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 denunziate 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 denunziate 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 psicoanelettici 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 determinare 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 continuarne 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 princìpi 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 configurare, 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, prevede 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 continuativamente 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 psicostimolante 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. È, 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 continuativamente 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 neuropsichiatri, 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 sorvegianza 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.