

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori BOMPIANI, DE CAROLIS, JERVOLINO RUSSO Rosa, CODAZZI Alessandra, DEL NERO, DE GIUSEPPE, FIMOGNARI, RICCI, ROSA, PATRIARCA, MEZZAPESA, NEPI, PACINI, RIGGIO, CENGARLE, BEVILACQUA, BEORCHIA, D'AMELIO, SCARDACCIONE, COLELLA, SCHIANO, ACCILI, BORZI, VINCELLI, TONUTTI, DI LEMBO, VETTORI, SALVATERRA, MANENTE COMUNALE, LAPENTA, ROSI, BAUSI, MELANDRI, RIPAMONTI, VALIANTE, SPITELLA, SPEZIA, COLOMBO Ambrogio, TOROS, DEL PONTE, SANTONASTASO, BUZZI, D'AMICO, PETRILLI, FALLUCCHI, FERRARA Nicola, COLOMBO Vittorino (V.), FRACASSI, DELLA PORTA, CASTELLI, REBECCHINI, FORNI, VITALONE, AGRIMI, ACCILI, BUSSETI, CACCHIOLI, CALARCO, CERAMI, COSTA, VITALE Antonio, PAVAN, ROMEI, TANGA, SICA, SAPORITO, SANTALCO, D'AGOSTINI, DAL FALCO, DAMAGIO, DEGOLA, DERIU, DE ZAN, GIUST, GRAZIOLI, GUSSO, LAI, LAVEZZARI e ORIANA

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 5 AGOSTO 1980

Modifiche alla legge 22 dicembre 1975, n. 685,
in riferimento all'entrata in vigore della riforma sanitaria

PREMESSA

DIFFUSIONE DEL CONSUMO DI SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE E LOTTA ALLE TOSSICODIPENDENZE

ONOREVOLI SENATORI. — La diffusione, soprattutto negli ambienti giovanili, dell'uso non terapeutico di droghe ed in particolare della canapa indiana e dell'eroina ha da tempo superato, nel nostro Paese, livelli di guardia. La società rileva con sgo-
mentata attenzione il tragico stillicidio delle morti, in costante aumento, da *overdoses* di eroina, che rappresentano peral-

tro solo la punta dell'*iceberg* di una vasta e diffusa patologia da droga — le lesioni epatiche, le alterazioni immunitarie, le conseguenze (ad esempio, incidenti stradali) derivanti da alterazioni delle *performances* psico-motorie — che negativamente influisce sul benessere psico-fisico della nostra gioventù.

L'intervento dello Stato e, in genere, dei pubblici poteri non appare rinunciabile. Esso, tuttavia, non può ridursi solo ad iniziative settoriali, ma deve inquadrarsi in un più generale impegno di individuazione e modificazione delle cause profonde del fenomeno.

LEGISLATURA VIII — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

D'altra parte non è il caso di nutrire illusorie speranze di rapido e definitivo superamento del problema. La lotta sarà lunga e la revisione della legislazione in materia ne rappresenta soltanto un momento: sappiamo che gli interventi legislativi ed amministrativi hanno un carattere necessariamente sperimentale, in quanto la loro adeguatezza deve misurarsi con l'evoluzione di un fenomeno endemico.

Uno dei primi obiettivi è quello di contenere la diffusione della droga tra i giovani, e di tentare altresì di restituire alla loro piena libertà coloro che sono dediti al consumo delle sostanze stupefacenti o psicotrope.

In vista del raggiungimento dei predetti obiettivi, sembra indispensabile individuare una strategia caratterizzata da:

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

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

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

L'opera di informazione e di educazione, sostenuta da un vigoroso impegno civile e culturale, rappresenta un fattore indispensabile di prevenzione e discende dal dettato stesso della nostra Costituzione, che tutela la salute dei cittadini e quindi respinge ogni forma di autodistruzione.

L'attività informativa ed educativa trova naturalmente nella famiglia la sua sede privilegiata; infatti il tossicodipendente entra spesso in crisi nei suoi rapporti con la famiglia e si rifugia nella droga sia a causa che in conseguenza delle tensioni presenti nel nucleo familiare. È perciò necessario che il trattamento ed il recupero coinvolgano altresì la famiglia del tossicodipendente.

Si deve poi sottolineare la funzione fondamentale che spetta alla scuola: per tale motivo il presente disegno di legge modifica alcuni articoli della legge n. 685 del 1975 rafforzando il ruolo dei vari organi

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

Occorre anzitutto demitizzare la figura del tossicodipendente, spostando l'attenzione alla realtà del singolo, anche perchè il problema droga non deve costituire uno spartiacque per schieramenti ideologici contrapposti. Occorre, comunque, che sia indicato con chiarezza e con coraggio un diverso modello di qualità della vita che recuperi l'attenzione e la speranza dei giovani. In particolare è necessario affrontare con decisione e credibilità i problemi che da tempo affliggono la condizione giovanile.

La politica di prevenzione deve aver chiari:

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

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

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

Sarà necessario perciò sviluppare una programmazione politica aderente alla odierna condizione giovanile; si può pensare, ad esempio: ad un impegno dei giovani nel ter-

ziario sociale a sostegno e incentivo della cooperazione giovanile e, soprattutto nel Mezzogiorno e nelle zone depresse, di iniziative di intervento straordinario; a più agevoli forme di servizio civile orientato a interventi di rilevante interesse comunitario; ad una migliore utilizzazione del tempo nel servizio militare; a incentivi per l'estensione dell'associazionismo giovanile.

Appare in conseguenza necessario potenziare l'attività di formazione degli insegnanti, rivitalizzare le strutture previste dai decreti delegati della scuola valorizzando gli organismi di partecipazione democratica, qualificare il servizio di medicina scolastica per una migliore conoscenza e attenzione ai problemi connessi con la psico-patologia dell'età evolutiva, attivare una politica di educazione sanitaria che inizi con la scuola materna e abbracci tutti i problemi della protezione della salute fisica e psichica, secondo la definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità.

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

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

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

Pur evitando di cadere in illusioni proibizionistiche, appare necessaria — per la tu-

tela della salute — una adeguata conoscenza dei danni derivanti da queste droghe « tradizionali », come dalle sostanze stupefacenti e psicotrope, dall'abuso di medicinali, dagli inquinamenti, dalle sofisticazioni alimentari.

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

* * *

Nel quadro dei molteplici aspetti prima ricordati che richiederanno specifici e coordinati interventi legislativi, si colloca il presente disegno di legge riguardante le modifiche della pur avanzata legge 22 dicembre 1975, n. 685, richieste dall'esperienza e dalle mutate condizioni sociali del Paese, nonché dalla necessità di raccordare gli interventi sanitari da essa previsti con le nuove prospettive aperte dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale.

PARTE PRIMA

NORME PER LA LOTTA E IL CONTENIMENTO DELLA DIFFUSIONE DELLE SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE

1) RAGIONI DELL'INTERVENTO LEGISLATIVO

Nel primo approccio al problema qualcuno potrebbe chiedersi se la soluzione non consista in un massiccio impegno repressivo che stronchi la diffusione a qualsiasi livello: di produzione, di spaccio, di consumo, senza distinguere tra coloro che sono implicati nel traffico e nell'uso della droga.

Altri, invece, si domandano se non sia meglio rinunciare alla battaglia. C'è chi teorizza l'integrale depenalizzazione in nome di una falsa libertà individuale, intesa come

assoluta disponibilità del proprio corpo e della propria salute, e chi invece pensa che la società — posta di fronte al dilagare del fenomeno — trovi spontanee energie per reagire.

Posto in termini ideali, il dilemma si pone tra il malinteso diritto del singolo a vivere nella diversità, scegliendo l'evasione, lo stordimento, la malattia, l'autodistruzione fino alla morte, e il dovere di essere responsabilmente impegnati nella società, in attiva solidarietà con gli altri cittadini.

Resta da vedere se l'opzione per l'uno o per l'altro termine del dilemma, per l'una o l'altra soluzione, sia ammissibile sul piano giuridico-costituzionale e praticabile di fatto nel rispetto non dell'arbitrio individuale, ma della libertà di ciascuno e di tutti, impossibile ove si prescindano dalla dimensione della solidarietà.

a) *Aspetti costituzionali*

Dal punto di vista costituzionale, si deve osservare che la salute non è un problema esclusivamente individuale e privato.

Infatti, chi lede in modo permanente la propria integrità fisica si sottrae all'« adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale » (art. 2 della Costituzione) e, più in particolare, al « dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale e spirituale della società » (art. 4, secondo comma, della Costituzione). La salute non è soltanto « fondamentale diritto dell'individuo », ma anche « interesse della collettività » (art. 32, primo comma, della Costituzione): la malattia, la decadenza fisica sono un costo per la società (art. 38 della Costituzione).

Anche l'articolo 5 del vigente codice civile — che, se pur formulato in epoca anteriore, risponde ai suddetti principi costituzionali — vieta « gli atti di disposizione del proprio corpo » quando « cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume ».

b) *Conseguenze sociali di un'eventuale liberalizzazione*

Dal punto di vista delle prevedibili conseguenze sociali, appare incoerente con l'affermazione del diritto alla salute, che si collega anche alla lotta contro inquinamenti e sofisticazioni di alimenti e bevande, una liberalizzazione della droga, ossia di una singola forma di intossicazione.

Appare d'altro canto viziata da eccessivo ottimismo la speranza di una spontanea reazione della società; infatti non si possono ignorare le variabili della cosiddetta domanda latente, suscettibile di costante espansione, ove venga abolita ogni limitazione; se la mancanza di repressione può far venir meno l'incentivo della trasgressione, la sicurezza di una indisturbata fruizione delle sostanze psicotrope e stupefacenti può incoraggiare il consumo ed amplificare l'esplosione di un fenomeno, che già appare massivo, mediante un accentuato proselitismo.

Si osserva in particolare che la liberalizzazione di tutte le droghe comporterebbe in ogni caso la creazione di strutture produttive che tenderebbero inevitabilmente, per evidenti ragioni economiche, ad allargare il mercato, così inducendo un numero crescente di cittadini a consumi che oggi rientrano pur sempre nelle abitudini di una minoranza. Non si vede quali efficaci difese spontanee potrebbe allora opporre la società a simili conseguenze.

Inoltre una piena liberalizzazione, anche delle sole droghe cosiddette leggere, comporterebbe una precisa violazione della Convenzione unica internazionale di New York del 1961 e del Protocollo addizionale del 1971, non esistendo altresì, anche sulla base delle più recenti conoscenze scientifiche, elementi che giustifichino una proposta italiana per la cancellazione anche della sola canapa indiana dalla convenzione, fatto peraltro che trasformerebbe il nostro Paese in un centro ideale di produzione, raccolta, smistamento e consumo della droga. Al contrario, appare indispensabile la più sollecita ratifica della Convenzione di Vienna sulle so-

stanze psicotrope del 21 febbraio 1971, la intensificazione dei rapporti internazionali ed il collegamento delle rappresentanze permanenti italiane presso la Commissione per gli stupefacenti delle Nazioni Unite, l'Organizzazione mondiale della sanità, la CEE, il Consiglio d'Europa ed il gruppo Pompidou, con stabili uffici di segreteria, funzionanti in Italia presso i competenti organismi interni.

Anzi, poichè non è pensabile che la lotta alle tossicodipendenze abbia successo senza limitare l'importazione, ancorchè illegale e clandestina, dai Paesi produttori, sarebbe opportuno che l'Italia si facesse promotrice di una iniziativa tendente ad ottenere la limitazione della produzione delle droghe in cambio di sostegni finanziari e tecnici intesi a sviluppare moderne coltivazioni agricole.

2) MISURE PENALI

Le precedenti osservazioni giustificano tuttora i principi ispiratori della legge n. 685 del 1975 e la necessità di un intervento dello Stato che cerchi di scoraggiare l'uso delle sostanze stupefacenti e psicotrope.

Si deve osservare che sarebbe ingiustificato parlare di fallimento della legge: è noto infatti che le difficoltà della sua concreta attuazione sono derivate in gran parte dalla inadeguata predisposizione di apposite strutture socio-sanitarie e dal grave ritardo nell'avvio del Servizio sanitario nazionale.

Nella strategia d'intervento le misure penalistiche — già poste dalla legge n. 685 del 1975 — appaiono irrinunciabili per quel che concerne la produzione, il traffico e lo spaccio. Appare anzi necessario un loro adeguamento dando: a) nuove figure di reato; b) nuove aggravanti e un più severo sistema di applicazione; c) un inasprimento delle pene, senza perdere di vista la necessità di una strategia differenziata nei confronti del consumatore.

Il disegno di legge prevede perciò una nuova ipotesi contravvenzionale, ricalcata

su quella già prevista per l'ubriachezza dall'articolo 688 del codice penale (vedi articolo 10/80-ter). Sono evidenti infatti i pericoli di vario genere derivanti dal mancato controllo psico-motorio dei soggetti in preda all'azione delle droghe, specialmente per i riflessi che assumono nei confronti della collettività.

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

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

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

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

Infine, se l'induzione all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope avviene in danno di persona palesemente incapace, è prevista una particolare aggravante. Attualmente detta ipotesi non è prevista dalla legge numero 685 del 1975, che agli articoli 73, terzo comma, e 74, numero 1), parlano solo di minori. Si tratta di una dimenticanza del legislatore, data la sostanziale equiparazione esistente nel nostro sistema penale tra

la posizione dell'incapace e quella del minore (vedi ad esempio l'articolo 44 della stessa legge, che vieta la consegna di sostanze stupefacenti a persone minori di età o « manifestamente inferme di mente »).

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

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

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

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

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

3) STRATEGIA DIFFERENZIATA

a) *Insufficienza di una risposta soltanto penale*

Sarebbe un grave errore pensare di tutto risolvere con lo strumento penalistico, mentre è necessario prevedere soprattutto momenti di recupero nei confronti del consumatore.

Il permissivismo più pericoloso, perchè meno avvertito e consapevole, è quello di chi non si preoccupa nè dell'effettiva applicazione della legge penale, nè delle conseguenze antisociali che derivano dalle disapplicazioni, diffondendo oltretutto la convinzione che la legge possa di fatto essere impunemente violata.

Deve allora affermarsi che più ancora degli inasprimenti delle leggi penali è necessario garantire la loro attuazione con il potenziamento della funzionalità dell'apparato giudiziario, con l'apprestamento di strutture socio-sanitarie, con il rafforzamento della polizia, l'addestramento di unità operative, la raccolta di informazioni. Nè si deve dimenticare che la pena rappresenta pur sempre, per l'alto costo che comporta anche per la collettività, l'*extrema ratio*; essa ha perciò una funzione sussidiaria quando sia indispensabile o per la gravità dell'illecito o perchè altre sanzioni sono insufficienti o impossibili.

b) *Ragioni della strategia differenziata*

La legge n. 685 del 1975 volle spezzare il vincolo di complicità e omertà che legava spacciatore e acquirente.

Fu questa una delle ragioni, non certo l'unica, per cui il legislatore ritenne di non poter sfuggire all'inevitabile conflitto tra esigenze di concretezza — connesse alle molteplici varianti oggettive e soggettive del fenomeno — ed esigenze di tassatività, tipicità e certezza della repressione penale (G.M. FLICK). La legge n. 685 del 1975 volle

attuare perciò una strategia differenziata, un intervento articolato.

Senza dubbio un esasperato frastagliamento casistico non è opportuno: si è osservato che già oggi è sufficiente che varii la qualificazione di taluno degli elementi di una delle fattispecie perchè sia ritenuto sussistente un reato piuttosto che un altro. Il problema si è posto con particolare acutezza per il concetto di « modica quantità », su cui peraltro, malgrado oscillazioni ed incertezze, stanno giungendo chiarimenti dall'elaborazione giurisprudenziale.

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

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

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

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

La funzione deterrente della pena, se riferita al mero uso, inoltre, ribadirebbe i legami tra trafficanti ed utenti, giacchè questi ultimi avrebbero il massimo interesse a favorire l'impunità dei primi non solo per garantirsi l'approvvigionamento, ma anche per evitare le sanzioni penali. Per di più, il timore della pena potrebbe dissuadere dal ricorso ai sussidi socio-sanitari, che pur potrebbero costituire un tentativo di recupero, lasciando un tossicodipendente isolato, fuori di ogni controllo o intervento sociale, alla mercè delle sue abitudini e dei loschi individui che le sfruttano. D'altra parte, le effettive possibilità di accertamenti da parte della polizia, di rapidi processi, di conveniente recezione nelle carceri di un numero crescente di drogati, che è purtroppo già oggi notevole, appaiono scarse. È comunque facile prevedere che il carcere restituirebbe alla società i tossicodipendenti con le medesime inclinazioni di prima e forse ulteriormente peggiorati e disponibili a trasgressioni di diverso tipo.

Si aggiunga, poi, che una spinta criminalizzazione, incrementando ambienti di sottocultura e di emarginazione con il timore della repressione e con la conseguente omerità, accrescerebbe certamente i rischi di criminalità indotta.

Appare perciò saggio l'indirizzo di fondo della legge n. 685 del 1975: e senza nasconder-

si il grave problema dei refrattari ad ogni tentativo di intervento, sembra necessario attuare effettivamente le iniziative alternative possibili, che sono in grado di circoscrivere il problema.

c) *La modica quantità*

Il parametro quantitativo concorre a differenziare le fattispecie di cui agli articoli 72 e 80 rispetto all'ipotesi onnicomprensiva dell'articolo 71, sul presupposto che quantità poco ingenti siano meno pericolose perchè meno idonee ad incrementare il traffico.

Sono sorte peraltro notevoli difficoltà interpretative, rispecchiate dalla giurisprudenza, e si è proposto da alcuni un intervento legislativo che valga a precisare la « modica quantità ».

Si deve osservare in proposito che — come è già emerso in dottrina e in giurisprudenza — la modica quantità non può essere determinata, nelle due ipotesi di cui agli articoli 72 e 80, allo stesso modo, ma va determinata in relazione allo scopo del soggetto agente: una cosa è la modicità riferita al consumo personale, altra quella riferita alla detenzione e alla cessione in genere.

Tuttavia proprio questo criterio teleologico, pur in sè ragionevole, può provocare assurde applicazioni. Infatti, la depenalizzazione di cui all'articolo 80 è condizionata, ad un tempo, dalle finalità di uso personale e dalla modica quantità di droga a tale scopo detenuta. Quando taluno detenga — al contrario — per uso personale una quantità di droga non modica ai sensi dell'articolo 80 ma modica ai sensi dell'articolo 72, comporterebbe non già l'applicazione dello stesso articolo 72 bensì dell'articolo 71. L'applicazione dell'articolo 72 dovrebbe essere esclusa perchè tale disposizione riguarda i soli detentori e spacciatori e mai i consumatori. Prevale perciò l'articolo 71, norma onnicomprensiva più grave e però sproporzionata all'entità dell'illecito.

Si riproporrebbero così nuovamente e in termini più gravosi rispetto alla legge numero 1041 del 1954 le perplessità circa la

equiparazione *quoad poenam* tra utente e spacciatore. Si pensi che mentre l'articolo 6 della legge citata comminava la reclusione da tre ad otto anni per il caso di detenzione, l'articolo 71, primo comma, comminava la reclusione da quattro (secondo il presente disegno di legge, da sei) a quindici anni. Inoltre l'articolo 6 aveva consentito — anche se non senza contrasti — di escludere, in via interpretativa, l'applicazione delle sanzioni alla detenzione per uso personale, limitandola ai soli casi di detenzione per finalità commerciali.

Per la rilevata pluralità di significati che la modicità assume, nelle ipotesi di cui agli articoli 72 e 80, si può verificare l'assurdo che lo spacciatore di modiche quantità riceva un trattamento meno grave rispetto a colui che detenga, per uso personale proprio, quantità uguali o addirittura inferiori, ma che eccedano il parametro della modicità ai fini dell'articolo 80.

Si propone ora con l'articolo 10/80-*bis* di evitare la predetta assurdità con un meccanismo che consenta di non superare la pena prevista dall'articolo 72 se la quantità, non modica ai sensi dell'articolo 80, si possa considerare tale ai fini delle altre due citate disposizioni.

Quanto ad una più chiara definizione della modifica quantità, sono state prospettate due tesi. Secondo la prima, la soluzione andrebbe conservata all'interpretazione del giudice: cioè resterebbe quella quantità di sostanza che si può giustificatamente considerare destinata al consumo esclusivo del possessore. Per gli articoli 72 la modicità assume invece un significato diverso in quanto collegata comunque a finalità di spaccio.

Per la seconda tesi, spetterebbe alla legge definire, droga per droga, il quantitativo da considerarsi « modico ».

Una determinazione legislativa è peraltro difficilmente proponibile per i seguenti motivi: l'estrema diversità delle quantità ritenute utilizzabili per uso personale (da 20 milligrammi a 2 grammi, ed oltre per l'eroina); la diversificata percentuale del costituente attivo presente nel campione reperito (ad esempio la stessa eroina nella co-

LEGISLATURA VIII — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

siddetta eroina da strada) e le conseguenti necessarie valutazioni chimico-analitiche; la possibilità infine che la predeterminazione possa addirittura favorire l'organizzazione e lo sviluppo del traffico della droga, inducendo i trafficanti a servirsi di spacciatori di dosi consentite e quindi legalizzate.

d) *I rapporti tra gli articoli 71, 72 e 80*

Le maggiori questioni nascono dal rapporto tra l'articolo 71 della legge n. 685 del 1975 e gli articoli 72 e 80. Tuttavia, l'articolo 71 prevede una serie di ipotesi che coprono l'intero ciclo della droga, dalla produzione al consumo, in particolare sanzionando l'illecita detenzione. Come già nella legge del 1954, il legislatore si è disinteressato del titolo e dei fini della detenzione, non qualificandola nemmeno soggettivamente, sicchè il reato ricorre sol che vi sia un dolo generico.

Viceversa negli articoli 72 ed 80 il legislatore ha proposto parametri oggettivi (di ordine quantitativo) e soggettivi, nella prima ipotesi prevedendo un reato meno gravemente punito, nella seconda un comportamento illecito, sì, ma non punibile, cioè non sanzionato penalmente, ciò che ovviamente non esenta da altre e diverse sanzioni.

e) *Ipotesi non sanzionate penalmente o punite con misure alternative*

La linea seguita dal legislatore non è giuridicamente illogica. La graduazione delle pene trova una giustificazione politica in finalità riabilitative che l'applicazione indiscriminata delle sanzioni penali comprometterebbe.

Quanto all'articolo 80, l'esenzione da pena non esclude l'illiceità dei fatti nè le relative sanzioni.

È stata introdotta una attenuante per una ipotesi intermedia tra quella della detenzione, trasporto, offerta, acquisto, vendita, distribuzione o cessione di modiche quantità di sostanze stupefacenti o psicotrope (di cui all'articolo 72, primo comma), per

uso personale altrui e quella della detenzione per uso personale proprio. Il fatto resta penalmente sanzionato, ma con pene tuttavia minori. La ragione della minore severità dal punto di vista penale è duplice: il tossicodipendente che spaccia modiche quantità di droga all'unico scopo di procurarsi piccole dosi per uso personale non deve essere equiparato ad ogni altro spacciatore (come del resto era pur emerso nel corso dei lavori preparatori della legge n. 685 del 1975), non tanto perchè è meno pericoloso, quanto allo scopo di attenuare o infrangere, con l'allettamento di più miti sanzioni, le complicità tra i veri e propri trafficanti, ad ogni livello, e i piccoli spacciatori che sono sostanzialmente dei consumatori.

In secondo luogo il richiamo a disposizioni contenute nel titolo XI intende espressamente estendere il controllo su soggetti comunque pericolosi.

L'ultimo comma dell'articolo 72, come modificato, prevede l'applicazione di misure alternative alla pena (in sintonia con recenti orientamenti di politica penale).

La circostanza attenuante è ben diversa sotto il profilo teleologico ed è a questo, come già si è anticipato, che occorre riferirsi anche per l'aspetto quantitativo.

La proposta si ispira dunque a precise ragioni criminologiche: si intende infatti sottrarre il tossicodipendente, spacciatore per necessità prima che per scelta, ad un rapporto obbligato e ad una complicità con l'organizzazione che si serve di lui.

4) *ATTIVITÀ ILLECITE COMMESSE DA MINORI*

L'articolo 80-ter affida al tribunale dei minorenni la competenza a giudicare i minori sia quando si tratti di attività punite con sanzioni penali (art. 72), sia quando si tratti di attività depenalizzate (art. 80).

Sia nel caso che il minore non sia imputabile, sia quando ricorrano le cause di esenzione dalla pena, il compito di adottare i provvedimenti necessari a consentire gli opportuni accertamenti e trattamenti di cui agli articoli 100 e 100-bis spettano sempre al tribunale dei minorenni e non ad organi

amministrativi. La particolarità che presenta la personalità del minore consigliano di mantenere un procedimento integralmente giurisdizionale: il nuovo testo dell'articolo 101 prevede la competenza del tribunale dei minorenni anche quando i provvedimenti debbano essere adottati a seguito delle segnalazioni di cui all'articolo 100.

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

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

5) ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI OBBLIGATORI

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

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

Così questi ultimi dovrebbero assumere le decisioni di volta in volta necessarie, mentre al giudice spetterebbero gli interventi per verifiche di eventuali violazioni dei

diritti di libertà, in armonia con la recente legge sulle strutture manicomiali e come previsto dagli articoli 33 e 34 della riforma sanitaria.

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

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

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

Il provvedimento del sindaco è convalidato dall'autorità giudiziaria e contro di esso è ammesso ricorso al tribunale, in unico grado di merito: in sostanza si è adattato alle esigenze particolari dei tossicodipendenti quanto è disposto dagli articoli 33 e 35 della citata legge n. 833 del 1978.

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

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

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

Costituzione l'atto motivato dell'autorità giudiziaria è indispensabile perchè una restrizione della libertà personale sia legittima).

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

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

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

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

In caso di rifiuto del trattamento, si applicano gli articoli 97, 100 e 100-*ter* e sarà pertanto necessaria altra convalida per l'eventuale e distinto provvedimento del sindaco.

PARTE SECONDA

ASPETTI SANITARI E SOCIALI

Premessa

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

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

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

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

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

I servizi devono tener conto dei diversi stadi della farmacodipendenza:

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

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

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

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

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

I servizi ambulatoriali devono affrontare i problemi più rilevanti connessi alla disin-

tossicazione e al trattamento della dipendenza psicologica, mentre l'ospedale è riservato alle sole complicità delle tossicodipendenze.

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

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

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

A tale proposito risulta indispensabile, anche in base a quanto realizzato in altri Paesi, l'elaborazione di una regolamentazione della somministrazione di sostanze oppiacee impiegate a fini non terapeutici, ma

« di mantenimento », sia pure con le finalità e le limitazioni che abbiamo indicato.

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

Nell'ambito di tali programmi, si sottolinea il ruolo determinante che può svolgere un qualificato volontariato.

Il presente disegno di legge pertanto prevede che una quota del finanziamento del Servizio sanitario nazionale per gli interventi a favore dei tossicodipendenti venga destinata al funzionamento di iniziative di volontariato associato e familiare, per lo svolgimento dei compiti previsti.

Andrà comunque stabilito un fondo di copertura dei rischi civili per il lavoro espletato dai singoli operatori volontari.

Peraltro, i volontari che abbiano un'esperienza di lavoro almeno quinquennale potranno accedere ai ruoli previsti dalle diverse strutture pubbliche, previo un apposito esame della reale qualificazione professionale acquisita.

Indirizzi in tema di tossicodipendenze ed alcoolismo nell'ambito delle disposizioni previste dalla legge n. 833 del 1978

Nell'ambito dei servizi previsti dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, si intende collocare al livello intermedio dell'organizzazione della unità sanitaria locale il servizio poliambulatoriale destinato alla prevenzione, al trattamento e al recupero dei tossicodipendenti, sottolineando la necessità di attribuire agli operatori medici ed a quelli sociali la qualificazione professionale necessaria.

Particolare attenzione deve essere riservata al monitoraggio del fenomeno previsto

dalla legge n. 685 del 1975 nei suoi momenti operativi:

a) i livelli del rilevamento epidemiologico;

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

c) la destinazione e la gestione dell'informazione.

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

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

b) l'assessorato regionale alla sanità potrebbe espletare tutte le competenze at-

tribuitegli dalla legge n. 833 del 1978 in rapporto con le assemblee della unità sanitaria locale;

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

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

Le precedenti osservazioni per quanto riguarda gli aspetti sanitari e sociali della lotta alle farmacodipendenze e all'alcoolismo rappresentano le linee lungo le quali dovrà essere elaborato, con successivi atti amministrativi, il progetto-obiettivo allegato che entra a far parte integrante del piano sanitario nazionale e per la cui realizzazione è stanziata, per il 1980, la somma di lire 200 miliardi, superando in tal modo le gravi difficoltà finanziarie che hanno finito per rappresentare un ulteriore ostacolo all'attuazione della legge n. 685.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

All'articolo 2 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, è aggiunto il seguente comma:

« Il Ministero della pubblica istruzione, al fine di assicurare una efficace azione di prevenzione dalle tossicodipendenze nel quadro dell'educazione sanitaria, nomina un proprio rappresentante presso l'assessorato regionale alla sanità, con il compito di assicurare, d'intesa con i comitati provinciali di cui all'articolo 12 della presente legge, la massima collaborazione tra scuole e strutture sanitarie ».

Art. 2.

I rappresentanti del Ministero della pubblica istruzione nel Comitato interministeriale di cui all'articolo 9, primo comma, della legge 22 dicembre 1975, n. 685, sono portati a due.

Art. 3.

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

« Art. 71. - (*Attività illecite*). — Chiunque, senza autorizzazione, produce, fabbrica, estrae, offre, pone in vendita, distribuisce, acquista, cede o riceve a qualsiasi titolo, procura ad altri, trasporta, importa, esporta, passa in transito o illecitamente detiene, fuori delle ipotesi previste dagli articoli 72 e 80, sostanze o preparazioni stupefacenti o psicotrope, di cui alle tabelle I e III, previste dall'articolo 12, è punito con la reclusione da sei a quindici anni e con la multa da lire tre milioni a lire cento milioni.

Chiunque, essendo munito dell'autorizzazione di cui all'articolo 15, illecitamente cede, mette o procura che altri metta in commercio sostanze o preparazioni stupefacenti o psicotrope diverse da quelle stabilite nel decreto di autorizzazione, è pu-

nito con la reclusione da sei a diciotto anni e con la multa da lire dieci milioni a lire cento milioni.

Se taluno dei fatti previsti dai precedenti commi riguarda sostanze stupefacenti o preparazioni stupefacenti o psicotrope classificate nelle tabelle II e IV, di cui all'articolo 12, si applicano la reclusione da due a sei anni e la multa da lire due milioni a lire cinquanta milioni ».

Art. 4.

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

« Art. 72. - (*Altre attività illecite*). — Chiunque, fuori dalle ipotesi previste dall'articolo 80, senza autorizzazione o comunque illecitamente, detiene, trasporta, offre, acquista, pone in vendita, vende, distribuisce o cede, a qualsiasi titolo, anche gratuito, modiche quantità di sostanze stupefacenti o psicotrope classificate nelle tabelle I e III, previste dall'articolo 12, per uso personale non terapeutico di terzi, è punito con la reclusione da tre a sei anni e con la multa da lire centomila a lire otto milioni.

Se taluno dei fatti previsti dal primo comma riguarda modiche quantità di sostanze stupefacenti o psicotrope classificate nelle tabelle II e IV, previste dall'articolo 12, si applica la pena della reclusione da uno a quattro anni e della multa da lire centomila a lire sei milioni.

Se i fatti previsti dal presente articolo, sono commessi da tossicodipendenti all'unico scopo di utilizzare il guadagno per procurarsi modiche quantità di sostanze stupefacenti o psicotrope per uso personale proprio anche non terapeutico, le pene, fuori del caso previsto dall'articolo 74, numero 1), sono ridotte fino ad un sesto nell'ipotesi di cui al primo comma e fino ad un quarto nell'ipotesi di cui al secondo comma. Si applicano gli articoli 96, commi quinto, sesto, settimo ed ottavo, e 100.

Il giudice, se nel pronunciare sentenza di condanna ritiene di dover determinare la durata della pena detentiva entro il limite di sei mesi, può sostituire tale pena con

la semidetenzione; se ritiene di doverla determinare entro il limite di tre mesi, può sostituirla anche con la libertà controllata ».

Art. 5.

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

« Art. 73. - (*Agevolazione dolosa dell'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope*). — Chiunque adibisce o consente che sia adibito un locale pubblico o un circolo privato di qualsiasi specie, a luogo di convegno di persone che ivi si danno all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, comprese nelle tabelle I, II, III e IV di cui all'articolo 12, è punito, per questo solo fatto, con la reclusione da quattro a dieci anni e con la multa da lire due milioni a lire dieci milioni.

Alla stessa pena è assoggettato chiunque, avendo la disponibilità di un immobile, di un ambiente, o di un veicolo a ciò idoneo, lo adibisce, o consente che altri lo adibisca a luogo di abituale convegno di persone che ivi si diano all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope di cui al primo comma.

Le pene previste nei precedenti commi sono aumentate dalla metà ai due terzi se al convegno partecipa persona di età minore o palesemente incapace.

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

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

Art. 6.

L'articolo 74 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, è sostituito dal seguente:

« Art. 74. - (*Aggravanti specifiche*). — Le pene previste per i delitti di cui all'artico-

LEGISLATURA VIII — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

lo 71 della presente legge sono aumentate da un terzo alla metà:

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

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

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

4) per chi ha indotto a commettere il reato, o a cooperare nella commissione del reato, persona dedita all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope;

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

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

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

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

Le aggravanti previste dal presente articolo, eccettuata quella indicata nel secondo comma, si applicano anche ai delitti previsti dall'articolo 72.

Quando le circostanze aggravanti, generali o previste dalla presente legge, riguardano delitti relativi alle sostanze di cui alle tabelle I e III dell'articolo 12 e concorrono con una o più circostanze attenuanti, non si applicano le disposizioni dell'articolo 69 del codice penale e le diminuzioni si operano sulla pena conseguente all'applicazione delle aggravanti ».

Art. 7.

L'articolo 75 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, è sostituito dal seguente:

« Art. 75. - (*Associazione per delinquere*).
— Quando tre o più persone si associano allo scopo di commettere più delitti tra

quelli previsti dagli articoli 71, 72 e 73, coloro che promuovono, costituiscono, organizzano o finanziano l'associazione sono puniti, per ciò solo, con la reclusione non inferiore a diciotto anni e con la multa da lire cinquanta milioni a lire duecento milioni.

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

I capi soggiacciono alla stessa pena stabilita per i promotori.

La pena è aumentata se il numero degli associati è di dieci o più o se tra i partecipanti vi sono persone dedite all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Se l'associazione è armata la pena, nei casi indicati dal primo e dal terzo comma del presente articolo, non può essere inferiore a ventiquattro anni di reclusione e, nel caso previsto dal secondo comma, a sette anni di reclusione. L'associazione si considera armata quando tre o più partecipanti possiedono armi, o anche quando le armi sono occultate o tenute in luogo di deposito.

Nei confronti di coloro che aiutano concretamente l'autorità di polizia o l'autorità giudiziaria a raccogliere prove decisive a carico degli associati, la pena è diminuita da un terzo alla metà ».

Art. 8.

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

« Art. 76. - (*Induzione all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope*). — « Chiunque induce una o più persone all'uso illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope, classificate nelle tabelle I e III di cui all'articolo 12, o svolge attività di proselitismo, sia pubblicamente che in privato, per l'uso illecito di dette sostanze, è punito con la reclusione da due a cinque anni e con la multa da lire un milione a lire cinque milioni.

La pena è aumentata se il fatto è commesso in danno di persona di età minore o palesemente incapace, oppure all'interno o in prossimità di scuole di ogni ordine e grado o di comunità giovanili, di caserme,

LEGISLATURA VIII — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

di carceri, di ospedali o comunque di strutture socio-sanitarie.

La pena è raddoppiata:

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

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

Le stesse pene si applicano a chiunque, fuori dalle ipotesi di cui al precedente articolo 73, favorisce l'uso delle sostanze stupefacenti o psicotrope indicate nella prima parte del presente articolo ovvero se dall'uso trae comunque profitto.

Se il fatto riguarda le sostanze stupefacenti o psicotrope di cui alle tabelle II e IV dell'articolo 12, si applicano le pene previste dai precedenti commi, diminuite da un terzo alla metà ».

Art. 9.

Dopo l'articolo 76 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, è aggiunto il seguente:

« Art. 76-bis. - (*Adulterazione delle sostanze stupefacenti o psicotrope*). — Quando i fatti di cui agli articoli 71 e 76 sono compiuti mediante adulterazioni delle sostanze stupefacenti o psicotrope tali da accentuarne la potenzialità lesiva, le pene sono aumentate ».

Art. 10.

Dopo l'articolo 80 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, sono aggiunti i seguenti:

« Art. 80-bis. (*Detenzione per uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope in quantità non eccessiva o modica*). — Qualora la quantità detenuta per uso personale non possa considerarsi non eccessiva o modica, ai sensi del primo e del secondo comma dell'articolo 80, si applicano le pene previste dall'articolo 72 se la quantità possa considerarsi modica ai sensi della predetta disposizione ».

Art. 80-ter. - (*Attività illecite commesse da minori*). — Le persone minori di età, che commettono taluni dei fatti previsti

dagli articoli 72 e 80, sono denunciate alla procura della Repubblica presso il tribunale dei minorenni.

Il procuratore della Repubblica domanda l'esame del minore ai competenti organi dell'unità sanitaria locale, che propongono le opportune misure per la cura e il riadattamento.

Dopo aver ricevuto le proposte, il procuratore della Repubblica le trasmette, con le sue richieste, al tribunale dei minorenni per l'applicazione delle pene e delle misure di sicurezza che debbono essere inflitte o quando si tratti di soggetto imputabile, oppure per i provvedimenti di cui all'articolo 100.

Se la legge prevede cause di non punibilità o se il soggetto non sia imputabile, il tribunale dei minorenni può adottare i provvedimenti necessari a consentire gli opportuni accertamenti e trattamenti obbligatori di cui all'articolo 100, nel caso che l'interessato rifiuti di assoggettarsi volontariamente al trattamento necessario. Se debba applicarsi una pena o una misura di sicurezza, il procuratore della Repubblica può proporre che i provvedimenti previsti dall'articolo 100 siano adottati cumulativamente o in sostituzione della pena o delle misure di sicurezza.

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

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

La sentenza di condanna può contenere in ogni caso i provvedimenti di cui all'articolo 100.

Il pubblico ministero, il tribunale dei minorenni e la sezione della corte d'appello conservano comunque i poteri di cui all'articolo 11 del regio decreto-legge 20 luglio 1934, n. 1404, sull'istituzione e il funzionamento del tribunale per i minorenni.

Anche con la sentenza con cui dichiara di non doversi procedere per la concessione del perdono giudiziale, il tribunale dei minorenni può adottare i provvedimenti di cui all'articolo 100.

Art. 80-*quater*. - (*Misure per i soggetti in stato di inebetimento per assunzione di alcool o di sostanze stupefacenti o psicotrope*). — Chiunque, in luogo pubblico o aperto al pubblico, è colto in stato di inebetimento per l'assunzione di alcool o di sostanze stupefacenti o psicotrope è immediatamente avviato alle strutture predisposte dalle unità sanitarie locali per gli idonei trattamenti medico-sanitari, nonchè agli appositi centri per gli interventi socioriabilitativi.

Entro 48 ore i competenti organi dell'unità sanitaria locale e dei centri per gli interventi socio-riabilitativi sono tenuti a segnalare al pretore, nel cui mandamento essi rientrano, le persone loro avviate. Il pretore, entro le successive 48 ore, provvede alla convalida del predetto avvio con la procedura di cui al secondo comma dell'articolo 100-*ter*

In caso di rifiuto del trattamento terapeutico o socio-riabilitativo necessario, si provvede ai sensi degli articoli 97, 100 e 100-*ter* della presente legge, salvo che non sia competente il tribunale dei minorenni ai sensi dell'articolo 101.

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

Le pene si applicano congiuntamente se il fatto riguarda le sostanze di cui alle tabelle I e III dell'articolo 12.

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

Nel caso previsto al comma precedente, alla pena detentiva di cui al predetto comma si aggiunge quella pecuniaria.

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

L'articolo 688 del codice penale è abrogato.

Art. 80-*quinqüies*. - (*Pene pecuniarie*). — Il giudice, in deroga agli articoli 24 e 26 del codice penale, quando il reato riguardi

le sostanze di cui alle tabelle I e III dell'articolo 12, ha facoltà di aumentare fino a dieci volte le multe e le ammende previste dalla presente legge, secondo la gravità del fatto o la tossicità della sostanza stupefacente o psicotropa allo stato puro o a seguito di alterazioni, o quando, per le condizioni economiche del reo, le pene possono presumersi inefficaci ».

Art. 11.

L'articolo 85 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, è sostituito dal seguente:

« Art. 85. - (*Comitato provinciale di studio, programmazione e ricerca*). — Il provveditore agli studi, sentito il consiglio scolastico provinciale, deve istituire un comitato provinciale di studio, di programmazione e di ricerca al fine di porre la scuola, a livello di insegnanti, di alunni e relative famiglie, in grado di attuare una responsabile educazione sanitaria ed una corretta informazione sui danni derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope ».

Art. 12.

L'articolo 87 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, è sostituito dal seguente:

« Art. 87. - (*Lezioni per genitori*). — I comitati provinciali di cui all'articolo 85 della presente legge devono assicurare ogni opportuna forma di collaborazione alle iniziative promosse dai consigli di circolo e di istituto per i genitori degli alunni, tese a rafforzare l'azione di prevenzione dall'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope. A tale fine i consigli di circolo e di istituto avranno cura di dare tempestiva notizia delle loro iniziative ai comitati stessi ».

Art. 13.

L'articolo 88 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, è sostituito dal seguente:

« Art. 88. - (*Informazione, istruzione ed educazione dei giovani*). — Presso le scuole di ogni ordine e grado, d'intesa con il co-

mitato provinciale di cui all'articolo 85 della presente legge, si possono organizzare: proiezioni, incontri, seminari per gli studenti, al fine di promuovere una responsabile educazione sanitaria con particolare riferimento alla prevenzione dalle tossicodipendenze ».

Art. 14.

All'articolo 96 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, sono aggiunti, in fine, i seguenti commi:

« Il giudice che, nel corso di un procedimento penale, dichiara di non doversi procedere nel caso indicato dall'articolo 80, trasmette copia del provvedimento all'unità sanitaria locale del luogo di residenza dell'imputato prosciolto, per gli adempimenti di competenza.

La trasmissione, di cui al precedente comma, si deve effettuare anche quando al momento del fatto la persona era incapace di intendere e di volere ed altresì, sempre che il giudice ne ravvisi la necessità, nell'ipotesi che fatti, previsti dalla presente legge come reato, siano stati da taluno compiuti in stato di incapacità.

Nel caso che il soggetto si sia posto in stato di incapacità di intendere e di volere al fine di commettere il fatto o di prepararsi una scusa, si applica l'articolo 87 del codice penale ».

Art. 15.

L'articolo 97 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, è sostituito dal seguente:

« Art. 97. - (*Interventi nelle unità sanitarie locali in difetto di cura volontaria*). — I competenti organi dell'unità sanitaria locale che ricevono la segnalazione di cui al precedente articolo 96, qualora accertino che la persona segnalata non si è sottoposta volontariamente al trattamento terapeutico e riabilitativo, la invitano a provvedervi, indicando le modalità più opportune. In caso di rifiuto gli organi suddetti devono segnalare il fatto al sindaco ai soli fini dell'articolo 100.

Uguale segnalazione deve essere effettuata quando l'interessato interrompe volontariamente le cure mediche o il trattamento sociale di cui ha ancora bisogno qualora l'interruzione pregiudichi le cure in corso.

L'interessato ha facoltà di farsi assistere da un medico di sua fiducia e far presenziare lo stesso agli accertamenti necessari.

In caso di rifiuto, detti organi debbono segnalare il fatto al sindaco ai fini dell'articolo 100.

Per ogni soggetto esaminato l'unità sanitaria locale deve redigere cartella clinica completa di dati anamnestici, integrata da un profilo socio-psicologico ».

Art. 16.

L'articolo 100 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, è sostituito dal seguente:

« Art. 100. - (*Interventi del sindaco e modalità di attuazione degli accertamenti e trattamenti sanitari ai sensi dell'articolo 33 della legge 23 dicembre 1978, n. 833*). — La persona dedita all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, che necessita di cure mediche e di assistenza, ma che rifiuta di assoggettarsi al trattamento necessario, deve essere segnalata dall'autorità di polizia o dai competenti organi dell'unità sanitaria locale, fuori dal caso previsto all'articolo 101, al sindaco del comune in cui essa dimora.

La segnalazione può essere fatta anche dal genitore, dal coniuge, dai figli o, in mancanza di essi, dai prossimi congiunti della persona da assistere.

Il sindaco dispone gli accertamenti e i trattamenti sanitari ai sensi dell'articolo 33 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Tali accertamenti e trattamenti sono attuati sotto il controllo dei competenti organi delle unità sanitarie locali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o nei centri convenzionati.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione di chi vi è obbligato.

L'unità sanitaria locale opera, per ridurre il ricorso ai suddetti trattamenti sanitari

obbligatori, sviluppando le iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria ed i rapporti organici tra servizi e comunità.

Chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio in strutture ospedaliere ha diritto di comunicare e, compatibilmente con le finalità del trattamento stesso, ricevere chi ritenga opportuno.

Chiunque ed in ogni tempo può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio.

Sulle richieste di revoca o di modifica il sindaco decide entro dieci giorni. I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento con cui fu emanato il provvedimento revocato o modificato ».

Art. 17.

Dopo l'articolo 100 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, sono aggiunti i seguenti:

« Art. 100-bis. - (*Modalità per l'attuazione dei dispositivi assistenziali e riabilitativi e dell'intervento del volontariato e modalità di erogazione dei trattamenti sanitari obbligatori*). — La legge regionale, nell'ambito dell'unità sanitaria locale e nel complesso dei servizi generali per la tutela della salute, disciplina l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alle tossicodipendenze.

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

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

I volontari che abbiano comunque acquisito esperienza nell'attività di recupero dei tossicodipendenti, svolta per almeno cinque anni, potranno accedere ai ruoli previsti dalle strutture pubbliche del servizio

socio-sanitario, previo un apposito esame delle attitudini e della qualificazione professionale raggiunta. I volontari sono in ogni caso assicurati contro i rischi derivanti dall'attività esplicata. La legge regionale riserva alle attività di cui al secondo e terzo comma del presente articolo almeno il 20 per cento del finanziamento destinato al settore della lotta alla tossicodipendenza.

Il trattamento sanitario obbligatorio può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera soltanto se siano necessari interventi terapeutici e se essi non vengano accettati dal tossicodipendente, oppure se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive e idonee misure sanitarie extraospedaliere.

Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario in condizioni di degenza ospedaliera deve essere eseguito dopo la convalida, di cui all'articolo seguente.

Nei casi di cui al precedente comma, il ricovero deve essere attuato presso gli ospedali generali in specifici ambienti all'interno di strutture dipartimentali per la diagnosi e cura delle tossicodipendenze, comprendenti anche i presidi e i servizi extraospedalieri, al fine di garantire la continuità terapeutica. I servizi ospedalieri di cui al presente comma sono dotati di posti letto nel numero fissato dal piano sanitario regionale.

Art. 100-ter. - (Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori e tutela giurisdizionale). — Il provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio, da emanarsi entro 48 ore dalla segnalazione di cui all'articolo 100, corredato della proposta medica motivata, deve essere notificato nelle quarantotto ore successive, vi sia stato oppure no un inizio di esecuzione giustificato dall'urgenza, tramite messo comunale, al pretore nel cui mandamento rientra il comune.

Il pretore entro le successive quarantotto ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al

sindaco. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera.

Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza del soggetto da sottoporre al trattamento, ne va data comunicazione al sindaco di quest'ultimo comune, nonchè al pretore nella cui circoscrizione rientra il comune di residenza. Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'interno e al consolato competente, tramite il prefetto.

Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, e in quelli di ulteriore prolungamento, l'unità sanitaria locale è tenuta a formulare in tempo utile una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al pretore con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma del presente articolo, indicando l'ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.

L'unità sanitaria locale è tenuta a comunicare al sindaco, in ogni caso, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario; comunica altresì l'eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso.

Il sindaco, entro quarantotto ore dal ricevimento della comunicazione dell'unità sanitaria locale, ne dà notizia al pretore.

I poteri del sindaco, previsti dalla presente legge, possono da lui essere delegati ad un assessore o agli aggiunti.

Qualora ne sussista la necessità, il pretore adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e per amministrare il patrimonio del soggetto sottoposto al trattamento. L'omissione delle comunicazioni di cui al primo, quarto e quinto comma del presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Art. 100-*quater*. - (*Ricorso al tribunale*).

— Contro il provvedimento di cui all'articolo precedente, chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio, i prossimi congiunti, il pubblico ministero o chiunque vi abbia interesse possono in ogni tempo proporre ricorso al tribunale.

Il presidente del tribunale fissa l'udienza di comparizione delle parti con decreto in calce al ricorso che, a cura del cancelliere, è notificato alle parti nonchè al pubblico ministero.

Il presidente del tribunale, acquisito il provvedimento che ha disposto il trattamento sanitario obbligatorio e sentito il pubblico ministero, può sospendere il trattamento medesimo anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione.

Sulla richiesta di sospensiva il presidente del tribunale provvede entro dieci giorni.

Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, con sentenza, dopo aver assunto le informazioni e raccolto le prove disposte d'ufficio o richieste dalle parti.

I ricorsi e i successivi provvedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione.

Entro il termine di 30 giorni, decorrente dalla scadenza del termine di cui al secondo comma del precedente articolo, il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.

Nel processo davanti al tribunale, le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante raccomandata con avviso di ricevimento ».

Art. 18.

L'articolo 101 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, è sostituito dal seguente:

« Art. 101. - (*Competenza e forma del procedimento*). — Nel caso in cui i provvedimenti indicati nell'articolo 100 debbano

essere adottati nei confronti di una persona minore, la competenza spetta al tribunale dei minorenni del luogo nel quale risiede il minore e non al sindaco.

Il tribunale, sentito il minore ed eseguiti gli opportuni accertamenti, provvede con decreto, che deve essere comunicato all'interessato. Qualora il minore sia straniero o apolide deve effettuarsi la comunicazione di cui all'articolo 100-ter, terzo comma.

Il tribunale provvede per i prolungamenti del trattamento e per le misure di conservazione ed amministrazione del patrimonio.

Negli altri casi i provvedimenti di cui al precedente articolo sono adottati da una sezione civile specializzata del tribunale avente sede nel capoluogo del distretto della corte d'appello in cui risiede la persona da assistere.

La sezione specializzata è composta da un consigliere di corte d'appello, che la presiede, da un giudice di tribunale e da due esperti designati, su proposta del presidente della corte d'appello, dal consiglio superiore della magistratura.

I provvedimenti sono decisi in unico grado con sentenza e secondo le disposizioni comuni ai procedimenti in camera di consiglio, di cui al codice di procedura civile.

Le decisioni della sezione civile specializzata del tribunale sono adottate a maggioranza dei voti espressi dai componenti. In caso di parità dei voti, prevale il voto espresso dal presidente.

Contro le sentenze pronunciate dal tribunale è proponibile ricorso alla corte di cassazione per violazione di legge.

È facoltà dell'interessato farsi assistere da un difensore e da consulenti tecnici, salvo quanto stabilito dal codice di procedura civile per il ricorso per cassazione.

L'intervento del pubblico ministero è obbligatorio.

Le disposizioni processuali, di cui al presente articolo, si applicano, in quanto possibile, anche al procedimento avanti al tribunale dei minorenni ».

Art. 19.

Gli organi, i centri ed i comitati previsti dagli articoli 90, 91 e 92 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, restano in funzione fino ad una diversa disciplina legislativa regionale.

L'articolo 99 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, è abrogato.

Art. 20.

Fa parte integrante del Piano sanitario nazionale per il triennio 1980-1982 l'allegato « Progetto-obiettivo: lotta alle farmacodipendenze e all'alcoolismo », per la cui realizzazione è stanziata per l'anno 1980 la somma di lire 200 miliardi in aggiunta a quanto previsto per il fondo sanitario nazionale.

A tale onere si fa fronte mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto al capitolo 6856 dello stato di previsione del Ministero del tesoro per l'anno finanziario 1980.

Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

ALLEGATO

PROPOSTA PER UN QUARTO PROGETTO-OBIETTIVO: « LOTTA ALLE FARMACODIPENDENZE E ALL'ALCOOLISMO » DA INSERIRE NEL PIANO SANITARIO NAZIONALE PER IL TRIENNIO 1980-1982

Gli scopi del quarto progetto obiettivo: « Lotta alle farmacodipendenze e all'alcoolismo » sono quelli di ridurre progressivamente l'uso di sostanze stupefacenti e l'abuso di psicofarmaci soprattutto da parte dei giovani; di proporre linee di intervento omogeneo in tutto il territorio nazionale colmando gli squilibri e le differenze di approccio esistenti tra le varie Regioni; di fornire gli strumenti necessari per una efficace prevenzione primaria delle tossicodipendenze.

Gli obiettivi specifici per i prossimi tre anni sono:

a) raggiungere livelli di monitoraggio sia dell'uso di sostanze illegali che dell'abuso di psicofarmaci, tali da ottenere dati meglio corrispondenti alla realtà del fenomeno;

b) identificare precocemente le problematiche psicopatologiche dell'età evolutiva come principale area di intervento preventivo (a livello della famiglia, della scuola, dell'associazionismo giovanile, eccetera);

c) coordinare gli interventi socio-sanitari sia a livello di base, poliambulatoriali e ospedalieri, che a livello nazionale, colmando gli squilibri tra le varie aree regionali;

d) adeguare i programmi di socio-riabilitazione ad una reale politica di qualificazione della spesa in rapporto alla quantità e finalità della risposta;

e) ridurre l'incidenza delle complicanze mediche delle farmacodipendenze;

f) contenere i danni sociali dell'abuso di alcool;

g) qualificare la professionalità degli operatori ai vari livelli di intervento.

Tali obiettivi potranno essere ottenuti mediante interventi operativi nelle seguenti aree:

- 1) formazione degli operatori;
- 2) informazione e monitoraggio;
- 3) prevenzione;
- 4) trattamento e socioriabilitazione.

1) *Formazione degli operatori*

La formazione degli operatori dovrà tener presente due livelli distinti ma integrati: il primo è quello dell'approfondimento specifico delle ca-

LEGISLATURA VIII — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

ratteristiche e delle responsabilità proprie di ciascun operatore (medico, amministratore, operatore sociale, eccetera); il secondo riguarda l'integrazione interdisciplinare maturata nelle esperienze di lavoro.

In particolare si propone:

a) l'inclusione nei programmi del corso di laurea di medicina e nei programmi delle scuole di specializzazione interessate, di corsi di insegnamenti specifici;

b) l'organizzazione da parte degli ordini professionali (medici, farmacisti, psicologi, eccetera) di corsi di aggiornamento sul problema;

c) la promozione, da parte delle Regioni, di iniziative di aggiornamento e di integrazione interdisciplinare — a livello delle unità sanitarie locali — del personale sanitario e sociale laureato e non laureato.

2) *Informazione e monitoraggio*

Si propone:

la creazione presso il Servizio informativo sanitario (SIS) di una « banca dati » per il monitoraggio epidemiologico del fenomeno delle farmacodipendenze e dell'alcoolismo, unificando le procedure di rilevamento e la destinazione dei dati;

la diffusione e il potenziamento del Bollettino per le tossicodipendenze ed alcoolismo, tra gli amministratori e gli operatori delle unità sanitarie locali;

il potenziamento e coordinamento della ricerca scientifica, delle attività dei centri di documentazione, nonché dei rapporti del Governo italiano con gli organismi internazionali al fine di qualificare e intensificare lo scambio con le esperienze degli altri Paesi.

3) *Prevenzione*

a) Per una strategia di prevenzione della tossicomania giovanile si sottolinea la necessità di intervenire, oltre che con informazioni adeguatamente differenziate per fasce di età, con una diagnosi precoce — prevalentemente nelle scuole — dei problemi che emergono nell'età evolutiva. Pertanto, in collegamento con quanto previsto dal primo progetto-obiettivo, si propone di intensificare i servizi psico-diagnostici nelle scuole elementari e medie per cogliere e prevenire, mediante opportuni interventi, fenomeni precoci di disadattamento.

b) Per impostare una reale campagna di prevenzione sui problemi dell'abuso dell'alcool, si sottolinea la necessità di raccogliere innanzi-

tutto una documentazione esatta del fenomeno in Italia, che tenga conto:

- delle modificazioni socio-culturali dell'abuso di bevande alcoliche;
- della morbosità e della mortalità legate all'abuso di alcool;
- delle conseguenze dell'abuso di alcool sugli incidenti stradali e del lavoro.

Pertanto si propone che le singole Regioni svolgano indagini conoscitive sul fenomeno.

4) *Trattamento e socioriabilitazione*

Sulla base delle indicazioni del protocollo di intervento socioterapeutico che deve essere emanato a livello nazionale, le Regioni, in coordinamento col Consiglio sanitario nazionale, devono provvedere a verificare nel tempo, mediante opportuni strumenti, la efficacia degli interventi proposti sulla evoluzione del fenomeno droga. Particolare attenzione dovrà essere posta sulle complicanze secondarie e terziarie delle tossicodipendenze e dell'alcoolismo, predisponendo gli opportuni strumenti per un intervento mirato in tal senso.