

(N. 1768)

### DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa del senatore TORELLI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 18 GIUGNO 1971

#### Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope e misure di prevenzione e cura

ONOREVOLI SENATORI. — In data 22 aprile 1970 il Ministero della sanità emetteva un comunicato attraverso il quale si rendeva noto che:

« Si è riunito, presso il Ministero della sanità, il " Comitato interministeriale stupefacenti ", il quale ha deliberato:

1) di promuovere l'acceleramento dell'iter di approvazione dello schema di regolamento già predisposto per l'esecuzione della legge 22 ottobre 1954, n. 1041, sulla disciplina della produzione, del commercio e dell'impiego degli stupefacenti;

2) di promuovere il rapido completamento della procedura relativa alla ratifica

della convenzione unica sugli stupefacenti firmata a New York in sede ONU;

3) di dar vita, per iniziativa del Ministero della sanità, a corsi di perfezionamento del personale civile e militare impiegato nella lotta contro il traffico illecito degli stupefacenti e le tossicomanie;

4) di predisporre, a cura dell'Ufficio centrale stupefacenti, un opuscolo divulgativo sulla natura delle cosiddette droghe e sui danni sia individuali che sociali da esse derivanti. A tale scopo si prenderanno intese con il Ministero della pubblica istruzione per l'eventuale diffusione e l'illustrazione di detto opuscolo negli ambienti scolastici nonchè con le altre amministrazioni

dello Stato alle quali facciano capo organismi ed enti comunque interessati al delicato problema ».

Senza avvedersene il Comitato interministeriale offriva pubblica dimostrazione dell'arretratezza della legislazione italiana e praticamente dimostrava — e questo era veramente grave — di non essere compreso dell'importanza del fenomeno quale invece veniva avvertito in Italia non soltanto sotto il profilo del traffico e commercio di stupefacenti ma specialmente sotto il profilo della necessità improrogabile di intervenire drasticamente nel campo della prevenzione, della cura e del recupero degli intossicati.

Infatti i più avveduti studiosi di neurologia, psichiatria, farmacologia, sociologia o semplicemente i giornalisti più aperti a constatare e valutare il grado e le conseguenze della diffusione degli stupefacenti in Italia non potevano che meravigliarsi che il Ministero volesse attardarsi a mantenere in vita una normativa superata come quella derivante dalla legge 22 ottobre 1954, numero 1041, proponendosi soltanto, dopo oltre quindici anni dalla sua emanazione, di « accelerare » l'approvazione del regolamento previsto dalla legge stessa, senza del quale la legge è sempre stata in parte inoperante.

Responsabile fu invece la deliberazione del Comitato interministeriale di promuovere finalmente la procedura della ratifica della « Convenzione unica » sugli stupefacenti firmata a New York in sede ONU perchè — anche se il comunicato stampa sottaceva la data — la « Convenzione unica » risale al lontano 1961.

Inutile indagare sui motivi e le cause per le quali in dieci anni l'Italia si è sottratta all'obbligo della ratifica ma è certo che la situazione ha provocato e provoca — perchè la ratifica a tutt'oggi non è avvenuta — particolare disagio alla nostra partecipazione in sede ONU. Prova ne sia che, in un passato non troppo lontano non fu possi-

bile prevenire e fu difficile sventare manovre con le quali si era voluto far credere che una eccessiva tolleranza sul piano internazionale, consentiva l'illecita immissione all'interno di alcuni Paesi — la Svezia in particolare — di sostanze allucinogene fabbricate in Italia.

Quasi umilianti per la loro limitatezza erano infine le due ultime deliberazioni del Comitato interministeriale in tema di traffico illecito di stupefacenti e di lotta contro la tossicomania, in quanto gli interventi si riducevano a dar vita a corsi di perfezionamento del personale addetto e alla predisposizione di un opuscolo divulgativo sulla natura delle droghe.

Non possiamo quindi ritenere che alla data del comunicato stampa 22 aprile 1970 il Ministero della sanità e il Comitato interministeriale da esso dipendente avessero recepito le grida d'allarme provenienti dal settore medico, dalla grande massa degli educatori, dall'opinione pubblica quale si manifestava attraverso ampi *reportages* della stampa quotidiana e periodica nonchè dai giuristi i quali attraverso una vasta elaborazione dottrinale richiedevano una nuova normativa giuridica o, almeno, una diversa interpretazione della legge del 1954 mentre al contrario la Magistratura sia pure, talvolta, con giurisprudenza contraddittoria si attestava su interpretazioni letterali della legge stessa.

Tuttavia durante il 1970 varie furono le circolari ministeriali che ponevano a fuoco, molto responsabilmente, i due problemi della lotta contro il traffico della droga e degli interventi per il trattamento dei tossicomani, giungendo ad affermare (comunicato stampa n. 28 del 5 maggio 1970) che costoro « sono considerati dalla stessa vigente legislazione sanitaria non già dei criminali, ma dei malati di una malattia classificata " sociale " e quindi richiedente l'intervento dello Stato per la prevenzione, il trattamento e la riabilitazione ».

Una tale valutazione della persona del tossicomane se da una parte onora il Ministro

della sanità che l'ha enunciata con l'aggiunta, anzi, di alcuni temi da svilupparsi sul piano operativo, peraltro non trova affatto riscontro nella legislazione vigente e contrasta radicalmente con la realtà quale si manifesta in Italia, nonostante la buona volontà di molti, sul piano medico, farmaceutico e giuridico.

D'altronde il limitato interesse da parte del Ministero della sanità *in subiecta materia* lo ricaviamo dalla nota preliminare dello stato di previsione della spesa dello stesso Ministero per il 1971 ove sul tema della tossicosi da stupefacenti e da sostanze psicoattive ci si limita a queste affermazioni:

« L'intensificarsi del fenomeno dell'abuso e dell'uso improprio delle predette sostanze impone un programma a vasto raggio di azione secondo le direttrici di:

contribuire all'operatività del secondo centro pilota esistente (a quello di Roma ha fatto seguito quello di Messina);

favorire l'istituzione di altre analoghe iniziative nei centri maggiormente interessati al fenomeno onde acquisire tutti quegli elementi di giudizio — tanto più indispensabili in assenza di altre misure quali la denuncia obbligatoria dei casi di tossicosi da droghe cosiddette minori — per una oggettiva valutazione della attuale portata medico-sociale del problema ».

Lo stesso « Libro nero sulla droga » pubblicato dal Ministero della sanità in rapida ma completa sintesi enuncia il tema dei vari tipi di droga, delle tossicomanie tradizionali e delle tossicomanie minori (in ciò ponendosi su un piano scientifico d'avanguardia) ma poi liquida il grande tema della tossicomania (o farmacodipendenza) in poche righe con il titolo « disintossicazione » e termina con un cenno sulla legislazione e praticamente sul contenuto della legge del 1954 che rimane, per il suo carattere di legge di polizia sanitaria cioè repressivo per quanto attiene alla prevenzione e al recupero, una legge assolutamente carente.

Tuttavia il « Libro nero sulla droga » termina con queste affermazioni che sono una apertura verso l'avvenire:

« La lotta imposta contro il traffico illecito non può portare che a risultati parziali.

Contro la cupidigia dei trafficanti e lo stato di bisogno dei tossicomani, come la esperienza dimostra, le disposizioni di legge possono fino ad un certo punto. Anche se le forze dell'ordine perseguono da sempre una lotta senza quartiere contro gli spacciatori di stupefacenti, la soluzione non potrà venire che dalla collaborazione e dalla responsabilità dei professionisti competenti nei vari aspetti del problema e cioè dal medico, dal chimico, dal farmacista, dal sociologo, oltre che dal legislatore.

Ma soprattutto il problema degli stupefacenti va confidato nelle mani dell'educatore, laddove convergono l'esperienza delle generazioni passate e la speranza di quelle future ».

Queste frasi pongono praticamente il grande problema « cura o repressione »? O in più concreti termini: quali sono i limiti della repressione?

Ma noi aggiungiamo: chi deve dare per primo una risposta a questi grandi interrogativi?

Dopo che lo Stato ha definito la tossicosi una malattia sociale, chi, se non il legislatore — in accordo naturalmente con medici specializzati, sociologi ed educatori — deve impostare il problema, quale interprete della coscienza di tutta una società?

L'attuale disciplina giuridica non trova più alcun difensore, se non in una ristretta parte di coloro che la devono applicare; la stragrande maggioranza degli studiosi d'Italia e del mondo fanno appello alla « terapia della realtà » cioè esiste una presa di coscienza la quale ritiene che a lato dei loschi trafficanti da colpire vi sono dei malati sui quali la severità repressiva della legge oltre ad essere intrinsecamente ingiusta non

raggiunge nè potrà mai raggiungere lo scopo di smontare il fenomeno della diffusione della droga e tanto meno quello di recuperare l'intossicato.

Partendo da questi principi: tutt'altro che nuovi perchè in questi ultimi anni fiumi d'inchiostro sono stati usati in Italia per divulgarli e sostenerli su ogni piano della scienza, sia essa medica, giuridica o morale; tutt'altro che esclusivi perchè l'Italia è da tempo preceduta da legislazioni straniere scientificamente moderne (vedasi da ultimo la legge 31 dicembre 1970, n. 70-1320, del Parlamento francese relativa alle misure sanitarie della lotta contro la tossicomania), presentiamo questo disegno di legge facendo tesoro di tutti i più recenti studi in materia e con la collaborazione di eminenti esperti onde rispondere praticamente all'invito che il « Libro nero sulla droga » ha rivolto, fra gli altri, anche alla responsabilità del legislatore.

Riteniamo primaria questa responsabilità anche perchè se lo Stato con il decreto ministeriale 20 dicembre 1961 ha ritenuto malattia sociale « le tossicosi da stupefacenti e sostanze psicoattive » estendendo a questa malattia la tutela operativa derivante dai centri medico-sociali istituiti con il decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 249, il legislatore non può sottrarsi all'impegno morale prima ancora che giuridico di curare che lo scopo della norma sia perseguito, e più esattamente non può tollerare che persista la contraddizione secondo la quale la tossicomania è una malattia sociale da combattere con mezzi sanitari e nello stesso tempo venga considerata come un fenomeno antisociale da combattersi con interventi punitivi, cioè di carattere penale.

Di qui la conseguenza unica: non è più possibile emendare, correggere o sostituire in parte la legge del 1954 ma occorre provvedere alla sua radicale sostituzione con una normativa che oltre ad aggiornare quella vigente preveda tutte le situazioni nuove

nelle quali si colloca oggi il fenomeno-droga e precisamente:

1) norme penali che colpiscano duramente trafficanti e spacciatori di droghe in tutte le loro più varie forme di attività criminosa e norme specifiche per quanto riguarda le varie forme di produzione, commercio ed impiego autorizzato;

2) norme aggiornate per l'identificazione di tutti i prodotti stupefacenti o ad azione stupefacente superando gli elenchi annessi alla legge del '54 perchè nonostante le modifiche apportatevi non vengono contemplate tutte le cosiddette droghe-minori (amfetamine, ecc.) e non previste le sostanze empiricamente confezionate ma che producono effetti dannosi pari alle sostanze classificate;

3) norme amministrative per la prevenzione della malattia ossia interventi perchè del fenomeno si abbia esatta conoscenza e informazione da parte degli adulti per una efficace opera educativa e da parte dei giovani perchè senza falsi moralismi siano resi cogniti di tutte le insidie e di tutti i pericoli personali e sociali che dal fenomeno derivano;

4) norme sanitarie, con esclusione di qualsiasi forma repressiva, per la cura e il recupero degli affetti da tossicosi o farmacodipendenza, mediante l'istituzione di presidi medici e sociali idonei a quando occorra con cure psicoanalitiche e psichiatriche.

Dalla semplice indicazione di questi argomenti è facile dedurre — come già detto — che questa legge si sottrae alla tentazione di rettificare o modificare la legge del 1954.

Quindi una disciplina nuova che potrà suscitare adesioni e dissensi ma che vuol avere l'umile pregio di additare nuove vie da percorrere e di essere stata redatta con l'unico ed esclusivo interesse di adempiere ad un dovere verso la società, a difesa dell'uomo.

## PARTE I

INIZIATIVE  
ED INTERVENTI INTERNAZIONALI

## ORGANIZZAZIONE NAZIONI UNITE (ONU).

Tralasciamo per brevità qualsiasi *escur-sus* storiografico sullo svolgersi di tutti gli interventi internazionali sul controllo degli stupefacenti prima del 1961.

Non è inutile però ricordare che la prima presa di coscienza si ebbe nella Risoluzione internazionale di Shanghai del 1909 ma si manifestò sotto forma di regolare accordo tra nazioni diverse soltanto con la « Convenzione internazionale dell'oppio » firmata all'Aja il 23 gennaio 1912, la quale purtroppo non potè divenire sollecitamente esecutiva dapprima per il ritardo nel deposito degli atti di ratifica da parte degli Stati aderenti e poi per il sopraggiungere del conflitto bellico 1915-18.

Cessato lo stato di guerra e costituitasi la Società delle Nazioni la Convenzione dell'Aja divenne operante e il controllo internazionale degli stupefacenti fu attribuito alla Società delle Nazioni secondo il disposto dell'articolo 23 della Convenzione dell'Aja.

L'Italia ratificò questa Convenzione con regio decreto-legge 9 gennaio 1922, n. 335.

Nel susseguirsi degli anni intervennero altre numerose Convenzioni e Protocolli, sempre ratificati dall'Italia, in una costante opera di progresso non soltanto diretta ad una maggior cooperazione fra gli Stati ma ad una adozione di sempre più perfezionati mezzi di intervento a carattere repressivo e talvolta preventivo.

Tralasciamo l'elencazione di questi numerosi accordi internazionali perchè l'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU), succeduta alla Società delle Nazioni dopo la seconda guerra mondiale, il 30 marzo 1961 a

New York approvò la « Convenzione unica sugli stupefacenti » che fu chiamata « unica » perchè intese dare al nuovo strumento di legislazione un valore sostitutivo di tutti i precedenti accordi, convenzioni e protocolli in materia.

La storiografia recente nella materia che ci interessa non può che partire dal 13 dicembre 1964 giorno in cui la Convenzione unica divenne esecutiva per l'intervenuta ratifica di quaranta Stati.

*A questo proposito ripetiamo che l'Italia, fino ad oggi, non ha ratificato la Convenzione, e quindi la sua entrata in vigore, per quanto riguarda la nostra Nazione, avverrà trenta giorni dopo il deposito della futura legge di ratifica.*

Aggiungiamo che con la Convenzione unica del 1961, come previsto all'articolo 44, sono abrogati i trattati internazionali anteriori fra cui sono compresi proprio i trattati ratificati dall'Italia con specifica legge e precisamente sono abrogati:

a) la Convenzione internazionale dell'oppio firmata all'Aja il 23 gennaio 1912;

b) la Convenzione internazionale dell'oppio conclusa a Ginevra il 19 febbraio 1925 ratificata dall'Italia con regio decreto-legge 31 dicembre 1928, n. 3517;

c) la Convenzione per limitare la fabbricazione e regolamentare la distribuzione degli stupefacenti firmata a Ginevra il 19 febbraio 1925 ratificata dall'Italia con legge 16 gennaio 1933, n. 130;

d) il Protocollo di emendamento e relativo documento annesso firmato Lake Success in data 11 dicembre 1946 nel quale si emendano precedenti accordi, convenzioni e protocolli sugli stupefacenti, ratificati dall'Italia con legge 16 dicembre 1947, n. 1674;

e) il protocollo firmato a Parigi il 19 novembre 1948 che pone sotto controllo internazionale alcune droghe non contemplate dalla Convenzione 13 luglio 1931, ratificato dall'Italia con legge 27 ottobre 1950, n. 1078;

f) il protocollo firmato a New York il 23 giugno 1953 tendente a limitare e disciplinare la coltura del papavero e il commercio dell'oppio, ratificato dall'Italia con legge 20 luglio 1956, n. 966.

Possiamo quindi ritenere che attualmente l'Italia in sede ONU — per quanto riguarda la materia degli stupefacenti in genere ed in specie — è teoricamente assente essendo decaduti tutti i vincoli internazionali stipulati prima del 1961 (fatta eccezione della Convenzione di Ginevra del 26 giugno 1936, ratificata dall'Italia con legge 6 dicembre 1960, n. 1647) e non avendo a tutt'oggi ancora recepito la sopraccennata « Convenzione unica » che pure ha piena efficacia avendo raggiunto, come si è detto, il limite previsto di 40 membri aderenti fin dal 13 dicembre 1964.

Abbiamo detto « teoricamente assente » perchè in pratica, a partire dal 1971 il professore Pietro Di Mattei, direttore dell'Istituto di farmacologia presso l'Università di Roma è entrato a far parte dell' « Organo internazionale di controllo degli stupefacenti » (OICS) ma non in rappresentanza dell'Italia bensì a titolo personale.

L'OICS è un organismo indipendente istituito in base alla Convenzione unica del 1961, composto di undici esperti a titolo individuale, con mandato triennale, dal « Consiglio economico e sociale delle Nazioni Unite » (ECOSOC). Suoi compiti essenziali sono di accertare sotto i diversi aspetti, l'osservanza dei trattati, di formulare rilievi sulle inadempienze riscontrate, di esprimere pareri e di redigere un rapporto annuale diretto all'ECOSOC.

Di fronte al riconoscimento del valore scientifico offerto dall'emerito professore Di Mattei, direttore del Centro per lo studio della tossicosi da stupefacenti, istituito fin dal 1963, non possiamo non rilevare quanto sia stridente la mancata partecipazione dell'Italia alla Convenzione della cui esecuzione il professore Di Mattei dovrà essere controllore.

Ciò premesso è indispensabile esaminare la situazione più recente della materia in esame quale risulta in sede ONU.

L'ONU e più precisamente il « Consiglio economico e sociale delle Nazioni Unite » ha come suo organo tecnico in materia di stupefacenti la « Commissione degli stupefacenti » della quale fanno parte ventiquattro Paesi in equa ripartizione geografica eletti con mandato triennale dall'ECOSOC. Ha sede a Ginevra e svolge i compiti specifici che le derivano dalla Convenzione unica del 1961.

L'Italia ovviamente non fa parte della Commissione nè potrà chiedere di farvi parte fino ad avvenuta ratifica della Convenzione ma è sempre stata invitata ed ha sempre partecipato — al pari di altri Paesi e di organismi mondiali — in qualità di « osservatore ».

Nel 1970 la « Commissione degli stupefacenti » ha tenuto due sessioni straordinarie.

La prima si è svolta dal 12 al 30 gennaio e ha consentito ai ventiquattro Paesi in carica di rivedere, sulla scorta dei commenti, delle osservazioni e dei suggerimenti formulati dal Segretario generale, dai Governi e da altri organismi interessati, l'intero progetto di « Protocollo sulle sostanze psicotrope », apportandovi, laddove necessario, gli opportuni emendamenti, prima di approvare il testo definitivo destinato ad essere sottoposto alla Conferenza dei plenipotenziari che si è poi riunita a Vienna dall'11 gennaio al 19 febbraio 1971.

La « Commissione degli stupefacenti » nell'anzidetta sessione pur ritenendosi certa che la Conferenza dei plenipotenziari di Vienna avrebbe approvato il Protocollo si è preoccupata del fatto che le norme diventeranno operanti soltanto dopo il deposito, presso il Segretario generale delle Nazioni Unite, del numero stabilito di strumenti di ratifica e quindi dopo un periodo di tempo assai lungo.

Alle pressioni di molti Paesi perchè siano sollecitamente adottate sia sul piano inter-

no di ogni Paese che in stretta collaborazione internazionale, misure aderenti al contenuto del nuovo Protocollo, si aggiunse il 24 luglio 1970 l'approvazione in seno alla ECOSOC di una Risoluzione con la quale è stato deciso di predisporre un piano di azione internazionale d'urgenza per lottare contro l'abuso e il traffico illecito degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope.

La seconda sessione della « Commissione stupefacenti » si è svolta dal 28 settembre al 2 ottobre 1970, sotto la presidenza del signor P. Beedle, capo dell'Ufficio narcotici inglese. Nella predetta sessione è stato preso in esame un rapporto presentato dal Segretario generale dell'ONU U-Thant che servì di base ai lavori della Commissione che aveva come suo principale scopo di elaborare le sue « Raccomandazioni » a sostegno del piano di azione internazionale di urgenza.

A questo proposito è importante ricordare che U-Thant nel rapporto ha espresso la sua preoccupazione dinanzi alla « esplosione » dell'uso di stupefacenti nel mondo, « epidemia di cui sono in parte responsabili i moderni mezzi di comunicazione e di informazione ».

Un'azione internazionale deve essere intrapresa d'urgenza, sottolinea il rapporto, ricordando che l'abuso di stupefacenti è un fenomeno che si estende là dove, fino a qualche anno fa, era praticamente sconosciuto; nelle regioni dell'Africa tropicale e in numerosi Paesi europei; mentre risulta una tendenza sempre più accentuata all'uso di stupefacenti di maggiore potenza quali la morfina e soprattutto l'eroina, che stanno sostituendo l'oppio (produzione illecita più di 1.200 tonnellate) l'*hascisc* e la *marijuana*. Nuovi gruppi sociali sono intanto colpiti da questo « flagello »: i giovani e gli strati della popolazione a reddito relativamente elevato, in particolare negli Stati Uniti.

Secondo alcuni dati rilevati dal rapporto, risulta che nel mondo ci sono circa venti

milioni di « consumatori » di canapa indiana e fra due e quattro milioni di « masticatori » di foglie di coca, in particolare nelle Ande, dove la produzione annunciata dalla Bolivia e dal Perù — principali produttori — è di 13 mila tonnellate l'anno, mentre la richiesta a fini terapeutici è soltanto di 300 tonnellate l'anno. Il quadro poco confortante nel mondo degli stupefacenti è da completare poi con il numero sempre crescente di « consumatori » di sostanze psicotrope (stimolanti, allucinogeni) in particolare in Svezia, Gran Bretagna, Stati Uniti e Sud-Est asiatico.

Nel 1967, ricorda il rapporto, sono stati sequestrati 808 chilogrammi di morfina, 242 di eroina e 71 di cocaina. Secondo l'Organizzazione internazionale di polizia criminale, « efficienti servizi di polizia e di dogana riescono a sequestrare soltanto il 5-10 per cento degli stupefacenti esistenti sul mercato illecito ». Tenendo conto pertanto che nel 1968 circa 600 chilogrammi di eroina sono stati sequestrati, se ne deduce che da 6 a 12 tonnellate, che rappresentano ben 600 milioni di dosi, sono state in realtà contrabbandate sui mercati del mondo.

Il Segretario generale dell'ONU sottolinea inoltre che è necessario, a qualsiasi prezzo, stabilire un piano di battaglia per combattere simultaneamente l'offerta e la domanda.

Quanto alle misure repressive U-Thant ritiene che la situazione potrà veramente essere migliorata se i Paesi interessati offriranno ai rispettivi servizi di repressione i mezzi necessari per lottare contro i trafficanti, anche attraverso una stretta collaborazione internazionale ed *eliminando la tendenza a voler considerare il tossicomane un delinquente alla stessa stregua del trafficante*.

Nelle sue conclusioni, il rapporto del Segretario generale dell'ONU auspica l'applicazione di progetti a breve e a lunga scadenza che prevedano la creazione di centri di informazione per i funzionari dei servizi

di repressione, i centri per riadattamento dei tossicomani e la creazione di un centro internazionale di ricerca su tutti i problemi relativi agli stupefacenti. Per il finanziamento di questi progetti, il Segretario generale propone di creare un fondo speciale alimentato da contributi volontari.

Nella predetta sessione vi fu una proposta degli Stati Uniti d'America tendente ad intensificare la lotta contro l'abuso e il traffico illecito degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope, così articolata:

a) rafforzare le disposizioni contenute nella Convenzione unica sugli stupefacenti del 1961;

b) sollecitare gli Stati ad osservare rigorosamente tale Convenzione;

c) rafforzare le capacità operative della Divisione stupefacenti dell'ONU;

d) raccomandare la costituzione in ogni Stato di validi organi di controllo;

e) dare impulso all'addestramento di personale di controllo specializzato;

f) incoraggiare — anche mediante UNESCO, OIL, OMS — le attività preventive contro l'abuso delle droghe;

g) assistere l'OMS nello sviluppo di programmi per trattamento, riabilitazione e reinserimento sociale dei tossicomani;

h) studiare misure socio-economiche volte ad agevolare la soppressione delle illecite coltivazioni di oppio;

i) creare un « fondo ONU » per combattere l'abuso degli stupefacenti (gli USA metterebbero a disposizione 2 milioni di dollari). Tali proposte aventi carattere di urgenza sono state condivise dalla Commissione.

Quest'anno, infine, dall'11 gennaio al 21 febbraio ha avuto luogo a Vienna la Conferenza dei plenipotenziari per l'approvazione del testo definitivo del « Protocollo sulle sostanze psicotrope » proposto, come si è detto, dalla Commissione stupefacenti nella

sessione straordinaria del 12-30 gennaio 1970.

Il Protocollo trasformato in Convenzione dal titolo « Convenzione sulle sostanze psicotrope » fu firmato, con l'atto finale, il 21 febbraio 1971 da venti delegazioni (fra le quali quella della Santa Sede) ed entrerà in vigore il novantesimo giorno dopo la ratifica di almeno quaranta Paesi.

L'Italia pertanto dovrà ora sottoporre alla ratifica del Parlamento non soltanto la Convenzione unica del 1961, ma anche la Convenzione di Vienna del 1971.

#### ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ (OMS).

L'Organizzazione mondiale sanità (OMS) è sorta dalla Conferenza internazionale della sanità svoltasi a New York nel giugno-luglio 1946 con la partecipazione di sessantaquattro Stati, delle autorità di controllo alleate in Germania, Giappone e Corea e di dieci organizzazioni internazionali.

Con l'accettazione della sua Costituzione da parte di ventisei Stati membri l'OMS si è costituita ufficialmente il 7 aprile 1948, al preciso scopo di essere una istituzione specializzata entro la quale centoventi Nazioni si scambiano le loro conoscenze, mettono in comune le loro esperienze e uniscono i loro sforzi per elevare il più possibile il livello della salute delle popolazioni.

L'accordo statuente i rapporti tra l'OMS e le Nazioni Unite già approvato il 15 novembre 1947 dall'Assemblea generale della ONU, è entrato in vigore il 10 luglio 1948, data in cui è stato approvato dall'assemblea dell'OMS.

La sede centrale dell'organizzazione è stata stabilita a Ginevra.

Fra gli Stati aderenti fin dall'inizio figurò l'Italia che diede « piena ed intera esecuzione al Protocollo relativo alla costituzione dell'OMS » con decreto legislativo del Capo



## LEGISLATURA V — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

provvisorio dello Stato 4 marzo 1947, numero 1068.

A questo scopo l'OMS ha organizzato nel proprio seno « comitati di esperti » scelti fra gli scienziati degli Stati membri con l'incarico di redigere rapporti tecnici o studi particolari su indicazioni date dal Comitato direttivo dell'OMS.

Per quanto attiene agli stupefacenti la OMS ha costituito fin dalla sua origine un comitato — attualmente denominato « comitato di esperti della farmacodipendenza » — con il preciso scopo di dare pareri all'« Organo internazionale di controllo degli stupefacenti » presso l'ONU sul traffico degli stupefacenti e circa gli aspetti clinici e farmacologici della tossicomania o della farmacodipendenza.

Questo è infatti il nuovo termine che la OMS nei suoi vari rapporti ha suggerito di adottare in luogo del termine « tossicomania ».

I rapporti tecnici che il comitato di esperti in materia di stupefacenti ha emesso sono diciassette, l'ultimo dei quali porta il n. 437 elaborato nella sessione 25-30 agosto 1969 e da questi rapporti sia gli enti internazionali che le singole Nazioni non possono prescindere in quanto il loro contenuto è esclusivamente tecnico-scientifico così che soltanto da essi è possibile trarre gli elementi indispensabili per giungere alla stipulazione di moderne convenzioni internazionali, sia alla redazione, da parte degli Stati membri, di disegni di legge che affrontino con metodi nuovi il vecchio problema del controllo contro tutte le sostanze che possono produrre una dipendenza e contro il grave ed angoscioso problema della tossicomania.

Per quanto attiene al presente disegno di legge non abbiamo ritenuto opportuno adottare il termine di « farmacodipendenza » sia perchè tuttora contestato da molti farmacologi (v. Prof. ENRICO GORI in « Le tossicomanie », riv. *Fatebenefratelli*, n. 10, ottobre 1967), sia perchè il termine « tossico-

mania » è entrato a far parte della nomenclatura corrente nelle convenzioni internazionali come appare all'articolo 38 della Convenzione unica sugli stupefacenti e dalle Risoluzioni del Parlamento europeo.

D'altronde il termine « tossicomania » è stato adottato ancora di recente dal legislatore francese nella legge del 31 dicembre 1970.

## CONSIGLIO D'EUROPA.

L'interessamento del Consiglio d'Europa sul problema degli stupefacenti ha avuto inizio in data 26 settembre 1968 con una proposta di raccomandazione, rivolta all'Assemblea, dell'onorevole Brewis ed altri perchè il Comitato dei ministri dell'Assemblea consultiva:

a) incarichi il Comitato europeo per i problemi criminali di studiare le misure penali richieste dalla lotta contro il traffico degli stupefacenti sul piano nazionale e internazionale;

b) incarichi il Comitato delle questioni sociali e della sanità pubblica di esaminare le misure complementari da prendersi sui seguenti punti:

azione educativa da condurre, specialmente presso gli studenti, per richiamare l'attenzione sui danni della tossicomania;

problemi sociali posti dagli stupefacenti;

effetti a lungo termine della tossicomania;

misure sociali e mediche da prendersi in vista del recupero dei tossicomani.

La proposta dell'onorevole Brewis fu accolta dall'Assemblea che la trasmise alle due Commissioni competenti.

La Commissione delle questioni sociali e della sanità approvò all'unanimità nella seduta del 4 settembre 1970 un « Rapporto sugli aspetti della sanità pubblica della tossicomania » su relazione della signorina

Bergegren. Il rapporto dopo aver fatto ampio richiamo ai rapporti tecnici dell'OMS si sofferma ad esaminare separatamente le conseguenze dell'abuso dei vari tipi di droga per poi analizzare il problema della tossicomania in genere e le sue tendenze complesse e gravi nei tempi più recenti; determinando, inoltre, tre gruppi di ricerca che si ritengono particolarmente urgenti: la ricerca psichiatrica; le inchieste sociali e gli studi epidemiologici e infine gli studi speciali sui metodi del trattamento e del recupero dei tossicomani.

La Commissione delle questioni giuridiche approvò all'unanimità nella seduta del 19 settembre 1970 un « Rapporto sugli aspetti giuridici della tossicomania » su relazione dell'onorevole Ryan. Il rapporto dopo aver indicato i principi generali che dovrebbero essere posti alla base di ogni intervento degli Stati membri si sofferma ad elencare tutte le misure che dovrebbero essere prese sia sul piano nazionale, sia sul piano della cooperazione internazionale, sia in particolare sul piano europeo insistendo perchè gli interventi siano ritenuti di carattere urgente senza cioè attendere l'esito delle ricerche scientifiche in corso perchè ogni attesa non è una soluzione ma un rifiuto di responsabilità.

I due rapporti vennero esaminati e discussi nella seduta del 21 settembre 1970 dell'Assemblea del Consiglio d'Europa la quale, in detto giorno, adottò la « Raccomandazione n. 609 relativa alla tossicomania » che esamina il problema sotto l'aspetto della sanità pubblica e sotto gli aspetti giuridici, con un allegato contenente l'elencazione delle misure giuridiche proposte agli Stati membri.

Questo documento conclusivo non soltanto attesta l'interessamento del Consiglio d'Europa al problema in esame ma costituisce, unitamente ai due rapporti specializzati, la piattaforma sulla quale gli Stati aderenti al Consiglio d'Europa dovranno operare per l'adozione di una legislazione con-

forme agli ultimi risultati scientifici in materia e aderente ai mezzi moderni che vengono suggeriti per la lotta contro il fenomeno della farmacodipendenza.

#### IL FENOMENO DROGA E LA LEGISLAZIONE VIGENTE

A questo punto si pongono parecchie questioni: quale risposta offre l'Italia al pericolo di questa epidemia di nuovo tipo? Lo Stato come interviene di fronte al fenomeno dell'uso della droga, da lui ritenuto e dichiarato per legge una « malattia sociale »?

L'unica legge speciale in materia (oltre alcune norme del Codice penale) è la legge 22 ottobre 1954, n. 1041, di carattere di polizia sanitaria, eminentemente repressiva, senza neppure una qualche discriminazione tra i grandi trafficanti e chi semplicemente detiene droga per uso personale e questa legge, fonte sul terreno giuridico di contrasti violenti e di interpretazioni giurisprudenziali talora opposte, tuttora vige nonostante che lo Stato con il decreto ministeriale 20 dicembre 1961 abbia incluso fra le forme morbose da qualificarsi malattia sociale « la tossicosi da stupefacenti e da sostanze psicoattive ».

Sol per questo fatto la legge del 1954 non soltanto è aberrante per il suo contenuto ma in patente contraddizione, per quanto riguarda la figura del drogato, con il susseguente decreto del Presidente della Repubblica n. 249 del 1961 perchè non è possibile ritenere delinquente chi è affetto da una malattia riconosciuta dalla legge e in conseguenza della quale sono previsti trattamenti sociali di profilassi e cura.

Per verità riteniamo che nonostante una parziale diversa interpretazione giurisprudenziale e in particolare le due sentenze della Suprema corte a sezioni unite ambedue in data 7 dicembre 1957, la legge numero 1041 non ritenne affatto che l'uso e

la detenzione di stupefacenti per uso personale fossero da considerarsi reato.

Ogni giurista conosce quanti studi, discussioni e quante diverse interpretazioni furono date all'inciso dell'articolo 6 che prevede la pena a colui che « comunque detenga », ma nonostante si sia voluto ritenere punibile, in conseguenza di questo inciso, il fatto della detenzione per uso personale e quindi dell'uso stesso della droga, riteniamo che questa ipotesi di punibilità non doveva ritenersi compresa nella legge per precisa volontà del legislatore.

La legge 22 ottobre 1954, n. 1041, avente per oggetto « Disciplina della produzione, del commercio e dell'impiego degli stupefacenti » dimostra già nel suo titolo di non interessarsi dell'uso personale della droga ma di limitarsi al campo imprenditoriale e del traffico della droga e tanto meno di interessarsi della lotta contro la tossicomania.

Vi è un timido accenno all'articolo 20 che sostanzialmente ripete il contenuto dell'articolo 717 del Codice penale ossia sancisce che il sanitario che assiste o visita persona affetta da intossicazione cronica prodotta da stupefacenti, deve farne denuncia, entro due giorni, all'autorità di pubblica sicurezza e al prefetto della provincia di residenza, aggiungendo l'obbligo dell'autorità di pubblica sicurezza di dare comunicazione al Ministero della sanità « di tutti i casi di tossicomania di cui vengono a conoscenza », ma con tali norme si persegue evidentemente una finalità statistica della cui utilità non può dubitarsi ove si pensi alla necessità di avere una conoscenza completa del fenomeno sul piano nazionale, senonchè la finalità diventa di minimo valore quando sono in atto le prescrizioni già previste dal Codice penale in tema di denuncia.

D'altronde, se non si fa ricorso a forzature interpretative, restano escluse dall'obbligo della denuncia tutte le persone affette da intossicazione acuta o da intossicazione abituale, rendendo così palese che il legi-

slatore non finalizzava l'obbligo della denuncia a scopi sanitari di prevenzione e cura del singolo intossicato.

Altrettanto dicasi per l'articolo 729 del codice penale laddove è prevista l'incriminazione per abuso di stupefacenti di chiunque « in luogo pubblico o aperto al pubblico, o in circoli privati di qualunque specie è colto in stato di grave alterazione psichica per abuso di sostanze stupefacenti ».

Da questa disposizione appare che il codice penale non soltanto si è fermato allo aspetto esteriore di « una grave alterazione psichica che ha avuto la sua manifestazione in luogo pubblico o aperto al pubblico » ma, dopo l'erogazione di una pena, dimostra di non preoccuparsi della cura e del recupero del tossicomane e dimentica — e questo è parimenti grave — che l'intossicato anche quando non offre manifestazioni esteriori di danno per la società egli è già un potenziale, se non effettivo, pericolo per sè e per gli altri e quindi in stato tale da essere sottoposto a quelle terapie che possono evitare un simile pericolo.

Soltanto all'articolo 21 la legge n. 1041 del 1954 tenta di compiere un primo passo in materia di lotta contro la tossicomania e all'uopo prevede « il ricovero in casa di salute o di cura o in ospedali psichiatrici, perchè siano sottoposti alla cura disintossicante » eventuali intossicati, ma pone tre limiti che dimostrano ancora una volta come la formulazione legislativa è aliena da ogni preoccupazione di prevenzione e di recupero perchè prevede il ricovero soltanto di coloro che soggiacciono a queste tre condizioni da verificarsi congiuntamente:

a) essere « affetti da grave alterazione psichica », negando in tal modo ogni intervento avente carattere di prevenzione;

b) essere gravemente alterati psichicamente « per abituale abuso di stupefacenti », negando in tal modo ogni intervento nei casi in cui l'abuso non sia abituale ossia negando un intervento preventivo, cioè pri-

ma che sia intervenuta l'assuefazione o la dipendenza fisica;

c) essere « comunque *pericolosi* a sè e agli altri o di pubblico scandalo ».

Quest'ultima condizione oggettiva, che ha carattere tassativo, già di per sè sola dimostra la limitatezza della norma, ma se viene raccordata alle condizioni soggettive sopra enunciate è facile concludere che la legge 22 ottobre 1954, n. 1041 (artt. 20 e 21) in tema di tossicomania si limita a tutelare i sentimenti morali di terzi o ad agire nei soli casi più gravi contro la pericolosità dell'intossicato abituale verso sè e gli altri, restando indifferente di fronte al fatto che il tossicofilo può diventare tossicomane e ancor più indifferente di fronte a quelle persone che sono già inferme di mente o sono avviate sulla strada di una infermità di mente.

Ma ciò che importa affermare è il fatto che la predetta legge non ha mai inteso perseguire penalmente la detenzione di stupefacenti per uso personale perchè il Parlamento nell'approvare la predetta legge ha sempre dichiarato che dalla suddetta normativa era esclusa la suaccennata ipotesi.

Nell'esegesi della legge del 1954 si è voluto sempre prescindere dal valore dei lavori preparatori dimenticando che di regola la norma nasce dalla discussione e in questa trova la sua esatta spiegazione, con ciò rifiutando di accettare il monito dell'onorevole Leone allorquando, quale Presidente della Camera dichiarava: « occorre riabilitare l'interprete a valersi della facoltà accordata dall'articolo 12 delle preleggi cioè ad accertare, in caso di dubbio, quale fu l'intenzione del legislatore nel deliberare le norme e a tali intenzioni attenersi ».

A dimostrare quale fu l'intenzione del legislatore sulla portata della legge n. 1401 del 1954 basta por mente:

1) alla relazione con cui il Governo ha presentato al Parlamento il disegno di legge, nella quale si legge: « Lo sviluppo della

terapia ha portato ad un più largo uso delle sostanze ad azione stupefacente e, conseguentemente, ad un più vasto commercio di esse. Ciò ha reso possibili illecite speculazioni, le quali hanno determinato in tutti i Paesi giuste apprensioni, inducendoli ad adottare rigorose norme per disciplinare lo impiego di dette sostanze e stroncare l'attività di disonesti trafficanti »;

2) alla relazione della Commissione igiene e sanità del Senato nella quale il relatore senatore Alberti scriveva: « Per quanto riguarda il risanamento morale, le leggi specifiche potranno corroborare le leggi di carattere sociologico più generali quali possono scaturire dalle premesse cui si è già accennato. Comunque una legge che elevi le pene per gli spacciatori, contrabbandieri, finanziatori del traffico illecito, intermediari di stupefacenti, si impone e potrà anticiparsi in parte attraverso un opportuno emendamento aggiuntivo. Di più altri provvedimenti, in sede opportuna, dovrebbero statuire speciali pene per i partecipanti, anche neofiti e catecumeni di siffatte pratiche diaboliche, a quelle orgie che costituiscono ormai documentatissimo incentivo al proselitismo nell'uso degli stupefacenti ed eguali pene naturalmente per coloro che all'uopo prestano il "locale", pubblico o privato, appartamento o villa lussuosa che sia »;

3) al parere del Governo espresso dal Ministro guardasigilli nella seduta della Commissione competente del 31 marzo 1954 ove dichiarava: « Dato che questo disegno di legge ha un carattere particolare, si riferisce cioè unicamente alla repressione del commercio clandestino degli stupefacenti, non ho alcuna perplessità a che le pene siano rese severissime perchè sono convinto che sia interesse generale, anche per le ripercussioni internazionali sulla questione, punire in maniera drastica tali reati »;

4) alla relazione della Commissione igiene e sanità avanti la Camera nella quale il relatore onorevole Bartole dichiarò:

« Sarebbe forse stato opportuno colpire con sanzioni penali l'uso di stupefacenti an-

che al di fuori delle ipotesi già previste nel Codice penale agli articoli 447 e 729. Infatti coloro che si dedicano a queste pratiche deplorevoli non nuocciono soltanto alla loro salute, la quale è un bene indisponibile di fronte allo Stato, ma, sia attraverso lo esempio sia per il ben noto fenomeno del proselitismo cui costoro sono dediti, essi possono rendersi pericolosi alla intera collettività. Senonchè non pare conveniente stabilire nella legge in discussione una sanzione penale *ad hoc*, dovendo la medesima ovviamente venire coordinata con gli articoli anzidetti del Codice penale ».

Come se tutto ciò non bastasse la Commissione legislativa della Camera a conclusione del dibattito votò il seguente ordine del giorno: « La Commissione XI della Camera dei deputati constatato che il ricorso a stupefacenti a scopo voluttuario conduce a conclamati fenomeni di tossicomania i cui gravi riflessi morali, sociali e sanitari sono in assoluto contrasto con la sanità del Paese, invita il Governo, in sede di riforma del Codice penale, a inasprire le sanzioni previste dagli articoli 447 e 729 del Codice penale, formulando nel contempo una ipotesi di reato anche nel caso di ricorso alla droga in luogo privato, con o senza concorso di estranei ».

Da tutto ciò appare che il legislatore nel 1954 riconoscendo che per ragioni etico-sociali si rendeva necessaria una nuova legge per colpire i consumatori di stupefacenti, dimostrava in modo inconfutabile che la legge che andava ad approvare intendeva reprimere soltanto l'abusiva produzione ed il traffico degli stupefacenti.

Quindi la legge del 1954 è carente per quanto riguarda il tema fondamentale « detenzione di stupefacenti per uso personale » e il presente disegno di legge, mentre si propone la ristrutturazione degli organi centrali di direzione e guida, sia sul piano tecnico che scientifico contro gli stupefacenti, le sostanze psicotrope ed ogni altra sostanza avente effetti psicoattivi (siano o non con-

tenuti negli elenchi allegati), e il loro abuso, intende battere una nuova via non soltanto per impedire il ripetersi di assurdi giuridici come ad esempio il caso Berger o il caso della cantante neozelandese Linett June Williamson, ma anche per non obbligare la Magistratura a procedere ad acrobazie giuridiche pur di rendere la pena adeguata al fatto.

Pertanto se ad assurdi o ad acrobazie si è dovuti gungere è perchè il legislatore non ha a tutt'oggi risolto il quesito della detenzione di stupefacenti per uso personale: quesito che i legislatori che approvarono la legge del 1954 intendevano svolgere in prosieguo di tempo con conseguenze di carattere repressivo e punitivo mentre oggi alla luce di un'analisi scientifica e morale del fenomeno sentiamo che la soluzione non può essere altra che quella della non responsabilità penale dell'intossicato e che contro il medesimo deve entrare in funzione ogni possibile misura psicologica e sanitaria onde favorirne il reinserimento nella società.

Nè alcun aiuto offre in *subiecta* materia la legge 27 dicembre 1956, n. 1423, avente per oggetto « Misure di prevenzione nei confronti delle persone pericolose per la sicurezza e per la pubblica moralità » la quale elenca una serie di individui che possono essere diffidati dal questore o contro i quali possono essere adottate misure di prevenzione (sorveglianza speciale, divieto o obbligo di soggiorno) dal Tribunale il quale, a sua volta « può imporre tutte quelle prescrizioni che ravvisi necessarie, avuto riguardo alle esigenze di difesa sociale ».

Siccome nell'elenco sono indicati gli individui ritenuti dediti « ad esercitare il traffico illecito di sostanze tossiche o stupefacenti o ad agevolarne dolosamente l'uso » e quelli ritenuti « per le manifestazioni di cui abbiano dato luogo, proclivi a delinquere » è stato ritenuto in dottrina da taluni studiosi che le norme della citata legge sarebbero applicabili ai tossicomani, ma non si è posto mente che il Tribunale non

può ordinare, ad esempio, un trattamento disintossicante, perchè non è al corrente delle cause reali che hanno dato luogo alla condotta antisociale e pericolosa.

D'altronde non concordiamo su questa possibilità applicativa della legge 27 dicembre 1956, n. 1423, nella lotta contro la tossicomania perchè la *mens legis* non ha alcuna finalità sanitaria, nè diretta nè indiretta, ma si rivolge semplicemente a coloro che sfruttano la prostituzione, la tratta delle donne, la corruzione dei minori, il contrabbando e — per quanto ci riguarda — a coloro che trafficano illecitamente in sostanze stupefacenti o ne agevolano dolosamente l'uso.

La pericolosità prevista dalla legge per tali persone dipende quindi non soltanto dal genere della loro turpe attività che lede la sicurezza e moralità pubblica ma anche dall'elemento del lucro che è insito nello svolgimento delle attività stesse.

#### CONTROLLO STUPEFACENTI E SOSTANZE PSICOTROPE

A differenza della legislazione vigente che limita il suo intervento ai soli « stupefacenti » la nuova normativa proposta intende sottoporre a controllo e vigilanza anche le sostanze psicotrope, come tali ritenute dall'Organizzazione della sanità e delle quali è oggetto la Convenzione ONU di Vienna del 21 febbraio 1971.

La sottoposizione a controllo di queste sostanze psicotrope (genericamente ma in parte erroneamente chiamate « droghe minori ») non dipende quindi da singole valutazioni scientifiche opinabili, ma dalla necessità riconosciuta, con ampia motivazione tecnica e giuridica, dagli organismi internazionali cui hanno dato appoggio scienziati di tutto il mondo.

Di qui l'urgenza di una normativa concreta che affidi il controllo e la vigilanza sulla materia in oggetto agli organi statuali, in quanto è di interesse nazionale che tali interventi debbano essere uniformi su tutto il territorio italiano ma specialmente siano

coordinati con gli interventi di tutte le altre nazioni.

Alle Regioni dovranno invece essere riservati i compiti riconosciuti dall'articolo 117 della Costituzione in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera ossia tutte le misure e provvedimenti che attengono alla prevenzione e alla cura delle persone affette da tossicosi sia da stupefacenti che da psicofarmaci o sostanze psicotrope.

I due settori di intervento avranno quindi due precise e diverse finalità: il controllo del traffico della droga in genere onde perseguire e quindi reprimere con ogni mezzo di carattere penale qualsiasi ipotesi di illecito e il controllo e sorveglianza sull'andamento del doloroso fenomeno della tossicomania onde porre in essere le provvidenze sanitarie più idonee.

A questi fini e per una efficace coordinamento degli interventi sul piano nazionale e regionale, il disegno di legge propone che il Ministero della sanità, al quale spetta il generale potere di evitare ogni contrasto con l'interesse nazionale, sia coadiuvato da due distinti organi:

un *Comitato tecnico* che ha il compito precipuo di collaborare con il Ministero responsabile per quanto attiene al legale svolgimento di tutte le operazioni di carattere imprenditoriale nel campo della droga in genere, offrendo pareri obbligatori, sebbene non vincolanti, su tutto quanto riguarda il tecnicismo dei molteplici sistemi di controllo onde le varie attività industriali e commerciali della droga si svolgano nel rispetto della legge e nel contempo ricercare ed identificare i mezzi più idonei per stroncare ogni forma di attività illecita;

un *Comitato scientifico* con il preciso compito di coadiuvare il Ministero della sanità, e indirettamente le Regioni, nel coordinamento dell'azione di prevenzione e cura della tossicomania. Si tratta anzitutto di seguire lo sviluppo del fenomeno-droga, di individuare i centri di maggior diffusione, di seguire l'evolversi degli studi farmacologici onde provvedere all'indicazione di ogni nuova droga, di proporre alle Regioni a livello scientifico ogni aggiornamento delle forme

di intervento terapeutico anti-droga, di essere in sostanza la guida sicura di tutti coloro — persone ed enti — che per compito istituzionale o spontaneamente, si dedicano all'azione di prevenzione o a quella della cura e riattivazione delle persone affette da tossicosi.

Si ritiene che una simile divisione di compiti, cioè la costituzione di questi due Comitati con competenze ben distinte, non possa che essere utile, per non dire indispensabile, ai precisi scopi che il presente disegno di legge si propone.

La sottoposizione al controllo — come già detto — anche delle sostanze psicotrope comporta poi due innovazioni alla legislazione vigente.

Anzitutto impone la necessità di porre ordine nei vari elenchi di sostanze e preparati contenuti in diversi decreti ministeriali, nel senso che gli elenchi debbano tenere distinti e separati gli stupefacenti dalle sostanze psicotrope e rispettivi preparati. È ovvia la necessità di questa suddivisione in quanto le norme repressive e le norme amministrative che a questi prodotti si riferiscono sono diverse a seconda che abbiano per oggetto gli stupefacenti o le sostanze psicotrope.

Secondariamente si prevede che siano sottoposte a controllo *tutte* le sostanze psicotrope elencate nelle quattro tabelle allegate alla Convenzione di Vienna del febbraio 1971.

Non deve essere sottaciuto che il decreto ministeriale 25 agosto 1967 già prevede la aggiunta, con evidente confusione, di alcune sostanze psicotrope (acido lisergico, mescalina, psilocibina, eccetera) nell'elenco degli stupefacenti ma del pari deve aggiungersi che non vi sono incluse tutte le sostanze previste dalla predetta Convenzione e principalmente le amfetamine, i barbiturici, eccetera.

Occorre quindi completare e coordinare e pertanto il disegno di legge prevede questa razionale sistemazione della materia accettando *in toto* la terminologia e la classifi-

cazione delle « sostanze psicotrope » che dalla Commissione di Vienna vengono indicate nelle tabelle I, II, III, IV le quali in questo disegno di legge, vengono riportate in allegato e del quale fanno parte integrante.

### NORME PENALI

Le pene erogabili a tutte le forme di illegale attività di traffico di stupefacenti sono commisurate tenendo presente non soltanto la gravità del reato in relazione al disprezzo delle norme previste dalla legge ma anche in relazione alle sconvolgenti conseguenze sociali che tali ipotesi delittuose possono produrre.

Qualcuno potrebbe ritenerle eccessivamente severe? Non lo crediamo ma se così fosse portiamo a conoscenza degli onorevoli senatori il pensiero di Gaston Defferre, deputato socialista all'Assemblea nazionale francese e sindaco di Marsiglia ed alcune drammatiche statistiche sulle vittime degli stupefacenti.

Il giorno 8 giugno ultimo scorso in un articolo intitolato « Morte ai trafficanti di stupefacenti », pubblicato dal quotidiano marsigliese « Le Provençal », Defferre denuncia la drammatica ampiezza assunta da un flagello sociale ed umano che compromette l'esistenza di migliaia di persone, e specialmente di giovani, e afferma essere « indispensabile infierire nella maniera più severa, più definitiva » contro trafficanti e spacciatori.

Condannati a pene detentive, osserva Defferre, i trafficanti tornano in circolazione nel giro di pochi anni, ritrovano il denaro accuratamente nascosto e riprendono la loro immonda attività. Per evitare tutto ciò, è necessario che i colpevoli siano passibili della pena di morte: « Quando un certo numero di essi sarà stato condannato e giustiziato, gli altri avranno di che riflettere ».

L'articolista tiene a precisare di non essere favorevole, in linea di principio, alla pena di morte, ma nel campo del traffico di stupefacenti, solo la pena capitale « può

bloccare il fatale processo in cui è avviato il mondo moderno ».

A proposito dell'ampiezza del triste fenomeno, risulta che nel solo Dipartimento delle Bocche del Rodano, il numero degli intossicati ascende a cinquemila circa.

Ancora più drammatiche le statistiche pubblicate dalle autorità sanitarie di New York, la città che detiene il triste primato di casi mortali derivanti dall'uso di narcotici.

Con gli ultimi decessi di questi giorni, il numero degli intossicati morti a New York dal 1° gennaio ad oggi, è salito a 517, con un aumento del 7,5 per cento, rispetto al corrispondente periodo dell'anno scorso.

Nel solo mese di maggio, si sono avuti 117 morti, 92 dei quali provocati da dosi eccessive di eroina. Fra le 92 vittime, 20 erano minorenni. L'eroina, ha dichiarato il dottor Milton Halpern, direttore del « Centro medico anti-narcotici », continua a provocare il più alto numero di vittime, nonostante i vasti programmi di prevenzione e di repressione attuati, negli ultimi tre anni, dalle autorità municipali. Su 517 decessi, ben 365 sono stati causati dal micidiale stupefacente che, rileva ancora il dottor Halpern, « è sempre più diffuso fra i minorenni ancor più vulnerabili alle loro prime esperienze ».

Nel 1970, il numero dei morti per uso di stupefacenti, è stato, a New York, di 1.050, con una percentuale di giovani di età inferiore ai 23 anni, pari al 51 per cento. Tutti questi ultimi decessi furono provocati da eroina.

La cifra è tanto più impressionante, quando si consideri che nel 1960 il numero dei morti per intossicazione da eroina fu di 15 in tutto.

Di fronte a queste drammatiche statistiche (purtroppo non è possibile avere dati statistici aggiornati e credibili della situazione in Italia...) l'intervento repressivo contro trafficanti e spacciatori non può essere che severo.

Le varie ipotesi di reato sono sostanzialmente quelle già previste dall'attuale legi-

slazione ma il nuovo testo contiene una modifica in apparenza lieve ma che sconvolge tutto il sistema punitivo attuale ed una aggiunta per quanto riguarda la sfera di applicazione delle norme.

Con la modifica è stata eliminata l'ipotesi punitiva di colui che « comunque detenga » sostanze stupefacenti perchè la parola « comunque » ha offerto motivo alla giurisprudenza di ritenere colpevoli del reato anche coloro che detengono la droga per uso personale.

La proposta normativa infatti supera ogni passato contrasto prevedendo esplicitamente all'articolo 11 che la detenzione di droga (usiamo questo termine per brevità di esposizione) per uso personale è disciplinata con norme speciali e queste norme avranno carattere sanitario e non già penalistico.

L'aggiunta che riflette la sfera di applicazione delle norme penali consiste nel fatto che esse non si riferiscono soltanto ai fatti criminosi derivante dal traffico e commercio illegale e abusivo degli stupefacenti ma anche delle sostanze psicotrope adeguando, per queste ultime, l'entità della pena al maggiore o minore grado di rischio per la salute pubblica da esse producibile.

Incompleta sarebbe poi la previsione punitiva se questa fosse diretta soltanto verso coloro che concretamente e personalmente esercitano il losco traffico della droga. La gravità del fenomeno-droga impone che uguali sanzioni colpiscano tutti coloro che in modo diretto o indiretto favoriscano scientemente il verificarsi delle ipotesi delittuose singolarmente definibili e pertanto il disegno di legge estende la sanzione a tutti coloro che favoriscono o agevolano in qualsiasi modo l'attuarsi del reato.

Altra specifica norma penale prevede la punibilità del traffico e commercio di droghe non comprese negli elenchi di legge.

Non si tratta di una norma in bianco nè tanto meno una norma lasciata alla discrezionalità del magistrato perchè l'accertamento del reato trova la sua base nell'indagine tecnica a cui deve essere sottoposta la sostanza o il preparato che si ritiene



abbia contenuto e quindi produca effetti stupefacenti.

La scienza farmacologica avverte che il numero e le qualità delle sostanze e dei ritrovati che generano tali effetti sono in continuo aumento tanto che la ricerca e la loro identificazione è ininterrotta sia sul piano scientifico che pratico e pertanto di fronte a tali circostanze di fatto la previsione punitiva ha piena ragion d'essere.

Molto più importante è la norma penale contro coloro che vendono o cedono anche gratuitamente minime quantità di droghe per uso personale.

A questo proposito riteniamo che un tale genere di commercio non possa rientrare nelle ipotesi di massima importanza previste dall'articolo 7 che investono atti commerciali o industriali illegali ma che non hanno il fine *immediato* di rifornire *direttamente* e *personalmente* il *singolo* consumatore.

In casi di questo genere la vendita viene effettuata attraverso il trapasso di minime quantità di droga e non tanto da parte di veri e propri trafficanti ma di loschi individui senza scrupoli talvolta intossicati essi pure, al solo scopo di procurarsi quel poco denaro che può consentire loro la continuazione del loro irregolare sistema di vita.

Purtroppo attraverso queste forme di vendita si perviene non soltanto a mantenere viva e vitale la tossicomania esistente ma a corrompere coloro che ancora ne sono immuni e quindi, volontariamente o meno, a compiere un vero e proprio proselitismo.

A ben vedere le persone che rientrano in questa categoria dovrebbero essere punite come quelle che rientrano nelle ipotesi dell'articolo 7 ma è fuor di dubbio che la loro incidenza nel mondo della droga è più limitata — anche se immediatamente più dannosa — che non quella posta in essere dalla categoria dei grandi trafficanti.

Non per questo la pena deve essere lieve ma diversa e se è accompagnata — come previsto — dal mandato di cattura obbligatorio è da ritenersi che la pena eroganda possa effettivamente avere un carattere sia sanzionatorio che recuperatorio.

Sono infine previste due norme penali che hanno lo scopo di poter abrogare gli articoli 446 e 447 del codice penale i quali hanno dato luogo, dopo la legge n. 1041 del 1954 ad interpretazioni diverse e da ultimo ad eccezioni di anticostituzionalità in relazione alla legge speciale con giudizi pendenti avanti la Corte costituzionale.

La Suprema corte ha ritenuto che l'articolo 446 del codice penale possa sussistere anche dopo la legge del 1954 perchè si riferisce a sostanze e preparati diversi da quelli contenuti negli elenchi di legge e che l'articolo 447 non è incompatibile con la legge del 1954 posto che l'accesso nei luoghi di convegno è punito indipendentemente dalla detenzione non ancora realizzata della droga.

Questi arresti giurisprudenziali furono assai contrastati ma comunque la normativa del presente disegno di legge, con gli articoli 12 e 10 toglie ogni dubbio sull'incompatibilità dei cennati articoli 446 e 447 con il testo attuale.

## PARTE II

### COLTIVAZIONE, PRODUZIONE, IMPIEGO, COMMERCIO ALL'INGROSSO, IMPORTAZIONE, ESPORTAZIONE E TRANSITO, ACQUISTO E SOMMINISTRAZIONE

Tutta la parte II di questo disegno di legge cade indubbiamente in un eccesso di cui formuliamo subito aperta autocritica aggiungendo però una precisa giustificazione.

Questa parte contiene infatti molte norme che dovrebbero trovare la loro collocazione in un conseguente regolamento ma riteniamo che la responsabilità politica in *subiecta* materia sia di tale rilevanza dall'imporre al legislatore l'esame di un testo di legge assolutamente completo senza indulgere ad attese che sarebbero giustificate da un punto di vista formale ma a tutto danno dell'urgenza della normativa.

*D'altronde la deludente esperienza della mancata emanazione del regolamento conseguente alla legge n. 1041 del 1954 non deve*

*più ripetersi perchè troppo gravi furono le conseguenze.*

Sono state unificate in questa parte II del disegno di legge tutte le norme che riguardano il fatto cosiddetto « imprenditoriale » degli stupefacenti ossia la regolamentazione di tutte le attività di carattere industriale e commerciale che hanno per oggetto gli stupefacenti e loro preparati.

È d'uopo premettere che per « stupefacenti » agli effetti della parte II di questo disegno di legge ci si riferisce a tutte le sostanze che il Ministero della sanità considera come suscettibili di ingenerare un abuso di natura tale da creare gravi conseguenze per la società e la sanità pubblica e che come tali sono compresi negli elenchi attualmente vigenti e nelle loro eventuali successive integrazioni o modifiche.

Ponendo in ordine sistematico e progressivo le varie forme imprenditoriali si ritiene doversi prendere in considerazione le seguenti:

*a) la coltivazione* di piante erbacee o meno dalle quali è possibile estrarre o derivare sostanze stupefacenti e precisamente: la pianta del papavero sonnifero dal cui fiore si estrae l'oppio e gli alcaloidi in esso contenuti (morfina, codeina, ecc.); la pianta di coca dalle cui foglie si estrae la cocaina ed altri alcaloidi; la pianta erbacea della canapa indiana da cui deriva l'*hashish* o *marijuana*; la pianta del *pejoth* da cui deriva quale suo alcaloide la mescalina e da ultimo alcuni funghi allucinogeni da cui si è estratto il principio attivo della psilocibina.

Di tutte queste piante se ne proibisce la coltivazione (già per loro natura difficile se non impossibile in Italia) fatta eccezione per il « papavero » ed altre eventuali piante ma subordinando tale possibilità al rilascio di una precisa autorizzazione ministeriale e all'osservanza di norme atte a garantire che sia la coltivazione, sia i relativi prodotti siano controllati;

*b) la produzione* degli stupefacenti è soggetta ad una normativa particolarmente severa. Anzitutto il disegno di legge prevede che tutta la produzione nazionale annua di stupefacenti sia preordinata, in termini di quantità e qualità, dal Ministero

della sanità nel rispetto delle valutazioni e dei limiti previsti dagli accordi internazionali. Secondariamente si prevede che il totale della produzione sia suddiviso in quote da assegnarsi a speciali imprese autorizzate.

Norme speciali sono previste per la contabilizzazione e il riscontro delle materie lavorate e prodotte e quindi per la tenuta dei libri di lavorazione ed infine per il resoconto annuale da trasmettersi al Ministero della sanità onde accertare la regolare osservanza delle prescrizioni contenute nelle autorizzazioni e tutti gli elementi atti ad effettuare le statistiche sulla regolarità della produzione;

*c) l'impiego* degli stupefacenti presso le imprese e i laboratori farmaceutici produttori di preparati galenici e specialità medicinali.

Anche in questo settore è previsto il regime dell'autorizzazione ministeriale che deve contenere non soltanto gli estremi dell'impresa richiedente ma anche l'indicazione delle sostanze, preparati e specialità medicinali e rispettive quantità che l'impresa intende produrre attraverso l'impiego delle sostanze stupefacenti.

Analogamente al settore della produzione è prevista la tenuta di un « registro di carico e scarico » e la trasmissione al termine di ogni anno al Ministero della sanità di tutti i dati inerenti non soltanto alla qualità e quantità dei prodotti stupefacenti usati ma anche alla qualità e quantità di prodotti e specialità medicinali venduti nel corso dell'anno, oltre all'indicazione delle giacenze;

*d) il commercio all'ingrosso* è particolarmente controllato dal disegno di legge perchè molto più agevole è, in questo settore, la diffusione illecita degli stupefacenti.

I sistemi di controllo sono analoghi a quelli previsti per la « produzione » e « l'impiego » ma particolari autorizzazioni e forme di controllo sono previste per ogni sede, filiale, deposito e magazzini ove si pongono in essere atti inerenti al commercio;

*e) l'importazione, l'esportazione e il transito* è regolato soltanto sottoponendo le imprese che esercitano questa forma di atti-

vità commerciale al regime dell'autorizzazione ma prevedendo che per ogni singolo atto di importazione, esportazione e transito l'impresa autorizzata sia munita di apposita licenza ministeriale.

Ovviamente le disposizioni sono accompagnate dai dettagli tecnici perchè ogni operazione possa essere controllata in tutte le sue fasi e perchè le licenze ministeriali otteggiano dagli interessati ogni possibile garanzia sul retto svolgimento delle operazioni.

A completamento delle norme attinenti alle varie attività imprenditoriali seguono alcune norme comuni a tutti i tipi di autorizzazioni e particolarmente la loro caratteristica personale e quindi la non trasmissibilità nè delegabilità; ipotesi di trasferimento di azienda, i casi di decadenza, di sospensione e di revoca delle autorizzazioni ed infine, quale norma di assorbente importanza, è previsto che tutte le vendite, gli scambi e le cessioni a qualsiasi titolo di sostanze e preparati stupefacenti possono avvenire soltanto fra imprese autorizzate e attraverso forma scritta in più copie così da permettere il riscontro dell'operazione intervenuta fra le due parti contraenti;

*f) l'acquisto e la somministrazione delle sostanze stupefacenti e specialità medicinali ad azione stupefacente sono soggette a particolari norme a seconda che i predetti atti commerciali si riferiscono ai direttori di ospedali, istituti di cura, case per gestanti e gabinetti medici oppure a direttori di cliniche universitarie, laboratori farmacologici o istituti di ricerca, cioè a scopi scientifici, oppure ai farmacisti.*

Gli obblighi previsti per i farmacisti sono collegati con gli speciali obblighi previsti per i medici che rilasciano prescrizioni di sostanze o preparati stupefacenti. A questo proposito è stato introdotto l'obbligo del « ricettario speciale » a madre-figlia, con garanzia onde evitare alterazioni, sostituzioni ed abusi e facilitare i controlli attraverso i riscontri di ogni prescrizione sia presso il medico che il farmacista.

Non ci si nasconde che l'adempimento di tutti questi atti amministrativi e di carattere burocratico che vengono richiesti ad

imprenditori, medici e farmacisti, costituirà per tutti una qualche remora al normale svolgimento dell'attività aziendale o professionale ma è utile ricordare che ogni limitazione alla propria libertà di lavoro (o più esattamente ogni controllo) è il prezzo che si deve corrispondere per evitare ogni licenza ed abuso in questo particolare settore.

Inutile fare indagini su passate responsabilità di case farmaceutiche o di medici o sulle gravi carenze legislative in atto, ciò che importa è che il nostro Paese si allinei legislativamente con tutte le Nazioni che hanno fatto proprio il precetto dettato fin dal 1961 dall'ONU allorquando riconosceva che l'impiego terapeutico degli stupefacenti continua ad essere indispensabile per alleviare il dolore e le sofferenze umane ma nel contempo riconosceva che la tossicomania costituisce per l'uomo una vera calamità e un grave pericolo di natura economica e sociale per l'intera umanità.

### PARTE III

#### LE SOSTANZE PSICOTROPE

La Convenzione unica stipulata a New York il 30 marzo 1961 ha sottoposto a controllo una lunga serie di prodotti classificati « stupefacenti » che trovano la loro fonte primaria nell'oppio, la morfina, la cocaina e la canapa indiana.

Questo elenco, suddiviso in due gruppi, allegato alla Convenzione unica (sebbene non ratificata dall'Italia) è stato recepito integralmente dal Ministero della sanità, il quale lo ha reso valido in Italia con decreto ministeriale 20 novembre 1964 che non soltanto revoca ogni precedente elenco ma statuisce che per « stupefacenti si intendono le sostanze comprese nel presente elenco ».

Rimanevano pertanto escluse dalle valutazioni internazionali e da quelle del nostro Paese tutte le sostanze « psicotrope », sia di origine naturale che ottenute per sintesi chimica, che sono in grado di interferire in maggiore o minor grado sul sistema nervoso centrale e di produrre turbamenti nella

sfera percettiva conoscitiva e di giudizio e che venivano denominate « droghe minori » o sostanze psicotrope o semplicemente psicofarmaci. Il triste fenomeno della diffusione della droga in genere ha posto in luce, in un brevissimo corso d'anni, che le sostanze psicotrope e preparati psicotropici (allucinogeni, amfetamine, barbiturici, ecc.) non soltanto erano quelle che venivano gradualmente ad avere la maggior incidenza sul fenomeno denunciato in conseguenza del loro abuso e quindi erano produttive di gravissimo danno ma alcune di esse di danno uguale se non superiore agli stupefacenti classici.

La classificazione delle sostanze psicotrope è sempre stata ed è tuttora di estrema difficoltà ma a spianare la via verso una loro caratterizzazione è intervenuto nel 1968-69 lo studio *Dependence Liability of « Non-narcotic » drugs* dei professori H. Isbell, medico e farmacologo americano, e T.L. Chrusciel, farmacologo e tossicologo svizzero, i quali diedero conto dei risultati chimici e di laboratorio ottenuti da ben 253 prodotti da sostanze psicotrope in relazione al rischio della dipendenza in conseguenza del loro uso.

Lo studio, poi pubblicato nel 1970 dalla Organizzazione mondiale della sanità, indicava per ciascun prodotto, oltre alle singole denominazioni e le caratteristiche farmacologiche, i gradi di intossicazione, di tolleranza, la dipendenza psichica o fisica quando esiste, i principali danni derivanti dall'uso e la valutazione qualitativa del rischio d'abuso.

Da un siffatto studio ma principalmente dalla risoluzione adottata nel maggio del 1968 dal Consiglio economico e sociale dell'ONU che proponeva misure legislative nazionali di controllo sulle sostanze psicotrope e che raccoglieva, in sostanza, il grido d'allarme lanciato da psichiatri, farmacologi e sociologi di ogni parte del mondo, si sviluppò una procedura, sul piano politico internazionale e sul piano scientifico, che ebbe la sua conclusione soltanto quest'anno in sede ONU con la stipulazione della Convenzione di Vienna del 21 febbraio 1971 la quale sottopone a controllo le sostanze psi-

cotrope, indicate in quattro precise tabelle allegate alla Convenzione stessa.

Oggi pertanto ogni legislazione nazionale è chiamata ad adeguarsi al contenuto di questa Convenzione sorta, come leggesi nel preambolo, dalla preoccupazione « del problema della salute pubblica e del problema sociale che sorge dall'abuso di alcune sostanze psicotrope » e dalle necessità « di prevenire e combattere l'uso di tali sostanze e il traffico illecito che ne consegue ».

L'Italia, come già abbiamo riferito, almeno in parte, ha anticipato i tempi perchè il Ministero della sanità con decreto ministeriale 25 agosto 1967 ha compreso nell'elenco del primo gruppo delle sostanze stupefacenti anche quasi tutte le sostanze psicotrope previste nella tabella I della Convenzione di Vienna ossia le più gravi per gli effetti e le conseguenze e cioè LSD 25, mescalina, psilocibina, eccetera.

È da ritenersi quindi indispensabile che il nostro Paese, come fu fra i primi a sottoporre a controllo nel 1967 le sostanze lisergiche eccetera, si adegui immediatamente al contenuto della Convenzione di Vienna sottoponendo a controllo tutte le sostanze indicate dalle quattro tabelle allegate alla Convenzione.

Queste tabelle seguono in via di massima i criteri di classificazione che in precedenza aveva proposto l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) tramite il proprio comitato di esperti il quale aveva espresso il proprio parere nel XVII rapporto approvato nella riunione 25-30 agosto 1969 (vedi pubblicazione OMS n. 437 - Genève, 1970).

I motivi della distinzione annunciati dall'OMS sono recepiti dalla Convenzione la quale anzi riconosce che le valutazioni dell'OMS presenti e future, « saranno determinanti in materia medica e scientifica ».

Le motivazioni sono le seguenti:

la tabella I contiene « sostanze che si raccomanda di sottoporre a controllo perchè sono suscettibili di abuso in misura tale da costituire un rischio particolarmente grave per la salute pubblica e il valore terapeutico è assai limitato o inesistente »;

la tabella II contiene « sostanze che si raccomanda di sottoporre a controllo perchè sono suscettibili di abuso in misura tale da costituire un rischio serio per la salute pubblica e il cui valore terapeutico è debole nella media dei casi »;

la tabella III contiene « sostanze che si raccomanda di sottoporre a controllo perchè sono suscettibili di abuso in misura tale da costituire un rischio serio per la salute pubblica ma il cui valore terapeutico è apprezzabile nella maggior parte dei casi »;

la tabella IV contiene « sostanze che si raccomanda di sottoporre a controllo perchè sono suscettibili di abuso in misura tale da costituire un rischio debole ma non trascurabile per la sanità pubblica e il cui valore terapeutico è debole nella maggior parte dei casi ».

Il professor Gian Luigi GATTI che partecipò alla Conferenza di Vienna ci riferisce, per quanto riguarda la suddivisione delle sostanze psicotrope, che nella redazione del testo si è seguito un sistema non tanto scientifico ma empirico e in sostanza pratico.

« Si sono divise le sostanze psicotrope — riferisce il professor Gatti — in allucinogeni, stimolanti e depressivi del sistema nervoso centrale. Tale classificazione ha il vantaggio di guardare alle manifestazioni finali, specie se si intendono quelle dannose, per le quali è stato stilato il Protocollo. Pertanto, riscontrato che i neurolettici ed alcuni timoletici e timeretici non hanno dato luogo ad abusi, essi sono stati stralciati dall'elenco delle sostanze psicotropiche, mentre sono stati inclusi i barbiturici che una corretta interpretazione del termine « sostanza psicotropica » non dovrebbe far rientrare nella categoria considerata.

Quanto alla pericolosità dei fenomeni sia di farmaco-dipendenza, che di sospensione del farmaco (astinenza) non è sembrato rilevante il fatto di distinguere il danno all'individuo senza pericolo alla società e il danno all'individuo che porta ad un pericolo per la società. Si è, in sostanza, considerato

« danno alla società » anche quello arrecato ad un individuo che, estraniandosi dal lavoro crea un « danno » alla società di cui si fa parassita.

Nel proporre, pertanto una classificazione si è scelto un farmaco, i cui effetti secondari, cioè dannosi, fossero sufficientemente conosciuti e attorno ad esso sono stati raggruppati farmaci di diversa origine (chimica o naturale), di struttura chimica differente, con differente meccanismo d'azione e con unico dato comune la sintomatologia delle manifestazioni tossiche (eccitazioni depressive, allucinazione).

La difficoltà sorgente da azioni combinate, o non chiare o discusse, è stata risolta con una quarta tabella, dove sono riunite sostanze, a volte eccitanti, a volte sedative, a volte ad azione riferibile solo al particolare stato o al particolare genotipo dell'individuo ».

Pertanto il controllo delle sostanze contenute nella tabella I raggiunge il suo limite massimo con la proibizione di qualsiasi forma commerciale, limitando la produzione soltanto per scopi scientifici o terapeutici a richiesta dei soli direttori di ospedali o case di cura. Per le tabelle II, III e IV invece si ritiene applicabile il regime delle autorizzazioni, così come per gli stupefacenti, attraverso tutte le norme di cui alla parte II del disegno di legge. Particolari esenzioni di controllo potranno essere disposte dal Ministro della sanità nei casi in cui il rischio d'abuso sia minimo o nullo.

Per la tabella IV invece sono previsti soltanto i controlli inerenti alla vendita e somministrazione dei prodotti, prescrivendo l'obbligo della ricetta medica semplice anzichè quella speciale prevista per tutti gli altri casi.

Si raggiunge in questo modo una posizione d'equilibrio tra il diritto della scienza medica di non vedersi ostacolata nel suo normale sviluppo verso una sempre più approfondita ricerca scientifica e verso sempre più aggiornate terapie e l'inderogabile dovere morale e sociale di tutelare la salute dei cittadini.

## PARTE IV

## LA TOSSICOMANIA E LA COSTITUZIONE

Il fondamento giuridico delle norme attinenti al controllo e trattamento della tossicomania trae la sua origine da una retta interpretazione dell'articolo 32 della Costituzione.

Una sintetica esegesi di questa norma ci porta ad affermare l'esistenza di quattro principi distinti, ma collegati fra loro:

1) *tutela della salute* da parte della Repubblica come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività;

2) *garanzia* di cure gratuite agli indigenti (sempre da parte della Repubblica);

3) *assicurazione* che nessuno potrà essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge;

4) *assicurazione* che la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

La prima norma, di carattere evidentemente precettivo, stabilisce non soltanto che la tutela della salute è considerata dalla Repubblica un fondamentale diritto dell'individuo, ma che è contemporaneamente un interesse della collettività.

Viene quindi a cessare il vecchio aforisma secondo il quale la cura dell'individuo è cosa che riguarda la singola persona e non la società e viene affermato invece che la tutela della salute è da considerarsi come uno dei più importanti scopi sociali dello Stato moderno.

Nascono così due diritti a cui corrispondono altrettanti doveri: il diritto-dovere dell'individuo a curarsi e il diritto-dovere dello Stato di intervenire perchè alla libertà individuale siano imposti dei limiti nell'interesse superiore della collettività.

Lo Stato, in altre parole, attraverso la norma costituzionale ha il diritto-dovere di tutelare la salute del singolo, non soltanto nei casi in cui egli non vi provveda o non

sia in grado di curare la propria salute coi propri mezzi, ma anche nei casi in cui sia necessario preservare la salute di altri cittadini che potrebbero avere nocimento dal male del singolo.

La Costituzione repubblicana supera, pertanto, l'arcaico concetto dell'indisponibilità del bene-salute e afferma che quando l'interesse pubblico lo richiede lo Stato può privare il cittadino della sua autonomia se questa viene usata — come nell'ipotesi prevista dalla presente legge — per scopi che non soltanto sono dannosi alla salute propria ma influiscono in modo deleterio, fino a raggiungere i limiti della criminalità, sulla salute dei cittadini.

Questa limitazione di autonomia, sempre secondo il disposto dell'articolo 32 della Costituzione, può avvenire soltanto per disposizione di legge e il presente disegno di legge, che viene sottoposto all'esame del Senato, tende appunto a determinare un preciso trattamento sanitario con tutti i suoi risvolti psico-sociologici perchè il triste fenomeno della tossicomania lasci le sfere dell'astrattezza per assumere il preciso contenuto di cura risocializzante e riabilitativa.

È bene ripetere ciò che è da tutti ritenuto e cioè l'obbligo di considerare l'individuo affetto da tossicosi di stupefacenti o di sostanze psicoattive come un malato bisognoso di cura e non come un reo da perseguirsi penalmente, e quindi riteniamo utile affermare immediatamente che tutta la normativa afferente all'argomento esclude qualsiasi intento punitivo perchè se anche si volesse sostenere tale principio potremmo rispondere che la punizione è già insita nell'obbligo del malato di sottoporsi a idoneo trattamento.

## DIAGNOSI DEL FENOMENO DROGA

Le dimensioni del fenomeno non possono giustificare in alcun modo infingimenti o indifferenze e non è quindi possibile sottrarsi ad un'indagine sulle sue cause e sulle motivazioni.

Purtroppo dobbiamo constatare che la presa di coscienza del problema sia avve-

nuta in Italia, sul piano dell'opinione pubblica, soltanto verso la fine del 1968 a seguito di responsabili interventi di carattere giornalistico che denunciando « i mali oscuri del nostro tempo » ponevano in primo piano il problema della droga in genere.

Già in precedenza però un grande numero di studiosi, specie coloro che nell'esercizio della loro attività erano posti a contatto, direttamente o indirettamente, alle cause o agli effetti dell'uso ed abuso degli stupefacenti, lanciavano grida d'allarme attraverso una serie numerosa di tavole rotonde, di convegni, di studi, di relazioni scientifiche ed in specie di inchieste su tutti i piani ove il fenomeno andava sviluppandosi.

Non possiamo anzi sottacere che contemporaneamente a questi interventi scientifici (e la bibliografia in materia è di una vastità impressionante), altre iniziative di maggior impegno e sacrificio si concretavano presso cliniche universitarie e ospedali e cioè la costituzione, a carattere volontaristico, di centri di analisi farmacologiche, centri per lo studio per la tossicosi da stupefacenti e più tardi centri per la prevenzione e il trattamento dei tossicomani.

L'alto sentimento di responsabilità manifestatosi nelle forme suindicate ha avuto il grande beneficio di far uscire dal torpore l'opinione pubblica ponendola di fronte alla necessità indilazionabile:

a) di analizzare le cause del fenomeno che purtroppo, nella quasi totalità dei casi, nasce e si esaurisce in particolari periodi della vita: quello dell'adolescenza e della gioventù;

b) di convincersi che la società deve finalmente adeguarsi al precetto dell'articolo 32 della Costituzione secondo il quale il bene-salute non è indisponibile ma lo Stato può (e nel caso specifico *deve*) privare il cittadino della sua autonomia — per fini di pubblico interesse — impedendogli di drogarsi e di non curarsi;

c) di considerare la lotta contro la tossicosi non come un problema di polizia, ma come un problema sanitario perchè il tossicomane non si cura in carcere ma può trovare la sua possibilità di liberazione sol-

tanto a seguito di interventi terapeutici di natura sanitaria e psicologica;

d) di considerare come impegno primario della società il problema della prevenzione ossia dell'educazione anti-droga da esercitarsi su tutti i piani attraverso i quali si possa aprire un dialogo con la gioventù.

Tutto ciò deve sollecitare l'intervento del legislatore di fronte al quale stanno le impegnative quanto drammatiche prese di posizione degli organi internazionali e le denunce sempre più numerose che provengono da medici, da psichiatri, farmacologi, sociologi, educatori ed igienisti da ogni parte d'Italia.

Tutti ormai si pongono la terribile domanda: perchè questo triste fenomeno che oramai dilaga in America e in altre Nazioni del mondo ha raggiunto anche l'Italia? O più specificatamente perchè anche la gioventù italiana è colpita da questo terribile morbo?

In passato si riteneva che l'individuo dedito alla droga o anche semplicemente l'etichetta partiva da un suo intimo e profondo disagio psicopatologico che lo spingeva a trovare il compenso in queste sostanze per ottenere una illusoria sensazione di potenza o una illusoria fuga dalla sua ansia repressa.

Una siffatta interpretazione potrebbe trovare riscontro, nella realtà odierna, nei casi in cui il ricorso agli psicostimolanti o ai tranquillanti si verifica ogniqualvolta i giovani cercano di aumentare le proprie capacità e il proprio rendimento oppure al contrario mirano ad eliminare lo stato d'ansia che li domina. Rimane l'amarrezza di constatare che in casi di questo genere si vedono talvolta genitori rallegrarsi perchè il congiunto torpido è diventato apparentemente più attivo oppure da aggressivo qual era è divenuto più tranquillo.

Attualmente, purtroppo, le motivazioni che inducono i giovani all'uso della droga sono ben diverse da quelle ritenute anni addietro e riesce mortificante il constatare spesso l'indifferenza o la rassegnazione di persone e gruppi davanti all'esplosione del fenomeno-droga.

La sua diagnosi non è unanime perchè da taluni ci si limita a far ricorso a motivi

individuali, ossia a ragioni relative ai singoli soggetti con l'aggiunta di qualche motivo di natura culturale o ambientale, da altri a motivi sociali e di ordine generale.

Per comprendere e valutare responsabilmente la portata del fenomeno-droga occorre inizialmente prendere atto che il nostro Paese vive oggi un momento storico nel quale esistono contemporaneamente generazioni psicologiche in numero sproporzionato rispetto a quelle cronologiche.

Non riteniamo contestabile che esiste una generazione di anziani, alla quale seguono quella dei quarantenni, quella dei trentenni, quella dei giovani, quella degli adolescenti che sono tutte mescolate fra loro ma non integrate, tanto che l'intercomunicabilità che in passato poteva intervenire fra due generazioni oggi si manifesta fra tre-quattro generazioni, tutte racchiuse nel medio arco di una vita d'uomo.

D'altronde è fuor di dubbio che certe verifiche che i giovani di ieri facevano dopo i vent'anni, se non anche più tardi, oggi vengono fatte a quell'epoca o anche prima.

Per una reale diagnosi occorre por mente a ben altro, partendo da un principio che riteniamo fondamentale e cioè che la droga, sia sul piano giuridico che sul piano scientifico, viene riconosciuta attualmente un fenomeno sociale e che gli stati morbosi che ne derivano costituiscono una « malattia sociale », ragion per cui il fenomeno-droga non è sorto spontaneamente e neppure vive per comportamento individuale di poche persone con carattere di occasionalità.

Nei fenomeni sociali non si dà generazione spontanea, ci sono forzatamente dei rapporti di causalità, così come esistono le conseguenze e sia per i primi che per le seconde è avvilente semplicismo l'addebitare esclusivamente agli intossicati, ed in specie ai giovani, il verificarsi di un fenomeno di cui essi nella maggior parte dei casi sono le vittime.

Questa contraddizione tra una generazione e l'altra si esprime con il fatto che una qualsiasi generazione non riesce a vivere le esperienze della precedente perchè le trasformazioni sociali si susseguono a ritmo talmente incalzante per cui la generazione

successiva si limita ad assistere senza comprendere le esperienze precedenti.

Ed allora il triste fenomeno della droga fa sì che i più giovani, cioè i più ricchi di futuro, sembrano i più vecchi, i più poveri di speranza, di coraggio e di avvenire.

Gli interrogativi che ci pone il fatto-droga vanno molto al di là delle facili etichette che vedono specialmente nei giovani, sempre più numerosi, dei semplici malati o dei delinquenti comuni.

Gli studiosi, a seconda della disciplina che coltivano, danno priorità alla tale o tal'altra causa ma attraverso un'indagine integrale tutti concordano nel ritenere che il desiderio della droga oscilla tra i due poli della evasione e della comunione: il primo molto più importante in quanto coinvolge responsabilità personali e sociali — sulle cui valutazioni talvolta i pareri discordano — il secondo meno importante perchè non è che la conseguenza del primo.

Evadere dal sistema, evadere dalla nostra società, dai suoi meccanismi, dalla sua organizzazione, dai suoi impegni e dai doveri che essa impone; dall'incertezza e dall'inquietudine propria della nostra epoca: ecco la prima reazione dei giovani di fronte al tipo d'uomo che questa società ha modellato.

Evasione nutrita di rancore, talvolta di odio, verso una società convulsa e ipercritica alla quale addebitano la mancata soluzione dei loro problemi, da cui talvolta pretendono gli stessi benefici di cui godono gli altri, senza tuttavia soffrire le stesse rinunce di transito, di gestione e di perfezionamento.

In alcuni vi è il desiderio di ottenere tutto e subito, in altri invece il rifiuto di tutto e di tutto per non voler soggiacere ad un sistema che li priva di libertà, di autonomia, di individualità; in altri ancora il desiderio di rompere con una realtà che essi sentono priva di ideali e protesa invece verso il solo profitto; in tutti quindi, il dissenso, la protesta, la contestazione ed anche la violenza. La droga è divenuta la formula di evasione che viene così ad impedire qualsiasi giusta e serena elaborazione delle loro ansie e delle loro obiezioni.



Il sociologo P. PERICO si addentra nella ricerca della responsabilità di queste prese di posizione ed afferma: « Non possiamo prescindere, in questa ricerca, dalle responsabilità effettive della generazione adulta, che forse è mancata gravemente nella sua opera educativa al dovere di preparare la generazione successiva con chiarezza di idee, con vivi interessi e con maturo senso di responsabilità, all'impatto piuttosto duro che i giovani avrebbero dovuto sostenere con la realtà in rapida mutazione. Essi non hanno trovato intorno a sé forme esemplari e ideali appassionati, che sostituissero quelli che man mano sarebbero crollati con la trasformazione sociale.

L'esempio dei "grandi", apparsi troppo preoccupati della propria sicurezza finanziaria, abituati a tollerare ingiustizie patenti in nome del quieto vivere, a permettere la fame nel mondo, a non guardare al di là della propria esistenza, pur dichiarandosi con il Vangelo, ha innervosito i giovani, li ha spinti alla protesta contro il sistema ingiusto e puritano, nello sforzo di umanizzare la società ».

Dalla frase iniziale di questa valutazione riteniamo possa essere eliminato quel « forse » con cui P. Perico ha voluto attenuare la sua obiettiva requisitoria contro la generazione adulta.

Purtroppo la responsabilità esiste piena e totale — e qui aggiungiamo un secondo elemento di analisi — specialmente nei confronti della famiglia dalla quale molti giovani hanno avuto una certa educazione (e questo è molto) ma non hanno avuto amore (e questo è tutto).

Su questo argomento gli studiosi concordano: nel ricorso alla droga vi è quasi una inconscia vendetta verso i genitori per la loro mancanza di amore che deriva dal non comprendere che nel mondo in cui viviamo sono rimessi in discussione tutti i valori, tutti gli ideali e tutti i principi, con conseguenze drammatiche di profonde incertezze e inquietudini che si riflettono sia nell'attività mentale che nella sfera dell'attività pratica. Di qui la responsabilità della famiglia nel non mantenere un rapporto affettivo coi giovani mediante un discorso realistico,

aperto e comprensivo o quanto meno per non saper evitare gli estremi di un amore iperprotettivo e possessivo o quello del disinteressamento.

Il neuropsichiatra Vincenzo FLORIS ha dichiarato che una delle cause della crisi dei giovani e del ricorso alla droga va ricercata nel venir meno della figura paterna, che dava dei valori etici ai quali i giovani si orientavano per tutta la vita; oggi i giovani non dispongono più di una guida etico-sociale; lo scadere del ruolo del padre nel seno della famiglia ha conseguenze profonde su tutta l'educazione.

Ma più che di educazione si deve ritornare alla parola « amore » perchè il giovane rifiuta di identificarsi nella figura del padre opponendogli la bruciante accusa « tu non sei mai stato giovane nel mondo in cui io sono giovane, in un mondo così diverso da quello in cui tu sei stato giovane ».

E di qui nascono stati di incomunicabilità, di carenze affettive, di rifiuto di autorità, di contestazione di ogni valore morale e sociale, ossia situazioni di evasione familiare per motivi psicologici che avrebbero potuto essere superati al loro insorgere da una grande comprensione e da un inesauribile amore paterno.

Quanto precede ci induce a collocare gli aspiranti e i colpiti da tossicosi in una triplice tipologia.

Vi sono giovani che sentono nel mondo che li circonda una assoluta mancanza di prospettiva in quanto rifiutano di lasciarsi soffocare da qualsiasi stato di benessere, oppure nauseati dalla ricchezza e privi di qualsiasi certezza cercano nel paradiso della droga la realizzazione di un sogno cioè una nuova società più umana e più giusta.

Altri giovani — e sono in percentuale un numero più rilevante di quanto non si creda — si avvicinano alla droga per paura delle proprie responsabilità di fronte al domani, per l'incapacità di effettuare scelte sia a livello culturale, sia a livello di decisioni occupazionali, in quanto rifiutano quei tipi di vita che oggi la società loro propone.

Altri ancora si spingono nel mondo della droga per assoluta carenza di ideali e, rinnegando quelli esistenti, non sono, per limi-

tata maturità morale, in condizione di dare credibilità a qualsiasi valore spirituale o culturale, quindi superano qualsiasi ideale senza concrete alternative.

Non bisogna tralasciare infine — ed anzi questi fattori formano spesso le occasioni iniziali — la curiosità, la moda, l'imitazione, l'esibizionismo cioè i fatti più meschini e meno giustificabili, ma purtroppo non meno gravi, perchè fanno sorgere un problema di costume davanti al quale insorge, con tutta la sua carica drammatica, la responsabilità degli adulti.

La tipologia dei singoli drogati è quindi la più varia perchè diversi e forse anche contraddittori fra loro sono i punti di partenza e diverso è il decorso psichico del fenomeno, tuttavia questi giovani, ormai alterati nel loro equilibrio psico-fisico e morale, sono sospinti subito a creare tra essi un legame di comunione, la cosiddetta « esperienza di gruppo » perchè tutti sentono un bisogno estremo di comunicare. Dalla solitudine alla ricerca del gruppo, alla identificazione con il gruppo.

Si cerca il gruppo perchè non hanno una propria identità, se sono soli si sentono nulla. I loro confini, la loro stessa presenza, la loro persona riprendono una forma di vita, e quindi forza, dal fatto che hanno altre persone intorno.

In altre parole: dopo la reazione contro la società o la famiglia, nasce la necessità di una compensazione: di unirsi in un *clan*, intrupparsi con altri che abbiano gli stessi atteggiamenti, gli stessi sentimenti di rivolta, gli stessi tormenti e gli stessi sogni inappagati e così tutti insieme sfidare con la droga tutto e tutti e sentirsi quasi dei superuomini.

Quando questo sentimento di aver superato gli adulti ha raggiunto quasi il mito allora sentono la necessità di parlare, di discutere, ma si aprono solo con quegli adulti che sono in grado di ascoltarli e di comprenderli.

In quel momento mostrano la faccia vera che, purtroppo, è quella del dubbio, della paura e del dolore.

## MISURE DI PREVENZIONE

Come già accennato in questa relazione la legge n. 1041 del 1954 non funziona — perchè non l'ha praticamente previsto — per tutto quanto riflette un'azione preventiva.

Il dramma della diffusione della droga deve essere affrontato, ancor più che con la repressione, con un'opera di prevenzione impegnata, intelligente e aperta a livello di scuola, di famiglia e di società, ma è fuor di dubbio che tutti questi ambienti devono aprirsi l'un l'altro e sprigionare tutte le forze dirette ad un impegno comune.

Riteniamo a questo scopo che soltanto la scuola abbia la possibilità di coagulare attorno a sé le energie familiari e sociali indispensabili per attuare il problema della prevenzione, almeno sotto gli aspetti primari dell'informazione.

Alla prevenzione sotto l'aspetto sanitario dovranno provvedere i Centri regionali di cui si tratterà in appresso. A sostegno degli aspetti primari della prevenzione ci soccorre uno studio, in corso di pubblicazione, del senatore professor Mario BALDINI, direttore della rivista « Orientamento scolastico e professionale », che inseriamo in questa relazione non soltanto per la competenza psicopedagogica dell'autore ma per il valore del contenuto dello studio che avvalora la presente iniziativa legislativa.

Scrivono il Baldini: « Il problema della droga si inserisce nel processo educativo e investe con ritmo sempre più preoccupante insegnanti, famiglie ed alunni.

Il problema è di natura morale, educativa e formativa.

Forse in altri momenti l'educazione morale era affidata alla conoscenza dei principi e all'esempio, ma oggi non è soltanto un problema di contenuti, ma anche di metodo. Il metodo assume una importanza fondamentale. Qui si dice metodo *ut ratio et via*, e non, semplicemente, come tecnica o tecnologia.

Ora, nello sviluppo della vita contemporanea il dilagare della droga colpisce la parte più vulnerabile della società: la gioven-

tù. Questa è profondamente o quasi totalmente influenzata dall'ambiente familiare e sociale che la circonda, sia in forma diretta che in forma indiretta.

Il ragazzo passa assai rapidamente dall'età di rispetto alla fase dell'egocentrismo e da questo al mondo esteriore.

Nell'adolescenza, mentre si ha la massima crescita fisica, il violento desiderio di affermazione personale e l'insorgere di una più forte coscienza dell'io, come conseguenza di essi, si manifestano atteggiamenti di avversione, di ribellione alla legge ed ai superiori: in tal tempo si deve compiere il faticoso, doveroso e, talvolta burrascoso passaggio dallo stadio della eteronomia a quello della incipiente autonomia morale.

È il momento dei ragionamenti con poco costruito o senza fine! È l'età preziosa e delicata, ma proprio in questa delicatezza il male della droga si confonde con il desiderio di fare, di vedere, di conoscere e di fare esperienza.

Un sentimento fondamentale è l'amore di sé, l'attenzione a sé, il desiderio di affermazione di sé; e attorno a questo sentimento centrale, ruotano tutti o quasi tutti gli altri stati affettivi della adolescenza e del giovane.

Ora il problema si pone in termini di ordine pedagogico: di fronte ai pericoli della droga e nel momento di sviluppo più delicato dello sviluppo del ragazzo, la scuola, con la sua azione educativa, deve o meno intervenire? Può sviluppare un orientamento di educazione preventiva?

Qui si pone indubbiamente l'aspetto più delicato dell'azione educativa morale! La delicatezza emerge appena si pensi che non pochi pedagogisti, dal Rousseau in poi, si sono sentiti in dovere di non cogliere questo momento di educazione morale. La posizione pedagogica che ne risulta ha un nome solo: si chiama neutralità. È quella neutralità che anche il Gentile, il Lombardo Radice, il Codignola consideravano fonte di agnosticismo, di indifferenza, e, infine di scetticismo.

Al di sopra e lontano da ogni formalismo e imposizione, a nostro parere, la via da seguire è quella della discussione, del dia-

logo, della persuasione. Educazione se si vuole indiretta, ma attiva e formativa!

Non si nascondono difficoltà e perplessità nell'inserire nella scuola e nel processo educativo un elemento nuovo con tutti i pericoli che presenta in un momento di lenta formazione della coscienza morale.

Purtroppo c'è anche chi ritiene che la droga non costituisce che un'esperienza in più, una soluzione stimolante, una curiosità da soddisfare, una imitazione di persone dotate di particolare genialità; cosa che riguarda soltanto l'esuberanza dei giovani.

Le conseguenze non sono ben note se non negli istituti psichiatrici, negli ospedali e altrove. Si dice che nelle grandi città uno studente su dieci ha provato la droga ma recenti indicazioni lasciano intuire una portata più ampia del fenomeno, anche se la prova sporadica di una droga non significa necessariamente essere drogati, essere vittime difficilmente recuperabili di un vizio terribile e assurdo.

I giovani non hanno, forse, ancora consapevolezza della loro autodistruzione e della rinuncia alla vita e non sempre si accorgono di sottrarre volontà, gioia, intelligenza e lavoro a quel mondo che essi vorrebbero cambiare.

C'è un aspetto sconcertante nel problema ora in esame: l'abbinamento della droga al fenomeno pure squallido e degradante della prostituzione.

È certo che le indagini per lo studio di questo problema sono partite da ambienti torbidi dove la morale non ha più ascolto.

Questo processo di autodistruzione appare collegato alla decadenza morale della persona. Come problema morale diventa problema delle famiglie, della scuola, della società; è un problema di educazione che non si risolve con qualche denuncia o qualche processo.

Che società stiamo costruendo? Quale formazione e quale sviluppo prospettiamo nella vita di domani? C'è per tutti un atto di coscienza da compiere perchè l'egoismo, il consumismo, la corsa al semplice benessere materiale finiscono per determinare processi negativi e occorre un'azione coraggiosa di educazione morale, di formazione

del senso della vita e della necessità di sviluppo della persona umana.

La scuola attraverso un processo di educazione indiretta, come la famiglia e la stessa società hanno il compito di procedere nello sviluppo dell'educazione per aiutare il giovane a scoprire i valori della vita, per un orientamento chiaro, per l'espressione e la partecipazione a ciò che è vita.

Ma al punto cui siamo pervenuti, occorre esaminare i mezzi.

L'impostazione della questione implica una distinzione fra l'educazione morale e l'istruzione morale.

I mezzi che si richiedono per la sola istruzione sono mezzi didattici, in larga misura uguali o simili a quelli richiesti per ogni altro genere di istruzione; i mezzi necessari a svolgere una reale azione di educazione morale in rapporto al problema al nostro esame, efficace per la volontà e per la vita, hanno una estensione più larga e vanno dall'esempio all'organizzazione dell'ambiente, dalla proposta dei motivi di azione alla conoscenza viva e reale dei valori della vita stessa.

Rimprovero, punizioni ed altri elementi non servono in questo campo e di fronte a questo aspetto negativo della cosiddetta civiltà del benessere. Ma il mezzo non è tutto, nell'educazione morale, e, non può neppure essere ignorato. Anche sotto la prospettiva morale la scuola, per usare un'espressione di Plauchard, è un'impresa di lavoro e non può ignorare le leggi della produzione. È vero che questa espressione può sembrare stonata, ma è anche vero che l'educazione non può essere chiesta al caso.

La parola, quando è verità veramente partecipata; l'esempio, quando più che un semplice modello da imitare è un esplicito e ben motivato modello all'azione; l'ambiente inteso come disciplina organizzata e stimolante; l'amore quando sia l'espressione di un sentimento limpidamente disinteressato sono tutti fattori validi se si vuole affrontare e risolvere questo delicato e sofferto problema della droga.

Educazione indiretta e metodo preventivo! Non mancano i pericoli: la curiosità, la tentazione di una sola esperienza, il desi-

derio di una vita senza sacrificio, la mancata coscienza dei limiti sono tutti elementi che pongono interrogativi e incertezza se affrontare o meno il problema.

Si richiede è vero una maturazione sociale che si ha soltanto nello svolgere degli anni, pazienza e prudenza, ma ciò non significa ignorare il problema e accantonare l'impegno morale per una soluzione nell'ambito della famiglia e della scuola.

Sarebbe utile vedere e conoscere da quali ambienti provengono i giovani avviati a questo processo di autodistruzione e il tono socio-economico di vita che conducono per cogliere se miseria morale e povertà e miseria morale e benessere danno risultati così squallidi e tristi. Ma per un tale esame il sociologo sarà di valido aiuto allo psicologo e all'educatore ed alla scuola.

È quindi un problema di educazione che lo Stato non può ignorare e per esso la scuola.

Nella scuola occorre seguire due direttive: la prima riguarda il corpo insegnante, la loro sensibilità educativa, il loro agire, il grado di cultura e in essa il calore umano e sociale che possono portare nella scuola. Occorre pertanto sensibilizzare gli insegnanti. I corsi di aggiornamento potrebbero essere di valido aiuto per una conoscenza del problema e sotto l'aspetto psicologico, medico, pedagogico e sociale.

Una valida preparazione può orientare l'insegnante che potrà sentire l'opportunità o meno di intervenire nello svolgimento del processo educativo per aiutare i ragazzi a conoscere e superare. Aggiornamento, preparazione didattica, ferma coscienza morale.

Ora, nella scuola media dell'obbligo il momento e la sensibilità e opportunità di una azione indiretta spetta al Preside e al Consiglio di classe; quest'ultimo è l'organo più adatto e più responsabile per lo studio e la scelta delle forme più idonee per l'azione educativa da compiere.

Per tutti gli istituti superiori la questione presenta aspetti più complessi e più delicati.

Nel processo preventivo e indiretto si ritiene opportuno che siano svolte un gruppo

di lezioni, conferenze illustrative (e ricerche) da insegnanti, medici, psicologi e assistenti sociali indicati dal Ministero della pubblica istruzione, tramite il provveditore agli studi, dal comitato provinciale della sanità e dal Ministero del lavoro e della previdenza sociale.

Non potrà mancare, là dove è possibile, la collaborazione dei centri di orientamento scolastico e professionale, con il gruppo di lavoro, per un'azione educativa e presso le famiglie e presso i singoli alunni che ricorrono spesso al consigliere dell'orientamento.

Anche per gli istituti superiori tale processo educativo dovrà essere svolto in collaborazione con il preside ed il consiglio di classe, quest'ultimo con la conoscenza diretta dell'ambiente, del tono morale della scolaresca e delle capacità intuitive dei valori umani e sociali, potrà sempre dare il miglior contributo per la risoluzione di tanto grave problema.

Non si può quindi parlare di agnosticismo morale della scuola, ma coraggiosa presenza di questa anche di fronte ai problemi più delicati ».

#### USO PERSONALE DI DROGA: IMPUTABILITÀ?

Su questo argomento l'impostazione dottrinale che riteniamo ineccepibile è quella data dal professor Francesco INTRONA (e accolta quasi unanimemente dagli studiosi) secondo il quale la validità del trattamento penale del tossicomane può essere sostenuta soltanto se la privazione della libertà personale può servire a rieducarlo e se il timore della pena può dissuadere l'individuo dall'accedere agli stupefacenti e alle sostanze psicotrope. Si tratta cioè di stabilire se le motivazioni che sono all'origine della tossicomania sono inferiori al significato intimidativo della pena.

Il problema diventa particolarmente importante se, dopo aver esaminato i vari stadi psicopatologici della tossicomania, si dovesse stabilire se esiste imputabilità per quanto riguarda i reati connessi alla tossicomania

e se esiste una reale e piena correlazione tra tossicomania e criminalità.

Riteniamo però che l'approfondimento di tale argomento esuli dal più limitato tema che si pone questo disegno di legge il quale intende esaminare se debba o meno ritenersi l'imputabilità del soggetto che usa a scopo voluttuario la droga, o ancor più l'imputabilità di colui che già tossicomane usa a fine proprio, naturalmente senza alcuna prescrizione medica, la droga quale conseguenza dello stato di assuefazione e dipendenza a cui tristemente è pervenuto.

Essendo fuori dubbio che l'utilizzazione — debitamente controllata — delle sostanze stupefacenti e psicotrope a fini terapeutici e scientifici è da ritenersi lecita e in taluni casi presso chè indispensabile, è fuori di dubbio, per il dettato di tutte le convenzioni internazionali e di tutta la scienza medica, che l'utilizzazione delle predette sostanze, fuori dei casi indicati, non è lecita perchè non costituisce uso ma abuso.

Orbene: se è d'uopo combattere l'abuso, i mezzi primari non possono che ricercarsi nella prevenzione, ma allorchè questa non si sia verificata e l'abuso sia in atto quale efficacia può avere l'intervento repressivo o la punibilità del soggetto?

A questo punto ritorna il quesito posto icasticamente dal professor Introna: stabilire cioè se le motivazioni che sono all'origine dell'abuso sono inferiori al carattere intimidativo della pena e a questo proposito per quanto è stato esposto nel capitolo precedente riteniamo che i motivi dell'abuso siano di tale natura da non giustificare una qualsiasi efficacia punitiva all'atto incriminato.

D'altronde quali sono le ragioni giustificatrici della perseguibilità penale del tossicomane? In genere ne vengono addotte tre: il cattivo esempio che offre agli altri, la tendenza a fare proseliti e il danno che arreca alla propria salute e contro questi motivi riteniamo pertinenti le precise risposte del magistrato Donato DI MIGLIARDO.

Per quanto attiene al primo motivo: « È quanto mai assurdo ed inconcepibile il penalmente perseguire l'individuo non soltanto per l'azione anti giuridica in sè e per sè

posta in essere, ma anche per i riflessi psicologici negativi che detta azione, dannosa o comunque riprovevole, produce o può produrre nella collettività ».

Per quanto riguarda la tendenza al proselitismo è da obiettare che ove la tendenza del tossicomane a far proseliti si concreti nel fornire ad altri stupefacenti o di indurre altri a farne uso, trattasi di ipotesi perseguibili penalmente « che colpirebbero il tossicomane non in quanto tale, bensì per la azione di proselitismo svolta ».

Più grave e più seria è « la terza ragione che si adduce alla penale perseguibilità del tossicomane ossia la necessità di evitare le conseguenze che sul fisico e sulla psiche dell'individuo produce la tossicomania. Ma può valere questa ragione a giustificare, sotto il profilo morale e sotto l'aspetto giuridico, che il divieto di fare uso di stupefacenti venga ad essere penalmente tutelato, sì che il tossicomane debba considerarsi come un delinquente, meritevole d'essere privato della libertà personale in ragione del male che soprattutto produce a se stesso? »

Ad avviso dello scrivente a questo interrogativo non può e non deve darsi una risposta affermativa; e ciò soprattutto ove si consideri come si diventa tossicomani ».

Quest'ultima affermazione del Di Migliardo coincide con l'impostazione data dall'Introna al problema e si potrebbe su questo argomento fare ampio sfoggio di citazioni e di giudizi di psichiatri e criminologi tutti concordi, sostanzialmente, nel ritenere che al tossicomane fa difetto la capacità dell'autodominio perchè « l'individuo inadeguato o impreparato alla resistenza contro le frustrazioni ambientali diventa incapace a cogliere le mete che la società gli propone e di trovare adeguati meccanismi compensatori e quindi diventa il candidato per l'assorbimento sottoculturale della tossicomania.

L'atteggiamento repressivo e punitivo della società favorisce l'isolamento e la fuga in un comportamento deviante che, in via secondaria, sfocia in comportamenti anti-giuridici » (prof. E. DE VINCENTIS).

La via legislativa che intendiamo percorrere si diparte quindi dalla convinzione —

come sintetizza l'Introna — « che se la pena ha lo scopo di recuperare chi ha compiuto il reato; di "farsi sentire" da lui perchè, avendola sperimentata, non ricada nel reato: di "farsi sentire" da chi non ha ancora commesso reati perchè non li commetta; di difendere la società nei confronti di coloro che, commettendo reati, la pongono in pericolo, condannare il tossicomane alla detenzione non serve a recuperarlo; non serve a fargli comprendere il significato della pena perchè egli non è libero di volere un diverso comportamento; non serve a dissuadere gli altri dal tentare l'esperienza tossicomaniaca (perchè troppo complesse e talora impellenti sono le motivazioni). Non servirebbe nemmeno a difendere la società perchè non risulta che il tossicomane commetta più reati del non tossicomane (a parte quelli che commette per la coazione a procurarsi la droga) nè risulta che l'isolamento del tossicomane vale a ridurre la diffusione della tossicomania intesa come malattia sociale ».

D'altronde questo è l'indirizzo preciso che ci giunge da tutte le risoluzioni e convenzioni maturate in questi ultimi anni in sede OMS, in sede ONU e in sede del Consiglio d'Europa e alle quali il nostro Paese deve dare concreta applicazione anche se formalmente ai principali di questi documenti è stato ed è assente ingiustificato.

Pertanto il presente disegno di legge all'articolo 49 dispone che: « Chiunque in modo illegale faccia uso personale di stupefacenti o di sostanze psicotrope, come tali classificate dalla legge, o loro preparati, o di sostanze idonee a produrre azione stupefacente, è sottoposto al controllo della autorità sanitaria e, se del caso, alla cura nelle forme disposte dall'autorità sanitaria stessa, secondo le varie procedure previste dagli articoli seguenti ».

#### CONTROLLO DELL'AUTORITA' SANITARIA

L'azione dell'autorità sanitaria non può che essere preceduta dalla identificazione dei soggetti da sottoporsi a controllo. A tal fine riteniamo che tutti coloro che, in qual-

siasi modo e per qualsiasi motivo, abbiano rapporti con persone affette da tossicomania o da intossicazione acuta o subacuta prodotta da stupefacenti o da sostanze psicotrope, siano tenute a farne immediata segnalazione all'autorità sanitaria.

L'importanza morale e sociale di questa segnalazione non può essere sottaciuta, ma l'interesse pubblico la impone perchè solamente attraverso di essa il sanitario potrà avvicinare il malato ed iniziare con esso quel dialogo comprensivo tendente a far sorgere nel soggetto la convinzione di essere un malato e quindi la necessità dell'accettazione di una cura.

È fuor di dubbio che questa prima fase di attività sanitaria (intendendosi come tale l'opera dello psichiatra, del sociologo, dell'assistente sociale, eccetera) è la più ardua perchè il dialogo non dovrà iniziarsi come una contrapposizione polemica di due opposti punti di vista, ma dovrà svolgersi sul piano di un libero e reciproco dono nella verità ossia una partecipazione allo stato del malato così che nasca una corrente reciproca di simpatia e di comprensione.

Non è facile tutto questo ma è indispensabile perchè occorre anzitutto abbattere inizialmente tutti quei fattori psicologici, sociali e morali che possono costituire una barriera che impedisce qualsiasi incontro.

Il dialogo che deve precedere ogni intervento sanitario deve tradursi in conquista ossia — come affermava Paolo VI nell'Enciclica « Ecclesiam Suam » — « bisogna ancor prima di parlare, ascoltare la voce, anzi il cuore dell'uomo. Se non si arriva al cuore, se non se ne interpretano i sentimenti con carità, la voce dell'uomo rimbomberà nel nostro orecchio, ma non troverà disposizione interiore che la accetti ».

Si richiede pertanto a coloro che si dedicheranno a questa attività di conquista: coraggio e pazienza ma soprattutto fraternità e comprensione.

Quando l'avvicinamento sarà positivo si potrà sperare in un dialogo costruttivo cioè in una cooperazione del malato con il sanitario e i suoi coadiutori.

È per raggiungere questo fine che il disegno di legge prevede una progressività dei

mezzi di intervento, onde poter giungere all'applicazione di una precisa e concreta terapia, ma la progressione dei mezzi è stata determinata con la preoccupazione costante di togliere ogni dubbio al malato che il legislatore persegua altro scopo all'infuori di quello curativo e recuperatorio.

Il sanitario deve procedere, con tutti i mezzi della scienza medica, ad effettuare una precisa diagnosi ma per dare una immediata dimostrazione al malato delle finalità sociali dell'intervento, il disegno di legge prevede che il medico sia esonerato dall'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria delle persone intossicate da sostanze stupefacenti così come prevista dall'articolo 717 del codice penale e dall'articolo 153 del testo unico delle leggi sanitarie (regio decreto 18 giugno 1931, n. 773).

Una siffatta disposizione vuol essere una garanzia al malato sull'inesistenza di qualsiasi intenzione repressiva o punitiva e d'altronde la permanenza di una qualsiasi forma di denuncia all'autorità giudiziaria sarebbe in patente contraddizione con lo spirito e la lettera del presente disegno di legge.

A questo punto si pone il problema di determinare gli organi ai quali affidare il compito di lottare contro la tossicomania in tutti i suoi gradi di intensità e in tutte le forme in cui essa può manifestarsi.

In conseguenza del grande stato di diffusione del fenomeno-droga che investe tutto il Paese, sia pure con manifestazioni assai contenute e talvolta sporadiche in alcune zone, ma vastissime nelle grandi città, non è possibile prescindere almeno in sede di pronto intervento dagli ufficiali sanitari locali e quindi dai medici provinciali ai quali deve esser fatto obbligo di compiere la prima diagnosi e di dettare i primi interventi terapeutici.

Non possono che essere questi funzionari i primi artefici della grande opera di bonifica umana che questo disegno di legge si propone.

Purtroppo a questo punto incomincia il grande vuoto che il legislatore, se vuol essere conseguente al giudizio che in questo disegno di legge vien dato al fenomeno, deve colmare cioè apprestare gli strumenti più

congrui perchè l'azione di cura e di recupero possa avere la possibilità di concludersi positivamente.

Anzitutto deve essere abbandonato per sempre il concetto che il possibile soggetto da sottoporsi ad adeguati trattamenti sia soltanto l'intossicato cronico pericoloso a sè e agli altri (come prevedono le normative vigenti).

Anche l'intossicato subacuto costituisce quanto meno un potenziale pericoloso per sè e soltanto per questo fatto il legislatore deve intervenire se intende essere ossequiente al dettato costituzionale.

D'altra parte è d'uopo sempre por mente al fatto che non esiste nè può esistere la licenza (non potendosi parlare certamente di libertà) di non curarsi.

Del pari deve cadere in modo definitivo il concetto che l'unico metodo di cura del tossicomane, sia pure cronico, debba essere esclusivamente l'ospedale psichiatrico, sia perchè rimedio inidoneo in sè e per sè, sia perchè i mezzi terapeutici moderni indicano ben altre vie da battere senza giungere al ricovero *sic et simpliciter* del tossicomane come previsto dall'articolo 21 della legge n. 1041 del 1954.

Le forme terapeutiche devono essere le più differenti a seconda si tratti di una droga più attiva come gli oppiacei o le amfetamine a forti dosi e l'ospedalizzazione può essere la norma in alcuni casi mentre in altri il trattamento può essere meno rigoroso. Comunque in ogni caso per giungere alla disintossicazione del soggetto occorre sapere anzitutto perchè ha fatto ricorso alla droga e l'indagine psicologica non può certo svolgersi nell'interno di un ospedale psichiatrico dove nessuno mai si presenterà per una cura spontanea e di fronte al quale nessuna famiglia e nessun educatore avrà il coraggio di tentare un'opera di convinzione perchè il malato vi entri.

Occorrono pertanto istituti nuovi, il facile accesso e ospitale accoglienza dove sacro sia ritenuto il rispetto dovuto all'uomo e alla sua integrità psicofisica.

L'apprestamento degli strumenti curativi potrebbero essere molti ma subito appare idonea la costituzione di centri clinici specializzati per la disintossicazione in aggiun-

ta alla costituzione di ambulatori presso i maggiori ospedali.

Tuttavia non si può dimenticare che ogni iniziativa che sorge quasi dal nulla non può partire da un *optimum* ma deve limitarsi a quanto si ritiene strettamente indispensabile tenendo presente nella fattispecie — e non è un problema di poco conto — l'entità del sacrificio finanziario che lo Stato deve assumersi.

A dir vero non è che nella nostra legislazione non esista alcun strumento idoneo allo scopo, anzi dobbiamo dire che il mezzo principale già esiste aggiungendo però che esso non ha carattere obbligatorio ma è lasciato alla buona volontà dei singoli, tanto che parecchi sono in Italia i pionieri in questo campo e questo mezzo è costituito dai « Centri per le malattie sociali » che sono affidati alla promozione del Ministero della sanità dal decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 249.

Orbene: posto che il decreto ministeriale 20 dicembre 1961 qualifica come malattia sociale « le tossicosi da stupefacenti e da sostanze psicoattive » ne deriva che l'organismo-base per la lotta contro la tossicomania esiste ma che, in conseguenza delle competenze attualmente riconosciute dalla legge a questo istituto, occorre determinare ogni sua opportuna integrazione, deve essere strutturato organicamente in modo da rispondere alle reali necessità, deve esserne resa obbligatoria la costituzione entro confini territoriali determinati, deve essergli infine garantita l'attività attraverso un finanziamento completo e sicuro.

I compiti che il decreto del Presidente della Repubblica n. 249 demanda ai Centri per le malattie sociali riguardano in particolare il settore della medicina preventiva, l'indagine epidemiologica, l'attuazione delle misure di profilassi e di prevenzione, l'attività ambulatoriale e l'educazione sanitaria.

Pur tenendo conto che, nello specifico settore che ci interessa, qualsiasi intervento, per essere veramente efficace, deve attuarsi in maniera globale, continuativa e sistematica, riconosciamo che, al momento, un siffatto programma può esprimersi entro confini limitati, mentre troverà più agevole e completa attuazione, nel prossimo futuro,



in sede di riforma sanitaria, allorquando, grazie alla soluzione dei complessi problemi relativi all'organizzazione sanitaria a livello regionale, sarà possibile disporre in concreto di idonei servizi di selezione extraospedaliera opportunamente coordinati.

Riteniamo tuttavia che anche nella attuale situazione di fatto, i Centri per le malattie sociali, se resi obbligatori presso tutti i capoluoghi di regione, possano agire utilmente diventando con i propri mezzi il presidio sanitario centrale e a cui devono far capo e da esso dipendere per quanto attiene la materia in oggetto le autorità sanitarie periferiche della regione, i medici provinciali e ufficiali sanitari.

Il Centro regionale attraverso quella struttura organica che l'amministrazione regionale riterrà congrua alla difesa della popolazione rientrante nei propri confini territoriali, oltre ai compiti ad esso demandati dalla legge, deve avere specifiche funzioni: anzitutto l'esercizio dei compiti di definizione diagnostica e di indirizzo terapeutico dei singoli casi, quali si prospetteranno direttamente ad esso o tramite gli organi periferici, con l'esercizio di un generale controllo psico-medico, secondariamente il collegamento con le istituzioni che già operano a più diretto contatto con le popolazioni e ai quali affluiscono o possono affluire soggetti ai quali è d'uopo fornire i primi trattamenti psico-medici; in terzo luogo, ove ciò fosse indispensabile, l'istituzione di altri centri o di ambulatori in sede provinciale.

Sarà soltanto su base regionale, cioè valutando tutti i fattori locali che potranno essere affrontati, con criteri di razionalità, i complessi problemi inerenti alla prevenzione, trattamento e cura degli stati morbosi e al potenziamento dei rimedi terapeutici.

Particolari funzioni consultive devono essere riconosciute ai centri regionali per tutto quanto riguarda il sistema di cura, recupero e riadattamento dell'interessato nelle varie forme che il presente disegno di legge prevede perchè le varie forme di intervento, i mezzi e le autorità preposte al loro uso non potranno mai ed in nessun modo prescindere dal fatto che soltanto il centro regionale (e nei casi specificamente indicati

gli organi periferici) ha la competenza per quanto attiene alla diagnosi e alla terapia dell'interessato e ciò anche per quanto attiene alle decisioni in pendenza di trattamento o al termine del trattamento stesso.

Ultimo compito del centro sarà la sua esclusiva competenza nella formazione e raccolta di tutti i dati statistici inerenti alla malattia sociale in oggetto nell'ambito del territorio regionale e alla loro trasmissione al Ministero della sanità che è tenuto a seguire l'andamento del fenomeno-droga sia ai fini nazionali sia per l'adempimento dei suoi specifici obblighi in sede internazionale.

Già fin d'ora si prospetta la necessità di una chiara e ferma volontà politica di voler affrontare le difficoltà per superarle, nella consapevolezza della responsabilità gravissima che peserebbe su un legislatore inerte o indifferente al problema.

#### FORMA INIZIALE D'INTERVENTO

La prima forma di intervento sanitario effettuata attraverso gli organi indicati si conclude con una decisione espressamente motivata tendente a stabilire se l'interessato deve sottoporsi ad una cura disintossicante o se deve essere mantenuto soltanto sotto sorveglianza medica.

La decisione comporta una diversità di trattamento del malato perchè mentre nel primo caso si impone il suo ricovero in un ente ospedaliero, nel caso della semplice sorveglianza questo ricovero non è ritenuto necessario perchè si possono ritenere sufficienti le terapie ambulatoriali o anche domiciliari accompagnate da un controllo sanitario nelle forme che non certo la legge può prevedere ma che soltanto un sapiente esame psicoterapeutico può determinare caso per caso.

Le due diverse forme di intervento sanitario stanno ad indicare la scrupolosa attenzione che deve essere posta nella diagnosi del caso singolo perchè oltre all'analisi del maggiore o minore grado di intensità del morbo devesi tener conto dello stato psicologico del soggetto, della sua maggiore o minore disponibilità alla cura, della convenienza o meno nell'adozione di una piuttosto che di altra forma di controllo.

L'adozione del provvedimento idoneo non può che essere lasciato ai sanitari periferici e al centro regionale ma deve essere ben chiaro che ogni decisione deve essere conosciuta e riconosciuta dal centro regionale su cui incombe in definitiva non soltanto una funzione statistica per quanto si verifica nei comuni e nelle province ma specialmente la responsabilità di seguire il decorso delle decisioni prese dagli organi periferici, con diritto di intervento diretto per modificarle, sulla base delle indicazioni ricevute, verificarle attraverso controllo diretto del malato, e quindi anche sostituire, se del caso, la terapia in corso.

È da ritenersi che questa forma di accentramento regionale sia, nella fase sperimentale della presente legge e allo stato attuale della diffusione della malattia in Italia, sufficiente per raggiungere primi positivi risultati, ma certo è che, nella deteriore ipotesi di propagazione del fenomeno, i presidi regionali diverrebbero insufficienti e si dovrebbe in tal caso giungere alla istituzione di Centri quanto meno con competenza territoriale interprovinciale.

A questo punto dev'essere determinati i mezzi che possono essere usati perchè il ricovero ospedaliero possa essere effettuato, in modo che la cura (che ha già di per sé un contenuto affittivo) si svolga in modo non reprimente da un punto di vista morale e umano ma sia tale da potersi effettuare non soltanto in modo sanitariamente proficuo ma responsabilmente accettabile dal malato perchè essa si tramuterebbe in sicuro fallimento allorchè si presentasse con caratteri psicologicamente contraccettivi.

Anche su questo argomento non è possibile ipotizzare soluzioni ideali immediate perchè si cadrebbe immediatamente nell'irrealizzabile e l'attuazione della legge sarebbe frustrata fin dall'inizio.

Gli ospedali per la cura disintossicante ordinata immediatamente dai sanitari periferici o dal centro regionale non possono che essere identificati negli enti ospedalieri normali dove possa essere costituito uno speciale reparto all'interno del più ampio reparto neurologico o neuropsichiatrico esistente, con garanzia di assoluta indipendenza degli affetti da questa malattia so-

ciale dagli affetti da malattia di qualsivoglia altra origine.

A questo proposito non compete alla legge determinare quanti e quali possano essere questi enti ospedalieri ma è fuor di dubbio che debba rientrare nella competenza di ogni singola regione indicarli tenendo conto, per quanto riguarda il numero, sia l'intrinseca necessità che la possibilità di favorire di questo servizio tutta l'area territoriale della regione.

Sarà soltanto nei casi di eccezionale gravità, clinicamente identificati, che potrà essere usato un reparto speciale dell'ospedale psichiatrico da costituirsi in forma autonoma e indipendente onde garantire un trattamento idoneo agli scopi che questa legge si prefigge.

Per quanto invece attiene alla seconda ipotesi della decisione sanitaria, cioè alla sottoposizione del malato a cure ambulatoriali o domiciliari e suo controllo, è ovvio che il centro regionale può, per sua natura, ritenersi perfettamente idoneo e attrezzato, sia di mezzi che di personale.

Non così dicasi per gli organi sanitari periferici per i quali potrebbero essere costituiti centri ambulatoriali opportunamente dislocati ma allo stato della situazione non appare opportuno dettare norme a carattere nazionale ma riconoscere invece ampia libertà di potere di decisione alle Regioni.

In attesa delle statuizioni che le singole regioni riterranno opportune i sanitari periferici potranno usufruire dell'aiuto che gli enti ospedalieri più importanti — almeno quelli provinciali — saranno in grado di offrire.

Sentiamo tutta la limitatezza di queste provvidenze ma d'altronde non possiamo sottrarci ad una realtà che mentre reclama una forma di intervento ormai indilazionabile, nello stesso tempo ci indica di provvedere a quanto possibile lasciando ogni perfezionamento in un susseguente periodo.

D'altronde sarà già enormemente difficile superare le difficoltà che si frappongono alla realizzazione del poco che la legge si propone e a questo proposito basta accennare alla scarsa disponibilità di assistenti sociali e assistenti sanitari che, in questa

materia, assumono, dopo i medici specializzati, importanza assorbente e assoluta indispensabilità.

Dopo l'impostazione dell'intervento sanitario da un punto di vista pratico è d'uopo ora procedere all'esame delle ipotesi in cui il malato non risponda all'invito o si sottragga alla cura.

In questi casi lo Stato non può rinunciare al suo dovere, non può nè deve sottrarsi al dettato costituzionale; difendere ad oltranza il bene-salute del singolo nell'interesse della collettività.

Questo compito lo Stato lo dovrà assolvere senza mai cedere alla tentazione di un intervento punitivo, inutile quanto controproducente, ma usando forme più severe e penetranti.

#### ULTERIORI FORME D'INTERVENTO

Le eventualità che possono impedire o interrompere il corso dell'intervento della autorità sanitaria possono essere individuate: nell'interruzione della terapia per fatto e colpa dell'interessato, o in un decorso irregolare della terapia per comportamento contrastante dell'interessato, oppure l'impossibilità di effettuare un qualsiasi controllo diagnostico o intervento terapeutico efficace.

È ovvio che tali situazioni di fatto denotano una mancanza di collaborazione da parte del malato o peggio ancora una sua resistenza a sottoporsi ad un controllo diagnostico o terapeutico completo cioè a quegli interventi senza dei quali gli intendimenti della legge resterebbero frustrati.

Occorrono pertanto che nuove forme di pressione e più penetranti forme di controllo siano esercitate onde porre in grado l'autorità sanitaria di poter dar corso alla sua azione ed allora non rimane che esercitare questa attività in forma coattiva o più esattamente intervenire coattivamente sul malato perchè l'azione sanitaria possa svilupparsi.

Unico mezzo adeguato non può essere che quello di far ricorso al Pubblico ministero il quale, sollecitato dagli organi sanitari periferici o dal Centro regionale, previa, se la ritenga opportuna, l'assunzione di ogni con-

grua informazione, ordina all'interessato di sottoporsi al trattamento medico diagnostico o ai trattamenti terapeutici già previsti riconoscendogli per l'esecuzione di detto ordine, il diritto di usare i poteri coercitivi che gli sono riconosciuti dall'articolo 77 del codice di procedura penale.

Il ricorso al Pubblico ministero non comporta l'insorgere della facoltà di dar corso a qualsiasi azione penale perchè l'esercizio delle misure coercitive che gli sono richieste sono rivolte verso persona non imputabile ed hanno per scopo di dare esecuzione pratica ad un intervento sanitario per la difesa della salute del malato e di chi lo circonda e quindi ha carattere amministrativo.

Più grave diventa la situazione allorquando neppure gli interventi e i trattamenti dell'autorità sanitaria, ordinati coattivamente dal Pubblico ministero, siano rimasti senza effetto per gli stessi motivi per i quali lo furono dopo il semplice invito dell'autorità sanitaria.

A questo punto soccorre il secondo comma dell'articolo 202 del codice penale che autorizza l'applicazione delle misure di sicurezza anche ai non imputabili di reato.

Il vigente codice penale italiano applica il sistema dualistico in opposizione ai rigidi sistemi unitari secondo i quali la difesa sociale contro la delinquenza doveva attuarsi o con sole pene o con sole misure di sicurezza.

Il nostro ordinamento penale ha accolto il principio dualistico componendo sul terreno pratico della realizzazione gli opposti indirizzi unitari della scuola positiva e della scuola classica ed ha definito chiaramente le misure di sicurezza come misure « amministrative ».

In dottrina la definizione sulla natura delle pene e delle misure di sicurezza non fu mai unanime e altrettanto in sede giurisprudenziale fino a che con la sentenza 10 febbraio 1962 della Cassazione a Sezioni unite il dibattito ha trovato la sua conclusione.

La Suprema corte, infatti, così si pronuncia: « Numerose e profonde, invero, secondo la legge italiana, le differenze fra pene e misure di sicurezza, e le fondamentali possono così enunciarsi: a) le pene avendo carattere preminente, se non esclusivamente

repressivo, hanno la loro base nella imputabilità; le misure di sicurezza, avendo finalità preventive di rieducazione o di cura, hanno la loro base nella pericolosità; *b)* le pene si commisurano al grado di responsabilità, le misure di sicurezza al grado di pericolosità; *c)* le pene sono applicate in relazione a ciascuno dei reati; per le misure di sicurezza si deve compiere una valutazione unitaria della pericolosità; *d)* le pene non possono essere applicate che dal giudice con la sentenza di condanna; le misure di sicurezza possono essere applicate dal giudice non solo con la sentenza di condanna o di proscioglimento, ma anche con provvedimento preso fuori della istruzione o del giudizio.

Se poi dal campo del diritto sostantivo si passa a quello del diritto processuale, è dato scorgere come per l'applicazione e l'esecuzione delle misure di sicurezza il codice di rito contiene disposizioni autonome del tutto distinte da quelle concernenti la applicazione e l'esecuzione delle pene, prevedendo una procedura, speciale, quella della sorveglianza, e dettando norme differenziate ».

Ed allora in considerazione delle suesposte differenze di contenuto, di funzione e di struttura delle pene in confronto alle misure di sicurezza, legittimamente possono queste ultime essere applicate a tutti coloro che sottoposti a trattamenti di carattere sanitario vi si sottraggono pervicacemente nonostante che il loro stato morboso sia di pericolo per sè e per gli altri.

La non imputabilità penale del soggetto permane integra ma sulla base di una acclarata pericolosità sociale lo Stato esercita il suo diritto-dovere nelle forme più drastiche e secondo le norme che la legge positiva gli riconosce: norme che la legge speciale può lievemente integrare e modificare per meglio adottarle alla fattispecie.

L'intervento del Giudice di sorveglianza quale è previsto dal codice di procedura penale non ha nè può avere carattere punitivo, data la sua funzione eminentemente amministrativa, ma costituisce nella graduale esecuzione del programma curativo e recuperativo dell'intossicato l'ultimo di una serie progressiva di interventi.

Tuttavia è da rilevarsi che la partecipazione del Giudice di sorveglianza al processo recuperatorio del soggetto affetto da tossicosi è pur sempre condizionata, per quanto attiene le sue decisioni, dal parere vincolante dell'autorità sanitaria e precisamente del Centro regionale.

Sotto questo aspetto particolare il disegno di legge è particolarmente intransigente fino a prevedere che la revoca della misura di sicurezza può essere disposta soltanto su conforme parere del Centro regionale e fino a stabilire che il controllo della autorità sanitaria debba proseguire anche dopo la revoca della misura di sicurezza. Infatti per il completo riadattamento e la reintegrazione sociale del soggetto occorre indubbiamente un trattamento di post-cura che non potrà che essere determinato nelle forme che il Centro regionale riterrà opportune e congrue al caso specifico.

La lotta contro la tossicomania con questa successione di mezzi potrà raggiungere gli effetti sperati: forse non moltissimi, ma certamente non pochi, mentre una penale perseguibilità per nulla potrebbe influire sul propagarsi del terribile morbo.

## CONCLUSIONE

Questo disegno di legge reagisce, in sostanza, ad una duplice concezione che si ritiene erronea e superata.

Reagisce dapprima contro coloro che sono tuttora fermi nel considerare la Convenzione del 1961 (e le sostanze da essa elencate) come una sorte di « Sacra Bibbia » alla quale più nulla vi sia da aggiungere, mentre invece deve essere aggiunta e considerata alla pari la Convenzione del 1971 (con le sostanze psicotrope in essa elencate) anche se le forme di tossicomania abbiano origine ed effetti diversi.

Reagisce all'antica tendenza di combattere la tossicomania con la repressione. Di fronte ad una malattia sociale si devono usare esclusivamente gli strumenti propri delle malattie: la prevenzione e la cura.

Questo è quanto può e deve fare il legislatore italiano con urgenza prima che la diffusione del morbo in Italia assumi le

terribili proporzioni che ha raggiunto in altre nazioni.

Ma occorre fare altro e cioè la società intera prenda coscienza delle radici del male e ne elimini le cause.

A questo proposito riportiamo la dichiarazione testuale che il rappresentante della Santa Sede pronunciò alla Conferenza di Vienna allorchè era in discussione l'articolo 20 della Convenzione:

« La Delegazione della Santa Sede approva calorosamente il testo dell'articolo 20: uno dei più importanti del Protocollo. Essa si preoccupa grandemente degli effetti nocivi esercitati, sia sull'individuo che sulla società intera, dall'abuso crescente delle sostanze psicotrope; tuttavia reputa che la applicazione integrale di tutte le misure previste dall'articolo 20 sarà insufficiente se non accompagnata da uno studio approfondito delle vere cause della crisi attuale.

Si dice che coloro che fanno uso di queste sostanze cercano una rivincita sulla loro esistenza miserabile: ma si verifica che i Paesi dove maggiore è l'abuso di stupefacenti e sostanze psicotrope sono quelli più sviluppati, dove il livello medio della vita è più elevato che nelle altre parti del mondo. Se l'uso di droghe si manifesta quale rifiuto del sistema di vita che esige una società moderna industrializzata, è segno che qualcosa non funziona più in questa società. I "viaggi" verso i paradisi artificiali dimostrano la povertà spirituale ed ideologica della società moderna.

Di conseguenza la campagna destinata a prevenire l'abuso delle droghe deve incominciare da una ricostruzione morale e sociale della comunità; qualsiasi altro tentativo equivale a voler curare i sintomi anzichè attaccare le radici del male ».

Il rappresentante della Santa Sede al momento conclusivo della conferenza poi aggiungeva:

« Noi speriamo che le direttive fondamentali di questa Convenzione serviranno da guida per la legislazione interna di tutti i Paesi per il benessere dei loro popoli, auspicando che si arrivi presto a riconoscere che il diritto internazionale non debba più

essere riconosciuto solamente come "diritto degli Stati" ma soprattutto come "diritto degli uomini" ».

Questo disegno di legge vuol raccogliere questo auspicio: se è vero che la droga è « l'urlo dell'adolescente alla cattiva coscienza della società » spetta a noi legislatori, che questa società riteniamo di interpretare, essere in prima linea in questa lotta che ha per scopo ultimo la difesa dell'uomo.

È del maggio scorso l'agghiacciante denuncia che il giornalista Mascardi scriveva su un periodico milanese:

« All'ospedale psichiatrico di Milano ce ne sono già dodici. Sono ragazzi milanesi. Almeno nove bruciati dalle amfetamine. Comunque drogati tutti e dodici. Ma drogati da ultima trincea. Al di là di Mombello, se lì non riescono a risanarli un po', c'è solo il cimitero. Questo è oggi il problema della droga e i giovani. E i dodici di Mombello non sono ragazzi benestanti, di famiglia che li vizia: un litografo, un battilama, un apprendista di bar, due operai, un inserviente infermiere in clinica privata, un ladro di radio sulle auto alle prime armi. Il giovanetto viziato non è qui, per lui si aprono altre cliniche, altri silenzi. Questo è l'aspetto "nuovo" della situazione: la droga — amfetamine, marijuana, hascisc — dilaga in periferia, nelle officine, anche tra i poveri. È inutile chiudere gli occhi. E per di più: c'è arrivata rabbiosamente, come estrema irreversibile rivolta di questi ragazzi, che rifiutano in blocco la loro vita com'è. Sono figli di gente rassegnata, in genere. Loro invece rifiutano di rassegnarsi. Anzi fanno di più. Non tentano nemmeno di darsi una ragione della fatica che li attende. Si autodistruggono. A sedici anni. Se la vita non li attira — diciamolo subito — non è colpa loro. Siamo tutti colpevoli ».

Onorevoli senatori, il disegno di legge non potrà non essere oggetto di profonda discussione e di critica ma osiamo sperare che il Senato lo vorrà recepire con la consapevolezza della gravità che merita il fenomeno-droga e quindi dare ad esso una risposta che, non senza assumersi notevoli responsabilità, non può essere elusa.

**DISEGNO DI LEGGE**

## PARTE I

**NORME GENERALI**

## TITOLO I

**CONTROLLO E VIGILANZA**

## Art. 1.

La coltivazione, la produzione, l'impiego, il commercio, l'esportazione, l'importazione, il transito e la detenzione, in qualsiasi forma, di sostanze stupefacenti e di sostanze psicotrope e loro preparati sono sottoposti al controllo e alla vigilanza del Ministero della sanità.

L'azione di vigilanza e controllo che si riferisce a tutto il contenuto della presente legge e con le forme in essa previste sarà esercitata dal Ministero della sanità, a mezzo dell'Ufficio centrale stupefacenti alle dirette dipendenze della Direzione generale dei servizi di medicina sociale del Ministero stesso.

Per l'esercizio del potere di vigilanza e controllo l'Ufficio centrale stupefacenti si avvarrà in sede periferica, degli uffici regionali competenti, dei medici provinciali e degli ufficiali sanitari nelle rispettive circoscrizioni delle Regioni, Province e Comuni.

Sarà di esclusiva competenza delle Regioni l'esercizio delle misure di prevenzione e di tutte le forme di intervento sanitario per la cura e riabilitazione dei colpiti da tossicosi da stupefacenti o psicofarmaci, sulla base delle norme contenute nella parte IV della presente legge.

Per la repressione e quant'altro inerente a qualsiasi forma illecita delle attività previste dal primo comma del presente articolo il Ministero della sanità e i suoi organi centrali e periferici nonchè gli assessorati alla sanità delle giunte regionali per quanto

di loro competenza sono tenuti ad avvalersi normalmente dei nuclei specializzati dei carabinieri, della guardia di finanza e del corpo di pubblica sicurezza e nei casi urgenti di qualsiasi ufficiale e agente della forza pubblica e per quanto riguarda il controllo sulle navi e sulle aeronavi l'azione sarà coordinata con le capitanerie di porto e con i comandi di aeroporto.

#### Art. 2.

Presso il Ministero della sanità è istituito un Comitato tecnico per assicurare attraverso pareri periodici il costante aggiornamento e perfezionamento delle materie previste dalle parti II e III della presente legge.

In particolare il Comitato deve:

1) assicurare il coordinamento di azione fra gli organi di tutte le forze di polizia interessate alla vigilanza e al controllo della coltivazione e della produzione, commercio e impiego degli stupefacenti e sostanze psicotrope e alla lotta contro ogni forma di tossicosi;

2) stabilire i contenuti dei formulari che dovranno essere usati dai medici provinciali e dalle giunte regionali nella compilazione delle statistiche;

3) esaminare le statistiche provinciali e regionali con diritto di richiedere supplementi di informazioni, allo scopo di redigere le statistiche nazionali;

4) pubblicare un rapporto sulla materia di cui al primo comma del presente articolo da allegarsi alle statistiche nazionali, entro il primo trimestre di ciascun anno, da comunicare al Ministro della sanità che lo trasmetterà al Parlamento;

5) esprimere ogni anno il parere motivato sul numero delle ditte alle quali rilasciare le autorizzazioni per la produzione e impiego degli stupefacenti, sostanze psicotrope e preparazioni sottoposte alle disposizioni della presente legge, e per il commercio all'ingrosso;

6) esprimere ogni anno il parere motivato sul numero delle ditte alle quali possono essere concesse licenze di importazione e di esportazione di materie prime per

## LEGISLATURA V — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

la produzione e l'impiego degli stupefacenti e sostanze psicotrope;

7) proporre i provvedimenti utili per assicurare la migliore applicazione della presente legge e dare parere su tutte le questioni relative alla presente legge che siano sottoposte al suo esame.

I pareri espressi dal Comitato hanno carattere obbligatorio.

## Art. 3.

Il Comitato tecnico di cui al precedente articolo è presieduto dal Ministro della sanità o da un Sottosegretario di Stato suo delegato ed è composto di:

a) due funzionari del Ministero della sanità appartenenti all'Ufficio centrale stupefacenti;

b) tre professori universitari titolari di cattedra rispettivamente di neurologia, farmacologia e sociologia, designati dal Ministro della pubblica istruzione;

c) un ufficiale dell'Arma dei carabinieri appartenente ai nuclei specializzati nella lotta contro gli stupefacenti, designato dal Ministro dell'interno;

d) un ufficiale della Guardia di finanza appartenente ai nuclei di controllo sulla produzione, commercio ed impiego degli stupefacenti, designato dal Ministro delle finanze;

e) un funzionario, appartenente alla *Criminalpol*, designato dal Ministro dell'interno;

f) un funzionario designato dal Ministro degli affari esteri;

g) un funzionario designato dal Ministro dell'industria e del commercio;

h) un funzionario in servizio presso il Ministero della sanità con funzioni di segretario.

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

Il Comitato si riunisce almeno tre volte all'anno e obbligatoriamente entro il mese di febbraio.



## Art. 4.

Presso il Ministero della sanità è istituito un Comitato scientifico avente lo scopo di seguire l'evoluzione del fenomeno delle tossicosi da stupefacenti e sostanze psicotrope in Italia, di dare parere per il costante perfezionamento pratico delle norme previste dalla parte IV e per l'aggiornamento delle norme previste dal titolo II, parte I della presente legge.

In particolare il Comitato, sulla base di tutti gli accordi, risoluzioni e raccomandazioni, che intervengono o sono comunicate al Governo italiano, nella soggetta materia, da tutti gli organismi internazionali deve:

a) proporre alle Regioni l'adozione di ogni opportuna misura di intervento, indicandone il carattere di eventuale urgenza o nuove forme di vigilanza o controllo sia per quanto riguarda gli stupefacenti e sostanze con effetti stupefacenti, sia le sostanze psicotrope;

b) proporre al Consiglio superiore di sanità l'adozione di ogni modifica e aggiunta negli elenchi dei farmaci dalla legge sottoposti a controllo;

c) esaminare le statistiche annuali di ogni regione e, previa determinazione del grado di diffusione della tossicomania e delle sfere di influenza del fenomeno, comunicare, entro il primo trimestre di ogni anno, al Ministro della sanità che lo trasmetterà al Parlamento, un rapporto sulle cause evidenziate durante l'anno, sui sistemi di cura in atto nelle Regioni, sulle carenze riscontrate e su ogni opportuno intervento conseguente;

d) proporre alle Regioni, agli effetti della prevenzione, ogni opportuna forma di informazione a livello della scuola, della famiglia e della società.

## Art. 5.

Il Comitato scientifico di cui al precedente articolo è presieduto dal Ministro della sanità ed è composto di:

a) il capo ufficio stupefacenti del Ministero della sanità;

b) tre professori universitari, titolari di cattedra rispettivamente di psichiatria, farmacologia e sociologia designati dal Ministro della pubblica istruzione;

c) tre direttori di centri regionali per le tossicosi da stupefacenti e da sostanze psicoattive già costituiti o da costituirsi a norma della presente legge, designati dal Ministro della sanità;

d) un ufficiale dell'Arma dei carabinieri appartenente ai nuclei specializzati nella lotta contro gli stupefacenti, designato dal Ministro dell'interno.

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

Il Comitato si riunisce almeno tre volte l'anno e obbligatoriamente entro il mese di febbraio.

## TITOLO II

### SOSTANZE E PREPARATI SOTTOPOSTI A CONTROLLO

#### Art. 6.

Gli stupefacenti, le sostanze psicotrope e loro rispettivi preparati sono sottoposti a controllo secondo le disposizioni della presente legge e sono pubblicati in speciali elenchi con decreto del Ministro della sanità.

Gli elenchi attualmente in vigore contenuti nel decreto ministeriale 20 novembre 1964, nel decreto ministeriale 25 agosto 1967, nel decreto ministeriale 15 febbraio 1968 e nel decreto ministeriale 5 agosto 1970 saranno sottoposti a coordinamento entro un mese dall'approvazione della presente legge nel senso di suddividere gli stupefacenti e loro preparati dalle sostanze psicotrope e loro preparati.

Le sostanze psicotrope indicate nelle tabelle I, II, III e IV allegate alla presente legge, ove non già incluse nei decreti ministeriali citati, sono sottoposte al controllo

al momento dell'entrata in vigore della presente legge secondo le modalità in essa previste.

Il Ministro della sanità è tenuto ad apportare, con suo decreto, aggiunte o modifiche negli elenchi di cui al precedente comma, sulla base di quanto sia previsto in convenzioni e protocolli internazionali ratificati o meno, sentiti il Consiglio superiore di sanità e il Comitato tecnico, di cui all'articolo 2.

Le variazioni agli elenchi di cui al comma precedente sono pubblicate sulla *Gazzetta Ufficiale*, inserite nella « Farmacopea ufficiale » e comunicate a tutti i medici provinciali per le conseguenti comunicazioni agli ordini dei sanitari delle rispettive circoscrizioni.

Il Ministro della sanità può prescrivere contemporaneamente opportune norme alle quali devono sottostare le specialità medicinali contenenti sostanze o preparati previsti da ogni variazione aggiuntiva.

### TITOLO III

#### NORME PENALI

##### Art. 7.

Chiunque produce, trasporta, importa, esporta, passa in transito, impiega, detiene, offre, vende ed acquista illegalmente piante, sostanze o preparati classificati come stupefacenti nei decreti ministeriali di cui all'articolo precedente o classificati come sostanze psicotrope nella tabella I allegata alla presente legge è punito con la reclusione da tre a dieci anni e con la multa da lire 5 milioni e lire 20 milioni.

Il reato è punibile anche quando uno solo dei suoi elementi costitutivi sia compiuto o si verifichi nel territorio nazionale.

Uguale pena sarà erogata:

a) a chiunque faciliti con qualunque mezzo, anche gratuito, il compimento dei reati previsti dal presente articolo;

b) a chiunque a mezzo di documenti falsi o di compiacenza acquista o in qual-

siasi modo fraudolento ottiene la disponibilità delle predette materie;

c) a chiunque compila o rilascia i predetti documenti e a coloro che, conoscendo il carattere illegale dei documenti stessi, vendono o comunque consegnano, ad esibizione dei documenti, le materie previste dal primo comma del presente articolo;

d) a chiunque detiene materie di cui al primo comma del presente articolo in eccedenza alle quantità e qualità espressamente indicate nelle autorizzazioni o licenze ministeriali al medesimo rilasciate e di cui agli articoli seguenti.

Nei casi in cui i reati previsti dal presente articolo sono compiuti nei confronti di persone di età inferiore ai diciotto anni la pena è aumentata di un terzo.

In ogni caso il medico provinciale del luogo del commesso reato, accertati i fatti, dispone con provvedimento provvisorio, la chiusura dei locali ove si sia verificata la produzione, l'acquisto, l'offerta, la vendita o il deposito delle materie stupefacenti, per un periodo da un anno a tre anni, fatte salve le disposizioni definitive in sede di giudizio.

In ogni caso tutte le sostanze e preparati stupefacenti nonchè i mezzi che servono al loro trasporto sono confiscati.

#### Art. 8.

Chiunque produce, trasporta, importa, esporta, passa in transito, impiega, detiene, offre, vende ed acquista illegalmente sostanze psicotrope o loro preparati classificati nelle tabelle II, III e IV allegate alla presente legge è punito con la reclusione da un anno a cinque anni e con la multa da lire 1 milione a lire 5 milioni e si applicano le disposizioni contenute nel quarto e sesto comma dell'articolo precedente.

#### Art. 9.

Chiunque detiene, vende o cede, anche a titolo gratuito, minime quantità di sostanze stupefacenti o psicotrope per uso personale di terzi o svolge attività concreta di proseli-

tismo, sia pubblicamente che in privato, e sempre che il fatto non concorra con altri più gravi reati, è punito con la reclusione da due a sei anni e con la multa da lire 2 milioni a lire 8 milioni. La pena è aumentata se il fatto è compiuto a danno di minori di anni diciotto.

Qualora l'attività di proselitismo sia svolta a mezzo stampa o con qualsiasi mezzo di comunicazione collettiva la pena è raddoppiata.

In ogni caso è obbligatorio il mandato di cattura e quando il reo risulta affetto da tossicosi l'autorità giudiziaria provvede a sottoporlo immediatamente ai trattamenti sanitari di recupero di cui al titolo II, parte IV della presente legge, compatibili con lo stato di detenzione.

Le sostanze e i mezzi connessi alla perfezione del reato sono confiscati.

#### Art. 10.

Chiunque, avendo la disponibilità a qualsiasi titolo o l'amministrazione di una casa o di uno o più locali, li ceda in uso, anche gratuito, tollerando che in essi una o più persone facciano consumo di sostanze stupefacenti o psicotrope è punito con la reclusione da tre a sei anni e con la multa da lire 4 milioni a lire 10 milioni.

Alle stesse pene soggiace chiunque essendo proprietario, titolare o gerente di esercizio pubblico, albergo, locanda, pensione, ristorante, bar, circolo, locali da ballo o di spettacolo o di locali comunque aperti al pubblico, oppure essendo dirigente sotto qualsiasi forma o addetto al servizio di circoli o sedi di associazioni private tollera che nei predetti locali una o più persone facciano uso di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Chiunque accede ai locali indicati nel presente articolo tollerando che alla propria presenza vi siano persone che fanno consumo di sostanze stupefacenti o psicotrope è punito con l'arresto fino a giorni trenta e l'ammenda da lire 50 mila a lire 300 mila.

In ogni caso si applica la disposizione contenuta nell'ultimo comma dell'articolo precedente.

## Art. 11.

La detenzione illegale di stupefacenti o sostanze psicotrope e loro preparati per uso personale è sottoposta alle disposizioni del titolo II della parte IV della presente legge.

## Art. 12.

Chiunque produce, pone in commercio, detiene a scopo di commercio, procaccia o somministra ad altri sostanze stupefacenti non comprese negli elenchi di cui all'articolo 6, ma che hanno idoneità a produrre azione stupefacente è punito con la reclusione da due a quattro anni e con la multa da lire 500 mila a lire 2 milioni.

Se il reato è compiuto a danno di persona minore di anni diciotto la pena è aumentata.

L'accertamento di tale idoneità è eseguito dall'autorità giudiziaria a mezzo di accertamenti tecnici di natura tossicologica e farmacologica in relazione alla sostanza in oggetto.

In ogni caso tutte le sostanze e i mezzi connessi alla perfezione del reato sono confiscati.

## PARTE II

**DISPOSIZIONI RIGUARDANTI  
GLI STUPEFACENTI**

## TITOLO I

## COLTIVAZIONE

## Art. 13.

La coltivazione di piante di coca di qualsiasi specie e di peyotl, di piante di canapa indiana di qualsiasi varietà e di funghi allucinogeni è proibita su tutto il territorio nazionale.

La coltivazione del papavero e di altre piante dalle quali si possono ricavare so-

stanze comprese nell'elenco degli stupefacenti possono aver luogo soltanto a seguito di autorizzazione biennale rilasciata dal Ministero della sanità.

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

L'eventuale decreto di autorizzazione determina le condizioni e le garanzie alle quali la coltivazione è subordinata e abilita anche alla raccolta, alla detenzione e alla vendita dei prodotti ottenuti da effettuarsi esclusivamente, sentito il medico provinciale, alle ditte titolari di autorizzazioni per la produzione o l'impiego di sostanze stupefacenti, comprese negli elenchi di cui all'articolo 6.

Sia la richiesta che l'eventuale decreto ministeriale di autorizzazione sono trasmessi all'Ufficio del medico provinciale competente per territorio e alla guardia di finanza, alla quale spetta l'esercizio di vigilanza e del controllo di tutte le fasi della coltivazione fino all'avvenuta vendita del prodotto, e allo scopo il concessionario è tenuto ad esibire alla guardia di finanza tutti i documenti inerenti alla autorizzazione, alla gestione della coltivazione e alla vendita dei prodotti.

#### Art. 14.

Ogni azienda coltivatrice deve tenere un registro sul quale iscrivere dettagliatamente le singole quantità dei prodotti ricavati dalla coltivazione nonché il contenuto delle singole fatture di vendita, numerate in ordine progressivo, con l'indicazione dell'acquirente e della quantità dei prodotti ceduti.

In caso di deperimento, di furto o di distruzione di piante che producono stupefacenti o di parti dei prodotti ricavati gli interessati devono farne immediatamente denuncia alla guardia di finanza e il rela-

tivo verbale, contenente ogni opportuna indicazione, sarà trasmesso all'Ufficio del medico provinciale e al Ministero della sanità.

Chiunque senza la prescritta autorizzazione, effettua la coltivazione, la raccolta delle piante o delle sostanze è punito con la reclusione da sei mesi a due anni e la multa da lire 500 mila a lire 2 milioni.

La coltivazione illegale è inoltre distrutta a spese del colpevole.

Uguale pena è erogata a chiunque proceda all'estrazione di oppio grezzo o di altre droghe dalle piante prodotte da coltivazioni coma sopra autorizzate.

Chiunque non osservi le prescrizioni previste nel presente articolo e nell'atto di autorizzazione è punito con l'arresto da un mese ad un anno e con l'ammenda da lire 100 mila a lire 400 mila.

## TITOLO II

### PRODUZIONE

#### Art. 15.

Il Ministro della sanità, entro il mese di novembre di ciascun anno, su indicazione dell'Ufficio centrale stupefacenti, determina le qualità e quantità di stupefacenti che possono essere prodotte sul territorio nazionale in relazione alle presumibili esigenze del mercato per l'anno successivo, nel rispetto delle valutazioni e limiti previsti dagli accordi internazionali.

I quantitativi come sopra determinati vengono suddivisi in quote, sia per qualità che per quantità, da assegnarsi alle imprese autorizzate alla produzione secondo le modalità e le condizioni di cui agli articoli successivi.

I decreti ministeriali che stabiliscono i quantitativi di sostanze stupefacenti da produrre e l'elenco delle imprese autorizzate, con la rispettiva quota e le qualità di produzione, sono pubblicate sulla *Gazzetta Ufficiale* entro il mese di dicembre di ciascun anno.



## Art. 16.

Le imprese che intendono ottenere l'autorizzazione per estrarre alcaloidi dal papavero o da altre piante stupefacenti, dall'oppio o dalle foglie o pasta di coca oppure trasformare o sintetizzare stupefacenti devono presentare domanda al Ministero della sanità entro e non oltre il 31 ottobre di ciascun anno tramite l'Ufficio del medico provinciale che ne cura la trasmissione con il proprio parere.

Nella domanda, corredata del certificato di iscrizione alla Camera di commercio, industria, artigianato e agricoltura sarà precisato:

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

b) sede, ubicazione e descrizione della impresa di produzione e descrizione grafica dei locali adibiti alla lavorazione e al deposito della merce lavorata o da porsi in lavorazione;

c) generalità del direttore tecnico che assume la responsabilità solidale con il titolare dell'impresa;

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

e) gli stupefacenti che si intendono produrre, nonché i procedimenti di estrazione o di sintesi che si intendono applicare, con l'indicazione presumibile delle rese di lavorazione.

## Art. 17.

Le imprese autorizzate alla produzione di stupefacenti o di preparati ad azione stupefacente sono obbligate a tenere due registri di lavorazione, vidimati dal medico provinciale prima dell'uso, rispettivamente per gli stupefacenti naturali e loro derivati e per gli stupefacenti sintetici.

In ciascun registro devono risultare: la quantità delle materie prime ricevute con le rispettive caratteristiche chimico-fisiche, la quantità delle materie utilizzate per ogni

lavorazione o per ogni sintesi, la natura e la quantità degli stupefacenti ricavati pronti per la vendita, la quantità dei prodotti venduti e la quantità delle eccedenze residue.

I titolari e il direttore tecnico dell'impresa di produzione che omettano la tenuta dei registri di lavorazione sono puniti con l'ammenda da lire 15 milioni a lire 50 milioni.

Qualora i registri non siano tenuti aggiornati o forniscano dati inesatti o incompleti la pena dell'ammenda è da lire 5 milioni a lire 15 milioni.

#### Art. 18.

Le imprese autorizzate alla produzione di stupefacenti o di sostanze ad azione stupefacente devono trasmettere annualmente al Ministero della sanità e al medico provinciale non oltre il 31 gennaio di ciascun anno i dati riassuntivi dell'anno precedente riguardanti:

- a) la quantità di materie prime entrate in carico;
- b) la quantità della merce messa in lavorazione;
- c) la quantità e qualità dei prodotti finiti, ivi compreso ogni recupero dei residui e l'eventuale utilizzo delle eccedenze dell'anno precedente;
- d) le rese nei confronti del titolo delle materie prime entrate in carico;
- e) la qualità e quantità dei prodotti e preparati venduti nel corso dell'anno;
- f) la qualità e quantità delle giacenze esistenti al 31 dicembre.

I titolari e il direttore tecnico dell'impresa di produzione che non ottemperino agli obblighi di cui al presente articolo, entro il termine stabilito, sono puniti con l'ammenda da lire 500 mila a lire 3 milioni.

Qualora il modulo statistico sia inesatto o incompleto l'ammenda sarà da lire 100 mila a lire 500 mila.

Le eccedenze di produzione, quali risulteranno al termine dell'anno, dovranno essere computate nei quantitativi da prodursi nell'anno successivo.

I titolari e il direttore tecnico dell'impresa di produzione che non ottemperino ai limiti delle quantità e qualità degli stupefacenti stabiliti dall'autorizzazione ministeriale sono puniti con la reclusione da uno a due anni e con la multa da lire 500 mila a lire 5 milioni.

#### Art. 19.

Le imprese autorizzate alla produzione di stupefacenti o di preparati ad azione stupefacente sono obbligate a conservare per un periodo di cinque anni i registri di lavorazione, tutte le fatture concernenti la vendita, debitamente numerate in ordine di tempo, e sono tenute alla relativa esibizione, in qualsiasi momento, a richiesta del medico provinciale o delle forze di vigilanza e controllo alle quali è riconosciuta la facoltà di estendere il controllo a tutti i locali facenti parte dell'impresa autorizzata.

I titolari e il direttore tecnico dell'impresa di produzione che non osservano le norme di cui al presente articolo sono puniti con l'ammenda da lire 5 milioni a lire 10 milioni, salvo che i fatti integrino più grave reato.

### TITOLO III

#### IMPIEGO

#### Art. 20.

Le imprese ed i laboratori farmaceutici che intendono ottenere l'autorizzazione all'impiego di prodotti stupefacenti per la produzione di preparati galenici o di specialità medicinali debbono presentare domanda al Ministero della sanità entro il 31 ottobre di ciascun anno tramite l'Ufficio del medico provinciale che ne cura la trasmissione con il proprio parere.

La domanda, corredata del certificato di iscrizione alla Camera di commercio, industria, artigianato ed agricoltura e del certificato attestante l'autorizzazione ad esercitare

l'attività di produzione medicinali, dovrà contenere le indicazioni di cui alle lettere *a*), *b*), *c*) e *d*) dell'articolo 16 della presente legge.

La domanda deve contenere l'elenco dei prodotti, preparati e specialità medicinali che l'impresa o il laboratorio richiedente intende produrre con l'impiego di sostanze stupefacenti, indicando per ciascuno d'essi gli estremi della registrazione di cui all'articolo 162 del regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265.

Il Ministro della sanità, previ, se del caso, opportuni accertamenti, rilascia l'autorizzazione all'impiego determinando, ove necessario, ogni opportuna condizione e garanzia.

#### Art. 21.

I titolari delle imprese e dei laboratori nei quali vengono impiegati sostanze e preparati stupefacenti sono obbligati a tenere un registro di carico e scarico, vidimato prima dell'uso dal medico provinciale, dal quale risultino i quantitativi di stupefacenti naturali, derivati o sintetici acquistati per l'impiego e i corrispettivi quantitativi impiegati mensilmente nella produzione dei medicinali, con ogni dato inerente alla provenienza e all'acquisto.

Al 31 dicembre di ogni anno il registro deve essere chiuso con la scritturazione riassuntiva di tutti i dati comprovanti i totali delle qualità e quantità dei prodotti avuti in carico e delle quantità e qualità dei prodotti impiegati durante l'anno nella produzione dei singoli medicinali, con indicazione di ogni eventuale differenza o residuo.

Il titolare e il direttore tecnico dell'impresa o del laboratorio autorizzato all'impiego di stupefacenti o preparati ad azione stupefacente che omettono la tenuta del registro di carico e scarico sono puniti con l'ammenda da lire 15 milioni a lire 50 milioni.

Qualora il registro non sia tenuto aggiornato o fornisca dati inesatti o incompleti la pena dell'ammenda è da lire 5 milioni a lire 15 milioni.

## Art. 22.

Le imprese ed i laboratori autorizzati all'impiego di stupefacenti o di sostanze ad azione stupefacente devono trasmettere annualmente al Ministero della sanità e al medico provinciale non oltre il 15 gennaio di ciascun anno i dati riassuntivi dell'anno precedente e precisamente:

a) i risultati di chiusura del registro di carico e scarico;

b) la quantità e qualità delle materie utilizzate per la produzione di specialità medicinali e prodotti galenici preparati nel corso dell'anno;

c) la quantità e qualità dei prodotti e specialità medicinali venduti nel corso dell'anno;

d) la quantità e qualità delle giacenze esistenti al 31 dicembre.

Il titolare e il direttore tecnico dell'impresa o laboratorio che non ottemperino agli obblighi di cui al presente articolo entro il termine stabilito sono puniti con l'ammenda da lire 500 mila a lire 3 milioni.

Qualora il modulo statistico sia inesatto o incompleto l'ammenda sarà ridotta da lire 100 mila a lire 500 mila.

## TITOLO IV

## COMMERCIO ALL'INGROSSO

## Art. 23.

Chiunque intenda acquistare o detenere e quindi commerciare sostanze o preparati indicati nell'elenco degli stupefacenti o prodotti galenici o specialità medicinali contenenti stupefacenti deve presentare domanda al Ministero della sanità entro il 31 ottobre di ciascun anno tramite l'Ufficio del medico provinciale che ne cura la trasmissione con il proprio parere.

La domanda corredata da certificato di iscrizione alla Camera di commercio industria, artigianato ed agricoltura dovrà contenere;

1) le generalità del titolare o la denominazione dell'impresa commerciale con l'indicazione del legale rappresentante;

2) le generalità della persona responsabile del funzionamento dell'esercizio e l'indicazione dei requisiti previsti dall'articolo 188-*bis* del regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265;

3) l'ubicazione delle sedi, filiali, dei depositi o magazzini nei quali il commercio viene esercitato con l'indicazione dei locali riservati alla ricezione, alla detenzione e alla spedizione o consegna dei prodotti di cui al primo comma del presente articolo con l'indicazione delle misure di sicurezza adottate per i predetti locali;

4) le sostanze, i prodotti e le specialità medicinali con le caratteristiche di cui al primo comma del presente articolo, che si intendono commerciare.

Il Ministro della sanità, previ, se del caso, opportuni accertamenti, rilascia l'autorizzazione al commercio determinando, ove necessario, ogni opportuna condizione o garanzia.

#### Art. 24.

I direttori responsabili delle sedi, filiali, depositi o magazzini nei quali viene esercitato il commercio delle sostanze di cui all'articolo precedente, sono obbligati a tenere un registro di carico e scarico, vidimato, prima dell'uso, dal medico provinciale, dal quale risultino, in ordine cronologico, tutti i quantitativi delle materie sopraindicate pervenute per il commercio, con i dati inerenti alla rispettiva provenienza e i corrispettivi quantitativi mensilmente commerciati.

Possono essere commerciate all'ingrosso soltanto merci provenienti da imprese autorizzate iscritte negli elenchi di cui all'articolo 30.

Il registro di carico e scarico deve essere tenuto da ogni sede, filiale, deposito o magazzino.

I quantitativi commerciati devono trovare perfetto riscontro dal complesso delle fatture ricevute per le merci acquistate e di quelle emesse per le merci vendute.

Al 31 dicembre di ogni anno il registro deve essere chiuso con la scritturazione riassuntiva di tutti i dati comprovanti i totali delle qualità e quantità dei prodotti avuti in carico e delle quantità e qualità dei prodotti commerciati durante l'anno con aggiunta dell'inventario di tutte le giacenze.

Il titolare dell'autorizzazione e il direttore responsabile sono puniti con la pena della reclusione da due anni a cinque anni quando acquistino o detengano merce non proveniente da imprese autorizzate.

Il direttore responsabile autorizzato al commercio all'ingrosso che omette la tenuta del registro di carico e scarico è punito con l'arresto da un mese ad un anno e con la ammenda da lire 15 milioni a lire 50 milioni.

Qualora il registro non sia tenuto aggiornato o fornisca dati inesatti o incompleti o quando l'inventario manchi o sia inesatto la pena dell'ammenda è da lire 5 milioni a lire 15 milioni.

## TITOLO V

### IMPORTAZIONE, ESPORTAZIONE E TRANSITO

#### Art. 25.

Le imprese alle quali è rilasciata autorizzazione per la produzione o impiego di sostanze o preparati indicati negli elenchi degli stupefacenti possono richiedere al Ministero della sanità il rilascio di licenze di importazione, d'esportazione o transito di materie prime o dei loro derivati.

La domanda, vistata dal medico provinciale, deve indicare:

1) le generalità complete del richiedente se titolare d'azienda o del legale rappre-

sentante della società con l'indicazione degli estremi dell'autorizzazione ministeriale;

2) la completa denominazione e indirizzo del fornitore o acquirente estero, o, in caso di transito, del mittente e del destinatario;

3) la dettagliata indicazione della materia o derivato (nome comune internazionale o commerciale) richiesti per l'importazione, l'esportazione o il transito e i motivi che giustificano la richiesta, nonché la quantità e quando trattasi di preparati anche le esatte qualità;

4) il valico doganale attraverso il quale l'importazione o l'esportazione saranno effettuate e la sede di sdoganamento;

5) i valichi doganali che saranno usati per operazioni di transito;

6) la località e la precisa ubicazione dei locali destinati ad accogliere i prodotti importati.

Chiunque esporta, importa o passi in transito le merci indicate nel presente articolo, pur essendo munito di autorizzazione ministeriale ma senza relativa licenza è punito con le pene previste dal primo comma dell'articolo 7.

#### Art. 26.

Sulle licenze di importazione dovrà essere specificato:

a) la qualità e quantità della merce oggetto della licenza;

b) le modalità di viaggio della merce e sua confezione;

c) le garanzie per il controllo doganale anche da parte del medico provinciale, territorialmente competente;

d) le modalità della compilazione del verbale delle operazioni di sdoganamento.

Sulle licenze di esportazione dovrà essere specificato:

a) la qualità e quantità della merce oggetto della licenza;

b) gli estremi del permesso d'importazione della competente autorità della na-



zione importatrice, vistata dalla rappresentanza commerciale italiana nella nazione estera;

c) le garanzie per il controllo doganale d'uscita anche da parte del medico provinciale territorialmente competente;

d) le modalità della compilazione del verbale delle operazioni di uscita della merce dal territorio nazionale.

Sulle licenze di transito dovrà essere specificato:

a) la quantità e qualità della merce;

b) i valichi doganali di entrata e di uscita;

c) le modalità di controllo doganale da effettuarsi in entrata e in uscita.

Il Ministro della sanità ha facoltà di aggiungere ogni opportuna norma per garantire la regolarità sostanziale e formale delle operazioni di cui al presente articolo.

Le licenze di importazione, esportazione e transito devono essere tempestivamente inviate in copia al medico provinciale nella cui circoscrizione territoriale esistono i valichi doganali di entrata e di uscita della merce.

Il verbale di entrata della merce nel territorio nazionale e quello di uscita, redatti secondo le disposizioni contenute nella licenza, devono essere inviati in copia autentica al Ministro della sanità e ai medici provinciali rispettivamente competenti per il territorio ove esiste il valico doganale e dove esiste l'impresa titolare della licenza di importazione o esportazione.

#### Art. 27.

Il Ministro della sanità può concedere licenza per l'importazione e l'esportazione di sostanze o prodotti stupefacenti a domanda degli enti di studio e di ricerca scientifica per le quantità e qualità strettamente indispensabili alle finalità degli enti.

La licenza è concessa previo parere del Comitato tecnico.

Sono applicabili al caso tutte le disposizioni previste dalla presente legge in materia di importazione ed esportazione.

## Art. 28.

Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità e il Comitato tecnico, può in qualsiasi momento, limitare o vietare, con proprio motivato decreto, da pubblicarsi sulla *Gazzetta Ufficiale*, l'importazione, l'esportazione o il transito di stupefacenti o loro preparati nonchè la loro produzione, impiego e commercio.

## TITOLO VI

## NORME COMUNI ALLE AUTORIZZAZIONI

## Art. 29.

Tutte le autorizzazioni rilasciate dal Ministro della sanità per la coltivazione, per la produzione, per l'impiego e per il commercio all'ingrosso di piante, di prodotti, di sostanze e di specialità medicinali di cui ai precedenti articoli, sono personali e non possono in alcun modo essere trasmesse nè dar luogo a rapporti di rappresentanza.

Le autorizzazioni medesime possono essere accordate soltanto ai titolari o ai rappresentanti legali di imprese e ai direttori tecnici d'azienda i quali siano di condotta incensurata ed offrano serie garanzie morali e professionali.

Nel caso di imprese di produzione, di impiego e di commercio che abbiano filiali oppure depositi o magazzini separati dalla sede, dalla filiale o dallo stabilimento centrale, le autorizzazioni alla produzione, all'impiego e al commercio all'ingrosso devono essere richieste e concesse per ciascuna filiale, deposito o magazzino, i quali devono essere diretti da personale avente i requisiti previsti dall'articolo 188-bis del regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265.

Il Ministro della sanità, in qualsiasi momento, può limitare o vietare a qualsiasi impresa, modificando l'autorizzazione con-

cessa, la coltivazione, la produzione, la vendita, l'importazione, la esportazione di uno o più stupefacenti o relativi preparati.

In caso di trasferimento in altra provincia di una qualsiasi impresa o relativa dipendenza deve essere richiesta nuova autorizzazione al Ministero della sanità che potrà concederla alle condizioni previste dalla presente legge, previa restituzione dell'autorizzazione precedente, sentito il medico provinciale competente e il medico provinciale della provincia entro la quale l'impresa o relativa dipendenza intende trasferirsi.

Qualsiasi tipo di autorizzazione ministeriale deve essere esposta in originale o in copia autenticata dal medico provinciale all'ingresso principale dei locali dove si esercita l'attività autorizzata.

I contravventori a questa disposizione sono puniti con l'ammenda da lire 500.000 a lire 1.000.000.

#### Art. 30.

Le autorizzazioni ministeriali di cui agli articoli precedenti non hanno limiti di durata, ma sono soggette alle ipotesi di decadenza, di sospensione e di revoca di cui agli articoli seguenti e devono essere vidimate, entro il termine perentorio del 15 gennaio di ciascun anno, dal medico provinciale, previo accertamento che per gli interessati persistono le garanzie morali e tecniche a cui l'autorizzazione è stata subordinata.

L'elenco delle vidimazioni effettuate viene immediatamente trasmesso dal medico provinciale al Ministero della sanità.

In aggiunta a quanto disposto dall'articolo 15 ultimo comma, il Ministro della sanità provvede entro il 28 febbraio di ciascun anno alla pubblicazione sulla *Gazzetta Ufficiale* degli elenchi delle imprese autorizzate alla coltivazione, alla produzione, all'impiego e al commercio all'ingrosso di prodotti stupefacenti e di sostanze psicotrope e loro preparati sottoposte alle disposizioni della presente legge.

## Art. 31.

Le autorizzazioni ministeriali di cui alla presente legge cessano di avere qualsiasi efficacia giuridica:

a) per cessazione dell'impresa o azienda per qualsiasi motivo e causa;

b) per morte o rinuncia volontaria del titolare dell'autorizzazione;

c) per cessione a terzi, a qualsiasi titolo, dei terreni, dell'impresa, dell'azienda, dei depositi e magazzini, in riferimento ai quali l'autorizzazione fu concessa;

d) per ogni sostituzione del titolare, del legale rappresentante o del direttore tecnico a nome dei quali l'autorizzazione fu concessa.

In tutti questi casi la domanda di autorizzazione può essere rinnovata dalle persone interessate con le procedure previste dalla presente legge per ogni singolo tipo di autorizzazione.

## Art. 32.

Il Ministro della sanità, nei casi previsti e puniti dagli articoli 17, terzo comma, 18, ultimo comma, 21, terzo comma, 24, sesto e settimo comma e 34, terzo comma, senza pregiudizio dell'azione penale, può ordinare, con proprio decreto, la sospensione dell'autorizzazione concessa per un periodo non superiore ad un anno.

Il provvedimento viene notificato all'interessato a cura del medico provinciale il quale provvederà all'apposizione dei sigilli, nelle forme previste dal codice di procedura civile, a tutti i locali adibiti alla produzione, all'impiego, al commercio delle sostanze stupefacenti a cui l'autorizzazione si riferisce e detta i provvedimenti improrogabili a garanzia della merce deperibile.

Di tutte le operazioni, con l'indicazione della nomina del custode, verrà redatto verbale da comunicarsi al Ministero della sanità e notificarsi alla parte interessata.

## Art. 33.

Il Ministro della sanità, nei casi previsti e puniti dall'articolo 25, ultimo comma, e nei casi di recidiva dei motivi di sospensione, senza pregiudizio dell'azione penale, può ordinare con proprio decreto la revoca dell'autorizzazione.

Ogni provvedimento di revoca dell'autorizzazione deve contenere l'ordine di sequestro di tutte le consistenze e materie prime, prodotti stupefacenti, preparati o specialità medicinali e dettare le norme per il loro realizzo, inoltre il sequestro deve comprendere tutti i libri, registri e documentazione inerenti all'attività conseguente all'autorizzazione rilasciata.

Il provvedimento di revoca è notificato dal medico provinciale che provvede alla sua esecuzione, previo inventario di tutto quanto contenuto nei locali ove si svolge l'attività conseguente l'autorizzazione, all'apposizione dei sigilli, alla nomina del custode con verbale da comunicarsi al Ministero della sanità e notificarsi all'interessato.

Nel caso previsto dal presente articolo e dal precedente, quando sia trascorso il termine di un anno entro cui non è stato possibile riattivare l'autorizzazione i materiali stupefacenti devono essere distrutti dal medico provinciale coadiuvato da un chimico di propria fiducia.

## Art. 34.

Ogni scambio, vendita o cessione a qualsiasi titolo di sostanze e preparati iscritti negli elenchi di cui all'articolo 6 deve avvenire soltanto tra le imprese autorizzate dal Ministero della sanità secondo le disposizioni della parte II della presente legge, in base a richiesta scritta, in triplice esemplare, su apposito modello stabilito dal Comitato tecnico.

Il primo esemplare è inviato all'impresa fornitrice, il secondo rimane al richiedente ed entrambi i contraenti sono tenuti a custodirli per cinque anni a documentazione della fornitura intervenuta. Il terzo esem-

plare è inviato all'Ufficio centrale stupefacenti per i controlli e le statistiche di competenza.

Chiunque ceda od acquisti le indicate sostanze o preparati in modo diverso da quello previsto dal presente articolo è punito con la reclusione da due a quattro anni e con la multa da lire 5.000.000 a lire 20.000.000.

Chiunque non custodisca la documentazione per l'intero periodo indicato dal presente articolo è punito con la reclusione fino ad un anno e la multa da lire 2.000.000 a lire 5.000.000.

La consegna di stupefacenti e loro preparati da parte delle imprese autorizzate a commerciarli deve essere fatta personalmente all'interessato titolare o direttore, o a mezzo agenzia di trasporto o corriere privato, con contemporaneo scambio della richiesta scritta di cui al primo comma. È ammessa la spedizione a mezzo pacco postale raccomandato, nel quale caso lo scambio della richiesta scritta deve precedere l'invio della merce.

Chiunque consegna o trasporti sostanze o preparati stupefacenti in modo diverso da quello previsto dal comma precedente è punito con l'arresto da sei mesi a un anno e con l'ammenda da lire 1.000.000 a lire 5 milioni.

#### Art. 35.

Ai produttori e ai commercianti di qualsiasi genere di stupefacenti o preparati galenici o di prodotti contenenti sostanze stupefacenti è fatto assoluto divieto di vendere, cedere anche a titolo gratuito e di inviare campioni di studio ai medici e a qualsivoglia altra persona se non previo « nulla osta » rilasciato dal Ministero della sanità.

Il contravventore alla predetta disposizione è punito con l'arresto da un mese a tre mesi e con l'ammenda da lire 200.000 a lire 1.000.000.

La pena è ridotta a metà a carico di coloro che ricevono e trattengono la merce loro inviata.

## TITOLO VII

## ACQUISTO E SOMMINISTRAZIONE

## Art. 36.

I medici direttori di ospedali, ambulatori, istituti di cura, case per gestanti e titolari di gabinetti abilitati all'esercizio di professioni sanitarie, per gli acquisti di stupefacenti o relativi preparati, di prodotti galenici e specialità medicinali ad azione stupefacente o contenenti prodotti di natura stupefacente, nelle quantità occorrenti per i normali bisogni, devono provvedervi con precise prescrizioni scritte.

Le prescrizioni devono essere redatte in duplice esemplare, uno dei quali è restituito dal fornitore all'ente interessato con dichiarazione firmata in calce attestante la esecuzione e la data.

I medici predetti devono tenere un « registro di carico e scarico » con pagine numerate e vidimato annualmente dal medico provinciale, con l'indicazione cronologica degli acquisti effettuati che devono trovare riscontro nelle rispettive fatture, e con la corrispettiva dettagliata indicazione dell'impiego di tutte le sostanze acquistate.

Entro il 15 gennaio di ogni anno deve essere comunicato al medico provinciale l'elenco delle quantità e qualità delle giacenze al 31 dicembre dell'anno precedente.

Le copie delle singole prescrizioni firmate dal medico e controfirmate dal venditore, il « registro di carico e scarico » e le fatture devono essere conservati sotto la responsabilità del direttore degli enti sanitari di cui al primo comma del presente articolo per un periodo di cinque anni e qualora l'ente venisse, per qualsiasi motivo, a cessare, la documentazione deve essere consegnata all'ufficio del medico provinciale.

Sempre che il fatto non costituisca più grave reato il contravventore alla norma di cui al primo comma del presente articolo è punito con l'arresto da uno a sei mesi, il contravventore alle altre norme stabilite nel

presente articolo è punito con l'ammenda da lire 2.000.000 a lire 10.000.000.

#### Art. 37.

I direttori di cliniche universitarie, di laboratori farmacologici, di istituti di ricerca possono essere autorizzati ad acquistare per usi scientifici, stupefacenti puri o cristallizzati nella misura massima che sarà indicata nel decreto di autorizzazione.

La domanda deve essere inviata al Ministro della sanità con l'indicazione delle generalità del richiedente, la qualità e quantità dei prodotti richiesti, le finalità scientifiche alle quali sono destinati, ogni precisa indicazione sul luogo presso cui i prodotti sono usati e custoditi, la denominazione e l'indirizzo delle imprese fornitrici.

L'eventuale decreto ministeriale di autorizzazione è comunicato al richiedente e in copia autentica ai medici provinciali territorialmente competenti per la sede del richiedente autorizzato e dell'impresa fornitrice.

I direttori di cui al primo comma del presente articolo devono tenere un « libro di carico e scarico », vidimato dal medico provinciale, da cui risulti la quantità, la qualità dei prodotti acquistati con i dati delle relative fatture e correlativamente la quantità e qualità dei prodotti usati.

Al termine di ogni anno il libro deve essere chiuso con i dati finali risultanti, con la indicazione delle rimanenze e la firma del direttore.

#### Art. 38.

I farmacisti possono acquistare per la vendita stupefacenti e loro preparati soltanto ed esclusivamente da imprese autorizzate, nelle forme previste dalla presente legge, alla produzione, all'impiego o alla vendita all'ingrosso dei prodotti stupefacenti e loro derivati.

Gli acquisti e la successiva vendita possono essere effettuati soltanto da farmacisti autorizzati ad esercitare una farmacia a



sensi dell'articolo 104 del testo unico 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modifiche.

I farmacisti sono obbligati a tenere il « registro di carico e scarico » previsto dall'articolo 26 del regio decreto 11 aprile 1929, n. 1086, secondo le modalità e disposizioni in esso previste, in quanto applicabili in conformità della presente legge.

Tutte le fatture d'acquisto devono essere trascritte, alla data d'arrivo, sul registro e numerate cronologicamente.

Al 31 dicembre di ogni anno il farmacista deve chiudere contabilmente il « registro di carico e scarico » ponendo in evidenza le quantità e qualità di merce entrata e uscita e le rimanenze effettive, con apposizione della propria firma.

I registri e le fatture devono essere conservate per la durata di anni cinque.

Chiunque non ottemperi alle norme suddette è punito con l'arresto da sei mesi a un anno e con l'ammenda da lire 500.000 a lire 5.000.000.

#### Art. 39.

La vendita di stupefacenti e loro preparati indicati dall'articolo precedente deve essere effettuata esclusivamente dai farmacisti nella propria farmacia con assoluto divieto di inviare la merce, di cui al primo comma del presente articolo, per posta o con altri mezzi e di fornire ad enti o medici campioni gratuiti sia per iniziativa propria che per mandato fiduciario di terzi.

Il farmacista provvede alla vendita dei prodotti sopra indicati su presentazione di prescrizione medica redatta sulla speciale ricetta di cui all'articolo seguente.

La ricetta « figlia » sarà trattenuta dalla farmacia per un periodo di anni cinque e trascritta sul registro copia-ricette di cui all'articolo 123 del testo unico 27 luglio 1934, n. 1265.

Il farmacista non può spedire la ricetta se l'acquirente sia di età inferiore ai 18 anni.

Deve prendere nota degli estremi del documento di identità dell'acquirente e in caso di eccezionale urgenza, da accertarsi

con ogni mezzo disponibile, deve attestarne l'identità sotto la sua responsabilità in calce alla ricetta.

La ricetta di stupefacenti deve essere spedita in farmacie esistenti nella provincia alla quale appartiene il sanitario prescrivente e non oltre il quinto giorno dalla data del rilascio.

Il contravventore alle disposizioni precedenti è punito con l'arresto da sei mesi a due anni e con l'ammenda da lire 200.000 a lire 2.000.000, sempre che il caso non costituisca reato più grave.

Nei casi di recidiva si applica anche la sospensione dall'esercizio della professione per una durata pari a quella della pena inflitta.

#### Art. 40.

I medici possono rilasciare prescrizioni di stupefacenti e loro preparati soltanto per necessità curative e nelle proporzioni strettamente indispensabili.

La prescrizione deve essere rilasciata usando uno speciale ricettario distribuito da ciascun Ordine provinciale dei medici con la propria indicazione e con timbro a secco, con precisa numerazione e con l'obbligo di tenere aggiornato un registro di consegna, vidimato dal medico provinciale.

Ogni singola prescrizione portante un numero progressivo, ma in aggiunta a quello del ricettario di provenienza, è composto da un tagliando « madre » e dalla ricetta « figlia » che sarà trattenuta dalla farmacia e trascritta sul registro copia-ricette di cui all'articolo precedente.

Sia il tagliando « madre » che la ricetta devono contenere, oltre alla doppia numerazione suddetta: la data di rilascio, le generalità e l'indirizzo del malato, la denominazione e la quantità del medicinale e la firma del medico.

La parte di ricettario comprendente i tagliandi-madre rimane al medico che ha l'obbligo di conservarla per un periodo di cinque anni.

Chiunque non ottemperi al disposto del primo comma del presente articolo è punito con la reclusione da due a cinque anni.

Il contravventore a tutte le altre norme del presente articolo è punito con l'ammenda da lire 500.000 a lire 5.000.000 e in caso di recidiva la pena è della reclusione da cinque mesi a due anni, con la sospensione dall'esercizio della professione per un periodo di tempo uguale alla pena inflitta.

### PARTE III

#### **DISPOSIZIONI RIGUARDANTI LE SOSTANZE PSICOTROPE**

##### Art. 41.

Le sostanze psicotrope e loro preparati, elencati nella tabella *I* allegata alla presente legge sono sottoposti alle seguenti disposizioni:

1) l'importazione, l'esportazione, il transito, l'impiego, il commercio all'ingrosso e al dettaglio sono proibiti;

2) la produzione è sottoposta a tutta la regolamentazione prevista per gli stupefacenti di cui al titolo II della parte II della presente legge;

3) l'utilizzazione è permessa per usi scientifici secondo le modalità e le prescrizioni di cui al precedente articolo 37 o per scopi terapeutici soltanto da parte di direttori di ospedali e case di cura secondo le disposizioni del predetto articolo.

##### Art. 42.

Le sostanze psicotrope e loro preparati di cui alle tabelle *II* e *III* allegate alla presente legge sono sottoposti a tutte le disposizioni previste dalla parte II della presente legge per le sostanze stupefacenti, in quanto applicabili.

##### Art. 43.

L'acquisto e la somministrazione delle sostanze psicotrope e loro preparati elencati

nella tabella *IV* allegata alla presente legge non sono sottoposti alle norme di cui agli articoli 36 e 37 della presente legge e in deroga agli articoli 39 e 40 la prescrizione delle medesime sostanze avviene a seguito di ricetta medica semplice.

#### Art. 44.

Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità e il Comitato tecnico, per quanto riguarda i preparati da sostanze psicotrope di cui alle tabelle *II*, *III* e *IV* allegate alla presente legge e sempre che il loro rischio d'abuso sia minimo o nullo, può con suo decreto esentare detti preparati da alcune delle misure di controllo previste dalla presente legge.

In ogni caso restano ferme le norme riguardanti il controllo della produzione, esportazione, importazione e transito.

### PARTE IV

#### **PROVVEDIMENTI CONTRO LE TOSSICOSI DA STUPEFACENTI E DA PSICOFARMACI**

#### TITOLO I

#### MISURE DI PREVENZIONE

#### Art. 45.

Il Provveditore agli studi, d'intesa con il Consiglio provinciale scolastico e con il Consiglio provinciale di sanità, è tenuto ad istituire un Comitato di studio, di programmazione e di ricerca al fine di mettere la scuola in grado di affrontare un'azione chiarificatrice del problema e promuovere adeguate iniziative anti-droga sia direttamente attraverso la più ampia conoscenza della natura e dei danni degli stupefacenti e sostanze psicotrope, sia indirettamente me-

dianete l'incentivazione di iniziative di svago, di partecipazione sportiva e di competizioni agonistiche.

Art. 46.

In collaborazione con i presidi, il Provveditore agli studi istituisce corsi di aggiornamento per i professori della scuola di ogni ordine e grado al fine di promuovere l'apprendimento di una pedagogia anti-droga, orientata ad arricchire l'azione educativa, scientifica e culturale dell'insegnante nella formazione e nello sviluppo psico-fisico, intellettuale e morale dell'alunno. In questo contesto vanno favoriti ed aiutati i « comitati anti-droga » fra gli stessi giovani.

Art. 47.

Al fine di ottenere un'azione indispensabile di appoggio da parte della famiglia, saranno svolte conferenze, relazioni e lezioni a carattere informativo anche ai genitori degli alunni, ai loro familiari, d'intesa con il preside d'istituto, con il consiglio di classe e il comitato scuola-famiglia.

Art. 48.

Presso gli istituti di istruzione secondaria di secondo grado, su orientamenti ed indicazioni del Provveditore agli studi e del preside, saranno svolte lezioni, colloqui e studi diretti alla informazione, formazione ed educazione dei giovani, al fine di renderli capaci di affrontare gli aspetti negativi del problema-droga.

Presso gli istituti di istruzione secondaria di primo grado sono promosse le attività più idonee al fine preventivo ed educativo, soltanto nelle classi o presso i singoli alunni, che presentano esigenze di interventi, previo accordo coi genitori e con il consiglio di classe.

## TITOLO II

CONTROLLO, TRATTAMENTO CURATIVO  
E DI RIABILITAZIONE

## Art. 49.

Chiunque in modo illegale faccia uso personale di stupefacenti o di sostanze psicotrope, come tali classificate dalla legge, o loro preparati, o di sostanze idonee a produrre azione stupefacente, è sottoposto al controllo dell'autorità sanitaria e, se del caso, alla cura nelle forme disposte dall'autorità sanitaria stessa, secondo le varie procedure previste dagli articoli seguenti.

## Art. 50.

L'autorità sanitaria interviene attraverso:

a) i « Centri regionali per le tossicosi da stupefacenti e da sostanze psicoattive » alle dipendenze dell'assessorato alla sanità di ciascuna Regione, i quali esercitano le competenze previste dall'articolo 6 del decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 249, ed ottemperano agli obblighi previsti dalla presente legge;

b) i « Centri per le tossicosi da stupefacenti e da sostanze psicoattive », che potranno essere istituiti presso enti ospedalieri o altri enti idonei, a sensi del decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 249;

c) i medici provinciali e gli ufficiali sanitari, nell'ambito delle rispettive circoscrizioni.

## Art. 51.

Ogni Regione è tenuta a promuovere la istituzione nella sua sede-capoluogo di un « Centro regionale per la cura delle tossicosi da stupefacenti e sostanze psicoattive ».

Qualora motivate esigenze sanitarie della popolazione lo richiedano, il « Centro regio-

nale » può essere istituito presso un capoluogo di provincia nel territorio della Regione.

Possono essere istituiti, nel quadro della programmazione sanitaria regionale, altri Centri o ambulatori con persone specializzate, sia per ogni opportuno trattamento curativo che per la riabilitazione dopo la cura.

Tutti questi organismi dovranno svolgere la loro attività in stretto coordinamento e subordinazione con il « Centro regionale » previsto obbligatoriamente dal presente articolo e con le modalità che saranno stabilite con decreto del Presidente della Regione, previo parere dell'Assessorato alla sanità.

#### Art. 52.

L'istituzione e la gestione dei « Centri regionali » possono essere affidate agli enti ospedalieri o ad altri enti che istituzionalmente svolgono azione di prevenzione e di assistenza di malattia.

#### Art. 53.

Le Amministrazioni degli enti presso i quali i Centri sono istituiti contribuiscono alla gestione dei Centri medesimi, mettendo a disposizione i locali, le attrezzature, il personale e i mezzi finanziari nei limiti delle possibilità di bilancio.

L'attività del Centro costituisce una gestione speciale dell'ente presso il quale è istituito.

#### Art. 54.

La Regione concorre alle spese per l'istituzione ed il funzionamento di ciascun Centro con un contributo annuo continuativo, da prelevarsi dai relativi stanziamenti di bilancio. I bilanci delle Regioni devono prevedere un apposito capitolo di spesa da destinare esclusivamente a tale finalità ed il cui stanziamento non deve essere inferiore ad un quarto delle previsioni di spesa de-

stinate nel loro complesso alla lotta contro le malattie sociali.

La misura del contributo e le modalità di funzionamento e di organizzazione del Centro sono stabilite per convenzione tra l'Amministrazione ospedaliera e la Regione.

#### Art. 55.

Qualora la Regione non provveda a promuovere la istituzione del Centro di cui all'articolo 51, vi provvederà direttamente il Ministero della sanità, utilizzando per il finanziamento l'importo di spesa iscritto nel bilancio della Regione e non utilizzato. A tale scopo l'equivalente dei fondi non utilizzati dalla Regione verrà prelevato dalla quota parte del fondo nazionale destinato alla Regione nell'esercizio successivo alla riscontrata inadempienza ed iscritto in apposita voce dello stato di previsione del Ministero della sanità.

#### Art. 56.

Gli esercenti una professione sanitaria, gli esercenti la patria potestà o la tutela, gli insegnanti di scuola di qualsiasi ordine e grado, i dirigenti di associazioni giovanili che sono a conoscenza di persone affette da tossicomania o da intossicazione acuta o subacuta prodotta da stupefacenti o da sostanze psicotrope o che comunque facciano uso personale illecito di tali sostanze o preparati, sono tenuti a farne segnalazione entro due giorni all'ufficiale sanitario locale o al medico provinciale o al Centro regionale di cui all'articolo 51.

I contravventori sono puniti con l'ammenda da lire 100.000 a lire 500.000.

Uguale obbligo grava su tutti gli agenti o ufficiali della Pubblica sicurezza.

La segnalazione prevista dal presente articolo sostituisce, per gli esercenti una professione sanitaria, le denunce previste dall'articolo 717 del codice penale e dal testo unico della legge di pubblica sicurezza, per quanto riguarda le persone affette da intossicazione da sostanze stupefacenti, qualunque ne sia il grado di alterazione psichica o di durata o qualunque possa essere l'effetto.



## LEGISLATURA V — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tutte le persone obbligate alla segnalazione prevista dal presente articolo, sono tenute a non rivelare a qualsivoglia altra persona il fatto e il contenuto della segnalazione stessa, nei limiti e con le conseguenze previste dall'articolo 622 del Codice penale, e hanno diritto di astenersi dal testimoniare a sensi dell'articolo 351 del codice di procedura penale.

## Art. 57.

L'autorità sanitaria che riceve la segnalazione invita immediatamente la persona segnalata a sottoporsi ad ogni opportuno controllo ed esame medico.

Gli interventi diagnostici, ove possibile, devono essere effettuati presso il più vicino Centro regionale o direttamente a mezzo del medico provinciale o ufficiale sanitario.

L'interessato ha facoltà di far presenziare al ciclo degli interventi diagnostici un medico di sua fiducia.

In caso di diagnosi positiva il direttore del Centro o l'autorità sanitaria periferica redige un rapporto diagnostico e una relazione sulla vita familiare, professionale e sociale dell'interessato e quindi stabilisce, con precisa motivazione, se l'interessato deve sottoporsi ad una cura disintossicante o se deve essere mantenuto sotto sorveglianza medica.

Qualora gli interessati siano cittadini stranieri, l'autorità sanitaria, che effettua il controllo medico, deve comunicare, entro due giorni, ogni dato relativo alla persona e alla diagnosi eseguita alla Questura della propria provincia.

## Art. 58.

Quando l'autorità sanitaria sulla base dei risultati diagnostici ritiene che l'interessato deve sottoporsi a una terapia disintossicante emette ordinanza nella quale, tenuta presente l'età dell'interessato e la gravità del caso, dispone l'eventuale ricovero presso idoneo centro ospedaliero, scelto, se possibile, in accordo con l'interessato. L'ordinanza è notificata all'interessato, all'esercente

la patria potestà se si tratta di minore e alla direzione dello stabilimento ospedaliero.

Il medico di fiducia dell'interessato può inoltrare reclamo motivato contro l'ordinanza all'ufficio centrale stupefacenti entro tre giorni dalla notifica, e l'ufficio centrale deve decidere in via definitiva entro il termine perentorio di giorni dieci.

Il reclamo non sospende l'esecuzione dell'ordinanza.

La direzione dell'ospedale è tenuta a comunicare all'autorità sanitaria, che ha disposto il ricovero, la data di inizio e la durata probabile della cura. Deve dare comunicazione di ogni eventuale interruzione della cura entro due giorni dal fatto specificandone i motivi, e del termine della cura con indicazione dell'esito e delle ulteriori cure mediche prescritte.

L'autorità sanitaria controlla il decorso della cura dell'interessato e se questi durante il periodo di cura viene trasferito o si trasferisce in altra circoscrizione provinciale o regionale trasmette al medico provinciale o al Centro regionale del luogo, copia dei provvedimenti assunti e ogni opportuna notizia per il proseguimento della cura.

L'autorità sanitaria qualora la persona invitata al controllo non si presenti o quando, ordinata la cura, essa venga interrotta per fatto e colpa dell'interessato o quando questi compia atti in contrasto alla terapia prescritta o sfugga in qualsiasi modo al controllo medico, trasmette rapporto circostanziato all'autorità giudiziaria con copia di tutti i provvedimenti e referti clinici in precedenza intervenuti.

#### Art. 59.

Quando l'autorità sanitaria, sulla base dei risultati diagnostici, ritenga non farsi luogo a cura disintossicante, ma l'interessato debba essere mantenuto sotto sorveglianza medica, dispone, con provvedimento scritto, la forma della sorveglianza e la sua durata, salvo proroga, sia essa domiciliare o ambulatoriale, nomina un medico o assistente sociale, se possibile in accordo con l'interessato, che assume la responsabilità relativa.

Il medico o l'assistente sociale comunica immediatamente all'autorità sanitaria la data di inizio della sorveglianza, relazionando ogni mese sul decorso dei suoi controlli e sulla situazione psichica e sociale dell'interessato.

In caso di mutamento di domicilio dell'interessato, in pendenza di sorveglianza, l'autorità sanitaria trasmette al medico provinciale, nella cui circoscrizione si trova il nuovo domicilio, copia dei provvedimenti assunti ed ogni notizia opportuna in relazione al proseguimento della sorveglianza.

Nei casi previsti dall'ultimo comma del precedente articolo, per quanto applicabili, l'autorità sanitaria rimette rapporto e documenti relativi all'autorità giudiziaria.

#### Art. 60.

Chiunque affetto da tossicosi da stupefacenti o psicofarmaci chieda spontaneamente a qualsiasi sanitario di essere sottoposto a cura disintossicante e di effettuarla nelle forme terapeutiche prescritte dall'autorità sanitaria, ha diritto di scelta per quanto attiene ospedali, cliniche e medici, deve soltanto comunicare mediante adeguati certificati sanitari al medico provinciale competente, l'inizio, la durata e l'esito della cura seguita nei luoghi e modi precedentemente prescritti o concordati.

In ogni caso permane l'obbligo del controllo continuativo di un medico o assistente sociale.

Gli interessati, a loro richiesta, possono beneficiare dell'anonimato nei rapporti con i centri sociali, le case di cura, gli ambulatori nonchè i medici, gli assistenti sociali e tutto il personale addetto o dipendente.

L'interessato decade da ogni beneficio e la pratica sarà inviata all'autorità giudiziaria, qualora l'autorità sanitaria constati il verificarsi delle circostanze di cui all'ultimo comma dell'articolo 58.

#### Art. 61.

Di tutte le segnalazioni con riscontro diagnostico positivo, di tutti i rapporti e rela-

zioni annessi, di tutte le decisioni e provvedimenti presi da medici provinciali e ufficiali sanitari, intervenuti in conseguenza dell'applicazione degli articoli 57, 58 e 59, deve essere data immediata comunicazione, mediante copia della relativa documentazione, al Centro regionale territorialmente competente.

Il Centro regionale ha l'obbligo di controllare tutti i rapporti e relazioni pervenuti, allo scopo di modificare, se del caso, le varie decisioni, di intervenire per eventuali controlli diretti, con facoltà in questo caso di provvedere anche alla prescrizione di diverse decisioni terapeutiche.

Gli atti riguardanti gli anonimi, di cui all'articolo precedente, saranno trasmessi con la semplice indicazione di un numero progressivo e dell'anno in cui il caso si è verificato.

#### Art. 62.

Il Centro regionale deve tener esatto e fedele elenco di tutte le segnalazioni positive di cui all'articolo 57 pervenute direttamente o tramite i medici provinciali e gli ufficiali sanitari, con gli estremi delle singole sostanze e preparati che ne hanno dato causa, nonché di tutti i provvedimenti adottati.

Gli elenchi statistici sono trasmessi all'assessorato regionale per la sanità entro i primi quindici giorni di ciascun anno relativamente ai casi dell'anno precedente, nei modi e forme che dalla Giunta regionale saranno richiesti.

Entro il mese di gennaio di ciascun anno le giunte regionali trasmettono all'Ufficio centrale degli stupefacenti le statistiche complete per la rispettiva circoscrizione con una relazione:

a) sui vari aspetti causali della tossicomania nella Regione;

b) sui presidi clinici-ospedalieri esistenti nella regione per la prevenzione e cura del fenomeno;

c) sulle varie iniziative prese e sulle eventuali da assumersi;

d) su tutti gli argomenti, iniziative e richieste che le Regioni intendono sottoporre all'esame del Ministero della sanità e dei Comitati tecnico e scientifico in materia di prevenzione, trattamento e recupero degli affetti da tossicomania in ogni sua diversa manifestazione.

#### Art. 63.

Le segnalazioni e le documentazioni previste dall'ultimo comma degli articoli 58 e 59 sono trasmesse all'ufficio del pubblico ministero del tribunale competente per territorio.

Il pubblico ministero, previa, se del caso, assunzione di ogni opportuna informazione, ordina l'esecuzione coattiva dell'intervento medico diagnostico o l'esecuzione dei provvedimenti sanitari e psico-terapeutici già pronunciati o interrotti, usufruendo dei poteri coercitivi previsti dall'articolo 77 del codice di procedura penale, e dispone ogni opportuna modalità perchè tutto il decorso della cura e della sorveglianza avvenga a sua continua e completa cognizione, dando periodiche notizie al Centro regionale.

In qualsiasi momento l'autorità sanitaria può sottoporre l'interessato ad ulteriori riscontri terapeutici, e quindi ordinare modifiche al trattamento precedente, dandone comunicazione al pubblico ministero per l'esercizio dei poteri a lui riconosciuti dal presente articolo.

#### Art. 64.

Nessuna azione può essere iniziata dal pubblico ministero per i fatti di cui all'articolo 49 nei confronti di coloro, che, in ottemperanza ai suoi provvedimenti, si saranno sottoposti al trattamento o alla sorveglianza, seguendo fino al termine tutte le misure prescritte dall'autorità sanitaria.

Il provvedimento del pubblico ministero, di cui all'articolo precedente, è dichiarato revocato per intervenuto esito positivo del trattamento, sempre che tale circostanza sia comprovata dalla direzione del Centro regionale e, se opportuno, dopo ulteriore con-

trollo, dal parere di un consulente richiesto dal pubblico ministero.

#### Art. 65.

Il pubblico ministero quando constata che per fatto o colpa dell'interessato non hanno avuto applicazione i provvedimenti previsti dall'articolo 63, provvede ad immediata istruttoria, dichiara la pericolosità sociale del soggetto, promuove l'applicazione di una misura di sicurezza nei modi previsti dall'articolo 634 del codice di procedura penale e trasmette gli atti al giudice di sorveglianza, con contemporanea comunicazione al Centro regionale.

#### Art. 66.

Le misure di sicurezza, previste dall'articolo 215 del codice penale, sono limitate, per gli effetti della presente legge, alle seguenti:

- 1) ricovero in casa di cura;
- 2) ricovero in ospedale psichiatrico;
- 3) la libertà vigilata con affidamento a istituto di assistenza sociale;
- 4) l'espulsione dello straniero dal territorio dello Stato.

#### Art. 67.

Il giudice di sorveglianza competente a sensi dell'articolo 635 del codice di procedura penale, esaminati gli atti, ordina l'applicazione della misura amministrativa di sicurezza che, a seguito di sua richiesta, gli sarà indicata dal Centro regionale.

Il giudice di sorveglianza ordina contemporaneamente le modalità dell'esecuzione della misura di sicurezza, perchè l'interessato possa essere sottoposto, con carattere di immediatezza e continuità, alle prescrizioni in precedenza dettate dall'autorità sanitaria, e la durata provvisoria, anche in

deroga a quanto previsto dal codice penale, come a lui indicato dal Centro regionale.

Sono fatti salvi, a favore dell'interessato, i diritti previsti dagli articoli 640 e 641 del codice di procedura penale in quanto applicabili.

Allo straniero, quale misura di sicurezza, si applica l'espulsione dallo Stato a norma delle leggi vigenti.

#### Art. 68.

Alla scadenza del termine provvisorio della misura di sicurezza, il giudice di sorveglianza provvede al riesame dello stato di pericolosità dell'interessato, in concorso con il Centro regionale, per le determinazioni di cui al secondo comma dell'articolo 208 del codice penale.

La revoca della misura di sicurezza può essere disposta soltanto su conforme parere del Centro regionale.

#### Art. 69.

Dopo la revoca della misura di sicurezza l'interessato rimane sotto il controllo dell'autorità sanitaria per tutto il periodo di tempo che il Centro regionale riterrà opportuno allo scopo di applicare all'interessato gli idonei trattamenti dopo-cura al fine del suo riadattamento e della sua reintegrazione sociale.

#### Art. 70.

È abrogata la legge 22 ottobre 1954, numero 1041.

Sono abrogati gli articoli 446, 447 e 729 del codice penale.

TABELLA I

## ELENCO DELLE SOSTANZE

DCI	Altri nomi comuni o usuali	Composizione chimica
1.	DET	<u>N</u> , <u>N</u> -dietiltriptamina
2.	DMHP	idrossi (dimetil-1,2 etil)-3 tetraidro-7, 8, 9, 10 trimetil-6, 6, 9 6H-dibenzo [b, d] pirano
3.	DMT	<u>N</u> , <u>N</u> -dimiltriptamina
4. (+) Lisergide	LSD, LSD-25	(+) <u>N</u> , <u>N</u> -dietil-lisergamide (dietilamide dell'acido dextro-lisergico)
5.	Mescalina	trimetossi-3, 4, 5 feniletilamina
6.	Paraesil	idrossi-1 n-esil-3 tetraidro-7, 8, 9, 10 trimetil-6, 6, 9 6H-dibenzo [b, d] pirano
7.	Psilocina, psilotsin	(dimetilamino-2 etil)-3 idrossi-4 indolo
8. Psilocibina		fosfato di acido (dimetilamino-2 etil)-3 indolil-4
9.	STP, DOM	amino-2 (dimetossi-2,5 metil-4) fenil-1 propano
10.	Tetraidrocannabinolo in tutti gli isomeri	idrossi-1 pentil-3 tetraidro-6a, 7, 10, 10a trimetil-6, 6, 9 6H-dibenzo [b, d] pirano

TABELLA II

## ELENCO DELLE SOSTANZE

DCI	Altri nomi comuni o usuali	Composizione chimica
1. Amfetamina		(±)-amino-2 fenil-1 propano
2. Dexamfetamina		(+)-amino-2 fenil-1 propano
3. Metamfetamina		(+)-metilamino-2 fenil-1 propano
4. Metilfenidate		fenil-2 (piperidil-2)-2 acetato di metile
5. Fenciclidina		(fenil-1 cicloesil)-1 piperidina
6. Fenmetrazina		metil-3 fenil-2 morfolina



TABELLA III

## ELENCO DELLE SOSTANZE

DCI	Altri nomi comuni o usuali	Composizione chimica
1. Amobarbital		acido etil-5 (metil-3 butil)-5 barbiturico
2. Ciclobarbital		acido (cicloesene-1 y1-1)-5 etil-5 barbiturico
3. Glutetimide		etil-2 fenil-2 glutarimide
4. Pentobarbital		acido etil-5 (metil-1 butil)-5 barbiturico
5. Secobarbital		acido allil-5 (metil-1 butil)-5 barbiturico

TABELLA IV

## ELENCO DELLE SOSTANZE

DCI	Altri nomi comuni o usuali	Composizione chimica
1. Amfepramone		(dietilamino)-2 fenil-1 propione
2. Barbital		acido dietil-5,5 barbiturico
3.	Éthchlorvynol	etilclorovinil-2 etinilcarbinolo
4. Etinamate		carbamato d'etinil-1 cicloesile
5. Meprobamato		dicarbamato di metil-2 propil-2 propandio- lo-1,3
6. Metaqualone		metil-2 o-tolil-3 3H-quinazolinone-4
7. Metilfenobarbital		acido etil-5 metil-1 fenil 5 barbiturico
8. Metilprilone		dietil-3,3 metil-5 piperidinedione-2,4
9. Fenobarbital		acido etil-5 fenil-5 barbiturico
10. Pipradol		difenil-1,1 (piperidil-2)-1 metanolo
11.	SPA	(—)-dimetilamino-1 difenil-1,2 etano



## LEGISLATURA V — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

**INDICE**

INTRODUZIONE . . . . .	Pag.	1
------------------------	------	---

**PARTE I**

INIZIATIVE ED INTERVENTI INTERNAZIONALI . . . . .	5
Organizzazione Nazioni Unite (ONU) . . . . .	5
Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) . . . . .	8
Consiglio d'Europa . . . . .	9
IL FENOMENO DROGA E LA LEGISLAZIONE VIGENTE . . . . .	10
CONTROLLO STUPEFACENTI E SOSTANZE PSICOTROPE . . . . .	14
NORME PENALI . . . . .	15

**PARTE II**

COLTIVAZIONE, PRODUZIONE, IMPIEGO, COMMERCIO ALL'INGROSSO, IMPORTAZIONE, ESPORTAZIONE E TRANSITO, ACQUISTO E SOMMINISTRAZIONE . . . . .	Pag.	17
---	------	----

**PARTE III**

LE SOSTANZE PSICOTROPE . . . . .	19
----------------------------------	----

**PARTE IV**

LA TOSSICOMANIA E LA COSTITUZIONE . . . . .	22
DIAGNOSI DEL FENOMENO DROGA . . . . .	22
MISURE DI PREVENZIONE . . . . .	26
USO PERSONALE DI DROGA: IMPUTABILITA' . . . . .	29
CONTROLLO DELL'AUTORITA' SANITARIA . . . . .	30
FORMA INIZIALE D'INTERVENTO . . . . .	33
ULTERIORI FORME D'INTERVENTO . . . . .	35
CONCLUSIONE . . . . .	36

**TESTO DEL DISEGNO DI LEGGE**

<b>Parte I - Norme generali . . . . .</b>	<b>38</b>
Titolo I - Controllo e vigilanza . . . . .	38
Titolo II - Sostanze e preparati sottoposti a controllo . . . . .	42
Titolo III - Norme penali . . . . .	43
<b>Parte II - Disposizioni riguardanti gli stupefacenti . . . . .</b>	<b>46</b>
Titolo I - Coltivazione . . . . .	46
Titolo II - Produzione . . . . .	48
Titolo III - Impiego . . . . .	51
Titolo IV - Commercio all'ingrosso . . . . .	53
Titolo V - Importazione, esportazione e transito . . . . .	55
Titolo VI - Norme comuni alle autorizzazioni . . . . .	58
Titolo VII - Acquisto e somministrazione . . . . .	63
<b>Parte III - Disposizioni riguardanti le sostanze psicotrope . . . . .</b>	<b>67</b>
<b>Parte IV - Provvedimenti contro le tossicosi da stupefacenti e psicofarmaci . . . . .</b>	<b>68</b>
Titolo I - Misure di prevenzione . . . . .	68
Titolo II - Controllo, trattamento curativo e di riabilitazione . . . . .	70