ai Paesi produttori di droga, generalmente collocati nella voce del sottosviluppo, affinché sostituiscano le colture di oppio o di cocaina con colture alternative aventi lo stesso elevato reddito economico;

la promozione della ricerca scientifica nel settore in particolare intensificando gli sforzi per un più approfondito monitoraggio del fenomeno mediante l'adozione di strumenti di rilevazione epidemiologica sempre più accurati.

L'Italia, quale membro delle Nazioni Unite, partecipa intensamente a queste attività, sottolineando tangibilmente l'importanza dell'intervento internazionale attraverso un consistente contributo finanziario.

La complessità dei problemi che la tossicodipendenza comporta ha recentemente imposto un nuovo livello di integrazione internazionale degli interventi, quello cioè continentale.

I fattori socio-culturali comuni che sottendono la diffusione della droga in Europa hanno sollecitato i Paesi europei ad affrontare le politiche di intervento nazionali in maniera più omogenea ed adeguata all'ottica dell'integrazione comunitaria.

Di particolare interesse risultano le iniziative intraprese a livello della Comunità europea (Commissione e Parlamento europeo) e a livello del Gruppo Pompidou.

In queste sedi gli indirizzi e le iniziative non sono mirate solo al coordinamento della politica di repressione, ma anche di quella di prevenzione e sanitaria, che, purtroppo, rimane fondamentale.

5. IL DISEGNO DI LEGGE

L'insieme delle considerazioni che abbiamo testè svolto, ci porta a ritenere che l'intervento dello Stato in un settore così complesso, come quello delle tossicodipendenze, non può configurarsi in modo settoriale, ma deve necessariamente tener conto della coesistenza, della simultaneità e del parallelismo dei traguardi da conseguire:

1) la lotta all'offerta di droga;

2) la riduzione della domanda (che passa attraverso la prevenzione primaria e la socio-riabilitazione di chi ne fa uso).

Il nostro disegno di legge, dando per implicito che lo Stato non può in simile materia rinunciare ai propri interventi a difesa del dettato costituzionale derivante più direttamente dall'articolo 32 (ma con riferimento anche agli articoli 2, 4 e 38) della Costituzione, si orienta quindi verso l'aggiornamento di quei dispositivi di legge già promossi nel 1975, e successivamente almeno in parte attuati, che necessitano di essere ribaditi, ma anche adeguati all'evoluzione del fenomeno drogastico.

Tale adeguamento, a nostro parere, deve promuovere i seguenti obiettivi:

1) mettere in opera strumenti efficienti per il coordinamento di tutti gli interventi nel settore;

2) realizzare concretamente una consistente riduzione dell'offerta di droga, dotando da un lato gli organi dello Stato di strumenti più efficienti per il controllo del traffico internazionale e nazionale di droga e, dall'altro, scoraggiando (mediante una più articolata rubricazione dei delitti connessi

al traffico di droga e mediante l'inasprimento sensibile delle sanzioni penali) sia le organizzazioni criminali che i singoli spacciatori. In quest'ottica, debbono essere potenziati gli strumenti di polizia, facilitandone l'operatività sì da incidere più profondamente nella scoperta e nel perseguimento delle organizzazioni che sovrintendono al traffico;

3) riaffermare l'inaccettabilità sotto il profilo sociale della « figura » dello spacciatore-consumatore, ma offrire al medesimo l'opportunità di responsabilizzarsi nella sua condizione, scegliendo la via della disassuefazione, che sospende una sanzione penale peraltro prevista per questa specifica rubrica di reato;

4) realizzare in maniera più incisiva quegli strumenti di prevenzione primaria che — pur essendo stati già individuati nella vigente legge — non hanno trovato efficace applicazione, anche perchè non chiari nella loro proposizione normativa.

In tal senso vanno considerati non solamente i provvedimenti inerenti all'educazione sanitaria o quanto altro è attuabile a livello scolastico o attraverso i mezzi di comunicazione di massa, ma anche le iniziative mirate a configurare un'ampia politica a favore della gioventù;

5) finanziare adeguatamente la politica dell'intervento sanitario per raggiungere il più elevato numero possibile di soggetti dediti all'abuso di sostanze psicotrope, fornendo un'ampia gamma di possibilità terapeutiche e riabilitative, in modo tale da incidere anche sulla « domanda di droga » (in tal modo contribuendo a spezzare il circolo vizioso offerta-domanda);

6) adeguare la normativa vigente relativa ai trattamenti sanitari in caso di tossicodipendenza con l'obiettivo di rendere più efficace l'intervento sanitario curativo, pur nel rispetto dei diritti della persona;

7) adeguare l'organizzazione dei servizi territoriali, il loro funzionamento e coordinamento a quanto stabilito dalla riforma sanitaria (legge 23 dicembre 1978, n. 833),

fornendo norme-quadro per rendere omogeneo l'intervento delle singole Regioni nelle competenze d'ordine sanitario e sociale;

8) fornire strumenti giuridici ed economici concreti (e non solamente affermazioni di principio) per il riconoscimento della funzione svolta dal volontariato nella politica di prevenzione della tossicodipendenza e nella socio-riabilitazione, stimolandone la qualificazione e la diffusione;

9) adeguare le normative relative alla coltivazione, produzione, fabbricazione, registrazione, autorizzazione al possesso, distribuzione e vendita delle sostanze stupefacenti e psicotrope, impiegate a scopo terapeutico.

Per esprimere con chiarezza le norme necessarie a raggiungere questi obiettivi, si è ritenuto più utile abbandonare il metodo seguito nel disegno di legge presentato nella VIII legislatura — che proponeva emendamenti al testo della legge vigente — preferendo una « riscrittura » totale della legge n. 685 del 1975.

Si è ritenuto altresì opportuno utilizzare largamente il testo elaborato dal Comitato ristretto attivato per l'esame delle varie proposte di legge concernenti questa materia presso la Commissione sanità della Camera dei deputati, in quanto espressione di uno sforzo di omogeneizzazione e di approfondimento delle convergenze e divergenze politiche sui vari punti in esame.

Con la riscrittura della legge che proponiamo si recuperano tutti i principi ispiratori della proposta da noi presentata nel 1980, accolti in larga parte dal Comitato ristretto che ha operato nella VIII legislatura, adeguando gli strumenti operativi all'evoluzione del fenomeno e alle modificazioni intervenute nelle disposizioni di legge in tema di repressione della criminalità organizzata da un lato e al progressivo sviluppo nell'applicazione della riforma sanitaria dall'altro.

Vi è pertanto una coerenza ed una continuità nei principi e nelle modalità di approccio giuridico al problema.

In particolare, la riscrittura valorizza:

1) la precisazione delle competenze dei singoli Ministeri coinvolti nel problema; la

identificazione del momento centrale di coordinamento affidato al Presidente del Consiglio dei ministri e la istituzione del Servizio nazionale antidroga quale strumento di coordinamento di tutte le attività preventive e repressive del traffico illecito;

2) la precisazione delle funzioni del Ministero della sanità, delle Regioni, delle USL nella programmazione e pianificazione, secondo le rispettive competenze, degli interventi terapeutici e socio-riabilitativi, avendone razionalmente potenziato gli strumenti di coordinamento, di azione e di rilevamento epidemiologico;

3) il potenziamento degli strumenti giuridici a disposizione delle forze dell'ordine per una più penetrante azione di prevenzione e repressione del traffico della droga;

4) l'intensificazione dello sforzo di predisposizione di strumenti amministrativi che consentano agli enti periferici una più penetrante politica per i giovani, sia stimolando le iniziative di educazione sanitaria e preventiva a livello scolastico e delle Forze armate, sia, in generale, soprattutto mirando alla salvaguardia delle fasce di popolazione a rischio;

5) il coinvolgimento programmato delle iniziative di volontariato, attraverso idoneo reinserimento e adeguato sostegno finanziario per i compiti di prevenzione e socio-riabilitazione;

6) una maggiore severità nelle sanzioni penali per gli spacciatori ed una maggiore responsabilizzazione del consumatore-spacciatore nei confronti del comportamento;

7) una migliore definizione dei compiti e delle procedure spettanti all'autorità giudiziaria ed alla attività sanitaria per quanto concerne i trattamenti sanitari;

8) una maggiore attenzione allo sforzo rieducativo del minorenne tossicodipendente, con il coinvolgimento della sede giurisdizionale propria (tribunale dei minorenni) e con la proposizione di alternative terapeutiche;

tico-rieducative rispetto alla carcerazione penitenziaria;

9) la predisposizione di interventi idonei alla gestione carceraria dei tossicodipendenti sotto l'aspetto sanitario;

10) la intensificazione della lotta al traffico della droga anche attraverso la messa a punto di idonei sistemi di collaborazione internazionale e la previsione del diritto di seguito, attribuito ai mezzi navali militari o della Polizia di Stato.

Onorevoli colleghi, nel concludere questa relazione i proponenti non possono non sottolineare nuovamente l'importanza del provvedimento proposto. Negli ultimi anni, come è stato rilevato anche dal Rapporto CENSIS e dal Progetto TO.DI. 2 di recente presentati, il fenomeno droga è profondamente mutato e si è notevolmente aggravato nel nostro Paese, coinvolgendo regioni e classi di età che, fino a poco tempo fa, erano esenti da ogni contaminazione.

La normativa proposta costituisce un tentativo di dare una risposta « sistematica » al problema droga, attivando le competenze istituzionali dello Stato ad ogni livello e coinvolgendo le forze del volontariato.

Ogni problema che si pone alla attenzione del legislatore presenta, sia pure in varia misura, carattere di urgenza.

Ma al problema droga è assolutamente necessario dare risposte incisive ed immediate.

La pericolosità del fenomeno droga è infatti evidente e drammatica non solo per la salute psico-fisica di quanti ad essa fanno ricorso, ma per lo stesso ordinato svolgersi della vita sociale in una positiva convivenza comunitaria.

Come legislatori non possiamo lasciare i singoli o le famiglie soli di fronte al drammatico problema della droga. I cittadini, giustamente, attendono dalle istituzioni una valida risposta.

Ci auguriamo che le proposte presentate, che tengono conto delle esperienze maturate nel corso della applicazione della legge n. 685 del 1975, possano costituire un'utile base di confronto con le altre forze politiche per giungere al più presto, attraverso un positivo impegno convergente, alla approvazione di una nuova legge effettivamente idonea a contenere il fenomeno droga e ad operare per la prevenzione, nonché per il recupero ed il reinserimento sociale di quanti nella loro vita hanno fatto questa gravissima esperienza.

DISEGNO DI LEGGE**TITOLO I****ATTRIBUZIONI DELLO STATO
E DELLE REGIONI****Art. 1.**

(Finalità della legge)

Lo Stato promuove la conoscenza e le iniziative per tutelare la salute fisica e mentale quale diritto inalienabile della persona contrastando i danni derivanti dall'abuso degli psicofarmaci, dall'uso dei derivati dell'oppio e dalle altre tossicomanie, e reprimendo il traffico e lo smercio di droga.

I Ministeri degli affari esteri, dell'interno, di grazia e giustizia, delle finanze, della difesa, della pubblica istruzione e della sanità, nonchè le Regioni e gli enti locali, nell'ambito delle rispettive competenze, programmano, coordinano e realizzano, con finanziamenti diretti, piani operativi annuali per raggiungere le finalità sopra specificate anche in attuazione delle convenzioni internazionali.

Art. 2.

*(Coordinamento della Presidenza del
Consiglio dei ministri)*

Il Presidente del Consiglio dei Ministri coordina le linee d'intervento relative al fenomeno delle tossicodipendenze anche mediante l'istituzione di Comitati di Ministri e riferisce annualmente al Parlamento.

Art. 3.

(Attribuzioni del Ministero dell'interno)

Il Ministro dell'interno esplica la funzione di coordinamento delle attività di prevenzione e repressione del traffico illecito di sostanze stupefacenti e psicotrope.

A tale scopo è istituito, presso il Ministero dell'interno, il Servizio nazionale antidroga, che dispone anche di una unità operativa formata, secondo contingenti fissati con decreto del Ministro dell'interno, di concerto con quelli delle finanze e della difesa, da personale della Polizia di Stato, nonché da appartenenti all'Arma dei carabinieri e al Corpo della guardia di finanza, designati dai rispettivi comandi generali. La direzione dell'unità operativa è affidata, a rotazione, a un primo dirigente della Polizia di Stato ovvero a un ufficiale equiparato dell'Arma dei carabinieri o del Corpo della guardia di finanza, questi ultimi designati dai Ministri rispettivamente competenti. L'incarico ha la durata di due anni ed è conferito dal Ministro dell'interno.

Presso ogni prefettura, è istituito un nucleo del Servizio nazionale antidroga coordinato dal prefetto.

Di concerto tra il Ministro degli affari esteri e quello dell'interno possono essere istituiti, fuori dal territorio dello Stato, uffici distaccati del Servizio di cui al precedente comma, collegati con le rappresentanze della Repubblica.

Art. 4.

(Attribuzioni del Ministero della sanità. Rilevamenti epidemiologici)

La coltivazione, la produzione, la fabbricazione, l'impiego, il commercio all'ingrosso, l'esportazione, l'importazione, il transito, l'acquisto, la vendita e la detenzione in qualsiasi forma di sostanze stupefacenti e di sostanze psicotrope sono sottoposti al controllo ed alla vigilanza del Ministero della sanità, che li esercita in conformità dei propri poteri, anche a mezzo degli organi e delle strutture del Servizio sanitario nazionale e secondo le modalità indicate dalla presente legge.

Il Ministro della sanità provvede in particolare:

1) ad emanare gli atti di autorizzazione, nonché quelli per la sospensione, la modificazione, l'annullamento e la revoca

degli stessi nei casi previsti dalla presente legge;

2) a predisporre la compilazione delle tabelle di cui all'articolo 13, a curarne il tempestivo aggiornamento ed a predisporre annualmente l'elenco delle imprese autorizzate alla fabbricazione, all'impiego ed al commercio all'ingrosso di sostanze stupefacenti o psicotrope;

3) a determinare le indicazioni specifiche che debbono essere stampate o impresse sulle confezioni dei farmaci contenenti sostanze stupefacenti o psicotrope o dal cui uso possa derivare tossicodipendenza o assuefazione;

4) a curare l'aggiornamento dei dati relativi alle quantità di sostanze stupefacenti o psicotrope effettivamente importate, esportate, fabbricate, impiegate, nonché alle quantità disponibili presso gli enti o le imprese autorizzati, ai fini della compilazione del rapporto annuale;

5) a stabilire i contenuti dei formulari che devono essere compilati dagli enti o dalle imprese autorizzati nonché delle dichiarazioni o dei formulari che debbono essere compilati a fini statistici;

6) a promuovere, anche in collaborazione con altri organi della pubblica amministrazione o con enti specificamente competenti, studi e ricerche relativi alla prevenzione dell'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope, alla riabilitazione ed al reinserimento sociale dei tossicodipendenti.

Per la preparazione delle delibere da adottare, il Ministro della sanità può avvalersi di commissioni di esperti nominati con proprio decreto.

Il Ministro della sanità provvede, inoltre, a determinare gli indirizzi in tema di interventi terapeutici e riabilitativi, sentito il Consiglio superiore di sanità, e a curare la pubblicazione del « Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcoolismo ».

Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, stabilisce con proprio decreto, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, le pro-

cedure per consentire alle unità sanitarie locali, alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito delle attività di rilevazione epidemiologica di cui all'articolo 58 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, di rilevare, con criteri omogenei, l'andamento delle tossicomanie.

Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano trasmettono, entro il mese di febbraio di ogni anno, i dati al Ministero della sanità, il quale, sentito il Consiglio sanitario nazionale, li trasmette al Presidente del Consiglio dei Ministri ai fini della relazione al Parlamento di cui all'articolo 2 della presente legge.

Art. 5.

(Attribuzioni del Ministero di grazia e giustizia)

Oltre ai compiti istituzionali propri, il Ministero di grazia e giustizia cura gli interventi diretti a prevenire la diffusione di sostanze stupefacenti e psicotrope all'interno degli istituti carcerari nonchè adeguati interventi per il trattamento e la riabilitazione di tossicodipendenti detenuti e internati.

Art. 6.

(Attribuzioni del Ministero della pubblica istruzione)

Il Ministero della pubblica istruzione provvede agli interventi educativi ed informativi diretti alla prevenzione nell'ambito scolastico.

Art. 7.

(Attribuzioni del Ministero della difesa)

Il Ministero della difesa provvede agli interventi diretti alla prevenzione e alla cura nell'ambito di propria competenza.

Art. 8.

(Attribuzioni del Ministero degli affari esteri)

Il Ministero degli affari esteri coordina la partecipazione italiana alle varie attività internazionali previste dalle convenzioni internazionali; provvede altresì, attraverso i suoi uffici consolari, alla assistenza dei tossicodipendenti italiani all'estero, secondo accordi stipulati con i singoli Paesi.

Art. 9.

(Attribuzioni delle Regioni)

Le funzioni di prevenzione ed intervento contro l'uso non terapeutico delle sostanze stupefacenti e psicotrope, al fine di assicurare la diagnosi, la cura, la riabilitazione ed il reinserimento sociale delle persone interessate, sono esercitate dalle Regioni, in applicazione dei criteri di indirizzo e di coordinamento stabiliti dallo Stato secondo le norme della presente legge.

A tal fine in ogni Regione viene costituito il Comitato regionale per la prevenzione delle tossicodipendenze di cui all'articolo 105 della presente legge.

Le Regioni, nell'ambito dei compiti loro assegnati dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, predispongono piani annuali operativi per la lotta contro le tossicomanie, integrati con i piani socio-sanitari regionali, e dettano norme per la ristrutturazione dei servizi ospedalieri ai sensi dell'ultimo comma del successivo articolo 115.

I piani regionali sono elaborati con la partecipazione delle unità sanitarie locali, dei provveditori agli studi e degli organi collegiali delle scuole, degli enti pubblici e delle associazioni private impegnate nei diversi settori delle tossicomanie, dei movimenti giovanili, di specialisti ed esperti.

Tali piani debbono contenere:

gli indirizzi per l'organizzazione e l'integrazione dei servizi sociali e sanitari;

i criteri per l'organizzazione dei servizi a livello zonale e distrettuale stabilendo *standards* di personale e di strutture;

i criteri per la migliore utilizzazione del personale favorendo la mobilità e l'aggiornamento;

il migliore utilizzo delle strutture pubbliche e private presenti nel territorio, favorendo anche le riconversioni, ai fini della utilizzazione delle stesse per la cura o il reinserimento dei tossicodipendenti;

la ripartizione tra le unità sanitarie locali del fondo regionale distinguendo tra servizi gestiti direttamente dalle unità sanitarie locali, servizi gestiti dai Comuni e servizi convenzionati.

I piani sono trasmessi, entro il mese di febbraio di ogni anno, al Ministero della sanità, unitamente ai dati sull'andamento delle tossicodipendenze.

La Regione inoltre:

attua, in collaborazione con il Comitato regionale di cui al secondo comma, forme di controllo della gestione al fine di verificare l'efficacia ed efficienza dei servizi;

stabilisce i criteri per il convenzionamento con le strutture private;

promuove e sostiene programmi e ricerche concernenti la prevenzione, terapia e riabilitazione nel settore delle tossicodipendenze;

provvede alla copertura assicurativa degli operatori volontari delle strutture private.

L'erogazione dei fondi, specificamente previsti dal Piano sanitario nazionale per gli interventi nel settore della farmacodipendenza, è subordinata al regolare adempimento di quanto è previsto dal precedente sesto comma del presente articolo.

TITOLO II

ATTIVITÀ GENERALI DI CONTROLLO
E VIGILANZA

Art. 10.

*(Controllo e vigilanza esercitati dal
Ministero della sanità)*

Per l'esercizio del controllo e della vigilanza previsti dal primo comma dell'articolo 4 il Ministero della sanità si avvale normalmente del Servizio nazionale antidroga, di cui all'articolo 3, secondo comma, e, nei casi urgenti, di qualsiasi ufficiale ed agente della forza pubblica.

Per quanto riguarda il controllo sulle navi e sugli aeromobili l'azione è coordinata con le capitanerie di porto e con i comandi di aeroporto.

Per l'esecuzione delle ispezioni il Ministero della sanità si avvale del Servizio nazionale antidroga di cui all'articolo 3, nonché della collaborazione degli organi di polizia, i quali comunque hanno facoltà di accedere in qualunque momento nei locali ove si svolgono le attività previste dalla presente legge.

Art. 11.

(Obbligo di esibizione di documenti)

Ai fini della vigilanza e dei controlli previsti dall'articolo precedente i titolari delle autorizzazioni, nonché i titolari o i direttori delle farmacie, sono tenuti ad esibire ai funzionari del Ministero della sanità ed agli appartenenti alle forze di polizia tutti i documenti inerenti all'autorizzazione, alla gestione della coltivazione e vendita dei prodotti, alla fabbricazione, all'impiego, al commercio delle sostanze stupefacenti o psicotrope.

Art. 12.

(Opposizione alle ispezioni - Sanzioni)

Salvo che il fatto non costituisca più grave reato, chiunque indebitamente impedisce od ostacola lo svolgimento delle ispezioni previste dall'articolo 10 è punito con l'ammenda da lire cinquantamila a lire cinquecentomila o con l'arresto sino ad un anno.

Alla stessa pena soggiace chi indebitamente impedisce od ostacola i controlli, gli accessi o gli altri atti previsti dagli articoli 30 e 35, oppure si sottrae all'obbligo di esibire i documenti di cui all'articolo 11 della presente legge.

TITOLO III

TABELLE DELLE SOSTANZE
STUPEFACENTI E PSICOTROPE

Art. 13.

(Tabelle delle sostanze soggette a controllo)

Le sostanze stupefacenti o psicotrope sottoposte alla vigilanza ed al controllo di cui al precedente articolo 4 sono raggruppate, in conformità ai criteri di cui al successivo articolo, in sei tabelle da approvarsi con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità.

Le tabelle di cui al precedente comma devono contenere l'elenco di tutte le sostanze e dei preparati indicati nelle convenzioni e negli accordi internazionali e sono aggiornate tempestivamente anche in base a quanto previsto dalle convenzioni e dagli accordi medesimi.

Il decreto è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana e inserito nella successiva edizione della Farmacopea ufficiale.

Art. 14.

(Criteri per la formazione delle tabelle)

L'inclusione delle sostanze stupefacenti o psicotrope nelle tabelle di cui all'articolo

precedente deve essere effettuata in base ai criteri seguenti:

1) nella tabella I devono essere indicati:

a) l'oppio e i materiali da cui possono essere ottenute le sostanze oppiacee naturali, estraibili dal papavero sonnifero; gli alcaloidi ad azione narcotico-analgescica da esso estraibili; le sostanze ottenute per trasformazione chimica di quelle prima indicate; le sostanze ottenibili per sintesi che siano riconducibili, per struttura chimica o per effetti, a quelle oppiacee precedentemente indicate; eventuali importanti intermedi per la loro sintesi;

b) le foglie di coca e gli alcaloidi ad azione eccitante sul sistema nervoso centrale da queste estraibili; le sostanze ad azione analoga ottenute per trasformazione chimica degli alcaloidi sopra indicati oppure per sintesi;

c) le sostanze di tipo anfetaminico ad azione eccitante sul sistema nervoso centrale;

d) ogni altra sostanza che produca effetti sul sistema nervoso centrale ed abbia capacità di determinare dipendenza fisica o psichica dello stesso ordine o di ordine superiore a quelle precedentemente indicate;

e) gli indolici, siano essi derivati triptaminici che lisergici, e i derivati feniletillaminici, che abbiano effetti allucinogeni o che possano provocare distorsioni sensoriali;

f) i tetraidrocannabinoli e i loro analoghi;

g) ogni altra sostanza naturale o sintetica che possa provocare allucinazioni o gravi distorsioni sensoriali;

h) le preparazioni contenenti le sostanze di cui alle lettere precedenti;

2) nella tabella II devono essere indicate:

a) la *cannabis indica*, i prodotti da essa ottenuti, le sostanze ottenibili per sintesi o semisintesi che siano ad essi riconducibili per struttura chimica o per effetto

farmacologico, ad eccezione di quelle previste nella lettera *f*) della tabella I;

b) le preparazioni contenenti le sostanze di cui alla lettera precedente;

3) nella tabella III devono essere indicate:

a) le sostanze di tipo barbiturico che abbiano notevole capacità di indurre dipendenza fisica o psichica o ambedue, nonché altre sostanze ad effetto ipnotico-sedativo ad esse assimilabili. Sono pertanto esclusi i barbiturici a lunga durata e di accertato effetto antiepilettico e i barbiturici a breve durata d'impiego, quali anestetici generali, semprechè tutte le dette sostanze non comportino i pericoli di dipendenza innanzi indicati;

b) le preparazioni contenenti le sostanze di cui alla precedente lettera;

4) nella tabella IV devono essere indicate:

a) le sostanze di corrente impiego terapeutico, per le quali sono stati accertati concreti pericoli di induzione di dipendenza fisica o psichica di intensità e gravità minori di quelli prodotti dalle sostanze elencate nelle tabelle I e III;

b) le preparazioni contenenti le sostanze di cui alla precedente lettera;

5) nella tabella V devono essere indicate le preparazioni contenenti le sostanze elencate nelle tabelle precedenti quando queste preparazioni, per la loro composizione qualitativa e per le modalità del loro uso, non presentino rischi di abuso e pertanto non vengano assoggettate alla disciplina delle sostanze che entrano a far parte della loro composizione;

6) nella tabella VI devono essere indicati i prodotti ad azione ansiolitica, antidepressiva o psicostimolante che possono dar luogo al pericolo di abuso e alla possibilità di farmacodipendenza.

Nelle tabelle debbono essere compresi, ai fini dell'applicazione della presente legge, tutti gli isomeri, gli esteri, gli eteri ed i sali anche relativi agli isomeri, esteri ed eteri,

nonchè gli stereoisomeri nei casi in cui possono essere inclusi nelle tabelle, salvo sia fatta espressa eccezione.

Le sostanze incluse nelle tabelle debbono essere indicate con la denominazione comune internazionale e il nome chimico, se esistenti, e con la denominazione comune ed usuale italiana o con quella propria del prodotto farmaceutico oggetto di commercio. È tuttavia ritenuto sufficiente, ai fini dell'applicazione della presente legge, che nelle tabelle sia indicata una qualsiasi delle denominazioni della sostanza idonea ad identificarlo.

TITOLO IV

AUTORIZZAZIONI

Art. 15.

(Obbligo di autorizzazione)

Chiunque intenda coltivare, produrre, fabbricare, impiegare, importare, esportare, ricevere per transito, commerciare a qualsiasi titolo o comunque detenere per il commercio sostanze stupefacenti o psicotrope, comprese nelle tabelle di cui al precedente articolo 14, deve munirsi dell'autorizzazione del Ministero della sanità.

Dall'obbligo dell'autorizzazione sono escluse le farmacie, per quanto riguarda l'acquisto di sostanze stupefacenti o psicotrope e per l'acquisto, la vendita o la cessione di dette sostanze in dose e forma di medicinali.

L'importazione, il transito o l'esportazione di sostanze stupefacenti o psicotrope, da parte di chi è munito dell'autorizzazione di cui al primo comma, sono subordinati alla concessione di un permesso rilasciato dal Ministro della sanità in conformità delle convenzioni internazionali e delle disposizioni della presente legge.

Nella domanda di autorizzazione, gli enti e le imprese interessati devono indicare la carica o l'ufficio i cui titolari sono responsabili della tenuta dei registri e dell'osser-

vanza degli altri obblighi imposti dalla presente legge.

Il Ministro della sanità, nel concedere l'autorizzazione, determina le condizioni e le garanzie alle quali essa è subordinata, sentito il Servizio nazionale antidroga.

Il decreto di autorizzazione ha durata biennale ed è soggetto alla tassa di concessione governativa.

Art. 16.

(Comunicazione dei decreti di autorizzazione)

I decreti ministeriali di autorizzazione sono comunicati all'autorità sanitaria regionale e al Servizio nazionale antidroga, che impartiscono le istruzioni necessarie per la vigilanza ai nuclei di cui al terzo comma dell'articolo 3.

Art. 17.

(Requisiti soggettivi per l'autorizzazione)

Le autorizzazioni previste dal primo comma dell'articolo 15 sono personali e non possono essere cedute, nè comunque utilizzate da altri a qualsiasi titolo ed in qualsiasi forma.

Le autorizzazioni medesime possono essere accordate soltanto ad enti o imprese il cui titolare o legale rappresentante, se trattasi di società, sia di buona condotta e offra garanzie morali e professionali. Gli stessi requisiti deve possedere il direttore tecnico dell'azienda.

Nel caso di enti o imprese che abbiano più filiali o depositi è necessaria l'autorizzazione per ciascuna filiale o deposito. I requisiti previsti dal precedente comma devono essere posseduti anche dalla persona preposta alla filiale o al deposito.

Nel caso di cessazione dell'attività autorizzata o di cessazione dell'azienda, di mutamento della denominazione o della ragione sociale, di morte o di sostituzione del titolare dell'impresa o del legale rappresentante dell'ente, l'autorizzazione decade di diritto,

senza necessità di apposito provvedimento.

Tuttavia, nel caso di morte o di sostituzione del titolare dell'impresa o del legale rappresentante dell'ente, il Ministero della sanità può consentire in via provvisoria per non oltre il termine perentorio di tre mesi la prosecuzione dell'attività autorizzata sotto la responsabilità del direttore tecnico.

Art. 18.

(Elenco delle imprese autorizzate)

L'elenco aggiornato degli enti e delle imprese autorizzati alla coltivazione e produzione, alla fabbricazione, all'impiego e al commercio all'ingrosso di sostanze stupefacenti o psicotrope, con gli estremi di ciascuna autorizzazione e con la specificazione delle attività autorizzate, è pubblicato annualmente dal Ministero della sanità nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Art. 19.

(Rinnovo delle autorizzazioni)

La domanda per ottenere il rinnovo delle autorizzazioni deve essere presentata, almeno tre mesi prima della scadenza, con la procedura stabilita per il rilascio delle singole autorizzazioni.

Nei casi di decadenza di cui al quarto comma del precedente articolo 17, ai fini del rilascio della nuova autorizzazione, può essere ritenuta valida la documentazione relativa ai requisiti obiettivi rimasti invariati.

Art. 20.

(Revoca e sospensione dell'autorizzazione)

In caso di accertate irregolarità durante il corso della coltivazione, raccolta, fabbricazione, trasformazione, sintesi, impiego, custodia, commercio di sostanze stupefacenti o psicotrope, o quando vengono a mancare in tutto o in parte i requisiti prescritti dalla legge per il titolare o per il legale rappresentante o per il direttore tecnico, il Mi-

nistro della sanità procede alla revoca dell'autorizzazione.

Il Ministro della sanità può procedere alla revoca anche in caso di incidente tecnico, di furto, di deterioramento di sostanze stupefacenti o psicotrope o di altre irregolarità verificatesi anche per colpa del personale addetto.

Nei casi previsti dai precedenti commi, qualora il fatto risulti di lieve entità, può essere adottato un provvedimento di sospensione dell'autorizzazione fino a sei mesi.

Il provvedimento di revoca o di sospensione deve essere motivato ed è notificato agli interessati tramite il sindaco e comunicato all'autorità sanitaria regionale, nonché al Servizio nazionale antidroga.

Nel caso che le irregolarità indicate nel primo comma concernano esclusivamente le prescrizioni tecnico-agrarie, il Ministro della sanità adotta i provvedimenti opportuni, sentito il Ministero dell'agricoltura e delle foreste.

Art. 21.

(Provvedimenti in caso di cessazione delle attività autorizzate)

Nei casi di decadenza, di revoca o di sospensione dell'autorizzazione, il Ministro della sanità, salvo quanto previsto dal successivo articolo, adotta i provvedimenti ritenuti opportuni nei riguardi delle eventuali giacenze di sostanze stupefacenti o psicotrope e provvede al ritiro del bollettario e dei registri previsti dalla presente legge, nonché al ritiro del decreto di autorizzazione.

Art. 22.

(Cessione o distruzione di sostanze stupefacenti o psicotrope)

Nell'esercizio delle facoltà previste dal precedente articolo, il Ministro della sanità può consentire, su richiesta dell'interessato, la cessione delle giacenze di sostanze stupe-

facenti o psicotrope ai relativi fornitori ovvero ad altri enti od imprese autorizzati o a farmacie, nominativamente indicate.

Qualora nel termine di un anno non sia stato possibile realizzare alcuna destinazione delle sostanze stupefacenti o psicotrope, queste vengono acquisite dallo Stato ed utilizzate con le procedure e modalità di cui al successivo articolo.

Le sostanze deteriorate non utilizzabili farmacologicamente devono essere distrutte, osservando le modalità di cui alla lettera f) del successivo articolo 25.

Dell'avvenuta esecuzione dei provvedimenti adottati a norma del presente articolo deve essere redatto apposito verbale.

Art. 23.

(Sostanze stupefacenti o psicotrope confiscate o acquisite)

Le sostanze stupefacenti o psicotrope confiscate o comunque acquisite dallo Stato ai sensi del precedente articolo sono poste a disposizione del Ministero della sanità che, effettuandone se necessario l'analisi e sentita, per i casi di particolare importanza, la commissione di cui all'articolo 24, provvede alla loro utilizzazione o distruzione.

Nel caso di vendita, qualora non sia stata disposta confisca, il ricavato, dedotte le spese sostenute dallo Stato, è versato al proprietario. Le somme relative ai recuperi delle spese sostenute dallo Stato sono versate con imputazione ad apposito capitolo dello stato di previsione delle entrate statali.

Art. 24.

(Commissione per la destinazione degli stupefacenti confiscati)

È istituita presso il Ministero della sanità la commissione per l'accertamento e la destinazione degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope confiscati o prelevati dalle

partite d'importazione o comunque messi a disposizione del Ministero della sanità.

Detta commissione è costituita con decreto del Ministro della sanità di triennio in triennio e scade il 31 dicembre del terzo anno.

Art. 25.

(Compiti della commissione)

La commissione di cui al precedente articolo ha le seguenti attribuzioni:

a) procede all'accertamento qualitativo e quantitativo degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope confiscati o prelevati dalle partite d'importazione o comunque messi a disposizione del Ministero della sanità;

b) determina gli stupefacenti e le sostanze psicotrope da distribuire gratuitamente alle farmacie di enti ospedalieri e di policlinici universitari in rapporto al fabbisogno dell'anno;

c) determina gli stupefacenti da affidare per la vendita all'Istituto chimico-farmaceutico militare;

d) determina gli stupefacenti da affidare in cessione temporanea a industrie farmaceutiche per la lavorazione ai fini di renderli idonei alla vendita di cui alla lettera c);

e) destina, per scopo di studio, o per indagini richieste dall'autorità giudiziaria all'Istituto superiore di sanità e ad altri istituti scientifici in genere, o per scopo di addestramento alle forze di polizia, campioni di stupefacenti o di sostanze psicotrope confiscati a norma delle vigenti disposizioni o prelevati da partite di importazione o comunque messi a disposizione del Ministero della sanità;

f) dispone le modalità di distribuzione degli stupefacenti non utilizzabili e ne controlla l'esecuzione.

La commissione per l'espletamento dei compiti di cui alla lettera a) si avvale dei laboratori dell'Istituto superiore di sanità o di istituti universitari.

Art. 26.

(Composizione della commissione)

La commissione indicata nell'articolo 24 è presieduta da un direttore generale del Ministero della sanità o, in sua sostituzione in caso di impedimento o di assenza, da un funzionario dei ruoli tecnici dello stesso Ministero di qualifica non inferiore a dirigente superiore designati dal Ministro della sanità ed è composta da:

a) un funzionario chimico del Ministero della sanità di qualifica non inferiore a chimico o farmacista superiore;

b) un funzionario amministrativo del Ministero della sanità di qualifica non inferiore a primo dirigente;

c) un ufficiale chimico farmacista della sanità militare, designato dal Ministero della difesa;

d) un ufficiale del Corpo della guardia di finanza, designato dal comando generale del Corpo stesso;

e) un ufficiale dell'Arma dei carabinieri, designato dal comando generale dell'Arma stessa;

f) un funzionario chimico dell'Istituto superiore di sanità di qualifica non inferiore a ricercatore;

g) un funzionario dei ruoli della Polizia di Stato che espleta funzioni di polizia, in servizio presso la Direzione centrale della polizia criminale del dipartimento della Pubblica sicurezza, designato dal Ministero dell'interno;

h) un funzionario dell'Ufficio centrale stupefacenti, designato dal Ministero della sanità;

i) un rappresentante del Servizio nazionale antidroga.

In relazione a particolari compiti rientranti nella sua competenza, la commissione può nominare nel proprio seno una sottocommissione.

Le funzioni di segretario sono esercitate da un funzionario della carriera direttiva amministrativa del Ministero della sanità.

TITOLO V

COLTIVAZIONE, PRODUZIONE,
FABBRICAZIONE, IMPIEGO
E COMMERCIO ALL'INGROSSO

Art. 27.

(Coltivazioni e produzioni vietate)

Salvo quanto stabilito dal successivo comma, è vietata nel territorio dello Stato la coltivazione di piante di coca di qualsiasi specie, di piante di canapa indiana, di funghi allucinogeni e delle specie di papavero (*papaver somniferum*) da cui si ricava oppio grezzo. In apposite sezioni delle tabelle I, II, III e IV di cui all'articolo 14, debbono essere indicate altre piante da cui possono ricavarsi sostanze stupefacenti e psicotrope la cui coltivazione deve essere vietata nel territorio dello Stato.

Il Ministro della sanità, sentito l'Istituto superiore di sanità, può autorizzare istituti universitari e laboratori pubblici aventi fini istituzionali di ricerca, alla coltivazione delle piante sopra indicate per scopi scientifici, sperimentali o didattici.

Art. 28.

(Autorizzazione alla coltivazione)

La richiesta di autorizzazione alla coltivazione deve contenere il nome del richiedente coltivatore responsabile, l'indicazione del luogo, delle particelle catastali e della superficie di terreno sulla quale sarà effettuata la coltivazione, nonchè la specie di coltivazione e i prodotti che si intendono ottenere. Il richiedente deve indicare l'esatta ubicazione dei locali destinati alla custodia dei prodotti ottenuti.

Sia la richiesta che l'eventuale decreto ministeriale di autorizzazione sono trasmessi agli organi competenti per territorio del Servizio sanitario nazionale e agli organi di cui all'articolo 30, ai quali spetta l'eser-

cizio della vigilanza e del controllo di tutte le fasi della coltivazione fino all'avvenuta cessione del prodotto; di tali provvedimenti deve essere data comunicazione al Servizio nazionale antidroga.

L'autorizzazione è valida, oltre che per la coltivazione, anche per la raccolta, la detenzione e la vendita dei prodotti ottenuti, da effettuarsi esclusivamente alle ditte titolari di autorizzazione per la fabbricazione e l'impiego di sostanze stupefacenti.

Art. 29.

(Sanzioni)

Chiunque, senza essere autorizzato, coltiva le piante indicate nell'articolo 27 è assoggettato alle sanzioni penali ed amministrative stabilite per la fabbricazione illecita delle sostanze stesse.

Chiunque non osservi le prescrizioni e le garanzie, cui l'autorizzazione è subordinata, è punito, salvo che il fatto non costituisca reato più grave, con l'arresto sino ad un anno o con l'ammenda da lire un milione a lire quattro milioni.

In ogni caso le piante illegalmente coltivate sono confiscate e poste a disposizione del Ministero della sanità.

Il Ministro della sanità, anche prima che il provvedimento di confisca divenga definitivo, può ordinare la distruzione delle piante o la loro consegna agli istituti pubblici che possono legittimamente utilizzarle.

Art. 30.

(Vigilanza sulla coltivazione, raccolta e produzione di stupefacenti)

Ai fini della vigilanza sulle attività di coltivazione, raccolta e produzione di stupefacenti, i militari della Guardia di finanza svolgono controlli periodici delle coltivazioni autorizzate per accertare l'osservanza delle condizioni imposte e la sussistenza delle garanzie richieste dal provvedimento autorizzativo. La periodicità dei controlli è concordata tra il Ministero della sanità, il

comando generale della Guardia di finanza e il Ministero dell'agricoltura e delle foreste, in relazione all'ubicazione ed estensione del terreno coltivato, alla natura e alla durata del ciclo agrario.

Indipendentemente dalle ispezioni previste dal precedente comma, i militari della Guardia di finanza possono eseguire controlli a carattere straordinario in caso di sospetto di frode.

Per l'espletamento dei predetti compiti i militari della Guardia di finanza hanno facoltà di accedere in qualunque tempo alle coltivazioni, nonchè ai locali di custodia dei prodotti ottenuti, ove effettuano riscontri sulle giacenze.

Le operazioni concernenti la raccolta delle piante o parti di esse, dell'oppio grezzo o di altre droghe debbono essere effettuate alla presenza dei predetti militari.

Fuori delle coltivazioni autorizzate, e specialmente nelle immediate vicinanze di esse, i militari della Guardia di finanza esercitano attiva vigilanza al fine di prevenire e reprimere qualsiasi tentativo di abusiva sottrazione dei prodotti. Ove accertino l'esistenza di coltivazioni abusive, provvedono alla conta delle piante coltivate ed alla distruzione delle stesse dopo averne repertato appositi campioni.

Art. 31.

(Eccedenze di produzione)

Sono tollerate eventuali eccedenze di produzione non superiori al 10 per cento sulle quantità consentite purchè siano denunciate al Ministero della sanità entro quindici giorni dal momento in cui sono accertate.

Le eccedenze sono computate nei quantitativi da prodursi nell'anno successivo.

Chiunque produce sostanze stupefacenti o psicotrope in quantità superiori a quelle consentite o tollerate è punito con la reclusione sino a due anni o con la multa fino a lire cinque milioni.

Art. 32.

(Quote di fabbricazione)

Il Ministro della sanità, entro il mese di novembre di ogni anno, tenuto conto degli impegni derivanti dalle convenzioni internazionali, stabilisce con proprio decreto le quantità delle varie sostanze stupefacenti o psicotrope, comprese nelle tabelle I, III, IV e VI di cui all'articolo 14, che possono essere fabbricate e messe in vendita in Italia e all'estero, nel corso dell'anno successivo, da ciascun ente o impresa autorizzati alla fabbricazione.

I limiti quantitativi stabiliti nel provvedimento di cui al primo comma possono essere aumentati, ove necessario, nel corso dell'anno al quale si riferiscono.

I provvedimenti di cui ai precedenti commi sono pubblicati nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Sono tollerate eventuali eccedenze di fabbricazione non superiori al 10 per cento sulle quantità consentite purchè siano denunciate al Ministero della sanità entro quindici giorni dal momento in cui sono accertate. Le eccedenze sono computate nei quantitativi da fabbricarsi nell'anno successivo.

Chiunque fabbrichi sostanze stupefacenti o psicotrope in quantità superiori a quelle consentite o tollerate è punito con la reclusione fino a tre anni o con la multa fino a lire cinque milioni.

Art. 33.

(Autorizzazione alla fabbricazione)

Chiunque intenda ottenere l'autorizzazione per estrarre alcaloidi dalla pianta di papavero sonnifero o dall'oppio, dalle foglie o dalla pasta di coca o da altre piante contenenti sostanze stupefacenti, ovvero fabbricarli per sintesi, deve presentare domanda al Ministero della sanità, entro il 31 ottobre di ciascun anno.

Analoga domanda deve essere presentata, nel termine indicato nel primo comma,

da chi intenda estrarre, trasformare ovvero produrre per sintesi sostanze psicotrope.

La domanda deve essere corredata del certificato di iscrizione all'albo professionale del direttore tecnico, che deve essere munito di laurea in chimica o in farmacia o in altra disciplina affine.

La domanda, corredata del certificato di iscrizione alla camera di commercio, industria, artigianato e agricoltura, deve contenere:

a) le generalità del richiedente: titolare dell'impresa o legale rappresentante dell'ente, che avrà la responsabilità per quanto riguarda l'osservanza delle norme di legge;

b) la sede, l'ubicazione e la descrizione dell'ente o dell'impresa di fabbricazione, con descrizione grafica dei locali adibiti alla lavorazione e al deposito della merce lavorata o da porsi in lavorazione;

c) le generalità del direttore tecnico, che assume la responsabilità con il titolare dell'impresa o il legale rappresentante dell'ente;

d) la qualità e i quantitativi delle materie prime richieste per la lavorazione;

e) le sostanze che si intendono fabbricare, nonchè i procedimenti di estrazione che si intendono applicare, con l'indicazione presumibile delle rese di lavorazione.

L'autorizzazione è valida, oltre che per la fabbricazione di sostanze stupefacenti e psicotrope, anche per l'acquisto delle relative materie prime nonchè per la vendita dei prodotti ottenuti.

Art. 34.

*(Idoneità dell'officina ai fini della
fabbricazione)*

Ogni officina deve essere provvista di locali adibiti esclusivamente alla fabbricazione delle sostanze stupefacenti o psicotrope, di apparecchi e mezzi adeguati allo scopo, nonchè di locali idonei alla custodia dei prodotti finiti e delle materie prime occorrenti per la fabbricazione.

Il Ministero della sanità accerta l'esistenza dei requisiti di cui al precedente comma.

Qualora il richiedente intenda produrre sostanze da usarsi direttamente in medicina, deve chiedere l'autorizzazione prevista per le officine farmaceutiche.

Qualora il richiedente intenda produrre preparati non farmaceutici, quali intermedi chimici e diagnostici *in vitro*, la richiesta non è necessaria.

Art. 35.

(Controllo sui cicli di produzione)

Presso ciascun ente o impresa, autorizzati alla fabbricazione di sostanze stupefacenti o psicotrope, comprese nelle tabelle I, III, IV e VI di cui all'articolo 14, devono essere dislocati uno o più sottufficiali o militari di truppa della Guardia di finanza per il controllo dell'entrata e dell'uscita delle sostanze stupefacenti o psicotrope nonché per la sorveglianza a carattere continuativo durante i cicli di lavorazione.

La vigilanza può essere disposta, su richiesta del Ministero della sanità, previa intesa con il comando generale della Guardia di finanza, anche presso singoli enti o imprese autorizzati all'impiego di dette sostanze.

Le istruzioni di servizio sono impartite dal comando generale della Guardia di finanza in conformità alle disposizioni di massima concertate, anche ai fini del coordinamento, col Ministero della sanità.

Le aziende, che fabbricano sostanze stupefacenti o psicotrope, hanno l'obbligo di mettere a disposizione dei militari addetti alla vigilanza presso lo stabilimento i locali idonei per lo svolgimento delle operazioni di controllo, adeguatamente attrezzati per i turni di riposo, quando la lavorazione si svolga durante la notte.

Art. 36.

(Controllo sulle materie prime)

Il Ministero della sanità esercita il controllo sulle quantità delle materie prime ad azione stupefacente, sulle quantità di so-

stanze stupefacenti o psicotrope, comprese nelle tabelle I, II, III e IV di cui all'articolo 14, fabbricate o comunque in possesso di ciascuna officina, e sulla loro destinazione, con particolare riguardo alla ripartizione quantitativa sul mercato.

Il Ministero della sanità può limitare o vietare, in qualsiasi momento, ove particolari circostanze lo richiedano, la fabbricazione di singole sostanze stupefacenti o psicotrope e/o l'impiego di queste nella preparazione di medicinali.

Gli organi specializzati di controllo sono tenuti ad effettuare saltuarie ed improvvise azioni di controllo sia di iniziativa propria che su richiesta del Ministero della sanità.

Art. 37.

(Autorizzazione all'impiego)

Chiunque intenda ottenere l'autorizzazione all'impiego di sostanze stupefacenti o psicotrope, comprese nelle tabelle I, II, III e IV di cui all'articolo 14, deve presentare domanda al Ministero della sanità.

Il Ministero della sanità accerta se i locali siano idonei alla preparazione, all'impiego ed alla custodia delle materie prime e dei prodotti.

Le spese relative agli accertamenti di cui al secondo comma del presente articolo sono a carico del richiedente e i relativi recuperi sono versati con imputazione ad apposito capitolo dello stato di previsione delle entrate statali.

Art. 38.

(Autorizzazione al commercio all'ingrosso)

Chiunque intenda ottenere l'autorizzazione al commercio all'ingrosso di sostanze stupefacenti o psicotrope di cui alle tabelle I, II, III e IV e relative preparazioni, nonché delle preparazioni di cui alla tabella V, deve presentare domanda al Ministero della sanità, separatamente per ciascun deposito o filiale, secondo le modalità previste dal quarto comma dell'articolo 15. Nel caso di filiale sarà indicata la persona responsabile della tenuta dei registri e dell'osservanza de-

gli obblighi imposti dalle disposizioni della presente legge.

Il Ministero della sanità accerta l'idoneità dei locali adibiti alla conservazione e alla custodia delle sostanze e dei prodotti.

Le spese relative a tali accertamenti sono a carico del richiedente ed i relativi recuperi sono versati con imputazione ad apposito capitolo dello stato di previsione delle entrate statali.

TITOLO VI

DISTRIBUZIONE E VENDITA

Art. 39.

(Vendita o cessione di sostanze stupefacenti o psicotrope)

La vendita o cessione, a qualsiasi titolo, di sostanze stupefacenti o psicotrope e relative preparazioni, comprese nelle tabelle I, II, III e IV di cui all'articolo 14, deve essere fatta alle persone autorizzate, a norma dei precedenti articoli, e a titolari o direttori di farmacie, in base a richiesta scritta da staccarsi da apposito bollettario di buoni acquisto conforme a modello predisposto e distribuito dal Ministero della sanità.

Dall'obbligo del buono acquisto è esclusa la vendita o cessione di preparazioni comprese nella tabella V, a qualsiasi titolo effettuata, fra commercianti grossisti, di cui al precedente articolo 38, e titolari e direttori di farmacie.

In caso di perdita, anche parziale, del bollettario di buoni acquisto deve essere fatta, entro 24 ore dalla scoperta, denuncia scritta alla autorità di Pubblica sicurezza. Il contravventore a tale disposizione è punito con l'ammenda da lire centomila a lire due milioni.

Chiunque ceda buoni acquisto a qualsiasi titolo è punito, salvo che il fatto non costituisca più grave reato, con la reclusione da 6 mesi a 3 anni e con la multa da lire un milione a lire tre milioni.

I titolari delle registrazioni di specialità medicinali contenenti sostanze stupefacenti o psicotrope sono autorizzati, nei limiti e secondo le norme stabilite dal Ministero del-

la sanità, a inviare ai medici chirurghi e ai medici veterinari campioni di tali specialità.

L'invio delle specialità medicinali di cui al comma precedente è subordinato alla richiesta datata e firmata dal sanitario, che si impegna alla somministrazione sotto la propria responsabilità.

Al di fuori dei casi di cui ai commi quarto e quinto del presente articolo, è vietata comunque la fornitura ai medici chirurghi e ai medici veterinari di campioni delle sostanze stupefacenti o psicotrope elencate nelle tabelle I, II, III e IV di cui all'articolo 14.

Salvo che il fatto non costituisca più grave reato, il contravventore al divieto di cui al comma precedente è punito con l'ammenda da lire trecentomila a lire un milione.

Art. 40.

(Buoni acquisto)

Ogni buono acquisto deve essere utilizzato per la richiesta di una sola sostanza o preparazione ed è diviso in tre sezioni. La sezione prima costituisce la matrice e rimane in possesso del richiedente. La sezione seconda è consegnata al fornitore.

Le sezioni prima e seconda devono essere conservate quali documenti giustificativi dell'operazione.

La sezione terza deve essere inviata a cura del venditore al Ministero della sanità. Quando l'acquirente è titolare o direttore di farmacia, la sezione stessa deve essere inviata all'autorità sanitaria regionale nella cui circoscrizione ha sede la farmacia.

Per ogni transazione implicante l'uso dei buoni acquisto il cedente e il ricevente devono essere in grado di esibire ad ogni verifica la fattura di acquisto o la bolla di consegna, quest'ultima nel caso di trasferimenti che non implicano l'emissione di fattura.

Art. 41.

(Confezioni per la vendita)

Il Ministro della sanità, sentito l'Istituto superiore di sanità, al momento dell'auto-

rizzazione determina, in rapporto alla loro composizione, indicazione terapeutica e posologia, le confezioni delle preparazioni contenenti sostanze stupefacenti o psicotrope, che possono essere messe in commercio.

Composizione, indicazioni terapeutiche, posologia ed eventuali controindicazioni devono essere riportate in modo inequivoco nel foglio illustrativo che accompagna la confezione.

Art. 42.

(Modalità di consegna)

La consegna delle sostanze di cui alle tabelle I, II, III e IV dell'articolo 14 e relative preparazioni, da parte degli enti e delle imprese autorizzati a commerciarle, deve essere fatta:

1) personalmente all'intestatario dell'autorizzazione al commercio o al farmacista, previo accertamento della sua identità, qualora la consegna sia effettuata presso la sede dell'ente o dell'impresa, annotando i dati del documento di riconoscimento in calce al buono acquisto;

2) a mezzo di un qualunque dipendente dell'ente o dell'impresa debitamente autorizzato, direttamente al domicilio dell'acquirente, previo accertamento della identità di quest'ultimo e annotando i dati del documento di riconoscimento in calce al buono acquisto;

3) a mezzo pacco postale assicurato;

4) mediante agenzia di trasporto o corriere privato. In questo caso, ove si tratti di sostanze stupefacenti o psicotrope indicate nelle tabelle I, II e III previste dall'articolo 14 e il cui quantitativo sia superiore ai cento grammi, il trasporto deve essere effettuato previa comunicazione a cura del mittente al più vicino ufficio di Pubblica sicurezza o comando dei Carabinieri o della Guardia di finanza.

La comunicazione di cui al precedente comma, compilata in triplice copia, deve indicare il mittente ed il destinatario, il giorno in cui si effettua il trasporto, la na-

tura e la quantità degli stupefacenti trasportati. Una delle copie è trattenuta dall'ufficio o comando predetti; la seconda è da questo inviata al corrispondente ufficio o comando della giurisdizione del destinatario per la opportuna azione di vigilanza; la terza, timbrata e vistata dall'ufficio o comando di cui sopra, deve accompagnare la merce ed essere restituita dal destinatario al mittente.

Chiunque consegni o trasporti sostanze stupefacenti o psicotrope, di cui alle tabelle I, II, III e IV, non ottemperando alle disposizioni del presente articolo è punito con l'arresto fino ad un anno o con l'ammenda da lire centomila a lire due milioni.

Chi vende o cede sostanze sottoposte a controllo, deve conservare la copia della fattura, il relativo buono d'acquisto, nonché, ove la consegna avvenga a mezzo posta o corriere, la ricevuta postale o dell'agenzia di trasporto o del corriere privato, relativa alla spedizione della merce. L'inosservanza delle disposizioni del presente comma è punita con pena pecuniaria fino a lire cinquecentomila.

Art. 43.

(Acquisto di preparazioni di sostanze stupefacenti o psicotrope da parte dei medici chirurghi)

I responsabili sanitari di ospedali, ambulatori, istituti e case di cura in genere e i titolari di gabinetto per l'esercizio delle professioni sanitarie, i titolari di laboratori di analisi per quanto riguarda la richiesta di *standards* analitici costituiti da sostanze pure stupefacenti, i titolari dei servizi sanitari presso gli istituti di prevenzione e di pena possono acquistare le preparazioni comprese nelle tabelle I, II, III e IV di cui all'articolo 14 nella quantità occorrente per le normali necessità degli ospedali, ambulatori, istituti, case di cura, gabinetti e laboratori predetti.

La richiesta è fatta in triplice copia; la prima rimane per documentazione al richiedente, le altre due devono essere rimesse

al fornitore, il quale ne trattiene una per il proprio scarico e trasmette l'altra all'autorità sanitaria locale competente per il territorio ove ha sede l'acquirente.

Salvo che il fatto non costituisca più grave reato, l'acquisto delle predette preparazioni in misura eccedente in modo apprezzabile quella occorrente per le normali necessità è punito con l'ammenda da lire trecentomila a lire un milione.

I responsabili sanitari ed i titolari di gabinetto e di laboratori di analisi di cui al primo comma debbono tenere un registro di carico e scarico delle preparazioni acquistate, nel quale devono specificare l'impiego delle preparazioni stesse.

Detto registro deve essere vidimato e firmato in ciascuna pagina dal competente servizio della unità sanitaria locale.

Art. 44.

(Obblighi dei medici chirurghi e dei medici veterinari)

I medici chirurghi e i medici veterinari, che prescrivono preparazioni di cui alle tabelle I, II e III previste dall'articolo 14 debbono indicare chiaramente nelle ricette previste dal comma secondo del presente articolo, che devono essere scritte con mezzo indelebile, il cognome, il nome e la residenza dell'ammalato al quale le rilasciano, ovvero del proprietario dell'animale ammalato; segnarvi in tutte lettere la dose prescritta e l'indicazione del modo e dei tempi di somministrazione; apporre sulla prescrizione stessa la data e la firma.

Le ricette e le prescrizioni delle preparazioni indicate nel comma precedente debbono essere staccate da un ricettario a madre e figlia e di tipo unico, conforme a modello predisposto dal Ministero della sanità. I ricettari sono distribuiti, a richiesta dei medici chirurghi e dei medici veterinari, dalle unità sanitarie locali che, all'atto della consegna, devono far firmare ciascuna ricetta dal sanitario, il quale è tenuto a ripetere la propria firma all'atto della consegna al richiedente.

Ciascuna prescrizione deve essere limitata ad una sola preparazione o ad un dosaggio per cura di durata non superiore ad otto giorni, ridotta a giorni tre per prescrizioni ad uso veterinario. La ricetta deve contenere, inoltre, l'indicazione del domicilio e del numero telefonico del medico chirurgo o del medico veterinario da cui è rilasciata.

Di ciascuna prescrizione il medico chirurgo o il medico veterinario deve conservare, per la durata di due anni dalla data del rilascio, una copia recante ben visibile la dicitura: « copia per documentazione ».

In caso di assoluta necessità ed urgenza è consentito al medico chirurgo, che non abbia richiesto o che non abbia la disponibilità dei ricettari di cui al secondo comma del presente articolo, di prescrivere su proprio ricettario la dose terapeutica necessaria per sospendere la fase acuta di condizione clinica che richieda l'uso di preparazioni farmacologiche contenenti sostanze incluse nelle tabelle I, III e IV.

Tali ricette debbono essere compilate in due copie originali secondo le modalità indicate nel primo comma e debbono contenere la chiara indicazione dei motivi di urgenza che ne rendono necessaria la spedizione.

Salvo che il fatto non costituisca più grave reato, chiunque viola una o più delle disposizioni dei precedenti commi è punito con l'ammenda da lire duecentomila a lire ottocentomila.

Art. 45.

*(Divieto di consegna
a persona minore o incapace)*

È fatto divieto di consegnare sostanze e preparazioni di cui alle tabelle I, II, III e IV previste dall'articolo 14 a persona minore o manifestamente in stato confusionale o di evidente intossicazione.

Il contravventore alla disposizione del comma precedente è punito con l'ammenda fino a un milione, salvo che il fatto non costituisca più grave reato.

Art. 46.

(Obblighi del farmacista)

La vendita delle preparazioni di cui alle tabelle I e III previste dall'articolo 14 deve essere effettuata dal farmacista soltanto su presentazione di prescrizione medica sulle ricette previste dall'articolo 44 e nella quantità e forma prescritta, con l'obbligo di accertare che la ricetta sia redatta secondo le disposizioni stabilite dall'articolo 44 stesso.

Scaduti dieci giorni dalla data del rilascio la prescrizione non può essere più spedita.

Il farmacista ha l'obbligo di conservare la ricetta stessa, tenendone conto ai fini del scarico ai sensi dell'articolo 64.

Il contravventore alle disposizioni dei precedenti commi è punito con l'arresto fino a due anni o con l'ammenda da lire trecentomila a lire un milione, salvo che il fatto non costituisca più grave reato.

Il farmacista ha l'obbligo di accertarsi dell'identità dell'acquirente e di prendere nota degli estremi del documento di riconoscimento in calce alla ricetta e di annotare sulla ricetta stessa la data di spedizione.

Ove ricorra il caso previsto dal quinto comma del precedente articolo 44, il farmacista, annullate e vidimate le ricette, è tenuto a trasmetterne una alla unità sanitaria locale alla quale appartiene la farmacia.

Il contravventore alle disposizioni di cui al comma precedente è punito con l'ammenda da lire centomila a lire cinquecentomila, salvo che il fatto non costituisca più grave reato.

Art. 47.

(Approvvigionamento e somministrazione a bordo delle navi mercantili)

La richiesta per l'acquisto delle preparazioni indicate nelle tabelle I, II, III e IV previste dall'articolo 14, di cui devono essere provviste le navi mercantili a norma della legge 16 giugno 1939, n. 1045, è fatta in triplice copia, nei limiti stabiliti dalle tabelle allegate alla legge medesima, dal medico di bordo o, qualora questi manchi,

da un medico fiduciario dell'armatore. Essa deve precisare il nome o il numero del natante, nonchè il luogo ove ha sede l'ufficio di iscrizione della nave per la quale viene rilasciata; inoltre deve essere vistata dal medico di porto del luogo ove trovasi il natante.

La prima delle predette copie rimane per documentazione al richiedente; le altre due devono essere rimesse al farmacista, il quale ne trattiene una per il proprio scarico e trasmette l'altra al medico di porto apponendovi la dicitura: « spedita il giorno... ».

Salvo che il fatto non costituisca più grave reato, chiunque viola una o più delle disposizioni dei precedenti commi è punito con l'ammenda da lire duecentomila a lire ottocentomila.

Il medico di bordo o, quando questi manchi, il capitano della nave è consegnatario delle preparazioni e deve annotare in apposito registro il carico e lo scarico.

Il registro di cui al precedente comma è vidimato e firmato in ciascuna pagina dal medico di porto del luogo ove è iscritta la nave.

Esso deve essere conservato a bordo della nave per la durata di due anni a datare dal giorno dell'ultima registrazione.

Art. 48.

(Approvvigionamento e somministrazione nei cantieri di lavoro)

La richiesta per l'acquisto delle preparazioni indicate nelle tabelle I, II, III e IV previste dall'articolo 14, di cui devono essere provviste le aziende industriali, commerciali e agricole, a norma del decreto del Presidente della Repubblica 19 marzo 1956, n. 303, è fatta in triplice copia dall'azienda, nei limiti stabiliti nelle disposizioni previste. Essa deve precisare il nome dell'azienda e il luogo dove è ubicato il cantiere per il quale è rilasciata, nonchè il numero dei lavoratori addetti; inoltre deve essere vistata dal competente servizio dell'unità sanitaria locale nella cui circoscrizione il cantiere è ubicato.

La prima delle predette copie rimane per documentazione al richiedente; le altre due

devono essere rimesse al farmacista, che ne trattiene una per il proprio scarico e trasmette l'altra al competente servizio della unità sanitaria locale apponendovi la dicitura: « spedita il giorno . . . ».

Salvo che il fatto non costituisca più grave reato, chiunque violi una o più delle disposizioni dei precedenti commi è punito con l'ammenda da lire duecentomila a lire ottocentomila.

Il titolare dell'azienda o il medico del cantiere o, in mancanza, l'infermiere addetto o il capo cantiere è consegnatario della preparazione e deve annotare in apposito registro il carico e lo scarico.

Il registro di cui al precedente comma è vidimato e firmato in ciascuna pagina dal competente servizio dell'unità sanitaria locale nella cui circoscrizione l'azienda ha sede. Esso deve essere conservato per la durata di due anni a datare dal giorno dell'ultima registrazione.

Art. 49.

(Approvvigionamento per le necessità di pronto soccorso)

Fuori delle ipotesi di detenzione obbligatoria delle preparazioni previste negli articoli 47 e 48, il Ministero della sanità può rilasciare autorizzazione, indicando la persona responsabile della custodia e della utilizzazione, alla detenzione di dette preparazioni per finalità di pronto soccorso a favore di equipaggi e passeggeri di mezzi di trasporto terrestri, marittimi ed aerei o di comunità anche non di lavoro, di carattere temporaneo.

L'autorizzazione deve indicare i limiti quantitativi, in misura corrispondente alle esigenze mediamente calcolabili, nonchè le disposizioni che gli interessati sono tenuti ad osservare anche con riferimento all'articolo 64.

Art. 50.

(Istituti di ricerca scientifica. Assegnazione di stupefacenti e sostanze psicotrope)

Ai fini della ricerca scientifica e della sperimentazione o per indagini richieste dall'autorità giudiziaria o per scopi didattici,

gli istituti d'istruzione universitaria e i titolari di laboratorio di ricerca scientifica e sperimentazione, i periti d'ufficio dei tribunali e le aziende farmaceutiche autorizzate, all'uopo riconosciuti idonei dal Ministero della sanità, possono essere autorizzati a provvedersi di quantitativi di sostanze stupefacenti o psicotrope di cui alle tabelle I, II, III e IV e relative preparazioni occorrenti per ciascun ciclo di ricerca o di sperimentazione.

L'autorizzazione è rilasciata da parte del Ministero della sanità, previa determinazione dei quantitativi predetti. Di detti quantitativi deve essere dato conto al Ministero della sanità in qualsiasi momento ne venga fatta richiesta, nonchè con relazione scritta annuale contenente la descrizione delle ricerche e delle sperimentazioni compiute e con l'indicazione dei nomi dei ricercatori o dei periti. L'autorizzazione non è soggetta a tassa di concessione governativa.

Il responsabile della detenzione e dell'uso scientifico assume in entrata la sostanza e si munisce, ai fini della registrazione di scarico, delle dichiarazioni rilasciate dai singoli ricercatori e sperimentatori o periti.

Le persone autorizzate sono obbligate ad annotare in apposito registro vidimato dal competente servizio della unità sanitaria locale le seguenti indicazioni:

- a) gli estremi dell'atto di autorizzazione;
- b) la quantità di sostanze stupefacenti o psicotrope in entrata e in giacenza;
- c) la descrizione sommaria delle ricerche e delle sperimentazioni effettuate e l'indicazione dei prodotti ottenuti e delle quantità residue.

Alla cessazione dell'attività di ricerca o di sperimentazione, la detenzione di eventuali giacenze di sostanze o di prodotti ottenuti dovrà essere autorizzata dal Ministero della sanità.

I contravventori alle disposizioni del presente articolo sono puniti con l'ammenda da lire centomila a lire cinquecentomila, salvo che il fatto non costituisca più grave reato.

TITOLO VII

IMPORTAZIONE, ESPORTAZIONE
E TRANSITO

Art. 51.

(Disposizioni generali)

L'importazione, l'esportazione ed il transito di sostanze stupefacenti o psicotrope, di cui alle tabelle I, II, III e IV previste dall'articolo 14, e relative preparazioni nonchè delle preparazioni di cui alla tabella V, possono essere effettuati esclusivamente dagli enti e dalle imprese autorizzati ai sensi dell'articolo 15, primo comma.

In deroga al precedente comma, il Ministero della sanità può autorizzare l'importazione di piccoli quantitativi di preparati, anche da parte di persone non munite delle autorizzazioni di cui al comma stesso, per uso medicinale, umano o veterinario.

Per ogni singola operazione concernente sostanze e relative preparazioni di cui alle tabelle I, II, III e IV, deve essere rilasciato un permesso dall'Ufficio centrale stupefacenti in conformità alle disposizioni delle convenzioni internazionali in materia.

Le operazioni di cui al precedente comma devono essere svolte soltanto tramite le dogane di prima categoria.

Il permesso deve essere rilasciato per ogni singola operazione; ha la validità di mesi sei e può essere utilizzato anche per quantitativi inferiori a quelli assegnati.

Le sostanze stupefacenti o psicotrope dirette all'estero devono essere spedite a mezzo pacco postale con valore dichiarato. È vietata l'importazione di sostanze stupefacenti o psicotrope con destinazione ad una casella postale o ad una banca.

Le norme della presente legge si applicano alle zone, punti o depositi franchi qualora la disciplina a questi relativa vi consenta l'introduzione di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Durante il transito è vietato manomettere o in qualsiasi modo modificare gli involucri

contenenti sostanze stupefacenti o psicotrope salvo che per finalità doganali o di polizia. È vietato altresì destinarli, senza apposita autorizzazione del Ministero della sanità, a Paese diverso da quello risultante dal permesso di esportazione e da quello di transito.

Per il trasporto e la consegna di sostanze stupefacenti o psicotrope di importazione, esportazione o transito si applicano le norme di cui al precedente articolo 42.

Gli enti e le imprese che effettuano operazioni d'importazione, esportazione e transito di preparazioni di cui alla tabella V sono tenuti ad inviare al Ministero della sanità, entro dieci giorni dall'avvenuta operazione, su modello approvato dal Ministero stesso, le informazioni inerenti all'operazione effettuata.

Tutti coloro che importano od esportano sostanze di cui alla tabella VI sono tenuti a fornire al Ministero della sanità entro il primo trimestre di ogni anno i dati relativi alle operazioni effettuate nell'anno precedente. Il Ministero della sanità può in qualsiasi momento richiedere dati analitici sulle attività in questione anche in relazione a specifiche operazioni effettuate.

Art. 52.

(Domanda per il permesso di importazione)

Per ottenere il permesso di importazione, l'interessato è tenuto a presentare domanda direttamente al Ministero della sanità secondo le modalità indicate dal medesimo.

Art. 53.

(Importazione)

Il Ministero della sanità, rilasciato il permesso di importazione in conformità delle convenzioni internazionali, ne dà tempestivo avviso alla dogana presso la quale è effettuata l'importazione e, se quest'ultima è interna, anche alla dogana di confine.

L'eventuale inoltro dalla dogana di confine alla dogana interna è disposto con scorta di bolletta di cauzione per merci

estere dichiarate, sulla quale deve essere indicato l'indirizzo del locale autorizzato, destinato ad accogliere il prodotto.

L'importatore deve presentare al più presto alla dogana destinataria il permesso di importazione, insieme con la dichiarazione doganale, provvedendo in pari tempo, ove si debba procedere al prelevamento di campioni, a richiedere l'intervento del comando della Guardia di finanza.

La dogana destinataria, pervenuta la merce e qualora non sussista la possibilità di sdoganare immediatamente la merce medesima, ne dispone l'introduzione nei propri magazzini di temporanea custodia, dandone nello stesso tempo comunicazione al Ministero della sanità, al Servizio nazionale anti-droga, al competente comando della Guardia di finanza ed all'importatore.

Art. 54.

*(Sdoganamento e bolletta
di accompagnamento)*

La dogana, dietro presentazione dei documenti indicati nel penultimo comma del precedente articolo e dopo il prelievo dei campioni, provvede allo sdoganamento dei prodotti ed assicura i colli che li contengono con contrassegni doganali. Sulla bolletta di importazione la dogana, oltre alle indicazioni di rito, deve annotare anche gli estremi del permesso di importazione, da allegarsi alla bolletta matrice, e a scorta della merce importata rilascia una bolletta di accompagnamento riportante tutti i dati essenziali dell'avvenuta operazione nonché il termine entro cui la bolletta medesima dovrà essere restituita alla dogana emittente con le attestazioni di scarico.

L'arrivo a destinazione della merce deve risultare da attestazione che l'importatore, dopo che la merce sia stata presa in carico sull'apposito registro, avrà cura di far apporre sulla bolletta di accompagnamento dal più vicino ufficio di Pubblica sicurezza o comando dei Carabinieri o della Guardia di finanza ovvero dall'agente di scorta nel caso che questa sia stata disposta.

La bolletta di accompagnamento, munita dell'accennata attestazione, deve essere restituita entro il termine perentorio specificato nella bolletta stessa dall'importatore alla dogana, che informa dell'avvenuta regolare importazione, citando la data ed il numero della bolletta di importazione, il Ministero della sanità ed il comando della Guardia di finanza competente.

Trascorso il termine assegnato per la restituzione della bolletta di accompagnamento senza che questa sia stata restituita, la dogana redige processo verbale, informandone le autorità di cui al precedente comma.

Art. 55.

(Prelevamento dei campioni)

Nel caso di importazione di sostanze stupefacenti o psicotrope comprese nelle tabelle I, II, III e IV e relative preparazioni di cui all'articolo 14 la dogana destinataria provvede al **prelevamento di campioni**, a richiesta del Ministero della sanità e con le modalità e nelle quantità da questo fissate per ciascuna sostanza.

La dogana, quando il prelevamento è richiesto, preleva quattro separati campioni.

I singoli campioni devono essere contenuti in flaconi di vetro, con chiusura a tenuta, suggellati.

Sulla relativa etichetta, oltre alle indicazioni della quantità e qualità della sostanza, della ditta importatrice e della provenienza, devono figurare anche il titolo dichiarato del principio attivo dominante e la percentuale di umidità della sostanza. All'operazione di prelevamento dei campioni deve presenziare anche un militare della Guardia di finanza.

Per la predetta operazione deve essere redatto apposito verbale compilato in contraddittorio con l'importatore o un suo legale rappresentante e firmato dagli intervenuti.

Una copia del verbale è trasmessa, a cura della dogana, al Ministero della sanità, altra copia è allegata alla dichiarazione di importazione e una terza copia è consegnata all'importatore. Dei campioni prelevati, due

devono essere trasmessi, a cura della dogana, al Ministero della sanità, uno rimane alla dogana stessa ed uno è trattenuto in custodia dall'importatore, il quale deve tenerne conto agli effetti delle registrazioni di entrata ed uscita.

Art. 56.

(Analisi dei campioni)

L'analisi sul campione è disposta dal Ministero della sanità ed è effettuata entro sessanta giorni dall'Istituto superiore di sanità a spese dell'importatore.

I risultati sono comunicati a cura del Ministero stesso alla dogana competente, all'importatore e, per conoscenza, al laboratorio chimico centrale delle dogane e delle imposte dirette per gli usi di legge.

I residui delle analisi dei campioni ed i campioni non utilizzati sono restituiti, su richiesta, da avanzare entro e non oltre novanta giorni dalla data di certificazione di espletata analisi di accertamento, all'importatore a sue spese.

I residui e i campioni non richiesti restano a disposizione del Ministero della sanità.

Ad esito definitivo dell'analisi, l'importatore può utilizzare il campione affidatogli per la custodia.

Art. 57.

(Domanda per il permesso di esportazione)

Per ottenere il permesso di esportazione, l'interessato è tenuto a presentare domanda al Ministero della sanità secondo le modalità stabilite con decreto del Ministro della sanità.

Nel caso di sostanze e preparazioni soggette alla disciplina delle convenzioni internazionali sugli stupefacenti e sostanze psicotrope, la domanda deve essere corredata dal permesso di importazione rilasciato dalle competenti autorità del Paese di destinazione della merce, vidimato dalle autorità consolari italiane ivi esistenti.

Art. 58.

(Esportazione)

Il Ministero della sanità, rilasciato il permesso di esportazione, ne dà tempestivo avviso alla dogana di confine, attraverso la quale deve essere effettuata l'esportazione, ed al Servizio nazionale antidroga.

Copia del permesso è inoltrata alle competenti autorità del Paese di destinazione tramite il Ministero degli affari esteri.

Sulla matrice e sulla figlia della bolletta di esportazione rilasciata dalla dogana devono essere indicati la data ed il numero del permesso di esportazione, il quale rimane allegato alla matrice.

Dell'avvenuta uscita della merce dal territorio della Repubblica la dogana dà immediata comunicazione al Ministero della sanità ed al Servizio nazionale antidroga, segnalando gli estremi della bolletta e del permesso di esportazione.

Nel caso di esportazione a mezzo pacco postale, ferroviario od aereo, il permesso di esportazione deve essere presentato dall'operatore agli uffici postali, agli scali ferroviari od aerei, i quali sono tenuti ad unirli ai documenti di viaggio a scorta della merce fino alla dogana di uscita. Quest'ultima provvede agli adempimenti indicati nei precedenti commi.

La spedizione deve essere effettuata secondo le modalità stabilite con decreto del Ministro della sanità.

Art. 59.

(Domanda per il permesso di transito)

Per ottenere il permesso di transito l'operatore è tenuto a presentare domanda al Ministero della sanità secondo le modalità stabilite.

Nel caso di sostanze e preparazioni soggette alla disciplina delle convenzioni internazionali sugli stupefacenti e sostanze psicotrope, la domanda deve essere corredata da:

a) permesso di importazione rilasciato dalle competenti autorità del Paese di destinazione;

b) permesso di esportazione rilasciato dalle competenti autorità del Paese di provenienza.

I documenti previsti alle lettere a) e b) del precedente comma possono essere esibiti in fotoriproduzione o in copia, purchè vidimati dalle competenti autorità consolari italiane.

Il transito è ammesso soltanto tramite dogana di prima categoria.

Art. 60.

(Transito)

Il Ministero della sanità, rilasciato il permesso di transito di sostanze stupefacenti o psicotrope, ne dà tempestivamente avviso alle dogane di entrata e uscita ed al Servizio nazionale antidroga.

La dogana di entrata, ricevuto l'avviso e ritirato il permesso di transito, procede all'inoltro della merce alla dogana di uscita, emettendo, a scorta della merce stessa, bolletta di cauzione estera dichiarata alla cui figlia allega il permesso di transito. Il termine di validità di tale bolletta deve essere fissato sulla base del tempo strettamente necessario perchè la merce raggiunga, per la via più breve, la dogana di uscita.

Tanto sulla matrice quanto sulla figlia della bolletta di cauzione la dogana emittente deve indicare la data e il numero del permesso di transito. La stessa dogana comunica quindi al Ministero della sanità, nonchè alla dogana di uscita, l'arrivo e la spedizione della merce, specificando gli estremi della bolletta emessa.

La dogana di uscita, effettuata l'operazione, invia il certificato di scarico alla dogana di entrata e questa, ricevuto il certificato medesimo, provvede a dare conferma al Ministero della sanità dell'avvenuta uscita della merce dal territorio della Repubblica, precisando i dati concernenti l'operazione effettuata.

Nel caso di mancato scarico parziale o totale della bolletta di cauzione, la dogana di uscita, indipendentemente dagli altri adempimenti di competenza, informa immediatamente il più vicino posto di polizia di frontiera, il Ministero della sanità ed il Servizio nazionale antidroga.

TITOLO VIII

DOCUMENTAZIONE E CUSTODIA

Art. 61.

(Registro di entrata e uscita per gli enti e le imprese autorizzati alla fabbricazione, all'impiego e al commercio di sostanze stupefacenti o psicotrope e per le farmacie)

Ogni acquisto o cessione, anche a titolo gratuito, di sostanze stupefacenti o psicotrope e relative preparazioni di cui alle tabelle I, II, III e IV e delle preparazioni farmaceutiche di cui alla tabella V da parte di enti e imprese autorizzati alla fabbricazione, all'impiego e al commercio all'ingrosso e ogni acquisto o cessione, anche a titolo gratuito, di sostanze e preparazioni di cui alle tabelle I, II, III e IV e relative preparazioni da parte delle farmacie deve essere iscritto in un registro speciale, conforme a modello approvato con decreto del Ministro della sanità. Detto registro è firmato in ogni pagina dal competente ufficio della unità sanitaria locale, che riporta nella prima pagina gli estremi dell'autorizzazione e dichiara nell'ultima il numero delle pagine di cui il registro è costituito.

In detto registro, senza alcuna lacuna, abrasione o aggiunta, in ordine cronologico, deve essere contabilizzato per ciascuna sostanza e preparazione il movimento di entrata e di uscita.

Art. 62.

(Registro di lavorazione per gli enti e le imprese autorizzati alla fabbricazione di sostanze stupefacenti o psicotrope)

Gli enti e le imprese autorizzati alla fabbricazione di sostanze stupefacenti o psicotrope, ivi compresa la loro trasformazione, iscritte nelle tabelle I, II, III e IV di cui all'articolo 14, devono tenere, oltre al registro di entrata e uscita, anche un registro di lavorazione, conforme a modello approvato con decreto del Ministro della sanità.

Tale registro è firmato in ogni pagina dal direttore dell'Ufficio centrale stupefacenti del Ministero della sanità o da un funzionario dello stesso Ufficio all'uopo delegato.

In detto registro devono essere contabilizzate le quantità di materie prime poste in lavorazione nonchè i prodotti e sottoprodotti ottenuti da ciascuna lavorazione. Le sostanze stupefacenti o psicotrope trasformate a seguito delle lavorazioni devono essere iscritte in uscita nel registro di cui all'articolo 61, con le indicazioni che ne consentano il collegamento con i dati riportati nel registro di lavorazione.

Le sostanze stupefacenti o psicotrope ottenute per sintesi, estrazione o trasformazione devono essere iscritte in entrata nel registro di cui all'articolo 61, con le indicazioni che ne consentano il collegamento con i dati riportati nel registro di lavorazione.

Art. 63.

(Chiusura e conservazione dei registri)

Il registro di cui all'articolo 61 deve essere chiuso il 31 dicembre di ogni anno. La chiusura deve compiersi mediante scritturazione dei totali delle quantità di ciascun prodotto in entrata e in uscita e delle differenze in giacenza. I registri devono essere conservati da parte degli enti e delle imprese autorizzati alla fabbricazione per la durata di dieci anni a datare dal giorno dell'ultima registrazione. Detto termine è ridotto a cinque anni per le officine che impiegano sostanze stupefacenti e psicotrope, per i commercianti all'ingrosso e per le farmacie.

Art. 64.

(Registro di carico e scarico per i medici chirurghi e i medici veterinari, le navi mercantili e i cantieri di lavoro, i trasporti terrestri ed aerei e le comunità temporanee)

Nel registro di carico e scarico previsto dai precedenti articoli 43, 47, 48 e 49 devono

essere annotati per ogni somministrazione, oltre al cognome, il nome e la residenza del richiedente, la data della somministrazione, la denominazione e la quantità della preparazione somministrata, la diagnosi o la sintomatologia. Ciascuna pagina del registro è intestata ad una sola preparazione e deve essere osservato un ordine progressivo numerico unico delle operazioni di carico e scarico.

Detti registri ogni anno dalla data di rilascio devono essere sottoposti al controllo e alla vidimazione del competente ufficio dell'unità sanitaria locale o del medico di porto che ne ha effettuato la prima vidimazione.

Art. 65.

(Obbligo di trasmissione di dati)

Gli enti e le imprese autorizzati alla produzione, alla fabbricazione e all'impiego di sostanze stupefacenti o psicotrope comprese nelle tabelle I, II, III e IV di cui all'articolo 14 devono trasmettere ai competenti uffici del Ministero della sanità e dell'unità sanitaria locale annualmente, non oltre il 15 gennaio di ciascun anno, i dati riassuntivi dell'anno precedente e precisamente:

a) la quantità e qualità delle materie utilizzate per la produzione di medicinali o prodotti diversi dai medicinali preparati nel corso dell'anno;

b) la quantità e qualità dei prodotti venduti nel corso dell'anno;

c) la quantità e qualità delle giacenze esistenti al 31 dicembre;

d) la quantità e qualità di sostanze di cui alle tabelle I, II, III e IV e relative preparazioni importate o esportate.

La presentazione dei dati dovrà essere effettuata su modelli approvati dal Ministero della sanità.

Art. 66.

(Perdita, smarrimento o sottrazione)

In caso di perdita, smarrimento o sottrazione dei registri, di loro parti o dei relativi documenti giustificativi, gli interessati, entro ventiquattro ore dalla constatazione, devono farne denuncia scritta alla più vicina autorità di Pubblica sicurezza e darne comunicazione al Ministero della sanità.

Per le farmacie la comunicazione di cui al precedente comma deve essere fatta al competente ufficio dell'unità sanitaria locale, nella cui circoscrizione ha sede la farmacia.

Art. 67.

(Registri di entrata e uscita, di lavorazione, di carico e scarico. Trasmissione di dati)

Salvo che il fatto non costituisca più grave reato, chiunque non ottempera alle norme sulla tenuta dei registri di entrata e uscita, di carico e scarico e di lavorazione nonchè all'obbligo di trasmissione dei dati e di denuncia di cui agli articoli da 61 a 66 è punito con l'arresto sino a due anni o con l'ammenda da lire trecentomila a lire cinque milioni.

Art. 68.

(Obbligo di trasmissione di dati e di segnalazioni)

Gli enti e le imprese sono tenuti a notificare al Ministero della sanità, preliminarmente al suo inizio, ogni attività di fabbricazione, impiego, commercio all'ingrosso, importazione ed esportazione di sostanze e preparazioni di cui alla tabella VI dell'articolo 14.

Detta notifica dovrà comportare la specificazione della denominazione, ragione sociale, sede legale, codice fiscale e sede dell'officina o deposito dove verrà esercitata l'attività, la specificazione dell'attività che si intende svolgere e la specificazione delle singole sostanze e dei preparati oggetto dell'attività stessa.

Il Ministero della sanità può, in qualsiasi momento, richiedere alle aziende di cui al primo comma notizie e dati, che devono

essere forniti entro il termine stabilito.

Chiunque non ottemperi a quanto disposto nel presente articolo è punito con l'ammenda da lire duecentomila a lire ottocentomila.

I direttori delle cliniche, degli ospedali, delle case di cura e dei laboratori di ricerca debbono comunicare tempestivamente al Ministero della sanità gli effetti dannosi eventualmente cagionati dalle sostanze innanzi menzionate ed in particolare i fenomeni di assuefazione e di farmacodipendenza. Uguale obbligo spetta ai sanitari, anche non addetti a cliniche, ospedali o case di cura. Nelle segnalazioni al Ministero della sanità deve essere omessa la menzione del nome della persona curata.

Art. 69.

(Prescrizioni relative alla vendita)

Le preparazioni farmaceutiche contenenti le sostanze incluse nelle tabelle IV e V di cui all'articolo 14 possono essere vendute solo su presentazione di ricetta medica, che deve essere trattenuta dal farmacista in quanto non ripetibile e per i successivi atti amministrativi, salvo quanto previsto dalla tabella n. 4 della Farmacopea ufficiale.

Le preparazioni farmaceutiche di cui all'elenco relativo alle tabelle IV, V e VI dell'articolo 14 possono essere vendute solo su presentazione di ricetta medica.

Chiunque violi le disposizioni contenute nei commi precedenti è punito con l'ammenda da lire centomila a lire cinquecentomila.

I prontuari terapeutici debbono presentare la connotazione di tutte le specialità e le confezioni contenenti le sostanze incluse nelle sei tabelle dell'articolo 14.

TITOLO IX

REPRESSIONE DELLE ATTIVITÀ ILLECITE. DISPOSIZIONI PENALI E PROCESSUALI

Art. 70.

(Attività illecite)

Chiunque, senza autorizzazione, produce, fabbrica, estrae, pone in vendita, distribui-

sce, acquista, cede o riceve a qualsiasi titolo, procura ad altri, trasporta, importa, esporta, passa in transito o illecitamente detiene, fuori delle ipotesi previste dagli articoli 71 e 84, sostanze stupefacenti o psicotrope, di cui alle tabelle I e III previste dall'articolo 14, è punito con la reclusione da quattro a quindici anni e con la multa da lire dieci milioni a lire cento milioni.

Chiunque, essendo munito dell'autorizzazione di cui all'articolo 15, illecitamente cede, mette o procura che altri mettano in commercio le sostanze o le preparazioni indicate nel precedente comma, è punito con la reclusione da quattro a diciotto anni e con la multa da lire dieci milioni a lire cento milioni.

Le stesse pene si applicano a chiunque fabbrica sostanze stupefacenti o psicotrope diverse da quelle stabilite nel decreto di autorizzazione.

Se taluno dei fatti previsti dai precedenti commi riguarda sostanze stupefacenti o psicotrope classificate nelle tabelle II e IV di cui all'articolo 14, si applicano la reclusione da due a sei anni e la multa da lire due milioni a lire cinquanta milioni.

Art. 71.

(Altre attività illecite: modica quantità)

Chiunque, fuori dei casi previsti dall'articolo 84, senza autorizzazione o comunque senza titolo legittimo, offre, pone in vendita, vende, distribuisce o cede, a qualsiasi titolo, anche gratuito, sostanze stupefacenti o psicotrope classificate nelle tabelle I e III di cui all'articolo 14, in modica quantità, è punito con la reclusione fino a sei mesi e con la multa da lire duecentomila a lire un milione. In caso di recidiva, la pena è della reclusione da due a sei anni e della multa da lire cinquecentomila a lire dodici milioni.

Se taluno dei fatti previsti dal primo comma e per la quantità suindicata riguarda sostanze stupefacenti o psicotrope classificate nelle tabelle II e IV di cui all'artico-

lo 14, la pena è della reclusione fino a tre mesi e della multa da lire centomila a lire cinquecentomila. In caso di recidiva, la pena è della reclusione da uno a quattro anni e della multa da lire duecentomila a lire dieci milioni.

Art. 72.

(Applicabilità delle disposizioni più gravi)

Si applicano in ogni caso le disposizioni dell'articolo 70:

a) quando le sostanze stupefacenti o psicotrope vengono cedute a qualsiasi titolo, anche gratuito, a persona di età minore o comunque destinate a persone di età minore per uso non terapeutico;

b) quando la produzione, la fabbricazione, l'estrazione, l'offerta, la vendita, la distribuzione, la cessione riguardano sostanze stupefacenti o psicotrope che siano il prodotto di trasformazione chimica della *cannabis*, ovvero sostanze adulterate o commiste ad altre in modo che ne risulti accentuata la potenzialità lesiva.

Art. 73.

(Aggravanti specifiche)

Le pene previste per i delitti di cui all'articolo 70 della presente legge sono aumentate da un terzo alla metà:

1) nei casi in cui le sostanze stupefacenti o psicotrope sono consegnate a persone di età minore o comunque destinate a persona di età minore o palesemente incapace per uso non terapeutico;

2) se il fatto è commesso da tre o più persone, in concorso tra loro, o se il colpevole fa parte di una associazione per delinquere;

3) nei casi previsti dai numeri 2, 3 e 4 dell'articolo 112 del codice penale;

4) per chi ha indotto a commettere il reato, o a cooperare nella commissione del

reato, persona dedita all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope;

5) se il fatto è stato commesso da persona armata o travisata.

Se il fatto riguarda quantità ingenti di sostanze stupefacenti o psicotrope le pene sono aumentate dalla metà a due terzi.

Lo stesso aumento di pena si applica se il colpevole, per commettere il delitto o per conseguirne per sè o per altri il profitto, il prezzo o l'impunità, ha fatto uso di armi.

Si applica la disposizione dell'ultimo comma dell'articolo 112 del codice penale.

Le aggravanti previste dal presente articolo, eccettuata quella indicata nel secondo comma, si applicano anche ai delitti previsti dagli articoli 70 e 71.

Quando le circostanze aggravanti, generali o previste dalla presente legge, riguardino delitti relativi alle sostanze di cui alle tabelle I, II e III e concorrano con una o più circostanze attenuanti, non si applicano le disposizioni dell'articolo 69 del codice penale e le diminuzioni si operano sulla pena conseguente all'applicazione delle aggravanti.

Art. 74.

(Agevolazione colposa)

Il gestore di un locale pubblico che, per colpa, consente l'impiego del locale come luogo di convegno abituale di persone che ivi si danno all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope comprese nelle tabelle I e III di cui all'articolo 14 è punito con la reclusione da uno a quattro anni e con la multa da lire cinquecentomila a lire tre milioni. La stessa pena si applica quando il fatto è commesso, per colpa, dal gestore o da chiunque abbia la disponibilità di un circolo privato di qualsiasi specie.

Qualora si tratti di pubblico esercizio, la condanna dell'esercente comporta la chiusura dell'esercizio da uno a sei mesi.

Se i fatti di cui al presente articolo riguardano le sostanze elencate nella tabella II dell'articolo 14, si applica la pena della reclusione da tre mesi ad un anno e della multa da lire duecentomila a lire un milione.

Art. 75.

(Agevolazione dolosa dell'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope)

Chiunque adibisce o consente che sia adibito un locale pubblico o un circolo privato di qualsiasi specie a luogo di convegno di persone che ivi si danno all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, comprese nelle tabelle I e III di cui all'articolo 14, è punito, per questo solo fatto, con la reclusione da tre a dieci anni e con la multa da lire due milioni a lire dieci milioni.

Se i fatti di cui al presente articolo riguardano le sostanze elencate nella tabella II dell'articolo 14, si applica la pena della reclusione da sei mesi a tre anni e della multa da lire seicentomila a lire sei milioni.

Chiunque, avendo la disponibilità di un immobile, di un ambiente o di un veicolo a ciò idoneo, lo adibisce o consente che altri lo adibisca a luogo di convegno abituale di persone che ivi si diano all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope è punito con le stesse pene previste nei commi precedenti.

La pena è aumentata dalla metà ai due terzi se al convegno partecipa persona di età minore. Qualora si tratti di pubblici esercizi, la condanna dell'esercente importa la chiusura dell'esercizio stesso per un periodo da uno a tre anni.

La chiusura del pubblico esercizio può essere disposta con provvedimento cautelare del prefetto territorialmente competente o dal Ministro della sanità, ove si tratti di esercizi aperti o condotti in base a provvedimenti di quest'ultimo, fatte salve, in ogni caso, le disposizioni dell'autorità giudiziaria.

Art. 76.

(Induzione all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope)

Chiunque induce una o più persone all'uso illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope, classificate nelle tabelle I e III di cui all'articolo 14, o svolge attività di proselitismo, sia pubblicamente che in privato,

per l'uso illecito di dette sostanze, è punito con la reclusione da uno a cinque anni e con la multa da lire un milione a lire cinque milioni.

La pena è aumentata se il fatto è commesso in danno di persona di età minore o palesemente incapace, oppure all'interno o in prossimità di scuole di ogni ordine e grado e di comunità giovanili, di caserme, di carceri, di ospedali o comunque di strutture socio-sanitarie.

La pena è raddoppiata:

1) se il fatto è commesso in danno di persona che non ha compiuto gli anni 14;

2) se al colpevole la persona è stata affidata per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia.

Le stesse pene si applicano a chiunque, fuori delle ipotesi di cui al precedente articolo 75, favorisce l'uso delle sostanze stupefacenti o psicotrope indicate nel primo comma del presente articolo ovvero dall'uso trae comunque profitto.

Se il fatto riguarda le sostanze stupefacenti o psicotrope di cui alla tabella II dell'articolo 14, si applicano le pene previste dai precedenti commi, diminuite da un terzo alla metà.

Art. 77.

(Associazione per delinquere)

Quando tre o più persone si associano allo scopo di commettere più delitti tra quelli previsti dagli articoli 74, 75 e 76, coloro che promuovono, costituiscono, organizzano o finanziano l'associazione sono puniti, per ciò solo, con la reclusione non inferiore a quindici anni e con la multa da lire cinquanta milioni a lire duecento milioni.

Per il solo fatto di partecipare all'associazione, la pena è della reclusione da tre a quindici anni e della multa da lire dieci milioni a lire cinquanta milioni.

I capi soggiacciono alla stessa pena stabilita per i promotori.

La pena è aumentata se il numero degli associati è di dieci o più o se tra i parteci-

panti vi sono persone dedite all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope. È altresì aumentata per i partecipanti non tossicomani quando dell'associazione fanno parte persone dedite all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope. Se l'associazione è armata, la pena, nei casi indicati dal primo e terzo comma del presente articolo, non può essere inferiore a venti anni di reclusione e, nel caso previsto dal secondo comma, a cinque anni di reclusione. L'associazione si considera armata quando tre o più partecipanti possiedono armi, o anche quando le armi sono occultate o tenute in luogo di deposito.

Le pene previste nei commi primo, secondo, terzo e quarto sono ridotte della metà quando i delitti di cui agli articoli 70 e 71 hanno ad oggetto le sostanze di cui alla tabella II dell'articolo 14.

Art. 78.

(Adulterazione delle sostanze stupefacenti o psicotrope)

Le pene sono aumentate quando i fatti di cui agli articoli 76 e 77 hanno ad oggetto o si riferiscono a sostanze stupefacenti o psicotrope adulterate o commiste ad altre in modo che ne risulti accentuata la potenzialità lesiva.

Art. 79.

(Casi di non punibilità e riduzioni di pena)

Nei casi previsti dall'articolo 77 della presente legge non sono punibili coloro i quali, prima che sia commesso alcuno dei reati per cui l'associazione fu costituita:

- 1) disciolgono o comunque determinano lo scioglimento dell'associazione stessa;
- 2) non essendo promotori, organizzatori o capi dell'associazione se ne ritirano.

Non sono punibili coloro che impediscono ogni esecuzione criminosa per cui l'associazione è stata costituita.

Le pene stabilite nell'articolo 77 sono ridotte dalla metà a due terzi per coloro che, dopo che sia stato consumato o tentato

uno dei reati per cui l'associazione venne costituita, e non avendo concorso alla commissione del medesimo, tengano uno dei comportamenti previsti nel primo comma e collaborino con l'autorità giudiziaria o con quella di polizia nella raccolta di prove decisive per l'individuazione o la cattura degli altri associati.

Le pene per i reati previsti dagli articoli 70, 71, 76 e 77 della presente legge sono ridotte da un terzo alla metà nei confronti di coloro che forniscono alla autorità giudiziaria o alla polizia giudiziaria prove decisive per l'individuazione o la cattura dei concorrenti nonchè per l'individuazione o la cattura dei relativi colpevoli.

Per le ipotesi di false o reticenti dichiarazioni preordinate al conseguimento dei benefici che il presente articolo ricollega alla collaborazione con l'autorità giudiziaria o la polizia giudiziaria si applica l'articolo 10 della legge 29 maggio 1982, n. 304.

Art. 80.

(Disposizioni a tutela di determinati testimoni o imputati)

Il Comitato dei Ministri di cui all'articolo 2 approva un programma a tutela di coloro che sono esposti ad attuale pericolo di gravi rappresaglie personali per avere, con dichiarazioni rese nella qualità di testimoni o di imputati, aiutato concretamente l'autorità giudiziaria o la polizia giudiziaria nella raccolta di prove decisive per l'individuazione o la cattura degli autori dei delitti previsti dalla presente legge; detto programma prevede anche la tutela dei familiari.

Art. 81.

(Prescrizioni abusive)

Le pene previste dai precedenti articoli 70, primo ed ultimo comma, e 71 si applicano altresì a carico del medico chirurgo o del medico veterinario che rilascia prescrizioni delle sostanze stupefacenti o psicotrope ivi indicate per uso non terapeutico.

Art. 82.

(Divieto di propaganda pubblicitaria)

È vietata la propaganda al pubblico di qualsiasi preparazione o sostanza compresa nelle tabelle I, II e III previste dall'articolo 14.

Chiunque contravviene a tale disposizione è punito con un'ammenda da lire cinquantamila a lire tre milioni.

Art. 83.

(Pene accessorie)

Per i reati di cui agli articoli 70, 71, 75, 76 e 77 con la sentenza di condanna il giudice può disporre, per un periodo di tempo non superiore a tre anni, il divieto di espatrio, nonchè, in deroga alle disposizioni vigenti in materia, il ritiro, per lo stesso periodo di tempo, della patente di guida.

Le stesse disposizioni si applicano nel caso di riconoscimento, effettuato a norma dell'articolo 12 del codice penale, di sentenza penale straniera di condanna per uno dei delitti sopra indicati.

La condanna per uno dei reati previsti dagli articoli precedenti comporta la confisca delle sostanze nonchè dei mezzi comunque usati per commettere il reato.

Art. 84.

(Detenzione per uso personale)

Non è punibile chi acquista o detiene senza titolo legittimo sostanze stupefacenti o psicotrope di cui alle tabelle I, II, III e IV dell'articolo 14 allo scopo di farne uso personale, purchè in quantità non superiore a quella assunta abitualmente dal soggetto in questione nelle 24 ore o, in caso di uso occasionale, in quantità non superiore alle dosi medie efficaci delle sostanze suddette.

La dose abituale ai fini della non punibilità deve essere accertata mediante l'applicazione di procedure diagnostiche e medico-legali e secondo modalità definite con

decreto del Ministro della sanità entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge e aggiornate in relazione alla evoluzione delle metodiche diagnostiche nel settore. Gli accertamenti medico-legali devono essere avviati entro 24 ore dal fermo del soggetto. A tali fini possono essere utilizzate perizie mediche già effettuate, per le stesse finalità, sul medesimo soggetto.

Le dosi medie efficaci delle sostanze suddette sono stabilite, secondo parametri tossicologici, con decreto del Ministro della sanità entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge.

Sono sempre soggette a sequestro le sostanze acquistate o detenute ai sensi del primo comma. Il sequestro è operato da ufficiali o agenti di polizia giudiziaria; la confisca è disposta dalla autorità giudiziaria. Per le sostanze sequestrate o confiscate si applicano le norme contenute nel titolo IV della presente legge.

Art. 85.

(Guida in stato di intossicazione)

È vietato guidare sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o psicotrope o di preparati che comunque abbiano alterato lo stato psico-fisico del conducente.

Le sostanze e i preparati di cui al comma precedente sono quelli indicati nelle tabelle di cui agli articoli 13 e 14 della presente legge.

Chiunque guidi nelle condizioni indicate nel primo comma è punito con l'arresto fino a sei mesi o con l'ammenda da lire centomila a lire trecentomila. In caso di recidiva si applica la sola pena dell'arresto. Se dal fatto deriva un incidente stradale le pene dell'arresto e dell'ammenda si applicano congiuntamente.

In caso di incidente o quando si abbia motivo di ritenere che il conducente del veicolo si trovi nelle condizioni indicate nel primo comma, gli ufficiali, i funzionari e gli agenti delle forze dell'ordine hanno facoltà di accompagnare il conducente nel più vicino ospedale o posto di pronto soccorso per un esame clinico generale e per il controllo delle urine, eventualmente del sangue o di

altre secrezioni, al fine di stabilire le condizioni predette.

In caso di rifiuto di sottoporsi agli accertamenti di cui al comma precedente, il conducente è punito con l'arresto fino a dodici mesi o con l'ammenda da lire trecentomila a lire un milione. In caso di rifiuto successivo ad incidente stradale le dette pene si applicano congiuntamente.

Gli accertamenti di cui al quarto comma devono essere effettuati secondo le modalità e le tecniche che verranno stabilite con decreto del Ministro della sanità.

Art. 86.

(Attività illecite commesse da minori)

Le persone minori di età, che commettono taluni dei fatti previsti dagli articoli 70, 71, 76 e 77, sono denunciate al tribunale dei minorenni, il quale demanda l'esame del minore ai competenti organi dell'unità sanitaria locale, che esprime parere sulle opportune misure per la cura e il riadattamento.

Il tribunale successivamente decide per l'applicazione delle pene e delle misure di sicurezza che debbono essere inflitte, quando si tratti di soggetto imputabile, oppure, se non imputabile, dispone per un idoneo programma di recupero e reinserimento.

In ogni caso il tribunale deve tener conto del parere espresso dei competenti organi delle unità sanitarie locali.

Se la legge prevede cause di non punibilità o se il soggetto non sia imputabile, il tribunale dei minorenni può adottare i provvedimenti necessari a consentire gli opportuni accertamenti e trattamenti obbligatori di cui all'articolo 115 nel caso che l'interessato rifiuti di assoggettarsi volontariamente al trattamento necessario.

Se deve applicarsi una pena o una misura di sicurezza, il procuratore della Repubblica può proporre che i provvedimenti previsti dagli articoli 115 e 116 siano adottati cumulativamente o in sostituzione della pena o della misura di sicurezza.

Quando uno dei suddetti provvedimenti sostituisce la pena, il tribunale dei minorenni dichiara con sentenza di non doversi procedere.

In caso di renitenza al provvedimento, l'azione penale può essere riproposta purchè non sia intervenuta una causa di estinzione del reato.

La sentenza di condanna può contenere in ogni caso i provvedimenti di cui agli articoli 115 e 116.

Il pubblico ministero, il tribunale dei minorenni e la sezione della corte d'appello conservano comunque i poteri di cui all'articolo 11 del regio decreto-legge 20 luglio 1934, n. 1404, convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 27 maggio 1935, n. 835, sull'istituzione e il funzionamento del tribunale dei minorenni.

Anche con la sentenza con cui dichiara di non doversi procedere per la concessione del perdono giudiziale, il tribunale dei minorenni può adottare i provvedimenti di cui agli articoli 115 e 116.

Art. 87.

(Misure per la prevenzione e la repressione del comportamento tossicomano in luogo pubblico)

Chiunque, in luogo pubblico o aperto al pubblico, sia colto in stato di inebetimento per l'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope è immediatamente avviato alle strutture predisposte dalle unità sanitarie locali per gli idonei trattamenti medico-sanitari, nonchè agli appositi centri per gli interventi socio-riabilitativi.

Entro 48 ore i competenti organi dell'unità sanitaria locale e dei centri per gli interventi socio-riabilitativi sono tenuti a segnalare al pretore, nel cui mandamento essi rientrano, le persone loro avviate. Il pretore, entro le successive 48 ore, provvede alla convalida del predetto avvio con la procedura di cui al secondo comma dell'articolo 113.

In caso di rifiuto del trattamento terapeutico o socio-riabilitativo necessario, si provvede ai sensi degli articoli 114, 116, 117 e 118 della presente legge.

Qualora i soggetti di cui al precedente primo comma arrechino molestie o pongano in essere situazioni di pericolo all'incolumità propria o altrui, sono puniti con l'arresto fino a sei mesi o con l'ammenda da lire cinquantamila a lire due milioni.

Le pene si applicano congiuntamente se il fatto riguarda le sostanze di cui alle tabelle I e III dell'articolo 14.

La pena è dell'arresto da tre a sei mesi e dell'ammenda da lire cinquantamila a lire due milioni se il fatto è commesso da chi ha già riportato una condanna per delitto anche colposo contro la vita o l'incolumità personale.

La pena è aumentata se l'assunzione delle predette sostanze è abituale.

Art. 88.

(Connessione)

In deroga a quanto disposto dall'articolo 45 del codice di procedura penale, per i procedimenti relativi ai delitti previsti dalla presente legge la connessione opera soltanto se è indispensabile per l'accertamento dei reati medesimi o delle responsabilità dell'imputato.

Art. 89.

(Rito direttissimo)

Per i delitti previsti dalla presente legge, se non sono necessarie speciali indagini, si procede con giudizio direttissimo e si prosegue con il medesimo rito, anche in deroga agli articoli 502 e 504 del codice di procedura penale.

Art. 90.

*(Misure di sicurezza
nei confronti dello straniero)*

Lo straniero condannato per uno dei delitti previsti dagli articoli 70, 71, 74, 75, 76 e 77 della presente legge, a pena espia, deve essere espulso dallo Stato.

Lo stesso provvedimento di espulsione dallo Stato può essere adottato nei confronti dello straniero condannato per uno degli altri delitti previsti dalla presente legge.

Per l'esecuzione del provvedimento di espulsione si applicano le disposizioni di cui agli articoli 150 e 151 del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza, approvato con il regio decreto 18 giugno 1931, n. 773.

TITOLO X

NORME PER LA LOTTA AL TRAFFICO INTERNAZIONALE ED ALLA CRIMINALITA' ORGANIZZATA

Art. 91.

*(Estensione dell'articolo 165-ter
del codice di procedura penale)*

Ai delitti previsti dalla presente legge si applica la disciplina di cui all'articolo 165-ter del codice di procedura penale nonchè alle altre disposizioni che a tale norma fanno riferimento.

Art. 92.

*(Invio di campioni di sostanze sequestrate
al Servizio nazionale antidroga)*

In deroga alle vigenti disposizioni del codice di procedura penale, gli ufficiali e gli agenti di polizia giudiziaria, i quali procedano, di propria iniziativa, a sequestro di sostanze stupefacenti o psicotrope, debbono immediatamente darne comunicazione al Servizio di cui al secondo comma dell'articolo 3, che può disporre l'invio di un campione delle sostanze sequestrate per le analisi e le comparazioni da eseguirsi ai fini delle conoscenze sulle fonti, le correnti e l'evoluzione del traffico illecito, salvo che per l'esiguità quantitativa delle sostanze

stesse, il prelievo del campione possa pregiudicare i successivi accertamenti giudiziari. Della richiesta e dell'invio si redige apposito processo verbale.

Analogamente deve procedere l'autorità giudiziaria che abbia disposto il sequestro di sostanze stupefacenti o psicotrope. All'invio del campione, su richiesta del suindicato Servizio, si provvede a mezzo di un ufficiale di polizia giudiziaria. L'invio deve essere effettuato entro le 48 ore successive alla richiesta, a meno che l'autorità giudiziaria non emetta provvedimento motivato di differimento.

Entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da emanarsi su proposta del Ministro di grazia e giustizia di concerto con i Ministri dell'interno e della sanità, saranno stabilite le modalità per il prelievo del campione e la quantità delle sostanze, che in ogni caso va contenuta nel minimo indispensabile, nonché per la certificazione dell'invio e della ricezione del campione.

I risultati delle analisi e delle comparazioni previste dal presente articolo sono inseriti negli archivi automatizzati del Centro elaborazione dati di cui all'articolo 8 della legge 1° aprile 1981, n. 121; per le esigenze di istruttorie penali concernenti i delitti di cui agli articoli 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82 e 83, primo comma, il procuratore della Repubblica e il giudice istruttore possono accedere a detti archivi secondo le previsioni della stessa legge e del decreto del Presidente della Repubblica 3 maggio 1982, n. 378.

Art. 93.

(Disposizioni in materia doganale)

Agli atti previsti dagli articoli 19, 20 e 20-bis del decreto del Presidente della Repubblica 23 gennaio 1973, n. 43, e successive modificazioni, che possono essere realizzati anche al fine di rinvenire sostanze stupefacenti o psicotrope illecitamente detenute, procedono rispettivamente l'autorità do-

ganale nell'ambito degli spazi doganali e, al di fuori di essi, gli organi della Guardia di finanza, di propria iniziativa o su motivata richiesta scritta di ufficiali o agenti di polizia giudiziaria, quando si abbiano ragionevoli sospetti circa l'illecita detenzione delle sostanze stesse.

Art. 94.

*(Ritardo negli atti di arresto,
fermo o sequestro per favorire
acquisizioni più rilevanti)*

L'autorità giudiziaria procedente per i delitti di cui agli articoli 70 e 75 della presente legge può disporre, in deroga alle norme vigenti e con provvedimento motivato, che gli ufficiali e gli agenti di polizia giudiziaria e le autorità doganali, secondo le rispettive competenze, ritardino gli atti di arresto, di fermo e di sequestro ovvero omettano gli atti di cui agli articoli 19 e 20 del decreto del Presidente della Repubblica 23 gennaio 1973, n. 43, in relazione all'illecita introduzione di sostanze stupefacenti o psicotrope nel territorio nazionale, ove sussistano fondate ragioni per ritenere che l'intervento della polizia giudiziaria, in una fase successiva, consentirà l'acquisizione di rilevanti e più completi elementi di prova in ordine ai reati suddetti, nonchè ai fini della individuazione o della cattura dei colpevoli.

Il provvedimento impartisce le disposizioni di massima per il controllo, da parte della polizia giudiziaria, degli sviluppi dell'attività criminosa indicata nel primo comma.

Il provvedimento stesso è comunicato all'autorità giudiziaria nella cui giurisdizione è compresa la frontiera interessata, nonchè al Servizio di cui al secondo comma dell'articolo 3 per il coordinamento delle attività di controllo di cui al precedente comma.

In casi particolari di necessità ed urgenza, la disposizione può essere impartita anche telefonicamente; essa deve essere confermata, entro le 24 ore, con il provvedimento di cui al secondo comma.

Art. 95.

(Collaborazione internazionale)

L'autorità giudiziaria, nella cui giurisdizione è compresa la frontiera di entrata, può disporre, in deroga alle norme vigenti e con provvedimento motivato, che gli ufficiali e gli agenti di polizia giudiziaria e le autorità doganali, secondo le rispettive competenze, ritardino o omettano gli atti indicati nel primo comma del precedente articolo, in relazione all'illecita introduzione nel territorio nazionale nonchè al transito e all'uso illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope, purchè ricorrano le seguenti condizioni:

a) vi sia stata motivata richiesta di autorità giudiziaria straniera procedente per delitti di traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope avente dimensioni internazionali. La richiesta deve essere pervenuta al Ministero di grazia e giustizia per via diplomatica ovvero tramite la Organizzazione internazionale della polizia criminale - Interpol;

b) sussistano fondate ragioni per ritenere che l'intervento della polizia nel Paese richiedente, in relazione agli atti ritardati o omessi in Italia, consentirà l'acquisizione di decisivi elementi di prova, in ordine ai suindicati delitti di traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope nonchè ai fini della individuazione o della cattura dei colpevoli;

c) l'autorità giudiziaria straniera procedente specifichi, nell'atto fatto pervenire al Ministero di grazia e giustizia, che analoghe richieste delle autorità giudiziarie italiane sarebbero accolte ai sensi delle disposizioni vigenti nel proprio Paese;

d) la stessa autorità giudiziaria straniera si impegni a fornire ogni documentazione utile per l'esercizio dell'azione penale in Italia, relativamente all'introduzione, al transito e all'uscita illeciti delle sostanze stupefacenti o psicotrope nel territorio nazionale e dal medesimo.

Il provvedimento previsto al primo comma è emanato con le forme e secondo le

procedure indicate dal precedente articolo ed impartisce le disposizioni di massima per il controllo, da parte della polizia giudiziaria, degli sviluppi dell'attività criminosa; esso è comunicato all'autorità giudiziaria, nella cui giurisdizione è compresa la prevista frontiera di uscita delle sostanze psicotrope o stupefacenti, nonchè al Servizio di cui al secondo comma dell'articolo 3.

Art. 96.

(Casi di non punibilità di ufficiali e agenti della polizia giudiziaria)

Fermo il disposto dell'articolo 51 del codice penale, non sono punibili gli ufficiali e gli agenti di polizia giudiziaria i quali, ai soli fini dello svolgimento dell'attività istituzionale di cui agli articoli 219 e seguenti del codice di procedura penale, riferita ai delitti previsti agli articoli 70 e 77 della presente legge, entrino a far parte dell'associazione contemplata in questo ultimo articolo ovvero procedano all'acquisto illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Le predette sostanze sono poste immediatamente, e comunque entro le 24 ore, a disposizione della competente autorità giudiziaria con un circostanziato rapporto sui fatti. L'autorità giudiziaria può disporre il proseguimento delle indagini in ordine ai delitti di cui agli articoli indicati al primo comma, differendo, in deroga alle vigenti disposizioni, il provvedimento di sequestro fino alla conclusione delle stesse.

Art. 97.

(Disposizioni processuali riguardanti gli appartenenti alle forze di polizia)

Quando si procede contro gli appartenenti alle forze di polizia per fatti compiuti in servizio e relativi all'attività di prevenzione e repressione dei delitti di cui alla presente legge, si applicano gli articoli da 27 a 32 della legge 22 maggio 1975, n. 152.

La previsione di cui al comma precedente si applica anche ai procedimenti in corso alla data di entrata in vigore della presente legge.

Art. 98.

(Estensione dell'attività, su delegazione, della polizia giudiziaria)

L'ultimo comma dell'articolo 340 del codice di procedura penale è sostituito dal seguente:

« Gli atti previsti dai commi precedenti possono essere compiuti, per delegazione, da ufficiali o da agenti di polizia giudiziaria per verificare indizi, o accertare reati di terrorismo o di eversione dell'ordine democratico nonchè di criminalità organizzata ovvero reati relativi al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope ».

Art. 99.

(Indagini su situazioni finanziarie e patrimoniali di persone indiziate di traffico di droga)

Il procuratore della Repubblica, o il questore, competente a richiedere l'applicazione di una misura di prevenzione, procede, anche a mezzo della polizia tributaria della Guardia di finanza, ad indagini sul tenore di vita, sulle disponibilità finanziarie e sul patrimonio, anche al fine di accertarne la provenienza, delle persone indiziate di appartenere all'associazione per delinquere di cui all'articolo 77 della presente legge, nonchè delle persone nei cui confronti sussistono fondati motivi per ritenere che esercitino il traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Le indagini sono effettuate anche nei confronti del coniuge, dei figli e di coloro che, nell'ultimo quinquennio, hanno convissuto con i soggetti indicati nel comma precedente, nonchè nei confronti delle persone fisiche o giuridiche, associazioni od enti del cui patrimonio tali soggetti risultino poter disporre in tutto o in parte, direttamente o indirettamente.

Il procuratore della Repubblica e il questore, a mezzo della polizia tributaria, possono richiedere ad ogni ufficio della pubblica amministrazione, ad ogni istituto di credito pubblico o privato e ad ogni società fiduciaria le informazioni e copia della documentazione ritenuta utile ai fini delle indagini nei confronti dei soggetti di cui ai commi precedenti. Previa autorizzazione del procuratore della Repubblica indicato nel primo comma, gli ufficiali di polizia giudiziaria possono procedere al sequestro della documentazione con le modalità di cui agli articoli 338, 339 e 340 del codice di procedura penale.

Art. 100.

(Sequestro e confisca di beni)

Le disposizioni degli articoli 2-ter, 2-quater e 2-quinquies della legge 31 maggio 1965, n. 575, si applicano anche alle persone sottoposte a procedimento o a misura di prevenzione, ai sensi della legge 27 dicembre 1956, n. 1423, in quanto ritenute ascrivibili ad una delle categorie elencate all'articolo 1 di quest'ultima, sulla base di elementi che costituiscano, altresì, indizi di appartenenza all'associazione per delinquere prevista dall'articolo 77 della presente legge o di esercizio di traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Le impugnazioni contro i provvedimenti di confisca o di revoca del sequestro, adottati ai sensi delle disposizioni richiamate nel primo comma del presente articolo, sono regolate dalle norme contenute nei commi quinto, sesto, settimo ed ottavo dell'articolo 4 della legge 27 dicembre 1956, n. 1423.

I provvedimenti emessi dal giudice penale, con i quali si limita o si esclude la disponibilità dei beni, hanno effetto prevalente sui provvedimenti emessi, riguardo agli stessi beni, sulla base del presente articolo.

Le disposizioni di cui all'articolo 99 e quelle richiamate nel presente articolo si applicano anche con riferimento ai delitti di cui agli articoli 70 e 77, equiparando, a tal fine, alla proposta per l'applicazione della misura di prevenzione, al proce-

dimento relativo e al provvedimento definitivo, rispettivamente, l'esercizio dell'azione penale, il procedimento penale e la sentenza irrevocabile di condanna.

La sentenza con la quale è disposto taluno dei provvedimenti indicati nel secondo comma è notificata all'interessato, il quale può proporre impugnazione contro il capo della sentenza che lo riguarda.

Art. 101.

(Diritto di seguito)

Il mezzo navale, militare o della Polizia di Stato, italiano, che incontri in alto mare una nave nazionale sospetta di attendere al trasporto di sostanze stupefacenti o psicotrope destinate al mercato illecito, può catturarla e condurla in un porto dello Stato o nel porto estero più vicino in cui risieda un'autorità consolare.

TITOLO XI

MODALITA' DEGLI INTERVENTI
DI PREVENZIONE,
DI INFORMAZIONE ED EDUCATIVI
NELLE COMUNITA'

Art. 102.

(Modalità per l'educazione e l'informazione socio-sanitaria nelle scuole)

Il provveditore agli studi, sentito il consiglio scolastico provinciale, istituisce un comitato di studio e di programmazione delle iniziative idonee a porre la scuola, a livello di docenti, non docenti e alunni, in grado di attuare una responsabile azione per la prevenzione dell'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope nel quadro di una più generale educazione alla salute. Il comitato è presieduto dallo stesso provveditore agli studi.

Il suddetto comitato assicura inoltre il coordinamento e la collaborazione per le iniziative promosse dai distretti scolastici e dai consigli di circolo e d'istituto, dirette a

docenti, non docenti, alunni e genitori, ai fini di una valida opera di prevenzione.

Il rappresentante del Ministero della pubblica istruzione in seno al comitato regionale di cui al successivo articolo 105 cura il coordinamento in sede regionale delle attività dei comitati di cui al primo comma.

Art. 103.

(Informazione, educazione e cura per il personale militare)

Il Ministero della difesa programma l'informazione e l'educazione sanitaria da effettuare presso le accademie militari e le scuole allievi ufficiali e sottufficiali nonchè, per i militari in servizio di leva, presso tutti i corpi e reparti.

Dei programmi realizzati il Ministero della difesa trasmette annualmente una relazione al Ministero della sanità e al Consiglio sanitario nazionale.

In occasione della visita medica di leva vengono effettuati gli accertamenti chimico-clinici necessari per individuare i giovani che assumono in forma non episodica sostanze stupefacenti o psicotrope. I relativi dati statistici, espressi anche in percentuale sull'intera popolazione di leva, vengono trasmessi al Ministero della sanità e al Consiglio sanitario nazionale.

L'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope, che non dia luogo a dipendenza, non è di per sè causa di inidoneità al servizio militare.

Il Ministero della difesa istituisce consultori gestiti da personale specializzato per l'assistenza ai militari per i quali sussiste rischio psicologico all'uso di stupefacenti.

Art. 104.

(Informazione ed educazione degli ausiliari di leva in servizio presso la Polizia di Stato e il Corpo nazionale dei vigili del fuoco)

Per il personale reclutato ai sensi della legge 8 luglio 1980, n. 343, e della legge 13 ottobre 1950, n. 913, e successive modifi-

cazioni, l'attività di programmazione e di realizzazione dell'informazione e dell'educazione sanitaria, di cui al primo comma del precedente articolo, viene svolta dal Ministero dell'interno, di concerto con i Ministeri della difesa e della sanità.

TITOLO XII

INTERVENTI DELLE REGIONI E DELLE UNITA' SANITARIE LOCALI

Art. 105.

*(Comitato regionale
per la prevenzione delle tossicodipendenze)*

Il Comitato regionale per la prevenzione delle tossicodipendenze è presieduto dal presidente della giunta o da un assessore da lui delegato ed è composto dagli assessori alla sanità, alla istruzione, ai servizi sociali e al lavoro.

Fanno parte del Comitato un funzionario degli organi periferici del Ministero della pubblica istruzione, tre funzionari o ufficiali delle forze di polizia di cui al secondo comma dell'articolo 3, i presidenti dei tribunali dei minorenni, rappresentanti degli enti locali, delle unità sanitarie locali nonché degli operatori dei servizi pubblici per l'assistenza ai tossicodipendenti.

Il Comitato è composto altresì da esperti, da rappresentanti degli enti gestori di comunità e da rappresentanti delle associazioni delle famiglie, nominati dal Consiglio regionale, che stabilisce altresì il numero dei componenti, le modalità per la nomina nonché il regolamento di funzionamento.

Il Comitato regionale deve essere sentito nella materia di sua competenza in relazione alle deliberazioni degli organi della Regione e può anche d'ufficio formulare pareri, proporre interventi e controlli ispettivi e compiere indagini conoscitive.

Il parere del Comitato regionale è obbligatorio:

sui piani di intervento regionale di cui all'articolo 9;

sulle sperimentazioni di assistenza integrata, finanziata dalla Regione;

sulla verifica dei piani e degli interventi ivi previsti, nonché sulla verifica degli organi e degli enti abilitati alla prevenzione e cura e alla riabilitazione dei soggetti.

Le delibere ed i pareri del Comitato regionale di cui al presente articolo debbono essere trasmessi al Ministero della sanità.

Art. 106.

(Compiti dei Comuni)

In attesa dell'approvazione della legge quadro dei servizi sociali, i Comuni collaborano con le unità sanitarie locali operanti nel territorio alla predisposizione degli interventi di loro competenza.

A tal fine i Comuni possono delegare in tutto o in parte la competenza della gestione dei vari servizi all'unità sanitaria locale.

In particolare, ai fini della prevenzione e del recupero sociale dei tossicodipendenti, i Comuni, singoli o associati, e le comunità montane, con le unità sanitarie locali operanti nel territorio, possono, anche mediante aiuti finanziari ed altre forme di sostegno:

promuovere e coordinare iniziative di tipo educativo, ricreativo, sportivo e socio-assistenziale rivolte a fasce di popolazione maggiormente esposte a rischio;

favorire lo sviluppo dell'associazione giovanile;

promuovere cooperative di lavoro, comunità artigiane, agricole e di servizio per la popolazione giovanile, aperte ai tossicodipendenti.

A tali fini i Comuni, singoli o associati, e le comunità montane possono stipulare convenzioni con gli organismi di cui all'articolo 109 secondo le modalità ivi previste.

Art. 107.

(Compiti delle unità sanitarie locali)

Le unità sanitarie locali in collaborazione con i Comuni predispongono un piano zo-

nale di interventi diretti alla cura, riabilitazione e reinserimento dei tossicodipendenti e li coordinano a livello zonale con gli interventi comunali di cui all'articolo 106.

Il piano zonale deve prevedere:

gli interventi di prevenzione attuati tramite gli enti locali, gli organismi e le associazioni pubbliche e private di cui all'articolo 109;

le iniziative finalizzate ad una sistematica attività di raccolta dei dati per quanto riguarda la tossicodipendenza, ad una analisi delle cause e alla loro diffusione critica tra la popolazione, organizzando conferenze e dibattiti;

un'organizzazione dipartimentale dei servizi socio-sanitari che realizzi un'integrazione dei servizi territoriali con quelli ospedalieri; degli interventi di disassuefazione e disintossicazione con gli interventi di reinserimento degli operatori sociali ed educativi;

l'individuazione e il finanziamento, sulla base degli *standards* regionali, degli ospedali, dei centri ambulatoriali, delle comunità terapeutiche, delle comunità e dei centri di prima accoglienza, delle cooperative, nonché delle associazioni di volontariato che concorrono al raggiungimento degli obiettivi del piano zonale;

la predisposizione di attrezzature, strumenti e personale qualificato all'accertamento diagnostico degli stati di tossicodipendenza;

l'attuazione di terapie programmate di disintossicazione con trattamenti personalizzati, volti alla riabilitazione psicofisica e al reinserimento sociale dei tossicodipendenti, in conformità con gli indirizzi emanati dal Ministero della sanità.

Le unità sanitarie locali competenti per territorio trasmettono ogni sei mesi all'assessorato regionale alla sanità i dati statistici relativi all'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze, al numero degli interventi effettuati ed ai risultati raggiunti.

Il Comitato regionale elabora i dati e li trasmette al Ministero della sanità e al Servizio di cui al secondo comma dell'articolo 3.

Art. 108.

(Formazione e aggiornamento)

Le Regioni ed altre idonee istituzioni pubbliche promuovono e organizzano annualmente corsi di formazione e aggiornamento per il personale delle unità sanitarie locali e per quello dei servizi sociali, sulla base di programmi realizzati in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità e le Università, predisposti secondo gli indirizzi emanati dal Ministero della sanità, nonché programmi di formazione specifica per i medici e gli psicologi con responsabilità operative all'interno dei servizi territoriali di cui all'articolo 107.

Art. 109.

(Attività di volontariato)

Le unità sanitarie locali possono avvalersi, ai fini della prevenzione e del recupero sociale dei tossicodipendenti, della collaborazione di enti ed associazioni pubbliche e private, di associazioni di volontariato, di cooperative di servizio. Tali enti e associazioni devono avere come loro specifiche finalità la prevenzione, l'assistenza, la riabilitazione e il reinserimento sociale dei tossicodipendenti di cui alla presente legge e devono essere espressamente costituiti senza scopo di lucro.

I suddetti enti ed organizzazioni, qualora siano in possesso dei requisiti tecnico-organizzativi individuati con decreto del Ministro della sanità d'intesa con il Ministro dell'interno, hanno diritto ad essere presi in considerazione ai fini della loro collaborazione alle attività delle unità sanitarie locali e dei Comuni. I reciproci rapporti sono regolati da apposite convenzioni.

Analoghe convenzioni le unità sanitarie locali possono stabilire con nuclei familiari che offrano le necessarie garanzie per assumere il compito del recupero dei tossicodipendenti sulla base del volontariato senza fini di lucro.

Le convenzioni debbono prevedere i controlli sulla destinazione dei fondi erogati e la verifica dei risultati ottenuti, facendo

salva l'autonomia di sperimentazione e di ricerca metodologica delle istituzioni ed associazioni di cui al primo comma.

L'attività personale del volontariato non dà diritto a retribuzione. I volontari sono in ogni caso assicurati contro i rischi derivanti dall'attività esplicata. La legge regionale riserva almeno il 20 per cento del finanziamento alle attività di volontariato convenzionate.

TITOLO XIII

INTERVENTI CURATIVI E RIABILITATIVI

Art. 110.

(Cura volontaria)

Chiunque faccia uso personale non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope può chiedere di essere sottoposto ad accertamenti diagnostici e ad interventi terapeutici e riabilitativi ai presidi sanitari locali.

Qualora si tratti di persona minore di età o incapace di intendere e di volere, la richiesta di intervento può essere fatta, oltre che personalmente dall'interessato, da coloro che esercitano su di lui la potestà o la tutela.

Art. 111.

(Tesserino sanitario)

Al tossicodipendente viene rilasciato un tesserino personale sanitario che consente il ritiro delle sostanze necessarie al trattamento di disassuefazione.

Il tesserino personale, a tutela dell'anonimato, non reca dati anagrafici ma soltanto la fotografia incorporata con timbro a secco. Il tesserino deve indurre, l'uno dopo l'altro:

1) il numero dell'unità sanitaria locale competente per territorio;

2) la sigla in lettere corrispondente per convenzione regionale al servizio di diagnosi e trattamento sanitario;

3) il numero progressivo corrispondente alla scheda sanitaria del tossicodipendente.

Il tesserino personale reca il programma di disassuefazione ed i relativi aggiornamenti.

Art. 112.

(Obblighi di segnalazione)

L' esercente la professione medica, che visita o assiste persona che fa uso personale non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope, deve farne segnalazione all'unità sanitaria locale competente per territorio, che fornisce l'apposita scheda.

L' esercente la professione sanitaria che non adempie agli obblighi di segnalazione previsti dal comma precedente è punito con l'ammenda da lire centomila a lire un milione.

Ove la persona non si sottoponga a cura volontaria o la interrompa, l' esercente la professione medica ha l'obbligo di farne immediata segnalazione all'unità sanitaria locale allegando la scheda sanitaria.

Gli ufficiali e gli agenti di polizia giudiziaria per tutti i casi in cui vengano a conoscenza di persone che facciano uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope devono farne segnalazione all'unità sanitaria locale competente per territorio e al pretore per gli eventuali provvedimenti di loro competenza.

Gli ufficiali e gli agenti di polizia giudiziaria hanno inoltre l'obbligo di accompagnare al presidio sanitario più vicino chiunque sia colto in stato di intossicazione acuta, derivante dal presumibile uso di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Art. 113.

(Interventi del pretore)

in relazione ai fatti di cui all'articolo 87)

Gli ufficiali e gli agenti di polizia giudiziaria che accertano uno dei fatti previsti

dall'articolo 87 ne fanno rapporto al pretore.

Il pretore, assunte le necessarie informazioni, incarica un perito avente specifica competenza al fine di accertare se sussistano le condizioni previste dal detto articolo e perchè esprima il suo parere sui trattamenti sanitari e socio-assistenziali da applicarsi eventualmente alla persona interessata. L'accertamento tecnico deve basarsi prevalentemente sulle proprietà tossiche delle sostanze detenute dal soggetto, in relazione alla personalità fisiopsichica del detentore.

Il pretore, accertata la sussistenza delle condizioni di cui all'articolo 87, dichiara di non doversi procedere.

Art. 114.

(Interventi delle unità sanitarie locali)

I competenti organi delle unità sanitarie locali che ricevono la segnalazione di cui al precedente articolo 112, qualora accertino che la persona segnalata non si è sottoposta volontariamente al trattamento terapeutico, la invitano a provvedervi, indicando le modalità più opportune. In caso di rifiuto gli organi suddetti devono segnalare il fatto al sindaco ai soli fini del successivo ottavo comma.

Uguale segnalazione deve essere effettuata quando l'interessato interrompe volontariamente le cure mediche o il trattamento sociale di cui ha ancora bisogno, qualora l'interruzione pregiudichi le cure in corso.

L'interessato ha facoltà di farsi assistere da un medico di sua fiducia e di far presenziare lo stesso agli accertamenti necessari.

In caso di rifiuto, detti organi debbono segnalare il fatto al sindaco ai fini del successivo ottavo comma.

Per ogni soggetto esaminato, l'unità sanitaria locale deve redigere cartella clinica completa di dati anamnestici, integrata da un profilo socio-psicologico.

La persona dedita all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, che necessita di cure mediche e di assistenza ma che rifiuta

di assoggettarsi al trattamento necessario, deve essere segnalata dall'autorità di polizia o dai competenti organi delle unità sanitarie locali al sindaco del comune in cui essa dimora.

La segnalazione può essere fatta anche dal genitore, dal coniuge, dai figli o, in mancanza di essi, dai prossimi congiunti della persona da assistere.

Il sindaco dispone gli accertamenti e i trattamenti sanitari ai sensi dell'articolo 33 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Tali accertamenti e trattamenti sono attuati sotto il controllo dei competenti organi delle unità sanitarie locali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o nei centri convenzionati.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione di chi vi è obbligato.

L'unità sanitaria locale opera per ridurre il ricorso ai suddetti trattamenti sanitari obbligatori, sviluppando le iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria ed i rapporti organici tra servizi e comunità.

Chiunque ed in ogni tempo può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio.

Sulle richieste di revoca o di modifica il sindaco decide entro dieci giorni. I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento con cui fu emanato il provvedimento revocato o modificato.

Art. 115.

(Accertamenti e trattamenti obbligatori)

Il trattamento sanitario obbligatorio può prevedere che le cure vengano prestate in condizione di degenza ospedaliera soltanto se siano necessari interventi terapeutici e se essi non vengano accettati dal tossicodipendente, oppure se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di

adottare tempestive e idonee misure sanitarie extraospedaliere.

Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario in condizioni di degenza ospedaliera deve essere eseguito dopo la convalida di cui al seguente articolo 116.

Nei casi di cui al precedente comma, il ricovero deve essere attuato presso gli ospedali generali in specifici ambienti all'interno di strutture dipartimentali per la diagnosi e cura delle tossicodipendenze, comprendenti anche i presidi e i servizi extraospedalieri, al fine di garantire la continuità terapeutica. I servizi ospedalieri di cui al presente comma sono dotati di posti letto nel numero fissato dal piano sanitario regionale.

Art. 116.

(Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori e tutela giurisdizionale)

Il provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio, da emanarsi entro 48 ore dalla segnalazione di cui all'articolo 114, primo e secondo comma, corredato della proposta medica motivata, deve essere notificato nelle 48 ore successive, vi sia stato oppure no un inizio di esecuzione giustificato dall'urgenza, tramite messo comunale, al pretore nel cui mandamento rientra il comune.

Il pretore entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera.

Il provvedimento di cui al primo comma, se disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza del soggetto da sottoporre al trattamento, va comunicato al sindaco di quest'ultimo comune, nonchè al pretore nella cui circoscrizione rientra il comune di residenza. Il provvedimento di cui al primo comma, se adotta-

to nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, va comunicato al Ministero dell'interno o al consolato competente, tramite il prefetto.

Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il quindicesimo giorno, e in quelli di ulteriore prolungamento, l'unità sanitaria locale è tenuta a formulare in tempo utile una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al pretore con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.

L'unità sanitaria locale è tenuta a comunicare al sindaco, in ogni caso, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario; comunica altresì l'eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso.

Il sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione della unità sanitaria locale, ne dà notizia al pretore.

I poteri del sindaco previsti dalla presente legge possono da lui essere delegati ad un assessore o agli aggiunti.

Qualora ne sussista la necessità, il pretore adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e per amministrare il patrimonio del soggetto sottoposto al trattamento.

La omissione delle comunicazioni di cui ai commi primo, quarto e quinto del presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Art. 117.

(Ricorso al tribunale)

Contro il provvedimento di cui all'articolo precedente, chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio, i prossimi congiunti, il pubblico ministero o chiunque vi abbia interesse possono in ogni tempo proporre ricorso al tribunale.

Il presidente del tribunale fissa l'udienza di comparizione delle parti con decreto in

calce al ricorso che, a cura del cancelliere, è notificato alle parti nonchè al pubblico ministero.

Il presidente del tribunale, acquisito il provvedimento che ha disposto il trattamento sanitario obbligatorio e sentito il pubblico ministero, può sospendere il trattamento medesimo anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione.

Sulla richiesta di sospensiva il presidente del tribunale provvede entro 10 giorni.

Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, con sentenza, dopo aver assunto le informazioni e raccolto le prove disposte di ufficio o richieste dalle parti.

I ricorsi e i successivi provvedimenti sono esenti da imposta di bollo. La sentenza non è soggetta a registrazione.

Entro il termine di 30 giorni, decorrente dalla scadenza del termine di cui al secondo comma dell'articolo 116, il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.

Nel processo davanti al tribunale, le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante raccomandata con avviso di ricevimento.

Art. 118.

(Competenza e forma del procedimento)

Nel caso in cui i provvedimenti indicati nell'articolo 115 debbano essere adottati nei confronti di una persona minore, la competenza spetta al tribunale dei minorenni del luogo nel quale risiede il minore e non al sindaco.

Il tribunale, sentito il minore ed eseguiti gli opportuni accertamenti, provvede con decreto, che deve essere comunicato all'interessato. Qualora il minore sia straniero o apolide deve effettuarsi la comunicazione di cui all'articolo 116, comma terzo.

Il tribunale provvede per i prolungamenti del trattamento e per le misure di conservazione ed amministrazione del patrimonio.

Negli altri casi i provvedimenti di cui al precedente articolo 117 sono adottati da una sezione civile specializzata del tribunale avente sede nel capoluogo del distretto della corte d'appello in cui risiede la persona da assistere.

La sezione specializzata è composta da un consigliere di corte d'appello, che la presiede, da un giudice di tribunale e da due esperti designati, su proposta del presidente della corte d'appello, dal Consiglio superiore della magistratura.

I provvedimenti sono decisi in unico grado con sentenza e secondo le disposizioni comuni ai procedimenti in camera di consiglio, di cui al codice di procedura civile.

Le decisioni della sezione civile specializzata del tribunale sono adottate a maggioranza dei voti espressi dai componenti. In caso di parità dei voti, prevale il voto espresso dal presidente.

Contro le sentenze pronunciate dal tribunale è proponibile ricorso alla corte di cassazione per violazione di legge.

È facoltà dell'interessato farsi assistere da un difensore e da consulenti tecnici, salvo quanto stabilito dal codice di procedura civile per il ricorso per Cassazione.

L'intervento del pubblico ministero è obbligatorio.

Le disposizioni processuali, di cui al presente articolo, si applicano, in quanto possibile, anche al procedimento avanti al tribunale dei minorenni.

Art. 119.

(Prestazioni socio-sanitarie per i detenuti e internati tossicodipendenti)

Con riferimento all'articolo 5 della presente legge, le direzioni degli istituti di prevenzione e di pena assumono nel rispetto delle norme dell'ordinamento penitenziario le misure idonee a prevenire l'estendersi delle tossicodipendenze nell'ambito carcerario.

Le unità sanitarie locali assicurano l'impiego di personale qualificato allo scopo di seguire il tossicodipendente detenuto che liberamente intende avviare la terapia di disintossicazione e disassuefazione dall'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Le direzioni carcerarie trasmettono periodicamente alle unità sanitarie locali i dati relativi ai detenuti e internati tossicodipendenti e allo svolgimento degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione. Le unità sanitarie locali provvedono a fornire alla Regione i dati riassuntivi.

TITOLO XIV

DISPOSIZIONI FINALI E TRANSITORIE

Art. 120.

(Piani di spesa)

Il Ministero della sanità e gli altri Ministeri interessati alle iniziative previste dalla presente legge per contrastare i danni alla salute fisica e mentale derivanti dall'abuso di psicofarmaci, dall'uso dei derivati dell'oppio e dalle altre tossicomanie, stanzianno annualmente congrui finanziamenti nei rispettivi bilanci per gli interventi diretti e per le Regioni.

Il finanziamento alle regioni avviene in conformità alle disposizioni di cui all'articolo 9, ultimo comma.

Art. 121.

(Dati e notizie statistiche)

Le unità sanitarie locali competenti per territorio trasmettono ogni sei mesi all'assessorato regionale alla sanità i dati statistici relativi all'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze, al numero degli interventi effettuati ed ai risultati raggiunti rilevati in conformità di quanto disposto al quinto comma dell'articolo 4.

I prefetti, sentite le autorità locali di pubblica sicurezza e i comandi territoriali del-

l'Arma dei carabinieri e della Guardia di finanza, trasmettono alle Regioni i dati statistici semestrali relativi alle attività di propria competenza circa il fenomeno delle tossicodipendenze, al numero degli interventi effettuati e alle segnalazioni pervenute.

Il Comitato regionale di cui all'articolo 9 elabora i dati in conformità di quanto disposto dal citato quinto comma dell'articolo 4 e li trasmette al Ministero della sanità.

Art. 122.

(Norma di interpretazione)

Quando nella presente legge ricorrono le espressioni « sostanze stupefacenti » e « sostanze psicotrope » esse devono intendersi relative alle preparazioni che le comprendono e loro derivati, di cui alle tabelle previste dall'articolo 14.

Art. 123.

(Progetto-obiettivo)

Nell'ambito della programmazione sanitaria, il Ministero della sanità e le Regioni redigono, per quanto di specifica competenza, « Progetti-obiettivo » che rispondono alle indicazioni di cui all'allegato « Progetto-obiettivo: lotta alle farmacodipendenze », per la cui realizzazione è stanziata per l'anno 1985 la somma di lire 200 miliardi in aggiunta a quanto previsto per il Fondo sanitario nazionale.

Art. 124.

(Abrogazione di norme)

La legge 22 dicembre 1975, n. 685, è abrogata.

ALLEGATO

PROGETTO-OBIETTIVO

« LOTTA ALLE FARMACODIPENDENZE »

Gli scopi del « Progetto-obiettivo: Lotta alle farmacodipendenze » sono quelli di ridurre progressivamente l'uso di sostanze stupefacenti e l'abuso di psicofarmaci soprattutto da parte dei giovani; di proporre linee di intervento omogeneo in tutto il territorio nazionale colmando gli squilibri e le differenze di approccio esistenti tra le varie regioni; di fornire gli strumenti necessari per una efficace prevenzione primaria delle tossicodipendenze.

Gli obiettivi specifici per i prossimi tre anni sono:

- a) raggiungere livelli di monitoraggio, sia dell'uso di sostanze illegali che dell'abuso di psicofarmaci, tali da ottenere dati meglio corrispondenti alla realtà del fenomeno;
- b) identificare precocemente le problematiche psicopatologiche dell'età evolutiva come principale area di intervento preventivo (a livello della famiglia, della scuola, dell'associazionismo giovanile, ecc.);
- c) coordinare gli interventi socio-sanitari di base, poliambulatoriali e ospedalieri, colmando gli squilibri tra le varie aree regionali;
- d) adeguare i programmi di socio-riabilitazione ad una reale politica di qualificazione della spesa in rapporto alla quantità e finalità della risposta;
- e) ridurre l'incidenza delle complicanze mediche delle farmacodipendenze;
- f) qualificare la professionalità degli operatori ai vari livelli di intervento.

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

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

1. *Formazione degli operatori.*

La formazione degli operatori dovrà tenere presenti due livelli distinti ma integrati: il primo è quello dell'approfondimento specifico delle caratteristiche e delle responsabilità proprie di ciascun operatore

(medico, amministratore, operatore sociale, ecc.); il secondo riguarda l'integrazione interdisciplinare maturata nelle esperienze di lavoro.

In particolare si propone:

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

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

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

2. *Informazione e monitoraggio.*

Si propone:

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

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

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

3. *Prevenzione.*

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

4. *Trattamento e socio-riabilitazione.*

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

I N D I C E

Relazione	<i>Pag.</i>
1. Introduzione	1
2. La nostra iniziale proposta	2
3. Evoluzione del fenomeno della tossicodipendenza dopo il 1980 in Italia	12
4. Attività internazionali	25
5. Il disegno di legge	27
Disegno di legge	
TITOLO I. - Attribuzioni dello Stato e delle Regioni	30
TITOLO II. - Attività generali di controllo e vigilanza	36
TITOLO III. - Tabelle delle sostanze stupefacenti e psicotrope	37
TITOLO IV. - Autorizzazioni	40
TITOLO V. - Coltivazione, produzione, fabbricazione, impiego e commercio all'ingrosso	47
TITOLO VI. - Distribuzione e vendita	54
TITOLO VII. - Importazione, esportazione e transito	64
TITOLO VIII. - Documentazione e custodia	71
TITOLO IX. - Repressione delle attività illecite, Disposizioni penali e processuali	75
TITOLO X. - Norme per la lotta al traffico internazionale ed alla criminalità organizzata	88
TITOLO XI. - Modalità degli interventi di prevenzione, di informazione ed educativi nelle comunità	95
TITOLO XII. - Interventi delle Regioni e delle unità sanitarie locali	97
TITOLO XIII. - Interventi curativi e riabilitativi	101
TITOLO XIV. - Disposizioni finali e transitorie	109
<i>Allegato</i>	111