

Petizione alla Camera dei Deputati

concernente la armonizzazione terminologica e la risoluzione delle contraddizioni tra diverse normative concernenti le persone che assumono sostanze stupefacenti o psicotrope e alcolici

Considerata la annunciata presentazione del disegno di legge governativo a modifica delle misure in area penale per detenuti “tossicodipendenti”, i sottoscritti, professionisti operanti per decenni in ambito clinico e formativo in area dipendenze, fanno presente agli onorevoli deputati le sotto-descritte incongruenze legislative. Tali contraddizioni producono di fatto oggettive ed inutili difficoltà operative per i professionisti e ingiusti danni per gli assistiti, con negativi risvolti organizzativi, economici, assistenziali e spesso anche penali. Si chiede pertanto agli onorevoli deputati un impegno urgente:

- per eliminare le contraddizioni contenute nei seguenti articoli del Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990 n. 309 “Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza”:

art 41 co 1 verso art 41 co 1bis;

art. 42 co 3 verso art 60 co1;

art 64 co 1 verso art 120 co 5;

art 120 co 2 verso art. 3 legge 22 dicembre 2017, n. 219 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.”

- per armonizzare la terminologia indicante la assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope e di alcolici nei seguenti articoli di legge:

Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990 n. 309 “Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza” artt. 75; 75 bis; 89 co 2; 90; 94; 120,125

Codice Penale artt. 92, 93, 94, 95

Codice Civile art 415

Codice della Strada art.119

Motivi della richiesta

Situazione attuale

Norme contraddittorie

Le norme di legge relative alla assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope e di alcolici, molte delle quali riguardanti obblighi dei medici e di altri operatori sanitari, si sono succedute nel corso di decenni sovrapponendosi le une alle altre. La violazione di tali obblighi comporta invariabilmente il rischio di sanzioni penali e/o di richieste di risarcimento in ambito civile.

Purtroppo alcune di queste norme sono in patente conflitto tra loro. Per questo motivo il medico si trova spesso a dover decidere quale delle due disposizioni violare, non sapendo però quale potrebbe essere la interpretazione del magistrato. Per citare uno dei casi più problematici, ad esempio, l'art. 120 del DPR 309/1990 dispone che, in caso di minori (senza alcun limite di età, quindi bambini compresi) e di persone incapaci di intendere e di volere, l'interessato possa autonomamente richiedere l'intervento del SERT senza nemmeno porre limiti al diritto all'anonimato. Al contrario l'art. 3 della legge 219/2017 impone, in questi casi, di acquisire sempre anche il consenso degli esercenti la potestà genitoriale oppure del tutore o, se autorizzato, dell'amministratore di sostegno. La questione non è accademica. Basti pensare al caso di un quindicenne eroinomane che si rivolga al SERT rifiutando di coinvolgere i genitori o anche (come la legge gli consente) di fornire le proprie generalità restando anonimo. Se il servizio rifiutasse la presa in carico, anche farmacologica, e la persona decedesse per overdose a causa di un auto-trattamento ci si potrebbe aspettare, come minimo, una denuncia per omissione di atti d'ufficio. Ma se il paziente venisse preso in carico e si verificasse (come sempre può succedere) una reazione avversa al farmaco o un qualsiasi altro problema correlato alla sempre possibile inefficacia del trattamento i genitori potrebbero accusare il medico di aver proceduto senza un consenso valido. Analoghe situazioni si verificano, ad esempio, con la tenuta del registro degli stupefacenti (che, ricordiamo, è un atto pubblico con tutti i risvolti penali a ciò collegati) per cui un articolo di legge impone la firma del sindaco ed un altro quella del responsabile della azienda sanitaria. Anche in questo caso il medico deve scegliere quale articolo violare senza conoscere quale sarà l'opinione dei NAS. In calce riportiamo i testi degli articoli problematici e le possibili soluzioni legislative

Terminologia ambigua e conseguenze per le certificazioni

La assunzione non terapeutica di sostanze stupefacenti o psicotrope contenute nelle tabelle di cui all'art.13 del DPR 309/1990 e di bevande alcoliche in modalità e circostanze legalmente inappropriate o vietate comporta importanti conseguenze medico-legali per le quali è sempre richiesta la certificazione cioè un atto professionale che implica la responsabilità civile e penale del medico. Si fa presente, a questo proposito, che una certificazione si definisce come "testimonianza scritta su fatti e comportamenti tecnicamente apprezzabili e valutabili, la cui dimostrazione può produrre affermazione di particolari diritti soggettivi previsti dalla legge ovvero determinare particolari conseguenze a carico dell'individuo e della società, aventi rilevanza giuridica e/o amministrativa". La diagnosi, quindi, è solo indirettamente oggetto della certificazione dato che si tratta pur sempre di una interpretazione di segni e sintomi che, data la inevitabile fallibilità dei medici nonché della medicina, può essere errata senza perciò essere falsa. Purtroppo, invece, una certificazione "errata" configura automaticamente, come minimo, il reato di falso in atto pubblico dato che, a differenza della diagnosi e come dice la parola stessa, deve essere "certa". Mentre in molti ambiti della medicina tutto ciò è irrilevante (una polmonite è una polmonite dai tempi di Esculapio sia diagnosticata in base all'esame obiettivo del torace sia in base alla TAC) così non è per le cosiddette "dipendenze". Infatti, volendosi limitare ai manuali di medicina, i criteri diagnostici sono sempre basati su dati soggettivi cioè su quello che ci racconta l'interessato. In parole povere la differenza tra un ubriaccone e un alcolista (o tra personaggi come Sigmund Freud, Paolo Mantegazza, Gabriele d'Annunzio, o anche, per restare in area parlamentare, Emilio Colombo) ed un "cliente" del SERT è ben descritta dagli Alcolisti Anonimi: "Se bevi e vuoi continuare a bere son fatti tuoi; se vuoi smettere e non ci riesci son fatti nostri". Traduzione: lo stesso identico comportamento (assunzione di una sostanza stupefacente o di alcol) può avere significati totalmente diversi in base al fatto che avvenga per decisione razionale dell'interessato senza alcun danno per lui (o addirittura con vantaggi, come, per l'appunto, nel caso di accesso a misure alternative) oppure in un contesto problematico ma non patologico (per esempio per far fronte a situazioni altamente stressanti) oppure nonostante il desiderio di non farlo e quindi per compulsione patologica come nel caso di chi si sottopone a costosi interventi in strutture private nella speranza di

“smettere”. Ma solo sulla base delle informazioni fornite dall’interessato (e non certo in base agli esami tossicologici o all’esame obiettivo) possiamo distinguere i diversi casi. Ciò spiega non solo perché la terminologia clinica riguardante questo genere di “diagnosi” sia variata continuamente negli ultimi decenni (ed è tuttora diversa, per esempio, nella classificazione ICD della Organizzazione Mondiale della Sanità e in quella DSM della Associazione Psichiatrica Americana) ma anche perché ci sia una relativamente bassa concordanza nella individuazione di condizioni patologiche tra sistemi (1) ma anche tra medici (2). A fronte di questo quadro, già di per sé complesso, le normative vigenti si riferiscono all’identico “atto” della assunzione di sostanze vietate (o assunte in contesti vietati) con una serie di termini non legalmente definiti, con conseguenze addirittura opposte e tutti richiedenti certificazioni mediche. Li citiamo di seguito.

- «Uso», per aver diritto ad accertamenti e programma terapeutico e socio riabilitativo (art 120, DPR 309/1990)
- “Abuso”, per sanzioni amministrative anziché penali (artt. 75 e 75 bis DPR 309/1990) e per definire i criteri medico legali per gli accertamenti tramite Decreto Ministeriale (art. 78)
- “Uso abituale”, per sospensione pena (Decreto 12 luglio 1990, n. 186, ex art 78 “Regolamento concernente la determinazione delle procedure diagnostiche e medico-legali per accertare l'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope, delle metodiche per quantificare l'assunzione abituale nelle 24 ore e dei limiti quantitativi massimi di principio attivo per le dosi medie giornaliere.”)
- “Stato di tossicodipendenza o alcolodipendenza”, per arresti domiciliari anziché custodia cautelare in carcere (art. 89, co 2 DPR 309/1990), per affidamento dopo condanna (art.94), per sospensione pena dopo programma terapeutico (art 90)
- “Assenza di tossicodipendenza” e “stato di tossicodipendenza” (art. 125 DPR 309/1990)
- (non) “assunzione sporadica”, “condizione di tossicodipendenza” e “positivo recupero”, per idoneità alla mansione (Accordo stato-regioni ex art 125)
- Ubriachezza e “comportamento sotto azione stupefacenti” preordinati a reato o a preconstituirsì una scusa, per aumento della pena (artt. 92, 93 Codice Penale)
- “Dedizione”, per aumento pena (art. 94 Codice Penale)
- “Cronica intossicazione”, per diminuzione o esclusione imputabilità (art. 95 CP)
- «Abuso abituale», per inabilitazione (art. 415 Codice Civile)
- «Non uso di sostanze stupefacenti», per idoneità guida (art. 119 Codice della Strada)
- “(lavoratori) Tossicodipendenti e alcolisti”, per inserimento lavorativo in condizione di svantaggio sociale ex lege 381/1991
- “Assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti”, per idoneità al lavoro (art. 41 D. Lgs. 81/2008)

Riteniamo che sia intuitiva anche per non medici la difficoltà, ad esempio, di rilasciare alla stessa persona che fa la stessa cosa oggettivamente documentabile (cioè assume frequentemente droghe) una “certificazione” per “uso abituale” per sospensione pena (quindi imputabile visto che è stata condannata) oppure per “dedizione” per aumento pena oppure per “cronica intossicazione” per riduzione o addirittura esclusione di imputabilità.

In tutto ciò l’unico riferimento utilizzabile con un ragionevole grado di certezza, ma solo per l’applicazione di alcuni art. del DPR 309/1990, è il DM 186/1990 che impone la certificazione qualora si riscontrino “uno o più” dei seguenti criteri oggettivi (però di per sé irrilevanti sul piano clinico): riscontro documentale di trattamenti per le tossicodipendenze, ricovero per patologie correlate, precedenti accertamenti medico-legali, segni o sintomi di intossicazione o di sindrome di astinenza, esami tossicologici positivi.

E' difficile però far capire a magistrati o addirittura a consulenti tecnici d'ufficio non del settore che un soggetto documentatamente astinente da 3 anni perché in trattamento (per esempio frequentando un gruppo di autoaiuto sine die tipo Narcotici Anonimi) a cui venga notificato un ordine di carcerazione per reati commessi 5 anni prima abbia diritto alla certificazione di "stato di tossicodipendenza" per sospensione ex art 90 DPR 309 secondo i criteri del DM 186 (infatti ha un programma terapeutico in corso) e, contemporaneamente, alla certificazione di "assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti" per riavere lavoro o patente (infatti non usa droghe da 3 anni).

Segnaliamo che il problema è stato parzialmente rilevato fin dal 1998 anche dalla Corte Costituzionale con sentenza n. 114/1998 che sugli artt. 94 e 95 CP recita «(...) la disciplina legislativa vigente in materia non trova nella dottrina psichiatrica e medico-legale una base sicura (...). Anche nella più recente dottrina penalistica la disciplina stessa è oggetto di dubbi, controversie e perfino di ferme condanne. (...) critica anche la parificazione tra gli effetti dell'alcoolismo e quelli delle tossicodipendenze e, quanto a queste, si rileva che le regole concernenti l'imputabilità non appaiono perfettamente coordinate con i trattamenti previsti per i soggetti tossicodipendenti»

Tutto ciò da un lato continua a produrre processi ai medici (che regolarmente, ma dopo anni, si risolvono con assoluzioni) dall'altro induce spesso ad una indebita reticenza a rilasciare certificazioni, con grave danno dei pazienti, per timore di accuse che, citiamo testualmente da un procedimento penale terminato con assoluzione perché i fatti non sussistono, vanno dal falso in atto pubblico, al favoreggiamento e addirittura alla associazione a delinquere.

Proposta di emendamento alle leggi citate

Nonostante la apparente assurdità ed incoerenza dell'impianto legislativo, dall'esame dei vari contesti sembra abbastanza chiaro che (oltre alla intossicazione involontaria che non pone problemi) il legislatore abbia avuto in mente 4 diverse situazioni così descrivibili

- L'uso non terapeutico di sostanze illegali (per esempio quando si verifica che il consumo o la ubriacatura avvengono solo in determinate circostanze per decisione dell'interessato senza compromissione di situazione economica, lavorativa o sociale) e/o uso di alcol con modalità o in circostanze vietate. Per questi casi si vuole sempre garantire il diritto di accesso ai servizi (per esempio per interventi informativi o educativi) in quanto potenziale rischio per danni maggiori (es art 120 DPR 309) e sono previste in certi casi (detenzione) sanzioni amministrative (art 75), limitazioni in ambito lavorativo, per guida e porto d'armi e aggravamento della pena in caso di reati (artt 92 e 93 CP)
- L'uso problematico di sostanze illegali o di alcol per il quale, se correlato a reati (DM 186/1990 e artt. 89 e seguenti del DPR 309), la persona può essere condannata ma può ottenere la sostituzione della pena con un programma terapeutico o riabilitativo e, in tutti i casi, può accedere a determinati benefici quali il mantenimento del posto di lavoro durante il trattamento o la certificazione di svantaggio sociale.
- L'uso compulsivo per cui la persona non si dimostra in grado di astenersi da sostanze o alcol e pertanto, oltre ai benefici del punto precedente, non è mai idonea a determinate attività o funzioni (per esempio nel caso di incapacità di dissociare la guida dalla assunzione di alcol) fino a risoluzione stabile del problema.
- La compromissione grave e stabile delle facoltà mentali dovuta alla assunzione cronica di droghe o alcol tali per cui la persona può essere considerata per nulla o meno imputabile o essere inabilitata.

La nostra proposta è di sostituire, in tutte le norme citate, i termini attuali con termini meramente descrittivi in modo da ridurre l'ambiguità e quindi ridurre le vertenze giudiziarie a carico dei medici e le differenze di interpretazione a danno dei cittadini.

Perché si chiede un intervento legislativo urgente e limitato

Da almeno 20 anni si discute di un aggiornamento complessivo del DPR 309 che si è spesso risolto con emendamenti di bandiera di questo o quel governo, spesso infilati in decreti legge su altri argomenti. Nulla vieta che il Parlamento possa considerare una organica revisione della materia con una approfondita discussione delle varie possibilità ed un ascolto attento di diversi ed anche opposti punti di vista e delle diverse istanze dei vari attori sociali a cominciare dalle rappresentanze degli operatori pubblici e privati. Tutto ciò, tuttavia, richiede tempo ed un grande lavoro di sintesi, anche di mesi o anni, e può andare oltre i limiti temporali della legislatura come già più volte è successo. La presente proposta si limiterebbe a rimediare a storture senza alcun colore politico la cui correzione farebbe però risparmiare tempo, denaro, stress ai medici, agli avvocati ai magistrati e soprattutto ai pazienti. Sappiamo infatti che, al di là dei partiti la “cura” delle leggi spetta a ciascun parlamentare senza vincolo di mandato. In tutti questi decenni i governi hanno avuto altro da pensare che queste semplici manutenzioni legislative che, d'altra parte, non sono compito dell'esecutivo. Speriamo però che il Parlamento possa prenderle in considerazione subito e senza distinzione di schieramenti in attesa, naturalmente, di quell'ampio dibattito che da 20 anni attendiamo. Di seguito proponiamo, a mero titolo di ipotesi, un possibile esempio degli emendamenti richiesti.

Bibliografia citata

1. Afroz, Omar, Alok Agrawal, and Atul Ambekar. "Study on Concordance of ICD-11, ICD-10, and DSM-5 Diagnostic Guidelines for Alcohol and Opioid Use Disorders." *BJPsych Open* 9.S1 (2023): S42-S42.
2. Marchi, Mattia, et al. "Diagnostic agreement between physicians and a consultation–liaison psychiatry team at a general hospital: an exploratory study across 20 years of referrals." *International journal of environmental research and public health* 18.2 (2021): 749.

Nota: le parti rilevanti sono state sottolineate, sono state cancellate con linea continua le parti che si dovrebbero abrogare, in corsivo grassetto le possibili modifiche del testo

Per eliminare le contraddizioni contenute nei seguenti articoli del Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990 n. 309

Area: assistenza domiciliare

Art. 41 Modalità di consegna

1. La consegna di sostanze sottoposte a controllo, <u>da parte degli enti o delle imprese autorizzati a commerciarle</u>, deve essere fatta: a) personalmente all'intestatario dell'autorizzazione al commercio o al farmacista, previo accertamento della sua identità, qualora la consegna sia effettuata presso la sede dell'ente o dell'impresa, e annotando i dati del documento di riconoscimento in calce al buono acquisto; b) a mezzo di un qualunque dipendente dell'ente o dell'impresa, debitamente autorizzato, direttamente al domicilio dell'acquirente, previo accertamento della identità di quest'ultimo e annotando i dati del documento di riconoscimento in calce al buono acquisto; c) a mezzo pacco postale assicurato; d) mediante agenzia di trasporto o corriere privato. In questo caso, ove si tratti di sostanze stupefacenti o psicotrope indicate nelle tabelle I e II, sezione A, di cui all'articolo 14 e il cui quantitativo sia superiore ai cento grammi, il trasporto deve essere effettuato previa comunicazione, a cura del mittente, al più vicino ufficio di Polizia di Stato o comando dei carabinieri o della Guardia di finanza. ~~1-bis. In deroga alle disposizioni di cui al comma 1, la consegna di sostanze sottoposte a controllo può essere fatta anche da parte di operatori sanitari, per quantità terapeutiche di medicinali di cui all'allegato III-bis, accompagnate da Dichiarazione sottoscritta dal medico di medicina generale, di continuità assistenziale o dal medico ospedaliero che ha in cura il paziente, che ne prescrive l'utilizzazione anche nell'assistenza domiciliare di malati che hanno accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore secondo le vigenti disposizioni, ad esclusione del trattamento domiciliare degli stati di tossicodipendenza da oppiacei.~~ Art. 43 Obblighi dei medici chirurghi e dei medici veterinari (...) comma 7. Il personale che opera nei distretti sanitari di base o nei servizi territoriali o negli ospedali pubblici o accreditati delle aziende sanitarie locali è autorizzato a consegnare al domicilio di malati che hanno accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore secondo le vigenti disposizioni, ~~ad esclusione del trattamento domiciliare degli stati di tossicodipendenza da oppiacei~~, le quantità terapeutiche dei medicinali compresi nell'allegato III-bis accompagnate dalla certificazione medica che ne prescrive la posologia e l'utilizzazione nell'assistenza domiciliare. 8. Gli infermieri professionali che effettuano servizi di assistenza domiciliare nell'ambito dei distretti sanitari di base o nei servizi territoriali delle aziende sanitarie locali ~~e i familiari~~ dei pazienti, opportunamente identificati dal medico o dal farmacista che ivi effettuano servizio, sono autorizzati a trasportare le quantità terapeutiche dei medicinali compresi nell'allegato III-bis accompagnate dalla certificazione medica che ne prescrive la posologia e l'utilizzazione a domicilio di malati che hanno accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore secondo le vigenti	Il comma 1 si riferisce ai commercianti e non al personale sanitario che pertanto non necessita di nessuna deroga così come non si richiedono deroghe per chi ritiri, per se stesso o per persona impossibilitata a farlo personalmente, in farmacia (o in altra struttura sanitaria deputata alla erogazione, come i SERT) un farmaco qualsiasi regolarmente prescritto, come peraltro confermato anche dalle disposizioni dell'art. 43 commi 5 e 5 bis. Il comma 1bis, introdotto successivamente, ha continuamente creato equivoci e problemi alla assistenza domiciliare mentre l'obiettivo allora dichiarato era di facilitarla. L'inserimento della frase "ad esclusione del trattamento domiciliare degli stati di tossicodipendenza da oppiacei" crea confusione rispetto all'obbligo di assistenza domiciliare (come è ovvio anche e specialmente farmacologica, si pensi ai
---	--

~~disposizioni, ad esclusione del trattamento domiciliare degli stati di tossicodipendenza da oppiacei.~~ Art 118 Organizzazione dei servizi per le tossicodipendenze presso le unità sanitarie locali 1. In attesa di un riordino della normativa riguardante i servizi sociali, il Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per gli affari sociali, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, determina con proprio decreto l'organico e le caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze da istituire presso ogni unità sanitaria locale. 2. Il decreto dovrà uniformarsi ai seguenti criteri direttivi: a) l'organico dei servizi deve prevedere le figure professionali del medico, dello psicologo, dell'assistente sociale, dell'infermiere, dell'educatore professionale e di comunità in numero <u>necessario a svolgere attività di prevenzione, di cura e di riabilitazione, anche domiciliari e ambulatoriali.</u> <u>Area: registro stupefacenti</u> Art. 42 Acquisto di medicinali a base di sostanze stupefacenti e di sostanze psicotrope da parte di medici chirurghi e veterinari 1. I medici chirurghi ed i medici veterinari, i <u>direttori sanitari o responsabili di ospedali, case di cura in genere, prive dell'unità operativa di farmacia, e titolari di gabinetto per l'esercizio delle professioni sanitarie (...)</u> 3. I direttori sanitari ed i titolari di gabinetto di cui al comma 1 <u>debbono tenere un registro di carico e scarico</u> dei medicinali acquistati, nel quale devono specificare l'impiego dei medicinali stessi. 4. ~~Detto registro deve essere vidimato e firmato in ciascuna pagina dall'autorità sanitaria locale.~~ Art. 60 Registro di entrata e uscita 1. Ogni acquisto o cessione, anche a titolo gratuito, di sostanze e di medicinali di cui alle tabelle previste dall'articolo 14, è iscritto in un registro speciale nel quale, senza alcuna lacuna, abrazione o aggiunta, in ordine cronologico, secondo una progressione numerica unica per ogni sostanza o medicinale, è tenuto in evidenza il movimento di entrata e di uscita delle stesse sostanze o medicinali. <u>Tale registro è numerato e firmato in ogni pagina dal responsabile dell'azienda unità sanitaria locale o da un suo delegato che riporta nella prima pagina gli estremi della autorizzazione ministeriale e dichiara nell'ultima il numero delle pagine di cui il registro è costituito. Il registro è conservato da parte degli enti e delle imprese autorizzati alla fabbricazione, per la durata di dieci anni dal giorno dell'ultima</u>	pazienti in trattamento sostitutivo con metadone allettati o in isolamento per malattie infettive contagiose) ordinato dall'art. 118 comma 2 L'autorità sanitaria locale indicata all'art. 42 per il registro di medici e strutture sanitarie senza farmacia interna è il sindaco. Però il comma 1 dell'art 60 fa riferimento ad un registro di entrata e uscita "firmato dal responsabile dell'azienda unità sanitaria locale o da un suo delegato" che deve essere conservato dagli stessi direttori sanitari e dai titolari di gabinetto di cui all'articolo 42, comma 1" L'evidente contraddizione contenuta nel risultante testo ha indotto a diverse interpretazioni con perdite di tempo sia per i sanitari che per i NAS data la rilevanza penale della materia.
---	--

registrazione. Detto termine è ridotto a cinque anni per le officine autorizzate all'impiego e per le imprese autorizzate al commercio all'ingrosso. Lo stesso termine è ridotto a due anni per le farmacie aperte al pubblico e per le farmacie ospedaliere. <u>I direttori sanitari e i titolari di gabinetto di cui all'articolo 42, comma 1, conservano il registro di cui al presente comma per due anni dal giorno dell'ultima registrazione.</u> (...) Art. 64. Registro di carico e scarico per i medici chirurghi e i medici veterinari, le navi mercantili e i cantieri di lavoro, i trasporti terrestri ed aerei e le comunità temporanee. 1. Nel registro di carico e scarico previsto dagli articoli 46 e 47 devono essere annotati per ogni somministrazione, oltre il cognome, il nome e la residenza del richiedente, salvo quanto stabilito nell'articolo 120, ~~comma 5~~, comma 4, la data della somministrazione, la denominazione e la quantità della preparazione somministrata, la diagnosi o la sintomatologia. Ciascuna pagina del registro è intestata ad una sola preparazione e deve essere osservato un ordine progressivo numerico unico delle operazioni di carico e scarico. <u>Area: minori e incapaci</u> Art 120 Terapia volontaria e anonimato Comma 2 Qualora si tratti di persona minore di età o incapace di intendere e di volere la richiesta d'intervento può essere fatta, oltre che personalmente dall'interessato, da coloro che esercitano su di lui la potestà parentale o la tutela. 3. Gli interessati, a loro richiesta, possono beneficiare dell'anonimato nei rapporti con i servizi, i presidi e le strutture delle aziende unità sanitarie locali, e con le strutture private autorizzate ai sensi dell'articolo 116 nonché con i medici, gli assistenti sociali e tutto il personale addetto o dipendente. Ipotesi nuova versione <i>Comma 2 Qualora si tratti di persona minore di 14 anni o incapace di intendere e di volere la richiesta d'intervento deve essere fatta come indicato nell'art.3 della legge 22 dicembre 2017 n.219. Per i minori che abbiano compiuto il quattordicesimo anno di età la richiesta può essere fatta anche personalmente dall'interessato.</i> <i>Comma 3</i> Gli interessati, <i>a richiesta propria o, se minori di 14 anni o incapaci di intendere e di volere, dei propri rappresentanti legali</i>, possono beneficiare dell'anonimato nei rapporti con i servizi, i presidi e le strutture delle aziende unità sanitarie locali, e con le	Il comma 5 è abrogato e in ogni caso riguardava la segnalazione al SERT da parte dei medici di base. Trattandosi di indicare le generalità si suppone che il legislatore si volesse riferire al comma 3. Né un bambino né una persona incapace di intendere e di volere possono fornire un consenso valido ad un intervento socio-sanitario e quindi, in questi casi, tali prestazioni non possono essere richieste “personalmente dall’interessato”. L’articolo è in contraddizione, oltre che con la biologia, con il disposto dell’art 3 della legge 219/2017 e crea gravi problemi agli operatori che si trovano ad operare con minorenni o disabili gravi.
---	---

strutture private autorizzate ai sensi dell'articolo 116 nonché con i medici, gli assistenti sociali e tutto il personale addetto o dipendente LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.” Art.3 Minori e incapaci 1. La persona minore di età o incapace ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione, nel rispetto dei diritti di cui all'articolo 1, comma 1. Deve ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle sue capacità per essere messa nelle condizioni di esprimere la sua volontà. 2. Il consenso informato al trattamento sanitario del minore è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, e avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua dignità. 3. Il consenso informato della persona interdetta ai sensi dell'articolo 414 del codice civile è espresso o rifiutato dal tutore, sentito l'interdetto ove possibile, avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita della persona nel pieno rispetto della sua dignità. 4. Il consenso informato della persona inabilitata è espresso dalla medesima persona inabilitata. Nel caso in cui sia stato nominato un amministratore di sostegno la cui nomina preveda l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato è espresso o rifiutato anche dall'amministratore di sostegno ovvero solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere. 5. Nel caso in cui il rappresentante legale della persona interdetta o inabilitata oppure l'amministratore di sostegno, in assenza delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) di cui all'articolo 4, o il rappresentante legale della persona minore rifiuti le cure proposte e il medico ritenga invece che queste siano appropriate e necessarie, la decisione è rimessa al giudice tutelare su ricorso del rappresentante Per armonizzare la terminologia indicante la assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope e di alcolici Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990 n. 309 “Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza”	Diverso può essere il caso degli adolescenti a cui probabilmente il legislatore pensava.
---	---

Art. 75. Condotte integranti illeciti amministrativi 1. Chiunque, per farne <u>uso personale</u> <i>non terapeutico</i> illecitamente importa, esporta, acquista, riceve a qualsiasi titolo o comunque detiene sostanze stupefacenti o psicotrope è sottoposto, per un periodo da due mesi a un anno, se si tratta di sostanze stupefacenti o psicotrope comprese nelle tabelle I e III previste dall'articolo 14, e per un periodo da uno a tre mesi, se si tratta di sostanze stupefacenti o psicotrope comprese nelle tabelle II e IV previste dallo stesso articolo, a una o più delle seguenti sanzioni amministrative: (...) 2. L'interessato, inoltre, ricorrendone i presupposti, è invitato a seguire il programma terapeutico e socio-riabilitativo di cui all'articolo 122 o altro programma educativo e informativo personalizzato in relazione alle proprie specifiche esigenze, predisposto dal servizio pubblico per le tossicodipendenze competente per territorio analogamente a quanto disposto al comma 13 o da una struttura privata autorizzata ai sensi dell'articolo 116. Art. 75-bis Provvedimenti a tutela della sicurezza pubblica 1. Qualora in relazione alle modalità od alle circostanze <u>dell'uso</u> <i>non terapeutico</i>, dalla condotta di cui al comma 1 dell'articolo 75 possa derivare pericolo per la sicurezza pubblica, l'interessato che risulti già condannato, anche non definitivamente, per reati contro la persona, contro il patrimonio o per quelli previsti dalle disposizioni del presente testo unico o dalle norme sulla circolazione stradale, oppure sanzionato per violazione delle norme del presente testo unico o destinatario di misura di prevenzione o di sicurezza, può essere inoltre sottoposto ad una o più delle seguenti misure: (...) Art 78 Quantificazione delle sostanze Con decreto del Ministero della salute, emanato previo parere dell'Istituto superiore di sanità e del Comitato scientifico di cui all'articolo 1-ter, e periodicamente aggiornato in relazione all'evoluzione delle conoscenze nel settore, sono determinate le procedure diagnostiche, medico-legali e tossicologico-forensi per accertare il tipo, il grado e l'intensità ~~dell'abuso~~ <i>uso non terapeutico o problematico</i> di sostanze stupefacenti o psicotrope ai fini dell'applicazione delle disposizioni di cui agli articoli 75 e 75-bis <i>e degli articoli 89, 90 e 94</i> Decreto 12 luglio 1990, n. 186 “Regolamento concernente la determinazione delle procedure diagnostiche e medico-legali per accertare ~~l'uso abituale~~ <i>uso non terapeutico o problematico</i> di sostanze stupefacenti o psicotrope, delle metodiche per quantificare l'assunzione abituale nelle 24 ore e dei limiti quantitativi massimi di	Anche chi assume morfina per analgesia fa uso personale Per tutti i motivi sopra illustrati, anche e soprattutto per gli articoli 89,90 e 94, la certezza del diritto richiederebbe che una certificazione in area penale facesse riferimento a fatti e comportamenti oggettivi che però non fanno parte dei criteri clinici attualmente utilizzabili, quasi totalmente basati su quanto può riferire l'interessato. Tali criteri potranno invece essere utilizzati per la
--	--

principio attivo per le dosi medie giornaliere.” (Nota: il decreto potrà essere rivisto dal ministero una volta emendata la legge) Art. 89 Provvedimenti restrittivi nei confronti dei ~~tossicodipendenti o alcolodipendenti~~ di persone che abbiano in corso programmi terapeutici per uso problematico di sostanze stupefacenti o psicotrope o di alcol 1. Qualora ricorrano i presupposti per la custodia cautelare in carcere il giudice, ove non sussistano esigenze cautelari di eccezionale rilevanza, dispone gli arresti domiciliari quando imputata è una ~~persona tossicodipendente o alcolodipendente~~ che abbia in corso un programma terapeutico di recupero per uso problematico di sostanze stupefacenti o psicotrope o di alcol presso i servizi pubblici per l'assistenza ai tossicodipendenti, ovvero nell'ambito di una struttura privata autorizzata ai sensi dell'articolo 116, e l'interruzione del programma può pregiudicare il recupero dell'imputato. Quando si procede per i delitti di cui agli articoli 628, terzo comma, o 629, secondo comma, del codice penale e comunque nel caso sussistano particolari esigenze cautelari, il provvedimento è subordinato alla prosecuzione del programma terapeutico in una struttura residenziale. Con lo stesso provvedimento, o con altro successivo, il giudice stabilisce i controlli necessari per accertare che ~~il tossicodipendente o l'alcolodipendente~~ l'interessato prosegua il programma di recupero ed indica gli orari ed i giorni nei quali lo stesso può assentarsi per l'attuazione del programma. 2. Se una ~~persona tossicodipendente o alcolodipendente~~, che fa uso problematico di sostanze stupefacenti o psicotrope o di alcol è in custodia cautelare in carcere, intende sottoporsi ad un programma di recupero presso i servizi pubblici per l'assistenza ai tossicodipendenti, ovvero una struttura privata autorizzata ai sensi dell'articolo 116, la misura cautelare è sostituita con quella degli arresti domiciliari ove non ricorrano esigenze cautelari di eccezionale rilevanza. La sostituzione è concessa su istanza dell'interessato; all'istanza è allegata certificazione, rilasciata da un servizio pubblico per le tossicodipendenze o da una struttura privata accreditata per l'attività di diagnosi prevista dal comma 2, lettera d), dell'articolo 116, ~~attestante lo stato di tossicodipendenza o di alcolodipendenza~~ l'uso problematico di sostanze stupefacenti o psicotrope o di alcol, la procedura con la quale è stato accertato ~~l'uso abituale di sostanze stupefacenti, psicotrope o alcoliche~~, nonché la dichiarazione di disponibilità all'accoglimento rilasciata dalla struttura. Il servizio pubblico è comunque tenuto ad accogliere la richiesta dell'interessato di sottoporsi a programma terapeutico. L'autorità giudiziaria, quando si procede per i delitti di cui agli articoli 628, terzo comma, o 629, secondo comma, del codice penale e comunque nel caso sussistano particolari esigenze cautelari, subordina l'accoglimento dell'istanza all'individuazione di una struttura residenziale (...) Art. 90 Sospensione dell'esecuzione della pena detentiva	certificazione di idoneità del programma terapeutico o riabilitativo. I termini “tossicodipendenza” e “alcolodipendenza” sono ancora utilizzati in alcuni sistemi diagnostici ma non in altri. Per esempio il DSM 5, tra numerose contestazioni in primo luogo di Allen Francis, chairman del DSM IV (la precedente versione), ha introdotto lo “spettro” del “disturbo da uso di sostanze”. Per evitare che un diritto in ambito penale dipenda dall'esito di una contestata “consensus conference” d'oltre oceano si propone questa formula descrittiva per la quale si potrebbero poi utilizzare i criteri indicati nel DM 186/1990 aggiornato
--	---

1. Nei confronti di persona che debba espiare una pena detentiva inflitta per reati commessi in relazione al proprio ~~stato di tossicodipendente~~, **uso problematico di sostanze stupefacenti** il Tribunale di sorveglianza può sospendere l'esecuzione della pena detentiva per cinque anni qualora, all'esito dell'acquisizione della relazione finale di cui all'articolo 123, accerti che la persona si è sottoposta con esito positivo ad un programma terapeutico e socio-riabilitativo eseguito presso una struttura sanitaria pubblica od una struttura privata autorizzata ai sensi dell'articolo 116. (...)

Art. 94 Affidamento in prova in casi particolari

1. Se la pena detentiva deve essere eseguita nei confronti di ~~persona tossicodipendente o alcooldipendente~~ che abbia in corso un programma di recupero **per uso problematico di sostanze stupefacenti o psicotrope o di alcol** o che ad esso intenda sottoporsi, l'interessato può chiedere in ogni momento di essere affidato in prova al servizio sociale per proseguire o intraprendere l'attività terapeutica sulla base di un programma da lui concordato con un'azienda unità sanitaria locale o con una struttura privata autorizzata ai sensi dell'articolo 116. L'affidamento in prova in casi particolari può essere concesso solo quando deve essere espiata una pena detentiva, anche residua e congiunta a pena pecuniaria, non superiore a sei anni od a quattro anni se relativa a titolo esecutivo comprendente reato di cui all'articolo 4-bis della legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni. Alla domanda è allegata, a pena di inammissibilità, certificazione rilasciata da una struttura sanitaria pubblica o da una struttura privata accreditata per l'attività di diagnosi prevista dal comma 2, lettera d), dell'articolo 116 ~~attestante lo stato di tossicodipendenza o di alcooldipendenza~~, **l'uso problematico di sostanze stupefacenti o psicotrope o di alcol**, la procedura con la quale è stato accertato l'uso abituale di sostanze stupefacenti, psicotrope o alcoliche, l'andamento del programma concordato eventualmente in corso e la sua idoneità, ai fini del recupero del condannato. (...)

3. Ai fini della decisione, il tribunale di sorveglianza può anche acquisire copia degli atti del procedimento e disporre gli opportuni accertamenti in ordine al programma terapeutico concordato; deve altresì accertare che ~~lo stato di tossicodipendenza o alcooldipendenza~~ **l'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope o di alcol**, o l'esecuzione del programma di recupero non siano preordinati al conseguimento del beneficio. Si applicano le disposizioni di cui all'articolo 92, commi 1 e 3.

4. Il tribunale accoglie l'istanza se ritiene che il programma di recupero, anche attraverso le altre prescrizioni di cui all'articolo 47, comma 5, della legge 26 luglio 1975, n. 354, contribuisce al recupero del condannato ed assicura la prevenzione del pericolo che egli commetta altri reati. Se il tribunale di sorveglianza dispone l'affidamento, tra le prescrizioni impartite devono essere comprese quelle che determinano le modalità di esecuzione del programma. Sono altresì stabilite le prescrizioni e le forme di controllo per

accertare che ~~il tossicodipendente o l'alcooldipendente~~ ***l'interessato*** inizi immediatamente o prosegua il programma di recupero. (...)

Art. 95. Esecuzione della pena detentiva inflitta a persona tossicodipendente ***che fa uso problematico di sostanze stupefacenti***

1. La pena detentiva nei confronti di persona condannata per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendente ***uso problematico di sostanze stupefacenti*** deve essere scontata in istituti idonei per lo svolgimento di programmi terapeutici e socio-riabilitativi. (...)

Art. 96 Prestazioni socio-sanitarie per tossicodipendenti detenuti ***che fanno uso problematico di sostanze stupefacenti***

1. Chi si trova in stato di custodia cautelare o di espiazione di pena per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendenza o sia ritenuto dall'autorità sanitaria abitualmente dedito all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope o che comunque abbia problemi di tossicodipendenza ***uso problematico di sostanze stupefacenti*** ha diritto di ricevere le cure mediche e l'assistenza necessaria all'interno degli istituti carcerari a scopo di riabilitazione.

2. La disposizione di cui al comma 1 si applica anche al tossicodipendente soggetto non ammesso, per divieto di legge o a seguito di provvedimento dell'autorità giudiziaria, alle misure sostitutive previste negli articoli 90 e 94 per la prosecuzione o l'esecuzione del programma terapeutico al quale risulta sottoposto o intende sottoporsi.

3. Le unità sanitarie locali, d'intesa con gli istituti di prevenzione e pena ed in collaborazione con i servizi sanitari interni dei medesimi istituti, provvedono alla cura e alla riabilitazione dei detenuti tossicodipendenti o alcoolisti, che presentino ***un uso problematico di sostanze stupefacenti o psicotrope o di alcol*** (...)

6-bis. Per i minori tossicodipendenti o tossicofili, ***che facciano uso di sostanze stupefacenti o psicotrope*** anche portatori di patologie psichiche correlate ~~all'uso di sostanze stupefacenti~~, sottoposti alle misure cautelari non detentive, alla sospensione del processo e messa alla prova, alle misure di sicurezza, nonché alle misure alternative alla detenzione, alle sanzioni sostitutive, eseguite con provvedimenti giudiziari di collocamento in comunità terapeutiche e socio-riabilitative, gli oneri per il trattamento sanitario e socio-riabilitativo sono a carico del Dipartimento giustizia minorile, fatti salvi gli accordi con gli enti territoriali e, nelle more della piena attuazione del trasferimento di dette competenze, del Servizio sanitario nazionale. (...)

Art. 120 Terapia volontaria e anonimato

1. 1. Chiunque fa <u>uso non terapeutico</u> di sostanze stupefacenti e di sostanze psicotrope <u>o uso problematico di alcol</u> può chiedere al servizio pubblico per le dipendenze o ad una struttura privata autorizzata ai sensi dell'articolo 116 e specificamente per l'attività di diagnosi, di cui al comma 2, lettera d), del medesimo articolo di essere sottoposto ad accertamenti diagnostici e di eseguire un programma terapeutico e socio-riabilitativo.(...) personale addetto o dipendente. (34) ((35)) Art. 125. Accertamenti di assenza di ~~tossicodipendenza~~ uso non terapeutico 1. Gli appartenenti alle categorie di lavoratori destinati a mansioni che comportano rischi per la sicurezza, la incolumità e la salute dei terzi, individuate con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con il Ministro della sanità, sono sottoposti, a cura di strutture pubbliche nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e a spese del datore del lavoro, ad <u>accertamento di assenza di ~~tossicodipendenza~~ di uso non terapeutico prima dell'assunzione in servizio</u> e, successivamente, ad accertamenti periodici. (..) 3. In caso di accertamento ~~dello stato di tossicodipendenza~~ dell'uso non terapeutico nel corso del rapporto di lavoro il datore di lavoro è tenuto a far cessare il lavoratore dall'espletamento della mansione che comporta rischi per la sicurezza, la incolumità e la salute dei terzi. (...) DECRETO LEGISLATIVO 9 aprile 2008, n. 81 Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro Art. 41 Sorveglianza sanitaria (...) 4. Le visite mediche di cui al comma 2, a cura e spese del datore di lavoro, comprendono gli esami clinici e biologici e indagini diagnostiche mirati al rischio ritenuti necessari dal medico competente. Nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento, le visite di cui al comma 2, lettere a), b), d), e-bis) e e-ter) sono altresì finalizzate alla verifica di <u>assenza di ~~condizioni di alcol dipendenza~~ uso problematico di alcol</u> e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti. Codice Penale Art. 92. Ubriachezza volontaria o colposa ovvero preordinata L'ubriachezza non derivata da caso fortuito o da forza maggiore o dalla condizione di cui all'art. 95 <u>non esclude né diminuisce la imputabilità.</u> Se l'ubriachezza era preordinata al fine di commettere il reato, o di prepararsi una scusa, la pena è aumentata.	Di fatto nel successivo Accordo Stato-Regioni questi lavoratori vengono sospesi e inviati al SERT anche in caso di semplice positività di un esame tossicologico. Quindi il termine corretto è uso non terapeutico indipendentemente da eventuali problemi correlati
---	---

Art. 93. Fatto commesso sotto l'azione di sostanze stupefacenti

Le disposizioni dei due articoli precedenti si applicano anche quando il fatto è stato commesso sotto l'azione di sostanze stupefacenti.

Art. 94. Ubriachezza **volontaria** abituale

Quando il reato è commesso in stato di ubriachezza volontaria, e questa è abituale, la pena è aumentata.

Agli effetti della legge penale, è considerato ubriaco abituale **volontario** chi è dedito all'uso di bevande alcoliche e in stato frequente di ubriachezza., non presentando consumo compulsivo di alcol, come dimostrato dalla capacità di astenersi in alcune circostanze, assume ripetutamente alcolici allo scopo di ubriacarsi.

L'aggravamento di pena stabilito nella prima parte di questo articolo si applica anche quando il reato è commesso sotto l'azione di sostanze stupefacenti da chi è dedito all'uso di tali sostanze **con le stesse modalità**.

Art. 95. Cronica ~~intossicazione~~ **compromissione psichica** da alcool o da sostanze stupefacenti

Per i fatti commessi in stato di ~~cronica~~ **grave e stabile compromissione psichica** ~~intossicazione~~ prodotta da alcool ovvero da sostanze stupefacenti, si applicano **se pertinenti** le disposizioni contenute negli articoli 88 e 89.

Art 88 Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità d'intendere o di volere

Art 89 Chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità d'intendere o di volere, risponde del reato commesso; ma la pena è diminuita

Codice civile

Art. 415. Persone che possono essere inabilite.

Il maggiore di età infermo di mente, lo stato del quale non è talmente grave da far luogo all'interdizione, può essere inabilitato.

Possono anche essere inabilitati coloro che, per prodigalità o per ~~abuso abituale di bevande alcoliche o di stupefacenti~~, **grave e stabile compromissione psichica prodotta da alcool ovvero da sostanze stupefacenti**, espongono sé o la loro famiglia a gravi pregiudizi economici. (...)

Codice della strada

Art 119 Requisiti fisici e psichici per il conseguimento della patente di guida. Comma 2-ter. Ai fini dell'accertamento dei requisiti psichici e fisici per il primo rilascio della patente di guida di qualunque categoria, ovvero di certificato di abilitazione professionale di tipo KA o KB, l'interessato deve esibire apposita <u>certificazione da cui risulti il non abuso di sostanze alcoliche</u> <i>l'assenza di segni, sintomi o dati anamnestici indicatori di uso problematico di alcol e il non uso di uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope</i>, rilasciata sulla base di accertamenti clinico-tossicologici le cui modalità sono individuate con decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, sentito il Dipartimento per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei ministri. Con il medesimo provvedimento sono altresì individuate le strutture competenti ad effettuare gli accertamenti prodromici alla predetta certificazione ed al rilascio della stessa. La predetta certificazione deve essere esibita dai soggetti di cui all'articolo 186-bis, comma 1, lettere b), c) e d), e dai titolari del certificato CFP o patentino filoviario, in occasione della revisione o della conferma di validità delle patenti possedute, nonché da coloro che siano titolari di certificato professionale di tipo KA o KB, quando il rinnovo di tale certificato non coincida con quello della patente. Le relative spese sono a carico del richiedente.	E' impossibile certificare in "non abuso" o il "non uso" in generale. Salvo il caso di soggetti già noti o con patologie correlate conclamate si può solo rilevare una assunzione importante di alcol o una assunzione anche modesta di sostanze stupefacenti in tempi recenti con esami tossicologici.
---	--

Riferimento:

Mariagrazia Fasoli
Via Cesare Lombroso 20 25128 Brescia
CF FSLMGR52L55B157J
tel 030302693 3475017298
e-mail adelperga800@libero.it
pec mariagrazia.fasoli@omceobs.it
www.sdrogabrescia.org
www.renzotramaglino.it