

CAMERA DEI DEPUTATI N. 3321

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**RONCHI, ARNABOLDI, CAPANNA, CIPRIANI,
RUSSO FRANCO, RUSSO SPENA, TAMINO**

Presentata il 3 novembre 1988

Norme sulle sostanze stupefacenti, per il potenziamento delle strutture socio-sanitarie, per l'incremento della prevenzione e dell'intervento pubblico contro l'emarginazione, e per il rispetto dei diritti dei tossico-dipendenti

ONOREVOLI COLLEGHI! — Sono passati quattro anni da quando presentammo la proposta di legge n. 1959 « Norme sulle sostanze stupefacenti, per l'incremento della prevenzione, per il potenziamento delle strutture, socio-sanitarie e dell'intervento pubblico ».

In questi quattro anni si è assistito fra l'altro a un curioso fenomeno di rimozione collettiva sulla gravità del fenomeno « droga », rimozione favorita fra l'altro da letture superficiali di alcuni indicatori (il calo dei morti accertati nel 1985 per esempio), e che ha fatto sì che si arrivasse alla fine della IX legislatura senza andar oltre la redazione di un testo unificato, costruito sulla base delle proposte presentate.

Da tali proposte (ovviamente non dalla nostra) venivano estratti gli aspetti più repressivi e polizieschi, dimostrando ancora una volta l'incapacità di cogliere il problema al di là degli aspetti di ordine pubblico.

In questa legislatura solo una proposta è stata presentata, per iniziativa della democrazia cristiana, riproponendo un testo simile a quello unificato, con caratteristiche quindi per alcuni aspetti peggiorative della stessa situazione legislativa esistente.

Infatti, in questi anni, la materia ha continuato ad essere regolata dalla legge 22 dicembre 1975, n. 685.

Altri provvedimenti hanno avuto prevalentemente lo scopo di sostenere finan-

ziariamente gli interventi, senza ridiscu-tere l'impianto complessivo dell'azione dello Stato in materia.

La filosofia della legge n. 685 del 1975, cercava di conciliare prevenzione e repressione. Se non ha migliorato la situazione, questa legge forse ha permesso all'Italia di non arrivare a realizzare *lager* per tossicodipendenti tipo quelli della Germania federale.

Ma questa legge, nella sostanza, spovava, la tesi della criminalizzazione dell'uso di qualsiasi sostanza stupefacente e quella, ad essa consequenziale, del proibizionismo assoluto. Quindi, un taglio da « ordine pubblico ».

Ma il problema della tossicodipendenza (e delle persone tossicodipendenti) non è problema di ordine pubblico, se non nella misura in cui proprio il proibizionismo inchioda il consumatore, anche occasionale, di sostanze stupefacenti, in una struttura di mercato illegale con il suo corollario di delinquenza grande e piccola.

Il problema della tossicodipendenza invece è problema di vita o di morte, o più esattamente, di qualità della vita, di salute, di rapporto con se stessi, il proprio corpo, il proprio mondo ed è in questa chiave che va affrontato.

Una sentenza notissima della Corte costituzionale (notissima perché usata e abusata in questi tempi per sostenere la necessità e la legittimità di una legislazione limitativa del diritto di sciopero nei servizi pubblici) ha affermato nel 1969 che « primo e essenziale ragion d'essere dello Stato » è la salvaguardia dei « valori fondamentali legati all'integrità della vita e della personalità dei singoli », « insieme a quello della sicurezza verso l'esterno ».

Visto che questo principio dei valori costituzionali da salvaguardare è stato, come dicevamo, recentemente ribadito, anche a sproposito, vorremmo provare a considerarlo come il principio su cui misurare la validità delle proposte di legge, in primo luogo di questa.

La proposta ha una sua filosofia ispiratrice molto precisa: non è una legge

« contro qualcosa » ma una legge a « favore di qualcuno ». Il qualcuno a cui abbiamo pensato scrivendola si presenta sia con il volto del tossicodipendente la cui vita è segnata da questa dipendenza e soggetta ai ricatti e alle leggi di un mercato tutto in mano alla grande criminalità organizzata a livello internazionale, sia con il volto del giovane senza prospettive di futuro, la cui condizione di disagio e di emarginazione è comunque una « malattia sociale » a cui la « droga » offre una illusoria risposta.

Quattro anni fa affermavamo che le cause principali del fenomeno erano due: 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'incontro ideale tra un mercato aggressivamente organizzato ed una persona allineata da tempo all'uso consumistico delle varie offerte di "lancio": l'eroina e la cocaina sono merci suadenti per eccellenza ». La frase, tratta da una intervista del *Manifesto* del 19 luglio 1984 a Mario Santi, segretario nazionale degli operatori delle tossicodipendenze, ci sembra ancora sostanzialmente valida.

Oggi più ancora di ieri, trionfa una « cultura della pillola » come risposta ai problemi, come soluzione all'ansia e alla nevrosi: si impara fin da piccoli, in famiglia dove tranquillanti e psicofarmaci sono comuni più del « pane quotidiano ».

Il consumismo d'altronde è la risposta ad un disagio crescente, ad una realtà di emarginazione e scarso protagonismo del mondo giovanile sicuramente crescente.

Se è diminuita la percezione di « precarietà » e di mancanza di progettualità e di futuro, legata al clima di guerra fredda, al pericolo di guerra e di olocausto nucleare, a cui facevamo riferimento nella relazione di quattro anni fa, ciò è accaduto come frutto di iniziativa di vertice, rispetto a cui rimane giustificata la diffidenza e il senso di estraneità. Restano infatti sia i pericoli incombenti di collasso ambientale, sia la guerra cosiddetta « convenzionale », come feno-

meno endemico, sia, a livello più marcatamente individuale ma generalizzato, la difficoltà grave a trovare lavoro e a progettare il proprio futuro.

Dall'altro lato, il mercato della droga: l'estensione capillare, a macchia d'olio, del consumo viene programmata e realizzata scientificamente dalla grande criminalità organizzata a livello internazionale.

L'intreccio tra i vari tipi di criminalità organizzata, in particolare tra mafia e camorra, traffico di armi e di droga, riciclaggio di denaro « sporco » e corruzione all'interno di pubbliche istituzioni rappresentano in Italia, come alcuni coraggiosi magistrati hanno denunciato, una quota rilevante del prodotto interno lordo, aggirantesi attorno al 5-6 per cento. Con tali mezzi mafia e camorra, utilizzando contemporaneamente 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, con i quali oggi, come quattro anni fa, occorre misurarsi.

Il fatto che siano cambiate alcune delle manifestazioni, e alcune delle interpretazioni del fenomeno non ci porta a modificare la denuncia delle cause, anzi.

Dobbiamo dunque avere più di prima la forza di dire che la strada da imboccare è da un lato quella che porta alla fine del proibizionismo e conseguentemente della criminalizzazione, dall'altro quella che vede la prevenzione come lotta all'emarginazione.

Il primo argomento è oggi di nuovo al centro di aspre polemiche.

Una premessa necessaria: questo è un caso in cui prima ancora delle considerazioni pragmatiche, di opportunità entrano in gioco considerazioni ideologiche, di valore di cui è giusto tener conto.

E allora vediamo la situazione: alla base del proibizionismo sta la convinzione che lo Stato ha il diritto (o il dovere?) di proibire comportamenti personali, anche se non lesivi di diritti o libertà altrui.

Noi pensiamo invece che lo Stato debba considerare comportamenti da col-

pire quelli che ledono diritti e libertà altrui, e quindi, per restare in tema, tutta la gamma di attività criminali connesse col mercato clandestino delle droghe (pare che il 60, 70 per cento dei reati commessi abbiano oggi qualche connessione più o meno diretta con l'uso o con il traffico delle droghe).

Il modo migliore per colpire un mercato che trae il più alto profitto fra costi iniziali e ricavi finali, è quello di toglierlo dalle mani di chi se ne avvantaggia: la grande criminalità internazionale.

A tale scopo scegliemmo, quattro anni fa, la duplice strada del monopolio di Stato per le cosiddette droghe leggere e la somministrazione controllata per l'eroina.

Nel ripresentare la proposta, riteniamo giusto modificare parzialmente il secondo aspetto nel senso di ribadire che l'obiettivo è l'uscita del proibizionismo e la liberalizzazione a livello internazionale, e che la soluzione legislativa adottata è una tappa intermedia in questa direzione.

Superfluo invece dire che per quanto riguarda canapa indiana e derivati, ci sembra ovvio ripresentare la precedente proposta, inalterata.

Canapa ed eroina sono oggi controllate dallo stesso mercato spesso spacciate dalla stessa persona fisica. Questo aspetto 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* e il potere hanno voluto far credere, spesso riuscendovi, che chi « fuma » prima o poi si buca, che l'erba è la premessa dell'iniziazione all'eroina, o comunque alle droghe pesanti. Ciò non è certamente vero anche se, riconosciamo, spesso i tossicodipendenti passano attraverso l'esperienza della droga leggera. Ribadiamo, tuttavia, che riteniamo la causa determinante e prevalente dell'induzione all'uso di stupefacenti sia rappresentata dai mezzi di organizzazione criminale. Il nostro progetto tiene conto di questo aspetto nel tentativo di sottrarre migliaia

e migliaia di giovani da questi condizionamenti.

Convinti come siamo che « i morti da droga sono morti da mercato clandestino » (vedasi tra gli altri quanto scritto dal magistrato Michele Coiro su *Il Sole-24 ore* di lunedì 25 luglio 1988); convinti come siamo che la lotta alla droga debba essere in primo luogo lotta per la vita e l'incolumità fisica e psichica dei tossicodipendenti, difesa dei loro diritti, aiuto concreto per liberarli dalla dipendenza dal mercato clandestino e dalla rete criminale che lo controlla.

Riteniamo necessarie a questo punto alcune precisazioni terminologiche.

Si intende per liberalizzazione la libera produzione e la libera vendita di droga (es. droga al supermercato): oppure, in senso più vincolato, produzione e vendita in regime di monopolio di Stato (es. droga dal tabaccaio).

Si intende per legalizzazione la distribuzione controllata, per i tossicodipendenti accertati, nei servizi pubblici (che possono collegarsi con strutture e medici di base).

Quello che proponiamo è la prescrivibilità dell'eroina da parte dei medici e quindi il suo acquisto su ricetta in farmacia, sia da parte dei tossicodipendenti che dei consumatori abituali.

Si darebbe così un colpo mortale al mercato illegale della droga ed alle attività criminali ad esso collegate. Contemporaneamente si conseguirebbe anche un altro effetto positivo: la fine di una consistente parte della microcriminalità causata dalla necessità di procurarsi lo stupefacente, che innesca, a catena, ulteriore emarginazione e disagio sociale, ulteriori difficoltà di reinserimento.

Su un altro versante, questa forma di legalizzazione avrebbe anche il vantaggio

di facilitare l'uso delle sostanze in questione a fini terapeutici, quale la terapia del dolore, che ancora incontra ostacoli e frequenti difficoltà d'uso.

Onorevoli colleghi, la nostra proposta si articola in tre parti.

Il capo I (articoli da 1 a 5) prevede una nuova normativa delle sostanze stupefacenti, che abbiamo motivato nelle pagine precedenti.

Il capo II (articoli da 6 a 19) regola l'intervento a favore dei tossicodipendenti che vogliono liberarsi dalla dipendenza. Essa si caratterizza con i seguenti principi:

1) la decisione di attuare un piano terapeutico per superare l'esperienza di tossicodipendenza deve essere una libera decisione individuale;

2) la struttura sanitaria pubblica a cui fanno capo gli interventi di recupero e di prevenzione non deve occuparsi esclusivamente di tossicodipendenti, ad evitare ogni ghetizzazione.

Gli articoli 6 e 7 istituiscono, a livello di distretto socio-sanitario, una struttura denominata « Servizio polivalente contro l'emarginazione », all'interno del quale sta un gruppo operativo territoriale (GOT) che sostituisce gli attuali SAT o CMAS. Quale è la portata innovativa di questa struttura? La volontà di affrontare in maniera organica il terreno della prevenzione, potenziare i servizi pubblici (contro la mitizzazione del servizio privato), rovesciando la logica che ha « sanitarizzato » il fenomeno, che resta invece prevalentemente sociale.

Il capo III attiene alla difesa dei diritti dei tossicodipendenti (articoli da 20 a 26).

Il capo IV infine contiene le norme finali (articoli da 27 a 29).

PROPOSTA DI LEGGE

CAPO I

CLASSIFICAZIONE DELLE SOSTANZE
STUPEFACENTI E PSICOTROPE

ART. 1.

(Principi e obiettivi).

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

2. Lo Stato rimuove le cause che inducono all'abuso della droga ed all'instaurarsi della tossicodipendenza. A questo scopo promuove iniziative di formazione e informazione nei confronti di tutti i cittadini 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 soggettività e favorendone un'attiva e critica partecipazione alla vita collettiva.

ART. 2.

(Criteri per la formazione delle tabelle).

1. L'inclusione delle sostanze stupefacenti o psicotrope nelle tabelle di cui al decreto ministeriale 23 agosto 1977 pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 6 settembre 1977, n. 242, deve essere effettuata in base ai seguenti criteri:

a) nella tabella I devono essere indicati:

1) 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;

2) 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;

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

4) 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;

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

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

7) i retraidrocannabinoidi e i loro analoghi, chimicamente puri;

8) le preparazioni contenenti le sostanze di cui ai numeri 1) e 6);

b) nella tabella II devono essere indicati:

1) 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;

2) le preparazioni contenenti le sostanze di cui al numero 1);

c) nella tabella III devono essere indicati:

1) 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;

2) le preparazioni contenenti le sostanze di cui al numero 1);

d) nella tabella IV devono essere indicate:

1) 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;

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

2. Nelle tabelle di cui al citato 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.

3. 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.

4. È sufficiente, ai fini dell'applicazione della presente legge che nella ta-

bella sia indicata una qualsiasi delle denominazioni della sostanza o del prodotto purché sia idonea ad identificarlo.

5. Il Ministro 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).

1. Sono incluse nella farmacopea ufficiale ed assoggettate alle disposizioni di legge sugli stupefacenti l'eroina (diacetilmorfina), e la cocaina; esse rientrano nel novero delle sostanze che possono essere acquistate in farmacia, su presentazione di ricetta medica.

2. Il Ministro della sanità, sentito anche il parere dell'Istituto superiore di sanità, provvede ad individuare ed indicare, con proprio decreto, le strutture produttive pubbliche delegate alla produzione delle sostanze di cui al comma 1; il decreto ministeriale deve essere emanato entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

ART. 4.

(Cannabis e prodotti derivati).

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

ART. 5.

(Divieto di pubblicità di sostanze stupefacenti e psicotrope).

1. È vietata la propaganda e la pubblicità delle sostanze stupefacenti o psi-

cotrope e del prodotti e derivati della *cannabis*.

2. Chiunque violi il divieto di cui al comma 1 è punito con una multa da cinque a venti milioni di lire.

3. Le somme di denaro ricavate dall'applicazione delle sanzioni di cui al comma 2 sono versate sul fondo destinato agli interventi nel campo della prevenzione e cura della tossicodipendenza.

CAPO II

ISTITUZIONE E COMPITI DEL SERVIZIO PUBBLICO CONTRO L'EMARGINAZIONE.

ART. 6.

(Servizio polivalente contro, l'emarginazione).

1. Entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, per iniziativa di ogni unità sanitaria locale, tenuto conto delle competenze territoriali previste dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833 e successive modifiche e integrazioni, e, in particolare, dei distretti socio-sanitari, laddove esistenti, devono essere istituiti i Servizi polivalenti contro l'emarginazione.

2. Ciascun servizio polivalente contro l'emarginazione promuove e attua iniziative contro l'emarginazione e le sue manifestazioni in tutte le fasce d'età, e, per quanto concerne il problema specifico di cui alla presente legge, in particolare attua e promuove attività di prevenzione della tossicodipendenza e di trattamento e risocializzazione dei soggetti tossicodipendenti.

3. In attesa della realizzazione generalizzata dei distretti socio-sanitari, il servizio deve essere istituito in modo da soddisfare i bisogni di una popolazione compresa fra i 5.000 e i 10.000 abitanti. A tale scopo l'organico del servizio è costituito da almeno due gruppi di operatori, denominati Gruppo operativo territoriale

(GOT), ciascuno costituito da: un medico, uno psicologo, un sociologo, un assistente sociale, un educatore, un animatore, preferibilmente con esperienza di superamento dell'esperienza tossico-maniacale, certificata da una struttura del servizio sanitario nazionale.

4. Il GOT può essere composto, ove l'organico lo consenta, con gli operatori già impegnati nelle strutture pubbliche sociali e sanitarie del territorio e inquadrati nei rispettivi servizi; in mancanza è composto da operatori di nuova assunzione.

5. Il rapporto di lavoro deve essere comunque pubblico a tempo pieno, e incompatibile con analoghe attività nel privato ove remunerate; deve essere peraltro prevista la possibilità di collegamenti operativi e di consultazioni trasversali con altri servizi territoriali.

6. L'orario di lavoro, nel rispetto delle norme contrattuali, deve essere articolato in modo tale da consentire l'apertura del Servizio polivalente contro l'emarginazione in un orario compreso tra le ore 8.00 e le ore 20.00, di ciascun giorno feriale e festivo.

7. Il GOT, per quanto concerne il problema specifico della tossicodipendenza, ha il compito di:

a) accertare lo stato di tossicodipendenza;

b) rilasciare il libretto sanitario;

c) elaborare il piano di sostegno individuale;

d) verificarne l'attuazione anche se decentrata;

e) promuovere il coinvolgimento dei presidi sociosanitari e delle strutture sociali 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.

8. 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 nel settore. In ogni caso le figure professionali del gruppo devono soddisfare i diversi aspetti del problema.

9. Il gruppo opera al proprio interno in modo collegiale, valorizzando ed integrando tra loro le singole competenze.

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

11. 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.

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

13. È vietata la costituzione, a qualsiasi titolo, di presidi e servizi pubblici, comunque denominati, nonché di reparti o divisioni di strutture pubbliche o case di cura pubbliche, riservati esclusivamente ai tossicodipendenti, nonché ogni forma di convenzione con strutture private aventi le suddette caratteristiche.

14. 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. 7.

(Comitato di gestione sociale).

1. Il servizio polivalente contro l'emarginazione è gestito da un Comitato di gestione sociale, costituito, ai sensi e in attuazione dell'articolo 13, terzo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, entro nove mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

2. Il comitato di cui al comma 1, fin dalla sua costituzione, si assume le competenze proprie del comitato di gestione della USL per quanto riguarda il servizio polivalente contro l'emarginazione, curando l'avvio delle attività, anche in relazione agli altri servizi socio-sanitari.

3. Il comitato di gestione sociale è composto:

a) da due rappresentanti del comitato di gestione della USL nominati dal comitato stesso;

b) da tre rappresentanti del comune sede del servizio, nominati dal consiglio comunale;

c) da tre rappresentanti degli operatori dei servizi socio-sanitari sul territorio e cioè lo stesso servizio polivalente contro l'emarginazione, il consultorio familiare, il centro di igiene mentale (CIM), i servizi sociali del comune, eletti in assemblea congiunta dagli operatori stessi;

d) da tre rappresentanti degli utenti del servizio, eletti da una assemblea convocata a livello circoscrizionale, o comunque del territorio corrispondente o quello di competenza del servizio, con modalità da determinare con apposito regolamento;

e) da tre rappresentanti delle associazioni di volontariato impegnate contro l'emarginazione, nominati dal Consiglio comunale fra le associazioni operanti sul territorio, che facciano richiesta di partecipare alla gestione del servizio, con modalità da determinare con apposito regolamento.

4. Il regolamento di cui alle lettere d) ed e) del comma 3 deve essere emanato dal consiglio comunale competente, sulla base di un modello predisposto dal Ministro della sanità, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

ART. 8.

*(Accertamento dello stato
di tossicodipendenza e delle patologie
associate).*

1. L'accertamento dello stato di tossicodipendenza è effettuato dal gruppo operativo tramite la raccolta dei dati anamnesici, 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.

2. Entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge le unità socio-sanitarie locali (USL) devono potenziare le strutture di laboratorio da esse dipendenti, in modo da poter garantire lo svolgimento degli accertamenti suddetti, al fine di garantire informazioni tempestive; corrette e controllate sulle tipologie di assunzione e sulle sostanze presenti sul mercato legale e illegale; tali informazioni devono essere diffuse nella rete di servizi pubblici, in collegamento e d'intesa con la magistratura e le forze dell'ordine, al fine di prevenire rischi di ordine tossicologico acuto e cronico legati alle modalità di taglio e di concentrazione.

3. Tutti gli accertamenti tossicologici qualitativi e quantitativi sui liquidi biologici e sulle sostanze, nonché gli accertamenti concernenti tutta la patologia associata, dopo tale data devono svolgersi esclusivamente presso le USL.

4. Ogni sei mesi il GOT redige un rapporto sui risultati del lavoro svolto, mettendo in evidenza le esigenze in termini di tutela della salute e di organizzazione sanitaria che scaturiscono dagli interventi di diagnosi precoce e cura degli stati morbosi, e prospetta i necessari interventi di prevenzione primaria e cura, connessi a condizioni di vita a rischio sul piano socio-economico e ambientale, nel territorio di competenza.

A tale rapporto possono avere accesso tutti i cittadini che lo richiedono.

ART. 9.

(Piano di sostegno individuale).

1. In base all'accertamento dello stato di tossicodipendenza, viene elaborato insieme al soggetto, un piano di sostegno individuale che tenga conto delle caratteristiche e delle necessità complessive del soggetto stesso. Tale piano, così come l'accertamento, deve scaturire dal confronto delle competenze, conoscenze ed esperienze degli operatori del gruppo, analogamente alla eventuale successiva scelta del farmaco da somministrare e della durata e modalità del trattamento.

2. Il piano di sostegno deve escludere qualunque forma di terapia coatta, indirizzarsi alla globalità della persona con interventi sul piano 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.

3. È vietato il ricorso al trattamento sanitario obbligatorio previsto dagli articoli 33,34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

4. La elaborazione del piano di sostegno individuale, anche in caso di contrasto con il parere espresso dal gruppo operativo deve tenere conto in modo determinante della volontà e delle esigenze manifestate dall'utente.

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

6. Il tossicodipendente minorenni può 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. 10.

(Modalità del trattamento farmacologico).

1. 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.

2. 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.

3. Il trattamento sostitutivo per i minorenni, non può configurarsi come trattamento di mantenimento.

4. 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. 11.

(Attuazione del piano di sostegno individuale).

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

2. La prescrizione mediante ricetta della sostanza sostitutiva prevista dal piano concordato, è di competenza esclusiva dei medici di base o di distretto, 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.

3. La consegna del farmaco sostitutivo prescritto è di competenza delle farmacie.

4. Il ritiro in farmacia è di norma giornaliero; in caso di motivata necessità può essere ritirato un quantitativo equivalente alla dose di due giorni.

5. Il gruppo operativo rilascia un libretto sanitario personale, contraddistinto dal numero regionale e dalla fotografia dell'utente, privo di dati di identificazione quali il nome e cognome, onde garantire l'anonimato, per ogni soggetto la cui tossicodipendenza è stata accertata secondo le modalità di cui all'articolo 8.

6. 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.

7. 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 e 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. Il certificato di residenza dell'utente va richiesto, di norma, una volta l'anno.

8. Il tossicodipendente che, per un periodo determinato deve soggiornare fuori dall'unità sanitaria locale di appartenenza, può recarsi presso il gruppo operativo dell'unità sanitaria locale competente ed ivi richiedere la somministrazione di sostanze sostitutive, presentando autorizzazione scritta rilasciata dal gruppo operativo della unità sanitaria locale di provenienza, contenente anche l'indicazione dell'ultima prescrizione effettuata. Il gruppo operativo che riceve tale richiesta deve controllare l'autenticità dell'autorizzazione, collegandosi con il gruppo che l'ha rilasciata.

ART. 12.

(Tutela dell'anonimato).

1. 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 singoli né ad amministrazioni pubbliche o private.

2. Chiunque 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 individuarle, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni.

3. La condanna comporta l'interdizione dai pubblici uffici o dall'esercizio di una professione o di un'arte per la durata di sei mesi, anche in via provvisoria.

ART. 13.

(Prevenzione e risocializzazione).

1. Ai fini della prevenzione e della risocializzazione di cui alla presente legge, le regioni emanano, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, una legge regionale che preveda uno stanziamento di risorse e di fondi destinati ai comuni, i quali a loro volta possono disporre l'utilizzo anche da parte delle unità sanitarie locali.

2. 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.

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

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

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

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

7. 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.

8. Per la gestione delle iniziative previste dal comma 2 ci si può avvalere anche della convenzione con cooperative o associazioni di operatori, a condizione che perseguano finalità di integrazione dei giovani in difficoltà.

ART. 14.

(Trattamento in strutture private convenzionate).

1. 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 competente.

2. 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.

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

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

ART. 15.

(Attività di volontariato).

1. 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.

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

3. L'attività di volontariato non può essere retribuita, se non nella misura limitata al rimborso di eventuali spese sostenute.

4. Nei bilanci e nei programmi degli enti pubblici e degli enti privati gestori di attività connesse con le finalità di cui alla presente legge è fatto divieto di usare il termine volontariato riferendosi ad attività che diano luogo ad un rapporto di lavoro continuativo e retribuito.

5. Tale eventuale rapporto continuato è invece disciplinato dai relativi contratti di lavoro, sia che si tratti di lavoro dipendente che di prestazione professionale.

6. Gli ispettorati del lavoro vigilano per evitare forme di sfruttamento nei confronti di utenti o operatori ex-tossicodipendenti o comunque precari.

ART. 16.

(Trattamento nelle carceri).

1. 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 per gli interventi di emergenza e successivamente, concordare un piano di sostegno individuale, analogamente a quanto potrebbe avvenire per un soggetto in stato di libertà.

2. Il gruppo operativo competente per territorio prende contatto con il gruppo operativo della unità sanitaria locale di residenza del tossicodipendente detenuto, per gli opportuni collegamenti.

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

ART. 17.

(Formazione degli operatori).

1. Ogni operatore facente parte del gruppo operativo ha l'obbligo di provvedere all'aggiornamento della propria formazione professionale. A tal fine, usufruisce di un monte ore mensile, nel quale non può essere inclusa la frequenza di corsi presso istituti e scuole private.

2. Nel quadro di tale formazione permanente, gli operatori dedicano una parte del loro tempo al confronto, alla discussione, all'analisi critica dell'intervento allo interno del gruppo operativo, organizzando seminari ed incontri di studio a livello di unità sanitarie locali e a livello provinciale e regionale, chiamando eventualmente a partecipare esperti e rappresentanti di altre realtà operanti sul territorio regionale o nazionale, favorendo e sollecitando altresì la partecipazione degli utenti.

3. Le unità sanitarie locali devono garantire il periodico svolgimento 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.

4. Le regioni destinano per le attività di cui al comma 3 appositi finanziamenti.

ART. 18.

(Programmi di informazione sanitaria nelle scuole).

1. 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 riservato ai problemi legati all'uso dei farmaci e delle droghe, alle conseguenze in termini di tossicodipendenza, e al rischio relativo all'AIDS.

2. Particolare cura deve essere posta, nell'informare sugli abusi, sugli effetti farmacodinamici, psicologici e sociali delle sostanze psicotrope e stupefacenti, e nel promuovere la crescita di una coscienza critica.

3. 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 2.

ART. 19.

(Programmi di informazione sanitaria nei luoghi di lavoro e sul territorio).

1. Le unità sanitarie locali, d'intesa con i comuni o gli organi del decentramento amministrativo di cui alla legge 8 aprile 1976, n. 278, e successive modifiche e integrazioni predispongono programmi aventi le stesse caratteristiche e finalità di quelli previsti dall'articolo 18, 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.

CAPO III.

NORME PER LA TUTELA DEI TOSSICODIPENDENTI

ART. 20.

(Diritto al lavoro per i tossicodipendenti).

1. L'ultimo comma dell'articolo 15 della legge 20 maggio 1970, n. 300, come sostituito dall'articolo 13 della legge 9 dicembre 1977, n. 903, è sostituito dal seguente:

« Le disposizioni di cui al comma precedente si applicano altresì ai patti o atti diretti a fini di discriminazione politica, religiosa, razziale di lingua o di sesso, nonché di allontanamento dei lavoratori tossicodipendenti, sieropositivi, portatori di *handicaps* fisici e psichici e disturbati mentali ».

2. 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.

3. Il GOT ha cura di assistere, d'intesa con le organizzazioni sindacali competenti per territorio, i propri utenti inseriti in comunità o i programmi di accoglienza presso altro ente pubblico o privato e adibiti ad attività lavorativa, per quanto riguarda i loro diritti in termini di salario, orario, condizioni di lavoro e tutela della salute.

4. I finanziamenti pubblici destinati agli enti, di cui al comma 3 devono tener conto anche del costo del lavoro degli utenti, in termini di retribuzione relativi oneri.

5. Il mancato rispetto delle modalità di rapporto concordate con il GOT è causa di decadenza della convenzione con l'ente.

ART. 21.

(Lavoratori tossicodipendenti).

1. Salvo più favorevole disciplina, i lavoratori dipendenti da enti pubblici o aziende private, che debbono assentarsi dal lavoro, effettuando assenze ripetute, ciascuna di durata pari o inferiore alla metà di una giornata lavorativa, per seguire alcune delle attività previste dal piano di sostegno di cui agli articoli 9, 10 e 11, hanno diritto ad un permesso retribuito per le ore in cui devono effettuare tali trattamenti.

2. I permessi di cui al comma 1 non vanno considerati assenza per malattia.

3. Nel caso che per lo scopo di cui al comma 1 sia necessario invece l'intera giornata lavorativa, i lavoratori hanno diritto al trattamento di malattia previsto dalla normativa e dai contratti vigenti. Tali assenze non sono peraltro da computare nel periodo di comporta.

4. Qualora invece l'accesso al trattamento comporti una prolungata sospensione delle prestazioni lavorative, tale assenza è parificata, ai fini normativi, economici e previdenziali, all'aspettativa senza assegni degli impiegati civili dello Stato e situazioni equiparate.

ART. 22.

(Trattamento economico e previdenziale per le ore di permesso).

1. Le ore di permesso di cui all'articolo 21 sono considerate lavorative a tutti gli effetti, compresi quelli previdenziali e assistenziali.

2. I contributi previdenziali e assistenziali dovuti sulla retribuzione corrisposta per le ore di permesso gravano sul lavoratore e sul datore di lavoro secondo le aliquote previste dalla normativa vigente a carico di ciascuno.

3. La retribuzione relativa ai permessi di cui all'articolo 21 viene anticipata ai lavoratori dal datore di lavoro, il quale ne chiede il rimborso all'INPS, anche mediante conguaglio sulle somme dovute all'Istituto stesso a titolo di contributi previdenziali e assistenziali.

4. Le somme anticipate ai sensi del comma 3 dal datore di lavoro e rimborsate dall'INPS sono evidenziate in apposita contabilità e poste a carico dello Stato.

ART. 23.

(Comunicazione della necessità di assenza dal lavoro).

1. La struttura sanitaria pubblica competente per territorio, elaborato il piano di sostegno individuale, comunica la necessità che il lavoratore debba assentarsi dal lavoro al datore di lavoro del medesimo, e all'INPS, nei modi attualmente previsti per gli stati di malattia che comportano assenze. Nel modulo di comunicazione, viene omessa la diagnosi e indicata solo la prevedibile durata delle assenze.

ART. 24.

(Assistenza ai tossicodipendenti italiani all'estero).

1. Il Ministro della sanità d'intesa con il Ministro degli affari esteri, in base alle disposizioni dell'articolo 37 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, assicura tramite convenzioni o accordi bilaterali con i singoli paesi, ai tossicodipendenti italiani che si trovano all'estero e che lo richiedono, il soccorso immediato, l'assistenza sanitaria e l'organizzazione del viaggio di rientro in Italia informandone le competenti unità sanitarie locali per i successivi interventi.

2. Le rappresentanze diplomatiche italiane all'estero e i comitati consolari promuovono programmi di informazione e di educazione alla salute nella materia di

cui alla presente legge da svolgersi negli istituti culturali e nelle scuole italiane all'estero.

3. Il Ministro degli affari esteri d'intesa con il Ministro dell'interno e con il Ministro di grazia e giustizia, con apposite convenzioni o accordi di reciprocità con i vari paesi stranieri, curano che alle persone tossicodipendenti, arrestate o comunque detenute sia assicurata l'assistenza sanitaria e la possibilità di scontare la pena inflitta nel Paese d'origine.

ART. 25.

(Visita di leva).

1. In occasione della visita di leva, su dichiarazione dell'interessato le autorità sanitarie militari effettuano gli accertamenti diagnostici atti a stabilire lo stato di tossicodipendenza e in particolare se la assunzione delle sostanze stupefacenti o psicotrope sia occasionale o abituale, recente o remota.

2. In base alle risultanze e alla valutazione delle effettive condizioni, il chiamato alla leva può essere dichiarato non idoneo al servizio militare.

3. Il chiamato alla leva che in base agli esami diagnostici di cui al comma 1 non viene dichiarato idoneo è rinviato alla chiamata di leva successiva per un periodo massimo di tre volte.

4. I risultati diagnostici, in caso di tossicodipendenza accertata, sono trasmessi dall'autorità sanitaria militare al GOT dell'unità sanitaria locale di residenza del soggetto. Questa è tenuta a mettersi in contatto con il tossicodipendente al fine di proporre e di attuare lo stesso un piano di sostegno individuale, se richiesto.

5. Il tossicodipendente che viene chiamato alla visita di leva mentre segue un piano di sostegno individuale può usufruire del rinvio alla chiamata per un periodo massimo di tre anni.

6. Nei casi in cui ai commi 3 e 5 non si applica quanto previsto dal primo comma dell'articolo 69 del decreto del Presidente della Repubblica 4 febbraio 1964, n. 237.

7. Le autorità sanitarie militari, ai fini del trattamento e ai fini dei necessari atti amministrativi, si coordinano con il GOT dell'unità sanitaria locale di residenza dell'interessato che realizza con lo stesso il piano di sostegno individuale.

8. I dati statistici relativi agli accertamenti di cui ai commi 1 e 4 vengono trasmessi ogni dodici mesi al Ministero della sanità ed all'osservatorio permanente di cui all'articolo 8, della legge 22 dicembre 1975, n. 685.

9. Le disposizioni di cui sopra, dove compatibili, sono estensibili a coloro che sono ammessi al servizio civile.

ART. 26.

(Militari in servizio).

1. I militari in servizio di cui viene accertato lo stato di tossicodipendenza possono volontariamente accedere ai programmi terapeutici e di riabilitazione presso i servizi delle unità sanitarie locali competenti per territorio.

2. Nel caso di cui al comma 1, per i militari a ferma prolungata, il servizio militare viene sospeso per la durata dell'intero trattamento o comunque per un periodo non superiore a 3 anni.

3. Il trattamento ai fini normativi, economici e previdenziali è equiparato allo stato di malattia.

4. Per il militare di leva il periodo di trattamento suddetto è sostitutivo di un periodo equivalente del servizio militare di leva.

5. Le stesse norme si applicano per gli appartenenti a comunità, corpi o amministrazioni ad ordinamento speciale non militare.

CAPO IV.

NORME FINALI

ART. 27.

(Comitato tecnico interministeriale).

1. Il comitato tecnico interministeriale di cui alla legge 22 dicembre 1975,

n. 685, dell'articolo 8, è integrato con la partecipazione di un rappresentante del Ministero del lavoro e della previdenza sociale e di un rappresentante del Ministero dell'ambiente.

ART. 28.

(Finanziamenti degli interventi per la prevenzione e il recupero dei tossicodipendenti).

1. All'articolo 22, ultimo comma della legge 22 dicembre 1975, n. 685, il secondo capoverso è sostituito dal seguente:

« Le somme relative ai recuperi delle spese sostenute dallo Stato, sono versate con imputazione ad apposito capitolo del bilancio del Ministero della sanità, per finanziare gli interventi nel campo della prevenzione e del recupero dei tossicodipendenti ».

ART. 29.

(Delega al Governo).

1. Il Ministro della sanità provvede ad emanare, entro tre mesi dalla data di approvazione della presente legge, un testo coordinato e rivisto della legge 22 dicembre 1975, n. 685 eliminando le norme incompatibili con l'attuale legislazione.