

SENATO DELLA REPUBBLICA

XII LEGISLATURA

Doc. XXX

N. 1

RELAZIONE

**SUI DATI RELATIVI ALLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN
ITALIA, SULLE STRATEGIE ADOTTATE E SUGLI OBIETTIVI RAGGIUNTI
(ANNO 1994)**

*(Articolo 1, comma 14, del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica
9 ottobre 1990, n. 309, modificato dal decreto-legge 17 marzo 1995, n. 82)*

PRESENTATA DAL MINISTRO PER LA FAMIGLIA E LA SOLIDARIETÀ SOCIALE

(OSSICINI)

Comunicata alla Presidenza il 30 marzo 1995

12-SAN-TOS-0001-0

I N D I C E

Relazione del Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale	Pag.	7
Le innovazioni legislative	»	31
Il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga . .	»	33
Iniziative a cura del Dipartimento per gli affari sociali:		
Sportello per il cittadino - Servizio « Drogatel »	»	49
Seconda Settimana europea di prevenzione delle tossicodipendenze	»	51
La V Campagna informativa contro le tossicodipendenze	»	53
Ministero degli affari esteri	»	55
Ministero dell'Interno:		
Osservatorio permanente sul fenomeno droga	»	63
Direzione Centrale per i Servizi antidroga	»	111
Direzione Generale per i Servizi civili	»	177

Strategie, obiettivi e indirizzi in materia di tossicodipendenza	»	181
Ministero di grazia e giustizia:		
Direzione Generale degli affari penali	»	189
Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria	»	207
Ufficio Centrale per la giustizia minorile	»	241
Ministero delle finanze:		
Direzione Centrale dei Servizi doganali	»	261
Ministero della difesa:		
Direzione Generale della sanità militare	»	267
Ministero della pubblica istruzione:		
Ufficio studi, bilancio e programmazione	»	295
Ministero della sanità:		
Servizio Centrale per le dipendenze da alcool e sostanze stupefacenti e psicotrope	»	323
Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, regioni e province autonome di Trento e Bolzano	»	353
Coordinamento interregionale per le tossicodipendenze	»	361
Le Regioni d'Italia	»	364

R E L A Z I O N E

SUI DATI RELATIVI ALLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA, SULLE STRATEGIE ADOTTATE E SUGLI OBIETTIVI RAGGIUNTI (ANNO 1994)

*(Articolo 1, comma 14, del testo unico approvato con D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309,
modificato dal decreto-legge 17 marzo 1995, n. 82)*

*Coordinamento e realizzazione tecnica a cura del Dipartimento per gli affari sociali,
Ufficio per il coordinamento delle attività di prevenzione e recupero
delle tossicodipendenze:*

Ennio Di Francesco
Mario Romano

Stefania Mattetti
Giovanni Strazzullo

Carlo Nicolò
Silvio Vitale

Hanno collaborato:

Marisa Zotta
Anna di Stefano
Rita Montanari
Vincenzo Casarella
Natalia Magliocchetti
Ustik Avico
Giancarla Niero

Ministero dell'interno
Ministero dell'interno
Ministero di grazia e giustizia
Ministero della difesa
Ministero della sanità
Istituto superiore di sanità
Coordinamento regionale tossicodipendenze



*Il Ministro
per la famiglia e la solidarietà sociale*

Nel licenziare la Relazione annuale al Parlamento sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia per l'anno 1994 mi sembra opportuno fare alcune brevi considerazioni.

Non c'è dubbio che la strategia globale intrapresa dal Governo sin dal 1990, in coerenza con le linee guida fissate dalle Nazioni Unite, vada nella giusta direzione.

D'altro lato un'analisi del lavoro fatto propone come urgenti alcune riflessioni anche a chi, pur avendo da poche settimane assunto la responsabilità politica del coordinamento di questo delicato settore, deve programmare l'azione futura.

La prima riflessione riguarda il profondo sviluppo del dibattito scientifico su questi temi che non può non influenzare in larga misura anche quanto deve essere poi fatto sul piano sociale e su quello legislativo.

In tutti i Paesi a più avanzato sviluppo di ricerca scientifica, per quanto riguarda i problemi della droga, si stanno ottenendo sul piano clinico risultati di indubbio interesse che vanno attentamente seguiti.

D'altro lato, la complessità del fenomeno nei suoi aspetti sociali ha riproposto problematiche di varia natura ma che, in sostanza, sempre più si manifestano decisive sul piano della educazione, della informazione e della prevenzione.

Occorre perciò sviluppare ancor più un'azione coordinata tra il Ministero per la famiglia e la solidarietà sociale e gli altri Ministeri competenti nel settore. A tal fine si potrebbe pensare ad organismi di lavoro interministeriali più efficaci e con una sufficiente autonomia dal punto di vista operativo.

Esiste poi il complesso problema del rapporto con le Regioni, soggetti determinanti in questa azione, nonché con le altre strutture pubbliche presenti sul territorio e con la diffusa rete del volontariato. Per rendere più razionale tale rapporto occorre predisporre organismi di lavoro coordinati che rendano possibile un rapido scambio di esperienze e di intervento.

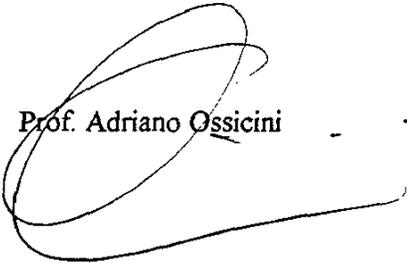
Ma l'aspetto più decisivo è indubbiamente quello del finanziamento di un'attività così complessa, che non può rimanere sul piano del pur doveroso contributo alle realtà operative; tra l'altro si tratta di un contributo che, per ragioni che sono in parte illustrate nella relazione, è spesso scarsamente efficace per quantità e giunge in ritardo.

Occorre una valutazione globale del fenomeno a livello scientifico e sociale che è ormai possibile e una programmazione in sede di bilancio funzionale a tutto questo.

In proposito va detto che i ritardi nella conversione del decreto legge contenente "Disposizioni urgenti per l'attuazione del Testo Unico sulle tossicodipendenze", ripetutamente reiterato, hanno determinato e determinano un'oggettiva situazione di incertezza normativa e influiscono in modo fortemente negativo sulla messa in opera di una serie di strumenti che debbono garantire una sufficiente efficacia degli interventi previsti e adeguati meccanismi di valutazione dei risultati conseguiti.

Comunque, è mia intenzione seguire con la massima attenzione l'attuazione puntuale del decreto di cui auspico la conversione in legge la più rapida possibile, in attesa che le problematiche ancora aperte possano trovare nel Parlamento le risposte più adeguate nell'interesse del Paese.

Prof. Adriano Ossicini



Relazione sulla problematica “Droga e Tossicodipendenze in Italia”

(art.1 comma 14 legge 162/90 e successive modifiche)

Scenario internazionale

Il problema droga assume un carattere sempre più universale minacciando in profondità le radici stesse del convivere sociale.

Da una parte il consumo illecito di sostanze stupefacenti costringe tutta l'umanità a pagare un sempre maggiore tributo generazionale e dall'altra i "cartelli" del crimine internazionale, stretti in una sorta di joint-venture, alterano ovunque più o meno intensamente le regole dell'economia legale e della democrazia, snaturandole sin dall'inizio in quelle parti del mondo da poco pervenute a conquiste democratiche di civiltà.

Queste le preoccupanti conclusioni a cui l'INCB (International Narcotic Control Board), l'organismo che per le Nazioni Unite vigila sulla situazione mondiale della "droga", giunge nel suo rapporto annuale per il 1994.

Tonnellate e tonnellate delle diverse sostanze stupefacenti si spostano da un continente all'altro mentre il numero dei tossicomani continua a crescere ovunque.

Per dare solo un quadro a noi vicino basta pensare che nel '94 sono state sequestrate nell'Europa comunitaria circa diciotto tonnellate di cocaina, otto di eroina e 500 di hashish, mentre circa settecentomila si stima essere il numero dei tossicodipendenti, soprattutto eroinomani.

E non lontano incombe la pericolosa miscela dei traffici di droga, armi e riciclaggio di denaro sporco dei nuovi inquieti paesi dell'Est, ove stanno sempre più emergendo gravissimi problemi di alcolismo e tossicomania.

Di qui l'ulteriore invito dell'INCB a tutti i paesi a rafforzare sempre più la cooperazione internazionale nel rispetto dei principi sanciti nella Convenzione di Vienna del 1988 contro l'abuso ed il traffico di droga e ad atteggiate le proprie strategie nazionali secondo un piano globale di azione che affronti i molteplici ed interconnessi aspetti del problema mirando

congiuntamente alla riduzione dell'offerta, a quella della domanda di droghe, nonché alla riduzione del danno per chi già sia caduto nella spirale della tossicomania.

Sullo sfondo di questo scenario internazionale il Governo italiano ha continuato a svolgere anche nel 1994 la sua incessante azione, peraltro già immediatamente intrapresa dopo la firma e successiva ratifica della ricordata Convenzione di Vienna, secondo le linee fissate nel complesso di norme raccolte nel Testo Unico approvato col DPR 309/90.

Pertanto, coerentemente con l'impostazione strategica della comunità internazionale, il Governo è presente con incisività sul piano della cooperazione sia multilaterale che bilaterale dando il proprio contributo di stimolo e riflessione.

Così, nonostante la non facile situazione finanziaria, l'Italia continua ad essere anche per il 1994 fra i maggiori donatori al Fondo dell'UNDCP (United Nations Drug Control Programme), l'organismo delle Nazioni Unite attraverso cui viene operativamente sviluppato il piano d'azione globale per contrastare la problematica droga nel mondo.

Attraverso tale Organismo, peraltro retto da un italiano, passano i progetti di riconversione delle colture di droga nei paesi produttori. Si pensi ai programmi in America Latina, Africa ed Estremo oriente, finalizzati a migliorare le condizioni di vita di quelle popolazioni creando alternative commerciali e sociali al loro sfruttamento da parte delle agguerrite organizzazioni criminali.

Per non parlare dei progetti di "law enforcement" in numerosi paesi per il potenziamento delle conoscenze e delle strutture giuridiche, amministrative, istituzionali e tecniche, nonché dei progetti per una più efficace prevenzione della droga mediante interventi sul piano educativo, sociale, sanitario.

E' motivo di orgoglio sapere che in tanti paesi in via di sviluppo molti programmi antidroga si sviluppano grazie a questo non sempre ben conosciuto contributo italiano.

In altre parti del presente documento è più dettagliatamente indicata l'azione governativa che anche nel 1994 si è sviluppata attraverso la presenza di delegazioni interministeriali nelle diverse specifiche sedi delle Nazioni Unite (Assemblea generale, Ecosoc, Commissione Stupefacenti, Criminal Branch...), dell'Unione Europea (Commissione, Gruppo Pompidou, Osservatorio europeo...) nonché in altre istanze di cooperazione internazionale (Segretariato generale dell'Interpol, Consiglio di cooperazione doganale, Gruppo di Dublino, Consiglio d'Europa).

Per non parlare poi delle missioni di cooperazione bilaterale che i vari Dicasteri e soprattutto quelli degli Esteri, dell'Interno, di Grazia e Giustizia e della Sanità hanno via via svolto nel corso dell'anno.

Basterà qui ricordare solo alcuni momenti particolarmente significativi di questa azione italiana.

L'impulso dato perché nel corso del 1994 si avviasse definitivamente la costituzione a Lisbona dell'Osservatorio Europeo, l'organismo voluto dal Consiglio d'Europa, destinato a diventare attraverso l'attuazione del progetto REITOX il punto di riferimento comunitario per la circolazione delle informazioni e dei dati concernenti il problema "droga e tossicodipendenze" nel vecchio continente.

L'organizzazione a Roma, in sinergia con gli organismi comunitari, di significativi momenti di incontro, riflessione ed iniziative, nel quadro della "Settimana europea di prevenzione", col coinvolgimento sia nella capitale che diffusamente sul territorio di numerose strutture pubbliche e private interessate all'azione di contrasto alle tossicodipendenze.

Iniziativa questa che si armonizza con l'attiva partecipazione italiana, dopo un convegno nazionale, alla "Prima conferenza europea degli studenti" svoltasi a Strasburgo nell'ottobre '94, nel corso della quale è stata approvata la Carta dei diritti e dei doveri dei giovani in ambito scolastico.

Significativo è stato l'aver organizzato, a livello mondiale, a Napoli nel mese di novembre la Conferenza delle Nazioni Unite sulla criminalità transnazionale organizzata.

Per la contemporanea presenza di numerosi Capi di Stato, è stato un avvenimento di rilevanza storica, in cui il Governo italiano si è posto al centro di un'azione di monito e di stimolo per rinforzare sempre più la cooperazione internazionale contro ogni forma di criminalità organizzata ed in particolare contro il traffico di stupefacenti ed il connesso riciclaggio mondiale di denaro sporco, stimato in non meno di cinquecento miliardi di dollari.

Nel quadro di questo intento di proposta ed impegno si pone anche l'altro eccezionale momento che ha visto il nostro Governo ospitare a Roma il Convegno "Sport contro droga" nel corso del quale l'UNDCP, il Comitato Olimpico Internazionale ed il CONI hanno stipulato l'importantissimo accordo di assumere iniziative congiunte affinché il mondo sportivo possa affiancare con tutte le sue potenzialità di coinvolgimento e sana emulazione (alla riunione erano significativamente presenti cinque atleti di fama mondiale provenienti dai cinque

continenti) l'azione sinora condotta per scoraggiare la gioventù da ogni ingannevole tentazione di fuga e disimpegno sociale attraverso la droga.

Riduzione dell'offerta

In Italia, sul piano dell'azione di contrasto al traffico ed allo spaccio di droga, la decisa e sinergica azione della Magistratura e delle Forze di polizia ha permesso di continuare ad infliggere anche nel 1994 colpi durissimi a pericolose organizzazioni criminali.

Anche se le cifre sono più dettagliatamente riportate in altra parte del documento i sequestri effettuati di 6.633 Kg. di cocaina , 1.173 Kg. di eroina 18.941 Kg. di cannabinoidi , 85.926 dosi di M.D.M.A (la cosiddetta "ecstasy") sono significativi di questa lotta senza tregua.

La grande professionalità internazionalmente riconosciuta della Magistratura e delle Forze di polizia, che nel settore droga hanno raggiunto forse più che in altri un alto livello di coordinamento, ha saputo ben utilizzare le potenzialità operative offerte dalla legge 162/90 (consegne controllate, acquisti simulati...) e gli ulteriori strumenti giuridici offerti dalla legislazione antimafia (intercettazioni ambientali...).

La meritoria attività svolta acquisterebbe certo ancora maggiore visibilità se accanto ai dati relativi ai sequestri delle sostanze potessero essere evidenziati anche quelli relativi alle confische disposte dalla magistratura di beni e profitti provenienti dal traffico di droga, che si sa essere stati rilevanti anche nel 1994.

Sarebbe auspicabile che ciò potesse avvenire per le prossime relazioni.

Parlando di azione contro il traffico di droga va ricordato che la Direzione Centrale Antidroga ha ulteriormente potenziato nel corso del 1994 la propria rete di "ufficiali di collegamento" inviati all'estero nei punti più sensibili del traffico internazionale.

Inoltre proprio dal gennaio 1994 è partita la fase di avvio dell'EUROPOL, con sede ad Amsterdam, mediante la costituzione di un gruppo gestionale, in cui sono presenti in posizione di rilievo funzionari italiani, per facilitare lo scambio delle informazioni ed il coordinamento delle operazioni a livello comunitario.

Nello stesso periodo inoltre ha sviluppato maggiore operatività il "TELEDROG", progetto di iniziativa italiana che prevede l'istituzione graduale di un sistema informativo comune computerizzato, con l'installazione di una banca centrale a Roma e terminali presso i

paesi partecipanti, che consenta di seguire personaggi e carichi sospetti anche al di fuori delle frontiere nazionali. A tale progetto nato soprattutto per adeguare l'azione di polizia al mutato scenario dei Balcani, stanno via via collegandosi, oltre ai diversi paesi comunitari, altri del Medio Oriente e dell'ex Unione Sovietica.

Se le cifre dei sequestri sopra riportati permettono da una parte di constatare una maggiore efficacia dell'azione repressiva, dall'altra sono significativi di come il nostro Paese resti purtroppo un invitante punto di arrivo di enormi quantità di droga (cannabis dall'Africa, eroina dal Medio ed Estremo oriente; cocaina dall'America latina; amfetamine ed ecstasy dal Nord Europa e dai paesi dell'Est...).

Questo obbliga, al di là di ogni convinzione dialettica, ad una riflessione su come una ulteriore azione permissivistica verso il consumo di droghe non possa prescindere da un quadro normativo internazionale di riferimento, anche in relazione al rischio di diventare paese di attrazione per il consumo delle stesse.

A tale proposito è forse il caso di ricordare come proprio l'INCB abbia dedicato i paragrafi 312 e 313 del suo rapporto 1994 per segnalare al Governo italiano, invitandolo a provvedere, che a seguito dell'esito referendario dell'aprile 1993 "la legislazione italiana non è più conforme alle disposizioni degli articoli 4 C e 33 della Convenzione di New York del 1961 e del paragrafo 2 dell'articolo 3 della Convenzione di Vienna del 1988".

Si tratta di una osservazione che se da una parte è superabile dalle considerazioni che a) il consumo personale di droga continua in Italia ad essere sanzionato, anche se solo amministrativamente, e b) che l'obiezione ora sollevata dall'INCB fu superata dalla Corte Costituzionale al momento della decisione di ammissibilità del referendum, dall'altra mostra tuttavia come sarebbe opportuno che il legislatore colmasse se non il vuoto legislativo almeno talune difficoltà interpretative ed operative scaturite dall'abolizione di taluni articoli della legge 162/90 in sede referendaria.

Per altro verso nel paragrafo 314 l'INCB attira l'attenzione del Governo italiano sulla necessità di una più attenta regolamentazione delle industrie autorizzate a produrre e trattare sostanze stupefacenti.

L'auspicabile conversione del Decreto Legge "Disposizioni urgenti per l'attuazione del testo unico sulle tossicodipendenze" giunto alla sua quattordicesima reiterazione può essere l'occasione per avviare, come peraltro annunciato dalle competenti Commissioni parlamentari, una riflessione su questi ed o altri aspetti problematici nel frattempo emersi.

D'altro canto sono giacenti in Parlamento diversi disegni di legge, quasi tutti ruotanti attorno al delicato tema della *regolamentazione-liberalizzazione delle droghe*, che prima o poi giungendo a discussione permetteranno forse una maggiore chiarificazione in materia.

Azione globale di intervento: prevenzione, recupero, reinserimento e riduzione del danno.

La legge 162/90 ha istituito, presso la Presidenza del Consiglio, il Comitato nazionale di coordinamento per l'azione antidroga.

Ad esso, presieduto dal Presidente del Consiglio e formato dai titolari dei Dicasteri più direttamente interessati alla problematica, compete (art. 1) : " la responsabilità di indirizzo e di promozione della politica generale di prevenzione ed intervento contro la illecita produzione e diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope a livello nazionale ed internazionale. ".

E' particolarmente significativo che le funzioni di presidente del Comitato siano state delegate al responsabile politico del Dipartimento per gli affari sociali e che egli, proprio dal 1994, abbia assunto il nome di Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale.

E' proprio infatti a partire dall'ambito del più elementare e nel contempo più determinante contesto di aggregazione umana, la famiglia, che si é voluto rivedere anche quella sintomatica perturbazione di comportamento e di vita che é la tossicodipendenza.

Così come é anche significativo il convincimento affermato che la risposta a tale perturbazione non possa ritrovarsi che in quel basilare sentimento connettivo di ogni società civile che é la solidarietà.

Questo é d'altro canto, come si vedrà meglio altrove, il messaggio che la Presidenza del Consiglio, attraverso la sinergia tra il Dipartimento Affari Sociali e quello dell'Editoria, ha voluto lanciare nella "campagna informativa antidroga" per il 1994 ampiamente diffusa attraverso i mass-media.

L'invito ad una ritrovata attenzione soprattutto nell'ambito della famiglia e della scuola affinché i giovani possano trovare momenti preziosi ed irripetibili di "ascolto" alle incertezze ed ansie scaturenti da un mondo esterno che sovente li dimentica, confonde e non di rado aggredisce attraverso l'esaltazione di pseudo-valori o simboli di ingannevole imitazione.

Ma é la solidarietà stessa del Paese verso il problema "tossicodipendenza" che passa attraverso il " Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga", istituito nel 1990 e che il

Governo non ha mai e neppure per il 1994 voluto sostanzialmente diminuire (circa duecento miliardi).

Suo tramite si sviluppa un'azione globale a 360 gradi che cerca di coinvolgere pubblico e privato in maniera sinergica verso i diversi ed sovente interconnessi momenti in cui la problematica droga può manifestarsi.

Ciò sia attraverso una costante azione preventiva finalizzata a fornire ai giovani elementi di conoscenza, riflessione e stimolo per evitare ogni pericolo di coinvolgimento, sia favorendo il recupero e il reinserimento sociale e lavorativo di chi sia rimasto coinvolto in problemi di tossicodipendenza, e sia riducendo le potenzialità negative di chi non avendo forza e capacità di uscire da tale stato possa col suo comportamento produrre ulteriori danni a sé stesso ed agli altri.

Va qui affermato il senso profondo della globalità di questa azione integrata ed integrante che non vede momenti privilegiati dell'uno o dell'altro aspetto, ma si atteggia pragmaticamente a seconda delle realtà sociali in cui l'azione concreta deve estrinsecarsi per raggiungere gli obiettivi essenziali: diminuzione del rischio e diminuzione del danno droga.

In questo senso si pone quindi ragionevolmente il discorso della "riduzione del danno" come risposta sociale, terapeutica ed umana a chi trova difficoltà ad uscire dal suo stato avanzato di tossicodipendenza, con tutte le sofferenze fisiche e psicologiche che in lui provoca e con tutte le potenzialità negative di più gravi conseguenze (basti soltanto pensare ai rischi di morte per overdose, di contagio HIV...).

Questa è anche la riflessione che si trova nel citato rapporto mondiale dell'INCB laddove al paragrafo 283 viene affermata: "...l'importanza della riduzione del danno non solo come interesse ma anche come dovere sociale ed umanitario. Tuttavia misure come la distribuzione gratuita di siringhe...non dovrebbero sostituirsi a misure globali della riduzione della domanda. Questo per non rischiare di produrre danni più gravi di quelli che si vuole prevenire".

In questo spirito riteniamo vada quindi letto il messaggio scaturito dalla Conferenza di Palermo del giugno 1993.

D'altro canto ad esso si ispira il documento "linee guida per il trattamento della dipendenza da oppiacei con farmaci sostitutivi" recentemente diffuso dal Ministero della Sanità a tutti i Ser.T., laddove si mira a congiungere il trattamento farmacologico con un approccio il più possibile integrato di sostegno psico-socio-terapeutico.

Come più dettagliatamente esaminato altrove, l'azione globale che il Governo con un impegno finanziario complessivo di circa mille miliardi ha sviluppato sin dal 1990 attraverso il Fondo si muove in questa direzione, senza privilegiare alcun momento prioritario ma cercando di stimolare, come ribadito nella più recente formulazione del decreto legge in fase di conversione, tutte le energie dei soggetti che ad esso possono accedere con i propri progetti.

E' così che da una parte quelli pubblici, amministrazioni dello Stato, regioni, enti ed unità sanitarie locali e dall'altro quelli privati, comunità, cooperative sociali...hanno potuto sviluppare le proprie attività in un'azione integrata che coprisse più o meno specificatamente i diversi settori interconnessi della prevenzione, del recupero e del reinserimento sociale e lavorativo nonché della riduzione del danno.

I progetti

Un "continuum" di azioni intrecciate che ha permesso di creare una rete poliedrica di interventi che sta dando i propri frutti e che permette all'Italia di schierarsi a testa alta fra i paesi che hanno saputo predisporre la strategia più efficace per affrontare globalmente il fenomeno droga ottenendo risultati positivi.

Basti pensare ad esempio ai progetti "ragazzi e giovani 2000" con cui il Ministero della Pubblica Istruzione ha potuto sinora toccare e coinvolgere oltre cinque milioni di studenti; a quello "genitori" che ha visto ugualmente coinvolti circa seicentomila genitori.

Per non parlare dei progetti finalizzati alla formazione del personale docente, degli ispettori scolastici, dei presidi; nonché a quello che ha permesso la costituzione degli ormai oltre 2.200 CIC (centri di informazione e consulenza) ramificati su tutto l'ambito scolastico.

Quale migliore modo per rendere la scuola vero centro propulsore di politiche di informazione ed orientamento, prevenzione e socializzazione, di sostegno e raccordo con la famiglia?

Ed a ciò aggiungansi i progetti con cui il Ministero della Sanità ha potuto aumentare ed affinare le potenzialità operative proprie, dell'Istituto Superiore e soprattutto dei Ser.T., cercando di superare i reali limiti finanziari, organizzativi e di personale, onde potersi confrontare in modo più efficace e manageriale con i diversi aspetti sanitari, di formazione, di ricerca, di informatizzazione...imprescindibili nella problematica "droga".

I titoli stessi di alcuni dei programmi approvati partiti all'inizio del '94: "Aggiornamento, documentazione e training del personale dei Ser.T. a scopo di ricerca scientifica"; "Definizione di una metodica di valutazione dei diversi tipi di trattamento della tossicodipendenza secondo modalità comparabili con schemi internazionali"; "Valutazione dei trattamenti con metadone nelle tossicodipendenze da oppiacei ed effetti di uno studio controllato per la valutazione di farmaci alternativi al metadone"; "Programma sperimentale di attivazione dei gruppi di operatori della strada ai fini della prevenzione dell'AIDS tra i tossicodipendenti"; "Programma di sorveglianza delle tossicodipendenze e di informatizzazione dei Ser.T."...; sono significativi della ricordata visione di intervento globale perseguita dal Governo.

E poi ancora i progetti finanziati al Ministero della Difesa: "Indagine statistico epidemiologica sull'uso di sostanze stupefacenti tra i giovani che sostengono la visita di leva"; "AIDS-fatti non parole"; "Drugscreen-determinazione del fenomeno in ambito militare"; "Consultori psicologici".

E quelli per il Ministero di Grazia e Giustizia tra cui significativamente: "Corso di formazione e ricerca per assistenti sociali che operano nei confronti di tossicodipendenti ed alcolodipendenti in esecuzione penale esterna"; "Seminari e cicli di informazione sulle tossicodipendenze e infezioni HIV rivolte alla popolazione detenuta"; "metodologie di intervento differenziato a favore dell'utenza penale minorile con problemi di droga".

Per non parlare dei progetti finanziati al Ministero dell'Interno miranti al potenziamento delle attrezzature di analisi specifica, la formazione del personale delle forze di polizia, dei nuclei operativi di prefettura...

E' interessante qui notare per la sua valenza culturale il successo che sta ottenendo il corso di formazione, partito nel '94, che porta giovani agenti delle sezioni narcotici sia a migliorare la loro conoscenza della problematica "droga" ma anche ad umanizzare un rapporto nuovo con altri giovani più sfortunati caduti nel problema tossicodipendenza.

Si pensi che spesso è proprio in tal modo che si realizza il primo contatto con lo Stato.

Quindi quale migliore occasione di un impatto di comprensione e fiducia invece che di ignoranza e repressione!

Ma accanto a questi progetti di respiro nazionale sarebbe troppo lungo citare anche solo i principali fra i ben 2080 progetti finanziati nel '94 a Comuni e province, fra gli 80 alle Unità sanitarie locali, tutti finalizzati alla prevenzione ed al recupero, nonché fra i 55 progetti

alle Regioni per la formazione integrata di operatori pubblici e privati convenzionati e del volontariato per l'assistenza socio-sanitaria alle tossicodipendenze anche con riferimento alle problematiche della sieropositività da HIV.

A questi si aggiungeranno ben presto gli oltre 1500 progetti presentati dal cosiddetto privato-sociale, comunità, organizzazioni del volontariato, cooperative, ritenuti validi dalla Commissione istruttoria che sta ultimando i propri lavori per l'esercizio finanziario 1993.

E' forse il caso di rilevare come tale ritardo, per questi ultimi progetti, che si riflette poi sulla immediatezza degli interventi in relazione ai bisogni del territorio, scaturisce dalla evoluzione normativa del Fondo (una cui parte passava prima attraverso i Ministeri dell'Interno e del Lavoro), che nel voler portare la gestione in un solo centro di spesa al fine di facilitare un'auspicabile unicità di indirizzo evitando dispersioni e sovrapposizioni, ha in realtà determinato un sovraccarico di lavoro sia per la Commissione istruttoria che per gli Uffici competenti alla trattazione e definizione dei progetti.

Tale situazione, peraltro aggravata dalle difficoltà strutturali del Dipartimento stesso, dovrà essere per il futuro superata anche tenendo conto della naturale tendenza ad un maggiore decentramento degli interventi sul territorio nel doveroso rispetto delle autonomie delle Regioni e dei Comuni.

In questo senso del resto già nella nuova formulazione del Decreto legge a partire proprio dal 1994 si sta andando.

Infatti, come altrove si dirà, dal 1996 sarà attuata una prima regionalizzazione del 25% del Fondo proprio per i progetti che saranno presentati dal privato sociale.

Ciò permetterà di avere una risposta più appropriata e profonda ai bisogni del contesto sociale con una certa maggiore aderenza ai piani di programmazione territoriale nell'azione di contrasto alle tossicodipendenze.

Ciò soprattutto tenendo conto sia di quanto previsto dall'atto d'intesa Stato-Regioni per la definizione di criteri e modalità uniformi per l'iscrizione negli specifici albi (art.116 del DPR 309/90) degli enti ausiliari che gestiscono strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti, e sia della distribuzione Ser.T. sul territorio anche in relazione agli sviluppi organizzativi del mutato assetto sanitario regionale.

E' una tematica questa in cui occorre improrogabilmente mettere ordine con la collaborazione di tutti.

Basti pensare alle sempre più pressanti esigenze di innovazione e raccordo che si palesano nella preoccupante realtà delle tossicodipendenze in regime carcerario, soprattutto quando collegate a fenomeni di incompatibilità per infezione HIV oltre i limiti previsti, o a quelle relative ai malati in stato di AIDS conclamato.

Queste esigenze sono fortemente sentite e va detto che è ferma intenzione del Governo stimolare tutte le condizioni perché, al di là dello stesso dettato costituzionale, possa riprendere e ulteriormente svilupparsi un proficuo rapporto di collaborazione con le Regioni, del tutto necessario nella problematica "droga" laddove proprio la legge 162/90 precisa competenze ed adempimenti.

Questa volontà è emersa chiaramente nel corso degli incontri che il Ministro per la famiglia ed il suo staff dipartimentale hanno avuto con i parlamentari sia della Commissione XII della Camera dei Deputati che di quella Igiene e Sanità del Senato. Incontri costruttivi che hanno portato alla approvazione nelle rispettive sedi del più volte citato Decreto legge che, approvato dalla Camera, solo per contingenti motivi non ha potuto essere definitivamente convertito dall'assemblea senatoriale.

In questo nuovo rapporto sinergico, oltre ad immediate novità quali la menzionata regionalizzazione, la possibilità di presentare congiuntamente progetti per gli esercizi finanziari 1994/95, la più concreta funzionalità del Nucleo operativo centrale (in cui si è significativamente prevista la presenza di due rappresentanti regionali), sono state poste le premesse perché possa avviarsi un successivo lavoro di approfondimento normativo della stessa problematica delle tossicodipendenze nella più recente evoluzione sanitaria, culturale e sociale (basti pensare ai riferimenti nel nuovo decreto sulla interconnessione con la sofferta e diffusa realtà dell'alcolismo)

In tale spirito si auspica possano essere anche rapidamente superate le difficoltà normative che impediscono sotto il profilo degli organici la piena funzionalità dei Ser.T..

Ma al di là di questa progressiva sinergia legislativa, anche dal punto di vista pragmatico è significativo segnalare come nei lavori preparatori di questa stessa relazione le Regioni siano state per quanto possibile coinvolte ed abbiano partecipato a specifiche riunioni presso il Dipartimento affari sociali.

Le stesse sono state invitate peraltro a dare il proprio contributo di critica e proposta ad un seminario sulla " migliore progettualità degli interventi", organizzato per il mese di aprile

dallo stesso Dipartimento in sinergia con la Commissione istruttoria, proprio in vista della prossima presentazione dei progetti.

L'andamento del fenomeno

Nel corso del 1994 il fenomeno tossicodipendenza ed abuso di droga è stato affrontato con particolare impegno, sia sul piano della riduzione dell'offerta (repressione) che sul versante della riduzione della domanda (prevenzione).

La capacità di contattare l'utenza da parte dei Servizi Pubblici è stata confermata dai dati del 1994, che hanno superato quelli, già elevati, dell'anno precedente, sia rispetto ai tossicodipendenti direttamente seguiti dai Ser.T. (quasi 93.000 contro quasi 88.000), sia rispetto al totale degli utenti, inclusi quelli inviati dai Ser.T. presso le strutture socio-riabilitative (poco meno di 111.000 contro quasi 105.000).

Analogo aumento si evidenzia mettendo in rapporto il numero dei tossicodipendenti in trattamento alla data del 31 dicembre 1994 (circa 73.000) con il corrispondente dato del 1993 (circa 65.000).

Diversi e convergenti possono essere i motivi alla base di tale incremento.

Da una parte, una migliore e più capillare distribuzione dei Ser.T. sul territorio (dal luglio 1990 sono aumentati di circa l'11%), nonché l'ampliamento della copertura del sistema di rilevazione. Dall'altra, le campagne informative che hanno portato ad una più approfondita conoscenza del fenomeno e delle possibilità di aiuto e sostegno fornite da tutti i servizi, sia pubblici che privati. *Dall'altra ancora, un maggior gradimento del servizio offerto dai Ser.T.*

E' necessario, però, lavorare ad un ulteriore potenziamento dei servizi pubblici, soprattutto dal punto di vista della loro concreta funzionalità operativa.

Ciò richiede, quanto meno, un adeguamento calibrato del personale in base alle tipologie di intervento individuate localmente in rapporto alle singole esigenze. La realizzazione di questo obiettivo potrebbe naturalmente condurre ad una redistribuzione razionale di quei carichi di lavoro attualmente squilibrati.

Per quanto concerne la distribuzione per sesso, nel 1994, è stato confermato l'andamento degli anni precedenti, con un rapporto M/F superiore a 5 (5,3), che registra, tuttavia, valori fortemente differenziati nelle varie Regioni: da rapporti inferiori a 3 a valori di poco inferiori a 12.

Di particolare significato la diminuzione della quota di soggetti più giovani trattati dai Servizi, che riguarda complessivamente le classi di età inferiori a 30 anni ed il corrispondente aumento degli ultratrentenni: questo risultato può essere interpretato come effetto delle campagne di prevenzione avviate in forma massiccia con l'inizio degli anni '90. Un tale andamento assume particolare rilievo se si considera l'aumento complessivo del numero di utenti registrati presso i Servizi (da circa 93.000 nel 1991 a quasi 111.000 nel 1994).

A questo proposito è opportuno rilevare il forte divario di qualità esistente tra il sistema di servizi operante nel nostro Paese e quello (scarso od insufficientemente strutturato) disponibile nella maggioranza degli altri paesi europei e che, salvo qualche caso, sono in grado di fornire solo delle stime indirette sull'entità della popolazione di tossicodipendenti, senza conseguire quei risultati conoscitivi raggiunti da molti anni nel nostro Paese.

Una immediata conoscenza di questa situazione si evidenzia nel settore delle ricerche che vengono suggerite in ambito comunitario, gran parte delle quali si propongono obiettivi conoscitivi già ampiamente conseguiti in Italia.

Attraverso l'articolazione delle tipologie di trattamenti-interventi praticati dal sistema dei Servizi Pubblici è emersa una riduzione modesta di quelli di tipo psico-sociale e/o riabilitativo, passati da circa il 40% (1993) a poco meno del 38% (1994), con un corrispondente aumento dei trattamenti farmacologici. Questa variazione va attribuita ad una prima applicazione delle modifiche referendarie.

Un primo impatto di queste modifiche sui trattamenti con farmaci agonisti ha prodotto, infatti, un immediato incremento dei trattamenti con metadone, particolarmente di quelli a dosaggi a lungo termine (passati dal 9,7% del 1992 al 14,4% e 16,5% nel 1993 e 1994). Solo nell'autunno 1994 gli interventi dei Ser.T. hanno potuto essere indirizzati verso una più corretta applicazione della nuova situazione, attraverso l'emanazione di apposite linee-guida predisposte dal Ministero della Sanità.

L'eroina costituisce ancora la sostanza di abuso primaria segnalata dagli utenti dei servizi, anche se, per la prima volta, in proporzione inferiore al 90% (circa 86%). Leggeri incrementi sono stati segnalati per i cannabinoidi e la cocaina; più marcato è l'aumento per le sostanze classificate sotto la voce "altro".

Dopo il 1990 le strutture socio-riabilitative si sono variamente articolate, in base all'esigenza dell'utenza, producendo un aumento cospicuo del loro numero complessivo (+

28,4% tra il dicembre '91 e lo stesso mese del '94) ed una diversa distribuzione delle loro tipologie, in risposta alle specifiche richieste dell'utenza.

A fronte di questo aumento e differenziazione, l'utenza ha subito una lieve flessione (quasi 25.000 utenti nel 1991 in 932 strutture e circa 23.000 in 1.173 strutture nel 1994), trovando, nel contempo, la risposta ai propri bisogni nelle varie tipologie offerte.

L'incremento rilevante dell'utenza, registrato nello stesso periodo dai Servizi pubblici, non deve essere preso a criterio di valutazione della richiesta di trattamenti socio-riabilitativi presso le strutture private che, per la loro stessa natura, costituiscono, in linea di massima, la fase finale del processo terapeutico riabilitativo.

Un ruolo di particolare rilievo nell'ambito della prevenzione è stato svolto dalle Prefetture attraverso l'applicazione dell'art. 75 del T.U. 309/1990, relativo al consumo e detenzione di sostanze stupefacenti per uso personale.

Dalle segnalazioni pervenute, si rileva che l'età media dei consumatori è di 23/24 anni, con una netta prevalenza di maschi (93% circa).

I dati relativi ai segnalati, anche se in sintonia con quanto evidenziato rispetto agli utenti dei servizi, hanno una propria peculiarità. Dei circa 82.500 segnalati dal luglio 1990 al dicembre 1994, i 2/3 sono giovani fino a 25 anni (67% circa). Questa proporzione, più che doppia rispetto alla corrispondente fascia di utenti dei Servizi (31% fino a 24 anni), evidenzia l'efficacia dell'intervento, che consente di individuare ed intercettare, senza il ricorso a sanzioni penali, una quota assai più rilevante di giovanissimi, ancora in condizioni precoci rispetto all'abuso per dover richiedere un trattamento ai Ser.T.

Anche se una parte di questi segnalati (il 36% circa) ha chiesto il trattamento terapeutico-riabilitativo presso i Ser.T. (e di questi il 37% circa lo ha già terminato), l'efficacia della procedura a fini preventivi è indubbia.

Dai dati, inoltre, si desume come il consumatore di droga per uso personale sia, in linea di massima, un soggetto integrato nel tessuto sociale: il 55% circa è, infatti, occupato stabilmente.

Le iniziative di verifica, svolte dal Ministero della Difesa, della prevalenza di assuntori tra i giovani di sesso maschile alla prima visita di leva, di incorporamento e nel corso di ricoveri presso ospedali militari, hanno fornito elementi utili attraverso l'accertamento della presenza delle principali droghe (oppiacei, cocaina, cannabinici) in matrici biologiche, quali l'urina, dei soggetti esaminati, appartenenti alle varie Forze Armate (Esercito, Marina, Aeronautica). Gli

accertamenti hanno consentito uno screening obiettivo sulla base del parametro presenza-assenza (che ovviamente non coincide con lo stato di tossicodipendenza). La positività in un campione di una delle tre Forze Armate è risultata 1,3% per i cannabinici, 0,2% per gli oppiacei, 0,17% per la cocaina, 0,04% per le amfetamine.

Una ulteriore conferma del graduale minore coinvolgimento delle classi giovanili nel problema droga sembra emergere anche dai dati relativi alle schede individuali per farmacodipendenza pervenute alla Direzione Generale della Sanità Militare del Ministero della Difesa: questi mostrano, infatti, una netta riduzione dei soggetti tossicodipendenti (- 26% : da 2.720 nel 1993 a 2.008 nel 1994), di cui la grande maggioranza è costituita da militari di leva.

Ulteriore elemento conoscitivo scaturisce dal tipo di droga utilizzata: la cannabis ed i prodotti cannabinici (che sono diffusi soprattutto tra le classi giovanili) riguardano circa il 75% dei casi e il loro uso è generalmente antecedente all'incorporamento.

Analoghi risultati emergono dai dati rilevati dall'Ufficio Centrale per la Giustizia Minorile del Ministero di Grazia e Giustizia. Nel corso del 1994 non si è verificato alcun caso di soggetti - già coinvolti in precedenza in problemi di tossicodipendenza - per i quali sia stato definito un programma terapeutico e socio-riabilitativo, ai sensi dell'art. 121, commi 2 e 3, D.P.R. 309/90.

La distribuzione dei detenuti cosiddetti tossicodipendenti negli Istituti di detenzione per adulti (questa classificazione è da considerarsi convenzionale e prescinde dallo stato di dipendenza inteso in senso stretto) presenta ancora profonde difformità da Regione a Regione e da Istituto ad Istituto, con valori di poco superiori al 10% (Calabria 11%, Sicilia 14%) fino a valori di oltre il 40%-50% (Valle d'Aosta 51%, Sardegna 42% e Liguria 41%).

Permane il forte divario tra lo stato dichiarato di tossicodipendenza e la modestissima rilevanza dei trattamenti metadonici prescritti (circa il 2%).

Da notare la prevalenza di sieropositivi HIV (2.583) tra i detenuti cosiddetti tossicodipendenti presenti al 31.12.1994. Si deve, tuttavia, tenere conto che i relativi accertamenti sono stati effettuati a seguito di screening volontari.

A questo proposito, e per una valutazione complessiva del fenomeno, giova segnalare che la prevalenza di sieropositivi HIV determinata su 18.265 detenuti testati, tossicodipendenti e non, è risultata del 7,6% (media nazionale), con punte superiori al 10% (Lazio, Emilia Romagna, Sardegna), fino a valori nulli (Molise, Valle d'Aosta).

Gli accertamenti di screening hanno interessato complessivamente oltre 40.000 detenuti su circa 100.000 nuovi giunti nel corso dell'anno: ciò dimostra la consistenza dell'impegno sanitario profuso.

Ad ulteriore integrazione si segnala l'efficacia della procedura introdotta nel 1992, in base alla quale sono stati scarcerati 2.257 detenuti affetti da AIDS conclamato e/o HIV positivi, in condizioni di incompatibilità, anche per situazioni di grave insufficienza immunitaria.

Gli indicatori di cui sopra ed il loro accertamento costituiscono indubbiamente un problema di non facile soluzione. L'affidabilità del dato, sotto il profilo preventivo ed epidemiologico oltre che terapeutico, è strettamente associata alla rappresentatività del campione testato; è pertanto essenziale intervenire sul potenziamento della garanzia dell'anonimato, che costituisce attualmente un aspetto critico per le richieste volontarie di accertamento, in modo da indurre la grande maggioranza dei detenuti a sottoporsi al test.

Un andamento decrescente hanno anche registrato i decessi correlati all'abuso di droga (- 5,4% rispetto al 1993: da 888 a 840 morti).

Oltre ad una diminuzione del totale dei decessi, si è assistito anche ad una continua diminuzione percentuale dei decessi delle fasce più giovani. Ciò conferma il trend registrato, in base ai valori assoluti, a partire dal 1992 e rilevato precocemente attraverso l'adozione del tasso "empirico" di mortalità correlata, rimasto stabile, dal 1988 al 1992, sul valore di 18-19 decessi/1.000 tossicodipendenti, nonostante la crescita imponente dei valori assoluti, e decisamente in decrescita dal 1992, passando da 13,7; 8,1 e 7,6 per mille tossicodipendenti.

Il peso crescente delle fasce più anziane (oltre 30 anni di età) sui decessi correlati, passati da poco più del 20% (1985) a circa il 37% (1994) del totale, conferma l'assunto che il fenomeno interessa prevalentemente i tossicodipendenti con più lunga carriera tossicomana e, ovviamente, più anziani e, comunque, più esposti ad episodi di overdose, reale o indiretta o dovuta a modifiche sostanziali della tolleranza, oppure ad incidenti associati alla modalità di assunzione.

Circa l'abuso di droghe cosiddette di sintesi, utilizzate frequentemente nel tempo libero, e gli incidenti stradali mortali correlati in via presuntiva anche alla loro assunzione, occorre precisare che non sono disponibili in Italia dati statistici relativi agli incidenti stradali mortali verosimilmente causati da assunzione di droghe di sintesi riferibili ai metilendiossi-derivati delle amfetamine. In altre parole, la causa mortis non può essere direttamente riconducibile all'uso

e/o abuso di droghe sintetiche (ecstasy in particolare), così come dimostrano i pochi elementi informativi deducibili da una modesta quantità di casi verificati attraverso esami autoptici e tossicologici. Si tratta, infatti, di una serie di concause con effetti combinati difficilmente separabili e valutabili singolarmente (stress da inquinamento acustico, molto diffuso nei consueti luoghi di aggregazione giovanile; ingestione di notevoli quantità di alcool associato all'assunzione di sostanze psicotrope; stanchezza; alterazione di tutto l'apparato sensorio ed, in particolare, di quello della percezione della realtà circostante, da cui conseguono, pertanto, effetti distorsivi; eccessiva velocità; colpi di sonno; condizioni meteo; esibizionismo; etc.).

Allo scopo di dare una più puntuale connotazione alla problematica, la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno intende svolgere un monitoraggio, a livello nazionale, attraverso un progetto finalizzato che prevede la partecipazione dei Ministeri della Sanità e dell'Università e della Ricerca, nonché dell'Autorità Giudiziaria.

L'attività di prevenzione primaria (quella cioè diretta a non far diventare tossicodipendente chi non lo è) ha visto il coinvolgimento cospicuo di unità scolastiche e di alunni prevalentemente afferenti alla scuola dell'obbligo.

Poco più di un terzo degli alunni delle scuole elementari (quasi 896.000) ed oltre il 46% degli alunni delle scuole medie inferiori (quasi 884.000) sono stati direttamente coinvolti nelle iniziative nel corso dell'anno scolastico 1993/1994, con incrementi superiori all'8% rispetto al 1992/1993. A questo processo ha contribuito anche la componente genitori accresciuta di oltre il 32% rispetto all'anno precedente, limitatamente alle scuole elementari.

Analoga attività di prevenzione è stata messa in atto anche dalla collettività militare, la quale ha promosso e sviluppato una corretta informazione sul problema droga, inserendola nel più vasto contesto dell'educazione alla salute.

In questo modo circa 300.000 giovani delle tre Forze Armate sono stati informati, anche nel corso del 1994, sui danni derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti.

I risultati di tali interventi potranno, peraltro, essere pienamente valutati solo a medio termine.

Un rilievo più specifico assume la diffusione di talune patologie infettive, in una certa misura associate all'assunzione di sostanze stupefacenti e che registrano nell'HIV/AIDS, nelle epatiti B e C ed in altre manifestazioni, le conseguenze più pesanti.

E' doveroso, a questo proposito, richiamare l'attenzione sulla compromissione che la sola assunzione di certe sostanze, quali gli oppiacei morfiniti ed altre sostanze d'abuso,

determina sulle proprietà immunitarie, riducendone in misura rilevante le capacità di difesa nei riguardi delle infezioni esterne. Questa premessa diventa necessaria per consentire una corretta valutazione dei limiti e del significato da attribuire ai vari interventi che vengono proposti a fini preventivi del danno e/o del rischio, oltre che della congruità dei benefici attendibili sulla base delle esperienze condotte in altre realtà nazionali con differenti normative di distribuzione di presidi medico-chirurgici.

Dei 25.783 casi di AIDS segnalati dall'inizio del fenomeno, 14.990 (58,1%) sono deceduti. Relativamente alla distribuzione regionale non risultano sensibilmente modificati gli elementi riportati per gli anni precedenti.

Dopo il crescente aumento registrato fino al 1988, con il 71,2%, i casi correlati con la tossicodipendenza (tossicodipendenti, omosessuali-tossicodipendenti) sono risultati percentualmente in costante diminuzione, giungendo, l'anno scorso, al 63,3%.

Un particolare rilievo va attribuito all'entità del rischio differenziato tra i sessi, quale risulta dai rapporti eterosessuali con partner tossicodipendente: a fronte del 42,1% (valore medio) il rischio per le femmine è più che doppio rispetto ai maschi (60,2% contro il 26,0%).

Alcune iniziative coerenti con i risultati disponibili riguardano:

- 1) la necessità di mettere in atto interventi mirati a limitare la diffusione dell'infezione da HIV ed altre patologie infettive nei tossicodipendenti (ad esempio l'appropriato uso di farmaci sostitutivi);
- 2) l'importanza di ridurre il rischio di trasmissione sessuale dell'infezione da HIV fra i tossicodipendenti e da questi al resto della popolazione sessualmente attiva;
- 3) stimolare l'approfondimento delle conoscenze relative alle patologie correlate alla tossicodipendenza, al fine di migliorare le capacità di gestione clinico-terapeutica delle patologie stesse;
- 4) verificare lo stato della copertura della vaccinazione contro l'epatite B nei tossicodipendenti, e sollecitarne l'esecuzione, in particolare nei nuovi soggetti a rischio.

In base alle esperienze nel settore maturate in questi ultimi anni, nonché alle informazioni statistiche prodotte, è stata avvertiva da più parti la necessità di potenziare le possibilità offerte dal sistema informativo attuale, allo scopo di migliorarne la quantità di informazioni raccolte, la qualità e la trasferibilità sul campo dei risultati, la tempestività nella trasmissione degli stessi dalle fonti alle sedi di elaborazione e di attuazione di norme e linee di indirizzo.

A tal fine l'Osservatorio permanente sul fenomeno droga ha allo studio un apposito Progetto, che vedrà, per la prima volta, il coinvolgimento di molte Amministrazioni dello Stato presenti nel Comitato nazionale di coordinamento per l'azione antidroga, nonché di alcune Regioni pilota.

Tale progetto, per il quale è stato costituito un apposito Gruppo di lavoro interministeriale, è condiviso e seguito anche dalla Presidenza del Consiglio.

La realizzazione di questo progetto, così come la partecipazione italiana, sotto il monitoraggio del Dipartimento Affari Sociali, al progetto REITOX, avviato lo scorso anno nell'ambito dell'Osservatorio europeo, apporterà sicuramente risultati positivi sull'attuale sistema di rilevazione.

Alcune considerazioni conclusive

Fermo restando che la problematica "droga e tossicodipendenze" è certamente una delle più gravi che l'umanità si trova ad affrontare, si può tuttavia affermare che qualche risultato positivo si sta raggiungendo nel nostro Paese, malgrado le persistenti difficoltà d'ordine soprattutto amministrativo e di coordinamento tra i vari soggetti operanti nel settore.

Pur con tutte le cautele legate alla complessità del fenomeno, è innegabile che alcuni indicatori (la progressiva flessione dei decessi correlati all'uso di droga, la più visibile emersione del fenomeno, la maggiore fiducia verso i servizi pubblici e privati, il minore coinvolgimento delle fasce giovanili approdate ai SERT per uso eroina) mostrano come la strategia globale intrapresa dal Governo sin dal 1990, in coerenza con le linee guida fissate dalla comunità delle Nazioni Unite, vada nella giusta direzione.

Attraverso tale azione globale l'Italia è riuscita a creare su tutto il territorio, sovente meglio di tanti paesi, una fitta "rete interattiva" attraverso cui si estrinsecano interventi sinergici del pubblico (Ministeri, Regioni, Comuni, Unità sanitarie locali...) e del privato sociale in tutta la sua straordinaria vitalità (comunità, volontariato, cooperative).

Occorre continuare su questa strada stimolando, sia nelle formali sedi istituzionali (es. la Conferenza Stato-Regioni; i Comitati provinciali delle pubbliche amministrazioni) e sia ovunque ci siano momenti di costruttiva riflessione, una sempre maggiore collaborazione con le autonomie territoriali e soprattutto con la Regioni.

Attraverso queste ultime, in ossequio peraltro al dettato costituzionale ed alla stessa normativa della 309/90, passano imprescindibili momenti di decisionalità, responsabilità, programmazione, coerenza ed efficacia degli interventi sulla problematica "droga-tossicodipendenze", per una più aderente risposta ai bisogni delle variegata realtà sociali del territorio.

Ciò chiaramente nel quadro di principi generali di riferimento che, per una tematica di tale complessità e dalle delicate connessioni internazionali, non possono che essere fissati nelle sedi decisorie dell'azione politica del Paese, e quindi per il Governo nel Comitato nazionale di coordinamento per l'azione antidroga presieduto da Presidente del Consiglio, in aderenza alla volontà espressa dal Parlamento.

Il Parlamento è la sede appropriata nella quale, se le forze politiche lo riterranno opportuno o necessario, potrà riaprirsi il dibattito sulla delicata e tormentata problematica della regolamentazione-liberalizzazione delle droghe (se e di quali), per cercare di addivenire a soluzioni che, in un contesto nazionale ed internazionale, superando ogni contrapposizione ideologica in una materia in cui nessuno possiede verità assolute, mirino soltanto a tenere lontano il pericolo "tossicodipendenze" dalle nuove generazioni.

Sarà anche l'occasione per chiarire alcune incertezze operative legate agli esiti referendari, nonché per affrontare in maniera più globale, come postula il decreto legge reiterato, il grave problema dell'alcolismo, per pensare ad un più sistematico intervento nelle scuole, e magari per meglio definire altri argomenti, anche alla luce delle sentenze della Corte Costituzionale, come la discriminazione conseguente all'automatismo della scarcerazione dei detenuti malati comuni rispetto a quelli affetti da AIDS ; o l'eventuale obbligatorietà o meno degli accertamenti di sieropositività in particolari circostanze per particolari soggetti.

In attesa e nell'auspicio che ciò avvenga, la volontà di affinare al massimo l'opportuna quanto doverosa collaborazione Stato-Regioni emerge evidente sia dalle innovazioni apportate nel citato decreto legge (regionalizzazione del 25% del Fondo dal prossimo anno, presenza di rappresentanti regionali nel Nucleo operativo..) e sia dai lavori parlamentari svolti con grande reciproca comprensione e disponibilità tra le competenti Commissioni di Camera e Senato ed il Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale.

D'altro canto non sfugge a nessuno l'urgenza di migliorare nel frattempo quei momenti di confronto, ideazione e pianificazione, sia su aspetti organizzativi e gestionali (si pensi ad esempio alle difficoltà legate all'attuazione concreta degli albi regionali voluti dalla legge

162/90 in aderenza allo schema di intesa Stato-Regione del febbraio '93; alla necessità di legare il finanziamento dei progetti gravanti sul "Fondo nazionale" ad un sempre più effettivo monitoraggio e controllo sui risultati realmente ottenuti); e sia su aspetti sempre più drammatici come quelli legati alla situazione carceraria e sanitaria o alla necessità di interventi coordinati nei settori di maggiore emarginazione sociale (si pensi alla prostituzione immigrata ed al suo enorme potenziale di contagio HIV, alla marginalità dei giovani delle periferie urbane ed alla microcriminalità da droga).

E' evidente che tale sinergia sarà tanto più efficace quanto più le Amministrazioni centrali saranno in grado di adeguare le proprie strutture alle accresciute esigenze di intervento sul piano sociale (basti pensare alle nuove competenze del Dipartimento affari sociali per quanto riguarda non solo la tematica droga, ma anche quelle della famiglia, dei minori, dell'immigrazione, dell'handicap...).

Discorso questo che vale e varrà ancor più per le Regioni che dovranno attrezzarsi già nel corso di quest'anno, come il decreto legge puntualmente prevede, dal punto di vista strutturale, normativo e tecnico onde essere in grado di istruire, definire e controllare i progetti che saranno ad esse presentati a partire dal '96 dagli Enti ausiliari.

Discorso peraltro ampio e complesso che non potrà prescindere dall'attuale evoluzione organizzativa del sistema sanitario regionale ispirato ad una visione manageriale di nuova efficacia degli interventi di un pubblico servizio.

E sotto questo aspetto si dovrà considerare come una delle caratteristiche emerse dall'analisi del fenomeno tossicodipendenze sia proprio la maggiore disponibilità degli utenti di rivolgersi ai SERT, di cui pertanto dovranno essere affrontate anche in sede legislativa le esigenze di potenziamento delle strutture e dell' organico.

Così come non si potrà prescindere da una più adeguata pianificazione degli interventi, attraverso particolari convenzioni, per fronteggiare l'esplosiva e drammatica situazione scaturente dalla tossicodipendenza e dalla sieropositività in carcere, per non parlare del penoso e sovente perverso circuito carcere-libertà-carcere dei detenuti scarcerati per incompatibilità HIV e che commettono nuovi reati.

Riteniamo che una via percorribile per affrontare molti di questi aspetti interconnessi è quella di aumentare ancor più le occasioni concrete di incontro per sviluppare sia una maggiore conoscenza delle rispettive situazioni e potenzialità nel settore e sia per affinare una maggiore progettualità reciprocamente integrata nel quadro delle rispettive programmazioni.

E' proprio in questa direzione che il Dipartimento Affari Sociali, ferma restando ovviamente la successiva valutazione di merito della Commissione istruttoria, stimola i diversi soggetti pubblici e privati, affinché nel predisporre i progetti finalizzati gravanti sul Fondo, si muovano con un'ottica di azione sinergica sui diversi aspetti della formazione, delle attività di recupero lavorativo, dell'informazione, della riduzione del danno, della verifica dei risultati (basti pensare al progetto che congiuntamente e per la prima volta diversi dicasteri, Interno, Giustizia, Pubblica Istruzione, Difesa, Sanità..) col coinvolgimento anche di alcune Regioni, stanno preparando per affinare il sistema informatico per la trattazione dei dati e la verifica dei risultati; o al seminario che il prossimo 7 aprile il Dipartimento in sinergia con la stessa Commissione istruttoria ha indetto invitando soggetti pubblici e privati per confrontare e migliorare le rispettive capacità progettuali, anche alla luce dell'esperienza concreta scaturita dai lavori istruttori.

A questa necessità di sempre maggiore integrazione delle potenzialità operative dei diversi soggetti operanti nella problematica "droga-dipendenza" si ispira d'altro canto il Decreto Ministeriale che regolerà i criteri e le modalità di presentazione dei progetti in un altrettanto assicurata esigenza di trasparenza e verifica degli interventi.

Accanto a questa azione più propriamente indirizzata sul piano nazionale non si può non far qui cenno alla necessità di assicurare ed affinare una continua, vigile e professionalmente qualificata presenza sul piano internazionale, nelle varie sedi di cooperazione multilaterale e bilaterale, ove vengono dibattute ed assunte decisioni su tale delicato fenomeno.

Ciò consentirà anche al nostro Paese di potersi inserire efficacemente nei programmi internazionali esistenti, a volte non completamente conosciuti ed utilizzati, che possono consentire di integrare l'azione nazionale attraverso i mezzi finanziari forniti dai diversi competenti organismi (Fondo sociale europeo, programmi delle Nazioni Unite...).

Riteniamo che se accanto a questo ulteriore miglioramento dell'azione globale già intrapresa si riuscirà anche a coniugare la capacità di un cambiamento culturale delle amministrazioni e degli operatori nell'avvicinarsi al mondo dei giovani, con perseveranza ed umiltà, cercando di comprenderne i bisogni, le ansie, il linguaggio (l'ultima campagna antidroga mostra che ciò sta avvenendo) i risultati, anche al di là delle contraddizioni che sovente emergono dal mondo degli "adulti" non potranno che essere ulteriormente confortanti.

Per il bene di tanti ragazzi, delle loro famiglie e del Paese intero.

Le innovazioni legislative relative al Fondo Nazionale

Le innovazioni legislative: Il Fondo Nazionale di Intervento per la lotta alla droga**Normativa del D.P.R. n. 309/1990 in materia di sostegno finanziario alle attività di prevenzione e recupero dalle tossicodipendenze**

La legge di riforma della disciplina sugli stupefacenti aveva previsto il sostegno finanziario degli interventi in materia di prevenzione e recupero dalle tossicodipendenze, attuati su iniziativa di amministrazioni ed enti pubblici, insieme ad altre forme di sostegno delle attività dei soggetti privati. In estrema sintesi la legge n. 162 del 1990 (contenuta nel testo unico approvato con D.P.R. n. 309/1990):

a) aveva operato la istituzione del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri (articolo 127 del testo unico), con dotazione annuale di lire 178 miliardi rideterminati annualmente dalla legge finanziaria. Il Fondo era destinato al finanziamento di progetti di prevenzione e recupero predisposti da Ministeri, regioni e comuni. Per l'esame dei progetti era stata istituita, ai sensi del comma 6 dell'art. 127 del testo unico, una commissione istruttoria operante presso il Dipartimento per gli affari sociali;

b) aveva rifinanziato nella misura di lire 50 miliardi annui gli interventi di competenza del Ministero dell'interno per il finanziamento di progetti dei comuni, delle unità sanitarie locali e delle associazioni, cooperative ed enti privati. Il 40 per cento dello stanziamento era destinato al sostegno di progetti di reinserimento lavorativo. L'esame e l'approvazione di tali progetti erano demandati ad una apposita commissione presieduta dal Ministro per gli affari sociali e composta da rappresentanti di Amministrazioni dello Stato;

c) aveva altresì destinato 100 miliardi per il triennio 1990-1992 al Ministero dei lavori pubblici (CER) per sostenere le opere di costruzione, ampliamento o recupero di immobili destinati a sedi di comunità terapeutiche. Dall'anno 1993 questi interventi non sono rifinanziati.

Innovazioni apportate con il decreto-legge n. 3 del 1993, reiterato sino al vigente decreto-legge 17 marzo 1995, n.82

Le ragioni che hanno condotto alla emanazione del decreto-legge sono da ravvisarsi nella esigenza di razionalizzazione degli interventi di natura finanziaria attuati dallo Stato in materia di tossicodipendenza; a tale scopo il Governo ha ravvisato l'opportunità di individuare un unico punto di gestione degli interventi stessi in modo da consentire una maggiore chiarezza circa il soggetto erogatore ed agevolare così l'attività delle molteplici e multiformi realtà sociali che operano nel campo della prevenzione e del recupero dalla tossicodipendenza.

Pertanto a mezzo della decretazione d'urgenza si è provveduto alla soppressione del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga di cui all'articolo 127 del testo unico per procedere alla contestuale reistituzione: operazione contabile che ha consentito l'iscrizione in bilancio, nello stato di previsione della Presidenza del Consiglio dei Ministri, di un nuovo capitolo che a differenza del precedente compare nella rubrica relativa al Dipartimento per gli affari sociali. Nel nuovo Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga sono confluite sia le risorse originarie (178 miliardi) sia quelle destinate al Ministero dell'interno (50 miliardi).

Circa le finalità di tali stanziamenti, all'articolo 1 del decreto-legge si richiamano gli articoli 127, 131, 132, 134 del testo unico, secondo i quali il Fondo è destinato a sostenere iniziative di Ministeri, delle regioni (a fini di formazione degli operatori), degli enti locali e delle unità sanitarie locali, nonché di soggetti privati (per progetti di prevenzione e recupero dalla tossicodipendenza).

Il decreto-legge è tuttora all'esame del Parlamento per i lavori di conversione in legge. Nel corso delle sedute sin qui tenute dalla XII Commissione affari sociali della Camera, si sono evidenziate chiare linee di indirizzo che sono state via via recepite nel corso delle reiterazioni del provvedimento. In particolare, il Parlamento ha inteso avviare primi interventi in materia di alcodipendenza; pertanto tra le tipologie di progetti finanziabili a valere sul Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga, all'articolo 1, comma 3, del decreto-legge si prevede che i progetti presentati dagli enti locali e dalle unità sanitarie locali siano finalizzati alla prevenzione e al recupero dalla tossicodipendenza e della alcodipendenza correlata.

Ma il punto di maggior rilievo introdotto dal Governo su indicazione del Parlamento è da ravvisarsi senza dubbio nell'avvio del decentramento in favore delle regioni di una parte degli stanziamenti del Fondo. L'articolo 4 del decreto-legge prevede infatti che a decorrere

dall'esercizio finanziario 1996 sono trasferite alle regioni le somme da destinare al finanziamento di enti, organizzazioni di volontariato, cooperative e privati, nella misura del 25 per cento delle disponibilità del Fondo. In conformità alle risultanze del dibattito parlamentare, la disposizione prevede che la quota verrà ripartita tra le regioni in proporzione al numero degli abitanti, al numero dei posti residenziali e semiresidenziali, alle sedi operative ed ai programmi attivati nell'ambito del territorio regionale. E' previsto l'esercizio del potere sostitutivo da parte del Governo nei confronti delle regioni che non provvedano nei termini stabiliti. Il trasferimento alle regioni è stabilito a decorrere dall'anno 1996 per permettere alle regioni stesse la necessaria organizzazione, sia per quanto attiene alle procedure di finanziamento, sia con riferimento alla predisposizione degli strumenti di verifica dell'efficacia degli interventi.

Ulteriori provvedimenti assunti con il decreto-legge riguardano la istituzione di un nucleo operativo e la attribuzione della copertura finanziaria necessaria per l'attivazione del servizio telefonico "numero verde" *Drogatel* nell'ambito dello "Sportello per il cittadino" presso il Dipartimento per gli affari sociali. Circa il nucleo operativo, si tratta di uno strumento di monitoraggio e di valutazione dei risultati raggiunti sul territorio, attraverso verifiche a campione sullo stato di attuazione dei progetti ammessi a finanziamento. Per agevolarne il concreto avvio delle attività, il decreto-legge ha previsto che il nucleo operativo, composto da 15 esperti, inizi ad operare dalla nomina del terzo componente.

Profilo di non minore rilievo è poi quello relativo all'organico dei sevizi per le tossicodipendenze presso le unità sanitarie locali (Ser.T.), cui attiene l'articolo 8 del decreto-legge. La norma si riferisce alla esigenze di agevolare la funzionalità di detti servizi, disponendo che i posti di responsabile di Ser.T. siano conferiti mediante concorsi interni cui possono accedere coloro che sono in possesso dei requisiti determinati dalla norma stessa. Per il personale diverso da quello apicale, pur non essendo previsto analogo concorso *ad hoc*, si persegue la finalità di tutela delle professionalità acquisite mediante l'attribuzione di punteggi preferenziali a vantaggio di coloro (psicologi, operatori sociali, ecc.) che abbiano acquisito *specificata esperienza lavorativa in materia*.

Infine, va sottolineato l'aspetto relativo alla gestione del Fondo per gli anni 1994 e 1995. In altra parte della presente relazione si rende conto dello stato di erogazione dei finanziamenti: in questa sede è necessario evidenziare come la mancata conversione in legge del decreto-legge ed il susseguirsi delle vicende politico-istituzionali, abbia fortemente inciso sui termini naturali di erogazione, *determinando un ritardo nella gestione del Fondo*. Allo

scopo di colmare almeno in parte tale ritardo, con il decreto-legge si è previsto che le somme relative agli esercizi finanziari 1994 e 1995 sono ripartite tutte nell'esercizio finanziario 1995, su presentazione di progetti relativi, congiuntamente o disgiuntamente, alle due annualità (articolo 2, comma 2). Lo stesso articolo 2, inoltre, per rispondere alle esigenze di massima trasparenza e di celerità nella erogazione dei contributi, detta ulteriori disposizioni di natura contabile, in base alle quali viene operato il decentramento delle procedure, per permettere agli enti locali ed ai soggetti privati l'individuazione immediata delle figure istituzionali cui far riferimento.

Ai fini della individuazione dei termini e delle modalità di presentazione delle domande, nonché della determinazione dei criteri per l'esame della congruenza e della validità dei progetti da parte della apposita commissione istruttoria, all'articolo 3, comma 1, è prevista la emanazione di un decreto del Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale. La natura regolamentare di tale decreto - attualmente in corso di redazione -, ha comportato la necessità di tempi adeguati per l'emanazione, essendo necessario, a norma dell'articolo 17 della legge n. 400 del 1988, acquisire il parere del Consiglio di Stato e sottoporre il provvedimento al visto ed alla registrazione della Corte dei Conti.

L'importanza da annettere al decreto-legge in oggetto è di rilievo: ad esso guardano con attenzione e legittima aspettativa le istituzioni pubbliche ed il mondo del volontariato. Il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga è tra gli strumenti privilegiati con cui lo Stato si rende presente nell'affrontare i molteplici drammatici aspetti del fenomeno della tossicodipendenza: non ci si può attendere altro che la prossima, sollecita conversione in legge.

Il Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga

L'attività svolta nell'anno 1994, relativamente all'esercizio finanziario 1993, nell'ambito del Fondo Nazionale di Intervento per la lotta alla droga

Il D.L. 12 gennaio 1993 n°3, da ultimo reiterato con D.L. 16 gennaio 1995 n°19, stabiliva in Lire 217.600.000.000, per l'esercizio finanziario 1993, l'entità del fondo destinato al finanziamento dei progetti per attività di prevenzione, recupero e reinserimento.

Tale fondo è stato così ripartito:

- una quota del 25% per le Amministrazioni dello Stato	(L.54.400.000.000)
- una quota del 47% per gli Enti Locali e le UU.SS.LL.	(L.102.272.000.000)
- una quota del 25% per Enti, organizzazioni di volontariato cooperative, privati	(L.54.400.000.000)
- una quota del 3% per le Regioni	(L. 6.428.000.000)

Sono pervenuti per l'esame istruttorio da parte della prevista Commissione, n°2348 progetti, dei quali:

n°56	dalle Amministrazioni dello Stato
n°1991	dai Comuni
n°78	dalle Regioni
n°9	dalle Province
n°80	dalle UU.SS.LL.
n°134	da parte di vari enti, pervenuti fuori termine.

La richiesta complessiva di finanziamento é stata pari a L.681.206.822.215 e risultava così ripartita:

-Amministrazioni dello Stato	L.150.821.932.880
-Comuni	L.504.232.635.704
-Province	L. 2.232.544.000
-UU.SS.LL.	L. 10.846.026.631
-Regioni	L. 13.073.683.000

A seguito dell'esame da parte della Commissione Istruttoria, il Ministro per gli Affari Sociali, sentito il Comitato nazionale di coordinamento per l'azione antidroga, ha disposto i seguenti finanziamenti:

Amministrazioni dello Stato

- Ministero dell'Interno	L.12.272.300.000
- Ministero della Sanità	L. 900.000.000
- Ministero della Difesa	L. 1.880.000.000
- Ministero della Pubblica Istruzione	L.24.350.000.000
- Ministero di Grazia e Giustizia	L. 9.657.700.000
- Ministero dell'Università e R.S.	L. 800.000.000

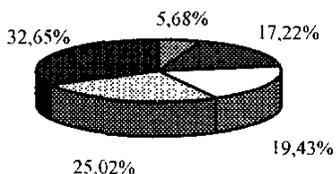
Comuni	L.98.367.200.000
Province	L. 610.000.000
UU.SS.LL.	L. 4.176.000.000
Regioni	L. 5.362.000.000

Nel corso del 1994, la Commissione Istruttoria ha avviato l'esame di circa 1500 progetti di recupero e reinserimento presentati da Enti, organizzazioni di volontariato, cooperative e privati ai sensi degli artt.131, 132, 134 del D.P.R. 309/90 e successive modificazioni. Attualmente il lavoro istruttorio è in via di completamento.

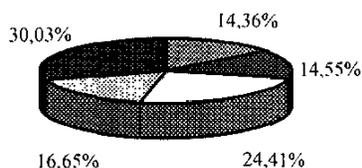
A tali progetti è stata destinata, oltre lo stanziamento iniziale del 25% del fondo, la somma residua di L.1.362.000.000 e la somma di L.3.462.800.000 come stabilito dal comitato Nazionale Antidroga nelle sedute del 21 dicembre 1993 e 12 aprile 1994 per cui la disponibilità complessiva, al netto della quota di L.3.029.100.000, destinata ai progetti di cui all'art.ex 127 D.P.R.309/90, è di L.56.195.700.000

AMMINISTRAZIONI DELLO STATO FINZIAMENTI DISPOSTI

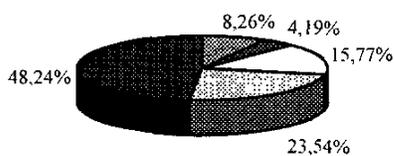
	1990	1991	1992	1993
INTERNO	15.473.000.000	18.060.000.000	8.500.000.000	12.272.300.000
SANITA'	13.716.400.000	10.762.000.000	2.258.900.000	900.000.000
DIFESA	4.520.000.000	10.622.000.000	4.450.050.000	1.880.000.000
PUBBLICA ISTRUZIONE	26.000.000.000	22.220.000.000	26.000.000.000	24.350.000.000
GRAZIA E GIUSTIZIA	19.923.000.000	12.319.000.000	12.690.000.000	9.657.700.000
UNIVERS. E RIC. SCIENT.				800.000.000
TOTALE	79.632.400.000	73.983.000.000	53.898.950.000	49.860.000.000



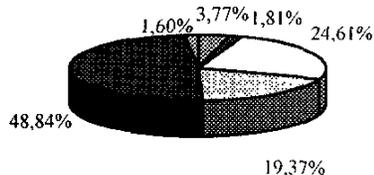
1990



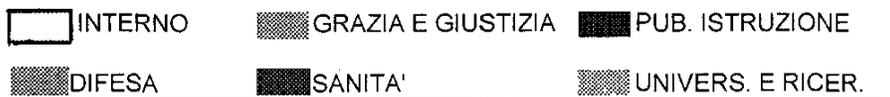
1991



1992

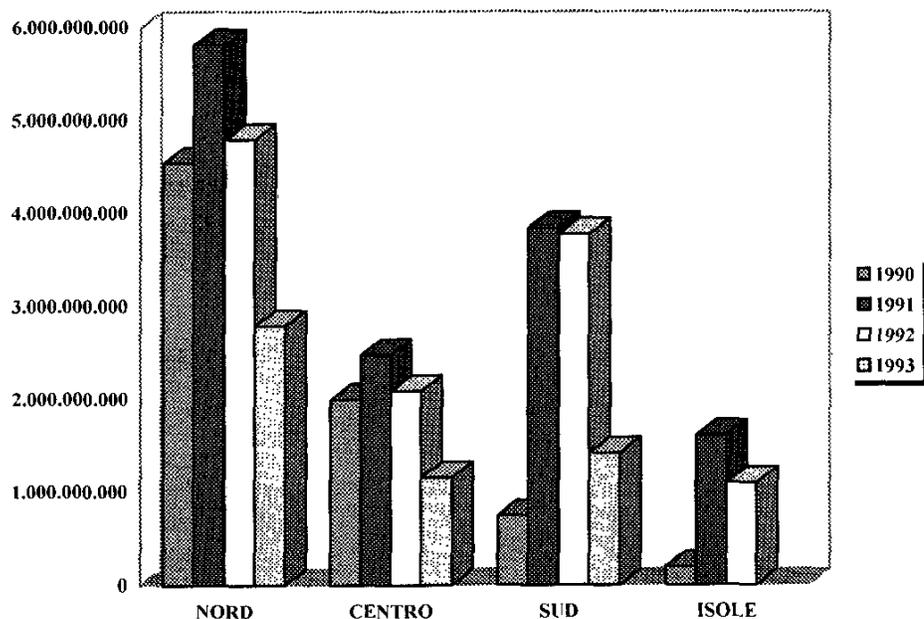


1993



**AMMINISTRAZIONI REGIONALI
FINANZIAMENTI DISPOSTI**

	1990	1991	1992	1993
NORD	4.544.199.200	5.812.140.600	4.792.380.000	2.785.000.000
CENTRO	1.996.700.000	2.474.000.000	2.088.900.000	1.157.000.000
SUD	747.856.400	3.842.850.000	3.777.880.000	1.420.000.000
ISOLE	200.000.000	1.610.009.000	1.100.000.000	
TOTALE	7.488.755.600	13.738.999.600	11.759.160.000	5.362.000.000



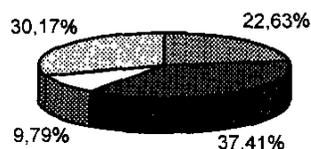
AMMINISTRAZIONI COMUNALI PROGETTI ESAMINATI

	1990		1991		1992		1993	
	POSIT.	NEGAT.	POSIT.	NEGAT.	POSIT.	NEGAT.	POSIT.	NEGAT.
NORD	100	110	248	238	446	302	603	308
CENTRO	57	50	133	111	211	162	286	175
SUD	68	64	187	134	242	130	344	147
ISOLE	19	20	51	30	63	82	84	44
TOTALE	244	244	619	513	962	676	1317	674

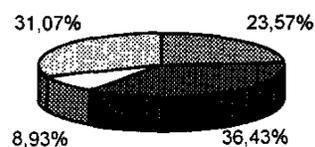


AMMINISTRAZIONI COMUNALI FINANZIAMENTI DISPOSTI

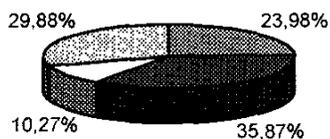
	1990	1991	1992	1993
NORD	13.589.531.137	33.804.936.660	36.705.048.320	35.103.800.000
CENTRO	8.219.949.400	21.870.365.440	24.537.960.000	25.847.400.000
SUD	10.958.048.500	28.830.900.000	30.580.900.000	29.163.000.000
ISOLE	3.555.800.000	8.285.968.065	10.507.798.000	8.253.000.000
TOTALE	36.323.329.037	92.792.170.165	102.331.706.320	98.367.200.000



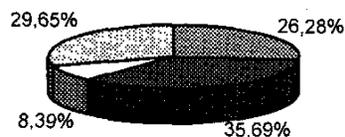
1990



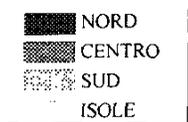
1991



1992



1993

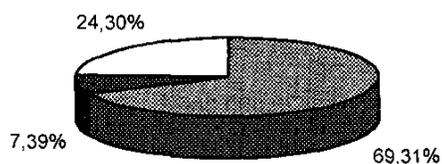


ENTI LOCALI
FINANZIAMENTI DISPOSTI PER IL 1993

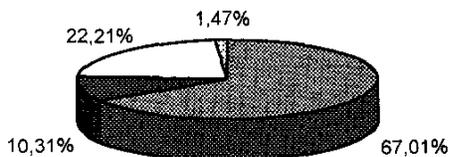
	COMUNI	USL	PROVINCIE	TOTALE
NORD	35.103.800.000	1.859.000.000		36.962.800.000
CENTRO	25.847.400.000	493.000.000	100.000.000	26.440.400.000
SUD	29.163.000.000	1.500.000.000	470.000.000	31.183.000.000
ISOLE	8.253.000.000	324.000.000	40.000.000	8.617.000.000
TOTALE	98.367.200.000	4.176.000.000	610.000.000	103.153.200.000

	COMUNI		USL		PROVINCE		TOTALE	
	Positivi	Negativi	Positivi	Negativi	Positivi	Negativi	Positivi	Negativi
NORD	603	308	28	10	0	3	631	321
CENTRO	286	175	8	1	1	1	295	177
SUD	344	147	17	9	3	0	364	156
ISOLE	84	44	6	1	1	0	91	45
TOTALE	1317	674	59	21	5	4	1381	699

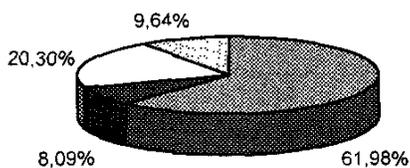
AMMINISTRAZIONI COMUNALI TIPOLOGIE DI INTERVENTI FINANZIATI



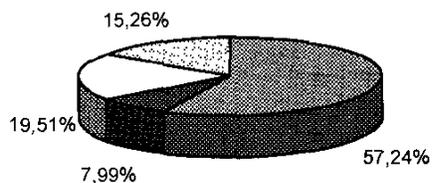
1990



1991



1992



1993

	PREVENZIONE
	RECUPERO
	RIABILITAZIONE
	CONTENIMENTO AIDS E RIDUZIONE DEL DANNO

Iniziative a cura del Dipartimento per gli Affari Sociali

Sportello per il cittadino - "Servizio Drogatel"

Il servizio "Drogatel" avviato il 16 settembre 1993, come descritto nella precedente Relazione, ha proseguito per l'anno 1994 la sua attività in base al Decreto Legge, di cui ultima reiterazione il 17 marzo 1995, n°82.

Tale servizio offre la possibilità a tutti i cittadini, per mezzo di un numero telefonico gratuito, di avere "informazioni, assistenza e indirizzo nel campo della prevenzione, del recupero e della riabilitazione". Attualmente l'area di intervento è circoscritta al settore della tossicodipendenza ma dall'esperienza maturata in questo anno, sarà forse possibile valutare le modalità per una eventuale estensione del servizio alle altre competenze sociali del Dipartimento.

In merito all'andamento del Servizio, va ricordato che a partire dal mese di agosto si è provveduto ad una estensione dell'orario e dei giorni di attività, il numero è in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni compreso i festivi. Con tale ampliamento si vuole rendere il "Drogatel" un punto di riferimento sempre disponibile nell'offrire una risposta e un sostegno in ogni momento nel difficile percorso della tossicodipendenza; sia per chi vivendo il problema in prima persona tenta di vincere la dipendenza e di emergere dall'evidente stato di disagio in cui si trova; sia per familiari ed amici preoccupati dei loro cari imbattutisi nel problema, sia per chiunque è impegnato nei vari settori di intervento contro la droga.

Il numero complessivo delle telefonate pervenute è di 39.725; di queste circa il 30% non vengono gestite per problemi che variano dalla concentrazione della richiesta in particolari orari e periodi, alle difficoltà ad avviare la comunicazione da parte dell'utente che spesso solo dopo vari tentativi riesce a parlare, talora agli scherzi oppure a problemi di linea telefonica.

Per quanto concerne le telefonate gestite possiamo dire che la media di durata del colloquio è di circa 18 minuti e che le maggiori richieste riguardano le informazioni sui centri di assistenza ed il sostegno psicologico per il quale si offre ampio ascolto e piena accoglienza.

Altra richiesta rilevante riguarda le informazioni sulle sostanze stupefacenti, con particolare preoccupazione per le nuove droghe come l'ecstasy, per le quali sono ancora poco chiari i rischi dell'assunzione e le conseguenze. Per rispondere alle nuove esigenze informative il Dipartimento per gli Affari Sociali predisporrà nuovo materiale documentale (vedi "Stop Droga"), più esaustivo e aggiornato in merito alle nuove sostanze stupefacenti ed ai relativi

cambiamenti nelle modalità di assunzione; tale materiale sarà inviato ai giovani e agli educatori che ne faranno richiesta durante il contatto telefonico.

Infine sono da ricordare le richieste di chiarimenti in campo legislativo; le denunce di spaccio o di inadempienza delle strutture di assistenza socio sanitaria. Il servizio garantisce, infatti, l'anonimato, quindi il chiamante si sente libero nel segnalare illeciti, avvenuti o presunti, sia per i traffici di stupefacenti sia riguardo le strutture pubbliche o private di assistenza. Queste comunicazioni vengono attentamente valutate dall'operatore che gestisce la telefonata ponendo domande mirate così da capire l'attendibilità delle informazioni e quando opportuno vengono trasmesse alle istituzioni territoriali competenti.

Per quanto riguarda la ripartizione geografica delle chiamate a livello regionale, le maggiori richieste pervengono dal Lazio, dalla Lombardia e dalla Campania, e con notevole distacco, da Piemonte, Puglia e Sicilia. Tale distribuzione delle richieste corrisponde di massima alle aree di maggior presenza di tossicodipendenti.

In ultima analisi è importante ricordare alcuni dati relativi al chiamante: circa il 32% delle telefonate sono effettuate dai genitori, prevalentemente dalle madri, il 20% direttamente dai tossicodipendenti, a seguire abbiamo il coinvolgimento delle altre figure parentali come fratelli o partners e anche degli amici.

Queste telefonate si caratterizzano per le richieste di aiuto e orientamento sia in termini di sostegno psicologico, di conforto ascolto, che per informazioni sugli indirizzi dei centri di assistenza e sui vari tipi di trattamenti che si possono intraprendere.

Non sono da trascurare le telefonate effettuate da studenti (7% circa) che vogliono informarsi sugli effetti delle sostanze stupefacenti e le conseguenze derivanti dall'abuso; da parte di insegnanti, operatori del settore e medici che vogliono conoscere le iniziative nel campo della prevenzione e riabilitazione, consigli, chiarimenti normativi.

Attualmente è in fase di avvio una nuova campagna informativa sull'attività del "Drogatel" di concerto con il Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria.

Tale iniziativa è indispensabile per divulgare il numero telefonico al fine che possano usufruire del servizio tutti i cittadini che si trovino ad affrontare le problematiche legate alla Tossicodipendenza e chiunque voglia informazioni in merito.

Grazie a questo servizio alcuni giovani sono stati distolti da propositi suicidi o hanno potuto ottenere un intervento medico di pronto soccorso.

Seconda Settimana Europea di Prevenzione delle Tossicodipendenze

Dal 15 al 22 ottobre 1994, con il coordinamento della Commissione delle Comunità Europee e su proposta del Consiglio d'Europa, si è svolta la seconda Settimana Europea di Prevenzione delle Tossicodipendenze.

La manifestazione è stata organizzata al fine di promuovere, su tutto il territorio dell'Unione Europea, iniziative ed eventi destinati al pubblico, ai giovani, ai responsabili politici ed agli esperti del settore, con l'obiettivo di ribadire il carattere prioritario delle strategie di prevenzione nella lotta contro le tossicodipendenze. Naturalmente, un particolare accento è stato posto sul carattere europeo della Settimana.

Con il contributo attivo della Commissione, i coordinatori nazionali e i comitati di coordinamento si sono impegnati nella realizzazione di centinaia di iniziative comunitarie, nazionali e locali volte a favorire una vasta campagna di sensibilizzazione a livello di popolazione generale e di gruppi a rischio.

Il programma italiano della Settimana è stato coordinato dall'Ufficio per la prevenzione delle tossicodipendenze del Dipartimento per gli Affari Sociali.

Le attività realizzate hanno avuto lo scopo di mettere in evidenza, anche nell'ambito di iniziative già in corso, l'attuale filosofia dei programmi di prevenzione e delle campagne di informazione in Italia. Sulla base di una "strategia positiva" della prevenzione, le linee di intervento rientrano in un più vasto programma di educazione alla salute.

Il Ministro per la Famiglia e la Solidarietà Sociale ha aperto ufficialmente la Settimana italiana il 15 ottobre 1994 presso l'Istituto Superiore di Sanità, alla presenza del Presidente della Repubblica.

La stessa sede ha ospitato nei giorni successivi le altre iniziative di carattere istituzionale.

La conferenza internazionale sul tema "Scienza e droga" ha visto la partecipazione di numerosi esperti italiani e stranieri: la discussione si è incentrata sugli aspetti scientifici, sociali ed etici degli interventi di prevenzione.

In questa occasione è stata presentata la mostra multimediale "Alter ego: droga e cervello", realizzata per rispondere in modo obiettivo e con l'apporto dei risultati ottenuti nei maggiori centri di ricerca europei ed americani ad alcune domande di fondamentale importanza sul tema delle tossicodipendenze.

La giornata del 18 ottobre è stata dedicata ad un dibattito tra rappresentanti di Amministrazioni dello Stato e di alcune Associazioni del privato-sociale su "Droga e informazione: proposte per una strategia globale".

Il 22 ottobre, la manifestazione si è chiusa con il Seminario "Le campagne informative contro la droga: riflessioni sul passato e proposte per il futuro", guidato da esperti del settore.

Durante la Settimana, uno spot di pubblicizzazione dello slogan ufficiale "Insieme siamo più forti della droga", prodotto dalla Commissione Europea, è stato trasmesso dai canali RAI e alcuni programmi televisivi di reti pubbliche e private a diffusione nazionale sono stati dedicati al tema "droga".

Il Dipartimento per gli Affari Sociali ha, inoltre, collaborato con la FESAT (Fondazione Europea di Telefoni in Aiuto) a un progetto presentato dalla Broadcasting Support Services di Londra (BSS) volto a coordinare le campagne di prevenzione delle tossicodipendenze, realizzate con il coinvolgimento di stazioni radio locali per la diffusione di messaggi e informazioni su alcune linee telefoniche in aiuto. La Settimana ha rappresentato per l'Italia l'opportunità di pubblicizzare la linea telefonica già esistente a Milano e il nuovo servizio inaugurato in questo periodo dalla Regione Calabria.

Diverse iniziative sono state, infine, avviate a livello periferico dal Ministero della Difesa con dibattiti promossi in numerose caserme su tutto il territorio nazionale, da Enti locali, Agenzie per l'Impiego, SERT, organizzazioni del volontariato e associazioni sportive. Si è trattato di seminari, incontri con il pubblico, giornate di celebrazione e di festa, attività di sensibilizzazione a mezzo stampa, TV e radio.

Pur avendo dovuto affrontare alcune difficoltà di carattere organizzativo, il comitato di coordinamento italiano, nel corso delle riunioni dei Coordinatori Nazionali per la valutazione della Settimana Europea che si sono svolte a Lussemburgo nei mesi scorsi, ha potuto relazionare su un totale di 108 iniziative realizzate a diverso livello, contribuendo attivamente al successo della manifestazione a livello europeo.

La V Campagna Informativa contro la Tossicodipendenza

La campagna informativa contro la tossicodipendenza sviluppatasi tra la fine del 1994 e i primi due mesi del 1995 è stata la quinta iniziativa di comunicazione promossa dal Dipartimento degli Affari sociali, in collaborazione con il Dipartimento per l'informazione e l'editoria, nell'ambito delle attività di prevenzione previste dalla legge n. 162 del 1990.

L'approccio al tema della tossicodipendenza, completamente diverso da quello delle precedenti campagne, è frutto di una approfondita riflessione compiuta dall'apposito Ufficio del Dipartimento Affari Sociali, sulla base degli studi e delle ricerche disponibili a livello internazionale, riflessione che ha portato ad una ridefinizione complessiva della strategia di comunicazione.

Le precedenti campagne infatti si sono rivolte agli adolescenti, con un obiettivo di prevenzione, ai giovani a rischio con messaggi intesi alla dissuasione verso comportamenti di cui si enfatizzava l'aspetto pericoloso e dannoso per la salute, ai tossicodipendenti per una speranza di uscita dal tunnel della droga ed infine ai ragazzi attraverso un concorso nelle scuole. La nuova campagna invece si fonda sull'ipotesi, oggi più accreditata, che non è sufficiente una corretta informazione sui danni per dissuadere un ragazzo in età adolescenziale, spesso facilmente attratto proprio da comportamenti trasgressivi e devianti; mentre sarà portato naturalmente a tenersi lontano dalla droga quanto più avrà stima e fiducia in se stesso, saprà controllare con consapevolezza le proprie emozioni e affrontare responsabilmente gli eventi, anche negativi, che gli si presenteranno.

In questo emerge il ruolo fondamentale delle strutture educative (famiglia, scuola), che devono riappropriarsi della loro funzione pedagogica, cui spesso hanno rinunciato, ed aiutare i ragazzi a crescere nel modo migliore.

Da qui quindi la decisione di indirizzare per la prima volta i messaggi direttamente a genitori ed insegnanti, per richiamarli, senza ansie o allarmismi, al loro compito essenziale, suggerendo strategie positive di comportamento, in grado di svolgere una "funzione protettiva" nei confronti della droga.

La campagna, ha come nucleo centrale gli spot, realizzati dal regista Marco Risi, che colgono, con taglio realistico, momenti di vita quotidiana e di rapporto tra genitori e figli, tra insegnante e studenti. La frase guida è "La droga li vuole deboli. Rendiamoli forti". Immagini e testi invitano a responsabilizzare i figli fin da bambini, ad allenarli anche alle sconfitte e alle

debolezze, ad offrire dialogo, ascolto e attenzione ai loro problemi e ai loro sogni. Ad esprimere affetto anche attraverso una comunicazione gestuale, spesso dimenticata con gli adolescenti. Il linguaggio più sereno e propositivo, mai colpevolizzante nei confronti degli adulti, cui si suggeriscono soluzioni semplici e accessibili a tutti, motivandoli e rendendoli consapevoli dell'importanza del proprio ruolo.

Dagli spot sono state tratte le immagini per gli annunci stampa, veicolati attraverso quotidiani e periodici a larga diffusione, con target prevalentemente familiare, nonché per le affissioni, per le quali sono stati utilizzati in modo particolare gli spazi all'interno dei treni a grande percorrenza. Gli spot sono stati diffusi, oltre che sui network nazionali e, gratuitamente, sulle reti RAI, anche su emittenti radiotelevisive locali, capillarmente distribuite sull'intero territorio nazionale. E' stata prevista una programmazione anche attraverso il circuito sale cinematografiche.

Terminata la campagna, sono state attivate le procedure per un sondaggio di validazione, sia di tipo quantitativo che qualitativo, per verificare il ricordo e l'impatto sul target. In particolare verranno esaminati la comprensione dei messaggi, la loro credibilità e coerenza, il gradimento globale o gli eventuali aspetti sgraditi, la capacità di coinvolgimento "all'azione", i mezzi su cui la campagna è stata maggiormente memorizzata.

Già oggi, tuttavia, ci sono diversi segnali che fanno ritenere che la campagna è stata apprezzata e recepita positivamente. Un sondaggio di Datamedia sui telespettatori, mirato su dieci campagne apparse negli ultimi tre mesi, ha posizionato la campagna contro la droga al secondo posto, dopo quella di Pubblicità Progresso "Vai a trovare un malato". Sempre al secondo posto, dopo lo spot Telecom di Massimo Lopez, è apparsa in una classifica delle pubblicità più apprezzate redatta dal Corriere della Sera. Giudizi molto positivi sono stati espressi anche da giornali specializzati.

Ministero per gli Affari Esteri

Criminalità organizzata transnazionale e narcotraffico

La politica dell'Italia in questo settore è venuta acquistando, specie negli ultimi anni, rilevanza crescente a seguito della diffusione della criminalità organizzata transnazionale e del traffico illecito di stupefacenti che la alimenta.

L'aspetto internazionale di tale realtà ha quindi anch'esso acquisito rilevanza di fattore essenziale nella strategia di lotta alla criminalità in tutte le sue componenti. Si tratta infatti, di contribuire a porre, attraverso la cooperazione internazionale, le indispensabili premesse ad una efficace politica nazionale. E' a tali obiettivi che è diretta la politica dell'Italia sia in ambito multilaterale che bilaterale.

Sul piano multilaterale, essa si propone una azione diretta a provocare un approccio globale e concertato da parte di tutti i paesi egualmente minacciati dal fenomeno della droga e della criminalità organizzata, senza distinzione tra paesi di produzione, di transito o di consumo. A tali criteri si ispira l'attività internazionale dell'Italia nelle sedi in cui è possibile costruire tale approccio globale, in particolare l'Unione Europea e le Nazioni Unite, e che si sviluppa principalmente nella direzione dell'attacco ai proventi del traffico illecito di stupefacenti e delle attività criminose. Ciò nella convinzione che sia necessario colpire il riciclaggio di tali proventi per una efficace azione, all'estero come in Italia, contro la criminalità organizzata.

In questo contesto assume particolare rilevanza l'azione in seno alla Commissione Stupefacenti, il massimo organo delle Nazioni Unite in materia di lotta alla droga, dove l'Italia ha presentato rilevanti risoluzioni contro il riciclaggio nella Sessione dello scorso aprile e la collaborazione con il Programma Internazionale delle Nazioni Unite per il Controllo della Droga (UNDCP), che l'Italia sostiene con un apporto finanziario che la pone al primo posto tra i maggiori donatori. Analoga azione viene svolta anche all'altra Commissione delle Nazioni Unite, quella per la Prevenzione del Crimine e la Giustizia Penale.

E' nostra, infine, l'iniziativa, ora ampiamente condivisa dagli altri partners, di uno stretto collegamento tra le due Commissioni, collegamento che si va avviando grazie alle risoluzioni in tal senso, da noi presentate alle rispettive sessioni delle due Commissioni.

Anche nell'ambito del G7 sono state proposte iniziative in tema di riciclaggio e criminalità organizzata. Tali argomenti sono stati inseriti nell'agenda del Vertice di Napoli. Ne

è conseguito un nuovo impulso alla lotta al riciclaggio, per la quale viene incoraggiata l'azione del Gruppo di Azione Finanziaria Internazionale (GAFI), ed un sostegno convinto alla Conferenza ministeriale mondiale delle Nazioni Unite sulla criminalità transnazionale svoltasi a Napoli a fine novembre.

A livello Unione Europea prosegue l'azione che ha condotto alla realizzazione del Piano Europeo di lotta alla droga, elaborato su nostra iniziativa e approvato dal Consiglio Europeo di Roma nel dicembre 1990. E' stato avviato il nuovo piano d'azione per il quinquennio 1995-1999. L'argomento della droga e problematiche connesse fa inoltre oggetto di esame nell'ambito della Politica Estera e di Sicurezza Comune, dove ha acquistato una propria rilevanza politica. In tale contesto si colloca l'iniziativa italo-britannica di associazione dei Paesi dell'Europa Centro Orientale (Peco) al "Terzo Pilastro" del trattato di Maastricht.

Allo stesso fine di favorire la concertazione e la definizione di obiettivi comuni, è diretta la maggiore iniziativa in corso nell'ambito del Gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa, dove, su nostra proposta, è stata elaborata una Convenzione per la repressione del traffico illecito di stupefacenti in mare cui siamo particolarmente interessati anche in considerazione dello sviluppo costiero del Paese.

Nell'ambito del Gruppo di Dublino, l'organismo consultivo sulla droga che unisce ai Quindici Usa, Giappone, Canada, Australia, Norvegia e l'UNDCP, l'Italia detiene per il biennio 1994-95 la presidenza del sottogruppo per l'Europa Orientale ed ex URSS, a conferma della validità delle idee e delle iniziative che abbiamo intrapreso a favore di tali Paesi.

Le nostre priorità infatti si riferiscono soprattutto ai Paesi dell'Europa Orientale, da cui giungono preoccupanti segnali di correnti di traffico verso l'Europa Occidentale e l'Italia e che offrono condizioni ideali al riciclaggio. Il nostro obiettivo è di contribuire a dotare tali Paesi di strutture adeguate di controllo, attraverso formule di stretta cooperazione giudiziaria e di polizia, con particolare riferimento all'armonizzazione delle legislazioni penali e alla lotta alla corruzione.

La cooperazione bilaterale costituisce un elemento indispensabile per un'efficace strategia di lotta alla criminalità organizzata.

A tal fine è in corso di rinnovamento l'attuale rete di accordi internazionali, con l'elaborazione di un nuovo accordo-tipo destinato a sostituire quelli esistenti, con una struttura più integrata e meglio corrispondente alle necessità di gestione organica dei fenomeni criminosi collegati agli stupefacenti.

Oltre ai Paesi Europei in transizione, fra i paesi prioritari destinatari dell'azione italiana sono quelli del Medio Oriente e Nord Africa, e quelli dell'America Latina, da cui origina il narcotraffico in direzione dell'Europa occidentale.

Tali intese si prefiggono anche l'obiettivo di moltiplicare le possibilità operative dell'Italia e la sua capacità di influire sull'elaborazione della strategia internazionale contro la droga e la criminalità organizzata. Elemento caratterizzante di tali accordi è infatti l'obbligo della concertazione delle parti nelle sedi internazionali, in vista di posizioni o di azioni comuni. In tal modo la cooperazione che l'accordo prevede a livello bilaterale si completa ed integra con quella sul piano multilaterale.

Sottostante agli accordi vi è tutta una rete di rapporti di cooperazione che si sostanziano nella formazione di Magistrati e Funzionari di Polizia, specie nel settore della lotta alla droga e al riciclaggio.

Alle stesse esigenze risponde infine l'invio all'estero di esperti presso le nostre Rappresentanze. Di essi sono già in sede diciannove su un totale di venti. Si tratta di un valido contributo all'attività delle nostre Rappresentanze, dalla cui competenze ed interesse, non può essere, ovviamente, escluso un fenomeno così rilevante come quello della droga.

Va, in quest'ambito anche rilevata l'iniziativa dell'Italia di un collegamento computerizzato da punto a punto per lo scambio di informazioni in materia di traffico di droga, che va sotto il nome di "teledrug". Il collegamento, operante senza interruzioni, si traduce, in sostanza, in una moltiplicazione delle capacità operative delle strutture nazionali antidroga, poste così in grado di seguire personaggi e carichi sospetti anche al di fuori dei confini nazionali.

In conclusione, la politica dell'Italia sulla droga e la criminalità organizzata è suscettibile di assumere nuovi contenuti ed estendersi, oltre quanto già sommariamente indicato, anche ad altri aspetti del multiforme fenomeno. Si tratta infatti di una realtà in rapida evoluzione ed in continuo mutamento che richiede, ed in misura crescente, aggiornamento delle conoscenze e, soprattutto, uno sforzo costante di immaginazione alla ricerca di strumenti internazionalmente sempre più efficaci.

Ministero dell'Interno

Osservatorio permanente sul fenomeno droga

"Osservatorio permanente sul fenomeno droga"

Istituito nel giugno 1984 presso il Ministero dell'Interno dal Comitato di Coordinamento Nazionale per l'Azione Antidroga e riconosciuto con legge n. 297 del 1985.

A partire dal luglio 1984 pubblica con periodicità semestrale e fornisce a tutti i livelli istituzionali dati relativi a peculiari aspetti del fenomeno; dati che vengono forniti, tramite le Prefetture, dai servizi sanitari pubblici e dalle strutture socio-riabilitative.

L'art. 1 della Legge n. 162 del 1990, confermato dal successivo T.U. delle leggi in materia di droga, approvato con D.P.R. 9 ottobre 1990 n. 309, ha sancito, fra l'altro, l'ampliamento e l'approfondimento, sia a livello centrale che periferico, dell'attività di documentazione dell'"Osservatorio permanente sul fenomeno droga", che è così diventata la struttura conoscitiva del "Comitato Nazionale di Coordinamento per l'Azione Antidroga".

Le rilevazioni curate dall'"Osservatorio", aggiornate sistematicamente, riguardano:

- il censimento dei servizi pubblici e privati per le tossicodipendenze, con la specifica di alcune caratteristiche strutturali relativamente ai servizi privati (pubblicazione annuale); *
- il numero dei tossicodipendenti in trattamento, con la specifica del sesso e della distribuzione geografica (pubblicazione semestrale);
- l'analisi dei casi di decesso per assunzione di sostanze stupefacenti sulla base dei dati forniti dalla Direzione Centrale dei Servizi Antidroga (pubblicazione semestrale).

Inoltre, dall'entrata in vigore della Legge 162/1990, l'"Osservatorio" effettua un monitoraggio sull'applicazione della normativa circa l'entità e la distribuzione geografica dei consumatori e detentori di sostanze stupefacenti per uso personale segnalati alle Prefetture, il tipo di sostanza usata, il numero di soggetti che hanno richiesto un programma terapeutico, il numero di procedimenti sanzionatori irrogati ed il numero di atti archiviati per conclusione del programma terapeutico.

Con periodicità annuale l'"Osservatorio" contribuisce ad elaborare la Relazione che viene presentata dal Governo al Parlamento sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in

Italia, sulle strategie adottate, sugli obiettivi raggiunti nonché sugli indirizzi che verranno seguiti (art. 1 T.U. citato).

Inoltre, i dati dell'"Osservatorio" vengono utilizzati per la predisposizione della Relazione presentata dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Famiglia e delle Solidarietà Sociale - in occasione della Giornata Mondiale delle Nazioni Unite sulla droga e dell'anniversario dell'entrata in vigore della Legge (il 26 giugno di ogni anno).

L'"Osservatorio" è presente in vari organismi comunitari ed internazionali che operano in questo settore, quali il comitato europeo "Consiglieri DROGA" ed il Gruppo Politica Estera Sicurezza Comune DROGA (PESC-Droga) presso il Consiglio Europeo.

L'"Osservatorio" partecipa anche al Gruppo di lavoro presso la Commissione dell'Unione Europea, incaricato di organizzare l'attività dell'Osservatorio Europeo sulla droga.

Tossicodipendenti in trattamento presso i servizi sanitari pubblici e le strutture socio-riabilitative

L'"Osservatorio permanente sul fenomeno droga" continua a censire in modo sistematico dal giugno 1984, a quattro date fisse dell'anno, i tossicodipendenti in cura presso i servizi sanitari pubblici e le comunità terapeutiche.

In seguito alle competenze attribuite dalla legge 162/90 e dal successivo T.U. 309/1990, l'Osservatorio ha ampliato ed approfondito il proprio campo di indagine ed analisi.

Allo stato attuale vengono rilevati, alle date del 31/3, 30/6, 30/9 e 31/12, i tossicodipendenti che sono in cura e in trattamento di riabilitazione presso i servizi sanitari pubblici e le strutture socio-riabilitative (centri di 1^a accoglienza, comunità terapeutiche e centri di reinserimento).

Dal 1984 al 1990 le strutture socio-riabilitative censite dall'Osservatorio sono state soltanto le comunità terapeutiche; con il tempo queste strutture hanno sviluppato nel loro ambito altri modelli e tipi di intervento, modulati secondo le esigenze dell'utenza. Si è così deciso di adottare una tripartizione che, seppure in modo forzato, ha permesso di classificare le diverse realtà e confrontarle nel tempo.

L'individuazione dei tre diversi tipi di struttura socio-riabilitativa è avvenuta nel 1991 e si è basata sulla diffusione delle strutture stesse, sulla continuità nell'attività di cura e riabilitazione dei tossicodipendenti e sulla similarità e/o complementarietà tra le forme di attività svolte. In particolare, i centri di 1^a accoglienza e di reinserimento possono essere sia un momento di cura a sè stante, che un momento antecedente e/o successivo all'entrata e all'uscita dalla comunità terapeutica.

Ultimamente sembra, però, che la tripartizione adottata non sia più in grado di contemplare la molteplicità di risposte offerte al problema dal volontariato.

Nel modulare le risposte sui bisogni dei tossicodipendenti, le strutture hanno dovuto tener conto del fatto che molti di essi lavorano e che l'età degli utenti è in graduale aumento.

Molte strutture hanno così organizzato la loro attività suddividendola in orari diversi ed offrendo sempre più spesso anche programmi serali. La residenzialità, una delle caratteristiche salienti - soprattutto per le comunità terapeutiche - è così divenuta una sorta di "spartiacque" tra le strutture.

Si è deciso, pertanto, di adottare come criterio di suddivisione la "residenzialità", uniformando anche il sistema di rilevazione dell'Osservatorio al criterio indicato nell'Atto di intesa tra Stato e Regioni per la definizione dei criteri e modalità per l'iscrizione all'albo regionale degli enti ausiliari.

Questo nuovo sistema di ripartizione è stato adottato a partire dal 1° gennaio 1995.

Una delle caratteristiche dei tossicodipendenti è spesso la discontinuità nella cura e il passaggio da una struttura all'altra. Al fine di evitare possibili sovrapposizioni causate da ciò, il numero degli utenti in carico è stato distinto a seconda del tipo di struttura presso cui il tossicodipendente si trovava effettivamente in cura al momento della rilevazione, indipendentemente dall'attribuzione formale e giuridica del carico. Diversamente, lo stesso tossicodipendente potrebbe essere contemporaneamente in carico sia presso un servizio sanitario che presso un centro di 1^a accoglienza o una comunità terapeutica e, nel corso dello stesso anno, potrebbe trovarsi prima presso una comunità terapeutica e successivamente presso un centro di reinserimento.

Questa precisazione consente di capire, almeno in parte, il motivo delle differenze esistenti tra i dati elaborati dalle diverse Amministrazioni.

La ripartizione degli utenti tra i vari tipi di struttura e servizi permette, inoltre, l'analisi e il confronto con i dati in possesso dell'Osservatorio fin dal 1984.

Il confronto tra i dati relativi ai tossicodipendenti in cura al 31 dicembre 1994 con quelli del 30 giugno 1990 (prima dell'entrata in vigore della legge 162/90) conferma la tendenza, già evidenziata negli anni passati, dell'emersione del fenomeno della tossicodipendenza alla visibilità e, quindi, di un maggior intervento sociale di recupero e di riabilitazione.

Gli utenti dei servizi sanitari pubblici per le tossicodipendenze, dopo un anno di applicazione della nuova normativa - dal 30.6.1990 al 30.6.1991 - sono aumentati del 15,46%, mentre quelli delle comunità terapeutiche sono, nello stesso periodo, aumentati del 16,49%. Nel secondo anno - dal 30 giugno 1991 al 30 giugno 1992 - l'incremento presso i servizi sanitari è stato del 27,83%, presso le comunità del 26,05%. Nel terzo anno - dal 30 giugno 1992 al 30 giugno 1993 - l'aumento presso i servizi sanitari è stato del 7,37% e presso le comunità terapeutiche del 3,06%. Dal 30.6.1993 al 30.6.1994 l'aumento è stato del 21,32% presso i Ser.T., mentre presso le comunità terapeutiche si è avuta una diminuzione del 3,88%.

Una analogha flessione dell'utenza, nel corso del 1994, si è registrata anche presso i centri di 1^a accoglienza ed i centri di reinserimento: per i primi la media degli utenti si è attestata sulle

5.839 unità, rispetto le 6.812 del 1993 e, per i secondi, sulle 2.854 rispetto le 3.104 dell'anno precedente.

Complessivamente, però, dal 30.6.1990 al 31.12.1994 si è verificato un aumento del numero dei tossicodipendenti, che ha riguardato soprattutto i servizi sanitari pubblici, i cui utenti sono passati da 37.804 a 73.335 mentre, nello stesso arco di tempo, gli utenti delle comunità terapeutiche sono passati da 10.667 a 13.916

Per un'esatta valutazione dell'andamento del fenomeno è necessario tener presente la percentuale di copertura dei dati e il differente andamento registrato nelle rilevazioni.

Questo aumento di afflusso presso i servizi sanitari potrebbe essere dovuto ad una maggiore fiducia dei tossicodipendenti nei confronti degli stessi servizi oppure ad una crescente capacità di questi di accogliere una quota sempre più elevata di utenti, così come alla differenziazione delle prestazioni offerte.

E' da notare come l'aumento numerico dei servizi sanitari pubblici dal 1990 al 1994 non sia proporzionale all'incremento dell'utenza: da 37.804 unità in 505 servizi censiti a 73.335 in 521, con conseguente, e notevole, aumento del carico medio degli stessi servizi passato da 74,86 utenti a 140,76, che rappresenta quasi il doppio del carico.

Le strutture socio-riabilitative esistenti al 31.12.1994 sono 1.279, di cui 712 comunità terapeutiche, a fronte di 433 comunità terapeutiche esistenti nel giugno 1990.

Come per i servizi sanitari, la maggior parte delle strutture socio-riabilitative (680 strutture, pari al 53,17% del totale) è situata al Nord, a discapito delle altre zone d'Italia. Bisogna però tener presente che nelle regioni del Nord è concentrata la maggior parte dei tossicodipendenti.

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

TOSSICODIPENDENTI IN TRATTAMENTO PRESSO I SERVIZI SANITARI PUBBLICI E LE COMUNITA'

TERAPEUTICHE (*)

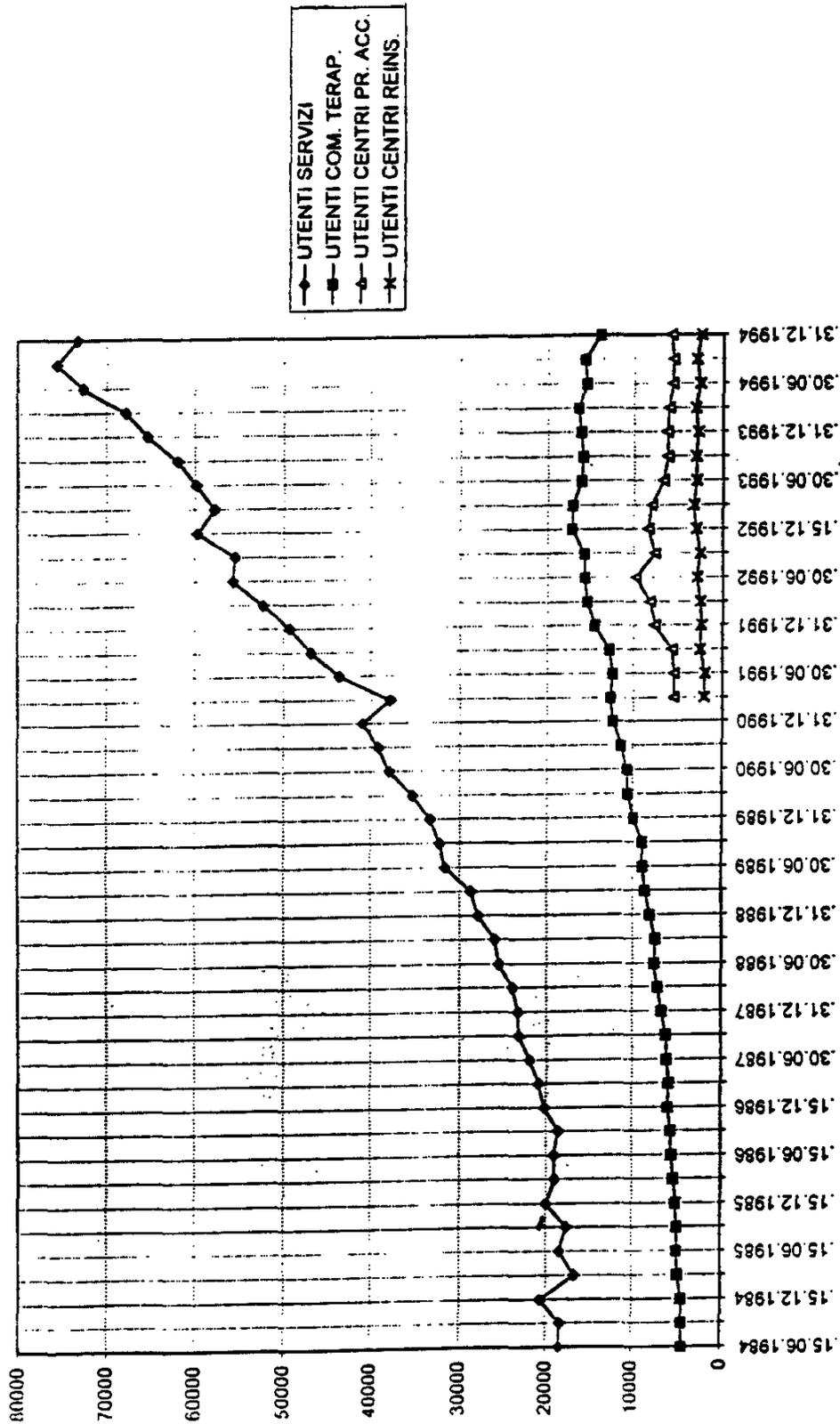
(Dati Nazionali)

GIUGNO 1994/DICEMBRE 1994

DATE RILEVAZIONE	SERVIZI SANITARI PUBBLICI			DI CUI IN TRATT. CON SOSTANZE SOSTITUTIVE N.	COMUNITA' TERAPEUTICHE			TOTALE UTENTI N.
	ESISTENTI N.	CENSITE N.	UTENTI N.		ESISTENTI N.	CENSITE N.	UTENTI N.	
15/06/84	417	382	18483	11104	207	207	4373	22856
15/08/84	422	383	18310	11124	215	215	4358	22668
15/12/84	436	434	20747	11923	222	219	4476	25223
15/03/85	444	395	16731	9772	237	236	4845	21576
15/06/85	454	419	18429	10306	280	280	4930	23359
15/09/85	454	415	17620	9222	296	290	4881	22501
15/12/85	455	440	19919	9820	301	297	5028	24947
15/03/86	459	444	19018	9906	310	307	5303	24321
15/06/86	464	456	19079	9214	324	323	5540	24619
15/09/86	465	460	19590	9388	325	323	5645	24235
15/12/86	469	460	20137	9463	326	318	5927	26064
15/03/87	468	460	20866	9927	324	321	5841	26707
30/06/87	470	456	21895	10886	327	320	6114	28009
30/09/87	474	461	23174	11430	335	326	6174	29348
31/12/87	473	459	23276	10604	342	340	6676	29952
31/03/88	477	464	23860	10301	340	336	7109	30969
30/06/88	484	476	25533	10936	347	345	7527	33060
30/09/88	483	475	26005	11905	352	349	7422	33427
31/12/88	492	479	27906	11464	356	351	8017	35923
30/03/89	501	483	28672	11783	360	354	8547	37219
30/06/89	508	489	31568	11991	366	361	8792	40360
30/09/89	509	492	32299	12366	381	373	8895	41194
31/12/89	513	488	33335	12986	415	404	9965	43300
31/03/90	513	499	35286	13462	434	421	10618	45904
30/06/90	517	505	37804	12520	433	422	10667	48471
30/09/90	527	521	38999	12725	434	421	11361	50380
31/12/90	530	513	40928	12457	454	440	12413	53341
21/03/91	533	501	37788	12046	476	458	12682	50470
30/06/91	532	505	43650	12382	488	454	12426	56076
30/09/91	529	516	46905	13734	499	475	12793	59698
31/12/91	551	530	49305	13860	534	512	14519	63824
31/03/92	552	540	52507	14374	581	558	15397	67904
30/06/92	557	533	55797	14750	586	570	15663	71460
30/09/92	562	549	55556	14765	624	600	15745	71301
15/12/92	559	534	59737	14781	642	615	17148	76885
31/03/93	560	524	57860	15652	649	607	17098	74958
30/06/93	561	528	59909	16092	659	602	16143	76052
30/09/93	556	532	61914	17898	678	652	15914	77828
31/12/93	561	537	65313	19154	681	664	16117	81430
31/03/94	568	543	67867	20417	700	680	16370	84237
30/06/94	576	548	72681	21851	706	681	15517	88198
30/09/94	575	564	75728	24461	712	690	15715	91443
31/12/94	573	521	73335	25506	712	670	13916	87251

(*) In questa tabella per quanto riguarda le strutture socio-riabilitative, sono indicati solo i dati relativi alle comunita' terapeutiche per permettere di valutare in modo omogeneo il trend del fenomeno dal 1984 ad oggi.

OSSERVATORIO PERMANENTE SUL FENOMENO DROGA
UTENTI IN TRATTAMENTO PRESSO I SERVIZI SANITARI PUBBLICI E LE STRUTTURE SOCIO-RIABILITATIVE (1984/1994)



Distribuzione territoriale dei tossicodipendenti in trattamento

La distribuzione territoriale, disaggregata per aree geografiche, dei tossicodipendenti in trattamento nel 1993 e nel 1994 è illustrata nelle tabelle seguenti.

Tra parentesi viene riportato il carico medio di utenti per servizio sanitario pubblico e comunità terapeutica. Come si evince chiaramente il numero di utenti dei Ser.T. fa registrare un continuo e costante aumento, a differenza degli utenti delle comunità terapeutiche per i quali si riscontra, tra la media del '93 e del '94, una leggera flessione.

In particolare, il carico medio per i servizi sanitari pubblici risulta di circa 110, 113, 116 e 122 utenti alle date del 31 marzo, 30 giugno, 30 settembre e 31 dicembre 1993; quello per le strutture socio-riabilitative è di circa 26, 24, 21 e 21 utenti alle stesse date.

Nel corso del 1994 il carico medio per i servizi sanitari pubblici risulta di circa 125, 133, 134 e 141 utenti alle date del 31 marzo, 30 giugno, 30 settembre e 31 dicembre; quello per le strutture socio-riabilitative è di circa 21, 20, 20 e 19 utenti alle stesse date.

1993

al 31/03

- presso i servizi sanitari pubblici

NORD: 31.081 in terapia presso n. 262 servizi (118,63)

CENTRO: 9.880 in terapia presso n. 111 servizi (89,01)

SUD: 12.153 in terapia presso n. 106 servizi (114,65)

ISOLE: 4.746 in terapia presso n. 45 servizi (105,47)

- presso le strutture socio-riabilitative

NORD: 14.062 accolta presso n. 616 strutture (22,83)

CENTRO: 6.764 accolti presso n. 225 strutture (30,06)

SUD: 4.907 accolti presso n. 180 strutture (27,26)

ISOLE: 2.715 accolti presso n. 89 strutture (30,51)

al 30/09

- presso i servizi sanitari pubblici

NORD: 34.297 in terapia presso n. 269 servizi (127,50)

CENTRO: 9.961 in terapia presso n. 109 servizi (91,39)

SUD: 13.004 in terapia presso n. 108 servizi (120,41)

ISOLE: 4.652 in terapia presso n. 46 servizi (101,13)

- presso le strutture socio riabilitative

NORD: 13.562 accolti presso n. 659 strutture (20,58)

CENTRO: 5.432 accolti presso n. 233 strutture (23,31)

SUD: 4.070 accolti presso n. 191 strutture (21,31)

ISOLE: 2.225 accolti presso n. 94 strutture (23,67)

al 30/06

- presso i servizi sanitari pubblici

NORD: 33.024 in terapia presso n. 266 servizi (124,15)
CENTRO: 10.518 in terapia presso n. 110 servizi (95,62)
SUD: 12.090 in terapia presso n. 107 servizi (112,99)
ISOLE: 4.277 in terapia presso n. 45 servizi (95,04)

- presso le strutture socio-riabilitative

NORD: 13.835 accolti presso n. 602 strutture (22,98)
CENTRO: 5.295 accolti presso n. 221 strutture (23,96)
SUD: 4.539 accolti presso n. 187 strutture (24,27)
ISOLE: 2.266 accolti presso n. 87 strutture (26,05)

al 31/12

- presso i servizi sanitari pubblici

NORD: 36.243 in terapia presso n. 268 servizi (135,24)
CENTRO: 10.742 in terapia presso n. 107 servizi (100,39)
SUD: 13.972 in terapia presso n. 114 servizi (122,56)
ISOLE: 4.356 in terapia presso n. 48 servizi (90,75)

- presso le strutture socio-riabilitative

NORD: 13.144 accolti presso n. 656 strutture (20,04)
CENTRO: 5.311 accolti presso n. 227 strutture (23,40)
SUD: 4.541 accolti presso n. 206 strutture (22,04)
ISOLE: 2.271 accolti presso n. 100 strutture (22,71)

1994

al 31/03

- presso i servizi sanitari pubblici

NORD: 36.382 in terapia presso n. 267 servizi (136,26)

CENTRO: 12.102 in terapia presso n. 107 servizi (113,10)

SUD: 13.902 in terapia presso n. 116 servizi (119,84)

ISOLE: 5.481 in terapia presso n. 53 servizi (103,42)

- presso le strutture socio riabilitative

NORD: 13.635 accolti presso n. 670 strutture (20,35)

CENTRO: 5.339 accolti presso n. 235 strutture (22,72)

SUD: 4.425 accolti presso n. 206 strutture (21,48)

ISOLE: 2.181 accolti presso n. 101 strutture (21,59)

al 30/09

- presso i servizi sanitari pubblici

NORD: 40.054 in terapia presso n. 266 servizi (150,58)

CENTRO: 13.470 in terapia presso n. 124 servizi (108,63)

SUD: 15.548 in terapia presso n. 118 servizi (131,76)

ISOLE: 6.656 in terapia presso n. 56 servizi (118,86)

- presso le strutture socio-riabilitative

NORD: 13.315 accolti presso n. 684 strutture (19,47)

CENTRO: 4.805 accolti presso n. 221 strutture (21,74)

SUD: 4.306 accolti presso n. 222 strutture (19,40)

ISOLE: 2.000 accolti presso n. 102 strutture (19,61)

al 30/06

- presso i servizi sanitari pubblici

NORD: 38.966 in terapia presso n. 268 servizi (145,40)

CENTRO: 11.934 in terapia presso n. 107 servizi (111,53)

SUD: 15.582 in terapia presso n. 118 servizi (132,05)

ISOLE: 6.199 in terapia presso n. 55 servizi (112,71)

- presso le strutture socio-riabilitative

NORD: 13.453 accolti presso n. 677 strutture (19,87)

CENTRO: 4.407 accolti presso n. 206 strutture (21,39)

SUD: 3.961 accolti presso n. 213 strutture (18,60)

ISOLE: 2.127 accolti presso n. 102 strutture (20,85)

al 31/12

- presso i servizi sanitari pubblici

NORD: 37.698 in terapia presso n. 245 servizi (153,87)

CENTRO: 13.201 in terapia presso n. 106 servizi (124,54)

SUD: 16.032 in terapia presso n. 114 servizi (140,63)

ISOLE: 6.404 in terapia presso n. 56 servizi (114,36)

- presso le strutture socio-riabilitative

NORD: 12.117 accolti presso n. 657 strutture (18,44)

CENTRO: 4.264 accolti presso n. 209 strutture (20,40)

SUD: 4.170 accolti presso n. 217 strutture (19,22)

ISOLE: 1.788 accolti presso n. 90 strutture (19,87)

Rapporto tra il numero medio degli utenti e la popolazione residente

Nelle tabelle seguenti sono riportati alcuni dati relativi al fenomeno della tossicodipendenza nel 1994.

In particolare, è stato preso in esame il numero medio, calcolato sulla base delle quattro rilevazioni effettuate dall'Osservatorio nel corso del 1994, degli utenti in cura presso i servizi sanitari pubblici (Ser.T.) e presso le comunità terapeutiche e messo in relazione con la popolazione residente, rapportando il numero dei tossicodipendenti per ogni 100.000 abitanti.

Dall'esame di questi dati emerge chiaramente come la percentuale più alta si concentri presso alcune province (La Spezia, Lucca, Cagliari, Brindisi e Lecce) tra le quali non compaiono, eccetto Torino, le aree metropolitane.

Questi valori sono indicativi soprattutto per i servizi sanitari, in quanto per gli utenti delle comunità ha minor significato, non coincidendo sempre la residenza degli utenti con quella delle strutture che li accolgono.

Infatti l'allontanamento degli utenti dalla loro residenza, e quindi dall'ambiente abituale, è per molte comunità uno dei presupposti del programma di recupero.

"OSSERVATORIO PERMANENTE SUL FENOMENO DROGA"

ANNO 1994

PROVINCE	NR. MEDIO UTENTI DEL TOTA- LE SER.T.	RAPPORTO SULLA POPOLAZIONE RESIDENTE (*)	NR. MEDIO UTENTI DEL TOTALE COMU- NITA' TERA- PEUTICHE	RAPPORTO SULLA POPOLAZIONE RESIDENTE (*)
LA SPEZIA	1.141	504,14	78	34,46
PIACENZA	499	185,96	114	42,48
PARMA	662	168,92	83	21,18
REGGIO EMILIA	641	150,67	146	34,32
MODENA	624	102,48	94	15,44
BOLOGNA	1.105	121,84	323	35,61
FERRARA	598	166,66	136	37,90
RAVENNA	657	187,43	234	66,76
FORLI'	639	104,16	2.313	377,04
MASSA CARRARA	316	157,81	66	32,96
LUCCA	927	245,98	106	28,13
PISTOIA	226	85,13	145	54,62
FIRENZE	1.635	138,71	318	26,98
LIVORNO	795	236,02	77	22,86
PISA	714	185,43	21	5,45
AREZZO	453	143,33	78	24,68
SIENA	310	123,20	140	55,64
GROSSETO	333	153,20	31	14,26
PERUGIA	712	119,52	201	33,74
TERNI	233	104,26	433	193,76
PESARO URBINO	266	78,84	163	48,31
ANCONA	444	101,04	78	17,75
MACERATA	464	156,08	76	25,56
ASCOLI PICENO	397	109,02	203	55,75
VITERBO	213	74,56	129	45,16
RIETI	145	97,37	54	36,26
ROMA	3.106	82,28	411	10,89
LATINA	784	160,11	115	23,49
FROSINONE	200	41,12	60	12,34
L'AQUILA	284	94,23	101	33,51
TERAMO	373	131,47	41	14,45
PESCARA	427	146,26	74	25,35

(*) Rapporto tra tossicodipendenti e popolazione residente (n° tossicodipendenti per ogni 100.000 abitanti)

Fonte: Dati ISTAT al 31/12/1993

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

PROVINCE	NR. MEDIO UTENTI DEL TOTA- LE SER.T.	RAPPORTO SULLA POPOLAZIONE RESIDENTE (*)	NR. MEDIO UTENTI DEL TOTALE COMU- NITA' TERA- PEUTICHE	RAPPORTO SULLA POPOLAZIONE RESIDENTE (*)
TORINO	5.197	232,39	405	18,11
VERCELLI	683	182,42	33	8,81
NOVARA	620	123,95	89	17,79
CUNEO	542	98,64	250	45,50
ASTI	303	144,53	91	43,41
ALESSANDRIA	751	172,05	118	27,03
AOSTA	158	133,63	11	9,30
VARESE	1.345	167,30	186	23,14
COMO	982	121,92	190	23,59
SONDRIO	171	96,95	26	14,74
MILANO	5.665	144,46	701	17,88
BERGAMO	1.362	143,85	310	32,74
BRESCIA	1.492	141,30	424	40,16
PAVIA	793	161,18	268	54,47
CREMONA	541	163,99	197	59,72
MANTOVA	428	115,93	72	19,50
BOLZANO	396	88,67	34	7,61
TRENTO	499	109,20	180	39,39
VERONA	948	118,91	144	18,06
VICENZA	970	128,05	201	26,53
BELLUNO	51	24,03	41	19,32
VENEZIA	1.311	159,33	127	15,43
PADOVA	1.527	184,50	120	14,50
ROVIGO	323	130,88	22	8,91
PORDENONE	278	100,63	19	6,88
UDINE	480	92,12	48	9,21
GORIZIA	181	130,91	33	23,87
TRIESTE	381	147,87	6	2,33
IMPERIA	436	200,32	63	28,95
SAVONA	469	164,55	50	17,54
GENOVA	1.830	196,00	186	19,92

(*) Rapporto tra tossicodipendenti e popolazione residente (n° tossicodipendenti per ogni 100.000 abitanti)

Fonte: Dati ISTAT al 31/12/1993

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

PROVINCE	NR. MEDIO UTENTI DEL TOTA- LE SER.T.	RAPPORTO SULLA POPOLAZIONE RESIDENTE (*)	NR. MEDIO UTENTI DEL TOTALE COMU- NITA' TERA- PEUTICHE	RAPPORTO SULLA POPOLAZIONE RESIDENTE (*)
CHIETI	375	97,18	76	19,69
ISERNIA	30	32,50	0	0
CAMPOBASSO	100	41,72	42	17,52
CASERTA	1.120	134,84	94	11,32
BENEVENTO	168	56,78	35	11,83
NAPOLI	2.284	74,61	266	8,69
AVELLINO	479	108,38	38	8,60
SALERNO	438	40,60	97	8,99
FOGGIA	1.336	191,19	202	28,91
BARI	2.621	169,40	403	26,05
TARANTO	1.006	170,03	266	44,96
BRINDISI	866	209,39	176	42,56
LECCE	1.629	200,04	299	36,72
POTENZA	200	49,74	50	12,43
MATERA	200	95,67	48	22,96
COSENZA	283	37,42	255	33,72
CATANZARO	774	104,01	129	17,34
REGGIO CALAB.	271	46,79	104	17,96
TRAPANI	244	56,66	256	59,44
PALERMO	793	64,08	77	6,22
MESSINA	414	63,36	88	13,47
AGRIGENTO	200	41,82	12	2,51
CALTANISSETTA	57	20,26	140	49,77
ENNA	59	31,57	0	0
CATANIA	563	53,31	137	12,97
RAGUSA	264	89,60	90	30,55
SIRACUSA	347	85,37	44	10,82
SASSARI	933	203,58	307	66,99
NUORO	235	85,84	0	0
ORISTANO	310	196,58	30	19,02
CAGLIARI	1.764	229,80	151	19,67

(*) Rapporto tra tossicodipendenti e popolazione residente (n° tossicodipendenti per ogni 100.000 abitanti)

Fonte: Dati ISTAT al 31/12/1993

SERVIZI SANITARI PUBBLICI E STRUTTURE SOCIO-RIABILITATIVE

Alla legge n. 162 del 1990 si deve attribuire l'effetto di aver prodotto un notevole aumento del numero delle strutture, sia pubbliche che private, per il recupero dei tossicodipendenti. Al 31 dicembre 1994 i servizi sanitari pubblici, istituiti dalle UU.SS.LL., sono 573 rispetto ai 517 del 30 giugno 1990, con un incremento percentuale del 10,83%.

La presenza dei servizi sanitari non è omogenea sul territorio nazionale, ma è concentrata maggiormente al Nord (263 servizi pari al 45,90%) rispetto al centro (125 servizi pari al 21,81%), al Sud (128 servizi pari al 22,34%) ed alle Isole (57 servizi pari al 9,95%).

L'incidenza maggiore si è, però, verificata sul fronte delle comunità terapeutiche che da 433 (giugno 1990) sono diventate 712 (dicembre 1994), con un aumento del 64,43%.

In realtà è tutto il settore delle strutture socio-riabilitative, e non solo le comunità, che è andato ampliandosi, beneficiando maggiormente delle opportunità fornite dalla legge.

La distribuzione territoriale dei servizi sanitari pubblici e delle strutture socio-riabilitative è illustrata nelle tabelle seguenti, che mostrano la situazione dal 31/12/90 al 31/12/1994.

I dati, relativi ai servizi sanitari pubblici, si riferiscono a tutti i servizi che si occupano di tossicodipendenti, per i quali attuano propri piani terapeutici, indipendentemente dalla formalizzazione del loro decreto di istituzione.

Di conseguenza il numero di Ser.t., attualmente indicato, è suscettibile di variazioni legate alla piena ed effettiva attuazione del dettato di cui all'art. 118 del T.U. 309/90.

**Distribuzione territoriale dei servizi sanitari pubblici
e delle strutture socio-riabilitative
dal 31/12/90 al 31/12/94**

- 31.12.1990

	SERVIZI SANITARI PUBBLICI	CENTRI DI ACCOGLIENZA	COMUNITA' TERAPEUT.	CENTRI DI REINSERIM.	TOT. STRUTTURE SOCIO-RIABIL.
NORD	286	==	271	==	==
CENTRO	114	==	84	==	==
SUD	97	==	55	==	==
ISOLE	33	==	44	==	==
TOTALE ITALIA	530	==	454	==	==

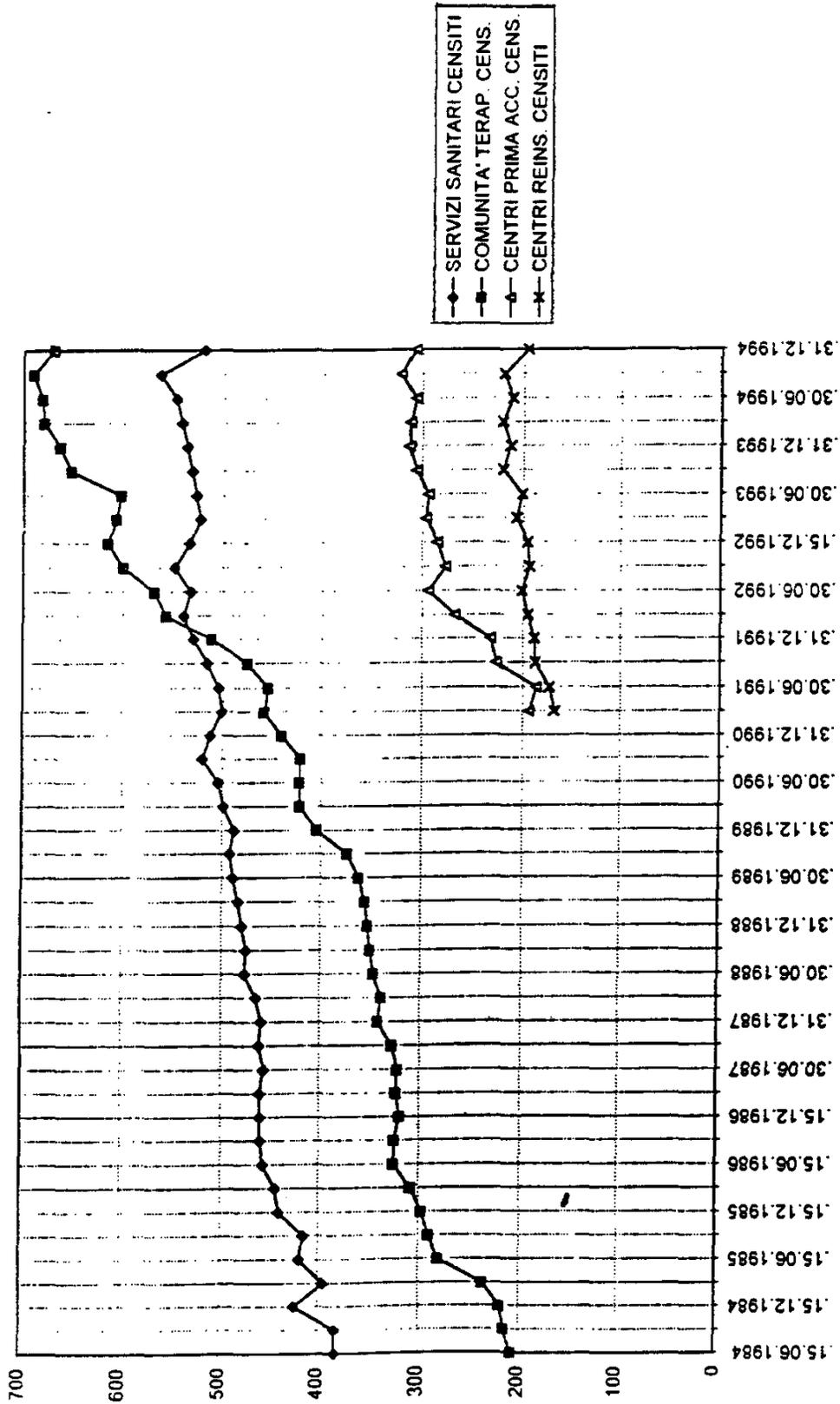
	SERVIZI SANITARI PUBBLICI	CENTRI DI ACCOGLIENZA	COMUNITA' TERAPEUT.	CENTRI DI REINSERIM.	TOT. STRUTTURE SOCIO-RIABIL.
NORD	283	132	305	140	577
CENTRO	118	62	106	40	208
SUD	116	40	74	16	130
ISOLE	34	26	49	6	81
TOTALE ITALIA	551	260	534	202	996

	SERVIZI SANITARI PUBBLICI	CENTRI DI ACCOGLIENZA	COMUNITA' TERAPEUT.	CENTRI DI REINSERIM.	TOT. STRUTTURE SOCIO-RIABIL.
NORD	282	156	348	142	646
CENTRO	120	73	128	47	248
SUD	113	54	106	27	187
ISOLE	44	30	60	4	94
TOTALE ITALIA	559	313	642	220	1.175

	SERVIZI SANITARI PUBBLICI	CENTRI DI ACCOGLIENZA	COMUNITA' TERAPEUT.	CENTRI DI REINSERIM.	TOT. STRUTTURE SOCIO-RIABIL.
NORD	272	156	361	151	668
CENTRO	121	76	133	51	260
SUD	119	66	120	29	215
ISOLE	49	33	67	6	106
TOTALE ITALIA	561	331	681	237	1.249

	SERVIZI SANITARI PUBBLICI	CENTRI DI ACCOGLIENZA	COMUNITA' TERAPEUT.	CENTRI DI REINSERIM.	TOT. STRUTTURE SOCIO-RIABIL.
NORD	263	160	377	143	680
CENTRO	125	72	132	48	252
SUD	128	79	136	30	245
ISOLE	57	30	67	5	102
TOTALE ITALIA	573	341	712	226	1.279

OSSERVATORIO PERMANENTE SUL FENOMENO DRUGA
SERVIZI SANITARI PUBBLICI E STRUTTURE SOCIO-RIABILITATIVE CENSITE (1984/1994)



DECESSI CORRELATI ALL'ABUSO DI DROGHE ASPETTI GENERALI E PARTICOLARI

Il problema dei decessi direttamente correlabili all'abuso di sostanze proibite e nocive è oggetto di continue e costanti valutazioni per l'incidenza che tale aspetto riveste nell'ambito del fenomeno della diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope in Italia.

Il numero è attualmente attestato su 840 unità contro le 888 del 1993, con ciò registrandosi una diminuzione del 5,40% rispetto all'annualità oggetto di comparazione.

Tale valore, al termine delle verifiche e dei riscontri in corso, non dovrebbe discostarsi di molto da quello finale, una volta trasformato il dato di polizia iniziale - "*verosimile morte per overdose*" - in dato scientifico quali morti da intossicazione acuta (*narcotismo acuto*) da psicoattivi.

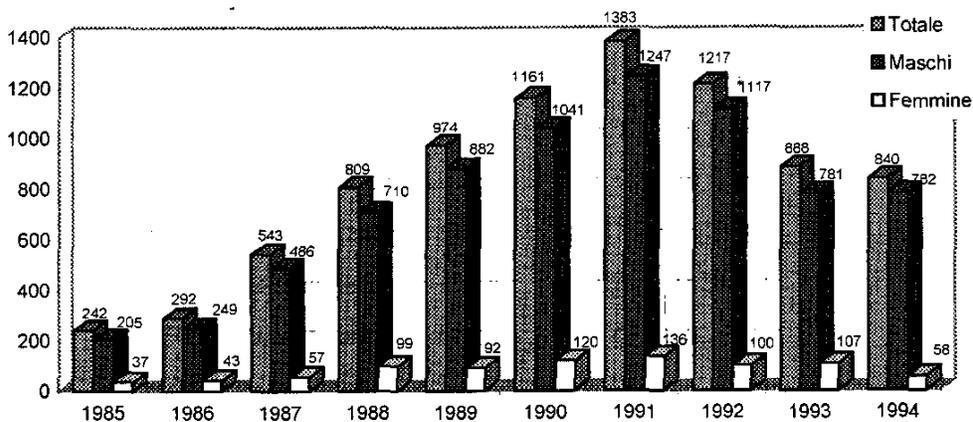
Pertanto, detti elementi informativi non sono:

- a. ancora totalmente consolidati alla data del 15 febbraio 1995;
- b. tutti corroborati dagli esiti peritali, a seguito di esami autoptici e/o tossicologici disposti eventualmente dall'Autorità Giudiziaria competente;
- c. riferibili a decessi sopravvenuti a seguito di sinistri stradali, per endocarditi, epatiti: AIDS, incidenti sul lavoro, suicidi, etc. (cause *indirette, indotte o connesse*).

Dalla grafica seguente è possibile evidenziare che, dopo anni di progressivo incremento, il numero delle persone decedute riconducibile all'uso e/o abuso di droghe è sicuramente in regressione a partire dal 1992 (Fig. 1).

N° DEI DECESSI CORRELATI ALL'ABUSO DI DROGHE Periodo 1985 - 1994 (in n°)

Fig. 1

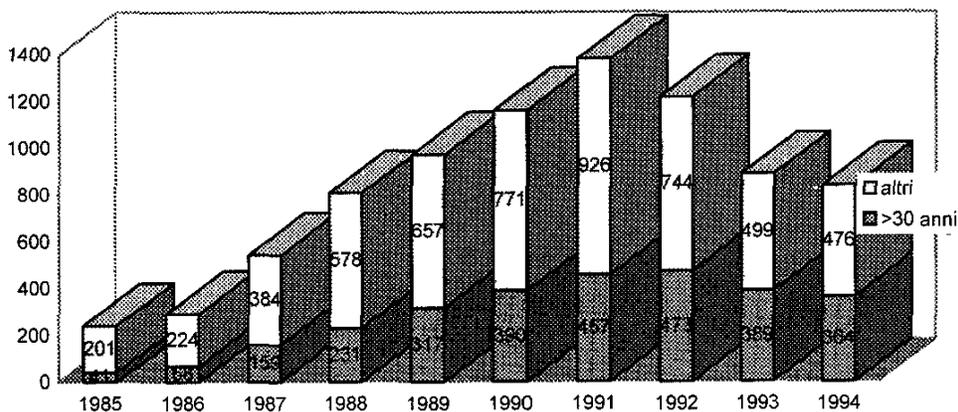


Tali elementi, se disaggregati rispetto alle fasce di età, rivelano, nel decennio, la costante crescita percentuale degli "anziani" sul totale delle morti.

Infatti, gli *ultratrentenni* rappresentano, in assoluto, la quota più alta rispetto alle altre fasce d'età (Fig. 2).

Decessi di ultratrentenni nel decennio

Fig. 2



Nell'ambito della serie temporale decennale tali classi di adulti hanno inciso rispettivamente:

- | | | | | | |
|---|-----------|-----|----|-------|-----------------------|
| - | 1985, nr. | 41 | su | 242 | casi, pari al 16,94%; |
| - | 1986, nr. | 68 | su | 292 | casi, pari al 23,29%; |
| - | 1987, nr. | 159 | su | 543 | casi, pari al 29,28%; |
| - | 1988, nr. | 231 | su | 809 | casi, pari al 28,55%; |
| - | 1989, nr. | 317 | su | 974 | casi, pari al 32,55%; |
| - | 1990, nr. | 390 | su | 1.161 | casi, pari al 33,59%; |
| - | 1991, nr. | 457 | su | 1.383 | casi, pari al 33,04%; |
| - | 1992, nr. | 473 | su | 1.217 | casi, pari al 38,86%; |
| - | 1993, nr. | 389 | su | 888 | casi, pari al 43,81%; |
- 1994, nr. 364 (di cui 345 maschi e 19 femmine) su **840** casi, pari al 43,33%.

Sul totale di **840** deceduti, le femmine, per il **1994**, rappresentano il 6,90% (58 contro 782 maschi).

Circa l'appartenenza a categorie socio-professionali, il dato è complessivamente poco significativo atteso che ben 531 soggetti su 840 non risultano aver avuto specifica occupazione.

Dalla tabella di figura 3 è comunque possibile evincere la classificazione elaborata in base ai dati presenti in archivio.

Categorie socio-professionali delle Persone Decedute	1994	1993
Studenti	2	6
Studenti universitari	2	1
Agricoltori	3	4
Artigiani	3	4
Commercianti	4	10
Impiegati statali	3	
Impiegati	9	7
Militari di carriera	1	1
Militari di leva	2	5
Operai	103	87
Marittimi	4	3
Professionisti	2	1
Casalinghe		3
Pensionati	1	1
Altre occupazioni	9	2
Disoccupati	161	158
Occupazione non precisata	531	595
TOTALE	840	888

Fig. 3

Quanto alla distribuzione degli stessi decessi per mese, su base annua, la situazione è riportata nella tabella di figura 4, che comprende le due ultime annualità comparate fra loro, nonché l'indice di mortalità giornaliero.

Decessi							
Distribuzione comparata per mese							
anno 1994				anno 1993 (*)			
mese di	nr. decessi	nr. giorni	al giorno nel mese	mese di	nr. decessi	nr. giorni	al giorno nel mese
gennaio	(1) 82	31	2,64	gennaio	82	31	2,64
febbraio	(1) 76	28	2,71	febbraio	(5) 75	28	2,67
marzo	(2) 73	31	2,35	marzo	(9) 50	31	1,61
aprile	(3) 64	30	2,13	aprile	(5) 67	30	2,23
maggio	(4) 77	31	2,48	maggio	(10) 66	31	2,12
giugno	(2) 70	30	2,33	giugno	(1) 50	30	1,66
luglio	(2) 80	31	2,58	luglio	(1) 72	31	2,32
agosto	(5) 85	31	2,74	agosto	86	31	2,77
settembre	(6) 65	30	2,16	settembre	(1) 78	30	2,60
ottobre	(7) 57	31	1,83	ottobre	87	31	2,80
novembre	(8) 50	30	1,66	novembre	(11) 79	30	2,63
dicembre	(2) 61	31	1,96	dicembre	(2) 96	31	3,09
TOTALE	840	365	2,30	TOTALE	888	365	2,43

(*) Dati provvisori e consolidati al 17 febbraio 1995.

(1) di cui nr. 1 cittadino straniero deceduto in Italia.

(2) di cui nr. 3 cittadini stranieri deceduti in Italia.

(3) di cui nr. 2 persone di cittadinanza non nota decedute in Italia.

(4) di cui nr. 1 straniero e nr. 1 persona di cittadinanza non nota deceduti in Italia.

(5) di cui nr. 1 persona di cittadinanza non nota deceduta in Italia.

(6) di cui nr. 1 connazionale deceduto in Turchia.

(7) di cui nr. 1 connazionale deceduto in Inghilterra e nr. 1 cittadino straniero deceduto in Italia.

(8) di cui nr. 2 cittadini stranieri deceduti in Italia.

(9) di cui n. 1 connazionale deceduto in Olanda e nr. 1 cittadino straniero deceduto in Italia.

(10) di cui nr. 2 cittadini stranieri e nr. 1 di cittadinanza non nota deceduti in Italia.

(11) di cui nr. 1 connazionale deceduto in Colombia e nr. 2 stranieri deceduti in Italia.

Fig. 4

L'andamento del 1994 consente, dunque, di riscontrare il consolidamento dell'*inversione di tendenza*.

Il *trend* è ora sicuramente favorevole ed è confermato dagli altri *indicatori* di settore.

Contemporaneamente è da valutare la portata dell'azione complessiva di prevenzione, nonché i risultati conseguiti nel corso di operazioni di soccorso prestate, all'occorrenza ed in emergenza, da operatori di polizia e sanitari - pubblici e privati, con le *unità di strada* -, la cui opera è valsa a sottrarre a morte certa almeno 387 soggetti rinvenuti in stato pre-comatoso. Quanto alla ripartizione regionale dei decessi il *quadro* generale è riportato in figura 5.

Decessi correlati all'abuso di droghe			
Situazione regionale comparata			
Regione	1994	%	1993
Abruzzo	19	46,15	13
Basilicata	6	20,00	5
Calabria	5	-16,66	6
Campania	97	21,25	80
Emilia Romagna	102	0,99	101
Friuli V.G.	26	100,00	13
Lazio	53	-60,15	133
Liguria	78	8,33	72
Lombardia	124	-8,82	136
Marche	16	45,45	11
Molise	1	-	1
Piemonte	47	-31,88	69
Puglia	52	15,55	45
Sardegna	30	30,43	23
Sicilia	38	31,03	29
Toscana	53	-1,85	54
Trentino A.A.	14	-22,22	18
Umbria	11	57,14	7
V. d'Aosta	1	-	1
Veneto	65	-5,79	69
TOTALE	(*) 840	-5,40	(**) 888

(*) di cui 2 deceduti all'estero

(**) di cui 2 deceduti all'estero

Fig. 5

Le Regioni più "a rischio" - fatti salvi i differenziali rispetto a tutti i parametri - appaiono la Lombardia (124), l'Emilia Romagna (102), la Campania (97) e la Liguria (78).

Preoccupa l'andamento di alcune realtà locali (Friuli, Umbria, Abruzzo e Marche), ove, in controtendenza rispetto all'andamento nazionale, è stato registrato un incremento relativo.

La tabella seguente riporta il dato complessivo, riferibile ai decessi di che trattasi, disaggregato per regione e provincia, fasce di età e sesso, cittadinanza.

**Decessi correlati all'abuso di droghe
Distribuzione regionale e provinciale
Dato disaggregato per fasce di età, sesso e cittadinanza**

R E G I O N E	P R O V I N C I A	FASCE DI ETÀ E SESSO										I T A L I A N I	S T R A N I E R I
		< anni 18		18/24		25/30		31/40		>anni 40			
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
LOMBARDIA N. 124	Milano			10		18	1	19	1	5		53	1
	Bergamo			4	1	5		8				18	
	Brescia			3		9		4	1	1		18	
	Como			2		6		1				9	
	Cremona					1		2	1			4	
	Mantova				1	1		2				4	
	Pavia			1		1		1				3	
	Varese			4		5	1	4				14	
EMILIA ROMAGNA N. 102	Bologna			4	2	7	2	12				24	3
	Ferrara			3		5		2				10	
	Forlì				1	9	1	3		1		14	1
	Modena			7	1	14	1	7		1		30	1
	Parma					4		2				6	
	Piacenza					2		2				4	
	Ravenna			2		2		1				5	
	Reggio Emilia					1		2	1			4	
CAMPANIA N. 97	Napoli			19	2	31	1	23	1	1		74	4
	Avellino			4								4	
	Benevento			1								1	
	Caserta					4	1	1		1		6	1
	Salerno			2		4		1				7	
LIGURIA N. 78	Genova	2		9	4	21	2	20	1	3	1	61	2
	Imperia							3				3	
	La Spezia			2		1				2		5	
	Savona					5		2				7	
VENETO N. 65	Venezia			1		6		2				9	
	Belluno					1						1	
	Padova			7	1	7	1	6		1		23	
	Rovigo					2		1				3	
	Treviso			1		2		2				4	1
	Verona			2	1	3		4		1		11	
	Vicenza			4		4		4		1		13	
LAZIO N. 53	Roma			6	1	10		13	3	1	1	32	3
	Frosinone					2		3		1		6	
	Latina					3		2	1			6	
	Rieti			1		1						2	
	Viterbo					2		1		1		4	

(segue)

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

R E G I O N E	P R O V I N C I A	FASCE DI ETÀ E SESSO										I T A L I A N I	S T R A N N I E R I
		< anni 18		18/24		25/30		31/40		>anni 40			
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
TOSCANA N. 53	Firenze			1	1	4	2	14	1	2		25	
	Arezzo			1		1					2		
	Grosseto			1		1					2		
	Livorno					1		2			3		
	Lucca					1		3		1	5		
	Massa Carrara					4					4		
	Pisa			1		2		4			7		
	Pistoia	1				3					3	1	
	Siena					1					1		
PUGLIA N. 52	Bari			7		10		4				19	2
	Brindisi			1				1				2	
	Foggia			4		6		5				15	
	Lecce			9		1		3				13	
	Taranto							1				1	
PIEMONTE N. 47	Torino	1		6	1	13	1	6				27	1
	Alessandria									1		1	
	Asti			1		1	1					3	
	Cuneo			2				1				3	
	Novara			2		3		1				6	
	Vercelli			1	1			4				6	
SICILIA N. 38	Palermo			3		6		1	1	2		13	
	Agrigento			1		2				1		4	
	Catania			1		4		1				6	
	Caltanissetta					2		2				4	
	Messina			2				2				4	
	Ragusa			1								1	
	Siracusa			1		1		2				4	
	Trapani			1		1						2	
SARDEGNA N. 30	Cagliari			4		6		8	1			19	
	Sassari			2		5		4				11	
FRIULI V.G. N. 26	Trieste			1		5	1	1				8	
	Gorizia					1		2		1		4	
	Pordenone					1		2				3	
	Udine			2		2	1	5	1			11	
ABRUZZO N. 19	L'Aquila					1						1	
	Chieti			1		1						2	
	Pescara			2		4		3				9	
	Teramo			1		3		3				6	1
MARCHE N. 16	Ancona					3		1				4	
	Ascoli Piceno			2		3	1	3				9	
	Pesaro			1				2				3	
TRENTINO A.A. N. 14	Bolzano				1	3	1	1				6	
	Trento			1		3		3	1			8	

(segue)

R E G I O N E	P R O V I N C I A	FASCE DI ETÀ E SESSO										I T A L I A N I	S T R A N I E R I
		< anni 18		18/24		25/30		31/40		>anni 40			
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
UMBRIA N. 11	Perugia Terni				1	4	1					6	
BASILICATA N. 6	Potenza Matera			1				1				2	
CALABRIA N. 5	Catanzaro Cosenza					1			1			1	4
ESTERO N. 2	Inghilterra Turchia					1				1		1	1
MOLISE N. 1	Campobasso					1						1	
V. D'AOSTA N. 1	Aosta					1						1	
TOTALE N. 840		4		171	21	318	20	260	15	29	2	818	22
	%		0,47	22,86		40,24		32,74		3,69		97,38	2,62

Fig. 6

Ai fini comparativi sono stati rielaborati anche gli elementi informativi relativi al 1993, talchè il *quadro di situazione* completo è schematicamente riassunto in figura 7.

Persone decedute Classi di età	1994		1993	
	N°	% sul totale	N°	% sul totale
Minori anni 18	4	0,47	2	0,23
anni 18 - 24	192	22,86	204	22,97
anni 25 - 30	338	40,24	361	40,65
anni 31 - 40	275	32,74	288	32,43
oltre anni 40	31	3,69	33	3,72
TOTALE	840		888	

Fig. 7

La nazionalità dei soggetti pervenuti a morte in Italia è riportata nella grafica di figura 8, laddove, a titolo comparativo, sono altresì indicati i riferimenti numerici e percentuali rispetto al 1993.

Si tratta di 18 stranieri e di 4 persone la cui origine è rimasta ignota.

Gli appartenenti, però, ai Paesi membri dell'Unione Europea sono 822, di cui 818 italiani.

Nazionalità persone decedute in Italia	1994		1993	
	N°	% sul totale	N°	% sul totale
Algeria	2	0,24		
Austria	1	0,12		
Belgio	1	0,12		
Brasile	2	0,24	2	0,23
Cile			1	0,11
Finlandia			1	0,11
Francia	1	0,12		
Germania			1	0,11
Ghana	1	0,12		
Giamaica	1	0,12		
Iran	1	0,12		
Italia	818	97,38	874	98,43
ex Jugoslavia	3	0,35	1	0,11
Marocco	3	0,35	1	0,11
Nigeria			1	0,11
Slovenia			1	0,11
Svezia	1	0,12		
Tunisia	1	0,12	2	0,23
Ignota	4	0,48	3	0,34
SESSO				
Maschi	782	93,10	781	87,95
Femmine	58	6,90	107	12,05

Fig. 8

**CONSUMATORI E DETENTORI PER USO PERSONALE
DI SOSTANZE STUPEFACENTI SEGNALATI ALLE PREFETTURE
EX ART. 75 T.U. 309/90**

I tossicodipendenti segnalati alle Prefetture dalle Forze di Polizia, per detenzione di sostanze stupefacenti per uso personale, risultano 82.477* nel periodo dall'11/7/1990, data di entrata in vigore della L. 162/90, al 31/12/1994.

L'età media degli assuntori è di anni 23,40, mentre la distribuzione per classi di età è la seguente:

classe fino a 14	0,45% dei casi
classe 15 - 17	5,72% dei casi
classe 18 - 20	24,62% dei casi
classe 21 - 22	16,19% dei casi
classe 23 - 25	19,63% dei casi
classe 26 - 28	14,57% dei casi
classe 29 - 30	6,41% dei casi
classe oltre 30	12,41% dei casi

La tabella mostra la maggiore incidenza delle classi di età comprese fra i 18 ed i 30 anni (81,42%), a fronte del 6,17% di segnalati minorenni e del 12,41% in età superiore ai 30 anni.

La percentuale non irrilevante di segnalati in età superiore ai 30 anni, pur se piuttosto stabile rispetto allo scorso anno, mette in evidenza il progressivo invecchiamento della popolazione tossicodipendente.

Tale fenomeno è ormai all'attenzione dei responsabili delle strutture pubbliche e private operanti nel settore.

* I dati provvisori, aggiornati alla data del 15/2/95, sono suscettibili di ulteriori aggiornamenti

Per quanto riguarda la distribuzione per sesso, la prevalenza di uomini (pari al 92,66% rispetto al totale) conferma il carattere nettamente maschile del fenomeno nel nostro Paese.

Interessante dal punto di vista sociologico è l'analisi della condizione professionale. Dai dati disponibili (parziali) emerge la figura del consumatore abituale come un soggetto normalmente integrato nel tessuto socio-economico.

Il 54,90% di queste persone risulta, infatti, occupato stabilmente, l'11,40% sottoccupato, il 23,56% disoccupato, il 4,07% in condizione non professionale (casalinghe, militari, invalidi) e il 2,54% in cerca di 1^a occupazione. Solo il 3,53% sono studenti.

Delle 97.934 segnalazioni effettuate, il 75,14% si riferisce a persone segnalate una sola volta. Relativamente al tipo di sostanza 49.312 segnalazioni (pari al 50,35%) riguardano sostanze leggere, 48.622 (pari al 49,65%) sostanze pesanti.

In questi ultimi due anni di applicazione della legge, la percentuale di segnalazioni per consumo di sostanze pesanti sembra essere diminuita, mentre quella per consumo di sostanze leggere aumentata.

E' necessario, però, che questa inversione di tendenza venga ulteriormente confermata nel futuro.

La regione con il più alto numero di soggetti segnalati è la Lombardia con 12.145 casi, pari al 14,7%, seguita dal Lazio con 11.714, pari al 14,2%, dalla Toscana con 7.569, pari al 9,2% e dal Piemonte con 6.733, pari all'8,2%.

Le regioni con il minor numero di persone segnalate sono il Molise con 240 casi e la Valle d'Aosta con 292.

Rispetto al passato non si evidenziano particolari novità riguardo alle regioni maggiormente colpite, così come a quelle in cui il fenomeno è meno presente.

Relativamente all'attività dei Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze, risultano svolti 74.845 colloqui davanti al Prefetto, a seguito dei quali 28.903 soggetti, sono stati invitati a non fare più uso di sostanze stupefacenti; (ammonizione).

Il numero complessivo dei colloqui - che prescindendo dall'esito - sembra registrare un leggero aumento, se paragonato a quello segnalato lo scorso anno.

Rilevante è la percentuale di soggetti che hanno richiesto di essere avviati ai servizi per trattamento terapeutico (27.089, pari al 36,19%). Questo dato appare ancor più significativo se

si considera che di questi soggetti 10.258 (pari al 37,87%) hanno terminato il programma terapeutico.

Le sanzioni amministrative finora adottate dai Prefetti sono state 19.516, di cui 12.243 (pari al 62,73%) a seguito di colloquio presso il Nucleo Operativo Tossicodipendenze della Prefettura e 7.273 (pari al 37,27%) per mancata presentazione al colloquio stesso.

DATI RELATIVI AI SEGNALATI AI SENSI DELL'ART 75 T.U. N.309 - 9 OTTOBRE 1990
11/07/1990 - 31/12/1994

1- PERSONE SEGNALATE LA PRIMA VOLTA									
REGIONI	MASCHI		FEMMINE		TOTALE				
	SEGNA- LATI	DI CUI MINORI (1)	SEGNA- LATI	DI CUI MINORI (1)	SEGNA- LATI	DI CUI MINORI (1)	CON 1 SEGN	CON + SEGN (2)	
PIEMONTE	6088	311	645	36	6733	347	5885	848	
VALLE D'AOSTA	261	8	31		292	6	276	16	
LOMBARDIA	11250	617	895	50	12145	667	10861	1284	
TREN. A. ADIGE	1202	38	161	5	1363	43	1251	112	
VENETO	3337	176	338	18	3675	192	3321	354	
FRIULI V. GIULIA	974	44	122	8	1096	50	970	126	
LIGURIA	4930	204	559	21	5489	225	4668	821	
EMILIA ROMAGNA	5884	327	630	34	6514	361	5773	741	
TOSCANA	6783	333	776	41	7569	374	6464	1105	
UMBRIA	1039	50	73	2	1112	52	1027	85	
MARCHE	2292	135	192	8	2484	143	2239	245	
LAZIO	11051	711	663	34	11714	745	10671	1043	
ABRUZZO	1448	88	97	8	1543	96	1386	157	
MOLISE	229	20	11	1	240	21	212	28	
CAMPANIA	5268	434	146	9	5414	443	5029	385	
PUGLIA	3866	291	192	9	4058	300	3683	375	
BASILICATA	474	48	17	1	491	49	434	57	
CALABRIA	1591	163	58	4	1649	167	1577	72	
SICILIA	6243	661	320	21	6563	682	5780	783	
SARDEGNA	2207	120	126	6	2333	126	2078	255	
TOTALE ITALIA	76425	4777	6052	312	82477	5089	73585	8892	

(1) RISULTANTI ALLA DATA DEL FATTO (1ª SEGNALAZIONE).

(2) PERSONE SEGNALATE ALTRE VOLTE - OLTRE LA 1ª - NEL PERIODO DI RIFERIMENTO.
FINO AL 5/6/93 ERA PREVISTO UN LIMITE MASSIMO DI 3 SEGNALAZIONI (REFERENDUM D.P.R. N. 171/93)

DATI PROVVISORI E SUSCETTIBILI DI ULTERIORI AGGIORNAMENTI

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

DATI RELATIVI AI SEGNALATI AI SENSI DELL'ART. 75 T.U. N. 309 - 9 OTTOBRE 1990
11/07/1990 - 31/12/1994

REGIONI	2. SEGNALAZIONI			3. PROVVEDIMENTI										TRASM ATTI (C. 12) (4)
	SOSTANZE LEGGERE	SOSTANZE PESANTI	TOTALE	TOTALE COLLOQUI (3)	FORMALE INVITO (C. 2)	RICH. PROGR. TERAP. (C. 9)	CONVOCAZIONI (C. 12)		SANZIONI AMMINISTRATIVE (C. 1)			ARCHIV ATTI (C. 11)		
							CON COLLOQ.	SENZA COLLOQ.	TOTALE	CON COLLOQ.	SENZA COLLOQ.		TOTALE	
PIEMONTE	3465	4540	8005	5565	2112	1934	425	1	426	1094	551	1645	907	235
VALLE D'AOSTA	239	67	306	262	99	43	13		13	107	12	119	15	6
LOMBARDIA	6030	8308	14338	11204	3221	3844	807	12	819	3332	709	4041	2148	512
TREN. A. ADIGE	990	713	1703	1167	551	383	122	28	150	111	269	380	88	65
VENETO	1705	2590	4295	3883	1032	1664	364	10	374	823	264	1087	553	253
FRIULI V. GIULIA	684	609	1293	1049	374	399	98	6	104	178	74	252	133	74
LIGURIA	3170	3776	6946	5874	1927	2704	628		628	615	1254	1869	871	359
EMILIA ROMAGNA	3907	4012	7919	6730	2693	2324	820	43	863	893	788	1661	908	313
TOSCANA	4448	4976	9424	8030	2735	3116	952	2	954	1227	416	1643	1270	329
UMBRIA	794	495	1289	1229	476	506	123	2	125	124	49	173	243	33
MARCHE	1781	1181	2962	2626	1138	946	284	4	288	258	282	540	454	126
LAZIO	8615	4899	13514	7670	4304	1734	289	11	300	1343	264	1607	505	112
ABRUZZO	1155	708	1861	1731	865	564	93	1	94	209	128	337	166	50
MOLISE	167	145	312	323	125	135	29	8	37	34	19	53	58	18
CAMPANIA	2974	3005	5979	3990	1820	1695	182	172	354	293	596	889	342	63
PUGLIA	1802	3091	4893	3908	1052	1625	496	49	545	635	782	1417	389	202
BASILICATA	325	254	579	661	184	349	71		71	57	35	92	149	35
CALABRIA	1195	560	1755	1490	681	599	76	1	77	134	24	158	304	22
SICILIA	4587	3236	7823	6989	2891	1883	621	9	630	594	451	1045	588	332
SARDEGNA	1279	1459	2738	1564	623	642	117	7	124	182	306	488	167	48
TOTALE ITALIA	49312	48622	97934	74845	28903	27089	6610	366	6976	12243	7273	19516	10258	3187

(3) NEL TOTALE COLLOQUI SONO INDICATI I CASI DI:
FORMALE INVITO (COMMA 2), RICHIESTA PROGRAMMA TERAPEUTICO (COMMA 9), CONVOCAZIONE (COMMA 12) E
SANZIONE AMMINISTRATIVA (COMMA 1).

(4) FINO AL 5/8/93 (REFERENDUM D.P.R. N. 171/93).

DATI PROVVISORI E SUSCETTIBILI DI ULTERIORI AGGIORNAMENTI

PERSONE SEGNALATE LA PRIMA VOLTA AI SENSI DELL'ART. 75 T.U. N. 309 - 9 OTTOBRE 1990
DATI RELATIVI AL SESSO ED ALLE CLASSI DI ETÀ' (11/07/1990 - 31/12/1994)

REGIONE	MASCHI SEGNALATI LA PRIMA VOLTA										TOTALE
	FINO A 14	15 - 17	18 - 20	21 - 22	23 - 25	26 - 28	29 - 30	OLTRE 30			
PIEMONTE	25	286	1521	964	1284	886	379	743			6088
VALLE D'AOSTA	1	5	56	46	60	45	19	29			261
LOMBARDIA	54	583	2453	1767	2245	1771	817	1580			11250
TREN. A. ADIGE	2	36	242	207	257	206	78	174			1202
VENETO	17	159	752	521	661	551	247	429			3337
FRIULI V. GIULIA	5	39	328	136	127	141	66	132			974
LIGURIA	9	195	1058	748	954	789	376	803			4930
EMILIA ROMAGNA	14	313	1491	900	1145	860	422	739			5884
TOSCANA	24	309	1517	1111	1360	1047	521	904			6793
UMBRIA	7	43	309	200	195	111	49	125			1039
MARCHE	15	120	788	406	378	257	109	219			2292
LAZIO	54	657	2954	1778	2024	1435	624	1525			11051
ABRUZZO	11	77	367	251	313	201	64	162			1446
MOLISE	1	19	70	41	41	25	14	18			229
CAMPANIA	25	409	1371	900	1035	766	309	453			5268
PUGLIA	22	269	964	694	805	567	222	323			3866
BASILICATA	3	45	145	93	88	50	15	35			474
CALABRIA	11	152	416	263	320	203	88	140			1591
SICILIA	31	630	1832	1032	1133	789	287	509			6243
SARDEGNA	10	110	514	394	450	320	135	274			2207
TOTALE GENERALE	341	4436	19148	12450	14875	11020	4839	9316			76425

DATI PROVVISORI E SUSCETTIBILI DI ULTERIORI AGGIORNAMENTI

PERSONE SEGNALATE LA PRIMA VOLTA AI SENSI DELL'ART. 75 T.U. N. 309 - 9 OTTOBRE 1990
DATI RELATIVI AL SESSO ED ALLE CLASSI DI ETÀ' (11/07/1990 - 31/12/1994)

REGIONE	FEMMINE SEGNALATE LA PRIMA VOLTA										TOTALE
	FINO A 14	15 - 17	18 - 20	21 - 22	23 - 25	26 - 28	29 - 30	OLTRE 30			
.PIEMONTE	4	32	122	93	143	94	65	92			645
.VALLE D'AOSTA			6	5	7	6		7			31
.LOMBARDIA	5	45	188	136	188	138	46	149			895
.TREN. A. ADIGE	1	4	21	31	33	27	13	31			161
.VENETO	4	12	58	50	69	65	33	47			338
.FRIULI V. GIULIA	1	5	13	17	26	28	14	18			122
.LIGURIA	3	18	95	86	106	96	44	111			559
.EMILIA ROMAGNA	1	33	126	85	146	103	42	94			630
.TOSCANA	4	37	142	116	176	135	51	115			776
.UMBRIA	1	1	17	14	21	10	2	7			73
.MARCHE		8	46	32	46	26	15	19			192
.LAZIO	1	33	135	87	140	103	60	104			663
.ABRUZZO	1	7	18	18	16	16	5	16			97
.MOLISE		1	4	1	2	2		1			11
.CAMPANIA	2	7	28	20	37	28	11	13			146
.PUGLIA	2	7	38	33	42	29	16	25			192
.BASILICATA		1	7	1	4	2	2				17
.CALABRIA	1	3	14	10	13	6	3	8			58
.SICILIA	3	18	57	49	70	55	20	48			320
.SARDEGNA		6	24	15	33	26	8	14			126
.TOTALE GENERALE	34	278	1159	899	1318	895	450	919			6052

DATI PROVVISORI E SUSCETTIBILI DI ULTERIORI AGGIORNAMENTI

PERSONE SEGNALATE LA PRIMA VOLTA AI SENSI DELL'ART. 75 T.U. N. 309 - 9 OTTOBRE 1990
DATI RELATIVI AL SESSO ED ALLE CLASSI DI ETÀ' (11/07/1990 - 31/12/1994)

REGIONE	TOTALE MASCHI E FEMMINE SEGNALATI LA PRIMA VOLTA										TOTALE
	FINO A 14	15 - 17	18 - 20	21 - 22	23 - 25	26 - 28	29 - 30	OLTRE 30			
PIEMONTE	29	318	1643	1057	1427	980	444	835			6733
VALLE D'AOSTA	1	5	62	51	67	51	19	36			292
LOMBARDIA	59	608	2641	1903	2433	1909	863	1729			12145
TREN. A. ADIGE	3	40	263	238	280	233	91	205			1363
VENETO	21	171	810	571	730	616	280	476			3675
FRIULI V. GIULIA	6	44	341	153	153	169	80	150			1096
LIGURIA	12	213	1153	832	1060	885	420	914			5489
EMILIA ROMAGNA	15	346	1617	985	1291	963	464	833			6514
TOSCANA	28	346	1659	1227	1536	1182	572	1019			7569
UMBRIA	8	44	326	214	216	121	51	132			1112
MARCHE	15	128	634	438	424	283	124	238			2484
LAZIO	55	690	3089	1865	2164	1538	684	1629			11714
ABRUZZO	12	84	385	269	329	217	69	178			1543
MOLISE	1	20	74	42	43	27	14	19			240
CAMPANIA	27	416	1399	920	1072	794	320	466			5414
PUGLIA	24	276	1002	727	847	596	238	348			4058
BASILICATA	3	46	152	94	92	52	17	35			491
CALABRIA	12	155	430	273	333	209	89	148			1649
SICILIA	34	648	1889	1081	1203	844	307	557			6563
SARDEGNA	10	116	538	409	483	346	143	288			2333
TOTALE GENERALE	375	4714	20307	13349	16193	12015	5289	10235			82477

DATI PROVVISORI E SUSCETTIBILI DI ULTERIORI AGGIORNAMENTI

PROBLEMATICHE ORGANIZZATIVE ED OPERATIVE

Il principale problema operativo legato all'applicazione dell'art. 75 del D.P.R. 309/90 rimane lo scarso coordinamento di tutte le componenti interessate alla materia, sia a livello interno di singola Amministrazione che a livello interministeriale, così come tra organi statali e locali.

Conseguenza di ciò è la mancanza di uniformità nella pratica operativa. Tale difformità si nota a vari livelli:

- Difformità di comportamento delle Forze di Polizia Giudiziaria.

Le segnalazioni "dubbie" (relativamente alla destinazione delle sostanze, se esclusivamente per uso personale o meno) vengono inviate in alcuni casi solo al Prefetto, in altri solo al Procuratore della Repubblica e, in altri ancora, ad entrambi. Le direttive in tal senso localmente impartite dalle Procure della Repubblica sono disomogenee sul territorio e, comunque, spesso carenti.

- Difformità di durata dei trattamenti terapeutici.

Ciò è dovuto non solo alla necessaria "personalizzazione" del trattamento terapeutico, ma anche alle diverse possibilità operative dei servizi. Esistono servizi che non accettano in trattamento tossicodipendenti che hanno fatto uso esclusivo di sostanze leggere e servizi che li prendono in cura.

Altra difficoltà operativa legata, anche se indirettamente, ad uno scarso coordinamento, è la necessaria interrelazione tra differenti "organismi" per l'espletamento del procedimento (Autorità Giudiziaria, laboratori di analisi, Prefetto, Servizi Sanitari Pubblici, ecc.).

A causa dei tempi spesso molto lunghi di ognuno di questi organismi e delle loro diverse modalità operative, la definizione del procedimento si allunga oltre misura, vanificando così la tempestività dell'intervento e la stessa efficacia.

Alcuni di questi problemi possono essere risolti incrementando il dialogo, e quindi la collaborazione, a livello locale. A tal fine può essere di grande utilità l'operato del Comitato Provinciale per l'Ordine e la Sicurezza Pubblica (C.P.O.S.P.), che va sicuramente incrementato e supportato.

Carenze di organico e di mezzi vengono lamentate sia dai Ser.T. che dai Nuclei Operativi costituiti presso ogni Prefettura per assistere il Prefetto.

Nonostante l'espletamento del concorso a 200 posti di assistente sociale, previsto dalla legge, con la conseguente nomina di tutti i vincitori e, in alcune province, di idonei, vi sono Prefetture tuttora prive di assistente sociale (a Novara il vincitore ha rinunciato all'incarico) e Prefetture in cui il numero di assistenti sociali è ben lungi dall'essere sufficiente, particolarmente a Roma. Di fronte a questa difficoltà si sta valutando la possibilità di bandire un nuovo concorso.

Nel frattempo si cerca di valorizzare il più possibile la professionalità degli assistenti sociali, anche attraverso i corsi di aggiornamento professionale organizzati presso la Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno.

La valorizzazione della loro professionalità ed esperienza dovrebbe anche ovviare al rischio che l'eccessivo impegno negli aspetti prettamente amministrativi del procedimento non lasci loro spazio per la conoscenza diretta e la collaborazione con i Ser.T. e con le altre strutture socio-riabilitative presenti sul territorio, così come per le attività di indagine, studio e progettazione di interventi.

INIZIATIVE DI CONTRASTO ALLE TOSSICODIPENDENZE ADOTTATE A LIVELLO PROVINCIALE

Nel corso del 1994 è continuata la proliferazione di iniziative pubbliche e private, nel tentativo di prevenire la tossicodipendenza, e curare e reinserire nella società i soggetti coinvolti.

Risulta intensa infatti l'attività informativo-preventiva svolta dai Provveditorati agli Studi i quali, d'intesa con i Consigli d'Istituto, hanno promosso la realizzazione dei Corsi di formazione e sensibilizzazione per docenti ed operatori sanitari, la costituzione dei Centri di Informazione e Consulenza (C.I.C.) nelle scuole, previsti dalla legge 162/90 a supporto psicologico ed informativo degli studenti; di Conferenze e Corsi di Educazione alla Salute e Progetti a tutela di adolescenti a "rischio" di emarginazione sociale.

Purtuttavia si denota tuttora la carenza di una reale cultura della prevenzione, che si palesa soprattutto nella difficoltà di definire obiettivi e metodologie della progettazione e della esecuzione.

Nonostante il ruolo primario attribuito dalla L. 162/1990 alla fase della prevenzione, diversi interventi e progetti di ricerca sembrano risultare episodici e frammentari, scollati gli uni dagli altri, contro l'esigenza di una maggiore sperimentazione e valutazione delle indagini, nell'ambito di uno schema progettuale generale ed organico.

Nel versante del recupero, viene segnalata in generale l'opportunità di ridefinire la funzione dei Ser.T. come strutture integrate nel sistema socio-sanitario ma, autonome sotto il profilo organizzativo, in grado di adottare i propri interventi a seconda dei bisogni contingenti, di adeguare le risposte alle diverse tipologie di tossicodipendenti.

Lo stato dei Servizi Pubblici, in alcune realtà regionali, risulta essere tuttora insoddisfacente, relativamente all'istituzione stessa dei Servizi, all'insufficienza di personale presente in organico (ad es. ad Imperia, Chieti e Taranto), all'inadeguatezza dei locali, ed alle carenze qualitative e strutturali (es. Viterbo lamenta ancora la mancanza di un laboratorio d'analisi operante a livello provinciale rendendosi necessario l'invio dei reperti ancora presso la limitrofa Terni).

Tali disfunzioni gestionali, non consentendo a tutt'oggi, il funzionamento continuativo del Servizio anche nelle ore pomeridiane e nei giorni festivi, non permettono la piena esecuzione di programmi terapeutici globali "personalizzati", e sono la causa di un'offerta troppo standardizzata negli interventi. Questi, permangono ancora fortemente medicalizzati, con

somministrazione di metadone tendente sempre più a trasformarsi da terapia "a scalare" in trattamento terapeutico "di mantenimento".

Questa situazione di "apparente disinteresse" nelle attività di contrasto alle tossicodipendenze, che si riscontra soprattutto al Sud, può trovare una plausibile spiegazione nella presenza di problematiche socio-economiche ben più gravi, che pongono in secondo piano i profili della profilassi, della prevenzione, e della informazione sul fenomeno (in particolar modo, in Campania e Calabria, dove le assenze e carenze del settore pubblico vengono compensate dalle numerose iniziative del Privato Sociale).

Negli ultimi 2 anni, molto interessante è risultata inoltre la tendenza a sperimentare nuovi modelli di intervento, alternativi o complementari ai più classici trattamenti residenziali.

Nelle **Case Circondariali** sono stati realizzati interventi di supporto psicologico per tossicodipendenti detenuti, con equipe di medici generici specialisti.

Per i militari di leva, sono stati realizzati incontri periodici allo scopo di fornire informazioni nel quadro della prevenzione; in particolare, sono proseguiti gli interventi "ad personam" e gli "screenings" per l'individuazione di personalità "a rischio" e con problemi di disadattamento.

In particolare è da segnalare, la costituzione di numerosi "**Centri di ascolto**" a supporto psicologico dei tossicodipendenti e delle loro famiglie e, di "**Gruppi di auto-aiuto**" o "**Gruppi ad hoc**" per l'assistenza dei detenuti in carcere (soprattutto in Piemonte, Liguria, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Puglia ed in alcune province della Sicilia).

Sono state realizzate inoltre trasmissioni televisive e radiofoniche, allo scopo di sensibilizzare le popolazioni locali e rassegne artigianali di prodotti agricoli e manufatti eseguiti da tossicodipendenti in cura presso **Comunità Terapeutiche**, a scopi autogestionali o propagandistici.

Anche in Italia si è diffusa la consapevolezza di dover promuovere nel tessuto sociale una cultura di lotta alla droga che non miri solo al contrasto, ma anche alla prevenzione e al recupero sociale.

Sono state impegnate in questa strategia le "**unità di strada**", cioè gruppi di operatori preposti al contatto con coloro che non si rivolgono ai Servizi (specie in Val d'Aosta, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Lazio ed in alcune province della Sicilia).

Le "**unità di strada**" operano spesso nelle zone più degradate e pericolose delle aree metropolitane, offrendo materiale informativo, siringhe pulite, materiale per la disinfezione di

siringhe usate, profilattici, ecc., oltre all'offerta di "programmi integrati ad personam" e di altre possibili forme di aiuto.

Altri interventi sono stati di contenimento della letalità per overdose, mediante le "unità mobili di rianimazione" e di "pronto intervento" ed i trattamenti di mantenimento con i farmaci sostitutivi.

Un servizio di assistenza domiciliare a soggetti tossicodipendenti affetti da AIDS è stato attivato in Lombardia, Trentino Alto Adige ed Emilia Romagna.

La nuova drammatica emergenza è quella dovuta alla diffusione, sul mercato della droga, di sostanze caratterizzate da elevata tossicità e nocività sin dalla prima assunzione, le c.d. droghe "disegnate" di sintesi, come l'MDMA (o ecstasy), prodotte con estrema facilità anche localmente e diffuse con reti di spaccio molto più agili e, pertanto più insidiose dell'eroina.

I Servizi pubblici e privati dovranno attrezzarsi ad adattarsi ai cambiamenti continui ed, a volte inaspettati, provocati dal nuovo mercato della droga, con grande capacità di flessibilità.

Si ritiene sempre più necessaria una **programmazione degli interventi al fine di evitare la proliferazione disordinata sul territorio di progetti da presentare per il finanziamento.**

All'uopo, degna di nota e di estensione a livello nazionale, è l'iniziativa intrapresa dalla Prefettura di Perugia che, nel I° semestre '94, ha costituito uno stabile Gruppo di lavoro, con lo scopo di creare un sistema permanente di informazione e monitoraggio del fenomeno droga, composto da soggetti pubblici e privati, quale organo di collegamento tra organi statali e locali - in vista della futura regionalizzazione dei fondi di intervento per la lotta alla droga come previsto dall'art. 4 del D.L. 16 gennaio '95 n° 19.

Su tale scia, la figura del N.O.P. è stata già adottata dalle Prefetture di Piacenza Terni e Mantova e costituisce oggetto di studio.

Va comunque evidenziata la generale tendenza degli ultimi anni a prestare sempre maggiore attenzione all'analisi dei bisogni e delle necessità del territorio e dell'utenza, grazie all'operato del **Comitato Provinciale per l'Ordine e la Sicurezza Pubblica (C.P.O.S.P.)**, istituito presso ogni Prefettura, che coordinando le diverse realtà istituzionali operanti a livello locale, ha consentito di realizzare una più efficace flessibilità e funzionalità degli interventi.

Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

DIFFUSIONE DEL FENOMENO

PREMESSA.

Il momento iniziale della diffusione delle sostanze stupefacenti in **Italia** può essere agevolmente individuato tra la fine degli anni '60 ed i primi del decennio successivo in concomitanza con gli stravolgimenti sociali e culturali, che, protagoniste le nuove generazioni dell'epoca - animate da visioni e filosofie libertarie alla base dei *movimenti* nati nel Nord-America - investirono dapprima la Francia e subito dopo gli altri Paesi occidentali.

La comparsa dei derivati della **cannabis** e subito dopo dell'**eroina** sui *mercati clandestini interni* risale, dunque, ad oltre un ventennio. Pertanto, il *fenomeno* presenta una cronologia di sviluppo differenziata rispetto alle singole sostanze o a gruppi di esse e va inquadrato nel più vasto scenario europeo e mondiale a ragione delle implicazioni di natura anche sociologica che esso sottende.

I LIVELLI DI DIFFUSIONE DELL'EROINA.

Nel nostro Paese, perciò, come peraltro in tutta l'Europa, l'evoluzione del traffico degli oppiacei ha avuto un andamento non sempre lineare e coincidente con le ingerenze dei gruppi criminali nazionali nelle lucrose attività connesse.

Infatti:

a. agli inizi degli anni '70 - il momento cioè della *penetrazione* del Vecchio Continente - la **Turchia** già era tra i principali fornitori al mondo di **eroina**. Organizzati gruppi di trafficanti acquistavano l'**oppio** dagli agricoltori turchi, lo trasformavano in **morfina base**, che poi spedivano, per le successive raffinazioni, nei laboratori clandestini installati nel frattempo a **Marsiglia** (Francia).

È l'epoca della c.d. *french connection* e l'inizio della immissione, su vasta scala, di **eroina** sui *mercati* del Nord-America e dell'Europa Centro-occidentale.

A seguito dell'azione repressiva condotta in **Francia** e negli **Stati Uniti**, con conseguente smantellamento dei centri di *trasformazione / raffinazione* e l'arresto di criminali e chimici, che sovrintendevano ai traffici ed alla gestione dei procedimenti di laboratorio, il problema assunse nuove proporzioni e portata per l'inserimento nella gestione del *commercio illecito* delle *mafie italiane*.

b. Dalla metà degli anni '70 agli inizi del decennio successivo si è cominciata a delineare la c.d. *sicilian connection*. L'**eroina** veniva trasferita dall'**Italia** negli **Stati Uniti**, dopo che la **morfina base** era giunta nei laboratori siciliani direttamente dalla **Turchia**. La *materia prima*, però, a seguito degli

interventi distruttivi delle Autorità turche sulle coltivazioni locali di **papavero da oppio**, cominciò ad affluire dai Paesi del **Triangolo d'oro**, anche per effetto delle intermediazioni delle *mafie cinesi* (TRIADI), le quali vantavano - già all'epoca - ramificati collegamenti in **Thailandia, Hong Kong, Malesia e Singapore**. Risale alla seconda metà degli anni '70, altresì, l'inizio del flusso migratorio di consistenti gruppi cinesi nei **Paesi Bassi** e la presa di coscienza, da parte degli Stati interessati, di rivisitare le legislazioni antidroga vigenti, per lo più ferme ad epoche ben lontane.

In **Italia**, infatti, dopo un lungo e travagliato *iter* parlamentare, veniva emanata la legge 685/1975, assolutamente innovativa rispetto alla legislazione previgente (*depenalizzazione dell'uso personale ed aggravamento di pene per i trafficanti*).

c. Agli inizi degli anni '80 i flussi originati nella Penisola subirono rimarchevoli interruzioni per effetto delle *azioni di contrasto*, che consentirono l'individuazione di numerosi laboratori clandestini in Sicilia ed in Calabria e la scoperta di *aree di stoccaggio* nel Nord del Paese (Verona, Trento, Bolzano, Milano e Genova).

Contemporaneamente, anche in relazione all'esplosione di conflitti locali ed alla connessa necessità di reperire risorse finanziarie, nelle aree di confine tra **Afghanistan e Pakistan**, le coltivazioni di **papavero da oppio** assunsero carattere intensivo con conseguente affinamento dei processi di *trasformazione e raffinazione*, sicché le organizzazioni criminali, cui facevano capo gli illeciti traffici, pianificarono una *fitta rete di itinerari terrestri, aerei e marittimi* - coinvolgenti anche l'**India** -, lungo i quali instradare, verso l'Occidente, ingenti quantitativi di narcotico.

d. Verso la metà degli anni '80, dopo i duri colpi inferti a **Cosa Nostra** siciliana ed a quella americana, e proprio mentre si andavano *incardinando* i grandi processi alla **Mafia**, lo scenario mondiale vede protagonisti i narcotrafficanti **indo-pakistani**: sono di questo periodo i più consistenti sequestri di **eroina** mai avvenuti prima nei porti e negli aeroporti di quei Paesi, mercé una complessiva azione di polizia finalmente rispondente alle istanze internazionali provenienti soprattutto dai Paesi consumatori occidentali.

Per il trasferimento della sostanza in **Europa** ed in tutto il **Nord-America**, gli organizzati gruppi delle nuove aree di *produzione e raffinazione*, oltre a provvedere direttamente, si avvalevano di *trafficienti e corrieri* libanesi, di *fuoriusciti* dallo **Sri-Lanka**, di iraniani e nigeriani, senza peraltro mai tralasciare le collaudate possibilità offerte dai turchi.

e. Alla vigilia dell'avvento degli anni '90, i Paesi europei si sono visti costretti - anche sotto la spinta dell'allarme sociale generalizzato suscitato dal *fenomeno* della diffusione delle droghe - a rivedere le legislazioni onde adeguare l'*azione di contrasto* ai sempre più sofisticati e dispendiosi *modus operandi* posti in essere dai *networks* criminali internazionali, detentori delle leve della gestione della lucrosissima attività illecita ed illegale.

Ed è proprio di questi anni la contemporanea modificazione delle *vie di instradamento* dell'*eroina* e delle altre droghe verso l'Europa a ragione:

- dell'*efficacia complessiva delle attività di repressione* in molti Paesi;
- della scoperta dei collegamenti internazionali;
- della migliorata cooperazione fra paesi produttori, di transito e consumatori a seguito della ratifica della *Convenzione di Vienna del 1988*.

f. In quest'arco di tempo, l'Iran e la Turchia, pur in assenza di estese coltivazioni di papavero da oppio locali, assurgono al ruolo preminente di *paesi di transito*, privilegiati dai narcotrafficanti dell'Est, Sud-est e Sud-ovest asiatici (Paesi del Triangolo e della Mezzaluna d'oro, produttori assoluti mondiali della sostanza).

In particolare, la Turchia rappresenta, ancora oggi, in virtù della sua specialissima e strategica posizione geografica, una *testa di ponte* verso l'Europa (*rotta balcanica* e sue varianti), l'Asia Centrale (*rotta cinese* o della "*seta*") ed il Medio-Oriente, in ciò favorita anche da un'estesissima rete di comunicazioni terrestri, marittime ed aeree, che ha favorito l'innalzamento del *tasso* di sviluppo interno al Paese, in crescita costante nell'ultimo decennio. Si tratta, dunque, di una Nazione *avanzata* del Mondo Occidentale verso l'Est, le cui principali città, divenute centri commerciali mondiali importantissimi, sono esposte ai *rischi* conseguenti ad ogni tipo di traffico illecito ed illegale (*droga, armi, riciclaggio, etc.*).

I LIVELLI DI DIFFUSIONE DELLA COCAINA.

A differenza degli **oppiacei**, il traffico di **cloridrato di cocaina** presenta aspetti invero meno intricati a motivo del fatto che è relativamente agevole individuarne le *aree di produzione*.

Per quanto concerne i *flussi*, è definitivamente provato che essi giungono in ogni Continente, a partire dalle diramazioni originate in **Sud-America** ed in **Africa** - ove sono state costituite vaste *aree di stoccaggio* -, spesso sovrapponendosi ed incrociandosi con i molteplici rivoli lungo i quali viene incanalata l'**eroina**.

Il volume complessivo della sostanza che giunge in **Europa** è impressionante: nel corso del 1994, infatti, sono state sequestrate oltre 20 tonnellate di **cocaina** (compresi i quantitativi di **Turchia**, **C.S.I.** e **Paesi dell'Est**).

Il *trend*, sempre in ascesa dal 1985 (1 tonnellata circa), a partire dall'88 (5 tonnellate) supera di gran lunga il volume dei sequestri di **eroina**, fino a diventare, nel 1993, la *droga pesante* in assoluto più intercettata e, quindi, verosimilmente più diffusa e consumata.

Ma, sotto il *profilo di polizia*, il *fenomeno* dell'uso illecito e dell'abuso di **cocaina** è ancora tutto da scoprire: mentre per gli **oppiacei** si può fondatamente sostenere che i vari aspetti dell'allarmante questione - anche per le implicanze di natura sociale (*visibilità del problema*) e sanitaria che esso comporta - sono ovunque ormai quasi completamente emersi o sono in piena fase di cognizione (**Cina**, **Russia**, **Paesi dell'Est europeo**, **Australia**, etc.), per il consumo del prodotto finale della **coca** ciò non è altrettanto vero nonostante i tentativi di spiegare il *trend* attuale dei presumibili livelli di *produzione, diffusione e consumo* al di qua ed al di là dell'Atlantico.

Benché venga, infatti, confermato che il *mercato nord-americano* sia giunto al suo *punto limite* di saturazione e che contestualmente ai "cartelli" colombiani si siano spalancate le porte di nuove immense possibilità, i valori che vengono stimati circa la produzione globale rimangono, al momento, poco compatibili con il contesto generale.

In altre parole: tenuto conto delle enormi quantità sequestrate nel corso dell'ultimo anno, in **Italia**, in **Europa** e nel resto del Mondo; valutati i livelli già raggiunti dalla diffusione della **cocaina** nelle Regioni dell'Est europeo, dell'intera Asia, dell'Africa e dell'Oceania e considerate - sulla base di molteplici e costanti *indicatori* - le *capacità* di ricezione e consumo mondiale, si pone il problema delle finalità che vengono perseguite con l'esperata spinta produttiva. Oltre alle ragioni connesse al soddisfacimento delle esigenze dei *mercati locali e clandestini* è possibile al proposito ipotizzare -

sulla base delle analisi derivanti dalle attività di *intelligence* - che i narcotrafficienti colombiani e sud-americani in genere:

a. stiano iperproducendo **cocaina cloridrata** avendo probabilmente sopravvalutato le potenzialità, già di per sé difficilmente immaginabili, di collocamento mondiale;

b. si accingano a destinare quanto non assorbito dai *mercati* per preconstituire ingenti *scorte* in vista della possibile futura adozione, da parte delle Autorità interessate, di ben più drastiche misure preventive e repressive in parte aventi effetti distruttivi all'origine, vale a dire sulle stesse colture delle **piante e delle foglie di coca** (*eradicazioni e fumigazioni*);

c. avvertano la pressione dell'*azione di contrasto* delle agenzie antidroga dei *paesi consumatori* e di *transito* al punto di concentrare al massimo le spedizioni di consistenti quantitativi di **cocaina** (*superiori a 1 tonnellata*), mettendo così in conto le eventuali *perdite* da rimpiazzare subito con carichi costituiti dal prodotto ancora giacente nelle *aree di stoccaggio* o in viaggio contemporaneamente verso diversificati punti di approdo posti lungo rotte alternative.

Il *fenomeno*, dunque, è in piena evoluzione ed ha assunto proporzioni tali da non poter essere oltre sottovalutato: i *costi* sociali e sanitari dell'uso e dell'abuso di **cocaina**, infatti, non si possono quantificare sul *breve-medio* periodo come avviene per l'**eroina**.

Pur dando assuefazione e dipendenza, i danni fisici e psichici causati dalla sostanza, emergono, nella generalità dei casi, nel *medio-lungo* periodo, talché viene di sovente ingenerata l'errata convinzione che si tratta di "*droga che non fa male*".

I LIVELLI DI DIFFUSIONE DELLA CANNABIS.

In base alle prime stime, i volumi dei sequestri di **cannabis** (*marijuana + hashish*) in Europa, nel corso del 1994, raggiungono la quota di oltre 600.000 Kg., 100 tonnellate in più rispetto all'anno precedente.

Altrettanto elevato è il numero degli esemplari delle piante localizzate ed individuate (oltre 1 milione contro le 400.000 circa del '93) e segnalate all'INTERPOL.

600 tonnellate di sostanze intercettate forniscono il *quadro* dell'estensione e della portata del *fenomeno*, i cui traffici riguardano sia l'Ovest che l'Est europeo.

Invero, il rapporto tra sostanza sequestrata e numero delle operazioni di settore - da un certo consistente livello in su - dimostra:

- a. la specificità di tale comparto del narcotraffico;
- b. le ingenti quantità di sostanze movimentate con appena qualche migliaio di carichi;
- c. la possibilità di far *viaggiare* gli stupefacenti direttamente su carichi marittimi o in containers imbarcati o montati su semoventi, rimorchi ed autoarticolati;
- d. la diversificazione delle direttrici di afflusso sui *mercati di consumo* europei (dalla **Nigeria ai Paesi Bassi**; dall'**Uganda alla Bulgaria** per raggiungere poi la **Repubblica Slovacca**; dalla **Spagna al Regno Unito**; dal **Libano ai Paesi Bassi** ed ancora al **Regno Unito**; dal **Marocco alla Francia** ed all'**Italia**; dalla **Colombia all'Olanda** ed alla **Polonia**; dal **Mozambico al Belgio**; dai **Paesi Bassi alla Repubblica Ceca**);
- e. la più disparata provenienza delle droghe di che trattasi, massimamente instradate appunto lungo le *rotte marittime*;
- f. la rilevanza assunta dai **Paesi dell'Est**, divenuti, nel frattempo, *crocevia mondiale* dei traffici stessi, ai cui livelli decisionali sono ormai insediati cittadini russi, ceceni, bielorusi, croati, ungheresi, bulgari, rumeni e polacchi.

Nella graduatoria dei paesi europei *ricettori* figurano ai primi posti - nell'ordine - l'**Olanda**, il **Portogallo**, il **Regno Unito**, la **Spagna**, la **Francia**, il **Belgio**, la **Turchia**, la **Romania** e l'**Italia**, Paesi che, oltre ad assorbire - con **Russia**, **Bielorussia**, **Ucraina**, **Croazia**, **Ungheria** e **Polonia** - ingenti quote di siffatti prodotti per i *consumi interni*, ben si prestano - a ragione anche delle favorevoli e strategiche posizioni geografiche - per le successive movimentazioni verso i rimanenti paesi europei.

La maggior parte della *droga* intercettata in **Europa** nel corso del **1994** è risultata provenire dall'**Africa** (**Marocco** e **Nigeria** essenzialmente), dall'**America del Sud** (**Colombia**) e dall'**Asia** (**Pakistan**).

LA DIFFUSIONE DELLE SOSTANZE PSICOTROPE.

a. LE AMFETAMINE.

Solo recentemente il *fenomeno* ha assunto - almeno in Europa - dimensioni ed estensioni di portata effettivamente allarmante.

Per ora, l'Olanda e la Polonia costituiscono il *mercato* europeo originario di tali prodotti, mentre recenti informazioni avvalorano il ruolo sempre più importante che vanno assumendo nella fabbricazione delle stesse la Repubblica Ceca e quelle Baltiche, specie per quanto riguarda la produzione delle sostanze chimiche essenziali.

Complessivamente, nel corso del 1994, sono stati smantellati circa 40 laboratori clandestini in Europa, di cui gran parte nel Regno Unito ed in Germania. Di questi, almeno una trentina producevano **amfetamine**. Le metamfetamine, invece, sono scarsamente conosciute in Europa e nel Nord-America: la loro massima diffusione è riscontrabile in paesi come il Giappone, le due Coree, l'Indonesia ed ora anche in Oceania.

L'M.D.A. e gli analoghi M.D.M.A. (ecstasy) e M.D.E.A. provengono dalle produzioni e dai *mercati* olandesi, britannici, tedeschi, polacchi, baltici e bulgari.

Si tratta delle cc.dd. *droghe diseguate* o *sintetiche*, considerate di *evasione*, consumate cioè nei momenti di *non impegno*. Esse continuano ad attrarre consistenti gruppi giovanili specie nei momenti di aggregazione ricreativa e di svago (discoteche, mega concerti di musica contemporanea, raduni giovanili, etc.).

In Italia conoscono ora un vero e proprio *boom*, dopo un periodo di circa 3 anni durante il quale gruppi criminali nazionali "isolati" - distinti cioè dalle associazioni malavitose tipizzate - hanno provveduto a *creare il mercato* in base alle dinamiche della *domanda* e dell'*offerta*, spesso ispirate da *mode* importate o dalle *filosofie* di movimenti pseudo-culturali.

b. L' L.S.D. 25.

La diffusione dell'allucinogeno per antonomasia è in preoccupante ripresa in tutta Europa - compresa l'Italia -, con picchi notevoli nel Regno Unito. Consistenti sequestri sono stati operati finanche in Australia e Nuova Zelanda, talché il *fenomeno* viene da talune parti valutato alla stregua di un nuovo *rinascimento* dell'acido lisergico sulla scia di quanto avvenuto nel Mondo negli anni '60 e '70.

c. IL METAQUALONE.

I sequestri di **metaqualone** hanno fatto registrare, nell'ultimo biennio, significativi risultati sia in Europa - soprattutto nel **Regno Unito**, ove, nel sequestro di circa 300 kg. di sostanza, sono rimasti implicati due connazionali - che in Nord America.

Il *fenomeno*, per ora, riguarda molto marginalmente l'**Italia**.

d. LA FENETILLINA.

Le compresse di tale sostanza trovano larga diffusione soprattutto in tutto il Vicino e Medio Oriente, in Turchia ed Arabia Saudita.

Il volume dei sequestri in Europa è, al momento, relativamente modesto.

In **Italia** tale diffusione è pressoché inesistente.

TRA VECCHIE E NUOVE DROGHE.

In tutta l'Europa Centrale e ad Est è un *fiore* di industrie e laboratori - per lo più già facenti parte degli apparati di stato del vecchio blocco orientale - riconvertiti alla fabbricazione di sostanze sempre più pericolose e nocive.

In particolare, nella **Repubblica Ceca** viene in atto osservata la produzione di:

a. BROWN.

Si tratta di un liquido di colore giallo o marrone scuro.

Fra le componenti principali annovera la **codeina**, l'**idrocodone** e la **diidrocodeina**.

La soluzione è utilizzata per via endovenosa. Gli effetti, a *breve termine*, si sostanziano subito dopo che la soluzione è iniettata: il soggetto prova piacere ed un diffuso stato di appagamento; non accusa dolori, non avverte i morsi della fame né appetito sessuale.

In un lasso di tempo piuttosto ravvicinato subentra lo stato di incoscienza.

Onde raggiungere tali effetti necessita un dosaggio relativamente consistente, per cui, spesso, le reazioni immediate possono includere l'irrequietezza, la nausea ed il vomito.

Può essere assunta anche per via orale: in tal caso, gli effetti descritti hanno una loro complessiva gradualità, soprattutto rispetto alla contrazione delle pupille, al raffreddamento corporeo ed alla

umidificazione della pelle, che talora assume un caratteristico colore bluastrò. Il respiro normalmente rallenta, ma può anche arrestarsi del tutto causando la morte.

A *lungo termine*, è stata osservata una permanente costipazione, la contrazione delle pupille, l'intrattabilità e, nei soggetti di sesso femminile, irregolarità mestruali.

Se le somministrazioni cessano, gli effetti si esauriscono rapidamente.

Sugli assuntori *abituali* sono stati riscontrati irreversibili danni ai polmoni, conseguenti all'incidenza delle basi oppiacee sul sistema cardio-respiratorio.

La *tolleranza* si instaura con un processo veloce, per cui è necessario assumerne dosi sempre maggiori, senza che il soggetto riesca ad avvertire lo *stato di dipendenza*;

b. PERVITIN.

È una polvere bianca, solubile in acqua.

Viene normalmente utilizzata ogni 6 ore con dose da 200 mg. da iniettare velocemente.

Le dosi dipendono dalla qualità e dal grado di purezza del prodotto.

Alla somministrazione per 3-4 gg. segue un profondo sonno di almeno 24 ore.

Per poter subito dormire è necessario, però, assumere una sostanza ipnotica come il Roipnol.

Tale somministrazione è prevista per quei casi che richiedono il trattamento medico con *Ephedrine* *Ephedra vulgaris*, la cui pianta cresce spontaneamente nella parte meridionale della Slovacchia.

Da 100 gr. di questa pianta si possono ottenere 1 o 1,5 gr. di *efedrina*.

Gli effetti sono più potenti se il PERVITIN contiene delle impurità.

Tra quelli a *breve termine* sono stati riscontrati: sensazione di benessere, euforia ed energia.

L'assuntore perde totalmente la fame, la sete e non avverte il sonno. In qualche caso si può arrivare alla morte per denutrizione.

A *lungo termine* si perviene allo sfinimento fisico.

L'uso provoca *tolleranza*; pertanto, per ottenere gli effetti desiderati, è necessario assumerne dosi sempre maggiori.

La *dipendenza fisica* si può sviluppare dopo qualche anno di assunzione.

Non sono stati rilevati sinora sintomi specifici da *astinenza*;

c. I PRODOTTI DELLA ESTRAZIONE VEGETALE E DELLA SECREZIONE ANIMALE.

(1) È recente l'utilizzo della **bufotenina** (*bufotenina 5 indrossiindolil - 8 - etildimetilammina*), specie negli U.S.A..

Si tratta di un **alcaloide indolico estraibile** dal prodotto di secrezione sierosa delle ghiandole cutanee del rospo *Bufo Vulgaris* o *Marinus* e di alcune varietà di *pesci palla* dell'ordine dei *Tetradontiformes*.

Il **Bufo** è un rospo di proporzioni corporee notevoli, le cui ghiandole paratiroidi secernono - secondo le conoscenze scientifiche attuali - ben 26 sostanze attive tra cui *steroidi cardioattivi*, *dopamina*, *adrenalina*, *serotonina* ed appunto la *bufotenina*. Quest'ultimo componente è di tipo *allucinogeno* ed è decisamente tossico. Può provocare *effetti eccitanti* simili a quelli dell'*amfetamina* (*ecstasy*).

È presente anche nelle foglie e nei semi di *Piptoderma peregrina* ed in alcune specie di *Amanita*. Ha anche azione serotoninergica e non è utilizzata per usi terapeutici.

(2) In **Austria**, **Germania** e **Regno Unito** va sempre più diffondendosi, specie tra i giovani, l'abitudine e l'assuefazione a consumare una bibita (la *Red Bull*), che annovera fra i suoi componenti la **caffeina** (320 mg. per litro, equivalente a 5 tazze di caffè) e la **taurina**, un *aminoacido* estratto dalla bile del toro.

È classificata fra le *bevande energetiche* e non risultano, al momento, rilevamenti di effetti nocivi nel *breve periodo*.

(3) L'**efedrina**, sino agli inizi del secolo, veniva estratta dalla pianta di *Ephedra*, molto diffusa in **Europa**, in **Asia** e nelle zone aride del **Nord-America**.

Ne sono note almeno una quarantina di varietà, per lo più sotto forma di piccoli cespugli dal giunco gracile e spigoloso, di colore tra il verde ed il grigio chiaro.

Contiene un *alcaloide* - l'**efedrina**, appunto, presente in fusti e radici in circa l'1% - utilizzato nella farmacopea ufficiale per gli usi terapeutici finalizzati alla broncodilatazione o comunque per combattere le affezioni delle prime vie respiratorie e quale decongestionante nasale.

È stato anche prescritto in medicina come coadiuvante nelle affezioni cardiovascolari e nell'ipotensione.

In **Cina**, la specie più comune è quella detta *Ephedra distachya*, meglio localmente conosciuta come *Ma Huang*.

Attualmente risulta più conveniente produrre l'**efedrina** in laboratorio (primeggiano, in campo europeo, le produzioni della Repubblica Ceca e di Estonia, Lettonia e Lituania) per procedimento

chimico ed il suo impiego è prevalentemente quello di coadiuvante nelle malattie da raffreddamento in genere.

Tra i preparati in commercio è molto richiesto quello in confezione inalante molto diffusa anche in Italia.

Circa gli effetti, sebbene siano state rimarcate molte analogie rispetto a quelli indotti dall'**adrenalina** - ormone prodotto dalle ghiandole surrenali -, sono ormai accertate le conseguenze sul sistema nervoso centrale, talché il soggetto aduso è portato ad avvertire un innalzamento dello *stato di allerta* e di attenzione, la sensazione di superamento dell'affaticamento psico-fisico, nonché la convinzione di poter essere *iperattivo*.

Proprio a ragione di tali effetti indotti, l'**efedrina** ha trovato recente impiego anche come **doping**.

Il *sovradosaggio*, però, produce risultati del tutto opposti.

(4) Il **PEYOTL** è una specie di *cactus*, che cresce spontaneamente in natura, nelle zone desertiche del Messico Settentrionale. Conosciuto da tempi remoti, è stato sempre utilizzato dalle popolazioni indigene durante le cerimonie rituali per conseguire *effetti allucinogeni, visivi ed uditivi*: contiene, infatti, l'*alcaloide* **MESCALINA**, generalmente assunta per via orale.

Ancora oggi, e solo nell'ambito della celebrazione di alcuni riti dei Pellerossa facenti parte della Chiesa Nativa Americana, ne è permesso l'uso.

In Italia sono state recentemente sequestrate 4 dosi di **PEYOTL** (Venezia - 12.2.1995).

(5) **L'ARTEMISIA ABSINTIUM** è una pianta da cui si ricava l'*assenzio*, principale ingrediente di molti amari, *medicinali e non*, con funzioni di stimolazione gastrica ed intestinale.

Associato all'alcool può provocare l'*absintismo*, il *delirio cronico* cioè già descritto da Shakespeare.

In molti Paesi ne è vietata la produzione.

(6) La **DIMETILTRIPTAMINA (D.M.T.)** è una sostanza cristallina incolore, ricavata dai semi di alcune piante delle **Antille** e dell'**America del Sud**.

Si può ottenere anche per sintesi in laboratorio, pur non necessitando di apparecchiature sofisticate.

La *polvere* ricavata dai semi viene utilizzata per via inalatoria: ad **Haiti** è nota con il nome di *cohoba*.

(7) La **PSILOCIBINA** viene estratta da numerose varietà di *funghi*, presenti per lo più in **Messico**, ove, da tempi immemorabili, alcune tribù di *indios* l'adoperano - sotto forma di polvere bianca o di soluzione trasparente ed inodore - durante la celebrazione di riti locali.

In Italia ne sono stati sequestrati per complessivi 107,246 gr. (*Psilocibe Semilanceata*), contenenti **Psilocibina** al 70% (San Candido - Bolzano - 28.10.1994);

d. COLLANTI E PRODOTTI CHIMICI DA INALAZIONE.

In molti Paesi dell'America Latina e dell'Est europeo è invalso l'uso di far inalare ai bambini i vapori di alcuni collanti e prodotti chimici, generalmente utilizzati in artigianato (concerie di pellame, botteghe per la riparazione di calzature, etc.);

e. GLI PSICOFARMACI ED I NUOVI TRANQUILLANTI.

Dopo il lancio delle **amfetamine**, avvenuto negli anni '40, l'industria farmaceutica mondiale ha invaso i mercati con nuovi prodotti; l'era della *psicofarmacologia* conosce un vero e proprio *boom*, infatti, negli anni '50 allorché i **barbiturici** investono intere masse giovanili.

Alle prime restrizioni di tipo legale, le *multinazionali del farmaco* si convertono prontamente alle **benzodiazepine** (DIAZEPAM e FLUNITRAZEPAM), contenute in **tranquillanti** come il VALIUM, il LIBRIUM, il TAVOR, il ROIPNOL, il NOAN e l'ANSIOLIN, prodotti tuttora in uso specie tra gli *eroinomani*.

Negli **Stati Uniti**, agli inizi degli anni '80, circa il 60-70% della popolazione adulta faceva uso di **psicofarmaci**, mentre tra i giovani andavano diffondendosi quelli di tipo **stimolante**, ancora più pericolosi specie se miscelati, a mo' di *cocktail*, con bevande alcoliche e superalcoliche, o se addirittura iniettati dopo aver disciolto la composizione delle compresse o delle pastiglie.

Solo verso la metà degli anni '70, le comunità scientifiche cominciarono a rendere pubblici gli esiti di ricerche comprovanti la *dipendenza fisica* indotta dalle **benzodiazepine**, cosicché, in **Italia**, con la legge 685/1975, tali prodotti vennero inclusi tra quelli a *caratterizzazione stupefacente* con previsione nel sistema tabellare.

Siffatte scoperte hanno altresì fornito alcune delle possibili spiegazioni circa l'enorme diffusione dei preparati farmaceutici citati, che, già nel 1990, assicuravano un fatturato mondiale superiore ai 1.500 milioni di \$, alimentando altresì un *mercato parallelo clandestino* per l'utilizzazione diretta da parte dei tossicodipendenti e di *neofiti* delle droghe.

Massicci investimenti ed importanti ricerche scientifiche di settore hanno ora consentito di **sintetizzare tranquillanti di nuova generazione** in grado di non indurre *dipendenza fisica* e di *mirare* direttamente allo scopo: infatti, in **Germania**, come negli **Stati Uniti**, sono già in commercio prodotti *ipnotici ma non ansiolitici* e viceversa capaci finanche di non provocare sonnolenza (BUSPIRONE).

Rimane il problema degli **analgesici**, circa i quali (BUPRENORFINA, TEMGESIC, etc.) non si è sin qui riusciti ad evitare la grave conseguenza della *dipendenza*: in sostanza, un prodotto sarà tanto più *efficace* quanto, nella stessa misura, è in grado di dare *dipendenza fisica*.

Si ripete, per certi versi, la storia dell'**eroina** che, nelle aspettative generali della fine del secolo scorso, avrebbe dovuto eliminare le conseguenze indotte dall'uso della **morfina** e così del **metadone** rispetto alla stessa **eroina**.

In **Italia** è stato recentemente verificato l'utilizzo di pasticche al *Flunitrazepan*, il principio attivo di preparati farmaceutici come il "*Roipnol*" ed il "*Darkene*": si è trattato del sequestro di 4.465 compresse, inizialmente scambiate per *ecstasy*, contenenti circa 2 mg. di sostanza per *unità/dose* assumibile.

B ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

PREMESSA.

Alle attività di prevenzione della diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope in **Italia** viene attribuita, da parte del Dipartimento della Pubblica Sicurezza, priorità e rilevanza assolute, che si esplicano attraverso:

- a. *il coordinamento centralizzato delle forze disponibili;*
- b. *l'impiego ottimizzato di risorse umane, finanziarie e tecnologiche;*
- c. *un'estesa rete di intelligence, interna ed all'estero, in grado di interdire ingenti flussi;*
- d. *la formazione specialistica e finalizzata del personale appartenente alle tre Forze di polizia ed all'Amministrazione doganale.*

Gli aspetti preventivi vanno dunque ad integrare, interagendo, quelli più direttamente riconducibili all'azione complessiva di *contrasto* e si affiancano, sinergicamente, al "*pacchetto*" di provvedimenti predisposto dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli Affari Sociali e l'Ufficio del Ministro per la Famiglia e la Solidarietà Sociale (campagne informative, Servizio *DROGATEL*, etc.).

LA FORMAZIONE DEL PERSONALE INTERFORZE DI POLIZIA.

Nel settore della prevenzione, la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga segue costantemente l'attività degli Organismi e delle Istituzioni operanti nell'ambito dei servizi per le tossicodipendenze, partecipando a numerosi convegni ed incontri e, soprattutto, intensificando i contatti rivolti all'elaborazione di progetti ed iniziative nel quadro della formazione alla prevenzione delle tossicodipendenze, in favore degli operatori di polizia appartenenti alla Polizia di Stato, all'Arma dei Carabinieri ed alla Guardia di Finanza.

Proprio considerando tale particolare aspetto, sono stati ideati, ed ora organizzati e gestiti, corsi "interforze di formazione sulle tossicodipendenze", rivolti ai quadri intermedi di dette Forze (sovrintendenti, vice sovrintendenti, brigadieri e vice brigadieri), finanziati dalla Direzione Centrale per gli Istituti d'Istruzione del Ministero dell'Interno.

La Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, infatti, accanto al coordinamento della lotta al traffico di sostanze illecite, opera anche nel settore della prevenzione, attuando forme di collaborazione, sempre più incisive ed avanzate, con strutture ed organismi pubblici e privati (comunità, università, etc.) che si occupano del problema della diffusione della tossicodipendenza sotto le varie implicanze.

Il 1° ciclo del corso pilota interforze di preparazione all'attività di prevenzione della diffusione delle droghe ha, dunque, preso il via ad aprile '94. È ora in svolgimento il secondo ciclo.

La finalità è quella di fornire un concreto supporto agli operatori delle tre Forze di polizia, che, nel corso della quotidiana pratica operativa, investigativa e di ordine pubblico, sovente si trovano a contatto con le problematiche connesse al consumo di sostanze stupefacenti.

Il corso è stato articolato su 5 cicli di lezioni teorico - applicative della durata di 5 giorni ciascuno, preceduti da una giornata introduttiva durante la quale vengono illustrati il programma e gli scopi dell'iniziativa.

L'obiettivo è quello di preparare il personale di polizia a nuove modalità di intervento, con le quali si dovrà cercare di coniugare il bisogno di sicurezza della società all'espletamento dei compiti di ordine pubblico e di polizia giudiziaria nel più generale quadro di prevenzione sul territorio.

All'uopo vengono fornite le cognizioni mediche di base e gli strumenti di conoscenza per predisporre un supporto di tipo psicologico da utilizzare, poi, su strada, in favore dei tossicodipendenti, nei cui confronti - anche per parte degli stessi operatori di polizia - è vivamente sentita l'esigenza di motivazioni finalizzate alle possibilità di aderire - in base ad un nuovo modo di essere e di concepire la prevenzione di polizia - alle eventuali richieste di appoggio e di intervento terapeutico, specie nel

caso delle *urgenze*, in particolari situazioni quali la *crisi d'astinenza* e l'*overdose*. Il programma, però, non si propone di trasformare gli operatori delle Forze dell'ordine in sociologi, infermieri o assistenti sociali, ma di prepararli, *culturalmente* e *psicologicamente*, in vista di prese di *contatto* con le strutture di assistenza e riabilitazione per il perseguimento del fine ultimo di tutelare proprio quei tossicomani incontrati durante l'espletamento di compiti istituzionali.

Gli operatori vengono così posti in grado di svolgere, nel corso dell'attività di polizia, una *funzione di raccordo*, socialmente e culturalmente utile, che potrà avere ricadute positive su tutta la rete dei servizi impegnati nella lotta alla droga, contribuendo, altresì, in ultima analisi, a migliorare il rapporto Stato - Cittadino.

La parte didattica del *corso pilota* è stata prevalentemente svolta dall'*Istituto per la formazione e consulenza sistemica (I.E.F.Co.S.)*, diretto dal prof. Luigi CANCRINI, psichiatra e psicoterapeuta di fama internazionale. Il programma, che prevede anche visite a comunità terapeutiche, ha sin qui consentito un interessantissimo scambio di esperienze e di punti di vista sul tema della prevenzione e dell'assistenza.

La D.C.S.A. ha altresì allo studio, in collaborazione con lo stesso I.E.F.Co.S., la fattibilità di svolgimento di incontri di *follow-up* con i frequentatori del corso per la verifica ed il monitoraggio dei risultati della loro *attività di prevenzione*, onde affinare e rendere sempre più incisive le metodologie d'intervento degli operatori delle Forze dell'ordine, nonché per sviluppare le forme di collaborazione e le iniziative più efficaci e concrete.

ATTIVITÀ DI CONTRASTO

RECORDS OPERATIVI CONSEGUITI, NEL BIENNIO '93 - '94, DALLE FORZE DI POLIZIA NEL SETTORE DELLA REPRESSIONE DEL TRAFFICO E DELLE ATTIVITÀ DI VENDITA ILLECITI DI SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE. ASPETTI GENERALI.

Benché il dato complessivo sia da considerarsi ancora *non consolidato* (le elaborazioni risalgono al 15/20 febbraio 1995) è comunque possibile tracciare sin d'ora un bilancio delle *attività di contrasto* poste in essere dalle Forze di polizia in **Italia** nel corso del **1994**.

L'anno solare trascorso può, per molti aspetti, essere considerato eccezionale: taluni *indicatori*, infatti, fanno registrare almeno un *records assoluto di tutti i tempi* - quello riconducibile ai sequestri di **cocaina** - ed una serie di *records relativi* rispetto all'annualità '93 ed al resto del decennio.

L'analisi degli elementi informativi segnalati e teletrattati dalla **D.C.S.A.** è così sintetizzabile:

a. sequestri di:

(1) **eroina**: il *segno positivo* è quantificabile in un +76,59%, con kg. 1.149 contro i 651 circa del '93. Si tratta del terzo *picco* del decennio;

(2) **cocaina**: percentualmente l'*incremento* è di quasi il 503% corrispondente a ben 6.633 kg. contro i 1.101 del '93. Dunque, le oltre 6 tonnellate e mezza costituiscono il *record* italiano di tutti i tempi e trovano corrispondenza in rarissimi casi registrati in altri Paesi - soprattutto produttori - nell'ultimo ventennio. 5.490 kg. fanno parte di un'unica operazione, ma altri 1.143 kg. sono stati sottratti ai *mercati clandestini interni*, nonostante la peculiarità del *target* interessato. È da considerare, infatti, che i consumatori - abituali e non - di **cocaina** fanno tuttora parte di un mondo del tutto sommerso, ancora difficilmente penetrabile e permeabile;

(3) **cannabis** e suoi derivati: gli *incrementi* riguardano l'**hashish** (+70,1% con kg. 18.129 a fronte dei 10.658 circa del '93), l'**hashish liquido** (+2.569,42%, con quasi 10 kg. contro i 363 gr. dell'annualità oggetto della comparazione) ed il numero delle **piante** (+163,34% con ben 708.206 esemplari eradicati contro i 268.936 del '93). La *flessione* è relativa solo alla **marijuana** (-40,95%) presente con circa 803 kg. (erano stati poco più di 1.360 nel '93). Nel complesso si tratta del terzo *picco* dell'ultimo decennio;

(4) **prodotti stimolanti ed eccitanti**: gli *incrementi* sono generalizzati. In termini di peso (+563%) rispetto alle sostanze non denominate; +106% è l'*aumento* registrato relativamente ai sequestri di

M.D.M.A. (ecstasy), di cui vi è segnalazione per 85.926 dosi/pasticche/comprese. *Flettono*, invece, quelli relativi all'M.D.E.A. (-54%). L'M.D.A. ora è del tutto assente;

(5) **allucinogeni:** l'**L.S.D. 25** (della formula 49 non si hanno per il momento riscontri in Italia) fa registrare un *incremento* del 40% circa (nr. 28.473 dosi contro 20.361), mentre è ancora più consistente quello del **Khat** (+115%) proveniente dai Paesi del Corno d'Africa spesso mediante triangolazioni con il Nord-Europa;

(6) **altri tipi:** l'*aumento* è significativo sia in termini di peso (+110,24%, con kg. 1.018 circa) che numerici (+70%, con 54.394 tra dosi, compresse, fiale, pasticche, etc.).

A fattor comune va sottolineato che i volumi delle intercettazioni e dei sequestri non comprendono i micro-quantitativi alla base dell'innescio dei procedimenti amministrativi davanti al Prefetto ex artt. 75 e 121 T.U. 309/90, a loro volta quantificabili in circa 100 kg. omnicomprensivi per anno;

La grafica seguente riporta gli andamenti dei sequestri di eroina, cocaina e cannabis (figure 1 e 2).

In particolare, nella serie temporale decennale, il *picco* relativo è rinvenibile quanto:

- a. all'eroina, nel 1991 (kg. 1.555);
- b. alla cocaina, nel 1994 (kg. 6.633,148);
- c. alla cannabis, nel 1992 (kg. 23.232).

ANDAMENTO DEI SEQUESTRI DI EROINA E COCAINA IN ITALIA
 Periodo 1985 - 1994
 (in kg.)

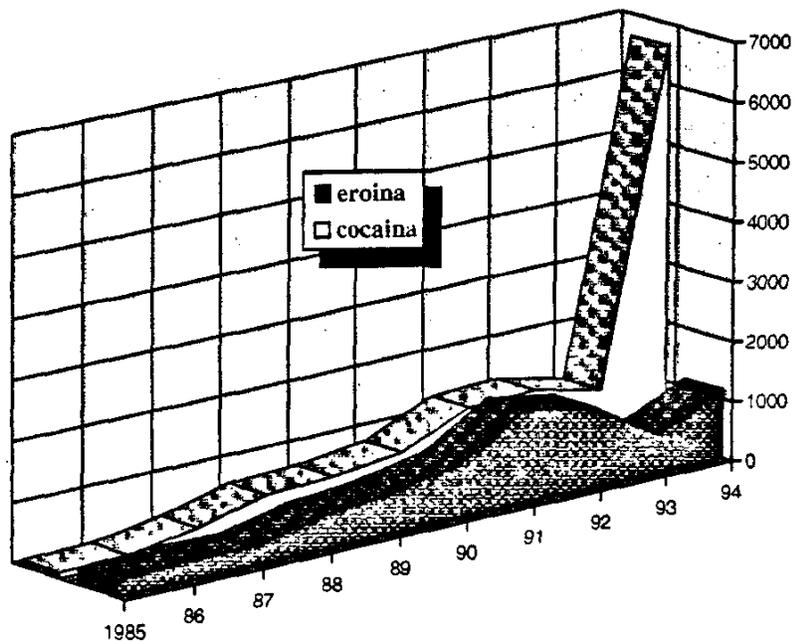


Fig. 1

ANDAMENTO DEI SEQUESTRI DI CANNABIS IN ITALIA
 Periodo 1985 - 1994
 (in Kg.)

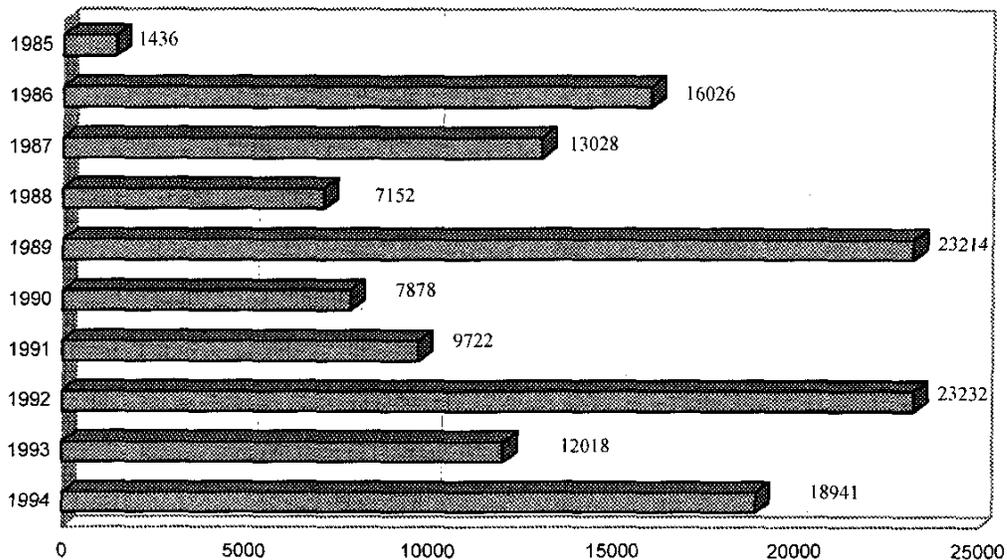


Fig. 2

Per quanto riguarda i principali sequestri, la situazione rilevata nel corso dell'anno di riferimento è riportata nelle tabelle di figura 3-4 e 5.

**SEQUESTRI RILEVANTI DI EROINA
ANNO 1994**

Data Operazione	Quantità sequestrate (in kg.)	Località del sequestro	Nazione di produzione e/o provenienza	NOTE	Totale persone implicate	
					Italiani	Stranieri
14.03.94	300,000	Trieste	Turchia		-	1
02.02.94	96,000	Milano	Turchia	(A)	1	-
04.06.94	43,128	Venezia	Turchia		-	2
28.01.94	43,000	Milano	Turchia	(A)	1	-
17.09.94	34,020	Venezia	Turchia		-	1
31.10.94	24,500	Milano	Turchia		2	1
12.05.94	24,000	Pietrasanta (LU)	-		rinveniment o	rinvenimento
14.11.94	23,537	Pozzuoli (NA)	-		1	1
04.06.94	21,000	Trieste	-		rinveniment o	rinvenimento
06.06.94	21,000	Ravenna	-		-	4
15.01.94	20,000	Milano	Turchia		3	4
29.06.94	20,000	Milano	-		-	1

(A) Operazioni collegate.

Fig. 3

**SEQUESTRI RILEVANTI DI
COCAINA
ANNO 1994**

Data Operazione	Quantità sequestrate (in kg.)	Località del sequestro	Nazione di produzione e/o provenienza	NOTE	Totale persone implicate	
					Italiani	Stranieri
05.03.94	5.490,000	Borgaro Torinese (TO)	Colombia		10	-
23.02.94	209,000	Massa	Colombia		rinveniment o	rinvenimento
06.03.94	43,000	Roma	Brasile		-	3
27.09.94	33,000	Como	Belgio		1	-
24.02.94	30,000	Roma	Colombia		11	1
27.06.94	28,000 (*) 72,000	S. Felice Circeo (LT)	Colombia	Scoperta laboratorio	-	2
22.07.94	25,000	Milano	Colombia		rinveniment o	rinvenimento
05.08.94	21,150	Roma	Cile	Nazione destinazione: Spagna	-	2
25.01.94	20,520	Castel Volturno (CE)	Colombia	Scoperta laboratorio	3	2
02.06.94	20,000	Varese	Brasile		rinveniment o	rinvenimento
24.12.94	20,000	Ventimiglia (IM)	Spagna		-	1

(*) Cocaina Base

Fig. 4

SEQUESTRI RILEVANTI DI HASHISH
ANNO 1994

Data Operazione	Quantità sequestrate (in kg.)	Località del sequestro	Nazione di produzione e/o provenienza	NOTE	Totale persone implicate	
					Italiani	Stranieri
22.12.94	6.000,000	Milano	-	(B)	rinvenment o	rinvenmento
22.12.94	2.000,000	Vigasio (VR)	-	(B)	1	-
12.05.94	1.912,700	S. Teresa di Gallura (SS)	Marocco		3	-
28.09.94	1.740,000	Ravenna	Libano		2	-
19.02.94	1.654,500	Ventimiglia (IM)	Spagna		1	-
01.11.94	1.484,700	Roma	-		2	-
27.11.94	240,000	Brescia	Marocco		2	-
22.11.94	203,000	Ventimiglia (IM)	Spagna		1	-
09.01.94	145,000	Brindisi	Turchia		-	2
01.02.94	144,000	Quarrata (PT)	Libano		4	-
16.02.94	103,135	Parma	Marocco		-	4

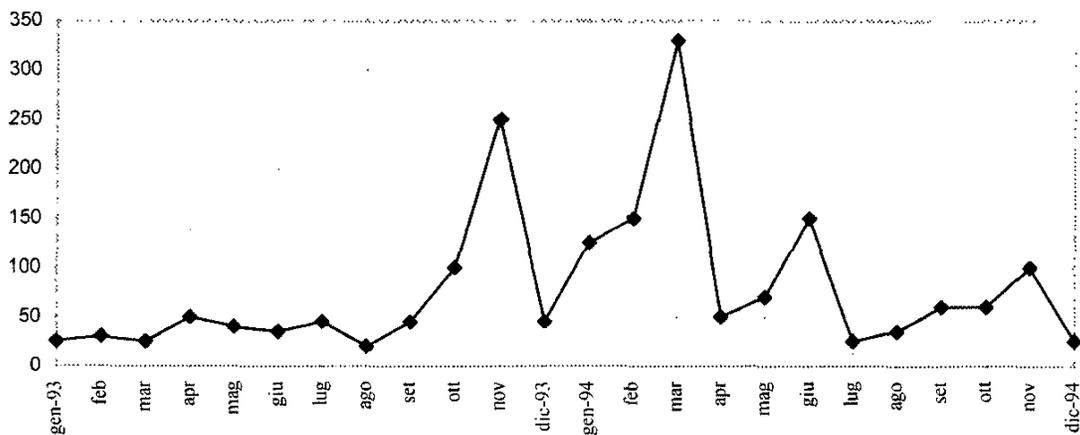
(B) Operazioni collegate.

Fig. 5

La distribuzione mensile del biennio '93 - '94 dei sequestri stessi rispetto alle singole sostanze è compendiate nella grafica di figura 6-7 e 8.

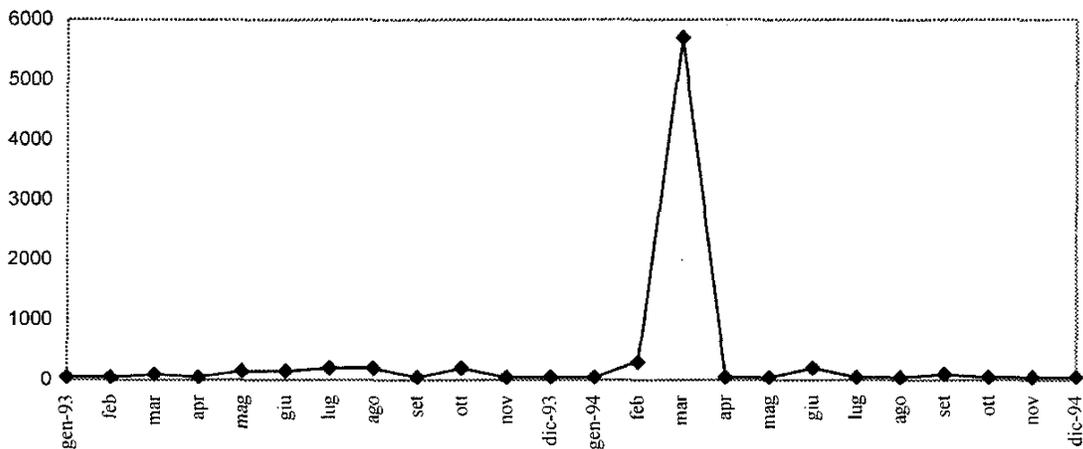
eroina

Fig. 6



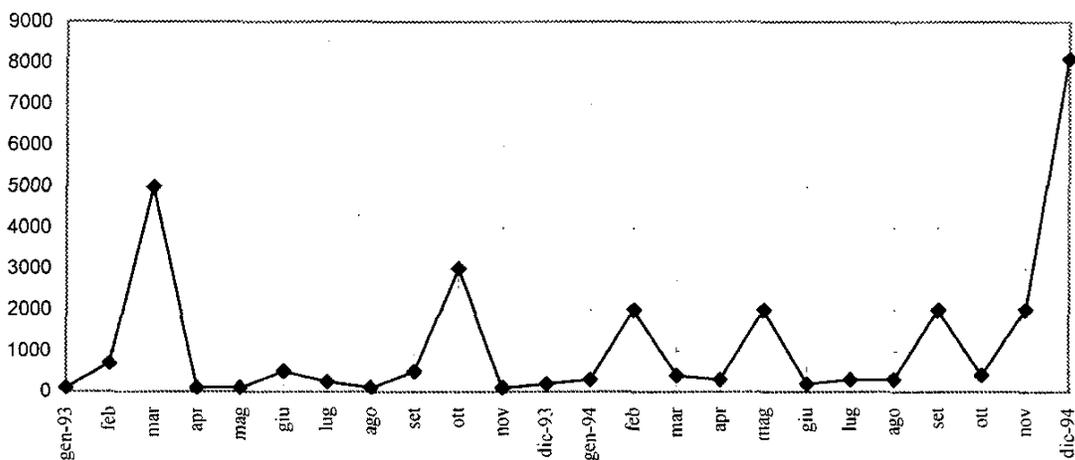
cocaina

Fig. 7



cannabis

Fig. 8



L'ambito interno e frontaliere delle intercettazioni delle sostanze è stato percentualmente ripartito come da ideogrammi in figura 9.

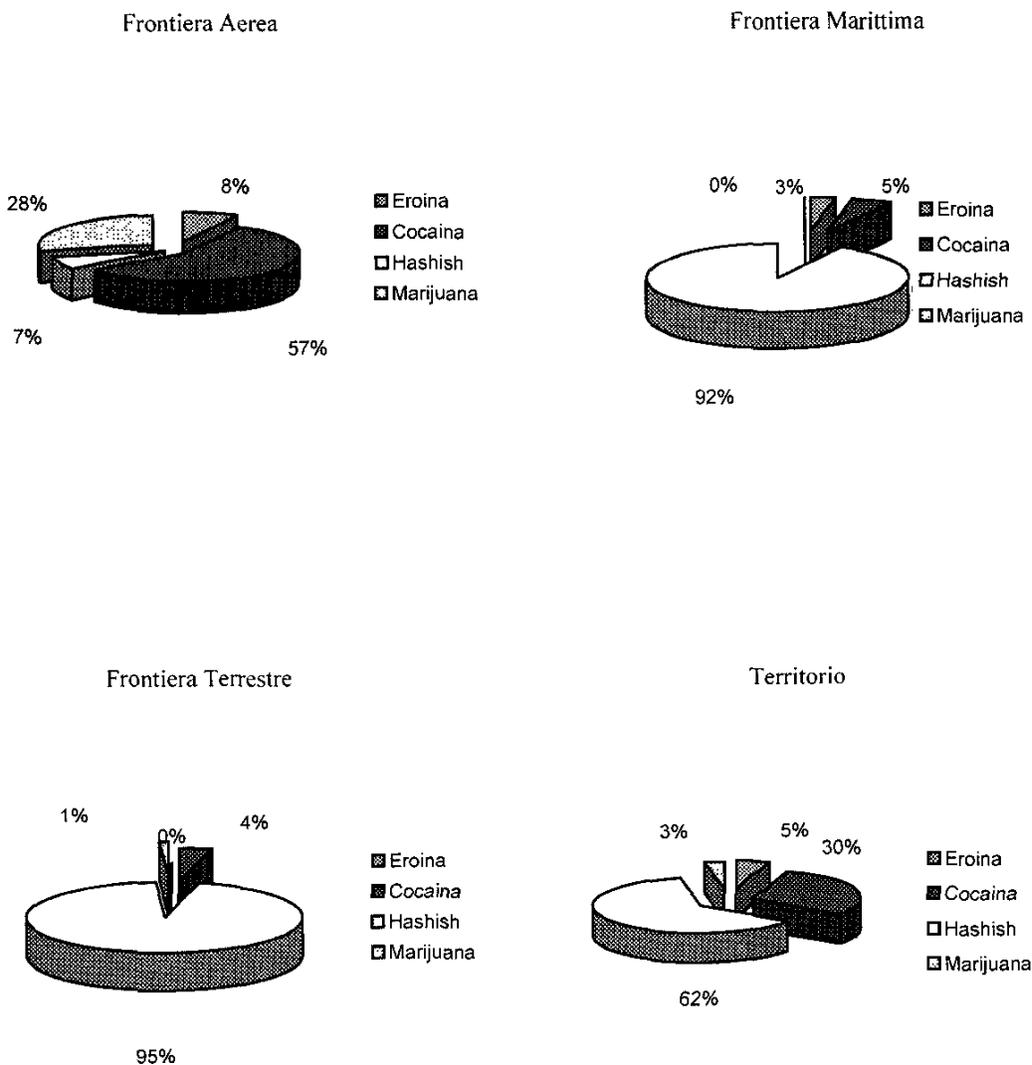
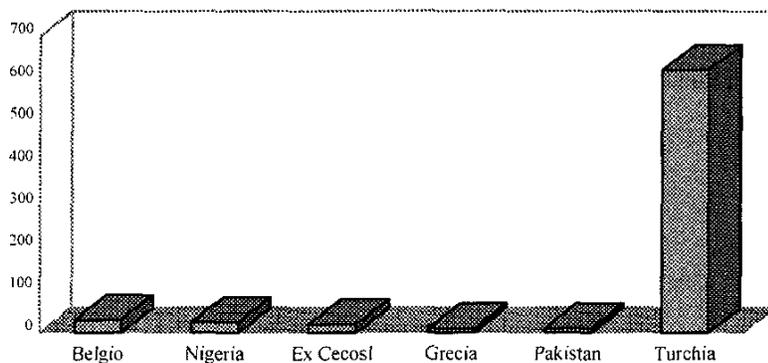


Fig. 9

Circa i paesi di provenienza, il dato complessivo è stato disaggregato rispetto alle 4 principali sostanze. La grafica di figura 10-11-12 e 13 si riferisce, pertanto, a quei sequestri rispetto ai quali è stato incofutabilmente accertato il paese di *produzione*, *procacciamento* e *transito*. Peraltro, tali qualificazioni, almeno rispetto alle nazioni maggiormente rappresentate, spesso si identificano o si sovrappongono.

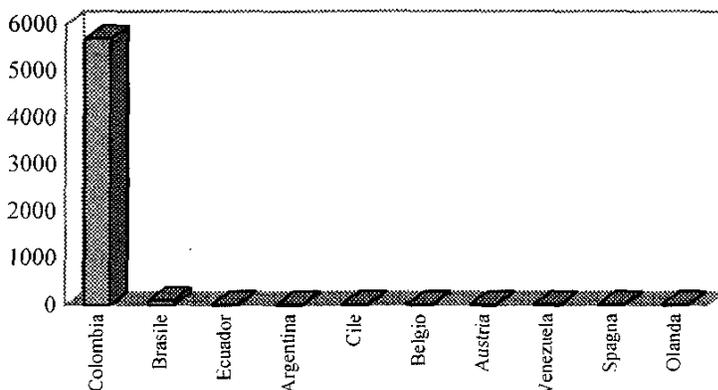
Paesi di provenienza
dell'EROINA
(in Kg.)

Fig. 10



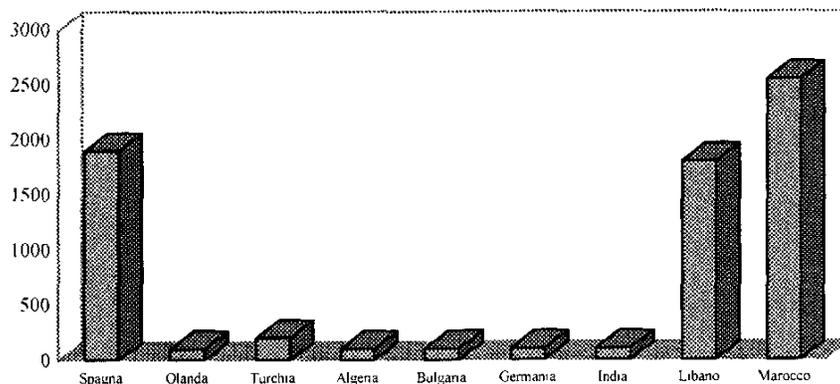
Paesi di provenienza
della COCAINA
(in Kg.)

Fig. 11



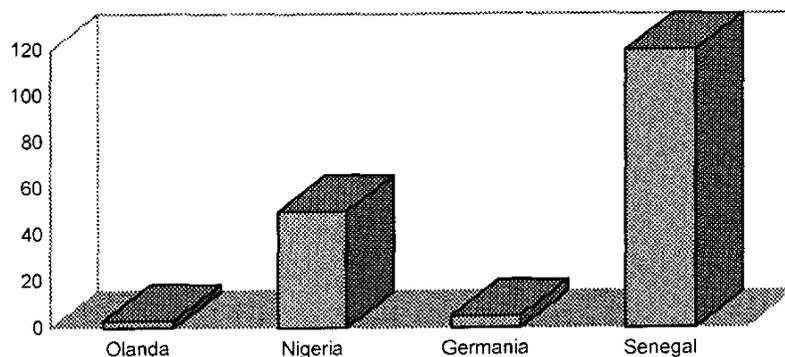
Paesi di provenienza
dell'HASHISH
(in Kg.)

Fig. 12



Paesi di provenienza
della MARIJUANA
(in Kg.)

Fig. 13



b. operazioni di settore contro la *produzione*, il *traffico*, le *attività di smercio* e le altre ipotesi delittuose previste dalla normativa vigente: l'*incremento* è dell'8% circa, con 21.696 interventi qualificati contro i 20.180 del '93. Detto valore costituisce il secondo *picco* del decennio dopo quello del '92 (24.466) e non comprende gli interventi di polizia alla base dell'*innesco* dei procedimenti amministrativi ex artt. 75 e 121 T.U. 309/1990.

Va all'uopo sottolineato l'elevato livello qualitativo di tale complessa ed articolata *azione di contrasto*, rivolta essenzialmente all'individuazione ed allo scompaginamento dei vertici delle organizzazioni criminali dedite al narcotraffico mediante l'utilizzo degli specialissimi strumenti investigativi predisposti dal Legislatore del '90 (*consegne controllate, acquisti simulati, ritardo di atti*, etc.).

Nell'ambito della serie temporale decennale il *record* è individuabile nel 1992 (n° 24.478), epoca che segna la momentanea interruzione del *trend* ascendente iniziato ancor prima del 1985 (Fig. 14).

ANDAMENTO DELLE OPERAZIONI ANTIDROGA IN ITALIA
 Periodo 1985 - 1994
 (in n°)

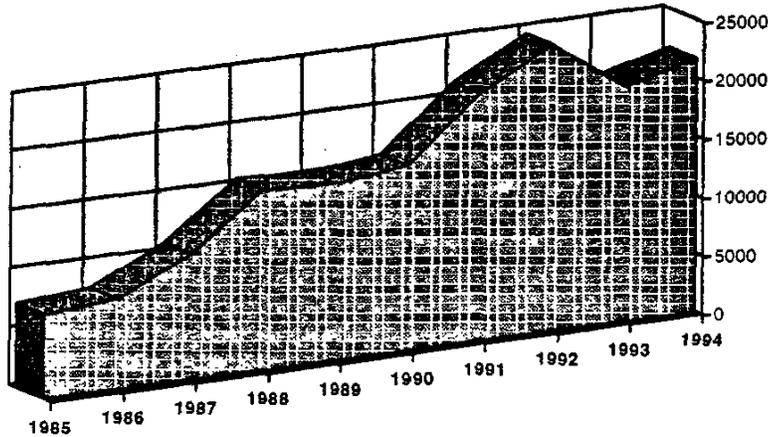


Fig. 14

La tabella di figura 15 si riferisce alla distribuzione regionale comparata dell'andamento delle operazioni di settore.

N° operazioni antidroga			
Situazione regionale comparata			
Regione	1994	+ % -	1993
Abruzzo	454	30,08	349
Basilicata	83	16,90	71
Calabria	531	16,44	456
Campania	2.191	13,05	1.938
Emilia Romagna	1.556	-5,58	1.648
Friuli V.G.	353	2,31	345
Lazio	3.050	5,53	2.890
Liguria	1.130	-8,42	1.234
Lombardia	3.542	2,90	3.442
Marche	440	6,79	412
Molise	49	13,95	43
Piemonte	2.570	39,37	1.844
Puglia	1.003	4,80	957
Sardegna	420	1,69	413
Sicilia	1.125	11,71	1.007
Toscana	1.138	3,83	1.096
Trentino A.A.	704	6,66	660
Umbria	184	3,95	177
V. d'Aosta	24	-20,00	30
Veneto	1.149	-1,62	1.168
TOTALE	21.696	7,51	20.180

Fig. 15

La qualificazione delle operazioni rispetto alla tipologia delle fattispecie criminose è riportata nella grafica di figura 16.

Operazioni contro	1994	+ % -	1993
Traffico	1.813	-0,87	1.829
Smercio	17.772	5,82	16.794
Altri reati	85	4,93	81
Rinvenimenti	2.026	37,26	1.476
TOTALE	21.696	7,51	20.180

Fig. 16

c. **informative di P.G.:** l'aumento è del 9% ed ha riguardato 36.061 soggetti a fronte dei 33.143 del '93. Si tratta del secondo *picco* del decennio dopo quello del '92 (nr. 38.310). Gli arresti di soggetti adulti sono stati, sempre nel corso del 1994, ben 25.882 (+10% circa rispetto al '93), mentre i minori degli anni 18 interessati da provvedimenti restrittivi della libertà personale sono stati 564 (+17%) su 987 (+24%) complessivamente deferiti all'Autorità Giudiziaria.

Corre l'obbligo di precisare al proposito che l'art. 73, 1° co. del T.U. 309/1990 contempla ben 22 ipotesi di reato.

La realtà consente di constatare che i *tossicomani conclamati detenuti* sono ristretti per violazioni all'art. 73 (*traffico, smercio, etc.*) e perché ritenuti responsabili della commissione di delitti comuni talora solo correlabili al *fenomeno droga*.

A mero titolo indicativo, si segnala la scarsissima incidenza che il *referendum abrogativo* del 18/19 aprile 1993 ha avuto sulla popolazione carceraria con riferimento ai consumatori detenuti ex art. 73 anzidetto: al 31 luglio di quello stesso anno, infatti, le scarcerazioni assommavano ad appena 153.

Circa la tipologia delle **informative** rispetto allo stato di limitazione della libertà personale la situazione è riportata nella tabella di figura 17.

		1994	% + -	1993		
INFORMATIVE DI P.G.		nr.				
		36.061	8,80	33.143		
di cui in stato di	{	arresto	nr.	25.882	10,03	23.522
		libertà	nr.	9.680	3,77	9.328
		irreperibilità	nr.	499	70,30	293

Fig. 17

Il dato disaggregato in relazione alla fattispecie delittuosa è compendiato nella tabella di figura 18.

in stato di:	Traffico			Smercio			Altri reati T.U. 309/90		
	1994	% + -	1993	1994	% + -	1993	1994	% + -	1993
arresto	5.912	19,62	4.942	19.966	7,51	18.571	4	-55,55	9
libertà	718	51,47	474	8.817	1,81	8.660	145	-25,25	194
irreperibilità	385	100,52	192	114	12,87	101	-	-	-
Totali	7.015	25,08	5.608	28.897	5,72	27.332	149	-26,60	203

Fig. 18

La ripartizione delle informative tra connazionali e stranieri è riportata nella grafica di figura 19.

Anno	Traffico			Smercio			Altri reati		
	Arresto	Libertà	Irreperibilità	Arresto	Libertà	Irreperibilità	Arresto	Libertà	Irreperibilità
1994	5.912 di cui: I=5.245 S=667	718	385	19.966 di cui: I=13.772 S=6.194	8.817	114	4 di cui: I=4 S=0	145	-
1993	4.942 di cui: I=4.329 S=613	474	192	18.571 di cui: I=13.749 S=4.823	8.660	101	9 di cui: I=9 S=0	194	-

I= Italiani S= Stranieri

Fig. 19

Delle 36.061 informative 8.174 riguardano gli stranieri; nel 1993 erano stati 6.444, per cui l'incremento attuale è del 26,85%.

Il *trend* della serie temporale decennale delle informative o denunce per fatti di droga aventi rilevanza penale è riportato nella grafica di figura 20.

**N° DELLE INFORMATIVE DI P.G. PER VIOLAZIONI AL T.U.
309/1990 INOLTRATE ALL' A.G.
Periodo 1985 - 1994
(in n°)**

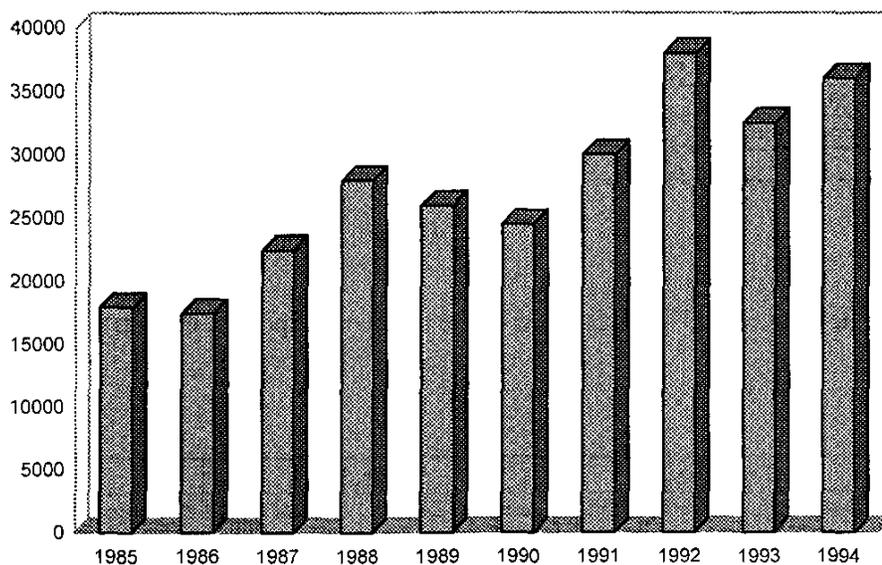


Fig. 20

La distribuzione mensile del numero degli arresti nell'ultimo biennio è indicata di seguito (Fig. 21).

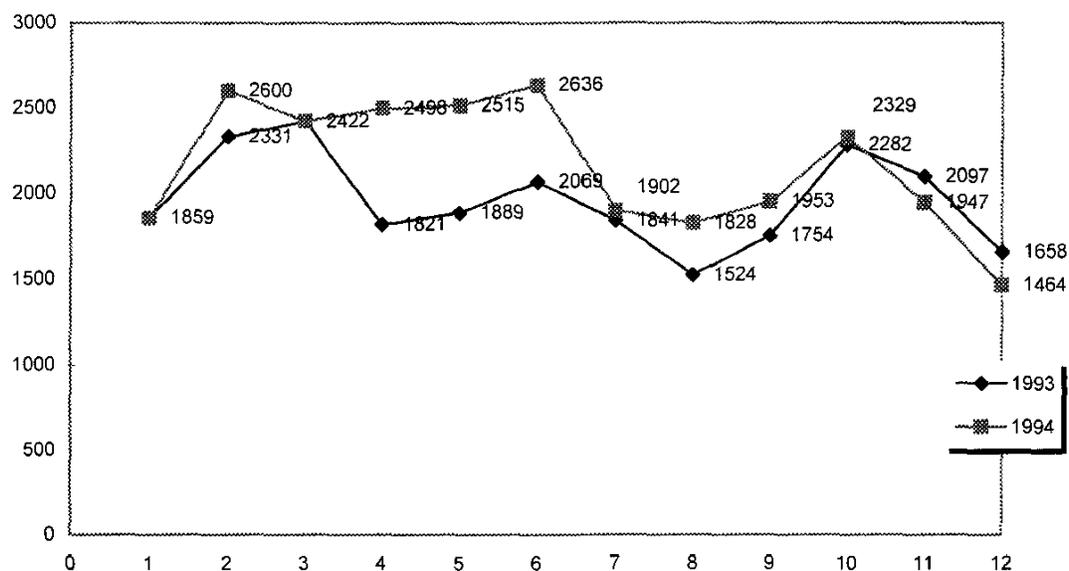


Fig. 21

Circa la *nazionalità* delle persone coinvolte in **Italia**, la tabella di figura 22 comprende gli elementi riferibili alla serie temporale degli ultimi sei anni, periodo di riferimento significativo per l'analisi dei *flussi* riguardanti essenzialmente i cittadini extracomunitari.

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

NAZIONALITÀ	Unità	ANNO 1989	ANNO 1990	ANNO 1991	ANNO 1992	ANNO 1993	ANNO 1994	TOTALI
Afghanistan	nr.	1						1
Albania	nr.			3	10	14	51	78
Algeria	nr.	143	148	164	220	462	768	1905
Alto Volta	nr.			2				2
Angola	nr.	3		2		4	6	15
Arabia Saudita	nr.					3	4	7
Argentina	nr.	12	21	18	32	17	29	129
Australia	nr.		4	2	3	2	8	19
Austria	nr.	20	17	19	26	38	17	137
Bahamas (Isole)	nr.		8	1		1		10
Bangladesh	nr.			2			2	4
Barbados (Isole)	nr.	4	2	5	3	1		15
Belgio	nr.	7		17	20	23	19	86
Benin	nr.	1		2	5	3	5	16
Birmania	nr.						1	1
Bolivia	nr.	1	4	4	9	7	4	29
Bosnia	nr.				1	4	12	17
Brasile	nr.	26	28	42	52	58	25	231
Bulgaria	nr.		2		1	2	4	9
Burkina Faso	nr.				3	3	3	9
Burundi	nr.					3	2	5
Camerun	nr.	2	1	3	4	7	13	30
Canada	nr.	6	2	2	6	3	9	28
Capoverde (Isole)	nr.				4		5	9
ex-Cecoslovacchia	nr.			4	11	6	9	30
Centro Africa Rep.	nr.			1		1	1	3
Ciad	nr.		1	1	1	2	7	12
Cile	nr.	22	26	24	38	19	5	134
Cina Popolare	nr.				2	1		3
Colombia	nr.	107	81	157	125	69	96	635
Congo	nr.	1					2	3
Corea del Nord	nr.					1	1	2
Corea del Sud	nr.	1						1
Costa d'Avorio	nr.	16	13	9	14	27	45	124
Costarica	nr.	4	3	3	4	4		18
Croazia	nr.				3	15	44	62
C.S.I.	nr.	1	1	1	4	2	4	13
Cuba	nr.					1		1
Danimarca	nr.	4	5	4	3	6	10	32
Dominica Rep.	nr.	2				1		3
Dominicana Rep.	nr.	2	2	1	7	12	7	31
Ecuador	nr.	2		4	11	5	3	25
Eritrea	nr.			1	1			2
Etiopia	nr.	8	4	6	16	24	17	75
Filippine	nr.	13	6	4	1	6	1	31
Finlandia	nr.	1	3		2	1		7

(Segue)

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

NAZIONALITÀ	Unità	ANNO 1989	ANNO 1990	ANNO 1991	ANNO 1992	ANNO 1993	ANNO 1994	TOTALI
Francia	nr.	89	141	148	137	95	86	696
Gabon	nr.						1	1
Gambia	nr.	22	17	30	48	33	109	259
Germania	nr.	95	134	142	223	219	288	1101
Ghana	nr.	32	42	46	70	50	67	307
Giamaica	nr.		2	7	2	5	7	23
Giappone	nr.	1	4	3	1			9
Gibuti	nr.		2					2
Giordania	nr.	5	4	9	1	7	9	35
Grecia	nr.	10	16	10	27	15	21	99
Guatemala	nr.		1		1			2
Guinea	nr.		1	1	2	7	12	23
Guyana	nr.		4		1		1	6
Honduras	nr.				1	1	2	4
Hong Kong	nr.	1		2		1		4
India	nr.	17	17	6	5	7	5	57
Iran	nr.	12	6	5	7	13	7	50
Iraq	nr.	8	4	3	2	6	8	31
Irlanda	nr.	2	3	3	1	3	3	15
Israele	nr.	11	7	12	16	29	16	91
Jug.-Serb.-Mont.	nr.	41	41	91	107	76	88	444
Kenya	nr.	5	10	8	7	16	11	57
Kuwait	nr.		1	1	1		2	5
Lesotho	nr.		2					2
Lettonia	nr.					1		1
Libano	nr.	46	28	29	92	73	63	331
Liberia	nr.			2	2	8	55	67
Libia	nr.	4	7	14	12	24	32	93
Liechtenstein	nr.					1		1
Lussemburgo	nr.		1		4	1	1	7
Macedonia	nr.						5	5
Madagascar	nr.						1	1
Malawi	nr.					2		2
Malaysia	nr.	2	1					3
Mali	nr.		1	1	10	6	6	24
Malta	nr.			2	3	1	2	8
Marocco	nr.	380	478	1.037	1.293	2.042	3.164	8.394
Mauritania	nr.	1	1	3	3	2	5	15
Mauritius (Isole)	nr.	1	3	5	2	1		12
Messico	nr.	1	2		2		5	10
Mozambico	nr.		1		1	1		3
Namibia	nr.		1					1
Nepal	nr.					1		1
Niger	nr.		1	1	12	4	14	32
Nigeria	nr.	290	237	121	102	136	139	1025
Norvegia	nr.		1		2	1		4
Nuova Guinea	nr.	1		1	1		3	6
Nuova Zelanda	nr.				3			3
Olanda	nr.	11	11	16	26	38	27	129

(Segue)

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

NAZIONALITÀ	Unità	ANNO 1989	ANNO 1990	ANNO 1991	ANNO 1992	ANNO 1993	ANNO 1994	TOTALI
Pakistan	nr.	5	7	9	4	4	11	40
Palestina	nr.	20	24	20	43	77	113	297
Panama	nr.	1	3	3		3	1	11
Paraguay	nr.			2				2
Perù	nr.	12	25	6	12	8	12	75
Polonia	nr.	2	3	8	11	4	21	49
Portogallo	nr.	5	7	10	8	11	15	56
R.A.U. (Egitto)	nr.	79	72	90	83	85	122	531
Regno Unito	nr.	32	54	55	56	51	70	318
Rhodesia	nr.	1						1
Romania	nr.		1	1	4	6	19	31
Rwanda	nr.						8	8
Salvador	nr.	1			1	2		4
San Marino	nr.			2	1	1		4
Senegal	nr.	87	77	122	104	107	150	647
Seychelles (Isole)	nr.		1			1	1	3
Sierra Leone	nr.	2		2	1	1	4	10
Singapore	nr.	2	2		1		1	6
Siria	nr.	16	9	8	12	11	7	63
Slovenia	nr.				3	14	23	40
Somalia	nr.	7	5	7	9	30	35	93
Spagna	nr.	37	96	107	123	86	63	512
Sri Lanka	nr.	24	11	21	12	4	10	82
Sud Africa	nr.			3	2	4	13	22
Sudan	nr.	8	8	10	18	21	12	77
Svezia	nr.		1	3	2	5	3	14
Svizzera	nr.	180	99	92	132	113	97	713
Tanzania	nr.	24	50	45	50	69	47	285
Thailandia	nr.	1		1	1	2	1	6
Togo	nr.	4	2	6	2	5	1	20
Trinidad	nr.	1		1	3	1	1	7
Tunisia	nr.	1.391	1.812	1.953	1.794	1.800	1.559	10.309
Turchia	nr.	39	54	55	75	33	58	314
U.S.A.	nr.	32	30	39	42	30	46	219
Ucraina	nr.					1	3	4
Uganda	nr.	5	7	3	2	2	5	24
Ungheria	nr.	2	2	1	7	1	4	17
Uruguay	nr.	11	4	4	10	5	4	38
Venezuela	nr.	16	9	17	18	16	19	95
Vietnam	nr.			1	2		3	6
Yemen	nr.					3	1	4
Zaire	nr.	8	1	5	2	5	5	26
Zanzibar (Isole)	nr.	1						1
Zambia	nr.	4	2	1		3	2	12
Zimbabwe	nr.				1		1	2
Apolidi	nr.	2	8	1		2	1	14
Ignoti	nr.	79	30	19	18	33	66	245
TOTALI GENERALI	nr.	3.639	4.131	5.000	5.541	6.444	8.142	32.897

Fig. 22

I cittadini provenienti dall'area maghrebina, coinvolti in attività illecite in Italia nel corso del 1994, sono stati dunque 5.491 pari al 67,44% del totale degli stranieri perseguiti per violazioni al T.U. 309/1990.

Un'ulteriore qualificazione delle informative rispetto alle violazioni più gravi commesse da cittadini stranieri in Italia è riprodotta nella tabella di figura 23, laddove viene anche indicata l'area metropolitana o portuale interessata dall'operazione.

AREA METROPOLITANA E PORTUALE	CITTADINI STRANIERI															
	SIRIANI				TURCHI				LIBANESI				PALESTINESI			
	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D
Cremona						1										
Arezzo										1						
Catanzaro					1											
Bologna										2					2	
Bolzano							1						1			
Brindisi		1			3											
Lucca					1											
Livorno										1						
Firenze		2													11	
Forlì					2										4	
Genova					1	2	1			8					15	
Brescia													1	2		
Grosseto										1						
La Spezia															10	
Reggio Calabria											2					
Milano	1				2		9		2	5			2	8		
Modena							10			1				3		
Napoli					1											
Novara														1		
Padova					1									7	1	
Ravenna					1											
Varese					1	1			2							
Roma		2			2	2				20					12	
Parma										1			1	1		
Torino					2		3			17				23		
Trento														3		
Trieste					1											
Verona					4								1	1		
Venezia		1			4	1								2		
Pisa														1		
TOTALI	1	6			27	7	24		4	57	2		6	10		1

A= Persone oggetto di informativa di P.G. per traffico.

B= Persone oggetto di informativa di P.G. per commercio.

C= Persone oggetto di informativa di P.G. per associazione finalizzata al traffico.

D= Persone oggetto di informativa di P.G. per associazione finalizzata alle attività di vendita.

Fig. 23

Quanto all'attribuzione di specifiche ipotesi delittuose a cittadini stranieri, il dato è stato disaggregato e comparato con l'andamento dell'annualità precedente anche rispetto allo stato di libertà personale (Fig. 24).

Cittadini stranieri oggetto di informativa di P.G. in relazione ad operazioni contro						
TRAFFICO			SMERCIO			
in stato di	1994 (*)	% + -	1993	1994 (*)	% + -	1993
arresto	662	7,99	613	6.176	28,07	4.822
libertà	54	14,89	47	1.158	26,83	913
irreperibilità	76	90,00	40	15	66,66	9
TOTALI	792	13,14	700	7.349	27,94	5.744

(*) L'unica informativa mancante per il 1994 rispetto al totale di 8.142 è attribuibile ad altri reati.

Fig. 24

I quantitativi di sostanze sequestrate a cittadini stranieri nell'ambito di operazioni di settore qualificate sono indicati nella tabella di figura 25.

TIPO DI SOSTANZA E DI OPERAZIONE	1994	% + -	1993
Eroina (in kg.)			
- traffico	856,615	112,65	402,811
- smercio	24,605	-6,16	26,221
Cocaina (in kg.)			
- traffico	594,365	25,20	474,716
- smercio	3,137	-39,63	5,197
Cannabis (in kg.)			
- traffico	2.593,337	164,39	980,872
- smercio	152,744	96,65	77,670
Altri tipi (in kg.)			
- traffico	(1) 858,012	109,19	(2) 410,146
- smercio	0,177	-82,47	1,010
Altri tipi (n° compresse dosi e altre confezioni)			
- traffico	8.705	-59,33	21.409
- smercio	14.131	46,20	9.665

(1) Comprendono kg. 834.300 di *khat aedulis*

(2) Comprendono kg. 402.180 di *khat aedulis*.

Fig. 25

Il quadro di situazione generale è riportato nella figura 26.

DATI NAZIONALI

SETTORI DI RILEVAZIONE		1994 (*)	% + -	1993 (*)
TOTALE SOSTANZE SEQUESTRATE	{ kg. Nr.	27.745,263 893.631	94,63 119,32	14.255,189 407.451
di cui:				
Eroina	kg.	1.149,134	76,59	(5) 650,730
Cocaina	kg.	(1) 6.633,148	502,56	(6) 1.100,819
Cannabis, in totale, di cui:	kg.	18.941,305	50,83	12.018,867
. hashish	kg.	18.128,276	70,09	10.658,117
. marijuana	kg.	803,339	-40,95	1.360,387
. hashish liquido	kg.	9,690	2.569,42	0,363
. piante	nr.	708.206	163,34	268.936
Amfetaminici, di cui:				
. amfetamine	kg.	3,348	562,97	0,505
. amfetamine	nr.	3.338	-82,62	19.216
. M.D.M.A.	nr.	85.926	105,96	41.719
. M.D.E.A.	nr.	5.120	-53,59	11.031
. M.D.A.	nr.	-	-	3.602
Allucinogeni:				
. L.S.D.	nr.	28.473	39,84	20.361
ALTRI TIPI	{ kg. nr.	(2) 1.018,149 (3) 54.394	110,24 70,03	(7) 484,268 (8) 31.991
OPERAZIONI CONTRO LA PRODUZIONE, IL TRAFFICO, LO SMERCEO ED ALTRI REATI	nr.	21.696	7,51	20.180
PERSONE OGGETTO DI INFORMATIVA DI P.G.	nr.	36.061	8,80	33.143
di cui:				
• in stato d'arresto:	nr.	25.882	10,03	23.522
• minori	nr.	987	23,99	796
• minori in stato d'arresto	nr.	564	17,01	482
DECESSI PER NARCOTISMO ACUTO	nr.	(4) 840	-5,40	(9) 888

(*) Dati provvisori o consolidati al 15 febbraio 1995.

(1) Non comprende il sequestro di kg. 1.850 facente parte di una "consegna controllata" conclusasi in Spagna. Sono compresi kg. 7.785 di crack.

(2) Comprendono kg. 992.851 di khat aedulis e gr. 179 di M.D.M.A..

(3) Comprendono 25.284 piante di papaver somnifer.

(4) Di cui nr. 2 connazionali deceduti all'estero, nr. 18 stranieri e nr. 4 persone di cittadinanza non nota deceduti in Italia.

(5) Non comprende il sequestro effettuato in regime di "consegna controllata" di kg. 303 intercettati nel porto di Bari e lasciati proseguire per l'Olanda.

(6) Non comprende il sequestro di kg. 6.219 facente parte di due "consegne controllate" concluse rispettivamente in Olanda e Svizzera. Sono compresi gr. 54.435 di crack.

(7) Comprendono kg. 24.596 di amfepramone propione, nonché kg. 443.680 di khat aedulis.

(8) Comprendono 22.301 piante di papaver somnifer.

(9) Di cui nr. 2 connazionali deceduti all'estero, nr. 11 stranieri e nr. 3 persone di cittadinanza non nota deceduti in Italia.

(9) Di cui nr. 2 connazionali deceduti all'estero, nr. 11 stranieri e nr. 3 persone di cittadinanza non nota deceduti in Italia.

Fig. 26

LE OPERAZIONI SPECIALI: ACQUISTI SIMULATI, CONSEGNE CONTROLLATE E RITARDO DI ATTI.

La disciplina sugli stupefacenti, di cui al T.U. 309/1990, ha introdotto *nuove norme riguardanti l'attività investigativa della Polizia Giudiziaria*, che hanno sin qui consentito il conseguimento di risultati operativi di tutto rilievo, nonostante le iniziali difficoltà dovute all'individuazione ed alla formazione del personale - da qualificare particolarmente - cui affidare l'incarico di *iniziare, condurre e portare a termine* operazioni del tipo di quelle previste dagli artt. 97 - 98 e 99 della legge 162/1990, che prevedono, tra l'altro, la *penetrazione* degli ambienti ed il lavoro protrato *sotto copertura*.

Le *operazioni speciali* (acquisti simulati, consegne controllate e ritardo di atti) hanno avuto - per il biennio - l'andamento riportato nella tabella di figura 27.

Operazioni Speciali											
Consegne Controllate sul territorio nazionale			Consegne Controllate dall'Italia verso l'estero			Consegne Controllate dall'estero verso l'Italia			Acquisti Simulati		
1993	%	1994	1993	%	1994	1993	%	1994	1993	%	1994
168	-14,28	144	3	-75,00	1	10	-40,00	6	58	+17,24	68

Fig. 27

I quantitativi di sostanze stupefacenti connessi a dette operazioni sono schematicamente indicati nella tabella sottostante, ove la ripartizione per tipo di droga è limitata alle principali sostanze (Fig. 28).

Tipo di droga	Consegne Controllate sul territorio nazionale (quantitativi in kg.)		Consegne Controllate dall'Italia verso l'estero (quantitativi in kg.)		Consegne Controllate dall'estero verso l'Italia (quantitativi in kg.)		Acquisti Simulati (quantitativi in kg.)	
	1993	1994	1993	1994	1993	1994	1993	1994
EROINA	84,778	10,590	303,000	-	1,118	-	9,709	59,719
COCAINA	188,677	334,435	6,219	1,850	70,782	34,083	13,580	12,233
CANNABIS	94,357	1.990,514	-	-	-	1.740,000	6,634	125,842

Fig. 28

Nella tabella seguente sono, invece, indicati i totali relativi alle persone coinvolte in dette operazioni con dato disaggregato rispetto ai connazionali ed agli stranieri (Fig. 29).

Persone implicate nei sequestri di:	Consegne Controllate sul territorio nazionale		Consegne Controllate dall'Italia verso l'estero		Consegne Controllate dall'estero verso l'Italia		Acquisti Simulati	
	1993	1994	1993	1994	1993	1994	1993	1994
EROINA	I=26 S=3 T=29	I=29 S=4 T=33	I= - S= - T= -	I= - S= - T= -	I=1 S= - T=1	I= - S= - T= -	I=29 S=4 T=33	I=61 S=20 T=81
COCAINA	I=176 S=57 T=233	I=88 S=35 T=123	I= - S=1 T=1	I= - S= - T= -	I=8 S=5 T=13	I=16 S=1 T=17	I=67 S=7 T=74	I=37 S=15 T=52
CANNABIS	I=32 S=20 T=52	I=30 S=17 T=47	I= - S= - T= -	I= - S= - T= -	I= - S= - T= -	I= - S= - T= -	I=9 S=1 T=10	I=12 S=5 T=17

I=Italiani S=Stranieri

T=Totale

Fig. 29

Gli Uffici, i Comandi ed i Reparti delle Forze di polizia continuano ad avanzare numerose richieste di attivazione delle procedure indicate, ma la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga non sempre accorda il concerto previsto dalla norma, in mancanza delle chiarificazioni necessarie atte a salvaguardare *l'incolumità del personale operante* e ad evitare che le operazioni stesse subiscano un'involuzione rispetto alla considerazione ed alla valutazione del *carattere di eccezionalità* attribuibile agli istituti. Va all'uopo evitato, infatti, l'innescio di un processo di *normalizzazione* suscettibile di scadere nella *routine* vanificando gli sforzi operativi e l'ottimizzazione delle risorse.

L'acquisto simulato e la consegna controllata si sono comunque rivelate misure di spessore notevole a livello tattico, finalizzate a rendere ancora più incisiva la repressione delle attività criminali nel settore dell'organizzazione dell'illecito commercio di sostanze stupefacenti così come previsto dall'art. 11 della "Convenzione delle Nazioni Unite sul traffico illegale di stupefacenti e sostanze psicotrope", sottoscritta a Vienna il 19 dicembre 1988.

La validità delle operazioni antidroga condotte utilizzando le indicate, nuove procedure, discende innanzitutto dalla considerazione che le stesse rendono - per loro natura - nettamente più agevole l'individuazione ed il perseguimento dei superiori livelli di responsabilità del traffico illecito.

Il coordinamento operato dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga ha consentito altresì di evitare duplicazioni e sovrapposizioni fra più uffici, comandi ed organi operativi ed

intersezioni di filoni di indagine, al fine di scongiurare gravi pregiudizi ad una strategia di particolare delicatezza.

Da tale contesto emerge che il livello qualitativo e quantitativo delle sostanze intercettate e sequestrate è stato, sia in termini relativi che assoluti, di tutto rilievo e corrispondente all'innalzamento complessivo dell'azione di contrasto, che, opportunamente pianificata e coordinata, ha consentito di affinare le tecniche operative, sempre più basate sugli specialissimi strumenti previsti dalla normativa antidroga vigente e miranti a colpire i vertici delle organizzazioni criminali operanti sia all'interno del territorio nazionale che a livello internazionale e transnazionale.

L'ANDAMENTO DEI DECESSI CORRELATI ALL'ABUSO DI DROGHE (INTOSSICAZIONE ACUTA O NARCOTISMO ACUTO).

Il trend dei sequestri di **eroina**, che segue verosimilmente quello dei consumi in maniera direttamente proporzionale, è ricalcato simmetricamente da quello dei decessi riconducibili al *narcotismo acuto*.

Non vi è dubbio, quindi, che talora le attività di repressione si connotano anche sotto il profilo della *prevenzione di polizia*: sottraendo, infatti, **eroina** ai *mercati locali* si previene la causa prima degli incidenti letali conseguenti all'uso e/o abuso della sostanza, responsabile di morte diretta nel 98% dei casi accertati.

Dunque, anche per il '94, viene confermata la *regressione lineare avanzata* in sede di analisi del dato complessivo del '92.

I decessi registrati e riscontrati sinora sono stati **840** contro gli 888 del 1993 (-5,40%).

Tale valore, comunque, è suscettibile di variazioni una volta ultimati i riscontri del caso ancora in corso.

L'andamento può dunque essere valutato positivamente.

Circa gli incidenti stradali mortali presuntamente correlati all'assunzione di droghe di sintesi va precisato che:

a. non sono disponibili in Italia dati statistici relativi agli incidenti stradali mortali verosimilmente causati da assunzione di droghe di sintesi;

b. la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga rileva solo i decessi di assuntori (uso e/o abuso) di sostanze stupefacenti e psicotrope dovuti a causa diretta (*intossicazione acuta o narcotismo acuto*).

Le cause *indirette, indotte e pregresse* (incidenti sul lavoro e stradali, suicidi, epatiti, endocarditi, AIDS, debilitazione da uso protratto, etc.), rientrando nella sfera dei dati epidemiologici ed intersanitari, sono coperte dall'anonimato e non vengono più segnalate dagli esercenti la professione sanitaria.

Va comunque precisato che:

- il numero complessivo dei decessi di che trattasi è stato valutato intorno al migliaio per ciascuno degli ultimi due anni;

- la *causa mortis* non può, però, essere direttamente riconducibile all'uso e/o abuso di droghe sintetiche (*ecstasy in particolare*), così come dimostrano i pochi elementi informativi deducibili da una modesta quantità di casi verificati attraverso esami autoptici e tossicologici.

Infatti, si tratta in genere di una serie di concause (*stress* da inquinamento acustico, ampiamente verificabile nei consueti luoghi di aggregazione giovanile; ingestione di notevoli quantità di alcool associato all'assunzione di sostanze nocive; stanchezza; alterazione di tutto l'apparato sensorio ed in particolare di quello della percezione della realtà circostante, che consegue, pertanto, effetti distorsivi; eccessiva velocità; colpi di sonno; condizioni meteo; esibizionismo; etc.) con effetti combinati difficilmente separabili e valutabili singolarmente;

- l'allarme sociale suscitato dalle cc.dd. "*morti del sabato sera*" è spesso determinato dall'amplificazione che simili eventi ricevono dai *mass media* a ragione della giovane età delle vittime e della tragica spettacolarità dei sinistri stessi. D'altra parte, l'assunzione di una dose di stimolante od eccitante non sarebbe da sola sufficiente a motivare scientificamente comportamenti ed atteggiamenti alla base di siffatta violenza, dalle conseguenze tanto luttuose e dai costi sociali elevatissimi.

La Direzione Centrale per i Servizi Antidroga si è, però, fatta carico di condurre un monitoraggio a livello nazionale al fine di delineare lo *screening* del fenomeno: all'uopo è in corso la predisposizione di un progetto finalizzato che implica la collaborazione dei Ministeri della Sanità e dell'Università e della Ricerca Tecnologica, nonché dell'Autorità Giudiziaria.

Sono state, per ciò, interessate le Procure della Repubblica presso le Preture Circondariali - restie comunque ad ordinare perizie medico-legali e tossicologiche per evidenti ragioni di costi - e gli Istituti di Medicina Legale, in ispecie le Sezioni di Tossicologia Forense.

Nelle more di poter disporre di dati attendibili, in via di acquisizione almeno per quanto riguarda i soli conducenti di automotomezzi, si sottolinea che il Dipartimento della Pubblica Sicurezza, su disposizioni del Ministro dell'Interno, ha già da tempo emanato direttive finalizzate alla prevenzione, attuata con il mezzo della capillare articolazione delle Forze di polizia sulle principali arterie "a rischio" del Paese, la cui presenza funge da deterrente rispetto al superamento dei limiti di velocità ed al consumo di bevande alcoliche e super alcoliche (misurazione del tasso alcoólico).

Quanto agli interventi - in emergenza - che le Forze di polizia effettuano annualmente nel corso dell'assolvimento dei compiti istituzionali, a favore di soggetti rinvenuti in stato comatoso o comunque privi di sensi in relazione ad assunzioni di sostanze sovradosate e/o pericolosamente adulterate, i dati disponibili consentono di affermare che, negli ultimi due anni, sono stati sottratti a morte certa almeno 1.000 consumatori di stupefacenti, ai quali, mercé il tempestivo soccorso prestato, è stato possibile praticare il trattamento sanitario con antagonisti in grado di risolvere positivamente il grave stato di crisi acuta sul punto di divenire irreversibile.

Al fine di avere un quadro completo dell'andamento dei decessi, si riporta, in grafica, il trend della serie temporale decennale (Fig. 30).

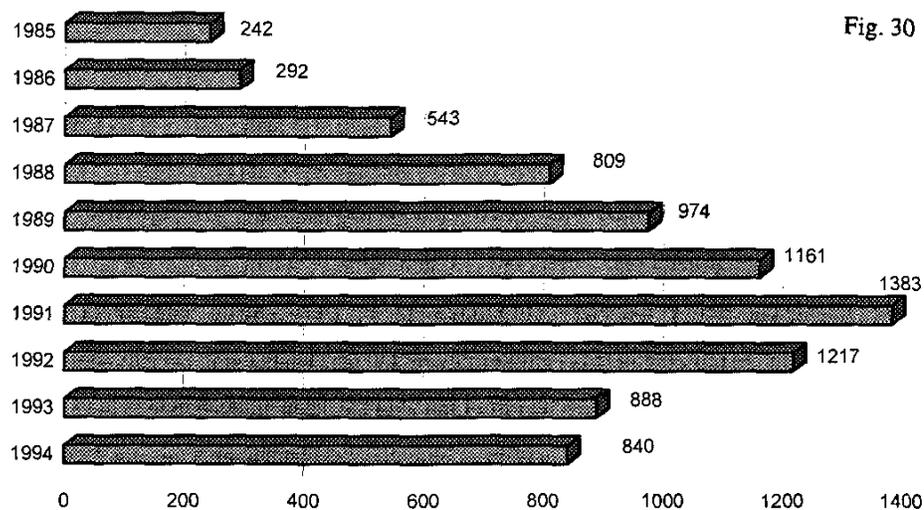


Fig. 30

LINEE DI TENDENZA.

Tenuto conto dei volumi delle sostanze stupefacenti e psicotrope intercettate e sequestrate annualmente, valutata la portata dei decessi di assuntori direttamente correlabili all'uso illecito ed all'abuso e considerato il *trend* rispetto ad ogni singola sostanza nonché il numero di utenti per anno dei Servizi pubblici e delle istituzioni private, cui è devoluto l'arduo compito di predisporre ed attuare i percorsi terapeutici, socio-riabilitativi e di reinserimento, è possibile delineare, per il nostro Paese, le *linee di tendenza* della diffusione di droghe per il 1995, con le seguenti avvertenze:

a. se mediamente - nel corso degli ultimi cinque anni - i quantitativi di eroina sequestrati dalle Forze dell'ordine - al momento dell'ingresso sul territorio o a soggetti posti ai vertici del narcotraffico - assommano a circa 1.000 kg., con indice di grado di purezza intorno al 65-75% e tasso di *principio attivo* altrettanto elevato, è verosimile che la quota non sottratta ai *mercati clandestini* sia pari alla quantità intercettata ed abbia, all'origine, le stesse generali caratteristiche organolettiche e qualitative. Tale assunto può essere comprovato dal fatto che la *dose da strada* (± 250 mg.) vanta mediamente un valore relativo alla quantità di principio attivo, e quindi di *purezza*, oscillante tra il 4-12%, con punte rarissime sino al 42%, così come riscontrato, in sede autoptica e di analisi tossicologica, in due casi recenti;

b. per la *cocaina* le stime devono, invece, tener conto:

- (1) del volume sequestrato nel corso del 1994, che è abnorme ed eccezionale (oltre 6.6 t.): esso, pertanto, non può essere preso a base per una seria analisi;
- (2) del valore medio quale risultante dell'*andamento* normalizzato e verificato su più annualità consecutive (*trend* rispetto agli ultimi 7 anni = circa 1.000 kg.);
- (3) dei quantitativi intercettati una volta operata la depurazione dei 5.490 kg. relativi ad un'unica operazione, che costituisce - come si è avuto modo di chiarire - un evento senza precedenti in Italia ed in Europa;
- (4) delle diverse caratteristiche e degli originali effetti della droga rispetto ai prodotti oppiacei;
- (5) delle modalità di assunzione e dell'efficacia finale connessa al risultato prefigurato dal consumatore, talché da dose (± 1 gr.), per essere considerata *accettabile* in relazione agli effetti desiderati, dovrebbe essere costituita da un prodotto il cui grado di purezza non dovrebbe scendere sotto la soglia del 35%.

Poiché, all'origine, normalmente, i grossi quantitativi sequestrati rivelano un grado di purezza medio dell'85-90%, può valutarsi intorno ai 1.500/2.000 kg. la quantità di sostanza non intercettata ed immessa verosimilmente sui *mercati interni* nel corso degli anni 1992 e '93.

Si tratta di stime che, benché basate su modelli matematico-statistici, non trovano, al momento, verificabilità certa nella realtà a ragione:

- di una molteplicità di *variabili*;
- delle *fluttuazioni cicliche ed accidentali*;
- del fatto che il *target*, non avendo - a differenza dei consumatori dell'eroina - una chiara ed inequivocabile *visibilità sociale*, è da considerarsi ancora quasi del tutto *sommerso*;

c. le sostanze ad effetto stimolante, eccitante ed allucinogeno - il cui consumo risulta in forte espansione in **Italia** negli ultimi tre anni - sono normalmente contenute in prodotti e preparati, confezionati in pasticche/comprese/capsule - queste ultime generalmente formate mediante l'imbevimento di materiali assorbenti - a contenuto di principio attivo su livelli microgrammici (10^6) e nanogrammici (10^9). Pertanto, i quantitativi assoluti complessivi di materiale base (amfetamine, acidi, etc.) risultano, nel complesso, relativamente modesti;

d. i derivati della **cannabis** sono ormai da tempo entrati nella sfera delle culture occidentali, talché il loro consumo non suscita più vere e proprie reazioni sociali. Anzi: li si classifica empiricamente come "*sostanze leggere*", di nessuna o poca rilevanza sotto il profilo igienico-sanitario (dipendenza psico-fisica) e si sostiene che producono di certo meno danni del tabagismo e dell'alcoolismo, tralasciando od ignorando di precisare a tal proposito i limiti quantitativi e spazio-temporali delle assunzioni di sostanze come la **marijuana** e l'**hashish** nel confronto con il tabacco e l'alcool.

In tale quadro generale, il consumo della **cannabis** in Italia ha raggiunto livelli di certo ragguardevoli interessando larghi strati sociali.

Le Forze di polizia, sulla base dell'analisi condotta nell'ambito della serie temporale decennale, hanno sequestrato mediamente 15.000 kg. di sostanze per anno. Tale ingente valore deve essere ricondotto in massima parte a poche intercettazioni di carichi consistenti.

La stima di quanta droga riesca a raggiungere i *mercati clandestini* è dunque compito oltremodo arduo ed obiettivamente difficile, anche per le caratteristiche proprie dei vari prodotti, non soggetti a tagli con altre sostanze e con tasso di principio attivo (THC=tetraidrocannabinolo) aggirantesi mediamente tra il 4 ed il 7%.

Alla luce di tutto quanto precede si prevede che, nel 1995, i livelli di diffusione:

- dell'eroina si stabilizzeranno ulteriormente appiattendosi sui valori attuali concomitantemente:
- al diversificato approccio generazionale dei consumatori neofiti di droghe ;
- all'elevazione dell'età media dei soggetti *a rischio* (ultratrentenni, che costituiscono già ora il 50% circa dei decessi), il cui tasso di letalità è prevalentemente dovuto alla progressiva consunzione organica;
- della cocaina, dei prodotti amfetaminici e di quelli allucinogeni supporteranno il *trend* degli ultimi anni;
- della cannabis si manterranno sulle stime più recenti.

ASPETTI GIURIDICO - LEGISLATIVI ED ORGANIZZATIVI**I. PROBLEMATICHE LEGISLATIVE.**

Con Decreto del Presidente della Repubblica 5 giugno 1993, n. 171, concernente "Abrogazione parziale, a seguito di referendum popolare, del testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, approvato con Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309":

a. sono state riviste le competenze del Ministro della Sanità, con abrogazione dell'ipotesi relativa alla fissazione, con proprio decreto, dei limiti e modalità d'impiego dei farmaci sostitutivi (art. 2, comma 1°, lettera e), punto 4);

b. è stato abrogato l'art. 72, 1° comma e 2° solo nella parte in cui rinvia al 1° comma, sicché viene ribadita la possibilità di far ricorso a preparati medicinali a base di sostanze stupefacenti o psicotrope *per uso terapeutico* di soggetti che versano in particolari condizioni patologiche, semprechè "debitamente prescritti";

c. l'art. 73, al 1° comma, non reca più il rinvio all'art. 76 a proposito delle ipotesi già sottoposte ai provvedimenti dell'autorità giudiziaria ed a sanzioni penali in caso di inosservanza;

d. l'art. 75, a proposito dell'irrogazione delle sanzioni amministrative, non prevede più:

(1) al 1° comma, la quantificazione della *dose media giornaliera*;

(2) al comma 12°, la presa di conoscenza da parte del soggetto interessato delle conseguenze derivanti dall'inosservanza della mancata presentazione al servizio pubblico o per l'inizio del programma o nel caso questo venga interrotto senza giustificato motivo;

(3) al comma 13°, il riferimento all'art. 76 in ordine alla possibilità di utilizzazione dell'esito degli accertamenti e degli atti connessi all'esperimento delle procedure poste in essere dal prefetto;

e. l'art. 76 cessa di avere *in toto* i suoi effetti;

f. l'art. 78 vede abrogate le lettere b) e c) del 1° comma rispettivamente riguardanti le metodiche già in uso per pervenire alla *quantificazione del fabbisogno soggettivo di sostanze*

illecite nelle 24h ed i limiti quantitativi massimi di principio attivo per le dosi medie giornaliere:

g. il 5° comma dell'art. 80, relativo all'aumento delle sanzioni già previste dall'art. 76, non ha più vigenza;

h. il 5° comma dell'art. 120, che prevedeva, pur in presenza del diritto all'anonimato, la redazione di una scheda sanitaria - contenente le generalità dell'interessato, la professione, il grado di istruzione, i dati anamnestici e diagnostici ed i risultati degli accertamenti e delle terapie praticate - da parte gli esercenti la professione medica, cessa di produrre i suoi effetti;

i. il 1° comma dell'art. 121, riguardante l'*obbligo di segnalazione* da parte l'esercente la professione medica, che aveva modo di assistere la persona adusa agli stupefacenti, è abrogato.

Come si arguisce, aspetti non secondari della normativa innovata sono stati cancellati a distanza di circa tre anni dall'entrata in vigore.

Per quanto concerne più direttamente i compiti e l'attività di polizia si è sin qui rimarcato soprattutto la soppressione del *limite quantitativo* rientrante nella *dose media giornaliera*, che, oggettivamente, costituiva il discrimine tra fattispecie penalmente rilevanti, e per ciò sanzionati come "*detenzione ai fini di vendita*", ed episodi già sanzionabili solo in via amministrativa attesa la supposta sussistenza del fine di *detenzione per uso personale*.

Il vuoto legislativo venutosi così a creare ha, almeno inizialmente, inciso sul comportamento dei singoli operatori di polizia giudiziaria, sui quali, improvvisamente, è ricaduta la responsabilità di dar corso ad un *atto discrezionale*, peraltro basato su criteri non oggettivi, consistente - alternativamente o congiuntamente - nella segnalazione al Prefetto e/o al Procuratore della Repubblica.

Tali preoccupazioni sono state evidenziate anche nel corso della **Prima Conferenza Nazionale sulle tossicodipendenze**, tenutasi a Palermo dal 24 al 26 giugno 1993 sulla base di quanto previsto all'art. 1 co. 15° del D.P.R. 309/90, allorquando è stata da più parti ribadita la necessità di un nuovo intervento legislativo atto a ripristinare le *esigenze di certezza del diritto* in relazione all'espletamento delle attività di repressione contro il traffico e lo smercio.

I disagi dianzi evidenziati sono stati, di converso, spesso *alleviati*, a livello locale, con mirati interventi delle Procure della Repubblica. I Capi dell'ufficio del P.M., infatti, sono intervenuti di volta in volta con *direttive* indirizzate alla Polizia Giudiziaria.

I provvedimenti in questione, però, se da un lato hanno concorso o concorrono tuttora a dirimere dubbi e perplessità connesse alla *pratica operativa*, hanno d'altro canto posto talora in evidenza l'assunzione di interpretazioni e criteri diversi, al punto da creare difformità sostanziali tra i vari comportamenti delle Forze di polizia sul territorio nazionale.

Il Dipartimento della Pubblica Sicurezza, tenuto conto della necessità di impartire disposizioni di massima univoche, è nel frattempo intervenuto, per il tramite della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, al fine di superare la fase delle incertezze operative.

All'uopo sono state diramate due circolari, rispettivamente datate 6 giugno e 11 settembre 1993, i cui contenuti - fermo restando le eventuali *direttive* localmente impartite dalle competenti Procure della Repubblica - individuano alcuni criteri ritenuti basilari ai fini dell'orientamento alla scelta tra *procedura amministrativa* e *quella giudiziaria*, conseguente all'accertamento della *destinazione d'uso* dei quantitativi di stupefacente intercettato.

Gli effetti referendari, però, hanno innescato anche altre questioni non meno rilevanti come quella della disciplina dei farmaci sostitutivi nel trattamento delle tossicodipendenze (art. 2, co. 1°, lettera e), punto 4 abrogato) e quella della mancata segnalazione da parte gli esercenti la professione medica: entrambi i problemi interferiscono, in qualche modo, con le *attività di prevenzione e repressione di polizia*.

È, altresì, vivamente avvertita l'esigenza di estendere la *rete* degli "esperti" e degli Ufficiali di collegamento all'estero, tenuto conto dell'esperienza sin qui maturata e degli eccezionali risultati conseguiti anche in tema di cooperazione internazionale.

2. L'EVOLUZIONE NORMATIVA IN MATERIA DI ATTIVITÀ ANTIDROGA DI POLIZIA.

Dal Codice Penale del 1930 il Legislatore è pervenuto a formulare l'articolato della legge 22 ottobre 1954, n. 1041.

È, però, con la legge 22 dicembre 1975, n. 685 che si giunge ad affermare criteri di valutazione del fenomeno in una prospettiva del tutto nuova rispetto al passato: vengono, infatti, introdotti i concetti di "*modica quantità*" e di "*uso personale non terapeutico*" di sostanze stupefacenti e psicotrope.

Il D.P.R. 22 settembre 1988, n. 447, con il quale è stato emanato il nuovo Codice di Procedura Penale, pose subito una serie di problemi in ordine all'arresto in flagranza (art. 380 C.P.P.) per i detentori di droghe.

La questione è stata in parte superata con legge 26 giugno 1990, n. 162, che innova i precedenti aspetti *soggettivizzando* il margine di discrezionalità dell'Autorità Giudiziaria rispetto alla definizione di *modica quantità*, mediante l'adozione del criterio connesso alla determinazione della *dose media giornaliera, quale risultante del fabbisogno della persona nell'arco delle 24h e tenuto conto del tasso di principio attivo contenuto nella sostanza detenuta*, e prevedendo le ipotesi di responsabilità penale per fatti di *lieve entità* (art. 73, 5° comma).

La normativa antidroga viene infine compresa nel Testo Unico approvato con D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309.

Con il D.L. 8 agosto 1991, n. 247 - convertito con modificazioni in legge 5 ottobre 1991, n. 314 - i problemi posti dall'art. 380 C.P.P. 2° co. lettera h) vengono definitivamente superati con il riconoscimento implicito del *potere discrezionale* attribuito all'Ufficiale di P.G., in presenza di valutazioni connesse ai *mezzi, alle modalità ed alle circostanze* dell'azione.

Il D.L. 12 gennaio 1993, n. 3 ridefinisce il *fabbisogno soggettivo* e prescrive la possibilità di detenere sostanze illecite *sino alla triplicazione della dose media giornaliera nelle 24 ore*.

Il provvedimento è reiterato il 14 maggio 1993 e viene convertito in legge 14 luglio 1993, n. 222, limitatamente, però, ai primi sette articoli riguardanti disposizioni urgenti relative al trattamento di persone detenute affette da infezioni da HIV e di tossicodipendenti.

In Fig. 31 è riportato lo schema del succedersi delle norme antidroga in Italia.

EVOLUZIONE NORMATIVA IN MATERIA ANTIDROGA

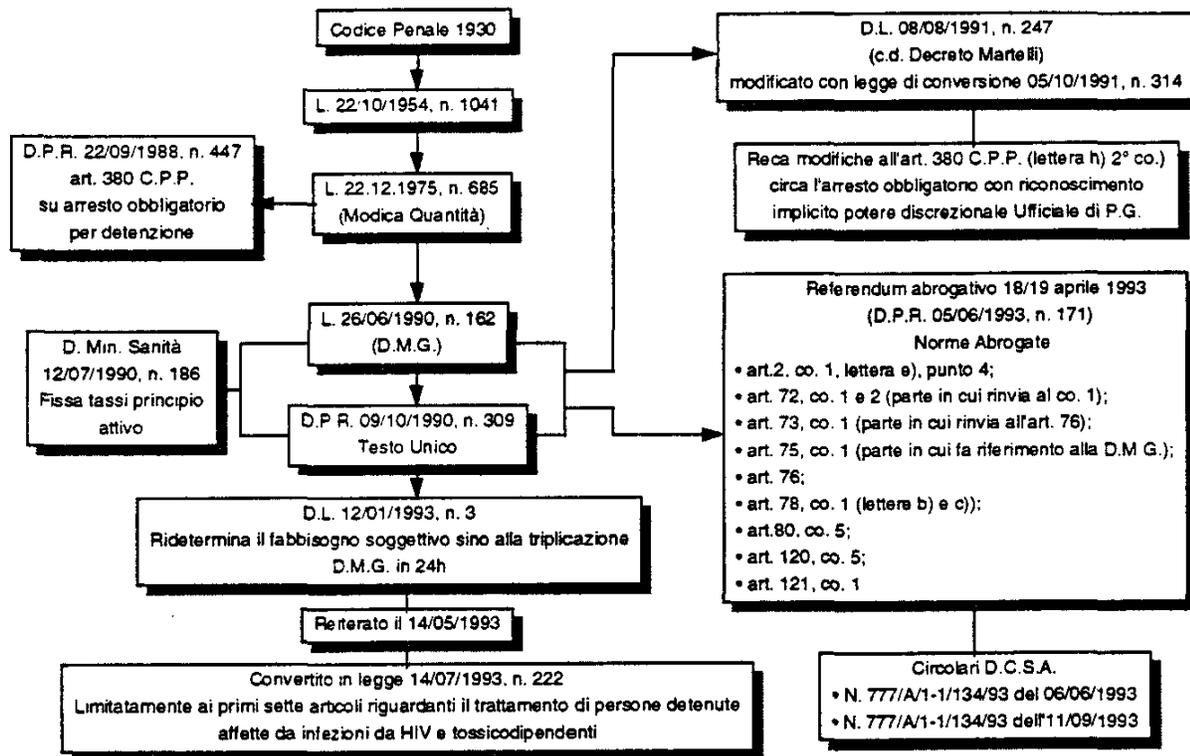


Fig. 31

COOPERAZIONE INTERNAZIONALE

LA COLLABORAZIONE INTERNAZIONALE.

Dopo una fase prodromica caratterizzata da una proliferazione di iniziative, sia bilaterali che multilaterali, che ha visto intensamente impegnata l'Italia, si può ritenere ormai costituito, sebbene con caratteri non ancora del tutto definiti, un *tessuto connettivo* di relazioni internazionali sempre più concrete ed articolate ai diversi livelli.

Al fine di rendere viepiù efficace la lotta al traffico di stupefacenti, infatti, in questi ultimi anni l'attenzione dell'Italia è stata massimamente rivolta verso due obiettivi precisi:

- a. **armonizzare** le legislazioni nazionali per dotare tutti gli Stati di strumenti di contrasto omogenei;
- b. **stabilire** un sistema operativo di collaborazione tra le polizie dei diversi Paesi per facilitare lo scambio di informazioni nell'ambito di indagini specifiche.

In ordine al primo obiettivo, la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga ha preso parte attiva ai lavori di organismi internazionali quali: il Programma delle Nazioni Unite per il controllo delle droghe (UNDCP), il Comitato europeo per la lotta alla droga (CELAD), il Gruppo di DUBLINO, i Gruppi TREVI, il Gruppo SCHENGEN ed il Gruppo POMPIDOU.

CONVENZIONI E GRUPPI DI LAVORO.

a. **NAZIONI UNITE.** Nella primavera del 1991 è stato istituito il Programma delle Nazioni Unite per il Controllo della Droga - UNDCP, nel cui ambito si è proceduto ad una generale riorganizzazione e razionalizzazione dell'attività antidroga delle Nazioni Unite, sotto l'autorità di un unico Direttore responsabile nei confronti del Segretariato Generale.

In particolare, il "programma" è stato designato a:

- **divenire** il centro mondiale di esperienze, conoscenze ed informazioni sul consumo illecito di stupefacenti;

- svolgere un ruolo fondamentale nel prevedere l'evoluzione dei fenomeni relativi ai traffici di droga, allo scopo di adottare le contromisure;
- fornire assistenza tecnica ai governi nei differenti campi del controllo dei *narco-flussi*.

Per quanto attiene ad alcuni dei risultati conseguiti:

(1) sul **piano giuridico**, oltre a diverse risoluzioni riguardanti le varie tematiche del *fenomeno droga*, sotto l'egida dell'O.N.U. sono state adottate **tre distinte Convenzioni**:

- *la Convenzione Unica sugli Stupefacenti del 1961, emendata nel 1972;*
- *la Convenzione sulle sostanze psicotrope del 1971;*
- *la Convenzione contro il traffico illecito di droga del 1988.*

Gli articoli più rilevanti di quest'ultima **Convenzione** prevedono la cooperazione tra i Paesi aderenti per un maggior controllo del traffico di stupefacenti e per l'adozione di efficaci misure di repressione, come la confisca dei proventi illeciti, gli scambi di informazione, il monitoraggio dei precursori e delle sostanze chimiche essenziali alla fabbricazione delle droghe;

(2) sul **piano tecnico**, sono stati avviati e portati avanti distinti programmi di assistenza, di conversione di colture, corsi di formazione, nonché conferenze e seminari con operatori del settore e con le autorità governative competenti delle diverse aree geografiche interessate al fenomeno.

Per le attività più propriamente di polizia, la **D.C.S.A.** partecipa in maniera attiva a tutti i programmi di formazione del personale operativo ed in particolare nei confronti di coloro cui è devoluto il delicato compito del controllo alle frontiere ed all'interno dei paesi.

La **D.C.S.A.**, quale servizio nazionale antidroga, ha partecipato, per ultimo, alla *Conferenza dei Capi dei Servizi Antidroga* tenutasi recentemente presso la sede delle **Nazioni Unite** in Vienna.

b. Il CELAD. Ha avuto, nell'ambito dei **Dodici**, una funzione di sintesi e di orientamento dei lavori svolti nelle istanze comunitarie specializzate, tanto nei settori di competenza degli Stati che in quelli più propriamente comunitari.

Tra i risultati conseguiti dal **Comitato** si annoverano l'adozione del **Piano Europeo** per la lotta alla droga, l'istituzione dell'Osservatorio europeo sulla droga e le **2 settimane europee di prevenzione**.

L'Osservatorio europeo sulla droga persegue le finalità di fornire informazioni obiettive affidabili e comparabili a livello europeo sul fenomeno delle droghe e delle tossicodipendenze e di offrire alla Comunità ed agli Stati membri una prospettiva internazionale che favorisca l'efficacia ed il coordinamento delle misure e delle azioni che vengono adottate a livello nazionale, sia sul piano interno che bilaterale e multilaterale.

Le sue funzioni consistono nella *raccolta, analisi e diffusione dei dati esistenti, nel miglioramento delle metodologie di confronto dei dati e nella cooperazione con enti ed organizzazioni europei ed internazionali, nonché con Paesi Terzi.*

L'Osservatorio, come prevede il Regolamento istitutivo, per l'esercizio delle sue funzioni, dovrà disporre di una *rete informatizzata*, che costituirà l'infrastruttura della raccolta e dello scambio di informazioni e di documentazione denominata "*rete di informazione sulle droghe e le tossicodipendenze*" (REITOX).

Tale *rete* si poggerà su un sistema informatico proprio, che collegherà tra loro le reti nazionali di informazione sulle droghe centri specializzati esistenti negli Stati membri ed i sistemi di informazione delle organizzazioni ed organismi internazionali ed europei che collaborano con l'Osservatorio stesso.

c. Il GRUPPO di DUBLINO è composto, oltre che dai Dodici, dagli Stati Uniti, dal Canada, dalla Svezia, dal Giappone e dell'Australia.

Agisce su due livelli:

(1) tecnico, con riunioni - di solito *semestrali* - riconducibili ad aree geografiche predefinite, al fine di un esame congiunto delle situazioni nazionali dei paesi maggiormente *a rischio* e della valutazione dei programmi concreti di assistenza tra gli Stati membri;

(2) politico, con riunioni *annuali* che, partendo dalle acquisizioni del *livello tecnico*, consentono di procedere alla valutazione delle *politiche di settore*.

A *livello tecnico*, il Gruppo - come dianzi è cenno - si riunisce nelle **cc.dd. formazioni regionali** per una ricognizione dei problemi tipici di ciascuna delle seguenti aree:

- Sud-Ovest asiatico;
- Sud-Est asiatico e Pacifico; Vicino Oriente e Balcani;
- Europa Orientale;
- Africa;
- Caraibi;

- **America Latina.**

Relativamente agli aspetti di **polizia**, la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, nell'ambito del Dipartimento della Pubblica Sicurezza e per conto del Ministero dell'Interno, ritenendo positive le attività del **Gruppo**, opera costantemente al fine di incentivare ed allo stesso tempo razionalizzare le iniziative che in tale contesto si prospettano e si assumono.

Si tratta di attività che afferiscono a tre *differenti livelli*:

- il **politico-decisionale**;
- quello **tecnico-regionale**;
- l' **operativo-periferico**.

Per quanto attiene quest'ultimo, va sottolineato che la **D.C.S.A.** è presente in molti Stati con i suoi *Esperti ed Ufficiali di collegamento*, i quali, oltre ad espletare le funzioni strettamente pertinenti all'Ufficio, costituiscono un valido ausilio anche per le attività del **Gruppo di DUBLINO**.

Essi, infatti, avendo conoscenza diretta delle problematiche relative ai singoli territori, dispongono di un *quadro di situazione* più preciso delle diverse esigenze, mantengono costanti rapporti con le autorità locali e svolgono un *ruolo attivo* nell'attuazione dei programmi deliberati, partecipando anche alle riunioni del **Gruppo**, garantendo così sia il coordinamento periferico che quello con le sedi centrali.

A livello **tecnico-regionale** vengono seguite, in particolare, le attività del **Gruppo Europa Orientale** e del **Gruppo Vicino Oriente e Balcani**.

Tra le varie iniziative intraprese dal **primo Gruppo**, l'Italia ha accolto molto favorevolmente quanto deciso alla riunione, tenutasi a Bonn il 24 settembre 1992, nel corso della quale si sono definite le basi per offrire agli Stati dell'Europa Centrale ed Orientale un'azione di sostegno ben coordinata tra i Paesi membri, atteso che il bisogno attuale delle nazioni comprese in detta area geografica supera le capacità contributive di un solo Paese fornitore.

A tale scopo, è stato affidato all'**UNDCP** il compito di coordinare le attività che si svolgono sul piano bilaterale, al fine di ottimizzare i contributi e le risorse disponibili mediante un'opportuna e razionale programmazione.

E' altresì in corso l'istituzione di una *task-force* per l'analisi dei problemi legati alle indicate zone geografiche e per la gestione delle iniziative coordinate.

d. **IL GRUPPO TREVI.** Creato nel 1976, all'inizio si è occupato solo di terrorismo e dei problemi relativi all'addestramento ed all'equipaggiamento delle Forze di polizia specializzate in tale settore operativo. In occasione della riunione di Roma del giugno 1985, i Ministri dell'Interno affermarono la necessità di una maggiore cooperazione anche contro la criminalità organizzata internazionale e crearono così il "**Gruppo TREVI 3**", a vocazione essenzialmente operativa: il **Gruppo** - che opera sotto il coordinamento della presidenza di turno comunitaria - è composto da funzionari di polizia di livello elevato.

Dopo aver esaminato alcune tematiche concernenti il crimine organizzato in genere, si è da ultimo dedicato ad alcuni aspetti concreti della *lotta al traffico di stupefacenti*, come:

(1) il coordinamento e la valorizzazione della *rete di Ufficiali di collegamento antidroga*, distaccati dai **12 Paesi** nelle aree "**calde**" di produzione e transito;

(2) l'*attuazione*, da parte dei Servizi centrali nazionali, di progetti comuni di *intelligence*, con relativo scambio di informazioni;

(3) l'*attuazione* di speciali metodi investigativi, quali *l'infiltrazione nelle organizzazioni criminali, l'acquisto simulato di droga e le consegne controllate*.

Infine, è stata decisa la costituzione di un **quarto "Gruppo TREVI"**, denominato "**TREVI 92**", per l'esame dei problemi pratici che l'abolizione delle frontiere infracomunitarie pone alle Forze di polizia e di sicurezza anche con riferimento al traffico di droga.

e. **ACCORDO DI SCHENGEN.** Un importante fattore di coesione della politica antidroga seguita da alcuni Paesi europei è ravvisabile nell' "**Accordo di SCHENGEN**", firmato il 14 giugno 1985 e sviluppato da una **Convenzione di applicazione**, sottoscritta il 19 giugno 1990.

Si tratta di un **Accordo**, inizialmente a cinque - **Francia, Germania, Belgio, Olanda e Lussemburgo** - e successivamente esteso ad altri Paesi - **Italia, Spagna, Portogallo e Grecia** -, in base al quale, già da alcuni anni, sono state apportate sostanziali modifiche al regime di controllo attuato alle frontiere comuni fra le Parti aderenti.

Avendo programmato per il 1990 l'anticipazione delle misure previste dalla **Comunità** per l'attuazione del Mercato Unico del '92, è stata avviata, per tempo, una intensa attività di consultazione tecnica, con numerosi *gruppi di lavoro* sui vari temi della citata **Convenzione**, *complementare all'Accordo*, volta a:

- assicurare la libera circolazione di persone e merci, attraverso l'unificazione dei criteri di azione in campo doganale e sanitario;
- omogeneizzare il regime dei visti d'ingresso e le norme sul soggiorno degli stranieri;
- dettare una comune politica sulle armi e sugli stupefacenti;
- operare per la standardizzazione di criteri di controllo alle frontiere esterne.

Sono, al proposito, di particolare rilievo il **Gruppo I - "Polizia e Sicurezza"** ed il **Gruppo di concertazione "Stupefacenti: Polizia-Dogana"**, quest'ultimo incaricato anche di verificare periodicamente la validità e l'efficacia delle misure alternative, introdotte in sostituzione dei controlli di frontiera, e di formulare le conseguenti proposte ai Ministri.

f. CONSIGLIO D'EUROPA. Un ruolo assai importante viene svolto nella lotta alla droga, intesa in senso lato, dal **Gruppo di Cooperazione Europea** in materia di *lotta contro l'abuso ed il traffico illecito di stupefacenti*, denominato "**Gruppo POMPIDOU**".

Nato nel 1971, ha lo scopo di consentire ai Paesi dell'**Europa Occidentale** uno scambio di informazioni e di esperienze e di concertare la loro azione al fine di contrastare il progredire della *tossicomania*.

Fino al 1979 ha avuto una veste giuridica informale, autonoma, non riconosciuta ufficialmente e senza un segretariato permanente, tanto che il funzionamento era assicurato dal Paese che aveva la presidenza *pro-tempore*. Nel corso delle prime riunioni, il **Gruppo** ha assunto diverse iniziative di studio.

Con l'avvento degli anni '80, si è andata via via accentuando l'esigenza di rafforzare gli strumenti di lotta a disposizione dei Governi europei, sicché il **Gruppo** ha poi deciso di unirsi al **Consiglio d'Europa**, in virtù di un *accordo parziale*, per il quale l'**Organismo** stesso utilizza le strutture del **Consiglio**, mentre gli Stati membri sono liberi di aderirvi o meno.

Agli iniziali **7 Paesi**, nel tempo se ne sono aggiunti altri, sino al numero attuale di **25**.

Dal 1986 la *Commissione delle Comunità Europee* partecipa ai lavori del **Gruppo** come *osservatore*.

Il campo di azione del "**POMPIDOU**" è assolutamente **multi-disciplinare**, nell'ottica del migliore approccio alla conoscenza del fenomeno. Non è, quindi, un *organo esecutivo*, ma piuttosto un *libero foro di discussione*. Senza interferire nei settori più propriamente operativi, esso serve come *intermediario* per assicurare lo scambio e la *messa a punto* di idee fra i

Governi dell'Europa Occidentale, che, per comunanza di cultura e per contiguità geografica, si confrontano con problemi analoghi.

Molto interessanti si presentano le prospettive del Gruppo POMPIDOU in relazione alla nuova situazione politica dell'Est europeo. Con l'adesione al Consiglio d'Europa e con i contatti in corso con i Paesi dell'Est, è verosimile ritenere che esso si porrà ulteriormente, nei prossimi anni, come *centro propulsore* dello scambio di esperienze maturate nei diversi Paesi, ai fini di una omologazione delle soluzioni, che vanno ormai necessariamente viste in termini continentali.

A tal proposito, la Conferenza paneuropea sulla droga, svoltasi il 9/10 maggio 1991 a Oslo, sotto gli auspici proprio del Gruppo POMPIDOU, ha consentito di fare il punto, in maniera analitica, sul problema droga in Europa, individuando aree di possibili cooperazioni con i Paesi dell'Europa dell'Est, specie sotto il profilo della lotta al traffico illecito, che registra in quei Paesi incrementi preoccupanti.

Nell'ambito del Consiglio d'Europa la D.C.S.A. continua a partecipare ai lavori della *Convenzione per il contrasto del traffico illecito in alto mare*.

g. Sotto l'egida dell'ONU, poi, i Capi degli Uffici Antidroga dei Paesi appartenenti ad una stessa area geografica (Vicino e Medio Oriente, Africa, Asia e Pacifico, America Latina e Caraibi, Europa) si incontrano - di massima annualmente - per consultazioni e scambi di informazioni di carattere tecnico ed operativo. Ogni due anni, poi, gli stessi capi partecipano alla riunione HONLEA (HEAD OF NATIONAL LAW ENFORCEMENT AGENCY) di livello mondiale.

h. Per quanto concerne l'Europa, è l'O.I.P.C.-INTERPOL che, già da molti anni, cura l'organizzazione di periodici *Incontri Europei dei Capi dei Servizi Antidroga Nazionali*, sotto un profilo squisitamente tecnico.

L'O.I.P.C.-INTERPOL (Organizzazione Internazionale di Polizia Criminale) è, infatti, una delle forme più significative della collaborazione internazionale di polizia.

Sorta nel 1923, dopo alterne vicende, ha avuto il suo definitivo rilancio, secondo gli attuali moduli, nel 1956.

Vi aderiscono attualmente **173 Paesi**, collegati tra di loro attraverso gli Uffici Centrali Nazionali, i quali fanno capo al Segretariato Generale, con sede a **Lione**, ove è stato attivato uno dei più moderni sistemi di elaborazione elettronica delle informazioni.

Secondo quanto stabilito dall'articolo 2 dell'*Atto Istitutivo*, gli scopi dell'**INTERPOL** sono:

- *assicurare e promuovere* la più ampia assistenza reciproca tra tutte le Autorità di polizia nel rispetto delle legislazioni nazionali dei singoli Stati membri e nello spirito della *Dichiarazione dei Diritti dell'Uomo*;

- *creare e sviluppare* tutte le istituzioni che possano contribuire alla prevenzione e repressione dei reati comuni.

Le sue attività, espletate su richiesta dei Dipartimenti di Polizia e delle Autorità Giudiziarie degli Stati membri, sono tutte incentrate sulla *prevenzione e repressione del crimine*.

I compiti dell'**O.I.P.C.-INTERPOL** sono:

- **organizzare** schedari di polizia con archivi, indici e schedari dei nominativi, cartellini fotodattiloscopici di criminali internazionali, analisi delle indagini e sommari;

- **fornire** avvisi internazionali concernenti persone pregiudicate o ricercate a livello internazionale su richiesta delle autorità nazionali;

- **assicurare** i contatti internazionali e **garantire** il coordinamento delle indagini;

- **organizzare** riunioni, simposi e conferenze su indagini in corso, metodi e tecniche di polizia, specifici tipi di reati e cooperazione internazionale di polizia;

- **produrre** documentazione speciale, **promuovere** corsi di addestramento per specializzati ed **assicurare** la cooperazione tecnica.

Per quanto attiene più strettamente all'*attività antidroga*, spetta alla Sottodivisione Stupefacenti dell'**INTERPOL** promuovere la cooperazione tra i servizi antidroga nazionali e stimolare lo scambio delle relative informazioni tra tutti gli organi nazionali ed internazionali, il cui compito è la lotta *alla produzione, al traffico ed all'uso illecito di stupefacenti e sostanze psicotrope*.

I suoi obiettivi sono la raccolta e l'analisi in loco delle informazioni, anche riservate, relative al traffico illecito di stupefacenti e sostanze psicotrope, l'identificazione delle organizzazioni criminali implicate e la loro conseguente attività di riciclaggio del denaro in relazione a due o più Stati membri.

L'Italia partecipa all'attività dell'INTERPOL, oltre che con una consistente contribuzione economica, attraverso notevoli apporti informativi ed il distacco di alcuni funzionari.

i. Un'istanza analoga all'INTERPOL è il **Consiglio di Cooperazione Doganale**, che riunisce attualmente le Dogane di **126 Paesi**. Ha principalmente una funzione di studio e di scambio di esperienze, senza un'immediata traduzione in atti, a differenza dell'INTERPOL. Le Dogane vengono spesso, anche se non istituzionalmente, a conoscenza dei traffici di droga, ed il loro ausilio è quindi preziosissimo. Nell'ambito del **C.C.D.**, uno speciale "Comitato di lotta contro la frode" mette a punto le tecniche doganali di contrasto al contrabbando ed ai traffici di droga, in relazione ai *modus operandi* accertati.

Il collegamento tra **C.C.D.** ed **INTERPOL** è assicurato dalla partecipazione di funzionari dell'INTERPOL stessa alle riunioni del **C.C.D.**.

3. ASPETTI NORMATIVI DELLE COMPETENZE DELL'UNIONE EUROPEA IN MATERIA DI STUPEFACENTI.

a. Nel giugno 1991 il **Consiglio Europeo** decise di creare un **Ufficio Europeo di intelligence in materia criminale**. Sei mesi più tardi, la decisione fu modificata nel senso di creare un **Ufficio Europeo di Polizia (EUROPOL)**, con la funzione iniziale di favorire lo scambio, tra i **Dodici Stati membri della Comunità Europea**, delle informazioni sui delitti legati alla droga. Data l'urgenza dei problemi posti dal traffico illecito di stupefacenti e da altre gravi forme di criminalità organizzata internazionale, nel settembre del 1992 i Ministri dell'Interno e della Giustizia dei **Dodici** (cc.dd. Ministri **TREVI**) auspicarono che nel gennaio 1993 la prima fase dell'attività di **EUROPOL** - e cioè l'**Unità Antidroga (EDU)** - potesse avere inizio.

Proseguiva, nel frattempo, l'*iter* delle ratifiche del **Trattato sull'Unione Europea (c.d. Trattato di Maastricht, 7 febbraio 1992)**, entrato poi in vigore il **1° novembre 1993**.

Tale **Trattato** presenta notevoli implicazioni nelle materie relative alla cooperazione giudiziaria e di polizia, prevedendosi, in particolare, un nuovo assetto strutturale dei *canali di sviluppo*, che dalla cooperazione informale del **Gruppo TREVI** vengono ad essere istituzionalizzati nel nuovo quadro dell'**Unione Europea**.

In dettaglio, la precedente *cooperazione TREVI* è stata riorganizzata su *tre settori* principali:

(1) *immigrazione ed asilo politico*;

(2) *sicurezza ed applicazione delle leggi, cooperazione di polizia e di dogana;*

(3) *cooperazione giudiziaria.*

Il coordinamento dell'attività di tali settori è assicurato da un *Comitato di rappresentanti nazionali* (propriamente definito "*Comitato K.4*"), sotto il quale operano tre "*Gruppi Direttori*", uno per ciascun settore, composti da funzionari di grado elevato, capaci di influire sulle politiche nazionali nelle materie suddette. Per l'Italia, tale funzionario si identifica nel Direttore Generale della Pubblica Sicurezza.

All'interno di ciascun *Gruppo Direttore* operano poi alcune strutture tecniche, con il compito di formulare pareri in ordine a specifici aspetti di volta in volta considerati.

Per quanto concerne il "*Gruppo Direttore 2*", competente sulla cooperazione di polizia e di dogana, il Consiglio Europeo ha individuato la seguente articolazione:

- *Gruppo permanente sul terrorismo;*
- *Gruppo tecnico ed operativo in materia di polizia;*
- *Gruppo droga e criminalità organizzata;*
- *Gruppo ad hoc EUROPOL;*
- *Gruppo dogane.*

L'Unità Antidroga EUROPOL (EDU) dovrà operare per lo scambio e l'analisi di *intelligence* in relazione al traffico illecito di droga ed alle organizzazioni criminali, implicate in attività di riciclaggio di denaro, che coinvolgono due o più Stati Membri.

L'obiettivo dell'Unità sarà quello di favorire un'azione efficace da parte delle agenzie di polizia ed altre all'interno di uno Stato Membro e tra gli Stati Membri, contro le attività criminali summenzionate.

A tal proposito, i componenti l'UNITÀ, ciascuno agendo in conformità con le disposizioni delle leggi nazionali ed attenendosi alle direttive ricevute *dai* o *per conto* dei rispettivi Ministeri competenti, avranno i seguenti compiti:

- **attuare** uno scambio di informazioni (incluse informazioni personali) tra gli Stati Membri a sostegno di specifiche indagini su reati di droga;
- **preparare** rapporti generali sulla *situazione droga* ed analisi sulla criminalità sulla base delle informazioni *non personali* messe a disposizione dagli Stati Membri e da altre fonti.

Le attività dell'UNITÀ non pregiudicheranno altre forme di cooperazione bilaterale e multilaterale in relazione alla lotta contro il traffico di droga ed altre attività connesse, tantomeno le competenze della Comunità Europea.

b. Alla progressiva attivazione delle strutture **EUROPOL** deve corrispondere la parallela configurazione, in ogni Stato Membro, di appositi Servizi Nazionali di *Intelligence* Criminale (*National Criminal Intelligence Service* - **N.C.I.S.**), che assicurino lo svolgimento, in forma coordinata, del complesso delle attività svolte da ciascun Paese nel contesto della cooperazione comunitaria ed internazionale.

La gradualità dell'intero processo, che porterà alla costituzione di **EUROPOL**, non si riferisce soltanto all'aspetto giuridico (Accordo Ministeriale, poi Convenzione Internazionale) ed ordinamentale (**E.D.U.**, poi **EUROPOL**), ma anche ai profili organizzativi dei **N.C.I.S.**.

La prima fase di attuazione del progetto **EUROPOL**, costituita dall'Unità Europea Antidroga - **E.D.U.**, non presenta particolari problemi, in quanto in ognuno dei Paesi Membri esistono già, seppure con connotazione differenziate, servizi centrali antidroga (in Italia, la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga).

Per la fase successiva (**EUROPOL**), invece, è attualmente in corso, nei vari Paesi, la definizione delle soluzioni ordinamentali ed organizzative, che dovranno consentire la necessaria unitarietà di gestione dei collegamenti informativi sia verso l'esterno (**EUROPOL** e gli altri **N.C.I.S.**), sia verso l'interno, nei confronti dei diversi Servizi nazionali di polizia.

La fase di avvio di **EUROPOL** - **E.D.U.** è iniziata il 1° gennaio 1994.

L'Unità ha un gruppo gestionale composto da un "Coordinatore *ad interim*" e da un "Vice Coordinatore *ad interim*".

La fase provvisoria è partita il 1° aprile 1994 con un gruppo gestionale allargato, e pertanto **EUROPOL** - **E.D.U.** è in atto gestita da un "Coordinatore" e da due "Vice Coordinatori".

Nella Divisione *Intelligence*, diretta da uno dei due Vice Coordinatori nella fase provvisoria ed, in atto, dall'unico "Vice Coordinatore *ad interim*", sono inseriti gli Ufficiali di collegamento (da 12 a 60) e 4 analisti.

L'attività dell'**E.L.O.** (funzionario della **D.C.S.A.** distaccato presso **EUROPOL** - **E.D.U.**) può essere così sintetizzata:

- (1) **invio delle richieste** formulate dal **N.C.I.S.** del proprio Paese (su persone, organizzazioni, cose, *modus operandi* o altre informazioni) agli **ELOS** degli altri Stati Membri;
- (2) **valutazione delle informazioni** ricevute dagli altri **ELOS** e trasmissione delle stesse alle competenti autorità del proprio Paese attraverso il **N.C.I.S.**;
- (3) **raccolta, selezione e valutazione delle informazioni** ricevute in risposta alle richieste degli **ELOS** degli altri Stati Membri;

- (4) **identificazione dei collegamenti** tra operazioni diverse per stimolare la cooperazione;
- (5) **costante cognizione** degli sviluppi delle più importanti indagini;
- (6) **conoscenza delle tendenze del fenomeno droga** nel proprio Paese.

c. Constatata la pericolosità per l'intero Continente europeo della cosiddetta *rotta balcanica* della droga, il Ministero dell'Interno italiano, nel 1990, si fece promotore, in seno al "*Club dei Cinque*" (che vede riuniti i Ministri dell'Interno di **Germania, Francia, Svizzera, Austria e Italia**) di una Conferenza Ministeriale alla quale parteciparono anche i Ministri responsabili della **Turchia, Ungheria, Jugoslavia, Bulgaria e Grecia**.

La riunione ha poi portato alla firma di una *Dichiarazione d'Intenti*.

La *Dichiarazione*, oltre al contenuto di valore politico, di impegno cioè da parte dei Paesi convenuti a costituire un fronte comune lungo la "*via dei Balcani*", ha avuto il pregio di rappresentare un primo tentativo di creare una struttura operativa comune che possa facilitare le comunicazioni tra dieci Paesi al fine di intercettare - *in tempo reale* - il flusso del traffico illecito.

È questa l'origine storica del progetto italiano conosciuto come "**TELEDRUG**", che prevede l'istituzione di un sistema informativo comune per la telecomunicazione dei dati con l'installazione di una banca centrale a Roma e di terminali presso gli Uffici nazionali dei Paesi partecipanti.

La messa a punto di questo sistema unico dovrebbe produrre *intelligence* che risulti utile per individuare persone sospettate e carichi illeciti di stupefacenti.

Il programma di tale iniziativa prevede altresì misure concrete da adottarsi riguardo a *quattro temi principali*:

- (1) *raccolta, elaborazione e diffusione delle informazioni*;
- (2) *collaborazione nel settore delle informazioni*;
- (3) *addestramento*;
- (4) *misure tecniche, sostegno finanziario e materiale*.

Tra le *informazioni pertinenti* si citano:

- identità completa dei trafficanti di droga e struttura delle loro organizzazioni;
- i dettagli riguardanti la droga sequestrata;
- le informazioni concernenti i mezzi di trasporto ed i documenti di viaggio;
- notizie sulla rotta;

- *modus operandi*;
- metodi di occultamento;
- dati sui laboratori clandestini;
- gli aspetti finanziari ed il riciclaggio del denaro.

L'Italia ha già stipulato con la Turchia un *Accordo* che ha per oggetto "lo scambio di informazioni computerizzate attinenti al traffico illecito di sostanze stupefacenti e psicotrope lungo la rotta balcanica". Essò si presenta come *accordo pilota* di cooperazione aperto a tutti i Paesi interessati al traffico di **eroina** proveniente dal Medio Oriente.

Tale accordo prevede, appunto, la costituzione di una *banca dati comune*, che vuole essere un sistema efficace e tempestivo per l'*acquisizione*, l'*elaborazione* e lo *scambio* delle informazioni, finalizzato allo sviluppo di accertamenti più penetranti in direzione dei vertici delle organizzazioni che promuovono il traffico.

In questo contesto, il 28 - 29 maggio 1993, ha avuto luogo a Roma la Conferenza sulle "Rotte europee della droga", cui hanno partecipato i Ministri dell'Interno o equipollenti di **40 Paesi**.

L'incontro ha avuto per scopo l'aggiornamento congiunto della situazione del traffico illecito di sostanze stupefacenti e psicotrope nel Continente europeo.

In occasione della Conferenza, l'Italia ha presentato un progetto di collaborazione dei Servizi Nazionali Antidroga, che riprende l'*accordo italo-turco* già citato, per consentire lo scambio immediato di notizie operative su inchieste avviate ed in corso.

Sinora hanno aderito all'iniziativa italiana diversi Stati, tra cui Russia, Croazia, Malta, Slovenia, Kazakistan, Ucraina, Bielorussia, Repubblica Ceca, Romania, Grecia, Cipro e Regno Unito.

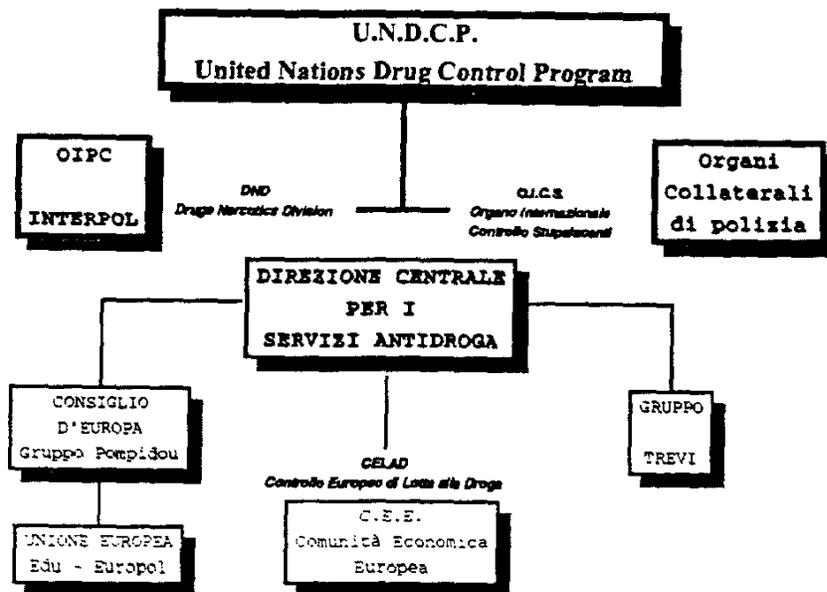
d. Nel quadro dei rapporti multilaterali e bilaterali la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga:

(1) partecipa a conferenze e seminari a carattere specifico come nel caso del *Seminario* tenutosi a Rabat tra Spagna, Francia, Italia, Marocco e Tunisia allo scopo di costituire una rete di fattiva collaborazione per l'azione di contrasto al traffico di **hashish** di produzione nord-africana;

(2) indice o viene invitata, con ruolo privilegiato, a numerose sessioni tecnico-operative ed info-investigative per la pianificazione delle più importanti operazioni antidroga aventi carattere internazionale e transnazionale.

(3) ha tenuto corsi di specializzazione antidroga in Albania ed in Estonia a favore di quelle forze di polizia.

e. Il quadro della collaborazione internazionale è riassunto nella grafica sottostante.



Direzione Generale per i Servizi Civili

DIREZIONE GENERALE DEI SERVIZI CIVILI

Contributi finanziari ex artt. 131, 132 e 134 del D.P.R. 9 ottobre 1990, nr. 309

Com'è noto, a seguito del decreto-legge n. 3/1993 più volte reiterato, le risorse finanziarie già amministrare dal Ministero dell'Interno per sostenere i progetti di cui agli artt. 131 - 132 e 134 del D.P.R. n. 309/1990, sono confluite, fin dal gennaio 1993, direttamente nello stato di previsione della spesa riguardante il Dipartimento Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

In conseguenza del mutato quadro normativo, è stato soppresso il cap. 4.283 relativo ad interventi a favore di soggetti pubblici e di enti, associazioni e cooperative operanti in attività di recupero e reinserimento sociale di tossicodipendenti nonché in quello del reinserimento lavorativo di soggetti tossicodipendenti.

L'obiettivo perseguito durante il 1994 è stato quello di assicurare, nel passaggio delle competenze in materia, la gestione residuale per la sollecita conclusione dei progetti ancora in itinere o in via di definizione, nel rispetto delle procedure, previe intese con il suddetto Dipartimento, tenendo anche presenti le possibilità di proroga normativamente prevista (art. 2, comma 5, del D.L. n. 633/1994). Intensa è stata anche l'attività di indirizzo e consulenza a tal fine svolta tramite le Prefetture.

Altre attività

La Direzione Generale ha anche fornito la sua collaborazione in occasione del Convegno Europeo sulle tossicodipendenze, svoltosi ad Aachen il 13 e 14 ottobre 1994, nel quadro della seconda settimana europea di prevenzione delle tossicodipendenze, che in Italia si è svolta dal 15 al 22 ottobre 1994.

La Direzione Generale ha inoltre partecipato alla Commissione istruttoria di cui all'art. 127, comma 6, del Testo Unico per l'esame dei progetti da ammettere a finanziamento, relativi ad enti privati e comunità terapeutiche.

***Strategie, obiettivi e indirizzi in materia di
tossicodipendenza***

L'"Osservatorio" nel corso del 1994 ha predisposto un nuovo piano informativo per adempiere con maggior completezza al proprio compito istituzionale.

In particolare, le modifiche apportate riguardano il versante delle strutture socio-riabilitative, per le quali si è adottato un nuovo criterio di classificazione, sulla base delle indicazioni fornite dall'Atto di intesa tra Stato-Regioni.

Sono state anche riviste le scadenze di alcune rilevazioni, nell'intento di razionalizzare il carico di lavoro, soprattutto degli operatori sanitari, coordinandole con quelle effettuate dal Ministero della Sanità.

Il livello di copertura delle rilevazioni - svolte dall'Osservatorio dal Giugno 1984 - è sempre stato alto e, anche per i dati relativi all'anno 1994, si è attestato sul 95% circa.

Il fenomeno è seguito dall'Osservatorio attraverso le Prefetture, le quali in questi ultimi anni hanno sempre più assunto un ruolo di promozione delle iniziative, attivate nel settore della droga dai soggetti pubblici e privati.

Nello stesso tempo, le Prefetture rappresentano un punto di riferimento per il coordinamento - a livello provinciale - delle varie istituzioni competenti in materia.

Relativamente agli adempimenti connessi all'applicazione dell'art. 75 del T.U. 309/90, nel corso del 1994 l'Osservatorio ha proseguito attivamente l'esame delle principali problematiche, sia interpretative che operative.

Le esigenze e le richieste, poste dalle Prefetture, sono emerse sia dai quesiti ufficiali che sono continuati a pervenire agli uffici centrali, che dagli incontri tenutisi presso alcune sedi periferiche.

Per concordare un indirizzo univoco, e il più possibile risolutivo delle problematiche sollevate, è stato creato un gruppo di lavoro interdirezionale, che ha allo studio la razionalizzazione delle procedure.

Dai contatti con le sedi periferiche è emersa, ai fini della migliore applicazione dell'art. 75 soprattutto sul piano operativo, la necessità di una quanto più armonica interazione tra i vari "organismi" interessati per la definizione del procedimento stesso (Autorità Giudiziaria, Prefetto, Polizia Giudiziaria, Servizi sanitari pubblici, laboratori di analisi); ognuno di essi infatti ha propri tempi, modalità procedurali ed operative che devono essere armonizzati con quelli degli altri per la tempestività e, quindi, l'efficacia stessa del procedimento.

Al fine di un miglior coordinamento è necessario conseguire il massimo dialogo e la più proficua collaborazione anche attraverso l'opera del Comitato Provinciale per l'Ordine e la Sicurezza Pubblica, istituito presso ogni Prefettura.

Altro aspetto, emerso nei contatti avuti, è quello relativo alla necessità che il funzionario, delegato dal Prefetto, segua personalmente il colloquio e che, nello stesso tempo, vengano valorizzate appieno le competenze professionali dell'assistente sociale, figura specifica prevista dallo stesso T.U.

L'importanza del Nucleo Operativo per le Tossicodipendenze nel suo complesso e della funzione dell'assistente sociale è stata più volte sottolineata da questa Amministrazione e specifica opera di sensibilizzazione è stata effettuata in tal senso nei confronti dei Prefetti. La stessa Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno è stata interessata a questo fine ed ha, infatti, organizzato nel 1994 appositi corsi di aggiornamento professionale per queste figure. E' stata, inoltre, avviata una revisione globale del monitoraggio dei dati relativi all'applicazione dell'art. 75, con la conseguente verifica di tutte le informazioni finora fornite dalle singole Prefetture; tale esame servirà sia a quantificare meglio il fenomeno, che a puntualizzare gli aspetti più critici del procedimento.

Gli attuali flussi informativi sull'andamento della tossicodipendenza, che giungono periodicamente all'Osservatorio dalle Amministrazioni competenti nel settore (art. 1, T.U. 309/90), presentano ancora oggi incongruenze, carenze e sovrapposizioni - spesso causa di aggravio di lavoro per gli operatori periferici e di spreco di risorse tecnologiche - che non consentono di delineare un preciso e completo quadro conoscitivo del fenomeno, coordinato in tutte le sue componenti.

Ciò stante, nell'intento di pervenire ad una razionalizzazione ed implementazione dei flussi informativi che alimentano l'Osservatorio, il Ministero dell'Interno ha proposto al Dipartimento per gli Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri ed alle Amministrazioni di Grazia e Giustizia, Difesa, Sanità e Pubblica Istruzione, di elaborare e presentare un Progetto comune da finanziarsi con il Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga, ai sensi dell'art. 1, punto 2 del D.L. 19/1995.

La realizzazione del Progetto - se approvato - potrà comportare i seguenti effetti positivi:

- coordinamento ed interconnessione dei sistemi informativi esistenti con conseguente sgravio di lavoro per gli operatori e risparmio di risorse tecniche;

- maggiore rigorosità e scientificità dei dati, con adeguamento ai criteri tecnico-scientifici di rilevazione previsti dal D.L. 322/89, istitutivo del Sistema Statistico Nazionale.
- definizione di chiavi di lettura dei dati che permetteranno di individuare gli aspetti ed i momenti sui quali concentrare l'azione del Governo;
- allargamento della disponibilità ed utilizzo delle informazioni per gli operatori ed i cittadini;
- predisposizione di un sistema informativo nazionale secondo le esigenze dell'Osservatorio Europeo.

L'Osservatorio permanente sul fenomeno droga ha fatto parte nel corso del 1994, tramite un proprio rappresentante, dei seguenti gruppi di lavoro in ambito europeo:

- Gruppo "Consiglieri DROGA" presso il Consiglio Europeo, con il compito di esaminare gli aspetti giuridici e di perfezionare le procedure per consentire l'avvio dell'Osservatorio Europeo sulla droga e della Rete Reitox di informazione sulle droghe e sulle tossicodipendenze.
- Gruppo "Funzione tecnica" nell'ambito del Progetto Reitox dell'Unione Europea con compiti di studio ed organizzazione del Punto focale nazionale della Rete Europea per la raccolta e lo scambio di informazioni e di documentazione nel settore. Tale rete si avvarrà di un sistema informatico proprio che collegherà tra loro le reti nazionali, i centri specializzati ed i sistemi di informazione che coopereranno con l'Osservatorio.
In tale ambito è stato avviato nel 1994 un Progetto finanziato dalla Commissione Europea dell'importo pari a circa 250.000 Ecu per Paese.
Tale Progetto per l'Italia viene svolto in collaborazione tra Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministero della Sanità e Interno (Osservatorio Droga).
- Gruppo di lavoro PESC DROGA (Politica Estera Sicurezza Comune Droga) con il compito di esaminare le linee di una politica di lotta antidroga comune, con particolare riguardo al titolo VI del Trattato sull'Unione Europea (Cooperazione nei settori della Giustizia e degli Affari Interni).

Alle attività di prevenzione della diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope in Italia viene attribuita, da parte del **Dipartimento della Pubblica Sicurezza**, priorità assoluta.

Nel 1994 l'attività di prevenzione è stata svolta dalle **Forze di Polizia** attraverso:

- il coordinamento delle Forze disponibili;

- la massima utilizzazione delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche;
- un'estesa rete di "intelligence", all'interno del Paese ed all'estero, in grado di contrastare il diffondersi di ingenti flussi;
- la formazione del personale di livello iniziale o già immesso in ruoli operativi appartenente a Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri, Guardia di Finanza e alla Amministrazione Doganale.

In tale ambito è stato organizzato, nell'aprile del 1994, il 1° ciclo del corso pilota interforze di formazione sulle tossicodipendenze, rivolto ai quadri intermedi - il cui obiettivo principale è di fornire un concreto supporto agli operatori delle Forze di Polizia che nel corso della quotidiana pratica operativa investigativa e di ordine pubblico si trovano spesso a contatto con le problematiche connesse al consumo di sostanze stupefacenti.

Il personale di Polizia viene preparato a nuove modalità di intervento nei confronti del tossicodipendente, con le quali si dovrà cercare di coniugare il bisogno di sicurezza della società all'espletamento dei compiti di ordine pubblico e di polizia giudiziaria, nel più generale quadro di prevenzione sul territorio, attraverso il contatto con le strutture di assistenza e riabilitazione.

Gli operatori vengono così posti in grado di svolgere, nel corso dell'attività di polizia, una proficua funzione di raccordo, sul piano culturale e sociale e con ricadute positive su tutta la rete dei servizi impegnati nella lotta alla droga, contribuendo, in ultima analisi, a migliorare il rapporto Stato-Cittadino.

Attualmente si sta svolgendo il 2° ciclo di formazione.

La Direzione Centrale per i Servizi Antidroga ha attivato inoltre forme di collaborazione con strutture ed organismi pubblici e privati (comunità, università, etc...) che si occupano del problema della diffusione della tossicodipendenza sotto i vari aspetti.

E' allo studio la fattibilità per lo svolgimento di incontri di "follow-up" con i frequentatori del corso per la verifica ed il monitoraggio dei risultati della loro attività di prevenzione, al fine di affinare e rendere sempre più incisive le metodologie di intervento degli operatori delle Forze dell'Ordine, nonchè per sviluppare le forme di collaborazione e le iniziative più efficaci e concrete.

Gli aspetti preventivi vanno dunque ad integrare, interagendo, quelli più direttamente riconducibili all'azione complessiva di contrasto delle Forze di Polizia e si affiancano, sinergicamente, alle iniziative (campagne informative, Servizio DROGATEL, etc...) predisposte dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli Affari Sociali.

Nel 1994 l'attività svolta dalle Forze di Polizia nel settore della repressione del traffico illecito, lo smercio ed altri reati, si è concretizzato in 21.696 operazioni. Sono stati sequestrati kg. 1.149 di eroina (+ 76,59% rispetto al 1993), kg. 6.633 di cocaina (+ 503% rispetto al 1993), kg. 18.941 di cannabis e 85.926 dosi/pasticche di M.D.M.A. (ecstasy) (+ 106%).

Nel complesso si registra un notevole incremento generale delle quantità sequestrate di sostanze rispetto al 1993.

Le persone oggetto di informativa di P.G., implicate nel traffico o nell'attività di vendita, sono state 36.061, contro le 33.143 del 1993.

La **Direzione Generale dei Servizi Civili** ha assicurato, nel 1994, la gestione residuale dei progetti ancora in corso o in via di definizione, finanziati con il Fondo amministrato, fino al gennaio 1993, dal Ministero dell'Interno.

Essa, inoltre, ha continuato la sperimentazione coordinata dei "progetti adolescenti", finanziati con il Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga, ora gestito dal Dipartimento Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Le finalità perseguite da questi progetti sono le seguenti:

- sostenere progetti locali, già operanti a favore degli adolescenti, in aree territoriali diversificate del Paese, incentivando iniziative mirate di prevenzione delle dipendenze e del disagio;
- favorire la circolazione dei risultati delle sperimentazioni locali e promuovere, in altre zone territoriali, lo sviluppo di analoghe iniziative;
- procedere alla messa a punto di sistemi di verifica dei progetti stessi, delle dinamiche organizzative, della formazione e professionalità degli operatori.

Per potenziare l'attività delle Prefetture in tema di lotta alle tossicodipendenze, è stato proposto alla Presidenza del Consiglio dei Ministri il Progetto integrato di collegamento dei servizi per le tossicodipendenze delle Prefetture al Socialtel della TELECOM nonchè di formazione dei Nuclei Operativi delle stesse Prefetture.

La Commissione per l'esame istruttorio ha espresso parere favorevole all'esecuzione della 2^a parte del Progetto, relativa ai corsi di formazione i cui contenuti sono stati concordati con la Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno, presso la quale si terranno nell'arco del 1995 e 1996.

Ministero di Grazia e Giustizia
Direzione Generale degli Affari Penali

L'indagine conoscitiva, concernente l'applicazione del D.P.R. 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), è stata avviata nel gennaio del 1991 conformemente all'obbligo del Ministero di Grazia e Giustizia di trasmettere, con periodicità semestrale, alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, presso la quale è istituito il Comitato nazionale di coordinamento per l'azione antidroga, i dati relativi al numero e all'esito dei procedimenti penali indicati dalla legge citata al fine di relazionarne al Parlamento (art. 1, 8° comma, lett. g, e 9° comma, DPR n. 309/1990).

Per la trasmissione dei dati necessari al conseguimento di tale obiettivo sono stati interessati, tramite le rispettive Corti d'Appello e Procure Generali, tutti i competenti uffici giudiziari cui sono stati richiesti, in particolare, informazioni relative al numero dei procedimenti penali pendenti per delitti di produzione e traffico di stupefacenti in forma individuale e associata (artt. 73 e 74 D.P.R. 309/90), di agevolazione all'uso di sostanze stupefacenti (art. 79 D.P.R. cit.), di istigazione, proselitismo ed induzione al reato di persona minore (art. 82 D.P.R. cit.).

Prima dell'abrogazione parziale della normativa avvenuta con D.P.R. 5 giugno 1993, n. 171, a seguito di referendum popolare, costituivano ulteriore oggetto di rilevazione anche i procedimenti che, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. cit., erano stati avviati per interruzione del programma terapeutico (o sospesi per l'avvenuta scelta del programma terapeutico), nonché i procedimenti penali che conseguivano, *ex art. 75, 12° comma, D.P.R. cit.*, alla inosservanza delle sanzioni amministrative adottate dal prefetto (sospensione della patente di guida ecc.). Attualmente l'indagine prosegue su questo versante solo al fine di registrare i procedimenti ancora in corso che si riferiscono ad episodi verificatisi prima dell'entrata in vigore del D.P.R. n. 171 del 1993 e che sono destinati ad una rapida definizione processuale per intervenuta depenalizzazione.

Gli uffici giudiziari, secondo le loro specifiche competenze, sono inoltre tenuti all'invio di dati concernenti il numero dei provvedimenti restrittivi attinenti a reati di tossicodipendenza e/o emessi nei confronti di tossicodipendenti (misure cautelari, arresto, fermo), il numero delle espulsioni di persone straniere (*ex art. 86 D.P.R. cit.*), il numero delle sospensioni delle pene detentive disposte dal Tribunale di sorveglianza *ex artt. 90 e 93 D.P.R. cit.*, il numero dei provvedimenti di ritardo o omissione degli atti di cattura, di arresto o di sequestro che, ai sensi dell'art. 98 D.P.R. cit., l'autorità giudiziaria può adottare quando risulti necessario per acquisire

rilevanti elementi probatori, ovvero per l'individuazione o la cattura dei responsabili dei delitti di cui agli artt. 73 e 74 della stessa legge.

Sul tema della libertà personale vanno, peraltro, segnalati alcuni interventi normativi che, con riferimento ai reati contemplati dal D.P.R. n. 309 del 1990, hanno introdotto alcune modifiche alla disciplina vigente in considerazione della specificità di talune fattispecie ivi previste. Si tratta della legge 5 ottobre 1991, n. 314 la quale ha introdotto la possibilità di arresto obbligatorio in flagranza per i delitti concernenti sostanze stupefacenti o psicotrope puniti a norma dell'art. 73 D.P.R. cit. (salvo che i fatti risultino di lieve entità) e del d.l. 13 maggio 1991 n. 152, convertito nella L. 12 luglio 1991, n. 203 (provvedimenti urgenti in tema di lotta alla criminalità organizzata). Quest'ultimo provvedimento (a sua volta modificato dal d.l. 9 settembre 1991 n. 292), intervenendo sul regime della custodia cautelare, ha inserito i delitti di cui agli artt. 73, limitatamente alle ipotesi aggravate ai sensi dell'art. 80, 2° comma, e 74 D.P.R. n. 309 del 1990, fra i reati per i quali deve essere disposta, sussistendone i presupposti e sempre che ricorrano esigenze cautelari, la custodia cautelare in carcere.

I prospetti allegati riguardano i dati dei procedimenti pendenti fino al 1° semestre dell'anno passato.

Infatti non è possibile prendere in considerazione i dati riferibili all'intero 1994 perché, mentre nel primo semestre di tale anno gli uffici inadempienti sono in percentuale irrilevante (7%), non altrettanto può dirsi per il periodo successivo, in quanto le informazioni relative al secondo semestre finora pervenute sono pari al 25% del totale e non consentono di proporre valide analisi per dati omogenei.

Dalle tabelle allegate che illustrano i risultati della ricerca è possibile rilevare che al 30 giugno 1994 risultano in complesso pendenti presso le autorità giudiziarie dei vari distretti 45.263 procedimenti penali di cui 42.343 per produzione e traffico di stupefacenti in forma individuale (art. 73), 2.601 per produzione e traffico di stupefacenti in forma associata (art. 74), 215 per interruzione del programma terapeutico o per altre violazioni dell'art. 76 (artt. 75 e 76), 84 per agevolazione all'uso di sostanze stupefacenti (art. 79), 20 per istigazione, proselitismo ed induzione al reato di persona minore (art. 82).

Il grafico n. 5 mostra chiaramente l'andamento curvilineo formato nel tempo dalla pendenza dei reati suddetti ed il rapporto esistente fra la produzione e traffico in forma individuale e tutti gli altri.

L'area settentrionale risulta la più interessata dal fenomeno in oggetto con **23.862** procedimenti pendenti (pari al 52,7 % del totale) la maggior parte dei quali, **22.517** riguardano produzione e traffico di stupefacenti in forma individuale. Questi ultimi investono, in particolare, i distretti di Torino (4.581), Genova (4.157), Bologna (4.124), Milano (3.977), Venezia (2.459). Quelli che invece riguardano la forma associata (**1.168**) vedono Bologna con 380 procedimenti, prima di Genova (305) e Torino (296). In questa area i procedimenti per interruzione del programma terapeutico risultano ormai pendenti quasi solo nel distretto di Genova (87,85%).

Anche in termini assoluti, e come per gli anni immediatamente precedenti (23.778 procedimenti pendenti nel 1991; 24.647 procedimenti pendenti nel 1992; 17.825 procedimenti pendenti nel 1993), l'area del nord d'Italia resta quella con la più alta percentuale di diffusione dei reati oggetto di osservazione.

Rilevante è pure il numero dei procedimenti pendenti nell'area centrale: **10.885** (pari al 24% del totale) di cui 9.950 per produzione e traffico in forma individuale. Si noti che ben 6.278 di essi si riferiscono al distretto di Corte d'Appello di Roma: ciò appare del tutto compatibile con l'andamento generale dei procedimenti che fa registrare picchi di massima concentrazione nelle aree metropolitane di grandi dimensioni; basta, infatti, confrontare tali dati con quelli emergenti in corrispondenza di altri centri assai simili a questo per densità demografica e realtà urbane per avere un immediato riscontro a tale affermazione (Milano, Bologna ed, in misura minore, Napoli).

In termini globali e per quanto concerne i reati di produzione e traffico di stupefacenti in forma individuale, la pendenza più elevata si è registrata in corrispondenza del 31 dicembre del 1992 (43.197 procedimenti rispetto ai 42.343 del 30 giugno 1994). E' invece sensibile il dato di pendenza relativo ai procedimenti per reati di produzione e traffico di stupefacenti in forma associata (2.601) rispetto alla precedente punta massima di 1.792 procedimenti del dicembre 1992. Sebbene con una certa flessione nei periodi intermedi il numero di tali reati tende a riproporre la pendenza precedentemente esposta (grafico 1).

Un'ultima considerazione riguarda il numero dei procedimenti per interruzione del programma terapeutico e per le altre violazioni dell'art. 76: il raffronto fra i dati del 1° e del 2° semestre del 1993 mostra una flessione notevole della pendenza in sé indicativa degli effetti derivanti dall'abrogazione del corrispondente articolo di legge a seguito del D.P.R. n. 171 del

1993. Tendenza che si ripropone anche nel primo semestre del 1994 con **215** procedimenti ancora pendenti (grafico n. 2).

Per quanto riguarda infine i provvedimenti specifici riferiti genericamente al fenomeno della tossicodipendenza il grafico n.3 evidenzia l'aumento di quelli restrittivi ed attinenti a reati previsti nel Testo Unico (11.456 nel I semestre 1994 rispetto alla precedente punta massima del corrispondente periodo 1991) nonché la medesima tendenza per gli analoghi provvedimenti emessi nei confronti di tossicodipendenti (5.641 nell'ultimo periodo preso in considerazione, di contro a quelli emessi nel 1992).

Le espulsioni di stranieri nell'ultimo periodo considerato hanno invertito la linea ascensionale finora mostrata con una evidente flessione dei provvedimenti emessi (grafico n. 4) sia pure con un quantitativo superiore a quello degli anni precedenti al 1993.

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

PERIODO: 01.01.1993 - 30.06.1993

DISTRETTO DI CORTE D'APPELLO	1	2	3	4	5
	NUM. PROC. PER PRODUZIONE E TRAFFICO DI STUPEFACENTI IN FORMA INDIVIDUALE (ART. 73)	NUM. PROC. PER PRODUZIONE E TRAFFICO DI STUPEFACENTI IN FORMA ASSOCIATA (ART. 74)	NUM. PROC. PER AGEVOLAZIONE ALL'USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI (ART. 79)	NUM. PROC. PER ISTIGAZIONE PROSELITISMO ED INDUZIONE AL REATO DI PERSONA MINORE (ART. 82)	NUM. PROC. PER INTERRUZIONE PROGRAMMA TE- RAPEUTICO O PER ALTRE VIOLAZIONI DELL'ART. 76 (ARTT. 75 E 76)
AREA SETTENTRIONALE					
TORINO	3.746	217	2	0	33
MILANO	4.744	80	2	0	635
GENOVA	2.871	101	4	0	101
BRESCIA	1.661	25	0	0	24
TRENTO	709	9	0	0	2
VENEZIA	2.432	38	2	1	28
TRIESTE	801	7	0	0	2
BOLOGNA	2.832	310	0	0	56
TOTALE	19.796	787	10	1	881
AREA CENTRALE					
ANCONA	994	125	20	0	31
FIRENZE	3.309	219	2	7	169
PERUGIA	472	39	1	0	20
ROMA	5.077	247	1	2	11
TOTALE	9.852	630	24	9	231
AREA MERIDIONALE					
L'AQUILA	789	12	1	0	8
CAMPOBASSO	38	2	0	0	0
NAPOLI	3.224	58	3	2	2
SALERNO	421	4	1	0	0
POTENZA	255	30	0	0	0
BARI	802	102	2	1	6
LECCE	804	42	0	0	45
CATANZARO	301	4	0	1	0
REGGIO CAL.	145	16	3	0	3
TOTALE	6.779	270	10	4	64
AREA INSULARE					
MESSINA	284	23	0	0	8
CATANIA	844	82	0	1	24
CALTANISSETTA	81	15	0	1	3
PALERMO	689	104	1	1	26
CAGLIARI	840	4	0	0	2
SASSARI	124	8	1	0	1
TOTALE	2.862	236	2	3	64
RIEPILOGO					
NORD	19.796	787	10	1	881
CENTRO	9.852	630	24	9	231
SUD	6.779	270	10	4	64
ISOLE	2.862	236	2	3	64
TOTALE NAZ.	39.289	1.923	46	17	1.240

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

PERIODO: 01.01.1993 - 30.06.1993

DISTRETTO	6	7	8	9	10	11	12	13
DI	NUM. PROVVED.	NUM. PROVVED.	NUM. SOSPENS.	NUM. REVOCHE	NUMERO	NUM. DELLE	NUM. REVOCHE	NUM. DI
CORTE	RESTRITIVI	RESTRITIVI	PROCEDIM.	SOSPENSIONI	DELLE	SOSPENSIONI	SOSPENSIONI	PROVVED.
DAPPELLO	ATTINENTI A	NEI	PER AVVENUTA	PROCEDIMENTI	DELL'E	DELLE	DI CUI AL	DI RITARDO
	REATI DI	CONFRONTI	SCELTA DEL	DI CUI AL	DI	PENE	PRECEDENTE	OD
	TOSSICO-	DI	PROGRAMMA	PRECEDENTE	STRANIERI	DETTENTIVE	PUNTO (11)	OMMISSIONE
	DIPENDENZA	TOSSICO-	TERAPEUTICO	PUNTO (8)	(ART. 86)	(ART. 90)	(ART. 93)	DEGLI ATTI
		DIPENDENTI	(ART. 76 N. 7)					(ART. 98)
Area Settentrionale								
TORINO	884	395	5	0	2	27	1	2
MILANO	692	581	33	1	64	245	3	0
GENOVA	188	235	9	3	60	7	0	0
BRESCIA	227	483	9	0	0	5	0	5
TRENTO	174	7	2	1	45	0	0	0
VENEZIA	182	195	6	0	5	19	0	17
TRIESTE	130	24	6	0	0	1	0	2
BOLOGNA	624	605	6	0	41	164	1	2
TOTALE	3.101	2.525	76	5	217	468	5	28
Area Centrale								
ANCONA	139	241	30	1	7	49	3	0
FIRENZE	523	303	2	1	35	111	6	5
PERUGIA	146	62	3	0	4	48	0	0
ROMA	3.176	260	0	0	28	17	0	0
TOTALE	3.984	866	35	2	74	225	9	5
Area Meridionale								
L'AQUILA	193	92	0	2	0	20	0	0
CAMPOB.	0	3	0	0	0	1	0	0
NAPOLI	676	348	0	6	0	0	0	0
SALERNO	225	174	0	0	2	3	0	0
POTENZA	87	55	2	0	0	0	0	0
BARI	436	317	1	0	4	25	0	0
LECCE	119	207	5	0	0	24	0	0
CATANZARO	28	36	0	0	0	0	0	0
REGGIO C.	27	48	0	0	0	1	0	1
TOTALE	1.791	1.280	8	8	6	74	0	1
Area Insulare								
MESSINA	175	108	0	0	0	0	0	0
CATANIA	236	304	1	0	0	22	1	0
CALTANISSET.	23	7	0	0	0	0	0	0
PALERMO	127	166	16	0	0	38	0	0
CAGLIARI	11	28	0	0	0	2	0	0
SASSARI	38	0	0	0	2	19	3	0
TOTALE	610	613	17	0	2	81	4	0
RIEPILOGO								
NORD	3.101	2.525	76	5	217	468	5	28
CENTRO	3.984	866	35	2	74	225	9	5
SUD	1.791	1.280	8	8	6	74	0	1
ISOLE	610	613	17	0	2	81	4	0
Totale Naz.	9.486	5.284	136	15	299	848	18	34

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

PERIODO: 01.07.1993 - 31.12.1993

DISTRETTO DI CORTE D'APPELLO	1	2	3	4	5
	NUM. PROC. PER PRODUZIONE E TRAFFICO DI STUPEFACENTI IN FORMA INDIVIDUALE (ART. 73)	NUM. PROC. PER PRODUZIONE E TRAFFICO DI STUPEFACENTI IN FORMA ASSOCIATA (ART. 74)	NUM. PROC. PER AGEVOLAZIONE ALL'USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI (ART. 79)	NUM. PROC. PER ISTIGAZIONE PROSELTISMO ED INDUZIONE AL REATO DI PERSONA MINORE (ART. 82)	NUM. PROC. PER INTERRUZIONE PROGRAMMA TE- RAPEUTICO O PER ALTRE VIOLAZIONI DELL'ART. 76 (ARTT. 75 E 76)
AREA SETTENTRIONALE					
TORINO	3.204	105	36	3	2
MILANO	3.440	160	0	33	113
GENOVA	2.026	130	0	0	66
BRESCIA	1.354	0	2	0	0
TRENTO	625	3	0	0	3
VENEZIA	2.330	47	3	1	21
TRIESTE	705	11	0	0	0
BOLOGNA	3.110	278	3	1	10
TOTALE	16.794	734	44	38	215
AREA CENTRALE					
ANCONA	768	46	29	0	25
FIRENZE	2.350	383	17	2	8
PERUGIA	304	70	0	0	8
ROMA	5.079	155	8	1	42
TOTALE	8.501	654	54	3	83
AREA MERIDIONALE					
L'AQUILA	453	0	0	1	10
CAMPOBASSO	67	1	0	0	0
NAPOLI	2.543	36	4	0	0
SALERNO	410	4	0	0	0
POTENZA	120	17	2	0	0
BARI	704	0	7	1	9
LECCE	649	36	0	0	8
CATANZARO	328	26	43	0	4
REGGIO CAL.	162	84	5	0	1
TOTALE	5.436	204	61	2	32
AREA INSULARE					
MESSINA	209	5	1	0	1
CATANIA	640	115	0	0	15
CALTANISSETTA	116	37	1	0	9
PALERMO	705	27	0	0	14
CAGLIARI	745	1	0	0	0
SASSARI	116	5	0	0	0
TOTALE	2.531	190	2	0	39
RIEPILOGO					
NORD	16.794	734	44	38	215
CENTRO	8.501	654	54	3	83
SUD	5.436	204	61	2	32
ISOLE	2.531	190	2	0	39
TOTALE NAZ.	33.262	1.782	161	43	369

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

PERIODO: 01.07.1993 - 31.12.1993

DISTRETTO DI CORTE D'APPELLO	6	7	8	9	10	11	12	13
	NUM. PROVVED. RESTRITTIVI ATTINENTI A REATI DI TOSSICO- DIPENDENZA	NUM. PROVVED. RESTRITTIVI NEI CONFRONTI DI TOSSICO- DIPENDENTI	NUM. SOSPENSIO- NI PROCEDIM. PER AVVENUTA SCELTA DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO (ART. 76 N. 7)	NUM. REVOCHE SOSPENSIONI DI CUI AL PRECEDENTE PUNTO (8)	NUMERO DELLE ESPULSIONI DI STRANIERI (ART. 86)	NUM. DELLE SOSPENSIONI DELLE PENE DETTENTIVE (ART. 90)	NUM. REVOCHE DI CUI AL PRECEDENTE PUNTO (11) (ART. 93)	NUM. DI PROVVED. DI RITARDO OD OMMISSIONE DEGLI ATTI (ART. 96)
AREA SETTENTRIONALE								
TORINO	1.977	363	0	0	13	77	7	0
MILANO	560	429	131	1	72	139	2	0
GENOVA	164	158	2	1	149	8	0	0
BRESCIA	201	420	1	0	3	11	0	6
TRENTO	211	8	0	0	28	0	0	0
VENEZIA	568	291	2	0	18	118	1	20
TRIESTE	154	19	10	2	2	0	0	0
BOLOGNA	513	876	0	0	34	37	0	0
TOTALE	4.348	2.564	146	4	319	410	10	26
AREA CENTRALE								
ANCONA	106	263	7	0	10	36	2	0
FIRENZE	259	500	18	0	73	67	0	11
PERUGIA	68	38	1	0	5	0	0	0
ROMA	2.285	203	0	4	36	69	0	0
TOTALE	2.718	1.006	26	4	124	172	2	11
AREA MERIDIONALE								
L'AQUILA	110	18	0	0	0	1	0	0
CAMPOBASSO	8	8	0	0	3	1	1	0
NAPOLI	789	201	0	0	0	10	0	0
SALERNO	113	219	0	0	0	6	0	0
POTENZA	64	15	0	0	0	23	0	0
BARI	487	289	55	2	8	18	0	0
LECCE	121	228	0	0	0	23	0	0
CATANZARO	45	20	0	0	0	3	0	0
REGGIO C.	112	43	13	0	0	0	0	1
TOTALE	1.849	1.041	68	2	11	85	1	1
AREA INSULARE								
MESSINA	31	50	0	0	0	9	0	0
CATANIA	213	141	0	0	0	1	0	0
CALTANISSET.	24	9	0	0	0	2	0	0
PALERMO	213	130	0	0	8	3	0	0
CAGLIARI	0	4	0	0	0	0	0	0
SASSARI	42	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE	523	334	0	0	8	15	0	0
RIEPILOGO								
NORD	4.348	2.564	146	4	319	410	10	26
CENTRO	2.718	1.006	26	4	124	172	2	11
SUD	1.849	1.041	68	2	11	85	1	1
ISOLE	523	334	0	0	8	15	0	0
TOTALE NAZ.	9.438	6.945	240	10	462	682	13	38

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

PERIODO: 01.01.1994 - 30.06.1994

DISTRETTO DI CORTE D'APPELLO	1 NUM. PROC. PER PRODUZIONE E TRAFFICO DI STUPEFACENTI IN FORMA INDIVIDUALE (ART. 73)	2 NUM. PROC. PER PRODUZIONE E TRAFFICO DI STUPEFACENTI IN FORMA ASSOCIATA (ART. 74)	3 NUM. PROC. PER AGEVOLAZIONE ALL'USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI (ART. 79)	4 NUM. PROC. PER ISTIGAZIONE PROSELTISMO ED INDUZIONE AL REATO DI PERSONA MINORE (ART. 82)	5 NUM. PROC. PER INTERRUZIONE PROGRAMMA TE- RAPEUTICO O PER ALTRE VIOLAZIONI DELL'ART. 76 (ARTT. 75 E 76)
AREA SETTENTRIONALE					
TORINO	4.581	296	1	1	1
MILANO	3.977	98	20	0	4
GENOVA	4.157	305	34	0	94
BRESCIA	1.815	10	1	0	0
TRENTO	617	21	0	0	0
VENEZIA	2.459	29	2	5	8
TRIESTE	787	29	2	1	0
BOLOGNA	4.124	380	3	0	0
TOTALE	22.517	1.168	63	7	107
AREA CENTRALE					
ANCONA	922	50	5	3	4
FIRENZE	2.354	200	3	1	15
PERUGIA	396	59	1	0	4
ROMA	6.278	574	4	1	11
TOTALE	9.950	883	13	5	34
AREA MERIDIONALE					
L'AQUILA	948	3	0	0	0
CAMPOBASSO	50	1	0	0	0
NAPOLI	3.583	98	0	1	2
SALERNO	336	21	0	0	2
POTENZA	165	47	0	0	0
BARI	798	68	4	1	0
LECCE	685	82	0	1	5
CATANZARO	398	80	1	1	0
REGGIO CAL.	179	13	0	2	9
TOTALE	7.142	413	5	6	18
AREA INSULARE					
MESSINA	234	4	0	0	2
CATANIA	755	58	1	1	33
GALTANISSETTA	108	22	2	0	0
PALERMO	744	36	0	1	21
CAGLIARI	741	4	0	0	0
SASSARI	152	13	0	0	0
TOTALE	2.734	137	3	2	56
RIEPILOGO					
NORD	22.517	1.168	63	7	107
CENTRO	9.950	883	13	5	34
SUD	7.142	413	5	6	18
ISOLE	2.734	137	3	2	56
TOTALE NAZ.	42.343	2.601	84	20	215

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

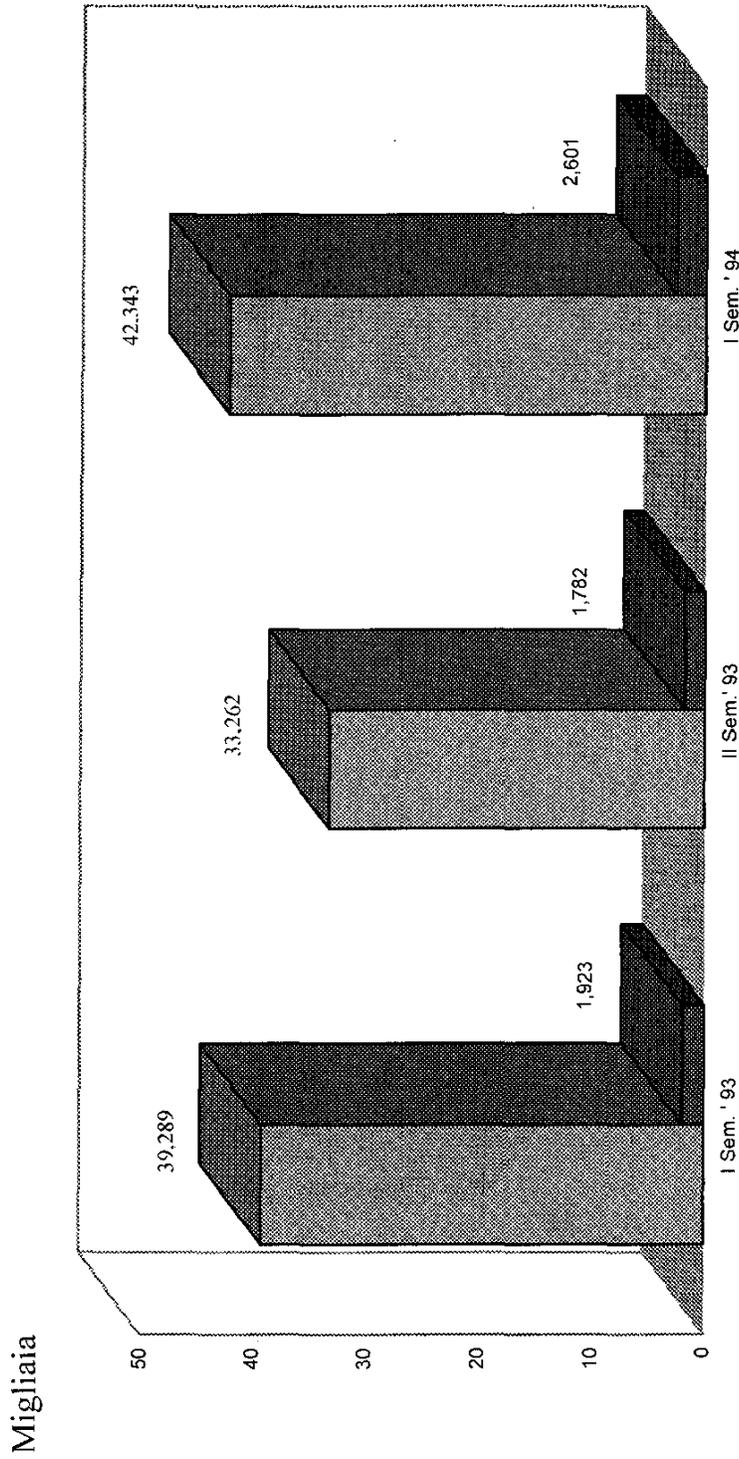
PERIODO: 01.01.1994 - 30.06.1994

DISTRETTO	6	7	8	9	10	11	12	13
DI CORTE D'APPELLO	NUM. PROVV. RESTRITTIVI ATTINENTI A REATI DI TOSSICO- DIPENDENZA	NUM. PROVV. RESTRITTIVI NEI CONFRONTI DI TOSSICO- DIPENDENTI	NUM. SOSPENS. PROCEDIM. PER AVVENUTA SCELTA DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO (ART. 76 N. 7)	NUM. REVOCHE SOSPENSIONI PROCEDIMENTI DI CUI AL PRECEDENTE PUNTO (8)	NUMERO DELLE ESPULSIONI DI STRANIERI (ART. 86)	NUM. DELLE SOSPENSIONI DELLE PENE DETTENTIVE (ART. 90)	NUM. REVOCHE SOSPENSIONI DI CUI AL PRECEDENTE PUNTO (11) (ART. 93)	NUM. DI PROVVED. DI RITARDO OD OMMISSIONE DEGLI ATTI (ART. 98)
Area Settentrionale								
TORINO	2.599	233	10	1	1	77	12	0
MILANO	642	553	16	12	43	133	0	0
GENOVA	175	298	3	3	78	13	0	0
BRESCIA	51	381	0	0	0	12	0	4
TRENTO	204	17	0	0	25	0	0	0
VENEZIA	264	298	1	0	14	53	8	19
TRIESTE	126	34	4	0	11	16	1	0
BOLOGNA	765	867	0	0	73	0	0	0
TOTALE	4.826	2.681	34	16	245	304	21	23
Area Centrale								
ANCONA	137	243	3	0	12	47	5	0
FIRENZE	287	554	0	0	1	87	0	0
PERUGIA	113	57	1	0	0	1	0	0
ROMA	3.596	212	0	3	41	38	0	0
TOTALE	4.133	1.066	4	3	54	173	5	0
Area Meridionale								
L'AQUILA	177	126	0	0	0	13	0	0
CAMPOB.	0	2	0	0	4	2	0	0
NAPOLI	909	426	0	0	2	39	0	0
SALERNO	290	126	0	0	0	4	0	0
POTENZA	68	66	0	0	0	0	0	0
BARI	318	357	0	0	33	24	3	0
LECCE	152	296	100	5	0	23	0	0
CATANZARO	77	42	0	0	0	0	0	0
REGGIO C.	54	13	0	0	0	0	0	0
TOTALE	2.045	1.454	100	5	39	105	3	0
Area Insulare								
MESSINA	36	79	0	0	0	7	0	0
CATANIA	213	138	1	0	0	1	0	0
CALTANISS.	16	0	0	0	0	2	0	0
PALERMO	134	201	0	0	6	0	0	0
CAGLIARI	11	22	0	0	0	7	0	0
SASSARI	42	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE	452	440	1	0	6	17	0	0
RIEPILOGO								
NORD	4.826	2.681	34	16	245	304	21	23
CENTRO	4.133	1.066	4	3	54	173	5	0
SUD	2.045	1.454	100	5	39	105	3	0
ISOLE	452	440	1	0	6	17	0	0
Totale Naz.	11.456	5.641	139	24	344	599	29	23

INDAGINE SULLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE

grafico 1

Numero procedimenti pendenti

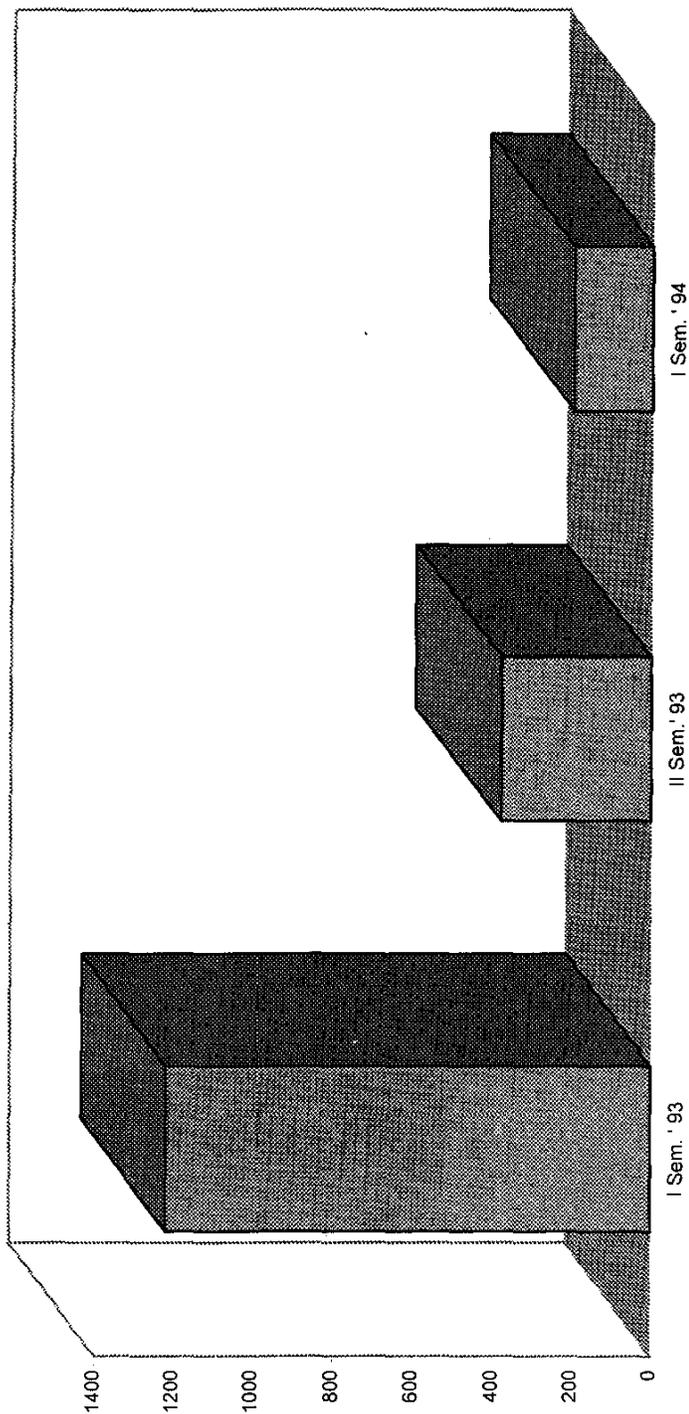


■ art. 73: Produzione e traffico stupefacenti in forma individuale
■ art. 74: Produzione e traffico stupefacenti in forma associata

INDAGINE SULLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE

Numero procedimenti pendenti

grafico 2



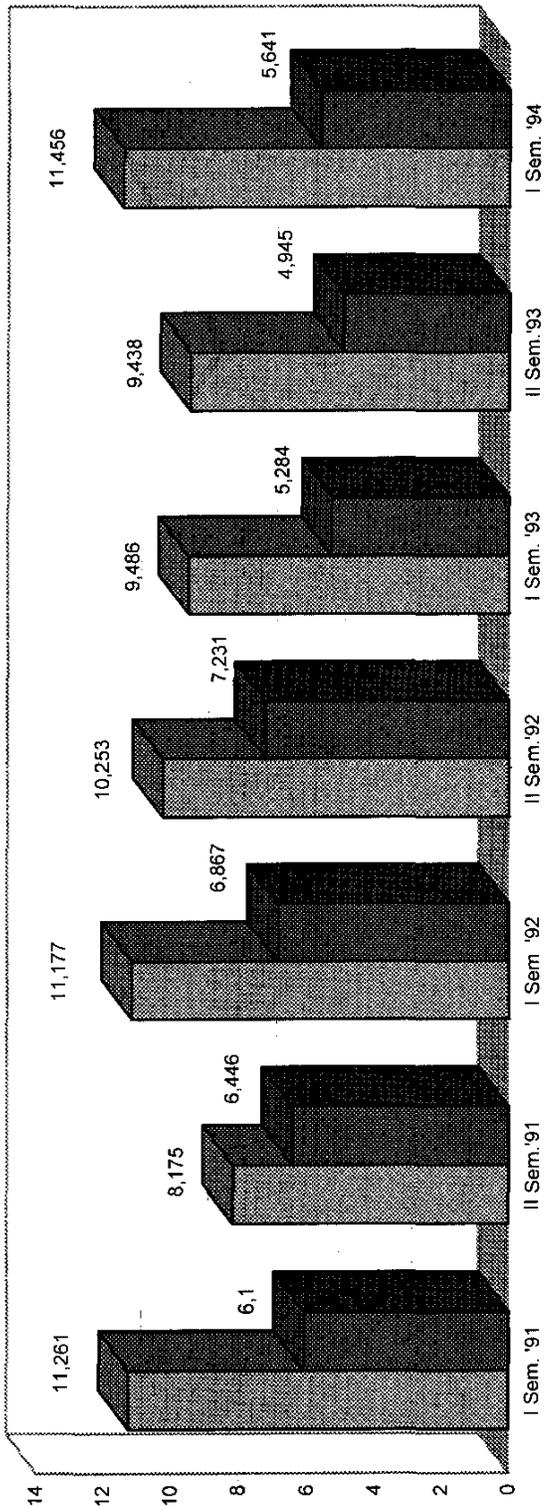
Artt. 75, 76: interruzione programma terapeutico o per altra violazione dell' art. 76

INDAGINE SULLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE

Provvedimenti restrittivi

grafico 3

Migliaia

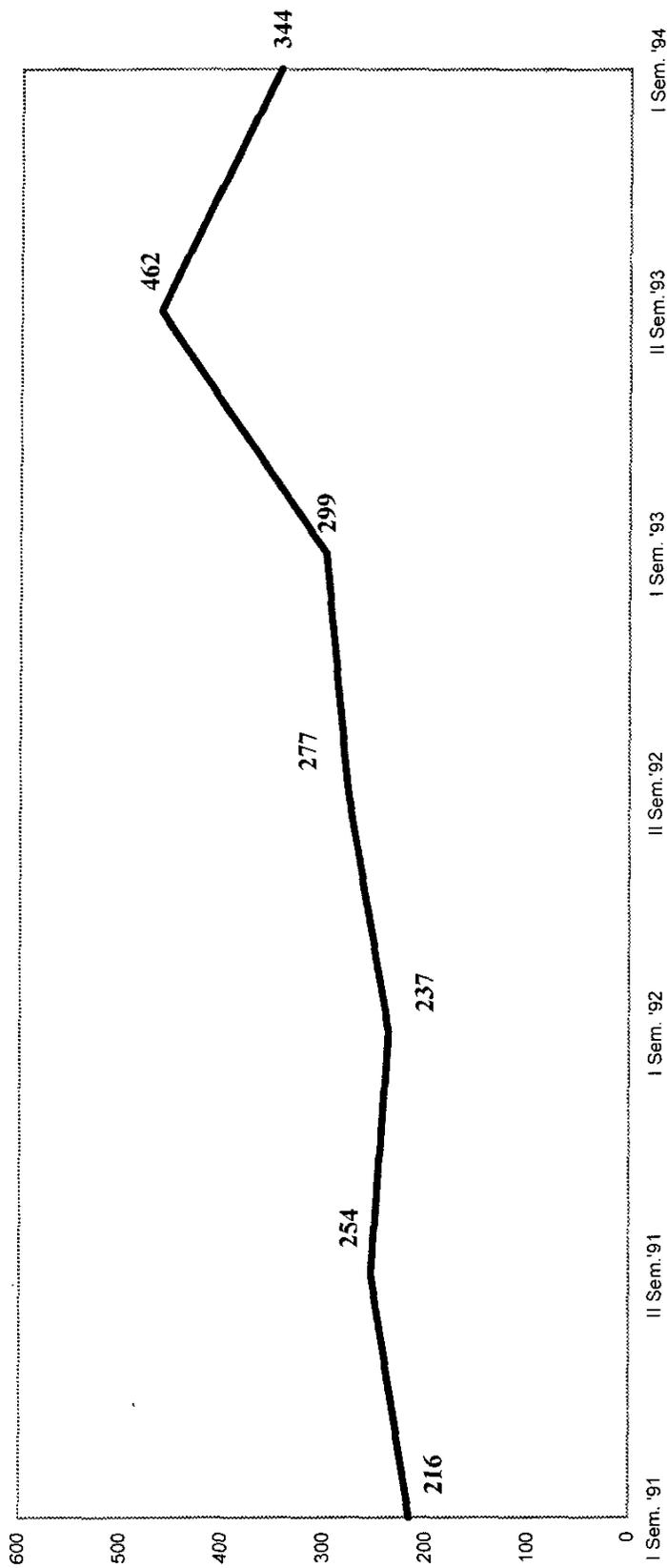


■ Attinenti a reati di tossicodipendenza ■ Nei confronti di tossicodipendenti

INDAGINE SULLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE

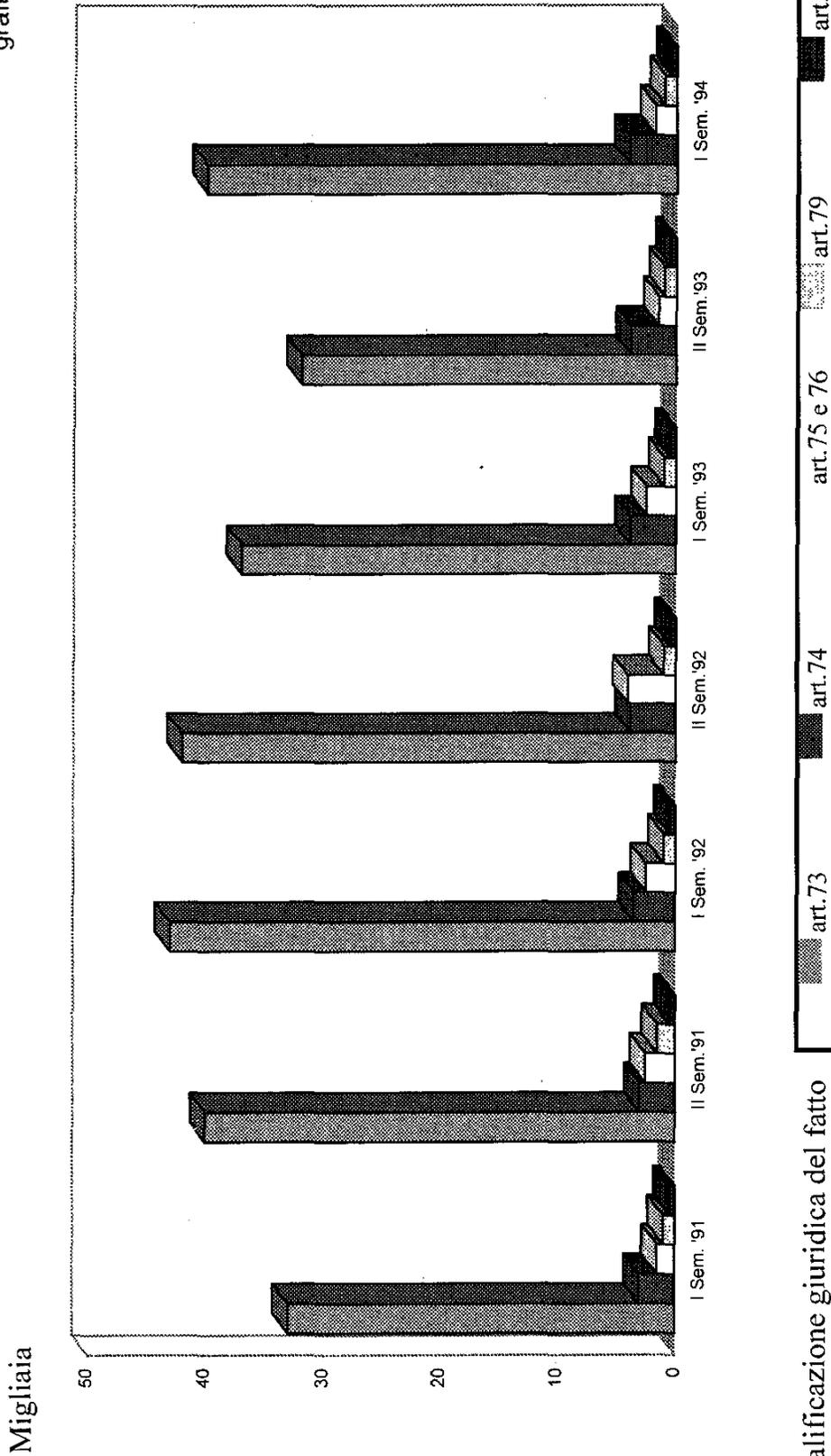
Espulsioni di stranieri (art. 86)

grafico 4



INDAGINE SULLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE

grafico 5



Ministero di Grazia e Giustizia
Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Le normative relative all'esecuzione penale di soggetti tossico-alcooldipendenti, sia in stato di detenzione che in misura alternativa (affidamento in prova, semilibertà, detenzione domiciliare), prevedono una stretta integrazione tra Amministrazioni dello Stato, ed Enti Locali, principalmente Ministero di Grazia e Giustizia, Ministero della Sanità, Regioni, nonché l'apporto del Privato Sociale per quanto riguarda gli Enti ausiliari.

Al fine di rendere proficua una collaborazione interistituzionale, di per sè non facilmente agibile, per la diversità dei compiti, delle attribuzioni, delle responsabilità e dei linguaggi, è stato elaborato un documento contenente linee di indirizzo - convenzioni e protocolli operativi - per la cura e la riabilitazione dei tossicodipendenti e/o alcolodipendenti coinvolti nell'area penale.

Tale documento, elaborato da gruppi tecnici congiunti, composti da funzionari dell'Amministrazione Penitenziaria, dell'Ufficio della Giustizia Minorile e delle Regioni, è stato approvato dalla Commissione Nazionale Consultiva e di Coordinamento per i rapporti con le Regioni e gli Enti Locali e ratificano nell'ambito della Conferenza Stato - Regioni.

Dati statistici relativi al fenomeno della tossicodipendenza in carcere

Dalle allegate tabelle relative alle rilevazioni statistiche effettuate da questo Dipartimento negli ultimi tre anni, rimane confermato che la criminalità tossicomane è divenuta una componente stabile e significativa, anche nell'entità proporzionale, della criminalità nel suo complesso.

Circa un terzo della popolazione penitenziaria è costituita da tossicodipendenti (all. 1 - Tav. B - Flussi di ingresso): il rapporto fra i detenuti presenti ed i tossicodipendenti evidenzia un leggero decremento percentuale, che si giustifica unicamente con l'aumento dei flussi di ingresso generali (all. 1 - Tav. A - Detenuti presenti e tossicodipendenti).

Va, tuttavia, rilevato che il "fenomeno droga" non è limitato ai soli tossicodipendenti: si nota, infatti, che nel periodo esaminato circa il 26% degli ingressi in carcere dalla libertà è rappresentato da violatori della legge 309/90 non tossicodipendenti.

Nel complesso il "fenomeno droga" interessa il 50% dei detenuti che hanno fatto ingresso in carcere (all. 1 - Tav. C - Fenomeno droga nel suo complesso).

Per quanto concerne, poi, la tipologia dei reati commessi, risulta che oltre la metà dei detenuti tossicodipendenti entrati dalla libertà ha commesso reati in violazione della legge 309/90 (all. 1 - Tav. D - Tipologia dei reati).

Stato di attuazione delle iniziative poste in essere dalla Amministrazione Penitenziaria in applicazione del T.U. 309/90

Anche nel corso del 1994, l'Amministrazione Penitenziaria ha profuso un notevole impegno nello svolgimento di tutti i programmi volti a fornire risposte concrete alle situazioni di disagio connesse alla tossicodipendenza, in attuazione degli artt. 127 e 135 del T.U. in oggetto.

Strutture Edilizie

Come è noto gli esigenze in questo settore rispondono all'esigenza di creare strutture penitenziarie, adeguate alle finalità previste dalla normativa in argomento, dove gli stessi spazi hanno una specifica valenza ai fini del programma trattamentale e riabilitativo.

Al fine di consentire gli indispensabili miglioramenti strutturali e gli interventi di adattamento degli Istituti Penitenziari e delle sezioni che debbono garantire l'attivazione di programmi di recupero mirati ai detenuti tossicodipendenti, questo Dipartimento si è avvalso dei finanziamenti erogati ai sensi degli articoli 127 e 135 del citato T.U.: gli uni per la realizzazione di specifici progetti approvati dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri e gli altri per l'attuazione dei programmi previsti dal Decreto Interministeriale 8 giugno 1991.

Art. 135 T.U. 309/90

Il decreto interministeriale 8.6.1991, registrato alla Corte dei Conti il 18.11.1991, approvava programmi finalizzati per gli esercizi 1990/1991/1992.

I finanziamenti venivano resi effettivamente disponibili nell'esercizio 1992.

Gli interventi previsti nel settore rispondono all'esigenza di creare strutture penitenziarie, adeguate alle finalità previste dalla normativa in argomento, dove gli stessi spazi hanno una specifica valenza ai fini del programma trattamentale e riabilitativo.

Le modalità degli stanziamenti e le date in cui sono stati concessi e resi disponibili hanno creato, nel corso degli esercizi finanziari, notevoli difficoltà nell'assunzione degli impegni di spesa programmati, per cause indipendenti dalla capacità di gestione delle risorse economiche.

Come si può rilevare, infatti, la disponibilità delle risorse economiche è stata assicurata solo in concomitanza con la chiusura dell'esercizio di competenza.

Non sempre, inoltre, i finanziamenti accordati erano effettivamente disponibili, giacchè autorizzati in soli termini di competenza o di sola cassa, con la conseguente necessità di attendere il provvedimento di assestamento del bilancio (nel mese di ottobre) per poter effettivamente disporre delle somme relative.

Questa Amministrazione, al fine di poter utilizzare gli stanziamenti in menzione, ha proposto l'emanazione di una disposizione normativa che consentisse l'utilizzo delle somme non impegnate alla chiusura dell'esercizio considerato in quello successivo.

Tale proposta è stata recepita nel decreto legge 30.12.1992 n. 512 "Disposizioni urgenti in materia di differimento di termini previsti da disposizioni legislative",

Le iniziali difficoltà incontrate nell'attuazione dei programmi sono da ritenersi, pertanto, connesse ai tempi di approvazione dei decreti concernenti i programmi e i progetti nonchè a quelli di assegnazione dei fondi sui relativi capitoli di bilancio.

Ciò ha sostanzialmente limitato la capacità di spesa nel primo triennio senza comprometterne, peraltro, la realizzazione.

In definitiva, gli esiti dell'attuazione dei programmi di cui alla normativa in oggetto, sono da considerarsi positivi e si ritiene, pertanto, indispensabile proseguire nell'impegno intrapreso, affinchè l'utenza cui gli interventi sono diretti possa beneficiare degli effetti che gli stessi debbono produrre.

Premesso quanto sopra, al fine di poter dare assetto definitivo alla materia e, quindi, assicurare che gli interventi programmati ed autorizzati trovino nel tempo la loro effettiva e concreta realizzazione, la norma di cui al citato D.L. 28.12.1994 n. 723 (art. 49) dovrebbe essere modificata, in sede di conversione, nel senso che dovrebbe contenere la previsione che le

somme stanziare, ai sensi degli artt. 127 e 135 del T.U. 309/90, per ciascun esercizio finanziario e non impegnate nello stesso, possano esserlo in quello successivo.

Assistenza Sanitaria

L'Amministrazione penitenziaria, nell'ambito dei compiti attinenti al trattamento sanitario ed alla cura dei detenuti tossicodipendenti, ha disposto il rinnovo delle convenzioni con personale medico e paramedico per la realizzazione di appositi presidi sanitari - la cui istituzione risale al 1991 - finalizzati all'attuazione dei programmi previsti dall'art. 135 T.U. e con funzioni di raccordo con la equipe della U.S.L., alla quale è attribuito lo specifico compito di cura e riabilitazione in materia.

Il personale medico e paramedico del presidio in argomento opera sulla base della distribuzione oraria giornaliera, prevista per gli Istituti che ospitano tossicodipendenti. Nel triennio 92-94, il servizio è stato incrementato mediante autorizzazione di ulteriori 32 ore per l'assistenza medica e 53 per quella infermieristica.

Il suddetto personale è retribuito con un compenso orario, rispettivamente, di lire 27.500 e lire 16.500, imputato al capitolo 2120 del bilancio passivo di questo Dicastero.

Si segnala, inoltre, la realizzazione del Progetto per l'istituzione di alcuni ambulatori specialistici, finalizzati all'assistenza sanitaria a favore dei detenuti tossicodipendenti, ammesso al finanziamento del Fondo Nazionale antidroga, per un importo di lire 2.500.000.000.

A tal fine, nel corso del 1994, gli Istituti Penitenziari sono stati autorizzati all'acquisto di apparecchiature e attrezzature sanitarie, necessarie per il funzionamento dei suddetti ambulatori.

Quanto sopra e volto a migliorare quei servizi specialistici che questa Amministrazione è chiamata a predisporre e ad organizzare, in attuazione del dettato normativo del T.U. 309/90.

Per quanto attiene, inoltre, ai servizi erogati dalle UU.SS.LL., regolati da rapporti in convenzione con le Direzioni degli Istituti Penitenziari, il 1994 è stato caratterizzato dal citato intervento chiarificatore della Commissione Nazionale Consultiva e di Coordinamento per i Rapporti con le Regioni e gli Enti Locali.

E' auspicabile, quindi, che le linee di indirizzo e i protocolli operativi - finalizzati a definire i contenuti e le modalità della prevista collaborazione tra l'Amministrazione Penitenziaria e i servizi territoriali - consentano di superare quelle incertezze di carattere

procedurale, amministrativo e tecnico che spesso hanno ritardato, o addirittura impedito, la stipula delle convenzioni per l'elaborazione, la gestione e la verifica degli interventi da attivare a favore dei soggetti tossicodipendenti.

Come noto, infatti, i servizi penitenziari e i servizi Socio-Sanitari del territorio sono stati chiamati, dal legislatore del '90, a collaborare per il raggiungimento del comune obiettivo connesso alla cura e alla riabilitazione dei detenuti tossicodipendenti, ma tra i due sistemi, regolati da norme, culture e prassi profondamente differenziate, è sorta, nel passato, una dialettica caratterizzata più da aspetti conflittuali che collaborativi.

L'attuale regolamentazione dei rapporti con le UU.SS.LL. è la seguente: su 207 Istituti Penitenziari, 71 sono convenzionati con i locali Ser.T. con rapporti regolamentati da vecchi schemi, usati nel precedente assetto legislativo, e pertanto ormai inadeguati al crescente numero dei tossicodipendenti detenuti.

A seguito della Legge 162/90 gli accordi sono quantitativamente aumentati, ma in particolare, qualitativamente hanno subito la revisione e l'adeguamento auspicati dallo spirito della normativa.

Ulteriori 76 Istituti hanno avviato servizi per la popolazione tossicodipendente, ma rimangono ancora totalmente privi di convenzioni 60 Istituti Penitenziari del territorio nazionale (all.2).

Si richiama da ultimo l'attenzione sul tema della terapia metadonica, da sempre al centro dell'interesse dei servizi chiamati a predisporre programmi terapeutici e socio-riabilitativi a favore dei soggetti tossicodipendenti.

Nell'ambito della popolazione generale, si registra allo stato, una posizione di maggiore interesse nei confronti dei programmi di mantenimento con farmaci sostitutivi, il cui potenziamento viene considerato parte integrante dei programmi di riduzione del danno nei tossicodipendenti.

In ambito penitenziario però, la percentuale dei detenuti tossicodipendenti, in trattamento metadonico al 31.12.1994, è di poco superiore al 2% (321 su 14.742 soggetti tossicodipendenti).

L'Amministrazione Penitenziaria pertanto, nella consapevolezza della necessità che l'approccio al problema all'interno del carcere sia analogo a quello che si registra sul territorio, ha identificato nella "riduzione del danno" uno dei temi da approfondire in seno al proprio Osservatorio.

Saranno realizzate anche le esperienze maturate in ambito internazionale e, previo approfondito esame della normativa vigente, verrà rielaborata una compiuta informazione in merito, al fine di formulare proposte, eventualmente anche a livello legislativo.

Piano informativo rivolto agli operatori penitenziari

Al fine di completare l'attività proficuamente condotta nel 1992 e nel 1993, anche nel '94 sono stati istituiti sei ulteriori corsi di riqualificazione del personale, da svolgersi presso la sede formativa di Cagliari.

Sono stati realizzati di fatto 4 corsi a favore di 313 operatori di polizia penitenziaria, con un risultato positivo così come riferito dai responsabili dei corsi, in ordine al livello di interesse e di apprendimento dei partecipanti.

Corsi di addestramento e riqualificazione del personale dell'Amministrazione penitenziaria ex art. 135 comma 3 D.P.R. 309/90

L'attività si è sviluppata nel 1994 con l'istituzione, in 45 Istituti, di complessivi 139 corsi di riqualificazione di 1° livello, rivolti al personale di Polizia Penitenziaria addetto alle sezioni per tossicodipendenti - ove costituite - o che comunque operassero in strutture penitenziarie con elevata presenza di tossicodipendenti ed alcolodipendenti.

I corsi strutturati su tre settimane, sono stati rivolti a piccoli gruppi di operatori (10-20) di polizia penitenziaria, integrati da operatori di altre professionalità (medici, infermieri, educatori, assistenti sociali...) nonché da operatori dei Sert convenzionati con le singole strutture.

Ampio spazio è stato dato alla discussione, guidata da un docente, in gruppi ancora più ridotti nel numero, onde favorire la partecipazione attiva i corsisti, la evidenziazione e soluzione pratica di problemi organizzativi, una reale integrazione operativa di tutti i partecipanti rispetto al medesimo target di detenuti.

Di fatto soltanto nel settembre u.s. sono iniziati numerosi dei corsi citati, mentre altri, per tempi burocratici e per problemi connessi ai singoli Istituti, sono tuttora in fase di svolgimento.

Dalle prime valutazioni pervenute si evidenzia comunque già ora un buon risultato nonché l'impegno di tutti a continuare un percorso formativo di progressivo approfondimento.

Alcuni istituti hanno chiesto di poter strutturare corsi di 2° livello nonché di reiterare i primi, così da permettere a tutto il personale di fruire di tale opportunità che corrisponde certamente all'acquisizione di una migliore capacità di intervento nei confronti dei soggetti di cui trattasi.

Esecuzione penale esterna

Premesso che nell'anno 1994 i Centri di Servizio Sociale per Adulti hanno seguito in misura alternativa n. 10.288 soggetti affidati in prova, sia provenienti dalla stato detentivo, che dalla libertà, di questi, 3.622 sono tossicodipendenti che hanno usufruito dell'art. 47 bis legge 354/75, sottoponendosi ad un trattamento terapeutico.

Tale numero non esaurisce il fenomeno sia perché l'affidamento ex art. 47 bis non è concedibile più di 2 volte, sia perché altri soggetti tossicodipendenti ed alcolodipendenti fruiscono dell'affidamento in prova ex art. 47, ed altri ancora della detenzione domiciliare.

Per questa fascia di utenza, nonché per soggetti in semilibertà con problemi pregressi di tossicodipendenza, l'Amministrazione già nel 1992 ha varato, per l'inserimento lavorativo, nell'ambito dell'applicazione delle misure alternative strategie di interventi integrati con i Servizi Territoriali specializzati (Ser.T.), e con risorse del Privato sociale. Tali interventi hanno riguardato corsi di qualificazione professionale, di recupero scolastico, di avviamento al lavoro, anche socialmente utile, e concessione di contributi per l'avviamento di attività artigianali e l'acquisto di strumenti di lavoro.

Nell'anno 1994 é proseguita la realizzazione di tali progetti, condotti dai Centri di Servizio Sociale per Adulti finalizzati all'inserimento sociale di soggetti tossicodipendenti, alcolisti e malati di AIDS in esecuzione penale esterna.

Più specificatamente sono proseguiti parzialmente i progetti già elaborati nel 1993, con fondi afferenti al capitolo ordinario di bilancio 2120, e trasportati nell'esercizio finanziario successivo, ai sensi del D.L. n. 542 del 28.12.1993.

Tali progetti incontrano difficoltà di realizzazione perché sono condizionati innanzitutto dalle decisioni della Magistratura di Sorveglianza in materia di concessione delle misure alternative alla detenzione, ed in secondo luogo dai tempi tecnici e burocratici che regolano la contabilità di Stato.

A ciò si aggiunge che in tempi recenti molte cooperative di solidarietà sociale, con le quali si erano stipulate convenzioni per l'inserimento lavorativo dei tossicodipendenti, hanno temporaneamente interrotto gran parte dell'attività, per mancanza di commesse degli Enti Locali, a seguito delle note richieste della magistratura per fenomeni di corruzione.

Comunque, con l'affinamento dell'esperienza pregressa, si ritiene di poter rilanciare e potenziare nell'anno corrente questa particolare tipologia di progetti, per la quale i C.S.S.A. hanno reperito anche nuove risorse territoriali, disposte ad operare nei confronti di tossicodipendenti che hanno, oltre a quelli ovvi, il problema della esecuzione di una condanna penale.

E' in fase di attuazione l'informatizzazione di Centri di Servizio Sociale per Adulti.

Tale realizzazione é stata inserita nell'ambito di un programma più generale, cui é interessato il Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, relativo all'informatizzazione. Allo stato il progetto complessivo é all'attenzione per la relativa autorizzazione, dell'Autorità per l'informatica presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri.

E' altresì in corso di attuazione un progetto di adeguamento delle conoscenze professionali degli assistenti, sociali edirettori di Servizio Sociale che operano nei confronti dei tossicodipendenti e alcolodipendenti in esecuzione penale esterna.

Tale iniziativa riguarderà 100 operatori del Servizio Sociale Penitenziario, attivi presso le strutture centrali e periferiche di questa Amministrazione, che accederanno per 10 giorni ai prescelti servizi pubblici e privati per la cura e riabilitazione dei tossicodipendenti.

Ciò consentirà una conoscenza sul campo delle strategie terapeutiche e operative di questi servizi e permetterà allo stesso tempo, di approfondire i rapporti di collaborazione.

Osservatorio Nazionale sul fenomeno della tossicodipendenza, HIV e sindromi correlate in ambito penitenziario e sugli interventi riabilitativi

Nel corso del 1994 si è proceduto alla riorganizzazione dell'Osservatorio e del bollettino "BION".

A tal fine per consentire la certezza della prosecuzione del progetto "Osservatorio nazionale sul fenomeno della tossicodipendenza, HIV e sindromi correlate in ambito penitenziario e sugli interventi riabilitativi", attesa la grande attenzione che ha riscontrato in campo nazionale ed internazionale la pubblicazione "Bion", si è addivenuto alla determinazione di includere detto progetto in un nuovo decreto interministeriale, al fine di poter fruire dei fondi di cui all'art. 135 del D.P.R. 309/90.

Ciò in quanto i finanziamenti ai sensi dell'articolo 127 del citato T.U. non assicurano la continuità dei servizi.

E' stato predisposto, pertanto, un apposito decreto interministeriale che, a tutt'oggi, a seguito del faticoso iter burocratico, non risulta ancora perfezionato.

Attività trattamentali intramurarie - Lavoro e formazione professionale

E' indubbio che nei confronti della popolazione detenuta tossicodipendente debbano prevalere, anche all'interno degli istituti penitenziari le esigenze di recupero reinserimento sociale su quelle, pur importanti ed irrinunciabili, della custodia e della sicurezza.

Pertanto, tutte le attività trattamentali che si attivano in tale contesto, ancora più che per la popolazione detenuta non tossicodipendente, vanno integrate con le forze vive del

contesto sociale di riferimento; necessitano, cioè, della collaborazione piena oltre che delle strutture socio sanitarie del territorio, anche di tutte le agenzie pubbliche e private interessate.

In tal senso, nell'ambito dei programmi trattamentali più vasti, in cui siano mantenuti ed ampliati gli interessi affettivi, culturali, lavorativi e sociali in vista di un possibile percorso di ritorno al contesto sociale di appartenenza, sono stati attivati, anche con il fondo Nazionale antidroga, in buona parte in buona parte degli istituti penitenziari, progetti relativi all'allestimento di laboratori per lo svolgimento di attività culturali, ricreative e sportive (laboratori teatrali, musicali, cineforum, mostre artistiche, premi letterari, corsi e tornei sportivi, ecc..) con il coinvolgimento di esperti negli specifici settori d'intervento.

Si è cioè inteso coinvolgere nella maniera più ampia e sistematica possibile i t.d., nelle attività indicate, sì da accompagnare e sostenere validamente il processo di cambiamento del soggetto condotto a livello terapeutico specifico. Esse sono pertanto finalizzate, attraverso la stimolazione di processi di ricrescita, responsabilizzazione e maturità individuale, ad ottenere un cambiamento più profondo degli atteggiamenti personali.

Sono stati altresì attivati progetti di organizzazione di conferenze e seminari, d'intesa tra le direzioni degli istituti e gli organismi e consulenti esterni aventi i seguenti obiettivi:

- informare e sensibilizzare tutta la popolazione detenuta, sulla pericolosità e sui rischi derivanti dal consumo delle sostanze stupefacenti;
- informare e sensibilizzare sul fenomeno dell'infezione HIV;
- informare e sensibilizzare i detenuti tossicodipendenti sulle opportunità curative e socio-riabilitative esistenti nella realtà intra e extramuraria.

I risultati che si intendono perseguire sono una maggiore informazione e quindi prevenzione dei fenomeni, nei confronti di tutta la popolazione detenuta e, nei confronti dei tossicodipendenti, un miglioramento delle motivazioni individuali verso le opportunità di recupero.

Per quanto attiene al lavoro ed alla formazione professionale sono stati organizzati, con l'ausilio di Enti Territoriali, associazioni culturali e volontaristiche, corsi di qualificazione professionali, tenuti da persone estranee all'Amministrazione penitenziaria assunte a tempo determinato, e sono stati allestiti laboratori per attività a carattere artigianale.

Lo scopo che si è perseguito è quello di far acquisire ai detenuti tossicodipendenti una professionalità spendibile all'esterno sul mercato del lavoro, una volta espiata la pena e comunque di impiegare proficuamente ed attivamente il tempo da trascorrere in carcere.

La struttura lavorativa è stata concepita in termini artigianali, attraverso la previsione di moduli formativi e di strutture destinate a non più di 20-25 soggetti da consentire il massimo del coinvolgimento e la possibilità di espletare una attività autonoma nel momento in cui si riacquisti la libertà.

Tutti i programmi realizzati sul piano trattamentale hanno quindi integrato, all'interno degli istituti penitenziari, i programmi terapeutici e socioriabilitativi per i tossicodipendenti, già posti in essere dall'Amministrazione Penitenziaria d'intesa con le strutture sanitarie del territorio.

L'intento è quello di offrire a soggetti, che presumibilmente nella loro vita ne sono stati privi, una gamma completa di opportunità e di stimoli idonei, non solo ad attivare un processo di riorganizzazione della personalità, ma soprattutto a fornire concrete possibilità di reinserimento sociale.

allegato 1

Tabella a Detenuti presenti e tossicodipendenti (*)

Prelevamento al:	presenti	tossicodipendenti	% tossicodip. risp. ai presenti
30/06/92	44.108	13.970	31,67
31/12/92	46.968	14.818	31,55
30/06/93	51.513	15.531	30,15
31/12/93	49.983	15.135	30,28
30/06/94	54.098	15.975	29,50
31/12/94	50.723	14.742	29,06

* dati sono riferiti agli istituti penitenziari con esclusione delle Case Mandamentali

Tabella b Flussi di ingresso

semestri	totale ingressi	tossicodip. entrati	% tossicodip. risp. agli ingressi
I sem. 92	47.250	16.573	35,08
II sem. 92	47.113	16.627	35,29
I sem. 93	52.320	17.014	32,52
II sem. 93	47.128	15.539	32,97
I sem. 94	52.854	16.048	30,36
II sem. 94	47.325	15.417	32,58

tavola c		Fenomeno droga nel suo complesso						allegato I	
periodi semestrali di rilevamento	totale ingressi dalla libertà	tossicodipendenti		non tossicodipendenti		totale ingressi per art. 73			
		entrati dalla libertà (1)	% risp. agli ingressi	entrati dalla libertà (2)	% risp. agli ingressi	entrati dalla libertà	% risp. agli ingressi		
I sem. 92	47.230	16.573	35,08	9.421	19,94	25.994	55,01		
II sem. 92	47.113	16.627	35,29	8.581	18,21	25.208	53,51		
I sem. 93	52.320	17.014	32,52	8.226	15,72	25.240	48,24		
II sem. 93	47.128	15.539	32,97	8.237	17,48	23.776	50,45		
I sem. 94	52.854	16.048	30,36	11.806	22,34	27.854	52,70		
II sem. 94	47.325	15.417	32,58	9.477	20,03	24.894	52,60		

tavola d		Tipologia dei reati					
periodi semestrali di rilevamento	totale ingressi	tossicodipendenti		tossicodipendenti			
		entrati dalla libertà	% risp. agli ingressi	entrati dalla libertà	% risp. agli ingressi		
I sem. 92	47.230	16.573	35,08	9.272	19,62		
II sem. 92	47.113	16.627	35,29	9.626	20,43		
I sem. 93	52.320	17.014	32,52	8.468	16,19		
II sem. 93	47.128	15.539	32,97	7.560	16,04		
I sem. 94	52.854	16.048	30,36	8.295	15,69		
II sem. 94	47.325	15.417	32,58	8.135	17,19		

Riepiloghi Nazionali

LEGENDA

Scheda 1

Riporta i dati riguardanti i detenuti presenti alla data del 31/12/94 ed il numero dei tossicodipendenti e alcolodipendenti presenti alla suddetta data.

Ai fini della individuazione dello stato di alcolodipendenza è stato considerato il soggetto che non può fare a meno di dosi giornaliere quantitativamente variabili da un minimo ad un massimo di sostanze alcoliche e che può andare incontro a fenomeni acuti o cronici, tipo ebbrezza patologica e cronica intossicazione.

Scheda 2

Riporta i dati dei detenuti affetti da HIV tossicodipendenti e non tossicodipendenti alla data del 31/12/94.

Per i detenuti tossicodipendenti affetti da HIV vengono indicate le tre classificazioni: Asintomatici, A.R.C. e AIDS conclamata.

Scheda 3

Riporta i dati degli ingressi dei nuovi giunti dalla libertà per il periodo 1/7/93-31/12/94.

Dei nuovi giunti viene indicato il numero dei sottoposti a screening ed il numero dei risultati positivi.

Scheda 4

Riporta i dati degli ingressi dei nuovi giunti dalla libertà per reati di cui al T.U. 309/90 e per altri reati. Periodo di rilevamento :1/7/94-31/12/94. I quadri 2 e 3 rappresentano sottoclassificazioni del quadro generale 1, per cui la somma dei loro valori corrisponde ai valori totali riportati dal quadro generale 1. Il quadro 4 è un quadro a sè stante e rappresenta i dati dei detenuti stranieri che hanno fatto ingresso nel semestre.

Scheda 4bis

Riporta i dati dei detenuti presenti alla data del 31/12/94 ristretti per reati di cui al T.U.309/90 e per altri reati. I quadri 2 e 3 rappresentano sottoclassificazioni del quadro generale 1, per cui la loro somma corrisponde ai valori totali riportati dal quadro generale 1. Il quadro 4 è un quadro a sè stante e rappresenta i dati dei detenuti stranieri presenti al 31/12/94.

Scheda 5

Detenuti stranieri. Riporta i dati dei detenuti stranieri presenti, tossicodipendenti ed affetti da HIV alla data del 31/12/94. Per i detenuti affetti da HIV vengono indicate le tre classificazioni: Asintomatici, A.R.C. e AIDS conclamata.

Schede 6 e 7

Riportano i dati relativi ai casi seguiti dai Centri di servizio Sociale con riferimento agli articoli 47, 47bis, 47ter della Legge 354/75 e art.76 lettera h del T.U.309/90.

Scheda A/Informat.

Riporta, sulla base delle schede individuali trasmesse al CED, un'analisi a campione dei soggetti tossicodipendenti presenti a fine semestre con l'indicazione del sesso, delle classi d'età e delle sostanze assunte.

Note di riferimento

Il presente riepilogo statistico tratta i dati dei detenuti tossicodipendenti, alcoolodipendenti ed affetti da HIV negli istituti penitenziari. Dall'indagine sono escluse le Case Mandamentali e gli istituti per minorenni. I rilevamenti sono stati effettuati a data fissa (31/12/94) e sui movimenti semestrali (1/7/94-31/12/94).

PERCENTUALE DETENUTI TOSSICOD. PER REGIONE DI DETENZIONE AL 31 DICEMBRE 1994



Centro Elaborazione Dati
Statistica

SCHEDA 1 RILEVAMENTO DETENUTI TOSSICODIPENDENTI, ALCOOLDIPENDENTI ED IN TRATTAMENTO METADONICO
RIEPILOGO A PRESENTI ALLA DATA DEL 31/12/94

RIEPILOGO NAZIONALE

REGIONI	DETENUTI PRESENTI		TOTALE		DETENUTI TOSSICODIPENDENTI		TOTALE		DET. IN TRATT. METADONICO		TOTALE		DETENUTI ALCOOLDIPENDENTI		TOTALE	
	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE
ABRUZZO	1.370	60	1.420		358	10	368		0	0	0	0	18	0	18	
BASILICATA	410	15	423		79	3	82		1	0	1	0	1	0	1	
CALABRIA	1.868	36	1.904		208	5	211		6	0	6	0	7	0	7	
CAMPANIA	6.746	299	8.044		1.642	66	1.608		0	1	0	1	2	0	2	
EMILIA ROMAGNA	3.136	123	3.259		1.109	68	1.177		0	0	0	0	77	3	80	
FRIULI V. GIULIA	669	38	707		204	13	217		10	0	10	0	28	1	29	
LAZIO	4.813	331	5.244		1.931	111	2.042		0	0	0	0	23	1	24	
LIGURIA	868	76	944		372	60	432		23	2	25	0	7	0	7	
LOMBARDIA	6.806	469	7.274		1.964	169	2.133		26	6	31	1	40	1	41	
MARCHE	648	9	657		208	5	213		0	1	1	0	2	0	2	
MOLISE	287	4	291		68	2	70		0	0	0	0	3	0	3	
PIEMONTE	4.339	181	4.520		1.670	94	1.664		46	6	52	6	64	2	66	
PUGLIA	2.972	122	3.094		962	46	1.008		12	0	12	0	6	0	6	
SARDEGNA	2.192	60	2.252		991	43	934		47	4	51	0	10	0	10	
SICILIA	6.811	132	6.943		788	26	813		6	1	7	6	6	0	6	
TOSCANA	3.583	126	3.709		677	67	634		42	7	49	0	40	0	40	
TRENTINO	343	34	377		117	27	144		33	9	41	0	14	0	14	
UMBRIA	732	73	806		167	26	193		1	1	2	0	7	0	7	
VENETO	1.874	125	1.999		659	61	710		7	2	9	0	26	1	27	
VALLE D'AOSTA	171	8	179		85	7	92		0	0	0	0	0	0	0	
TOTALE NAZIONALE	48.424	2.299	50.723		13.856	886	14.742		283	38	321	368	13	382		

SCHEDA 1 RILEVAMENTO DETENUTI TOSSICODIPENDENTI, ALCOOLDIPENDENTI ED IN TRATTAMENTO METADONICO
RIEPILOGO B RIEPILOGO NAZIONALE

REGIONE	DETENUTI PRESENTI		TOTALE		DETENUTI TOSSICODIPENDENTI		TOTALE		% RISPETTO AI PRES.		DETENUTI ALCOOLDIPENDENTI		TOTALE		% RISPETTO AI PRES.	
	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE
ABRUZZO	1.370	60	1.420		368	10	368		26,92	18	0	18		1,27		
BASILICATA	410	13	423		79	3	82		19,39	1	0	1		0,24		
CALABRIA	1.868	38	1.904		208	3	211		11,08	7	0	7		0,37		
CAMPANIA	6.746	299	6.944		1.642	66	1.608		26,60	2	0	2		0,03		
EMILIA ROMAGNA	3.136	123	3.259		1.109	68	1.177		36,12	77	3	80		2,45		
FRIULI V. GIULIA	669	38	607		204	13	217		35,75	26	1	27		4,45		
LAZIO	4.913	331	5.244		1.931	111	2.042		38,94	23	1	24		0,46		
LIGURIA	966	76	1.042		372	60	432		41,46	7	0	7		0,67		
LOMBARDIA	6.806	469	7.274		1.964	169	2.133		29,32	40	1	41		0,66		
MARCHE	648	9	657		208	6	213		32,42	2	0	2		0,30		
MOLISE	267	4	271		66	2	67		24,72	3	0	3		1,11		
PIEMONTE	4.339	181	4.520		1.670	94	1.664		36,81	64	2	66		1,24		
PUGLIA	2.972	122	3.094		962	46	1.008		32,68	6	0	6		0,19		
SARDEGNA	2.192	60	2.242		891	43	934		41,66	10	0	10		0,45		
SICILIA	6.611	132	6.643		788	28	813		14,41	6	0	6		0,11		
TOSCANA	3.693	126	3.719		677	67	634		17,06	40	0	40		1,08		
TRENTINO	343	34	377		117	27	144		38,20	14	4	18		4,77		
UMBRIA	732	75	806		167	26	193		23,98	7	0	7		0,87		
VENETO	1.874	126	1.999		659	61	710		35,62	26	1	27		1,35		
VALLE D'AOSTA	171	8	178		86	7	92		51,40	0	0	0		0,00		
TOTALE NAZIONALE	48.424	2.299	50.723		13.856	886	14.742		29,06	369	13	382		0,76		

SCHEDA 2
RIEPILOGO A

RILEVAMENTO DETENUTI AFFETTI DA HIV
PRESENTI ALLA DATA DEL 31/12/94

RIEPILOGO NAZIONALE

REGIONI	SIEROPOSITIVI ASINTOMATICI				DETENUTI TOSSICODIPENDENTI AFFETTI DA HIV				AIDS CONCLAMATA		TOT. U.		TOT. D.		TOT. GEN.		DETENUTI NON TOSSICODIPENDENTI AFFETTI DA HIV				TOT. DEI AFFETTI DA HIV		INTERAPIA AZT					
	UOMINI		DONNE		UOMINI		DONNE		UOMINI		DONNE		UOMINI		DONNE		TOT.		UOMINI		DONNE		UOMINI		DONNE		TOTALE	
	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE
ABRUZZO	28	1	2	0	0	0	0	30	1	31	2	1	3	34	6	1	6	34	6	1	6	34	6	1	6	34	6	
BASILICATA	0	0	2	0	0	0	11	0	11	0	11	0	11	12	0	0	12	12	0	0	12	0	0	12	0	0		
CALABRIA	0	0	4	1	0	0	13	1	14	1	15	2	17	16	1	17	17	16	1	17	16	1	17	16	1	17		
CAMPANIA	109	3	23	6	2	0	134	8	142	8	150	10	160	146	14	160	160	146	14	160	146	14	160	146	14	160		
EMILIA ROMAGNA	170	26	56	0	2	0	228	36	263	36	299	10	309	274	25	309	309	274	25	309	274	25	309	274	25	309		
FRIULI V. GIULIA	24	2	4	1	2	1	34	4	34	4	38	1	39	36	2	38	38	36	2	38	36	2	38	36	2	38		
LAZIO	247	29	32	14	1	1	280	44	324	44	368	17	385	343	25	368	368	343	25	368	343	25	368	343	25	368		
LIGURIA	70	34	14	1	2	0	86	36	121	36	157	6	163	126	31	157	157	126	31	157	126	31	157	126	31	157		
LOMBARDIA	418	52	66	0	4	0	488	61	549	61	610	31	641	582	59	641	641	582	59	641	582	59	641	582	59	641		
MARCHE	27	0	1	0	0	0	28	0	28	0	28	1	29	29	0	29	29	29	0	29	29	0	29	29	0	29		
MOLISE	3	0	0	0	0	0	3	0	3	0	3	0	3	3	0	3	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3		
PIEMONTE	226	18	23	1	0	0	248	19	267	19	286	28	314	288	28	314	314	288	28	314	288	28	314	288	28	314		
PUGLIA	97	12	17	2	0	1	114	16	129	16	145	1	146	130	16	146	146	130	16	146	130	16	146	130	16	146		
SARDEGNA	179	8	37	2	7	0	223	10	233	10	243	6	249	238	11	249	249	238	11	249	238	11	249	238	11	249		
SICILIA	46	6	33	2	2	0	81	8	89	8	97	19	116	108	8	116	116	108	8	116	108	8	116	108	8	116		
TOSCANA	89	11	44	6	0	0	133	17	150	17	167	37	204	187	40	204	204	187	40	204	187	40	204	187	40	204		
TRENTINO	12	2	7	1	1	0	20	3	23	3	26	1	27	24	2	26	26	24	2	26	24	2	26	24	2	26		
UMBRIA	22	6	2	0	0	0	24	6	30	6	36	2	38	33	5	38	38	33	5	38	33	5	38	33	5	38		
VENETO	107	17	6	0	4	0	116	17	133	17	150	12	162	146	14	162	162	146	14	162	146	14	162	146	14	162		
VALLE D'AOSTA	7	0	2	0	0	0	9	0	9	0	9	0	9	9	0	9	9	9	0	9	9	0	9	9	0	9		
TOTALE NAZIONALE	1.898	227	374	64	27	3	2.299	284	2.583	284	2.867	177	3.044	2.772	488	3.260	3.260	2.772	488	3.260	2.772	488	3.260	2.772	488	3.260		

NOTA:
I DATI SONO STATI RILEVATI A SEGUITO
DI SCREENING VOLONTARIO.

RILEVAMENTO DETENUTI PRESENTI TOSSICODIPENDENTI ED AFFETTI DA HIV
PRESENTI ALLA DATA DEL 31/12/94

SCHEDA 2
RIEPILOGO B

RIEPILOGO NAZIONALE

REGIONE	TOTALE DETENUTI PRESENTI	DETENUTI TOSSICOD.		DETENUTI AFFETTI DA HIV		DETENUTI TOSSICODIPENDENTI ED AFFETTI DA HIV		DETTAGLIO DETENUTI AFFETTI DA HIV PERCENTUALI RISPETTO AI PRESENTI		SEROPOSITIVI ASINT.		AIDS CONCL.		HIV NON TOSSIC.	
		TOTALE	% RISPETTO AI PRESENTI	TOTALE	% RISPETTO AI PRESENTI	TOS- SICODIP.	% RISPETTO AI TOSSIC.	TOTALE	% RISPETTO AI PRESENTI	A.R.C.	%	AIDS CONCL.	%	HIV NON TOSSIC.	%
ABRUZZO	1.470	368	25,02	34	2,19	31	8,42	29	2,04	2	0,14	0	0,00	3	0,21
BASILICATA	423	82	19,39	12	2,84	11	13,41	9	2,13	2	0,47	0	0,00	1	0,24
CALABRIA	1.904	211	11,08	16	0,84	14	6,54	9	0,47	6	0,26	0	0,00	2	0,11
CAMPANIA	6.944	1.608	23,00	146	2,40	142	8,83	112	1,88	28	0,48	2	0,03	3	0,05
EMILIA ROMAGNA	3.289	1.177	35,82	274	9,41	263	22,34	196	6,01	66	1,99	2	0,06	11	0,34
FRIULI V. GIULIA	607	217	35,76	36	5,77	34	16,67	26	4,28	6	0,82	3	0,49	1	0,16
LAZIO	6.244	2.042	32,94	343	5,54	324	15,87	276	4,42	46	0,74	2	0,04	19	0,30
LIGURIA	1.042	432	41,46	126	12,09	121	28,01	104	9,99	16	1,44	2	0,19	6	0,48
LOMBARDIA	7.274	2.133	29,32	682	8,00	649	25,74	470	6,48	76	1,03	4	0,05	33	0,45
MARCHE	667	233	34,92	29	4,41	28	13,15	27	4,11	1	0,16	0	0,00	1	0,15
MOLISE	271	67	24,72	3	1,11	3	4,48	3	1,11	0	0,00	0	0,00	0	0,00
PIEMONTE	4.620	1.664	36,01	298	6,69	267	16,06	243	5,38	24	0,63	0	0,00	31	0,69
PUGLIA	3.094	1.008	32,58	130	4,20	128	12,80	109	3,52	19	0,61	1	0,03	1	0,03
SARDEGNA	2.242	934	41,66	238	10,62	233	24,96	187	8,34	39	1,74	7	0,31	6	0,22
SICILIA	6.643	813	12,24	108	1,91	89	10,96	62	0,92	36	0,62	2	0,04	19	0,34
TOSCANA	3.718	634	17,06	187	5,03	160	23,66	100	2,69	60	1,34	0	0,00	37	0,99
TRENTINO	377	144	38,20	24	6,37	23	16,97	14	3,71	8	2,12	1	0,27	1	0,27
UMBRIA	805	193	23,98	33	4,10	30	16,64	28	3,48	2	0,26	0	0,00	3	0,37
VENETO	1.998	710	35,52	146	7,30	133	18,73	124	6,20	6	0,26	4	0,20	13	0,65
VALLE D'AOSTA	179	92	51,40	9	6,03	9	9,78	7	3,91	2	1,12	0	0,00	0	0,00
TOTALE NAZIONALE	60.723	14.742	24,28	2.772	5,46	2.583	17,52	2.125	4,19	428	0,84	30	0,06	189	0,37

NOTA:
I DATI SONO STATI RILEVATI A SEGUITO
DI SCREENING VOLONTARIO.

SERIE STORICA: DATISCHEDE 1-2

Data	Det. Presenti		Det. Tossicod.		Det. Sieroposit.		Det. Sieropositivi Tossicod.			Det. Sierop. non tossic.			Det. affetti da AIDS	
		% Resp. al Pres.		% Resp. al Pres.		% Resp. ai Tossicod.		% Resp. al tot. detenuti Sieropos.		% Resp. al Det. Presenti non toss. Sieropos.		% Resp. al det. Sieropos.		% Resp. al det. Sieropos.
31/12/90	25.573	28,54	7.299	9,73	2.489	32,58	2.378	95,54	111	0,81	4,46	39	1,57	
30/06/91	30.774	31,27	9.623	9,22	2.838	28,79	2.770	97,60	68	0,32	2,40	48	1,69	
31/12/91	35.168	32,81	11.540	9,01	3.169	26,26	3.030	95,61	139	0,59	4,39	84	2,65	
30/06/92	44.108	31,67	13.970	8,81	3.884	26,71	3.731	96,06	153	0,51	3,94	84	2,16	
31/12/92	46.968	31,55	14.818	7,52	3.530	22,79	3.377	95,67	153	0,48	4,33	50	1,42	
30/06/93	51.513	30,15	15.531	7,06	3.638	21,98	3.413	93,82	225	0,63	6,18	58	1,59	
31/12/93	49.983	30,28	15.135	6,82	3.407	20,94	3.170	93,04	237	0,68	6,96	86	2,52	
30/06/94	54.098	29,50	15.957	5,52	2.987	17,53	2.797	93,64	190	0,50	6,36	50	1,67	
31/12/94	50.723	29,06	14.742	5,46	2.772	17,52	2.583	93,18	189	0,53	6,82	30	1,08	

SCHEDA 3
RIEPILOGO A
RILEVAMENTO DETENUTI SOTTOPOSTI A SCREENING E RILEVAMENTO DETENUTI RISULTATI POSITIVI ALL'HIV
CON RIFERIMENTO AL MOVIMENTO DELL'INTERO SEMESTRE: 1/7/84 - 31/12/84

RIEPILOGO NAZIONALE

REGIONI	NUMERO GIUNTI DALLA LIBERTA'			DETENUTI SOTTOPOSTI A SCREENING			DETENUTI RISULTATI POSITIVI			NUMERO CASI DI AIDS CONCL. NOTIFICATI AL COA DALL'ISTIT. O DAL PRESIDIO PUBBLICO		
	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE
	ABRUZZO	711	97	808	374	41	365	6	3	11	0	1
BASILICATA	367	13	380	60	1	61	4	0	4	1	0	1
CALABRIA	1.464	56	1.530	502	20	522	11	1	12	2	0	2
CAMPANIA	6.642	621	7.163	773	88	861	32	8	40	8	6	8
EMILIA ROMAGNA	2.606	204	2.709	1.056	83	1.139	123	13	136	9	0	9
FRIULI V. GIULIA	651	48	699	281	19	300	24	6	30	2	0	2
LAZIO	6.463	602	6.965	1.427	103	1.530	184	19	203	12	3	16
LIGURIA	1.763	158	1.921	1.486	143	1.628	117	29	146	3	1	4
LOMBARDIA	6.292	601	6.793	1.397	323	1.720	100	45	145	7	1	8
MARCHE	627	41	668	369	28	397	18	2	20	1	0	1
MOLISE	134	12	146	26	1	26	0	0	0	0	0	0
PIEMONTE	4.426	426	4.851	3.781	320	4.101	285	17	302	17	0	17
PUGLIA	4.036	197	4.232	1.346	60	1.426	66	10	66	4	0	4
SARDEGNA	1.003	65	1.068	706	48	754	79	6	84	17	0	17
SICILIA	3.786	245	4.030	962	64	1.006	67	3	60	6	0	6
TOSCANA	2.134	262	2.396	729	80	809	61	11	72	6	0	6
TRENTINO	491	37	528	217	16	232	15	2	17	0	0	0
UMBRIA	268	38	306	189	9	198	10	2	12	1	0	1
VENETO	1.874	260	2.134	1.149	45	1.194	26	6	32	6	0	6
VALLE D'AOSTA	102	6	108	7	0	7	0	0	0	0	0	0
TOTALE NAZIONALE	43.626	3.799	47.325	16.764	1.601	18.265	1.210	182	1.392	100	6	106

NOTA:
I DATI SONO STATI RILEVATI A SEGUITO
DI SCREENING VOLONTARIO.

SERIE STORICA: DATI SCHEDA 3
(per semestri)

Periodo	Screening sui detenuti provenienti dalla libertà			
	Nuovi Giunti	Detenuti testati	% Risp. ai Nuovi Giunti	Detenuti risultati positivi
			% Risp. ai det. testati	
II sem. 90	38.327	18.208	47,51	2.430
I sem. 91	40.422	20.722	51,26	2.814
II sem. 91	47.250	19.645	41,58	2.678
I sem. 92	47.113	21.203	45,00	2.376
II sem. 92	52.320	21.942	41,94	1.879
I sem. 93	47.128	20.547	43,60	1.625
II sem. 93	52.854	22.011	41,64	1.674
I sem. 94	47.325	18.265	38,59	1.392
II sem. 94				7,62

SERIE STORICA: DATI SCHEDA 3
(per annualità)

Periodo	Screening sui detenuti provenienti dalla libertà			
	Nuovi Giunti	Detenuti testati	% Risp. ai Nuovi Giunti	Detenuti risultati positivi
			% Risp. al del. testati	
Anno 1990	65.831	29.552	44,89	4.344
Anno 1991	78.749	38.930	49,44	5.244
Anno 1992	94.363	40.848	43,29	5.054
Anno 1993	99.448	42.489	42,72	3.504
Anno 1994	100.179	40.276	40,20	3.066
				14,70
				13,47
				12,37
				8,25
				7,61

SCHEDA 4

RILEVAMENTO POPOLAZIONE DETENUTA PROVENIENTE DALLA LIBERTÀ*
PER REATI DI CUI AL T.U. 309/90 E PER ALTRI REATI
CON RIFERIMENTO AL MOVIMENTO DELL'INTERO SEMESTRE 17/94 - 31/12/94

RIEPILOGO NAZIONALE

REGIONI	QUADRO 1 NUOVI GIUNTI DALLA LIBERTÀ*			QUADRO 2 TOSSICODIPENDENTI			QUADRO 3 NON TOSSICODIPENDENTI			QUADRO 4 DETENUTI STRANIERI					
	RISTRETTI PER ART. 73 T.U. 309/90		TOTALE	RISTRETTI PER ART. 73 T.U. 309/90		TOTALE	RISTRETTI PER ART. 73 T.U. 309/90		TOTALE	TOSSICODIPENDENTI PER ART. 73 T.U. 309/90		NON TOSSICODIPENDENTI PER ALTRI T.U. 309/90		REATI	
	PER ALTRI REATI	REATI		PER ALTRI REATI	REATI		PER ALTRI REATI	REATI		PER ALTRI REATI	REATI	PER ALTRI REATI	REATI	PER ALTRI REATI	REATI
ABRUZZO	206	603	809	126	136	265	85	468	563	5	14	13	77	90	
BASILICATA	27	363	380	12	40	62	16	313	328	0	0	0	76	76	
CALABRIA	238	1.232	1.630	70	107	177	228	1.126	1.353	3	8	8	111	119	
CAMPANIA	3.064	4.039	7.163	738	626	1.263	2.326	3.674	6.900	88	42	130	280	896	
EMILIA ROMAGNA	824	1.885	2.709	620	606	1.126	304	1.880	1.884	190	133	323	328	792	
FRIULI	132	667	899	67	103	170	66	464	629	1	6	6	14	196	
LAZIO	2.630	3.326	6.955	1.636	1.140	2.676	1.094	2.186	3.279	616	330	848	660	1.780	
LIGURIA	787	1.134	1.921	329	368	697	458	766	1.224	72	82	134	167	485	
LOMBARDIA	2.364	3.423	6.753	1.067	784	1.861	1.297	2.632	3.932	263	178	381	687	1.664	
MARCHE	219	349	568	120	103	223	99	246	346	20	5	26	12	113	
MOLISE	29	117	146	20	17	37	9	100	109	0	0	0	0	18	
PIEMONTE	2.666	2.296	4.851	1.476	1.030	2.605	1.081	1.265	2.346	278	168	448	666	1.128	
PUGLIA	1.307	2.926	4.232	746	663	1.308	682	2.362	2.924	63	17	70	37	248	
SARDEGNA	374	694	1.068	218	207	426	166	487	643	1	1	2	4	23	
SICILIA	604	3.226	4.030	302	494	796	602	2.732	3.234	14	18	30	30	163	
TOSCANA	1.066	1.331	2.396	340	626	966	726	706	1.431	106	78	183	433	940	
TRENTINO	177	361	528	100	82	182	77	289	346	34	18	48	46	166	
UMBRIA	100	208	306	63	36	89	47	170	217	2	1	3	6	37	
VENETO	630	1.604	2.134	293	284	607	337	1.210	1.647	67	63	110	136	708	
VALLE D'AOSTA	20	88	108	10	14	24	10	74	84	4	1	6	6	26	
TOTALE NAZIONALE	17.612	29.713	47.325	8.136	7.282	15.417	9.477	22.431	31.908	1.696	1.069	2.766	3.287	9.697	

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

RECHIA 414

RILEVAMENTO DETENUTI PRESENTI E TOSSICODIPENDENTI
RISTRETTI PER REATI DI CUI AL T.U. 309/90 E PER ALTRI REATI
ALLA DATA DEL 31/12/94

RIEPILOGO NAZIONALE

REGIONI	QUADRO 1 DETENUTI PRESENTI			QUADRO 2 TOSSICODIPENDENTI			QUADRO 3 NON TOSSICODIPENDENTI			QUADRO 4 DETENUTI STRANIERI		
	RISTRETTI PER ART.73 T.U. 309/90	RISTRETTI PER ALTRI REATI	TOTALE	RISTRETTI PER ART.73 T.U. 309/90	RISTRETTI PER ALTRI REATI	TOTALE	RISTRETTI PER ART.73 T.U. 309/90	RISTRETTI PER ALTRI REATI	TOTALE	RISTRETTI PER ART.73 T.U. 309/90	RISTRETTI PER ALTRI REATI	TOTALE
ABRUZZO	371	1.049	1.420	148	220	368	223	829	1.052	71	74	145
BASILICATA	136	288	423	41	41	82	94	247	341	14	7	21
CALABRIA	412	1.492	1.904	78	133	211	334	1.359	1.693	29	31	60
CAMPANIA	2.372	3.672	6.044	852	746	1.598	1.510	2.825	4.436	210	166	366
EMILIA ROMAGNA	1.061	2.198	3.259	454	723	1.177	697	1.475	2.082	368	508	874
FRILUI	213	394	607	93	124	217	120	270	390	50	86	136
LAZIO	1.783	3.491	5.274	942	1.100	2.042	811	2.391	3.202	795	780	1.575
LIGURIA	477	665	1.142	244	188	432	233	377	610	130	200	330
LOMBARDIA	2.973	4.301	7.274	1.160	973	2.133	1.813	3.328	5.141	732	881	1.613
MARCHE	260	397	657	98	116	213	162	282	444	50	72	122
MOLISE	60	211	271	17	60	77	43	204	281	8	4	12
PIEMONTE	2.376	2.141	4.517	937	727	1.664	1.442	1.414	2.855	649	342	991
PUGLIA	970	2.124	3.094	449	569	1.018	521	1.565	2.085	24	89	123
SARDEGNA	583	1.559	2.142	288	645	934	295	1.013	1.308	201	76	275
SICILIA	899	4.744	5.643	239	574	813	650	4.170	4.830	55	97	152
TOSCANA	1.462	2.267	3.729	349	285	634	1.103	1.992	3.085	505	365	870
TRENTINO	194	183	377	86	48	134	98	135	233	109	47	155
UMBRIA	188	517	705	78	115	193	110	502	612	49	85	134
VENETO	824	1.175	1.999	368	342	710	458	833	1.289	223	273	496
VALLE D'AOSTA	53	125	178	46	46	92	7	80	87	16	11	29
TOTALE NAZIONALE	17.529	33.094	50.623	6.987	7.755	14.742	10.542	25.339	35.381	4.298	4.183	8.481

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

ATTIVITA' DEI CENTRI DI SERVIZIO SOCIALE CON RIFERIMENTO AGLI ARTT. 47 E 47 TER LEGGE 364/76.

SCHEDA 6
RIEPILOGO

SITUAZIONE AL 31/12/94 RIEPILOGO NAZIONALE

REGIONE	ART. 47 BIS			ART. 47			ART. 47 TER			ART. 76 lett. h, l, l.309/90				
	Tossico- dipend.	Alcool- dipend.	Totale	Tossico- dipend.	Alcool- dipend.	Altre categorie	Totale	Tossico- dipend.	Alcool- dipend.	Altre categorie	Totale	Tossico- dipend.	Tossico- dipend.	Totale
ABRUZZO	11	2	13	15	2	47	64	1	0	11	12	0	0	0
BASILICATA	18	0	18	0	0	75	75	0	0	0	0	0	0	0
CALABRIA	30	0	30	0	0	137	137	1	0	48	49	0	0	0
CAMPANIA	57	0	57	76	0	642	717	5	0	66	70	0	0	0
EMILIA ROMAGNA	515	0	515	0	0	195	195	2	0	24	26	0	0	0
FRIULI VENEZIA GIULIA	37	7	44	13	6	53	72	1	1	3	5	0	0	0
LAZIO	129	3	132	11	1	164	176	1	0	48	47	0	0	0
LIGURIA	124	0	124	0	0	143	143	7	0	23	30	0	0	0
LOMBARDIA	380	6	386	46	4	341	391	8	0	54	62	0	0	0
MARCHE	77	0	77	3	1	64	68	2	0	2	4	0	0	0
MOLISE	1	0	1	6	2	27	34	0	0	0	0	0	0	0
PIEMONTE	218	4	222	8	4	0	285	0	0	64	64	0	0	0
PUGLIA	263	1	264	4	6	472	482	26	0	31	56	0	0	0
SARDEGNA	75	1	76	36	4	194	233	10	0	9	19	0	0	0
SICILIA	117	1	118	4	0	292	296	1	0	49	50	0	0	0
TOSCANA	358	2	358	160	1	281	432	7	0	18	25	0	0	0
TRENTINO ALTO ADIGE	30	6	36	6	4	37	47	1	0	7	8	0	0	0
UMBRIA	80	1	81	1	0	68	69	1	0	2	3	0	0	0
VENETO	138	6	144	15	6	84	105	62	11	36	109	0	0	0
VALLE D'AOSTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE	2.646	48	2.694	391	41	3.306	4.011	135	12	482	629	0	0	0

SCHEDA 7
RIEPILOGO

ATTIVITA' DEI CENTRI DI SERVIZIO SOCIALE CON RIFERIMENTO AGLI ARTI. 47 E 47 TER LEGGE 364/74.

CASI PERVENUTI DALL'1/7/94 AL 31/12/94 RIEPILOGO NAZIONALE

REGIONE	ART. 47 BIS		ART. 47		ART. 47 TER		ART. 76 lettera h. l. 11/30/90	
	Tossico- dipend.	Alcool- dipend.	Tossico- dipend.	Alcool- dipend.	Tossico- dipend.	Alcool- dipend.	Tossico- dipend.	Tossico- dipend.
ABRUZZO	13	2	12	2	2	0	11	13
BASILICATA	7	0	0	0	0	0	0	0
CALABRIA	31	0	0	0	0	0	22	23
CAMPANIA	28	0	64	0	4	0	39	43
EMILIA ROMAGNA	302	0	0	0	0	0	26	29
FRIULI VENEZIA GIULIA	28	6	34	7	3	1	3	6
LAZIO	128	1	11	1	0	0	37	37
LIGURIA	88	6	0	0	0	0	20	23
LOMBARDIA	281	7	34	4	6	0	42	48
MARCHE	44	0	3	1	2	0	3	6
MOLISE	1	0	0	0	0	0	0	0
PIEMONTE	120	2	0	0	0	0	0	0
PUGLIA	210	0	0	0	0	0	38	38
SARDEGNA	49	2	26	6	0	0	20	26
SICILIA	82	1	0	0	0	0	2	10
TOSCANA	193	2	80	1	7	0	13	26
TRENTINO ALTO ADIGE	27	7	2	5	1	0	4	8
UMBRIA	49	1	0	0	0	0	1	2
VENETO	63	5	11	6	34	0	26	60
VALLE D'AOSTA	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE	1.744	44	263	44	102	7	339	448

3.288

Ministero di Grazia e Giustizia
Ufficio Centrale per la Giustizia Minorile

Rapporto sugli assuntori di droga transitati per i servizi minorili

Attività svolte e risultati

Sulla base delle iniziative progettate e avviate nel 1993 con le Regioni per concordare linee comuni di indirizzo e d'azione in risposta alla tossicodipendenza, quest'Ufficio ha svolto nel corso del 1994 una costante azione di propulsione e di programmazione per la realizzazione di proposte concrete in materia di prevenzione, cura e riabilitazione dei tossicodipendenti entrati nel circuito penale.

L'attività dell'Ufficio e del sistema dei servizi dipendenti si è mossa nell'ambito della tutela del minore e nel perseguimento dell'effettivo esercizio dei loro diritti: in primo luogo del diritto alla salute.

In questo quadro di riferimento le attività sono state svolte a tre livelli di intervento:

- definizione delle strategie di indirizzo
- organizzazione dell'intervento interistituzionale
- realizzazione dei programmi operativi

Definizione delle strategie di indirizzo

In ordine al primo livello l'Ufficio si è prodigato per accelerare i tempi della definizione del documento contenente le linee di indirizzo in materia di cura e riabilitazione dei tossicodipendenti coinvolti nell'area penale.

Il documento è stato ratificato in data 10.3.94 dalla Commissione Nazionale Consultiva e di coordinamento per i rapporti con le Regioni e gli Enti Locali, istituita presso questo Ministero.

Il documento, come atto politico - istituzionale, tende a chiarire e definire le linee portanti della collaborazione tra Ministero di Grazia e Giustizia e Regioni nell'affrontare i problemi connessi alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione dei minori consumatori di droga che, a diverso titolo, entrano nell'area penale fornendo le conseguenti indicazioni riguardanti gli aspetti istituzionali organizzativi e funzionali.

Tale documento, che ha come elemento unificante l'azione comune tra Servizi ministeriali e Servizi dell'Ente Locale, si articola su quattro indicazioni prospettiche.

La prima contiene linee di indirizzo in materia di prevenzione, cura e riabilitazione dei tossicodipendenti. Si tratta di orientamenti di programmazione generale cui si ispireranno tutti i documenti successivi di natura programmatica e operativa ed i relativi atti conseguenti da interpretare e tradurre nel contesto culturale, politico, giuridico ed amministrativo in cui si svolgerà l'intervento.

La seconda riguarda il complesso degli interventi che sono attivabili o attivati in materia nell'area delle misure penali non detentive. Nel merito si prevede lo strumento giuridico della convenzione nonché un puntuale protocollo operativo che, con riferimento ai diversi istituti giuridici cui è destinato, individua i soggetti attivi coinvolti (Autorità giudiziaria, Servizi minorili della giustizia, Servizi territoriali), le modalità di attivazione e di gestione degli interventi, le reciproche interrelazioni.

La terza e la quarta indicazione riguardano rispettivamente la disciplina degli interventi ordinati alla cura e alla riabilitazione dei minorenni detenuti a diverso titolo giudico e quelli praticati nelle strutture penali a custodia attenuata o semilibera (Centri di Prima Accoglienza, Centri diurni polifunzionali).

Il motivo che informa costantemente il documento è la ricerca della collaborazione piena, competente e professionalmente adeguata di tutte le istituzioni e dei relativi servizi chiamati a far fronte al fenomeno "tossicodipendenza" e al bisogno di aiuto dei giovani coinvolti, con l'obiettivo dichiarato delle reciproche integrazioni culturali e metodologiche nell'intervento.

Nel quadro della definizione delle strategie questo ufficio ha inoltre potenziato la propria azione d'impulso per l'istituzione della Commissione regionale di programmazione e di coordinamento tra i Centri per la Giustizia Minorile e gli Assessorati ai Servizi Sociali delle Regioni, prevista dall'art. 13 del D.L.vo 272/89 (Norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del decreto del Presidente della Repubblica 22.9.1988, n. 449, recante norme per l'adeguamento dell'ordinamento giudiziario al nuovo processo penale ed a quello a carico degli imputati minorenni).

In tale ambito sono state avviate le procedure per la designazione da parte delle Regioni dei delegati che dovranno far parte della Commissione le cui funzioni attengono al coordinamento dell'attività dei servizi dell'Amministrazione della giustizia e dei servizi di assistenza degli Enti Locali, comprendente tutta la materia socio - assistenziale e sanitaria.

La presenza attiva dell'organo di ciascuna Regione permetterà alle istituzioni di fronteggiare con azione più concreta anche il fenomeno della tossicodipendenza dei giovani e darà maggiore impulso alle risposte che saranno messe in atto.

Organizzazione dell'intervento interistituzionale

Alla luce di quanto sopra delineato, nel corso del 1994 sono state avviate intese tra i servizi di coordinamento tendenti a chiarire l'organizzazione interistituzionale dell'intervento destinato alla prevenzione, cura e riabilitazione dei minori tossicodipendenti del circuito penale.

Tali intese stabiliscono che le convenzioni potranno essere approvate in sede locale anche assumendo le modalità che sono proprie delle leggi 142/90 (art. 27 "accordi di programmi") e 241/90 (art. 14 e 15 "conferenza dei servizi" e "accordi tra Amministrazioni").

Le convenzioni sono integrate da protocolli operativi adattabili alla specificità delle situazioni e delle normative locali.

In merito agli oneri finanziari le intese stabiliscono, come segue, le competenze di spese relative all'intervento:

- gli interventi destinati alla prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti tossicodipendenti sottoposti a misure limitative e privative della libertà o comunque sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria gravano sul Fondo Sanitario Regionale in adeguamento alla risoluzione della Conferenza Stato - Regione del 30.7.1992.
- gli interventi destinati al mantenimento, alla cura o all'assistenza medica dei soggetti sottoposti a provvedimenti da eseguirsi presso il domicilio o presso comunità terapeutiche gravano sull'Amministrazione della Giustizia Minorile: sulla stessa Amministrazione gravano le spese per il collocamento in luogo diverso dall'abitazione familiare e per ogni attività di osservazione, trattamento e sostegno (art. 28 D.L.vo 272/89).
- gli interventi destinati alla prevenzione e alla reintegrazione sociale connessi allo stato di tossicodipendenza gravano sugli Enti Locali e sul Fondo socio - assistenziale ai sensi dell'art. 114 del D.P.R. 309/90

L'organizzazione dell'intervento rimanda, infine, al protocollo operativo la decisione di affidare il singolo caso alla gestione della istituzione (Ser.T., Servizi minorili ed altri) in

relazione ai preminenti bisogni del soggetto che rientrano nel settore socio - sanitario i quali non sono regolamentati da norme specifiche. In ogni caso sono comunque salvaguardate l'integrazione ed il coordinamento in modo da dare consistenza ad un sistema unitario dei servizi regionali, in grado di farsi carico anche dell'esecuzione penale negli ambiti di competenza.

Realizzazione dei programmi operativi.

A completamento del quadro relativo alle attività svolte va, infine, rappresentata la situazione operativa dell'intervento così come è stata programmata e realizzata.

Va subito detto in proposito che lo strumento che ha messo a fuoco i diversi programmi operativi è stato il "protocollo operativo" stipulato tra i servizi di base interessati allo stesso minore. Tale strumento non è stato predisposto e utilizzato diffusamente a livello nazionale ma ha avuto significativo impiego in talune sedi ove le condizioni ambientali, culturali ed istituzionali lo hanno reso applicabile (Milano, Firenze, Cagliari).

Al di là delle singole esperienze maturate in proposito, le caratteristiche del programma di intervento interistituzionale calate nel modello di Protocollo operativo, possono essere così rappresentate.

La Polizia giudiziaria e la Magistratura minorile segnalano ai servizi minorili della Giustizia i minori arrestati, fermati o denunciati a piede libero per flagranza di reato.

A seguito di tale segnalazione gli stessi servizi possono venire a conoscenza delle condizioni di "tossicodipendenza" di tali minori di cui verrà data comunicazione al Ser.T. della UU.SS.LL. territorialmente competente.

L'UU.SS.LL. ed i servizi della giustizia provvedono poi, con continuità, a trasmettersi ogni utile informazione sui minorenni seguiti da entrambi.

Con la segnalazione si avvia la procedura della presa in carico che si realizza ordinariamente attivando, attraverso incontri specifici, gli operatori interessati del Ser.T. e l'équipe dei servizi minorili che provvedono, a conclusione del processo di conoscenza, a definire la presa in carico, a precisare il programma d'intervento per la cura e la riabilitazione ed a fissare modalità, tempi, procedure attuative, ad individuare l'operatore o gli operatori chiamati a gestire il caso o la situazione.

I protocolli operativi predisposti al 31.12.94 e le conseguenti applicazioni hanno messo a fuoco in prevalenza la costruzione del programma curativo e riabilitativo prevedendo le forme di collaborazione ed i compiti sottoindicati:

- gli operatori del Ser.T. e quelli dei servizi minorili hanno formulato congiuntamente il programma;
- gli operatori del Ser.T. hanno la responsabilità di eseguire il programma legato alla condizione di tossicodipendenza in qualunque struttura risieda il minore;
- gli operatori del servizio della giustizia (C.P.A., U.S.S.M., I.P.M.) forniscono e aggiornano tutti gli elementi di conoscenza del minore e delle prescrizioni imposte dall'autorità giudiziaria;
- la direzione del servizio della giustizia e il coordinatore del Ser.T. procedono, con cadenza almeno trimestrale, alla verifica congiunta sull'andamento del protocollo operativo e sull'attuazione del programma terapeutico e riabilitativo, esaminano i risultati conseguiti, formulano proposte per il miglioramento del servizio. Degli esiti di tali incontri è informato il Magistrato di sorveglianza.

Alle attività sopra indicate si aggiungono quelle scelte dai progetti finanziati con il Fondo Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

E' appena il caso di fare cenno alla continua attività di formazione svolta in materia di tossicodipendenza per gli operatori delle istituzioni interessate. Si segnala in proposito la programmazione e l'esecuzione dei seminari a partecipazione interistituzionale congiunta che hanno favorito la conoscenza dei problemi specifici di competenza, l'acquisizione di una cultura e di un linguaggio comune e l'intesa sulle procedure di collaborazione da seguire.

Circa i risultati conseguiti va subito detto che le iniziative sperimentali, legate all'attuazione dei programmi avviati negli ultimi mesi dell'anno, sono tuttora in esecuzione.

Per quanto attiene i risultati scaturiti dalla costante attività svolta nel corso dell'anno, questi possono definirsi sostanzialmente positivi con tutta la riserva che la delicatezza dell'intervento suggerisce.

I risultati più significativi possono così riassumersi:

- costanza nella presenza dei minori assuntori di droga nei servizi,
- assenza di grave crisi di astinenza e di malattie infettive ascrivibili alla condizione di tossicodipendenza,
- realizzazione in corso di un formale sistema interistituzionale in grado di integrare l'azione congiunta.

- realizzazione della fase conclusiva del sistema di monitoraggio mediante la rete informatica,
- l'acquisizione della cultura e della capacità di intervento mirato sugli stati di tossicodipendenza da parte degli operatori dei servizi minorili.

Come dato negativo si registra la presenza di due casi risultati positivi agli esami sierologici d'accertamento del virus HIV:

Statistiche relative all'anno 1994.

I dati contenuti nelle tabelle che seguono si riferiscono ai minori assuntori di droga che sono passati per i servizi minorili nell'intero anno 1994.

Il quadro ottenuto è desunto dall'analisi delle schede di rilevazione inviate a questo Ufficio da parte dei Servizi minorili. I dati che si riportano non contengono informazioni statistiche sulle comunità previste dal D.P.R. 448/88, non essendo stata possibile la loro rilevazione attraverso il sistema di monitoraggio applicato ai Servizi dipendenti.

I dati che vengono presentati sono stati rilevati all'interno di ogni singolo servizio (Centri di Prima Accoglienza, Istituti Penali Minorili, Uffici di Servizio Sociale Minorili). Essi rappresentano il numero dei minori assuntori di droga che sono passati per tali servizi nel periodo considerato.

Analizzando nello specifico le tabelle allegate se ne ricava il seguente quadro.

La tabella 1) relativa ai Centri di Prima Accoglienza (C.P.A.), su un totale di 608 minori risultati assuntori di droga, registra una maggiore presenza a Napoli con il 29,6%, a Roma con il 24,8% e a Milano con il 14,8%. Tali sedi continuano, quindi, ad essere le più rappresentative del fenomeno, come già emerso nel 1993, anche se va evidenziato che i servizi di Bari, Firenze e Torino hanno registrato un lieve aumento di esso.

Come per l'anno precedente si è registrato, nei servizi di cui si tratta, una maggiore presenza di minori italiani maschi rispetto alle femmine e ai minori stranieri, sia maschi che femmine.

La tabella 2) che rappresenta il tipo di sostanza assunta, come per il passato, fa rilevare nei Centri di Prima Accoglienza una maggiore assunzione di "cannabis" (66,12%), degli "oppiacei" (15,30%) e di "due o più sostanze" (14,31%); negli Istituti Penali Minorili il 34,11% riguarda l'uso della "cannabis", il 30,10% degli "oppiacei" ed il 27,09% di "due o più

sostanze". Infine gli Uffici di Servizio Sociale per Minorenni rilevano il 56,47% di minori assuntori di "cannabis", il 18,82% di "oppiacei" ed il 16,08% di "due o più sostanze": Si conferma un basso uso di "cocaina" e "psicofarmaci" e "psicostimolanti" rispetto alle predette sostanze.

La tabella 3) relativa agli interventi effettuati dai servizi evidenzia come l'intervento "psicologico e di sostegno" sia il più rappresentativo: nei Centri di Prima Accoglienza si rileva nel 59,59% dei casi, negli Istituti nel 61% e nei Servizi sociali nel 94,53%. L'elevata percentuale degli interventi di questo tipo rilevata nei Servizi Sociali è spiegabile, tra le altre cose, in relazione agli obiettivi e alle finalità che tale servizio persegue; l'intervento farmacologico, quasi assente, appare, invece più coerente all'impostazione e alla struttura organizzativa degli altri due servizi. L'andamento conferma quello dell'anno 1993.

Rispetto alle attività di collaborazione avviate con gli altri servizi del territorio, rilevabili nella tabella 4), risulta evidente come negli Uffici di Servizio Sociale tali attività sono maggiori rispetto a quelle avviate nei C.P.A. e negli I.P.M.. Ciò può essere legato alle caratteristiche peculiari dei Servizi Sociali che si contraddistinguono come enti prioritari preposti ad attivare una rete di collaborazione con i servizi presenti nel territorio di competenza (UU.SS.LL., comunità, strutture non residenziali). Nello specifico i Servizi Sociali minorili hanno attivato nel 64,88% dei casi collaborazioni con le UU.SS.LL..

Il livello di assunzione di droga, rilevato nella tabella 5) nel 1994 presenta eguale andamento dell'anno precedente. Un lieve calo, invece, viene registrato negli istituti relativamente alla voce "tossicodipendenti" che registra un 34,78% rispetto al 43% dell'anno passato.

Si rileva comunque che negli Istituti Penali, diversamente che negli altri due servizi, questa categoria è più rilevante delle altre: ciò in forza del fatto che all'istituto pervengono situazioni di maggiore gravità sia da un punto di vista personale che giudiziario.

Nello specifico di ogni servizio si è registrato il seguente trend: nei C.P.A. il 54,48% dei minori assuntori è ascrivibile alla categoria "consumatore abituale", il 37,34% all'"assuntore occasionale" e l'11,18% ai "tossicodipendenti"; negli I.P.M. il 37,12% sono "consumatori abituali", il 34,78% "tossicodipendenti" e 28,09% sono "consumatori occasionali". Nei Servizi Sociali l'"assuntore occasionale" si registra come più presente (53,73%) rispetto alle categorie di "abituale" (34,12%) e "tossicodipendente" (12,16%).

La tabella 6) è stata costruita per rappresentare tutti i reati per il quali i minori assuntori di droga sono entrati nel circuito penale ed i più rappresentativi appaiono essere quelli contro la legge droga, il furto e la rapina.

In particolare nei C.P.A., su un totale di 691 reati il 34,94% riguarda la violazione della legge sulle sostanze stupefacenti e psicotrope, il 19,97% il furto e il 15,34% la rapina. Negli I.P.M. su 344 reati commessi il 34,20% è riferibile alla legge 309/90, il 27,91 al furto ed il 20,35% alla rapina. Negli U.S.S.M. rilevanza assumono le imputazioni contro la legge droga (45,05% su un totale di 324) e il furto (24,07%).

Anche relativamente ai reati commessi l'andamento rispecchia, in generale, quello presentato per l'anno 1993 sui minori assuntori di droga passati per i servizi minori.

Le schede di monitoraggio inviate ai servizi per la rilevazione del fenomeno sull'assunzione di droga, riservano anche una domanda che accerti il virus HIV - III/LAS.

Nei servizi minorili non sembrano presentarsi casi di minori con queste problematiche sanitarie, anche se la rilevazione non viene effettuata "a tappeto" su tutti i minori passati per i servizi. In particolare si è passati per i servizi. In particolare si è potuto però rilevare che negli Istituti Penali Minorili, su un totale di 604 minori su cui è stato effettuato questo specifico accertamento, solo due casi hanno dato esito positivo.

Andamento della tossicodipendenza nei Servizi della giustizia minorile.

Aspetti giuridico - legislativi ed organizzativi.

In adempimento alla legislazione penale minorile vigente (codice penale, D.P.R. 448/88, D.L.vo 272/89, L. 354/75 e successive norme interpretative per quanto applicabile ai minorenni) l'intervento dei servizi dipendenti è stato orientato sulle seguenti fattispecie giuridiche:

- soggetti imputati a piede libero che abbiano in corso un programma terapeutico e socio - riabilitativo o che ne facciano richiesta;

- soggetti imputati consumatori di sostanze stupefacenti, in custodia cautelare o in esecuzione di altro tipo di misura cautelare che intendano sottoporsi ad un programma terapeutico e socio - riabilitativo;
- soggetti in espiazione di pena consumatori di droga il cui piano di trattamento penitenziario contempli un programma terapeutico e socio riabilitativo;
- soggetti che fanno uso di sostanze stupefacenti e psicotrope in esecuzione di misura di sicurezza del Riformatorio giudiziario che intendano sottoporsi ad un programma terapeutico e socio - riabilitativo.

L'intervento di natura preventiva e socio - riabilitativa * destinato a:

- minori di età compresa tra i 14 e 18 anni;
- ragazzi che nel corso dell'esecuzione della misura penale hanno compiuto il diciottesimo anno di età ma non ancora i 21 anni;
- soggetti per i quali l'esecuzione della misura ha inizio dopo il compimento del diciottesimo anno di età:

Nel disporre le misure cautelari (artt. 21-24 del D.P.R. 448/88) il giudice tiene conto anche, per le eventuali prescrizioni riguardanti lo stato di tossicodipendenza, dei criteri di idoneità, proporzionalità, adeguatezza e delle esigenze di non interrompere i processi educativi in atto stabilendo, altresì, i necessari controlli di cui all'art. 89 del D.P.R. 309/90.

La segnalazione ai servizi minorili del minorenne arrestato, fermato, o denunciato a piede libero da parte della Polizia Giudiziaria o della Procura della Repubblica competente, ha permesso al dipendente Ufficio di Servizio Sociale per i minorenni di contattare ed avvalersi del Servizio Sociale del Comune e del Ser.T. di residenza del soggetto interessato per eventuali rilevazioni di situazioni connesse alla tossicodipendenza.

Nei casi in cui si siano già evidenziati problemi di droga, la magistratura può attivare direttamente il Ser.T. che ha l'obbligo di chiamare il minorenne interessato e definire il programma terapeutico e socio - riabilitativo ai sensi dell'art. 121, commi 2 e 3 del D.P.R. 309/90.

Nel corso del 1994 nessun caso è stato segnalato in attuazione di questa ipotesi.

Non risultano, inoltre, presenti casi ipotizzati agli artt. 91, 92 e 94 del D.P.R. 309/90 sia per quanto attiene la sospensione dell'esecuzione della pena detentiva sia per l'affidamento in prova in casi particolari. Ciò è dovuto all'esiguo numero di ragazzi presenti nei servizi in

espiazione di pena detentiva. Come è noto, infatti, la maggior parte dei soggetti di cui trattasi sono in attesa di giudizio, spesso assoggettati alla esecuzione delle misure cautelari.

Circa l'aspetto organizzativo per l'intervento sui minori che fanno uso di sostanze stupefacenti e psicotrope, sono state recepite le indicazioni fornite dalla Commissione nazionale consultiva e di coordinamento del Ministero di Grazia e Giustizia per i rapporti con le Regioni e gli Enti Locali con il documento approvato il 10 marzo 1994 avente per titolo "linee di indirizzo in materia di cura e riabilitazione dei tossicodipendenti e/o alcooldipendenti coinvolti nell'area penale".

Tali indicazioni, prendendo lo spunto dalla decisione della Conferenza Stato - Regioni di finanziare le attività relative alla tossicodipendenza che pone i Ser.T. in posizione di piena disponibilità e di servizio nei confronti della fascia giovanile di utenza, hanno indotto i servizi minorili del Ministero di Grazia e Giustizia e quelli territoriali dell'Ente Locale, a definire confini, competenze e forme di collaborazione per i programmi di intervento.

I programmi concordati nelle sedi di coordinamento ed operative, contengono:

- a) l'articolazione della concreta modalità di erogazione degli interventi facendo interagire competenze, servizi e professionalità della giustizia e dell'assistenza territoriale;
- b) le modalità concrete di integrazioni tra attività terapeutica finalizzata al trattamento delle tossicodipendenze e quelle connesse all'intervento penale, indicando percorsi e modalità operative specifiche in relazione alle risorse esistenti nel territorio in cui viene svolta l'azione comune.

Sulla base di tali presupposti sono state stipulate convenzioni Tra i dipendenti Centri per la Giustizia Minorile e l'Assessorato Regionale dei servizi sociali per diramare direttive in ordine alla presa in carico ed ai criteri di cura e riabilitazione dei minorenni che fanno uso di droga sottoposti a provvedimento dell'autorità giudiziaria.

Ad integrazione di queste sono stati stipulati protocolli operativi tra i singoli servizi minorili e le UU.SS.LL. o i Ser.T. per la definizione dei programmi di intervento integrato nei confronti dei soggetti tossicodipendenti o con problemi di droga sottoposti a provvedimenti limitativi della libertà personale anche se eseguiti in forma non detentiva.

Circa l'erogazione dei relativi fondi, le spese sostenute per il collocamento dei minorenni consumatori di sostanze stupefacenti e psicotrope in luogo diverso dall'abitazione familiare e per le attività di osservazione, trattamento e sostegno gravano sul capitolo di bilancio di questo Ufficio, mentre le spese per interventi finalizzati alla prevenzione e alla

reintegrazione sociale legati agli stati di tossicodipendenza gravano sugli Enti Locali e sul fondo socio - assistenziale, ai sensi dell'art. 114 del D.P.R. 309/90.

Problematiche, valutazioni e proposte

Come già evidenziato in precedenza il fenomeno del consumo di sostanze stupefacenti e psicotrope da parte dei minori passati nell'anno 1994 non presenta variazioni quantitativamente significative rispetto al 1993.

Tuttavia dal punto di vista qualitativo le risposte al fenomeno hanno presentato difficoltà di ordine prevalentemente organizzativo per l'acuirsi della dialettica tra necessità di trattamento socio - sanitario ed esigenze di carattere giudiziario. Tale dialettica, infatti, ha risentito degli effetti prodotti dalla recente legislazione in materia che, com'è noto, anche dopo l'esito referendario, considera illecito amministrativo il possesso di sostanza per uso personale ma sanziona penalmente lo spaccio comunque perpetrato con le aggravanti del caso.

Per i minorenni è risultato difficoltoso distinguere i due aspetti amministrativo e penale, giacché solitamente i minori stessi vengono utilizzati strumentalmente dalle organizzazioni malavitose dello spaccio, incentivando la loro disponibilità mediante l'offerta gratuita della sostanza per uso personale.

Tale situazione ha determinato problemi per la mancata distinzione delle relative e separate procedure d'intervento che coinvolgono i soggetti istituzionali interessati (Prefetto, Autorità giudiziaria, Servizi).

Permangono inoltre problemi legati alla scarsa disponibilità di risorse, soprattutto economiche e di personale specializzato e alla resistenza degli atteggiamenti legati al "proprium professionale" della cultura penale.

In questa situazione i servizi minorili faticano molto per integrare le esigenze di giustizia e del trattamento penale con gli aspetti più strettamente connessi alla cura e alla riabilitazione dei soggetti con problemi di droga collegati all'azione e all'autonomia dei servizi territoriali.

In ogni caso le valutazioni in merito allo sviluppo del processo culturale sul fenomeno "droga" sono ampiamente soddisfacenti. Gli operatori dei servizi appaiono più sensibili alla ricezione dei bisogni specifici dei minori.

Il sistema della giustizia minorile ha accolto e sviluppato le istanze provenienti in materia dai settori sociali più sensibili alle problematiche e dagli organismi deputati alla risposta istituzionale.

I buoni risultati conseguiti dagli operatori con l'azione di "trattamento" e, in generale, nel campo della concreta operatività permettono di valutare favorevolmente i risultati conseguiti presso quest'Amministrazione anche se non è possibile dare un valore definitivo all'intervento la cui continuità è rimessa dai servizi territoriali a conclusione dell'iter penale.

Riserva *permane*, invece, per la situazione organizzativa dell'intervento complessivo interistituzionale. Tuttavia le ipotesi di soluzione del problema avviato a realizzazione nel decorso anno presentano una prospettiva chiara e promettente alla luce delle intese, anche formali, che sono scaturite dai ripetuti incontri svoltisi tra i responsabili delle istituzioni interessate a diversi livelli.

Occorre, in tal senso, esaminare i risultati che scaturiranno dalle iniziative sperimentali messe in cantiere sia a livello di progetti mirati che di metodologie di intervento mediante i protocolli operativi.

Infine, va segnalata l'iniziativa interistituzionale intrapresa per l'istituzione di un osservatorio permanente sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza, nell'ambito della tutela e dei diritti del minore.

L'attività di tale organismo è orientata, in prima istanza, all'analisi critica dell'ambiente in cui si forma il minore per predisporre adeguate misure di prevenzione, comprensive dei necessari interventi finalizzati alla rimozione delle cause primarie che portano al consumo di droghe già in età precoce.

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

MINORI ASSUNTORI DI DROGA ENTRATI NEI C. P. A.
TAB.1

A N N O 1994

Sedi:	italiani		totali		stranieri		totali		TOTALE GENERALE
	m	f	mf	mf	m	f	mf	mf	
Milano	56	1	57	33	0	33	0	90	
Torino	11	5	16	8	0	8	0	24	
Genova	7	0	7	0	0	0	0	7	
Treviso	5	2	7	3	0	3	0	10	
Trento	10	0	0	0	0	0	0	0	
Trieste	0	0	0	0	0	0	0	0	
Firenze	6	0	6	3	0	3	0	9	
Bologna	30	1	31	19	0	19	0	50	
Ancona	0	0	0	0	0	0	0	0	
Roma	124	0	124	27	0	27	0	151	
L'Aquila	8	0	8	1	0	1	0	9	
Quartucciu	2	0	2	0	0	0	0	2	
Napoli	176	0	176	4	0	4	0	180	
Salerno	0	0	0	0	0	0	0	0	
Avigliano	0	0	0	0	0	0	0	0	
Bari	21	1	22	0	0	0	0	22	
Lecce	4	0	4	1	0	1	0	5	
Catanzaro	4	0	4	0	0	0	0	4	
R.Calabria	0	0	0	0	0	0	0	0	
Palermo	41	0	41	1	0	1	0	42	
Catania	1	0	1	0	0	0	0	1	
Messina	2	0	2	0	0	0	0	2	
Caltanissetta	0	0	0	0	0	0	0	0	
T O T A L E	498	10	508	100	0	100	0	608	

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

DIV. I° - SERV. II/STUDI - MINORI ASSUNTORI DI DROGA ENTRATI NEI C.P.A.
 SUDDIVISI PER TIPO DI SOSTANZA NELL'ANNO 1994
 TAB. 2

SOSTANZA ASSUNTA:	---italiani---		-----stranieri-----		TOTALE		%	TOTALE	%		
	m	f	m	f	mf	mf				GENERALE	
OPPIACEI	64	5	24	0	24	0	13,58	24	24,00	93	15,30
COCAINA	7	1	5	0	5	0	1,57	5	5,00	13	2,14
CANNABIS	341	4	57	0	57	0	67,91	57	57,00	402	66,12
ANSIO, PSICOF. PSICOSTIMOL.	9	0	1	0	1	0	1,77	1	1,00	10	1,64
DUE + SOSTANZE	76	0	11	0	11	0	14,96	11	11,00	87	14,31
ALTRE (compreso alcool)	1	0	2	0	2	0	0,20	2	2,00	3	0,49
T O T A L E	498	10	100	0	100	0	100,00	100	100,00	608	100,00

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

DIV. I - SERV. II/STUDI - TIPO DI INTERVENTO EFFETTUATO SUI MINORI
 ASSUNTORI DI DROGA ENTRATI NEI C.F.A. NELL'ANNO 1994 -
 TAB. 3

	italiani		stranieri		totale	%	TOTALE GENERALE	%		
	m	f	m	f					mf	
INTERVENTI:										
FARMACOLOGICO	77	0	77	28,10	10	0	10	13,33	87	24,93
PSICOLOG. E SOSTEGNO	162	5	167	60,95	42	0	42	56,00	209	59,89
FARMACOLOG. E PSICOL	27	3	30	10,95	23	0	23	30,67	53	15,19
T O T A L E	266	8	274	100,00	75	0	75	100,00	349	100,00

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

DIV. I SERV. II / STUDI - ATTIVITA' DI COLLABORAZIONE TRA C.F.A. ED ALTRI
SERVIZI SUI MINORI ASSUNTORI DI DROGA NELL'ANNO 1994 - TAB. 4 -

	---italiani---		totale		---stranieri---		totale		TOTALE GENERALE
	m	f	mf	mf	m	f	mf		
COLLABORAZIONI CON:									
SERVIZI AMBULATOR. USL	21	3	24	2	2	0	2	26	
COMUNITA' TERAPEUTICHE PUBBLICHE O PRIVATE	3	0	3	0	0	0	0	3	
STRUTTURE NON RESIDENZ PUBBLICHE O PRIVATE	2	0	2	0	0	0	0	2	
T O T A L E	26	3	29	2	2	0	2	31	

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

DIV. I - SERV. II / STUDI - MINORI ASSUNTORI DI DRUGA ENTRATI NEGLI I.P.M.
 SUDDIVISI PER LIVELLO DI DIPENDENZA NELL'ANNO 1994 - TAB. 5

Livello di dipendenza:	---italiani---		-----stranieri-----		totale		TOTALE			
	m	f	m	f	mf	%	mf	%		
ASSUNTORE OCCASIONALE	65	0	19	0	19	28,51	19	26,76	84	28,09
ASSUNTORE ABITUALE	74	0	37	0	37	32,46	37	52,11	111	37,12
TOSSICODIPENDENTE	82	7	14	1	15	39,04	15	21,13	104	34,78
T O T A L E	221	7	70	1	71	100,00	71	100,00	399	100,00

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

DIV. I - SERV. II/STUDI - REATI COMMESSI DA MINORI ASSUNTORI DI DROGA
ENTRATI NEI C.P.A. NELL'ANNO 1994
TAB. 6

	italiani		totali		stranieri		totali		TOTALE	
	m	f	mf	%	m	f	mf	%	GENERALE	%
REATI:										
tentato furto	36	0	36	6,17	10	0	10	9,26	46	6,66
furto	116	2	118	20,24	20	0	20	18,52	138	19,97
tentata rapina	12	0	12	2,06	1	0	1	0,93	13	1,88
rapina	102	0	102	17,50	4	0	4	3,70	106	15,34
tentata estorsione	5	0	5	0,86	0	0	0	0,00	5	0,72
estorsione	7	0	7	1,20	0	0	0	0,00	7	1,01
ricettazione	10	0	10	1,72	1	0	1	0,93	11	1,59
tentato omicidio	9	0	9	1,54	0	0	0	0,00	9	1,30
omicidio	4	0	4	0,69	0	0	0	0,00	4	0,58
sequestro di persona	4	0	4	0,69	1	0	1	0,93	5	0,72
lesioni personali	6	0	6	1,03	0	0	0	0,00	6	0,87
danneggiamento	1	0	1	0,17	1	0	1	0,93	2	0,29
associaz. a delinquere	3	0	3	0,51	1	0	1	0,93	4	0,58
legge 309/90	208	8	216	37,05	60	0	60	55,56	276	39,94
violenza carnale	3	0	3	0,51	1	0	1	0,93	4	0,58
delitti contro le armi	20	0	20	3,43	0	0	0	0,00	20	2,89
minaccia	7	0	7	1,20	0	0	0	0,00	7	1,01
oltr. resist. minacc. P.U.	8	0	8	1,37	4	0	4	3,70	12	1,74
incendio	1	0	1	0,17	1	0	1	0,93	2	0,29
altro	11	0	11	1,89	3	0	3	2,78	14	2,03
T O T A L E	573	10	583	100,00	108	0	108	100,00	691	100,00

Ministero delle Finanze
Direzione Centrale dei Servizi Doganali

A seguito della riorganizzazione dell'Amministrazione Doganale italiana, è stata istituita la Direzione Centrale dei Servizi Doganali, nel cui ambito si colloca la Divisione XII, alla quale, con D.M. 26 novembre 1991, e successive modifiche, sono state conferite, tra l'altro, le seguenti attribuzioni: lotta alle frodi, ai traffici illeciti di sostanze stupefacenti - direzione e coordinamento dell'attività antifrode e collegamento con i corrispondenti organismi esteri.

Tenuto conto che, nel contesto di tali attribuzioni, l'attività antidroga ha assunto un particolare rilievo, che peraltro sta conoscendo un costante sviluppo, si riassumono qui di seguito i principali provvedimenti ed iniziative adottati in materia:

- Attività Antifrode

con circolare ministeriale Prot. n. 2916 del 10/12/1992, successivamente integrata con altre istruzioni, sono stati istituiti, presso i Compartimenti e le Circoscrizioni doganali, appositi Reparti addetti all'attività antifrode, formati da nuclei di funzionari specializzati nel settore della lotta contro la frode in generale, con particolare esperienza nel campo della lotta al traffico illecito di stupefacenti. L'attività di tali Reparti viene coordinata, a livello centrale dalla Divisione XII.

- SCENT SID (System Customs Enforcement Network).

Si tratta di un Sistema Informativo Doganale, operante presso la citata divisione XII dal 1993, che collega le principali Dogane comunitarie tra di loro e con i competenti Servizi della Commissione dell'Unione Europea. Il sistema consente alle più importanti Dogane nazionali finora collegate (24 in tutto), di colloquiare direttamente con gli omologhi servizi degli altri Stati membri e con la Commissione per questioni inerenti al settore dell'antifrode, ivi compreso il traffico illecito di stupefacenti. E' inoltre possibile accedere direttamente ad alcune banche-dati nazionali ed internazionali le cui informazioni sono di supporto all'attività di prevenzione, individuazione e repressione dei casi di frode. Tali banche-dati sono: COMEXT, relativa al commercio tra Stati membri e tra questi ed i paesi terzi; LLOYDS, che fornisce dati sulla movimentazione delle navi e sui nominativi degli armatori; CELEX, che accede alla legislazione comunitaria; PREXCO, di recentissima istituzione, che fornisce dati sui precursori ed i prodotti chimici; DUN & BRANDSTREET, con la quale si possono avere dati sull'attività di circa 30 milioni di ditte che operano in tutto il mondo; Anagrafe tributaria italiana e C.E.N.D., per la rilevazione, quest'ultima su tutto il territorio nazionale, delle operazioni doganali informatizzate.

- Precursori e prodotti chimici

Con circolare ministeriale Prot. 1593 del 10 giugno 1987, questa Amministrazione aveva già provveduto ad attivare un controllo sulla movimentazione dei prodotti in questione, informandone anche il Ministero dell'Interno. A seguito dell'evoluzione della legislazione internazionale che disciplina la materia (Convenzione di Vienna del 1988 - art. 12: atti della Task Force di Washington sui prodotti chimici; regolamenti CEE n. 3677/90, n. 900/92 e n. 3769/92), si è provveduto a diramare la circolare n. 177 Prot. n. 196/XII S.D. dell'11.6.1993, e successive integrazioni, che detta istruzioni aggiornate sulla base di quanto previsto dalla citata legislazione.

- Sistema MAR-INFO

Da circa quattro anni l'Amministrazione assicura la gestione di tale sistema che mira a rafforzare le misure di contrasto al traffico illecito di stupefacenti via mare. Il sistema prevede la comunicazione diretta e tempestiva, tra le dogane marittime dei principali porti europei, dei dati relativi alle navi sospettate di trasportare sostanze stupefacenti, al fine di predisporre accurati controlli.

- Banca dati droga e merci sensibili

Nel settore delle sostanze stupefacenti e delle merci sensibili è stata realizzata, presso la Divisione XII, una banca dati su base informatica, nella quale vengono inseriti e riepilogati, per mese e per anno, tutti i dati, trasmessi mensilmente dalle Direzioni Compartimentali, relativi ai sequestri delle predette sostanze e delle merci sensibili, effettuate negli spazi doganali. Nel corso dell'anno 1994 sono state sequestrate le seguenti quantità di sostanze stupefacenti:

marjiuana	circa	Kg. 165 (*)
hashish	"	Kg. 267 (*)
eroina	"	Kg. 438 (*)
cocaina	"	Kg. 652 (*)

Durante il periodo anzicitato, sono state arrestate o denunciate per gli illeciti in questione 220 persone.

La predetta Divisione XII inoltre assicura la partecipazione alle riunioni in sede comunitaria, nonché ai principali consessi internazionali in cui sono trattati problemi connessi alla lotta contro il traffico illecito di stupefacenti, quali:

- Commissione ONU sugli stupefacenti - Vienna;
- Interpol - Lione - riunioni congiunte Polizia/Dogana;
- Gruppo Pompidou - Strasburgo;
- Organizzazione Mondiale delle Dogane - Bruxelles;
- Commissione Unione Europea - Bruxelles;
- Gruppo Marinfo Sud - Parigi.

Per quanto riguarda l'attività sul piano bilaterale, questa Amministrazione ha stipulato numerosi Accordi di mutua assistenza amministrativa per la prevenzione e la repressione delle frodi doganali, con diversi Paesi europei ed extraeuropei, che prevedono, esplicitamente o implicitamente, anche la cooperazione nel campo della lotta contro il traffico illecito di stupefacenti.

Va sottolineato, infine, che dal 1° gennaio 1993, con l'entrata in funzione del mercato unico, e la conseguente abolizione di ogni formalità doganale alle frontiere intracomunitarie, è in atto un processo di rafforzamento dei controlli alle frontiere esterne, attraverso un'armonizzazione delle modalità dei controlli medesimi ed una dotazione di mezzi tecnici adeguata a quella delle altre dogane comunitarie di confine esterno.

(*) Questi dati sono già contenuti nella relazione della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno.

Riepilogo annuale relativo all'anno 1994 delle sostanze stupefacenti sequestrate negli spazi doganali.

**** SOSTANZE STUPEFACENTI ****

(IN GRAMMI)

	Marjuana	Hashish	Eroina	Cocaina	N. Persone Arrestate
Aeroporti	127.006,96	24.631,46	316.586,97	381.368,87	
Porti	1.902,55	146.256,50	119.882,80	209.005,30	
Valichi di Frontiera	13.923,60	96.038,20	4.082,34	62.168,16	
TOTALE	164.833,11	266.929,65	438.347,76	652.542,33	220 (*)

*: Dati già contenuti nella relazione della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno.

Ministero della Difesa
Direzione Generale della Sanità Militare

Le Forze Armate hanno messo in atto, già da lungo tempo, una strategia di prevenzione delle tossicodipendenze imperniata su una prioritaria attenzione verso i problemi attinenti al disagio giovanile ed al disturbo psichico in senso lato, nella considerazione che, prevenendo quest'ultimi, si giunga a limitare l'uso delle sostanze stupefacenti.

Le strategie operative, alla base delle varie iniziative intraprese, possono essere così sintetizzate:

- ricerca ed evidenziazione precoce di soggetti tossicofili o tossicodipendenti mediante idonee indagini sanitarie, integrate da approfonditi esami della personalità sia dei giovani iscritti nelle liste di leva che delle reclute.

Gli accertamenti sanitari, e specificamente quelli psicologici, hanno lo scopo, tra l'altro, di valutare le reali risorse adattive dei giovani al contesto militare;

- promozione e sviluppo di una corretta informazione ed educazione sullo specifico problema droga: l'attività è inserita nel più ampio settore inerente l'educazione alla salute;

- diffusione, ad ogni livello operativo, dell'attività di sostegno psicologico, attraverso i Centri di Coordinamento di Supporto Psicologico, i Dirigenti del Servizio Sanitario e gli Ufficiali Consiglieri;

- attività specialistica di sostegno psicologico, tramite i Consulenti Psicologici ed i servizi di Psicologia attivi in tutti gli Stabilimenti Sanitari Militari;

- preparazione ed aggiornamento del personale impegnato nelle strutture preposte alla prevenzione delle tossicodipendenze mediante appositi corsi di formazione;

- mantenimento di una proficua collaborazione con le analoghe strutture civili deputate al recupero dei tossicodipendenti;

- incentivazione della ricerca psico-sociale in ambito militare, con il fine di chiarire le correlazioni esistenti tra disadattamento giovanile, disagio psichico e tossicodipendenza;

- raccolta, elaborazione e valutazione dei dati statistici attinenti al campo della tossicodipendenza e delle principali patologie mediche ad essa correlate.

Lo stato di attuazione della Legge n°162

Dopo aver, seppur schematicamente, evidenziato le linee d'intervento ispiratrici delle condotte per prevenire il fenomeno della tossicodipendenza in ambito militare, viene di seguito

riportato. in modo più puntuale, lo stato di attuazione della legge 26 giugno 1990, n. 162, limitatamente alle disposizioni che coinvolgono le Forze Armate (articoli dal 107 al 112 del T.U. delle leggi in materia di tossicodipendenza - D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309).

Articolo 107

L'art. 107 (commi 1 e 2) prevede la promozione e l'organizzazione di attività di formazione ed informazione.

Tali attività, sotto forma di corsi, sono finalizzate, per quanto riguarda la formazione, all'addestramento ed all'aggiornamento di personale incaricato della tutela della salute psico - fisica dei giovani alle armi e, per ciò che attiene all'informazione, alla conoscenza dei danni derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, di alcol e di tabacco.

Attività informativa ed educativa

L'attività informativa e di educazione alla salute, condotta dagli Ufficiali medici, pur essendo riservata a tutto il personale militare, viene rivolta soprattutto a quello di leva.

Particolare cura è stata posta alla modalità attuativa dell'informazione stessa al fine di non enfatizzare il problema droga, inserendolo nel più vasto contesto dell'educazione alla salute.

L'attività didattica si svolge tramite conferenze - dibattiti, finalizzati a sollecitare un intervento attivo dei partecipanti e si avvale di mezzi audiovisivi e di opuscoli.

Attività di formazione ed aggiornamento

Seguendo la filosofia di attività formative e di aggiornamento, già in atto presso le strutture preposte alla prevenzione delle tossicodipendenze e alla sensibilizzazione dei Quadri, sono state attivate le seguenti iniziative:

- lezioni di Psichiatria e Psicologia, riservate agli Ufficiali medici in servizio permanente e di complemento, perché amplino la loro cultura professionale e siano così in grado di trasferire le nuove conoscenze nelle attività d'istituto di loro pertinenza;

- corsi di formazione professionale, comprensivi di elementi attinenti al disagio giovanile, riservati ai Sottotenenti medici di complemento di prima nomina, che andranno a ricoprire incarichi di Enti addestrativi o formativi, ovvero laddove è importante diagnosticare tempestivamente problemi connessi all'adattamento alla vita militare;
- seminari, per gli Insegnanti di Psicologia generale delle scuole o istituti di formazione delle FF.AA., finalizzati a sollecitare il loro interesse su argomenti relativi al disagio giovanile ed all'uso delle droghe ed a far sì che essi diventino, in tal modo, gli attivatori delle stesse conoscenze tra i futuri Quadri militari;
- conferenze per gli Ufficiali Superiori che debbano assumere il comando di Reparti, affinché si sensibilizzino e siano così in grado di gestire i vari problemi derivanti dal disagio giovanile e dall'uso di droghe;
- conferenze, su analoghe materie, per i Quadri permanenti, tenute presso ogni Unità dai Dirigenti del Servizio Sanitario e finalizzate a far sì che ogni operatore militare sia in grado di riconoscere i segni del disagio psicologico.

Articolo 108

Il comma 1 dell'art. 108 prevede l'azione di prevenzione delle tossicodipendenze, che deve essere svolta dai Consultori e dai Servizi di Psicologia delle FF.AA..

Tali organismi sono dislocati prevalentemente negli Stabilimenti Sanitari Militare.

Il personale specialistico che trova impiego in essi è costituito da Ufficiali medici, specialisti in psichiatria o in psicologia, i quali, coadiuvati da consulenti civili psichiatri o psicologi, svolgono la loro attività professionale a favore di quei militari che evidenziano problemi di disadattamento o connessi all'uso di droghe e che potrebbero divenire di conseguenza tossicodipendenti. Così facendo i Consultori Psicologici rispondono anche al dettato dell'articolo 109, comma 7, che prevede, per i militari tossicofili, la creazione di attività di sostegno e di educazione sanitaria presso i Consultori militari.

I Consultori Psicologici hanno trovato la loro ragione d'essere soprattutto nel fornire risposte concrete a tutti quei militari, di ogni ordine e grado, che richiedono un supporto psicologico per essere reintegrati al meglio all'interno dei Reparti d'appartenenza. I Consultori sono inoltre preposti a fornire consulenze specialistiche a tutti i reparti ospedalieri militari ed a studiare e quantificare il fenomeno della diffusione del disadattamento giovanile, del disagio

psichico e della tossicodipendenza tra i militari di leva; a sviluppare idonei rapporti con analoghe strutture civili (pubbliche o di volontariato) che hanno come compito istituzionale quello della prevenzione e della cura delle tossicodipendenze, al fine d'incentivare programmi di recupero per quei militari considerati temporaneamente o permanentemente inidonei al servizio.

Altra iniziativa che merita una citazione è quella relativa al servizio "Telefono Amico Militare" che, seppur ridotta temporalmente rispetto agli anni precedenti, trova ancora concreta attuazione dal pomeriggio alla sera durante le altre ore mediante un servizio di segreteria telefonica.

I motivi che hanno condotto alla creazione del Telefono Amico Militare possono essere così sintetizzati:

- rendere disponibile, anche a distanza, un aiuto per problemi psicologici e tossicofili dei militari, mediante "un contatto impersonale";
- essere edotti circa i conflitti ed i disagi personali delle giovani reclute nell'esecuzione delle attività d'istituto, in modo da poter realizzare migliori condizioni di vita e di servizio in tutte le realtà militari.

Non va sottaciuto, inoltre, il valore dell'attività di prevenzione primaria e secondaria, messa in atto nelle realtà operative dei Reparti, ovvero laddove può emergere più facilmente il disagio giovanile con annessa patologia tossicofilica. Nell'espletamento di quest'attività il Dirigente del Servizio Sanitario diventa il principale consulente del Comandante, nell'intento di portare a soluzione le problematiche personali disadattive dei giovani di leva.

A sostegno di questa sua azione preventiva il Dirigente Sanitario si adopera anche per condurre un'attività didattica sulle tossicodipendenze, entro il più ampio contesto, come già detto, dell'educazione alla salute.

Nell'area Esercito, a livello delle Regioni Militari e dei Corpi d'Armata, sono attivi, per un'azione di controllo e di coordinamento sugli analoghi centri esistenti presso Brigate, Scuole o Istituti di formazione, i Centri di Coordinamento di Supporto Psicologico (C.C.S.P.), nel cui ambito operano Ufficiali medici, Quadri militari esperti in psicologia e cappellani militari.

Nella organizzazione dell'Aeronautica militare sono operanti ben definiti nuclei i quali si avvalgono dell'opera del Dirigente Sanitario, del Cappellano militare e di personale militare preparato al compito, per un'attività divulgativa e di sostegno, svolta mediante conferenze ed interventi diretti in favore dei casi che richiedono un supporto psicologico.

Viene inoltre promossa ed incentivata in tutte e tre le FF.AA. la partecipazione ad attività di tempo libero, sia di carattere ricreativo che culturale (teatro, cinema, musica, escursioni, visite, etc.).

- Il comma 2 dell'art. 108 stabilisce che l'autorità militare che presiede alla visita ed alle prove psicoattitudinali, durante la selezione per la leva e per l'arruolamento dei volontari, una volta individuato un soggetto tossicodipendente o tossicofilo, invii lo stesso, per gli ulteriori accertamenti sanitari, presso l'Ospedale Militare.

Il comma 3 dell'art. 108 contempla analogo provvedimento a cura dell'autorità sanitaria militare nel corso di visite mediche periodiche e d'idoneità a particolari mansioni o categorie.

In aderenza al dettato legislativo, la Sanità Militare mette in atto un attento controllo nel corso della visita di leva, di quella d'incorporamento e delle visite periodiche dei giovani in servizio di leva, al fine di evidenziare in tempi brevi i soggetti tossicodipendenti o tossicofili da avviare presso gli Stabilimenti Sanitari Militari per il completamento degli accertamenti sanitari del caso. Questi sono finalizzati ad attivare eventuali azioni di sostegno e di educazione sanitaria presso i Consultori Psicologici e ad emettere i provvedimenti medico - legali del caso.

Un importante contributo all'identificazione dei soggetti portatori di problematiche psicologiche, i quali potrebbero andare incontro a disturbi dell'adattamento una volta inseriti nella collettività militare, è dato dall'indagine di personalità effettuata sui giovani iscritti di leva e realizzata tramite la somministrazione di test ed eventuali successivi colloqui clinici con psicologi e/o psichiatri. Tale indagine è stata introdotta a partire dal 1987 e fa ormai parte integrante della visita di leva - selezione. Dall'anno successivo analoga indagine viene inoltre ripetuta presso gli Enti preposti all'incorporamento delle reclute, sia per conoscere la personalità dei giovani di leva nel periodo iniziale di adattamento alla vita militare, sia per rendere più discriminante il filtro selettivo: infatti, nel lasso di tempo, spesso poliennale intercorrente tra la visita di leva e quella d'incorporamento, possono emergere modificazioni dell'idoneità psichica del soggetto ed abitudini all'uso di stupefacenti prima inesistenti.

Articolo 109

L'art. 109 stabilisce i provvedimenti medico - legali da adottare qualora vi sia un riscontro positivo a seguito di accertamenti sanitari sull'uso di sostanze stupefacenti.

Il comma 1 prevede la rivedibilità fino a tre anni nei confronti degli iscritti di leva e degli arruolati di leva riconosciuti, dagli Ospedali militari, quali soggetti tossicodipendenti o che abusano di sostanze stupefacenti.

Il comma 3, al pari del comma 1, prevede anch'esso la rivedibilità fino a tre anni per gli iscritti o arruolati di leva che siano già riconosciuti tossicodipendenti dalle autorità sanitarie civili e che abbiano in corso un documentato trattamento di recupero presso centri civili autorizzati. Il provvedimento medico - legale deve essere emanato dalle competenti autorità sanitarie militari. Gli iscritti di leva o gli arruolati di leva, giudicati idonei al termine del periodo di rivedibilità, possono essere dispensati dal servizio a seguito di presentazione di specifica domanda (comma 4).

E' contemplata, altresì, dal comma 5, la possibilità di essere posti in licenza di convalescenza fino al congedamento della classe di appartenenza per coloro che, militari di leva già incorporati, siano riconosciuti tossicodipendenti. Ciò computando il periodo di licenza fruito come assolvimento degli obblighi di leva.

E' intuitivo, però, come quanto disciplinato dai commi 4 e 5 dell'art. 109 possa, nell'applicazione pratica, determinare un serio problema. Infatti, se da una parte la possibilità, per gli iscritti di leva, di essere dispensati dal servizio, subordinando tale beneficio all'effettuazione di una terapia e quindi al recupero dell'idoneità al servizio militare, può, a tutti gli effetti, costituire un incentivo personale alla cura ed alla riabilitazione, dall'altra, per quanto previsto dal comma 5, potrebbe determinare l'esatto contrario. Il militare di leva già incorporato, infatti, edotto sulla possibilità di ottenere una licenza di convalescenza valida ai fini dell'assolvimento del servizio militare, potrebbe utilizzare lo stato di tossicodipendenza, anche volontariamente indotto, per evitare l'adempimento reale del servizio, pur avendone, alla fine, uguale riconoscimento.

Quanto prospettato si pone come un punto debole della legge che si auspica venga fatto oggetto di revisione, al fine di adeguarla ai reali obiettivi che essa deve perseguire.

Il comma 6 contempla, invece, il caso di quei militari in ferma prolungata o in servizio permanente che, riscontrati tossicodipendenti, esprimono la propria disponibilità ad intraprendere trattamenti di recupero socio - sanitario: per costoro è prevista la possibilità di fruire di una licenza di convalescenza straordinaria e successivamente, se del caso, di aspettativa per il periodo massimo contemplato dalla normativa in vigore. Alla fine del trattamento sono attivati controlli tesi a stabilire il recupero dell'idoneità al servizio militare.

Articolo 110

L'art. 110 disciplina l'effettuazione del servizio civile da parte del tossicodipendente che, al termine del trattamento di recupero, riconosciuto idoneo all'espletamento del servizio militare di leva, intenda avvalersi, dietro presentazione di richiesta al Distretto Militare di appartenenza e dietro positivo parere della comunità terapeutica, del diritto a continuare a prestare come servizio civile il periodo previsto per l'espletamento del servizio militare di leva (comma 1).

Per ciò che attiene allo stato di attuazione dell'art. 100, comma 1 si rappresenta che, al dicembre 1994, sono pervenute n. 6 domande di giovani che hanno fatto richiesta di continuare a prestare, come servizio civile, attività di volontariato per un periodo uguale a quello previsto per il servizio militare al fine di adempiere, così facendo, agli obblighi di leva. Per contro coloro che hanno iniziato nel 1994 il predetto servizio, a seguito della definizione delle relative pratiche, risultano essere n. 3.

Articolo 111

Il comma 1 disciplina i rapporti tra strutture socio -sanitarie pubbliche, specie per quanto riguarda la collaborazione tra strutture sanitarie militari e strutture sanitarie civili nel campo delle tossicodipendenze, al fine di assicurare la continuità dell'assistenza agevolando il recupero socio - sanitario dell'interessato.

Il comma 2 dello stesso articolo di legge prevede che i dati statistici inerenti l'andamento del fenomeno tossicodipendenza, emersi in ambito militare, siano comunicati ogni anno ai Ministeri della Sanità e dell'Interno. Tali dati, peraltro, per il combinato disposto dei commi 8 e 9 dell'articolo 1 del T.U. - 9 ottobre 1990, entrano a far parte di relazioni semestrali che vengono, tra l'altro, inoltrate al Dipartimento per gli Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Da un punto di vista statistico il fenomeno tossicodipendenza in ambito militare, a partire dal momento della prima rilevazione di provvedimenti di permanente inidoneità, ovvero dal 1976, ha evidenziato un netto e progressivo aumento fino al 1983.

Il triennio 1981-1983 mostra una sostanziale stabilizzazione del numero dei riformati per tossicodipendenza (n. 2000 unità circa) che rappresenta il livello massimo raggiunto. A partire dagli anni successivi si assiste ad una inversione di tendenza del fenomeno, fino ad arrivare al periodo attuale con cifre attestata su valori compresi tra le 400 e le 700 unità di soggetti giudicati permanentemente non idonei per problematiche connesse alla tossicodipendenza.

La diminuzione del fenomeno tossicodipendenza in ambito militare può presumibilmente essere messa in rapporto da un lato alla promozione, da parte della Sanità militare, di un'intensa attività di prevenzione primaria e secondaria delle tossicodipendenze e, dall'altro, ad una caratteristica attuale del fenomeno stesso, cioè al progressivo slittamento dell'età in cui si instaura lo stato di tossicodipendenza.

Ciò può condurre a dipendenze che necessitano di trattamenti anche in età successive a quella in cui viene prestato il servizio militare.

Non è infine da trascurare l'effetto prodotto sulle rilevazioni statistiche dalla legge 26 giugno 1990 n. 162.

Mentre in precedenza, infatti, la consistenza del fenomeno poteva essere dedotta dal numero dei provvedimenti di permanente non idoneità per tossicodipendenza, dal 1990 in avanti essa va arguita dal numero:

- dei provvedimenti di rivedibilità;
- delle licenze di convalescenza di durata superiore a tre mesi;
- dei giudizi di permanente non idoneità per patologie psichiatriche e/o organiche associate all'uso di sostanze stupefacenti.

Dal 1990 in avanti è infatti divenuta sempre più rara la riforma per sola tossicodipendenza.

Per un più dettagliato riscontro sui dati relativi al fenomeno tossicodipendenza in ambito militare, nel corso dell'anno 1994, si confronti il successivo paragrafo: "Dati statistici relativi al fenomeno tossicodipendenza".

Articolo 112

L'articolo in questione prevede, per gli obiettori di coscienza, la possibilità di prestare servizio sostitutivo civile presso centri civili autorizzati e convenzionati con l'Amministrazione

della Difesa i quali provvedono all'assistenza socio - sanitaria ed alla riabilitazione dei soggetti che fanno uso di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Per quanto concerne l'attuazione di tale articolo di legge si fa presente che, nell'anno 1994, hanno prestato servizio sostitutivo civile presso centri civili autorizzati e convenzionati con il Ministero della Difesa, operanti nel campo esclusivo delle tossicodipendenze, n. 191 obiettori di coscienza.

Altri 3410 obiettori di coscienza sono stati assegnati presso Enti che svolgono varie attività tra cui quella in favore dei tossicodipendenti, senza però poter distinguere il numero preciso di quelli assegnati a quest'ultimo compito.

L'attività di prevenzione in ambito esercito

L'attività di prevenzione nel settore delle tossicodipendenze, svolta nell'anno 1994, a parte quella già descritta precedentemente, è così compendiabile o meglio precisata:

- sviluppo delle attività di supporto psicologico attraverso l'operato dei Consulenti Psicologici, dei Centri di Coordinamento di Supporto Psicologico e degli Ufficiali Consiglieri.

Attualmente sono operanti 20 Consulenti Psicologici così ripartiti:

- Regione Militare Nord-Ovest: Torino, Milano e Genova;
- Regione Militare Nord-Est: Verona, Udine e Padova;
- Regione Militare Tosco-Emiliana: Firenze, Bologna, Piacenza e Livorno;
- Regione Militare Centrale: Policlinico Militare "Celio", HMML Cecchignola, Anzio e Chieti;
- Regione Militare Meridionale: Caserta, Catanzaro e Bari;
- Regione Militare Sicilia: Palermo e Messina;
- Regione Militare Sardegna: Cagliari;
- continuazione delle conferenze per i militari di leva, tenute da Ufficiali medici, con l'ausilio della proiezione di film e diapositive, aventi per argomento il problema della droga inserito nel più ampio contesto dell'educazione alla salute;
- proseguimento dell'attività di ricerca dei cataboliti dei cannabinici, oppiacei e cocaina nell'urina dei militari preposti all'incarico di autista, da parte degli Stabilimenti Sanitari Militari;
- sensibilizzazione degli Ufficiali Medici, in servizio permanente effettivo e di complemento, riguardo l'importanza del corretto utilizzo delle conoscenze psicologiche e psichiatriche

nell'espletamento delle loro funzioni di medico militare, tramite il servizio di Psicologia ed Igiene Mentale operante presso la Scuola di Sanità Militare di Firenze:

- proseguimento, presso la Scuola di Sanità Militare di Firenze, dell'attività didattica rivolta ai Sottotenenti medici di complemento dei Battaglioni Addestramento Reclute e delle Scuole;
- svolgimento, presso la Scuola di Sanità Militare di Firenze, del corso di aggiornamento per gli Ufficiali medici Capi Servizio/Dirigenti dei Consultori Psicologici.

Durante tale incontro sono state affrontate problematiche inerenti la diagnostica, il trattamento e la gestione del soggetto tossicodipendente, cercando di trovare delle linee guida unitarie tali da uniformare l'intervento in ogni Consultorio Psicologico:

- regolare funzionamento della linea verde SIP, attivata dalla Scuola di Sanità Militare nell'ambito del progetto "SANIMILES 1. Il Servizio è divenuto un importante punto di riferimento come centro di informazione, di consulenza tecnico - scientifica e di studio per gli Ufficiali medici, Psichiatri e Psicologi civili convenzionati con l'amministrazione ed Ufficiali d'arma Consiglieri;
- proseguimento del "Progetto finalizzato al potenziamento delle attività dei Consultori Psicologici deputati al supporto organizzato dal Comando del Corpo di Sanità dell'Esercito.

I dati sin qui ottenuti possono essere così riassunti:

- sono state acquisite dal suddetto Comando circa 200 schede relative agli interventi specialistici effettuati presso i Consultori Psicologici;
- tali schede, trasmesse dagli Ospedali Militari, sono state inserite in una banca dati creata presso il Centro Studi e Ricerche della Sanità Militare dell'Esercito, al fine di effettuare una valutazione statistica;
- la prevista informatizzazione del progetto è stata ormai attivata con la distribuzione, per ogni Consultorio Psicologico, di un programma computerizzato per l'inserimento, la gestione e l'eventuale elaborazione dei dati raccolti. Ciò che consente una maggiore celerità nell'acquisizione e nella trasmissione dei dati raccolti;
- attivazione, in contemporanea, presso i Consultori Psicologici dell'Ospedale Militare di Medicina Legale di Verona e dell'Ospedale Militare di Bari, di lavori di ricerca e di moltiplicazione in ambito territoriale delle istituzionali attività demandate ai Consultori Psicologici, utilizzando i fondi destinati ai progetti finalizzati contro la droga;
- svolgimento a Cagliari, dal 4 al 7 ottobre 1994, del VII Congresso della Società Italiana di Psichiatria Biologica, al quale hanno preso parte gli Ufficiali medici Capi Servizio/Dirigenti dei

Consultori Psicologici degli Enti Sanitari Militari. In tale occasione si è posta attenzione non solo alle nuove strategie farmacologiche dei disturbi psichiatrici ma anche ai più recenti interventi, in ambito internazionale, inerenti la prevenzione, l'individuazione ed il recupero del soggetto tossicodipendente.

Attività di prevenzione in ambito militare

Nell'anno 1994 le attività preventiva, didattica e terapeutica, nei confronti degli assuntori di sostanze stupefacenti, in parte già riportate, sono continuate in maniera sempre più incisiva, potendosi avvalere delle esperienze maturate negli anni precedenti.

Esse possono essere sintetizzate, o meglio precisate, nel seguente modo:

- attuazione del DRUG TESTING PROGRAM presso l'Accademia Navale di Livorno, le Scuole Sottufficiali, il Collegio Navale Morosini ed esecuzione di esami specialistici e di laboratorio al personale di leva ed in ferma di leva prolungata presso i Maricentro di Taranto e La Spezia.

Tale programma per le sue caratteristiche costituisce uno specifico strumento di prevenzione. I criteri di verifica random del personale, l'imprevedibilità del controllo tramite la contestuale raccolta di un campione di urine, le implicite ricadute disciplinari e medico - legali connesse alla "positività" sono capillarmente divulgate ad ogni Allievo, inscrivendosi tali iniziative nella più generale sollecitazione a ispirarsi ai valori positivi dell'educazione alla salute:

- conferenze informative sul fenomeno droga rivolte al personale di leva a cura di Ufficiali Medici con il supporto di sistemi audiovisivi.

Nell'ambito della Seconda Settimana Europea di prevenzione delle tossicodipendenze (15-22 ottobre 1994), gli Enti Sanitari dipendenti hanno finalizzato tale attività in relazione agli obiettivi specifici della campagna informativa;

- diagnosi precoce e supporto psicologico ai militari che presentano situazioni personologiche, sociali, culturali, ambientali a "rischio" per lo sviluppo di disturbi psichici o per la tossicodipendenza. Ciò attraverso l'attività della rete di strutture psicologiche costituite dai "Consultori Psicologici" (La Spezia, Roma, Taranto), opportunamente potenziati dai "Servizi

di Psicologia” (Ancona, Augusta, Brindisi, La Maddalena, Livorno, Messina, Napoli e Venezia):

- istituzione del corso di insegnamento di Psicologia ed Igiene Mentale, con specifici riferimenti agli aspetti legislativi e medico-legali relativi alle tossicodipendenze, per gli Ufficiali Medici in Spe e di Complemento che frequentano il Corso Applicativo presso la Scuola di Sanità della Marina Militare di Livorno.

Tale ciclo di lezioni è finalizzato a sviluppare negli Ufficiali Medici una sensibilità per le problematiche del settore dell'igiene mentale e delle tossicodipendenze, affinando la capacità di gestione dei casi pervenuti alla diretta osservazione:

- costituzione di una banca dati, presso la Sezione di Psicologia Militare dell'Ispettorato di Sanità M.M., sui casi di consumo di sostanze stupefacenti accertati in ambito M.M.. Ciò al fine di monitorizzare i targets specifici del fenomeno e di indirizzare adeguatamente le strategie preventive.

L'attività di prevenzione in ambito Aeronautica Militare

Le iniziative promosse nel settore della prevenzione delle tossicodipendenze nell'anno 1994, a parte quelle già citate, sono così compendabili o meglio precisate:

- organizzazione di attività ludiche e culturali, ad opera di molti Enti o Reparti, finalizzate al tentativo di contrastare i momenti di ozio o di degrado psicologico, attivando gruppi di aggregazione sociale per il tempo libero,

- reiterazione delle iniziative previste nel progetto “Dal cielo contro la droga”, per la formazione e l'aggiornamento professionale, in campo psico- sociale, sanitario, preventivo e correttivo, del personale militare incaricato di compiti educativi e di sostegno.

Tali iniziative sono attualmente in via di realizzazione presso i tre Comandi di Regione Aerea, presso alcuni degli Enti sede dei Consultori psicologici di Forza Armata, ad opportuno supporto dei medesimi, e presso ulteriori Reparti A.M., mai coinvolti prima nelle suddette attività e pertanto ora interessati, nell'ottica di un'alternanza dei destinatari, del messaggio formativo.

Le suddette iniziative, supportate spesso da ausili audiovisivi ed opuscoli didattici e, a giudizio unanime, ben accettate dagli utenti, hanno mirato soprattutto a fornire al personale impegnato nel contatto quotidiano con i giovani validi strumenti per rilevare tempestivamente

atteggiamenti e/o comportamenti a rischio per uno stato di disagio psichico latente o iniziale, ovvero per una tendenza all' "evasione" dalla realtà verso il mondo della droga.

Ciò al fine di predisporre opportune contromisure di prevenzione primaria e secondaria (crescita motivazionale, valorizzazione delle singole personalità, ottimizzazione del tempo libero, etc.) attraverso un'educazione al rapporto interpersonale di tipo fiduciale, privato di qualsiasi connotazione disciplinare o legale.

Nell'occasione della Seconda Settimana Europea di Prevenzione delle Tossicodipendenze sono state realizzate inoltre iniziative di sensibilizzazione presso numerosi Enti A.M., inserite nel contesto delle attività formative e informative previste dal progetto "Dal cielo contro la droga";

-reiterazione periodica dell'attività educativa e preventiva presso i vari Enti e Reparti a cura di appositi Nuclei, costituiti presso le Basi sotto il diretto controllo dei Comandanti e formati dal Dirigente il Servizio sanitario, dal Cappellano militare e da Ufficiali e Sottufficiali preposti all'inquadramento. L'attività comprende dibattiti, incontri e proiezioni di filmati in tema di droga, AIDS, malattie infettive a trasmissione sessuale, riservati a tutti i militari di leva o di recente assegnazione.

Presso gli Enti A.M., sede dei Consulenti psicologici, similari iniziative formative nei confronti del personale di leva sono state periodicamente supportate con l'ausilio dei professionisti civili convenzionati.

La predetta attività, soprattutto per il personale di leva, si dimostra particolarmente efficace nei Reparti di definitiva assegnazione piuttosto che negli Enti di formazione, laddove il rapido turnover impedisce l'instaurarsi di un consolidato rapporto fiduciale;

- continuazione delle iniziative di prevenzione finalizzate ad elevare il livello di responsabilità personale e la presa di coscienza del singolo nei riguardi di problemi inerenti la salute pubblica, presso vari Enti, dove sono stati divulgati opuscoli e materiale informativo relativo al problema della droga e all'abuso di alcol nella società industrializzata, e ai correlati pericoli di gravi infezioni emergenti, quali quelle virali da HIV, HBV e HCV;

- incremento delle attività dei Consulenti Psicologici, attivati già dal 1993 in modo capillare su tutto il territorio nazionale, sui è stata garantita ulteriore efficienza e potenzialità tramite l'assegnazione, da parte del Dipartimento Affari Sociali (D.A.S.), di fondi specifici a tale scopo.

L'attività dei Consulitori è stata spesso integrata da una parallela azione divulgatrice profilattica e promozionale. Questa si è svolta nel corso di periodici gruppi di incontro e dibattiti collettivi tenutisi soprattutto presso la Scuola di Guerra Aerea di Firenze, l'Accademia Aeronautica di Pozzuoli e l'Infermeria Presidiaria del Comando II Regione Aerea di Roma, e promossi dagli specialisti convenzionati con la partecipazione del personale di leva e di carriera.

I militari in servizio presso gli Enti privi di questi Servizi A.M., nel contempo territorialmente distanti dai medesimi, hanno, come nel passato, continuato ad avvalersi, in stato di necessità, dei Consulitori psicologici vicini gestiti dalle altre Forze Armate o dal S.S.N.;

- costante aggiornamento dei dati relativi all'entità della popolazione tossicodipendente in ambito A.M., tramite acquisizione di notizie dagli Enti tecnicamente dipendenti, allo scopo di predisporre adeguate azioni correttive e di realizzare l'indispensabile flusso informativo finalizzato all'Osservatorio Permanente, ai sensi del comma 8, art. 1, Legge n. 162/90;

- iniziative di prevenzione secondaria con potenziamento dei laboratori di analisi per la ricerca immunoenzimatica ed in immunofluorescenza dei cataboliti urinari di sostanze stupefacenti, nell'ambito di uno screening epidemiologico del fenomeno droga in ambito militare.

Tali controlli vengono realizzati in maniera periodica od occasionale sul personale automobilista o in fase istruzionale. Gli accertamenti sono eseguiti invece routinariamente nelle fasi della selezione di arruolamento, sul personale che abbia riferito spontaneamente l'assunzione di droghe o sia stato segnalato ai Servizi sanitari di Reparto in seguito al rilievo di comportamenti anomali o di strutture personologiche fragili ed insicure, più facilmente tentate all'isolamento o all'evasione in paradisi artificiali.

I militari eventualmente riscontrati positivi ai controlli urinari sono inviati, per ricovero e provvedimenti medico-legali, agli Enti sanitari competenti ed al rientro, se idonei, vengono invitati a frequentare i consulenti militari di zona.

Lo screening permette di quantizzare il fenomeno droga in ambito militare, allo scopo di definire azioni finalizzate non solo al contenimento della diffusione della tossicodipendenza, ma anche di malattie a diffusione parenterale e sessuale.

In quest'ottica il progetto finalizzato dell'A.M. "Drugscreen", posticipato per la fase realizzativa al 1995, prevede, oltre alla reiterazione dello screening dei cataboliti di sostanze stupefacenti su campioni urinari, anche l'acquisizione, presso il Reparto Medicina Aeronautica

e Spaziale della D.A.S.R.S. di Pratica di Mare, di avanzate metodiche per l'identificazione di tali sostanze con procedimento cromatografico HPLC o, in alternativa, tricotossicologico.

I dati relativi a tale indagine epidemiologica, eseguita dal mese di giugno a quello di novembre u.s., sono di seguito riportati.

- CANNABIOIDI: test eseguiti n. 15059; positività n. 200
- OPIACEI: test eseguiti n. 14842; positività n. 34
- COCAINA: test eseguiti n. 14381; positività n. 25
- ANFETAMINE: test eseguiti n. 5753; positività n. 2.

Indagine statistico epidemiologica sull'uso di sostanze stupefacenti tra i giovani che sostengono la visita di leva-selezione

Una citazione a parte merita il progetto, in fase di avanzata realizzazione, relativo "all'indagine statistico epidemiologica sull'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope tra i giovani che sostengono la visita di leva-selezione", coordinato dalla Direzione Generale della Sanità Militare e finanziato dal Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga.

Dal novembre 1993 al dicembre 1994 sono stati raccolti circa 38.000 campioni di urina ed altrettanti questionari, su un campione selezionato presso tutti i Distretti Militari dell'Esercito. Nel corso del 1995 verrà iniziata l'analisi quantitativa e qualitativa dei dati raccolti.

Dati statistici relativi al fenomeno tossicodipendenza

I dati si riferiscono alle schede individuali per farmacodipendenza pervenute presso la Direzione Generale della Sanità Militare nel periodo compreso tra il 1° gennaio ed il 31 ottobre 1994.

Le schede vengono compilate presso le strutture sanitarie militari che ricoverano e/o emettono provvedimenti medico-legali comunque connessi all'uso di sostanze stupefacenti.

Molto spesso il provvedimento medico-legale è motivato da patologie psichiatriche e/o organiche associate all'uso di sostanze stupefacenti (tossicodipendenza, uso abituale o tossicofilia, consumo occasionale).

Le aggregazioni statistiche della presente relazione sono state elaborate dall'Ufficio Centrale per l'Organizzazione, i Metodi, la Meccanizzazione e la Statistica del Ministero della Difesa, che ha pure curato la predisposizione dei grafici;

- l'archivio è composto da 2188 schede relative a 2008 soggetti.

Rispetto all'analogo periodo del 1993 (1° gennaio - 31 ottobre 1993) sono diminuite sia le schede di segnalazione (- 23% circa, per 2830 schede contro 2188 del 1994) sia il numero dei soggetti segnalati (- 26% circa, per 2720 soggetti contro 2008 del 1994).

Il numero dei soggetti segnalati (2008) non può in ogni caso ritenersi corrispondente al numero dei casi di tossicodipendenza, poiché, per quanto detto al paragrafo precedente, le schede vengono compilate anche per caso d'uso di sostanze stupefacenti che non configurano una condizione di tossicodipendenza;

- la tabella ed il grafico 1, suddividono i soggetti in base alla Forza Armata di appartenenza.

Si noti la prevalenza di Esercito e Marina che insieme raggruppano oltre i due terzi dei casi. Il dato, peraltro, va letto con molta cautela per i seguenti motivi:

- sono da verificare le ragioni per cui le segnalazioni relative all'Esercito, Forza Armata di gran lunga preponderante percentualmente, siano numericamente inferiori a quelle della Marina;

- gli iscritti di leva dell'Aeronautica non sono conteggiabili in quanto facenti parte del dato riferito agli iscritti dell'Esercito, Forza Armata che effettua la visita di leva-selezione anche per conto dell'Aeronautica Militare;

- la tabella ed il grafico 2, relativi alla posizione militare, indicano la netta prevalenza dei militari di leva (1566). Mettendo in relazione questo dato con il numero degli iscritti di leva segnalati (449), di cui alla tabella 5, si potrebbe essere indotti alla considerazione che sia l'ingresso nella vita militare a favorire l'uso di sostanze stupefacenti.

A questo proposito giova rammentare che per iscritto di leva si intende il soggetto in sede di visita di leva selezione, mentre per militare di leva il soggetto già alle armi:

In realtà le considerazioni da fare per valutare le differenze tra il numero dei militari di leva e quello degli iscritti di leva segnalati (1566 contro 449) sono più complesse e devono tenere conto del fatto che:

1) la visita di leva può precedere, anche di qualche anno, l'inizio del servizio militare; se durante tale periodo, che può coincidere con l'insorgere di una condizione di tossicodipendenza, non è il giovane a fare richiesta di ulteriori accertamenti sanitari, egli viene

incorporato senza essere sottoposto ad ulteriori visite, se non al momento dell'inizio della vita militare;

2) i primi ricoveri ospedalieri per problemi connessi alla tossicodipendenza, che condurranno all'emanazione di provvedimenti medico-legali di temporanea o permanente non idoneità alla prestazione dei servizi militari, si verificano, in circa l'80% dei casi, nei primi 60 gg. di vita alle armi; ciò fa attendibilmente presumere che la condizione di tossicodipendenza, in un buon numero di casi, si sia instaurata nel periodo di intervallo tra la visita di leva e l'inizio della vita militare.

A conferma di ciò i soggetti che dichiarano di aver assunto per la prima volta sostanze stupefacenti durante il servizio militare costituiscono solo il 12,4% di quelli segnalati (tabella e grafico 4).

Ciò sembra indicare che un'abitudine già contratta, quella dell'uso di droga, pur non essendo stata dichiarata o diagnosticata in sede di visita di leva, diviene manifesta durante la fase iniziale del servizio militare, allorché il contatto quotidiano con il personale di inquadramento rende difficile la simulazione;

- la regione maggiormente rappresentata (tab. e Graf. 3), risulta essere la Campania e quindi, con percentuali minori, la Sicilia, la Lombardia, la Puglia ed il Lazio. Tuttavia il dato deve essere valutato anche alla luce della popolazione residente nelle diverse regioni, la cui distribuzione presenta dei massimi propri nelle regioni sopra indicate;

- sono stati poi analizzati i provvedimenti medico-legali adottati al termine degli accertamenti sanitari. Le tab. 5 e 5 bis mostrano i risultati delle elaborazioni effettuate.

Il totale della tabella non comprende quei casi in cui non sono state fornite informazioni.

Il raffronto dei provvedimenti medico-legali con quelli adottati nell'analogo periodo del 1993, evidenzia:

- 1) la diminuzione dei provvedimenti medico-legali di idoneità (-26% circa, per 178 idonei nel 1994 contro 241 idonei nel 1993);
- 2) la diminuzione del numero dei soggetti riformati (-34% circa, per 422 riforme nel 1994 contro 639 nel 1993);
- 3) la netta diminuzione delle licenze di convalescenza di durata inferiore a tre mesi (-50% circa, per 716 casi nel 1994 contro 1419 nel 1993);

- 4) la crescita delle licenze di convalida di durata superiore a tre mesi (+32% circa, per 329 casi nel 1994 contro 224 nel 1993);
- 5) la crescita dei provvedimenti medico-legali di rivedibilità (+20% circa, per 315 casi nel 1994 contro 25 nel 1993).

Dall'esame comparato dei raffronti su esposti si può affermare che tendono ad essere sempre più privilegiati quei provvedimenti medico-legali che spostano nel tempo la valutazione definitiva del caso, ciò che consente una corretta osservazione longitudinale dei vari soggetti.

In tal senso risulta sempre meglio rispettato anche lo spirito della legge n. 162 del 26.6.'90:

- la tabella 6 indica la distribuzione dei soggetti secondo l'età alla prima assunzione ed il tipo di sostanza.

Come appare anche dalla tab. 7 la marijuana e l'hashish risultano nettamente le droghe più usate, soprattutto nella età più giovane.

Epidemiologia delle patologie infettive correlate alla tossicodipendenza

I dati relativi all'epidemiologia, nell'ambito delle Forze armate, delle patologie infettive correlate al fenomeno della tossicodipendenza, si riferiscono al periodo 1° gennaio - 10 dicembre 1994.

Dallo specchio riportato si evince un generale quanto consistente decremento del numero delle malattie in questione, cui dovrà seguire una attenta e puntuale analisi dell'andamento del fenomeno stesso, al fine di determinare, con una certa approssimazione, i fattori che lo hanno determinato.

MALATTIA INFETTIVA	E.I.	M.M.	A.M.	FF.AA.
EPATITE B	13	4	1	18
EPATITE C	1	1	-	2
EPATITE NON SPECIFICATA	15	3	2	20
TOTALE	29	8	3	40
Infezione da HIV (LAS)	1	-	-	1

Si ritiene comunque doveroso precisare quanto segue:

- sono state considerate solo le malattie infettive che riconoscono nella tossicodipendenza un fattore di rischio statisticamente significativo;
- i dati non sono casi di malattie infettive riscontrati nella popolazione dei tossicodipendenti, né casi in cui la tossicodipendenza è stata effettivamente individuata come fattore causale.

Ciò perché non esiste incrocio di dati fra archivio tossicodipendenti e archivio malattie infettive, né esiste uno specifico sistema di rilevazione dei fattori di rischio nelle malattie infettive.

In conclusione i dati vanno presi come “dimensioni” di un fenomeno infettivologico che solo in quota-parte è riconducibile alla tossicodipendenza.

Tuttavia, data la possibilità che fenomeni di dissimulazione influenzino le rilevazioni direttamente mirate alla tossicodipendenza, si ritiene che i suddetti dati possono comunque risultare utili come “indicatore indiretto” del fenomeno tossicodipendenza

TAB 1 - Suddivisione dei tossicodipendenti secondo la FORZA ARMATA di appartenenza

FORZA ARMATA	Freq.Ass.	Freq. %
ESERCITO	768	38.2
MARINA	809	40.3
AEREAUTICA	139	6.9
CARABINIERI	12	0.6
VARI	1	0.1
OGGETT. DI COSC.	2	0.1
Non indicato	277	13.8
TOTALE	2008	100

TAB 2 - Distribuzione dei tossicodipendenti secondo la posizione militare

POSIZIONE	Freq.Ass	Freq.%
LEVA	1566	78.0
S.P.E.	11	0.6
VOLONTARIO	13	0.6
Non indicato	418	20.8
TOTALE	2008	100

TAB 3 - Distribuzione dei tossicodipendenti secondo la Regione geografica di residenza

REGIONE	Freq.Ass.	Freq.%
PIEMONTE	78	3.9
LOMBARDIA	203	10.1
FRULLI	21	1.0
LIGURIA	82	4.1
TOSCANA	79	3.9
VENETO	55	2.7
LAZIO	181	9.0
EMILIA ROMAGNA	67	3.3
TRENTINO	4	0.2
MARCHE	42	2.1
ABRUZZI	35	1.7
MOLISE	8	0.4
UMBRIA	7	0.3
BASILICA	19	1.0
CAMPANIA	387	19.3
PUGLIA	212	10.6
CALABRIA	100	5
SICILIA	250	12.5
SARDEGNA	99	4.9
ESTERO	47	2.3
NON INDICATO	32	1.7
TOTALE	2008	100

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

TAB - 4 La prima assunzione è avvenuta dopo l'incorporamento?

RISPOSTA	Freq.Ass.	Freq.%
SI	248	12,4
NO	1263	62,9
NON INDICATO	497	24,7

TAB 5 - Distribuzione dei provvedimenti medico legali secondo la posizione di Arruolato o iscritto alla leva (valori assoluti)

PROVVEDIM. POSIZ.	IDONEO	LICENZA <3 MESI	LICENZA > 3 MESI	RIVEDIBILE	RIFORMATO	TRASFERITO ALTRO OSPEDALE	TOTALE
ARRUOLATO	140	710	309	36	317	12	1524
ISCR. LEVA	38	6	20	279	105	1	449
TOTALE	178	716	329	315	422	13	1973

TAB 5 bis - Distribuzione dei provvedimenti medico legali secondo la posizione di Arruolato o Iscritto alla leva (valori %)

PROVVEDIM. POSIZ.	IDONEO	LICENZA <3 MESI	LICENZA > 3 MESI	RIVEDIBILE	RIFORMATO	TRASFERITO ALTRO OSPEDALE	TOTALE
ARRUOLATO	9,2	46,6	20,3	2,3	20,3	0,8	100
ISCR. LEVA	8,5	1,3	4,5	62,1	23,4	0,2	100
TOTALE	9,0	36,2	16,7	16,0	21,4	0,7	100

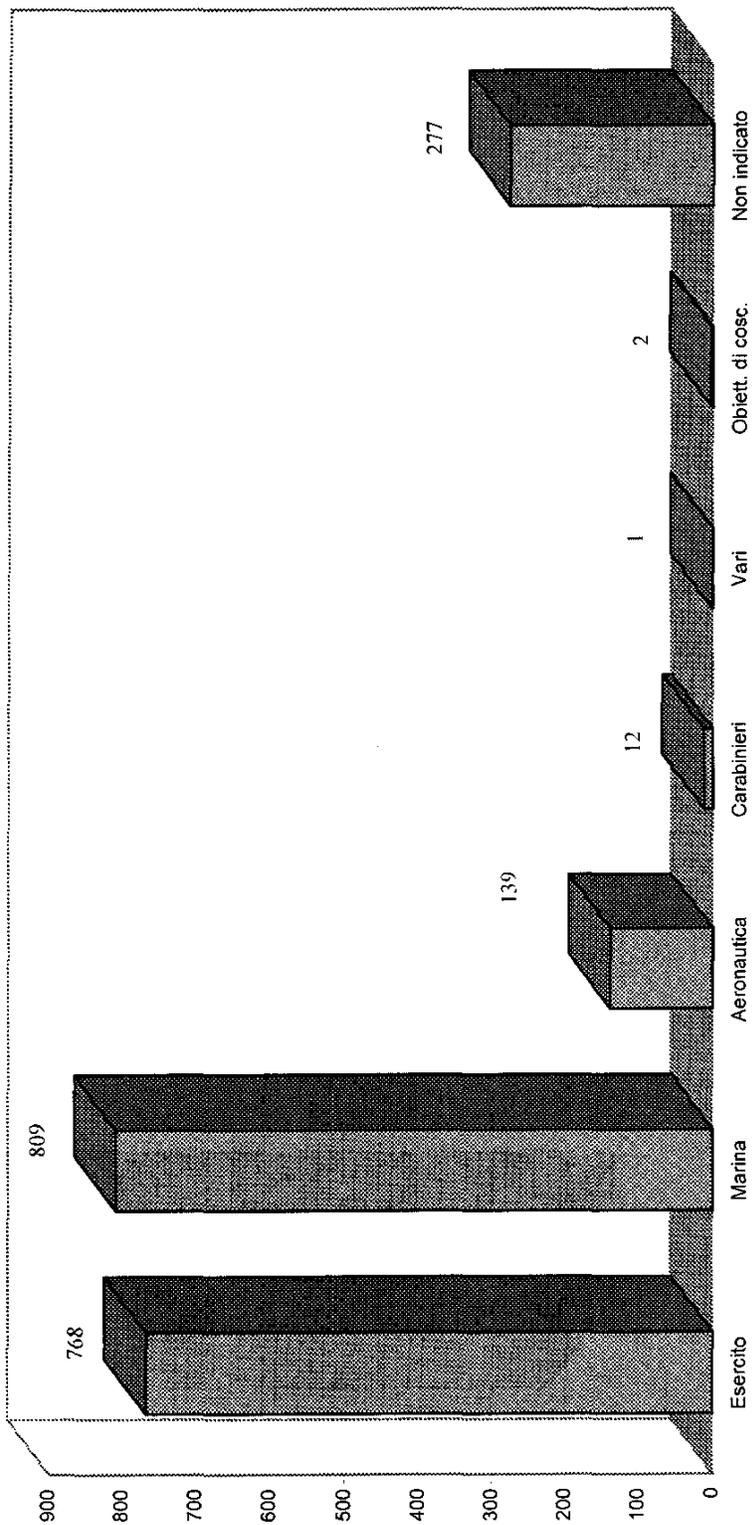
TAB 6 - Distribuzione dei tossicodipendenti secondo età alla prima assunzione ed il tipo di sostanza

ETA'	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	30	TOT
PO DI DROGA																		
ERONA	1	4	3	18	11	34	25	17	11	5	4	1			1	1		136
MORFINA		2							1									3
OPPIO E DERIVATI		1			2	7	7	4	3	1	1							26
ALCOOL					2													2
TRI SEDATIVI IPNOTICI - ANQUILLANTI						1												1
COCAINA			2	4	3	7	10	4	6		1	2						39
MARIJUANA - HASHISH	22	59	94	144	282	370	315	230	117	36	16	4	3	4		3	1	1700
INALANTI					1													1
ALTRI				1														1
DI 5 DROGHE		2																2
TOTALE	23	68	99	167	301	420	358	256	138	42	22	7	3	4	1	4	1	1914

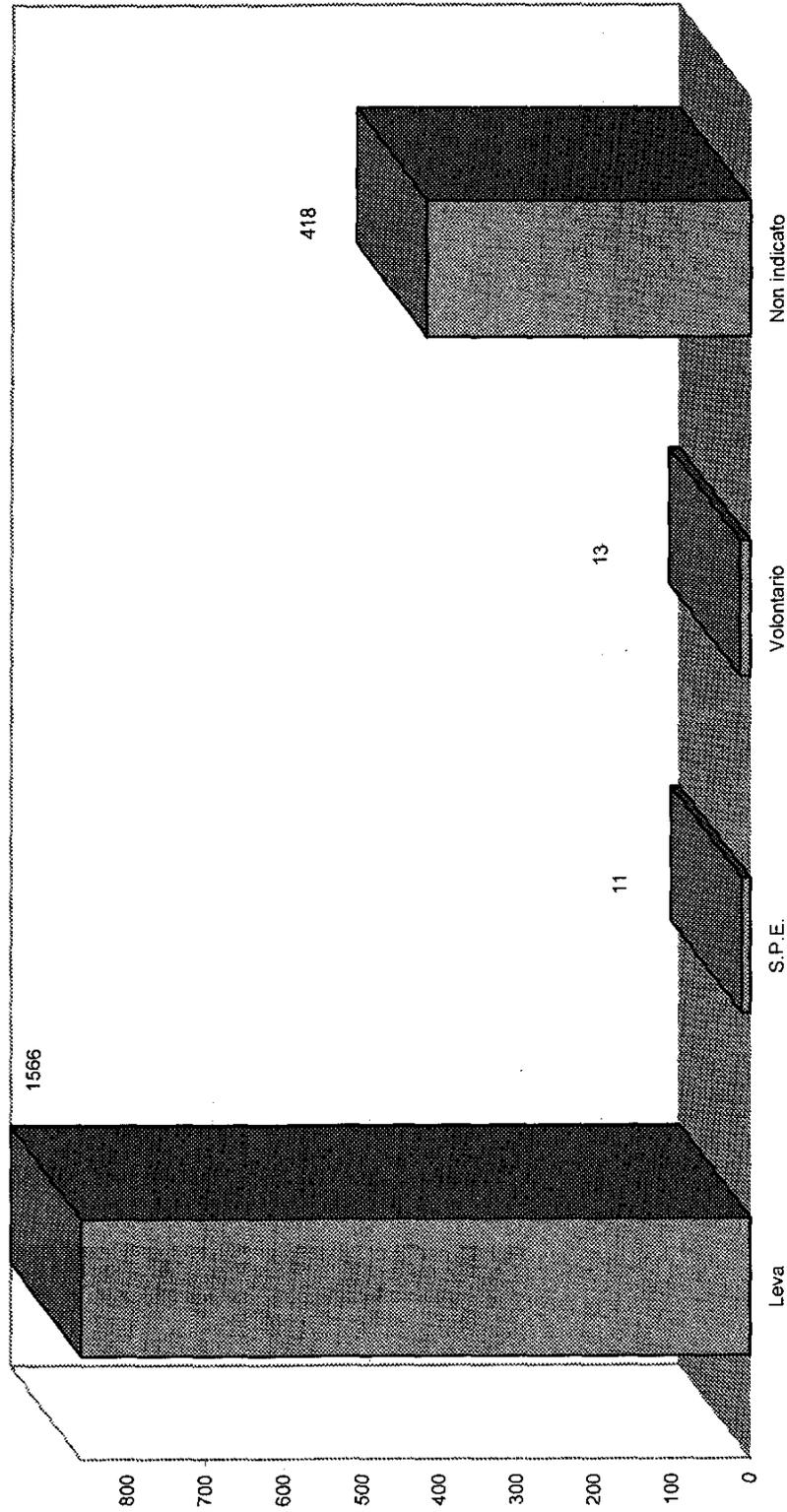
TAB 7 - Sostanze stupefacenti maggiormente utilizzate

TIPO DI DROGA	FREQ.ASS.	FREQ.%
EROINA	276	10.5
MORFINA	2	0.1
OPPIO ODERIVATI	44	1.7
METADONE ILLEGALE		
METADONE LEGALE	10	0.4
ALTRI OPPLACEI DI SINTESI CON EFFETTI MORFINO - SIMILI		
ALCOOL	69	2.6
BARBITURICI	2	0.1
ALTRI SEDATIVI IPNOTICI TRANQUILLANTI	5	0.2
ANFETAMINE	25	0.9
ANORESSANTI		
COCAINA	160	6.1
MARIJUANA - HASHISH	1960	74.2
OLIO DI HASHISH	15	0.6
ALLUCINOGENI	22	0.8
INALANTI	5	0.2
ALTRI	9	0.4
PIU' DI 5 DROGHE	31	1.2

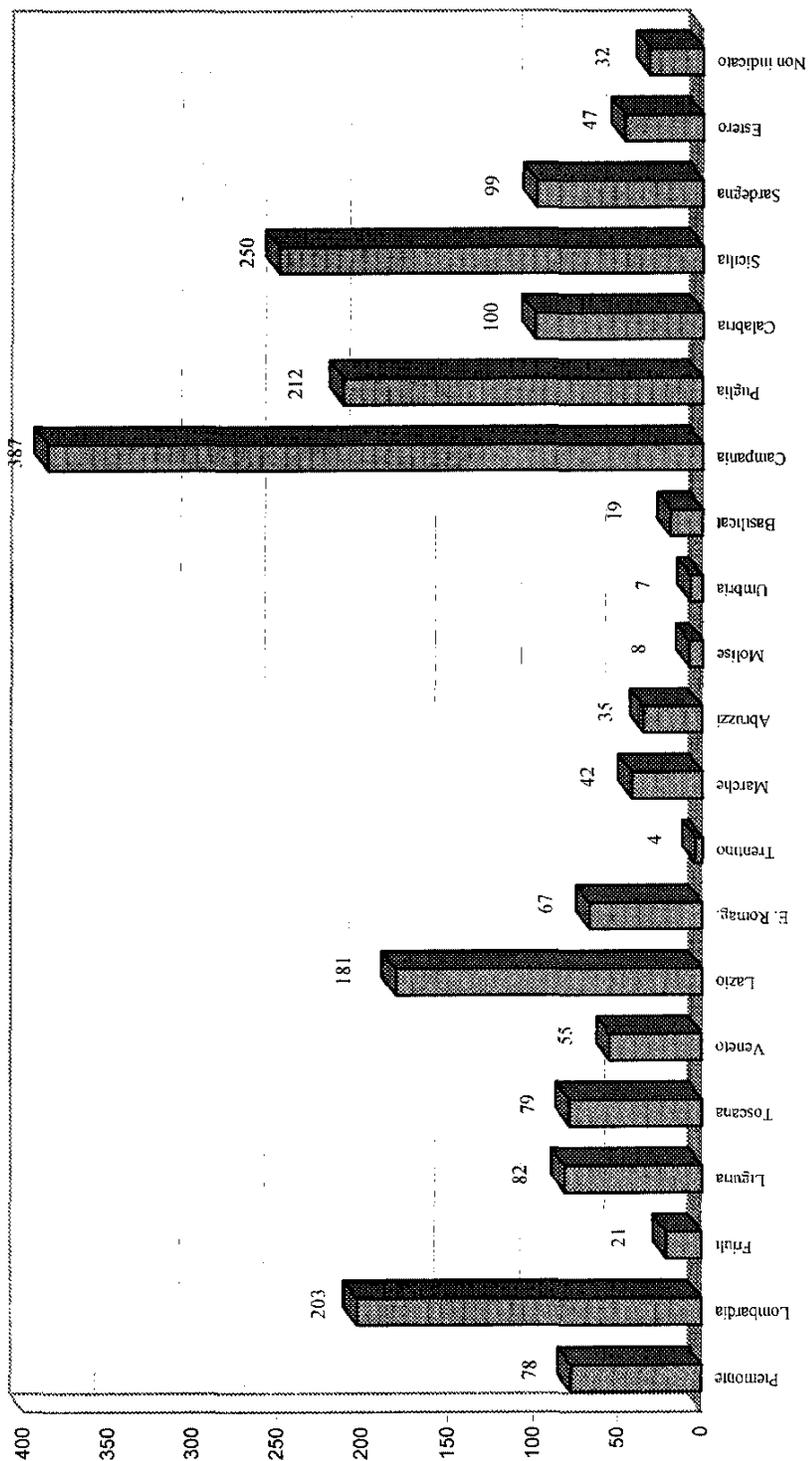
Graf. 1 - Suddivisione dei tossicodipendenti secondo la Forza Armata di appartenenza



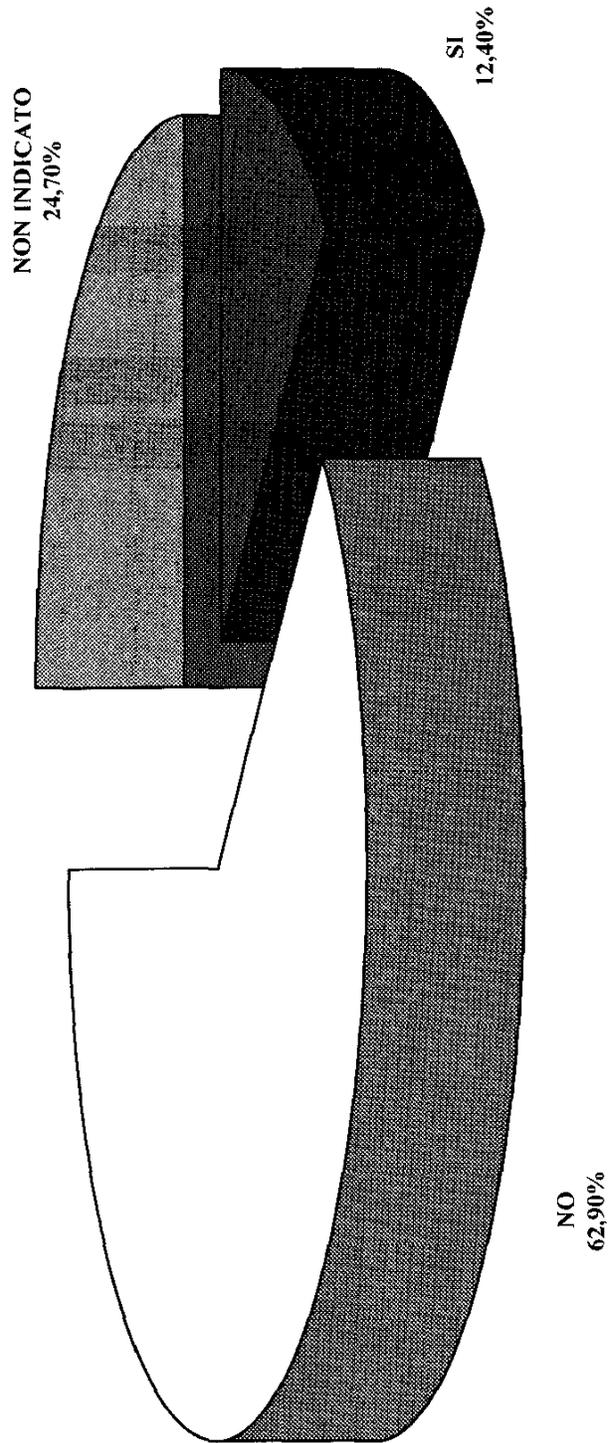
Graf. 2 - Distribuzione dei tossicodipendenti secondo la posizione militare



Graf. 3 - Distribuzione dei tossicodipendenti secondo la regione geografica di residenza



Graf. 4 - La prima assunzione e' avvenuta dopo l'incorporamento?



Ministero della Pubblica Istruzione
Ufficio Studi, Bilancio e Programmazione

Attività di Educazione alla Salute

L'attuazione degli indirizzi programmatici elaborati dal Ministero della Pubblica Istruzione (art. 104 D.P.R. 309/90) in tema di educazione alla salute e di informazione sui danni derivanti dall'alcolismo, dal tabagismo, dall'uso delle sostanze stupefacenti o psicotrope, nonché dalle patologie correlate, ha comportato, da parte della scuola, l'attivazione e il sostegno di iniziative che hanno coinvolto tutte le componenti scolastiche:

a) iniziative nelle scuole:

- Progetto Giovani 2000 e altri progetti inerenti l'educazione alla salute e prevenzione delle tossicodipendenze;
- Progetto Ragazzi 2000;
- Centri di Informazione e Consulenza (CIC).

b) attività di sostegno alle iniziative delle scuole:

- Progetto Genitori;
- Formazione dei docenti per l'educazione alla salute;
- Attività di informazione e sensibilizzazione dei Capi d'Istituto.

Rilevazione delle attività svolte

I dati analizzati ed elaborati nella presente indagine costituiscono il proseguimento della rilevazione effettuata a cura dell'Ufficio Studi nell'anno scolastico 92/93 (annali n° 1-2/1994).

Al fine di effettuare anche per il decorso anno 93/94 una ricognizione su tutto il territorio nazionale, sono state inoltrate agli uffici scolastici provinciali schede di rilevazione a consuntivo delle iniziative di prevenzione realizzate nelle scuole di ogni ordine e grado.

Tali schede, riviste ed ampliate rispetto alle omologhe dell'anno precedente, hanno permesso di verificare il grado di pervasività e di incisività dei progetti (Giovani, Ragazzi, Genitori) nonché il grado di partecipazione e le competenze impegnate.

E' stato pertanto possibile operare una prima verifica sui tempi di realizzazione dei progetti (curricolare o extracurricolare) ed effettuare numerose aggregazioni, per provincia, per regioni e per aree geografiche, di tutte le attività di prevenzione: Progetto Ragazzi 2000, Progetto Giovani, Progetto Genitori e Centri di Informazione e Consulenza.

Le tabelle a seguire rappresentano una sintesi significativa che tende a fornire un quadro organico di quanto le risorse impegnate abbiano prodotto in termini di prevenzione.

Tali dati sono stati oggetto di analisi, verifica e approfondimento da parte dei docenti e capi d'istituto, utilizzati presso i Provveditorati agli studi per l'educazione alla salute, durante la conferenza di servizio tenutasi a Bellaria dall'undici al tredici ottobre 1994.

I partecipanti, che costituiscono la rete di riferimento per tutte le iniziative di prevenzione a livello provinciale hanno sottolineato durante la conferenza stessa:

"... la efficacia strategica dei progetti (Giovani, Ragazzi, Genitori, Arcobaleno) e dei CIC quali utili strumenti ed opportunità per migliorare la qualità della vita nella scuola alla luce di una visione sistemica ed unitaria dell'educazione alla salute."

La scuola, a questo riguardo, rivendica: "la propria capacità progettuale in ordine alle iniziative sopra indicate che vedono nella centralità dello studente, nell'attenzione alla dimensione comunicativa e relazionale, nel protagonismo giovanile, nell'esercizio della progettualità validi strumenti di promozione del benessere."

Si è inoltre ribadito che, all'interno di un quadro di interconnessione ed integrazione di risorse e competenze, le linee operative di intervento devono articolarsi sui seguenti punti focali:

"- organizzazione: come prerequisito e risorsa di qualsiasi iniziativa volta alla promozione del benessere;

- capacità progettuale e relativo trasferimento nei diversi ambiti della vita scolastica;

- valorizzazione e rimotivazione delle risorse umane a partire dalla rete dei docenti referenti:

- promozione di raccordi interistituzionali in un contesto progettuale unitario.

La progettualità si esprime anche e soprattutto giovandosi del supporto di corretti strumenti di rilevazione, monitoraggio e quindi documentazione e pubblicizzazione, prevedendo anche il ricorso ai mezzi di comunicazione di massa."

Durante i lavori della stessa conferenza sono stati prodotti progetti elaborati nelle diverse provincie e individuati due ambiti di intervento-approfondimento, oggi di particolare rilevanza:

- progetto di educazione alla salute integrato nel PEI caratterizzato da diversificati apporti disciplinari e realizzato in tempi curricolari;

- costituzione, funzionamento, valutazione dei CIC e loro integrazione nel PEI.

Ciò ha consentito di documentare quanto la rilevazione statistica aveva indicato, nonché di valorizzare e implementare esperienze significative elaborate e realizzate nelle diverse provincie.

Obiettivi della rilevazione e della Conferenza di Servizio dei docenti utilizzati per l'Educazione alla Salute

- Raccogliere elementi conoscitivi funzionali all'impostazione dei futuri piani nazionali di intervento;
- acquisire informazioni per l'attivazione di processi decisionali particolarmente importanti in sede di pianificazione e programmazione;
- superare le risposte giuridico-formali assistenziali alle istanze di rinnovamento ed ai bisogni rilevati verso forme di interazione/integrazione di politiche sociali e scolastiche in un'ottica di complementarità formativa con le altre agenzie formative presenti sul territorio;
- verificare le esperienze realizzate e valutare la loro incidenza sulle condizioni di benessere-malessere degli studenti;
- riscontrare e diffondere innovazioni significative conseguenti ad interventi normativi/conferimento di risorse qualificazione progressiva dell'offerta formativa;
- individuare dei criteri organizzativo-gestionali coerenti con le linee metodologiche desunte dalle esperienze realizzate.

Relazione statistica delle attività svolte

Si riportano alcune tabelle riassuntive delle attività di prevenzione svolte su tutto il territorio nazionale e le relative rappresentazioni grafiche e gli istogrammi.

Progetto "RAGAZZI 2000" - Unità scolastiche ed alunni coinvolti

Anno scolastico 1993/94

<u>Ripartizioni</u> <u>Territoriali</u>	<u>Circoli Didattici</u>			<u>Scuole Medie</u>		
	<u>totali</u>	<u>coinvolti</u>	<u>%</u>	<u>totali</u>	<u>coinvolte</u>	<u>%</u>
UNITA' SCOLASTICHE						
Nord	1.971	1.291	65,5	2.477	1.833	74,0
Centro	871	542	62,2	1.111	750	67,5
Sud	1.432	887	61,9	1.819	1.311	72,1
Isole	624	402	64,4	823	605	73,5
ITALIA	4.898	3.122	63,7	6.230	4.499	72,2
ALUNNI						
Nord	968.173	371.365	38,4	676.003	369.860	54,7
Centro	438.188	128.130	29,2	326.884	113.375	34,7
Sud	831.779	278.043	33,4	614.254	294.020	47,9
Isole	391.584	118.081	30,2	291.969	106.538	36,5
Italia	<u>2.629.724</u>	<u>895.619</u>	<u>34,1</u>	<u>1.909.110</u>	<u>883.793</u>	<u>46,3</u>

In questa prima tabella sono riportati i dati relativi al coinvolgimento ed al grado di partecipazione al Progetto Ragazzi 2000 ripartiti per area geografica: Nord, Centro, Sud e Isole.

Le percentuali rappresentano il raffronto tra la totalità delle unità scolastiche/alunni e i corrispondenti valori di coinvolgimento nel Progetto di cui trattasi.

Progetto "RAGAZZI 2000" - Progetto Giovani: Principali tematiche ed attività

Anno scolastico 1993/94

	Prog.Ragazzi 2000		Progetto Giovani		Prop.20 stud.	
	Elementare	Media Totale	Sec.Super.	Sec.Super.	Totale	
Prevenz.Droga	483	1261	1744	1019	236	1255
" Tabagismo	383	959	1342	566	143	709
" Alcolismo	352	899	1251	545	129	674
" Farmacodipen.	231	544	775	328	108	436
Educ.rel.interp.	882	1283	2165	958	244	1202
Prev.disper.scol.	140	424	564	238	29	267
Igiene del corpo	787	937	1724	189	20	209
Educaz.Sessuale	307	1173	1480	922	256	1178
Prevenz.AIDS	97	621	718	963	286	1249
Educaz.Ambien.	1253	1878	3131	770	172	942
Prev.Incid.dom.	348	390	738	94	13	107
Educ.alim.cons.	1155	1513	2668	393	68	461
Temat.handicap	180	350	530	153	14	167
Educ.stradale	458	706	1164	100	21	121
Educ.allo sport	465	827	1292	491	144	635
Educ.all'immag.	786	1397	2183	1381	306	1687
Educ.dir.umani	627	877	1504	566	136	702
Educ.coop.svil.	308	536	844	353	79	432
Orientamento	53	1430	1483	829	170	999
Pari opportun.	62	246	308	267	33	300
Prob.scuola lav.	50	564	614	593	163	756
Cultura legalità	194	464	658	476	108	584
Giornal.scolast.	339	696	1035	1000	125	1125
Educaz.music.	245	482	727	425	85	510
Altre	274	486	760	496	145	641
TOTALI	10459	20943	31402	14115	3233	17348

In questa tabella sono riportate tematiche e attività approfondite nell'ambito del Progetto Ragazzi 2000, Progetto Giovani e iniziative dei 20 studenti.

Le colonne totale sommano le tematiche e le attività affrontate rispettivamente nella scuola dell'obbligo e nella scuola secondaria superiore.

Le tematiche rilevate, ampliate nel numero e nel contenuto rispetto al precedente anno, non riescono a dar conto della varietà e molteplicità di esperienze realizzate nella scuola.

E' stata quindi aggiunta la dicitura "altre" che sta a comprendere le ulteriori tematiche e attività affrontate nei diversi progetti.

Confronto sulle attività di educazione alla salute attuate ai sensi del D.P.R.309/90 e successive integrazioni e modifiche negli anni scolastici 1992/93 e 1993/94

	92/93	93/94	var. %
UNITA' SCOLASTICHE COINVOLTE			
circoli didattici	2.706	3.122	15,4
scuole medie	4.224	4.499	6,5
scuole sec. superiori	3.053	2.829	-7,3
ALUNNI (STUDENTI) COINVOLTI			
scuola elementare	794.279	895.619	8,2
scuola media	964.261	883.793	8,3
scuola second.superiore	1.159.233	961.570	-17,1
(di cui progetti 20 stud.)	225.704	159.130	-29,5
DOCENTI COINVOLTI			
scuola elementare	-	68.388	-
scuola media	-	72.834	-
scuola second.superiore	-	49.832	-
(di cui progetti 20 stud.)	-	9.760	-

GENITORI COINVOLTI

scuola elementare	235.770	312.239	32,4
scuola media	291.243	288.906	-0,8
scuola second.superiore	62.290	46.794	-24,9

PROGETTI ATTUATI

scuola elementare	-	4.441	-
scuola media	-	8.015	-
scuola second.superiore	-	9.335	-
(di cui progetti 20 stud.)	-	1.645	-

PROGETTO GENITORI**a)unità scolastiche coinvolte**

scuola elementare	-	2.446	-
scuola media	-	3.097	-
scuola second.superiore	-	509	-

b)progetti attuati

scuola elementare	-	2.300	-
scuola media	-	2.990	-
scuola second.superiore	-	566	-

DOCENTI REFERENTI FORMATI

scuola elementare	4.508	4.747	5,3
scuola media	6.291	6.425	2,1
scuola second.superiore	5.671	5.791	2,1

CENTRI DI INFORMAZIONE E CONSULENZA

(C.I.C. formalizzati e non)	1.444	2.260	56,5
-----------------------------	-------	-------	------

INCONTRI DI INFORM.E SENSIB.

PER I CAPI D'ISTITUTO

a)incontri	-	367	-
b)partecipanti			
scuola elementare	-	3.452	-
scuola media	-	4.793	-

In tale tabella è possibile evidenziare, nell'ultima colonna in percentuale, l'incremento che l'attività progettuale ha avuto nella scuola elementare sia come unità scolastiche che come alunni e genitori coinvolti.

Progetti di almeno 20 studenti -Progetti, studenti e docenti coinvolti

Anno scolastico 1993/94

<u>Ripartizioni</u> <u>Territoriali</u>	<u>Progetti</u>		<u>Studenti</u>		<u>Docenti</u>	
	<u>v.a.</u>	<u>%</u>	<u>v.a.</u>	<u>%</u>	<u>v.a.</u>	<u>%</u>
Nord	579	35,2	47.801	30,0	2.791	28,6
Centro	229	13,9	11.987	7,5	761	7,8
Sud	453	27,5	66.271	41,6	4.084	41,8
Isole	384	23,3	33.071	20,8	2.124	21,8
ITALIA	1.645	100	159.130	100	9.760	100

La ripartizione territoriale rappresenta le iniziative di almeno 20 studenti (DPR 309/90 art.103 comma III).

Sono qui riportati il numero dei progetti, nonché gli studenti e i docenti coinvolti, sia in valore assoluto che in percentuale.

L'insieme dei dati raccolti consente di effettuare un confronto sulle attività di educazione alla salute tra gli anni 92/93 e 93/94. Non tutte le voci riportate nella tabella seguente contengono i dati per entrambi gli anni di riferimento in quanto, come evidenziato in precedenza, le nuove schede inviate agli uffici scolastici provinciali hanno ampliato le possibilità di indagine rispetto al precedente anno.

Dalla scuola media di primo grado a quella di secondo grado si riscontra invece un decremento progressivo in relazione alla partecipazione degli studenti e dei genitori; le scuole medie di primo grado coinvolte confermano un trend positivo e registrano un incremento rispetto al precedente anno del 6,5%.

La tabella evidenzia infine un ulteriore dato di confronto, particolarmente significativo, riferibile al numero dei centri di informazione e consulenza, che passano da 1.444 nell'anno 1992/93 a 2.260 nel 1993/94, con un incremento percentuale del 56,5 %.

Tale ultimo dato ci porta a riconsiderare, in termini problematici ma non negativi, la diminuzione partecipativa al Progetto Giovani.

Quanto sopra consente di effettuare alcune considerazioni sull'attività di prevenzione svolta nelle istituzioni scolastiche anche alla luce dei dati esposti nelle precedenti tabelle.

Se tali interventi "si inquadrano nello svolgimento ordinario dell'attività educativa e didattica attraverso l'approfondimento di specifiche tematiche nell'ambito delle discipline curricolari" (T.U. DPR 309/90 art.104) è opportuno evidenziare i punti di forza da consolidare ed i nodi problematici da rimuovere perchè i progetti ed i centri di informazione e consulenza costituiscano opportunità di intervento sempre più adeguati e coerenti con le indicazioni della norma e con gli orientamenti internazionali sull'educazione alla salute e sulla prevenzione.

Punti di forza

I progetti curricolari nella scuola secondaria superiore assommano a 2.823 unità su un totale di 7.690. Di tali progetti 366 coinvolgono una sola classe, 1.893 più classi del singolo istituto e 564 l'intero istituto.

I progetti che rientrano nel percorso specifico di una o più discipline ma che si avvalgono nel contempo di spazi peculiari e tempi extracurricolari, ammontano a 2.196 unità, di cui 142 interessano una sola classe, 1.518 più classi e 536 l'intero istituto.

I progetti extracurricolari sono 2.066.

La lieve discrepanza tra la somma dei parziali (7.085) ed il totale dei progetti realizzati (7.690) è da imputarsi alle mancate risposte fornite da alcuni Provveditorati in ordine all'articolazione dei tempi di realizzazione dei progetti stessi.

I progetti, presentati ai comitati tecnici provinciali per la valutazione e la conseguente erogazione di risorse, vedono come ideatori, elaboratori e protagonisti: studenti e docenti in 3192 casi: studenti, docenti ed extrascuola in 3338 ; studenti, docenti e genitori in 538 e infine studenti, docenti, genitori ed extrascuola in 613 casi.

La lievissima discrepanza nei dati rispetto al totale dei progetti, anche in questo caso, è da ricondurre alla cennata motivazione.

Quanto sopra ha comportato e consentito:

- Innovazione curricolare ed extracurricolare
- Sperimentazione di nuove forme di collaborazione tra pluralità di soggetti istituzionali e non ed organismi che hanno assunto i progetti
- Superamento dell'autoreferenzialità
- Regolazione degli interventi sulla base di feed-back conseguenti all'azione valutativa
- Partecipazione, responsabilizzazione e protagonismo giovanile
- Radicamento della cultura della prevenzione e della promozione della salute
- Utilizzazione delle discipline in prospettiva formativa
- Accesso ad una contrattualità formativa, partecipata e condivisa dagli studenti
- Rielaborazione in atto e successiva ricontestualizzazione della domanda di qualità della vita scolastica sottesa ai vari progetti e sua traduzione in coordinate culturali-istituzionali-organizzative

Individuazione della scuola come punto di riferimento, aggregazione forte e come polo culturale della comunità

- Riqualficazione della scuola come potenziale centro propulsore di politiche di informazione ed orientamento, prevenzione, socializzazione, tempo libero, raccordo, scambio e complementarietà formativa con le famiglie
- Riscontro in termini di congruità, rispondenza, produttività tra i progetti realizzati, le risorse impegnate, la capacità di raggiungere i risultati prefissati ed incidere sui problemi
- Orientamento dell'attività della scuola nella direzione del profitto e del benessere

I docenti referenti formati secondo le modalità previste dalle CCMM 66/91, 47/92, 362/92 risultano in totale 16.963 e sono così suddivisi : nella scuola elementare 4.747 docenti referenti, nella secondaria di 1° grado 6425 e infine nella secondaria di 2° grado 5791.

Il docente referente risulta collocato all'interno di una rete di riferimento istituzionale preposta alla promozione, coordinamento e realizzazione delle attività di educazione alla salute.

In tale contesto operativo il docente referente esplicita la serie di interazioni/integrazioni con le altre professionalità e col territorio al fine di produrre esiti di benessere e di profitto per tutte le componenti della comunità scolastica.

I docenti coinvolti nei progetti di prevenzione assommano a 191.054 unità in particolare i docenti coinvolti nel Progetto Ragazzi 2000 risultano 14.222 (rispettivamente nella scuola elementare partecipano al Progetto 68.388 docenti e nella scuola secondaria di 1° grado 72.834). Nella secondaria di 2° grado i docenti impegnati in progetti di prevenzione sono 49.832 e tra questi 40.072 sono coinvolti nel Progetto Giovani, mentre 9760 nelle iniziative dei 20 studenti.

I centri di informazione e consulenza previsti dalla legge 162/90, formalizzati con decreto del Provveditore agli Studi o istituiti col solo parere del Consiglio d'Istituto, risultano complessivamente 2.260.

Nodi problematici

Una parte dei progetti accoglie iniziative eterogenee difficilmente riconducibili alle coordinate culturali e metodologiche che informano la proposta ministeriale.

In questi casi, le attività di educazione alla salute si configurano come elementi integrativi piuttosto che strutturali dei curricoli.

Sembra necessario approfondire e definire meglio il campo d'intervento dell'educazione alla salute perchè la stessa costituisca una variabile significativa nella struttura ordinaria del

curricolo, piuttosto che un valore aggiunto, per orientare nella direzione del profitto e del benessere l'attività della scuola.

La logica di intervento per programma d'azione che ha come corrispettivo a livello scolastico l'elaborazione del progetto educativo d'istituto, fatica a radicarsi.

La partecipazione degli studenti non sempre nasce da una richiesta degli stessi, da un confronto sistematico tra docenti e studenti sui temi da trattare: ne risulta dubbia la consapevolezza circa il disagio manifesto o sommerso, nonchè scontata e prevedibile la risposta di chi antepone l'oggettività del trattamento alla "cura" della soggettività, ignora l'elaborazione di una cultura affettiva capace di fungere da antidoto nei confronti del disagio.

Sembra scarsa la partecipazione dei genitori degli studenti frequentanti il biennio della scuola secondaria superiore.

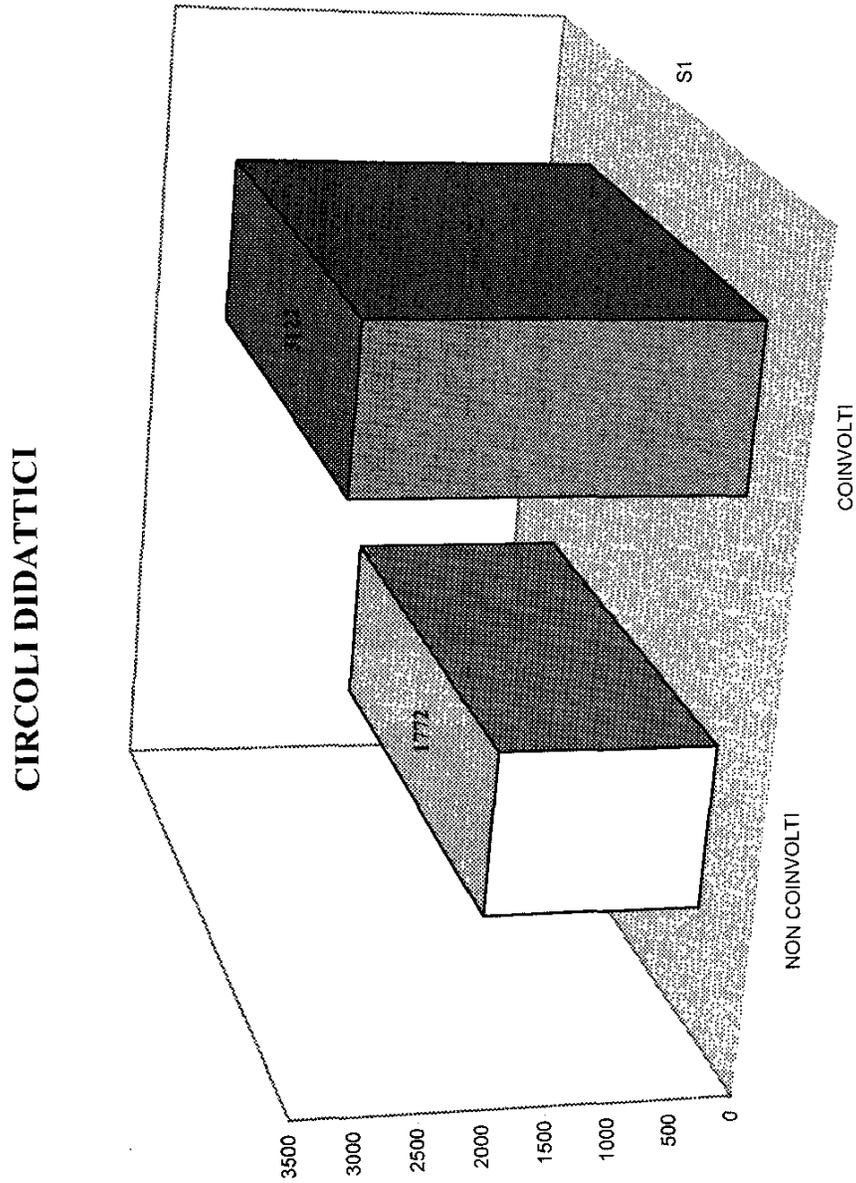
Contrazione di 1.135 unità di docenti referenti (cause possibili: turn over - pensionamenti - mancata ulteriore definizione di compiti e di ruoli).

Emerge disparità di partecipazione in ordine al numero medio di alunni e docenti per progetto.

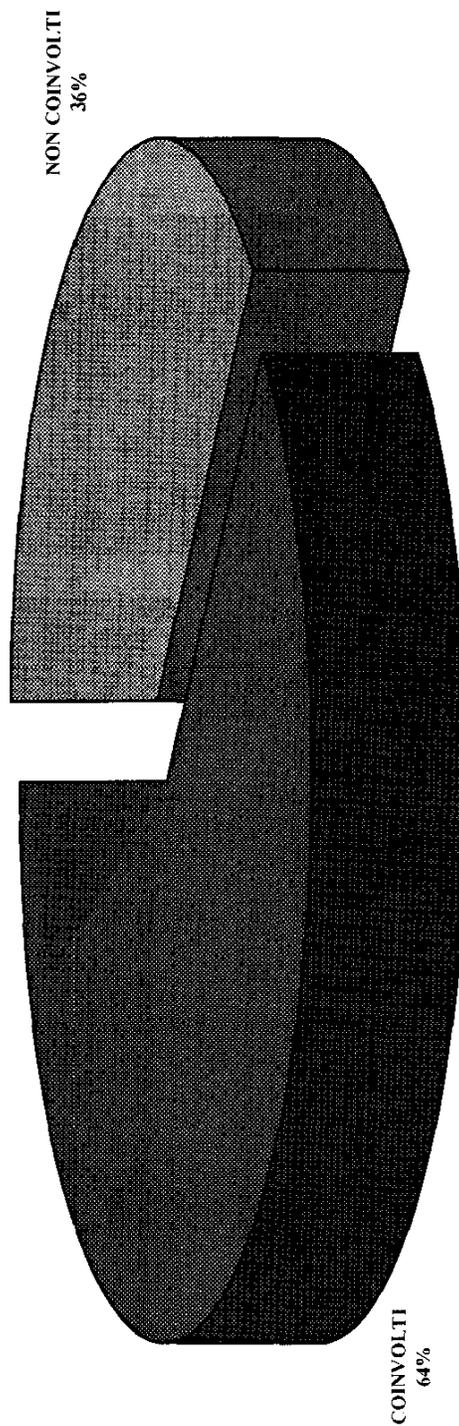
Benchè sia largamente positivo il riscontro tra risorse finanziarie impegnate e risultati conseguiti, si lamenta l'inadeguatezza delle risorse a fronte di una scuola che aspira a divenire punto di riferimento/polo culturale forte ed in grado di rapportarsi ed interagire con le altre agenzie formative.

La voce degli interlocutori

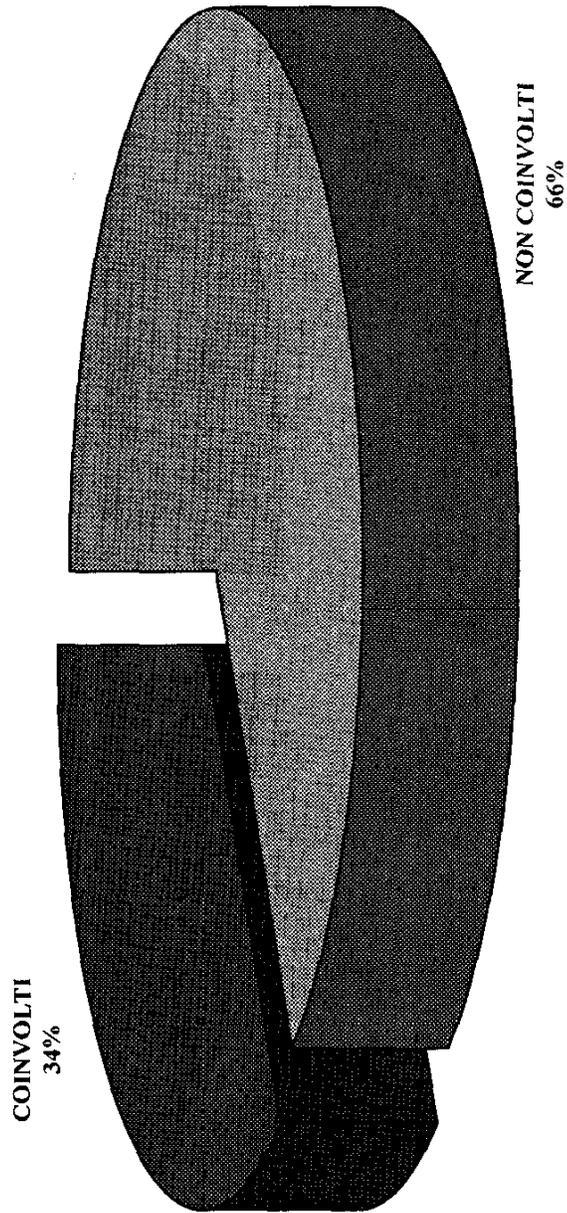
A questi nuclei di riflessioni forniscono significativi contributi i recenti incontri di studio a livello internazionale cui hanno partecipato esperti e studenti che hanno espresso approfondimenti e consensi alle scelte compiute da questa Amministrazione in tema di prevenzione e di promozione alla salute.



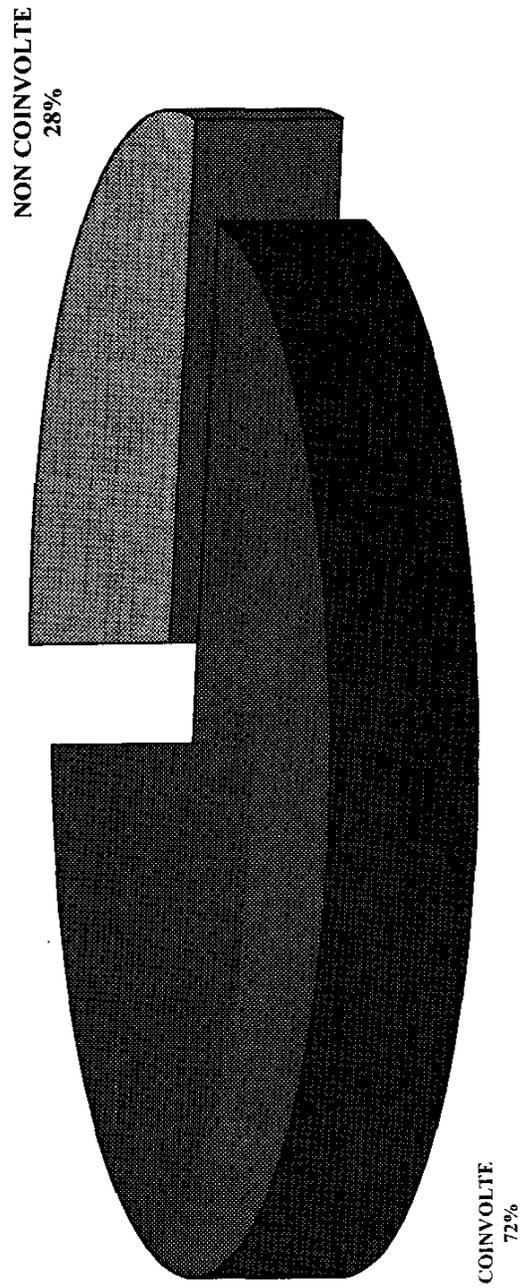
CIRCOLI DIDATTICI



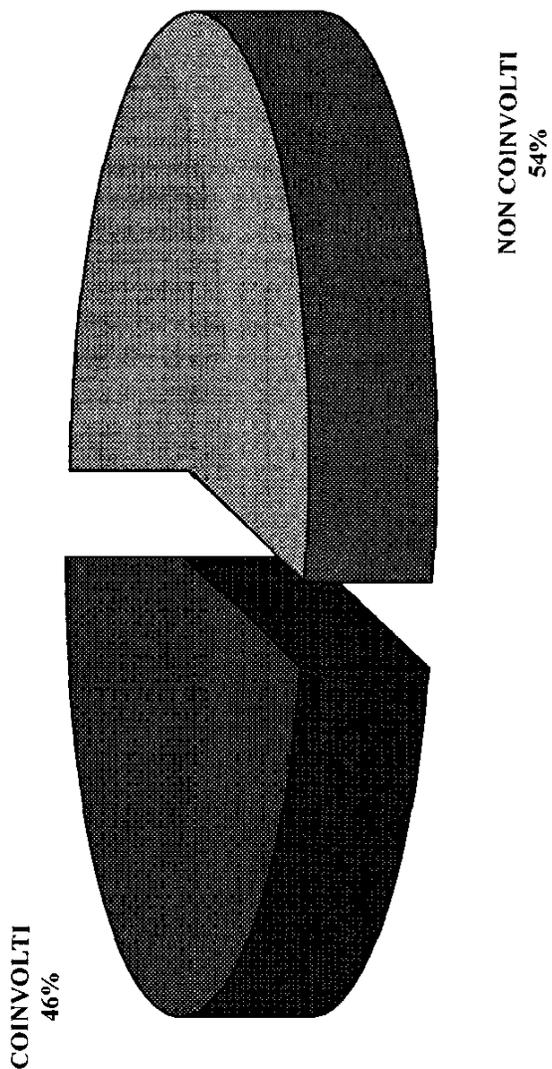
ALUNNI SCUOLA ELEMENTARE



SCUOLE MEDIE

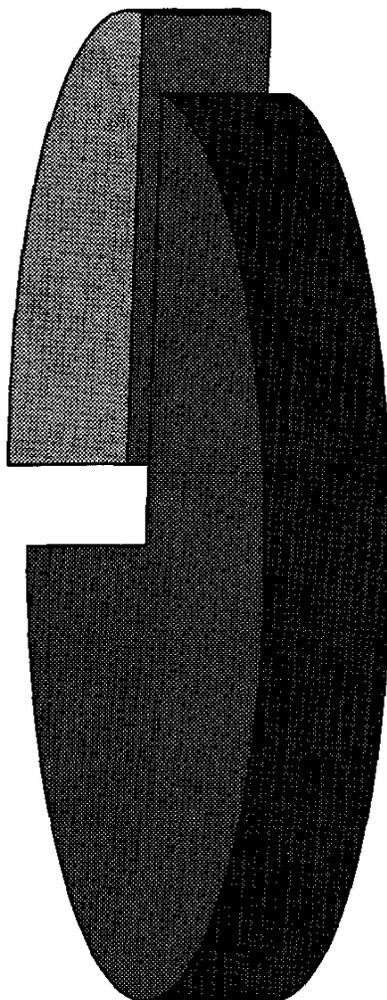


STUDENTI SCUOLA MEDIA



SCUOLE SECONDARIE SUPERIORI

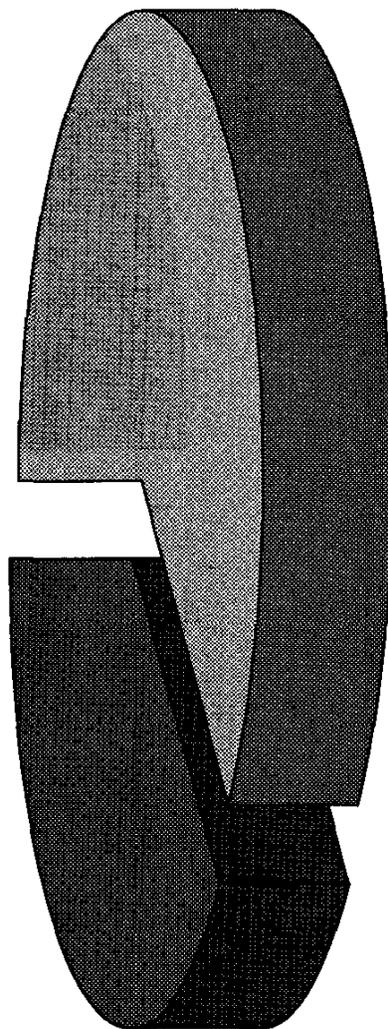
NON COINVOLTE
27%



COINVOLTE
73%

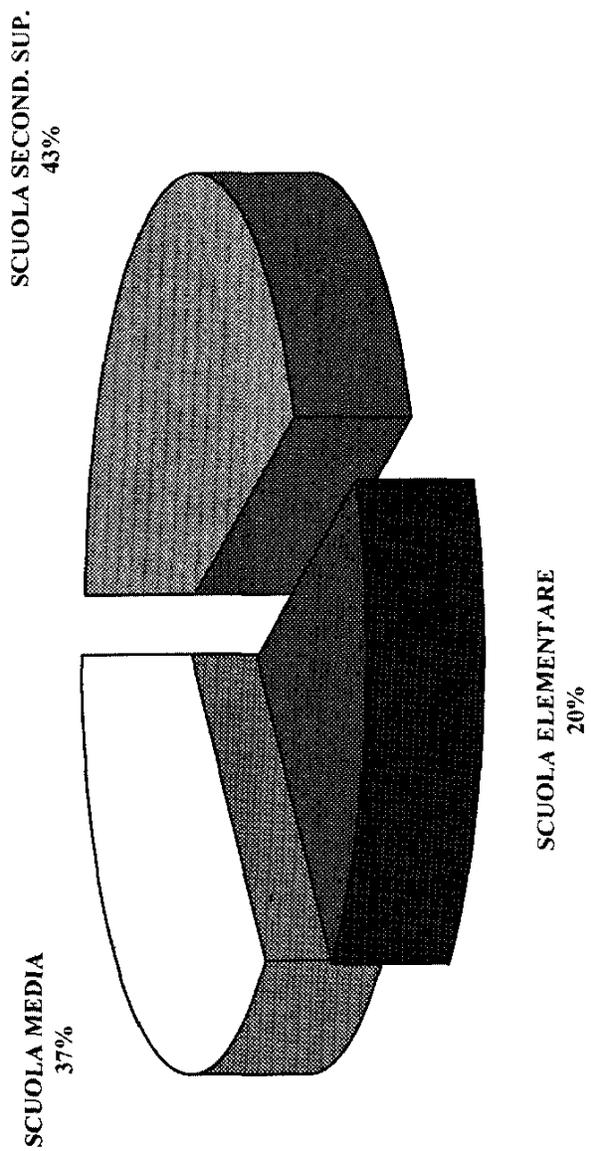
STUDENTI SCUOLA SECONDARIA SUPERIORE

COINVOLTI
39%

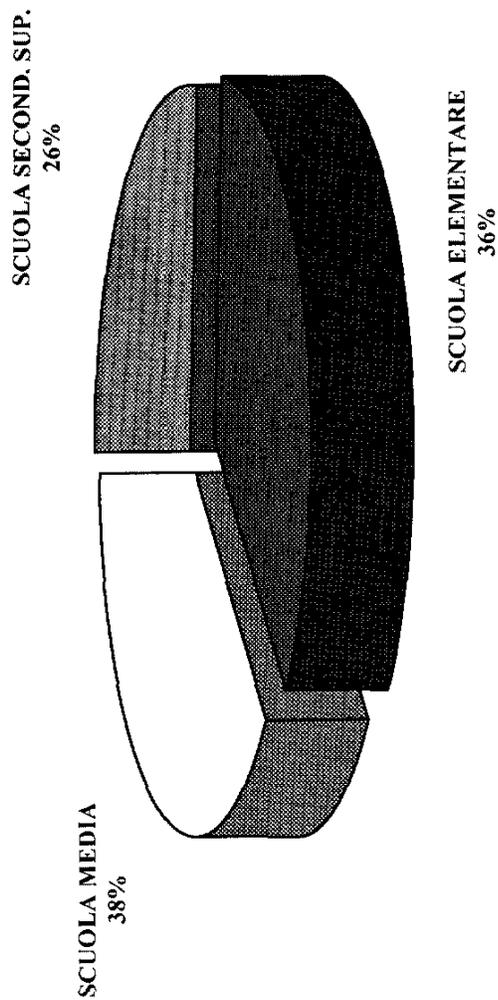


NON COINVOLTI
61%

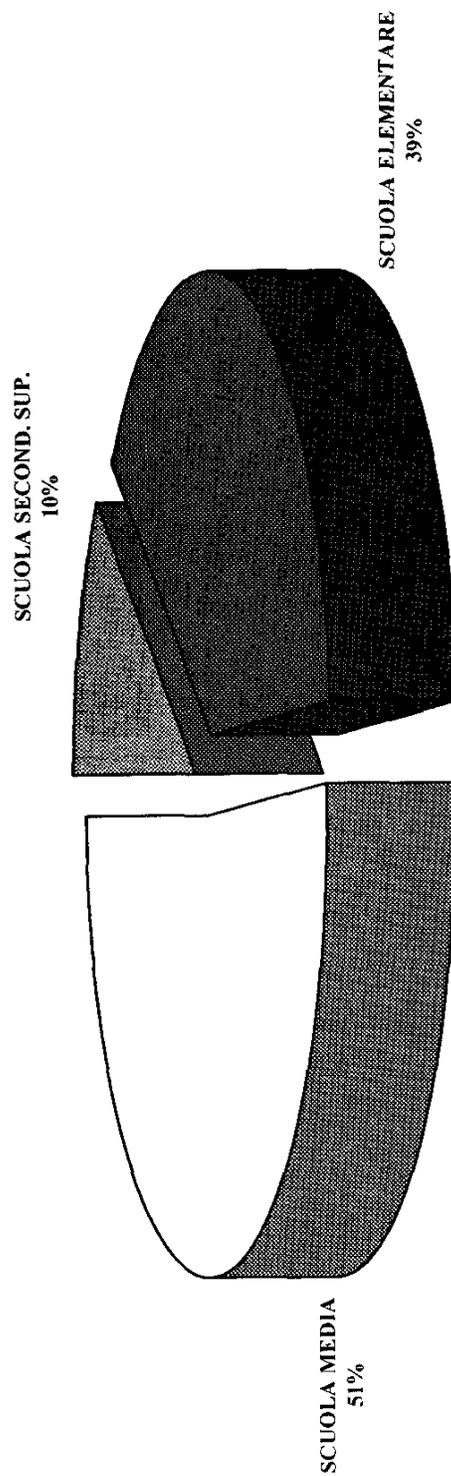
PROGETTI ATTUATI



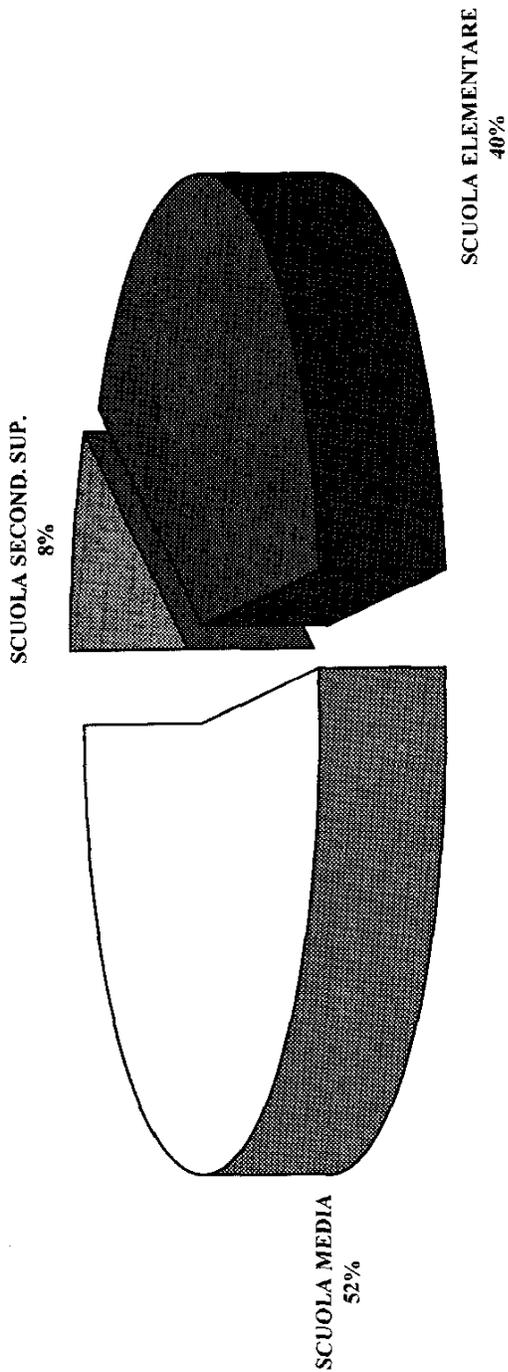
DOCENTI COINVOLTI



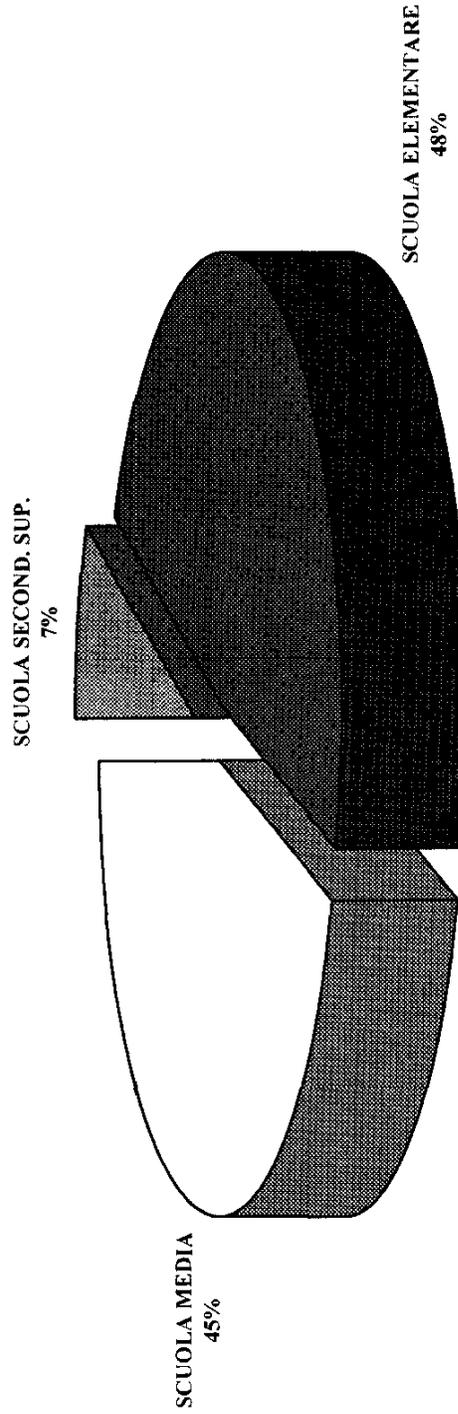
PROGETTO GENITORI
progetti attuati



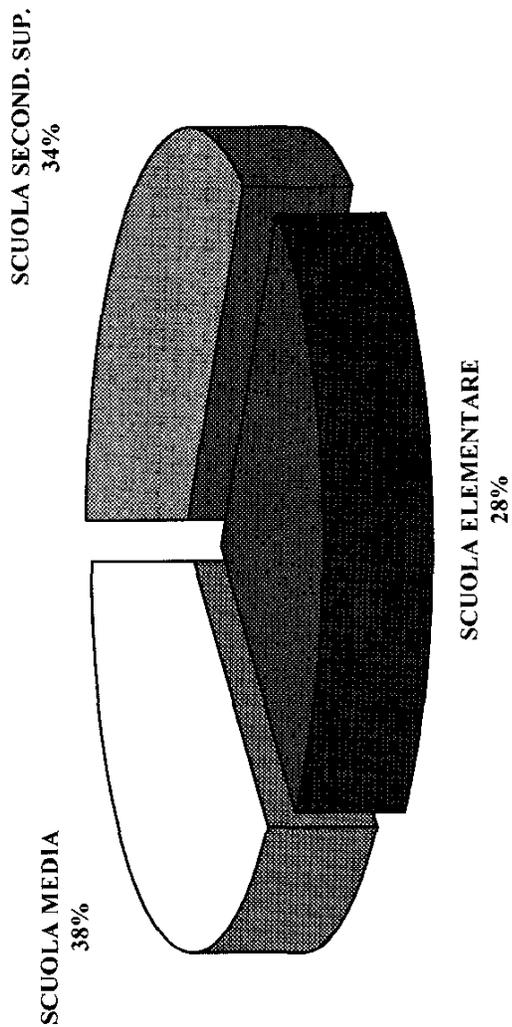
**PROGETTO GENITORI
unita' scolastiche coinvolte**



GENITORI COINVOLTI



DOCENTI REFERENTI FORMATI



Ministero della Sanità
Servizio Centrale per le Dipendenze da Alcool e Sostanze
Stupefacenti e Psicotrope

La rilevazione statistica dell'utenza e delle attività dei servizi pubblici per le tossicodipendenze: dati al 15/12/1994 e anno 1994

La rilevazione statistico epidemiologica sull'utenza e le attività terapeutico-riabilitative dei Ser.T. è effettuata dal Ministero della Sanità con cadenza semestrale, secondo le modalità definite con decreto ministeriale del 3 ottobre 1991: ogni 6 mesi, mediante un singolo modello di rilevazione, si raccolgono informazioni fondamentali per una fotografia dell'attività dei Ser.T. a due date precise dell'anno (15 giugno e 15 dicembre). Alla fine di ogni anno vengono inoltre rilevati dati sull'attività svolta nel corso di tutto l'anno trascorso.

In questa relazione si analizzano i primi risultati - in forma provvisoria - della rilevazione semestrale al 15/12/1994 e della rilevazione annuale riferita all'anno 1994, confrontandoli, per quanto possibile, con quelli ottenuti nei precedenti anni (1990, 1991, 1992, 1993) in cui analoghe rilevazioni sono state effettuate.

Alla data attuale, hanno inviato la scheda compilata n.417 Servizi, che rappresentano il 78.1% del totale dei Ser.T. effettivamente operativi (n=534). In attesa che si completi l'acquisizione dei dati, al fine di fornire comunque elementi utili ad un confronto nel tempo, è stata operata una proiezione del numero di utenti in carico presso i Servizi che devono ancora inviare i modelli sulla base dell'utenza da essi segnalata in occasione della precedente rilevazione al 15/6/1994.

Gli utenti in trattamento ai Ser.T. alla data della rilevazione sono stati così stimati pari a 69952 relativamente a 524 servizi, con un'utenza media, a livello nazionale, di 133 tossicodipendenti per ogni Ser.T.. Confrontando il numero totale degli utenti con quello delle rilevazioni precedenti si nota una crescita continua, con una certa accentuazione nel mese di dicembre.

Degli utenti in carico, il 21.78% (15236 soggetti) risulta inserito in strutture socio-riabilitative, percentuale che sale al 32.6% in Emilia Romagna e al 35.5% in Umbria e con un valore minimo, pari al 9%, nel Lazio.

Il dato annuale rappresenta il flusso di soggetti che sono stati in carico ai Ser.T. nel corso dell'anno 1994. Anche in tal caso, così come per la rilevazione semestrale, si è reso necessario completare per proiezione le informazioni ottenute per l'anno 1994.

I dati provvisori così stimati indicano che nel corso del 1994 sono stati in carico ai servizi pubblici sull'intero territorio nazionale, 110697 tossicodipendenti ripartiti regionalmente. Si nota inoltre come tale numero mostri un trend crescente negli anni in esame (1990-1994).

Di questi utenti, 92606 (83.7%) sono stati trattati direttamente presso il Ser.T. e 18901 (16.3%) inviati in comunità terapeutica. I dati comparativi indicano che la percentuale di soggetti seguiti direttamente dalle strutture pubbliche è rimasta pressoché stabile, intorno ad un valore dell'83%, negli anni 1992-94.

Il rapporto numero di utenti maschi su femmine è stato nel 1994 pari a 5.3, confermando che la dipendenza da droga è uno stato estremamente selettivo per sesso. Il dettaglio regionale ci mostra che al Sud il comportamento differenziale per sesso è molto più accentuato: il rapporto maschi/femmine è superiore a 10 in Italia meridionale.

La distribuzione per età degli utenti mostra che il fenomeno interessa soprattutto i giovani di età compresa fra i 20 e i 30 anni. Nel tempo si nota una riduzione della quota di soggetti nelle fasce giovanili ed un aumento significativo della quota di utenti relativamente più anziani. Da notare anche l'aumento per il 1994 rispetto al 1993 della percentuale di giovanissimi (<15 anni) che tuttavia va interpretato con cautela vista la provvisorietà del dato.

Il confronto fra i diversi anni della distribuzione degli utenti dei Ser.T. per sostanza stupefacente utilizzata mette in evidenza che, benché la sostanza più diffusa sia l'eroina, stanno acquistando un peso crescente la cocaina e i cannabinoidi.

Questo ultimo dato è molto significativo perché è indicativo di una accresciuta capacità dei Ser.T. la cui attività è prevalentemente sviluppata per il trattamento degli eroinomani, di fare fronte anche ad altre problematiche assistenziali. Anche crescente è l'uso, come sostanza primaria, delle anfetamine.

Nel corso del 1994 il 37.8% dei soggetti trattati dagli operatori dei Ser.T. sono stati introdotti in programmi esclusivamente psico-sociali e/o riabilitativi, quelli prevalenti già dagli anni passati.

Il metadone, in forma integrata, è utilizzato in circa il 39% dei casi; in particolare l'uso del metadone assume un'importanza crescente nei programmi a lungo termine, essendo passato dal 9.31% nel 1991 al 16.47% nel 1994.

I trattamenti a base di antagonisti sono utilizzati in poco più del 7% dei casi.

Rilevazione statistica dell'utenza e delle attività delle strutture private per le tossicodipendenze

Il Ministero della sanità deve provvedere alla rilevazione dei dati concernenti l'attività delle strutture private che operano nel settore delle tossicodipendenze, secondo quanto è previsto all'art.3 comma 2 lettera c) del T.U. approvato con D.P.R. del 9 ottobre 1990, n.309 (G.U. n.264 del 10.11.1993).

I dati relativi all'anno 1994 verranno elaborati, non appena sarà completata l'acquisizione delle schede, tuttora in corso.

Comunità Terapeutiche

In attuazione agli artt. 116 e 117 del D.P.R. n.309 del 1990 sono stati definiti, mediante Atto di intesa nell'ambito della Conferenza fra Stato, Regioni e province autonome criteri e modalità uniformi per l'istituzione degli albi regionali delle strutture private per la riabilitazione e il reinserimento sociale dei tossicodipendenti ed è stato adottato lo schema-tipo di convenzione fra le unità sanitarie locali e tali strutture.

Le citate normative, pubblicate nella G.U. n.55 (Suppl. n.25) dell'8.3.1993 e nella G.U. del 22.3.1993, hanno per la prima volta disciplinato l'attività delle Comunità terapeutiche in un contesto orientato, tra l'altro, al raggiungimento di un maggiore coordinamento con gli interventi dei servizi pubblici.

L'attività delle Comunità terapeutiche è riconducibile, dal punto di vista metodologico, a due aree:

- a) area pedagogico-riabilitativa, cui appartengono le sedi operative che per il raggiungimento delle loro finalità assegnano un ruolo preminente alla condivisione della vita comunitaria e dell'attività lavorativa;
- b) area terapeutico-riabilitativa, caratterizzata da interventi personalizzati ed articolati su varie opzioni terapeutiche e riabilitative di tipo educativo, formativo e culturale, dirette spesso anche al nucleo familiare del soggetto in trattamento.

Nel panorama italiano, la maggior parte delle comunità si è articolata in organizzazioni di tipo federativo (C.E.I.S. - Federazione italiana delle comunità terapeutiche; C.N.C.A. - Coordinamento nazionale comunità di accoglienza; C.E.A.R.T. - Coordinamento enti ausiliari

Regione Toscana; M.U.V.L.A.D. - Movimento unitario volontari lotta alla droga; C.O.M. - Coordinamento Orsa maggiore; C.O.V.E.S.T. - Coordinamento veneto strutture terapeutiche; Associazione "Comunità Incontro"; Associazione Saman; Gruppo "Exodus" - Opera Don Calabria, ecc.)

Esiste, poi, un gruppo di circa 50 Comunità terapeutiche pubbliche, costituite e gestite da enti locali (unità sanitarie locali, comuni, province).

Dopo l'entrata in vigore della legge 26 giugno 1990, n.162 si è avuto un notevole aumento del numero delle Comunità terapeutiche.

Dai dati forniti dall'Osservatorio permanente sul fenomeno droga del Ministero dell'Interno, alla data del 30 giugno 1994, le strutture socio-riabilitative (comprehensive di centri di prima accoglienza, comunità terapeutiche e centri di reinserimento) risultano essere 1262.

L'art.116 del DPR 309/90 determina i "requisiti minimi" che le comunità terapeutiche devono possedere per ottenere l'iscrizione agli albi regionali e poter quindi svolgere attività riabilitativa, oltre che per accedere ai contributi previsti.

La sussistenza di tali requisiti, consistenti in particolare nella "disponibilità di locali e attrezzature adeguate al tipo di attività prescelta" nonché di "personale sufficiente ed esperto in materia di tossicodipendenza", deve essere accertata con modalità stabilite dalle regioni (le quali hanno altresì la facoltà di determinare ulteriori requisiti specifici).

Va inoltre ricordato che, ai sensi del citato art.117, le convenzioni tra le UU.SS.LL. e le comunità "dovranno essere conformi allo schema-tipo predisposto dal Ministro della sanità"; tale disposizione conferisce valore vincolante al medesimo schema, adottato con D. M. 19.2.93, anche ai fini delle modalità in base alle quali verranno esercitati i poteri ispettivi e di vigilanza previsti dalle norme vigenti. Lo schema di convenzione, infatti, affida ai Ser.T. vari tipi di verifica e controllo, attinenti all'andamento del programma terapeutico" (art.3), ai "risultati conseguiti mediante i trattamenti attuati" (art.4), alla "relazione semestrale sull'attività complessiva svolta e sui risultati conseguiti" che le comunità sono tenute a redigere (art.7).

Infine, vanno tenute presenti le disposizioni contenute nell'atto di intesa per la uniforme definizione dei criteri per l'iscrizione delle comunità terapeutiche agli albi ex art.116 T.U.: tale Atto prevede che le comunità siano sottoposte a vigilanza, sotto il duplice profilo della "rispondenza ai requisiti igienico-sanitari ed edilizi imposti dalle vigenti normative" (verifica esplicitamente attribuita a comuni e UU.SS.LL. ex comma 2, art.10) e del "rispetto dei diritti

degli utenti" e della "permanenza delle condizioni e dei requisiti che hanno dato luogo all'iscrizione all'albo" (comma 1, art.10).

All'inizio dell'anno 1994 si è resa necessaria l'emanazione di un provvedimento integrativo dello schema-tipo di convenzione fra unità sanitarie locali ed enti ausiliari che operano nel settore delle tossicodipendenze al fine di superare le incertezze interpretative che si erano manifestate circa il diritto di scelta della comunità da parte degli interessati e gli effetti connessi alla iscrizione agli albi regionali.

Il provvedimento emanato ha chiarito, in proposito, che ai soggetti tossicodipendenti va garantita la possibilità di esercitare la propria scelta su qualsiasi comunità convenzionata che dichiari la disponibilità ad attuare il programma terapeutico, secondo quanto stabilito dall'art.22 del D.P.R. n.309 del 1990 e che l'iscrizione delle comunità terapeutiche agli albi regionali è obbligatoria al solo fine dello svolgimento delle attività di collaborazione con le strutture pubbliche mediante stipula delle inerenti convenzioni.

Linee guida per il trattamento della dipendenza da oppiacei con farmaci sostitutivi

Il 30 settembre 1994 il Ministero della sanità ha emanato la Circolare n. 20 "Linee guida per il trattamento della dipendenza da oppiacei con farmaci sostitutivi", al fine di dare ai medici, dopo l'abrogazione referendaria delle norme che riservavano l'impiego del metadone alle strutture pubbliche, indirizzi di carattere tecnico-scientifico che possano costituire uno strumento atto a prevenire la proliferazione di trattamenti incongrui per i pazienti tossicodipendenti.

Il testo predisposto prevede, in estrema sintesi, i seguenti punti:

- la attuazione dei trattamenti è limitata, in alternativa ai Servizi pubblici, ai soli medici di famiglia convenzionati (e per questi ultimi è prevista una limitazione numerica dell'utenza);
- viene sottolineata più volte la complessità della assistenza ai farmacodipendenti e la necessità di una specifica qualificazione professionale degli operatori;
- le indicazioni della terapia di mantenimento sono precise e definite: pazienti pluri-ricidivati o resistenti agli altri trattamenti, pazienti con AIDS in fase conclamata, gravidanza;
- si esclude che il metadone possa essere impiegato in maniera avulsa dai programmi riabilitativi di carattere psico-sociale, anche per i pazienti seguiti fuori dal Servizio pubblico;

- viene previsto che il farmaco sia reso disponibile in farmacia solo per i medici e che l'assunzione avvenga presso le strutture pubbliche o l'ambulatorio del medico, mentre i casi di affidamento domiciliare vengono selezionati e regolamentati;
- si ribadisce la indispensabilità dei controlli tossicologici durante il trattamento e la possibilità che una positività comporti una modificazione verso l'aumento o la diminuzione e fino all'interruzione della terapia.

Un Convegno nazionale sul tema "Organizzazione e attività dei servizi di assistenza per le tossicodipendenze: attualità e prospettive" si è tenuto a Roma nel mese di marzo 1995.

Tale incontro sarà occasione per affrontare temi di indiscutibile importanza quali quello relativo alla collaborazione tra le diverse istituzioni interessate alle problematiche della prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza nonché l'esigenza di introdurre sistemi e metodi di valutazione dei risultati dell'attività svolta dai Servizi pubblici. Inoltre è prevista la discussione su alcune tematiche di rilievo e precisamente: la standardizzazione delle metodiche di laboratorio; l'esperienza di gruppi di lavoro per l'alcolismo; l'attività di documentazione e divulgazione.

Bollettino per le farmacodipendenze

Nel corso del 1994 sono stati editi e diffusi a n.7.000 destinatari i seguenti numeri del "Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo":

.1/1994 nel quale è stato pubblicato un interessante studio sull'andamento dell'incidenza e della prevalenza dell'infezione da HIV nei tossicodipendenti di tre città italiane (Roma, Napoli e Milano); nella sezione "epidemiologia" si è pubblicata, inoltre, l'annuale rilevazione statistica delle tossicodipendenze in Italia, valutata attraverso i dati relativi all'attività dei Servizi pubblici:

.2/1994 nel quale, in una serie di articoli di vari esperti, vengono affrontati i problemi determinati dalle variazioni alla disciplina del Testo Unico sulla tossicodipendenza, intervenute a seguito del referendum del 18 aprile 1993; altri articoli affrontano il problema dell'attività dei Ser.T. in ambito penitenziario e della prevenzione del fenomeno droga nelle scuole;

.3/1994, recante la pubblicazione delle linee-guida del Ministero della sanità per il trattamento della dipendenza da oppiacei con farmaci sostitutivi.

Tutti i numeri comprendono, rassegne bibliografiche e una selezione di leggi, decreti e sentenze riguardanti vari aspetti della tossicodipendenza.

Attività di carattere internazionale nel corso 1994

Il Ministero della sanità ha curato, nel corso dell'anno 1994, le attività connesse alla partecipazione ai lavori a livello internazionale sui problemi della tossicodipendenza.

Di particolare importanza è stata la partecipazione alla 10^a Conferenza ministeriale del Gruppo Pompidou, con l'intervento dei Ministri della sanità di vari paesi Europei e alla 2^a Conferenza paneuropea sulla cooperazione relativa ai problemi dell'abuso di droghe illecite, in considerazione del rilievo dalle stesse rivestito nel quadro della cooperazione internazionale nella lotta alla droga.

Dette conferenze, hanno fornito l'occasione per far conoscere l'azione perseguita dall'Italia a livello di politica di informazione, prevenzione ed educazione, nonché di attuazione di interventi per la cura e la riabilitazione dei tossicodipendenti, realizzati attraverso il completamento dell'istituzione dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze. In tale ambito si è sottolineata l'importanza degli interventi relativi alle patologie correlate, tra cui, in primo piano, l'infezione da HIV.

Attività sul settore dell'alcoldipendenza

In materia di alcoldipendenza, il Ministero della Sanità:

- ha seguito la attivazione, da parte delle diverse Regioni, dei gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza secondo le indicazioni del D.M. 3.8.1993, e raccolto la relativa documentazione, ai fini di elaborare un quadro complessivo della organizzazione di tali servizi e porre le basi per un modello di rilevazione delle attività e del funzionamento;

- ha curato le attività preliminari per una prima elaborazione di dati attinenti le patologie alcolcorrelate come rilevate tramite la scheda di dimissioni ospedaliere;

- ha curato i rapporti con l'O.M.S. in relazione agli scambi di dati epidemiologici ed informazioni relative alle iniziative attivate nel nostro Paese per l'attuazione degli obiettivi stabiliti nel Piano d'azione O.M.S. per le regioni europee in materia di alcol;

- ha curato gli adempimenti necessari per la costituzione di un gruppo di lavoro per le problematiche connesse ai controlli della guida sotto l'influenza di alcol e sostanze stupefacenti.

Attività relativa alla prevenzione e lotta al tabagismo

Il Ministero della Sanità ha curato la predisposizione del Disegno di legge "Divieto di fumare nei locali pubblici ed aperti al pubblico e sui mezzi di trasporto", approvato dal Consiglio dei Ministri l'8 novembre 1994 (Atto Camera n. 1580).

In ambito Europeo sono proseguiti, con l'intervento attivo del Ministero della sanità, i lavori relativi alla "proposta di direttiva concernente il riavvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative degli Stati membri in materia di pubblicità in favore dei prodotti di tabacco".

Promozione di studi e ricerche in tema di sostanze stupefacenti ed alcol

Nel corso dell'anno 1994 sono stati approvati dal Centro Studi del Ministero della sanità i seguenti progetti:

1) "Valutazione degli effetti sul sistema nervoso centrale di stimoli neurosensoriali multipli associati a droghe (alcol e psicostimolanti)" per la realizzazione del quale è stata stipulata una convenzione con l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma - Istituto di Farmacologia, con un finanziamento di lire 199.347.600.

2) "Valutazione della correlazione tra livelli di droghe d'abuso e farmaci psicostimolanti nei liquidi biologici sul sistema nervoso centrale produttivi di inidoneità alla guida di veicoli a motore" per la realizzazione del quale è stata stipulata una convenzione con l'Università Cattolica Sacro Cuore di Roma - Istituto di Medicina Legale, con un finanziamento di lire 50.000.000.

E' stata inoltre portata a termine una ricerca in tema di informazione alcologica effettuata dall'Università degli studi di Bologna.

E' stata seguita la prosecuzione di una ricerca in tema di monitoraggio di comportamenti a rischio di alcoldipendenza, da parte dell'Università degli studi de l'Aquila.

Attività dell'Ufficio Centrale stupefacenti

L'Ufficio centrale stupefacenti, per quanto di competenza, in relazione a quanto disposto dall'art.2 del D.P.R. 309 del 1990, ha provveduto, nel corso del 1994:

- a partecipare con un proprio rappresentante ai lavori della Commissione stupefacenti delle Nazioni Unite e di altre Organizzazioni internazionali (CEE, Consiglio d'Europa);

- a stabilire (decreto del 27 ottobre 1993 - G.U. 267 del 15 novembre 1994), le quantità delle sostanze stupefacenti da fabbricare e mettere in vendita in Italia e all'estero nell'anno 1995;

- a redigere n.250 rendiconti sulla fabbricazione, impiego e commercio di tali sostanze;

- a rilasciare n.7 autorizzazioni alla fabbricazione, n.71 all'impiego e n.301 al commercio all'ingrosso di stupefacenti e sostanze psicotrope;

- a rilasciare n.807 permessi di importazione e n.1945 permessi di esportazione delle stesse sostanze e relative preparazioni;

- a rilasciare n.326 autorizzazioni all'impiego e alla detenzione delle stesse sostanze per uso di ricerca scientifica e sperimentazione;

- a rilasciare n.205 permessi di esportazione di sostanze suscettibili di impiego per la fabbricazione di sostanze stupefacenti e psicotrope di cui all'art.70 del D.P.R. sopracitato;

- a pubblicare l'elenco aggiornato delle imprese autorizzate alla fabbricazione, impiego e commercio all'ingrosso delle sostanze in parola (G.U. n.86 del 14 aprile 1994);

- a rilasciare numerose autorizzazioni alla distruzione di sostanze stupefacenti e psicotrope scadute o scarti di lavorazione delle imprese;

- ad avviare alla distruzione n.270 reparti a base di stupefacenti o sostanze psicotrope sequestrate dalle forze di polizia ai tossicodipendenti e messe a disposizione del Ministero, dall'autorità Giudiziaria.

Iniziative di lotta all'AIDS

Sono state avviate le procedure per la realizzazione nell'anno 1995 della 5^a Campagna informativa-educativa sull'AIDS, la cui attuazione è stata affidata ad un raggruppamento di imprese, a seguito di gara internazionale.

Detta Campagna si articolerà come segue:

Campagna generale

La campagna generale sarà incentrata, principalmente, sulla proiezione televisiva di spot finalizzati a richiamare l'attenzione sul rischio del contagio.

Verranno, poi, riaffermati con vari mezzi di comunicazione i dati relativi alla diffusione della malattia, alle misure di prevenzione, alla terapia, alla ricerca.

Una presentazione grafica particolare sarà proposta per il tema della sieropositività, per quello dei rapporti eterosessuali, per quello della trasmissione verticale.

Campagna giovani

Oltre alle attività di comunicazione attraverso i periodici destinati ai soggetti di età più a rischio, è stata prevista la realizzazione di fotoromanzi o fumetti sul tema dell' AIDS, nonché la riproposizione del fumetto "Lupo Alberto".

Particolare spazio sarà dedicato alle attività promozionali e di comunicazione diretta.

Sono inoltre prefigurate varie altre tipologie di intervento e, in particolare, azioni con emittenti radiofoniche e televisive specializzate, nelle discoteche, nei locali pubblici e di ritrovo, nel mondo della devianza e marginalità, in collaborazione con le associazioni di volontariato.

Soggetti sieropositivi

Accanto al manifesto-cartellone, con testo attinente la tematica della condizione di sieropositività, sono previste varie azioni di comunicazione nonché la riproposizione del manuale di prevenzione secondaria delle precedenti campagne, per la diffusione del quale si prevede l'impiego delle associazioni.

Area della tossicodipendenza

Il progetto si articolerà nelle seguenti azioni di comunicazione:

1) predisposizione di un opuscolo e di una locandina da distribuire in luoghi idonei;

2) promozione delle attività di assistenza telefonica delle strutture attive in questo campo e diffusione di numeri telefonici di riferimento per i soggetti tossicodipendenti;

3) incontri di formazione-informazione per gli operatori.

Soggetti omosessuali

Si prevede la realizzazione di un opuscolo informativo da distribuire nei luoghi di aggregazione specifici contenente anche informazioni sui centri specializzati e quelli organizzati da associazioni.

L' utilizzo degli operatori sarà orientato a stabilire un contatto anche con i soggetti non direttamente collegati con i gruppi organizzati . .

Saranno predisposti servizi redazionali per le riviste specializzate del mondo omosessuale.

Area della prostituzione

Sarà proposto un pieghevole plurilingue con messaggi centrati sulle misure di prevenzione.

Campagna donne

Sarà basata sulla cartellonistica e su una serie di altre azioni di comunicazione:

a) collaborazione con le testate femminili per il mantenimento di una costante attenzione sul problema AIDS;

b) coinvolgimento delle associazioni femminili;

c) distribuzione di materiale informativo nei consultori e studi di ginecologia;

d) realizzazione di varie attività di informazione sul territorio.

Campagna sulla donazione del sangue

Il progetto prevede un duplice "target" : grande pubblico (donazione) e classe medica (corretto uso del sangue).

Si avrà la riproposizione dello spot televisivo e di quello radiofonico utilizzati nelle precedenti campagne, mentre per quanto concerne la stampa si ricorrerà alle medesime tipologie grafiche della campagna AIDS

Le azioni di comunicazione si baseranno, tra l'altro, sulla realizzazione di materiale scientifico da distribuire ai medici tramite la stampa professionale specializzata.

Programma scuola

In collaborazione con il Ministero della pubblica istruzione saranno realizzati 40 seminari di due giorni ciascuno, da tenersi su tutto il territorio nazionale. Scopo dei seminari sarà quello di fornire agli insegnanti le conoscenze e gli strumenti per diventare veicolo di educazione/informazione nei confronti degli studenti.

La struttura organizzativa si articolerà in un coordinamento centrale tra Ministeri e Istituto superiore di sanità e in "team" locali che svolgeranno i programmi.

Si provvederà, inoltre, all'allestimento di un "kit" di materiale informativo che faciliti agli insegnanti la prosecuzione delle attività nella propria sede di lavoro.

Come nelle precedenti campagne informative si dovrà procedere ad una verifica dei risultati ottenuti con il nuovo programma di iniziative educativo-informative.

A tal fine sarà effettuata un'ampia indagine, con somministrazione di questionari prima dell'inizio della campagna e al termine della stessa; i questionari saranno rivolti ad un campione di popolazione prescelto tenendo conto della disomogenea distribuzione geografica, demografica e sociale dell'infezione da HIV.

Proposte per il futuro

In relazione ai risultati ottenuti in questi anni ed alle nuove esigenze emerse, il Ministero della sanità ha elaborato una serie di Progetti relativi alle tematiche di maggiore rilievo.

In primo luogo è stata considerata la necessità di effettuare, secondo criteri scientifici ed idonee modalità di attuazione, una valutazione sulla qualità della assistenza fornita ai soggetti tossicodipendenti da parte dei Ser.T. (progetto "Attivazione di una rete nazionale di centri per la valutazione della attività dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze") e degli Enti ausiliari

(progetto "Indagine campione, sul territorio nazionale, per l'analisi e la valutazione della attività svolte dalle comunità di recupero per tossicodipendenti").

Una tematica pure di grande attualità è quella relativa alla possibile introduzione di trattamenti farmacologici sostitutivi non basati sul solo metadone; a tale fine è stato elaborato il progetto "Sperimentazione di un farmaco sostitutivo a lunga durata di azione (L-Alfa acetil metadolo) quale alternativa al metadone per il trattamento della dipendenza da oppiacei":

Le problematiche, in continua evoluzione, poste dall'evoluzione tecnica nel settore delle analisi tossicologiche relative a sostanze di abuso saranno, invece, affrontate dal progetto "Sviluppo ed applicazione di metodologie innovative a costo ridotto per il monitoraggio dell'uso di droghe illecite".

Sono stati, infine, allestiti specifici progetti di intervento, con finalità di prevenzione primaria e secondaria (malattie correlate alla tossicodipendenza), relativi alla popolazione giovanile e, rispettivamente, carceraria.

Tutti i progetti predisposti saranno presentati alla Presidenza del Consiglio dei Ministri per le valutazioni e le determinazioni a norma dell'art. 127 del DPR n. 309 del 1990.

D.A.C.C.

Centro Interdisciplinare sulle Farmacodipendenze

Il DACC ha lavorato nell'ambito di uno specifico accordo tra l'Osservatorio Europeo sulle droghe e la Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli Affari Sociali.

Con detto accordo la Presidenza del Consiglio accettava per l'Italia i fondi C.E. finalizzati all'avvio della attività dei Punti focali nazionali dell'Osservatorio Europeo sulle droghe con sede a Lisbona.

Per l'Italia i Punti focali, designati dalla Presidenza del Consiglio nel 1993, sono il DACC del Ministero della Sanità, con compiti di diffusione della documentazione, e l'Osservatorio Permanente sul fenomeno droga del Ministero dell'interno.

La Presidenza del Consiglio nel citato accordo, in adesione alla condizione posta dalla CEE di stipulare il contratto di finanziamento dei Punti Focali con una struttura non appartenente alle Amministrazioni Statali, indicava, l'Associazione Italiana di Epidemiologia

(A.I.E.) quale struttura contraente, con il compito di utilizzare i fondi della Comunità secondo le indicazioni dei Punti Focali.

Il DACC, conformemente al programma previsto dal citato accordo e dal successivo contratto tra l'A.I.E. e la CEE, ha svolto le seguenti attività:

- la ricognizione, tra le Università e gli Istituti pubblici di ricerca, di quei Centri che svolgono attività di documentazione e informazione nel campo delle sostanze d'abuso, al fine di una loro partecipazione ad una rete europea per la documentazione sulle tossicodipendenze, gestita dall'Osservatorio Europeo;

- la partecipazione allo studio di fattibilità per la realizzazione di un Thesaurus Europeo Multilingue sulle Droghe, finalizzato a utilizzare in ambito europeo una comune modalità di descrizione, classificazione e reperimento della documentazione in materia, con terminologia univoca nelle diverse traduzioni nelle lingue comunitarie;

- l'attivazione di alcuni accordi di collaborazione per potersi giovare di strutture scientifiche al fine della raccolta e diffusione della documentazione (Università di Roma per la Psicologia e la Criminologia, CNR per la Psicofarmacologia di base, Università della Calabria per la Chimica di Laboratorio, Università di Modena per la Tossicologia Clinica);

- l'elaborazione, con un gruppo di docenti universitari, un ordine degli studi dettagliato per due Corsi di Perfezionamento (Medicina delle farmacodipendenze e Farmacopsicobiologia di Base), in linea con le risoluzioni approvate dai Ministri della Sanità dell'U.E., circa la necessità di promuovere scuole post-laurea in materia;

- la realizzazione di una ricerca per la valutazione dei trattamenti per tossicodipendenti, effettuati in regime di sospensione delle sanzioni amministrative;

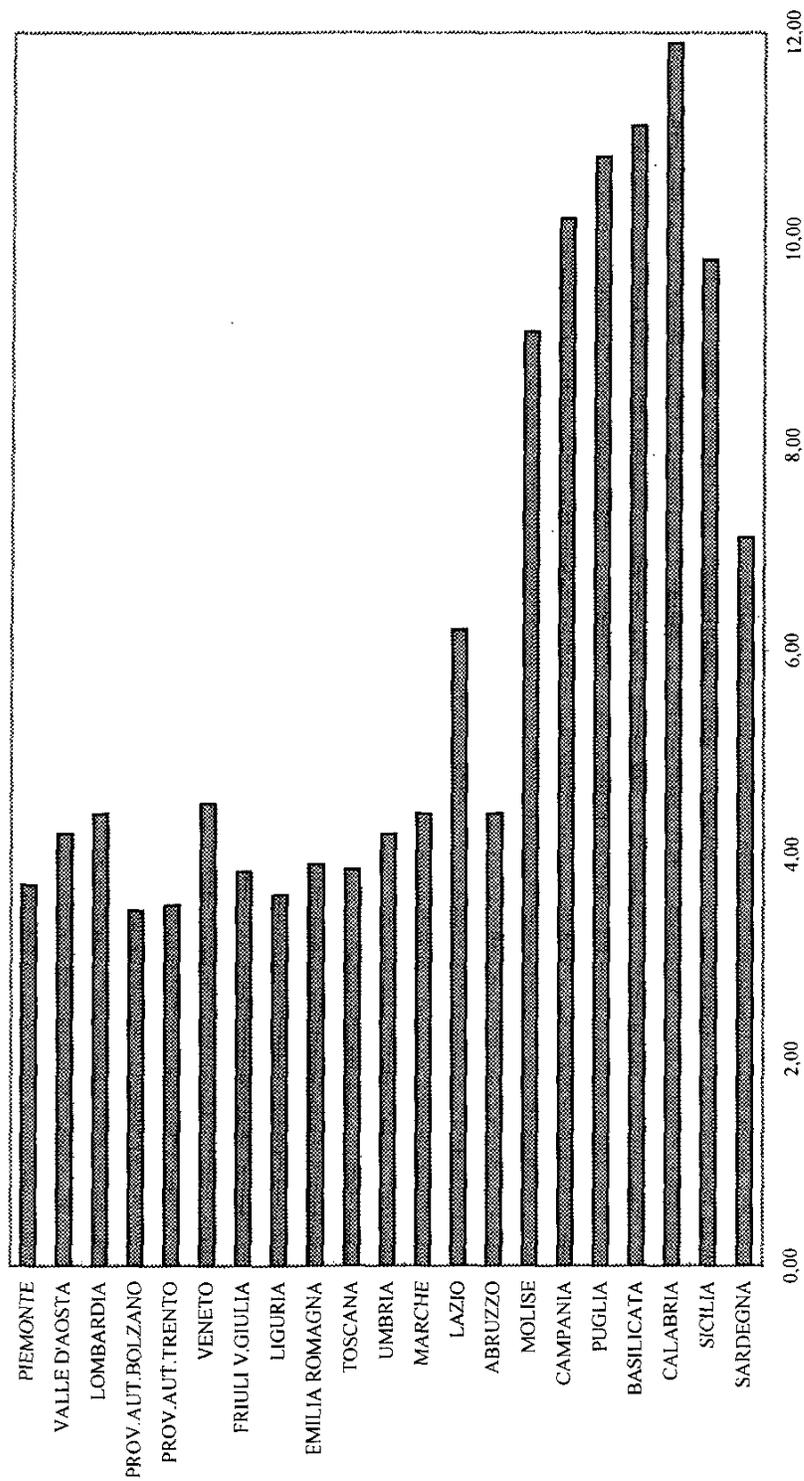
- ha curato, in collaborazione con l'Università di Modena, la pubblicazione relativa agli orientamenti per la riduzione della domanda di droga.

UTENTI DEI SERVIZI PUBBLICI PER LE TOSSICODIPENDENZE AL 15/12/94 (*).

UTENTI IN CARICO

REGIONE	Numero di SERT		in strutture socio-riabilitative		%	Numero medio di utenti
	totale	in strutture socio-riabilitative	totale	in strutture socio-riabilitative		
PIEMONTE	63	1908	8577	1908	22,25	128
VALLE D'AOSTA	1	25	147	25	17,01	147
LOMBARDIA	83	3038	13487	3038	22,53	162
PROV. AUT. BOLZANO	4	170	799	170	21,28	200
PROV. AUT. TRENTO	1	159	635	159	25,04	635
VENETO	36	1752	6026	1752	29,07	167
FRIULI V. GIULIA	6	169	1111	169	15,21	185
LIGURIA	3	99	512	99	19,34	171
EMILIA ROMAGNA	41	1829	5613	1829	32,59	137
TOSCANA	39	1190	5039	1190	23,62	129
UMBRIA	11	257	724	257	35,50	66
MARCHE	16	361	1179	361	30,62	74
LAZIO	48	416	4585	416	9,07	96
ABRUZZO	11	310	1685	310	18,40	153
MOLISE	5	29	219	29	13,24	44
CAMPANIA	34	690	5146	690	13,41	151
PUGLIA	53	1427	6972	1427	20,47	132
BASILICATA	6	116	441	116	26,30	74
CALABRIA	13	337	1048	337	32,16	81
SICILIA	37	630	3099	630	20,33	84
SARDEGNA	13	324	2908	324	11,14	224
ITALIA	524	15236	69952	15236	21,78	133

(*)=Dati provvisori

**DISTRIBUZIONE REGIONALE DEL RAPPORTO
MASCHI/FEMMINE DEGLI UTENTI (1994)**

NUMERO DI UTENTI DEI SERT NELLE RILEVAZIONI SEMESTRALI

REGIONE	15-giu-91	15-dic-91	15-giu-92	15-dic-92	15-giu-93	15-dic-93	15-giu-94	15-dic-94(*)
PIEMONTE	5003	6040	7046	7174	7073	7471	8080	8577
VALLE D'AOSTA	60	132	111	145	134	139	140	147
LOMBARDIA	6557	7628	10005	11629	11137	12275	12756	13487
PROV.AUT.BOLZANO	710	870	871	922	828	844	705	799
PROV.AUT.TRENTO	18	190	479	620	489	617	478	635
VENETO	2586	3900	4677	5222	4608	5578	5763	6026
FRIULI V.GIULIA	682	761	819	869	932	991	1065	1111
LIGURIA	1906	2422	3005	3244	2902	3090	2292	512
EMILIA ROMAGNA	4021	3934	5077	5003	5295	5488	5863	5613
TOSCANA	3162	2491	3361	3996	3964	4322	4619	5039
UMBRIA	551	455	912	889	809	581	652	724
MARCHE	664	731	993	859	855	896	862	1179
LAZIO	2797	4011	4046	4240	3543	4390	3544	4585
ABRUZZO	422	473	735	1117	1052	1308	1400	1685
MOLISE	42	46	143	128	105	120	155	219
CAMPANIA	1290	2468	3180	3873	3147	3803	3903	5146
PUGLIA	1021	3494	6313	7159	5864	6644	6351	6972
BASILICATA	142	129	541	294	352	396	380	441
CALABRIA	334	335	498	794	890	1174	869	1048
SICILIA	921	1790	2087	2221	1906	2243	2650	3099
SARDEGNA	617	1545	2213	2588	2004	2753	2901	2908
ITALIA	33506	43845	57112	62986	57889	65123	65428	69952
Numero SERT rilevati	491	495	504	503	510	523	524	524
Numero medio di utenti	68	89	113	125	114	125	125	133

(*)=Dati provvisori

UTENTI IN CARICO AI SERVIZI PUBBLICI.					
REGIONE	1990	1991	1992	1993	1994(*)
PIEMONTE	8008	10455	10347	10320	10323
VALLE D'AOSTA	151	286	306	292	294
LOMBARDIA	12845	16157	17848	17847	17850
PROV. AUT. BOLZANO	739	1060	1050	1004	992
PROV. AUT. TRENTO	370	480	621	613	646
VENETO	6131	8415	8076	8928	9790
FRIULI V. GIULIA	1658	1743	1919	1894	2060
LIGURIA	3059	3724	4118	2914	1488
EMILIA ROMAGNA	6380	6979	7558	7677	8182
TOSCANA	3893	6673	6682	7986	9352
UMBRIA	901	1299	2052	1742	2013
MARCHE	1479	1848	2202	2134	2612
LAZIO	4732	9698	10108	9175	10511
ABRUZZO	1403	825	1450	2051	2348
MOLISE	210	242	268	258	305
CAMPANIA	3142	5294	7750	7005	7500
PUGLIA	5270	9067	10595	10828	11186
BASILICATA	460	719	822	812	796
CALABRIA	1558	1084	1307	1787	2262
SICILIA	2480	3613	4951	4943	5394
SARDEGNA	1813	3192	3775	4532	4793
ITALIA	66702	92853	103805	104742	110697
Numero SERT rilevati	462	492	509	510	510

(*)=Dati provvisori

UTENTI SEGUITI DIRETTAMENTE PRESSO I SERVIZI PUBBLICI.

REGIONE	1990	1991	1992	1993	1994(*)
PIEMONTE	8008	9048	8762	8391	8402
VALLE D'AOSTA	151	233	252	243	244
LOMBARDIA	12845	12637	13896	14264	14253
PROV. AUT. BOLZANO	739	908	782	655	644
PROV. AUT. TRENTO	370	386	506	473	456
VENETO	6151	6820	6451	7232	8081
FRIULI V. GIULIA	1658	1517	1680	1634	1848
LIGURIA	3059	1746	3621	2543	1366
EMILIA ROMAGNA	6380	5321	5959	6009	5944
TOSCANA	3893	5545	5379	6660	8047
UMBRIA	901	1086	1705	1533	1772
MARCHE	1479	1558	1913	1846	2226
LAZIO	4732	8548	9178	8519	9643
ABRUZZO	1403	711	1187	1699	2004
MOLISE	210	207	219	216	275
CAMPANIA	3142	4789	6959	6308	6618
PUGLIA	5270	7748	9050	9150	9512
BASILICATA	460	648	692	733	712
CALABRIA	1558	703	1017	1273	1826
SICILIA	2480	3132	4060	4166	4566
SARDEGNA	1813	2620	3089	4094	4167
ITALIA	66702	75911	86357	87641	92606

(*)=Dati provvisori

UTENTI INVIATI PRESSO STRUTTURE RIABILITATIVE.

REGIONE	1991	1992	1993	1994(*)
PIEMONTE	1407	1585	1929	1921
VALLE D'AOSTA	53	54	49	50
LOMBARDIA	3520	3952	3583	3597
PROV. AUT. BOLZANO	152	268	349	348
PROV. AUT. TRENTO	94	115	140	190
VENETO	1595	1625	1696	1709
FRIULI V. GIULIA	226	239	260	212
LIGURIA	1978	497	371	122
EMILIA ROMAGNA	1658	1599	1668	2238
TOSCANA	1128	1303	1326	1305
UMBRIA	213	259	209	241
MARCHE	290	289	288	386
LAZIO	1150	930	656	868
ABRUZZO	114	263	352	344
MOLISE	35	49	42	30
CAMPANIA	505	791	697	882
PUGLIA	1319	1545	1678	1674
BASILICATA	71	130	79	84
CALABRIA	381	290	514	436
SICILIA	481	741	777	828
SARDEGNA	572	686	438	626
ITALIA	16942	17210	17101	18091

(*)=Dati provvisori

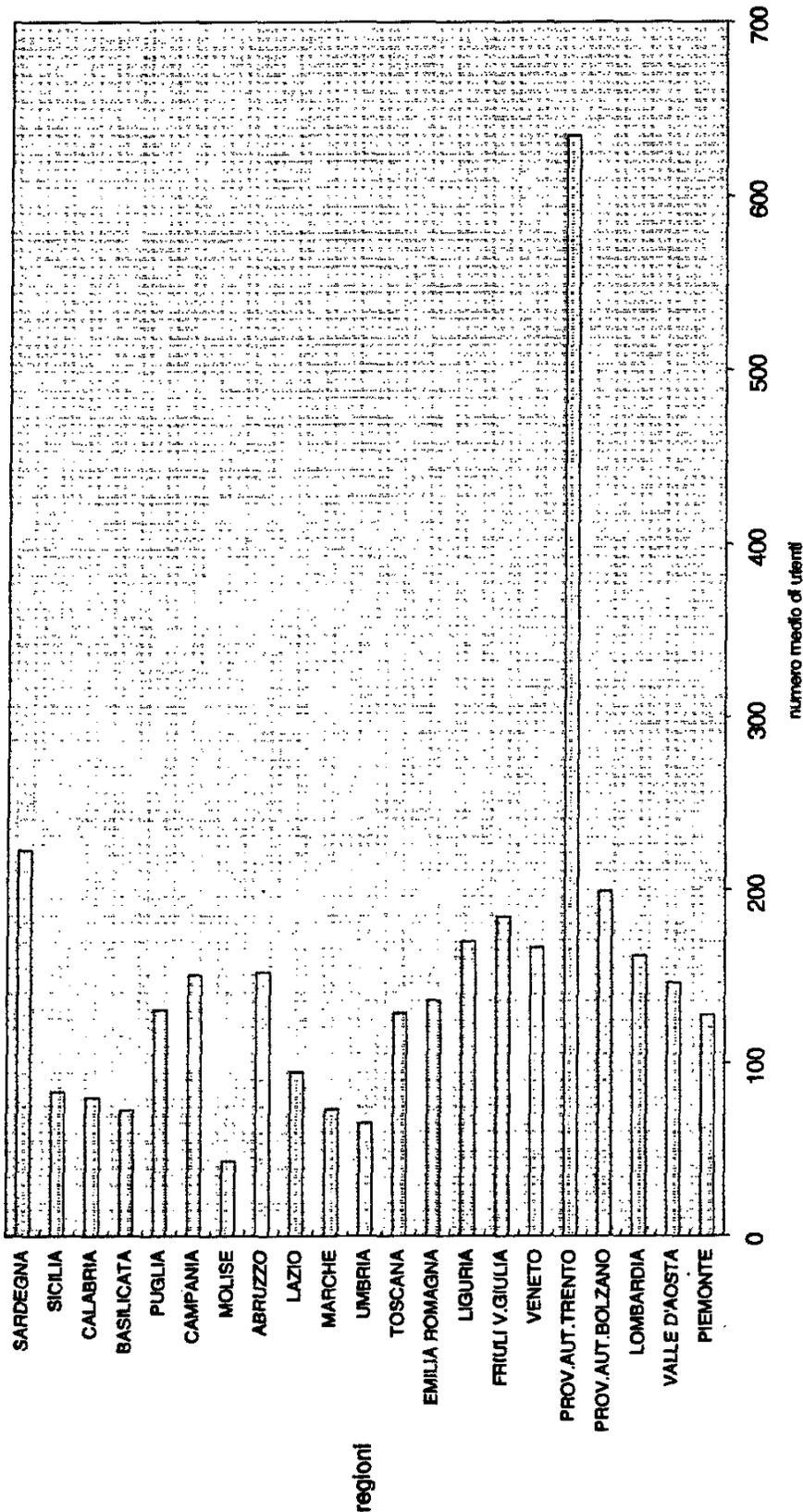
UTENTI DEI SERVIZI PER SESSO.

REGIONE	1991			1992			1993			1994(*)		
	Maschi	Femmine	M/F	Maschi	Femmine	M/F	Maschi	Femmine	M/F	Maschi	Femmine	M/F
PIEMONTE	8602	1853	4,64	8540	1807	4,73	8521	1799	4,74	7922	2401	3,30
VALLE D'AOSTA	226	60	3,77	244	62	3,94	238	54	4,41	239	55	4,35
LOMBARDIA	13390	2767	4,84	14898	2950	5,05	14790	3057	4,84	14793	3057	4,84
PROV.AUT.BOLZANO	789	271	2,91	807	243	3,32	757	247	3,06	739	253	2,92
PROV.AUT.TRENTO	368	112	3,29	499	122	4,09	490	123	3,98	487	159	3,06
VENETO	6981	1434	4,87	6730	1346	5,00	7441	1487	5,00	8172	1618	5,05
FRIULI V.GIULIA	1317	426	3,09	1469	450	3,26	1509	385	3,92	1634	426	3,84
LIGURIA	3049	675	4,52	3412	706	4,83	2392	522	4,58	1138	350	3,25
EMILIA ROMAGNA	5457	1522	3,59	5949	1609	3,70	6026	1651	3,65	6505	1677	3,88
TOSCANA	5288	1385	3,82	5353	1329	4,03	6376	1610	3,96	7432	1920	3,87
UMBRIA	1033	266	3,88	1506	458	3,29	1398	344	4,06	1627	386	4,21
MARCHE	1473	375	3,93	1719	483	3,56	1767	367	4,81	2151	461	4,66
LAZIO	8111	1587	5,11	8468	1640	5,16	7705	1470	5,24	9085	1426	6,37
ABRUZZO	716	109	6,57	1226	224	5,47	1679	372	4,51	1935	413	4,68
MOLISE	218	24	9,08	239	29	8,24	232	26	8,92	276	29	9,38
CAMPANIA	4907	387	12,68	7163	587	12,20	6542	463	14,13	6837	663	10,32
PUGLIA	8320	747	11,14	9687	908	10,67	9944	884	11,25	10239	947	10,81
BASILICATA	659	60	10,98	755	67	11,27	750	62	12,10	731	65	11,25
CALABRIA	989	95	10,41	1208	99	12,20	1625	162	10,03	2087	175	11,93
SICILIA	3266	347	9,41	4353	448	9,72	4468	475	9,41	4892	502	9,74
SARDEGNA	2733	459	5,95	3265	510	6,40	3877	655	5,92	4212	581	7,25
ITALIA	77892	14961	5,21	87490	16077	5,44	88527	16215	5,46	93132	17565	5,30

(*) dati provvisori

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

DISTRIBUZIONE REGIONALE DEL NUMERO MEDIO DI UTENTI DEI SERT AL 15/12/94.



UTENTI DISTRIBUITI PER FASCE DI ETA'.

ETA'	1991		1992		1993		1994(*)	
	Numero utenti	%	Numero utenti	%	Numero utenti	%	Numero utenti	%
<15	87	0,09	112	0,11	85	0,08	480	0,43
15-19	4386	4,72	5021	4,84	4293	4,10	4220	3,81
20-24	26556	28,60	29435	28,36	26821	25,61	26951	24,35
25-29	34493	37,15	37965	36,57	37241	35,55	37833	34,18
30-34	18687	20,13	21030	20,26	23684	22,61	25999	23,49
35-39	6084	6,55	7499	7,22	9081	8,67	10314	9,32
>40	2560	2,76	2743	2,64	3537	3,38	4900	4,43
Totale	92853	100	103805	100	104742	100	110697	100

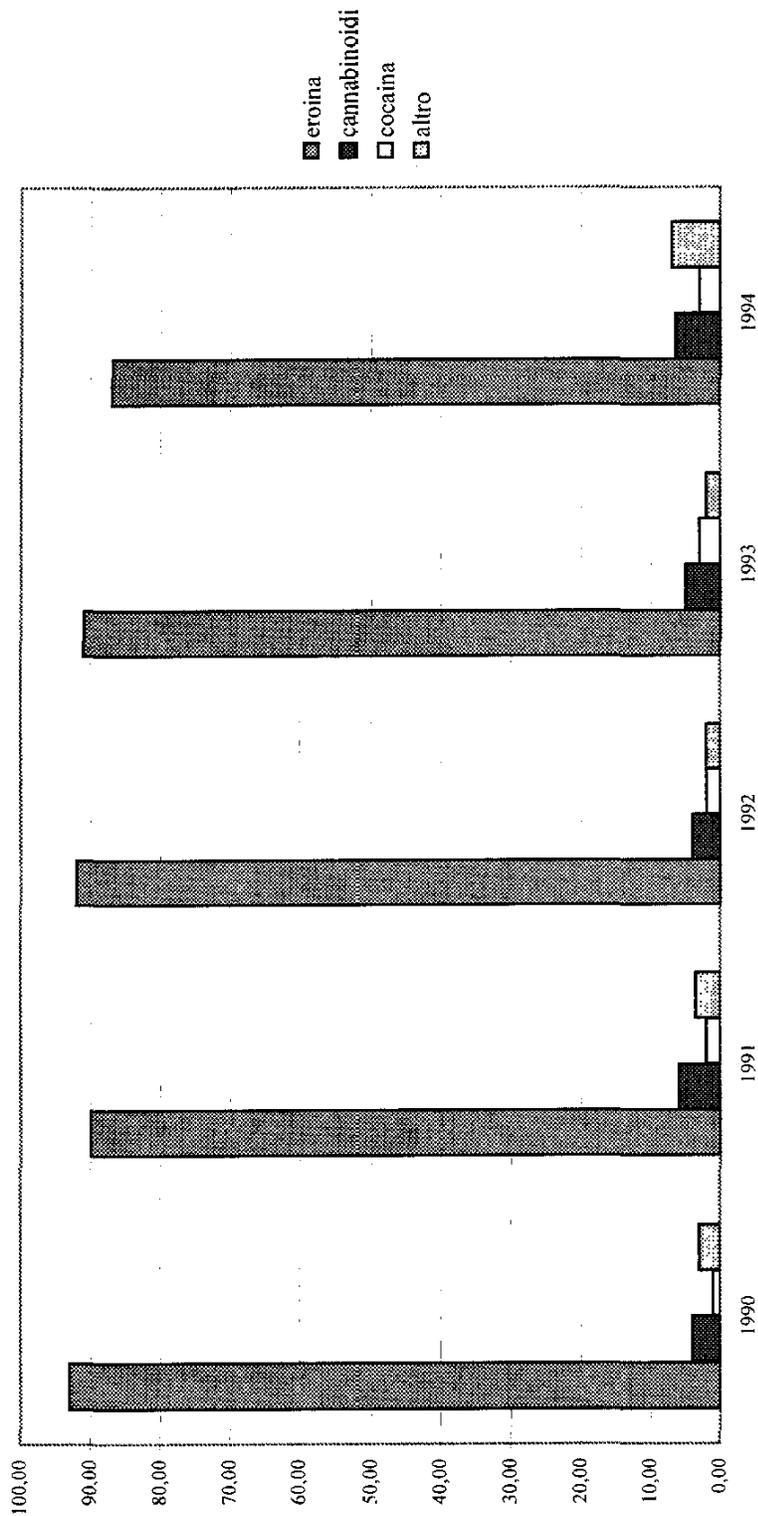
(*)=Dati provvisori

UTENTI DISTRIBUITI PER SOSTANZA STUPEFACENTE D'ABUSO.

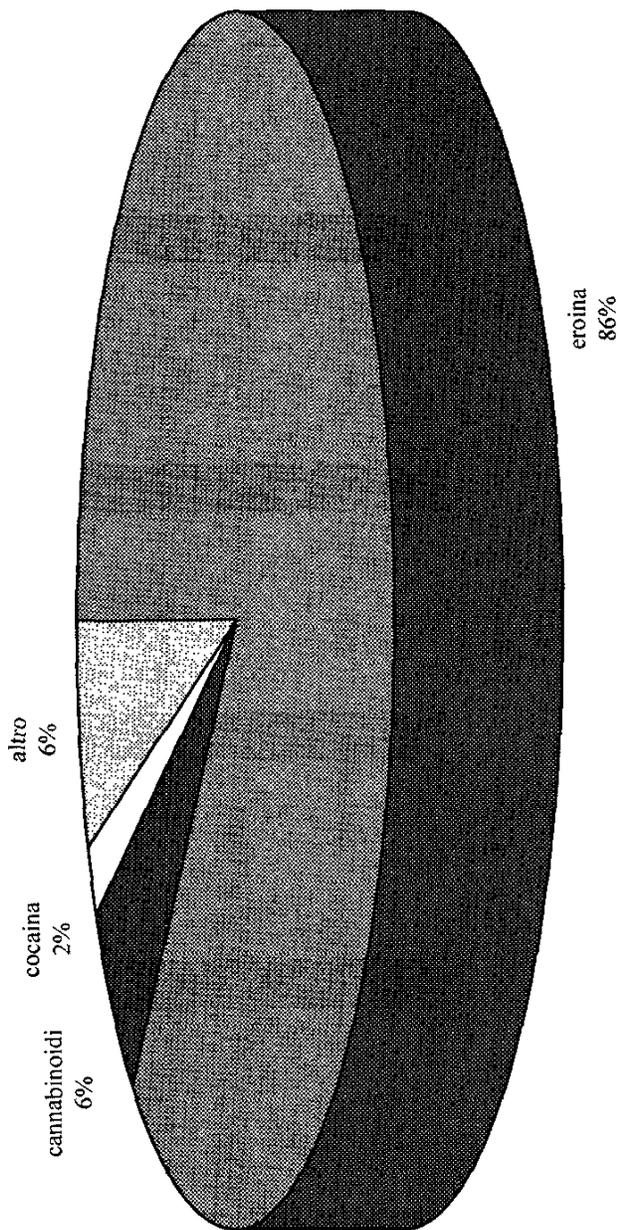
Sost. Prim. d'abuso	1990	1991	1992	1993	1994(*)
Eroina	91,88	90,12	91,24	90,62	85,87
Cannabinoidi	4,15	5,05	4,61	4,93	5,85
Cocaina	0,75	1,29	1,30	1,66	1,88
Benzodiazepine	0,58	0,60	0,38	0,53	0,48
Metadone	0,52	0,45	0,28	0,18	0,62
Crack	0,20	0,31	0,12	0,32	0,13
Barbiturici	0,15	0,05	0,06	0,03	0,03
Anfetamine	0,12	0,13	0,13	0,24	0,27
Morfina	0,12	0,02	0,04	0,05	0,13
Allucinogeni	0,06	0,05	0,04	0,07	0,38
Altro	1,48	1,94	1,80	1,37	4,36

(*)=Dati provvisori

Utenti distribuiti per sostanza d'abuso primaria negli anni 1990-94



Utenti distribuiti per sostanza d'abuso primaria (anno 1994)

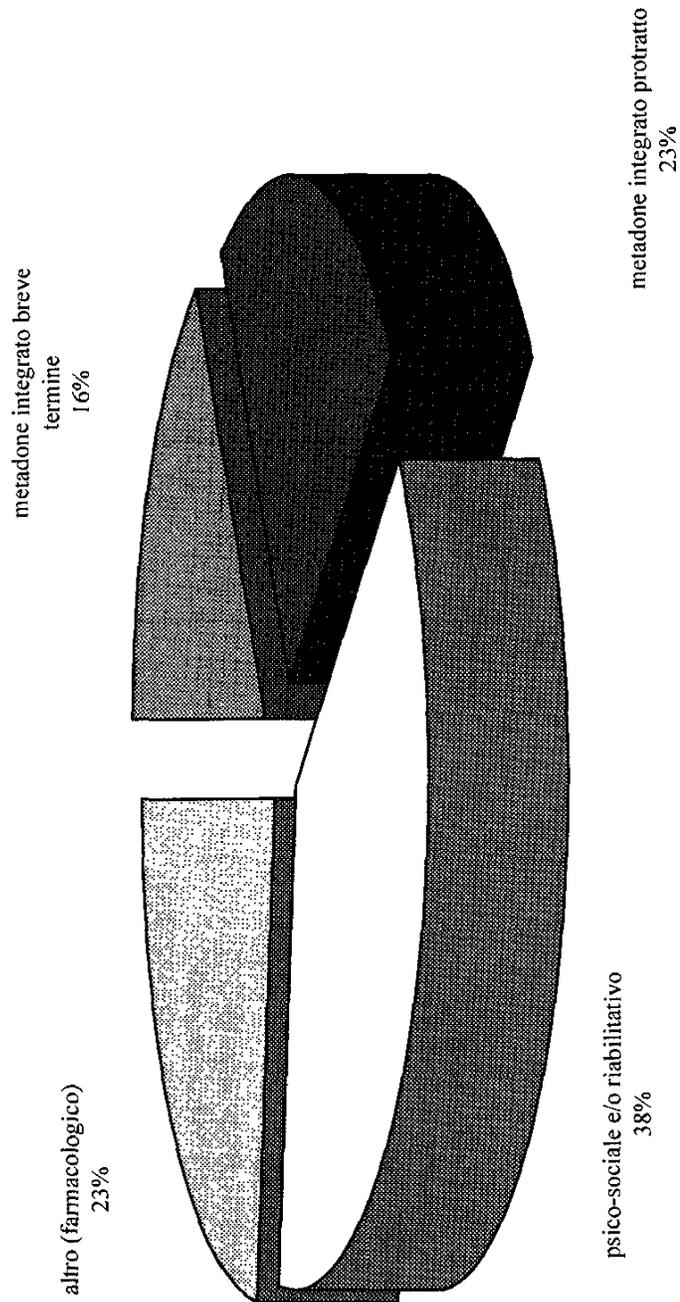


TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI PUBBLICI

TIPOLOGIE	% SOGGETTI TRATTATI			
	1991	1992	1993	1994(*)
1) PSICO-SOCIALE E/O RIABILITATIVO	38,07	37,14	40,22	37,76
2) TRATTAMENTO A BREVE TERMINE (= <60 gg)				
a) METADONE INTEGRATO	20,95	23,23	18,84	22,56
b) CLONIDINA (sola o associata)	7,42	6,12	4,69	3,90
c) ALTRI FARMACI	8,98	7,79	5,54	4,94
3) TRATTAMENTO PROTRATTO (>60 gg)				
a) METADONE INTEGRATO	9,31	9,66	14,40	16,47
b) FARMACI NON SOSTITUTIVI (integrati)	2,92	3,45	3,05	2,61
c) FARMACI NON SOSTITUTIVI (non integrati)	1,11	0,93	0,67	0,41
4) TRATTAMENTO PROTRATTO CON ANTAGONISTI				
a) NALTREXONE INTEGRATO	6,31	6,87	6,69	6,54
b) NALTREXONE NON INTEGRATO	1,39	1,69	0,94	0,81
c) ALTRI ANTAGONISTI INTEGRATI	0,11	0,08	0,07	0,17
d) ALTRI ANTAGONISTI NON INTEGRATI	0,03	0,12	0,04	0,05
5) ALTRO	3,40	2,92	4,84	3,77

(*)=Dati provvisori

Utenti distribuiti per tipo di trattamento all'interno dei Sert (1994)



***Conferenza Permanente per i rapporti tra Stato,
Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano***

Conferenza Permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano è stata istituita dall'art.12 della legge 23.8.1988, n.400 sull'ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

All'organismo, presieduto dal Presidente del Consiglio dei Ministri e composto dai Presidenti delle Regioni e Province autonome, il legislatore ha affidato il compito di rendere effettiva la partecipazione delle Regioni nelle scelte di politica nazionale del Governo attraverso un'attività di consultazione informazione e raccordo.

La Conferenza infatti può essere consultata su:

- le linee generali dell'attività normativa di interesse regionale;
- i criteri generali relativi all'esercizio delle funzioni statali di indirizzo e coordinamento e sugli indirizzi relativi all'elaborazione ed attuazione di atti comunitari che riguardano le competenze regionali;
- sugli altri argomenti per i quali il Presidente del Consiglio dei Ministri ritenga utile acquisire il parere della Conferenza.

L'esigenza dell'istituzione di una sede per un rapporto permanente con gli organi centrali dello Stato e per una partecipazione delle Regioni alla elaborazione delle grandi linee di politica generale di tutto lo Stato-ordinamento era emersa nel corso degli anni per porre fine alla frammentaria partecipazione delle Regioni alla determinazione degli obiettivi della programmazione economica nazionale, soprattutto con riferimento alle funzioni che il legislatore aveva trasferito alle competenze delle Regioni con il D.P.R. n.616 del 1977.

La Conferenza è, come ha recentemente affermato la Corte Costituzionale con la sentenza n.116/94, "organo né statale né regionale, ma organo della comunità nazionale" e "sede privilegiata" del raccordo Stato-Regioni.

Il Presidente del Consiglio dei Ministri esprime, in qualità di Presidente della Conferenza Stato-Regioni, il Governo, mentre i Ministri sono di volta in volta invitati a partecipare a seconda dei temi trattati all'ordine del giorno.

Il legislatore ha successivamente ampliato le competenze della Conferenza, cui oramai è sempre più spesso affidato, dalle leggi di settore, il parere o l'intesa su tutti gli atti di amministrazione in materie di cui all'art.117 della Costituzione.

I pareri o le intese che la Conferenza esprime sono obbligatori ma non vincolanti, anche se in caso di parere negativo o non intesa il Governo ha l'obbligo di motivare perché l'atto viene comunque adottato, come ha anche recentemente affermato la Corte Costituzionale. (sentenza n.116/94).

Con il D.Lgs. n.418/89 di riordino degli organismi a composizione mista Stato-Regioni, in attuazione del comma 7 dell'art.12 della legge n. 400/88, alla Conferenza è stata affidata anche l'attività di verifica di tutti i Piani e programmi approvati e con il D.P.R. n.373 del 1994 la ripartizione di fondi a carattere interregionale di cui agli organi collegiali soppressi.

Il coordinamento Stato-Regioni in sanità

Già il legislatore delegato, nel riordinare le competenze degli esistenti organismi a composizione mista Stato-Regioni, con il D.Lgs. 16.12.1989, n.418, aveva trasferito alla Conferenza Stato-Regioni le competenze del Consiglio Sanitario Nazionale con riferimento alla determinazione delle linee generali della politica sanitaria nazionale e dei livelli delle prestazioni sanitarie, all'attuazione del Piano Sanitario Nazionale, alla ripartizione del Fondo do Sanitario Nazionale e alla verifica dello stato di attuazione di Piani e Programmi.

Con il D.Lgs. 30.6.1993, n.266 di riordino del Ministero della Sanità tutte le residue competenze del Consiglio Sanitario Nazionale sono state trasferite alla Conferenza Stato-Regioni.

A rafforzare il raccordo tra Stato e Regioni in materia di sanità è intervenuto il D.Lgs. 30.12.1992, n.502 di riordino della disciplina in materia sanitaria, come modificato dal successivo D.Lgs. 7.12.1993, n.517 con la previsione all'art.1 dell'approvazione da parte del Governo del Piano sanitario nazionale "adottato d'intesa Stato-Regioni".

L'attuazione del raccordo tra Stato e Regioni

In questo quadro il legislatore con l'approvazione della legge 26 giugno 1990, n.162, nel considerare il fenomeno della tossicodipendenza sotto il profilo medico, psicologico e sociale, ha voluto attribuire alla Conferenza Stato-Regioni i "compiti di consultazione e raccordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome", su tutto il territorio nazionale, delle attività di prevenzione, di cura e di recupero sociosanitario delle tossicodipendenze e per la

lotta contro l'uso delle sostanze stupefacenti o psicotrope (art.12 del D.P.R. 9 ottobre 1990, n.309, recante: "Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza").

Alla Conferenza il legislatore ha attribuito anche il parere, di cui all'art.118 del citato D.P.R. 309/1990 sul Decreto di determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze da istituire presso ogni Unità Sanitaria Locale, in attesa di un riordino della normativa riguardante i servizi sociali.

A seguito del suaccennato trasferimento delle competenze già attribuite al Consiglio Nazionale alla Conferenza oggi spetta inoltre:

- il parere sulla determinazione da parte del Ministro della Sanità degli indirizzi per le attività di prevenzione del consumo e delle dipendenze da sostanze stupefacenti o psicotrope e da alcool e per la cura e il reinserimento sociale dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope e da alcool (art.2, comma 1, lett.a) del D.P.R. n.309/1990;
- il parere sugli indirizzi per il rilevamento epidemiologico da parte delle Regioni, delle Province autonome di Trento e Bolzano e delle unità sanitarie locali, concernente le dipendenze da alcool e da sostanze stupefacenti o psicotrope (art.2, comma 1, lett.c, D.P.R. n.309/1990);
- il parere obbligatorio sui compiti di indirizzo e coordinamento per le politiche e i programmi inerenti il trattamento delle dipendenze da alcool e sostanze stupefacenti o psicotrope svolti dal Servizio Centrale istituito presso il Ministero della Sanità (art.3, comma 2, D.P.R. n.309/1990).

Con il recente D.L.16/1/1995, n.19 recante: "Disposizioni urgenti per l'attuazione del testo unico sulle tossicodipendenze approvato con il D.P.R. 9/10/1990, n.309, in sede di conversione, il legislatore ha affidato alla Conferenza Stato-Regioni il compito di recepire in un Atto di Intesa, i criteri e gli indirizzi comuni per l'attribuzione dei finanziamenti del Fondo Nazionale Antidroga, da determinarsi alla fine di ciascun anno finanziario sulla base dei dati forniti dalle Regioni. A decorrere dall'esercizio finanziario 1996 le disponibilità del Fondo Nazionale Antidroga sono trasferite alle Regioni nella misura del 25%, in proporzione del numero degli abitanti.

L'attività della Conferenza Stato-Regioni.

L'attività della Conferenza Stato-Regioni per l'esame degli argomenti che vengono iscritti all'ordine del giorno delle sedute è preceduta da una attività istruttoria svolta dalla Segreteria della Conferenza Stato-Regioni. A tal fine vengono convocate delle riunioni tecniche con la partecipazione di funzionari delle Regioni e Province autonome, nonché delle Amministrazioni centrali dello Stato proponenti gli argomenti da trattare e di quelli comunque interessati alle questioni.

Nella seduta del 3 agosto 1990 la Conferenza ha espresso parere favorevole sul "Regolamento concernente la determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze da istituire presso le Unità Sanitarie Locali", ai sensi dell'art.27 della legge 16/6/1990 n.162.

Nelle sedute del 21/11/1992 e del 30/7/1992 si è occupata della questione della "Cura e riabilitazione dei detenuti tossicodipendenti e alcoolisti" e ha reso parere favorevole alla proposta presentata dal Ministro della Sanità di stipulare apposite convenzioni tra le UU.SS.LL. e gli istituti di prevenzione e pena per l'attuazione delle disposizioni di cui all'art.96 del D.P.R. n.309/1990 sulla base dello schema di convenzione, di definire relativo livello assistenziale e di applicare i criteri della compensazione degli oneri derivanti dalla mobilità sanitaria interregionale anche all'area dei trattamenti relativi alla cura e alla riabilitazione dei detenuti tossicodipendenti e alcoolisti, ai sensi dell'art.12 della legge n.400/1988.

Nella seduta del 9 /2/1993 la Conferenza ha espresso parere favorevole sullo schema di Atto di intesa tra Stato e Regioni per la definizione di criteri e modalità uniformi per l'iscrizione degli Enti ausiliari che gestiscono strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti negli Albi di cui all'art.116 del D.P.R. 9/10/1990, n.309.

Nella stessa seduta è stato reso il parere favorevole allo Schema-tipo di convenzione tra Unità Sanitarie Locali ed Enti, Società cooperative o associazioni che gestiscono strutture per la riabilitazione dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope".

In data 15/3/1993 la Conferenza Stato-Regioni ha deciso l'istituzione di un gruppo tecnico Stato-Regioni per approfondire, su richiesta del Ministro per gli Affari Sociali, l'esame delle problematiche connesse all'attuazione delle leggi in materia di politiche sociali con l'approvazione di specifici documenti.

Con riferimento alla legge sulle tossicodipendenze, in sede di Conferenza in data 14.10.1993, fu accolta dal Ministro per gli Affari Sociali, la proposta delle Regioni di individuare modifiche alla normativa vigente, per consentire il coinvolgimento delle Regioni nella fase di presentazione dei progetti da finanziarie con il Fondo Nazionale Antidroga. La richiesta delle Regioni era motivata dalla necessità di coordinare le varie iniziative nei rispettivi ambiti territoriali nell'esercizio delle funzioni di indirizzo e coordinamento anche in materia di lotta alla droga.

Nella stessa seduta la Conferenza ha espresso parere favorevole sulla Scheda di rilevazione dei dati concernenti le strutture socio-riabilitative nel settore della tossicodipendenza, ai sensi dell'art.3, comma 2, lett.c) del D.P.R. n.309/1990.

Nella seduta del 24 febbraio 1994 il Ministro per gli Affari sociali sottopose all'attenzione dei Presidenti delle Regioni la questione delle qualifiche degli operatori che svolgono la loro attività all'interno delle comunità terapeutiche, relativa all'attuazione del predetto schema di Atto di Intesa per l'iscrizione degli Enti ausiliari nell'albo di cui all'art.116, chiedendo che costituisse oggetto di specifico esame da parte della Conferenza Stato-Regioni.

Nella successiva seduta del 30 marzo 1994 la Conferenza "ha preso atto" del documento presentato sulla questione dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province autonome.

L. 5.2.92 n. 104: "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale ed i diritti delle persone handicappate".

Nel corso del 1994 la Conferenza Stato-Regioni si è occupata dell'attuazione della legge n. 104/92.

In particolare, la Conferenza ha espresso parere favorevole sullo "Schema di atto di indirizzo e coordinamento relativo ai compiti da attribuire alle UU.SS.LL. nei confronti degli alunni portatori di handicap" (art. 12, comma 7).

L'art. 12, comma 1, della legge 24.12.1993, n. 537, recante "Interventi correttivi di finanza pubblica", ha trasferito alle Regioni il Fondo per l'integrazione degli interventi regionali e delle Province autonome in favore dei cittadini handicappati di cui all'art. 42, comma 6, lett. q) della legge 104/92, che è confluito nel Fondo comune; ha disposto anche che il Ministro per gli Affari Sociali fissi un termine per la presentazione da parte delle Regioni di una relazione

per lo stato di avanzamento dei programmi di cui al Fondo citato; il comma 3 del medesimo art. 12 ha attribuito alla Conferenza Stato-Regioni il compito di verificare periodicamente l'attuazione degli obiettivi, comunque previsti da disposizioni speciali contenute in leggi dello Stato, tra cui è da ritenersi anche la legge 104/92. Infine, ancora il comma 4 del citato art. 12 ha disposto che, nel caso di mancato perseguimento degli obiettivi, la Conferenza stabilisca criteri e modalità per l'utilizzo da parte della competente autorità statale, delle risorse non ancora accreditate.

In attuazione di quanto sopra, nella seduta del 30 marzo 1994 la Conferenza Stato-Regioni ha emanato criteri direttivi per la presentazione da parte delle Regioni della relazione suddetta, fissando al 30 giugno 1994 il termine per la sua presentazione.

Inoltre, con decreto del 12.10.94, è stato istituito il "Nucleo di verifica per l'attuazione degli obiettivi previsti dal Fondo per l'integrazione degli interventi regionali e delle Province autonome in favore dei cittadini handicappati, di cui al citato articolo 42, comma 6 lett. q)".

Tale Nucleo si è riunito per la prima volta il 9 novembre 1994 e, a causa della mancata trasmissione da parte di molte Regioni della relazione richiesta, l'attività del Nucleo stesso non ha potuto essere condotta al termine. Si prevede di poter portare in Conferenza Stato-Regioni il consultivo 1994 entro il primo semestre 1995.

Coordinamento Interregionale per le Tossicodipendenze (a cura della Regione Veneto)

Ser.T.

Quasi tutte le Regioni hanno provveduto all'istituzione dei Ser.T.

Il completamento dei relativi organici (effettuato dal Veneto, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Piemonte) invece non è stato completamente realizzato dal resto d'Italia anche perché la finanziaria che arresta i procedimenti di assunzione è stata applicata in modo restrittivo da alcune Regioni (Sicilia, ad esempio).

Funzionamento

Sta sempre più affermandosi il principio della estensione della materia a tutte le dipendenze (alcolismo in particolare).

Veneto, Emilia Romagna e probabilmente Toscana stanno costruendo Dipartimenti per le dipendenze che consentono di collegare i Ser.T. alla rete di Servizi pubblici e privati che li attorniano.

Comunità Terapeutiche

Raggiunta l'intesa sugli Albi delle Comunità Terapeutiche, essi sono stati istituiti o stanno per esserlo quasi ovunque.

E' stato un grosso successo da parte delle Regioni che ha loro consentito di avere il controllo della situazione all'interno delle Comunità Terapeutiche anche attraverso l'intervento del Ser.T. che deve stabilire la congruità del progetto terapeutico della Comunità.

Strategie

Le Regioni si stanno organizzando sulla strategia di "riduzione del danno".

Convegni realizzati o in elaborazione (Firenze, Venezia, Cagliari) al riguardo, formazione e utilizzazione di operatori di strada, installazione di scambiatori di siringhe e, in

particolare le linee guida sul metadone che hanno avuto ampio riscontro e integrazione a livello regionale, testimoniano l'interesse delle Regioni su questo argomento.

Formazione degli operatori

Sono di estrema importanza i fondi che il Dipartimento per gli Affari Sociali eroga per la formazione e l'aggiornamento degli operatori.

Consentono loro di essere attivi con le migliori terapie nel campo sempre così nuovo della lotta terapeutica alle tossicodipendenze.

Valutazione

Veneto, Emilia Romagna, Lombardia, fra poco la Sardegna e il Trentino, stanno adoperandosi per porre in essere un monitoraggio delle attività dei Ser.T. e delle Comunità Terapeutiche. A fianco del monitoraggio, effettuato attraverso una cartella clinica, ci si propone di valutare l'attività di Ser.T. e Comunità Terapeutiche e di poter procedere poi alla individuazione delle migliori strategie di terapia.

Le Regioni sopraindicate metteranno a disposizione del Ministero le acquisizioni delle valutazioni e i programmi informatici.

Proposta

1) La nuova disciplina delle UU.LL.SS.SS. che vede una netta diminuzione del numero delle stesse conduce, in molti casi, a una riduzione del numero dei Ser.T. e quindi a un aumento dell'utenza che affluisce a ciascuno di essi .

Si rende necessario rivedere la normativa nazionale contenuta nei decreti più volte reiterati al fine di consentire ai responsabili dei nuovi Ser.T. l'accesso ai concorsi riservati.

2) E' assolutamente necessario bloccare ogni tentativo dello Stato (vedi Decreto Garavaglia 18.2.94 e Decreto Costa 19.10.94) di ribaltare le intese raggiunte tra Stato e Regioni nella regolamentazione delle Comunità Terapeutiche al fine di conservare i contenuti di garanzia per gli utenti delle stesse e le prerogative del Servizio Pubblico.

3) E' necessario che le Regioni siano almeno sentite dallo Stato prima della concessione di finanziamento a soggetti che operano sul territorio regionale.

La distribuzione di finanziamenti infatti, effettuata senza il parere della Regione, può andare contro la programmazione Socio Sanitaria regionale.

Regione Autonoma Valle d'Aosta

Nel corso del 1994 si è evidenziata, in ambito regionale, la necessità di sviluppare in maniera organica, una rete di interventi strutturati che seguissero un piano obiettivo gestito operativamente dal Ser.T. come, del resto, detta il D.P.R. 309/90.

La finalità del lavoro compiuto era appunto la costruzione di un piano di intervento sulle dipendenze.

Si è proceduto quindi: all'analisi di tutte le problematiche delle "dipendenze" dalle droghe lecite a quelle illecite); all'analisi del supporto da fornire ai malati di infezione da HIV e di casi di AIDS conclamato; all'analisi dei casi di disagio psicosociale e devianza, spesso di competenza di varie discipline utili per sviluppare anche interventi di reale prevenzione.

A seguito della valutazione dei dati emersi sono stati formulati i sotto elencati obiettivi generali al fine di contrastare il fenomeno delle tossicodipendenze:

- procedere ad una reale integrazione tra i Servizi pubblici e i Servizi del privato sociale e del volontariato;
- omogeneizzare gli interventi ed indirizzarli verso uno scopo comune (il recupero psicofisico sociale dei portatori di problematiche droga-alcolcorrelate);
- costruzione di una rete di opportunità e di risorse che, in loco, possano dare risposte più efficaci possibili.

Il metodo di lavoro seguito è stato il seguente:

- individuazione delle funzioni da sviluppare e degli obiettivi da raggiungere nell'ambito di ciascuna funzione individuata;
- modalità operative da avviare e/o migliorare.

Si è giunti alla conclusione che le funzioni e le modalità operative che sarebbe opportuno sviluppare e potenziare nel corso dei prossimi anni sono i seguenti:

Funzione

Identificazione e sviluppo delle politiche di raccordo e di intervento di rete

Obiettivi

Promuovere ed orientare interventi sulle dipendenze; formulare piani programmatici, integrare e far lavorare in rete i diversi Servizi pubblici e privati.

Modalità operative

Lavoro dell'Ufficio Regionale di Coordinamento sulle tossicodipendenze dell'Assessorato Sanità con l'apporto dei diversi gruppi tecnici già istituiti con la partecipazione di volta in volta dei vari Servizi pubblici e locali e delle Agenzie private e di volontariato operanti nel campo.

Funzione

Prevenzione/Educazione Sanitaria/Informazione

Obiettivi

Prevenire la diffusione delle tossicodipendenze e dei comportamenti a rischio intervenendo in tutti i contesti di vita dei ragazzi (famiglia, scuola, contesto sociale allargato).

Modalità operative

Sviluppare una cultura diversa sulla dipendenza e sensibilizzare la popolazione generale.

Organizzare dibattiti pubblici, corsi di informazione, lavori di gruppo sulla prevenzione.

Sviluppare in loco un progetto regionale di prevenzione.

Collaborazione su questi temi con la Sovrintendenza agli Studi, con i Comuni, con le Biblioteche, con gli Enti locali, le Associazioni giovanili, Parrocchie, etc. ..

Lavoro di prevenzione sui gruppi a rischio e sui luoghi di ritrovo dei tossicodipendenti.

Utilizzare gli ex-tossicodipendenti come operatori di strada, etc. ..

Intervenire attivamente in carcere, nelle caserme per la prevenzione.

Programmi di educazione sanitaria e di protezione della salute (screening, HIV, etc. ..)

Funzione

Accoglienza

Obiettivi

Accogliere, decodificare e orientare le domande di aiuto, di informazione, supporto, etc.

Chiarire e proporre tutte le offerte dei Servizi in loco e attivare le risorse presenti.

Indirizzare gli utenti ad avere la risposta più appropriata possibile alle loro esigenze.

Modalità operative

Impostare un lavoro di segretariato sociale.

Costruire un iter generale di presa in carico ed un protocollo.

Istituire un telefono aperto (24 ore su 24) su problemi di tossicodipendenza.

Dare una prima risposta ai casi più urgenti ed alle domande di assistenza più gravi tramite un centro diurno, un day hospital, pronto soccorso, un centro crisi (per pasti, per pernottamenti brevi), un centro per la disintossicazione.

Istituire altri poli di accoglienza nel resto della Regione.

Funzioni

Interventi terapeutici (socio-sanitari)

Obiettivi

Impostazione del progetto terapeutico personalizzato di presa in carico dell'utente con un'integrazione effettiva dei diversi Servizi e l'utilizzazione di tutte le risorse disponibili per mettere in pratica il programma così predisposto.

Modalità operative

Predisposizione di un progetto terapeutico da parte del Ser.T. tramite opportuni protocolli di intesa con i diversi servizi;

Utilizzare ed integrare effettivamente tutte le risorse e gli strumenti operativi per la presa in carico (diagnosi, colloqui individuali, colloqui di gruppo e familiari, visite mediche, terapie farmacologiche, psicoterapia, etc.);

Predisporre gli interventi in carcere;

Interventi in ospedale e presso altri servizi indirettamente coinvolti;

Sviluppo gruppi di autoaiuto per tossicodipendenti e le loro famiglie.

Funzione

Interventi in carcere

Obiettivi

Un effettivo lavoro di prevenzione, cura e riabilitazione del detenuto tossicodipendente.

Modalità operative

Preso in carico del soggetto da parte del Ser.T. con gli altri servizi

Funzione

Riabilitazione - Reinserimento sociale

Obiettivi

Completare l'iter terapeutico per la ricostruzione della personalità e quindi avviare l'inserimento nella famiglia, nel mondo del lavoro, nella società.

Modalità operative

Attivare tutte le possibilità di intervento terapeutico ed attivare le risorse per soddisfare questo obiettivo.

Attivare le risorse del Ser.T. (e Servizi pubblici collegati).

Attivare le risorse delle Comunità.

Attivare centri per il reinserimento semi residenziali e residenziali.

Attivare comunità alloggio.

Collaborare con l'Agenzia del lavoro regionale perché l'inserimento lavorativo avvenga nel modo migliore possibile.

Attivare laboratori protetti e cooperative disposte ad accompagnare il reinserimento.

Attivare nuclei di accoglienza familiare.

Erogare borse di formazione lavoro, agevolazioni economiche, ecc.

Funzione

Appoggio ai sieropositivi HIV ed ai malati di AIDS

Obiettivi

Prevenzione, educazione sanitaria, assistenza psico-sociale sui comportamenti a rischio per i sieronegativi e per i sieropositivi.

Modalità operative

Progetti di prevenzione mirati (scambio siringhe, uso profilattici, progetti per i detenuti, progetto per l'ospedale ed altri Servizi).

Appoggio ai HIV positivi ricoverati in ospedale (Malattie infettive).

Attivare strutture per lo screening in anonimato.

Attivare gruppi di autoaiuto.

Attivare interventi di sostegno psico - sociale e visite domiciliari.

Attivare progetto di ricerca epidemiologica, statistica, centralizzata del fenomeno.

Comunità alloggio per malati di AIDS (e/o sieropositivi in particolari situazioni esistenziali).

Funzione

Aggiornamento e formazione degli operatori

Obiettivi

Continuo lavoro comune di professionalizzazione, di ampliamento delle competenze e delle abilità di intervento per gli operatori pubblici, per quelli delle cooperative, dei volontari e delle Comunità.

Formare una comune cultura sulle dipendenze.

Modalità operative

Corsi di formazione ed informazione ad "hoc" su specifici campi di interessi comuni.

Organizzazione di convegni e congressi.

Frequenza e tirocinio presso altre strutture e Servizi.

Funzione

Ricerca epidemiologica e statistica

Raccolta dati

Valutazione interventi

Follow-upObiettivi

Conoscenza approfondita, aggiornata, del fenomeno generale delle dipendenze e degli HIV positivi in Valle d'Aosta.

Modalità operative

Costituzione centro studi e documentazione.

Individuazione ricerche ad "hoc" sul fenomeno.

Raccolta dati e pubblicazioni sul fenomeno in Valle d'Aosta.

Raccolta dati sull'attività dei vari Servizi.

Valutazione degli interventi e dei risultati ottenuti tramite anche il follow-up.

Organizzare lavori, questionari, ecc.

Segnalazioni pervenute ai sensi dell'art. 75 D.P.R. 309/1990 dall'1.1.1994 al 31.12.1994

n. 66 uomini, n. 6 donne, tot. n. 72

Divisi per le seguenti fasce di età:

DONNE:

anni 18 - 22: n. 3

anni 23 - 25: n. 1

anni 26 - 30: n. 1

anni 31 - 35: n. 1

anni 36 - 40: n. --

UOMINI:

anni 16 - 18: n. 1

anni 19 - 22: n. 23

anni 23 - 25: n. 20

anni 26 - 30: n. 12

anni 31 - 35: n. 6

anni 36 - 40: n. 4

anni 41 - 50: n. --

Segnalati per droghe leggere:

n. 57 uomini, n. 5 donne, tot. n. 62

Segnalati per droghe pesanti:

n. 8 uomini, n. 0 donne, tot. n. 8

Misure adottate:

Ammonizione: n. 31 uomini, n. 1 donna, tot. n. 32

Avviati ai Servizi pubblici con sospensione di procedimento:

n. 9 uomini, n. 0 donne, tot. n. 9

Provvedimenti sanzionatori:

n. 26 uomini, n. 5 donne, tot. n. 31

Non residenti:

n. 32 uomini, n. 0 donne, tot. n. 32

Residenti:

n. 7 uomini, n. 1 donne, tot. n. 8

Residenti all'estero:

n. 27 uomini, n. 5 donne, tot. n. 32

Segnalazioni pervenute ai sensi dell'art. 121 D.P.R. 309/1990 dall'1.1.1994 al 31.12.1994

n. 10 uomini, n. 0 donne, tot. n. 10

Divisi per le seguenti fasce di età

UOMINI:

anni 16 - 18: n. --

anni 19 - 22: n. 6

anni 23 - 25: n. 2

anni 26 - 30: n. 1

anni 31 - 35: n. --

anni 36 - 40: n. --

anni 41 - 50: n. 1

Non residenti:

n. 2 uomini, n. 0 donne, tot. n. 2

Residenti:

n. 8 uomini, n. 0 donne, tot. n. 8

Regione Piemonte

Luci ed ombre degli interventi di prevenzione e di riabilitazione delle dipendenze

Possono essere considerati elementi positivi dell'intervento finora realizzato:

- l'attivazione dei Ser.T. in ogni U.S.L., dipartimentalmente collegati con l'ospedale locale;
- la crescente considerazione acquisita dai Ser.T. all'interno delle U.S.L., grazie alla maggiore professionalità e competenza degli operatori e il progressivo sviluppo della capacità di lavoro in equipe e di coordinamento degli interventi a livello del territorio di competenza;
- il successo dei Gruppi di lavoro interservizi per l'alcolismo, a testimonianza che formazione adeguata e professionalità possono consentire la creazione di una rete di aiuto senza consistenti investimenti;
- i coordinamenti zionali e regionali degli operatori delle tossicodipendenze e delle alcoldipendenze, attivi da 15 anni, quali momenti di aggiornamento e di scambio di esperienze, ma anche quali sedi per avanzare proposte volte a migliorare l'organizzazione e gli interventi;
- il buon livello di collaborazione tra servizi pubblici e Comunità del privato sociale, registrate nell'albo provvisorio, grazie alla maggiore reciproca conoscenza e alla maggiore esperienza di lavoro nel settore;
- l'ampia partecipazione degli operatori dei servizi pubblici e del privato sociale ai corsi di formazione e aggiornamento, in gran parte finanziati con il Fondo Nazionale di Intervento per la lotta alla droga, presupposto importante per il lavoro comune;
- la crescente capacità da parte dei Servizi di riparametrare le prestazioni in base alle mutate esigenze dell'utenza (ad esempio nuove strategie per la riduzione del danno);
- la progressiva adozione da parte dei Ser.T., dotati di attrezzature informatiche, della cartella regionale computerizzata per i tossicodipendenti;
- la disponibilità di borse di lavoro, finanziate dal Fondo Nazionale di Intervento per la lotta alla droga, per il reinserimento lavorativo dei tossicodipendenti;
- la buona collaborazione, allo stesso fine, fra operatori del settore e OO.SS., facilitata da corsi di formazione comuni su alcol/tossicodipendenze e AIDS;
- la possibilità di contare su una più vasta gamma di strumenti, ivi comprese le strutture diurne o residenziali, in parte finanziate dal Fondo Nazionale di Intervento per la lotta alla droga, per la personalizzazione dei percorsi riabilitativi.

- Accanto a questi dati positivi, si devono registrare ancora alcuni nodi problematici:
- strategie e programmi di intervento disomogenei sul territorio regionale, sia per ragioni storiche e ambientali sia per la diversa professionalità e disonibilità degli operatori;
 - presenza di sedi e di attrezzature inadeguate al carico di lavoro e ai programmi di intervento;
 - ritardo nella realizzazione del progetto del Ministero della Sanità per la dotazione di un computer a ogni ser.T., che ha impedito l'adozione generalizzata della cartella informatizzata;
 - rischio di una ulteriore burocraticizzazione dei Ser.T., e quindi di una minore flessibilità nella organizzazione delle attività, dopo l'accorpamento delle UU.SS.LL.;
 - mancata copertura degli organici dei Ser.T., così come definiti dai provvedimenti regionali attuativi della Legge 135/90 e del D.M. 444/1990, a seguito dei blocchi delle assunzioni imposti dalla normativa straordinaria vigente e conseguente impossibilità di garantire tutte le prestazioni necessarie, soprattutto ai detenuti tossicodipendenti e/o sieropositivi;
 - difficoltà nei rapporti con gli operatori degli istituti di prevenzione e pena e con l'autorità giudiziaria per l'assistenza ai detenuti tossicodipendenti e/o sieropositivi;
 - difficoltà nel coordinare in sede locale programmi di prevenzione fra enti pubblici, privato sociale e volontariato, anche a seguito del mancato coinvolgimento delle Regioni per il finanziamento di piani coordinati e integrati dal Fondo nazionale di Intervento per la lotta alla droga.

Rete dei servizi

Al 31.12.1994 la rete dei servizi è costituita da:

- 63 Ser.T., attivati in ogni U.S.L., dipartimentalmente collegati con l'ospedale di riferimento;
- 57 gruppi di lavoro interservizi per l'alcolismo;
- 13 reparti di malattie infettive;
- 78 comunità per tossicodipendenti, registrate temporaneamente ai sensi dell'art.116 del D.P.R. 309/90;
- 6 comunità per malati di AIDS.

Infine, si rappresenta che nel 1994 sono stati trattati presso i ser.T. della Regione, 9.961 maschi e 2.081 femmine, per un totale complessivo di 12.042 unità.

Regione Liguria

L'Ufficio Salute Mentale Tossicodipendenze dell'Assessorato alla Sanità della Regione Liguria sta procedendo alla revisione della L.R. 12/3/84 n.14 e successive modificazioni ed integrazioni. "Interventi sociali e sanitari per la prevenzione delle tossicodipendenze e per il trattamento dei soggetti che fanno uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope (norme vigenti)" e che il Consiglio Regionale della Liguria ha approvato, in data 7/2/95, con propria deliberazione n.16, il Piano Triennale Regionale per le tossicodipendenze 1995/1997.

I punti principali del Piano di cui sopra sono i seguenti:

- piena attuazione dei Ser.T. (è intenzione della Regione Liguria pervenire entro il 1997 al completamento dell'organico dei Ser.T. e a dare ad essi le sedi e le strutture necessarie per lo svolgimento delle loro funzioni; essi devono assicurare in ogni caso la disponibilità dei principali trattamenti di carattere psicologico, socio-riabilitativo e medico-farmacologico);

- istituzione del Servizio Alcolologico territoriale regionale (nella Regione Liguria non esiste alcuna sede di trattamento specialistico e specifico dei problemi alcol-correlati, finalizzata a trattare specialisticamente l'alcolismo inteso come dipendenza, è pertanto necessaria l'istituzione di una struttura ambulatoriale gestita dal servizio pubblico e aperta agli apporti del volontariato specifico e che potrà essere realizzata attraverso un adeguato potenziamento dell'organico dei Ser.T., protagonisti naturali di tale lavoro);

- funzioni sociali del Ser.T. (è necessario che i Ser.T. sviluppino una attività integrata di tipo socio-assistenziale e socio riabilitativo, accanto alle altre forme di attività e di intervento, anche in considerazione del fatto che la legislazione vigente prevede l'istituzione del polo sociale all'interno del Ser.T.);

- formazione del personale (l'investimento formativo è l'unico attuabile per migliorare il servizio prestato dai Ser.T., mentre in altre strutture gli investimenti, oltre che formativi, sono di tipo strumentale-tecnologico);

- inserimento lavorativo dei tossicodipendenti (deve essere previsto un livello di scambio-dialogo con i Servizi delle Politiche attive del lavoro dell'Assistenza sociale provinciale, nonché con gli Ambito territoriali di riferimento per realizzare progetti individualizzati di inserimento al lavoro dei tossicodipendenti).

Regione Lombardia

Aspetti giuridico - legislativi ed organizzativi e relativi problemi aperti

L'attività del sistema regionale dei servizi preposti all'intervento nelle aree della tossicodipendenza in Lombardia nell'attuale fase di transizione è chiamata a misurarsi su alcuni temi di fondo i cui contorni possono sintetizzarsi così come segue.

1. Individuazione dell'effettivo grado di compatibilità delle norme che presiedono l'intervento curativo, riabilitativo e di reinserimento sociale a favore dei tossicodipendenti hanno modificato in profondità l'intero sistema dei servizi ordinato alla tutela della salute del cittadino.

Ci si interroga quale significato attribuire alle disposizioni contenute nel D.M. 444/90 relativamente alla previsione di un organico dei Ser.T., definito nella sua composizione e nelle sue funzioni, atteso che, con i citati Decreti di riordino del SSN, l'organico cui è necessario riferirsi è sempre e solo l'organico dell'Azienda USSSL e che appartiene al Direttore Generale attribuire ai singoli servizi il personale necessario, in numero e professionalità, in ragione delle effettive esigenze del territorio, delle conseguenti priorità e del budget a sua disposizione.

Ci si interroga ancora come conciliare la previsione di un unico Ser.T. per Azienda USSSL e diversa dimensione assunta dalle aziende a seguito dei citati Decreti di riordino, con conseguente necessità di individuare corrette modalità di mantenere l'attività del Ser.T. prossima alla gente, quindi nei Distretti, senza disperdere l'unitarietà del Servizio e la sua capacità operativa pluriprofessionale e dipartimentale.

Ci si chiede quali esiti conseguano dalle disposizioni contenute nei Decreti citati per cui l'operatività dei singoli servizi si regge su basi finanziarie organizzate per centri di costo, con prestazioni puntualmente tariffate, quindi escludenti inveterate prassi di ripianamento, a fronte di disposizioni quali quelle contenute nel D.M. 19 febbraio 1993 e successivi aggiornamenti, che ancora prevede per le strutture degli enti ausiliari eroganti attività riabilitative rette omnicomprensive a tali indicazioni del tutto estranee.

Ci si chiede, infine, come si possa garantire la necessaria tutela di soggetti deboli, quali sono i tossicodipendenti e le disposizioni conseguenti al D.P.R. 171/93 che di fatto consentono il benché minimo controllo sull'accesso e l'uso di farmaci sostitutivi delle sostanze stupefacenti e psicotrope, fatto salvo per quei soggetti che a tali controlli sono disponibili, accedendo ai servizi deputati allo scopo.

2. Ridefinizione del sistema regionale dei servizi per le tossicodipendenze nel più vasto contesto del sistema socio - sanitario regionale riorganizzato a seguito dei Decreti di riordino del Servizio Sanitario Nazionale.

La Regione, con L.C.R. 0223 dell'8 febbraio 1995, ha provveduto al riordino dell'intero sistema dei servizi socio - sanitari regionali. Il provvedimento è attualmente all'approvazione del Commissario di governo, a seguito sua approvazione, che si auspica sollecita, conseguono la serie di atti amministrativi che renderanno operative le disposizioni di legge.

Entra in tale contesto l'aggiornamento dell'attuale legge regionale che disciplina in modo specifico il sistema regionale dei servizi per le tossicodipendenze, ormai del tutto obsoleta rispetto al mutato quadro normativo, ed il Progetto Obiettivo Tossicodipendenze, rispetto ai quali si intende procedere solo a seguito emanazione della citata legge di riordino dei servizi socio - sanitari regionali.

3. Recepimento e messa a regime del D.M. 19 febbraio 1993 e successivi aggiornamenti del mutato quadro normativo di riferimento.

Il recepimento acritico del citato D.M. 93 avrebbe, per le disposizioni in esso contenute, messo in grave crisi il sistema regionale di intervento nel settore, che ha nelle comunità terapeutiche, gestite dagli enti ausiliari, un interlocutore autorevole ed apprezzato. Le ragioni sono evidenti qualora si consideri il tasso di incidenza negli anni del fenomeno tossicodipendenza in Lombardia, la sua storia ormai remota, l'iniziativa in tal sede assunta dalla solidarietà sociale, cui solo a seguito ha dato voce l'istituzione pubblica.

L'esigenza di intervenire in termini di giustizia sostanziale nel settore, salvaguardando e tutelando livelli qualitativi dell'intervento, la specificità dell'esperienza lombarda, il tutto nel citato mutato quadro normativo di riferimento, hanno indotto la Regione ad approfondire il tema.

Da mesi una Commissione tecnica lavora sul tema ed i suoi esiti, attesi per la fine del corrente anno, andranno ad informare di sé i provvedimenti di cui al punto 2).

4. Recepimento dell'Atto d'Intesa Regioni - Ministero di Grazia e Giustizia per la cura e la riabilitazione dei tossicodipendenti e alcolodipendenti sottoposti a misure privative e limitative della libertà personale.

Emergono dai provvedimenti regionali e locali attuativi dell'Atto d'Intesa aspetti ancora giuridicamente indefiniti, che la Regione, con gli interlocutori interessati (Procura presso la Pretura) è impegnata a risolvere, nonché aspetti problematici in determinate aree o per problemi specifici che chiedono di essere risolti nel rispetto delle indicazioni contenute nell'atto d'Intesa. Soprattutto si

pongono problemi su come conciliare disposizioni legislative che insieme impongono il blocco degli organici delle Aziende USSL, la mobilità del personale sanitario in esubero delle Aziende USSL a seguito indirizzo del sistema socio - sanitario regionale dei servizi, l'espansione degli interventi a carico delle Aziende USSL nell'area penale, il tutto in una fase di profonda trasformazione del sistema regionale dei servizi socio - sanitari.

Progetto formazione degli operatori dei servizi pubblici e del privato sociale nell'area delle tossicodipendenze ex art. 127 D.P.R. 309/90

L'attività di formazione integrata per gli operatori dei Servizi pubblici e del privato sociale in Lombardia è stata attuata nel corso del 1994 nel segno di una sostanziale continuità con il recente passato, sviluppando i temi centrali attraverso cui si realizza la prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale degli stati di tossicodipendenza. Nel merito, tale impostazione è rappresentata dall'iniziativa di formazione - intervento sul tema "community-care e servizi pubblici per le tossicodipendenze" in quanto essenziale presupposto per la realizzazione di un autentico sistema di intervento a rete nel settore, in grado di attivare le note formali ed informali che esprimono la comunità locale, orientandola alla lotta alla droga in tutte le sue espressioni, alla presa in carico dei tossicodipendenti ed al loro recupero e integrazione sociale.

Tale attività è stata consentita mediante l'utilizzo dei finanziamenti ex art. 127 del D.P.R. 309/90 previsti per l'anno 1992 nell'ambito del progetto formativo agli stessi correlato, che per il passato aveva consentito l'avvio di 28 corsi per un totale di n. 796 partecipanti.

Nel 1994 sono stati conclusi n. 3 corsi, che hanno interessato n. 73 partecipanti, avviati nell'anno 1993.

Progetto prevenzione delle tossicodipendenze ex art. 127 D.P.R. n. 309.90

Si è effettuata una ricognizione "a tutto campo" sulle azioni messe in atto sia a livello locale che sovrazonale individuando, quali finalità, quelle di:

- offrire un quadro delle iniziative in atto su tutto il territorio regionale (come base informativa);
- delineare le condizioni operative che li caratterizzano;
- identificare nodi e questioni aperti.

Lo strumento di rilevazione individuato è il questionario. Esso è risultato articolato in due parti fondamentali, ovvero il livello istituzionale e quello operativo.

La ricognizione estesa a tutta l'area regionale ha consentito di raccogliere n. 22 questionari articolati su un territorio regionale corrispondente alla provincia di Brescia, Mantova, Bergamo, Como, Varese, nonché Milano:

Le attività prioritariamente registrate riguardano l'ambito scolastico, l'ambito territoriale per informazione finalizzate, l'ambito educativo inteso come l'espletamento del ruolo genitoriale, l'ambito aggregativo e di animazione mirata ed, infine, l'ambito di coordinamento.

A questo proposito è interessante il passaggio che va via via consolidandosi da un'ottica di intervento sul sintomo ad una rete educativa e di sostegno.

I destinatari vengono infatti individuati nei: giovani / adolescenti (nella scuola, nella strada, nei gruppi locali), educatori (insegnanti, educatori di centri e gruppi locali).

Le condizioni operative necessarie si indicano nella:

- partecipazione e coinvolgimento attraverso lo strumento del coordinamento;
- il superamento di una visione settoriale sia nella fase programmatica che in quella più specificatamente gestionale attraverso l'individuazione di metodologie il più possibile uniformi;
- la definizione del tempo intesa quale garanzia al superamento di iniziative sporadiche nonché di continuità.

L'importanza data alla "rete di rapporti" tra enti e servizi diversi che operano su di uno stesso territorio, quale obiettivo primario e/o secondario è estremamente significativo, poiché l'ottimizzazione della funzione preventiva passa proprio attraverso il miglioramento della qualità dei processi di scambio che in esso e attraverso essa si realizzano.

All'interno di questo quadro il Servizio per le tossicodipendenze assume un ruolo di consulenza, di collaborazione e/o di integrazione o più specificatamente di realizzazione all'interno del progetto e la prevenzione viene così a collocarsi in una strategia più ampia, con tutte le difficoltà e la ricchezza che questa strutturazione può comportare.

Se dunque da una parte si conferma la presenza di disfunzionalità generate dall'assenza di un preciso modello di riferimento metodologico e soprattutto di un contesto normativo entro cui iscriverle le attività progettuali stesse, designare, quale preconditione necessaria al reale sviluppo di un progetto, la funzione di coordinamento appare un segnale importante.

La funzione preventiva nel Ser.T. diviene così complementare all'attività più propriamente clinica che esso svolge.

Il consolidamento della rete progettuale viene così ad essere assunto quale strumento da potenziarsi indispensabile per integrare le iniziative e fornire una reale e possibile applicazione nel territorio, sia per la rispondenza alle esigenze informative che al supporto metodologico.

Regione Veneto

Presso i 36 Ser.T., in fase di riassetto per effetto dei provvedimenti di riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale di cui alle LL.RR. nn. 55 e 56 del 14 settembre 1994, sono attualmente in carico circa 9000 utenti complessivi.

Nell'Albo Regionale di cui all'art. 116 del D.P.R. n. 309/90, sono iscritti 26 Enti ausiliari ripartiti nelle seguenti categorie:

- A) n. 16, Comunità accoglienza;
- B) n. 9, Comunità terapeutiche;
- C) n. 1, Comunità terapeutiche specialistiche.

Gli utenti ammontano a complessive 1490 unità, delle quali 1100 inserite in Comunità locali e 390 in Strutture fuori regione. La spesa per le rette si aggira attorno a L. 26.500.000.000.

Le sopra citate Strutture pubbliche e private sono state sottoposte ad un'intensa attività regionale di indirizzo, vigilanza e controllo.

L'evolversi della situazione, connessa al cambiamento della tipologia del tossicodipendente e alle nuove strategie di intervento (es. riduzione del danno), sta favorendo la crescita del dibattito in materia come stanno a dimostrare la realizzazione del Convegno internazionale "Oltre la riduzione del danno", promosso dall'Assessorato alle Politiche Sociali con D.G.R. n. 5706 del 29.11.1994, che si è svolto a Venezia il 16 e 17 febbraio u.s., nonché le nuove disposizioni, per l'area della tossicodipendenza e dell'alcolismo, introdotte dalla L.R. n. 56 del 14 settembre 1994 e dal "Piano Socio - Sanitario per il triennio 1995/1997" che sarà quanto prima discusso dal Consiglio Regionale.

Uno degli aspetti giuridico - legislativi ed organizzativi più significativi, in corso d'esame da parte degli Organi legislativi regionali, concerne l'istituzione del Dipartimento delle Dipendenze presso le UU.SS.LL. del Veneto.

Nell'esercizio in considerazione sono stati emanati i seguenti atti di indirizzo: "Progetto Alcolologico Veneto", approvato con D.G.R. 30 agosto 1994, n. 3980, in attuazione del Decreto 3 agosto 1993 del Ministero della Sanità "Linee di indirizzo per la prevenzione, la cura, il reinserimento sociale e il rilevamento epidemiologico in materia di alcolodipendenza", nonché la Circolare n. 6, prot. n. 523/20720, del 02.02.1995, autorizzata con D.G.R. n. 6859 del 28.12.1994, "Disposizioni attuative della Circolare 30 settembre 1994, n. 20 del Ministero

della Sanità, linee guida per il trattamento della dipendenza da oppiacei con farmaci sostitutivi”.

Sono stati inoltre attuati i seguenti progetti regionali:

- 1) “Interventi con operatori di strada”, D.G.R. n. 1534 del 12.04.1994;
- 2) “Valutazione dei risultati dei Ser.T. e delle Comunità Terapeutiche”, D.G.R. n. 2141 del 18.05.1994;
- 3) “Lavoro ai detenuti (tossicodipendenti e non)”, D.G.R. n. 5588 del 22.11.1994;
- 4) “Strutture penitenziarie a custodia attenuata per tossicodipendenti”, D.G.R. n. 5591 del 22.11.1994.

Sono stati infine attivati i seguenti interventi formativi, finanziati dal Fondo Nazionale Antidroga ai sensi dell’art. 127 del D.P.R. n. 309/90 e successive modifiche ed integrazioni.

- A) Corsi di formazione per Assistenti Sociali
- B) Corso di formazione per medici
- C) Corso di formazione per psicologi
- D) Corso di formazione sulla rilevazione dei dati
- E) Corso di formazione sul lavoro di rete nella comunità locale per operatori dei Ser.T. e volontari
- F) Corso di formazione per operatori di comunità terapeutiche pubbliche e private
- G) Corso di formazione per operatori di prevenzione
- H) Corsi provinciali di formazione per il personale dei centri di informazione e consulenza
- I) Corso di formazione per operatori di strada
- L) Corso di formazione per psicologi dei Ser.T. e delle Comunità terapeutiche
- M) Corso di formazione per medici, infermieri, assistenti sociali dei Ser.T. finalizzato all’acquisizione di abilità e conoscenza per la costruzione di programmi di prevenzione dell’HIV
- N) Corso di formazione per psicologi dei Ser.T., delle Comunità terapeutiche e delle Carceri sulla gestione della sieropositività in soggetti tossicodipendenti

Uno dei principali ostacoli all’esercizio delle funzioni di prevenzione e di intervento contro l’uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, attribuite alle Regioni dall’art. 113 del D.P.R. n. 309/90, è il mancato raccordo tra le competenze esercitate dai Ministeri e dalle Istituzioni locali, soprattutto in ordine alla gestione del “Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga” che non prevede alcun momento di coordinamento, preventivo e a livello

territoriale, tra tutti i soggetti, pubblici e privati, che possono concorrere alle assegnazioni statali di cui trattasi, fatto salvo quanto recentemente introdotto dal D.L. 18 novembre 1994, n. 633, art. 4, così come reiterato dal D.L. 16 gennaio 1995, n. 19.

Regione Friuli Venezia Giulia

Nei quattro anni presi in considerazione si assiste ad un progressivo aumento dell'utenza dei Ser.T., questo fatto è dovuto sia all'aumento della popolazione dei tossicodipendenti sia alla capacità di ritenzione dell'utenza da parte dei servizi stessi.

Se analizziamo l'andamento vediamo che tra il 1991 e il 1992 l'aumento è stato del 2,1%, tra il 1992 e il 1993 del 17% e tra il 1993 e il 1994 del 16%; quindi dal 1992 l'aumento è costante, aumento che è dato essenzialmente dagli utenti nuovi che afferiscono ai servizi.

Conseguentemente la popolazione afflitta ai Ser.T. invecchia progressivamente e per certi versi si cronicizza.

Analizzando l'utenza del 1994 si nota che il numero delle persone che si sono rivolte ai Ser.T. è molto grande, ma non tutte sono state prese in carico, cioè è stato fatto un programma terapeutico specifico, infatti le persone non prese in carico sono 369 pari al 14% dell'utenza totale.

Di seguito si presenta la tabella delle fasce di età suddivise per maschi e per femmine, i dati sono espressi in forma percentuale per rendere omogenea la distribuzione poiché il numero assoluto delle femmine è molto minore rispetto a quello dei maschi (571 femmine e 2028 maschi), quindi i maschi sono il 78% e le femmine il 22%.

Brevemente altre caratteristiche: i disoccupati e gli occupati saltuariamente sono il 57%, il 33% sono occupati stabilmente, la maggior parte è celibe e non hanno una scolarità molto alta, infatti, la scolarità prevalente è quella media inferiore.

La sostanza di abuso è quasi esclusivamente l'eroina che copre il 90% delle sostanze usate in modo prioritario, seguono i cannabinoidi e la cocaina; non si sono ancora rilevati utenti che usano anfetamine modificate.

Questo molto sommariamente sull'utenza, di seguito viene fornita una tabella sulle attività svolte dal servizio direttamente sull'utenza, quindi sono escluse tutte le attività preventive, organizzative e gestionali del servizio.

Complessivamente sono state svolte 205.894 attività sull'utenza che sono così suddivise:

Somministrazione metadone	86.222
Attività farmacologiche	24.511
Attività sanitarie	43.723
Attività psicologiche	36.415
Attività riabilitative	7.458
Attività socio riabilitative	7.565

Quando si parla di metadone si intende sia le somministrazioni effettuate per un breve periodo sia quelle a mantenimento per periodi oltre i 60 gg.

Nelle attività farmacologiche sono comprese sia le somministrazioni di clonidina e psicofarmaci ma soprattutto quelle di Natrelzone come antagonista dell'eroina che sono la parte preponderante delle somministrazioni farmacologiche.

Le attività psicologiche sono comprensive sia dei colloqui strutturati che di quelli non strutturati. Per attività riabilitative e socio riabilitative si intendono tutte quelle attività connesse sia alle borse di lavoro e agli inserimenti lavorativi, come tutta quella fetta di attività che prevedono contatti con altri enti assistenziali e le strutture giudiziarie.

Le attività sanitarie in senso lato coprono il 74% di tutte le attività, sarebbe fuorviante pensare che i Ser.T. della Regione Friuli Venezia Giulia siano prevalentemente orientati su attività di tipo sanitario, in realtà le varie attività si intersecano e un utente difficilmente riceve un solo tipo di attività.

Per rendere più chiaro questo ragionamento è stato elaborato un modello di analisi che partendo dalle attività grezze le raggruppa in nove "percorsi terapeutici" che riassumono, percentualmente per utente, i vari trattamenti che ricevono.

I percorsi individuati sono i seguenti.

- 1) Non interventi, si intendono tutte quelle attività senza un programma, in genere estemporanee;
- 2) Interventi sanitari, interventi di tipo medico come somministrazione farmaci, ma non metadone, prelievi, ecc.
- 3) Interventi a metadone, qui si intendono le esclusive somministrazioni di metadone;

- 4) Psicoterapia con metadone, dove si intende che la somministrazione di metadone è accompagnata da interventi psicoterapici;
- 5) Interventi integrati con metadone, dove le attività svolte sono di tipo sanitario, psicologico, riabilitativo con somministrazione del farmaco sostitutivo;
- 6) Interventi integrati senza metadone, dove si intendono le stesse attività del punto precedente ma senza somministrazione di farmaci sostitutivi;
- 7) Psicoterapia con riabilitazione, dove le attività psicoterapeutiche sono accompagnate da interventi di tipo riabilitativo;
- 8) Interventi socio riabilitativi con supporti sanitari, dove le attività sociali e riabilitative hanno un supporto di tipo sanitario come spiegato nel punto 2;
- 9) Interventi socio riabilitativi con metadone, dove al posto dei supporti sanitari ci sono le somministrazioni di metadone.

Di seguito si dà una tabella del numero assoluto di soggetti che hanno avuto i vari percorsi terapeutici, poi ci sarà una tabella che mostrerà in percentuale la tabella precedente.

Distribuzione di utenti in numero assoluto nei vari percorsi terapeutici

Non interventi	57
Interventi sanitari	131
Interventi a metadone	83
Psicoterapia con metadone	575
Interventi integrati con metadone	444
Interventi integrati senza metadone	865
Psicoterapia con riabilitazione	387
Socio riabilitativo con supporto sanitario	46
Socio riabilitativo con metadone	11

Come si può agevolmente notare gli utenti fanno percorsi terapeutici molto diversi da quanto l'esposizione del numero delle attività poteva far vedere.

Infatti, le frequenze maggiori le troviamo nel percorso integrato senza farmaci sostitutivi e nella psicoterapia con metadone, mentre i soggetti che hanno solo somministrazione di metadone sono molto pochi.

Il 56% degli utenti fa delle attività senza supporti di farmaci sostitutivi, solo il 3% prende esclusivamente metadone, mentre gli altri fanno parecchie attività oltre a prendere il farmaco sostitutivo.

E' stata presa in considerazione un'altra variabile che è quella del tempo di permanenza al servizio di un utente.

Nella tabella sottostante sono indicati in numero assoluto gli utenti suddivisi per il tempo di permanenza al servizio.

Come si può vedere la maggioranza dei tossicodipendenti sta al servizio per un tempo superiore ai sei mesi, questo indica una buona capacità di ritenzione da parte del Ser.T. dell'utenza.

Distribuzione in numero assoluto degli utenti per durata di permanenza al servizio.

1 giorno	267
da 2 a 7	79
da 8 a 14	95
da 15 a 28	145
da 29 a 60	210
da 61 a 120	263
da 121 a 180	220
> 180	1315

Come si vede il 51% degli utenti ha un tempo di permanenza al servizio superiore ai 6 mesi, da notare che il 10% ha solo un contatto fugace con il servizio, in quanto il suo tempo di permanenza è di un giorno, questi sono gli utenti che non sono stati presi in carico o quelli, classificati come "non interventi" nei percorsi terapeutici, che hanno ricevuto delle attività estemporanee.

Nei casi sopra presentati non sono compresi gli utenti dei Ser.T. con problemi di alcol, questi sono circa 1500 e vengono trattati ambulatorialmente.

Per gli alcolisti non è possibile una quantificazione precisa poiché solo dall'inizio del 1995 è stato attivato e messo a regime un sistema di monitoraggio come quello per i tossicodipendenti.

Provincia Autonoma di Bolzano**Sintesi dell'attività dell'Ufficio provinciale competente per le tossicodipendenze**

Coordinamento di tutta l'attività dei Ser.T., in collaborazione con le USL, in particolare per:

- a) l'informatizzazione del servizio;
 - b) la definizione di protocolli operativi , a cura delle USL , per la collaborazione tra servizi pubblici e privati;
 - c) istituzione di un osservatorio epidemiologico provinciale per le tossicodipendenze ed alcologia;
 - d)avvio di corsi di formazione per operatori dei Ser.T. e delle comunità terapeutiche per tossicodipendenti;
 - e) un progetto globale di interventi sociali a favore dei tossicodipendenti;
- progetto di avvio di una nuova comunità terapeutica per tossicodipendenti in provincia di Bolzano;
 - partecipazione periodica ai gruppi interregionali, presso il Ministero della Sanità, per tutte le problematiche inerenti la tossicodipendenza (Ser.T.-comunità terapeutiche-prevenzione-collaborazione con enti e strutture pubbliche e private-protocolli operativi- normativa nazionale-ecc.);
 - elaborazione della modifica della L.P. del 7/12/78 n.69 "servizio di prevenzione, cura e riabilitazione delle forme di devianza sociale, tossicodipendenza ed alcolismo"
 - finanziamenti ad associazioni private convenzionate per la prevenzione (convegno nel settore dell'alcolismo, incontri con la popolazione e le scuole sul tema della droga, dell'alcol e delle dipendenze) e per l'assistenza ai tossicodipendenti ed alcolisti (attività psicologica ambulatoriale e cura in strutture residenziali e semiresidenziali);
 - controllo dell'efficienza ed efficacia delle strutture pubbliche e private, e valutazione tecnica dell'attività.

Dati e caratteristiche degli utenti dei Ser.T., in particolare del Ser.T. di Bolzano, U.S.L. Centro-Sud

Attualmente il Ser.T. si occupa di circa 1000 tossicodipendenti, 800 dei quali residenti nel territorio dell'USL Centro-Sud, ed altri 200 residenti nel resto del territorio provinciale.

Benché vi siano altre tre sedi del servizio (Merano, Bressanone e Brunico) alla sede di Bolzano fanno capo un po' tutte le problematiche legate alla tossicodipendenza a livello provinciale, mentre nelle altre sedi vengono trattati anche e soprattutto i casi di alcoldipendenza, un altro settore che dal 1994 rientra nelle competenze del Servizio. Di questi pazienti solamente il 10-15% è rappresentato da casi cronici con gravi problemi (carcere, sieropositività, malattie infettive) e circa 80 di questi attualmente sono senza fissa dimora, praticamente allo sbando. L'85% degli utenti del Servizio è rappresentato da persone che non corrispondono allo stereotipo del tossicomane ed anche grazie all'ampia gamma di interventi posti in essere dal Servizio sono in grado di condurre una vita pressoché normale.

L'efficacia del lavoro sinora svolto è testimoniata, in primo luogo, dal fatto che alla sede del Ser.T. si rivolge un numero di utenti da 4 a 6 volte maggiore rispetto a realtà di analoghe dimensioni. Ciò non significa naturalmente che a Bolzano ed in Alto Adige vi siano, ad esempio, più tossicodipendenti che a Verona, ma semplicemente che il Servizio è riuscito a penetrare maggiormente tra la popolazione ed a facilitare l'accesso ai pazienti, ottenendo significativi risultati per quanto riguarda la prevenzione delle malattie infettive e dell'AIDS in particolare. La percentuale di sieropositivi tra gli utenti è uno dei più bassi d'Italia (10-11%) mentre in altre città si registrano percentuali che raggiungono il 50%. Nel 1994 tra gli 800 pazienti residenti nell'USL Centro-Sud non si sono registrati nuovi casi di sieropositività rispetto al 1993.

Evoluzione del fenomeno

Dal 1978, anno di fondazione del CMAS (oggi Ser.T.) al 1994 i pazienti del Ser.T. sono passati da 300 a 1000 unità ed attualmente si assiste, come nel resto d'Italia, ad una "stabilizzazione tendente al calo" del numero di tossicodipendenti. Nel complesso va registrato un aumento dell'età media e dei casi nei quali si riscontrano dei problemi di carattere

psichiatrico. A fronte di una minore diffusione dell'eroina si registra una maggiore penetrazione sul mercato locale di sostanze eccitanti come la cocaina e le droghe amfetamino-simili.

Si riducono quindi le sindromi da dipendenza da oppiacei, le crisi da astinenza ed aumenta la "politossicodipendenza" con l'assunzione di eccitanti, alcolici ed amfetamine. Nella fascia giovanile, con prevalenza della popolazione studentesca, si registra un uso maggiore di sostanze amfetamino-simili; la cocaina viene utilizzata con maggiore frequenza dagli adulti, generalmente con un buon inserimento sociale e reddito. In entrambi i casi gli operatori registrano un abuso non continuativo, spesso limitato ai fine settimana, senza l'insorgenza di sindromi da dipendenza conclamata. L'abuso di benzodiazepine e di alcolici, spesso concomitante, è invece appannaggio delle fasce giovanili che hanno abbandonato la scuola e trovano difficoltà di inserimento nel mondo del lavoro. Appartengono a questa categoria i rari nuovi assuntori di oppiacei. Le classi di età maggiormente rappresentate tra gli utenti sono quelle dai 25 ai 29 anni con 239 pazienti pari al 34% del totale, dai 20 ai 24 anni con 170 pazienti pari al 24% e dai 30 ai 34 con 154 pazienti pari al 21%. I pazienti compresi tra i 20 ed i 34 anni rappresentano l'80% di tutti i tossicodipendenti in contatto con i Ser.T..

Per quanto riguarda le comunità terapeutiche, dal 1978 ad oggi circa 700 utenti sono stati ospitati in comunità terapeutiche ed attualmente ve ne sono circa 200. Circa il 15-20% dei pazienti inseriti in comunità completano il progetto terapeutico, tale percentuale aumenta al 50% per la comunità terapeutica ubicata nella provincia di Bolzano, che attua il progetto Uomo-Ceis. Le percentuali di abbandono entro il 1° anno di trattamento sono del 50-55% per le comunità e del 30% per la comunità della provincia di Bolzano. L'età media dei pazienti inseriti in programmi socio-riabilitativi in comunità terapeutica si aggira sui 25-30 anni.

Considerazioni finali

Vi sono attualmente due settori che richiedono interventi urgenti, la creazione di associazioni e cooperative private per il recupero sociale ed il sostegno ai tossicodipendenti ed il potenziamento del personale che opera nei Ser.T.. Non si può pensare di risolvere il problema delle tossicodipendenze solamente con interventi di carattere sanitario. E' quindi necessaria una maggiore presenza di iniziative private, magari sostenute dall'intervento pubblico.

Provincia Autonoma di Trento

Il fenomeno tossicodipendenza nella Provincia Autonoma di Trento, se osservato nel breve periodo, non ha presentato mutazioni di rilievo, pur tuttavia una lettura in senso diacronico e comparativo nel medio-lungo periodo permette alcune osservazioni di carattere generale.

Anzitutto se si guarda l'andamento numerico dei nuovi casi registrati per anno dall'osservatorio epidemiologico del Servizio Tossicodipendenze nell'ultimo decennio si registra una sinusoide con picchi da 30 casi in un anno, a 120.

Va fatto subito notare come certe tendenze di questo fenomeno, legate al breve periodo, secondo variabili riferite ad esempio ai nuovi casi, alla differenza fra maschi e femmine, alla dislocazione ed espansione geografica, non siano mai stabili e soprattutto lineari, proprio perché soggette a flussi e riflussi. Nel bene e nel male ciò sta a significare che tale fenomeno, ormai non più esclusivamente giovanile dato l'inevitabile e costante invecchiamento della popolazione tossicomana, è comunque fortemente influenzabile, almeno nel breve periodo, da fattori esterni, sia di carattere socio culturale, che legislativo o anche di ordine pubblico.

La ricorrente proposta di politiche e relativi messaggi pubblicitari così fortemente contraddittori e oscillanti tra proibizionismo e antiproibizionismo, con sempre alterne e incerte vicende, l'offerta di percorsi riabilitativi faticosi, ma significativi e per contro interventi farmacologici non integrati, prospettati sulla scelta di mera valutazione dei costi, può facilitare nel contesto sociale una acquiescente confusione e, nel fenomeno, una fluttuazione.

Tutto ciò ovviamente correlato ad un contesto sociale in cui il confine tra la condizione adolescenziale e quella giovanile è sempre più labile creando, rispetto ai percorsi individuali più svantaggiati, sia per bisogni strutturali che di tipo più direttamente relazionale e ambientale, facili slittamenti verso soluzioni magiche e illusorie perpetuando un fenomeno che resta ancora piuttosto sostenuto.

Lo stereotipo collettivo rispetto al problema sembra entrato in un clima di acquiescenza, di passiva accettazione e tolleranza, di forte estraneità permettendo di fatto nei giovani e adolescenti una disponibilità psicologica a considerare accettabile tale comportamento, a considerare il fenomeno sempre come fatto privato, non mettendone in luce la rilevanza sociale.

Gli esempi venuti pesantemente alla attenzione pubblica in questi anni recentissimi, di doppia moralità nelle istituzioni e in una parte non marginale di ufficiali rappresentanti delle stesse, hanno creato nei giovani, al di là dello sconcerto, una scarsa immagine del valore delle istituzioni stesse e di chi le presiede. Permane complessivamente una fiducia mediamente bassa verso lo Stato e le sue Istituzioni.

Considerato che l'autorità è l'elemento strutturante della personalità adulta e sociale del giovane, quando essa viene a mancare o fallire, nella famiglia, come nelle istituzioni, provoca effetti devastanti. Ciò spiega anche, in parte, la persistenza di un nucleo adolescenziale in molti giovani che non evolve e che facilmente li porta a percepire e pensare sempre e comunque reversibili i percorsi esistenziali. A facilitare una fragile capacità di analisi della realtà e, in essa, dei propri progetti futuri.

Va anche rilevata una scarsissima conoscenza dei termini legislativi circa il problema dell'uso e abuso di sostanze stupefacenti e/o psicotrope.

Tutto ciò permette una tendenza ad accettare come normale, ancorché transitorio l'uso di droghe. Basti pensare all'uso di extasis nelle discoteche da parte di taluni. Facilita inoltre l'esistenza di una fascia di assuntori di oppiacei e/o cocaina che, persi totalmente i caratteri classici della tossicomania giovanile tradizionale, riescono, e talora per lunghi anni, a rendere compatibile l'uso pur non quotidiano di sostanze stupefacenti, soprattutto cocaina, con una vita "normale" di lavoro, di rapporti sociali, etc. .

Tale uso talora rientra, talaltro sfocia, negli anni, in una esplicita tossicodipendenza. Anche in tale ottica vanno visti i casi, non infrequenti oggi, di soggetti che si rivolgono, per la prima volta, al Servizio in un'età anagrafica del tutto inconsueta e, alle volte, abbondantemente sopra i 30 anni.

A fronte di tutto ciò è possibile ritenere che la tendenza in atto alla medicalizzazione del problema legata ad una perniciosa illusione del gratuito in funzione di ottiche di intervento fortemente influenzate da analisi di solo costo, non permetterà un sensibile miglioramento della situazione nel medio-lungo periodo.

Andamento del fenomeno

Le segnalazioni pervenute nel 1994 ai sensi del D.P.R. 309/90 sono state 189. Di queste 147 (77,8%) si riferiscono a maschi, 42 (22,2%) a femmine. Il 62,9% dei soggetti segnalati risultano assuntori di eroina, il 35,3% di cannabici e l'1,8% di cocaina e/o anfetamine.

L'età media degli assuntori di cannabinici segnalati è risultata pari a 23,3 anni, degli assuntori di oppiacei invece di 27,3 anni.

Decessi

Nei 12 mesi in esame si sono avuti 25 decessi così distribuiti: 22 maschi (88%) e 3 femmine (12%). Le cause del decesso sono dovute:

- 14 per AIDS
- 9 per overdose
- 1 suicidio
- 1 incidente stradale.

Anche qui si nota un aumento pesante dei decessi, da 11 a 25. E' fisiologico l'aumento dei casi riferiti all'AIDS tenuto conto del trend evolutivo della patologia HIV correlata, con un raddoppio dei casi. E' più problematico l'aumento dei morti per sovradosaggio, anch'essi raddoppiati.

Se osserviamo tuttavia l'età dei singoli casi, 35 anni per la persona di sesso femminile e 31,1 per i maschi è possibile pensare che molti sovradosaggi in soggetti esperti da anni nell'uso di stupefacenti, abbiano coscientemente o meno, una matrice di tipo suicidario. Ciò a fronte di situazioni personali HIV correlate o a percorsi tossicomani vissuti come irreversibili.

Utenza Ser.T.

Nel 1994 si sono presentati al Servizio Tossicodipendenze 500 pazienti. Di questi 386 maschi (77,2%) e 114 femmine (22,8%).

L'età media, come dato costante degli ultimi anni, è in leggero aumento rispetto allo scorso periodo (+ 0,3%) ed è risultata di 29,5 anni.

I nuovi casi registrati sono 100 di cui 74 maschi e 26 femmine. L'età media è risultata di 27,2 anni con l'1,1% in più rispetto al periodo precedente.

Da uno studio sintetico risulta che il 6% degli utenti ha un titolo di scuola elementare, il 55% posseggono il titolo di scuola dell'obbligo, il 35% hanno un diploma professionale o di scuola media superiore.

Circa la condizione occupazionale il 61% sono occupati o sotto occupati, il 39% sono disoccupati o in condizione non professionale.

Anche nel campo della tossicodipendenza, come fascia marginale, si fa più marcato ovviamente il peso di una recessione economica e occupazionale. In tal senso c'è forse una chiave di lettura dell'età media decisamente alta dei nuovi casi (27,2 anni) che, pur considerando un fisiologico periodo di latenza, dimostra come, persone di per se ormai adulte, s'impattino violentemente e tardivamente con l'illusorio senso di forza, di sfida e di facile soluzione immediata nella sostanza chimica a fronte della propria fragilità personale, della scarsa identità, dell'incapacità di prospettiva e di sopportazione dell'inevitabile conflittualità della realtà esistenziale.

Nei dodici mesi esaminati sono stati effettuati 433 trattamenti di disassuefazione, di cui 284 ambulatoriali e 149 in regime di ricovero ospedaliero.

Dall'inizio dell'attività di monitoraggio iniziata con l'insorgenza della patologia AIDS nel 1985, al 31.12.1994 sono stati sottoposti al test di screening per la ricerca degli anticorpi del virus HIV 1144 persone tossicodipendenti o con preterito stato di tossicodipendenza.

Di queste 257 (22,5%) sono risultate sieropositive e 887 (77,5%) sieronegative.

Nel periodo in esame si sono avute 22 siero conversioni e per quanto riguarda gli 89 nuovi soggetti testati si sono riscontrati 6 (6,7%) soggetti sieropositivi e 83 (93,3%) sieronegativi.

La relativa incidenza di siero conversioni e il calo percentuale sul totale, in costante anche se lenta diminuzione, parrebbe segnalare una maggiore attenzione da parte dei tossicodipendenti trentini al rischio di infezione. La media dei soggetti sieropositivi si attesta infatti a livelli più bassi di quella nazionale.

Ciò non va confuso con il dato complessivo dell'infezione da HIV in provincia, pur riferito a tossicodipendenti, là dove si annoverano anche i numerosi casi di sieropositivi ospiti di comunità terapeutiche nel territorio provinciale residenti tuttavia in altre regioni.

Il problema AIDS resta allarmante anche e soprattutto fuori dalle categorie cosiddette a rischio, e, forse, un richiamo ad una maggiore sollecitudine, ad una puntuale, corretta e mirata informazione e prevenzione, parrebbe indispensabile.

Per quanto riguarda il settore carceri, si è concretizzata tale situazione: nel periodo in esame i soggetti tossicodipendenti reclusi nella Casa Circondariale di Trento seguiti dal Sert sono stati 113 (28 femmine e 85 maschi) di cui 65 (11 femmine e 54 maschi) residenti in

Trentino e 48 (17 femmine e 31 maschi) residenti fuori provincia. Gli utenti seguiti presso la Casa Circondariale di Rovereto sono stati 51 (17 femmine, 34 maschi) di cui 20 (18 maschi, 2 femmine) residenti in Trentino e 31 (15 femmine, 16 maschi) residenti fuori provincia.

Va anche rilevato che non sempre le richieste di alternativa alla detenzione vanno a buon fine anche perché, troppo meccanicamente, tendono ad essere utilizzate, ovviamente dall'interessato, frequentemente dalla difesa, più che, come vorrebbe la legge, un'opportunità per l'attuazione di un programma riabilitativo, un grimaldello d'uscita dalla detenzione con il beneficio della sospensione pena.

Sul versante carcerario l'imminente stipula di una specifica convenzione tra il Ministero di Grazia e Giustizia e la Provincia Autonoma di Trento (Ser.T.) permetterà una presa in carico dei tossicodipendenti detenuti complessiva e costante. Ciò non potrà che migliorare, nel breve periodo, l'aiuto offerto ai singoli, ma anche alla stessa istituzione in una logica di più efficace coordinamento e in una più funzionale collaborazione con gli enti ausiliari.

Riabilitazione - Attività svolte

I programmi di riabilitazione trovano una consistente modalità di risposta oltre che nel Servizio, in strutture terapeutiche residenziali convenzionate con la Provincia.

I posti disponibili per soggetti tossicodipendenti in provincia sono oltre 120, cui si possono aggiungere quelli disponibili presso le strutture residenziali extraprovinciali convenzionate.

Nel periodo in esame i soggetti tossicodipendenti ospiti in Comunità terapeutiche sono 161. Questo dato si differenzia dall'andamento nazionale che vede un calo di ingressi in strutture residenziali. Forse la forte opportunità di tali percorsi in loco e la possibile verifica di risultati positivi favorisce una richiesta di tali percorsi terapeutici.

Nel corso del 1994 si è consolidata l'organizzazione, nella linea da sempre adottata dalla Provincia dall'insorgenza stessa del fenomeno tossicodipendenza, di un unico Ser.T. con articolazioni decentrate. Ciò ha permesso una indispensabile linea unitaria d'intervento, un'attenta rilevazione e osservazione del fenomeno, una indispensabile interazione e sinergia con ospedali e servizi non specifici, una modalità da sempre mirata su costi e benefici, efficacia ed efficienza. Nel periodo sin qui considerato, sono stati svolti i concorsi per psicologi, assistenti sociali ed educatori professionali portando in tal senso a regime il Servizio.

Si può a ragione ritenere che dal punto di vista della cura e riabilitazione si sia raggiunto un livello ottimale di risposta anche in una positiva integrazione per gli interventi residenziali tra pubblico e privato. Nell'anno in corso entreranno in vigore anche le nuove convenzioni con le Case Circondariali di Trento e Rovereto migliorando anche in questo delicatissimo e difficile settore l'offerta di aiuto. Sono decollati positivamente dentro le scuole gli interventi previsti dal DPR 309/90.

Tale decreto ha dato un fortissimo e indispensabile impulso nel campo della promozione della salute dentro la scuola permettendo una progettualità, ordinarietà e continuità insostituibili. In tal senso resta purtroppo ancora un auspicio, al di là di presenti e lodevoli disponibilità personali, uno stabile e codificato rapporto tra Scuola e Sanità.

In tal senso lo sforzo in atto tra Sovrintendenza Scolastica e Provincia (Sert) è quello di formare delle équipes multiprofessionali (docenti-sanità) territoriali permanenti.

Infine si può affermare che il campo della prevenzione meriterebbe a livello provinciale un coordinamento/osservatorio più ampio per valorizzare esperienze, stimolare sensibilità, offrire suggerimenti e permettere controlli e verifiche.

Regione Emilia Romagna

Nel 1994 l'attività dell'Assessorato regionale alla Sanità ed ai Servizi Sociali nel campo delle tossicodipendenze si è articolata principalmente nei seguenti ambiti:

Indirizzi programmatici ed operativi

L'operatività nel settore delle tossicodipendenze ha subito forti sviluppi qualitativi e quantitativi derivati dalla trasformazione del fenomeno e dall'entrata in vigore di normative nazionali e regionali, ed ha messo in rilievo la necessità di rivedere l'organizzazione complessiva dei servizi pubblici e il rapporto con il privato sociale.

In particolare la LR n. 19/94, che prevede l'istituzione delle Aziende USL e quindi la riorganizzazione del territorio, ha evidenziato la necessità di riformare in ambito regionale, gli indirizzi programmatici e le direttive sull'organizzazione dei servizi per le tossicodipendenze.

E' in via di deliberazione il relativo atto, denominato "Progetto regionale tossicodipendenza". Indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dei servizi per le tossicodipendenze (D.P.R. 309/90 e L.R. 19/94)", elaborato con il concorso dei servizi pubblici e del privato sociale, che si basa su tre elementi fondamentali quali:

- una programmazione attenta e puntuale con la individuazione ed esplicitazione degli obiettivi da perseguire evidenziando tempi, modi e strumenti;
- la verifica degli interventi e la valutazione dei risultati raggiunti sulla base degli obiettivi individuati;
- un diverso rapporto con il privato sociale tramite la costituzione di un "Sistema dei servizi, pubblici e del privato sociale" fondato sull'incontro volontario dei soggetti che, in Regione, operano nel campo delle tossicodipendenze.

Si ritiene fondamentale, per meglio affrontare il problema tossicodipendenza e per una migliore evoluzione dei servizi, distinguere tra l'attività di contrasto alla droga ed ai suoi meccanismi di diffusione e l'attività di contrasto alla tossicodipendenza; quest'ultima necessita di una normativa specifica e distinta.

Nel "Progetto" sopra citato viene formulata, nelle attuali Aziende USL, una nuova organizzazione del settore tossicodipendenze che prevede la costituzione di 13 "Dipartimenti

delle dipendenze patologiche”, di 28 “Sezioni dipartimentali” (Ser.T.) e di “Unità operative” nei distretti in cui si articola l’Azienda.

Infine sono determinate e precisate le funzioni e le aree di intervento dei servizi.

Per il 1995 gli obiettivi principali sono:

- entrata in vigore e attivazione di quanto previsto dal “Progetto regionale tossicodipendenza, Indirizzi programmatici e direttive sull’organizzazione dei servizi per le tossicodipendenze (D.P.R. 309/90 e LR 19/94)”;
- elaborazione e puntualizzazione delle modalità di verifica degli interventi e valutazione dei risultati;
- sviluppo delle strategie di “riduzione del danno” integrate nell’attività complessiva di contrasto alla tossicodipendenza.

Rapporti pubblico/privato

- emanazione della Delibera del Consiglio regionale n. 1857 del 2/2/1994 concernente “Adeguamento di requisiti e modalità per l’iscrizione all’Albo di cui all’art. 116 D.P.R. 309/90 ai sensi dell’Atto d’intesa approvato dalla Conferenza Stato-Regioni (relativo agli Enti ausiliari gestori di strutture di riabilitazione e reinserimento dei tossicodipendenti)” e relative circolari applicative:
- emanazione della Delibera di Giunta n. 2257 del 31/5/1994 concernente “Albo regionale Enti ausiliari Delibera 1857/94. Istituzione del Gruppo Tecnico regionale di valutazione della conformità delle domane di iscrizione” ed esame delle risultanze delle istruttorie effettuate dall’Azienda USL competente per territorio:
- emanazione dei decreti relativi all’iscrizione all’Albo regionale degli Enti ausiliari ai sensi della delibera n. 1857/94 sopra citata;
- rideterminazione delle rette degli Enti ausiliari della Regione Emilia-Romagna ai sensi dell’art. 10 del Decreto del Ministro della Sanità del 19/2/1993.

Per l’anno prossimo si prevede:

l’emanazione dello Schema-tipo di convenzione tra Azienda USL ed Enti ausiliari per la partecipazione al sistema dei servizi;

- la deliberazione del "Registro dei soggetti che in Regione Emilia-Romagna, senza fini di lucro, esercitano attività e gestiscono unità di offerta previste dagli artt. 114 e 115 del D.P.R. 309/90";
- il completamento dell'applicazione della delibera n. 1857/94;
- la informazione per la raccolta dei dati epidemiologici.

Formazione e Aggiornamento

Nel corso dell'anno sono state molteplici le attività di formazione, in alcuni casi con il coinvolgimento attivo di altri enti e istituzioni.

E' stata attivata una formazione di tipo specialistico, rivolta agli operatori delle diverse professionalità, o all'intera équipe.

In particolare sono stati attivati i seguenti corsi:

- a - corso di formazione biennale "La clinica delle tossicomanie. Il trattamento farmacologico", rivolto al personale medico dei Ser.T., in collaborazione con l'Università e il Servizio di Tossicologia e Farmacologia clinica di Modena;
- b - corso di formazione biennale "La clinica delle tossicomanie. La psicoterapia coi tossicomani" rivolto agli operatori Ser.T., in collaborazione con la Clinica Psichiatrica e l'Università di Modena;
- c - corso di formazione sulla tossicodipendenza, con particolare riferimento al tossicodipendente detenuto, in collaborazione con l'Amministrazione penitenziaria, rivolto agli operatori penitenziari ed agli operatori dei Ser.T.;
- d - due corsi di formazione residenziale di tre giorni ciascuno inerenti "L'articolazione dell'Osservatorio epidemiologico a livello provinciale" rivolti ai referenti degli Osservatori provinciali dei Ser.T. della regione Emilia-Romagna;
- e - due corsi di formazione residenziale di tre giorni ciascuno, di approfondimento sull'alcolismo, rivolto agli operatori Ser.T.;
- f - corso di formazione residenziale di tre giorni per i responsabili Ser.T. concernente i criteri e le metodologie della valutazione dell'attività svolta nelle varie aree di intervento dei Ser.T.;
- g - attivazione di corsi biennali di riqualificazione per educatori professionali, rivolti agli operatori delle sedi operative degli Enti ausiliari iscritti all'Albo regionale;

h - seminario in collaborazione con la Regione Veneto "Prima Giornata di confronto sulle linee politiche e programmatiche delle due amministrazioni regionali ed operative dei servizi per le tossicodipendenze" rivolto agli operatori dei Ser.T. delle due Regioni;

i - formazione e supervisione per l'intero gruppo di lavoro in ciascun Ser.T. della Regione;

Per il 1995 si prevede:

- la continuazione dei corsi di cui ai punti a, b, e, f, g, i;
- attivazione di seminari formativi sulla problematica della prevenzione scolastica ed extra-scolastica;
- sviluppo della formazione sulle tecniche e modalità di valutazione;
- approfondimenti formativi nell'area socio-educativa e sui farmaci sostitutivi;
- formazione per i responsabili Ser.T. per l'attivazione del Sistema dei servizi;
- seminari congiunti con gli operatori Ser.T. della Regione Veneto.

Ricerca

Nell'anno di riferimento è stata promossa e attuata una vasta attività di ricerca, in particolare:

- ricerca sui comportamenti sessuali dei tossicodipendenti con particolare riferimento ai rischi di trasmissione dell'infezione HIV;
- ricerca e valutazione dell'attività dei Ser.T. con particolare riferimento alla individuazione degli obiettivi e degli strumenti per raggiungerli;
- avvio della ricerca sull'assunzione di bevande alcoliche da parte di soggetti tossicodipendenti in carico al Ser.T.;
- sono state attivate forme di collaborazione con l'Ufficio regionale tossicodipendenze e i Ser.T. della regione Veneto sia per quanto riguarda le attività di formazione e aggiornamento, di individuazione dei criteri di valutazione, di studi e ricerche sul campo.

Nel corso dell'anno sono state prodotte diverse pubblicazioni, in particolare:

- il volume "La valutazione nei Ser.T. dell'Emilia-Romagna".
- relazioni ed interventi Seminario regionale "La memoria del divenire" Rimini, 10-12 maggio 1993;
- il volume "La progettazione nei Ser.T. dell'Emilia-Romagna".

- relazioni ed interventi preordinati Seminario regionale “La memoria del divenire” Rimini, 13-14 maggio 1993”;
- il volume “Storie di Ser.T. in Emilia-Romagna”. Indagine sui servizi pubblici per le tossicodipendenze dal 1975 al 1991. Edizioni Franco Angeli;
- proseguimento della pubblicazione del n. 4 e n. 5 del “Quaderno a cura del Gruppo di psicoterapia dei Ser.T.” della Regione Emilia-Romagna.

Epidemiologia

E' in corso la raccolta e l'elaborazione dei dati epidemiologici relativi all'anno 1994; non si è quindi in grado di formulare ipotesi interpretative puntuali, anche se dalle prime valutazioni si può affermare che esiste un consolidamento dell'utenza dei servizi ed una maggiore capacità di ritenzione degli stessi.

Sembra inoltre di assistere ad un progressivo innalzamento dell'età media degli utenti e ad una diminuzione degli ingressi in struttura residenziale e semiresidenziale.

Il fenomeno della tossicodipendenza nella Regione Emilia-Romagna presenta una stabilità del numero dei tossicodipendenti ed un aumento del consumo di droghe diverse dall'eroina.

Nel 1994 sono stati raccolti ed elaborati i primi dati di valutazione degli interventi, attività che verrà continuata e potenziata nel 1995, comprendente anche una valutazione sui singoli servizi. In questo stesso anno per la prima volta sono stati raccolti i dati sull'attività rivolta agli utenti alcolodipendenti.

A partire dal 1993, la Regione ha coordinato la presentazione di progetti da parte dei Ser.T. attraverso i Comuni, individuando cinque aree prioritarie:

- installazione di macchine scambia-siringhe;
- operatori di strada e animatori di territorio;
- osservatori epidemiologici;
- Centri studi e Documentazione;
- Centri di Pronta Accoglienza.

In generale si rileva un sollecito corso delle attività finanziate con il Fondo Nazionale Antidroga.

Regione Toscana

In conformità a quanto disposto dal D.M. 30 novembre 1990, n. 444, sono stati istituiti Ser.T. in tutte le UU.SS.LL. della Regione Toscana, la cui dotazione numerica e funzionale di personale è stata determinata ai sensi dell'art. 6 della L.R. 9.9.1991, n. 51.

I Ser.T. sono composti dalle seguenti figure professionali: medici, infermieri professionali, psicologi, assistenti sociali, educatori professionali, amministrativi, sociologi nelle UU.SS.LL. ed altra utenza.

Nell'ambito delle competenze previste dal D.P.R. n. 309/90 e dal D.M. n.444/90, i Ser.T. svolgono funzioni di coordinamento degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione della tossicodipendenza.

Attività svolte

- Si sono promosse attività, iniziative ed attività sperimentali per la prevenzione, mediante la creazione di équipe di "operatori di strada";
- si è promosso il reinserimento sociale e l'inserimento lavorativo;
- si è qualificato la professionalità degli operatori e le modalità di lavoro integrate per l'elaborazione del piano terapeutico individuale, attraverso il costante aggiornamento scientifico e metodologico degli operatori socio-sanitari sulle tematiche relative alle dipendenze;
- si è promosso una conoscenza costante a livello territoriale del fenomeno e del suo andamento, attraverso l'implementazione del Sottosistema informativo per rilevare dati statistici ed epidemiologici sui diversi aspetti delle dipendenze;
- si sta sviluppando la rete dei servizi pubblici a livello territoriale con la sperimentazione di modelli di carattere diurno e integrato (ex U.S.L. 17 attualmente U.S.L. 5, ex U.S.L. 14 attualmente U.S.L. 6, ex U.S.L. 10/D attualmente U.S.L. n. 10);
- si è promosso la messa a punto di programmi terapeutici individuali complessivi ed integrati, che devono coinvolgere la famiglia;
- si è garantito l'uso funzionale di tutte le risorse presenti a livello territoriale per qualificare gli interventi socio sanitari di cura, riabilitazione e reinserimento;

- per i soggetti sieropositivi o affetti da I.A.S, ARC, AIDS che vivono in nuclei familiari validi, si sono realizzati interventi di assistenza domiciliare socio - sanitaria e di sostegno psicologico sia ai pazienti che ai familiari.

Per quanto attiene i progetti posti in essere attraverso il Fondo Nazionale Antidroga, si allega l'elenco delle deliberazioni assunte dal Consiglio Regionale della Toscana, relative alle iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori del settore delle tossicodipendenze.

Peraltro, relativamente ai progetti finanziati direttamente dal Ministero agli Enti Locali Territoriali, o a privati, si deve sottolineare come, l'esclusione delle Regioni dal processo di programmazione di detti interventi, renda poi impossibile una loro corretta valutazione.

Per garantire l'efficacia complessiva degli interventi di prevenzione realizzati nel territorio è imprescindibile che le Regioni abbiano un ruolo primario di nodo della programmazione: questo risulta possibile solamente se le strategie complessive di intervento (a livello regionale) vengono indicate dalla Regione e se la verifica della corrispondenza e della congruità dei programmi degli Enti Locali e dei Privati viene effettuata dalla Regione stessa.

Lo stato della tossicodipendenza in Toscana

Continua come negli anni precedenti la crescita del fenomeno della tossicodipendenza; i dati registrati dei servizi dimostrano che il fenomeno si sta sviluppando e si sta modificando sia nella composizione sociale degli utenti sia per tipologia di droga e modalità di assunzione.

In particolare nell'ultimo periodo l'incremento degli utenti dei servizi è dovuto sia all'emergere di nuove fasce di utenza, già tossicodipendente che precedentemente non avevano avuto rapporti con i servizi sia al consolidarsi ed all'espandersi dei servizi.

Di ciò ne è testimonianza il numero degli utenti che hanno avuto contatti con i servizi nel 1993 che sono stati 8351 rispetto ai 3049 del 1989 con un aumento di quasi tre volte nel quinquennio in esame.

Da tenere presente che nel numero degli utenti tossicodipendenti sono considerati anche i detenuti che sono seguiti dai servizi territoriali delle UU.SS.LL., nelle quali sono ubicate le strutture penitenziarie; il dato dei detenuti tossicodipendenti del 1993 è stato di 1073.

In relazione alle azioni di piano è importante conoscere l'evoluzione del fenomeno in tempi ravvicinati ed in questo senso diventa necessario approfondire le caratteristiche sociali,

psicologiche e sanitarie dei nuovi utenti, cioè di coloro che hanno avuto un primo contatto con i servizi.

Questi sono stati nel 1993: 2410 rispetto ai 950 del 1989 mantenendo comunque lo stesso rapporto proporzionale, circa il 30%, sull'insieme dell'utenza complessiva gestita dei servizi; a livello infraregionale si evidenzia un significativo aumento dell'incidenza della nuova utenza per le U.S.L. del Valdarno, della Val Tiberina, delle colline di Albegna e della Lunigiana.

In ordine alle variabili demografiche si rileva che l'età dei nuovi utenti è sostanzialmente invariata; le tre classi centrali di quelle in esame (20-24, 25-29, 30-34 anni) continuano a rappresentare circa l'80% del totale degli utenti.

Per quanto riguarda la variabile del sesso i dati registrano una situazione analoga a quella degli anni precedenti con poco più del 20% dell'utenza di sesso femminile con lievi scarti fra le varie UU.SS.LL., non considerando i dati della popolazione carceraria che accentua drasticamente le proporzioni fra i due sessi.

Rimane comunque una lieve differenza con i valori di composizione nazionali dove invece i rapporti percentuali fra i due sessi sono 16% per l'utenza femminile e 84% per l'utenza maschile.

Rispetto al tipo di droga assunta i dati rilevati indicano che nel 1993 l'utenza che si è presentata ai servizi assumeva nel 90% dei casi eroina.

Anche questo dato messo a raffronto con l'analogo dato del 1989 conferma una sostanziale stabilità sul tipo di droga assunta. Il restante 10% assume vari tipi di droghe in modo saltuario.

La situazione è analoga a quella nazionale dove la sostanza ad uso primario è l'eroina che rappresenta quasi il 92% dell'insieme delle sostanze di abuso con quote marginali relative a cannabis, cocaina ed altre. Si sottolinea che la rilevazione considera i soggetti che frequentano i servizi e quindi non è possibile fare un'estrapolazione su tutta la popolazione tossicodipendente in quanto, ad esempio, consumatori abituali di sostanze come la cocaina non si rivolgono ai servizi.

Pur non essendoci dati riscontrabili ed accertabili, da alcuni servizi viene segnalato il ricorso a nuove sostanze stupefacenti quali ad esempio l'ectasy ed in alcuni casi al crack; prima che queste abitudini abbiano una diffusione ed una rilevanza consistente è opportuno costituire

dei punti di osservazione del modificarsi delle abitudini e delle modalità di consumo per predisporre adeguati interventi ed iniziative di prevenzione.

L'analisi della tipologia dei trattamenti somministrati dai servizi pubblici rivela una percentuale di trattamenti con metadone superiore al 50%, trattamenti di tipo psico - sociale 38% ed infine trattamenti farmacologici non sostitutivi 10%.

Di particolare significato è la caratteristica dell'ampia dimensione dei trattamenti psico - sociali (non farmacologici) che pongono la regione Toscana al quarto posto del panorama nazionale.

Da tenere presente che la scheda attraverso cui vengono raccolti i dati per i trattamenti prevede l'attribuzione univoca ad una delle categorie su indicate; in effetti i servizi realizzano anche trattamenti integrati ad esempio i trattamenti farmacologici sono di solito integrati con interventi psico - sociali.

Il trattamento metadonico di breve periodo riguarda 723 casi mentre quello protratto riguarda 1157 casi. Rispetto al 1989 si può rilevare come vi sia un decremento dei trattamenti di breve periodo che passano dal 37,8% al 20%, mentre rimane invariato l'altro 32%.

Le altre terapie farmacologiche rappresentate da 362 casi hanno un lieve incremento nel quinquennio, così come i trattamenti esclusivamente psico - sociali rappresentati oggi da 1379 casi.

I dati su esposti assumono un significativo rilievo rispetto alla qualificazione della risposta, da mettersi anche in relazione alla maggior presenza di personale e ad un più alto numero di professionalità operanti nei servizi.

Relativamente agli esiti sugli interventi si può valutare la perduranza della frequentazione dei servizi come indice della capacità operativa degli stessi. Sono disponibili alcuni dati relativi ad una rilevazione attivata nel 1993 che indicano una percentuale media del 6% di soggetti in trattamento da oltre 10 anni, con punte comprese tra il 10% ed il 20% in 8 U.S.L.: 6, 7, 8, 13, 16, 26, 28, 32.

Per quanto riguarda i decessi, le relative segnalazioni riguardano solo i casi in cui la morte è stata attribuita in via diretta all'assunzione di droga, mentre sfuggono tutti quei casi in cui la droga rappresenta una concausa indiretta, seppure determinante della morte.

Rispetto ai dati nazionali l'incidenza percentuale dei decessi in toscana sul totale nazionale è del 5,5%, inferiore a quel 6,7% che è l'incidenza dei soggetti che frequentano i servizi in Toscana rispetto al totale nazionale.

Nel tenere più basso questo dato influisce presumibilmente anche la capacità di pronto soccorso per i soggetti colpiti da overdose: una rilevazione recente fornisce il dato (non ancora completo) degli interventi di pronto soccorso attivati, su 51 casi solo 5 si sono conclusi con esito infausto.

Gli utenti inseriti in comunità terapeutiche di enti ausiliari risultano al 31 dicembre 1993 in numero di 1036.

Un sensibile calo di presenze, anche se non distribuito in maniera omogenea, si è verificato nel secondo semestre dell'anno e deve, probabilmente, essere messo in relazione anche ad una migliore capacità di assunzione in trattamenti dei servizi pubblici.

Un dato significativo relativo alle presenze nelle comunità terapeutiche è ormai costituito dai soggetti sieropositivi che costituiscono quasi un 15% dell'utenza.

Alcune, prime verifiche relative alle interruzioni dei programmi terapeutici attivati dalle comunità (interruzioni, abbandoni, espulsioni, danno un dato oscillante tra il 10% e il 33% dei casi, in conseguenza anche del tipo di trattamento attivato e della fase del programma terapeutico nel quale il soggetto è inserito.

Regione Umbria**Potenziamento dei Ser.T.**

Nel corso dell'anno le U.L.S.S. della regione hanno dato seguito al processo di attuazione del programma regionale di potenziamento degli organici dei Ser.T. con l'espletamento di ulteriori concorsi per gli organici a suo tempo autorizzati.

La verifica del raggiungimento dell'obiettivo posto è in corso ed andrà valutato alla luce dei cambiamenti normativi ed organizzativi complessivamente operati dalla intervenuta decretazione legislativa nazionale e della Legge Reg.le di riordino del servizio socio sanitario regionale.

Attuazione art.116 DPR 309/90 - Iscrizione all'Albo Regionale degli Enti Ausiliari

La Regione dell'Umbria ha istituito l'Albo degli Enti Ausiliari nei termini previsti dal DPR 309/90 iscrivendo tutti i soggetti operanti e titolari di strutture residenziali e semiresidenziali per il recupero dei tossicodipendenti secondo la normativa che la Regione si era data a riguardo.

Il successivo atto d'intesa Stato - Regioni che ha definito criteri e modalità uniformi per l'iscrizione è stato interamente recepito dando l'avvio alle procedure di reinscrizione sulla base dei nuovi requisiti richiesti.

La complessità di detto processo, in una regione quale l'Umbria ove si registra un'alta presenza di strutture operative rispetto al territorio, ha comportato la necessità di concedere regimi transitori e proroghe.

Ad oggi sono stati reinscritti tutti gli Enti già a suo tempo iscritti e che si sono adeguati, con esclusione della Comunità Incontro che gode di un regime di proroga fino al 30 giugno p.v..

Per tali Enti si è proceduto alla riclassificazione ed all'adeguamento delle rette sulla base dell'accordo nazionale ex art.10 D.M. 19.2.93.

Per tutti è in corso la definizione del rinnovo delle convenzioni con le USL.

Dati di andamento

L'andamento del fenomeno nella Regione fa registrare un trend in costante aumento dell'utenza dei Ser.T. (da 922 utenti nel 1990 ai 1.742 nel 1993) rispecchiando il dato nazionale. Viceversa il dato 1994 sul numero dei decessi (n.11) è in controtendenza rispetto alla diminuzione dei decessi registratisi a livello nazionale ed a quelli regionali dei precedenti due anni (n.7 nel 1993 e n.6 nel 1992).

L'offerta di ospitalità in comunità residenziali ha subito un decremento nel 1993 con n.898 ospiti, rispetto ai 1.398 ospiti nel 1992 e tale dato è correlabile a quello nazionale, ma non univocamente interpretabile a causa di una molteplicità di fattori, tra i quali non ultimo quello della diffusione dell'infezione da HIV che ha orientato l'utenza sieropositiva (costituita per oltre il 70% da tossicodipendenti) a privilegiare il ricorso alle prestazioni ambulatoriali dei Ser.T..

L'offerta di servizi

La presenza di servizi pubblici Ser.T. e Centri diurni è diffusa in tutto il territorio regionale (n.11 Ser.T. e n.3 Centri diurni), così come la presenza di strutture comunitarie residenziali (n.37) e semiresidenziali (n.3). In più, la vivacità del volontariato espressa dalle associazioni e le prestazioni erogate dalle cooperative impegnate in questa area, assicurano alle esigenze trattamentali sia regionali che extraregionali una consistente rete di offerta.

Aspetti giuridico-legislativi ed organizzativi

La Regione ha avviato il processo di riordino del Servizio socio-sanitario regionale con la legge 4.1.1995 n.1 ed ha in atto la predisposizione del piano socio-sanitario 1995/96.

Con il primo atto legislativo si è provveduto a ridefinire ambiti territoriali di USL e misure di riordino che vanno ad incidere sia sull'ordinamento istituzionale sia su quello organizzativo.

Con il piano socio-sanitario si stanno definendo i fabbisogni di servizi necessari a soddisfare la domanda emergente di salute della popolazione residente, gli obiettivi di salute e di riordino dei servizi, gli obiettivi specifici per l'integrazione tra servizi sanitari e quelli socio-assistenziali, le priorità d'intervento, i criteri di utilizzazione delle risorse, e quant'altro sia riconducibile alla precisazione di "mandati sociali" che corrispondano a compiti e/o funzioni che le USL devono svolgere.

Tra i mandati specifici vi è anche quello relativo alla garanzia che le Aziende USL devono offrire supporti socio-sanitari ai tossicodipendenti, considerati "popolazione a rischio specifico". Una strategia indicata è quella di operare sempre più con progetti che affrontino globalmente i problemi del disagio e della sofferenza all'interno della comunità d'intervento. Parimenti vi è l'indicazione a porre in essere lo sviluppo di strategie rivolte alla riduzione del danno, riconoscendo che tale indicazione rappresenta in termini culturali e finalistici la risposta del servizio sanitario pubblico alle situazioni in cui la soluzione dei problemi ha anche e preponderantemente valenze sociali.

Progetti posti in essere con il Fondo Nazionale Antidroga e risultati conseguiti

Corso per operatori di comunità

Si è portato a conclusione il progetto formativo triennale riguardante la realizzazione di un corso di formazione per operatori di comunità terapeutiche.

Il corso è stato rivolto sia ad operatori di formazione anche universitaria che mancavano delle specifiche competenze ed esperienze in tema di trattamento residenziale dei tossicodipendenti, sia a quegli operatori con scolarità media superiore già impegnati in iniziative residenziali interessati ad affinare le loro competenze professionali nell'ambito specifico. Le ore di formazione sono state 900 con acquisizioni teorico-pratiche necessarie allo svolgimento di competenze professionali in un'area complessa e delicata d'intervento quale è quella della tossicodipendenza, area ove le azioni di recupero non possono essere lasciate all'improvvisazione assistenzialistica, ma devono sempre più essere ricondotte a prestazioni professionali.

Sono stati qualificati 34 operatori . La qualificazione conseguita è riconosciuta equipollente a quella di educatore sulla base di quanto alla presa d'atto della Conferenza Stato - Regioni sul documento in materia.

Attività formativa congiunta Scuola - USL

Si è conclusa l'attività del progetto triennale riguardante il processo di formazione integrata tra Scuola e Servizio Sanitario Regionale. Nel 1994 sono state realizzate le "giornate seminari di valutazione", la cui realizzazione programmatica ed organizzativa è stata affidata a tutte le USL della regione.

L'attività complessivamente svolta nel triennio ha creato solidi presupposti di collaborazione tra i vari soggetti coinvolti (circa 800 operatori), collaborazione che sta continuando a livello territoriale con la predisposizione di progetti comuni di lavoro per la realizzazione d'iniziativa di prevenzione nella scuola e per la costituzione dei CIC.

Progetto formazione operatori di strada

Si è concluso il corso per operatori di strada del progetto Liberi di vivere. Trattasi d'iniziativa progettata e gestita da un coordinamento di soggetti pubblici e del privato sociale che ha curato un iter teorico-pratico formativo di 220 ore per soggetti di varia estrazione professionale (e non) e di diversa scolarità impegnati in attività di volontariato ed appartenenti a diverse Associazioni.

L'iniziativa ha riguardato il territorio di una USL della regione ove l'approccio al fenomeno della tossicodipendenza è stato sempre caratterizzato da attività d'integrazione e di collaborazione tra Ser.T. e privato sociale.

L'esito dell'iniziativa realizzata, che ha risentito di qualche difficoltà nel rivolgersi ad un gruppo eterogeneo di soggetti , permetterà comunque di poter attivare a livello locale : l'apertura di uno sportello giovani, la creazione di un gruppo operativo di strada, la creazione di una banca dati e di un gruppo di rete a sostegno del gruppo operativo. I partecipanti sono stati 35.

Corso di formazione per operatori Ser.T.

Ha avuto avvio il corso di formazione per tutti gli operatori in servizio presso i Ser.T. della regione.

I partecipanti sono oltre 100.

Il corso è stato articolato in 50 moduli didattici, il calendario dei lavori alterna incontri teorici ad incontri di supervisione.

Il progetto iniziale è stato ridimensionato a causa della riduzione del finanziamento assegnato. Ciò ha comportato qualche ritardo nell'avvio, tuttavia gli incontri effettuati ad oggi sono stati n.9. Il corso si concluderà a fine anno assicurando un totale di 100 ore di formazione per ogni operatore.

Regione Marche

Il numero dei soggetti tossicodipendenti che nella Regione Marche viene seguito dai Ser.T., negli ultimi anni, si è stabilizzato intorno alle 3000 unità.

Diversi di questi casi sono anche seguiti presso le Comunità Terapeutiche residenziali, ove i tossicodipendenti marchigiani fanno registrare una presenza giornaliera di circa 300 soggetti.

Dai primi dati riferiti all'anno 1994 emerge presso i Servizi pubblici un incremento di circa il 9%, pertanto si prevede per detto anno un'utenza intorno alla 3300 unità. L'incremento è più marcato nella fascia dei soggetti già presi in carico negli anni precedenti (+13%); la nuova utenza è pressoché stabile.

Riguardo ai dati socio - anagrafici dell'utenza merita di essere segnalato soltanto l'innalzamento dell'età media.

Per ciò che concerne l'applicazione della Legge n. 162/90, che ha previsto appositi Servizi per le tossicodipendenze, si ricorda che sono stati istituiti n. 14 Ser.T. localizzati a Pesaro, Urbino, Fano, Fossombrone, Senigallia, Jesi, Fabriano, Ancona, Civitanova Marche, Macerata, Camerino, Fermo, San Benedetto ed Ascoli Piceno.

Alcuni di tali Ser.T. avevano, all'atto dell'istituzione una competenza per più U.S.L..

Tali Ser.T. coincidono in linea generale con le nuove U.S.L. ad esclusione del Ser.T. di Fossombrone, per il quale si sta ponendo il problema della sua futura definizione e collocazione, si avrebbe infatti una U.S.L. (Fano) con 2 Ser.T..

Sempre in merito ai Ser.T. sono state concesse apposite deroghe che avrebbero dovuto assicurare un organico complessivo di n. 186 operatori.

Rispetto a tale obiettivo, al momento, risultano in servizio n. 105 operatori; vi sono concorsi in atto per ricoprire altri 23 posti mentre per altre 58 unità non sono stati assunti provvedimenti.

Tra i Ser.T. quasi completi troviamo quelli di Fossombrone, Ancona, Fabriano, Macerata ed Ascoli Piceno. Problematica è invece la situazione dei Servizi di Senigallia, Fermo e Camerino.

Risultano funzionanti n. 5 Centri riabilitativi e terapeutici Diurni promossi dalle U.S.L. e localizzati: a Pesaro, Chiaravalle, Fabriano, Ancona, Macerata. Altri Centri simili risultano essere promossi dai Comuni di Senigallia e Fermo.

Le attività dei Ser.T. nel corso dell'anno 1994 sono state quelle istituzionalmente previste dalla normativa generale.

Le attività di prevenzione sono state svolte essenzialmente attraverso i C.I.C. secondo le linee di indirizzo concordate con i Provveditorati agli Studi. Tale attività non risulta essere capillare a causa del mancato completamento degli organici.

Le carenze di organico non hanno tuttavia inficiato la qualità dell'intervento terapeutico e riabilitativo che, complessivamente, si può ritenere soddisfacente non essendosi tra l'altro verificata nessuna situazione di disservizio.

Per una puntuale attuazione dei compiti istituzionali e al fine anche di valutare con tempestività gli orientamenti culturali e scientifici del settore sono stati organizzati presso questa Regione quattro gruppi di lavoro permanenti sulle seguenti tematiche:

- Interventi e problematiche dell'Area Medica;
- Interventi e problematiche dell'Area Psicologica;
- Interventi e problematiche dell'Area del Lavoro Sociale;
- Aspetti Istituzionali, studi e servizi.

Per quanto riguarda le strutture private operanti nel settore, il biennio 1993-94 è stato caratterizzato dagli adempimenti connessi con la disciplina dell'iscrizione all'Albo Regionale, presupposto indispensabile per accedere al convenzionamento con il Servizio Sanitario Nazionale.

Al momento risultano essere state registrate in via temporanea n. 46 sedi operative, cui vanno aggiunte n.13 sedi che hanno fatto richiesta di iscrizione all'Albo per la prima volta.

Nell'ambito delle strutture residenziali con finalità riabilitativo - terapeutiche, cui va aggiunta la Comunità terapeutica pubblica di Civitanova Marche, si hanno a disposizione circa seicento posti letto.

Ai n. 10 Centri Diurni privati vanno invece aggiunti n. 7 Centri Diurni pubblici.

In merito all'Albo Regionale (L.R. n.11.1.95, n°9) sono state inviate all'esame della Regione n. 65 domande, di queste n. 20 sono state definite ed in particolare: n. 15 richieste si sono concluse con il provvedimento di iscrizione; n. 5 richieste hanno avuto esito negativo per carenza di requisiti.

Riguardo alle Comunità terapeutiche residenziali, in relazione ai positivi riscontri avuti presso operatori, utenti e Comunità terapeutiche, la Regione con Deliberazione Amm.va n. 202/94 ha rinnovato ed ampliato anche per il triennio 94-96 il Piano dei posti riservati -

convenzionati per soggetti tossicodipendenti inviati dalle U.S.L. delle Marche. Tale Piano prevede per l'anno 1994 n. 154 posti, per il 1995 n. 164 posti e per il 1996 n. 174 posti.

Si segnala che in relazione al Fondo Nazionale Antidroga, si è concretizzata la possibilità di organizzare in modo capillare e per più anni varie attività.

Tra queste segnaliamo:

- attività di supervisione a tutte le équipes dei Ser.T. e delle Comunità terapeutiche;
- formazione in "piccoli gruppi" di sensibilizzazione alle varie ottiche psicoterapeutiche;
- attivazione in momenti informativi sull'evoluzione del fenomeno e sul dibattito culturale e scientifico in materia: Sono stati previsti per questo punto n. 6 seminari di cui 4 gestiti dalle U.S.L. e 2 da enti ausiliari;
- n. 4 momenti di confronto con il mondo della scuola per il funzionamento e la verifica dei Centri di informazione e consulenza;
- altre iniziative formative riguardano: un corso per operatori della strada, un corso per responsabili Ser.T. e Comunità Terapeutiche, un corso biennale per formatori nel settore della prevenzione ed un corso per neo assunti.

Dopo una prima sommaria valutazione delle azioni svolte nel settore e delle problematiche emerse si può affermare che il fenomeno tossicodipendenze, dal punto di vista assistenziale curativo e riabilitativo, è gestito con correttezza. Le strutture e gli operatori disponibili, anche in relazione alle attività di aggiornamento e formazione avviate, garantiscono un buon livello di protezione sanitaria.

Negli ultimi tempi sono emerse poi problematiche sia nell'ambito degli operatori pubblici sia in quello dei privati.

Infine si segnala che l'attuale numero delle Comunità in regola con l'iscrizione e convenzionate non consentirebbe di assistere tutta l'utenza in carico, considerando che tali strutture possono garantire circa 190 posti letto.

Regione Abruzzo

Circa l'assetto dei Servizi per le Tossicodipendenze nella Regione Abruzzo sono funzionanti, come noto, n.11 Ser.T. mentre per quanto attiene gli Enti Ausiliari si fa presente che ai sensi della Legge Regionale 21 luglio 1993, n.28 sono attualmente n.14 le iscrizioni all'albo regionale degli Enti Ausiliari.

Alla luce della Legge Regionale 25 ottobre 1994, n.72 "Piano Sanitario Regionale 1994 - 1996" - che ha previsto la riduzione delle Unità Sanitarie Locali da n.15 a n.6 - ed in considerazione dell'attuazione del Progetto-obiettivo contenuto all'interno del P.S.R. questo Assessorato sta elaborando delle linee di indirizzo e di coordinamento al fine di ottimizzare i Servizi per l'utenza.

Regione Lazio

Analisi del fenomeno della tossicodipendenza

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) cura la raccolta e l'elaborazione dei dati sotto il profilo statistico ed epidemiologico sulla scorta delle informazioni che debbono fornire i Ser.T. e gli Enti Ausiliari che gestiscono strutture riabilitative.

L'O.E.R. non è stato in grado di fornire un'elaborazione dei dati relativi a tutto il 1994 poiché ha in corso sulle informazioni pervenute, relative al 2° semestre '94, una verifica statistico - metodologica per eliminare la duplicazione di informazioni riguardanti utenti che hanno contatti multipli.

Sulla scorta dei dati e delle elaborazioni semestrali degli anni precedenti ed, in particolare, mettendo a raffronto il 1° semestre 1993 e quello del corrispondente anno 1994, si possono evidenziare alcune linee di tendenza: quali lo stabilizzarsi del fenomeno in assoluto del numero dei soggetti in carico presso i Ser.T. che rimane invariato, mentre si nota una leggera flessione tra quelli assistiti nelle comunità.

Il fenomeno tossicomane in rapporto al sesso mantiene un connotato prevalentemente maschile, la percentuale dei maschi è attestata all'85%, le donne al 15% senza significative discordanze percentuali tra i casi trattati nei servizi pubblici e quelli privati.

Analogamente a quanto accadeva negli anni precedenti i Ser.T. assistono il 75% degli utenti e circa il 25% degli interventi è effettuato dalle Comunità, nel secondo semestre '94 emerge dai dati, non definitivi, la conferma di una flessione del numero degli ospiti nelle comunità medesime.

Un'analisi per fasce di età anagrafica degli utenti fruitori degli interventi, pubblici e privati, evidenzia una distribuzione campanulare con una concentrazione più elevata tra coloro che hanno un'età compresa tra i 25 - 29 anni, pari al 30,6%, cui segue la fascia dei 30 - 34 anni, pari al 26,5%, mentre la fascia 20 - 24 anni rappresenta il 19,3%. Se poniamo a confronto le stesse fasce di età con il primo contatto con la sostanza, si evidenzia un analogo andamento ma la massima concentrazione (38,2%) nella fascia di età 20 - 24 anni, cui segue la fascia 25 - 29 anni con un'incidenza pari al 30,6%.

Nel raffronto, tra età di prima assunzione della sostanza e quella in cui inizia l'uso continuativo, emerge che l'iniziazione al consumo avviene nella fascia di età compresa 15 - 17

anni, pari al 24,9%, di costoro, ben il 14,4%, nell'arco di un anno raggiunge un rapporto stabile con la droga con un consumo giornaliero di 1 o più dosi; nella fascia 18 - 19 anni ben il 21,3% stabilizza la dipendenza fino a raggiungere la massima significatività nella fascia di età 20 - 24 anni che rappresentano il 33,2%, coloro che assumono la sostanza in questa stessa fascia di età ne fanno un uso continuativo il 41,2%.

Pertanto si conferma che la dipendenza si instaura nell'arco temporale di un anno per il 31,9% o in 2 o 3 anni per il 31,4% con un consumo giornaliero di più di una dose.

La sostanza di uso primario, sugli 8242 casi in esame, è l'eroina, pari al 94,6% e la modalità di assunzione avviene per via iniettiva. Coloro che utilizzano oltre una dose giornaliera sono il 63,7%, solo 20,6% assume una sola dose, coloro che hanno un rapporto saltuario - meno di una dose alla settimana - sono il 6,9% e oltre una dose settimanale l'8,8%.

Tra coloro che accedono ai servizi vi sono utenti che fanno uso primario di hashish pari al 2,6%, cocaina l'1,9% ma se si esamina anche l'uso secondario di sostanze si conferma quanto emergeva nelle analisi degli anni precedenti cioè che l'eroina, sostanza a prevalente consumo primario (94,6% di casi), viene assunta con la cocaina nel 29% e/o con l'hashish nel 47,5%.

Non è presa in esame statisticamente la correlazione tra uso di droghe e uso di alcool ma questo abbinamento è presente nei tossicodipendenti in misura elevata e si riflette negativamente sullo stato psico - fisico del tossicodipendente.

L'analisi relativa alle patologie più significative correlate con la tossicodipendenza da consumo di eroina per via iniettiva (circa 80%), evidenzia che il numero percentuale dei soggetti sottoposti a test è basso se si considera che trattasi di soggetti con comportamenti a rischio:

- Status H.B.SAg solo il 38%, di cui il 19,5% risulta positivo;
- Status HBC solo il 33,3%, di cui il 44,3% è positivo;
- Status HCV solo il 35%, di cui il 57,11% è positivo;
- Status HIV solo il 45,8%, di cui il 29,9% è positivo.

Più elevata è la percentuale degli utenti in comunità sottoposti a screening, pari al 65,3%. Va rilevato che molti soggetti non accettano di sottoporsi agli accertamenti diagnostici.

Analisi del fenomeno negli Istituti di pena

Nella Regione sono presenti 18 strutture carcerarie oltre l'Istituto per minori di Casal del Marmo, che può accogliere 60 ospiti e con una presenza media di tossicodipendenti del 20%.

Secondo i dati forniti dal Provveditorato dell'Amministrazione penitenziaria del Lazio, alla data del 31.12.94, i detenuti adulti erano 5244, di cui 2042 tossicodipendenti, pari al 38,9% della popolazione carceraria, di questi gli uomini (1931) rappresentano il 36,8% del totale e le donne (111) solo il 2,1%. Sul totale della popolazione carceraria laziale il 42,1% dei tossicodipendenti è nella casa circondariale di Regina Coeli, se però si fa un raffronto sul totale dei detenuti ristretti nell'Istituto (1169 unità) la percentuale dei tossicodipendenti rappresenta il 74,1%. Il fenomeno è ulteriormente aggravata dal fatto che, nella casa circondariale di Regina Coeli, c'è un forte ricambio della popolazione carceraria con una breve permanenza in funzione degli adempimenti istruttori o quelli strettamente necessari per l'adozione di misure alternative alla detenzione.

Interventi negli Istituti di Prevenzione e Pena

Il Ministero di Grazia e Giustizia e la Regione hanno sottoscritto in data 18.4.1994 un protocollo di intesa: "Interventi nel carcere" (pubblicato sul BUR del 30.5.1995). L'accordo stipulato ha carattere generale, ha lo scopo di consentire idonei interventi integrati tra Istituzioni per tutte le materie di competenza ministeriale, regionale, degli Enti locali e delle UU.SS.LL. con il pieno coinvolgimento delle risorse esistenti nei servizi, del privato sociale e del volontariato.

la Giunta regionale ha adottato anche un provvedimento per gli interventi sanitari nelle strutture carcerarie, ivi compresi quelli derivanti dal D.P.R. 309/90 (Delibera dell'11.5.94, n. 2677 - BUR del 30.8.1994, n. 24) e relativi protocolli tecnici.

L'accorpamento delle UU.SS.LL. ha determinato ritardi ma le resistenze derivano anche dalle carenze degli organici dei Ser.T. nonché dallo scarso impegno del servizio sanitario in genere.

La riserva dei posti letto per i detenuti negli ospedali si è arenata in mille pastoie burocratiche ed in alcuni casi, locali e posti letto, hanno avuto altre destinazioni. Nel riordino

della rete ospedaliera sarà necessario far ricomprendere le esigenze di ricovero dei detenuti in locali appositamente attrezzati.

I Ser.T.

Le piante organiche sono state adeguate alle norme (D.M. 444/90) quasi totalmente.

Alla data odierna la situazione dei 53 servizi per le tossicodipendenze è la seguente. sono stati definiti gli organici di 47 Ser.T.; di uno è stato predisposto il parere per l'approvazione da parte del Consiglio regionale, per 6 Ser.T. si è sollecitato più volte il provvedimento da parte dei competenti organi delle UU.SS.LL. e sono stati nominati dalla Giunta regionale Commissari ad acta.

Attualmente è in corso nelle dodici Aziende UU.SS.LL. del Lazio una ridefinizione degli ambiti territoriali in distretti.

Tali proposte di distrettualizzazione per ora non hanno comportato soppressioni o accorpamenti di Ser.T.

Le Unità sanitarie locali non si sono adeguate con tempestività ad attingere dalle graduatorie degli idonei, bandire i concorsi per l'assunzione del personale e/o attivare la mobilità;

quando hanno utilizzato le deroghe concesse hanno poi dirottato il personale di ruolo in altri servizi e nei Ser.T. è stato inserito personale a convenzione della medicina dei servizi con incarichi ad orario molto limitato, inferiore a 24 h. settimanali, disattendendo le esigenze del servizio stesso.

Alle carenze organiche, in alcuni casi si sommano quelle delle sedi con locali insufficienti o poco idonei alle esigenze del servizio ed al numero di pazienti in trattamento.

Il funzionamento dei Ser.T., è legato al completamento degli organici che è ora il problema più grave, rimasto irrisolto per il concatenarsi di norme sempre più restrittive per l'assunzione del personale, ivi comprese quelle predisposte per il personale sanitario (medici e psicologi) dell'ex 9° livello od il contingentamento per taluni profili tecnico - amministrativo (educatori di comunità, assistenti sociali e amministrativi).

Altro problema: l'espletamento dei concorsi interni riservati, nel Lazio non hanno potuto effettuarsi, poiché gli organici sono stati adeguati dopo la data del 31.10.1992, e in 22

Ser.T., ad alta utenza, non è stato possibile bandire concorsi ed espletare le prove per coloro che erano in possesso dei necessari requisiti.

Enti Ausiliari

Si è recepito l'Atto di intesa Stato - Regioni (D.M.S. 19.2.1993), integralmente adottato dalla Regione con deliberazione G.R. 13.10.1993 n. 7731, modalità di iscrizione, e lo schema tipo di convenzione con deliberazione G.R. del 20.10.1993 n. 7919, infine con successivi atti della Giunta Regionale è stato definito l'obbligo del conferimento delle informazioni e modalità con deliberazioni G.R. n. 5902 e n. 5903 del 26.6.1994.

Si è provveduto alla revisione dell'Albo per le sole sedi operative che svolgevano attività previste dall'Atto di intesa stesso, invitando gli Enti a ripresentare domanda di iscrizione corredata dalla documentazione attestante il possesso dei requisiti. E' stato fissato il termine di 90 gg. dalla data di pubblicazione dell'atto, la scadenza è intervenuta il 10.3.1994.

A tutt'oggi risultano iscritti definitivamente all'Albo degli Enti ausiliari: 11 sedi operative con 119 posti in regime residenziale e 32 in regime semiresidenziale; 14 sedi operative hanno in corso il provvedimento di iscrizione. Non sono definibili Atti relativi a 15 sedi per carenze di requisiti o per mancanza di documentazione attestante i medesimi.

La Regione rispetto alla propria normativa, mantiene l'iscrizione provvisoria degli Enti che svolgono attività non residenziali e questi dispongono di 44 sedi, realizzano interventi preventivi (ad esempio centri di ascolto, socio-riabilitativi, o di trattamento psicoterapico individuale e di gruppo).

Strategie in atto

Riduzione del danno

Dal 1° agosto 1994 è attivo a Roma un programma integrato di riduzione del danno nella popolazione dei tossicodipendenti, coordinato dall'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio (Deliberazione C.R. 810/93). Tale programma è rivolto ai tossicodipendenti che non si rivolgono alle strutture esistenti, che abbandonano tali strutture e che, al momento, non possono o non vogliono smettere di fare uso di sostanze stupefacenti.

Piano per la riduzione dei consumi di alcol

La Regione Lazio partecipa nell'ambito di un Piano di azione europeo sull'alcool - obiettivo 17 della strategia europea per il conseguimento della salute di tutti - allo specifico programma italiano denominato "Piano di azione per la riduzione dei consumi di alcool del 25%, entro il 2000", promosso dal Centro Studi e Documentazione sui problemi alcool-correlati di Trento, Comune di Perugia, Gruppo Logos - Salerno Unità Sanitaria Locale n. 29 - Bergamo, Unità Sanitaria Locale n. 51 - Cremona.

Motivi dell'azione:

nel nostro paese si riscontra un progressivo calo dei consumi negli ultimi dieci anni, ma il consumo procapite risulta ancora elevato rispetto alle medie internazionali. E' necessario, pertanto, realizzare programmi di promozione e protezione della salute finalizzati ad una riduzione dei consumi ai alcool.

Tra le strategie che possono consentire il consolidamento dell'intervento in materia di dipendenze, relative patologie e coordinamento con l'offerta dei servizi privati (Comunità) e di volontariato, è, a breve termine, la messa a punto di un progetto obiettivo a cui far seguire l'istituzione del Dipartimento delle dipendenze. Ulteriore obiettivo è quello previsto dal Piano sanitario 94-96 al punto 3 C tendente ad istituire un Centro diurno affiancato ad un Ser.T..

Dipartimento

L'istituzione del dipartimento consente di unificare, in un'area specialistica omogenea, tutte le attività relative alle varie dipendenze e connesse patologie, sul piano delle funzioni e collegamenti dalla possibilità di:

1) autonomia finanziaria, gestionale e stretta connessione dei livelli progettuali senza dispersione nel contenitore eterogeneo dell'assistenza extra ospedaliera:

- maggiore e migliore utilizzo delle risorse già esistenti;
- snellimento degli aspetti burocratici;
- controllo di gestione più efficiente.

Regione Molise

Con atto deliberativo n. 4304 dell'11/11/93, approvato anche dal Comitato di Controllo nella seduta del 9/2/94, la Giunta Regionale del Molise ha recepito l'Atto di Intesa tra lo Stato e Regione, pubblicato sulla G.U. 8/3/93, per la iscrizione all'Albo degli Enti ausiliari che gestiscono strutture per la riabilitazione e reinserimento sociale di tossicodipendenti.

Successivamente, sulla base dei requisiti previsti nel recepito "Atto di Intesa" testé citato, la Regione con i seguenti atti deliberativi n. 1580 del 9/5/94 n. 1581 del 9/5/94 e n. 2294 del 13/5/94 e relativi decreti n. 470 del 17/5/94, n. 446 del 13/5/94, n. 665 del 20/6/94 ha provveduto all'iscrizione all'Albo di cui trattasi dei seguenti Enti:

- 1) "Cooperativa Comunità Terapeutica Molise" e sua struttura operativa la "Valle" con sede in Toro;
- 2) Associazione "FACED" e sua struttura operativa "Il Noce" con sede in Termoli;
- 3) Struttura operativa "Girasole" di Rotello gestita dalla Cooperativa Comunità Terapeutica Molise".

In data 27/5/94 con atto deliberativo n. 3130 è stato inoltre recepito l'Accordo raggiunto, a seguito della Trattativa Nazionale del 9-10 novembre 1993, riguardante la determinazione della misura delle rette che le UU.SS.LL. devono corrispondere agli Enti Ausiliari per le attività di riabilitazione di soggetti tossicodipendenti svolte nell'ambito di strutture residenziali o semiresidenziali.

Con successivo atto deliberativo n. 4825 del 26/10/94 si è provveduto altresì all'effettiva determinazione, a livello regionale, della misura delle rette che dovranno essere erogate agli Enti ausiliari, che risultano menzionati nella presente nota, per le singole strutture operative gestite dagli stessi.

Per quanto attiene l'utilizzazione a livello di Ente Regione, del Fondo Nazionale antidroga, si precisa che si è ancora in attesa dell'erogazione finanziaria da parte del Ministero dell'approvato "Progetto di formazione per operatori che lavorano nell'ambito della prevenzione delle tossicodipendenze e dell'infezione di HIV" relativamente all'anno 1993.

Regione Puglia

L'attività svolta dai Servizi per le tossicodipendenze risente tuttora della mancanza di organico di cui al D.M. 444/90.

Il relativo procedimento comunque è stato di recente portato a termine da parte del Consiglio Regionale.

Si ritiene pertanto che a breve le UU.SS.LL. possano disporre delle relative piante organiche.

Ad ogni modo, a parte gli organici previsti da Legge regionale (71/79) c/o i Centri Medici di Assistenza Sociale istituiti in n. 7 UU.SS.LL., in ciascuna delle 55 UU.SS.LL. pugliesi (attualmente ridotte in n. 12 ai sensi della Legge regionale n. 18/94) è stato costituito un gruppo operativo che nella sua composizione minimale prevede 1 Medico, 1 Psicologo, 1 Assistente Sociale, 1 Infermiere Professionale ed 1 Educatore Professionale.

Per detto personale si è fatto ricorso a forme precarie quali convenzioni, assegnazioni da altri servizi, ricorso a straordinari, etc.

In tale contesto si è evidenziata difficoltà operativa in relazione all'elevato numero di utenti (la Puglia si colloca ai primi posti tra le Regioni con tasso elevato di prevalenza), con squilibrio tra l'offerta dei servizi ed i bisogni reali dell'utenza e della popolazione a rischio.

Il numero medio di utenti nei Servizi del resto è in linea con il trend nazionale (120 soggetti su una media nazionale di n. 125).

Il ricorso all'invio in Comunità Terapeutica risente delle scarse disponibilità finanziarie assegnate alle UU.SS.LL.; è sempre più frequente infatti il ricorso a diffide da parte degli Enti Ausiliari per il mancato o ritardato pagamento delle rette.

D'altra parte la permeabilità dei Servizi è risultata limitata per il mancato adeguamento dell'organico e per le attuali forme precarie di rapporto di lavoro.

Tali due elementi hanno ritardato un reale collegamento operativo tra pubblico e privato che è soggetto a miglioramento allorché saranno ridotti tali vincoli operativi realizzando i programmi di formazione integrativa già finanziati dalle UU.SS.LL. sedi di CMAS.

Aspetti giuridico legislativi ed organizzativi

Gli aspetti giuridico legislativi organizzativi sono legati all'attuazione della pianta organica ex D.M. nonché all'approvazione della Legge Regionale (recentemente licenziata dal Consiglio Regionale) sulla iscrivibilità all'Albo definitivo degli Enti Ausiliari.

Inoltre la Legge regionale 36/94 prevede una organizzazione sovra distrettuale dei Ser.T., nell'ambito e nel rispetto delle decisioni che saranno assunte al riguardo dal Consiglio Regionale risulta auspicabile una organizzazione di tipo dipartimentale.

Progetti posti in essere attraverso il fondo nazionale antidroga

A parte i finanziamenti specifici assegnati per la realizzazione di Comunità sperimentali per minori a Foggia e Brindisi nonché per la istituzione di day house a Bari per la disassuefazione, sono stati finanziati, nell'ambito dei fondi ex art. 127 D.P.R. 309/90, progetti di formazione integrata in via di attuazione da parte delle UU.SS.LL. sedi di CMAS.

Problematiche, valutazione e proposte al fine di rendere più incisiva l'azione di contrasto al fenomeno

La corretta realizzazione del programma relativo all'attuazione delle piante organiche, una maggior sensibilità nei confronti di tale settore, con conseguenti risvolti di natura finanziaria, potranno contribuire ad una più incisiva azione di contrasto al fenomeno.

Regione Basilicata

L'elaborazione dei dati contenuti nel presente rapporto è stata effettuata sui dati forniti dai 6 Ser.T. istituiti in Regione. La fonte dei dati è costituita, per quanto riguarda il pubblico, dai modelli di rilevazione dell'attività nel settore tossicodipendenze predisposti dal Ministero della Sanità per l'invio annuale (Ser-01, Ser-02, Tss-01, Tss-02, Tss-03, Tss-04, Tss-05, Tss-06).

I Servizi Pubblici

Numero Nuclei Operativi - Numero Utenti

Nel 1994 hanno operato in Basilicata 6 Ser.T., uno per ogni U.S.L. (ad eccezione dell'U.S.L. n. 5 che, data l'esiguità dell'utenza, utilizza il Ser.T. della U.S.L. n. 7), con un'utenza complessiva pari a 795 soggetti, un'utenza media per servizio pari a 132,5 ed un range compreso tra 38 (U.S.L. 3) e 278 (U.S.L. 6).

Anche per il 1994 si conferma l'esiguità dell'utenza femminile in tutta la Regione, essendo il numero delle utenti pari a 65, contro 730 utenti maschi.

Pertanto il rapporto femmine/maschi risulta essere di 1 a 11,2.

La distribuzione dei Ser.T. in base al numero degli utenti in carico mostra che 2 servizi seguono un'utenza compresa tra 0 e 50 unità, 1 servizio un'utenza compresa tra 100 e 150 unità, 2 servizi un'utenza compresa tra 151 e 200 unità ed un servizio un'utenza compresa tra 250 e 300 unità.

La distribuzione degli utenti in base ai Ser.T. mostra che il servizio dell'U.S.L. n. 3 (Villa d'Agri) ha in carico il minor numero di utenti (38 soggetti) mentre il servizio dell'U.S.L. n. 6 (Matera) ha il maggior numero di utenti in carico (278); gli altri Ser.T. si collocano in una posizione intermedia.

Orario di apertura

Il D.M. 444/90 prevede che i servizi abbiano un orario di almeno 12 ore giornaliere.

Alcuni servizi hanno ottemperato al D.M. sopra citato, altri effettuano un orario giornaliero di 6 ore.

Personale

Gli operatori in servizio al 31.12.1994 risultano essere 55, di cui 4 hanno svolto le proprie funzioni a tempo parziale e 51 a tempo pieno.

Il rapporto medio personale/utenti è di 15,2, con un range compreso tra 4,7 e 29,1.

Il Ser.T. più dotato di personale in rapporto all'utenza risulta essere quello dell'U.S.L. n. 3 di Villa d'Agri con un operatore ogni 4,7 utenti, mentre il meno dotato è quello dell'U.S.L. n. 1 di Melfi con un rapporto operatori/utenti di 1 a 29,1.

Distribuzione Utenti per Sostanze stupefacenti d'Abuso Primario

Nell'anno 1994 la sostanza stupefacente d'abuso primario di gran lunga più diffusa fra gli utenti della Regione Basilicata, risulta essere l'eroina, assunta dal 93% dei soggetti, seguita dai cannabinoidi con una percentuale di abuso primario pari al 6,6%. Sostanze come la cocaina e il metadone risultano avere un consumo pressoché esiguo, attestandosi su percentuali irrilevanti.

Distribuzione Utenti per Sostanze stupefacenti d'Abuso Secondario

Le sostanze stupefacenti d'abuso secondario più diffuse tra l'89,5% degli utenti policonsumatori della Regione Basilicata, risultano essere i cannabinoidi, assunti dal 56,6% dei soggetti, seguiti dalle benzodiazepine col 18,2% e dalla cocaina col 16,7%. Le altre sostanze si attestano su percentuali più esigue.

Età

Riguardo all'età dei nuovi utenti, l'età media risulta essere 26,5, corrispondente, tale media, a quella dell'utenza maschile e superando di 0,9 anni l'età media delle donne che è di 25,6.

L'età media degli utenti già in carico è di 28 anni, prossima alla media dei maschi e superiore di 2,2 anni a quella delle donne che è di 25,8.

L'età media di tutti i soggetti in carico ai servizi è di 27,6, uguale alla media maschile e superiore di un anno alla media femminile che è di 26,6.

Test Epatite Virale B

I soggetti che hanno eseguito il test nell'anno 1994, sono stati 348 pari al 43,7% del totale.

Tra gli ultimi, 134 soggetti pari al 38,5% risultano essere positivi.

E' da rilevare che tra i nuovi utenti la percentuale di positivi al test è del 17% nettamente inferiore al 45,1%, percentuale corrispondente ai positivi al test tra gli utenti già in carico.

Test Sierologico HIV

I soggetti sottoposti al test HIV sono stati 398 pari al 50% del totale degli utenti in carico al servizio; di questi, 66 pari al 16,5% del totale sono risultati positivi.

La percentuale dei nuovi utenti sieropositivi è stata del 5,2%, inferiore al 20,1% che è la percentuale di sieropositivi degli utenti già in carico.

Regione Calabria

La Regione Calabria in ottemperanza a quanto disposto dal DPR 9.10.1990, n°309, ha ulteriormente disciplinato la materia della tossicodipendenza e dell'alcolismo con propria legge del 18.2.1994 n°6.

Detta legge prevedeva, tra l'altro, l'istituzione di:

- a) quattro Ser.T. a media utenza e quindici a bassa utenza;
- b) un servizio regionale di documentazione finalizzato all'informazione e prevenzione delle tossicodipendenze;
- c) un ufficio per il "Coordinamento regionale dei Ser.T." presso l'Assessorato Regionale alla Sanità;
- d) cinque équipe funzionali per la prevenzione, cura e riabilitazione degli alcooldipendenti.

Alla data odierna sono stati istituiti quattordici Ser.T. di cui solo tre con organico completo in base ai criteri stabiliti dal D.M. 30.11.1990, n°444; il servizio regionale di documentazione é operante presso il Ser.T. a media utenza della azienda territoriale di Catanzaro ed offre un valido supporto agli operatori sociosanitari del servizio pubblico, del volontariato e del privato sociale; l'ufficio per il coordinamento regionale dei Ser.T. è funzionante presso il settore "medicina preventiva" dell'Assessorato Regionale alla Sanità, infine è stata costituita una équipe funzionale per la prevenzione delle alcooldipendenze ed approvato con delibera di GR il regolamento per il relativo Dipartimento.

Negli ultimi anni, nella nostra regione, vi è stata una continua crescita della presenza del privato sociale che opera nel campo della tossicodipendenza; infatti alla data del 31.12.1994 sono iscritte all'Albo Regionale degli Enti Ausiliari (DPR 309/90) quindici comunità con ventuno sedi operative.

Il fenomeno della tossicomania in Calabria è in costante aumento; al 31.12.1993 sono 1.865 i soggetti tossicodipendenti, di cui 627 nuovi, che si sono rivolti alle strutture pubbliche così distribuiti:

Provincia di	Catanzaro	33%
	Cosenza	28%
	Reggio Cal.	19%
	Vibo Val.	11%
	Crotone	9%

Di questi il 54% viene trattato anche con metadone mentre il 46% riceve solo una terapia psico-sociale.

Da un più dettagliato esame dei dati emerge che si è abbassata la fascia di età dei nuovi assuntori di stupefacenti e l'eroina è la sostanza più utilizzata (87%), seguono i cannabinoidi (7%) e la cocaina (2%).

Oltre il 50% dei tossicodipendenti sottoposti a screening sono positivi all'HIV, ma bisogna tenere presente che il 45% rifiuta il test.

Questa analisi dei dati ha determinato un rinnovato e deciso impegno verso le attività di prevenzione che sono state avviate in primo luogo nella scuola, negli istituti di pena e nel territorio.

Infatti tramite protocolli di intesa tra i Provveditorati agli Studi e le UU.SS.LL. sono stati istituiti in gran parte delle scuole medie superiori della Calabria i Centri di Informazione e Consulenza (CIC) dove svolgono la loro attività gli operatori dei Ser.T., del privato sociale ed i referenti di educazione alla salute opportunamente formati dalla Regione in stage residenziali.

Inoltre è stato attivato con personale dell'Assessorato Regionale alla Sanità e del Ser.T. di Catanzaro una "Linea Verde Droga" che svolge attività di counselling psicologico, sociale e medico in collaborazione con i servizi telefonici nazionali ed europei.

La Regione ha realizzato, grazie al Fondo Nazionale Antidroga, il progetto di formazione "La prevenzione della tossicodipendenza e dell'infezione da HIV in Calabria" ed è in via di conclusione il progetto "Il pubblico ed il privato nell'assistenza ai tossicodipendenti".

Questi progetti hanno consentito di coinvolgere in un lavoro di rete oltre 300 operatori dei Ser.T., dei consultori, dei servizi sociali delle UU.SS.LL., del volontariato del privato sociale, degli istituti di pena e delle Prefetture.

I progetti hanno mirato a costituire équipe multidisciplinari che agiscono nel territorio e nelle carceri sviluppando attività preventive e di recupero.

Con parte dei finanziamenti previsti dal DPR 309/90, sono state finanziate attività di prevenzione sviluppate dai Ser.T. che sono in fase di verifica e valutazione da parte della Regione.

Infine sarebbe opportuno consentire alle Regioni la totale copertura delle piante organiche dei Ser.T. approvate in base al D.M. 30.11.1990, n°444 perché gli operatori possano sviluppare tutte le attività previste dal citato D.M. evitando il burn-out in un lavoro che si presenta complesso per le dinamiche sociali, psicologiche e sanitarie, alla luce anche dell'infezione da HIV, che vengono messe in moto.

Regione Sicilia

Già con legge regionale 21.8.1984 n. 64 questa Regione ha approvato il “Piano contro l’uso non terapeutico delle sostanze stupefacenti e psicotrope. Primi interventi”.

Molti principi e diversi interventi introdotti nella legislazione nazionale con la legge 26.6.1990 n. 162 (D.P.R. n. 309/1990) erano già contenuti nella citata legge regionale, di cui si allega copia.

Si ritiene utile fornire una visione sintetica delle strategie, degli indirizzi e delle attività svolte in Sicilia in attuazione della normativa regionale e di quella statale sopravvenuta.

Alle UU.SS.LL. è stato attribuito tra l’altro il compito di svolgere attività di prevenzione attraverso l’educazione sanitaria ed il coinvolgimento di operatori ed organismi impegnati nei vari settori (insegnanti, organi collegiali della scuola, operatori sociali e sanitari, consigli di quartiere, associazioni di volontariato, ed in particolare la famiglia).

Negli scorsi anni questo Assessorato ha approvato e finalizzato parecchi programmi adottati dalle UU.SS.LL. per la realizzazione della predetta attività. Anche nel corso del 1994 sono stati effettuati accreditamenti ad alcune UU.SS.LL. per le medesime finalità.

Relativamente alla formazione, qualificazione ed aggiornamento degli operatori questo Assessorato ha proposto agli enti interessati alcune linee guida per la formulazione dei relativi programmi.

Negli anni precedenti sono stati approvati e finanziati diversi programmi di attività di formazione presentati da parecchie UU.SS.LL: e da tutti i Provveditorati agli Studi della Sicilia.

La legge regionale ha previsto lo stanziamento di risorse finanziarie a favore dei Comuni per l’attuazione di iniziative di carattere sociale e culturale, idonee a favorire la prevenzione ed il reinserimento sociale. Anche in tale settore l’Assessorato ha emanato nel corso degli anni diverse direttive utili alla elaborazione dei relativi piani di intervento, ed ha disposto il finanziamento dei programmi comunali pervenuti e ritenuti idonei. Anche nel corso del 1994 sono stati effettuati accreditamenti ad alcuni Comuni per le predette finalità.

L’istituzione dell’albo regionale degli enti ausiliari è stata effettuata già ai sensi della legge regionale 64/1984.

L’iscrizione all’albo concessa agli enti ai sensi della citata legge regionale è stata confermata anche ai sensi della sopravvenuta legge n°162/1990.

Nel corso del 1994 questo Assessorato ha recepito l'atto d'intesa tra Stato e Regioni, pubblicato nella CURI 8.3.1993, n°55, "per la definizione di criteri e modalità uniformi per l'iscrizione degli enti ausiliari che gestiscono strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti di cui all'art.116 del DPR 309/1990".

Pertanto le nuove iscrizioni di enti ausiliari saranno effettuate alla luce dei predetti criteri. E' stato altresì previsto l'adeguamento ai medesimi da parte degli enti già iscritti all'albo.

A seguito della sopravvenuta normativa statale la Regione ha istituito 52 Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.t.), ed ha determinato la pianta organica dei medesimi in conformità ai criteri previsti dal D.M. 30/11/1990 n°444, utilizzando anche il personale operante nel settore ai sensi della preesistente legge regionale.

In considerazione della rilevanza sociale dei predetti servizi. e al fine di garantirne la piena funzionalità, questo Assessorato svolge attività di stimolo e di sollecito nei confronti delle UU.SS.LL. e, in particolare, nei confronti di quelle che non hanno ancora completato la copertura dei posti in organico.

Al riguardo, considerati gli attuali impedimenti e le limitazioni poste dalla legge finanziaria, si ritiene necessario chiedere ai competenti organi statali la possibilità di superare le predette limitazioni, consentendo alle regioni di procedere alla effettiva copertura dei posti vacanti negli organici Ser.T., anche in deroga ai divieti vigenti.

In diverse occasioni questo Assessorato ha sollecitato le UU.SS.LL. a fornire - tramite i Ser.T. - ogni utile collaborazione all'attività dei centri di informazione e consulenza (CIC), previsti dall'art. 106 del D.P.R. 309/1990; alcuni Ser.T. hanno comunicato di avere stabilito forme di collaborazione con la scuola.

Parecchie UU.SS.LL. hanno stipulato convenzioni con l'Amministrazione Penitenziaria per l'assistenza specifica ai soggetti tossicodipendenti coinvolti nell'area penale.

Regione Sardegna

Il 1994 rappresenta l'anno in cui sono state intraprese dalla Regione Sardegna in materia di tossicodipendenze, alcune iniziative ritenute fondamentali per l'avvio di una serie e complessiva politica di intervento sebbene a tutt'oggi diversi problemi restino aperti.

Preme ricordare che solo verso la fine degli anni '80 si è giunti alla consapevolezza della necessità di un approccio di tipo globale al problema delle tossicodipendenze, ridotto fino ad allora alla sola dimensione medica.

Oltretutto, con l'entrata in vigore del T.U. 1990 e relativi decreti attuativi, associata ad una progressiva scarsità di risorse economiche, si è dovuto procedere al ridimensionamento delle piante organiche dei Ser.T., così come erano previste dal Piano Regionale 87-89 per uniformarsi agli standard indicati nel decreto 444/90.

Una più equa e razionale distribuzione degli operatori nel territorio regionale, troverà però compiutezza nell'ambito della riforma della U.S.L., la cui legge è stata approvata di recente.

Nel settembre '94 è stata attivata una Commissione Consultiva Regionale per le tossicodipendenze e alcoldipendenze, che vedendo rappresentato il mondo della scuola, del lavoro, della giustizia, dei servizi pubblici e privati, diventa lo strumento principale per una attenta riflessione e supporto per l'elaborazione delle linee programmatiche e la scelta di obiettivi prioritari da perseguire.

A tutt'oggi sono attivi nell'isola 14 Ser.T. su 15 previsti dai programmi regionali.

Vi è una evidente disomogeneità tra gli stessi, agendo su territori diversi, su popolazioni diverse, con background culturali e tradizioni diverse.

Alcuni hanno iniziato ad operare fin dagli anni '80, altri solo di recente, cioè spiega anche la disomogeneità relativa al personale, attrezzature e integrazioni col territorio.

Da un confronto del numero degli utenti in carico al Ser.T. negli ultimi 4 anni, n. 3186 nel 1991, n. 3781 nel 1992, n. 4365 nel 1993, n. 5553 nel 1994, può certamente osservarsi un crescente aumento di tossicodipendenti che si rivolge al servizio pubblico, mentre resta quasi invariato il numero dei tossicodipendenti inviati dai Ser.T. alle comunità terapeutiche (circa 600 l'anno).

Abbastanza preoccupante risulta l'incremento del numero dei sieropositivi nell'ultimo anno: nel 1992 erano 335; nel 1993 n. 307; nel 1994 n. 839.

Come seconda importante iniziativa, nel giugno del '94, la Giunta regionale, su proposta dell'Assessorato alla Sanità, ha approvato un progetto pilota triennale, mirato alla prevenzione del consumo di sostanze stupefacenti e della trasmissione del virus HIV.

Attraverso le schede statistiche ministeriali, infatti, non si ha una conoscenza reale del fenomeno in quanto si rilevano solamente i dati che si rivolgono ai Ser.T..

Il progetto (denominato PETRAS, acronimo di Progetto Educazione Tossicodipendenze Regione Autonoma Sardegna) che prevede una spesa complessiva di 909.000.000, da realizzare in collaborazione con l'Università degli Studi di Cagliari, Dipartimento di Neuroscienze Bernard B. Brodie, si pone due obiettivi principali:

- 1) la costituzione di un sistema di monitoraggio della popolazione isolana dal quale emergeranno: a) le modalità di approccio dei consumatori alle diverse sostanze stupefacenti; b) i trend di consumo relativi a tale sostanza; c) grado di conoscenza della popolazione sulle caratteristiche di tali sostanze;
- 2) azioni a favore dei delegati alla salute dei 1375 istituti scolastici della Sardegna; recapito materiale informativo presso 250.000 famiglie circa.

Lo studio epidemiologico nonché la somministrazione di questionari (campione di 8000 persone), sarà realizzata effettuando interventi contemporanei su diversi soggetti destinatari (alcuni della scuola dell'obbligo, delle medie superiori e delle Università; delegati alla salute dei singoli istituti scolastici, famiglie con almeno un figlio di età compresa tra 10 e 21 anni).

Si ritiene che con questo intervento complessivo, si possa innescare una concreta regressione nell'isola del consumo delle sostanze stupefacenti e della trasmissione del virus HIV.

Resta inteso che le risultanze di queste due grosse iniziative troveranno concreta risposta operativa, all'interno del Piano Sanitario regionale, che è in via di definizione, prevedendo un articolato "Progetto obiettivo, delle tossicodipendenze" in aderenza alle caratteristiche del progetto obiettivo stesso definito nell'atto d'intesa tra Stato e Regioni del 12.01.94 quale "coinvolgimento trasversale ed intersettoriale di altre Amministrazioni su un'azione di tutela che travalica l'esclusivo ambito sanitario".

Altro importante aspetto affrontato nel 1994, riguarda l'assistenza sanitaria ai tossicodipendenti carcerati.

E' stata programmata ed avviata una serie di sopralluoghi alle strutture carcerarie che hanno già perfezionato le convenzioni con i Ser.T. dello stesso territorio.

In Sardegna esistono n. 10 strutture carcerarie di cui n. 1 a struttura attenuata e si stima che il 50% dei detenuti siano tossicodipendenti.

In Sardegna la materia è regolata dal Piano Regionale per le tossicodipendenze approvato con Delibera della Giunta Regionale n. 6/94 del 1987.

Successivamente è stato previsto il potenziamento del numero dei Ser.T. che da 12 è salito a 15, (Delibera della Giunta Regionale n. 40/90 del 12.11.1991 nonché Delibera della Giunta Regionale n. 38/89 del 6.12.94) con l'inserimento dell'Educatore Professionale in ciascun Servizio.

E' stata inviata a tutti i Ser.T. una circolare affidando loro compiti in materia di alcol-dipendenza.

Enti Ausiliari

La Regione Sardegna ha istituito l'albo degli Enti Ausiliari con D.A.I.S. 6688/43508 del 7.09.90.

Nell'aprile '93 con proprio atto deliberativo ha recepito l'atto d'intesa Stato-Regioni del 9.02.93 e con D.G.R. n. 12/11 del 19.04 94 ha determinato i requisiti specifici per l'iscrizione all'albo regionale.

E' stato adottato il nuovo schema di convenzione e definiti i titoli equipollenti di cui all'art. 5 dello schema d'atto d'intesa.

Al 31.12.94 sono iscritti nell'albo regionale 8 Enti Ausiliari che gestiscono complessivamente 14 Comunità terapeutiche di cui 12 residenziali e 2 semi residenziali.

Di queste 14 sedi operative 11 sono convenzionate, assicurando complessivamente 400 posti di cui 330 in convenzione.

Da un'analisi preliminare si evince che il numero dei posti è sufficiente a soddisfare le richieste di inserimenti residenziali, mentre si osserva una forte carenza di strutture semi residenziali, centri di pronta accoglienza e strutture per la fase di reinserimento.

A questo proposito la Regione sta predisponendo un "Registro delle attività" che oltre ad avere lo scopo di censire tutti i servizi che gli Enti Ausiliari offrono, ha la funzione di riordinare l'esistente, ci si pone come obiettivo di poter assicurare agli utenti una gamma di risposte diversificate.