

Venellon



CAMERA DEI DEPUTATI

I.

Art. 3 Mont. carabinieri.
è sufficiente a garantire la sicurezza
però di monte
explorazione cartica offuscata i tempi
invece nelle 24 ore.

450. punti: vetto.

20%. come in quelle di altri (il trapianto
tornò a dischi top 1 anno il 50% di

Tropico di:

185. punti: - dischi per l'analisi
e un trapianto. invece.

60.

ipotesi

40

addizione.

* in 20^{to} il caso mantenuto artificialmente più - per
- tutti hanno deciso che non per modello
- si possono abbandonare tutti i tentativi
e l'egitto non si può fare di organizzare
e come a parte

* Direzione dist. al capo redattore -

Per lungo ad appi. appi. (mont. ex)

Trepienti.



II°

CAMERA DEI DEPUTATI

24 ore Treppe -

- regolamento di con. di pub. del riciclaggio.
- Dopo 12 ore di con. 4° non ho più in corso
nessuna -



EMENDAMENTI AL DISEGNO DI LEGGE N. 922

- Emendamento soppressivo al secondo comma dell'articolo 2:

togliere le parole "nelle case di cura private".

Al posto di "autorizzate" mettere "autorizzati".

- Emendamento all'articolo 3:

invertire l'ordine di priorità degli ultimi due commi.

- Emendamento all'articolo 5:

L'articolo 5 è sostituito dal seguente:

"il prelievo non è consentito nel caso in cui la persona nei confronti della quale è previsto abbia in precedenza manifestato esplicita opposizione. *(sciolta a tempo) dopo olografa*

Non è altresì consentito il prelievo qualora intervenga esplicita e tempestiva opposizione da parte del coniuge o in subordine dei genitori o dei figli.

- Emendamento soppressivo al terzo comma dell'articolo 7: *Togliere*

Supprimere; "o della casa di cura privata".

- Emendamento aggiuntivo al primo comma dell'articolo 9:

Aggiungere dopo "ministero della sanità" "previa indagine ispettiva e parere favorevole dell'Istituto Superiore di Sanità nonché del Consiglio Superiore di Sanità".

- Comma aggiuntivo dopo il primo comma dell'articolo 9:

"le operazioni di trapianto e le altre prestazioni ospedaliere precedenti e susseguenti allo stesso, sono a carico dello Stato".



- Emendamento sostitutivo del secondo comma dell'articolo 9:

il secondo comma dell'articolo 9 è sostituito dal seguente:

"l'autorizzazione viene rilasciata quando sono accertate sia le idoneità delle attrezzature esistenti nel settore dell'intervento chirurgico e per quanto concerne l'organizzazione della ricerca immunologica, sia la presenza di specifiche competenze di tipo chirurgico e di tipo immunologico tissutale degli operatori!"

- Emendamento aggiuntivo al primo comma dell'articolo 12:

dopo "procura" aggiungere "a sé o". Sostituire a "lucro" "denaro o altre utilità".

- Emendamento sostitutivo dell'articolo 15:

"chiunque compie operazioni in violazione di quanto prescritto all'articolo 5 è punito con la reclusione fino a un anno e con l'interdizione dall'esercizio della professione sanitaria fino a due anni".

?
quasi niente
multa e
con la sua
privilegi?

COSTITUENTE CONTADINA

Tavola Rotonda su le

«Prospettive per la prevenzione dei tumori nell'ambiente agricolo - rurale»

Roma, 23 giugno 1977

SCHEDA INFORMATIVA

(DA CONSEGNARE ALLA SEGRETERIA DELLA TAVOLA ROTONDA)

Cognome e Nome

In rappresentanza di

Indirizzo dell'organizzazione

RICHIESTA D'INTERVENTO

(DA CONSEGNARE ALLA PRESIDENZA DELLA TAVOLA ROTONDA)

Cognome e Nome

In rappresentanza di

Sen. Angelo Compagnoni

Signori, amici, compagni!

Questo nostro dibattito sulle "Prospettive di prevenzione dei tumori nell'ambiente agricolo-rurale"-mi si consenta di affermarlo in apertura dei lavori-assume obiettivamente una importanza che non è affatto esagerato definire eccezionale. Un'iniziativa come la nostra, infatti, da quanto sappiamo, non ha precedenti, almeno in Europa. L'importanza, quindi, deriva dal fatto che si avvia in termini nuovi un discorso su un tema che desta così vive preoccupazioni. Il Comitato della Costituente dell'unità e della autonomia contadina, con l'iniziativa di oggi, ha inteso innanzi tutto avviare, anche in questo settore, un collegamento fra la ricerca e l'azione di massa. Perciò ci è parso importante riunire insieme scienziati, studiosi, dirigenti di organizzazioni professionali e sindacali, operatori sociali e tecnici, rappresentanti di forze politiche e amministratori, dirigenti di enti e di istituzioni.

Il motivo fondamentale dell'iniziativa, però, almeno per le organizzazioni promotrici, è quello di un ulteriore contributo all'azione per la conquista della riforma sanitaria. E i coltivatori, anche per la preoccupante incidenza dei tumori e per l'urgenza di un'adeguata azione prevenzionale, sono forse i più interessati a questa battaglia. Essi, oltretutto, debbono battersi ancora per l'affermazione -anche in questo campo- dei loro diritti di uguaglianza. Per questi obiettivi le organizzazioni della Costituente dell'unità e dell'autonomia contadina hanno già promosso importanti convegni come quello sugli infortuni e le malattie professionali in agricoltura -Roma, 20/21 maggio 1975- quello sui coltivatori nella riforma sanitaria -Spoleto,

21/22 maggio 1976- e numerose altre iniziative regionali e locali.

Il nostro dibattito odierno, dunque, pur se dedicato a un problema particolare, ma di grande rilevanza, quale quello dei tumori come conseguenza della nocività di alcune attività agricole e dell'ambiente stesso, vuole essere una sottolineatura dell'esigenza di un'azione prevenzionale da sperimentare e attuare su larga scala, soprattutto fra i coltivatori. Anche per questo il servizio sanitario nazionale, di cui ancora una volta sollecitiamo la istituzione, è urgente e improcrastinabile. E' bene precisare però che, per un impegno adeguato in questo campo, l'azione del legislatore -~~pura~~ urgente e indispensabile com'è- non basta. E non basta neppure quella degli operatori sanitari. Se è vero, infatti, che la riforma si prefigge innanzi tutto la formazione di una coscienza sanitaria collettiva, occorre sburocratizzare, saper guardare oltre il proprio orticello, entrare nell'ordine di idee che una tale svolta si può realizzare solo con il contributo di tutti.

La nostra Tavola Rotonda, era stata già programmata dall'INAC (l'Istituto d'assistenza dell'Alleanza dei Contadini): viene realizzata dalla Costituente dell'unità e dell'autonomia contadina nel quadro della seconda settimana comunitaria per la sicurezza in agricoltura ed ha, comunque, lo scopo di avviare i collegamenti necessari per realizzare la svolta che s'impone. La battaglia, che deve essere assolutamente combattuta per prevenire con la necessaria efficacia il diffondersi di malattie come quella di cui ci parleranno gli illustri relatori della Tavola Rotonda, si vince anche eliminando i compartimenti stagni: eliminandoli innanzi tutto fra i vari centri di ricerca e i diversi settori della medicina, fra questi e le organizzazioni sociali. E' vero -e nessuno può più affer-

mare il contrario- che le cause di tante malattie possono essere in gran parte eliminate: non si comprende, allora, l'insufficienza degli organi d'informazione in questo campo, come non si comprende la mancanza di qualsiasi collegamento fra le diverse facoltà universitarie, che il problema stesso coinvolge. In particolare non si comprende, e tanto meno si giustifica, la rinuncia all'opera preziosa che anche in questa direzione potrebbero svolgere i tecnici agricoli.

In questi ultimi tempi c'è stata una vera e propria esplosione di casi clamorosi. Da Seveso a Manfredonia, alla tante fabbriche della morte, sono emersi fatti che hanno allarmato l'opinione pubblica. E' vero che a risolvere certi problemi non basta l'allarme, come non basta l'indignazione. Però, è vero anche che la guerra quotidiana, che si combatte in campagna fra coltivatori e insidie di ogni genere, viene addirittura ignorata. Eppure è una guerra che ha le sue vittime. Troppe vittime: quelle degli infortuni sul lavoro, delle malattie professionali -oltre tutto non sempre riconosciute- delle malattie degenerative, che rodono lentamente l'organismo umano. E del cancro, più terribile di tutte. L'immagine retorica del contadino che sprizza salute da tutti i pori, se è esistita, non trova, ormai, tanto riscontro nella realtà. E' un'immagine falsa, come la pubblicistica sull'ambiente rurale, definito salubre, poetico, quando non è addirittura idilliaco.

La verità è che in campagna si muore con facilità eccessiva e troppe volte non per cause naturali. Non sarà mai sottolineato a sufficienza che 710/720 infortuni agricoli ogni giorno sono troppi. Che non ci si può rassegnare alla spaventosa cifra di ben quattro morti al giorno.

Ma in campagna, tornando al tema specifico del nostro dibattito, ciò che preoccupa maggiormente sono i casi di tumori in aumento. Le statistiche, specie in questo settore, quando esistono, sono piuttosto carenti. Quel tanto che si riesce a leggere, però, pur se deve essere usato e interpretato con le necessarie cautele, basta e avanza per dimostrare la rilevante incidenza della malattia. E basta per lanciare, con tutto il rigore che la situazione richiede, il necessario allarme.

INAM - Dati relativi al 1972 - Casi di malattia per "voce nosologica", per settore di ass.ne e secondo il sesso (tumori)

	Agricoltura	Industria	% Agr. su Industria
ASSICURATI	4.183.000	14.950.000	27
Tumori	9.528	37.702	25
Alcuni esempi di tumori maligni			
stomaco	324	960	33
pelle	450	924	48
mammella	450	666	67
utero	230	317	72
prostata	108	146	73
Tumori benigni in genere	5.556	26.329	21

Per i lavoratori dipendenti, ad esempio, risulta che nel 1972, mentre il numero degli assicurati del settore agricolo era pari al 27 per cento di quelli dell'industria, i casi di tumori riscontrati in agricoltura erano il 25% di quelli dell'altro settore

considerato. Però si deve tener presente che la maggioranza degli occupati in agricoltura -i coltivatori diretti- come è noto non sono assicurati dall'INAM. La frequenza di tumori fra i lavoratori dipendenti, sempre nel 1972, fu del 4,72 per mille degli uomini e del 7,68 per mille delle donne, mentre fu rispettivamente del 6,65 e del 12,40 per mille ⁱⁿ quello industriale. Se, però, si entra nel merito dei dati risulta che l'incidenza di alcuni cancri è molto più alta nel settore agricolo che in quello industriale.

Per quanto riguarda i coltivatori diretti, invece, anche se si tratta di dati relativi al 1974, la situazione, secondo le statistiche della Federmutue, è ben più grave.

COLTIVATORI DIRETTI - FREQUENZA DI TUMORI SU 1.000 ASSICURATI 1974

REGIONI	PENSIONATI	ATTIVI
PIEMONTE	16,14	8,07
LIGURIA	16,14	7,62
LOMBARDIA	23,17	11,05
TRENTINO	26,00	6,93
VENETO	22,85	10,31
VENEZIA GIULIA	21,58	9,07
EMILIA ROMAGNA	25,68	12,29
NORD	20,83	9,93
TOSCANA	19,90	9,65
MARCHE	20,96	9,49
UMBRIA	19,60	8,98
LAZIO	13,72	5,97
CENTRO	17,83	8,09

		6.
ABRUZZO	13,62	6,64
MOLISE	9,66	4,14
CAMPANIA	10,97	5,68
PUGLIA	15,31	7,06
BASILICATA	8,93	5,01
CALABRIA	9,66	4,62
SUD	11,59	5,83
SICILIA	12,10	7,69
SARDEGNA	14,76	5,94
ISOLE	12,91	7,04

Soprattutto in questo caso, quali che siano le interpretazioni dei dati statistici, il quadro è quanto mai allarmante: la media per grandi circoscrizioni, infatti, passa dall'11,59 del Sud al 12,91 delle Isole, al 17,83 del Centro, al 20,83 del Nord.

Ciò che sembra emergere con sufficiente chiarezza è la incidenza proporzionale al diverso stato di sviluppo dell'agricoltura. Da questo punto di vista, non è certo casuale che nell'Emilia Romagna la frequenza di tumori su 1.000 coltivatori assicurati sale al 25,68. Certo in questa Regione, come del resto nel Trentino, alla base dell'elevato numero di tumori registrati, ci sono anche il livello culturale e le strutture che, evidentemente contribuiscono ad accrescere, il controllo: ma ciò non toglie nulla alla rilevanza del fatto stesso. Semmai la sottolinea. Si deve considerare anche che si tratta di accertare oggi ciò che potrà manifestarsi tra diversi anni.

Il problema della prevenzione dei tumori tra i coltivatori, perciò, si pone anche in relazione alle esigenze di sviluppo dell'agricoltura. Deve essere quindi affrontato con tutto l'impegno politico

necessario per il potenziamento della ricerca, l'unificazione dei vari istituti, l'adeguamento delle strutture: mezzi indispensabili se vogliamo dare un senso all'obiettivo di garantire, attraverso la riforma sanitaria, il benessere fisico della popolazione. Un traguardo, questo, che si pone con urgenza nei confronti di quanti si dedicano all'arte sempre più dura, incerta e rischiosa -ma insostituibile- della produzione agricola.

Fino a quando le istanze dei coltivatori continueranno a non essere realizzate, sarà perfettamente inutile continuare a parlare di "centralità dell'agricoltura". E, a scanso di ogni possibile equivoco, non si deve dimenticare che tale necessità, lungi dall'assumere un carattere corporativo, risponde alle esigenze di sviluppo generale della società. L'agricoltura italiana può offrire ben altro di quanto occorre per sanare il deficit della bilancia alimentare: può e deve essere messa in grado di produrre per l'esportazione più di quanto non si è ancora fatto, con risultati che è facile immaginare. Ecco perchè, innanzi tutto, bisogna pensare all'uomo, alla sua salute, alla sua capacità produttiva e creativa, che è fatta anche di cultura, tecnica e scienza. Ecco perchè è necessario sviluppare l'azione per un'adeguata sicurezza sociale. Come? Per esempio, contrastando con il massimo impegno i continui slittamenti che ritardano l'approvazione della riforma sanitaria. E, allo stesso modo, respingendo la campagna di stampa tendente a mettere sotto accusa i coltivatori per il deficit della previdenza sociale: quasi che fossero loro i responsabili di eventuali favoritismi o addirittura di imbrogli per il gonfiamento degli elenchi o la indebita concessione di pensioni. Fatti, questi, che -nella misura in cui esistono- riguardano tutti. I sostenitori delle campagne scandalistiche, contro quelle che definiscono le pensioni facili dei coltivatori diretti, non possono

ignorare che la realtà è completamente diversa. Che, tanto per fare un solo esempio, tra i pensionati di invalidità di età inferiore a 55 anni -a tutto il 1975- i coltivatori diretti (comprese le donne) sono il 13,46 per cento, mentre i lavoratori dipendenti sono il 25,50%.

Anche in campo previdenziale, più che parole e denunce, occorrono fatti. Che debbono essere portati avanti dal governo, adeguando il contributo dello stato alla lievitazione della spesa previdenziale. Solo così si potrà parlare di ulteriori oneri contributivi a carico degli interessati.

Concludendo sembra opportuno ribadire che questi riferimenti di carattere generale appaiono più che pertinenti con il tema della Tavola Rotonda: per non isolarla dal contesto di una battaglia che, per essere vincente, deve tener conto degli obiettivi complessivi e delle forze in campo. Per quanto riguarda le organizzazioni promotrici di questa iniziativa, la battaglia della riforma sanitaria -come quella dello sviluppo democratico e civile- si vince anche con il giusto riconoscimento dei diritti dei coltivatori, dato il ruolo che hanno nell'agricoltura, come nell'economia e per la partecipazione da protagonisti, che dev'esserli riconosciuta nella società.

ANTONIO CAPUTO

Istituto Regina Elena per lo studio e la cura dei tumori, Roma

L'UOMO E L'AMBIENTE

UN ESERCIZIO DI EPIDEMIOLOGIA E DI ONCOLOGIA SPERIMENTALE

Perchè nell'uomo insorga una neoplasia è necessaria la combinazione di più fattori: questi sono i cancerogeni chimici, gli agenti fisici come le radiazioni, oppure gli agenti biologici come i virus, oltre talune caratteristiche particolari dell'individuo ospite che permettono ai diversi agenti oncogeni di esercitare la loro azione trasformatrice.

Questi agenti, che in una maniera alquanto semplicistica venivano in un passato ancora recente indicati come "causa di cancro", agiscono lentamente nel tempo, talora per decenni, ma sempre congiuntamente ad una varietà di altri fattori: tra questi le caratteristiche cellulari dell'ospite costituiscono il punto nodale per la selezione di particolari popolazioni cellulari con proprietà tali da consentire agli agenti oncogeni di esercitare il loro effetto. Un esempio di circostanza induttiva estremamente complessa e che coinvolge una serie di fattori intrinseci ed estrinseci, nonchè l'intervento di un virus è quella particolare neoplasia indicata come linfoma di Burkitt. Per questa neoplasia, che insorge prevalentemente in alcune regioni tropicali (Africa, Paupasia, Nuova Guinea, ecc.) è stato accertato l'intervento necessario di un virus oltre che di fattori endogeni per i quali l'individuo che svilupperà un tumore possiede un genotipo particolare capace di indurre alterazioni cromosomiche e la formazione di siti recettari specifici per l'aggrancio del virus sulle cellule linfocitarie, nelle quali si realizza la trasformazione neoplastica.

E' stato anche accertato che il linfoma di Burkitt insorge prevalentemente, se non esclusivamente, in quelle regioni nelle quali si instaurano situazioni climatiche che portano allo sviluppo di forme malariche attraverso il necessario intervento della zanzara quale vettore del parassita specifico. Qualora questi fattori esogeni, cioè estranei all'uomo, vengono a mancare il virus non è capace, anche se congiunto ai fattori endogeni, di dar luogo

allo sviluppo del linfoma bensì ad un altro tipo di neoplasia (il carcinoma nasofaringeo) che peraltro si sviluppa con prevalente frequenza in talune razze umane.

La diversa localizzazione del tumore indica in quest'ultimo caso che i fattori endogeni, legati cioè a popolazioni che si sono selezionate nel tempo, peraltro in regioni del l'Estremo Oriente, hanno portato ad espressioni genomiche il cui risultato è la formazione di siti recettori per la localizzazione del virus in cellule diverse da quelle linfocitarie. E' interesante altresì notare che qualora vengono a mancare anche questi fattori endogeni il virus agisce, in assenza di cellule bersaglio, cioè prive di specifici siti recettori, ubiquitariamente e non produce neoplasie bensì infezioni quali la mononucleosi infettiva o le infezioni erpetiche.

In maniera analoga al virus e sempre in concomitanza di fattori endogeni e/o esogeni agiscono agenti causativi di natura diversa: gli ormoni, ad esempio, concorrono alla formazione di tumori che sono definitivamente o temporaneamente dipendenti dall'azione degli ormoni e in modo particolare da come la molecola ormonale va a fissarsi nei siti recettori delle cellule bersaglio. Anche in questo caso intervengono fattori genetici che nell'individuo selezionano popolazioni cellulari che in tanto sono sensibili agli ormoni e da questi possono venir trasformati, in quanto posseggono gli specifici siti recettori.

In generale, lontano dagli esempi sopramenzionati, si può affermare che le circostanze che nell'uomo inducono la comparsa di qualsiasi tipo di tumore sono sempre complesse e molteplici, anche in quei casi in cui l'insorgenza sembra all'apparenza più facilmente collegabile ad un evento principale oppure può essere correlabile ad un oncogeno facilmente riconoscibile. Alla complessità del meccanismo di induzione prendono parte fattori propri dell'individuo

e stimoli che dall'ambiente agiscono in continuità sull'individuo: l'importanza di questi ultimi è tale da far sospettare che circa i due terzi dei tumori "spontaneamente" insorti sono correlabili a stimoli chimici o fisici prodotti dall'uomo stesso per suo uso e consumo.

Allo stato attuale delle conoscenze, l'Oncologia è in grado di delineare quali fattori endogeni dell'uomo sono caratteristici dello sviluppo di una neoplasia e, determinatamente a taluni tumori, si possono mettere in evidenza, valutandone l'importanza, taluni "marcatori biologici": si tratta cioè di espressioni genomi che rendono alcune popolazioni cellulari suscettibili alla trasformazione neoplastica e generalmente sono il risultato di aberrazioni cromosomiche oppure di una modificata sintesi di un sistema enzimatico e/o ormonale, nonché di alterazioni del sistema di istocompatibilità. Ovviamente il riconoscimento di questi marcatori biologici è di notevole importanza non solo ai fini della predizione di una neoplasia, ma anche per diagnosticarne la natura in maniera tempestiva ed efficace, così come seguirne l'evoluzione nel corso dello sviluppo. Fatti questi di notevole importanza, ma che tuttavia non risolvono il problema primario che è pur sempre connesso a quegli stimoli che dall'ambiente agiscono sull'individuo promuovendo le circostanze induttive.

Parlando di ambiente è necessario distinguere un macroambiente ed un microambiente. Il primo contrassegna tutte le evenienze che necessariamente assoggettano l'uomo ad essere bombardato dagli stimoli esterni: in altri termini, situazioni di inquinamento aereo e/o idrico strettamente connesse ai progressi tecnologici, il fabbisogno alimentare, nonché le esigenze terapeutiche inducono l'uomo a non essere libero nella scelta delle condizioni di vita che vengono altrimenti determinate a sua insaputa. Il termine microambiente, invece sta a indicare un modo personale di vivere che è frutto di libera scelta dell'individuo e può circostanzialmente essere individuato come espressione del livello culturale, tipo di occupazione o abito voluttuario: si tratta cioè di situazioni nelle quali l'uomo

può volontariamente sottrarsi alla stimolazione ambientale o quanto meno modificarla nella sua qualità e quantità.

L'Oncologia sperimentale con l'impiego di modelli biologici in vivo ed in vitro ha definito in termini di notevole riproducibilità il fenomeno della cancerogenesi artificiale: è possibile in una o più specie animali indurre tipi di tumori seguendo condizioni di esposizione analoga o per lo meno abbastanza vicine, a quelle in cui l'uomo vive ed opera. La produzione sperimentale di tumori ha indubbiamente chiarito taluni aspetti fondamentali del problema, ma ancora non ha stabilito elementi di attendibilità per cui i dati sperimentamente ottenuti negli animali da laboratorio possono essere estrapolati "sic et simpliciter" all'uomo. Per un limitato numero di sostanze cancerogene, è stato possibile correlare, nel 97% dei casi, una documentata esposizione nell'uomo risultata per la maggior parte di tipo occupazionale oppure di tipo terapeutico. In questi ultimi tempi si è assistito ad una inversione della tendenza e maggiore enfasi va posta sui modi con cui l'uomo vive. Come riportato nella figura 1 è estremamente impressionante constatare che l'incidenza dei tumori è attribuibile per circa la metà a fattori che dall'ambiente agiscono su l'uomo tramite il costume della dieta. E' questo un fatto che porta a responsabilmente considerare le modificate abitudini di vita, i consumi e i reali fabbisogni alimentari in modo da individuare non solo gli oncogeni ma anche le condizioni di esposizione per ridurre un rischio così elevato. Per quanto concerne lo specifico settore dell'ambiente agricolo-rurale i dati più recenti, dimostrano limitatamente al cancro del polmone, una incidenza maggiore nei soggetti non esposti nei confronti di quelli esposti, e ciò proprio in virtù della adozione di modelli di vita che in tanto hanno un rischio più elevato in quanto non vincolati a specifiche metodologie di protezione e prevenzione.

Il problema dell'individuazione dei composti chimici ad azione oncogena nell'uomo rappresenta tuttavia il punto cruciale dell'Oncologia moderna. Il fatto che una sostanza risulti cancerogena in una o più specie di animali da laboratorio nei saggi sperimentali non indica certo che l'effetto cancerogeno si possa sicuramente riscontrare anche nell'uomo. E' indispensabile quindi rivolgersi allo studio dei rapporti dell'uomo nell'ambiente attraverso accurate valutazioni epidemiologiche che servano a stabilire le relazioni tra gli oncogeni riconosciuti nell'ambiente e i tumori che sono insorti. Ed ancora, l'epidemiologia deve, nei limiti del possibile, prevedere i tumori che potranno insorgere in seguito all'immissione nell'ambiente di nuovi composti ad azione oncogena; quindi attraverso l'accertamento dei livelli di esposizione si potrà definire entro limiti attendibili il rischio oncogeno di popolazioni o gruppi esposti. Comunque l'epidemiologia va complementata con i saggi sperimentali secondo una strategia ben definita, che, pur se generalizzabile (vedi Tab. 1), va di volta in volta adattata con un taglio particolare in considerazione di quelle circostanze induttive sopramenzionate.

Per quanto concerne i problemi che specificamente si incontrano nel settore agricolo-rurale, come riportato nella tabella 2, le classi di composti in uso sono variabili per la loro funzionalità e quindi capaci di indurre tipi di esposizione diversi. Inoltre, le prime quattro classi comprendono un numero praticamente infinito di composti chimici per molti dei quali la situazione è alquanto allarmante e va definita a breve termine sia come limitazione dell'impiego che come opportune metodologie d'uso.

In conclusione, per quanto concerne la valutazione del rischio oncogeno, allo stato attuale, è di scarso significato aumentare il solo impegno nei saggi sperimentali (tests di mutagenicità e prove di cancerogenicità) se in mancanza di una accurata indagine epidemiologica, i risultati, pur se riproducibili, non possono essere utilizzati per la giusta valutazione del possibile rischio umano.

19

Rimane tuttavia un indispensabile obbligo civile ed umano vagliare la tossicità e la cancerogenicità di ogni sostanza chimica prima e non dopo che di essa venga pianificata la produzione massificata.



INCIDENZA PERCENTUALE DEI TUMORI NEGLI U.S.A. RIPORTATA
A SPECIFICI FATTORI AMBIENTALI. (1976)

Tabella I

Metodi d'identificazione ed accertamento del rischio oncogeno

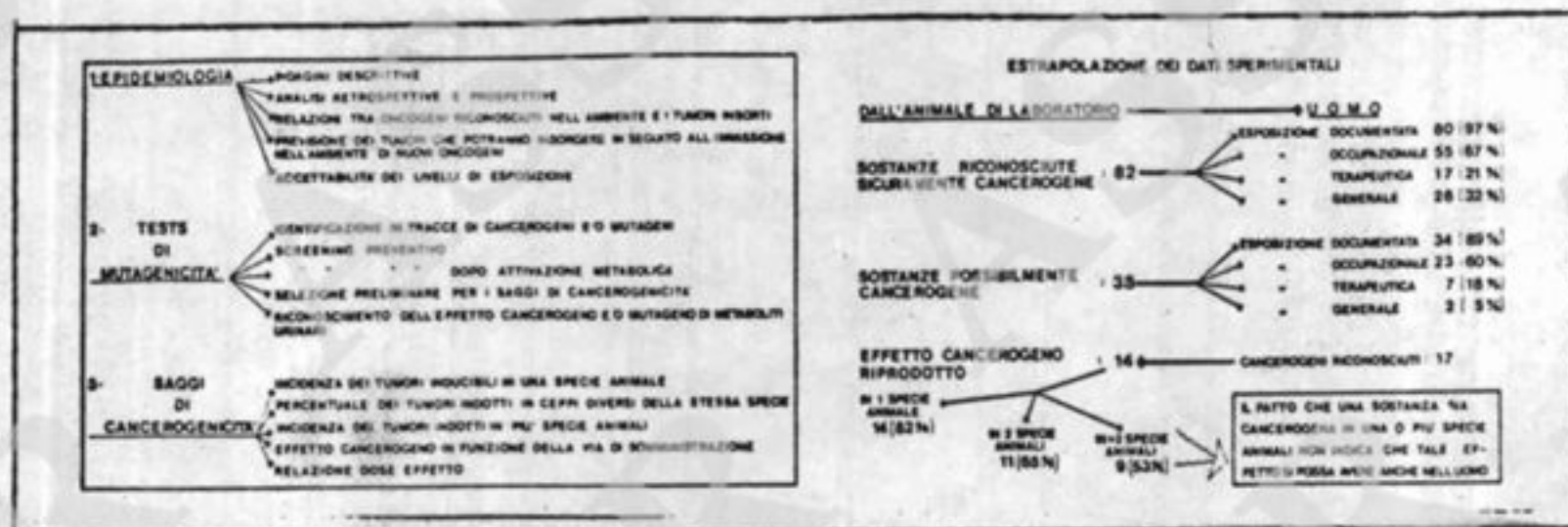


Tabella II

Effetto oncogeno di classi di composti in uso nel settore agricolo-rurale

Classe	Riproduzione sperimentale di tumori	Rilievi epidemiologici nell'uomo
Fumiganti	In due specie animali	-
Pesticidi	In due specie animali	-
Fungicidi	In tre specie animali	-
Solventi	In tre specie animali	+
Micotossine	In due specie animali	+

Riconoscimento degli oncogeni nell'ambiente

L'importanza socio-economica del problema cancro in un paese industrializzato emerge in tutta la sua drammaticità dalla constatazione che un individuo, nel corso della sua esistenza, ha 25 probabilità su 100 di ammalarsi di tumore e 20 di morire.

Attraverso studi epidemiologici, condotti su popolazioni ed aree geografiche differenti, si è tratto il convincimento che il 70-90% di tutti i tipi di cancro sono causati da fattori presenti nell'ambiente che circonda l'uomo o che fanno parte delle sue abitudini personali. Tranne che per i cancri da radiazione ionizzanti ed eccitanti come per quelli sospettati di origine virale, questi fattori sono di natura chimica e, escludendo quelli di origine micotica, sono costituiti da composti di sintesi e da derivati dalla trasformazione o manipolazione di prodotti naturali.

Le sostanze sospettate di attività cancerogena sull'uomo sono molte e la lista si arricchisce di continuo con l'immissione di sempre nuovi prodotti chimici: tuttavia, solo per alcune è stato possibile stabilire con certezza l'oncogenicità nell'uomo. Nella maggior parte dei casi, si è giunti alla loro identificazione dopo aver notato un aumento significativo nell'incidenza di tumori specifici in individui esposti per lungo tempo ad alte dosi della sostanza oncogena (si trattava, per lo più, di lavoratori dell'industria chimica estrattiva). Tale situazione, favorevole al riscontro di un possibile rischio oncogeno, non è identificabile nel settore agricolo per la natura stessa dell'attività occupazionale. Essa, infatti, si svolge in gran parte all'aperto, con tem-

pi di permanenza variabili, in condizioni climatiche differenti per stagioni ed aree geografiche con tempi e tecniche di applicazione di vari prodotti chimici estremamente diversificate e con esposizione spesso contemporanea a differenti pesticidi. Anche l'immissione sul mercato di nuovi prodotti, come pure la loro sospensione, crea un altro fattore d'indeterminatezza. Uno studio epidemiologico, che tenga conto di queste variabili, risulta pertanto di difficile attuazione: ne è la conferma l'insufficienza dei dati finora acquisiti per una valutazione di rischio oncogeno nella popolazione.

L'etichetta di cancerogenicità viene apposta su una sostanza, quando la sua somministrazione ad animali da laboratorio, secondo schemi ben definiti, induce la comparsa di tumori con positività statisticamente valida. Questo criterio non è scevro da riserve perchè non si possono trasferire sic et simpliciter questi risultati nell'uomo nè, tanto meno, calcolare l'entità del rischio in funzione della dose usata nell'animale.

Da qualche anno ha trovato largo impiego un test biologico, basato sull'effetto mutageno indotto su particolari ceppi batterici. Date le correlazioni tra mutagenicità e cancerogenicità, la positività del test viene intesa come un'indicazione di sospetta oncogenicità della sostanza in esame.

Tuttavia, in assenza di conferme epidemiologiche, il metodo classico per un accertamento di oncogenicità è quello sugli animali da laboratorio. Riguardo ai pesticidi ed alle micotossine, disponiamo di un'ampia letteratura sui tests di cancerogenicità in animali. Esistono però delle difficoltà oggettive per una corretta valutazione dei dati sperimentali. Infatti, tranne che per le micotossine, la maggior parte dei pesticidi, cui è stata attribuita capacità oncogena, mostra in realtà bassi livelli di cancerogenicità. A questo bisogna aggiungere il fatto che, negli animali da esperimento, compaiono con relativa frequenza

dei tumori cosiddetti spontanei, che rendono più complessa una valutazione statisticamente valida di oncogenicità. Da ciò con segue che ogni singolo composto dev"essere attentamente vaglia to ed i risultati sperimentali valutati criticamente. Questa linea di condotta è stata fatta propria dai gruppi di lavoro che, nell'ambito di un programma promosso dalla IARC per la va lutazione del rischio oncogeno nell'uomo, hanno raccolto in mo nografie separate un notevole numero d'informazioni su sostanze di rilevante interesse, tanto per la loro diffusione nell'ambien te quanto per la loro sospetta o accertata oncogenicità. Dalla analisi di questi dati si desume che per pochi pesticifi è possi**bi** le esprimere un giudizio di cancerogenicità mentre per molti altri, che vengono descritti come oncogeni, non è stato ancora possibile raggiungere una certezza, sia perchè i tests non sono stati eseguiti correttamente, sia perchè sono stati limitati a poche specie animali. Le conclusioni che se ne ricavano sono espresse in termini di "dubbia oncogenicità, dati inadeguati" o "mancanza di dati".

Fra i pesticidi cui viene riconosciuto - secondo l'indicazio- ne degli esperti della IARC - un effetto oncogeno sull'animale da laboratorio è compreso un certo numero di antiparassitari clo rorganici (Aldrin, Dieldrin, DDT, isomeri dell'esaclorobenzene, Mirex, Strobano, etil 4-4' diclorobenzilato). Tra i fumiganti, 1'1-2 dibromo 3-cloropropano e il brumuro di etilene. Quanto al cloruro di vinile, di cui è accertata l'oncogenicità per gli ope rai addetti agli impianti di polimerizzazione, non si hanno dati relativi alle persone che ne fanno uso come propellente per gli insetticidi. Nel gruppo degli antiparassitari organo-fosforici, il Dipterex ha mostrato proprietà cangerogene per l'animale. Per il Dichlorvos (DDVP) esistono tuttora dati inadeguati, ma è in

dubbia la sua mutagenicità sui batteri e la sua azione alchilante negli animali. Fra i composti della tiourea e i carbamati, risultano cancerogeni il Diallate, il Disulfiram, il Monuron, l'MBC (metil-2-benzimidolo carbamato) mentre dubbi restano il Maneb, lo Zineb e lo Ziram. Alcuni di questi composti, anche se non cancerogeni, hanno la proprietà di reagire con i nitriti a pH acido (condizione, questa, presente anche nello stomaco), dando origine a N-Nitroso derivati, alcuni dei quali - come la dimetilnitrosamina e la dietilnitrosamina - sono dei potenti cancerogeni per gli animali e sono fortemente sospettati di esserlo anche per lo uomo. Per quanto riguarda l'arseniato di piombo, usato come insetticida, esistono alcuni dati epidemiologici sospetti per la comparsa di emangioendoteliomi del fegato e di cancro polmonari in lavoratori di vigne.

Solventi e polveri sono disseminati in enormi quantità nell'ambiente agricolo con l'irrorazione dei pesticidi (75 milioni di kg. di polveri nel periodo 1965-1971 e 100 milioni di litri di petrolio all'anno nei soli SUA). Queste polveri sono costituite prevalentemente da talco, steatiti e pirofillite e possono contenere quantità variabili di amianto. La loro inalazione e deposizione nei polmoni dei lavoratori non adeguatamente protetti può quindi costituire un serio rischio di oncogenicità da amianto.

La presenza di alcune micotossine in agricoltura può rappresentare un fattore cancerogeno. Infatti, le micotossine del genere aflatoxine sono dei potenti cancerogeni per numerose specie di animali. La comparsa di una maggiore incidenza di tumori è stata osservata in Olanda in lavoratori esposti per periodi fra i due e i nove anni a polveri contenenti aflatoxine, originate da muffe d'aspergillo, presenti su semi di arachidi. Uno studio effettuato negli SUA ha dimostrato che il 5% dei mangimi contiene micotossine e che, di queste, circa la metà è rappresentata da aflatoxine.

toxine. Questi reperti devono pertanto richiamare la nostra vigilanza su quegli operatori addetti alla preparazione e manipolazione di mangimi.

Da questa rassegna, forzatamente incompleta, si deduce tuttavia che numerosi prodotti chimici usati in agricoltura sono cancerogeni per gli animali da laboratorio e mutageni nei batteri. Esistono però dei controlli ancora inadeguati di oncogenicità per gli altri numerosi composti di ampia diffusione: una carenza che dev'essere affrontata prioritariamente, così da arrivare a dati più precisi nella valutazione del rischio cancerogeno. Un altro punto fondamentale per la ricerca e la prevenzione del cancro è il potenziamento delle indagini epidemiologiche, finora scarse e incomplete, specie nel settore agricolo.

Poichè l'incidenza presente del cancro è la conseguenza di stimoli oncogeni che hanno agito anni addietro, è chiaro che, se vogliamo evitare delle conseguenze drammatiche in un prossimo futuro, dobbiamo agire subito, utilizzando tutte le risorse della ricerca scientifica sulla base di un valido aiuto di tutte le altre forze interessate al problema.

Angelo CARERE
Ist. Super. Sanità - Roma

Rischi genetici ed oncogeni connessi all'impiego dei pesticidi

E' ormai opinione generale che tra i problemi sanitari più complessi e preoccupanti dei nostri tempi sono in primo piano quelli relativi ai rischi genetici, oncogeni e teratogeni legati all'impiego di sostanze chimiche. Esperti di tutto il mondo sono convinti che è indispensabile una urgente revisione dei criteri sinora adottati nel controllo della tossicità degli agenti chimici che arrivano all'uomo attraverso le vie più subdole e disparate, in quanto tali criteri non tengono nella dovuta considerazione la potenziale capacità, da parte di tali agenti, di causare gravi danni sia alle generazioni attuali (mutazioni somatiche, cancro, aborti) che a quelle future (aborti, malattie congenite, malformazioni alla nascita).

Nell'ambito dei problemi generali della mutagenesi, cancerogenesi e teratogenesi chimica, i pesticidi occupano una posizione speciale sia per il loro impiego sempre più diffuso, massiccio e incontrollato, sia perchè si tratta di sostanze particolarmente attive dal punto di vista biologico; si tratta inoltre di sostanze che, dal punto di vista del rischio per la salute umana, riguardano indistintamente tutti, anche se in grado diverso; infatti, mentre una piccola frazione della popolazione è esposta ad alte concentrazioni di pesticidi (per esempio la popolazione rurale che li usa per pratiche agricole e di controllo dei vettori, oppure gli operai delle fabbriche che li producono), l'intera popolazione è giornalmente esposta a piccole quantità di pesticidi (o loro metaboliti) che entrano nella catena alimentare come residui.

Nel caso particolare dei pesticidi è ormai evidente che mentre da un lato il loro impiego trova validi motivi per quanto riguarda la salvaguardia dei raccolti dall'azione nociva di insetti, parassiti e altri agenti biologici, dall'altro è ormai assodato che presenta delle gravissime controindicazioni dovute sia all'inquinamento ambientale, sia alla produzione di effetti deleteri per la salute umana, causati, oltre che dalla tossicità dei pesticidi, soprattutto dalla loro potenziale capacità d'indurre danni genetici e oncogeni per l'uomo.

Secondo l'O.M.S. più del 75% dei tumori umani sono influenzati da fattori ambientali e, di questi, circa il 90% sono di origine chimica; analogamente, per le malattie congenite, gli agenti chimici rappresentano un fattore eziologico significativo, anche se difficilmente valutabile. Da queste considerazioni scaturisce l'esigenza primaria di controllare l'attività mutagenica e/o cangerogena degli agenti chimici mediante "tests" adeguati e altamente predittivi, che dovrebbero sempre precedere la produzione industriale ed il consumo.

Attualmente ammontano a diverse centinaia le sostanze che, in varie forme e combinazioni, vengono correntemente impiegate come pesticidi; molti di essi, grazie alla disponibilità di metodologie raffinate, sensibili e rapide per la mutagenesi, messe a punto negli ultimi anni, sono stati analizzati in varie parti del mondo, dal punto di vista genetico. Le ricerche più accurate sono state fatte soprattutto su pesticidi organofosforici, organoclorurati e carbanmati. Per diversi pesticidi ancora in commercio è stato dimostrato, in maniera inequivocabile, il potenziale genetico; anche se i "tests" impiegati non permettono una diretta estrapolazione all'uomo, per quanto riguarda la quantizzazione del rischio, dal

punto di vista qualitativo i risultati ottenuti sono sicuramente indicativi di una situazione di rischio genetico per l'uomo. D'altra parte, sulla base della ormai accertata stretta correlazione esistente tra mutagenesi e cancerogenesi chimica, il controllo dell'attività genetica di un pesticida contribuisce ad avere una idea sul potenziale oncogeno dello stesso.

Tra i pesticidi che erano stati immessi sul mercato, diversi si sono rivelati sicuramente mutageni e cancerogeni (DDT, Aldrin, Dieldrin, Amitrolo, Diallate etc.); altri sono fortemente indiziati (Atrazina, Benomil, Captan, Dichlorvos, Paraquat, Sulfallate, Triallate, Trichlorfon etc.). C'è purtroppo da attendersi che questa lista tenderà ad allungarsi in breve tempo ed è per questo motivo e per tutte le considerazioni fatte che si ritiene auspicabile quanto segue:

- 1) tutti i pesticidi attualmente impiegati e non ancora saggiati dovrebbero essere controllati al più presto per la loro mutagenicità;
- 2) l'impiego dei pesticidi rivelatisi mutageni deve essere rigorosamente limitato o vietato, a meno che uno studio preciso e disinteressato non dimostri che il beneficio supera il rischio;
- 3) i pesticidi mutageni debbono sempre essere vietati ogni volta che esistano sostituti non mutageni;
- 4) nessuno nuovo pesticida dovrebbe essere registrato finchè non sia adeguatamente sperimentato;
- 5) l'intero problema della tossicologia dei pesticidi in generale e, della mutagenesi ed oncogenesi in particolare, deve essere continuamente controllato sulla base delle nuove conoscenze che si vanno accumulando.

Nel corso di questa relazione saranno esposti alcuni risultati ottenuti presso l'Istituto Superiore di Sanità, nell'ambito di un progetto biennale sulla mutagenicità di pesticidi sovvenzionato dalla Comunità Economica Europea (contratto n.069-74-I ENV I).

AGRICOLTURA, INDUSTRIA E SCIENZA
IL CASO DELLE BIOPROTEINE

Sintesi del Prof. Romano ZITO

La storia del tentativo di sviluppare nel nostro paese la produzione di proteine unicellulari partendo dalle paraffine, come integranti dei mangimi zootecnici, rappresenta un episodio esemplare di come sono concepiti e condotti i rapporti fra scienza, industria e agricoltura. Costituisce poi una raccolta di tutto ciò che non si deve fare per introdurre un nuovo prodotto. Ma quello che preme sottolineare è l'importanza, nell'intera vicenda, dell'informazione e come questa sia stata sistematicamente negata o falsata.

Si riassume la storia tecnica delle bioproteine e come si sono decise le iniziative in Italia. Si enumerano le perplessità destate da alcuni problemi sanitari e come alcuni siano stati ormai chiariti dalla ricerca pubblica.

Si delinea lo stato attuale del settore e le prospettive del futuro, che indicano anche in modo chiarissimo, gli errori da non ripetere.

Si conclude esponendo la necessità che a decisioni che interessano il paese intero, concorra l'opinione pubblica insieme alle categorie interessate all'uso delle nuove tecnologie, in modo che il calcolo rischio/beneficio non si faccia riservando il rischio alla comunità e il beneficio, esclusivamente economico, agli industriali.

RISCHI EMERGENTI NELL'INTERAZIONE FRA PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE E UTILIZZAZIONE DEGLI ALIMENTI

Sintesi del Prof. Aldo MARIANI

L'attenzione dei ricercatori e, più in generale, della pubblica opinione si è particolarmente concentrata, negli ultimi tempi, sui rapporti fra alimentazione e insorgenza di tumori. In verità il problema non è nuovo, poichè da molti anni era stata avanzata l'ipotesi che lo stato di nutrizione dell'organismo ospite potesse modificare la possibilità di sviluppo e di accrescimento dei tumori.

Il riaccendersi dell'interesse, all'approfondimento degli studi, e l'intensificarsi delle preoccupazioni, a tutti i livelli di questo campo, sono stati, comunque, in larga misura determinati dal diffondersi della coscienza dell'influenza dei fattori ambientali (di cui la nutrizione è componente fra le più importanti) sulla incidenza e sulla evoluzione dei tumori.

In ogni caso, la contaminazione ambientale ha creato nuovi enormi problemi ed ha portato in primo piano la necessità del controllo dei rischi conseguenti alla diffusione nell'ambiente di tutte le sostanze di cui è stato riconosciuto il potere cancerogeno o cocancerogeno e che possono essere veicolate all'uomo attraverso vari momenti della produzione, della trasformazione e della utilizzazione degli alimenti. Sono particolarmente da segnalare a questo riguardo:

la aflatossina B₁, tossina prodotta da una muffa, l'*Aspergillus flavus*, che si sviluppa su arachidi o altri alimenti (cereali) mantenuti in ambiente caldo-umido e che rappresenta il più potente fattore cancerogeno conosciuto per il fegato; residui di pesticidi che, a partire dalle produzioni vegetali, per cui sono primitivamente impiegati, possono essere reperiti in tutti gli alimenti anche di origine animale;

- idrocarburi policiclici, come il benzopirene che possono formarsi in fasi diverse della preparazione (ad es. prodotti da forno), conservazione (affumicamento) o anche cottura degli alimenti;
- nitrosammine prodotte dalla reazione fra nitriti derivati dai nitrati, contenuti naturalmente o additivati agli alimenti, e ammine secondarie in alcuni cibi o nell'intestino umano;
- sostanze naturali contenute in alcune specie di vegetali, fortunatamente non usate nel nostro Paese, e che si sono dimostrate responsabili dell'insorgenza di tumori epatici nell'uomo o nell'animale da esperimento;
- vari additivi alimentari o contaminati, infine, di cui è stata dimostrata la cancerogenicità e di cui da tempo è stato interdetto l'uso, o di cui si sospetta, attualmente, in attesa di ulteriori verifiche sperimentali la pericolosità.

Emerge, comunque, dalla imponente letteratura accumulatasi sul problema, che le sostanze oncogene possono interagire con i nutrienti, nelle fasi di utilizzazione digestiva o metabolica o, anche, con composti privi di potere nutritivo contenuti nella dieta. Ciò deve indurre specificatamente tutte le forze che operano nel campo della scienza della nutrizione, e in questo senso si ritiene impegnato in primo luogo l'Istituto Nazionale della Nutrizione, a collaborare attivamente agli studi sulla epidemiologia e sulla patogenesi dei tumori, soprattutto mediante studi diretti a valutare i rischi cui sono esposti, particolarmente, i gruppi vulnerabili di popolazione a seguito dell'assunzione con gli alimenti di livelli più o meno elevati di fattori oncogeni.

La dieta non è un supporto inerte, un semplice veicolo trasportatore di contaminanti oncogeni, attualmente presenti, ma potenzialmente eliminabili. Sembra evidente, piuttosto, che la composizione della dieta e il relativo stato di nutrizione possano avere effetto sullo sviluppo dei tumori. A prescindere, poi, dal fatto che differenti tipi di tumori rispondono in materia diversa a variazioni di composizione della dieta, trova sostegno l'ipotesi secondo cui alcuni costituenti della dieta

possono esercitare un'azione protettiva verso i tumori, innalzando la capacità di detossificazione nei confronti di sostanze chimiche cancerogene contenute o eventualmente aggiunte ai cibi.

Sotto questo punto di vista sono, di conseguenza, particolarmente illustrati e discussi il significato e il modo che le modificazioni della dieta, dal livello energetico della razione, alla qualità e alle quantità dei vari nutrienti possono avere ai fini della difesa contro i tumori.

PROBLEMI ATTUALI DI DEPISTAGE E MISURE DI PREVENZIONE IN POPOLAZIONI AD ALTO, MEDIO E BASSO RISCHIO ONCOGENO

Sintesi del Prof. Massimo CRESPI

Dai maggiori studiosi di tutto il mondo è ormai riconosciuto che la grande maggioranza dei tumori umani è provocata da sostanze cancerogene presenti nell'ambiente (aria, acqua, suolo, alimenti) e continuamente riversate da una produzione che cresce non sempre a favore ma spesso contro l'uomo, in un modello sociale in cui il profitto derivante dall'introduzione spesso incontrollata di nuove tecnologie è il motore principale dello sviluppo.

Nell'ambiente agricolo-rurale, pur essendo di carattere occasionale gli inquinamenti di tipo industriale, sono tuttavia presenti numerose sostanze potenzialmente cancerogene, legate soprattutto alla industrializzazione dell'agricoltura.

Parafrasando le conclusioni di un gruppo di esperti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, è stupefacente constatare la pressochè totale assenza di adeguati studi epidemiologici sull'uomo riguardo agli effetti di numerose di queste sostanze che, usate in migliaia di tonnellate in tutto il mondo, sono classificate come "fortemente sospette" sulla base di saggi di cancerogeni sperimentale nell'animale.

Nel nostro Paese le carenze sono indubbiamente gravi. Mancano dati precisi sull'epidemiologia generale dei tumori, non vengono condotti studi di epidemiologia orientata su gruppi di popolazione potenzialmente a rischio; manca quindi "l'informazione", che è alla base di qualsiasi intervento legislativo di protezione e di qualsiasi programma di profilassi e di prevenzione sanitaria.

I tumori sono una malattia a genesi multifattoriale, in cui si verifica cioè una sommatoria di effetti lesivi, ad esempio da

cancerogeni presenti nell'ambiente. Il lungo periodo di latenza nell'azione di tali sostanze può far purtroppo prevedere un drastico aumento di casi di tumore negli anni futuri, e ciò è vero anche in ambito rurale, dove è recente l'introduzione di molti nuovi composti e di particolari metodi di coltivazione e conservazione degli alimenti.

E' del pari evidente l'importanza che tale problema riveste per tutta la popolazione, che di tali alimenti si nutre e può esserne contaminata.

Le carenze dei pubblici poteri e delle strutture dello Stato non devono però incoraggiare un atteggiamento fatalistico. La presa di coscienza dei sindacati e dei lavoratori sui problemi della prevenzione e in genere della tutela della salute deve essere indirizzata a conseguire precisi risultati.

Le misure da sollecitare e gli obiettivi da perseguire sono:

- Disporre di un monitoraggio di rischio sul territorio mediante:
 - a)- l'istituzione di un "libretto di rischio" individuale, in cui siano documentate le sostanze impiegate e segnalati gli eventuali effetti tossici osservati
 - b)- catalogare i lavoratori della terra in categorie più definite di rischio, sulla base dei dati già noti di pericolosità tossica ed oncogena delle sostanze impiegate. Disporre di precisi protocolli per quanto attiene ai controlli periodici della salute in tali gruppi. Dare avvio alla raccolta di dati epidemiologici prospettici e retrospettivi in categorie selezionate.
- Promuovere campagne capillari di educazione ed informazione su:
 - a)- corretto uso delle sostanze tossiche
 - b)- azione tossica a breve e lungo termine di queste sostanze e validità dei controlli periodici della salute.
- Esplicare pressioni sull'industria per rinforzare le norme di sicurezza.

- Premere sugli organismi statali, regionali ecc. deputati al controllo della salute pubblica al fine di:
 - a)- istituire "Registri tumori" a finalità epidemiologica mirata, per poter disporre di una tempestiva quantificazione del fenomeno tumorale
 - b)- ottenere una legislazione protezionistica duttile ed efficace, che tenga conto, ad esempio, per quanto riguarda le dosi massime ammissibili (MAC) di un prodotto, della sommatoria di effetti con altri prodotti impiegati e del possibile rischio oncogeno, che spesso si verifica a dosi molto inferiori a quelle ammesse nei riguardi della tossicità acuta e cronica.
 - c)- promuovere una educazione della classe medica, specie a livello dei presidi sanitari di base, per un più pronto ed efficace intervento di tipo preventivo.
- Stimolare la coscienza del lavoratore-utente sull'importanza delle misure di profilassi individuale e sul valore degli interventi di medicina preventiva.
 Predisporre inoltre, coordinando le strutture esistenti, un monitoraggio clinico, citologico e strumentale degli individui a maggiore rischio, in analogia a quanto fatto per numerose categorie dei lavoratori dell'industria (amine aromatiche, PVC ecc.).
 Eseguire dosaggi campione delle sostanze più sospette nei liquidi biologici degli individui più esposti.

Ma tutto questo può avere un reale valore socio-sanitario se contemporaneamente da più parti si eserciteranno pressioni adeguate, politiche e sindacali, per ottenere una razionalizzazione delle strutture volte alla lotta contro i tumori, prevedendo con appositi atti legislativi una serie integrata di interventi volti a combattere quello che è, ma che sempre più sarà, il "male del secolo".

Prof. Francesco POCCHIARI

Direttore dell'Istituto Superiore di Sanità

R O M A

L'Istituto Superiore di Sanità si è recentemente ristrutturato in 14 Laboratori comprendenti i seguenti settori di attività: Ambiente, Farmaci, Alimenti, Malattie.

Il settore Ambiente è costituito dai Laboratori di Igiene del Territorio, di Igiene del Lavoro e di tossicologia, nel quale vengono effettuati la maggior parte dei controlli e delle ricerche inerenti il problema specifico che viene qui discusso ossia la "sicurezza in agricoltura" dei prodotti antiparassitari ed erbicidi.

A questo scopo sono adibiti due Reparti specifici: il Reparto dei Pesticidi, diretto dal Prof. I. Camoni, esamina le domande di registrazione dei presidi sanitari (antiparassitari per uso agricolo), le domande di registrazione dei presidi medico-chirurgici (disinfestanti per uso domestico, civile ed industriale), controlli e indagini dal commercio sui contenuti in principi attivi nei formulati agricoli e domestici e sui cooformulanti (propellenti, gas tossici e coloranti), collaudi analitici delle partite di insetticidi per conto del Ministero della Sanità, ricerche e determinazioni dei residui di antiparassitari nei prodotti ortofrutticoli e alimentari in genere, analisi di revisione, elaborazione dei metodi di analisi, indagini analitiche sperimentali afferenti gli argomenti sopradescritti.

Il reparto di Mutagenesi e Cancerogenesi studia invece le attività delle sostanze prima accennate e che sono state in questo Convegno ben illustrate dal Prof. A. Carere, direttore del Reparto sopradetto, mediante saggi di mutagenesi.

Recentemente è stata istituita presso questo Istituto una Commissione di Esperti italiani allo scopo di definire la metodologia per i tests di mutagenesi e cancerogenesi e valutarne l'attendibilità e significatività.

Montalto: sismico il terreno della centrale termoelettrica?

**Nuova ordinanza di sospensione dei lavori emessa dal sindaco
Forse domani la decisione del Tar sul ricorso presentato dall'Enel**

Una «faglia sismica attiva» — cioè uno sfalsamento del terreno che si verifica in seguito a terremoti e che a sua volta ne può provocare — sarebbe presente nella zona di Montalto dove l'Enel sta costruendo la nuova centrale termoelettrica. Ci sarebbe un motivo più che valido quindi per sconsigliare la prosecuzione dei lavori in quel luogo. Sono queste le conclusioni cui sono giunti un gruppo di geologi che hanno svolto una ricerca per conto del Comune. Il sindaco di Montalto, Alfredo Pallotti, le ha fatte sue e le ha inviate al Tar per accompagnare una seconda ordinanza di sospensione dei lavori. Come è noto, i lavori per la centrale dell'Enel sono fermi dal 18 febbraio scorso, dal giorno cioè in cui il sindaco ha emesso una prima ordinanza di sospensione. L'Enel, ritenendo infondate le motivazioni dell'ordinanza (mancato rispetto della convenzione a suo tempo sottoscritta per il controllo dei lavori) ha fatto ricorso al Tar che proprio domani dovrà prendere una decisione. L'ordinanza emessa ora dal sindaco Pallotti è quindi un provvedimento integrativo.

I risultati delle ricerche geologiche e la nuova iniziativa del sindaco di Montalto sono stati resi noti ieri mattina al palazzo di giustizia

di Roma dall'avvocato Carlo Dinzillo, del collegio di difesa del comune di Montalto. Secondo Dinzillo le «faglie sismiche» non sarebbero una sola, ma numerose e localizzate tutte nei tratti terminali dei fiumi Mignone, Marta, Arnone e Flora. La più vasta sarebbe stata individuata lungo il Mignone e sarebbe di dimensioni eccezionali, dai venti al cinquanta metri.

Sempre secondo il rapporto, la «faglia» sarebbe in piena attività, come verrebbe provato dalle esalazioni gassose.

Come si ricorderà, nel 1978 Enel e Comune di Montalto hanno firmato una convenzione che prevede tra l'altro tutta una serie di garanzie per quanto riguarda la sicurezza e la salvaguardia dell'ambiente. La convenzione accoglie in pieno, tra l'altro, le stesse richieste avanzate dal Consiglio regionale. Il 18 febbraio scorso, denunciando il mancato rispetto della convenzione da parte dell'Enel, il sindaco Pallotti ha emesso la prima ordinanza di sospensione dei lavori dopo un dibattito in Consiglio comunale che aveva visto schierati sulla stessa posizione tutti i partiti. In risposta l'Enel ha fatto ricorso al Tribunale amministrativo regionale.

La nuova iniziativa del sindaco probabilmente non avrà un peso indifferente.

Lutto cittadino a Minturno per uno dei carabinieri uccisi a Torino

Al consiglio comunale di Minturno, ieri sera, è stato approvato all'unanimità il lutto cittadino (per la giornata di oggi per onorare Sergio Petruccelli, il carabiniere assassinato ieri mentre era impegnato con altri due commilitoni in servizio antirapina sulla corriera Torino-Moncalieri).

Petruccelli, nato a Minturno il 9 settembre 1951, quattrogenito di dieci fratelli, il più piccolo di 14 anni e il maggiore di 34, quando otteneva anche brevissime licenze era felice di tornare a casa dai genitori, Esterina e Carmine Petruccelli che vivono, appunto, a Minturno dove svolgono il loro lavoro di agricoltori.

Si era arruolato volontario nell'Arma, un modo come un altro per trovare lavoro. Da oltre due anni prestava servizio a Torino.

Lettere al cronista

Non c'è pace per i nomadi nelle nostre periferie

Cara Unità, vogliamo denunciare la grave situazione in cui si trovano in questi giorni a Roma i gruppi di nomadi in sosta nei quartieri della periferia della città.

Nonostante le promesse scaturite dal Convegno del 13 febbraio «Essere nomadi in città» organizzato dalle Circoscrizioni V-VI-VII-VIII, di fatto succedono continue irruzioni da parte dei tutori dell'ordine pubblico (vigili, carabinieri, polizia).

Tali irruzioni (talvolta con i mitra splanati) hanno lo scopo di cacciare dai luoghi di sosta i gruppi nomadi senza motivazione alcuna e senza tener conto delle esigenze di costoro. Con questa politica di interventi si arriva solo ad impedire la continuazione di attività in atto: il lavoro per i genitori, la scuola per i bambini; l'assistenza sanitaria.

Spesso vengono date anche diffide, che comporta-

no il divieto di ritornare in un Comune per lunghi periodi di tempo, a cittadini nomadi italiani che hanno scelto come centro dei loro interessi questa città perché è da diverso tempo che svolgono qui il loro lavoro (giostre, raccolta di materiale usato, indoratori, calderai...).

Le poche volte che vengono date motivazioni alle cacciate, esse sono ridicole e prive di fondamento e in genere si riallacciano a esposti di cittadini intolleranti alla loro presenza per pregiudizio di razzismo. In questi esposti viene espresso come motivo di intolleranza il mancato rispetto di norme igieniche (...espletano i loro bisogni all'aperto... è un campo di immondizie...), in una città dove le cosiddette norme igieniche non sono tenute in nessun conto, sia nei luoghi pubblici sia nelle strade, dagli stessi cittadini.

In attesa di soluzioni valide, che quindi rispettino le condizioni di vita dei nomadi, si chiede alle Autorità e a tutti i cittadini di far cessare questi atti che offendono i diritti umani e civili.

OPERA NOMADI
SEZIONE DI ROMA

piccola cronaca

Dibattito

«Il movimento dei giovani di fronte all'attacco alla democrazia. Quale strategia per sconfiggere il terrorismo e la violenza»: questo il tema del dibattito promosso dalla FGCI romana, che si terrà domani, ore 17, al Teatro Centrale in via Celsa. Risponderanno al pubblico Pietro Folena, Marco Boato e Achille Occhetto.

Culla

E' nata Alessia, figlia del compagno Franca e Onorino Santarelli della sezione Flauto. Alla piccola e ai genitori le più vive felicitazioni dai compagni della sezione, della Zona e dell'Unità.

Nozze

Oggi alle 11 si sposano i compagni Lucia Pritelli e Canzio Torelli. Agli sposi gli auguri dei compagni della sezione Latino-Metronio e dell'«Unità».

Lutto

E' deceduto sabato scorso il padre del compagno Mario Sinisi. Al caro Mario e ai suoi familiari le condoglianze della sezione Appio Nuovo e dell'«Unità».

CAMERA DEI DEPUTATI N. 3964

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**CARIGLIA, PANDOLFO, NICOLAZZI, REGGIANI,
MAGLIANO, CETRULLO, DI GIESI, RUSSO QUIRINO**

Presentata il 23 luglio 1975

Norme per la disciplina del commercio e dell'uso di stupefacenti

ONOREVOLI COLLEGHI! — Il problema del consumo degli stupefacenti in Italia si può definire un fatto socialmente nuovo nella sua attuale dimensione anche se, in effetti, non si può sostenere che fino a qualche anno fa, nel nostro Paese, non si facesse commercio ed uso di stupefacenti. Ma il consumo interno era, sino agli inizi degli anni sessanta, molto modesto e circoscritto a certi tipi di droghe (morfina, cocaina) e ad un ristretto numero di persone occupate per lo più in settori quali l'arte, lo spettacolo o la professione medica.

Da qualche anno, invece, si è profilata una situazione nuova. La novità consiste nel numero dei consumatori, che è notevolmente aumentato, nelle loro caratteristiche sociologiche (giovani) e nel tipo di droghe per lo più usate (anfetamine, barbiturici, canapa indiana).

Di fronte a questa triste estensione del fenomeno il mondo della scienza deve impegnarsi, con interesse crescente, alla ricerca di mezzi e di strumenti che possano quanto meno ridurlo al limite della tollerabilità così da non destare quell'allarme

angoscioso che è preoccupazione per un futuro ancora peggiore.

Farsi un'idea sia pure approssimativa, del numero dei tossicomani o dei consumatori di sostanze stupefacenti è certamente cosa non facile. Infatti tutte le forme di abuso si alimentano nella clandestinità. I dati ufficiali, perciò, comunicati all'organo internazionale di controllo degli stupefacenti presso le Nazioni Unite, sono largamente in difetto se confrontati a quelli che si possono ricavare per via indiretta.

La produzione annua di oppio, per esempio, è stimata intorno a chilogrammi 80 milioni contro chilogrammi 1.250.000 che occorrono per ottenere gli analgesici e gli antitussivi largamente impiegati in terapia.

L'enorme differenza tra produzione globale e produzione necessaria per gli usi terapeutici, va, evidentemente, ad alimentare i canali del traffico illecito.

Cosicché, dividendo tale differenza per il consumo medio presumibile si arriva a stabilire cifre che vanno sicuramente al di sopra dei 200 milioni di individui intossicati dagli oppiacei in tutto il mondo.

A questo bisogna aggiungere i consumatori di canapa indiana che si presume siano non meno di 100 milioni.

Si tratta, quindi, del fenomeno più preoccupante della nostra epoca perché su di esso, come su pochi altri problemi sociali, hanno influito fattori di varia natura nel volgere dei tempi. Da una parte il miglioramento del tenore di vita, la riduzione della giornata lavorativa, la continua ricerca di diversivi, la rapidità dei mezzi di comunicazione ecc.; dall'altra il disorientamento provocato dal continuo superamento tecnologico e dall'incalzare della cosiddetta civiltà dei consumi nella quale diventa sempre più difficile operare scelte precise. La pluralità degli stimoli e le sollecitazioni che il mondo moderno crea si ripercuotono sulla stabilità emotiva e si viene a creare una breccia per l'avanzata dei consumi di droghe (da una parte gli stimolanti quali le anfetamine, dall'altra i barbiturici, i sedativi, gli ipnotici per finire all'hashish e alla marihuana). Recenti risultati (febbraio 1972) di una inchiesta condotta negli Stati Uniti su 1.063 studenti, hanno stabilito che il 51 per cento aveva provato la marihuana almeno una volta e il 18 per cento gli allucinogeni (LSD, mescalina ecc.); mentre nel 1965 solo il 5 per cento degli studenti affermarono di aver usato marihuana e l'1 per cento gli allucinogeni.

Per quanto riguarda l'Italia, il Ministero della sanità ha affermato, nel giugno del 1970, che i tossicomani nel nostro Paese erano 804 in tutto. Se si usa un criterio internazionalmente riconosciuto e cioè quello di moltiplicare per 10 il numero dei tossicomani ufficialmente accertato, si ottengono cifre che dovrebbero considerarsi appropriate al volume delle tossicomanie in Italia. Fin qui le dichiarazioni del Ministero della sanità. C'è da aggiungere che nel corso del 1970 sono stati segnalati altri 91 tossicomani, che le operazioni di polizia sono passate nello stesso anno a 232 contro le 46 del 1969 e le persone denunciate per reati sugli stupefacenti sono state 446. Sono stati sequestrati chilogrammi 344 di oppiacei, chilogrammi 631 di canapa, chilogrammi 28 di cocaina e 40.000 dosi di allucinogeni, con 701 persone denunciate per traffico di stupefacenti.

Da questi dati non è difficile desumere che le tossicomanie ma soprattutto il consumo di droghe è in aumento in Italia come dovunque.

Allo stato attuale, in Italia la lotta contro le intossicazioni da stupefacenti è imperniata sulla legge speciale 22 ottobre 1954, n. 1041, completata da una serie di quattro decreti ministeriali contenenti gli elenchi delle sostanze stupefacenti. A tali norme si aggiungono quelle del codice penale, del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza, nonché un decreto del 1961 del Ministero della sanità con cui si dispone la creazione di centri per lo studio delle tossicomanie presso tutti i capoluoghi di provincia. In realtà detti centri furono aperti solo a Napoli, Messina, Vercelli e Roma; solo quest'ultimo funziona tuttora anche se in precarie condizioni.

Poiché queste norme esistono da molto tempo, la constatazione del dilagare odierno della droga si risolve nella prova della loro insufficienza.

Ciò accade non solo perché, in base alle attuali disposizioni, è estremamente difficile elencare e quindi controllare tutte le sostanze che possono essere impiegate a guisa di stupefacenti (dagli psicolettici e psicoanestetici agli psicofarmaci in genere, fino agli sciroppi antitussivi a base di codeina, tutte sostanze che sfuggono a qualsiasi classificazione ma la cui pericolosità non è inferiore a quelle comprese negli elenchi ministeriali) ma soprattutto per la totale inesistenza di un adeguato sistema preventivo appoggiato da istituzioni medico-sociali realmente operanti.

Lo spirito informatore della legislazione vigente, poi, è imperniato, soprattutto, sul tradizionale concetto della funzione intimidativa della pena e ciò equivale a credere che l'individuo possa evitare di accostarsi allo stupefacente per timore della condanna, e che, quando ha sperimentato la condanna, possa astenersi dal proseguire nella tossicomania. È stato, infatti, dimostrato, in base ad una esperienza clinica ventennale, che un'alta percentuale di tossicomani curati in ospedale ricade nell'abuso dopo il ritorno nel suo ambiente di vita. È ovvio che se è altamente probabile la ricaduta del tossicomane curato è certa la ricaduta di questi se condannato.

A questo proposito va ricordato come la Convenzione Unica sugli stupefacenti del 1961 e la Convenzione sulle sostanze psicotrope del 1971 stabiliscano che l'obbligo di incriminare sorge solo per le infrazioni « gravi » e che le pene siano non severe ma « adeguate » quindi proporzionate sia

alla gravità del fatto commesso, sia alle esigenze del recupero sociale del reo.

Negli articoli 38 e 20, rispettivamente delle sopracitate Convenzioni, si impone addirittura l'obbligo di prendere tutte le misure che possano servire per prevenire l'abuso e assicurare la pronta individuazione, la cura, la rieducazione, il riadattamento e la reintegrazione sociale delle persone interessate.

Ciò significa il riconoscimento che la prevenzione generale e la prevenzione speciale dell'abuso di droga può essere ottenuta con maggiori probabilità attraverso forme assistenziali e riabilitative del dedito, anziché per mezzo della sua sottoposizione ad una misura detentiva.

L'Italia, purtroppo, non ha ancora ratificato né la Convenzione del 1971 né la Convenzione Unica del 1961 con cui sono stati abrogati tutti i trattati internazionali anteriori fra cui quelli da essa ratificati.

Eppure, in materia di prevenzione, l'Assemblea del Consiglio d'Europa, il 21 settembre 1970, ha redatto una serie di raccomandazioni, relative alla tossicomania, rivolte al Comitato dei ministri della Comunità Europea, ove si invitano i rispettivi Governi:

a prendere tutte le misure possibili, utilizzando i mezzi di comunicazione di massa e soprattutto i normali canali d'insegnamento per informare l'opinione pubblica sui problemi connessi all'auto-somministrazione di droghe producenti farmacodipendenza e tossicomania;

a creare dei centri ove i tossicomani potranno beneficiare di consigli e dell'assistenza di specialisti allorché essi cercheranno di liberarsi della dipendenza;

a creare un numero sufficiente di centri per il trattamento adeguatamente organizzati, per le persone divenute psichicamente e fisicamente farmacodipendenti, così come dei servizi speciali per il riadattamento fisico e sociale del malato;

a migliorare la possibilità di studio dei problemi posti dalla tossicomania, affinché i ricercatori delle differenti discipline e gli specialisti di quel ramo possano approfondire le loro conoscenze sulle cause, sulla prevenzione e il trattamento dell'abuso di droga.

Tutto ciò nella convinzione che l'informazione e la ricerca sui diversi aspetti della tossicomania e gli effetti a lungo termine dell'abuso di droga sull'individuo e sulla società siano indispensabili se si vuole determi-

nare con precisione le misure sociali, sanitarie e soprattutto giuridiche che conviene adottare.

Se in passato infatti si riteneva che l'individuo dedito alla droga avesse in sé quel profondo disagio psicopatologico che lo spingeva a trovare il compenso in queste sostanze per ottenere una effimera fuga dalla sua ansia repressa, oggi questo tipo di motivazione, restando pur valida per alcune categorie di farmaco-dipendenti, non è più sufficiente per giustificare l'espandersi di questo triste fenomeno che colpisce nella sua quasi totalità i giovani.

Accanto a motivazioni occasionali come la curiosità, la moda, l'imitazione, l'esibizionismo troviamo, forse, la vera causa che spinge i giovani alla droga nella evasione.

Evadere dal sistema, evadere dalla nostra società, dai suoi meccanismi, dalla sua organizzazione, dall'incertezza e dall'inquietudine proprie della nostra epoca, evadere da una realtà che essi sentono priva di ideali e invece protesa solo verso il profitto.

Di qui, il dissenso, la protesta, la contestazione e la droga. Ma la droga è un meccanismo di autoemarginazione che impedisce qualsiasi giusta elaborazione delle loro ansie e delle loro obiezioni.

Occorre, allora, rendere consapevoli i giovani che chiudendosi nel loro mondo essi sottraggono volontà, gioia, intelligenza e lavoro a quella realtà che essi vorrebbero cambiare e, rinunciando così alla vita, completano il meccanismo di autodistruzione.

Consapevoli di tutto ciò la società, la famiglia e la scuola devono collaborare per svolgere una seria educazione preventiva, lontana dei falsi moralismi, tesa soprattutto a creare un'alternativa alla droga assicurando quelle strutture culturali e sportive sufficienti a garantire uno sviluppo psicofisico sano ed equilibrato dei giovani.

In sintesi, l'informazione deve svolgere un duplice compito: sensibilizzazione dell'opinione pubblica attraverso la conoscenza del carattere, delle cause e della diffusione relativi al problema degli stupefacenti; educazione sanitaria sul pericolo della droga da svolgersi prevalentemente nella scuola.

Va infine riaffermato senza mezzi termini che s'impone, in un'emananda legge sugli stupefacenti, la creazione di un sistema organizzativo per la prevenzione e la cura del tossicomane e del farmaco-dipendente.

L'unico sistema ipotizzabile in Italia, è quello di attribuire la titolarità di ogni competenza alla regione, limitando le competenze

del Ministero della sanità alla funzione di studio, stimolo e controllo. Questo perché la Costituzione stessa (articolo 117) attribuisce alle regioni competenza nei settori dell'assistenza sanitaria. I Comitati regionali, collegati con strutture a livello provinciale e con le unità sanitarie locali, devono essere caratterizzati dalla presenza di una pluralità di esperti e la loro attività deve rivolgersi in tre direzioni: una rivolta ad individuare i tossicomani e offrire loro la possibilità di mettersi in contatto; l'altra riguardante la cura e infine l'assistenza successiva alla cura.

Le forme di primo intervento dovranno consistere in consigli, nelle forme dell'assistenza sociale.

Per il soggetto che eventualmente necessita di assistenza clinica, che deve essere la possibilità di fargli prendere parte attiva nella formulazione del programma di disintossicazione e, in seguito, di provare le proprie risorse, di esercitare la capacità di assumersi delle responsabilità, nonché di farlo agire in un contesto dove le richieste siano adeguate alle sue condizioni.

L'ultimo ma delicatissimo momento del recupero del tossicomane consiste, infine nella riabilitazione.

I centri, cioè, oltre che consigliare, assistere o disintossicare il soggetto che vi accede, devono adoperarsi per un suo normale rientro nella società. In pratica si tratta di un programma di aiuti da prestare ove ce ne sia bisogno: ricerca di un posto di lavoro adeguato alle capacità del paziente, ricerca di un alloggio, prestiti di piccole somme di denaro, ecc.

Passando da ultimo ad esaminare i mezzi di repressione, va rilevato che se in sede ONU, in sede OMS, in sede del Consiglio di Europa, come del resto nella circolare ministeriale del 1970 è stato affermato e ripetuto più volte che il tossicomane ed il farmaco-dipendente non è un criminale bensì un malato di una malattia « sociale » e quindi richiedente l'intervento dello Stato per la prevenzione, il trattamento e la riabilitazione, tutto ciò non sminuisce affatto l'essenziale, insostituibile funzione che l'attività repressiva deve svolgere almeno per la tutela dell'individuo contro la opera altrui diretta ad intossicarlo.

Si tratta, allora, di concedere maggior raggio d'azione alle forze specializzate in questo settore e nel contempo varare severe sanzioni penali che contribuiscano a stroncare il traffico e la produzione illecita di stupefacenti.

Infatti, il problema della circolazione degli stupefacenti va combattuto a monte (dove nasce e si esercita) e non a valle (dove si consuma la droga).

La teoria, secondo la quale, per risalire al trafficante occorre passare dal consumatore, ci pare, oltre che poco convincente, piuttosto superata sul piano pratico.

Le pene nei confronti di chi senza autorizzazione produca, coltivi, commerci, importi od esporti sostanze stupefacenti devono essere estremamente severe anche se proporzionate alla quantità e alla categoria di appartenenza di dette sostanze ed ai ruoli ed alle funzioni dei soggetti agenti illecitamente.

In relazione a questi ultimi, poi, deve essere tenuta ben distinta la posizione del piccolo spacciatore-consumatore (colui, cioè, che vende « al minuto » piccole quantità di droga per ottenere la possibilità di continuare il consumo) da quella del trafficante (colui che manovra il traffico clandestino di notevoli quantità di droga).

Il secondo aspetto della funzione dell'attività repressiva, consistente nella tutela dell'individuo contro le iniziative di autointossicazione, pone un quesito di carattere costituzionale: se sia costituzionalmente legittimo vincolare la libertà individuale, impedendo la volontaria assunzione di sostanze intossicanti.

Il quesito si risolve affermativamente sulla base dell'articolo 32 della Costituzione, secondo il quale « la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività » e inoltre sulla base dei principi generali di diritto per cui la vita e l'integrità fisica vengono considerati come beni indisponibili.

Inoltre sul divieto di autointossicarsi grave questione è sorta intorno all'articolo 6, comma quarto, della legge n. 1041 e alla sua interpretazione.

Infatti, dopo qualche oscillazione iniziale, la giurisprudenza si è orientata nel senso di considerare applicabile tale norma anche alla detenzione di piccoli quantitativi per uso personale non terapeutico.

Questa interpretazione non trova consenziente larga parte della dottrina e della giurisprudenza di merito. È stata messa in evidenza, infatti, l'assurdità di equiparare la detenzione per uso personale alla detenzione a scopo di commercio e, comunque, di messa in circolazione.

Sulla scia di queste, per altro inconfutabili, considerazioni alcuni criminologi hanno ritenuto che non sia opportuno incriminare

il consumo di droga: il consumatore, si sostiene, è più una vittima che un delinquente e, d'altra parte, finché è incriminabile, né lui né i suoi familiari od amici saranno indotti a denunciare gli spacciatori alle autorità.

È chiaro, però, come questo orientamento rischi di portare a gravi conseguenze in quanto esso non dimostra che, legalizzando l'uso della droga, sparirebbe il problema della tossicomania. È scontata, infatti, la grande nocività, sotto il profilo strettamente clinico, dell'abuso della maggior parte delle sostanze stupefacenti. Non sarebbe, tuttavia, molto pericolosa la marihuana a condizione, però, che l'individuo riesca a non eccedere nelle dosi e a non protrarre troppo a lungo l'esperienza con tale sostanza (in caso contrario si produrrebbe deterioramento della personalità).

Ma poiché sono certamente pochi i soggetti capaci di contenersi in questi ragionevoli termini di dosi e di tempo, è evidentemente pericoloso consentire che larghe masse di giovani accedano liberamente e facilmente alla marihuana, tenuto conto anche del pericolo di possibili *escalation* verso sostanze più pericolose, non del tutto improbabili come dimostrano documentate casistiche.

Più idonea, ci pare, la soluzione di risolvere il delicato problema con una incriminazione nuova, di tipo contravvenzionale.

Oggetto di tale sanzione non devono essere considerati né i detentori di droghe ad uso personale farmaco-dipendenti né tanto meno se tossicomani.

Questi due tipi di consumatori, infatti, hanno instaurato un rapporto di tale sudditanza psichica e fisica alla sostanza da confi-

gurare, ormai, un caso clinico, il cui recupero può avvenire solo attraverso il trattamento loro riservato negli speciali centri di disintossicazione e riabilitazione.

La sanzione conserva, invece, la sua funzione nei riguardi del consumatore che non ha instaurato ancora un rapporto di dipendenza con il farmaco.

Questo soggetto deve essere fermato in tempo e la legge penale deve portare il suo contributo come deterrente sugli utenti di droga potenziali o in atto e come strumento per simbolizzare la disapprovazione sociale all'abuso.

Anche se gli utenti come gruppo sono poco sensibili all'efficacia deterrente della pena, come individui vi è certo un numero più o meno vasto per i quali detta minaccia vale, sicuramente, come fattore decisionale nell'iniziare, continuare o cessare l'abuso della droga (si pensi, a questo proposito, a chi inizia non per tare carenziali-affettive o altri motivi psicosociali, bensì per semplice curiosità o desiderio di essere alla moda).

La presente proposta di legge, quindi, che si sottopone alla vostra approvazione ha lo scopo di creare una normativa nel campo degli stupefacenti che, aderendo alle direttive dei trattati internazionali, tuteli l'individuo sia contro l'altrui opera diretta ad intossicarlo, sia contro le sue stesse iniziative di autointossicazione e, soprattutto, preveda disposizioni di ordine medico-sociale atte ad identificare l'esatta dimensione del problema al fine di poterlo affrontare con una indispensabile azione interdisciplinare nei settori della ricerca, dell'informazione e del trattamento delle tossicomanie, nelle forme dell'assistenza e della riabilitazione.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

Il Governo della Repubblica è delegato ad istituire, con decreto presidenziale da emanare entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, una commissione di quindici membri composta da:

- tre professori universitari ordinari (due farmacologi ed uno neuropsichiatrico);
- un sociologo;
- due presidi di scuole secondarie;
- un magistrato;
- due esperti in materia appartenenti al Corpo di polizia ed al Corpo della guardia di finanza;
- sei parlamentari (tre senatori e tre deputati);

per svolgere una indagine approfondita sul fenomeno della produzione, fabbricazione, commercio e uso illegittimo delle sostanze, stupefacenti e psicotrope e proporre i mezzi preventivi e repressivi idonei ad evitarlo.

La suddetta indagine sarà compiuta entro un anno dalla nomina della commissione di cui al comma precedente e le sue conclusioni saranno presentate, entro un mese, al Parlamento.

ART. 2.

È istituito un « Comitato scientifico » composto da sette membri scelti tra persone con particolare esperienza dei problemi sociali, clinici farmacologici e criminologici connessi con l'abuso della droga.

I membri di detto Comitato, che durano in carica per la durata di tre anni, sono nominati con decreto del Ministro della sanità da emanare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

ART. 3.

Compito del Comitato scientifico sarà la formazione dell'elenco delle sostanze stupefacenti e sue eventuali variazioni; spetta a tale Comitato anche il compito di informare continuamente i Ministeri dell'interno, della sanità e della pubblica istruzione della situazione del problema e delle misure da prendere per prevenire l'abuso di droghe o di

come trattare i problemi sociali connessi con l'abuso che si prospettano nelle varie condizioni di tempo e di luogo.

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

ART. 4.

Le sostanze stupefacenti o psicotrope sono raggruppate ad opera del Comitato scientifico in cinque tabelle da approvarsi con decreto del Ministro della sanità.

Le tabelle di cui al precedente comma sono aggiornate almeno ogni anno anche in base a quanto previsto da convenzioni e accordi internazionali.

Comunque, il Ministero della sanità, su mandato del Comitato scientifico, ha la facoltà, in ogni momento, di aggiungere, togliere dall'elenco o passare di categoria qualsiasi sostanza.

ART. 5.

L'inclusione delle sostanze, in base alla loro pericolosità a produrre farmacodipendenza o tossicomania, nelle tabelle di cui all'articolo precedente, deve essere effettuata in base ai seguenti criteri:

1) nella tabella I devono essere indicati:

a) l'oppio e i materiali da cui possono essere ottenute le sostanze oppiacee naturali, estraibili dal papavero sonnifero; le sostanze ottenute per trasformazione chimica di quelle prima indicate; le sostanze ottenibili per sintesi che siano riconducibili, per struttura chimica o per effetti, a quelle oppiacee precedentemente indicate; eventuali importanti intermedi per la loro sintesi;

b) le foglie di coca e gli alcaloidi ad azione eccitante sul sistema nervoso centrale da queste estraibili; le sostanze ad azione analoga ottenute per trasformazione chimica degli alcaloidi sopra indicati oppure per sintesi;

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

d) ogni altra sostanza che produca effetti sul sistema nervoso centrale ed abbia capacità di determinare dipendenza fisica o psichica dello stesso ordine o di ordine superiore a quelle precedentemente indicate;

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

f) il tetraidrocannabinolo e i suoi analoghi;

g) ogni altra sostanza che possa provocare allucinazioni o gravi distorsioni sensoriali;

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

2) nella tabella II devono essere indicate le sostanze allucinogene naturali o sintetiche:

a) la *Cannabis indica*, i prodotti da essa ottenuti, le sostanze ottenibili per sintesi o semisintesi che siano ad essi riconducibili per struttura chimica o per effetto farmacologico, ad eccezione di quelle previste nella lettera f) della tabella I;

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

3) nella tabella III devono essere indicate:

a) le sostanze di tipo barbiturico che abbiano notevole capacità di indurre dipendenza fisica o psichica o ambedue, nonché altre sostanze ad effetto ipnotico-sedativo ad esse assimilabili;

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

4) nella tabella IV devono essere indicate:

a) le sostanze di corrente impiego terapeutico, per le quali sono stati accertati concreti pericoli di induzione di dipendenza fisica o psichica di intensità e gravità minori di quelli prodotti dalle sostanze elencate nelle tabelle I e III;

b) le preparazioni di cui alla precedente lettera;

5) nella tabella V devono essere indicate le preparazioni contenenti le sostanze elencate nelle tabelle precedenti quando queste preparazioni, per la loro composizione qualitativa e quantitativa e per le modalità del loro uso, non presentino rischi di abuso e pertanto non vengano assoggettate alla disciplina delle sostanze che entrano a far parte della loro composizione. Nella stessa tabella debbono essere indicati i prodotti ad azione ansiolitica antidepressiva o psico-stimolante che possono dar luogo a pericoli

di abuso ed alla possibilità di farmacodipendenza.

Nelle tabelle debbono essere compresi, ai fini dell'applicazione della presente legge, tutti gli isomeri, gli esteri, gli eteri, ed i sali anche relativi agli isomeri, esteri ed eteri, nonché gli stereoisomeri nei casi in cui possono essere prodotti, relativi alle sostanze ed ai preparati inclusi nelle tabelle, salvo sia fatta espressa eccezione.

Le sostanze incluse nelle tabelle debbono essere indicate con la denominazione comune internazionale e il nome chimico, se esistenti e con la denominazione comune ed usuale italiana o con quella propria del prodotto farmaceutico oggetto di commercio. E, tuttavia, ritenuto sufficiente, ai fini della applicazione della presente legge, che nelle tabelle sia indicata una qualsiasi delle denominazioni della sostanza o del prodotto purché sia idonea ad identificarlo.

ART. 6.

Il Comitato scientifico, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, deve approntare una campagna d'informazione a base nazionale sul problema della diffusione del consumo delle droghe.

Ricevuto il parere favorevole del Ministero della sanità e della pubblica istruzione su detto programma, il Governo dà autorizzazione al Comitato di servirsi di tutti i canali d'informazione (radio, televisione, cinema e stampa) perché sia svolta un'adeguata azione preventiva su tutto il territorio nazionale.

ART. 7.

Il Ministero della pubblica istruzione in collaborazione con i Provveditorati, deve procedere a costituire dei corsi di aggiornamento del personale insegnante sul problema della droga.

In collaborazione con il Ministero della sanità e del Comitato scientifico, il Ministero della pubblica istruzione deve redigere un corso di educazione sanitaria da svolgersi continuamente ogni anno scolastico nelle scuole a tutti i livelli.

ART. 8.

I Comitati regionali, i Centri provinciali e le Unità sanitarie e locali devono collaborare attivamente secondo le proprie competenze e funzioni al programma di educazione sanitaria.

ART. 9.

In base all'articolo 117 della Costituzione in ogni regione viene istituito un Comitato regionale formato da esperti nel campo sanitario e sociale per la questione della droga. Al Comitato farà capo il funzionamento di Centri provinciali e a livello di Unità sanitarie locali a cui è demandata la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle tossicomanie.

ART. 10.

I centri di prevenzione, cura e riabilitazione funzioneranno presso i servizi ospedalieri di tossicologia che, ove esistano, devono essere opportunamente potenziati.

Tali centri disporranno di posti letto per gli opportuni ricoveri e di un servizio ambulatoriale aperto all'esterno, nonché di un servizio medico-sociale effettuato da neuro-psichiatri, psicologi e assistenti sociali.

ART. 11.

Chiunque, senza autorizzazione e a scopo di commercio, produce, estrae, offre, pone in vendita, distribuisce, acquista, cede o riceve, procura ad altri, trasporta, importa o illecitamente detiene sostanze stupefacenti di cui alla tabella I prevista dall'articolo 5 della presente legge, è punito con la reclusione da sette a quattordici anni e con la multa da dieci a cinquanta milioni.

Se il fatto è commesso nei confronti di persone di età inferiore ad anni diciotto, la pena è aumentata di un terzo.

ART. 12.

Se taluno dei fatti previsti dal precedente articolo 11 riguarda sostanze indicate nella tabella II si applica la reclusione da cinque a dieci anni e la multa da lire due milioni a quindici milioni.

Per i fatti relativi alle sostanze contenute nelle tabelle III, IV e V la reclusione è da tre a sei anni e la multa da lire 500 mila a quattro milioni.

Si applicano altresì le disposizioni di cui al secondo comma dell'articolo 11.

ART. 13.

Chiunque al di fuori delle ipotesi di cui al precedente articolo 11 è trovato in possesso, per uso personale non terapeutico, di

sostanze contenute nell'elenco di cui all'articolo 5 è punito con la multa di lire 500.000.

In caso di recidiva è punito con la multa di lire 500.000 e con la reclusione da 1 a tre mesi.

Il giudice deve disporre un accertamento sanitario diretto a stabilire se si tratti di persona assuefatta all'uso di stupefacenti o di persona che solo occasionalmente abbia fatto uso degli stessi.

Se l'esame sanitario configura il primo caso il giudice deve disporre o la cura disintossicante o la sorveglianza medica presso un medico di fiducia o un istituto pubblico o privato. Nel secondo caso si darà luogo all'azione penale.

Non è punibile chiunque si sottoponga agli accertamenti sanitari ed alle cure disposte dal giudice.

ART. 14.

L'azione penale non sarà esercitata contro coloro che si saranno spontaneamente sottoposti a sorveglianza sanitaria o a cura disintossicante a seconda delle necessità.

CAMERA DEI DEPUTATI ^{N. 1881}

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**COLUCCI, CRAXI, MOSCA, MARIOTTI, GUADALUPI, SIGNO-
RILE, FERRI MARIO, DELLA BRIOTTA, MACCHIAVELLI,
ORLANDO, BALZAMO, BENSI, SPINELLI, CASCIO, CANEPA,
LENOCI, PELLICANI MICHELE**

Presentata il 16 marzo 1973

**Nuove norme per la repressione del traffico di stupefacenti
e psicodroghe e per la prevenzione e cura delle tossicomanie**

ONOREVOLI COLLEGHI ! — Una riforma della vigente legislazione che si proponga di incidere radicalmente sul complesso « problema della droga » ad avviso dei proponenti deve operare secondo le seguenti linee:

1) porre fine all'identità di trattamento fra il trafficante ed il consumatore di droga, che è priva di qualsiasi fondamento razionale e morale e che costituisce una remora spesso insormontabile alla identificazione degli spacciatori;

2) condurre alle logiche conseguenze il principio oramai acquisito che il tossicomane è un infermo e non un criminale e quindi sottoporlo ad un trattamento sanitario e non ad una sanzione penale;

3) riservare al legislatore — tenendo conto delle più recenti acquisizioni della scienza — l'inclusione delle varie sostanze nell'elenco delle sostanze tossicomane evitando qualsiasi arbitrio e strumentalizzazione della materia.

Si ritiene che un'indagine conoscitiva del Parlamento si imponga al fine di acquisire dati ed elementi di giudizio che permettano la predisposizione di interventi sanitari e penali adeguati.

Ci troviamo, infatti, di fronte ad un fenomeno di estrema complessità e dobbiamo premettere che, malgrado si sia parlato moltissimo del problema della droga, la questione non è stata in Italia, salvo alcune opere recenti, studiata molto bene dal punto di vista scientifico, con ricerche approfondite condotte nel territorio nazionale al fine di accertarne la consistenza, i caratteri e la problematica.

Sono, invece, innumerevoli gli studi condotti all'estero da governi di altri paesi, da fondazioni scientifiche, da istituti di ricerca e da organismi speciali delle Nazioni Unite su un problema che appassiona gli scienziati di tutto il mondo da decenni. Ai fini che qui riteniamo specifici è opportuno muovere dal concetto di sostanze psicotrope, cioè sostanze

che modificano lo stato della coscienza, avendo i più svariati effetti sulla psiche. Fin dai tempi antichissimi gli uomini hanno utilizzato una gamma molto vasta di sostanze di questo tipo; basti pensare all'oppio che era conosciuto già tremila anni fa; al caffè, noto sia in Oriente sia in Sud America, a tutte quelle sostanze come la cola, il mate, il the di cui popolazioni di tutti i continenti hanno fatto un uso larghissimo e quotidiano, per arrivare a quello che è forse il modificatore psichico più importante e diffuso fin dai tempi biblici: l'alcool.

Più recentemente, i progressi delle scienze chimiche hanno portato alla scoperta ed alla sintesi degli alcaloidi delle varie piante psicoattive ed alla scoperta di nuove sostanze capaci di agire sulla psiche fino a creare scienze modernissime come la psicofarmacologia e la neuropsicofarmacologia che studiano l'utilizzazione scientifica delle varie sostanze nell'uomo sulla base della conoscenza dei processi biochimici, sperimentalmente misurabili.

Il grande problema che la scienza e la società si pongono di fronte ad ogni farmaco e ad ogni sostanza è quello di accertare se si tratti di sostanze dannose e talmente nocive da sconsigliarne l'uso anche se la loro utilizzazione sarebbe preziosa.

Ogni farmaco — affermano gli scienziati — va sperimentato con cura per accertare le condizioni specifiche in cui può diventare nocivo. Così nell'ottocento, quando in Europa fu scoperta la morfina, si cominciò a produrre tale potente analgesico su scala industriale ed ancora si ignorava il pericolo dell'assuefazione. Esistono dunque alcune sostanze utilissime in medicina e chirurgia come gli analgesici derivati dall'oppio che, fino a pochi anni or sono, erano insostituibili, ma che, somministrati a certe dosi e con una certa frequenza causano « dipendenza fisica ». Si tratta di un fenomeno biologico per cui una certa sostanza diventa ad un determinato punto necessaria per l'organismo: tanto fisicamente, biologicamente necessaria, che se la somministrazione viene bruscamente interrotta, l'organismo accusa disturbi gravissimi, una vera e propria sindrome da astinenza. In alcuni casi, quando la assuefazione è particolarmente grave, all'interruzione improvvisa può succedere la morte; e ciò è stato verificato sperimentalmente sulle scimmie. Naturalmente la dipendenza fisica non è un fenomeno fatale: può essere facilmente eliminata con processi di disintossicazione relativamente semplici. Nello stesso modo è possibile, sotto controllo medico, somministrare dei farmaci « assuefa-

centi » in misura e con una frequenza tale che non diano assuefazione. E una conferma viene d'altra parte dalle esperienze antiche di popolazioni che, come medicina popolare o per uso voluttuario o religioso, sapevano, per lunga tradizione, dosare con cura tali sostanze evitando di incorrere nella schiavitù fisica.

È stato doveroso soffermarci sull'effetto di dipendenza fisica comune alla morfina, all'oppio, all'eroina e agli altri derivati dell'oppio; perché è stato a partire da questo effetto che per anni si è cercato in modo errato di definire le tossicomanie e gli stupefacenti. Ma i problemi dei farmaci non si esauriscono con la dipendenza fisica: nel caso dell'amfetamina, la cui capacità di determinare dipendenza fisica non è confermata da tutti gli autori, forti dosi provocano gravi quadri psicotici.

La gamma degli effetti « negativi » dei farmaci non si esaurisce con quelli psicoattivi: tutti i farmaci, se non usati sotto accurato controllo medico, possono dare luogo a danni gravissimi: da danneggiamenti del feto (il caso del talidomide riguarda molti farmaci d'uso comune, che infatti i medici sconsigliano o escludono rigorosamente durante le gravidanze), a intossicazioni epatiche, a danni renali a shock e morte improvvisa, da patologia ematica a danni ormonali; i farmaci più comuni si trasformano in veleni ed armi micidiali se non sono usati con la massima accortezza. Così per ritornare alle sostanze psicoattive, anche alcuni tranquillanti, se assunti a dosi eccessive, provocano addirittura sindromi extra-piramidali e morbo di Parkinson; i sonniferi poi arrivano a determinare lesioni cerebrali ed epatiche, senza parlare dell'alta frequenza di incidenti automobilistici mortali: 800 all'anno in Italia.

Senza soffermarci sui noti effetti cancerogeni del tabacco, ricorderemo il *delirium tremens* dell'alcool: il 25 per cento dei ricoverati in ospedale psichiatrico è affetto da alcoolismo come confermava la statistica ufficiale del 1971. In Francia si addebitano a 30 mila annue le morti dovute all'alcool, di cui una parte per incidenti automobilistici; l'Italia è al secondo posto nel consumo mondiale.

Di fronte a problemi della salute così complessi e vasti a quali criteri può ispirarsi il legislatore nella situazione presente per regolamentare tutta la materia delle sostanze psicotrope? Sarà utile vedere come gli ultimi studi sulla scia di una consolidata tradizione, hanno definito la tossicomania, una volta accertato che il concetto di stupefacente come desunto dagli effetti schiavizzanti degli oppia-

cei non era sufficiente per includervi sostanze che hanno numerosi altri aspetti anche più pericolosi. Il comitato di esperti della farmaco-dipendenza dell'organizzazione mondiale della sanità ha introdotto nel concetto di farmaco-dipendenza il concetto base di relazione. Il comportamento dell'uomo di fronte al farmaco non va dunque definito soltanto in base alla sostanza, alla droga, ma è definito dal tipo di relazione che il singolo individuo stabilisce con il farmaco in una certa situazione.

Le ultime rigorose analisi (cfr. in proposito lo studio di CANCRINI, MALAGOLI, MEUCCI, *Droga: chi, come e perché e soprattutto che fare*), definiscono tre principali tipi di relazione, particolarmente rilevanti per il legislatore:

1) i *consumatori*: individui che fanno esperienza di una sostanza psicotropa (sia questa la marihuana o l'alcool), in modo saltuario o in occasioni particolari; oppure abitualmente, con frequenza e in modo ripetuto ma utilizzando dosaggi del tutto innocui e mantenendo sempre il controllo della situazione e la possibilità di interrompere la assunzione della sostanza senza risentire conseguenze di nessun genere dalla interruzione;

2) i *farmaco-dipendenti*: coloro che hanno una tendenza a continuare ad assumere la sostanza e a procurarsela, mantenendo però una serie di interessi e di legami che permettono loro una vita complessivamente molto vicina a quello che può essere definito lo *standard* sociale di quell'individuo in quel contesto socio-culturale;

3) i *tossicomani*: coloro che hanno un bisogno irresistibile di continuare ad assumere la sostanza a qualunque costo. Fanno parte di questa categoria sia l'alcolizzato sia il morfomane; sia il giovane che non riesce a smettere con le iniezioni di dosi massicce di amfetamine, sia l'adulto che inghiotte dosi sempre più alte di barbiturici.

Lo stato del consumo di droghe psicoattive in Italia.

« 600 mila drogati in Italia » è stato detto e la notizia ha avuto enorme eco sulle pagine e nei titoli di tutti i giornali suscitando le reazioni allarmate del mondo scientifico e specializzato. Riportava il *Corriere della Sera*: « Il procuratore del tribunale dei minorenni di Roma ritiene cervelotica la cifra indicata ». « Quando le cifre sono allarmistiche » faceva eco il professor Madeddu, vice direttore dell'ospedale psichiatrico di Limbiate, « esse

rappresentano la proiezione delle angosce e dei problemi di chi le scrive ».

Sono infatti note le difficoltà di fornire cifre statistiche probanti per le droghe attualmente proibite. Una indagine Doxa ha invece recentemente fornito delle cifre esatte sul consumo dei barbiturici (1970): essi sono usati dal 2,6 per cento dei maschi e dal 6 per cento delle femmine, cioè da 500 mila uomini e da un milione di donne italiane. L'indagine di Mastrangelo (« atti del 14° seminario sulla prevenzione e il trattamento dell'alcolismo », Milano, 1969) ha calcolato la quantità approssimativa di alcolizzati che avrebbero bisogno di cure oggi nella nostra popolazione. La cifra indicata nell'ambito di questa valutazione (la più seria e documentata fra quelle elaborate in Italia) è di 500 mila persone, il 2 per cento circa della popolazione generale. Naturalmente, molto superiore è invece il numero dei consumatori di alcool, una cifra superiore ai 25 milioni. Anche per l'alcool vengono riprodotte in Italia le percentuali di rapporto per tossicomani-consumatori: e cioè per qualunque farmaco o sostanza non viene mai superata la percentuale del 5 per cento.

Se notoriamente vasto e generalizzato è il consumo di tranquillanti e antidepressivi, soltanto due ricerche recenti, l'indagine di Rusconi-Blumir, *La droga e il sistema* e il già citato lavoro di Cancrini-Malagoli-Meucci (il primo neuropsichiatra dell'istituto di psichiatria dell'università di Roma, la seconda psicologa e il terzo presidente del tribunale dei minorenni di Firenze) hanno raccolto dati concreti e precisi, anche di tipo statistico, sul consumo di droghe illegali in Italia.

La ricerca di Cancrini e collaboratori « Il comportamento tossicomane dell'adolescente », a cura della fondazione Agnelli, fornisce una stima molto accurata valutando in 560 i casi di tossicomania a Roma di persone al di sotto dei 25 anni nel 1970. Cifra che smentisce la notizia « 130 mila ragazzi drogati nella sola Roma » recentemente diffusa. In realtà l'episodio chiarisce la meccanica delle cifre: un conto è valutare la cifra di quanti possono avere casualmente « assaggiato » una certa droga illegale, altro è valutare le cifre dei farmaco-dipendenti e dei tossicomani.

Vi è a questo punto da sottolineare un fatto eccezionalmente importante: entrambi gli studi concordano nel valutare intorno all'85-90 per cento la percentuale di consumatori di hashish e marihuana sul totale dei consumatori di droghe illegali, cifre d'altra parte corrispondenti a quelle raccolte da Goldberg (*L'abus des stupefiants en Suède*, in: « Bull.

des Stupefiants », vol. XX, nn. 1 e 2, 1968), in una massiccia indagine su 132 mila ragazzi svedesi dai 14 ai 19 anni. Questo dato rivoluziona completamente le prospettive dell'epidemiologia della droga in Italia. Infatti per l'hascisc e la marihuana il rischio di tossicomania è di molto inferiore a quel 5 per cento che è la media per altre sostanze come amfetamina o eroina (droghe « pesanti »).

Il rischio legato all'uso endemico dell'hascisc e della marihuana è stato attentamente valutato in un lavoro scientifico di eccezionale serietà e impegno da una commissione di medici e ricercatori nominata nel 1890 dal governo inglese in India (Indian Hemp Drugs Commission 1893-94). Raccolta in sette volumi (per complessive 3281 pagine) la documentazione sugli effetti nocivi dell'hascisc usato in modo endemico nell'ambito della popolazione esaminata (gli abitanti dell'India), permetteva alla commissione di concludere sulla sostanziale innocuità dell'abitudine. Del tutto infondato sul piano scientifico appariva in particolare:

a) il rapporto stabilito tra l'uso dell'hascisc e malattie somatiche di diverso tipo;

b) il rapporto tra uso dell'hascisc e malattie mentali, sostenuto solo da « medici im-preparati »;

c) il rapporto tra uso dell'hascisc e delinquenza perché « non vi è rapporto significativo tra uso della canapa e tendenza al reato ».

Nello stesso senso si espressero le seguenti commissioni nazionali e parlamentari, tutte formate da *équipes* scientifiche interdisciplinari ad alto livello:

Comitato del governo della zona del canale di Panama: cfr. The Military Surgeon, novembre 1933; Commissione del sindaco di New York Fiorello La Guardia: Il problema della marihuana nella città di New York, a cura della New York Academy of medicine, 1944; Congresso della Commissione parlamentare annuale sull'abuso dei narcotici (White House Conference on Narcotics and Drug Abuse), 1962; Rapporto ufficiale della commissione interdisciplinare nominata dal Parlamento inglese e presieduta dalla baronessa Wooton (Official Report House of Commons: the « Wooton Report ») 1968; Commissione nazionale di ricerca del governo del Canada: The Interim Report on non-medical drug use (Le dain Report) 1970; Commissioni nazionali interparlamentari sul problema della marihuana del governo australiano (1971) e olandese (1972); Stati Uniti: Commissione nazionale sulla marihuana e sull'abuso di droghe (Ma-

rihuana: A signal of Misunderstanding) nominata dal presidente Nixon, 1972; Accademia della scienza di New York, 1972; Studio sul ruolo della canapa nel passaggio a droghe pesanti.

Sembra inoltre escluso da tali studi che l'hascisc e la marihuana rappresentino « droghe di passaggio » ad altri stupefacenti che determinano l'assuefazione.

La prevenzione.

La migliore prevenzione contro un qualsiasi comportamento è di certo quella attuata condizionando i soggetti: la propaganda sugli effetti nocivi dell'uso degli stupefacenti è indubbiamente il mezzo più efficace perché la stragrande maggioranza delle persone sia dissuasa dal tentare l'esperimento.

Ovviamente questa propaganda non sarebbe efficace se non fosse universale: il fatto che tutti gli Stati considerano l'uso degli stupefacenti pericoloso ai consumatori fa sì che il desiderio di tentare si spenga prima ancora che nasca.

Diviene indispensabile un'azione educativa a largo raggio, che deve essere iniziata all'interno delle scuole, per poi proseguire in specifici consultori e centri di profilassi della tossicomania.

Occorre impedire, nel modo più assoluto, che la domanda di stupefacenti si allarghi con l'estendersi degli adepti, sul presupposto che coloro i quali hanno avuto modo di sperimentare la « voluttà » della droga, ne divengano adepti.

Le considerazioni svolte dimostrano l'opportunità di una indagine parlamentare che consenta di verificare, nella realtà italiana, la consistenza del fenomeno della produzione, fabbricazione, commercio ed usi illegittimi delle sostanze stupefacenti e psicotrope.

Solo un accertamento proveniente da un organo di tale indiscussa autorità potrà fornire elementi di giudizio idonei a valutare la reale pericolosità di alcune droghe, la loro diffusione, il tipo di intervento adeguato.

I proponenti, mentre si riservano di sollecitare nell'opportuna sede l'indagine del Parlamento, ritengono per altro indifferibile, in attesa dell'approvazione di un provvedimento organico, che si addivenga alla riforma della legge 22 ottobre 1954, n. 1041, che, secondo il rigoristico indirizzo giurisprudenziale dominante, non consentirebbe di distinguere la posizione del trafficante da quella del consumatore di droga ai fini dell'applicazione della pena.

L'articolo 6 che costituisce la norma cardine di tale legge dovrà essere completamente ristrutturato per assicurarne l'applicazione secondo le finalità perseguite anche dal legislatore del 1954, quali risultano dagli stessi lavori preparatori, ossia attuando un trattamento differenziato tra il consumatore ed il trafficante.

In proposito va chiaramente disposto che l'acquisto e la detenzione di un modico quantitativo di droga per uso personale non costituiscono reato salva l'applicazione, in analogia alle più avanzate legislazioni straniere, di

misure sanitarie per i tossicomani affidate ad appositi centri specializzati, istituiti presso le regioni.

A tali principi si ispira anche una recente legge francese, approvata il 31 dicembre 1970, destinata ad operare in una situazione molto vicina a quella italiana; tale legge, mentre inasprisce le pene per i trafficanti, tende al recupero dei drogati disponendo che costoro possano venire prosciolti in istruttoria se si assoggettino al ricovero in apposito centro fino a completa dissuefazione.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

Il quarto comma dell'articolo 6 della legge 22 ottobre 1954, n. 1041, è sostituito dai seguenti:

« Chiunque, senza autorizzazione, ai fini di commercio, acquista, vende, cede, esporta, importa, passa in transito, procura ad altri, impiega, sostanze o preparati indicati nell'elenco degli stupefacenti è punito con la reclusione da due a quindici anni e con la multa da lire 1 milione a lire 10 milioni. Le stesse pene si applicano per l'importazione, transito ed esportazione effettuate da imprese o società che, pur essendo autorizzate ai sensi del primo comma, non siano in possesso del permesso indicato nel terzo comma.

L'acquisto e la detenzione per uso personale di modici quantitativi di sostanze stupefacenti o psicodroghe non costituiscono reato ».

ART. 2.

Gli articoli 20 e 21 della legge 22 ottobre 1954, n. 1041, sono sostituiti dai seguenti:

ART. 20. — « La cura della tossicomania è obbligatoria.

Chiunque ne sia affetto può chiedere di essere curato gratuitamente presso i centri specializzati di cui all'articolo 3 della presente legge.

Per i minori di anni 21 essa può essere formulata dal genitore o comunque dall'esercente la patria potestà sul minore ».

ART. 20-bis. — « Il sanitario che, a ragione della sua professione constata che una perso-

na sia tossicomane deve informarla dei pericoli che tale malattia comporta, nonché dell'obbligo di sottoporsi ad accertamenti e cura presso uno dei centri specializzati di cui all'articolo 3 della presente legge. Nel caso si tratti di minore degli anni 21 le stesse informazioni sul periodo dell'obbligo di accertamenti e cura devono essere fornite al genitore o a chi eserciti la patria potestà sul minore.

Il sanitario inoltre deve dare lo stesso giorno comunicazione al centro specializzato regionale.

Il contravventore è punito con l'ammenda da lire 50.000 a lire 100 mila ».

ART. 20-ter. — « I pubblici ufficiali e qualsiasi persona che eserciti una pubblica funzione o servizio, che nell'esercizio o a causa della loro attività constatino che alcuno sia tossicomane, hanno l'obbligo di darne comunicazione lo stesso giorno all'ufficiale sanitario.

Questi deve provvedere senza indugio ad eseguire sommari accertamenti riguardo la persona segnalatagli e, nel caso risultino positivi, deve dare corso agli incombeni di cui all'articolo precedente.

Qualora l'esame della persona suddetta non possa avere luogo per fatto di questa, l'ufficiale sanitario deve darne comunicazione immediatamente al centro specializzato.

Il contravventore è punito con l'ammenda da lire 50.000 a lire 100 mila ».

ART. 21. — « Il centro specializzato, a cui pervengono le comunicazioni previste negli articoli precedenti, qualora la persona ivi indicata non si presenti entro tre giorni per essere sottoposta ad accertamenti o cura, o, presentatasi, successivamente vi si sottragga, ne fa immediatamente rapporto al pretore.

Questi dispone con urgenza il ricovero coatto della persona stessa presso il centro specializzato, perché possano avere luogo gli accertamenti e la cura ».

ART. 21-bis. — « I sanitari, i pubblici ufficiali e qualsiasi persona che eserciti una pubblica funzione o servizio in centri specializzati sono tenuti al segreto sulla identità del soggetto sottoposto ad accertamenti o cure ».

ART. 3.

In ogni regione è istituito un centro regionale per la prevenzione e cura delle tossicomanie alle dipendenze dell'assessorato alla

sanità che esercita le funzioni previste dall'articolo 6 del decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 149.

ART. 4.

Presso i nosocomi psichiatrici dei capoluoghi di provincia vengono istituiti centri di consultazione d'urgenza per il controllo e il trattamento terapeutico delle persone affette da tossicomania.

ART. 5.

Alla copertura finanziaria degli oneri conseguenti all'applicazione della presente legge valutati in lire 1.000 milioni in ragione di anno, si provvede mediante riduzione per lo stesso importo, degli stanziamenti previsti nel capitolo n. 5381 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro per l'anno 1973.

Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con proprio decreto, le necessarie variazioni di bilancio.

CAMERA DEI DEPUTATI ^{N. 819}

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

BIGNARDI, GIOMO, ALESSANDRINI, ALTISSIMO, BASLINI, CATELLA, GEROLIMETTO, MAZZARINO, QUILLERI, SERRENTINO

Presentata il 28 settembre 1972

Nuove norme per prevenire e reprimere il commercio e l'uso illegittimi degli stupefacenti

ONOREVOLI COLLEGHI! — Recenti avvenimenti hanno messo in luce un fenomeno che già esisteva da tempo: ci riferiamo alla produzione, al commercio e all'uso illegittimi degli stupefacenti che in questo ultimo periodo si sono intensificati a tal punto da costituire un serio pericolo alla salute fisica e morale della società e soprattutto a quella dei giovani, accrescendo quel senso di inquietudine che oggi si nota specie nell'ambito della famiglia e della scuola.

Varie sono le cause di questo fenomeno; gli studiosi a seconda della disciplina che coltivano e dei singoli punti di vista, tendono a dare priorità a questa o a quella causa. Certo si tratta di un problema sociale che va studiato da diversi punti di vista e sotto vari aspetti, ragione per cui è necessaria, anzitutto, una indagine approfondita ed integrale che studi il triste fenomeno sin nelle radici e indichi i criteri direttivi per affrontarlo e risolverlo.

Uno dei compiti più urgenti è pertanto quello di istituire una commissione d'indagi-

ne — composta da persone di varia provenienza ed esperienza — con il compito specifico sia di studiare il problema, sia di prospettare soluzioni adeguate di natura preventiva e repressiva, sia d'inventariare le attrezzature occorrenti per debellare o attenuare la gravità del fenomeno.

Spesso i giovani, e ci riferiamo a quelli non assuefatti al vizio, sono infatti individui sani che cedono a debolezze momentanee, ma pericolose; bisogna quindi aiutarli a rafforzare la loro personalità, soprattutto attraverso il colloquio, la discussione e la persuasione.

Bisogna però agire tempestivamente prima che sia troppo tardi e prima che l'intervento risulti più difficile e laborioso.

Per far ciò è necessario anzitutto creare un personale specializzato, capace di affrontare a tutti i livelli — soprattutto nei settori scolastico e familiare — il grave problema e che sia animato da una reale volontà di aiutare i giovani.

Occorrono inoltre attrezzature idonee, come centri di assistenza e laboratori specializzati,

nei quali si possano tra l'altro eseguire quelle misure di sicurezza che — ripetiamo — nel settore giovanile sembrano più indicate ed importanti di quelle repressive.

La repressione invece è necessaria soprattutto per quanto riguarda la produzione illecita, nonché il traffico ed il mercato illegittimi degli stupefacenti; in questi campi una più severa disciplina della legge in vigore ed un inasprimento delle pene previste — nonché una più vigile e costante azione degli organi di polizia — si rendono quanto mai urgenti.

Per raggiungere gli obiettivi sopra indicati abbiamo predisposto la presente proposta di legge che riprende, modificandola in parte, quella da noi già presentata nel corso della passata legislatura.

L'articolo 1 di questa proposta prevede la istituzione di un'apposita commissione di indagine le cui risultanze, da presentare entro breve termine al Parlamento, dovrebbero consentire di inquadrare il problema degli stupefacenti in una più organica e completa disciplina che affronti la materia nei suoi vari e complessi aspetti.

Le norme contenute negli articoli 2 e seguenti si basano sulla distinzione — anche ai fini della gravità della pena — tra attività illecite di promozione e organizzazione, attività sempre illecite di mercato e uso degli stupefacenti al di fuori dei casi legittimi di prescrizione medica.

In particolare l'articolo 2 prevede pene più gravi per l'attività di promozione e organizzazione, attività che è alla base — come è noto — di recenti avvenimenti che hanno turbato la società ed in particolare il mondo familiare e scolastico; le suddette pene si prevedono aggravate quando la suddetta attività si svolge a danno dell'ambiente giovanile.

L'articolo 3 prevede l'ipotesi del traffico e mercato illeciti e contempla pene più severe di quelle previste dall'articolo 6 della legge 22 ottobre 1954, n. 1041.

L'articolo 4 configura il reato di propaganda per l'uso di stupefacenti, stabilendo pene aggravate se essa viene svolta a danno di minori o per mezzo della stampa, del cinema, della radio e televisione o con abuso di autorità.

L'articolo 5 prevede che per i reati di cui agli articoli precedenti l'arresto è sempre obbligatorio.

L'articolo 6 commina le sanzioni per l'ipotesi dell'uso personale di stupefacenti stabilendo la pena dell'arresto nonché l'eventuale adozione di una misura di sicurezza detentiva, se il giudice lo ritenga necessario. Sempre nell'ipotesi di uso di stupefacenti, se gli utenti sono minori degli anni 18, l'arresto è facoltativo.

È obbligatorio accertare in tutti i casi indipendentemente dall'età, attraverso un istituto o centro o laboratorio specializzato, se si tratti o meno di persone assuefatte all'uso degli stupefacenti. In ogni caso, il drogato, essendo una persona malata, spesso incapace di intendere e di volere, deve essere sottoposto a ricovero obbligatorio in un istituto o centro specializzato per essere assoggettato ad un trattamento di disintossicazione, fino alla completa disassuefazione dalla droga e il periodo del ricovero viene detratto dal computo della pena.

Nell'articolo 7 è disposta la facoltà del giudice di non rinviare a giudizio o di non condannare l'imputato e di sottoporlo invece ad un periodo di prova (della durata massima di un anno) con la supervisione temporanea del giudice di sorveglianza. Ciò avviene nel caso che il giudice ritenga di poter dare fiducia all'imputato o quando quest'ultimo si sottoponga volontariamente ad una cura di disintossicazione.

Onorevoli colleghi! È un problema quello che la presente proposta di legge vuole affrontare che non può essere valutato — come siamo certi non sarà valutato — con criteri di parte politica; perché è un problema che impegna anzitutto la nostra responsabilità di uomini, di cittadini, di padri di famiglia.

È necessario perciò che — attraverso una collaborazione di tutti i settori politici, i quali potranno suggerire integrazioni, modifiche ed emendamenti alla presente proposta di legge o attraverso l'unificazione di questa ad altre proposte di legge — il problema venga affrontato al più presto con quella urgenza che la gravità del fenomeno richiede.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

Il Governo è autorizzato a istituire, entro tre mesi dall'approvazione della presente legge, una commissione composta da 30 membri, di cui cinque medici specializzati, cinque psicologi e sociologi, cinque provveditori agli studi e presidi di istituti scolastici, cinque magistrati e avvocati, dieci rappresentanti dei due rami del Parlamento per svolgere un'indagine approfondita ed integrale sul fenomeno della produzione, commercio e uso illegittimi degli stupefacenti e proporre mezzi preventivi e repressivi idonei ad evitarlo.

La suddetta indagine sarà compiuta entro sei mesi dalla nomina della commissione di cui al comma precedente, e le sue risultanze saranno presentate, entro i due mesi successivi, al Parlamento.

ART. 2.

Il quarto ed il quinto comma dell'articolo 6 della legge 22 ottobre 1954, n. 1041, sono sostituiti dai seguenti:

« Chiunque, senza autorizzazione, vende, esporta, importa, passa in transito, procura ad altri o comunque commercia, o detiene a tali fini, sostanze o preparati indicati nell'elenco degli stupefacenti è punito con la reclusione da 5 a 15 anni e con la multa da 5 milioni a 100 milioni di lire. Le stesse pene si applicano per l'importazione, transito, esportazione o commercio a qualsiasi titolo effettuati da responsabili di imprese o società che, pur essendo autorizzate ai sensi del primo comma, non siano in possesso indicato nel terzo comma.

Le pene di cui al comma precedente sono raddoppiate qualora le attività ivi previste sono effettuate a danno di persone di età inferiore ai 18 anni.

Chiunque, essendo munito dell'autorizzazione o del permesso di cui al presente articolo, mette o procura che altri metta illecitamente in commercio stupefacenti è punito con le pene previste nel quarto comma del presente articolo, aumentate sino ad un terzo ».

ART. 3.

Chiunque promuove o organizza le attività di cui all'articolo precedente è punito con la reclusione da 10 a 20 anni e con la multa da 5 milioni a 50 milioni.

Le pene di cui al comma precedente sono aumentate di un terzo:

a) quando l'attività di promozione ed organizzazione è compiuta da un numero di persone superiore a tre;

b) quando l'attività di cui sopra è svolta per introdurre l'uso di sostanze o preparati indicati nell'elenco degli stupefacenti in ambienti giovanili, i cui membri abbiano una età inferiore ai 18 anni.

ART. 4.

Chiunque induce o invita altri, con qualsiasi mezzo, a fare uso di stupefacenti è punito con la reclusione da 2 a 6 anni e con l'ammenda da 2 a 10 milioni.

La pena di cui al comma precedente è raddoppiata se l'attività ivi prevista è compiuta a danno di persone di età inferiore ai 18 anni o se viene svolta a mezzo della stampa, del cinema, della radio, della televisione o con abuso di autorità.

ART. 5.

Per i reati di cui ai precedenti articoli l'arresto è sempre obbligatorio.

ART. 6.

Chiunque è sorpreso, al di fuori dei casi legittimati da prescrizione medica compreso quello di disintossicazione in atto, nell'uso o è trovato in possesso per uso personale di sostanze o preparati indicati nell'elenco degli stupefacenti è punito, salvo più grave configurazione di reati, con l'arresto fino ad 1 anno nonché, se il giudice lo ritiene opportuno, con una misura di sicurezza da applicarsi dopo l'esecuzione della pena.

Se si tratta di persona di età inferiore agli anni 18, l'arresto è facoltativo.

Il giudice deve in tutti i casi disporre un accertamento sanitario — attraverso un istituto o centro o laboratorio specializzato — diretto a stabilire se si tratti di persona assuefatta al-

l'uso degli stupefacenti o di persona che solo temporaneamente abbia fatto uso degli stupefacenti stessi.

In entrambi i casi la persona è sottoposta a ricovero obbligatorio in un istituto o centro specializzato fino a disassuefazione. Il periodo del ricovero viene detratto ai fini del computo della pena.

ART. 7.

Nei casi previsti dall'articolo precedente il giudice può, con decisione motivata, sospendere il rinvio a giudizio o la condanna e sottoporre l'imputato alla supervisione temporanea del giudice di sorveglianza, quando concorrano le seguenti condizioni:

a) ritenga che, tenuto conto degli elementi di valutazione di cui all'articolo 133 del codice penale si possa dare fiducia all'imputato;

b) l'imputato si sottoponga volontariamente al ricovero presso un istituto o centro specializzato fino a disassuefazione.

Il giudice determina la durata del periodo di prova con la stessa sentenza che dispone la supervisione temporanea del giudice di sorveglianza che non potrà comunque mai essere superiore ad un anno.

La cessazione del periodo di prova può essere disposta anche prima della scadenza del termine con provvedimento emesso in camera di consiglio dal giudice che ha deliberato la supervisione temporanea del giudice di sorveglianza su rapporto di quest'ultimo e sentito il pubblico ministero.

ART. 8.

Per quanto ivi non previsto si applicano le disposizioni di cui alla legge 22 ottobre 1954, n. 1041, e le altre vigenti in materia.

CAMERA DEI DEPUTATI N. 277

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

BERLOFFA, FOSCHI, GRANELLI

Presentata il 16 giugno 1972

**Nuove norme per la repressione del traffico di stupefacenti
e psicodroghe e per la prevenzione e cura delle tossicomanie**

ONOREVOLI COLLEGHI! — È ormai a tutti nota la complessità dei fenomeni legati all'uso degli stupefacenti e l'arduo studio in cui si sono esercitati ed ancora si dibattono medici, psicologi, filosofi, sociologi, legislatori di tutto il mondo.

È risaputo come la disponibilità dell'uomo alla droga sia sempre esistita indipendentemente dal suo livello sociale, economico e culturale, ma si riteneva fosse una prerogativa prevalente dei popoli orientali non dediti all'alcolismo; oggi invece è motivo di profonda riflessione che il suo primato sia detenuto dai paesi più avanzati e interessi ogni classe sociale, indipendentemente dagli squilibri nella distribuzione della ricchezza e dalle caratteristiche dei singoli popoli.

Guardiamo alla Svezia.

La grande popolazione di tossicomani è prevalentemente costituita da giovani ed è introvabile un adolescente che, nell'ambito della stessa scuola non abbia avuto una qualche offerta di marijuana o di droghe affini.

Anche l'Italia, che fino a pochi anni fa poteva ritenersi quasi estranea al fenomeno, ne è stata colpita profondamente.

La Convenzione unica sugli stupefacenti del 30 marzo 1961, diventata esecutiva dal dicembre 1964, ha riunito e perfezionato le precedenti convenzioni.

A circa dieci anni di distanza, la Commissione degli stupefacenti dell'ONU, di fronte all'apparire ed al moltiplicarsi di sostanze stupefacenti sui mercati internazionali e soprattutto di fronte all'improvvisa diffusione tra i giovani, si rese conto che era necessaria una revisione del contenuto dell'ultima Convenzione internazionale. Fu tenuta, quindi, una prima sessione a Ginevra, tra il 12 e il 30 gennaio 1970, in cui fu preparato uno « Schema di Protocollo », che venne inviato ai paesi membri per la discussione in Assemblea.

Nella seconda sessione, tenuta dall'8 settembre al 2 ottobre 1970 furono esaminate alcune « Raccomandazioni » del Segretario generale dell'ONU, *L. Thant*, tendenti a dare ai nuovi accordi internazionali un nuovo contenuto, in quanto veniva fatto particolare riferimento al problema della prevenzione e della riabilitazione dei giovani tossicomani, che non devono essere confusi o puniti come il trafficante.

problema del diffondersi delle tossicomanie e come si sia voluto combatterlo in modo organico e particolareggiato, a livello super-nazionale.

In più punti, viene, dalla nuova legge, sottolineata la imprescindibile necessità di approfondire, con ogni mezzo, lo studio del problema, il che impone ricerche scientifiche e sociologiche minuziose.

La legge espressamente prevede la costituzione di varie commissioni con poteri e mezzi amplissimi. È altresì stabilito, con carattere di preminenza, un vasto piano di prevenzione soprattutto verso la popolazione giovanile. È questa per noi la parte più rilevante perché fa pensare a quale gravità possa giungere il problema e come per combatterlo occorra adottare soprattutto misure preventive e non esclusivamente repressive.

L'esame e lo studio del testo legislativo americano può dare un indirizzo concreto agli orientamenti da seguire *in subiecta materia*. La parte repressiva presenta un minore interesse per noi stante la diversità di fondo tra il nostro sistema giuridico e quello americano.

È solo da osservare come i poteri concessi all'autorità siano amplissimi e ciò per il prevalere degli interessi della collettività su quelli del singolo.

È interessante rilevare che il semplice uso degli stupefacenti, di per sé, non è previsto dalla legge come reato.

Tale principio conforta la distinzione adottata dalla presente proposta di legge, secondo cui il tossicomane è considerato su un piano nettamente distinto dal trafficante. Non sembra infatti conforme a giustizia ignorare che il tossicomane occasionale od abituale non può essere che considerato ad ogni effetto un malato, al cui recupero lo Stato deve tendere.

La legislazione della Repubblica francese.

In data 31 dicembre 1970 è stata promulgata in Francia una nuova regolamentazione in materia di psicodroghe: « Legge relativa alle misure sanitarie per la lotta contro la tossicomania e la repressione del traffico e dell'uso delle sostanze tossiche ».

È anzitutto interessante notare come essa integri non il codice penale, ma quello della sanità pubblica, ritenendo la repressione del traffico, del favoreggiamento, dell'abuso di stupefacenti o psicodroghe ed ogni altra attività inerente, quali mezzi per evitare l'esten-

dersi di un flagello che si trasforma a conclusione di una malattia sociale.

La legge francese conforta appieno, quanto ai principi introdotti, i criteri ispiratori di questo progetto di legge. Mentre sono previsti forti aggravamenti di pena per i trafficanti, si è estesa la repressione a tutte le attività di favoreggiamento in senso ampio e si è considerato anche il semplice uso di stupefacenti o psicodroghe come reato; in questo caso, però, il giudice può sospendere il procedimento penale, qualora il tossicomane si sottoponga a cura. Ciò ribadisce la preoccupazione del legislatore francese di tendere al recupero, più che alla repressione, del tossicomane malato.

Tutta la sorveglianza in materia è affidata al magistrato e si sono ampliati i poteri della polizia giudiziaria in materia di perquisizione. In un sistema giudiziario simile al nostro è interessante osservare come alcune delle proposte innovative quali la possibilità di sospendere sempre l'esecuzione della pena sostituendola con la misura di sicurezza della cura e del recupero, la punizione del semplice accordo e dell'istigazione, siano state previste anche dalla legge francese.

Ciò conferma vieppiù l'attenzione dei vari Stati ad un effettivo adeguamento del sistema giudiziario penale alla nuova realtà sociale che impone, nel rispetto della personalità umana, il prevalere degli strumenti preventivi riguardo a quelli punitivi.

Peculiare è la disposizione dell'anonimato per chi chiede spontaneamente di essere sottoposto a cura.

L'esame della Convenzione internazionale e delle più moderne legislazioni (promulgate proprio in quegli Stati dove il fenomeno si va facendo sempre più allarmante) dimostra chiaramente quanto sia inadeguato il voler combattere il flagello della tossicomania semplicemente con misure repressive.

Infatti « malattia uguale a colpa » è un concetto arcaico documentatamente illogico, giuridicamente e moralmente inaccettabile.

Considerare il tossicomane, vincolato all'uso di una determinata sostanza per motivi psicologici spesso aberranti o per dipendenza somatica (impossibilità di controllare il proprio consumo di droga per richiesta cellulare, perentorietà fisica e stato di bisogno) sullo stesso piano penale del trafficante, che prospera e specula su questa dipendenza, è sanitarimente e scientificamente assurdo, socialmente retrivo, globalmente iniquo.

Per questo la presente proposta di legge vuole agire su due direttive tra loro stretta-

mente collegate: la prima, di natura sanitaria e sociale, riguarda lo studio del problema, la prevenzione e la cura; l'altra, di natura penale, chiede una più severa repressione, concretizzandosi non solo nella diversa entità di pena da infliggersi alla mente veramente criminale, ma soprattutto nella previsione di nuove ipotesi criminose, l'agevolazione e la induzione alla tossicomania.

Norme di prevenzione e cura.

Con l'articolo 1 dell'allegata proposta di legge si è voluto anzitutto indurre un più approfondito studio del problema e una vasta opera di prevenzione sociale, e predisporre adeguati mezzi per la cura e il recupero dei tossicomani abituali ed occasionali.

Le possibilità avvolgenti e corrosive di un proselitismo, che si avvale di mezzi enormemente più potenti che in passato, esigono una attenzione adeguata e impegnata, per il rango preminente e determinante dimostrato nella diffusione delle droghe minori e soprattutto dei cosiddetti « allucinogeni » tra i nostri giovani e giovanissimi.

C'è necessità assoluta quindi e improrogabile, di misure educative e preventive e terapeutiche, rivolte non solo al tossicomane abituale ma principalmente ai tossicomani occasionali, i cui tratti psicologici più frequentemente riscontrati (immaturità sociale ed affettiva, fragilità, e vulnerabilità particolari di fronte alle sofferenze « interne ed esterne », ipertrofia dell'io, passività, eccetera) espongono e predispongono alla tossicomania in stretta interdipendenza.

Per inciso, l'iter tossico è pressoché identico per tutte le varie sostanze, che si succedono sul mercato nella labile predilezione dei sempre più numerosi adepti: dall'accostamento episodico si può passare facilmente alla schiavitù inesorabile, in dipendenza fatale.

I fattori socioambientali prevalgono nello scandire le tappe di questa autodistruzione progressiva.

L'educazione sanitaria appropriata e proporzionata alla densità del fenomeno deve veramente « informare », avvalendosi di tutti i mezzi più moderni a disposizione, sui vari aspetti che l'uso transitorio o protratto di una droga comporta.

Ovviamente questi provvedimenti saranno improntati, su un piano di decentramento regionale, all'importanza del problema, modulando l'intervento a seconda delle necessità

locali, secondo quanto già in atto in altre Nazioni: ad esempio diritto di « opzione locale » in Svizzera e in Inghilterra, con misure coercitive e preventive, che assumono aspetti diversi nei diversi Cantoni e nelle diverse Contee.

L'istituzione di centri per tossicomani, assolutamente indipendenti dagli ospedali psichiatrici, risponde a criteri pratici, sociali e sanitari già ampiamente ribaditi dalle varie legislazioni internazionali.

L'inadeguatezza delle nostre attuali istituzioni porta a contagio psichico, alla contrazione violenta e spesso inemendabile delle possibilità di recupero. Essa porta inoltre, per la mancanza di strutture intermedie (laboratori protetti, centri di ergoterapia, ecc.) e per deficienze tecniche — a scarse o nulle possibilità di psicoterapia individuale o di gruppo, alla frattura definitiva con l'ambiente per difficoltà o preclusione di reinserimento mediato alle regole della collettività.

La diffusione attuale del fenomeno dimostra ampiamente la insufficienza delle misure in vigore.

Con l'articolo 2 della presente proposta di legge si dispone l'aggiornamento annuale dell'elenco degli « stupefacenti » e « psicodroghe » indispensabile per il carattere « consumistico » delle varie sostanze appetite che ne facilita continuamente una nuova fioritura sul mercato.

L'introduzione del termine « psicodroghe » nella presente proposta di legge rende qui opportuna una precisazione sulla terminologia concettuale usata.

Il termine « stupefacente » è da intendersi assai opinabile sul piano scientifico, né può essere sostituito con quello altrettanto opinabile di « narcotico ».

Tale termine dovrebbe intendersi strettamente legato alla morfina o derivati o analoghi, così a tutti gli oppiacei, perché solo essi sono capaci di indurre uno stato di « stupore » o di « narcosi ».

Il termine appare del tutto inadeguato ed anzi contraddittorio, quando si pensi che nel nuovo elenco devono essere comprese d'ora innanzi, le amfetamine molto ricercate dai giovani appunto per la capacità di provocare un'altissima eccitazione psichica, che è esattamente l'opposto dello « stupore » e della « narcosi ».

Gli stessi allucinogeni, sia quelli maggiori (come la famosa LSD) sia i minori (come la canapa e derivati) determinano sì uno stacco dalla realtà, che inizialmente assomiglia ad ebrietà da alcoolici, ma tale stacco è

quasi sempre cosciente e può semmai portare ad un delirio attivo, ma non ad un vero « stupore ».

Viene definita per droga ogni sostanza miscuglio di sostanze normali o sintetiche che, per la sua capacità di creare una particolare alterazione psichica, induce od addirittura costringe il soggetto a ripetere periodicamente l'assunzione (dipendenza psichica). A questa dipendenza può associarsi una tolleranza o assuefazione (così la necessità di aumentare progressivamente la dose al fine di riottenere sempre la medesima intensità di effetti psichici) e/o una dipendenza somatica (così la impossibilità di sospendere l'assunzione, pena la comparsa di una grave ed anche gravissima sindrome somatica, cioè un malessere acuto, caratterizzato da una serie di vistosi sintomi patologici).

Nelle « psicodroghe », trovano così posto le sostanze inebrianti, ipnotiche (come barbiturici ed alcuni tranquillanti), eccitanti (come le amfetamine), allucinogeni maggiori (come l'« LSD ») e minori (come la canapa), deliranti.

Per « drogaggio » deve intendersi lo stato di alterazione psichica, che affligge un soggetto sotto droga.

Per « tossicofilia » deve intendersi l'assunzione sporadica e del tutto occasionale di psicodroghe; ad esempio per curiosità, per malinteso senso del gruppo (nel progetto di legge viene chiamata tossicomania occasionale).

Per « tossicomania » s'intende la schiavitù psichica e/o somatica del soggetto alla droga, (nel progetto di legge è chiamata tossicomania abituale).

Con la presente proposta di legge si è voluto provvedere a rendere effettiva l'opera di cura e recupero dei tossicomani, rendendola obbligatoria, in quanto la tossicomania abituale od occasionale deve ritenersi come una malattia progressiva, socialmente lesiva e contagiosa. Progressiva, perché il soggetto tende a ripetere con sempre maggiore frequenza la assunzione di droga, passando assai spesso da droghe minori a droghe maggiori e associando più droghe; socialmente lesiva, perché sottrae il soggetto ai suoi più elementari doveri sociali; contagiosa, infine, perché il tossicomane tende spontaneamente al proselitismo.

A tal fine si è predisposto un iter che faciliti psicologicamente e materialmente la cura e renda l'accertamento delle tossicomanie più facile.

Anzitutto la cura è resa gratuita (mentre ancora oggi è sospesa ogni assistenza sanitaria da parte degli enti mutualistici agli alcoolisti ed ai tossicomani); si è assicurato inoltre il più ampio segreto nei confronti dei soggetti alla cura, tutelato verso chiunque; si è abolito l'obbligo di denuncia all'autorità di pubblica sicurezza da parte del medico, imposto dall'articolo 20 della legge n. 1041 del 1954, obbligo che sembra costituire una delle più gravi remore per il tossicomane a farsi curare.

Dall'altra parte, al fine precipuo di intervenire tempestivamente e validamente contro il flagello della droga, proprio per le caratteristiche di malattia socialmente pericolosa di essa, come diffusamente suesposto, si sono posti precisi obblighi ai sanitari, i quali devono informare il tossicomane del pericolo e della necessità di cura (quando costui sia minore degli anni 21, devono informare anche i genitori o chi ne eserciti la patria potestà), nonché devono darne comunicazione al centro specializzato di cui all'articolo 1 della presente proposta di legge, perché la cura possa effettivamente ed efficacemente aver luogo.

Ma non solo ai sanitari, bensì anche a tutti i pubblici ufficiali ed alle persone che esercitano una pubblica funzione o servizio, incombono precisi doveri. Infatti a loro volta, in presenza di una tossicomania o di un sospetto di essa, costoro devono chiedere l'intervento di un ufficiale sanitario, che provvederà come sopra descritto.

Si è pensato soprattutto ai giovani, tra i quali l'estendersi del pericolo della droga è più facile, e si è ritenuto utile far sì che chi è a contatto con comunità, specie se giovanili, abbia il dovere di arginare od addirittura prevenire il contagio di essa, seguendo i dettami della legge suddetta, pur rispettosa delle prerogative umane.

Affinché poi il tossicomane non si sottragga alla cura, che si ritiene il più efficace mezzo di recupero, si è disposto il ricovero coatto a mezzo e sotto il controllo del pretore, quando il soggetto non vi si sottoponga spontaneamente.

Norme penali e misure di sicurezza.

Si deve in linea generale osservare come la presente proposta di legge non abbia insistito sulla pena pecuniaria, molte volte fissandola solo nei massimi.

Con ciò si è voluto evitare una discriminazione sociale. Il non abbiente, infatti, vedrebbe convertita la pena pecuniaria, quando sia molto elevata, in lunghi anni di carcere.

Si è elevata la misura massima della pena pecuniaria soltanto nei casi in cui è evidente il fine di lucro dell'agente.

Sempre in linea generale si deve osservare che la presente proposta di legge ha ridotto i minimi di pena e nel contempo ha fissato massimi più alti.

A parte l'osservazione che anche la recente legislazione straniera adotta uguali criteri, la ragione consegue alla diversità obiettiva e soggettiva dell'azione criminosa: il danno che determina, i motivi che la ispirano.

Passando all'esame dei principali aspetti della nostra proposta si nota che:

1) essa comporta un considerevole aumento delle pene previste negli articoli 4 e 5 della legge 22 ottobre 1954, n. 1041, nel presupposto che non si deve mai trascurare di colpire a monte, e che le attività represses da dette norme, la coltivazione e la preparazione delle droghe, stanno alla base di ogni traffico delle stesse.

Né tragga in inganno l'attuale situazione italiana, perché i progressi e le scoperte in questo temibile campo impongono lungimiranza al legislatore.

2) Con riferimento alle principali e più pericolose azioni criminose, si è tentato in modo organico di ovviare ai gravissimi inconvenienti determinati dalla interpretazione restrittiva datane.

Nel contempo sono previste e punite fattispecie obliterate dal legislatore del 1954.

3) Si è introdotta una norma a dolo generico che permette di colpire sempre l'azione altamente criminosa della detenzione, passaggio obbligato per lo smercio illegale di sostanze stupefacenti e psicodroghe. È però preclusa l'applicazione della presente ipotesi delittuosa al tossicomane, che detenga droga per uso personale in modici quantitativi.

4) La detenzione illecita di stupefacenti e psicodroghe per uso personale rappresenta il ponte tra la repressione e la cura. Esso costituisce, quindi, una delle più importanti innovazioni introdotte dal presente progetto di legge, in conformità ai principi ispiratori della più avanzata legislazione straniera in materia. Si è introdotto il principio della quantità modica per limitare la portata della norma esclusivamente alle ipotesi riguardanti i tossicomani occasionali o abituali.

Per la detenzione (di modici quantitativi) per uso personale appare opportuno mantenere, sia pure in misura attenuata, la sanzione. Infatti la disponibilità del tossico è sempre pericolosa e, come tale, non può andare esente da una previsione sanzionatoria penale. Tuttavia, atteso il prevalente interesse al recupero del reo, si è introdotta la misura di sicurezza del ricovero obbligatorio presso gli istituendi centri specializzati della persona sottoposta a procedimento penale. La finalità da perseguire è, infatti, quella della completa disintossicazione e del reinserimento conseguente nel contesto sociale.

Anche per tale motivo, si è ritenuto opportuno derogare ai principi generali del codice penale, sia per quanto concerne la concessione della sospensione condizionale della pena, sia per quanto riguarda l'applicabilità della speciale misura di sicurezza.

Di contro, poiché, comunque, ci si trova di fronte ad un individuo malato e socialmente pericoloso, la misura di sicurezza è sempre necessaria anche nei casi in cui venga sospesa l'esecuzione della pena.

Nell'ipotesi, poi, di proscioglimento per incapacità, dovuta a minore età o per perdono giudiziale è evidente la necessità di mantenere la misura di sicurezza obbligatoria.

5) Si è ritenuto inoltre, di prevedere una ipotesi che non contenga alcun aspetto repressivo, quando si tratti di soggetti che intendano sottoporsi a cure disintossicanti per propria spontanea decisione o, nel caso di minori, anche su richiesta dei genitori o tutori. Si pensa che questa completa depenalizzazione possa costituire un efficace incentivo per gli sforzi di recupero, mentre le limitazioni aggiuntevi (esclusione di recidivi reiterati, trafficanti, propagatori) dovrebbero impedire che la norma si presti ad abusi e diventi un comodo strumento per sottrarsi a responsabilità più gravi.

Copertura finanziaria.

Poiché l'applicazione della presente proposta di legge comporterà oneri economici anche notevoli, si è prevista la copertura di essi mediante una istituenda sovrainposta sugli alcoolici e sui tabacchi.

A parte che, analoghi provvedimenti sono da tempo vigenti in molti Stati europei (per esempio in Norvegia la legge prevede che il 20 per cento delle concessioni per le licenze per la vendita di bevande alcooliche e il 20

per cento dei profitti del monopolio siano devoluti al « Fondo per la temperanza », fondo che per la maggior parte viene utilizzato dagli istituti sanitari per lo studio e la prevenzione dell'alcoolismo e la cura degli alcoolisti), appare logico gravare l'alcool e il tabacco, che seppure con effetti minori, incidono negativamente sulla salute pubblica, chiamando i loro introiti a contribuire proprio a vantaggio di questa. Facendoci eco,

per loro esplicito mandato, delle conclusioni degli scienziati sociali a cui si accennava all'inizio, sottoponiamo al vostro esame la seguente proposta di legge, affidandoci alle vostre responsabili decisioni, nella fiducia che le difficoltà per una corretta copertura della spesa non ostacolino un provvedimento, la cui drammatica necessità è più viva proprio in quegli aspetti sanitari che maggiormente comportano un onere finanziario.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

La coltivazione, la produzione, la fabbricazione, il commercio, l'importazione, l'esportazione, il transito e la detenzione in qualsiasi forma di sostanze stupefacenti o di psicodroghe e relative preparazioni, sono sottoposti al controllo e alla vigilanza del Ministero della sanità.

Sono sottoposte alle direttive del Ministero della sanità la prevenzione, la cura e la riabilitazione degli stati di tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o psicodroghe.

Le attribuzioni conferite dalla presente legge al Ministero della sanità sono esercitate dall'Ufficio centrale stupefacenti, istituito dalla legge 22 ottobre 1954, n. 1041, che è posto alle dirette dipendenze del Ministero.

A capo del predetto ufficio, è preposto un funzionario con la qualifica di ispettore generale. L'organizzazione interna dell'ufficio è determinata con apposito regolamento.

Sarà di esclusiva competenza delle regioni, l'esercizio delle misure di prevenzione e di ogni intervento sanitario per la cura e la riabilitazione dei colpiti da tossicosi da stupefacenti o da psicodroghe.

ART. 2.

Il Ministero della sanità ha il compito di curare i rapporti, sul piano internazionale, con la commissione degli stupefacenti del consiglio economico e sociale delle Nazioni Unite, con l'organo internazionale di controllo stupefacenti dell'organizzazione avente competenza in materia di sostanze stupefacenti o di psicodroghe.

Esso provvede altresì:

a) a predisporre gli atti di autorizzazione, nonché quelli per la sospensione e la revoca degli stessi nei casi previsti dalla presente legge;

b) a riferire all'apposito Comitato Interministeriale nonché al Consiglio superiore di sanità sulle questioni che devono essere sottoposte al rispettivo esame;

c) a predisporre la compilazione delle tabelle delle sostanze soggette a controllo, a curare il tempestivo aggiornamento e a predisporre, annualmente, l'elenco delle imprese autorizzate alla fabbricazione, all'impiego e

al commercio di sostanze stupefacenti o di psicodroghe;

d) a curare l'aggiornamento dei dati relativi alle quantità di sostanze stupefacenti o di psicodroghe effettivamente importate, esportate, fabbricate, impiegate, nonché alle quantità disponibili presso le ditte autorizzate, ai fini della compilazione del rapporto annuale;

e) a stabilire i contenuti dei formulari che devono essere compilati dalle ditte autorizzate e di quelli a fini statistici;

f) ad elaborare i criteri generali, di indirizzo e di coordinamento per la lotta contro le tossicosi da sostanze stupefacenti o da psicodroghe;

g) a collaborare sul piano tecnico con il Ministero dell'interno e con gli organi di polizia per la predisposizione di efficaci mezzi di lotta contro il traffico illecito di sostanze stupefacenti o di psicodroghe;

h) a promuovere le iniziative, impartire le disposizioni, adottare i provvedimenti di carattere tecnico amministrativo che si rendono necessari in materia di sostanze stupefacenti o di psicodroghe;

i) a svolgere, di comune accordo con le Regioni, utile azione di propaganda per la prevenzione dell'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicodroghe e per la rieducazione e riabilitazione dei soggetti già sottoposti a cura.

Per l'azione di propaganda da svolgere nelle scuole o negli Istituti dipendenti da altri Ministeri o Enti, il Ministero della sanità provvede di intesa con i Ministri interessati o con quelli che hanno la vigilanza sugli Enti.

Per l'esercizio delle funzioni di vigilanza e di controllo il Ministero della sanità si avvarrà in sede periferica degli uffici regionali competenti, degli uffici dei medici provinciali e degli altri organi sanitari regionali, provinciali e locali.

ART. 3.

Presso il Ministero della sanità è istituito un comitato tecnico con il compito di proporre i provvedimenti necessari per assicurare il coordinamento di azione tra le varie amministrazioni interessate alla vigilanza e al controllo della produzione, fabbricazione, commercio ed impiego delle sostanze stupefacenti e psicodroghe e delle relative preparazioni e alla repressione delle attività illecite; formulare proposte o dare pareri nelle

materie disciplinate dalla presente legge, stabilire programmi e mezzi per l'azione di propaganda.

Il Comitato deve inoltre:

a) verificare i dati delle statistiche regionali e provinciali, allo scopo di redigere quelle nazionali;

b) pubblicare, entro il 1° trimestre di ogni anno, in allegato alle statistiche nazionali, un rapporto sulla prevenzione e repressione svolta dalle forze di polizia. Il Ministero della sanità a sua volta lo trasmette al Parlamento;

c) motivare, ogni anno, le ragioni che hanno portato al rilascio di autorizzazioni alle ditte per la produzione e l'impiego di stupefacenti e sostanze psicotrope, nonché per la preparazione, il commercio, l'importazione e l'esportazione.

ART. 4.

Il Comitato tecnico, di cui al precedente articolo, è presieduto dal Ministro della sanità e per sua delega dal Sottosegretario di Stato, ed è composto da:

tre direttori generali del Ministero della sanità;

il direttore dell'Istituto superiore di sanità;

un rappresentante del Ministero degli affari esteri;

tre rappresentanti del Ministero dell'interno, di cui un ufficiale dell'arma dei carabinieri designati dal Comando generale e un funzionario del centro di coordinamento per le operazioni di polizia criminali (Criminalpol);

un magistrato designato dal Ministero di grazia e giustizia;

tre rappresentanti del Ministero delle finanze, di cui un ufficiale della guardia di finanza designato dal comando generale e un funzionario della direzione generale delle dogane e imposte di fabbricazione;

un rappresentante del Ministero della pubblica istruzione;

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

un rappresentante del Ministero degli affari esteri;

un rappresentante del Ministero del commercio con l'estero;

tre assessori regionali designati di comune accordo dai presidenti delle Giunte

regionali, o — in carenza di accordo — entro trenta giorni dalla richiesta ufficiale — dal Ministero della sanità.

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

I componenti il comitato sono nominati con decreto del Ministro della sanità su designazione dei rispettivi Ministeri; durano in carica tre anni, possono essere confermati e non possono farsi sostituire.

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

Può riunirsi ogni altra volta per disposizione del Ministro, ovvero quando ne sia fatta richiesta da almeno un terzo dei suoi membri.

È in facoltà del Ministro della sanità di far intervenire in singole adunanze del comitato, per lo studio di speciali questioni, persone di riconosciuta alta competenza nella materia, estranee al comitato stesso.

ART. 5.

Le sostanze stupefacenti o le psicotrope e relative preparazioni sottoposte alla vigilanza ed al controllo di cui al precedente articolo 1 sono raggruppate in quattro tabelle da approvarsi con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro di grazia e giustizia, sentito il comitato tecnico e il Consiglio superiore di Sanità.

Le tabelle indicate nel precedente comma sono aggiornate almeno ogni anno anche in base a quanto previsto da convenzioni e accordi internazionali.

Le variazioni sono apportate con le stesse modalità indicate dal primo comma del presente articolo.

Il decreto è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica Italiana e inserito nella successiva edizione della farmacopea ufficiale.

ART. 6.

L'inclusione delle sostanze stupefacenti e delle psicotrope e relative preparazioni delle tabelle di cui all'articolo precedente, deve essere effettuata in base ai criteri seguenti:

1) nella tabella I devono essere indicati:

a) l'oppio e i materiali da cui possono essere ottenute le sostanze oppiacee naturali, cioè estraibili dal papavero sonnifero; le so-

stanze ottenute per trasformazione chimica di quelle prima indicate; le sostanze ottenibili per sintesi chimica che siano riconducibili per struttura chimica e per effetti a quelle oppiacee precedentemente indicate; eventuali importanti intermedi per la loro sintesi;

b) le foglie di coca e gli alcaloidi ad azione stupefacente da queste estraibili; le sostanze ad azione stupefacente ottenute per trasformazione chimica degli alcaloidi sopra indicati, nonché quelle ottenibili, per sintesi, che per struttura chimica od azione stupefacente, siano analoghe alle precedenti;

c) le sostanze alluminogene naturali o sintetiche;

d) ogni altra sostanza che abbia gravità di effetti sul sistema nervoso centrale e capacità di determinare dipendenza fisica o psichica dello stesso ordine, o di ordine superiore a quelle precedentemente indicate;

e) le preparazioni contenenti le sostanze di cui alle lettere a), b), c) e d).

2) Nella tabella II devono essere indicate:

a) le sostanze oppiacee ed eventuali derivati che abbiano effetto sul sistema nervoso centrale e capacità di determinare una dipendenza fisica o psichica di grado minore rispetto a quelle indicate nella tabella I;

b) la *cannabis* e la resina di *cannabis*;

c) le sostanze di tipo amfetaminico che abbiano gravità di effetti sul sistema nervoso centrale e che inducano dipendenza fisica o psichica;

d) ogni altra sostanza che sia scientificamente assimilata a quelle sopraindicate;

e) le preparazioni contenenti le sostanze di cui alle lettere a), b), c) e d).

3) Nella tabella III devono essere indicate:

a) le sostanze di tipo barbiturico che inducano dimostratamente dipendenza fisica o psichica nonché ogni altra sostanza ad esse scientificamente assimilate;

b) le preparazioni di cui alla precedente lettera a).

4) Nella tabella IV devono essere indicate le preparazioni contenenti le sostanze indicate nelle prime tre tabelle, quando queste preparazioni, per la loro composizione qualitativa e quantitativa e le modalità del loro impiego non presentino rischi di abuso e pertanto non vengano assoggettate alla disciplina delle sostanze che entrano a far parte della loro composizione.

Le sostanze, infine, devono essere indicate con la denominazione comune internazionale e, ove esista, con il nome chimico; sono indicati altresì i relativi sali, esteri, eteri, nonché gli stereoisomeri nei casi in cui abbiano azione stupefacente.

ART. 7.

L'elenco aggiornato delle imprese autorizzate alla produzione, alla fabbricazione, al commercio e all'impiego di sostanze stupefacenti o psicotrope, con gli estremi di ciascuna autorizzazione e con la specificazione delle attività autorizzate, è pubblicato annualmente dal Ministero della sanità nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica Italiana.

ART. 8.

Chiunque intenda coltivare, produrre, fabbricare, impiegare importare, esportare, ricevere per il transito, commerciare a qualsiasi titolo o comunque detenere per il commercio sostanze stupefacenti o psicotrope e relative preparazioni, comprese nelle apposite tabelle, deve munirsi dell'autorizzazione del Ministero della sanità.

Dall'obbligo dell'autorizzazione sono escluse le farmacie, sia per quanto riguarda l'acquisto di sostanze stupefacenti o di psicotrope sia per l'acquisto, la vendita o la somministrazione di dette sostanze in dose e forma di medicamento.

L'importazione, il transito o l'esportazione di sostanze stupefacenti o di psicotrope e relative preparazioni, da parte delle persone munite dell'autorizzazione di cui al primo comma, sono subordinati alla concessione di un permesso rilasciato dal Ministro della sanità in conformità alle convenzioni internazionali.

ART. 9.

Chiunque, senza la prescritta autorizzazione, effettui la coltivazione, la raccolta o la estrazione del papavero, è punito con la reclusione da un anno a quattro anni e con la multa da lire 300.000 a due milioni.

Si applica la pena della reclusione da due a cinque anni e la multa da lire 800.000 a tre milioni se la coltivazione, la raccolta o l'estrazione, concernono le piante di canapa indiana o di funghi allucinogeni.

In ogni caso la coltivazione illegale è confiscata e messa a disposizione del Ministero della sanità.

Chiunque non osservi le condizioni e le garanzie alle quali l'autorizzazione è subordinata, è punito con l'arresto da un mese ad un anno e con l'ammenda da lire centomila a lire quattrocentomila.

ART. 10.

Il Ministero della sanità, entro il mese di dicembre di ogni anno, tenuto conto degli impegni derivanti dalle convenzioni internazionali, stabilisce con proprio decreto le quantità delle varie sostanze stupefacenti o psicotrope che possono essere fabbricate e messe in vendita, in Italia o all'estero, nel corso dell'anno successivo, da ciascuna impresa autorizzata alla fabbricazione.

Sono tollerate eventuali eccedenze di fabbricazione non superiori al 10 per cento sulle quantità autorizzate.

Le eccedenze devono essere denunciate al Ministero della sanità entro quindici giorni dal momento in cui esse si sono verificate e devono essere computate nei quantitativi da fabbricarsi nell'anno successivo.

I limiti quantitativi stabiliti nel provvedimento di cui al primo comma, possono essere aumentati, ove necessario, nel corso dell'anno al quale si riferiscono.

I provvedimenti di cui al presente articolo sono pubblicati nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica Italiana.

ART. 11.

Chiunque intenda ottenere l'autorizzazione per estrarre alcaloidi dalla pianta di papavero sonnifero o dall'oppio, dalle foglie e dalla pasta di coca o da altre piante contenenti sostanze stupefacenti, ovvero produrli per sintesi, deve presentare domanda al Ministero della sanità.

La domanda deve essere corredata del certificato di iscrizione all'albo professionale del direttore tecnico, che deve essere munito di laurea in chimica o in farmacia o in altra disciplina affine.

ART. 12.

Il decreto di autorizzazione alla fabbricazione è trasmesso in copia al comando generale della guardia di finanza, al comando

generale dell'arma dei carabinieri e alla Direzione generale di pubblica sicurezza del Ministero dell'interno, che impartiscono ai dipendenti organi periferici le istruzioni necessarie per la vigilanza.

L'autorizzazione è valida oltre che per la fabbricazione di sostanze stupefacenti e di psicodroghe, anche per l'acquisto delle relative materie prime nonché per la vendita dei prodotti ottenuti.

Chiunque fabbrica sostanze stupefacenti o psicodroghe diverse da quelle stabilite nel decreto di autorizzazione è punito con la reclusione da 2 a 4 anni e con la multa non inferiore a un milione.

Chiunque fabbrica sostanze stupefacenti o psicodroghe in quantità superiore a quelle consentite o tollerate è punito con l'arresto fino ad un anno o con l'ammenda fino a lire due milioni.

ART. 13.

Ogni officina deve essere provvista di locali adibiti esclusivamente alla fabbricazione degli stupefacenti o delle sostanze psicotrope, di apparecchi e mezzi adeguati allo scopo, nonché di locali idonei alla custodia dei prodotti finiti e delle materie prime stupefacenti o psicodroghe.

Il Ministero della sanità accerta la sussistenza dei requisiti di cui al precedente comma.

Qualora il richiedente non sia autorizzato all'esercizio di officina farmaceutica deve munirsi della relativa autorizzazione.

Il Ministero della sanità accerta, mediante ispezione, la idoneità dell'officina anche ai sensi dell'articolo 144 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 e successive modificazioni.

Le spese relative a tale accertamento sono a carico del richiedente.

ART. 14.

Presso ciascuna impresa, autorizzata alla fabbricazione di sostanze stupefacenti o psicodroghe devono essere distocati uno o più sottufficiali o militari di truppa della guardia di finanza per il controllo dell'entrata o dell'uscita delle sostanze stupefacenti o delle psicodroghe, nonché per la sorveglianza a carattere continuativo durante i cicli di lavorazione.

La vigilanza da parte di detto personale può essere disposta, su richiesta del Ministero della sanità previa intesa con il comando generale della guardia di finanza, anche presso singole imprese autorizzate all'impiego di dette sostanze.

Le istruzioni di servizio sono impartite dal comando generale della guardia di finanza in conformità delle disposizioni di massima concertate, anche ai fini del coordinamento, col Ministero della sanità.

Le aziende che fabbricano sostanze stupefacenti o psicodroghe, hanno l'obbligo di mettere a disposizione dei militari addetti alla vigilanza presso lo stabilimento, i locali idonei per lo svolgimento delle operazioni di controllo e, quando la lavorazione prosegua durante la notte, devono essere adeguatamente attrezzati per i turni di riposo.

Le disposizioni di cui al precedente comma si applicano anche quando la vigilanza viene disposta nei confronti delle imprese di cui al secondo comma del precedente articolo.

ART. 15.

Il Ministero della sanità esercita il controllo sulle qualità di materie prime ad azione stupefacente, sulle quantità di sostanze stupefacenti o di psicodroghe fabbricate o comunque in possesso di ciascuna officina e sulla loro destinazione, con particolare riguardo alla ripartizione quantitativa sul mercato.

Il Ministro della sanità può limitare o vietare, in qualsiasi momento, ove particolari circostanze lo richiedano, la fabbricazione di alcuni stupefacenti o sostanze psicodroghe.

ART. 16.

Chiunque intenda ottenere l'autorizzazione all'impiego industriale di sostanze stupefacenti o di psicodroghe deve presentare domanda al Ministero della sanità, secondo le modalità da stabilire con apposito regolamento.

Il Ministero della sanità, accerta se i locali adibiti alla preparazione siano idonei, oltre che all'impiego, alla custodia delle materie prime e dei relativi prodotti affini.

Qualora il richiedente non sia autorizzato all'esercizio di officina farmaceutica, deve munirsi della relativa autorizzazione.

Il decreto di autorizzazione, contenente i dati richiesti per la domanda del primo com-

ma del presente articolo, è valido per l'acquisto e per l'impiego delle sostanze sottoposte a controllo occorrenti, nonché per la vendita delle preparazioni ottenute.

Le spese relative agli accertamenti di cui al terzo comma del presente articolo sono a carico del richiedente.

ART. 17.

Chiunque intende ottenere l'autorizzazione al commercio all'ingrosso di sostanze stupefacenti o psicotrope deve presentare domanda al Ministero della sanità.

Per le preparazioni, l'obbligo dell'autorizzazione è limitata a quelle contenenti le sostanze di cui alle tabelle I e II previste dalla presente legge.

L'autorizzazione al commercio, per ciascun deposito o filiale, deve essere richiesta con separata domanda.

Il Ministero della sanità accerta l'idoneità dei locali adibiti alla conservazione e alla custodia delle sostanze e preparazione di cui al primo e secondo comma del presente articolo.

Le spese relative a tali accertamenti sono a carico del richiedente.

ART. 18.

I titolari delle officine che fabbricano o impiegano sostanze stupefacenti o psicotrope e i commercianti all'ingrosso devono trasmettere annualmente, per la parte che li riguarda, in doppio esemplare, non oltre il 31 gennaio dell'anno successivo, al Ministero della sanità, su moduli da questo predisposti, i dati riassuntivi:

a) delle quantità di materie prime messe in lavorazione;

b) delle quantità di prodotti finiti ottenuti, ivi compreso ogni recupero di residui, con la resa nei confronti delle materie prime;

c) del movimento di entrata e di uscita di ogni singola sostanza stupefacente o psicotrope;

d) delle sostanze utilizzate per la preparazione di specialità medicinali e prodotti galenici preparati e venduti nel corso dell'anno.

In caso di trasgressione degli obblighi di cui al precedente comma, il Ministero della sanità può sospendere l'autorizzazione per un periodo di tempo non superiore a mesi sei.

ART. 19.

Ogni impresa autorizzata a fabbricare sostanze stupefacenti o psicodroghe è obbligata a fornire al Ministero della sanità entro trenta giorni dalla fine di ogni trimestre, un rapporto sulla natura e quantità delle materie prime ricevute, di quelle utilizzate per la lavorazione degli stupefacenti o delle psicodroghe ricavate o di quelle vendute nel corso del trimestre precedente. In tale rapporto, per l'oppio grezzo, per le foglie e pasta di coca, deve essere indicato il titolo in principi attivi ad azione stupefacente.

Il Ministero della sanità può, in qualsiasi momento, richiedere alle imprese autorizzate alla fabbricazione, all'impiego e al commercio di sostanze stupefacenti o di psicodroghe e relative preparazioni, notizie e dati che devono essere forniti entro il termine stabilito.

Chiunque, non ottemperi alle condizioni prescritte o non fornisca entro il termine stabilito le informazioni richieste dal presente articolo e dal precedente articolo 18, ovvero fornisca dati inesatti o incompleti, è punito con l'ammenda da lire centomila ad un milione.

ART. 20.

La vendita o cessione, a qualsiasi titolo, di sostanze stupefacenti o di psicodroghe e delle relative preparazioni deve essere fatta alle persone autorizzate a norma dei precedenti articoli, nonché a titolari o direttori di farmacie, in base a richiesta scritta da staccarsi da apposito bollettario-buoni-acquisto conforme al modello predisposto e distribuito dal Ministero della sanità.

In caso di perdita, anche parziale, del bollettario-buoni-acquisto, deve essere fatta, entro ventiquattro ore, denuncia scritta all'autorità di pubblica sicurezza.

I produttori di specialità medicinali contenenti sostanze stupefacenti o psicodroghe sono autorizzati, nei limiti e secondo le norme stabilite dal Ministero della sanità, a spedire ai medici e ai veterinari campioni di tali specialità.

L'invio delle specialità medicinali di cui al precedente comma è subordinato alla richiesta datata e firmata dal sanitario, che si impegna alla somministrazione sotto la propria responsabilità.

Il contravventore alle disposizioni contenute nei precedenti commi è punito con la

ammenda da lire cinquecentomila a lire due milioni.

La cessione di buoni acquisto a qualsiasi titolo è punita con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da lire cinquecentomila a tre milioni.

ART. 21.

Il Ministero della sanità, al momento dell'autorizzazione, determina, in rapporto alla loro composizione, indicazione terapeutica e posologica, le confezioni delle preparazioni contenenti sostanze stupefacenti o psicotrofici, che possono essere messe in commercio.

La disposizione che precede, non si applica alle preparazioni destinate esclusivamente all'esportazione.

ART. 22.

La consegna di sostanze sottoposte a controllo, da parte delle imprese autorizzate a commerciarle, deve essere fatta:

1) personalmente all'intestatario dell'autorizzazione al commercio o al farmacista, previo accertamento della sua identità personale, qualora la consegna sia effettuata presso la sede dell'impresa, e segnando gli estremi del documento di riconoscimento in calce al buono acquisto;

2) direttamente al domicilio dell'acquirente, a mezzo di un qualunque dipendente dell'impresa, da questa debitamente autorizzato;

3) a mezzo pacco postale assicurato;

4) mediante agenzia di trasporto o corriere privato. In questo caso, ove si tratti di sostanze stupefacenti o di psicotrofici indicate nella tabella n. 1, prevista dai precedenti articoli, e il cui quantitativo sia superiore ai 100 grammi, il trasporto deve essere effettuato previa comunicazione, a cura del mittente, al più vicino ufficio di pubblica sicurezza o comando dei carabinieri o della guardia di finanza.

La comunicazione, di cui al precedente comma, compilata in triplice copia, deve indicare il mittente ed il destinatario, il giorno in cui si effettua il trasporto, la natura e la quantità degli stupefacenti trasportati. Una delle copie è trattenuta dall'ufficio o comando predetti, la seconda è da questo inviata al corrispondente ufficio o comando della giurisdizione del destinatario per la opportuna

azione di vigilanza, la terza, timbrata e vistata dall'ufficio o comando di cui sopra, deve accompagnare la merce ed essere restituita dal destinatario al mittente.

Le disposizioni di cui ai precedenti commi non si applicano per la consegna di preparazioni galeniche o specialità medicinali contenenti sostanze sottoposte a controllo.

Chiunque consegni o trasporti sostanze stupefacenti o psicotrofici in modo diverso da quelli previsti nel presente articolo, è punito con arresto da sei mesi ad un anno e con l'ammenda da lire cinquecentomila a un milione.

Chi vende o cede sostanze sottoposte a controllo, deve conservare la copia della fattura, il relativo buono acquisto, nonché, ove la consegna avvenga a mezzo posta o corriere, la ricevuta postale o dell'agenzia di trasporto o del corriere privato, relativa alla spedizione della merce. L'inosservanza delle disposizioni stabilite dal presente comma è punita con l'ammenda da lire centomila a lire ottocentomila.

ART. 23.

I direttori sanitari di ospedali, ambulatori, istituti e case di cura in genere, ed i titolari di Gabinetto dell'esercizio di professioni sanitarie, possono acquistare dalle farmacie, preparazioni nelle quantità occorrenti per i normali bisogni degli ospedali, ambulatori, istituti e gabinetti predetti.

I direttori sanitari ed i titolari di gabinetto di cui al primo comma del presente articolo debbono, inoltre, tenere un registro di carico e scarico delle preparazioni acquistate, nel quale devono specificare l'impiego delle preparazioni stesse.

Detto registro deve essere vidimato e firmato in ciascuna pagina dall'autorità sanitaria regionale.

È fatto divieto di inviare campioni di stupefacenti sotto forma di sostanze come tali, nonché sotto forma di preparati galenici.

ART. 24.

I medici ed i veterinari, che prescrivono preparazioni di cui alle tabelle I, II e III previste dal precedente articolo 6, debbono indicare chiaramente, nelle ricette previste dal comma secondo del presente articolo, che devono essere scritte con mezzo indelebile: il cognome, il nome e il domicilio dell'ammalato al quale le lasciano, ovvero, del pro-

prietario dell'animale ammalato; segnarvi in tutte le lettere la dose prescritta e l'indicazione del modo e dei tempi di somministrazione; apporre sulla prescrizione stessa la data e la firma.

Le ricette per le prescrizioni delle preparazioni indicate al comma precedente debbono essere staccate da un ricettario di tipo unico, predisposto dal Ministero della sanità e distribuito, su richiesta dei medici e dei veterinari, dai rispettivi ordini professionali, che, all'atto della consegna, devono far firmare ciascuna ricetta dal sanitario, il quale è tenuto a ripetere la propria firma all'atto della consegna al paziente.

Ciascuna prescrizione deve essere limitata ad una sola preparazione o ad un dosaggio per cura, di durata non superiore ad otto giorni, ridotta a giorni tre per le prescrizioni ad uso veterinario. La ricetta deve contenere, inoltre, il domicilio del medico o del veterinario da cui è rilasciata e la precisazione dell'eventuale numero telefonico.

Scaduti dieci giorni dalla data del rilascio, la prescrizione non può essere più spedita.

Il Ministero della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità ed il comitato tecnico, per quanto riguarda i preparati da psicodroghe il cui rischio d'abuso e il cui uso terapeutico sia ampio e non sostituibile, può con suo decreto esentare detti preparati da alcune delle misure di controllo previste dalla presente legge.

Le prescrizioni a persone assistite a regime mutuo-previdenziale debbono essere rilasciate in originale e copia. Su tale copia il medico deve apporre in caratteri chiari ed indelebili la dicitura: « copia per l'ente mutualistico ».

ART. 25.

È fatto divieto di consegnare sostanze e preparazioni di cui alle tabelle I e II a persona di età inferiore ai 18 anni.

Il contravventore alla disposizione indicata nel comma precedente è punito con l'ammenda da lire cinquecentomila a lire un milione.

ART. 26.

La vendita delle preparazioni di cui alle tabelle I, II e III previste dal precedente articolo 6, deve essere effettuata dal farmacista, con l'obbligo di accertarsi dell'identità dell'acquirente, che non deve essere di età infe-

riore ai 18 anni, e di prendere nota degli estremi del documento di riconoscimento in calce alla ricetta.

Il farmacista deve vendere le preparazioni predette soltanto su presentazione di prescrizione medica, sulle ricette previste dal comma secondo dell'articolo 24, e nella quantità prescritta, e non altrimenti che in pomata o in soluzione o in altra preparazione farmaceutica nella quale la sostanza deve essere disciolta o intimamente miscelata nell'eccepiante.

Il farmacista ha l'obbligo di accertare che la ricetta sia stata redatta secondo le disposizioni stabilite nel precedente articolo 24, di annotare sulla ricetta la data di spedizione, e di conservare la ricetta stessa tenendone conto ai fini del discarico.

Il contravventore alle disposizioni stabilite dai precedenti commi, è punito con l'arresto da sei mesi a due anni e con l'ammenda da lire cinquantamila a lire cinquecentomila, sempre che il fatto 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. 27.

L'importazione, l'esportazione ed il trasporto di sostanze stupefacenti o psicotrope possono essere effettuati esclusivamente dalle imprese autorizzate alla coltivazione delle piante, alla fabbricazione, all'impiego e al commercio di sostanze stupefacenti o psicotrope, nonché a soli fini di ricerca scientifica e di sperimentazione.

Le operazioni di cui al precedente comma devono essere svolte soltanto tramite le dogane di prima categoria.

Il permesso rilasciato per ogni singola operazione ha la validità di mesi sei e può essere utilizzato anche per quantitativo inferiore a quello assegnato.

Le sostanze stupefacenti o psicotrope dirette all'estero per posta, devono essere spedite assicurate o raccomandate in colli.

Nessuna operazione doganale, relativa alle dette sostanze, può essere effettuata in esenzione di visita.

È vietata l'importazione di sostanze stupefacenti o psicotrope con destinazione ad una casella postale o ad una banca.

Le norme previste dalla presente legge si applicano alle zone, punti o depositi franchi, qualora la disciplina a questi relativi vi con-

senta l'introduzione di sostanze stupefacenti o psicodroghe.

Durante il transito, è vietato manomettere o in qualsiasi modo modificare, gli involucri contenenti sostanze stupefacenti o psicodroghe, salvo che per finalità doganali o di polizia. È vietato altresì destinarli, senza apposita autorizzazione del Ministero della sanità, a paese diverso da quello risultante sul permesso di esportazione e su quello di transito.

Le disposizioni di cui ai commi precedenti, si applicano anche per le preparazioni contenenti le sostanze stupefacenti o psicodroghe di cui alle tabelle I e II previste dal precedente articolo 6.

ART. 28.

Il Ministero della sanità, rilasciato il permesso di importazione, in conformità alle convenzioni internazionali, ne dà tempestivo avviso alla dogana presso la quale è effettuata l'importazione e, se quest'ultima è interna, anche alla dogana di confine.

L'eventuale inoltro, dalla dogana di confine a quella interna, è disposto con scorta di bolletta di cauzione per merci estere dichiarate, sulla quale deve essere indicato l'indirizzo del locale autorizzato, destinato ad accogliere il prodotto.

L'importatore deve presentare, al più presto, alla dogana destinataria, il permesso di importazione, insieme con la dichiarazione doganale, provvedendo in pari tempo, ove si debba procedere al prelevamento di campioni, a richiedere il pronto intervento del comando della guardia di finanza.

La dogana destinataria, pervenuta la merce e qualora non sussista la possibilità di sdoganare immediatamente la merce medesima, ne dispone l'introduzione nei propri magazzini di temporanea custodia, dando nello stesso tempo comunicazione scritta dell'arrivo al Ministero della sanità, al competente comando della guardia di finanza ed all'importatore.

ART. 29.

L'analisi sul campione è disposta dal Ministero della sanità ed è effettuata entro 60 giorni dall'Istituto superiore di sanità a spese dell'importatore.

I risultati sono comunicati a cura del Ministero stesso alla dogana competente, all'importatore e, per conoscenza, al laboratorio chimico centrale della dogana, per gli usi di legge.

Il laboratorio chimico centrale della dogana comunica, a sua volta, i risultati delle analisi al Ministero della sanità.

I residuati dell'analisi dei campioni ed i campioni non utilizzati, sono restituiti, su richiesta, all'importatore e a sue spese.

I residuati e i campioni non richiesti sono considerati abbandonati e restano a disposizione del Ministero della sanità.

Ad esito definitivo dell'analisi, l'importatore può utilizzare il campione affidatogli per la custodia.

ART. 30.

Il Ministero della sanità, rilasciato il permesso di esportazione in conformità delle convenzioni internazionali, ne dà tempestivo avviso alla dogana di confine, attraverso la quale deve essere effettuata l'esportazione.

Copia del permesso è inoltrata alle competenti autorità del paese di destinazione, tramite il Ministero degli affari esteri.

Sulla matrice e sulla figlia della bolletta di esportazione, rilasciata dalla dogana, devono essere indicati la data ed il numero del permesso di esportazione, il quale rimane allegato alla matrice.

Dell'avvenuta uscita della merce dal territorio della Repubblica, la dogana dà immediata comunicazione al Ministero della sanità, segnalando gli estremi della bolletta e del permesso di esportazione.

Nel caso di esportazione a mezzo pacco postale, ferroviario od aereo, il permesso di esportazione deve essere presentato dall'operatore agli uffici postali, agli scali ferroviari od aerei, i quali sono tenuti ad unirlo ai documenti di viaggio, a scorta della merce, fino alla dogana di uscita. Quest'ultima provvede agli adempimenti indicati nei precedenti commi.

ART. 31.

Il Ministero della sanità, rilasciato il permesso di transito di sostanze stupefacenti o psicotrofici, ne dà tempestivo avviso alle dogane di entrata e uscita.

La dogana di entrata, ricevuto l'avviso e ritirato il permesso di transito, procede all'inoltro della merce alla dogana di uscita, emettendo, a scorta della merce stessa, bolletta di cauzione estera dichiarata, alla cui figlia allega il permesso di transito. Il termine di validità di tale bolletta deve essere fissato sulla base del tempo strettamente

necessario, perché la merce raggiunga, per la via più breve, la dogana di uscita.

Tanto sulla matrice, quanto sulla figlia della bolletta di cauzione, la dogana emittente deve indicare la data e il numero del permesso di transito. La stessa dogana comunica quindi al Ministero della sanità, nonché alla dogana di uscita, l'arrivo e la spedizione della merce, specificando gli estremi della bolletta emessa.

La dogana di uscita, effettuata l'operazione, invia il certificato di scarico alla dogana di entrata, e questa, ricevuto il certificato medesimo, provvede a dare conferma al Ministero della sanità dell'avvenuta uscita della merce dal territorio della Repubblica, precisando i dati concernenti l'operazione effettuata.

Nel caso di mancato scarico parziale o totale della bolletta di cauzione, la dogana di uscita, indipendentemente dagli altri adempimenti di competenza, informa immediatamente il più vicino posto di polizia di frontiera e il Ministero della sanità.

ART. 32.

Chiunque, senza autorizzazione, produce, fabbrica, estrae, offre, pone in vendita, distribuisce, acquista, cede o riceve a qualsiasi titolo, procura ad altri, trasporta, importa, esporta, passa in transito o illecitamente detiene sostanze stupefacenti o psicotrofici o relative preparazioni, di cui alla tabella 1 prevista dall'articolo 6 della presente legge, è punito con la reclusione da tre a quindici anni e con la multa da lire tre milioni a cinquanta milioni.

Chiunque, essendo munito dell'autorizzazione o del permesso di cui all'articolo 8 della presente legge, illecitamente cede, mette, o procura che altri metta in commercio, le sostanze o le preparazioni indicate nel precedente comma, è punito con la reclusione da quattro a diciotto anni e con la multa da lire dieci milioni a cento milioni. Le stesse pene si applicano per l'importazione, transito ed esportazione, effettuati da chi pur essendo munito dall'autorizzazione, non sia in possesso del permesso indicato nell'ultimo comma del citato articolo 8.

Se il fatto è commesso nei confronti di persone di età inferiore agli anni diciotto, le pene indicate nei commi precedenti sono aumentate di un terzo.

La condanna importa la confisca delle sostanze e preparati sequestrati, nonché la

chiusura dei locali ove si sia verificato il fatto per un periodo da uno a tre anni.

La chiusura dei locali, di cui al precedente comma, può essere adottata con provvedimento cautelare del Prefetto, territorialmente competente o Ministro della sanità qualora si tratti di esercizi aperti o condotti in base al provvedimento di quest'ultimo. Sono fatte salve, in ogni caso, le disposizioni delle autorità giudiziarie.

ART. 33.

Se taluno dei fatti previsti dal precedente articolo 32, riguarda sostanze stupefacenti o psicodroghe e relative preparazioni classificate nella tabella II ovvero sostanze e preparazioni indicate nella tabella III, di cui all'articolo 6 della presente legge, si applica la reclusione da due a sei anni e la multa da lire due milioni ad otto milioni.

Si applicano, altresì, le disposizioni del terzo e quarto comma dello stesso articolo 32.

ART. 34.

Chiunque, senza essere incorso in uno dei delitti previsti dagli articoli precedenti, adibisce o lascia che sia adibito un locale, pubblico o privato, a convegno di persone che ivi si danno all'uso di sostanze stupefacenti o psicodroghe e relative preparazioni, è punito con la reclusione da tre a dieci anni e con la multa da lire due milioni a dieci milioni.

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

Chiunque accede nei locali previsti dal primo comma del presente articolo per darsi all'uso di sostanze stupefacenti o psicodroghe e relative preparazioni, è punito con la reclusione fino ad un anno e con la multa da lire trecentomila a un milione.

ART. 35.

Chiunque, faccia comunque uso personale non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicodroghe e relative preparazioni, è punito con la multa da lire trecentomila ad un milione o con la reclusione fino ad un anno.

Le pene previste del precedente comma si applicano congiuntamente nel caso di recidiva specifica.

La volontaria sottoposizione alle cure disintossicanti estingue il reato previsto dal pre-

sente articolo e dall'ultimo comma dell'articolo 34, sempre che non vi sia recidiva reiterata o precedente condanna per diffusione o traffico illecito di stupefacenti o psicodroghe.

Se i fatti sono commessi da un minore non imputabile, questi è in ogni caso sottoposto alla misura di sicurezza consistente nella cura-recupero presso un centro specializzato di durata non superiore a giorni 15. In tali ipotesi non si applica il disposto dell'articolo 224 del codice penale.

La misura di sicurezza sopra prevista è altresì eseguita quando è concesso il perdono giudiziale per il reato di detenzione di stupefacenti o psicodroghe.

ART. 36.

Chiunque induca una persona all'uso di sostanze stupefacenti o di psicodroghe e relative preparazioni classificate nella tabella I, di cui all'articolo 6 della presente legge, è punito, salvo che il fatto non costituisca reato più grave, con la reclusione da uno a cinque anni e con la multa da lire un milione a cinque milioni.

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

La pena è triplicata:

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

2) se il fatto è commesso in danno di una persona che è stata affidata per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia a colui che è ritenuto colpevole.

Se il fatto riguarda le sostanze e le preparazioni di cui alle tabelle II e III del precitato articolo 6, si applicano le pene previste dai precedenti commi diminuite da un terzo alla metà.

ART. 37.

Chiunque, senza essere incorso nei reati previsti dagli articoli precedenti, avendo la proprietà o comunque la disponibilità di un immobile o cosa mobile, soggetta a registrazione, li metta a disposizione a qualsiasi titolo, li adibisca o lasci che siano adibiti al fine di consentire o comunque favorire l'uso di sostanze stupefacenti o psicodroghe, è punito con la reclusione da tre a dodici anni. La condanna comporta la confisca obbligatoria del bene immobile o mobile soggetto a registrazione.

ART. 38.

Chiunque, fuori dai casi di concorso con i reati di cui agli articoli precedenti, con qualsiasi mezzo, egli induca altri a fare uso di sostanze stupefacenti o psicodroghe è punito con la reclusione da due a dieci anni. Nel caso di semplice favoreggiamento o agevolazione la pena è dimezzata.

Chiunque faccia propaganda o inviti altri all'uso di stupefacenti o psicodroghe è punito con la reclusione da uno a cinque anni.

Se il fatto è commesso a mezzo della stampa, della radio, della televisione o comunque con altri metodi di diffusione, la pena è da tre a dieci anni di reclusione.

ART. 39.

Non si applicano le disposizioni dei precedenti articoli, se si tratta di quantità minime delle sostanze e preparazioni in detti articoli indicate, detenute o ricevute per uso personale. In tali casi la pena è della reclusione fino a un anno e della multa fino a lire cinquecentomila.

Nelle ipotesi previste dal precedente comma non si dà luogo tuttavia a procedimento penale, se l'interessato avanza richiesta di trattamento medico ai sensi dei successivi articoli, purché non vi sia recidiva reiterata o precedente condanna per diffusione o traffico illecito di stupefacenti o psicodroghe.

ART. 40.

Alla condanna per uno dei delitti previsti dal presente titolo consegue la interdizione temporanea dei pubblici uffici ai sensi del terzo comma dell'articolo 28 del codice penale.

I termini di durata previsti dal quarto comma dello stesso articolo 28 del codice penale sono raddoppiati.

Con la sentenza di condanna, il giudice può altresì disporre, per un periodo di tempo non superiore a 3 anni, il ritiro del passaporto, nonché, in deroga alle disposizioni vigenti in materia, il ritiro, per lo stesso periodo di tempo, della patente di guida.

Le stesse disposizioni si applicano nei casi previsti dall'articolo 12 del codice penale, quando sia avvenuto il riconoscimento di sentenza penale straniera, di condanna per uno dei delitti sopra indicati.

ART. 41.

Lo straniero, condannato a una pena restrittiva della libertà personale per taluno dei delitti previsti dal presente titolo, è, a pena espiata, espulso dallo Stato.

Lo stesso provvedimento di espulsione dallo Stato può essere adottato nei confronti dello straniero, non residente nel territorio della Repubblica, che fa uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrofici e relative preparazioni.

I cittadini italiani e stranieri arrestati o condannati per uso di sostanze stupefacenti o psicotrofici e relative preparazioni, ovvero, per altri reati commessi in stato di tossicodipendenza, sono immediatamente sottoposti all'esame di uno dei centri previsti dai successivi articoli della presente legge, o da un collegio medico, che stabilisce, se sussista la necessità di procedere ad un particolare trattamento curativo o riabilitativo del soggetto interessato, da attuare in idonei reparti ospedalieri.

ART. 42.

Gli organi di polizia sono tenuti a dare immediata comunicazione al Ministero della sanità di ogni operazione effettuata per la repressione del traffico illecito di stupefacenti.

A tale comunicazione preliminare deve far seguito, appena possibile, l'invio di un questionario, compilato in conformità al modello approvato con decreto del Ministero della sanità.

Oltre alle comunicazioni previste nella prima parte del presente articolo, detti organi segnalano al Ministero della sanità ogni notizia utile alla prevenzione e repressione del traffico illecito.

ART. 43.

La competente autorità giudiziaria comunica, in ogni fase e grado di giudizio, al Ministero della sanità, i procedimenti penali per reati commessi in violazione delle norme della presente legge ed invia allo stesso Ministero, se richiesto, copia delle sentenze emesse a definizione dei procedimenti, di cui al precedente comma.

ART. 44.

Chiunque faccia uso personale di stupefacenti o di sostanze psicotrope, idonee a produrre azione stupefacente, è sottoposto al controllo delle autorità sanitarie e, se del caso, alla cura, nelle forme disposte dall'autorità sanitaria stessa.

ART. 45.

L'autorità sanitaria interviene tramite:

a) i centri clinici regionali specializzati per la cura e riabilitazione e recupero dei tossicomani abituali od occasionali, materialmente separati dagli ospedali psichiatrici e posti alle dipendenze dell'Assessorato alla sanità di ciascuna Regione. Questi verranno istituiti presso ogni Regione, in numero adeguato, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge;

b) i « centri per le tossicosi da stupefacenti e da sostanze psicoattive » istituiti presso enti ospedalieri;

c) i medici provinciali e gli ufficiali sanitari.

ART. 46.

La cura della tossicomania abituale od occasionale è obbligatoria.

Chiunque ne sia affetto può chiedere di essere curato gratuitamente presso i centri specializzati regionali di cui alla presente legge, e per i minori degli anni 21, la richiesta può essere formulata dal genitore o comunque dall'esercente la patria potestà sul minore.

Il sanitario, che a ragione della sua professione constati che una persona sia tossicomane abituale od occasionale, deve informarla dei pericoli che tale malattia comporta, nonché dell'obbligo di sottoporsi ad accertamenti ed a cura presso uno dei centri specializzati, di cui alla presente legge. Nel caso si tratti di minore degli anni 21, le stesse informazioni sul pericolo e sull'obbligo di accertamenti e cura devono essere fornite anche al genitore o a chi eserciti la patria potestà sul minore.

Il contravventore è punito con l'ammenda da lire centomila a lire cinquecentomila.

I pubblici ufficiali e qualsiasi persona che eserciti una pubblica funzione o servizio, che nell'esercizio o a causa della loro attività

constatino che alcuno sia tossicomane abituale od occasionale, hanno l'obbligo di darne comunicazione lo stesso giorno al centro regionale specializzato.

Il centro specializzato, a cui pervengono le comunicazioni, qualora le persone ivi indicate non si presentino entro 3 giorni per essere sottoposte ad accertamenti o cura, o presentatesi successivamente vi si sottraggano, ne fa immediatamente rapporto al pretore.

Questi dispone con urgenza il ricovero coatto della persona stessa, presso il centro specializzato, perché possano avere luogo gli accertamenti e le cure.

I sanitari, i pubblici ufficiali, qualsiasi persona che eserciti una pubblica funzione o servizio ed i centri specializzati sono tenuti al segreto sull'identità del soggetto sottoposto ad accertamenti o cura.

All'obbligo del segreto si deroga di fronte a richiesta dell'autorità giudiziaria, quando proceda per violazioni previste dalla presente legge.

L'interessato ha altresì facoltà di farsi assistere e di far presenziare agli accertamenti un medico di sua fiducia.

Per ogni soggetto esaminato, il centro o il servizio deve redigere cartella clinica completa di dati anamnestici, integrata da un profilo socio-psicologico.

ART. 47.

Il responsabile del centro o del servizio nel quale sono stati svolti gli accertamenti, stabilisce con dettagliata motivazione se il soggetto ha necessità di trattamento curativo ambulatoriale o a mezzo di ricovero presso servizio o reparto ospedaliero.

Nel caso che sia ravvisata la necessità di trattamento per mezzo di ricovero, questa deve essere convalidata, entro 15 giorni, da un collegio medico provinciale, costituito da un primario di medicina, da un primario psichiatra o neuropsichiatra e dall'ufficiale sanitario del capoluogo.

Il collegio medico di cui al comma precedente è costituito con decreto del Presidente della Giunta regionale. I membri del collegio durano in carica tre anni e possono essere riconfermati.

Nel caso di mutamento di domicilio della persona sottoposta a ricovero, viene trasmessa al centro, nella cui circoscrizione si trova il nuovo domicilio, la copia dei provvedimenti assunti ed ogni notizia opportuna, in relazione al proseguimento del ricovero.

ART. 48.

Il centro, se sulla base dei risultati diagnostici ai fini del trattamento medico, giudica sufficiente una cura ambulatoriale, stabilisce che l'interessato sia mantenuto sotto sorveglianza medica per le opportune terapie presso l'ambulatorio del centro stesso o del servizio ospedaliero.

Il collegio medico previsto dall'articolo precedente è chiamato a decidere nel caso di rifiuto da parte del soggetto del trattamento ambulatoriale.

Nel caso di mutamento di domicilio della persona sottoposta alla sorveglianza, si applica l'ultimo comma del precedente articolo 47.

ART. 49.

Il centro e il servizio, ordinato il trattamento ambulatoriale o di ricovero, qualora questo venga interrotto dall'interessato o quando questi si sottragga in qualsiasi modo al controllo medico, ne ordina per la prima volta l'accompagnamento a mezzo della pubblica sicurezza e in caso di recidiva trasmette rapporto circostanziato all'autorità giudiziaria con copia di tutti i provvedimenti e referti clinici in precedenza assunti.

Nel caso in cui il rapporto e gli atti predetti siano redatti dal servizio o reparto ospedaliero, copia degli stessi deve essere rimessa, per conoscenza, al centro che dispone il ricovero o il trattamento ambulatoriale.

ART. 50.

Allo scopo di coordinare i compiti relativi alla prevenzione delle tossicodipendenze, è istituito con decreto del Ministro della sanità, in ogni Regione, un comitato costituito da:

il presidente della Giunta regionale o un assessore da lui delegato, presidente;

un magistrato di appello o di tribunale designato dal Presidente della corte d'appello;

un rappresentante del Ministero dell'interno;

un rappresentante del Ministero della sanità;

un rappresentante del Ministero della pubblica istruzione;

un rappresentante dell'Ordine dei medici del capoluogo della regione;

un rappresentante dell'Ordine dei farmacisti del capoluogo della regione;

un rappresentante dell'Ordine dei biologi del capoluogo della regione;

un rappresentante del collegio degli infermieri professionali o delle assistenti sanitarie e vigilatrici d'infanzia del capoluogo della regione;

un assistente sociale designato dal presidente del tribunale dei minorenni;

l'ispettrice di polizia femminile del capoluogo della regione;

cinque esperti, di cui:

un direttore di centro regionale specializzato;

un dirigente dei servizi ospedalieri specializzati;

un professore ordinario di neuropsichiatria o psichiatria o un primario di neuropsichiatria;

un farmacologo;

uno psicologo.

Funge da segretario, un funzionario della carriera direttiva dell'assessorato alla sanità.

ART. 51.

Al termine dei trattamenti curativi di cui ai precedenti articoli, nonché alla cessazione delle misure di sicurezza, i centri ed i servizi per la tossicodipendenza sono tenuti ad assicurare idonea assistenza medica, psicologica e sociale ai soggetti dimessi, al fine della loro riabilitazione e del loro reinserimento nella comunità.

L'assistenza, di cui al precedente comma, deve essere altresì assicurata, da parte dei centri e servizi, alle persone dimesse dalle carceri a seguito di espiazione di pene inflitte per i reati previsti dalla presente legge, nonché, su richiesta delle competenti autorità, ai detenuti in istituti di pena o in stabilimenti per misura di sicurezza affetti da tossicodipendenza.

ART. 52.

I centri ed i servizi per la tossicodipendenza e l'autorità di polizia sono tenuti a trasmettere ogni tre mesi al comitato regionale, di cui al precedente articolo 50, dati e notizie statistiche, relative all'uso per fini non terapeutici degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope ed all'entità del fenomeno della tossicodipendenza nell'ambito della Regione.

ART. 53.

I centri ed i servizi per la tossicodipendenza, oltre che assolvere nell'ambito regionale le funzioni di diagnosi, di cura e di riabilitazione previste nei precedenti articoli, devono svolgere un'attiva opera di prevenzione, in accordo agli indirizzi e ai programmi stabiliti dal comitato regionale per la tossicodipendenza, nel rispetto degli indirizzi e programmi generali formulati dal comitato ministeriale, di cui alla presente legge.

L'attività di prevenzione di cui al precedente comma deve essere svolta in stretta collaborazione con le istituzioni aventi finalità educative e di assistenza sociale e rivolta particolarmente ai gruppi che per età e per situazioni psicologiche e sociali sono i più esposti e i più vulnerabili di fronte all'uso non terapeutico degli stupefacenti e delle psicodroghe e alla tossicodipendenza.

ART. 54.

Le amministrazioni presso cui i centri e i servizi sono costituiti debbono mettere a disposizione i locali e le attrezzature per un loro idoneo funzionamento.

La Regione, nei limiti delle possibilità del capitolo di bilancio appositamente istituito, può stipulare con le amministrazioni, di cui al precedente comma, delle convenzioni, indicando:

la misura del concorso finanziario *una tantum* in relazione alle spese di primo impianto dei centri e servizi;

la misura del contributo annuo di funzionamento per detti centri e servizi in relazione all'entità degli interventi nel settore richiesto dalle esigenze locali.

All'onere derivante dall'applicazione della presente legge si provvede mediante una sovrapposta sugli alcoolici e i tabacchi, che viene istituita con la presente legge nella misura del 20 per cento del prezzo di vendita.

Il Ministero delle finanze stabilisce, con i propri decreti, le modalità della riscossione. Una quota pari al 5 per cento del gettito complessivo è riservata allo Stato, ed è iscritta nello stato di previsione delle spese del Ministero della sanità. La rimanente quota del 15 per cento è ripartita tra le Regioni, con decreto del Ministro della sanità, sentito il parere del comitato ministeriale di cui all'articolo 2 della presente legge e in rapporto

alla popolazione residente in ciascuna Regione ed alle necessità locali di prevenzione e di cura delle tossicomanie.

Il Ministero della sanità provvede ad utilizzare il rimanente 10 per cento dei fondi, per studi, ricerche, azione di propaganda e per altri interventi idonei, a carattere nazionale e in relazione alle esigenze connesse all'applicazione della presente legge.

In relazione agli interventi finanziari dello Stato, il Ministero della sanità, in caso di carenza degli organi regionali sulle attività di prevenzione, cura e riabilitazione previste dalla presente legge, provvede, utilizzando direttamente gli stessi fondi assegnati all'ente inadempiente.

ART. 55.

Sono abrogati gli articoli dal 148 al 160 incluso del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265.

È abrogata la legge 22 ottobre 1954, n. 1041.

Sono abrogati gli articoli 446, 447 e 729 del codice penale ed ogni altra norma in contrasto con la presente legge.

Con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri dell'interno, delle finanze e di grazia e giustizia, saranno emanate le norme di attuazione della presente legge, nel termine di un anno dalla sua entrata in vigore.

TRACCIA DELLA RELAZIONE DEL PROF. RINALDO PELLEGRINI SU "PROBLEMI DELLA TUTELA SANITARIA NELLA PROTEZIONE SOCIALE".

Il problema della tutela sanitaria nella protezione sociale equivale a parlare di politica sanitaria.

Vi sono due necessità: partire da definizione esatta; sapere quale deve essere la qualità, l'estensione (tutela orizzontale), la misura (tutela verticale), i soggetti di diritto, i modi ed i mezzi per raggiungere la tutela sanitaria nella protezione sociale. Distinguo protezione collettiva da protezione sociale: la prima è l'intervento della collettività a vantaggio proprio; la seconda va definita come l'intervento della collettività per vantaggio di individui o di categorie inadatte, da sole, a raggiungere lo scopo della protezione sociale stessa, cioè la garanzia della gioia di vivere nei limiti in cui la collettività può darla.

Non si tratta di sentimentalismo, per esempio la giurisprudenza inglese ha già considerato, come lesione personale, la perdita della gioia di vivere.

Lo studio della protezione sociale si muove in tre direttive: quella liberistica (il meno di Stato possibile); quella solidaristica, che considera il dovere della "charitas" tra chi dà e chi riceve; quella mutualistica, ma nel senso del contratto sociale, del Rousseau, per cui l'individuo, che è parte necessaria ed integrante della società, ha diritto di riceverne la protezione. Le tre dottrine non si escludono, purché si riconosca che l'individuo da solo non può difendersi sufficientemente.

La tutela sanitaria deve partire dalla nozione che sanità è termine antitetico, non solo alla malattia, ma ad ogni menomazione psico-somatica; quindi, la tutela sanitaria concerne le malattie, le invalidità, le menomazioni costituzionali in cui non esistono né malattia, né invalidità. Pertanto, lo studio della tutela sanitaria concerne: la prevenzione prima (sorveglianza igienica; rispetto all'indicazione eugenetica; rispetto alla stirpe); l'accertamento della menomazione (diagnosi del trattamento, non dico cura che implica malattia); la prevenzione seconda, come per esempio, è necessaria per gli individui già cardiopatici, già diabetici, ecc.. Rientrano nella tutela sanitaria, così concepita, le malattie medico-chirurgiche, generali e speciali. Quelle da usura e professionali; la chirurgia estetica; la cura delle tossicomanie; i trattamenti connessi con la vita sessuale (dalla impotenza alla sterilità, dal parto all'aborto, ecc.); il trattamento della malformazione, della invalidità fisiologica (vecchiaia) epatologica, della pericolosità rispetto a sé stessi e ad altri.

La tutela sanitaria deve essere libera o obbligata. Vi è una obbligatorietà passiva, che concerne chi riceve le prestazioni e una obbligatorietà attiva che concerne chi le dà. L'obbligatorietà attiva delle prestazioni può essere senza limiti e, in tal caso, occorre solo denaro e personale, non

molti regolamenti; se invece essa la si interpreta con limitazioni bisogna domandarci quali rischi dovrebbero essere esclusi o limitati: quelli relativi alla prevenzione? quelli relativi alla invalidità? Quelli relativi alle malattie? Quelli che concernono le menomazioni non invalidanti e non morbose? E in tal caso per quale estensione?

Per dare una tutela sanitaria della malattia bisogna prima di tutto sapere che cosa è; biologicamente la possiamo definire una di - sfunzionalità con caratteri evolutivi. Convenzionalmente, invece, o uno stato che impedisce il lavoro o, tautologicamente, uno stato che richiede cure. E' poi da stabilire se a tutte le disfunzionalità vada applicata la tutela sanitaria oppure solo a quelle menomazioni le quali hanno traduzioni anatomopatologiche.

Più ancora vanno distinte, agli effetti delle prestazioni, le malattie acute, croniche, da usura, periodiche, di tipo oscillante, recedenti da funzioni come è uso chiamarle (gravidanza, climaterio, ecc.). In secondo luogo, rispetto alla causa della malattia, che può essere professionale, da fortuito, volontaria negli effetti (autolesionismo) o volontaria nella causa e non negli effetti (per esempio tossicomania). Infine, bisogna tener conto particolarmente di malattie che sono incurabili ma suscettibili di trattamento o perchè mitigabili, (per esempio carcinomi inoperabili e uso di stupefacenti), o incompatibili con la vita familiare (per esempio dementi senili, tranquilli), o perchè si tratta di soggetti pericolosi (pazzi, portatori di bacilli, ecc.).

Si tratta di stabilire se si deve fare una scelta e in base a quali criteri.

Circa la tutela sanitaria della invalidità, va ricordato che essa è una menomazione funzionale senza malattia e già consolidata; ora, con menomazioni anatomiche, ora senza menomazioni anatomiche.

La tutela sanitaria preventiva va vista nei riguardi della collettività (per es. psicopatici pericolosi, sessuali perversi, ecc.) e nei riguardi della stirpe (malattie ereditarie, fecondazione artificiale, sterilizzazione dell'individuo e della copula).

Quali debbono essere i soggetti di diritto? Secondo taluni tutti i cittadini, secondo altri talune categorie, secondo altri ancora talune sottocategorie, come per esempio per i marittimi e per gli infortuni. Inoltre, è da stabilire quali siano i limiti di età per la tutela sanitaria. La risposta è divergente: o la panprofilassi, cioè dalla nascita alla morte, o limitatamente alla sola vita produttiva, o ancora alla sola età proliferativa o alla sola vecchiaia.

Si provvede alla protezione sanitaria, attualmente, con rapporti privatistici, mediante enti pubblici, mezzi di enti parastatali, con opere pie.

Il problema del costo va visto in funzione di chi risente il maggior vantaggio della tutela sanitaria; il primo è sicuramente lo Stato, poi il datore di lavoro, poi le Opere Pie e i Comuni, in fine il soggetto trattato e il nucleo familiare. Noi possiamo sapere quanto si introita e si

spende per la tutela sanitaria, ma non quanto si risparmia, e pertanto tutti i calcoli attuariali sul costo di essa ^{sono} illeciti. Importante è il rapporto tra la tutela sanitaria e i medici. Due teorie si dividono il campo: la libera professione deve considerarsi finita; la libera professione va difesa nell'interesse dei medici, dei malati e della cultura. Si deve trovare un coordinamento tra i due sistemi. Ma qui sorgono altre divergenze circa la libera scelta del sanitario (se debba essere negata o ammessa, e se ammessa, in via assoluta o in via relativa); se il compenso debba essere a notula oppure capitarario. Mi rendo conto della antipatia che suscitano le scartoffie, ma non si organizza senza metodo; l'odio per la carta e per la registrazione è un residuo anarcoide dello spirito nostro.

Le direttive principali sono le seguenti: neppure oggi la professione sanitaria è libera. I medici debbono obbedienza alla collettività, nei limiti dei loro interessi sindacali. Il lavoro del medico è di qualità non di quantità, e quindi si inizia, non finisce con la laurea. La preparazione necessaria. La coscienza igienica è cresciuta, sicché oggi non basta più un'assistenza qualunque. Ogni organizzazione collettiva della tutela sanitaria presenta gravi inconvenienti, ma in essi vi è rimedio mediante compenso scalare, creazione di un corpo di consulenti superiori. È luogo comune il lamentare l'eccessivo numero di medici; il medico non va più visto passativisticamente in rapporto ai malati, ma in rapporto agli enormi compiti che loro competono; bisogna specializzarli e migliorarli. Non è più ammissibile una medicina per poveri e una medicina per ricchi, né per quanto riguarda la diagnosi, né per quanto concerne la cura. La indennità di malattia è indispensabile agli effetti sociali perché la assistenza nella fame è una tragica ironia. Va però circoscritta in modo che impedisca la ipocondria assicurativa, il rifugio utilitaristico nella malattia. Se la convalescenza voluttuaria impoverisce la produzione, il ritorno precoce al lavoro danneggia la salute dell'operaio; vi sono mali inevitabili ad ogni sistema; bisogna saperli accettare, ed applicare anche alla tutela sanitaria la teoria del blocco che l'Henriot ha introdotto per lo studio della storia.

La utilità della difesa sanitaria è divenuta enorme; sarebbe grave errore il non avvalersene. La protezione sanitaria è il primo passo per giungere alla meta più lontana, ma non utopistica, cioè la sicurezza sanitaria. Il che significa: abolizione delle malattie, della invalidità, della malformazione, della bruttezza fisica, allontamento della vecchiaia biologica; prolungamento dell'epoca della attività produttiva, proiezione maggiore della vita nel tempo.