

CAMERA DEI DEPUTATI ^{N. 1959}

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**RONCHI, GORLA, CALAMIDA, CAPANNA, POLLICE,
RUSSO FRANCO, TAMINO**

Presentata il 25 luglio 1984

Norme sulle sostanze stupefacenti, per l'incremento della prevenzione, per il potenziamento delle strutture socio-sanitarie e dell'intervento pubblico

ONOREVOLI COLLEGHI! — 1. — È superfluo richiamare la gravità del fenomeno droga. Ne abbiamo tutti coscienza. Ci sembra utile analizzare, pur assai in breve, le cause principali di esso.

Sono cause in massima parte sociali, due a nostro avviso le principali: il disagio e l'emarginazione prevalentemente giovanile da una parte, l'attività aggressiva del mercato internazionale della droga dall'altra.

« L'uso di eroina oggi rappresenta l'incanto ideale tra un mercato aggressivamente organizzato ed una persona allineata da tempo all'uso consumistico delle varie offerte "lancio": l'eroina e la cocaina sono merci suadenti per eccellenza ». La frase è tratta da una intervista del *Manifesto* del 19 luglio 1984 a Mario Santi,

segretario nazionale degli operatori delle tossicodipendenze.

Il consumismo d'altronde è la risposta ad un disagio crescente, ad una realtà di emarginazione e scarso protagonismo del mondo giovanile sicuramente maggiore che nel 1975, anno in cui venne approvata la legge n. 685, che oggi molti, noi compresi, ritengono inadeguata.

Il clima da guerra fredda, il pericolo di guerra ed olocausto nucleare ormai presente nella coscienza di massa, la difficoltà grave a trovare lavoro, in conseguenza della crisi economica e finanziaria mondiale, sono tutti elementi che contribuiscono all'emarginazione di ampi strati giovanili.

Il mercato della droga è forse causa ancor di più condizionante: l'estensione

capillare, a macchia d'olio, del consumo viene programmata scientificamente dalla grande criminalità organizzata a livello internazionale, padrona assoluta del mercato della droga.

L'intreccio tra mafia e camorra, traffico di armi e di droga, riciclaggio di denaro sporco rappresentano in Italia, come alcuni coraggiosi magistrati hanno denunciato, una quota importante, aggirantesi intorno al 5-6 per cento, del prodotto interno lordo. Mafia e camorra, conoscendo da sempre le tecniche del consenso e del ricatto, riescono ad indurre e diffondere con estrema decisione il consumo di droga, soprattutto tra i giovani.

Questi sono i problemi e gli avversari reali e troviamo oggi che molti tentano una mistificazione di grosso rilievo delle cause.

2. — Si tenta da varie parti di spostare il problema su comunità terapeutiche sì o no, servizio pubblico o servizio privato, aggrappandosi ai vari « miracolismi terapeutici ». In realtà il problema sanitario è secondario ed anche per questo nella presente proposta parliamo di piano di sostegno individuale, anche farmacologico, ma non di piano « terapeutico ». Lo aumento del consumo di droga ha indubbiamente provocato un aumento del numero dei morti negli ultimi anni (nel 1984 sono prevedibili circa 500 morti), tuttavia il fenomeno non è quantitativamente significativo dal punto di vista sanitario.

I decessi a seguito di incidenti stradali in corso di alcolismo e i morti a seguito di cirrosi epatica su base alcolica rappresentano, ad esempio, un fenomeno assai più grave dal punto di vista sanitario.

I morti a seguito di cancro al polmone da tabagismo sono molti. Molti, anche a sinistra, non si sognano di sanitarizzare né il fumo, né il consumo di alcool o superalcolici, bensì tentano assai esplicitamente di sanitarizzare, o peggio ancora psichiatrizzare, il consumo di droga, che è fondamentalmente un problema sociale.

Una recente indagine nazionale della Doxa ha rilevato nella droga il pericolo più temuto da 94 genitori su 100.

La legge n. 685 del 1975 e i due decreti Aniasi, assai poco applicati, non hanno migliorato nel complesso la situazione, tranne rarissime occasioni.

La filosofia della legge n. 685 cercava di conciliare prevenzione e repressione. Se non ha migliorato la situazione, forse questa legge ha permesso all'Italia di non arrivare a realizzare *lager* per tossicodipendenti tipo quelli della Germania federale, modelli per i sostenitori della LENAD, la cui proposta di legge è stata presentata recentemente dal deputato del PRI, Pellicanò.

Questa proposta, criminalizzando del tutto il consumo di qualsiasi sostanza stupefacente, propone lo scambio « condanna per il reato consumo di droga-obbligo di curarsi », cioè uno scambio carcere-ospedale. Questa logica di scambio, questa confusione tra reato e malattia, questo introdurre la figura del magistrato terapeuta, che invece di condannare si arroga il diritto di ricovero coatto accanto al medico con mansioni poliziesche, conduce ad una situazione definibile in un modo schematico come « Stato di polizia ».

Il PCI ed il PSI non accettano, nella loro proposta di legge, la criminalizzazione del consumo di droga, ma accettano lo scambio pena-cura, introducendo, dopo la legislazione di emergenza per il terrorismo, un altro colpo decisivo all'ordinamento democratico ed allo Stato di diritto.

La filosofia a cui si ispirano le varie proposte di legge dei grandi partiti, sia laici che cattolici, è un continuo oscillare tra prevenzione e repressione. Il PSI invoca l'ergastolo, il MSI la pena di morte, la DC vorrebbe tutto volontariato retribuito e contemporaneamente propone trattamento sanitario obbligatorio (TSO) per i minorenni, soprattutto quelli con facce « inebetite », quasi tutti i partiti (compreso il PCI) obbligano il medico, che visita una persona, a suo parere consumatore di droga, a fare una segnalazione, essendo perseguibile in omissione.

3. — Il consumo di droga continua ad essere considerato un crimine, il consumatore un criminale, il tossicodipendente

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

un criminale, per di più malato, da guarire e redimere.

Questo giudizio, attenuato solo in parte dalle proposte di depenalizzazione di alcuni reati connessi alla tossicodipendenza, conduce inevitabilmente a soluzioni repressive.

Oltre a ciò, non è possibile una autentica repressione per le omertà e connivenze tra organizzazione criminale del mercato della droga e governi di varie nazioni.

In questa situazione, di fronte a cui le varie forze politiche dimostrano una profonda impotenza, frutto dell'ipocrisia della filosofia che predicano, vorremmo con questa nostra proposta di legge limitarci a poche ma precise indicazioni.

Negli ultimi mesi il mercato sta organizzando anche in Italia la diffusione capillare del consumo di cocaina, sulla scia di quanto già verificato negli USA. Questa rapida evoluzione ed induzione del consumo rischia di rendere inadeguata una proposta di legge, in tempi assai brevi dalla sua pubblicazione. Ne siamo pienamente consapevoli.

D'altronde una proposta di legge non la intendiamo come una ricetta valida per sempre.

Le alte esortazioni ad una guerra totale al mercato non crediamo avranno grandi possibilità di successo.

4. — L'eroina e la tossicodipendenza da essa indotta sono ancora la droga più pericolosa e più diffusa in Italia.

Crediamo che la nostra proposta, pur limitata all'eroina, possa dare un colpo decisivo al mercato stesso ed alla mafia e camorra che l'organizzano.

Canapa ed eroina sono oggi controllate dallo stesso mercato, spesso spacciate dalla stessa persona fisica. Questo è ciò che fondamentalmente unisce canapa ed eroina, permettendo al mercato ed agli spacciatori di deviare il consumatore di canapa verso l'eroina, che dà un guadagno enormemente maggiore.

I *mass media* ed il potere hanno voluto far credere alla gente, spesso riuscendovi, che chi fuma prima o poi si buca, che l'erba è l'iniziazione all'eroina.

Partendo da questa analisi proponiamo il monopolio di Stato per la canapa, per sottrarre migliaia e migliaia di giovani ad un mercato che riesce a condurre molti all'eroina, non certo perché abbiano una cultura del fumo, né solo per combattere l'assurda criminalizzazione dell'erba rispetto al tabacco, né tanto in difesa di diritti civili (articolo 5).

Altro è il presupposto riguardo all'eroina. Non siamo evidentemente favorevoli al consumo, ma non crediamo che sia un crimine il consumo, ma lo spaccio da parte di chi non consuma.

È d'altronde inutile e fariseo porsi nei confronti di un fenomeno largamente indotto dal mercato, con la pretesa di guarire e salvare.

La nostra proposta parte da una considerazione ampiamente documentata. Accanto alle decine di migliaia di tossicodipendenti, disperati e ostaggi del mercato, esistono ormai decine di migliaia di consumatori abituali, magari saltuari, non tossicodipendenti, che vivono una vita pressoché normale. È realistico e prioritario sottrarre al mercato nero ambedue queste fasce, proteggerle da un mercato che uccide adulterando, vigilare sulla loro salute mentre consumano una sostanza assai pericolosa per l'integrità fisica e psichica, come l'eroina.

Per questo proponiamo la distribuzione controllata di eroina, introdotta nella farmacopea e prodotta dallo Stato (articolo 3), stabilita una dose massima individuale giornaliera, tramite gruppi operativi delle unità sanitarie locali (articolo 6) che impostino un piano di sostegno individuale per i tossicodipendenti (articolo 10). Crediamo opportuno che sia stabilita la dose massima individuale giornaliera (articolo 4) e reputiamo che potrebbe essere quindici volte la dose analgesica, accogliendo le indicazioni del trattato di farmacologia del Goodman Gilman.

I consumatori abituali maggiorenni possono rivolgersi direttamente al proprio medico di base (articolo 11) che non può prescrivere oltre due dosi alla settimana.

Questa proposta non è certo in grado di stroncare il mercato da un giorno al-

l'altro, ma darebbe un serio colpo al mercato stesso. Offre indubbiamente una soluzione concreta alla maggior parte degli attuali prigionieri del mercato dell'eroina.

Ne nascerebbe un modesto mercato grigio, effetto secondario accettabile a nostro avviso, data la gravità della situazione.

5. — Per i minorenni non dobbiamo né possiamo accettare la categoria del consumatore abituale, dobbiamo porci l'obiettivo di aiutarli a tirarli fuori da ogni rapporto con le droghe.

Proponiamo quindi che debbano rivolgersi in prima istanza al gruppo operativo che imposti il piano di sostegno individuale. Questo deve prevedere l'obiettivo di superare il consumo di droghe da parte del minorenne, in nessun caso essendo possibile terapie di mantenimento (articolo 9).

6. — Questa articolazione della risposta dei servizi che noi proponiamo, ci fa contemporaneamente escludere, al contrario di tutti gli altri partiti compreso il MSI, il mantenimento della modica quantità.

Se è possibile ricevere eroina di Stato in quantità adeguata e concordata con il soggetto, rispettando e valorizzando in tal modo la soggettività, chi detiene e consuma eroina di contrabbando è oggettivamente complice del mercato, cioè della criminalità mafiosa.

L'oggettiva complicità con la mafia omicida, nemica dei giovani in primo luogo: questo è il messaggio nuovo che vogliamo lanciare ai giovani. Chi detiene e spaccia eroina di contrabbando deve quindi essere considerato uno spacciatore e subire le pene previste (articolo 24).

7. — In questa logica non trova più spazio lo stesso concetto di reato connesso alla tossicodipendenza, in ogni caso la loro frequenza dovrebbe notevolmente diminuire.

Poiché riteniamo che il dato più significativo sia la giovane età dei consumatori e che l'origine del loro « disagio giovanile » sia nel sociale (famiglia, scuola, lavoro) abbiamo dato ampio spazio nella

proposta alle tematiche connesse al sociale, la prevenzione e la risocializzazione:

a) prevenzione intesa non come allarmismo o demonizzazione, ma come reale formazione ed educazione alla salute, intesa come benessere psico-fisico;

b) risocializzazione non come acquisto di nuove certezze assolute e negazione-rimozione delle esperienze precedenti, ma come dotazione di strumenti adeguati ad affrontare in maniera critica e positiva le contraddizioni quotidiane.

Significativo ci sembra al riguardo riaffermare con forza il diritto al lavoro (articolo 23) del tossicodipendente. Al fine di perseguire gli obiettivi sopra delineati la nostra proposta di legge prevede iniziative basate su misure concrete e su una solidarietà disinteressata:

1) misure concrete che vedano negli Enti locali i principali responsabili della programmazione (articoli 8, 14, 15, 17), attuazione (articoli 10, 12, 17), verifica (articoli 18, 19);

2) solidarietà disinteressata perché crediamo che alle esigenze dei tossicodipendenti e delle loro famiglie non sia possibile rispondere solo con servizi « rigidi » e spesso burocratici di tipo istituzionale.

Proponiamo quindi che gli enti locali sostengano e promuovano tramite convenzione tutte quelle associazioni e gruppi di base che perseguono finalità coerenti e complementari ai servizi pubblici (articoli 17 e 19), valorizzando in tal modo il patrimonio d'esperienza già accumulato in questi anni di assenteismo delle strutture pubbliche.

Riteniamo utile ed indispensabile il volontariato, ma crediamo non debba essere retribuito (articolo 20).

Contemporaneamente e a parte presentiamo una proposta di legge di amnistia per i tossicodipendenti, in realtà una amnistia dello Stato verso di sé, avendo « obbligato » migliaia di giovani tossicodipendenti con la legge n. 685 a commettere reati non gravi.

PROPOSTA DI LEGGE

PAGINA BIANCA

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Principi ed obiettivi).

Lo Stato tutela la salute fisica e psichica dei tossicodipendenti nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.

Lo Stato si impegna a rimuovere le cause economiche e sociali che favoriscono l'instaurarsi della tossicodipendenza.

Lo Stato promuove la formazione di un'adeguata coscienza riguardo i problemi della salute sulla base di un'appropriata informazione dei cittadini e della comunità e predispone interventi e strutture idonei ad offrire ai tossicodipendenti, nel rispetto del loro diritto all'autodeterminazione, un sostegno atto a tutelare le loro condizioni di vita e la loro salute, valorizzando la loro soggettività ed un'attiva e critica partecipazione alla vita collettiva.

ART. 2.

(Criteri per la formazione delle tabelle).

La inclusione delle sostanze stupefacenti o psicotrope nelle tabelle di cui al decreto ministeriale 23 agosto 1977 deve essere effettuata in base ai seguenti criteri:

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 la 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 fenilettilamminici che abbiano effetti allucinogeni o che possano provocare distorsioni sensoriali;

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

g) i tetraidrocannabinoidi e i loro analoghi, chimicamente puri;

h) le preparazioni contenenti le sostanze di cui alle lettere a) e f);

2) nella tabella II devono essere indicati:

a) le sostanze di tipo barbiturico che abbiano notevole capacità di 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 di impegno quali anestetici generali, sempre che tutte le dette sostanze non comportino i pericoli di dipendenza innanzi indicati;

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

3) nella tabella III devono essere indicati:

a) le sostanze di corrente impegno 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 indicate nelle tabelle I e II;

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

4) nella tabella IV devono essere indicate:

a) le preparazioni contenenti le sostanze elencate nelle tabelle precedenti,

quando queste preparazioni, per la loro composizione qualitativa e quantitativa e per la modalità del loro uso, presentino minori rischi di abuso e pertanto non vengono assoggettate alla disciplina delle sostanze che entrano a far parte della loro composizione;

b) le benzodiazepine ed altri prodotti ad azione ansiolitica, antidepressiva o psicostimolante che possono dar luogo al pericolo di abuso e alla possibilità di farmacodipendenza.

Nelle tabelle di cui al decreto ministeriale 23 agosto 1977 devono essere compresi, ai fini dell'applicazione della presente legge, tutti gli isomeri, gli esteri, 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 debbono essere indicate con la denominazione comune internazionale e il nome chimico se esistente, e con la denominazione comune ed usuale italiana o con quella propria del prodotto farmaceutico oggetto di commercio.

E sufficiente, ai fini dell'applicazione della presente legge, che nella tabella sia indicata una qualsiasi delle denominazioni della sostanza o del prodotto purché sia idonea ad identificarlo.

Il Ministero della sanità provvede, con proprio decreto, ad adeguare le norme relative alle modalità di prescrizione delle sostanze comprese in ciascuna tabella del decreto ministeriale 23 agosto 1977 a quanto indicato nei commi precedenti, nonché a quanto previsto dall'articolo 3 e dall'articolo 10 della presente legge.

ART. 3.

(Modifica della farmacopea e produzione dell'eroina per la prescrizione).

Viene inclusa nella farmacopea ufficiale ed assoggettata alle disposizioni di legge sugli stupefacenti l'eroina (diacetilmorfina), che rientra quindi nel novero delle

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

sostanze sostitutive utilizzabili nel trattamento dei tossicodipendenti.

Il Ministro della sanità, sentito anche il parere dell'Istituto superiore di sanità, provvede ad individuare ed a indicare, con proprio decreto, le strutture produttive pubbliche delegate alla produzione dell'eroina da prescrivere nei casi previsti dalla presente legge; il decreto deve essere emanato entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge.

ART. 4.

(Dose massima giornaliera).

La dose massima individuale giornaliera per i narcotico-analgesci ad uso non terapeutico, prescrivibile secondo quanto fissato negli articoli 8, 9 e 11 è stabilita con decreto dal Ministro della sanità, sentito l'Istituto superiore di sanità, sotto forma di massimo multiplo della dose analgesica prevista dalla farmacopea, garantendo la copertura delle effettive necessità in rapporto allo stato di dipendenza dei singoli soggetti.

ART. 5.

(Cannabis e prodotti derivati).

La coltivazione, la preparazione, l'introduzione e la vendita della *cannabis* e dei suoi prodotti derivati sono soggetti a monopolio di Stato.

ART. 6.

(Gruppo operativo per il sostegno ai tossicodipendenti).

Alla prevenzione, al trattamento ed alla risocializzazione dei soggetti tossicodipendenti provvedono le unità sanitarie locali, nelle articolazioni territoriali previste dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833.

In ogni unità sanitarie locali deve essere individuato un gruppo coordinato di operatori, tra quelli già impegnati nelle strutture pubbliche, sociali e sanitarie, del

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

territorio ed inquadrati nei rispettivi servizi. Tale gruppo, denominato gruppo operativo, ha il compito di:

- a) effettuare l'accertamento dello stato di tossicodipendenza;
- b) rilasciare il libretto sanitario;
- c) formulare il piano di sostegno individuale;
- d) verificarne l'attuazione decentrata;
- e) promuovere l'attivo coinvolgimento dei presidi sociosanitari e delle strutture locali (medici di base, farmacisti, servizi sociali di distretto, scuole di ogni ordine e grado, organizzazioni di base, associazioni di volontariato, associazioni giovanili spontanee) e garantire il coordinamento a livello locale degli interventi nel settore ed in generale per l'area giovanile erogati dai vari servizi.

Il gruppo operativo deve essere formato con criteri di pluriprofessionalità, esperienza acquisita in ambiti territoriali e giovanili d'intervento, disponibilità e motivazione personale al lavoro in tale settore. In ogni caso le figure professionali del gruppo devono coprire i diversi aspetti del problema.

Il gruppo opera al proprio interno in modo collegiale ed integrato, valorizzando le singole competenze.

Il responsabile dell'attività collettivamente decisa è nominato dalla unità sanitaria locale su indicazione del complesso degli operatori del gruppo ed è sottoposto a verifica annuale.

Il responsabile risponde al comitato di gestione della unità sanitaria locale ed all'ufficio di direzione nel suo complesso o, in casi particolari, ad un membro designato.

L'individuazione degli operatori territoriali da parte dell'unità sanitaria locale deve essere nominativa e comprendere il numero di ore settimanali che ognuno dedica all'attività specifica.

L'assegnazione può avvenire per un periodo dai tre ai cinque anni, sentito il parere del gruppo operativo e su richiesta dell'operatore stesso.

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

È vietata la costituzione, a qualsiasi titolo, di presidi e servizi pubblici, comunque denominati, riservati unicamente ai tossicodipendenti, nonché ogni forma di convenzione con strutture private aventi le suddette caratteristiche.

È altresì vietata la costituzione, l'organizzazione o il funzionamento di reparti o divisioni riservati esclusivamente ai tossicodipendenti di strutture ospedaliere e di case di cura pubbliche, convenzionate e private.

ART. 7.

(Accertamento dello stato di tossicodipendenza).

L'accertamento dello stato di tossicodipendenza è effettuato dal gruppo operativo tramite la raccolta dei dati anamnestici, l'esame obiettivo, il colloquio a carattere psicologico e sociale, la valutazione del grado di assuefazione ed eventualmente la ricerca degli oppiacei e dei loro metaboliti nei liquidi biologici. È vietata l'induzione con farmaci della crisi d'astinenza, effettuata allo scopo di accertare lo stato di tossicodipendenza.

ART. 8.

(Piano di sostegno individuale).

In base all'accertamento dello stato di tossicodipendenza, viene elaborato, insieme al soggetto, un piano di sostegno individuale modulato secondo le caratteristiche e le necessità globali del soggetto stesso. Tale piano, così come l'accertamento, deve scaturire collegialmente dalle competenze e conoscenze integrate degli operatori che compongono il gruppo, analogamente alla eventuale successiva scelta del farmaco e della durata del trattamento.

Il piano di sostegno deve escludere qualunque forma di terapia coatta, indirizzarsi alla globalità della persona con interventi sul piano assistenziale, economico e sociale e comprendere le seguenti

indicazioni: farmaco sostitutivo eventualmente scelto; dosaggio massimo di partenza; durata prevista del trattamento; precise indicazioni riguardanti gli interventi attuati e da attuare per gli aspetti psicologici e sociali.

È vietato il ricorso al trattamento sanitario obbligatorio previsto dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833.

La formulazione del piano di sostegno individuale, anche in caso di contrasto tra il gruppo operativo ed il soggetto tossicodipendente, deve tenere conto in modo determinante della volontà e delle esigenze manifestate dall'utente.

Il tossicodipendente in stato di crisi d'astinenza ha diritto alla somministrazione immediata di farmaci sostitutivi in quantità adeguata.

Il tossicodipendente minorenni è abilitato a richiedere al gruppo operativo che nel piano di sostegno individuale venga prevista la somministrazione di sostanze sostitutive; in caso di opposizione da parte di chi esercita la patria potestà, l'autorizzazione può essere concessa dal giudice tutelare.

ART. 9.

(Modalità del trattamento farmacologico).

Il tipo e la durata del trattamento devono essere decise, in accordo con l'utente, secondo criteri modulati allo stato psichico, fisico e sociale del singolo soggetto tossicodipendente.

Il trattamento con farmaci sostitutivi può avvenire mediante l'uso di metadone, morfina, eroina o altre sostanze, decidendo insieme al soggetto il tipo di farmaco più idoneo alla fase che il soggetto stesso attraversa ed in relazione all'intervento complessivo, sempre nei limiti della dose massima individuale prevista dall'articolo 4.

Il trattamento sostitutivo per i soggetti minorenni, all'interno del piano di sostegno individuale, non può configurarsi come trattamento di mantenimento.

L'eventuale decisione di adottare il trattamento per via iniettiva con narcotici a breve durata d'azione, deve far parte integrante del piano di sostegno individuale e deve essere verificata periodicamente secondo scadenze concordate tra soggetto e gruppo operativo.

ART. 10.

*(Attuazione
del piano di sostegno individuale).*

L'attuazione del piano di sostegno individuale elaborato dal gruppo operativo territoriale è demandata ai distretti di base, quali sede naturale di decentramento, utilizzando i normali circuiti sanitari e sociali.

Ai medici di base e di distretto è affidato il compito della prescrizione mediante ricetta della sostanza sostitutiva prevista dal piano concordato, in collegamento col gruppo operativo e con i servizi distrettuali ed in collaborazione con essi per controlli, verifiche, cambiamenti del programma terapeutico. La ricetta è settimanale e consta di sette moduli staccabili, utilizzabili ciascuno per il ritiro della dose necessaria per un giorno.

Il compito della consegna del farmaco sostitutivo prescritto è affidato alle farmacie, seguendo il principio del massimo decentramento dell'utenza.

Il ritiro in farmacia è di norma giornaliero, tranne casi di accertata necessità o particolari periodi, per singoli casi, in cui la scadenza quotidiana interferisca con l'attuazione del piano di sostegno, in rapporto con le esigenze di lavoro e di vita quotidiana del soggetto che debbono essere salvaguardate ai fini della massimizzazione delle probabilità di successo del piano stesso.

In ogni caso non può essere ritirato un quantitativo superiore alle dosi necessarie per sette giorni.

Il gruppo operativo rilascia un libretto sanitario personale, contraddistinto dal numero regionale e dalla fotografia dell'utente, privo di dati anagrafici onde garantire

l'anonimato, per ogni soggetto la cui tossicodipendenza è stata accertata secondo le modalità di cui all'articolo 7 della presente legge.

Il libretto sanitario è coperto dal segreto professionale, è valido su scala nazionale e deve contenere: l'indicazione del farmaco sostitutivo usato e del dosaggio giornaliero, la via di somministrazione, la durata del trattamento, le modalità del ritiro.

Il gruppo operativo segue solo i tossicodipendenti residenti nel territorio di propria competenza e richiede ad ogni nuovo utente il certificato di residenza, da allegare alla cartella contenente i dati relativi al soggetto; qualora risulti un cambio di residenza recente, o comunque risalente ai sei mesi precedenti, il gruppo operativo deve effettuare un controllo presso il gruppo operativo dell'unità sanitaria locale ove il tossicodipendente prima risiedeva, al fine di evitare doppie prescrizioni di sostanze sostitutive. Il certificato di residenza dell'utente va richiesto, di norma, una volta l'anno.

Il tossicodipendente che, per un certo periodo, deve soggiornare fuori dall'unità sanitaria locale di appartenenza, può recarsi presso il gruppo operativo dell'unità sanitaria locale ove si trova ed ivi richiedere la somministrazione di sostanze sostitutive, presentando autorizzazione scritta rilasciata dal gruppo operativo della propria unità sanitaria locale e contenente anche l'indicazione dell'ultima prescrizione effettuata. Il gruppo operativo che riceve tale richiesta deve obbligatoriamente controllare l'autenticità dell'autorizzazione.

ART. 11.

(Prescrizione di sostanze stupefacenti per consumatori abituali maggiorenni).

Il cittadino maggiorenne che dichiara al proprio medico di base di non essere tossicodipendente, bensì consumatore di sostanze stupefacenti, può richiedere allo stesso, e solo ad esso, la prescrizione della

sostanza in dose non superiore alla dose massima come prevista dall'articolo 4 della presente legge, per non più di due volte la settimana.

Il sanitario ha solo l'obbligo di registrare la prescrizione stessa sulla scheda individuale.

ART. 12.

(Formazione degli operatori).

Ogni operatore facente parte del gruppo operativo ha l'obbligo di provvedere alla propria continua formazione professionale. A tal fine, usufruisce di un monte ore mensile da dedicare all'aggiornamento; non può essere inclusa in tale monte ore la frequenza di corsi presso istituti e scuole private.

Nel quadro della formazione permanente, gli operatori definiscono gli spazi da dedicare al confronto, alla discussione, all'analisi critica dell'intervento all'interno del proprio gruppo operativo ed organizzano seminari ed incontri sia a livello di unità sanitarie locali che a livello provinciale e regionale, chiamando eventualmente a partecipare esperti ed altre realtà operanti sul territorio regionale o nazionale.

I suddetti seminari ed incontri devono essere finalizzati alla formazione intesa quale acquisizione globale, cioè sviluppata, oltre che sui necessari aspetti specifici, anche su tutte le implicazioni culturali e di politica d'intervento attinenti al problema della tossicodipendenza; essi devono essere di norma aperti all'utenza, diretta ed indiretta, ed agli altri operatori del territorio.

Le unità sanitarie locali devono garantire lo svolgimento almeno trimestrale di incontri di formazione e confronto tra tutti gli operatori sociali e sanitari coinvolti ai vari livelli, nell'attuazione dei programmi di sostegno ai tossicodipendenti, compresi medici di base e farmacisti.

Le regioni destinano appositi finanziamenti, in parte utilizzati dalle unità sanitarie locali e in parte dalle province, per

garantire un adeguato supporto ai seminari ed agli incontri formativi ad ogni livello.

ART. 13.

(Tutela dell'anonimato).

La raccolta dei dati relativi all'applicazione della presente legge deve avvenire nel rigoroso rispetto del segreto relativamente all'identità delle persone sottoposte al trattamento o che comunque abbiano preso contatto col gruppo operativo. I dati sull'identità delle persone indicate non possono essere forniti né a privati né ad amministrazioni pubbliche diverse da quelle sanitarie.

Chiunque abusivamente rivela l'identità delle persone che hanno fatto ricorso alla somministrazione di sostanze stupefacenti o psicotrope ai sensi della presente legge, nonché di coloro che si sono rivolti al gruppo operativo, o comunque diffonde notizie idonee a rivelarla, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni.

La condanna comporta l'interdizione dai pubblici uffici o dall'esercizio di una professione o di un'arte per la durata di sei mesi. Il giudice può applicare provvisoriamente la pena accessoria durante l'istruzione od il giudizio.

ART. 14.

(Programmi d'informazione sulla salute nelle scuole).

Le regioni, in collaborazione con i provveditorati agli studi, d'intesa con i consigli distrettuali scolastici, predispongono programmi d'informazione e discussione sui vari aspetti connessi alla tematica della salute, intesa come benessere fisico, psichico e sociale. Nell'ambito di tali programmi, ampio spazio deve essere dato ai problemi legati all'uso dei farmaci e delle droghe ed alla tossicodipendenza.

Particolare cura deve essere posta, nell'informare sugli abusi, sugli effetti farmacodinamici, psicologici e sociali delle so-

stanze psicotrope e stupefacenti, e nel promuovere la crescita di una coscienza critica.

Presso tutti gli istituti di istruzione secondaria, gli organi collegiali destinano un congruo numero di ore mensili a seminari, studi, ricerche, assemblee, per la realizzazione di quanto previsto al comma precedente.

ART. 15.

(Programmi d'informazione sulla salute nel territorio e nei luoghi di lavoro).

Le unità sanitarie locali, d'intesa con i comuni o gli organi del decentramento amministrativo di cui alla legge 8 aprile 1976, n. 278, predispongono programmi aventi le stesse caratteristiche e finalità di quelli previsti dal primo comma del precedente articolo, destinati ai luoghi di lavoro ed al territorio, coinvolgendo le organizzazioni sindacali, le associazioni ricreative, culturali ed ogni altra organizzazione di base operante nel territorio di propria competenza.

ART. 16.

(Divieto di strutture emarginanti).

Per gli interventi sociali da attuare come parte integrante del piano di sostegno individuale del tossicodipendente, non devono essere usate sotto alcuna forma strutture emarginanti destinate solo ai tossicodipendenti.

ART. 17.

(Prevenzione e risocializzazione).

Ai fini della prevenzione e della risocializzazione, le regioni emanano, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, una legge regionale che preveda un impegno annuale di risorse e di fondi destinati ai comuni, i quali a loro volta possono disporre l'utilizzo parziale da parte delle unità sanitarie locali.

Tale legge dispone interventi qualitativamente e quantitativamente adeguati ad affrontare in modo concreto ed efficace l'emarginazione e l'espulsione dei soggetti portatori di disagio e di disadattamento. In particolare le iniziative attuate sul territorio debbono articolarsi secondo le accertate esigenze di tipo abitativo, lavorativo, aggregativo, della popolazione giovanile sia vagliando e selettivamente sostenendo le esistenti agenzie di socializzazione, cultura, tempo libero, lavoro, sia mettendo in opera adeguati meccanismi per la selezione ed il finanziamento di nuovi progetti.

In tali iniziative devono essere attuati i programmi di inserimento per gli adolescenti considerati a rischio, quali quelli seguiti dai servizi sociosanitari, dai tribunali dei minori, e da altri organi competenti.

Sono favorite, anche con appositi e specifici finanziamenti, tutte le attività autogestite di base che perseguono finalità coerenti con le suddette iniziative pubbliche.

Sono assicurati finanziamenti agevolati e concrete possibilità di lavoro per quelle cooperative aventi come soci-lavoratori tossicodipendenti o ex tossicodipendenti in una percentuale significativa e comunque non inferiore al dieci per cento.

Le regioni possono stipulare apposite convenzioni con associazioni, enti ed istituzioni che svolgono le attività descritte nei commi precedenti, previo accertamento della loro idoneità.

Nella definizione della suddetta legge regionale, nell'individuazione della priorità, nella distribuzione dei finanziamenti anche a livello locale, sono vagliate le indicazioni provenienti dagli operatori socio-sanitari territoriali e dai gruppi operativi sulle tossicodipendenze, dalle associazioni giovanili e di volontariato, dai rappresentanti dei lavoratori, dagli organismi territoriali, dalle organizzazioni di base in genere.

Per la gestione delle iniziative previste dal comma secondo del presente articolo, ci si può avvalere anche della convenzio-

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

ne con cooperative o associazioni di operatori, a condizione che perseguano finalità di integrazione e non di emarginazione dei giovani in difficoltà.

ART. 18.

(Controllo sulle strutture convenzionate).

Le modalità di intervento degli enti e delle strutture convenzionate devono rispondere agli indirizzi di programmazione della regione che provvede al controllo delle attività svolte ed alla valutazione dei risultati ottenuti attraverso i gruppi operativi delle unità sanitarie locali competenti per territorio.

Il bilancio dei suddetti enti e strutture convenzionate deve essere pubblico.

Pena il decadimento della convenzione, non può essere esercitata alcuna forma di discriminazione nell'accettazione dell'utenza, né possono essere sollecitati o accettati contributi, anche volontari, da parte dell'utenza stessa.

ART. 19.

(Autorizzazione per trattamento in strutture convenzionate).

L'ingresso dell'utente in case di cura, comunità o altro tipo di strutture convenzionate deve essere sottoposto al parere preventivo, obbligatorio e vincolante, del gruppo operativo della unità sanitaria locale.

ART. 20.

(Attività di volontariato).

L'attività di volontariato non può essere retribuita.

All'attività di prevenzione e risocializzazione dei tossicodipendenti possono partecipare persone idonee all'assistenza e alla educazione in collaborazione con i comuni e con le unità sanitarie locali competenti.

Gli enti locali promuovono e sostengono le associazioni di volontariato impegnate nella prevenzione e risocializzazione dei tossicodipendenti.

ART. 21.

(Divieto pubblicità di sostanze stupefacenti o psicotrope).

È vietata la propaganda e la pubblicità delle sostanze stupefacenti o psicotrope e dei prodotti e derivati della cannabis.

Chiunque violi il suddetto divieto è punito con una multa da cinque a venti milioni, raddoppiata in progressione aritmetica per ogni recidivo.

Le somme di denaro ricavate dall'applicazione del comma precedente sono versate sul fondo sanitario nazionale per finanziare gli interventi nel campo della tossicodipendenza.

ART. 22.

(Trattamento nelle carceri).

Il gruppo operativo della unità sanitaria locale nel cui territorio di competenza si trovi un carcere, deve incontrarsi entro ventiquattro ore con i tossicodipendenti ivi detenuti e con essi concordare un eventuale piano di sostegno individuale, che può prevedere la somministrazione di sostanze sostitutive.

Il gruppo operativo competente per territorio prende contatto con il gruppo operativo della unità sanitaria locale di appartenenza del tossicodipendente detenuto.

Il medico penitenziario non ha competenza sul piano di sostegno individuale del tossicodipendente detenuto.

ART. 23.

(Diritto al lavoro per i tossicodipendenti).

L'ultimo comma dell'articolo 15 della legge 20 maggio 1970, n. 300, è sostituito dal seguente:

« Le disposizioni di cui al comma precedente si applicano altresì ai fatti o atti

diretti a fini di discriminazione politica o religiosa, nonché di allontanamento dei lavoratori tossicodipendenti, portatori di *handicaps* e disturbati mentali ».

I soggetti che assumono sostanze stupefacenti o psicotrope non devono essere discriminati in alcun modo al momento della valutazione dell'attitudine lavorativa o dell'assunzione.

ART. 24.

(Pene per detenzione di sostanze stupefacenti).

Non è punibile chi, seguendo un piano terapeutico, previa autorizzazione del gruppo operativo competente, detiene farmaci sostitutivi in misura non superiore alla dose necessaria per giorni sette.

Chiunque, fuori dei casi suddetti, senza autorizzazione acquista, offre, pone in vendita, distribuisce, cede o riceve a qualsiasi titolo, detiene e procura ad altri sostanze stupefacenti o psicotrope in quantità non superiori a dieci dosi massime individuali, è punito con una multa da lire centomila a lire un milione. Se vi è finalità di lucro è punito con un anno di reclusione e con la multa da lire cinquecentomila a cinque milioni. Tale pena è aumentata di un terzo se il fatto è commesso da tre o più persone in concorso tra loro.

Chiunque acquista, offre, pone in vendita, distribuisce, cede o riceve a qualsiasi titolo, detiene o procura ad altri sostanze stupefacenti o psicotrope in quantità superiore a dieci dosi massime individuali, è punito con la reclusione da due a cinque anni.

Se il fatto riguarda quantità ingenti di sostanze stupefacenti o psicotrope la pena è da tre a dieci anni di reclusione.

Se il reato previsto dai due commi precedenti è commesso da tre o più persone in concorso tra loro, la pena è aumentata della metà.

ART. 25.

(Misure alternative alla detenzione).

Sono applicabili le misure alternative alla detenzione previste dagli articoli 47, 48 e 50 della legge 26 luglio 1975, n. 354, a tutti coloro che furono accertati essere tossicodipendenti al momento della condanna e che non sono più tali al momento dell'inizio dell'esecuzione della pena detentiva.

Non si applicano le disposizioni di cui al terzo comma dell'articolo 47, ed al secondo comma dell'articolo 50 della citata legge 26 luglio 1975, n. 354.