

CAMERA DEI DEPUTATI

N. 2030

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**SEPIA, LABRIOLA, CASALINUOVO, SACCONI,
ACCAME, AMODEO, BABBINI, BASSANINI, CA-
NEPA, CARPINO, CRESCO, FERRARI MARTE, LA
GANGA, RAFFAELLI MARIO, SUSI**

Presentata il 26 settembre 1980

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

ONOREVOLI COLLEGHI! — I socialisti furono a suo tempo tra coloro che più si batterono — in Parlamento e fuori — per l'approvazione della legge 22 dicembre 1975, n. 685. Si trattava di prendere atto di un fenomeno, quello della diffusione delle tossicodipendenze, che già a quell'epoca aveva assunto dimensioni e caratteristiche preoccupanti e andava dunque affrontato con tempestività per evitare che si trasformasse in un fenomeno di massa.

1 — *L'esperienza della legge 22 dicembre 1975, n. 685, e i problemi attuali.*

Fino a quella data, infatti, l'uso delle sostanze stupefacenti era stato disciplinato dalla legge 22 ottobre 1954, n. 1041, che, ispirata ad una logica puramente re-

pressiva, era in realtà riuscita a funzionare fino a quando si era trattato di fare fronte a forme di tossicomania endemica di tipo tradizionale. Tale strumento tuttavia aveva subito rivelato la propria inadeguatezza allorché il problema delle tossicodipendenze aveva assunto connotati diversi sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo. Occorsero però vari anni di dibattito politico e culturale perché il Parlamento affrontasse le nuove realtà e, vincendo fortissime resistenze politiche e radicati pregiudizi, riuscisse a varare, nel dicembre 1975, la legge n. 685.

Allorché fu approvata la nuova legge sulle sostanze stupefacenti e sulla prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze il giudizio che complessivamente ne dettero coloro che più vi si erano impegnati fu, tutto sommato, positivo.

VIII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Recependo almeno in parte le impostazioni culturali emerse nel dibattito che in quegli anni si era svolto attorno agli aspetti sanitari, sociali, psicologici e giuridici del problema droga e basandosi sull'esperienza legislativa già maturata in altri paesi occidentali, la legge 22 dicembre 1975, n. 685, operava innanzitutto una fondamentale differenziazione di principio: da una parte l'offerta, dall'altra, nettamente distinta, la domanda di sostanze stupefacenti; per ciascuno di questi fattori del ciclo della droga introduceva un differente regime giuridico: repressione rigorosa del traffico e dello spaccio; interventi preventivi, curativi e riabilitativi a favore dei tossicodipendenti.

Il tossicodipendente quindi, non più visto come un pericoloso criminale, ma, al contrario, trattato alla stregua di tutti gli altri cittadini bisognevoli, anche se per motivi diversi, di assistenza socio-sanitaria. Partendo da questa premessa metodologica si tendeva quindi a graduare le pene accentuando le norme repressive nei confronti dei trafficanti, degli importatori e dei grossi spacciatori, attenuando invece le sanzioni nei confronti dei piccoli spacciatori. Ma, soprattutto, si indicavano le linee dell'intervento statale, regionale e locale per un'azione di prevenzione e di capillare organizzazione dei centri per il reinserimento psico-sociale del tossicodipendente. Si accennava — anche se con scarsa decisione — alla necessità di agire nei punti maggiormente esposti all'aggressione dei trafficanti: le scuole, le caserme, i luoghi cioè in cui maggiore essendo la concentrazione giovanile più rapida è la trasmissione dei valori, degli stimoli, dei modelli sui quali la « cultura della droga » più facilmente può attecchire.

Era chiaro tuttavia che la legge 22 dicembre 1975, n. 685, era una sfida lanciata agli amministratori, agli operatori sanitari e della giustizia a raccoglierne le indicazioni positive e svilupparle per fare sì che una situazione in via di evoluzione — quale ancora nel 1975 era in Italia la diffusione delle tossicodipendenze — non degenerasse precipitosamente. La

legge d'altra parte anticipava, nel settore dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari così come in quello dell'intervento sugli stati di emarginazione sociale e familiare, impostazioni e soluzioni che solo più tardi — tra il 1978 e il 1979 — saranno poi riprese da leggi importanti quali la 180 (psichiatria) e la legge di riforma sanitaria.

Purtroppo le speranze di molti in questi 5 anni sono andate almeno parzialmente deluse giacché la parte propositiva ed innovativa della legge è rimasta in larga misura inattuata. In questo senso hanno senza dubbio influito la ancora scarsa sensibilità al problema e la carenza di una specifica preparazione degli apparati pubblici amministrativi, giudiziari e sanitari, nelle cui mani era affidata l'applicazione della nuova legge. Le resistenze culturali ad accettare una nuova logica dell'intervento pubblico nel settore delle tossicodipendenze hanno d'altra parte trovato nelle ambiguità e nelle incertezze della nuova normativa facili appigli cui ancorarsi: così la depenalizzazione del possesso di « modica quantità » di sostanza stupefacente — con cui il legislatore intendeva sottrarre al carcere il consumatore-piccolo spacciatore per avviarlo all'intervento terapeutico — è stata assai spesso vanificata.

La tenue differenziazione, delle pene in relazione alla nocività delle sostanze ha di fatto unificato i mercati della droga leggera e di quella pesante, con il risultato di far diffondere a macchia d'olio le droghe più pericolose (che sono anche le più lucrose per i trafficanti). In definitiva resistenze pregiudiziali, inerzia, mancanza di coordinamento tra i centri amministrativi e — *last but not least* — servizi sanitari in fase di riorganizzazione per il passaggio dal vecchio sistema mutualistico al nuovo assetto previsto dalla riforma, hanno fatto sì che nulla o quasi sia stato fatto sul piano della prevenzione che, al contrario, doveva costituire la arma vincente della legge 22 dicembre 1975, n. 685, affinché la nuova legge non si riducesse ad una mera revisione e razionalizzazione del sistema delle pene.

Il quadro della « non attuazione » della legge 22 dicembre 1975, n. 685, fornito a più riprese dai Ministri della sanità che si sono succeduti nell'ultimo anno e mezzo è, a dir poco, sconcertante. È questa situazione, quotidianamente punteggiata di morti, che ha riportato all'ordine del giorno — e con la massima urgenza — la questione della revisione della legge n. 685.

2 — Gli obiettivi.

Bisogna dunque individuare i problemi vecchi, ancora irrisolti, e quelli nuovi che oggi ci sono di fronte per approntare gli strumenti di intervento più adeguati senza tuttavia illuderci di poter arrivare — almeno nel medio periodo — a sradicare un fenomeno le cui cause profonde sono nei meccanismi — talvolta perversi e disumanizzanti — dello sviluppo di una società industrializzata, meccanismi che distruggono vecchi valori senza offrirne di nuovi e di altrettanto validi, che — con l'avvicinarsi dei cicli economici — creano povertà ed emarginazione.

Ma questa analisi delle cause di fondo non può indurci alla rassegnata accettazione della diffusione della droga tra i giovani; al contrario essa deve stimolarci ancor più nello sforzo di ricercare soluzioni complesse ed articolate in grado di incidere sui diversi aspetti della tossicodipendenza. La scelta fondamentale, nel medio e lungo periodo, deve rimanere quella della prevenzione e dell'educazione sanitaria: da questo punto di vista conservano — a nostro parere — piena validità le indicazioni della 685 che va tuttavia — anche per questa parte — corretta ed aggiornata. La prevenzione delle tossicodipendenze, infatti, non può non inserirsi nel più ampio quadro dell'azione di prevenzione sanitaria che è il cardine della riforma sanitaria. È proprio perché incardinata nella logica di intervento del nuovo servizio sanitario la prevenzione delle tossicodipendenze non potrà avere carattere settoriale ma dovrà essere inserita in un complessivo programma di educazione e prevenzio-

ne contro l'uso di tutte le sostanze nocive alla salute e in primo luogo dell'alcool e del tabacco.

Ma non ci si può nascondere dietro allo schermo della prevenzione — i cui risultati non possono che realizzarsi gradualmente — e che comunque riguarda coloro che ancora tossicodipendenti non sono — per ignorare i problemi dell'oggi. E i due problemi più urgenti oggi sono: colpire o almeno rompere l'organizzazione del mercato nero e garantire ai tossicodipendenti l'assistenza nella terapia e nella riabilitazione. Queste sono le questioni assolutamente non aggirabili su cui si sono accese negli ultimi tempi le più forti polemiche e sulle quali sono state agitate argomentazioni mistificatorie. Occorre, secondo noi, operare con spirito laico evitando strumentalizzazioni ideologiche che non solo non servono a risolvere i problemi ma soprattutto hanno l'effetto di creare confusione e disinformazione nell'opinione pubblica. E ciò sarebbe estremamente grave in quanto qualsiasi intervento nei confronti dei tossicodipendenti che non voglia essere esclusivamente di carattere medico-farmacologico deve poter contare sulla solidarietà di tutti.

3 — Gli strumenti.

Colpire il mercato nero significa certo svolgere una efficace opera di repressione stabilendo anche un inasprimento delle pene, ma implica in primo luogo cogliere i meccanismi attraverso cui esso opera trasferendo i consumi da una sostanza all'altra in funzione dei maggiori profitti, e su questi agire. Nasce dunque da questa esigenza la proposta di differenziare il regime penale del possesso per uso personale della *cannabis* (*marjuana* ed *hashish*) la cui nocività è indiscutibilmente minore rispetto a quella degli oppiacei. L'ipotesi di una completa liberalizzazione — pure avanzata da alcuni — è certo la più coerente rispetto all'obiettivo di operare una separazione netta tra il mercato dell'eroina e quello della *cannabis*. Tuttavia è lecito supporre che una

simile soluzione indurrebbe, nel breve periodo, una sensibile espansione dei consumi che è sicuramente non auspicabile. La nostra proposta indica quindi una via intermedia che consenta nello stesso tempo di operare nel senso di un contenimento dei consumi e di evitare che gli assuntori di *cannabis* siano indotti, o dal mercato o dal contatto con il carcere, a passare alle droghe pesanti. Sull'esempio di quanto già è stato fatto in altri paesi nei quali il problema droga si è posto con drammaticità ancor prima che da noi, si dovrà riaffermare, senza più margini di discrezionalità, la depenalizzazione del consumo personale della *cannabis* e colpire con multe — tanto più forti quanto maggiore è la quantità — il possesso di dosi superiori a quelle necessarie al consumo per un numero limitato di giorni. Ma, nello stesso tempo, occorrerà regolamentare la produzione onde evitare che si perpetuino gli attuali meccanismi del mercato nero.

A questa proposta si obietta da qualche parte che non è vero che la *cannabis* è innocua: in effetti non si può affermare la innocuità di queste sostanze così come peraltro nessuno potrebbe sostenere l'innocuità dell'abuso di alcool e di tabacco. Peraltro anche i risultati di alcune recenti ricerche svolte negli USA e diffuse da quanti in quel paese sostengono una linea legislativa più restrittiva, connettono all'abuso della canapa (escluso, naturalmente, l'olio di *hashish*) effetti del tutto analoghi e non certo più gravi di quelli derivanti appunto dall'abuso di bevande alcoliche o di prodotti da fumo.

La seconda questione su cui è indispensabile una scelta chiara è quella relativa ai trattamenti terapeutici e riabilitativi; non è questione di poco conto visto che è questo lo strumento da attivare subito se si vuole veramente togliere dalla strada migliaia di giovani, se si vogliono evitare le morti da taglio o da overdose ormai sempre più frequenti. Vi è ormai consenso pressoché unanime sul fatto che l'unica effettiva possibilità di sottrarre un giovane al tunnel della droga è la riabilitazione, il reinserimento nella attività sociale e di

studio, la rimozione delle cause profonde che ve lo hanno condotto. Ma perché sia possibile non tanto il successo ma quanto meno l'avvio di un programma di riabilitazione è indispensabile che questo si basi su una scelta volontaria e consapevole. I trattamenti coatti si sono rivelati del tutto inutili.

Ciò premesso va però detto che la strategia del recupero sociale dei tossicodipendenti non può essere usata come alibi morale per ignorare ipocritamente quanti non riescono ad operare autonomamente tale scelta; a costoro il servizio sanitario deve offrire la terapia necessaria utilizzando tutta la possibile gamma degli strumenti, anche farmacologici, a disposizione dell'*équipe* medico-sociale.

Tutti i trattamenti dovranno in ogni caso riguardare solo coloro che risultino effettivamente tossicodipendenti, dovranno essere finalizzati alla disassuefazione e costituire l'occasione per instaurare con il tossicodipendente un rapporto non episodico che preluda alla successiva fase della riabilitazione.

Sempre nell'ottica di perseguire come obiettivo strategico il recupero sociale dei tossicodipendenti, in analogia a quanto già previsto dalla legislazione di altri paesi, occorre attivare meccanismi che consentano anche ai giovani condannati in sede penale di uscire dagli stati di emarginazione e di violenza che non possono che acuire la loro fuga verso le droghe pesanti.

La nostra proposta dunque rispetto ai quattro obiettivi primari che si sono individuati — prevenzione, lotta al mercato nero, assistenza ai tossicodipendenti, recupero psicosociale — tenta di offrire concreti strumenti giuridici, amministrativi ed organizzativi evitando di limitarsi alle enunciazioni di principio, per fare sì che la nuova legge possa effettivamente costituire uno strumento valido ed efficace nella lotta alla droga.

4 — La proposta.

Articoli 1-8. Occorre innanzitutto superare la logica settoriale della legge 22 di-

cembre 1975, n. 685, ed integrare nella complessiva organizzazione dell'assistenza socio-sanitaria lo specifico tema dell'assistenza ai tossicodipendenti. Ciò sia sul piano della programmazione delle strutture e degli interventi, che dovrà essere parte integrante del complessivo programma sanitario — nazionale e regionale — sia sul piano della organizzazione e gestione dei servizi, che dovranno essere integrati e coordinati nell'ambito della articolazione sanitaria sul territorio.

Non si tratta evidentemente di una meccanica redistribuzione delle competenze ai diversi livelli istituzionali ma, al contrario, di una revisione dei principi ispiratori della legge 22 dicembre 1975, n. 685, che devono essere adeguati alla logica della riforma.

Azione globale per la prevenzione e lotte contro tutte le tossicomanie e, quindi, stretta integrazione, in attesa della legge di riforma dell'assistenza, tra le strutture sanitarie e quelle di assistenza sociale (articolo 1).

Principi e criteri per l'azione degli organi centrali di programmazione e di amministrazione nonché per l'attività legislativa delle Regioni che garantiscano da una parte una logica di continuità tra intervento sanitario e sociale e dall'altra efficiente e coordinata organizzazione e gestione dei servizi. A tal fine vengono unificate in capo alla USL tutte le competenze attribuendo tra l'altro ad esse direttamente il compito di realizzare, di intesa con gli organi scolastici, la prevenzione e l'educazione sanitaria nelle scuole.

Specificazione delle competenze ed enunciazione delle funzioni essenziali sì da sottolineare l'importanza non solo dei servizi per l'assistenza ed il recupero dei tossicodipendenti ma anche delle attività di ricerca, di studio e di osservazione epidemiologica che ci permettano di conoscere di più un fenomeno di cui oggi ancora molto ignoriamo e quindi approntare più validi strumenti di intervento.

Articolo 9. Per quanto riguarda i criteri adottati per la suddivisione tabellare delle sostanze stupefacenti e psicotro-

pe si è proposto un adeguamento che non alterasse sostanzialmente l'inquadramento proposto dalla legge 22 dicembre 1975, n. 685, e che recepisce poche ma sostanziali modificazioni che si identificano:

1) scorporo della canapa indiana e dei suoi derivati con l'eccezione dei tetraidrocannabinoli e dei loro omologhi dalle tabelle riservando a queste ultime sostanze, per le sue caratteristiche peculiari di distribuzione e diffusione ed azione psicotropa, un inquadramento normativo a parte;

2) isolamento degli oppiacei e di altri farmaci ad azione analgesico-narcotica cui, per l'indice di pericolosità sociale decisamente superiore, allo stato attuale rispetto a quello di tutte le altre sostanze psicoattive, viene riservata una particolare classificazione;

3) passaggio di tutte le altre sostanze stupefacenti e psicotrope dalla prima alla seconda tabella (cocaina, anfetamina, LSD, tetraidrocannabinoli e altri allucinogeni).

Articolo 10. Quantunque gli effetti tossici della canapa indiana e dei suoi derivati, come sembra ormai sostanzialmente dimostrato, siano contenuti e comunque inferiori a quelli provocati da droghe sociali come l'alcool e il tabacco, non vi è dubbio che l'obiettivo da proporre non è quello di liceizzare e magari incentivare il consumo di una sostanza che, in quanto droga voluttaria, è quantomeno socialmente disutile, bensì quello di non criminalizzare chi ne faccia uso personale. Nello stesso tempo è necessario liberare il consumatore dalla discrezionalità connessa alle caratteristiche di « modicità » della dose detenuta prevista dalla attuale normativa. Tale indeterminatezza della fattispecie del reato e quindi dell'entità della pena ha determinato ingiustificabili disparità di trattamento in sede giurisdizionale con effetti che hanno talora vanificato lo spirito della legge 22 dicembre 1975, n. 685, con cui si era inteso non punire il consumatore-piccolo spacciatore.

VIII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

È chiaro che ciò implica che sia di fatto tollerato il mercato clandestino fino a quando, entro un biennio, con apposita normativa, non sarà organicamente disciplinata tutta la materia; peraltro si è inteso, quanto meno, oggettivare subito la modicità della dose detenibile, in modo da liberare il consumatore da tormenti procedurali, prevedendo per il piccolo spazio o comunque per la detenzione in quantitativi superiori al tollerato, solo sanzioni pecuniarie in misura scalare rispetto alle quantità di sostanza detenuta.

Per sottolineare ulteriormente che la tolleranza dell'uso dei derivati della canapa non equivale ad una loro assoluzione o addirittura ad una loro incentivazione, e nella piena consapevolezza che è soprattutto tra i giovani che occorre limitarne la diffusione ed il consumo, la pena pecuniaria è maggiore per chi cede la sostanza stupefacente ai minori; per disincentivare il consumo pubblico, è altresì opportuno disporre il sequestro della sostanza a prescindere dalla quantità detenuta.

Articoli 11-14. Uno dei punti più qualificanti ed attuali della proposta di legge è certamente rappresentato dagli interventi terapeutici negli stati di tossicodipendenza, a monte dei quali devono anzitutto prevedersi idonee possibilità di accertamento diagnostico. La prima critica, infatti, che viene mossa da chi si oppone alla somministrazione controllata di sostanze stupefacenti al tossicodipendente, si fonda sull'ineluttabile incremento che da questa deriverebbe alla diffusione clandestina della droga ad opera del cosiddetto « mercato grigio » rappresentato dalla cessione illecita, da parte dello stesso tossicodipendente, della sostanza ricevuta a scopo terapeutico. Ove però si ponga l'accertamento diagnostico puntuale e rigoroso dello stato di tossicodipendenza come condizione indispensabile alla esperibilità del trattamento con narcotici o sostitutivi, ogni obiezione della natura sovraesposta viene necessariamente a cadere, posto che

se il tossicodipendente è realmente tale ed abbisogna, pertanto, della sostanza stupefacente per uso personale, non si vede perché debba essere indotto a privarsene esponendosi ai rischi e ad ogni negativa potenzialità del fatto illecito e del mercato clandestino.

L'accentramento della attività diagnostica nelle strutture pubbliche dell'USL è poi garanzia di sicurezza ed obiettività.

Nell'ottica costante di una avversione rigorosa nei confronti della diffusione e dell'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, i trattamenti erogati dal servizio sono stati definiti di « disassuefazione ». Le necessarie limitazioni durante la fase di disassuefazione protratta rappresentano una sorta di garanzia che il servizio pubblico chiede al tossicodipendente in trattamento. Infatti se da una parte occorre garantire al tossicodipendente il diritto di chiedere al servizio sanitario ogni prestazione idonea a perseguire il mantenimento del suo stato di benessere (in cui si sostanzia il fine ultimo dell'intero sistema sanitario) ed assicurare che il sistema stesso sia in grado di erogare tali prestazioni, dall'altra è pur vero che la salute è, nel nostro ordinamento costituzionale, un diritto-dovere. La collettività dunque ha diritto di tutelarsi chiedendo precise garanzie di comportamento e di coerenza, affinché non venga fatto un uso strumentale e deviante delle prestazioni fornite dal servizio pubblico. Il dovere di erogare la prestazione, peraltro, postula necessariamente l'approntamento di strutture adeguate; ci è parso utile a questo proposito fornire alle Regioni talune indicazioni circa i requisiti minimi cui i nuovi servizi dovranno corrispondere almeno per quanto riguarda la dotazione del personale, precisando che in ogni équipe dovranno sempre essere presenti le figure professionali dello psicologo, dello psichiatra, e dell'assistente sociale allo scopo di evitare la istituzione di servizi che sono tali soltanto di nome in quanto impossibilitati di fatto, per carenza di organici, di strutture ed altro, a garantire le prestazioni richieste se non quelle di mera distribuzione di sostanze.

Articoli 15-16. Un punto particolarmente delicato della nuova normativa in materia di tossicodipendenze è rappresentato dalla necessità di contemperare il rispetto del diritto alla riservatezza del tossicodipendente con le esigenze del servizio dispensariale, qualunque ne sia il livello, di garantire una sorta di controllo sulla erogazione delle prestazioni ad evitare il rischio reale che lo stesso servizio possa essere utilizzato, come un centro di approvvigionamento di sostanze stupefacenti per alimentare il mercato clandestino. Da qui l'esigenza che il tossicodipendente, garantendosi l'anonimato e la impossibilità, quindi, di una identificazione personale a fini diversi da quelli sociosanitari, sia fornito di una tessera personale che gli consenta di frequentare il programma prescelto, ottenendo la corrispondente prescrizione di narcotici. In tal modo ci sembra sia possibile conseguire realmente l'intento che costantemente, senza impulsivi demagogismi, dobbiamo realmente prefiggerci, cioè quello di tutelare e garantire al tossicodipendente la somministrazione di narcotici o loro sostitutivi durante il programma di trattamento (breve o protratto) ed al contempo prevenire le facili, quanto strumentali obiezioni, di quegli operatori sanitari (medici o farmacisti) che oppongono un rifiuto a collaborare adducendo motivazioni moralistiche od il timore di incorrere in sanzioni giudiziarie.

Articolo 17. Gravi preoccupazioni a chi vuol tutelare in ogni ambito il rispetto della dignità umana e la garanzia dei diritti, suscita l'intervento in ambiente carcerario, che per quanto concerne il settore della tossicodipendenza si prefigge, nella presente proposta di legge, una duplice finalità:

1) garantire, anzitutto, al detenuto forme di intervento assistenziale che non differiscano, per mezzi e per modalità di impiego, da quelle disponibili per ogni altro cittadino, posto che lo stato di detenzione, se priva l'individuo di alcuni diritti fondamentali (quale il diritto alla libertà), non può limitare altri in alcun

modo (quale il diritto alla salute ed alla integrità fisica); sotto questo profilo, il principio di uguaglianza fra tutti i cittadini deve essere, con forza, difeso e riaffermato;

2) prevenire l'insorgenza di una sindrome astinenziale da privazione della sostanza stupefacente.

Per tali motivi, dunque, la nostra proposta prevede che il detenuto possa chiedere che al medico incaricato del servizio carcerario sia affiancato uno dei sanitari esperti in tossicodipendenze del servizio pubblico territoriale. Ciò sempre nella prospettiva che, superata la fase di urgenza, sia avviato un programma di disassuefazione del tutto analogo a quello previsto negli articoli precedenti; fermo restando comunque il principio che il primo atto da porre in essere è l'adozione delle misure necessarie a prevenire l'insorgenza della sindrome astinenziale.

Articolo 18. Agli esercenti la professione medica è fatto divieto di prescrivere sostanze elencate nelle prime tre tabelle in assenza di un documentato giudizio diagnostico che, peraltro, in base al precedente articolo 11, può essere rilasciato solo dal servizio pubblico territoriale od altro all'uopo designato.

Anche questa disposizione tende a perseguire il duplice obiettivo cui tutta la nostra proposta è ispirata: da una parte rendere effettivo il diritto del tossicodipendente all'assistenza, dall'altra garantire la finalità terapeutica e riabilitativa dell'intervento.

La norma, d'altra parte, mette a riparo i medici dai rischi e dalle conseguenze — talora assai gravi anche sul piano penale — cui attualmente li espone una normativa ambigua e carente; e nello stesso tempo fa sì che, pur nell'assoluto rispetto della libertà professionale, i criteri dell'intervento in materia di tossicodipendenze siano coordinati dal servizio pubblico.

Articolo 19. Al contrario, nel settore delle iniziative tese al reinserimento sociale del tossicodipendente, sarebbe a no-

stro parere errata una politica che accentrasse l'intervento nelle strutture pubbliche — peraltro tuttora assai carenti — previste dal SSN disconoscendo, in tal modo, il positivo contributo di quelle associazioni a carattere volontaristico e cooperativo (comunità terapeutiche, centri consultoriali, di aggregazione giovanile a scopo culturale, assistenziale, lavorativo e ricreativo, eccetera) che, sorte spesso in base a pulsioni aggreganti degli stessi tossicodipendenti, hanno operato ed operano con risultati più che soddisfacenti sotto il profilo della prevenzione e della riabilitazione. Tali forme di aggregazione sociale, pertanto, sono da sostenere ed incentivare da parte delle Regioni anche sotto il profilo economico, fermo restando il criterio che il centro motore dell'intervento sociosanitario ad ogni livello e l'USL cui l'associazione, ente od istituzione convenzionato è tenuto a presentare dettagliate relazioni sul bilancio e sulla attività. In tal modo si tende a sostenere lo sviluppo di quelle forme di aggregazione sociale che operano in modo coerente e coordinato rispetto alle linee dell'intervento pubblico, evitando così una inutile dispersione di mezzi e di denaro.

Articoli 20 e seguenti. Essenziale nella nostra proposta è la revisione delle norme penali previste dalla legge 22 dicembre 1975, n. 685. Il principio base cui si ispira ogni ipotesi qui contemplata è la necessità di distinguere non solo fra spacciatore e consumatore, ma soprattutto tra lo spacciatore che è anche tossicodipendente e lo spacciatore che, invece, non lo è. Per quanto riguarda il consumatore, sembra, invero, che l'aspetto più palesemente negativo della legge 22 dicembre 1975, n. 685, fosse quello inerente la « modicità » della dose detenibile, al di sotto della quale non poteva esservi presunzione di punibilità. Il termine « dose modica », come si è avuto già occasione di osservare — e come del resto è stato già più volte sottolineato in altre sedi — per la sua genericità e indeterminatezza non poteva che indurre, come infatti è avvenuto, gravi difficoltà nella prassi giuridica. Rimettendo al singolo giudice la valutazione della « mo-

dica » quantità di sostanza stupefacente detenuta, ha finito col creare inique disparità tra i diversi tribunali di merito, quando non addirittura tra le diverse sezioni di uno stesso tribunale, posto che, variando la preparazione e soprattutto la collocazione ideologica del singolo giudice o del suo collaboratore tecnico, anche il giudizio e la conseguente collocazione giuspenalistica del fatto era passibile di variazioni altrettanto ampie; tanto è che, nel corso di numerosi procedimenti è stata sollevata questione di costituzionalità sulla norma in questione. L'ipotesi, a nostro parere assai verosimile, che la Corte caduchi la norma riguardante la non punibilità del possesso di « dose medica » rende ancor più pressante l'esigenza di rendere oggettivo il concetto di « dose modica », onde eliminare o quanto meno limitare a casi eccezionali la soggettività del giudizio. A tal fine, peraltro, non si è ritenuto possibile quantificare in termini di peso la dose di sostanza detenuta, essendo il quantitativo necessario a ciascun tossicodipendente una variabile individuale necessariamente connessa e condizionata dal tipo e dal grado della tossicodipendenza medesima. Affermata però (vedi articolo 11) la necessità di istituire un ambito diagnostico per lo specifico settore della tossicodipendenza all'interno delle strutture pubbliche del SSN, si è ritenuto conseguentemente opportuno che venisse affidato allo stesso servizio della USL, l'accertamento dello stato di tossicodipendenza ed il corrispondente fabbisogno giornaliero individuale (analogamente a quanto previsto per i trattamenti di disassuefazione) ritenendosi « dose modica » di sostanza stupefacente, la cui detenzione è pertanto tollerata, quella corrispondente ad una quantità pari al fabbisogno di tre giorni; ove la dose detenuta corrisponda invece ad un fabbisogno giornaliero compreso fra tre ed otto giorni, si prevede la comminazione di una multa (articolo 33).

Quando la detenzione superi questi dosaggi si presume che non possa trattarsi di detenzione a scopo di uso personale terapeutico; le quantità divengono francamente eccessive e tali da indurre a sospet-

VIII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

tare il reato di spaccio. Anche in una evenienza siffatta, peraltro, due sono le ipotesi che possono configurarsi, per ognuna delle quali deve — a nostro parere — essere previsto un diverso regime penale in quanto differenti devono essere le finalità dell'azione repressiva: il soggetto che detiene una dose di sostanza stupefacente che eccede il quantitativo tollerato, infatti, può essere egli stesso un tossicodipendente-spacciatore, ovvero uno spacciatore non dedito all'uso delle sostanze. Nel primo caso l'interesse pubblico rilevante è quello della eliminazione dello stato di tossicodipendenza che è poi il movente soggettivo del reato; nel secondo, l'obiettivo primario è la repressione dello spaccio e la lotta al mercato nero.

Per lo spacciatore-tossicodipendente quindi si prevede il ricorso ad un trattamento sanitario obbligatorio (articolo 27), così definibile, peraltro, solo in senso assai lato, assimilabile ad un istituto (*probation*) già sperimentato con successo in alcuni paesi anglosassoni. In tale prospettiva nell'ambito di ogni ospedale regionale deve essere istituita, a cura della Regione, una unità di degenza vigilata, non strutturata come unità sanitaria a sé stante, ma annessa al reparto di medicina generale od altro analogo cui lo spacciatore tossicodipendente può essere affidato per un corretto intervento diagnostico e per un intervento terapeutico di prima istanza al di fuori dell'ambito carcerario nonché di avvio del processo riabilitativo e di assuefazione. La pena detentiva, in sostanza, pur comminata anche allo spacciatore tossicodipendente, può essere per lui commutata (articolo 32) in un corrispondente periodo di libertà vigilata, durante il quale il tossicodipendente-spacciatore si impegna a sottostare ad un trattamento terapeutico-riabilitativo. L'unità di degenza vigilata (articoli 27 e 28), entro 10 giorni dall'affidamento del soggetto che tratto in arresto od essendo in stato di detenzione per altri reati, sia o si dichiarerà tossicodipendente, sentito anche il parere dei sanitari operanti nelle strutture pubbliche per l'accertamento degli stati di tossicodipendenza, trasmette una dettagliata relazione

alla magistratura competente. Onde snellire al massimo la procedura, tenuto anche conto delle oggettive difficoltà della magistratura ordinaria, si è ritenuto opportuno (articolo 30) indicare l'ambito giuspenalistico competente, in un collegio giudicante da istituirsi presso ogni tribunale, costituito da due giudici e da due esperti nella materia (la cui presenza scongiura le evidenti e negative conseguenze che deriverebbero dalla istituzione di una sezione giuridica specificamente settoriale) di fronte al quale compaiono gli imputati.

A tale collegio giudicante, formalmente nella persona del suo presidente, compete di approvare il programma terapeutico da erogarsi in stato di libertà condizionata al tossicodipendente e di disporre l'attuazione. Ove l'andamento del programma terapeutico, secondo quanto risulta dalle relazioni trimestrali al Presidente del collegio giudicante (articolo 32), non risulti soddisfacente, è prevista la possibilità di disporre nuovi accertamenti (in ciò sostanziandosi, soprattutto, la previsione di obbligatorietà del trattamento) ed eventualmente la revoca del provvedimento di commutazione della pena detentiva (articolo 33). Con tali previsioni differenziate di pena, in sintesi, si è inteso perseguire un duplice scopo: sottolineare da un lato, che la detenzione illecita di sostanze stupefacenti e psicotrope, da combattere con fermezza e rigore in assoluto, può essere tollerata solo ove se ne possa presumere con sostanziale attendibilità, l'effettivo impiego a scopo personale; dall'altro, prevedere una diversità di interventi nelle singole evenienze di spaccio, non solo sotto il profilo della gravità della pena in funzione della dose detenuta, ma anche e soprattutto a seconda che sussista o meno nello spacciatore uno stato di tossicodipendenza. Lo spaccio, dunque, viene in ogni caso perseguito e punito; ma si vuol sottolineare che, nella funzione di sostanziale recupero che dovrebbe essere alla base di ogni trattamento detentivo, la previsione di un intervento sanitario e di riabilitazione sociale — nel rispetto, per di più, del diritto di scelta del

VIII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

soggetto (non si dimentichi, infatti, che, ove non sia richiesta o non sia concessa la commutazione della pena detentiva, il tossicodipendente in stato di detenzione fruisce pur sempre del diritto al trattamento previsto per le strutture carcerarie) — si inserisce come momento di estrema coerenza e di giusto temperamento fra la tutela dei diritti della comunità contro il diffondersi di una piaga sociale e la tutela dei diritti del singolo nel rispetto della sua dignità; pur nel doveroso limite da imporre alla libertà di chi persegue un comportamento antiggiuridico.

Tuttavia per essere realmente credibile l'impegno dello Stato nella lotta alle tossi-

codipendenze, le indicazioni operative della nuova legge dovranno trovare riscontro in un adeguato supporto finanziario. L'articolo 34 della proposta prevede appunto una integrazione del fondo sanitario nazionale, di parte corrente e in conto capitale, sì da fare fronte alle molteplici esigenze — di strutture, di personale, di ricerca epidemiologica, di sostegno alle iniziative di reinserimento sociale — che la nuova logica di intervento porrà.

È necessario fare leggi che possano essere attuate per non deteriorare ulteriormente il rapporto tra cittadini ed istituzioni con prospettive di riforma che non riescono a concretizzarsi.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

Il Servizio sanitario nazionale esercita le funzioni relative alla prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza da sostanze stupefacenti e psicotrope mediante le proprie strutture centrali, regionali e locali.

Nell'esercizio delle funzioni di cui al precedente comma il Servizio sanitario nazionale assicura il collegamento ed il coordinamento delle proprie attività con quelle svolte da organi, centri, istituzioni e servizi di assistenza sociale.

ART. 2.

Nell'ambito del Servizio sanitario nazionale il Consiglio sanitario nazionale formula proposte ed esprime pareri obbligatori nei confronti del Ministro della sanità in ordine:

a) ai programmi relativi agli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze da definire nel quadro del piano sanitario nazionale;

b) alla programmazione delle iniziative di carattere nazionale di educazione sanitaria volte alla formazione nei cittadini, ed in particolare nei più giovani, di una adeguata coscienza circa gli effetti psichici, fisici e sociali derivanti dall'assunzione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, ivi compresi l'alcool e il tabacco;

c) all'indirizzo ed al coordinamento delle attività regionali da esercitarsi ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

d) alla programmazione di studi e di ricerche relative ai problemi connessi alla definizione e all'attuazione dei programmi di prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza.

Per lo svolgimento delle attività di cui al precedente comma il Consiglio sanitario nazionale istituisce nel suo seno una apposita sezione. La composizione, nonché le modalità del funzionamento della sezione sono disciplinate in conformità con quanto previsto dall'ultimo comma dell'articolo 8 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

ART. 3.

L'articolo 1 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, è sostituito dal seguente:

« Il Ministro della sanità cura sul piano internazionale i rapporti con la commissione degli stupefacenti del Consiglio economico e sociale delle Nazioni Unite, con l'organo internazionale di controllo sugli stupefacenti della Organizzazione delle Nazioni Unite e con qualsiasi altra organizzazioni avente competenza in materia di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Il Ministro della sanità provvede all'attuazione, per quanto di propria competenza, dei piani, dei programmi e degli indirizzi approvati dal Consiglio sanitario nazionale ed esercita, secondo le modalità di cui all'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, la funzione di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative delle regioni nella materia oggetto della presente legge.

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 psicotrope sono sottoposte al controllo ed alla vigilanza del Ministero della sanità che l'esercita, secondo le modalità indicate nella presente legge.

Il Ministero della sanità provvede in particolare:

- 1) ad emanare gli atti di autorizzazione, nonché quelli relativi alla sospensione, modificazione, annullamento e revoca degli stessi nei casi previsti dalla presente legge;

- 2) a predisporre la compilazione delle tabelle di cui all'articolo 11, a curarne il tem-

pestivo 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 alla quantità di sostanze stupefacenti o psicotrope effettivamente importate, esportate, fabbricate, impiegate nonché alla quantità disponibile presso gli enti o le imprese autorizzate, 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 e dei formulari che devono essere compilati a fini statistici;

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

Le materie previste dai numeri 1, 2, 3 e 5 sono regolate con decreto del Ministro della sanità salvo quanto stabilito dal successivo articolo 11.

Il Ministro della sanità riferisce annualmente al Parlamento sull'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze e sulla efficacia delle misure adottate, fornendo nel contempo i dati relativi ».

ART. 4.

L'articolo 8 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, è sostituito dal seguente:

« Presso il Ministero della sanità è istituito un Comitato tecnico interministeria-

le, organo tecnico-consultivo del Ministro della sanità e del Consiglio sanitario nazionale, avente il compito di curare il costante aggiornamento e perfezionamento nelle materie previste dalla presente legge.

In particolare il Comitato deve:

1) esaminare i dati epidemiologici e le statistiche che le regioni sono tenute a raccogliere su base territoriale con facoltà di richiedere supplementi di informazioni, allo scopo di redigere le statistiche nazionali;

2) esprimere il parere motivato alle autorizzazioni previste dalla presente legge per la produzione, l'impiego ed il commercio all'ingrosso delle sostanze stupefacenti o psicotrope;

3) esprimere ogni anno il parere motivato in ordine alla concessione di licenze di importazione e di esportazione di materie prime per la produzione e l'impiego degli stupefacenti e sostanze psicotrope;

4) esaminare le statistiche annuali, sia nazionali che regionali, al fine di accertare il grado di diffusione delle tossicodipendenze, e ogni altro aspetto del fenomeno; comunicare, entro il primo quadrimestre di ogni anno, al Ministro della sanità, un rapporto sull'andamento del fenomeno stesso, sui sistemi di prevenzione, cura e riabilitazione in atto nelle regioni, sulle carenze riscontrate e su ogni opportuno intervento conseguente;

5) proporre l'adozione di ogni opportuna misura di intervento preventivo, curativo e riabilitativo, indicandone il carattere di eventuale urgenza;

6) proporre, sentito l'Istituto superiore di sanità, l'adozione di ogni modifica ed aggiunta negli elenchi dei farmaci dalla legge sottoposti al controllo ».

ART. 5.

L'articolo 9 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, è sostituito dal seguente:

« Il Comitato interministeriale di cui al precedente articolo, è presieduto dal Mini-

stro della sanità o da un Sottosegretario da lui delegato, ed è composto da:

1) quattro membri designati dal Ministro della sanità, esperti rispettivamente in farmacologia, in neuropsicofarmacologia, farmaco-dipendenza e tossicologia forense;

2) un rappresentante del Consiglio superiore di sanità designato dal Presidente fra i membri dello stesso Consiglio;

3) il direttore dell'Istituto superiore della sanità o il capo laboratorio esperto nella specifica materia, da lui designato;

4) il direttore dell'Ufficio centrale per gli stupefacenti o un funzionario da lui designato;

5) un rappresentante del Ministero degli affari esteri;

6) due rappresentanti del Ministero dell'interno, di cui un funzionario del centro di coordinamento per le operazioni di polizia criminale ed un funzionario avente specifica competenza in materia di traffico internazionale di stupefacenti;

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

8) un magistrato presso il Tribunale per i minorenni designato dal Consiglio superiore della Magistratura;

9) un rappresentante del Ministero di grazia e giustizia;

10) due rappresentanti del Ministero delle finanze, di cui un ufficiale della Guardia di finanza designato dal comando generale ed un funzionario della direzione generale delle dogane ed imposte di fabbricazione;

11) un rappresentante del Ministero della pubblica istruzione;

12) un rappresentante del Ministero dell'industria, del commercio e dell'artigianato;

13) un rappresentante dell'ISTAT designato dal Presidente dell'Istituto;

14) tre rappresentanti delle regioni scelti tra i membri del Consiglio sanitario nazionale.

Svolge le funzioni di segreteria tecnica un funzionario della carriera direttiva amministrativa del Ministero della sanità.

I componenti del Comitato sono nominati con decreto del Ministro della sanità, durano in carica tre anni, possono essere confermati e non possono farsi sostituire salvo i casi espressamente previsti.

Il Comitato si riunisce presso il Ministero della sanità in sessione ordinaria almeno una volta ogni trimestre.

Il Comitato può riunirsi ogni altra volta su richiesta del Ministro o del Consiglio sanitario nazionale ovvero quando ne sia fatta richiesta da almeno un terzo dei suoi membri.

È in facoltà del Ministro della sanità di far intervenire in singole adunanze, per lo studio di speciali questioni o nel caso di particolari indagini, persone di riconosciuta competenza nella materia, estranee al Comitato stesso, senza diritto di voto ».

ART. 6.

Le regioni esercitano le funzioni legislative in materia di prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze nel rispetto dei seguenti principi:

a) realizzare interventi volti alla prevenzione delle tossicodipendenze anche mediante l'adozione di iniziative dirette a diffondere tutte le informazioni relative agli effetti derivanti dall'abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope, ivi comprese l'alcool e il tabacco;

b) integrare i servizi per la prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze nella organizzazione dei servizi socio-sanitari;

c) assicurare il massimo coordinamento con le altre istituzioni e organismi operanti nel settore della prevenzione sanitaria, dell'assistenza sociale e dell'istruzione;

d) assicurare la formazione professionale e l'aggiornamento permanente del per-

sonale destinato ai servizi preposti, anche in via non esclusiva, alla prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza;

e) provvedere alla cura ed alla riabilitazione dei tossicodipendenti mediante interventi di tipo medico, psicologico e sociale;

f) promuovere, sostenere e incentivare ogni iniziativa atta al reinserimento sociale e lavorativo del tossicodipendente;

g) procedere regolarmente alla rilevazione dei dati statistici relativi alla diffusione delle tossicodipendenze, nonché allo svolgimento di indagini epidemiologiche.

Le regioni svolgono la loro attività sulla base di programmi regionali predisposti secondo le cadenze temporali ed in conformità con le indicazioni contenute nei programmi nazionali adottati ai sensi dei precedenti articoli. I programmi regionali di intervento nel settore delle tossicodipendenze sono parte integrante dei piani sanitari regionali di cui agli articoli 11 e 56 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Sono abrogati gli articoli 2 e 10 della legge 22 dicembre 1975, n. 685.

ART. 7.

Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza sono attuati dai comuni mediante le Unità sanitarie locali ed in collegamento con i servizi di assistenza sociale. A tal fine le Unità sanitarie locali utilizzano i normali presidi sanitari e sociali localizzati nell'ambito del proprio territorio.

Con legge regionale l'organizzazione di detti presidi è adeguata alle esigenze connesse con l'espletamento dei compiti ad essi affidati ai sensi del precedente comma.

L'intervento del personale dei presidi deve essere improntato a criteri non autoritari né costrittivi, ma di assistenza professionale specialistica. Il personale medesimo è altresì tenuto al rispetto pieno della personalità degli assistiti e deve

serbare il segreto professionale in ordine agli specifici interventi terapeutici ed assistenziali operati.

È abrogato il titolo X della legge 22 dicembre 1975, n. 685.

ART. 8.

Dopo l'articolo 88 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, è aggiunto il seguente:

« ART. 88-bis. — Le attività di cui ai precedenti articoli 87 e 88 sono realizzate d'intesa con l'Unità sanitaria locale competente per territorio.

Le autorità scolastiche competenti sono in ogni caso tenute a mettere a disposizione, negli edifici scolastici, i locali necessari per la realizzazione da parte della Unità sanitaria locale, ogni volta che questa lo richieda, di iniziative di informazione sugli effetti derivanti dall'uso delle sostanze stupefacenti e psicotrope.

I Comitati istituiti dai provveditorati agli studi ai sensi del precedente articolo 86, sono integrati da un rappresentante della regione.

Le iniziative previste dall'articolo 86 sono programmate e realizzate di intesa con la regione ».

ART. 9.

L'articolo 12 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, è sostituito dal seguente:

« La inclusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope nelle tabelle di cui al precedente articolo 11, deve essere effettuata in base ai criteri seguenti:

1) nella tabella I devono essere indicati: l'oppio e i materiali da cui possono essere ottenute le sostanze oppiacee naturali, estraibili dal papavero sonnifero; gli alcaloidi ad azione narcotico-analgésica da esso estraibili; le sostanze ottenute per trasformazione chimica di quelle prima indicate; le sostanze ottenibili per sintesi

VIII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

che siano riconducibili, per struttura chimica o per effetti, a quelle oppiacee precedentemente indicate; eventuali importanti intermedi per la loro sintesi;

2) nella tabella II devono essere indicati:

a) 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;

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

c) 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;

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

e) i tetraidrocannabinoli (estrattivi o di sintesi) e i loro analoghi nonché l'olio di hashish;

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

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

3) nella tabella III devono essere indicati:

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, sempre che tutte le dette sostanze non comportino i pericoli di dipendenza innanzi indicati;

VIII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

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

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, II 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 quantitativa 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 farmaco-dipendenza.

L'eroina è inserita nella farmacopea ufficiale.

Nelle tabelle devono 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, nonché gli stereoisomeri nei casi in cui possono essere prodotti, relativi alle sostanze ed ai preparati inclusi nelle tabelle, salvo sia fatta espressa eccezione.

Le sostanze incluse nelle tabelle devono essere indicate con la denominazione comune internazionale ed 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 o del prodotto purché sia idonea ad identificarlo ».

ART. 10.

Entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge, con legge dello Stato, sono dettate norme per la disciplina della coltivazione, produzione, commercio, importazione, esportazione e utilizzazione della canapa indiana e dei suoi derivati.

Non costituisce reato l'acquisto, la cessione o la detenzione di canapa indiana e di prodotti da essa ottenuti, salvo quanto previsto dall'articolo 12, primo comma, n. 2, lettera e), della legge 22 dicembre 1975, n. 685, come modificato dall'articolo 9, n. 2), lettera e), della presente legge, in quantità non superiore a grammi 10.

Per quantità comprese fra i 10 e i 100 grammi si applica la multa da lire 50.000 a lire 500.000.

Per quantità superiori ai 100 grammi si applica la multa da lire 500.000 a lire 10 milioni.

A decorrere dalla data di cui al primo comma del presente articolo, nella legge 22 dicembre 1975, n. 685, è soppresso ogni riferimento alla canapa indiana e ai suoi derivati. Fino alla stessa data continuano ad applicarsi alle suddette sostanze le norme di cui ai Titoli III, IV e V della legge 22 dicembre 1975, n. 685.

ART. 11.

Le Unità sanitarie locali, entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge, individuano i servizi preposti all'accertamento ed al trattamento degli stati di tossicodipendenza.

L'accertamento, è effettuato tramite la raccolta di dati anamnestici, l'esame obiettivo, la ricerca delle sostanze o dei loro metaboliti nei liquidi biologici e la valutazione del grado di assuefazione.

La prestazione è gratuita e viene corrisposta su richiesta del medico curante o dell'interessato.

ART. 12.

Accertato lo stato di tossicodipendenza, il servizio attua, su richiesta e in ac-

cordo con il tossicodipendente, anche se minore, un trattamento breve di disassuefazione di durata non superiore a trenta giorni, salvo che il tossicodipendente non risulti in trattamento al momento dell'entrata in vigore della presente legge.

Nei trattamenti brevi di disassuefazione possono venire impiegati tutti i farmaci ritenuti idonei che siano compresi nella farmacopea ufficiale, ancorché le attuali indicazioni terapeutiche non prevedano la disassuefazione da stati di tossicodipendenza.

ART. 13.

Nel caso in cui la disassuefazione non venga conseguita al termine del trattamento di cui al precedente articolo il tossicodipendente potrà adire ad un trattamento protratto di disassuefazione di durata rispondente alle specifiche necessità del soggetto.

Al tossicodipendente che intende sottoporsi a trattamento protratto è richiesto di:

a) sottoscrivere tramite apposizione di firma leggibile un documento da cui risulti la libera e consapevole accettazione del trattamento protratto nonché l'avvenuta informazione sulle proprietà, i rischi e le finalità inerenti questo specifico tipo di trattamento;

b) essere nella maggiore età o godere, in caso contrario, del documentato beneplacito di persona che eserciti la legale rappresentanza;

c) fornire campioni di urine ogniqualvolta vengano richiesti e sottoporsi ai controlli sanitari periodici ritenuti necessari per il prosieguo del trattamento;

d) ritirare la dose di sostanza impiegata per il trattamento di disassuefazione con frequenza giornaliera.

Ove sussistano documentate motivazioni di carattere lavorativo, sanitario o familiare, la frequenza al servizio dispensariale

potrà essere dilazionata in misura tri o bisettimanale a giudizio degli operatori responsabili, e comunque non prima di tre mesi dall'inizio del trattamento, a seguito di verifica positiva sulla condotta del tossicodipendente e conformemente alle specifiche necessità dello stesso.

I trattamenti brevi e protratti di disassuefazione, su richiesta del tossicodipendente, possono essere condotti da un sanitario di fiducia in collaborazione con il servizio competente per territorio secondo un piano terapeutico concordato con lo stesso.

ART. 14.

Le sostanze impiegate per trattamenti protratti di disassuefazione devono rispondere ai seguenti requisiti:

a) essere assumibili preferibilmente per via orale attraverso veicolo che ne impedisca la solubilizzazione o la facile estrazione per utilizzazione parenterale;

b) essere efficaci nel prevenire l'insorgenza di una sindrome astinenziale da discontinuazione della sostanza ingeneratrice dello stato di tossicodipendenza, ma avere, rispetto alla stessa, un minore effetto psicoattivo;

c) risultare sicure ed affidabili in termini di tossicità cronica alle dosi impiegate per i trattamenti protratti;

d) avere una durata di azione che consenta di dilazionare la frequenza dell'assunzione.

L'utilizzazione di sostanze per trattamenti protratti di disassuefazione viene autorizzata con decreto del Ministro della sanità, previa verifica circa la sussistenza dei requisiti previsti dalle lettere a), b), c) e d) del presente articolo ed eventualmente a seguito di sperimentazioni clinico-farmacologiche ritenute indispensabili da parte di una commissione ministeriale all'uopo costituita.

Al decreto di cui al precedente comma deve essere altresì allegato uno schema

tabellare che riporti le sostanze ritenute idonee al trattamento nonché le eventuali modalità di impiego delle stesse.

Il servizio per trattamenti protratti di disassuefazione deve trovare la sua collocazione funzionale all'interno di un progetto comprensivo di interventi medici, psicologici e sociali che prevedano, quanto meno, la presenza delle figure professionali dello psicologo, dello psichiatra e dell'assistente sociale.

ART. 15.

Al tossicodipendente viene rilasciato un tesserino personale che consente il ritiro della sostanza per i trattamenti di disassuefazione. Il tesserino personale, a tutela dell'anonimato, non reca dati anagrafici ma solo la fotografia dell'intestatario incorporata, con timbro secco. Il tesserino deve riportare un numero di codice composto nell'ordine da:

- 1) numero corrispondente all'unità sanitaria locale competente per territorio;
- 2) sigla in lettere corrispondente per convenzione regionale al servizio di diagnosi e trattamento competente;
- 3) numero progressivo corrispondente all'intestatario.

Nel caso di spostamento del tossicodipendente in trattamento o di trasferimento di domicilio, il servizio di provenienza trasmette i dati al nuovo servizio di competenza.

È fatto divieto al tossicodipendente di ottenere prescrizioni di narcotici contemporaneamente in più di un programma di disassuefazione.

Chiunque avendone notizia per ragione del proprio stato o ufficio o della propria professione od arte rivela senza giusta causa l'identità personale di coloro che accedono ai servizi di diagnosi e cura delle tossicodipendenze, ovvero impiega la notizia a proprio o altrui profitto, è punito con la reclusione fino a tre anni e con

l'interdizione dai pubblici uffici ovvero dall'esercizio di una professione o di un'arte per un anno.

ART. 16.

Nel caso di prescrizione di sostanze comprese nella I, II e III tabella allegate alla legge 22 dicembre 1975, n. 685, per più giorni, in corso di trattamenti di disassuefazione, il farmacista è tenuto a trattenere la prescrizione stessa ed a consegnare al tossicodipendente intestatario della prescrizione od a chi ne abbia la legale rappresentanza e dietro presentazione del tesserino personale di cui al precedente articolo 15, la dose giornaliera della sostanza specificata dal medico prescrivente, salvo diversa prescrizione del medico stesso, in osservanza del piano terapeutico concordato con il servizio competente.

ART. 17.

L'articolo 84 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, è sostituito dal seguente:

« Chiunque si trovi in stato di custodia preventiva o in espiazione di pena e sia ritenuto dall'autorità sanitaria abitualmente dedito all'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope ha diritto di ricevere le cure mediche e l'assistenza necessaria a scopo di riabilitazione.

Al tossicodipendente in stato di detenzione deve essere assicurata una assistenza sanitaria e psicosociale che preveda quanto meno:

a) una visita medica entro sei ore dal momento dell'internamento da parte di un sanitario della struttura carceraria, eventualmente coadiuvato, qualora il detenuto lo richieda, da un sanitario addetto, nell'ambito dell'unità sanitaria locale competente per territorio, alla terapia delle tossicodipendenze;

b) l'adozione delle misure necessarie a prevenire l'insorgenza di una sindrome astinenziale da privazione della sostanza ingeneratrice dello stato di tossicodipendenza.

Superate le misure di urgenza verrà iniziato un programma di disassuefazione e di intervento psico-sociale in conformità con le norme di cui ai precedenti articoli in quanto applicabili.

A tal fine il Ministro di grazia e giustizia, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, organizza con proprio decreto, su basi territoriali, reparti carcerari opportunamente attrezzati, provvedendo d'intesa con la regione e con l'unità sanitaria locale competente per territorio.

Le direzioni degli istituti carcerari sono tenute a segnalare alla regione coloro che, dimessi dal carcere, siano ancora bisognevoli di cure e di assistenza ».

ART. 18.

Dopo l'ultimo comma dell'articolo 43 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, sono aggiunti i seguenti commi:

« È fatto divieto agli esercenti la professione medica di prescrivere sostanze di cui alle tabelle I, II e III previste dal titolo I della presente legge per i trattamenti di disassuefazione in assenza di documentato giudizio diagnostico di uno stato di tossicodipendenza in atto. Tale giudizio viene pronunciato dal servizio diagnostico di cui al precedente articolo 11 e deve risalire ad un massimo di tre giorni dall'inizio del trattamento di disassuefazione. Nei casi in cui il medico prescriba le predette sostanze in presenza di uno stato di necessità (articolo 54 del codice penale) è fatto obbligo al medesimo di motivare per iscritto tale stato dandone comunicazione entro 24 ore al servizio dell'USL competente per territorio.

Il medico che violi il divieto di cui al precedente comma è punito con la reclusione fino a un anno e con la multa da lire duecentomila a un milione ».

ART. 19.

La regione, allo scopo di agevolare il reinserimento sociale dei tossicodipendenti, può stipulare tramite l'unità sanitaria locale competente per territorio apposite convenzioni con associazioni, enti ed istituzioni la cui attività sia intesa a promuovere forme di aggregazione sociale in cui i tossicodipendenti possano volontariamente inserirsi.

Le associazioni, enti ed istituzioni convenzionati con la regione ai sensi del precedente comma sono tenute a presentare entro il 31 gennaio di ogni anno alle unità sanitarie locali con cui vige il rapporto convenzionale, il bilancio preventivo e consuntivo nonché una dettagliata relazione sull'attività svolta, sui risultati ottenuti, sul numero e sulle qualifiche degli operatori.

ART. 20.

L'articolo 71 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, è sostituito dal seguente:

« Chiunque senza autorizzazione, produce, fabbrica, estrae, offre, pone in vendita, distribuisce, acquista, cede o riceve a qualsiasi titolo, procura ad altri, trasporta, importa, esporta, passa in transito o illecitamente detiene, fuori dalle ipotesi previste dagli articoli 72 e 80, sostanze stupefacenti o psicotrope, di cui alle tabelle I e II previste dall'articolo 12, è punito con la reclusione da due a quindici anni e con la multa da lire un milione a lire cento milioni.

Chiunque essendo munito dell'autorizzazione di cui all'articolo 15, illecitamente cede, mette e 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 duecento milioni.

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

Le pene previste dai commi precedenti sono ridotte alla metà se i fatti riguardano sostanze previste nella tabella III di cui al precedente articolo 12 ».

Fermo quanto previsto dal secondo comma del precedente articolo 10, se i fatti previsti dall'articolo 71 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, riguardano la canapa indiana e i suoi derivati si applicano la multa da lire 500.000 e le aggravanti previste dall'articolo 74 della stessa legge 22 dicembre 1975, n. 685, come modificato dall'articolo 23 della presente legge.

ART. 21.

L'articolo 72 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, è sostituito dal seguente:

« Chiunque fuori dalle ipotesi previste dall'articolo 80 senza autorizzazione o comunque illecitamente, detiene, trasporta, offre, acquista, pone in vendita, vende, distribuisce o cede a qualsiasi titolo, anche gratuito, modiche quantità di sostanze stupefacenti o psicotrope classificate nelle tabelle I, II e III dell'articolo 12, per uso personale non terapeutico di terzi è punito con la reclusione da due a sei anni e con la multa da lire centomila a lire otto milioni ».

Per modiche quantità si intendono le quantità determinate ai sensi del secondo comma dell'articolo 80 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, come modificato dalla presente legge.

Se i fatti di cui all'articolo 72 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, riguardano la canapa indiana e i suoi derivati si applicano le sanzioni di cui al secondo comma dell'articolo 10 della presente legge.

ART. 22.

L'articolo 73 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, è sostituito dal seguente:

« Chiunque, allo scopo di trarne profitto adibisce un locale pubblico o un circolo privato di qualsiasi specie, un im-

VIII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

mobile, un ambiente a ciò idoneo, dei quali abbia disponibilità, a luogo di convegno di persone che ivi consumano sostanze stupefacenti o psicotrope, comprese nelle tabelle I, II e III di cui all'articolo 12, è punito per questo solo fatto con la reclusione da due a sei anni e con la multa da lire due milioni a lire dieci milioni.

Le pene sono aumentate dalla metà ai due terzi se al convegno partecipa persona di età minore.

Qualora si tratti di pubblici esercizi, la condanna dell'esercente comporta la chiusura dell'esercizio per un periodo da due a cinque anni.

La chiusura del pubblico esercizio può essere disposta con provvedimento cautelativo dal giudice territorialmente competente d'ufficio o su richiesta del sindaco, del prefetto ovvero del Ministro della sanità ».

ART. 23.

Dopo il terzo comma dell'articolo 74 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, è aggiunto il seguente:

« La pena è aumentata dalla metà al doppio se il fatto riguarda sostanze previste nelle tabelle I, II e III dell'articolo 12, in miscugli o soluzioni dannose o comunque risultanti pericolose ».

L'ultimo comma dello stesso articolo 74 è abrogato.

ART. 24.

L'articolo 76 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, è sostituito dal seguente:

« Chiunque induce una persona all'uso illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope classificate nelle tabelle I, II e III di cui all'articolo 12 allo scopo di trarne profitto è punito con la reclusione da uno a cinque anni e con la multa da lire un milione a cinque milioni.

La pena è aumentata se il fatto è commesso in danno di persona di minore età.

La pena è raddoppiata:

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

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 dalle ipotesi di cui al precedente articolo 73, favorisce l'uso delle sostanze stupefacenti o psicotrope indicate nella prima parte del presente articolo ovvero se dall'uso trae comunque profitto ».

ART. 25.

L'articolo 77 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, è sostituito dal seguente:

« Le pene previste dall'articolo 71 si applicano altresì a carico del medico chirurgo o del medico veterinario che rilascia illecitamente prescrizioni delle sostanze stupefacenti o psicotrope ivi indicate ».

ART. 26.

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

« Chiunque fa propaganda pubblicitaria per l'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope è punito con la reclusione fino a tre anni e con la multa fino a cinque milioni.

Chiunque fa propaganda pubblicitaria per l'uso di prodotti da fumo o di bevande superalcoliche è punito con la reclusione da tre mesi sino ad un anno e con la multa fino a cinque milioni.

Sulle etichette dei prodotti da fumo deve essere stampata, in modo ben leggibile, la scritta « Il fumo fa male ».

Sulle etichette delle confezioni di bevande superalcoliche deve essere stampata in modo ben leggibile la scritta « L'alcol fa male ».

I titolari delle imprese produttrici e importatrici dei prodotti di cui al terzo e al quarto comma del presente articolo, che violino le norme ivi prescritte sono

puniti con la reclusione da tre mesi ad un anno e con la multa fino a cinque milioni.

I titolari di imprese commerciali che pongono in vendita prodotti da fumo e bevande superalcoliche le cui confezioni non rechino le scritte di cui al terzo e quarto comma del presente articolo, sono puniti con la multa fino a cinque milioni e, in caso di recidiva, con il ritiro della licenza ».

ART. 27.

Le regioni, di intesa con l'autorità giudiziaria competente per territorio, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, organizzano una unità di degenza vigilata nell'ambito di ogni ospedale regionale.

L'unità di degenza vigilata deve disporre di ambienti per l'allettamento che non potranno in ogni caso contenere più di dieci posti letto. L'unità di degenza vigilata deve altresì disporre, in conformità con l'articolo 35 del decreto del Presidente della Repubblica 29 aprile 1976, n. 431, di appositi locali per i colloqui degli internati con le persone autorizzate.

Alla stessa unità viene assicurato in via continuativa un turno di assistenza infermieristica nonché, secondo le modalità determinate dall'autorità giudiziaria competente per territorio, la sorveglianza degli agenti di custodia.

L'unità di degenza vigilata non può in nessun caso disporre di un proprio organico. L'assistenza medica nell'ambito della predetta unità è assicurata dal reparto di medicina generale o da altro reparto o dipartimento a ciò designato dal direttore sanitario dell'ospedale previo parere favorevole di una commissione composta di cinque membri di cui tre designati dal comitato di gestione dell'unità sanitaria locale competente per territorio e due dall'autorità giudiziaria competente per territorio.

L'équipe dei sanitari preposti alla unità di degenza vigilata non può essere com-

posta da più di tre medici da scegliere preferibilmente tra quelli con rapporto di lavoro a tempo pieno.

ART. 28.

Sono ricoverati presso la unità di degenza vigilata coloro che siano stati tratti in arresto per i reati di cui agli articoli 71, 72 e 73 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, e si dichiarino tossicodipendenti e, ad una sommaria visita medica, possano essere ritenuti tali. Del ricovero deve essere data immediata comunicazione al Pubblico ministero competente, al Presidente del tribunale e, su richiesta dell'interessato, ai familiari.

Alla medesima unità sono altresì affidati i soggetti in stato di detenzione per i quali l'autorità giudiziaria competente ravvisi l'utilità di effettuare indagini o interventi sanitari al di fuori degli istituti di pena.

ART. 29.

Per i soggetti assegnati alla unità di degenza vigilata ai sensi del primo comma del precedente articolo, entro dieci giorni dal ricovero, i sanitari responsabili, sentito il parere dei sanitari del servizio di accertamento delle tossicodipendenze competente per territorio, comunicano all'autorità giudiziaria un giudizio sulle condizioni generali di salute psico-fisica del soggetto.

ART. 30.

L'indiziato di uno dei reati previsti dagli articoli 71, 72 e 73 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, che sia stato assegnato alla unità di degenza vigilata, completata la fase diagnostica di cui al precedente articolo 11 ed in ogni caso non oltre dieci giorni dal ricovero, deve essere citato a comparire su richiesta del Pubblico ministero dinnanzi al Collegio giudicante istituito presso ogni tribunale ai sensi del successivo articolo 31, secondo le forme

previste dal codice di procedura penale. Il tribunale su richiesta delle parti, qualora ritenga necessaria una ulteriore indagine sullo stato di tossicodipendenza dell'imputato, dispone perizia medico-legale e tossicologica rinviando, se necessario, la udienza per un periodo non superiore a 15 giorni. I periti ed i consulenti di parte potranno disporre nuovi accertamenti ed esami e dovranno concludere oralmente in udienza nel contraddittorio tra le parti. Potranno essere presentate in aggiunta note scritte.

Qualora risulti accertato lo stato di tossicodipendenza, l'imputato sarà giudicato dal Collegio istituito ai sensi dell'articolo 31 secondo le forme degli articoli 502 e seguenti del codice di procedura penale. In caso contrario gli atti dovranno essere rinviati al giudice istruttore perché proceda con rito formale.

ART. 31.

Presso ogni tribunale e Corte d'appello è istituito un collegio giudicante competente per le ipotesi di reato di cui agli articoli 71, 72 e 73 della legge 22 dicembre 1975, n. 685.

Detto collegio è costituito da due magistrati uno dei quali con funzione di presidente, e da due esperti nella materia nominati dal Presidente della Corte d'appello del distretto entro cui il Tribunale ha sede tra gli operatori socio-sanitari inseriti nell'attività di assistenza ai tossicodipendenti della unità sanitaria locale in cui ha sede il Tribunale. Qualora l'imputato tossicodipendente sia assistito da una diversa USL sarà richiesta una relazione clinica sul soggetto al servizio competente per territorio.

ART. 32.

In caso di sentenza di condanna per uno dei reati previsti dagli articoli 71, 72 e 73 della legge 22 dicembre 1975,

n. 685, nei confronti di soggetti per i quali sia stato accertato la sussistenza di uno stato di tossicodipendenza, il Presidente del collegio giudicante, laddove il condannato lo richieda, può disporre la commutazione della pena detentiva in un corrispondente periodo di libertà vigilata durante il quale il condannato si impegni a sottoporsi ad un programma di trattamento terapeutico.

Detto programma deve avere come obiettivo prioritario la riabilitazione del soggetto tossicodipendente e, ove sia possibile, il conseguimento di una durevole condizione di disassuefazione.

Il programma di trattamento, tenendo conto delle esigenze del tossicodipendente, viene elaborato congiuntamente dagli esperti del tribunale e dal tossicodipendente assistito, che può farsi assistere da un consulente tecnico di sua fiducia. Il programma è esteso per iscritto negli elementi essenziali e controfirmato dai componenti del collegio giudicante e dal tossicodipendente.

Il Presidente del collegio ove ritenga che il programma, redatto secondo quanto previsto dal precedente comma, offra sufficienti garanzie di affidabilità e di efficacia anche tenuto conto della gravità dei reati addebitati al soggetto, dispone che il programma stesso sia attuato dai servizi preposti al trattamento delle tossicodipendenze nell'ambito dell'Unità sanitaria locale competente per territorio ovvero da una delle Associazioni, enti e istituzioni convenzionate ai sensi del precedente articolo 19.

Il responsabile dei servizi socio-sanitari cui, ai sensi del precedente comma, è affidato il soggetto, è tenuto a trasmettere trimestralmente al giudice di sorveglianza una sintetica relazione da cui risultino gli interventi medici psicologici e socio-riabilitativi cui il tossicodipendente si è sottoposto.

In nessun caso possono essere autorizzati programmi di trattamento che non prevedano almeno una visita settimanale all'*équipe* assistenziale affidataria del caso.

In presenza di elementi che non confortino circa il soddisfacente andamento del programma di trattamento il giudice di sorveglianza potrà in ogni momento disporre nuovi accertamenti diagnostici da effettuarsi anche presso l'unità di degenza vigilata e, ove lo ritenga opportuno, chiedere al Presidente del collegio giudicante di disporre la revoca del provvedimento di commutazione della pena detentiva.

Il Presidente ordina la citazione delle parti dinanzi al collegio istituito ai sensi dell'articolo 31 esponendo in sintesi le ragioni per le quali è richiesta la revoca. Nell'udienza, disposta secondo le forme degli articoli 628 e seguenti del codice di procedura penale, dovranno essere citati a richiesta delle parti i periti e consulenti eventualmente nominati ed i medici del servizio presso il quale il tossicodipendente è in trattamento. Il collegio decide con ordinanza.

ART. 33.

Fermo quanto stabilito dal precedente articolo 10, l'articolo 80 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, è sostituito dal seguente:

« Non è punibile chi illecitamente acquista o comunque detiene per uso personale sostanze stupefacenti o psicotrope di cui alle tabelle I, II e III del precedente articolo 12.

Si intende per uso personale una quantità di sostanza stupefacente o psicotropa necessaria al fabbisogno di giorni tre comprensivo della dose prescritta nel corso di un eventuale trattamento di disassuefazione. Detto fabbisogno viene stabilito con procedura d'urgenza dal servizio di diagnosi delle tossicodipendenze competente per territorio.

L'acquisto o la detenzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in quantità compresa entro il fabbisogno per giorni tre e il fabbisogno per giorni otto è punito con una multa da lire cinquantamila a lire duecentomila ».

ART. 34.

Per i fini di cui alla presente legge il Fondo sanitario nazionale di cui all'articolo 51 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aumentato, per l'anno 1981 di lire 280 miliardi per la parte corrente e di lire 100 miliardi per la parte in conto capitale.

Per l'attuazione dei programmi di cui alla lettera *b*) del primo comma dell'articolo 2 della presente legge nonché per le attività di cui al numero 6) del quarto comma dell'articolo 3, è autorizzata, per gli anni 1981-85, la complessiva spesa di lire 750 miliardi, da ripartire in ragione di 150 miliardi annui.

La somma di cui al precedente comma è iscritta in apposito capitolo da istituire nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità.

All'onere derivante dall'attuazione della presente legge, valutato, per l'anno 1981 in complessive lire 530 miliardi si fa fronte per lire 430 miliardi mediante corrispondente riduzione del capitolo 6856 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro per lo stesso esercizio finanziario, e per lire 100 miliardi mediante riduzione di pari importo del capitolo 9001 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro per il medesimo esercizio.