

# CAMERA DEI DEPUTATI

VII LEGISLATURA

Doc. XL

n. 1

## RELAZIONE

sull'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze  
e sulla efficacia delle misure adottate

(Art. 1 della legge 22 dicembre 1975, n. 685)

**presentata dal Ministro della Sanità**

(DAL FALCO)

**Comunicata alla Presidenza il 1° aprile 1977**

---

PAGINA BIANCA

## INDICE

1. — PREMESSA .....	<i>Pag.</i>	5
2. — GLI ADEMPIMENTI DEL MINISTERO DELLA SANITÀ .....	»	5
3. — GLI ADEMPIMENTI DEGLI ALTRI MINISTERI .....	»	7
4. — DATI SUL FENOMENO .....	»	8
5. — CRITERI PER LA RIPARTIZIONE DEI FONDI .....	»	9
6. — COLLABORAZIONE CON GLI ORGANISMI REGIONALI .....	»	9
7. — NORME TRANSITORIE E RUOLO DEL MINISTERO DELLA SANITÀ .....	»	10
8. — CONSIDERAZIONI GENERALI SULLA DIFFUSIONE DELL'USO DI STUPEFACENTI .....	»	10
INDICE DEGLI ALLEGATI .....	»	13

PAGINA BIANCA

DISCIPLINA DEGLI STUPEFACENTI E SOSTANZE PSICOTROPE  
PREVENZIONE, CURA E RIABILITAZIONE DEI RELATIVI STATI  
DI TOSSICODIPENDENZA

(Legge 22 dicembre 1975, n. 685)

RELAZIONE AI SENSI DELL'ART. 1, ULTIMO CAPOVERSO

1. — PREMessa

1.1. — In ottemperanza all'ultimo comma dell'articolo 1 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, si tratterà un quadro, per quanto possibile, sull'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze e sull'efficacia delle misure adottate, sulla base dei dati pervenuti dagli enti preposti all'attività di prevenzione, cura, riabilitazione delle tossicodipendenze e repressione del traffico illecito.

In proposito è bene tener presente che i dati disponibili non sono esaustivi dell'andamento del fenomeno perché si riferiscono a quelle persone che utilizzano le strutture pubbliche preposte all'assistenza socio-sanitaria dei tossicodipendenti e/o sono stati denunciati all'autorità giudiziaria e/o risultano in stato di arresto.

Pertanto, ai fini di inquadrare l'entità del fenomeno secondo parametri statistici e per seguire l'effetto dei vari interventi è in corso la formulazione, d'intesa con il Comitato Tecnico Interministeriale e le Regioni, di una scheda che aggiorna periodicamente la situazione di ogni singolo farmacodipendente. Si sta anche studiando, d'intesa con il Ministero della Pubblica Istruzione, la possibilità di disporre tempestivamente di dati relativi ad alcuni indici di disadattamento giovanile più o meno associabili con fattori di rischio di diffusione di droghe o conseguenze di tale fenomeno.

1.2. — La prima fase di attuazione della legge ha messo in evidenza molteplici problemi, peraltro già previsti, in occasione dell'approvazione della legge 685, dall'allora Ministro della Sanità.

Per quanto attiene alle direttive, all'indirizzo e al coordinamento in materia di prevenzione, di cura e di riabilitazione dagli stati di tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o psicotrope l'azione svolta dal Ministero della sanità, in questa prima fase di attuazione della legge, è stata prioritariamente orientata a responsabilizzare, rendendoli funzionanti, i vari organismi previsti dalla legge.

1.3. — Non va dimenticato infatti che l'elaborazione di direttive ed orientamenti passa attraverso varie fasi, mediante un pieno e diretto coinvolgimento ed apporto delle Regioni e degli enti locali, oltre agli altri organismi istituzionalmente preposti alla formazione dei giovani e alle forze impegnate nella prevenzione e repressione del traffico degli stupefacenti.

In questa direzione di reale partecipazione si è posto il Ministero della sanità, promuovendo la costituzione del Comitato Tecnico Interministeriale, a norma dell'articolo 8, Comitato che dovrebbe elaborare concrete proposte di direttive, indirizzo e coordinamento per tutta la materia. Tuttavia, fino ad oggi, il Comitato si è occupato prevalentemente del problema delle tabelle delle sostanze soggette a controllo e dell'aggiornamento delle stesse.

2. — GLI ADEMPIMENTI DEL MINISTERO DELLA SANITÀ

2.1. — In merito agli specifici adempimenti che l'articolo 1 prevede, il Ministero della sanità ha provveduto come segue:

— sono stati emessi decreti di autorizzazione, per le sostanze stupefacenti e psicotrope, alla fabbricazione (15 ditte), all'impiego (circa 200), al commercio (circa 700); sono stati rilasciati i

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

permessi di importazione e esportazione (circa 500), e autorizzazioni ad Istituti scientifici per l'approvvigionamento di sostanze soggette a controllo per scopi scientifici (circa 150);

— sono state predisposte le tabelle provvisorie delle sostanze soggette a controllo, mentre sono allo studio quelle definitive;

— circa le indicazioni specifiche non si è ritenuto opportuno almeno fino ad oggi apporre indicazioni particolari sulle confezioni delle specialità soggette alla disciplina della legge n. 685 in quanto occorre armonizzare le prescrizioni derivanti dalla Convenzione Internazionale di New York che si limitano esclusivamente agli stupefacenti tradizionali con quelle della Legislazione italiana che comprende oltre agli stupefacenti tradizionali anche un gran numero di sostanze psicotrope ivi compresi i tranquillanti benzodiazepinici;

— vengono effettuati controlli incrociati sulle quantità di sostanze fabbricate, impiegate e commerciate; attualmente è in corso la revisione dei rendiconti trasmessi (entro il mese di gennaio del c.a. e relativi al passato anno 1976) a questo Ministero sia dalle ditte fabbricanti sia da quelle che impiegano le sostanze nelle preparazioni farmaceutiche; il numero rilevante delle sostanze ora soggette a controllo e delle preparazioni farmaceutiche che le contengono rende tale verifica estremamente complessa;

— al fine di uniformare la maniera di esporre i dati costituenti i rendiconti delle attività delle ditte autorizzate sono stati predisposti e distribuiti appositi formulari;

— sono stati avviati e presi contatti con Enti interessati per il trattamento ed il recupero dei tossicodipendenti al fine di puntualizzare i relativi piani di ricerca;

— è in avanzata fase di studio la istituzione di un Centro di informazione che prevede la pubblicazione bimestrale di un bollettino di aggiornamento per gli operatori socio-sanitari impegnati o da utilizzare in futuro nei centri di assistenza.

2.2. — I rapporti sul piano internazionale con la Commissione degli stupefacenti del Consiglio economico e sociale delle Nazioni Unite e con l'organo internazionale di controllo sugli stupefacenti dell'O.N.U. (articolo I) sono mantenuti dall'Ufficio centrale stupefacenti presso il Ministero della sanità.

Detto Ufficio, infatti, costituisce quella « amministrazione speciale » prevista dalla Convenzione unica sugli stupefacenti e dalla Convenzione sulle sostanze psicotrope e, pertanto, partecipa attivamente ai lavori della Commissione stupefacenti dell'O.N.U. attraverso la delegazione italiana.

2.3. — Per quanto concerne i compiti di controllo e vigilanza previsti dall'articolo 4, per le ditte grossiste, è stato dato incarico al Nucleo antidroga dei Carabinieri, il quale ha effettuato ispezioni ordinarie e straordinarie, mentre sono in via di organizzazione le ispezioni presso le officine.

2.4. — Con decreto ministeriale del 27 febbraio 1976 è stato costituito il Comitato Tecnico Interministeriale per l'applicazione della disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope ai sensi dell'articolo 8 della legge 685.

2.5. — Il Comitato si è riunito, oltre che per gli adempimenti relativi all'adozione delle tabelle delle sostanze stupefacenti e psicotrope soggette a controllo, come previsto dall'articolo 11, anche per esaminare i parametri per la ripartizione dei fondi alle singole regioni.

2.6. — Il Ministero della sanità ha fornito al Comitato ogni possibile documentazione al fine di identificare problemi e relative soluzioni. Al momento, il Comitato si sta occupando della elaborazione delle schede sanitarie secondo le disposizioni contenute negli articoli 95 e 96.

2.7. — È in corso di allestimento l'elenco delle imprese autorizzate alla produzione, secondo quanto prevede l'articolo 14. I decreti di autorizzazione sono regolarmente comunicati ai vari organi previsti dall'articolo 16.

2.8. — A norma dell'articolo 23 della legge n. 685 è stata istituita la Commissione per l'accertamento e la destinazione degli stupefacenti confiscati o comunque messi a disposizione del

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

Ministero della sanità. La Commissione ha già proceduto all'esame di alcune centinaia di reperti ed ha già effettuato la distruzione di quelli non più utilizzabili. Numerosi reperti sono stati assegnati alle Forze di Polizia ai fini didattici, di addestramento e di ricerca.

2.9. — Non avendo rilasciato finora alcuna autorizzazione alla coltivazione, raccolta e produzione di stupefacenti non è stato attuato il coordinamento — a questo fine — fra Ministero della sanità, Guardia di finanza e Ministero dell'agricoltura e foreste previsto dall'articolo 29.

2.10. — È stato predisposto e distribuito apposito bollettario per la vendita o cessione di sostanze stupefacenti (articolo 38) e sono state concesse autorizzazioni per la ricerca scientifica e per la sperimentazione (articolo 49).

2.11. — Il Ministero, inoltre, effettua prelievi di campioni come disposto dall'articolo 54, per l'effettuazione delle analisi ai sensi del successivo articolo 55.

2.12. — È stato predisposto il registro speciale per il movimento di entrata ed uscita delle sostanze stupefacenti e psicotrope, in ottemperanza all'articolo 60, mentre è in avanzata fase di elaborazione il registro di lavorazione per le fabbriche, elaborazione che sarà conclusa quanto prima.

2.13. — Secondo quanto prevede l'articolo 65, i fabbricanti di materie prime trasmettono i dati al Ministero della sanità ogni trimestre, mentre vengono trasmessi annualmente i dati concernenti l'impiego delle sostanze stupefacenti nella fabbricazione di specialità medicinali e galenici.

2.14. — Il Ministero della sanità ha provveduto alla nomina di propri rappresentanti in seno ai Comitati regionali per la prevenzione delle tossicodipendenze, a norma dell'articolo 91; ma al 7 marzo 1977 solo due di essi risulta siano stati convocati, precisamente dalla Regione Liguria e dalla Regione Emilia-Romagna. Il Ministero ha comunque rivolto un sollecito alle altre Regioni.

2.15. — È stata elaborata, da parte del Ministero della sanità, una convenzione tipo per la utilizzazione di enti ausiliari, così come previsto dall'articolo 94.

2.16. — Lo schema di convenzione è stato inviato, con apposita circolare del febbraio 1977, alle Regioni.

Con la possibilità di stipulare convenzioni con enti ausiliari si ritiene che possano essere favorite le attività di recupero sociale, con la supervisione dei Centri di assistenza medica e sociale, nell'ambito della rete di attività socio-sanitarie delle comunità.

2.17. — Si stanno approfondendo, con i vari organismi interessati, i problemi posti dall'articolo 95 e 96, riguardanti il diritto dell'utente dei servizi socio sanitari a chiedere e a mantenere l'anonimato. Si pensi agli inconvenienti amministrativi che possono derivare dal rifiuto di dichiarare le proprie generalità da parte di un tossicodipendente che chieda interventi di pronto soccorso o al fatto che un tossicodipendente chieda assistenza in più Centri.

In proposito il Ministero di grazia e giustizia ha dato una interpretazione funzionale del concetto di anonimato. Sul problema si pronuncerà ancora il Comitato Tecnico Interministeriale.

### 3. — GLI ADEMPIMENTI DEGLI ALTRI MINISTERI

3.1. — In merito al trattamento dei detenuti abitualmente dediti all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope (articolo 84), premesso che il legislatore ha inteso non isolare il tossico-dipendente, ma assicurargli l'assistenza specifica per la cura e per la successiva riabilitazione, il Ministero di grazia e giustizia è orientato verso provvedimenti di ricovero ospedaliero esterno, con carattere d'urgenza in caso di intossicazione acuta e di sindrome da astinenza.

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

Esistono perplessità circa la istituzione di reparti per tossicomani, che qualificherebbero l'intervento come ulteriore forma di emarginazione verso soggetti che, a causa della emarginazione stessa, si sono avviati verso l'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Infine, per quanto riguarda i detenuti, attraverso una serie di contatti con il Ministero di grazia e giustizia è risultato evidente che il problema dei tossicodipendenti non può essere avulso dal contesto della riorganizzazione del servizio sanitario penitenziario, come previsto dalla legge 26 luglio 1975, n. 354 concernente norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione e misure privative e limitative della libertà personale. I problemi che in proposito emergono sono complessi e di non facile soluzione, soprattutto in rapporto alle risorse disponibili.

Il riferimento alle risorse disponibili non è fatto a caso, ma trova, tra l'altro, conferma nella notevole difficoltà di utilizzare il personale tecnico del Ministero di grazia e giustizia, gli assistenti sociali, specificamente indicato dall'articolo 107 per la istituzione provvisoria di Centri medici di assistenza sociale.

A questo proposito, per la utilizzazione del personale, sono stati contattati gli istituti mutuo-previdenziali.

3.2. — Sono in corso rapporti di collaborazione con il Ministero della pubblica istruzione al fine di programmare una specifica attività di educazione sanitaria nelle scuole. Il Ministero della pubblica istruzione, attraverso l'Ufficio studi e programmazione, ha promosso la costituzione dei Comitati provinciali antidroga presso i Provveditorati agli Studi, ai sensi dell'articolo 85.

Inoltre tale Ministero ha promosso l'organizzazione di due corsi residenziali di aggiornamento per il personale insegnante, da utilizzare presso le Scuole per iniziative concrete e secondo le esigenze che emergeranno dai Consigli di istituto o di Circolo.

3.3. — Per quanto concerne gli aspetti di propria competenza (articolo 89), il Ministero della difesa ha messo a punto e, in parte, attuato, un programma di lezioni e conferenze-dibattito da inserire nei cicli di istruzione previsti per gli allievi delle Accademie e delle Scuole militari per i giovani che prestano servizio di leva, unitamente ad un piano di intervento per l'aggiornamento degli Ufficiali medici che saranno preposti allo svolgimento di tali programmi e conferenze-dibattito.

3.4. — In merito all'azione di prevenzione e di repressione del traffico di stupefacenti e sostanze psicotrope, il Ministero dell'interno ha costituito un ufficio di direzione e coordinamento secondo quanto prevede l'articolo 7.

Nel 1976 le diverse forze dell'ordine, secondo fonti del Ministero dell'interno, hanno denunciato 2.387 persone di cui 1.675 in stato di arresto e 1.164 sono state segnalate al Pretore.

Complessivamente sono stati sequestrati kg. 1.755,207 di sostanze stupefacenti; 22.561 fiale, compresse e dosi; n. 3.128 sieri; 21.063 piante di canapa indiana e n. 1 pianta di oppio.

Inoltre l'Amministrazione per le Attività assistenziali italiane e internazionali ha curato la pubblicazione di un opuscolo di propaganda per operatori sociali, in collaborazione col Ministero della sanità.

3.5. — Fra le iniziative di propaganda contro l'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti è da segnalare la recente emissione, da parte del Ministero delle poste e telecomunicazioni, di due francobolli contro l'uso della droga.

Le iniziative di questo tipo possono essere ampliate e richiedono un coordinamento che può aver luogo nell'ambito del Ministero della sanità.

#### 4. — DATI SUL FENOMENO

4.1. — Le indicazioni epidemiologiche pervenute da parte delle Regioni non sono omogenee, riguardano solo cinque regioni e, pertanto, non consentono alcun'estrappolazione valida. Il numero



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

degli utenti dei centri di queste regioni corrispondono, grosso modo, alle segnalazioni e denunce del periodo precedente l'entrata in vigore della legge. Non si ha, inoltre, alcun elemento circa la durata dello stato di tossico-dipendenza dell'utenza dei centri.

Il Ministero della sanità ha deciso di interpellare uno o più esperti per la valutazione del « numero oscuro » mediante la utilizzazione di mezzi indiretti di conoscenza o mediante indagini per campione fra la popolazione scolastica, in collaborazione col Ministero della pubblica istruzione.

Nel 1976, secondo i dati forniti dal Comando carabinieri antidroga, sono deceduti per assunzione o probabile assunzione di sostanze stupefacenti 31 persone in Italia, di cui 30 di nazionalità italiana e uno di nazionalità spagnola.

Anche in questo caso trattasi di dati che non assumono un significato epidemiologico valido a causa di una distribuzione geografica che non corrisponde alla presumibile maggiore diffusione di droghe pesanti in alcuni grossi centri (Milano, Roma, Napoli).

## 5. — CRITERI PER LA RIPARTIZIONE DEI FONDI

5.1. — In fase di prima attuazione e in mancanza di dati statistici sulla diffusione delle tossico-dipendenze i criteri adottati per la ripartizione dei fondi alle Regioni, discussi ed approvati dal Comitato Tecnico Interministeriale e, successivamente, dal Consiglio dei rappresentanti regionali, fanno riferimento agli elementi demografici, alle classi di età esposte al rischio nei grandi centri con popolazione superiore a 500 mila abitanti fino alle città con 50 mila abitanti. Non va, infatti, dimenticato la stretta correlazione fra l'espansione disordinata delle città, naturale polo di attrazione per le migrazioni interne, e la creazione e l'allargamento di condizioni di emarginazione ed alienazione che determinano l'uso non terapeutico di stupefacenti.

Sono stati inoltre tenuti presenti il numero delle denunce per tossicomanie negli anni 1974 e 1975.

I nuovi criteri per la ripartizione dei fondi dovranno derivare da un'ampia consultazione con le Regioni. Verranno proposte correzioni parziali degli attuali parametri associate ad alcuni carichi assistenziali specifici.

Il ritardo nell'assegnazione dei fondi di cui all'articolo 103 è stato causato, tra l'altro, da difficoltà interpretative, registrate nel corso degli incontri con gli assessori regionali.

La liquidazione dei fondi avverrà non appena ultimata la registrazione dei relativi decreti da parte della Corte dei conti.

## 6. — COLLABORAZIONE CON GLI ORGANISMI REGIONALI

6.1. — Il Consiglio dei rappresentanti regionali, composto dai presidenti e vice-presidenti dei Comitati regionali previsto dall'articolo 10 è stato convocato per la determinazione ed approvazione dei criteri di ripartizione dei fondi (articolo 103) e per discutere lo schema di convenzione con gli enti ausiliari (articolo 94), nonché per esprimere il parere sulla scheda di rilevamento statistico proposta dal Ministero, a norma dell'articolo 104.

Si è proposta una scheda per la prima segnalazione, una per l'aggiornamento quadrimestrale sull'andamento delle cure e, infine, una terza scheda per le notizie concernenti la fine del trattamento e l'abbandono del medesimo.

Sulla base di tali schede, le segnalazioni dovrebbero confluire parallelamente ai Comitati regionali e al Ministero della sanità, stante l'urgenza, per quest'ultimo, di conoscere l'entità reale del fenomeno e la sua dinamica.

Parallelamente le Regioni possono effettuare indagini più approfondite anche in occasione dei rapporti semestrali al Ministero della sanità.

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

Tuttavia si rileva che, al momento, non tutte le Regioni hanno costituito i Comitati regionali, così come molte Regioni non risultano organizzate per provvedere all'elaborazione dei dati.

Si rimanda all'apposito allegato per notizie dettagliate circa la costituzione dei Comitati, l'individuazione dei Centri provvisori e il funzionamento dei Centri di assistenza.

Circa le segnalazioni pervenute dall'autorità giudiziaria, contenendo le stesse dati non omogenei, non è possibile procedere alla elaborazione. Sono in atto intese per l'adozione di un modello unificato di rilevazione che consenta una elaborazione tempestiva e una puntuale utilizzazione dei risultati.

## 7. — NORME TRANSITORIE E RUOLO DEL MINISTERO DELLA SANITÀ

7.1. — In merito al disposto dell'articolo 107 concernente la norma transitoria, premesso che il Ministero della sanità è intervenuto affinché le Regioni provvedessero agli adempimenti di propria competenza e tenute presenti le oggettive difficoltà che presenta un problema tanto complesso, occorre fare alcune precisazioni.

In particolare, per quanto attiene l'utilizzazione degli assistenti sociali del Ministero di grazia e giustizia e degli Istituti mutuo-previdenziali, l'articolo sopracitato appare di difficile applicazione, come emerso dai primi mesi del 1976 a seguito di specifici incontri con le amministrazioni ed enti interessati. Infatti il carico di lavoro degli assistenti sociali dell'Amministrazione della giustizia è, allo stato attuale, tale da non permettere una loro utilizzazione presso i Centri provvisori.

D'altra parte è doveroso sottolineare come i problemi riguardanti la prevenzione, la cura e la riabilitazione dei tossico-dipendenti richiedano una specifica e non improvvisata preparazione e sensibilizzazione degli operatori e delle strutture relative, così come è altrettanto vero che il Ministero della sanità è privo di organi periferici in grado di gestire i centri provvisori.

Altro fatto da ricordare in questa sede è il recente ricorso della Provincia di Bolzano alla Corte costituzionale avverso l'articolo 107 della legge 22 dicembre 1975, n. 685; per cui, anche avuto riguardo a tale fatto, oltre che alle precedenti considerazioni, risulta prevalente, da parte del Ministero della sanità, un ruolo di indirizzo e coordinamento rispetto alle Regioni.

## 8. — CONSIDERAZIONI GENERALI SULLA DIFFUSIONE DELL'USO DI STUPEFACENTI

8.1. — Il fenomeno dell'assunzione di sostanze stupefacenti e psicotrope ha notoriamente assunto proporzioni notevoli a tutti i livelli, internazionale e interno. D'altra parte i trafficanti di droga dispongono di una organizzazione eccezionalmente dotata, capace di fronteggiare l'impegno e il sacrificio delle forze di polizia e dei nuclei antidroga dei Carabinieri.

Ma, al di là degli aspetti più strettamente speculativi e commerciali, collegati all'uso e alla diffusione della droga, risulta sempre più urgente e pressante prendere coscienza delle drammatiche conseguenze che tale fenomeno è destinato ad avere fra i giovani e fra i ragazzi. Essi sono i più esposti a diventare vittime del circuito che, da consumatori occasionali, può trasformarli progressivamente in tossico-dipendenti e in piccoli spacciatori, al fine di procurarsi le sostanze da assumere direttamente.

Ma per proporre un adeguato piano d'intervento preventivo, oltre che curativo e riabilitativo, è opportuno domandarsi perché i giovani, purtroppo in numero crescente, assumano sostanze stupefacenti o psicotrope. La risposta che viene avanzata da psicologi, esperti, sociologi, educatori è ormai univoca: l'emarginazione, l'insoddisfazione, in tutte le sue forme e manifestazioni.

È, dunque, su quest'ultimo, sulle sue cause e sulle sue componenti che occorre incidere con una presa di coscienza lucida e vigorosa da parte di tutti, oltre che degli organi più direttamente impegnati; attraverso un discorso che investe la famiglia, la scuola, il lavoro, la società.

Altrimenti non si arriverà alla radice del fenomeno; e i mezzi predisposti risulteranno sempre insufficienti e improduttivi.

È appena il caso di rilevare che la risoluzione dei problemi della disoccupazione giovanile può, di per sé stessa, costituire una forma di prevenzione primaria; così come, d'altra parte, la carenza quantitativa e qualitativa di personale sanitario non medico e di addetti ai servizi sociali può diventare occasione di prospettive occupazionali che non siano intraviste solamente per la copertura del bisogno economico, ma partano da una motivazione etico-sociale più ampia, cioè di un servizio nella comunità e per la comunità.

Ma tale presa di coscienza, per essere realmente efficace, non deve dissolversi in un sociologismo vago e ultrapermissivo, bensì concorrere a una concreta riaffermazione dei valori e della tutela della persona umana e all'avvento di una società più limpida, più attenta ai bisogni dei singoli e della collettività, alimentata da una costante tensione ideale e morale.

8.2. — L'attività di prevenzione dall'emarginazione, alla luce dei processi di socializzazione primaria e secondaria, passa attraverso la mobilitazione degli enti locali, unitamente agli organi istituzionalmente proposti all'educazione e alla formazione dei giovani, la scuola e la famiglia anzitutto.

Non bisogna dimenticare, infatti, che esiste un problema di vaste dimensioni, soprattutto nei grandi agglomerati urbani: quello delle infrastrutture educative-culturali e per il tempo libero dei giovani. Oggi scarseggiano luoghi di ritrovo per ragazzi e giovani ove sia possibile impegnare gli stessi in processi di socializzazione, che sollecitino concreti momenti formativi, che vanno dalla partecipazione attiva all'auto-gestione. Si tratta di promuovere lo sviluppo della personalità, attraverso un insieme di rapporti capaci di educare alla responsabilità ed alla piena autonomia, mettendo in atto un processo di effettiva maturazione psico-sociale.

In questa direzione si stanno muovendo le Regioni, promuovendo, da un lato, l'istituzione delle unità sanitarie locali e dei consultori familiari fra i servizi sociali a disposizione della comunità; e, dall'altro, la istituzione programmata dei centri socio-educativi polivalenti, a livello di quartiere per le grandi città, coinvolgendo comuni, province e comprensori.

8.3. — Per quanto concerne la competenza specifica del Ministero della sanità, la prevenzione e la lotta all'uso non terapeutico di stupefacenti va inquadrata nel più vasto problema dell'educazione sanitaria della popolazione, che deve trovare nelle famiglie, negli asili, nelle scuole di ogni ordine e grado e nella stessa Università, validi ed efficaci punti di riferimento.

Ad esempio, sono noti i problemi collegati all'uso e all'abuso di barbiturici e di tranquillanti mediante i quali si stabilisce una dipendenza psichica, quando non è anche fisica, molto forte.

Una particolare attenzione deve, inoltre, essere dedicata all'abuso dell'alcool e alle conseguenze che tale abuso può avere, oltre che sugli individui, sulla stessa società. In altri termini la formazione di una adeguata educazione sanitaria deve coinvolgere, attraverso un piano sincronizzato e finalizzato, tutti i mezzi di comunicazione di massa, che vanno dalla TV, al cinema, ai quotidiani, con la corresponsabilizzazione delle Regioni e degli Enti locali, affrontando il problema delle tossicomanie in un contesto psico-socio-culturale più ampio e più complesso.

Non a caso il Ministero ha posto allo studio indirizzi concreti di assistenza medica e di supporto sociale per gli alcoolisti in adesione all'articolo 90 della legge n. 685; articolo che, estendendo la rete di assistenza ai farmacodipendenti, sollecita esperienze nuove e alternative ai trattamenti di emergenza per le tipiche complicanze psichiatriche e mediche dell'alcoolismo.

Occorre, infine, dare sviluppo a forme di comunità terapeutiche non tradizionali e agevolare le iniziative di gruppi che si pongono, con competenza tecnica, nello spirito di servizio per la comunità.

8.4. — Per una adeguata azione di riabilitazione, oltre che di prevenzione e cura, occorre — dunque — una rigorosa riconsiderazione di tutto il fenomeno, delle sue cause e delle sue conseguenze; visto che, tra l'altro, esso ha assunto e assume dimensioni e caratteristiche comuni, anche su scala internazionale.

A tal fine occorre coinvolgere e corresponsabilizzare professionisti di altre discipline fra cui, oltre all'assistente sociale, di cui parla la legge n. 685, psicologi, sociologi e educatori; nella convinzione che, solo attraverso un apporto interdisciplinare, potranno emergere indicazioni valide per il legislatore, per gli amministratori, per gli operatori socio-sanitari e per la comunità nel suo insieme.

Un altro contributo alla chiarificazione dei drammatici problemi collegati all'uso e all'abuso di stupefacenti potrà venire dal dibattito, tuttora aperto, e riguardante le differenze tra le droghe. Su tali differenze si basa la tesi, sostenuta da taluni, favorevole alla liberalizzazione delle cosiddette « droghe leggere ». Senza anticipare conclusioni e orientamenti definitivi, va tuttavia rilevato che esiste una notevole differenza fra il consumo *saltuario* di prodotti della cannabis o canapa indiana — (marihuana e haschich) — e l'uso, spesso associato, di narcotici, anfetaminici, barbiturici e psicofarmaci.

\* \* \*

I dati forniti e le considerazioni svolte dimostrano come il problema della droga richieda un esame e una verifica costanti e rigorosi, per fornire strumenti sempre più validi e veritieri di orientamento e di giudizio, sia agli operatori che all'opinione pubblica; e come si rendano sempre più necessari interventi a carattere *globale e unitario* in grado di fare leva e di mobilitare non solo le *strutture* ma anche le *coscienze*; se è vero, come è vero, che l'obiettivo resta l'uomo, la persona umana, la sua affermazione e la sua integrità, nonché la *possibilità* di meglio concorrere al bene comune.

## INDICE DEGLI ALLEGATI

1. — Legislazione regionale in attuazione dell'art. 91 della legge 22 dicembre 1975, n. 685.
2. — Dati provvisori sull'organizzazione regionale nel campo della droga.
3. — Circolare n. 46 - Ministero della Pubblica Istruzione - Oggetto: Diffusione dell'uso di droghe tra i giovani - Strumenti per la prevenzione indicati nella legge n. 685 del 22 dicembre 1975, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 342 del 30 dicembre 1975.
4. — Lettera n. 1/41673 - Ministero della Difesa - Gabinetto del Ministro - Oggetto: Attività previste dall'articolo 89 della legge n. 685/1975.
5. — Appunto n. 771024/A Gen. - Ministero Grazia e Giustizia - Direz. Gen. Ist. Prevenz. e Pena - Oggetto: Articolo 84 legge 22 dicembre 1975, n. 685: trattamento dei detenuti abitualmente dediti all'uso di sostanze stupefacenti.
6. — Schema tipo di convenzione fra Regione - Ente Ausiliario.
7. — Scheda A - Inizio trattamento/aggiornamento.
8. — Scheda B - Fine trattamento.
9. — Lotta contro il traffico degli stupefacenti.
10. — Amministrazione per le Attività Assistenziali Italiane e Internazionali - Ministero della Sanità: Contributi conoscitivi e orientamenti pratici sul tema della droga.

« LEGISLAZIONE REGIONALE IN ATTUAZIONE DELL'ART. 91  
DELLA LEGGE 22-12-1975 N. 685 »

LEGGI PUBBLICATE

*Regione Lazio*

- Legge regionale 30 luglio 1976  
« Prevenzione, cura e riabilitazione dell'alcoolismo e delle tossicodipendenze ».

*Regione Campania*

- Legge regionale 4 marzo 1977, n. 18  
« Prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza da stupefacenti e sostanze psicotrope ».

LEGGI IN CORSO

*Regione Sardegna*

- Legge regionale 15 aprile 1976  
« Istituzione del Comitato regionale per la prevenzione delle tossicodipendenze in attuazione dell'articolo 91 della legge 22 dicembre 1975, n. 685 ».

*Regione Piemonte*

- Legge regionale 24 febbraio 1977  
« Norme urgenti di attuazione della prevenzione e dell'intervento verso le tossicodipendenze e l'alcoolismo ».

*Regione Siciliana*

- Disegno di legge n. 159 recante « Istituzione del Comitato regionale per la prevenzione delle tossicodipendenze, in attuazione dell'articolo 91 della legge 22 dicembre 1975, n. 685 ».

DATI PROVVISORI SULL'ORGANIZZAZIONE REGIONALE NEL CAMPO  
DELLA DROGA

## PIEMONTE

Esiste dal 1973 un centro antidroga presso l'Ospedale di Vercelli, istituito ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 249.

Sono stati individuati per l'intervento provvisorio di cui all'articolo 107, n. 10 ospedali nella Regione.

Operano inoltre: il Gruppo Abele Comunità Terapeutica: ha una sede in via S. Teresa 23, Torino - tel. 513474 e una Comunità a Rivalta (Via Roma 9) in frazione S. Grato - S. Candido ed a Murisengo (Alessandria); il Centro Italiano di Solidarietà diretto da Don Rino Bianchi ad Alluvioni (Alessandria) tel. 84198.

L'assistenza viene fornita dai Centri di Igiene Mentale, identificati provvisoriamente come centri medici di assistenza sociale.

## VALLE AOSTA

È stato formato il Comitato regionale, ma non sono state adottate iniziative.

## LIGURIA

Sono state evidenziate le strutture ospedaliere previste dall'articolo 107 IV comma. Il Consiglio regionale ha deliberato l'istituzione del Comitato regionale e ha, quindi, deliberato la istituzione provvisoria di 1 Centro medico e di assistenza sociale.

## LOMBARDIA

Sono stati individuati gli ospedali di cui al IV comma dell'articolo 107. Non risulta costituito né indicato alcun centro medico e di assistenza sociale.

È stato istituito il Comitato regionale che ha cominciato a funzionare ma non sono pervenuti rapporti. Sin dal febbraio 1976 sono stati identificati 32 Ospedali per l'assistenza di urgenza sotto la supervisione di équipes mobili.

A Milano, comunque, risultano funzionanti: 4 Centri pubblici (Centro Aiuto Drogati - prof. Madeddu, Via Apollodoro 5 - tel. 715151 - Centro di Igiene Mentale - prof. Garavaglia, Via Pancrazi 10, tel. 347334, Centro presso il Padiglione Guardia II del Policlinico (prof. Cazzullo); Centro di Pronto Intervento neuropsichiatrico dell'Amministrazione Provinciale, prof. De Majo, Via Assietta, tel. 6452913.

Funziona, inoltre, un Centro del C.I.S. (Centro Italiano Solidarietà) Piazza Wagner 2, tel. 487443.

A Como il Reparto di Neurologia presso l'Ospedale Civile svolge da tempo attività, oltre ad un Centro Aiuto Drogati - Ass. Soc. Cavicchia, Via Quadrio 11 e sede in Via dei Mille.

A Bergamo il C.I.S. è organizzato da suor M. L. Carisconi, Via Quintino Alto 31, tel. 247079, mentre a Brescia lo stesso C.I.S. ha sede in Via Berardo Maggi 37, tel. 280505.

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

A Pavia è attiva la Casa del Giovane, Viale Libertà 23, tel. 29630.

A Limbiate (Pavia) opera un Centro presso l'Ospedale Antonini mentre a Milano esiste il Centro Tossicologico Beccaria.

## EMILIA ROMAGNA

Il Consiglio regionale ha costituito i centri medici e di assistenza sociale (tanti centri quante sono le province più i centri di Cesena e Rimini).

Essi vengono aggregati ai rispettivi Consorzi socio-sanitari territoriali.

Inizialmente sono stati identificati come centri i servizi di Igiene Mentale: i più attivi risultano quelli di Forlì; Modena (Via Cardarelli), Reggio Emilia (Via Racchetta 5), Ravenna (Via Guaccimanni 3), Bologna con otto centri.

Fra i centri volontari, attivo è quello di Cesena, Via Chiaramonti 12, tel. 25026 e di Parma, Via Università 10, tel. 38611.

## VENETO

A tutt'oggi l'Assessorato Sanità ha proposto la istituzione di un centro medico e di assistenza sociale con sede nell'Assessorato stesso e decentramento dei servizi alle province.

È stato costituito il Comitato regionale che ha già approvato il proprio regolamento.

Sono stati individuati, in due fasi successive, i reparti ospedalieri per il ricovero dei tossicodipendenti.

I Centri che risultano funzionanti sono: il Reparto neurologico dell'Ospedale Civile di Vicenza ed un altro presso l'Ospedale Psichiatrico di Verona.

Il C.I.S., Corso Cavour 31, Verona, tel. 594040; Comunità terapeutiche a Via Campofiore 58, a Via S. Paolo 16; Comunità S. Giuseppe Via S. Zeno; Comunità di Borgonuovo; Comunità del quartiere S. Lucia.

## FRIULI-VENEZIA GIULIA

La giunta regionale ha provveduto alla nomina dei membri dei Centri medici che fanno capo presso gli enti ospedalieri regionali di Udine e Trieste.

A Trieste funziona un centro C.I.S., Via Marconi 11, tel. 51566, mentre il terremoto ha creato notevoli difficoltà al centro di Udine, Via Pontebba 26, tel. 480779.

## TRENTINO ALTO ADIGE

Bolzano: è stato istituito provvisoriamente un centro medico e di assistenza sociale a Bolzano, Via Alto Adige 20.

Trento: l'assessore alla sanità ha inviato agli enti ospedalieri e agli Ufficiali sanitari una circolare avente per oggetto: individuazione ed attuazione degli obblighi sanitari in ottemperanza ai titoli X e XI ed in particolare agli articoli 90 e 107 della legge 685.

Ha istituito il Comitato provinciale ed ha in corso una vasta indagine che comprende l'intera problematica della condizione giovanile.

Il Centro Antidroga, Vicolo S. Maddalena 22, tel. 83622 è stato individuato come centro ex articolo 107.



## TOSCANA

Sono stati approvati il Regolamento e la composizione del Comitato. Struttura ospedaliera: servizio di Tossicologia dell'Ospedale S. Maria Nuova di Firenze; Ospedale Careggi di Firenze.

Strutture territoriali: servizi di igiene mentale delle Province di Firenze, Pisa, Livorno, Arezzo e Lucca.

Inoltre, pratica assistenza anche il centro di Montecatini, Via Manin 22.

Il C.I.S. ha un centro a Grosseto, Via Garibaldi, tel. 22544; a Livorno, Parrocchia S. Matteo, Via Provinciale Pisana 55, tel. 409141 ed a Lucca, Pietro Micheli, Via del Giardino Botanico telefono 35181.

Risulta anche un Centro privato a Livorno, Via Grande 143.

## UMBRIA

La Giunta regionale ha individuato i centri nei C.I.S. di Perugia e Terni in via provvisoria e negli ospedali provinciali degli stessi capoluoghi.

Non risulta costituito il Comitato regionale.

Funziona un centro C.I.S. a Maiano di Spoleto, tel. 28254.

## MARCHE

È in corso la costituzione del Comitato regionale e la istituzione di Centri; presso il Centro di rianimazione degli Ospedali Riuniti di Pesaro è istituito un punto di pronto soccorso - il C.I.S. ha sede in Viale Trieste, tel. 32701 ed ha una comunità terapeutica in Via del Seminario 12, telefono 61100.

## LAZIO

Istituiti i centri medici e di assistenza sociale: sono il centro delle malattie sociali del Comune di Roma ed il Centro per la tossicosi da stupefacenti dell'Università di Roma.

Il Centro per le malattie sociali del Comune, Via Merulana n. 121, è stato suddiviso in quattro sezioni periferiche integrate nelle strutture di base: tuttavia il metadone viene somministrato solo al centro di Via Merulana 121, tel. 736796.

Funzionano inoltre: un ambulatorio presso l'Università Cattolica, presso l'Ospedale S. Camillo, e presso la II Cattedra di Farmacologia dell'Università di Roma. La Clinica Psichiatrica svolge consulenza per il V Padiglione del Policlinico. Gli altri ospedali identificati dalla Regione sono il S. Camillo, il S. Filippo, il S. Eugenio, il S. Giovanni e il S. Giacomo.

È ben noto il Centro Italiano di Solidarietà, Piazza Cairoli 118, tel. 659469 che svolge azione di supporto sociale e di indirizzo, oltre che di propaganda.

Al Tufello ha svolto attività oltre che di propaganda anche di assistenza un Centro di Cultura. La Regione intende dare sviluppo all'attività di detti centri.

## MOLISE

Non istituiti i centri medici.

È in corso la costituzione del Comitato regionale.

## ABRUZZO

Non indicati i centri. È in corso la costituzione del Comitato regionale.

## CAMPANIA

Istituiti i Centri presso la Cattedra Psichiatrica e presso Istituti di Medicina Legale, Università di Napoli.

Tuttora non è formato il Comitato regionale. Il Centro di Via Miraglia 2 nel 1976 ha assistito 114 tossico-dipendenti ed il secondo una sessantina.

## BASILICATA

Non istituiti i centri. È in corso la costituzione del Comitato regionale.

## SARDEGNA

Non istituiti i centri. Ha iniziato i propri lavori il Comitato regionale che sta istituendo un centro a Cagliari e discutendo intorno alla opportunità di un secondo centro a Sassari.

## PUGLIA

Il Centro di assistenza di cui all'articolo 107 della legge n. 685 è presso l'Istituto di Medicina Legale, Università, tel. 258815. Non sono pervenute altre notizie circa la costituzione del Comitato regionale.

## CALABRIA

Servizi Ospedalieri: divisione di medicina generale degli Enti Ospedalieri: « A. Pugliese di Catanzaro », « Annunziata di Cosenza », « Ospedali Riuniti di Reggio Calabria ».

Servizi territoriali: C.I.M. Provincia di Catanzaro: Catanzaro C.I.M. Provincia di Cosenza: Cosenza.

Dispensari di Igiene Mentale di Taurianova e di Locri.

## SICILIA

Individuati servizi ospedalieri.

L'Amministrazione provinciale di Palermo ha in corso di apertura un centro, mentre la Regione ha individuato nei centri di Igiene mentale, i centri provvisori ed ha egualmente individuato i reparti ospedalieri per il ricovero.

MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE  
Ufficio Studi e Programmazione, O.M.

CIRCOLARE N. 46 - Prot. n. 606

Roma, 14 febbraio 1977

Ai Sigg. Provveditori agli Studi  
LORO SEDI

Ai Presidenti dei Comitati Provinciali  
costituiti ex art. 85 della legge 685  
LORO SEDI

Al Sig. Sovrintendente Scolastico  
per la Scuola in lingua Italiana  
BOLZANO

Al Sig. Sovrintendente Scolastico  
per le Scuole di lingua Tedesca  
BOLZANO

Al Sig. Intendente Scolastico  
per le Scuole delle Località Ladine  
BOLZANO

Ai Sig. Sovrintendente Scolastico  
per la Valle D'Aosta  
AOSTA

*e p.c.* Al Ministero dell'Interno - Gabinetto  
R O M A

Al Ministero della Sanità - Gabinetto  
R O M A

Ai Sigg. Direttori Generali e Capi  
degli Ispettorati e Servizi  
MINISTERO

*e p.c.* Agli On.li Presidenti delle Giunte  
Regionali

LORO SEDI

Ai sovrintendenti Scolastici Regionali  
e Interregionali

LORO SEDI

**Oggetto:** DIFFUSIONE DEL'USO DI DROGHE TRA I GIOVANI - STRUMENTI PER LA PREVENZIONE INDICATI  
NELLA LEGGE N. 685, DEL 22 DICEMBRE 1975, PUBBLICATA NELLA GAZZETTA UFFICIALE N. 342  
DEL 30 DICEMBRE 1975.

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

In risposta a quesiti pervenuti a questo Ministero, in ordine ai compiti dei Comitati costituiti ai sensi di cui all'articolo 85 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, si precisa quanto segue.

Premesso che la legge ha demandato ai Comitati provinciali il compito di *studiare, programmare e ricercare* i modi e i mezzi che consentano alla scuola di attuare un efficace intervento, al livello degli insegnanti, degli alunni e delle relative famiglie, contro la diffusione dell'uso della droga, si ritiene che tale funzione orientativa non possa prescindere dalla realtà ambientale nella quale i Comitati e la scuola sono chiamati a operare.

Nella diversificazione, pertanto, che caratterizza, anche sotto questo aspetto, le condizioni sociali, culturali ed economiche delle singole aree territoriali del nostro Paese, l'attività dei Comitati non può ispirarsi a criteri rigidamente uniformi. Senza, perciò voler precludere l'opportuna libertà di iniziativa dei Comitati, si suggeriscono, a titolo indicativo e nell'ambito delle finalità istituzionali previste dalla legge, alcune iniziative che possono essere valide nella generalità delle condizioni ambientali.

1. Per l'indagine sulla realtà provinciale per ciò che riguarda la diffusione e l'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope nella scuola, sul numero e sulla causa degli abbandoni della scuola da parte dei ragazzi, stabilire contatti frequenti:

a) con tutti gli operatori scolastici, a tutti i livelli, da quelli della scuola materna a quelli delle scuole secondarie di secondo grado (direttori - presidi - presidenti dei consigli di circolo e di istituto);

b) con tutti gli Enti, pubblici, e privati (gruppi volontari) ordini professionali (per es. dei medici, dei farmacisti) che si interessano, a livello provinciale, del problema.

2. Per la raccolta e recensione di quanto si pubblica localmente, soprattutto, ma non esclusivamente, a livello di cronaca quotidiana, dedicare particolare attenzione alla stampa di contro-informazione.

3. Programmare interventi educativi — preventivi — informativi ai vari livelli di docenti, genitori e alunni, tenendo conto anche delle richieste e delle necessità più urgenti che emergono via via dalle indagini di cui al punto 1.

4. Reperire persone qualificate e disponibili per un'opera volontaria di attuazione del programma di cui al punto 3.

5. Coordinare l'attività con il Comitato regionale previsto dal Titolo X della legge 685, dove sia stato già costituito. È opportuno che sia inviata al Ministero la relazione delle iniziative più interessanti delle quali si darà notizia nel bollettino informativo che verrà compilato periodicamente a cura del Servizio anti-droga al fine di consentire un utile scambio di esperienze.

Si ritiene di dover raccomandare, anche là dove non fosse emersa, per ipotesi fortunata, una casistica allarmante della diffusione della droga, l'impostazione di una azione preventiva alla quale la scuola — per le sue stesse finalità istituzionali — deve dare un adeguato contributo.

Appare, tuttavia, evidente che anche nello svolgimento di codesta opera si impone l'esigenza di tener conto dei diversi livelli di sviluppo psicologico dei giovani per non correre il rischio di suscitare curiosità morbose che potrebbero addirittura alimentare il desiderio di sperimentare l'uso della droga.

Si ricorda, a tal riguardo, che la stessa legge propone la trattazione del delicato problema nel quadro di una responsabile educazione sanitaria per concorrere alla formazione completa della personalità dei giovani.

Per quanto riguarda la richiesta di fondi questo Ministero cercherà di assicurare i finanziamenti per i corsi di aggiornamento, tra i quali privilegerà i corsi non residenziali.

Le richieste di detti corsi dovranno pervenire almeno due mesi prima del loro svolgimento.

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

Condizione preliminare per ottenere il decreto istitutivo del corso è l'indicazione del:

- a) nome e qualifica del direttore del corso;
- b) nome e qualifica dei docenti e dei moderatori dei gruppi di lavoro;
- c) numero dei partecipanti;
- d) periodo e durata del corso;
- e) programma particolareggiato degli argomenti da trattare;
- f) dettagliato preventivo di spesa.

Altro mezzo per ottenere eventuali finanziamenti, sia pure modesti, può essere quello di programmare ricerche utili a determinare quanto indicato nel punto 1 della presente circolare precisando nella richiesta:

- a) il nome e la qualifica del direttore dell'indagine;
- b) la descrizione della metodologia;
- c) l'area in cui tale indagine verrà effettuata;
- d) le finalità che si propone;
- e) il piano finanziario analitico.

Sarà utile, inoltre, ogni altro elemento diretto a chiarire il tipo di indagine che si intende attuare.

Nell'assolvimento dei compiti sopra indicati e degli altri che si intendono promuovere, questo Ministero sarà disponibile per ogni forma di collaborazione ed assistenza di cui i Provveditori agli Studi e i Comitati provinciali avvertissero la necessità.

Il Ministero, nell'intento di sostenere l'attività dei Comitati provinciali, ha deciso di organizzare due corsi residenziali di aggiornamento da tenersi a Villa Falconieri in Frascati dal 12 al 16 aprile e dal 19 al 23 dello stesso mese. A detti corsi parteciperà un docente per ogni provincia; due, in base alla popolazione scolastica, per i provvedimenti di: Bari, Bologna, Cagliari, Catania, Catanzaro, Cosenza, Firenze, Genova, Milano, Napoli, Palermo, Roma, Salerno, Torino, Venezia.

Si dovrà dare la preferenza a chi abbia partecipato al precedente corso di Frascati, abbia dimostrato concreto interesse al problema, capacità organizzative, e sia disponibile ad eventuale comando da disporre con decorrenza 1° ottobre 1977.

I corsi, di cui si riserva di inviare informazioni più dettagliate, si articoleranno secondo questo programma:

- 1° giorno - dinamica del lavoro di gruppo;
- 2° giorno - psicologia dell'età evolutiva con particolare attenzione ai fattori che possono predisporre alla deviazione;
- 3° giorno - una pedagogia per l'età evolutiva, particolarmente attenta agli alunni in difficoltà;
- 4° giorno - educazione sanitaria. Informazione di carattere farmacologico sulle droghe e sugli effetti dell'assunzione delle stesse. Informazione sulle conseguenze dell'applicazione della legge 685 del 22 dicembre 1975;
- 5° giorno - discussione sul lavoro già attuato nelle province, programmazione dell'attività futura.

Si prega di accusare ricevuta quanto prima o, comunque, non oltre il 5 marzo p.v., restituendo il questionario qui accluso e indicando il nominativo del docente che parteciperà al corso.

IL MINISTRO

ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO DEL COMITATO PROVINCIALE DI STUDIO,  
RICERCA E PROGRAMMAZIONE DI CUI ALL'ART. 85 DELLA LEGGE N. 685

PROVINCIA DI .....

1. — Quando è stato costituito il Comitato? .....
2. — Chi presiede il Comitato? (nome e indirizzo) .....
3. — Nome e indirizzo dei docenti presenti nel Comitato  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....
4. — Quali iniziative sono state prese sul piano preventivo o anche in relazione agli eventuali casi di uso di stupefacenti tra la popolazione scolastica? .....
5. — È stata programmata l'attività per l'anno scolastico in corso? .....
6. — Persone, Enti ordini professionali che assicurano la loro collaborazione .....
7. — Difficoltà incontrate .....
8. — Proposte all'Ufficio Studi e Programmazione Servizio anti-droga .....
9. — Si è costituito il Comitato regionale previsto dall'articolo 90 della legge n. 685? .....
10. — Chi rappresenta la Scuola in seno al Comitato regionale? .....

MINISTERO DELLA DIFESA  
Gabinetto del Ministro

LETTERA N. 1/41673

Al Ministero della Sanità  
ROMA

Oggetto: ATTIVITÀ PREVISTE DALL'ARTICOLO 89 DELLA LEGGE N. 685/1975

Rif.tele n. 500.4/D del 15 dicembre 1976.

In merito a quanto richiesto con il tele in riferimento, si comunica che è stato messo a punto un programma differenziale di lezioni e conferenze-dibattito da inserire nei cicli di istruzione previsti per gli Allievi delle Accademie e delle Scuole Militari e per i giovani che prestano servizio di leva, nonché un piano di indottrinamento preliminare degli Ufficiali Medici che avranno il compito di impartire lo specifico insegnamento ai vari livelli.

In particolare:

a) per gli Ufficiali Medici dirigenti il servizio sanitario delle Accademie, Scuole e Collegi Militari che saranno impiegati per l'indottrinamento degli allievi, è stato tenuto, a cura di Difesan, presso l'Ospedale Militare di Roma, dal 4 al 6 ottobre 1976, un corso informativo sulle tossicomanie con il concorso di docenti militari e civili;

b) per l'indottrinamento dei Tenenti Medici spe frequentatori dei corsi applicativi, degli A.U.C. Medici e degli accademisti dell'A.S.M.I., a cura delle Scuole di Sanità Militare, è stata prevista una opportuna integrazione del programma addestrativo-formativo, da realizzarsi mediante la pianificazione di lezioni e conferenze sulla specifica materia ad opera di docenti militari e civili;

c) per l'indottrinamento dei frequentatori delle Accademie Militari, dell'Accademia Navale, dell'Accademia Aeronautica, delle Scuole A.U.C. e Allievi Sottufficiali d'Arma, del Collegio Militare « Nunziatella » di Napoli, del Collegio Navale « Morosini » di Venezia e del Collegio O.N.F.A. di Cadimare (La Spezia) sono state previste 4 ore di conferenze dibattito per corso o per anno accademico (o scolastico) sulle tossicofilie e tossicomanie (farmacologia e tossicologia; aspetti clinici e psichiatrici, psico-sociali e criminologi; provvedimenti profilattici, terapeutici e riabilitativi), integrate da proiezioni, a cura degli Ufficiali Medici dirigenti il servizio sanitario;

d) per l'indottrinamento dei militari in servizio presso Corpi, Unità ed Aeroporti sono state previste 2 ore di conferenza-dibattito come sopra, da inserire nell'insegnamento di educazione sanitaria previsto per i militari di leva e da integrare con proiezioni e con la distribuzione di un opuscolo illustrativo individuale, a cura degli Ufficiali Medici dirigenti il servizio sanitario.

Nel trattare gli argomenti si è reputato opportuno evitare gli atteggiamenti paternalistici e moralistici, poiché questi stimolano la conflittualità dei giovani per la crisi di autorità nell'ambito delle istituzioni e aggravano quell'atteggiamento di ribellione che è una delle componenti delle attuali motivazioni della « corsa agli stupefacenti ».

Si è ritenuto utile, invece, sottolineare che l'appetizione compulsiva della droga, rappresenta solo una condotta di trasgressione con significato di fuga, di protesta e di ricerca di un sostituto ai conflitti istintivo-affettivi, e come tale dovrà essere non solo chiarita, ma soprattutto separata dagli attributi magici e fantasmatici di cui è ammantata.

In definitiva, si dovrebbe tendere ad arrivare a una organizzazione di propaganda che non abbia solo un carattere semplicemente didattico in cui gli ascoltatori siano una massa passiva, ma che faccia leva sull'attivazione dei giovani verso questo grave problema sociale e non etichetti indiscriminatamente tutti i consumatori di droga come individui non recuperabili sia dal punto di vista medico che sociale.

D'ORDINE DEL MINISTRO

IL CAPO DI GABINETTO



---

LEGISLATURA VII — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

---

MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA  
Direzione Generale per gli Istituti  
di Prevenzione e Pena

Prot. N. 771024/A GEN. - Ufficio XI

Roma, 22 ottobre 1976

Egregio Professore  
CARLO VETERE  
V. Direttore Generale  
Servizio Medicina Sociale  
Ministero della Sanità  
Via Civiltà Romana - Eur  
R O M A

*Oggetto:* ART. 84, LEGGE 22 DICEMBRE 1975, N. 685: TRATTAMENTO DEI DETENUTI ABITUALMENTE DEDITI ALL'USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI.

Rimetto alla S.V., attesa l'impossibilità dell'incontro concordato per il 20 scorso, un breve appunto riguardante l'orientamento che questa Amministrazione intende perseguire in ordine all'applicazione dell'articolo 84 della Legge indicata in oggetto.

Resto in attesa di eventuali richieste di chiarimento.

IL DIRETTORE DELL'UFFICIO XI

## ASSISTENZA AI TOSSICOMANI IN AMBIENTE PENITENZIARIO

Per l'applicazione dell'articolo 84 della Legge 685, relativo al trattamento dei detenuti abitualmente dediti all'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope, si ritiene utile fornire per la soluzione del problema i seguenti elementi.

Preliminarmente sembra evidente che il legislatore si sia preoccupato non tanto di isolare il tossicomane ristretto in un ambiente esclusivo, quanto piuttosto di assicurargli una assistenza efficiente.

a) Per quanto attiene ad un primo aspetto dell'assistenza, quello di ordine clinico diagnostico e farmacoterapeutico, l'attenzione va indirizzata sulla idoneità delle strutture tecnico-organizzative e strumentali sanitarie intramurali, dovendosi prospettare l'eventuale necessità di reparti specializzati solo al momento in cui si riconoscesse l'impossibilità di assicurare un intervento medico efficace attraverso le strutture normali.

Va precisato al riguardo che il tossicomane necessita di trattamento medico in tre circostanze cliniche:

- intossicazione acuta;
- sindrome da astinenza;
- intossicazione cronica e sequele di compromissione d'organo.

*L'intossicazione acuta è fenomeno di breve durata*, che impone un trattamento in ambienti altamente qualificati per terapie di emergenza, fino all'assistenza intensiva di competenza polispecialistica (équipe in servizio continuativo composta da anestesista rianimatore, cardiologo, internista, tossicologo, laboratorista nonché parasanitari specializzati in rianimazione). Di conseguenza, questo aspetto del trattamento medico del tossicomane, non sembra dover influenzare in alcun modo la soluzione del problema del reparto intramurale specializzato, in quanto deve opportunamente orientare il sanitario responsabile verso un *provvedimento di ricovero urgente ospedaliero esterno*.

*La sindrome da assistenza è anch'essa fenomeno acuto*, che implica un pronto soccorso seguito da un trattamento medico continuativo, della durata di pochi giorni.

È un problema di disassuefazione e svezzamento rapido di competenza internistica, che non necessita di attrezzature speciali e consente il rinvio degli altri aspetti dell'assistenza all'atto del superamento della fase acuta.

*Puo e deve essere trattato in un normale reparto di degenza* intramurale di tipo nosocomiale, alla stregua di altre forme morbose acute (salvo casi particolarmente gravi abbisognevole di ricovero esterno); *non giustifica quindi sotto alcun profilo la istituzione di reparti appositi*.

*L'intossicazione cronica è assolutamente aspecifica nelle sue manifestazioni somatiche* ed il relativo trattamento medico non rientra nella qualificazione professionale generale del medico generico, coadiuvato da singoli specialisti.

In conclusione, sia sul piano delle manifestazioni acute delle tossicomanie, sia su quello delle sequele croniche, *non esistono motivazioni mediche per la istituzione di un reparto di degenza specializzato a livello penitenziario*.

Le esigenze maggiori del settore penitenziario riguardano la disponibilità di personale medico e paramedico qualificato e l'attuazione di misure organizzativo-operative, in grado di attuare un efficace coordinamento ed una piena integrazione con le strutture pubbliche alle quali la Legge n. 685 fa carico sia per consulenza medica (nei casi abbisognevole) che per il successivo trattamento clinico (riabilitazione e reinserimento).

b) Il « Reparto tossicomani » sarebbe utilizzato per i soggetti con segni di compromissione cronica di organi ed apparati da abuso di droghe pesanti e per quelli, di gran lunga più numerosi, che

non presentano realmente alcun segno di impegno fisico-vuoi perché dediti all'uso di droghe leggere, vuoi perché hanno superato le sequele organosomatiche dell'uso pregresso di droghe pesanti.

Ciò significherebbe, sul piano concretamente operativo, che il « Reparto tossicomani » non costituirebbe una sezione di ricovero e degenza specializzata per un trattamento medico specialistico, bensì una « sezione riservata » dello stabilimento, caratterizzata dalla categoria di fruitori individuata sulla base dell'uso pregresso e non terapeutico di droghe, *raggruppati e isolati dagli altri detenuti, per ragioni che non riguarderebbero il campo strettamente sanitario e che andrebbero chiarite adeguatamente dai sostenitori della necessità ed utilità del reparto tossicomani.*

Sembra che, qualsivoglia siano le ragioni addotte, abbiano rilievo decisivo le seguenti ulteriori considerazioni:

— un reparto « isolato » crea inevitabilmente un ambiente psicologicamente « inquinato », in cui appare obiettivamente più difficile combattere la spontanea solidarietà e complicità tra tossicomani, e priva i medesimi dei vantaggi di « sblocco » e di « socializzazione » che la convivenza con detenuti normali può produrre;

— non va sottaciuta inoltre la prevedibile e verificata protesta dei detenuti normali, che intravedono nel « reparto tossicomani » un'occasione di trattamento privilegiato del tossicomane stesso, che realizzerebbe un premio per la condizione volontariamente provocata e fruirebbe di attenzioni e riguardi che ad altre categorie di detenuti sani e infermi non vengono elargiti.

Sono considerazioni che trovano qualche fondamento nelle attuali carenze ancora esistenti nel sistema penitenziario e che meritano una riflessione e seria ponderazione, in una visione generale della complessa problematica carceraria;

— l'ipotesi infine che il « Reparto tossicomani », anche se non necessario ai fini di un trattamento strettamente clinico-farmacoterapeutico, possa dimostrarsi utile per assicurare la rapidità e la continuità dell'altro aspetto dell'assistenza e cioè quello psicologico e riabilitativo, si ritiene non abbia fondamento reale, ove si tenga conto che tale assistenza si realizzerà sostanzialmente mediante l'intervento delle strutture pubbliche esterne, secondo frequenze e ritmi di accesso e permanenza in Istituto di personale esterno che vengono studiati e prestabiliti nel quadro di un efficiente coordinamento, e che non possono venire in alcun modo disturbati da una collocazione del fruitore in sezioni comuni od in reparti sanitari ordinari piuttosto che in un reparto specializzato.

c) La dislocazione dei presidi sanitari intramurali, con particolare riguardo per i Centri diagnostico-terapeutici — e per le grosse infermerie — soddisfa pienamente le esigenze di distribuzione territoriale ed estensione comprensoriale, contenute nell'articolo 84.

*In sintesi, le argomentazioni avverso la istituzione di distaccati « Reparti per tossicomani » sono le seguenti :*

1) Non sono giustificati sotto il profilo tecnico-organizzativo-operativo sia nel campo clinico che in quello riabilitativo.

2) *Costituiscono un elemento di confusione di competenze operative*, per l'ostacolo al ricorso al ricovero esterno dei casi acuti (intossicazione, e sindrome grave da astinenza).

3) *Costituiscono un elemento di turbativa socioambientale*, per il malcontento che determina nelle altre categorie di detenuti.

4) *Costituiscono un « ambiente »* — sia pure a livello di trattamento privilegiato — nel quale la categoria di fruitori viene di fatto isolata dalla restante comunità.

5) *Sottraggono di conseguenza all'assistenza riabilitativa i vantaggi della funzione socializzante della convivenza con i detenuti normali.*

6) *Impediscono l'applicazione di un criterio prioritario e selettivo* inteso opportunamente a concentrare sui tossicomani dediti a droghe pesanti le risorse assistenziali disponibili, che finirebbero inevitabilmente disperse su una massa eterogenea di fruitori, per la prevedibile ed irrimediabile spinta appetitiva dei drogati « leggeri ».

7) Il criterio di raggruppamento dei tossicomani in un apposito reparto può recar danno ad altri interessi — familiari del detenuto stesso, disciplinari, giudiziario-processuali etc. — che intervengono nel determinismo dell'assegnazione del detenuto ad uno stabilimento penitenziario; e ciò quando tale concentrazione non appare giustificato da esigenze reali di trattamento.

8) Creerebbero seri inconvenienti nel momento in cui viene ad operarsi l'inserimento del ristretto nella società e quindi la necessità dell'intervento del centro specializzato esterno per la continuazione del trattamento.

Si può quindi affermare che il *tossicomane* — fatta esclusione delle manifestazioni acute di competenza ospedaliera esterna — *deve essere ospitato nelle sezioni comuni o nei reparti ordinari di degenza intramurale di tipo nosocomiale*, dal momento che questa collocazione non reca alcun pregiudizio all'assistenza voluta dal legislatore.

Nella realtà dei fatti, *il punto focale del problema assistenziale* non è tanto un problema di reparti, strumentazioni e strutture specializzate, quanto quello di organizzare un sistema di informazione e formazione di personale, nonché di coordinamento ed integrazione operativa di componenti diverse ma parimenti finalizzate.

Si tratta in altri termini di realizzare un « *Servizio antidroga* » articolato in un *settore centrale* — con compiti normativi e di pianificazione programmata e concertata con le Autorità Sanitarie pubbliche — ed un *settore periferico* — tecnico-operativo —.

L'iniziativa centrale spetta alla Direzione Generale degli Istituti di Prevenzione e Pena d'intesa con il Ministero della Sanità.

L'intervento periferico può concretizzarsi in primo luogo con l'istituzione della figura di un « *medico incaricato del servizio antidroga di istituto* » che rappresenta la proiezione operativa periferica dell'Ufficio del Servizio sanitario penitenziario in esecuzione delle direttive di piano e degli schemi applicativi e con compiti di collegamento con le strutture pubbliche locali.

IL DIRETTORE DELL'UFFICIO XI

## SCHEMA TIPO DI CONVENZIONE FRA REGIONE-ENTE AUSILIARIO

La Regione ..... rappresentata da .....  
e l'Ente denominato ..... rappresentato da .....

.....  
al quale il Consiglio Regionale ha concesso con atto del ..... la possibilità di svolgere attività di cui all'articolo 90 della legge 22 dicembre 1975, n. 385 previo accertamento da parte del Comitato Regionale di cui all'articolo 91.

Stabiliscono quanto appresso:

## Art. 1

L'Ente è autorizzato ai sensi dell'atto del Consiglio Regionale n. .... del ..... ad effettuare i seguenti interventi compresi fra quelli indicati al punto c) dell'articolo 90 della legge succitata, con conseguente esclusione di attività a carattere curativo, le quali sono riservate ai presidi sanitari pubblici e con divieto di detenzione di sostanze comprese nelle tabelle di cui all'articolo 11 della Legge.

## Art. 2

L'Ente svolge dette attività presso i seguenti locali .....  
.....  
con gli orari così prefissati ..... e con il personale qui di seguito indicato e distinto in:

- 1) personale con rapporto di impiego ed attività professionale;
- 2) personale con rapporto di impiego ed attività amministrativa od esecutiva;
- 3) personale professionale con rapporto di consulenza;
- 4) personale volontario.

## Art. 3

L'Ente possiede le seguenti attrezzature distinte in:

- a) sanitarie (di infermeria e di pronto soccorso generico);
- b) scolastiche e di addestramento professionale;
- c) ginnico-sportive;
- d) ricreative;
- e) culturali;
- f) altre.

## Art. 4

Per lo svolgimento da tali attività l'Ente è collegato con il centro medico di assistenza sociale ..... sito in ..... il quale assicura supervisione professionale e controllo tecnico. Detto controllo riguarda anche le qualifiche del personale professionale ed i criteri di selezione dei volontari.

## Art. 5

La Regione contribuisce all'attività dell'Ente mediante una o più delle seguenti forme di intervento economico-finanziario:

- contributo fisso annuo volto alla copertura parziale di spese specifiche quali stipendi, gettoni per consulenti, affitto locali appartamenti od ateliers;
- contributo fisso annuo calcolato sulla base delle statistiche dei tossico-dipendenti assistiti e controllati dal centro medico;
- cessione in comodato o locazione gratuita di locali ed attrezzature;
- corresponsione di tessere tranviarie, biglietti di viaggio per assistenti volontari, fermo restando il principio enunciato dal secondo comma dell'articolo 93;
- rimborso spese viaggio documentate per il personale dell'Ente che partecipa a seminari, convegni e visite di studio nel settore della prevenzione, assistenza e riabilitazione delle tossico-dipendenze, previa autorizzazione della Regione;
- contribuzione alle spese per materiale educativo e divulgativo.

## Articolo 6

Il controllo sull'utilizzazione dei fondi verrà effettuato secondo i principi vigenti in materia in ciascuna regione.

## Art. 7

Il Comitato regionale di cui all'articolo 91 è facultato a promuovere ispezioni ed indagini conoscitive sulle attività dell'Ente in relazione alle finalità della presente convenzione nonché per accertare la congruità degli interventi con gli indirizzi del piano regionale. L'Ente si impegna a trasmettere i dati statistici individuali e generali allo stesso Comitato regionale.

Quest'ultimo rende noti all'Ente gli indirizzi dei Centri e dei reparti ospedalieri individuati dalla Regione nonché fornisce le informazioni statistiche regionali e nazionali.

## Art. 8

Allorquando intervengano modificazioni nella composizione del personale e nelle tecniche impiegate l'Ente le comunica alla regione la quale, a sua volta, valutata la portata delle modifiche stesse, stabilisce se informare o meno il comitato regionale di cui all'articolo 91.

Allorquando si rendano necessarie revisioni nel meccanismo di finanziamento, è necessario sottoporre le proposte medesime al Comitato regionale di cui all'articolo 91.

## Art. 9

La convenzione ha la durata di anni ..... (massimo triennale) a decorrere dal ..... al ..... con tacito rinnovo annuale e possibilità di rescissione fatta (con modalità da stabilire).

Il Consiglio regionale, sentito il Comitato regionale di cui all'articolo 91 e su proposta della regione, può sospendere la validità della convenzione, in caso di esito negativo dei controlli o di gravi inadempienze ed inottemperanze alle indicazioni ed osservazioni formulate dal Comitato regionale.

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

SCHEDA A

## DATI RIGUARDANTI IL TRATTAMENTO

## 1. COGNOME, NOME E INDIRIZZO DEL SANITARIO COMPILATORE:

.....  
 Tesserino Ordine dei Medici n° ..... della Provincia di .....

2. AMBITO IN CUI È PRATICATO L'INTERVENTO: 

- |                                     |                            |
|-------------------------------------|----------------------------|
| 1 = ambulatorio pubblico            | 4 = studio privato         |
| 2 = ospedale (ricovero)             | 5 = domicilio del soggetto |
| 3 = istituto di pena o rieducazione | 6 = altri                  |

DENOMINAZIONE E INDIRIZZO DEL CENTRO DI TRATTAMENTO:

.....

## 3. DATA DI AMMISSIONE ALLA TERAPIA:

gior. mese anno (ultime due cifre)

4. TRATTASI DI SCHEDA DI: 

- 1 = prima ammissione  
 2 = riammissione  
 3 = aggiornamento quadrimestrale

NOTE: .....

## 5. TIPO DI TERAPIA:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 = disintoss. a dosi scalari      | <input type="checkbox"/> 6 = terapia familiare                     |
| <input type="checkbox"/> 2 = mant. con metadone o similari  | <input type="checkbox"/> 7 = altre psicoterapie                    |
| <input type="checkbox"/> 3 = terapie psicofarm. di appoggio | <input type="checkbox"/> 8 = comunità terapeutica                  |
| <input type="checkbox"/> 4 = psicoterapia individuale       | <input type="checkbox"/> 9 = interventi di tipo prevalent. sociale |
| <input type="checkbox"/> 5 = psicoterapia di gruppo         | <input type="checkbox"/> 10 = altri                                |

NOTE: .....

6. MODALITÀ DI AMMISSIONE AL TRATTAMENTO: 

- 1 = cura volontaria (articolo 95, primo comma)  
 2 = segnalazione da parte del medico (art. 95, pen. comma; art. 96, primo comma)  
 3 = segnalazione semplice da parte della polizia giudiziaria (articolo 96, 3° comma)  
 4 = accompagnamento da parte della polizia giudiziaria per intossicazione acuta (articolo 96, quarto comma)  
 5 = segnalazione da parte dell'autorità giudiziaria in caso di assoluzione ex articolo 80 (articolo 6°, penultimo comma)  
 6 = segnalazione da parte dell'autorità giudiziaria in caso di sospensione condizionale della pena (articolo 96, ultimo comma)  
 7 = cura coatta disposta dall'autorità giudiziaria (articolo 100; per la provenienza della segnalazione, specificare nelle « note »)  
 8 = altre

NOTE: .....

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

## DATI RIGUARDANTI LA FAMIGLIA DI PROVENIENZA

7. SITUAZIONE ATTUALE DEI GENITORI: 

01 = genitori sposati  
 02 = genitori separati  
 03 = genitori divorziati  
 04 = genitori mai sposati  
 05 = padre deceduto

06 = madre deceduta  
 07 = genitori deceduti  
 08 = padre sconosciuto  
 09 = madre sconosciuta  
 10 = genitori sconosciuti

8. NUMERO COMPLESSIVO DI FRATELLI E SORELLE: (00 = nessuno) 

9. PROFESSIONE ATTUALE:

1. del padre (specificare per esteso) .....

2. della madre (specificare per esteso) .....

10. GRADO DI ISTRUZIONE DEL PADRE: GRADO DI ISTRUZIONE DELLA MADRE: 

01 = analfabeta  
 02 = elementare senza diploma  
 03 = elementare con diploma  
 04 = media inferiore senza diploma  
 05 = media inferiore con diploma

06 = media superiore senza diploma  
 07 = media superiore con diploma  
 08 = università senza diploma  
 09 = università con diploma  
 10 = altri

11. SITUAZIONE OCCUPAZIONALE DEL PADRE: SITUAZIONE OCCUPAZIONALE DELLA MADRE: 

1 = disoccupato/a  
 2 = occupato/a saltuariamente

3 = occupato, ma sottoccupato rispetto alla propria qualif. professionale  
 4 = occupato

12. VI È STATA EMIGRAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE? (1 = sì; 2 = no) 13. GIUDIZIO DEL PAZIENTE SULLE CONDIZIONI SOCIOECONOMICHE DELLA FAMIGLIA DI PROVENIENZA: 

1 = ottime  
 2 = soddisfacenti

3 = insoddisfacenti  
 4 = pessime

14. PRESENZA DI ALCOOLISTI O FARMACODIPENDENTI NELLA FAMIGLIA:

1. padre (specificare) .....

2. madre (specificare) .....

3. altri (specificare) .....

NOTE: .....

## DATI RIGUARDANTI IL SOGGETTO

15. COGNOME, NOME, LUOGO E DATA DI NASCITA:

DOMICILIO ATTUALE:

Nel caso che il soggetto chiedi l'anonimato, indicare:

LETTERA INIZIALE DEL COGNOME,  LETTERA INIZIALE DEL NOME SESSO («M» O «F»)  ANNO DI NASCITA:  (ultime due cifre)CODICE POSTALE DELLA PROVINCIA DI NASCITA: CODICE POSTALE DEL QUARTIERE O CITTÀ IN CUI HA IL DOMICILIO:



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

16. STATO CIVILE ATTUALE:
- |                   |                  |
|-------------------|------------------|
| 1 = celibe/nubile | 4 = separato/a   |
| 2 = coniugato/a   | 5 = divorziato/a |
| 3 = convivente    | 6 = vedovo/a     |
- 
17. NUMERO DEI FIGLI: (00 = nessuno)
- 
18. IL SOGGETTO ATTUALMENTE ABITA:
- |                                    |                          |
|------------------------------------|--------------------------|
| 1 = da solo                        | 4 = con amici            |
| 2 = con la famiglia di provenienza | 5 = senza stabile dimora |
| 3 = con il/la partner              | 6 = altre                |
- 
19. SITUAZIONE OCCUPAZIONALE:
- |  |   |
|--|---|
| 1 = disoccupato                                    | 5 = studente  |
| 2 = disoccupato, ma mantenuto da familiari o altri | 6 = studente lavoratore   |
| 3 = occupato saltuariamente                        | 7 = occupato, ma sottoccupato rispetto alla propria qualif. professionale |
| 4 = in cerca di prima occupazione                  | 8 = occupato  |
- 
20. PROFESSIONE ATTUALE:  
Specificare per esteso: .....
- 
21. GRADO DI ISTRUZIONE (VEDI PUNTO 10.)
- 
22. IL SOGGETTO È STATO IN: (00 = nessuno)
- |                  | n° anni                  |                            | n° anni                  |
|------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1 = collegio     | <input type="checkbox"/> | 3 = istituto di correzione | <input type="checkbox"/> |
| 2 = orfanotrofio | <input type="checkbox"/> | 4 = altri istituti         | <input type="checkbox"/> |
- 
23. HA SUBITO PROCEDIMENTI PENALI? (1 = sì; 2 = no)   
SE SÌ,
- |   |                     |                          |
|---|---------------------|--------------------------|
| 1 = connessi all'uso, detenzione, spaccio di stupefacenti | 2 = per altre cause | <input type="checkbox"/> |
|---|---------------------|--------------------------|
- HA SUBITO CONDANNE PENALI? (1 = sì; 2 = no)   
SE SÌ,
- |   |                     |                          |
|---|---------------------|--------------------------|
| 1 = connesse all'uso, detenzione, spaccio di stupefacenti | 2 = per altre cause | <input type="checkbox"/> |
|---|---------------------|--------------------------|
- MESI COMPLESSIVI DI DETENZIONE CON LA CONDIZIONALE:
- MESI COMPLESSIVI DI DETENZIONE DA SCONTARE:
- MESI COMPLESSIVI DI DETENZIONE SCONTATI:
- NOTE: .....
- 
24. IL SOGGETTO SI È MAI SOTTOPOSTO A PROGRAMMI DI TRATTAMENTO? (1 = sì; 2 = no)   
SE SÌ, quanti mesi sono passati dall'ultimo intervento?
- 
25. IL SOGGETTO HA AVUTO EPATITE VIRALE? (1 = sì; 2 = no)   
È STATA ESEGUITA RICERCA DELL'ANTIG. Hg B? (1 = sì; 2 = no)   
SE SÌ, È STATA POSITIVA O NEGATIVA? (1 = pos.; 2 = neg.)

LEGISLATURA VII — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

26. NUMERO DEI PRECEDENTI RICOVERI OSPEDALIERI PER: (00 = nessuno)

- 1 = cause correlate dirett. o indirett. all'uso di droghe
- 2 = cause non correlate all'uso di droghe

27. TENTATIVI DI SUICIDIO: (00 = nessuno)

28. ACCERTAMENTI EFFETTUATI:

- HA PRESENTATO SINDROME DI ASTINENZA? (1 = sì; 2 = no)
- È STATO PRATICATO TEST FARMACOLOGICO PER VALUTARE L'INTENSITÀ DELLA SINDROME ASTINENZIALE? (1 = sì; 2 = no)
- SONO STATE RICERCATE SOSTANZE PSICOATTIVE NELLE URINE? (1 = sì; 2 = no)
- SE SÌ, CON:
  - 1 = a. cromatografica
  - 2 = a. gascromatografica
  - 3 = radioimmunoessay
  - 4 = altre (specificare) .....
- SONO STATI ESEGUITI TEST DI FUNZIONALITÀ EPATICA? (1 = sì; 2 = no)
- SE SÌ, CON ESITO:
  - 1 = transaminasi SGOT e SGPT (1 = pos.; 2 = neg.)
  - 2 = comuni prove di funzionalità epat. (1 = pos.; 2 = neg.)
- È STATO ESEGUITO TEST SIEROLOGICO PER DUE? (1 = sì; 2 = no)
- SE SÌ, CON ESITO: (1 = pos.; 2 = neg.)

MODALITÀ DI USO DELLA/E DROGA/E

29.	Droga di impor- tanza primaria	Secondaria	Terziaria
A. TIPO DI DROGA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B. GRAVITÀ DELLA DIPENDENZA (al momento dell'ammissione)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. FREQUENZA DELL'USO (nei mesi precedenti all'ammissione)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. ANNO DI INIZIO (ultime due cifre)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E. ANNO DI INIZIO DELL'USO CON- TINUATIVO (ultime due cifre)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F. VIE DI INTRODUZIONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOTE: .....			

LEGENDA

A. 00 = nessuna	10 = amfetamine
01 = eroina	11 = cocaina
02 = morfina	12 = marijuana/hashish
03 = oppio e derivati	13 = olio di hashish
04 = metadone illegale	14 = allucinogeni
05 = metadone legale	15 = inalanti
06 = altri oppiacei di sintesi con effetti mor- fino-simili	16 = altri (specificare) .....
07 = alcool	NOTE: .....
08 = barbiturici	.....
09 = altri sedativi, ipnotici, tranquillanti (spe- cificare) .....	.....
.....	.....

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

- 
- B. 0 = nessuna  
1 = lieve
- 2 = media  
3 = grave
- C. 0 = nessun uso  
1 = meno di una volta al mese  
2 = 1:3 volte al mese  
3 = una volta a settimana
- 4 = più volte a settimana  
5 = giornalmente  
6 = più volte al giorno
- F. 1 = orale  
2 = fumata
- 3 = inalata  
4 = intramuscolare  
5 = endovenosa
- 

30. HA PROBLEMI CON PIÙ DI TRE DROGHE?

(1 = sì; 2 = no)



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

SCHEDA B

## FINE TRATTAMENTO

## 1. COGNOME, NOME, E INDIRIZZO DEL SANITARIO COMPILATORE:

Tesserino Ordine dei Medici n° ..... della Provincia di .....

## 2. COGNOME, NOME, LUOGO E DATA DI NASCITA DEL SOGGETTO IN TRATTAMENTO:

Nel caso di anonimato:

LETTERA INIZIALE DEL COGNOME,  LETTERA INIZIALE DEL NOME SESSO («M» O «F»):  ANNO DI NASCITA:  (ultime due cifre)CODICE POSTALE DELLA PROVINCIA DI NASCITA: 

## 3. AMBITO IN CUI AVVIENE L'INTERRUZIONE DELLA CURA:

- |  |                               |                          |
|--|-------------------------------|--------------------------|
| 1 = ambulatorio pubblico               | 4 = studio privato            | <input type="checkbox"/> |
| 2 = ospedale (ricovero)                | 5 = domicilio del soggetto    |                          |
| 3 = istituto di pena o di rieducazione | 6 = altri (specificare) ..... |                          |

DENOMINAZIONE E INDIRIZZO DEL CENTRO DI TRATTAMENTO:

## 4. DATA DI INTERRUZIONE DEL TRATTAMENTO:

  

DATA DI INIZIO DEL TRATTAMENTO:

  

giorno mese anno

## 5. MOTIVI DI INTERRUZIONE DEL TRATTAMENTO:

- |   |   |
|---|---|
| 1 = trattamento completato              | 5 = reclusione in istit. di pena o di rieducaz.                                   |
| 2 = trasferim. ad ambulatorio pubblico  | 6 = altre modalità di trasferimento   |
| 3 = trasferimento ad uno studio privato | 7 = rifiuto della cura o interruzione volontaria prima della fine del trattamento |
| 4 = ricovero in ospedale                | 8 = decesso   |

NOTE: .....

## 6. TERAPIA/E EFFETTUATA/E:

- |   | per mesi  |  | per mesi  |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01 = disintoss. a dosi scalari                           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 06 = terapia familiare                          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 02 = manten. con metadone o similari (specificare) ..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 07 = altre psicoterapie (specificare) .....     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 03 = terapia psicofarm. appoggio                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 08 = comunità terapeutica                       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 04 = psicoterap. individuale                             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 09 = interventi di tipo prevalentemente sociale | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 05 = psicoterapia di gruppo                              | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 10 altre (spec.) .....                          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

NOTE: .....

### LOTTA CONTRO IL TRAFFICO DEGLI STUPEFACENTI

Per quanto riguarda la lotta contro il traffico della droga, nell'anno 1976 le forze dell'ordine (P.S. - CC. e G. di F.) hanno denunciato 2.387 persone di cui 1.675 in stato di arresto e segnalato al Pretore n. 1.164 persone, sequestrando le seguenti sostanze stupefacenti:

SOSTANZE STUPEFACENTI SEQUESTRATE	Kg.	Fiale, com- presse e dosi
Oppio .....	170,546	607
Oppio liquido .....	0,020	—
Morfina .....	6,446	1.868
Eroina .....	75,763	1.066
Canapa indiana (hashis, marijuana, ecc.) .....	1.480,221	707
Olio di hashish .....	1,958	51
Cocaina .....	8,746	68
Sedativi .....	0,330	944
Stimolanti (amfetamine, etc.) .....	4,988	9.762
Allucinogeni (LSD etc.) .....	0,033	1.166
Altri tipi di stupefacenti .....	6,156	6.322
Totale .....	1.755,207	22.561

Sono stati inoltre sequestrati n. 3.128 semi e 21.063 piante di canapa indiana e n. 1 pianta di oppio.

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

## ITALIA (Pubblica sicurezza - Carabinieri - Guardia di finanza e Interforze)

ANNO 1976

TIPO DI DROGA	QUANTITÀ				
	Kg.	Fiale	Compresse	Piante e semi	Sigarette dosi ecc.
<i>Stupefacenti di origine naturale e sintetica :</i>					
1) Oppio .....	1,279.07	21	5	p. 1	579
Oppio liquido.....	0,020.00	—	—	—	—
2) Derivanti dall'Oppio:					
a) codeina .....	169,014.00	1	—	—	1
b) papaverina .....	0,103.20	—	—	—	—
c) narcoina .....	0,150.00	—	—	—	—
d) morfina .....	5,974.10	1.250	244	—	116
d/1) derivati dalla morfina: eroina	75,763.28	31	465	—	570
3) Prodotti sintetici morfino-simili .... (morfinano, petidina o dolantina o mefedina, metadone, tiambutene, alfaprodina, betraprodiba etc.)	0,472.10	11	246	—	1
4) Canapa indiana .....	1479,746.03	320	167	p. 21.063-	} 220
Semi di canapa .....	0,050.00	—	—	s. 3.128-	
Foglie di canapa .....	0,425.00	—	—	—	
Olio di hashish .....	1,958.00	19	14	—	
5) Cocaina .....	8,705.06	6	54	—	8
Foglie di cocaina .....	0,040.00	—	—	—	—
<i>Sostanze psicotropiche :</i>					
6) Psicolettici o sedativi psichici (barbiturici, etc.) .....	0,330.00	545	339	—	60
7) Psico-analettici o stimolanti .....	4,988.05	1.177	7.864	—	721
(amfetamine, diazepinici, inibitori, della mono-amino ossidasi-cafeina, pripadrol, etc.)					
8) Psico-dislettici o allucinogeni .....	0,032.85	—	469	—	697
(peyotl e mescalina, psilocibina e psilocina, DMT e STP, LSD 25)					
9) Altri tipi di droga o tipi non precisamente indicati nella legislazione ...	6,155.80	518	3.929	—	1.875
Totale .....	1755,206.54	3.800	13.706	p. 21.064	0.000

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

## STUPEFACENTI SEQUESTRATI

CLASSIFICAZIONE	Anno 1975		Anno 1976	
	Quantità	Fiale, compresse, dosi	Quantità	Fiale, compresse, dosi
Oppio .....	17,995	132	170,546	607
Oppio liquido .....	—	—	0,020	—
Morfina .....	3,435	14.488	6,446	1.868
Eroina .....	13,636	252	75,763	1.066
Canapa indiana (hashish, marijuana, etc.) .	763,397	453	1480,221	707
Olio di hashish .....	—	—	1,958	51
Cocaina .....	12,069	119	8,746	68
Sedativi .....	0,001	440	0,330	944
Stimolanti (amfetamine, etc.) .....	2,480	4.094	4,988	9.762
Allucinogeni (LSD, etc.) .....	0,561	2.706	0,033	1.166
Altri tipi di stupefacenti .....	3,217	1.269	6,156	6.322
Totale .....	816,791	23.953	1755,207	22.561

PERSONE DENUNCIATE IN ITALIA PER REATI IN VIOLAZIONE DELLE NORME  
IN MATERIA DI SOSTANZE STUPEFACENTI

ANNO 1976

ORGANI CHE HANNO EFFETTUATO LA DENUNCIA	Persone denunciate	Di cui in stato di arresto
Pubblica sicurezza .....	955	760
Carabinieri .....	1.137	728
Guardia di finanza .....	279	171
Interforze .....	16	16
Totale .....	2.387	1.675

Sono state, inoltre, denunciate dalla Pubblica sicurezza n. 7 persone per reati in violazione dell'articolo 6 (22 ottobre 1954, n. 1041) per fatti avvenuti nel 1975.

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

PERSONE DENUNCIATE IN ITALIA PER REATI IN VIOLAZIONE DELLE NORME  
IN MATERIA DI SOSTANZE STUPEFACENTI

ORGANI CHE HANNO EFFETTUATO LA DENUNCIA	Anno 1975		Anno 1976	
	Persone denunciate	Di cui in stato di arresto	Persone denunciate	Di cui in stato di arresto
Pubblica sicurezza .....	1.513	1.303	955	760
Carabinieri .....	1.513	1.165	1.137	728
Guardia di finanza .....	321	235	279	171
Interforze .....	—	—	16	16
<b>Totale .....</b>	<b>3.347</b>	<b>2.703</b>	<b>2.387</b>	<b>1.675</b>

## PERSONE DENUNCIATE IN ITALIA IN RELAZIONE AI REATI COMMESSI

ANNO 1976

ORGANI DI POLIZIA	Art. 71	Art. 71 ed altri	Art. 72	Art. 72 ed altri	Altri articoli	Totale	Segnalati al Pretore
Pubblica sicurezza .....	379	54	474	12	36	955	564
Carabinieri .....	116	107	706	140	68	1.137	562
Guardia di finanza (*) .....	—	—	—	—	279	279	38
Interforze .....	11	5	—	—	—	16	—
<b>Totale .....</b>	<b>506</b>	<b>166</b>	<b>1.180</b>	<b>152</b>	<b>383</b>	<b>2.387</b>	<b>1.164</b>

(\*) La Guardia di finanza non specifica gli articoli in base ai quali sono state effettuate le denunce.



CONTRIBUTI CONOSCITIVI E ORIENTAMENTI PRATICI  
SUL TEMA DELLA DROGA

## P R E M E S S A

Conosciamo tutti la piaga delle tossicomanie; sono di fronte ai nostri occhi le conseguenze gravissime connesse con l'uso della droga; avvertiamo tutti la necessità di fare uno sforzo per contribuire almeno ad arrestare l'estendersi del fenomeno.

L'AAI ha già avuto occasione di interessarsi al problema, affiancando organismi che operano nel settore, sostenendo Centri antidroga, collaborando a ricerche locali, favorendo la realizzazione di visite all'estero per un esame più ravvicinato delle soluzioni straniere mentre, proprio in questi giorni, ci si sta organizzando per la realizzazione di un incontro di studio italo-tedesco sull'argomento.

Siamo consapevoli del rilievo che assume la componente sanitaria nello studio delle tossicomanie e nella ricerca delle relative soluzioni; ma siamo altrettanto convinti della enorme importanza che possono avere alcune iniziative di prevenzione e di recupero sul piano più strettamente sociale: pensiamo, ad esempio, alle conseguenze portate dalle tossicomanie e che genitori, operatori scolastici e sociali dovrebbero conoscere; pensiamo alle soluzioni di tipo sociale (case-famiglia, sostegni psicologici, sostegni materiali etc.) che dovrebbero accompagnare le soluzioni più strettamente di tipo sanitario.

È alla luce di ciò che riteniamo non fuor di luogo impegnare anche l'AAI in una comune azione di informazione, di prevenzione, consapevoli che non si farà mai abbastanza.

È anche in questa prospettiva che abbiamo accolto l'invito del prof. Carlo Vetere del Ministero della sanità di pubblicare alcuni documenti, taluni tradotti, altri suoi originali.

Sono documenti che pubblichiamo così come sono, senza grandi rifiniture formali e come contributo di informazione per quanti possano essere interessati.

Si tratta — ne siamo consapevoli — di un contributo un pò estemporaneo ma che, con il tempo, vorremmo organizzare meglio, anche con l'eventuale partecipazione di altri organismi pubblici.

## MANUALE SULLA DROGA

di KRAMER e CAMERON

(sintesi commentata di Carlo Vetere)

## INTRODUZIONE

La legge 22 dicembre 1975, n. 685 prevede l'utilizzazione degli operatori sanitari e sociali delle attuali strutture sanitarie per le attività di prevenzione, assistenza e recupero degli stati di tossicodipendenza sia nella fase provvisoria di cui all'articolo 101, sia come indirizzo generale.

Indirizzo che è quello di evitare la costituzione, sia pure su base transitoria ed in attesa dell'approvazione della legge di riforma sanitaria, di servizi settoriali che di per se stessi rendano più difficile il successivo discorso della confluenza di tutti i servizi nell'unità sanitaria locale.

Ciò significa che gli operatori sanitari e sociali delle strutture sanitarie ed assistenziali avranno occasione di essere utilizzati, su scala occasionale o con un impegno più continuo, per svolgere compiti di indagini anamnestiche-sociali, di valutazioni sull'ambiente familiare e di contatti con varie istituzioni che si stanno orientando verso l'assistenza ai tossicodipendenti, oltre ad avere rapporti con tossicodipendenti, rapporti che possono essere traumatizzanti nella misura nella quale non si conosce il problema e si nutrono atteggiamenti preconcepiuti.

Appare, pertanto, quanto mai opportuno accennare ad alcuni concetti generali sulla problematica delle tossicodipendenze e commentare, brevemente, le caratteristiche di una legge che ha avuto una gestazione travagliata e che, nello sprint finale, ha modificato, anche profondamente alcuni indirizzi che prevalevano nel testo originale governativo (basti pensare al divieto di utilizzare, sotto qualsiasi forma, il ricovero di tossicodipendenti in Ospedali psichiatrici). Di recente, sono comparse diverse pubblicazioni che consentono al lettore italiano di farsi una idea intorno agli aspetti tossicologici, epidemiologici e socio-culturali del fenomeno « droga », per cui si cercherà di sottolineare alcuni punti di più recente acquisizione.

## TERMINOLOGIA

La classica definizione di stupefacente come di sostanza capace di indurre dipendenza fisica e psichica e di provocare sindrome da astinenza, comportando, d'altra parte, un pericolo non solo per la salute del drogato ma per l'intera società, è stata ormai superata o meglio riassume solo tutte le caratteristiche peggiorative dell'assuefazione e della tossicomania.

Oggi si parla di:

— *dipendenza psichica*, quando « si manifesta un senso di soddisfazione ed una spinta psichica verso la somministrazione periodica o continua di una droga allo scopo di riceverne una sensazione piacevole o di evitare una sensazione spiacevole. Questo stato mentale rappresenta il più potente fra tutti i fattori coinvolti nell'intossicazione cronica con sostanze psicotrope ed in diversi casi può essere l'unico fattore in causa »;

— *dipendenza fisica* che sta a significare uno stato di adattamento che si rileva attraverso disturbi fisici intensi a seguito della sospensione della droga oppure quando l'azione tipica della droga viene annullata dalla somministrazione di un antagonista. In genere l'insieme dei sintomi fisici e psichici di questa sindrome da astinenza o da sospensione sono tipici e vengono soppressi dalla somministrazione della droga o di una sostanza sostitutiva che ha la medesima azione farmacologica.

In genere, quando chi si droga riesce a giungere ad un dosaggio ottimale, non si verificano fenomeni di astinenza. Naturalmente la presenza (o la presunzione) di una dipendenza fisica costituisce un notevole fattore rafforzativo del proseguimento del contatto con la droga o del ritorno alla medesima dopo una sospensione volontaria;

— *tolleranza*, vale a dire uno stato di adattamento caratterizzato da una riduzione della risposta di fronte alla medesima dose di droga oppure dalla necessità di ricorrere a dosi maggiori per ottenere lo stesso grado di effetto farmacodinamico;

— *la tolleranza crociata*, cioè il fenomeno attraverso il quale la assunzione di una droga provoca tolleranza anche verso un'altra droga dello stesso tipo (ad esempio l'eroina che produce tolleranza verso se stessa e la morfina). In un certo senso anche l'alcool viene ad aggiungersi a questo gruppo, in quanto produce una tolleranza crociata verso i barbiturici.

Sempre secondo l'O.M.S. per « uso di droghe » si intende qualcosa di soggettivo, in quanto dipende dalla considerazione che quel tipo particolare di droga ha nel contesto sociale e giuridico di un determinato Paese, o meglio, di una determinata cultura. Si suggerisce di non utilizzarlo, come si è contrari all'impiego del termine « tossicomania » (addiction in inglese) per quanto già indicato all'inizio circa il termine classico di stupefacente (la cocaina, in genere, non provoca dipendenza fisica, pur producendo una ricerca affannosa della polvere). Si preferisce parlare di « dipendenza » (ed il termine è stato pienamente recepito dal legislatore italiano) quale stato di interazione fra un individuo ed una droga, caratterizzato da risposte comportamentali che includono sempre una ricerca compulsiva della droga. Il passaggio dallo stato di contatto con una droga ad uno di dipendenza è in rapporto con:

- le caratteristiche personali e le esperienze del soggetto che prende la droga;
- la natura del suo milieu più vicino e della sua cultura più ampia;
- le caratteristiche farmacodinamiche, la dose e la via di somministrazione.

Caffè e the, pur potendo portare ad uno stato di dipendenza inteso in senso lato non si considerano « droghe » in quanto non provocano modificazioni percettive, caratteriali, motorie e comportamentali tali da costituire un problema individuale e/o collettivo.

In genere e sempre secondo l'impostazione OMS si distinguono 9 tipi di droghe che possono provocare dipendenza:

- 1) alcool;
- 2) anfetaminici (anfetamina, dexametamina, metanfetamina, metilfenidato e fenmetrazina);
- 3) barbiturici, con particolare riguardo per quelli ad azione breve od intermedia ed altri farmaci sedativi quali il cloralio idrato, la clordiazepoxide, il diazepam, il meprobamato ed il metaqualone;
- 4) cannabinoidi (le preparazioni di cannabis sativa ivi inclusa la marihuana nelle sue varie denominazioni e forme di bhang, dagga, kif, maconha), la ganja e l'hashish (charas);
- 5) la cocaina e le foglie di coca;
- 6) gli allucinogeni del tipo LSD quali la dimetiltryptamina (DMT), la lisergide — LSD —, la mescalina, il peyotl e la psilocibina;
- 7) le sostanze tipo khat, quali i preparati di *Catha edulis* Forsk;
- 8) gli oppiacei di tipo morfina quali l'oppio, la morfina, l'eroina, la codeina e le sostanze sintetiche morfino-simili quali il metadone e la petidina;
- 9) le sostanze volatili solventi per inalazione (toluene, acetone, benzina, tetracloruro di carbonio nonché alcuni anestetici quali l'etere, il cloroformio e l'NO<sub>2</sub>. Di recente e proprio a Napoli si è descritta una dipendenza da alcool denaturato fra soggetti sottoposti a dialisi renale.

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

## MODALITÀ DI USO

*Uso tradizionale:* l'impiego della cannabis ha costituito una forma di ricreazione o simbolo di festività religiosa nel subcontinente Indopakistano ed in alcune aree nord-africane. Specie nel consumo di massa indiano, si usa la via orale, mentre nel Nord-Africa è tradizionale il fumo anche con narghilè. Mentre si sosteneva che vi fosse una sorta di contrapposizione fra uso di bevande alcoliche e diffusione della cannabis, ora vi è stata una penetrazione di questa ultima sia nelle zone dell'alcool (mondo occidentale), sia in quelle dell'oppio (Sud-Est asiatico).

Il masticare le foglie di coca rappresenta una tradizione per i maschi che vivono nelle regioni delle Ande, specie all'inizio dell'attività lavorativa, ma non costituisce un rito di gruppo.

Per quanto riguarda gli oppiacei, a parte la storia della guerra cinese degli inizi del secolo XIX, va ricordato che l'oppio rappresenta la droga diffusa fra gli adulti e gli anziani a Singapore ed in Malesia, mentre in Thailandia e ad Hong Kong l'eroina prevale in tutti i gruppi di età; in Iran, prima della proibizione della coltivazione del papavero l'oppio era diffuso fra soggetti di età media mentre dopo la proibizione si cominciò a diffondere l'eroina, consumata soprattutto da giovani.

Negli Stati Uniti, fino a trentacinque anni or sono, predominava la morfina, usata specie da adulti bianchi; è noto lo scivolamento verso l'eroina, la giovane età e la prevalenza di gruppi di colore e minorati. Il nucleo inglese, invece, deriva da alcune centinaia di morfinomani tali a seguito di prescrizione medica.

## PATTERNS EMERGENTI NEGLI ULTIMI VENTI ANNI

Agli orientamenti tradizionali si sono sovrapposte negli ultimi decenni nuove ondate come quella della cannabis nel mondo occidentale e nella stessa India si è notata una diffusione in ambienti, quali quelli universitari, che precedentemente non seguivano le abitudini tradizionali. Quale contropartita, l'alcool ha cominciato a diffondersi nel continente indio-pakistano e nel Nord-Africa; ma anche nei continenti a consumo tradizionale di alcolici, la figura classica del « bevitore sociale » si va facendo sempre più da manuale, in quanto sembrano più diffuse forme di iperconsumi che tendono ad ottenere una rapida intossicazione piuttosto che rispondere a consuetudini sociali.

L'eroina è entrata nel Regno Unito, in Iran, Thailandia, Francia ed Italia mentre l'oppio ha fatto la sua comparsa in Olanda e Svezia.

L'aspetto epidemiologico che ha destato maggiori preoccupazioni è però l'uso di tutti i tipi di droghe che producono dipendenza da parte di pre-adolescenti ed adolescenti appartenenti a classi sociali medie e non già emarginati in gruppi minoritari; ciò ha creato nuove sub-culture giovanili indipendenti dall'origine sociale dei membri.

Una terza caratteristica, legata alla seconda, è quella dello scarso se non nullo interesse che mostrano gli appartenenti a queste sub-culture per il mantenimento del loro « stato » sociale soprattutto nel vestire e nel modo di vivere. Vestire e modo di vivere che sono anche comuni ad altri nuclei contestatari ed intellettuali non dipendenti da droghe, che, in genere, finiscono per essere additati nello stesso gruppo, pur avendo ben chiaro un proprio ruolo sociale e professionale.

L'uso simultaneo di più droghe non è una novità, come dimostra l'associazione fra barbiturici ed alcool, ma sta diventando sempre più frequente, sia come impiego simultaneo sia come uso sequenziale. Mentre prima, ad esempio, la cocaina si prendeva insieme all'eroina od altri oppiacei allo scopo di rafforzare o attenuare gli effetti, oggi non sempre si riscontra una logica farmacologica nelle associazioni, ma prevale la « moda ».

In Svezia, Paese che ha condotto ricerche estese sull'andamento della diffusione delle droghe, fino al 1955 predominavano gli oppiacei; ben nota è l'ondata di anfetaminici ed altri stimolanti: il SNC per os e per endovena che ha assunto proporzioni allarmanti e che è stata parzialmente con-

trollata dall'applicazione di rigide norme sulla produzione e vendita di tali sostanze prima facilmente reperibili in farmacia.

Agli inizi degli anni '60 la marihuana e l'haschish sono entrati in pieno giro, con allucinogeni e sostanze volatili che si sono aggiunte verso la fine del decennio; più di recente è tornata di moda la morfina-base. In genere, gli ipnotici ed i sedativi si prendono per os, mentre la via di introduzione degli psicoanalettici è orale od endovena. Da un quarto ad una metà dei tossicodipendenti usano una combinazione di droghe; questo, secondo lo studio svedese di Goldberg. Oggi non si contano più i « cocktails » e si nota un netto scivolamento dalle droghe classiche alle sempre nuove associazioni.

#### MODALITÀ DI IMPIEGO

*Per sperimentazione-curiosità*, che costituisce, senza dubbio, la modalità statisticamente più rilevante che in genere si esaurisce dopo un breve periodo. Ciò è tipico per i prodotti della cannabis, mentre appare più ridotto per l'inalazione di sostanze volatili; in realtà, marihuana ed hashish tendono sempre più verso un consumo « medio » prolungato nel tempo.

*Impiego casuale o ricreativo*, cioè uso intermittente senza che si sviluppino forme di dipendenza psichica o fisica; in genere il rilievo maggiore è costituito dalle modalità « sociali » e dalle finalità che ci si propone più che dalla frequenza e dalla dose. Ha naturalmente importanza la via di somministrazione: alcool e cannabis (nelle zone dove è accettata tradizionalmente) ed, in misura molto minore ed estensione molto localizzata dell'oppio.

*L'uso da parte di persone tossico-dipendenti* si estende su di un arco o meglio secondo la curva gaussiana alla quale rispondono tutti i fenomeni biologici; appare importante accertare:

- 1) fino a che punto il tossicodipendente impiega il proprio tempo e la sua energia per pensare, ottenere e sperimentare gli effetti della droga;
- 2) fino a che punto cerca di risolvere tutte le situazioni e gli stress della vita quotidiana ed i cambiamenti di umore prendendo la droga e non già cercando altre risposte.

Si distinguono diversi « partters » che fra di loro possono sovrapporsi come quello del consumatore « regolare » che per lungo tempo prende la sua o le sue dosi quotidiane (trattasi, in genere di droghe che provocano una netta dipendenza fisica quali oppiacei, barbiturici ed alcool) e del consumatore « episodico » con episodi di durata variabile da poche ore fino a uno-due settimane. Anche se tutte le droghe sono usate anche in modo episodico, sono soprattutto quelle che producono scarsa o nulla dipendenza fisica che vengono impiegate in questi episodi (anfetaminici, allucinogeni, cocaina); tipico è l'uso saltuario dell'anfetamina endovenosa e gli episodi.

In molte parti del mondo, le tossicodipendenze sono più diffuse nel sesso maschile, anche se nell'emisfero occidentale l'uso dei barbiturici sia isolato, sia in combinazione con l'alcool sembra prevalente nel sesso femminile. Ma nell'impiego ricreativo ed occasionale, le differenze di sesso tendono ad eliminarsi.

#### SINDROMI CLINICHE RELATIVE AI TIPI PRINCIPALI DI TOSSICODIPENDENZE

È ben noto come non tutti i tossicomani diventino dipendenti e come in tale differenziazione influiscano sia fattori individuali, sia fattori di accettazione sociale, oltre che le vie di somministrazione delle droghe.

*Il tipo di dipendenza dall'alcool* è molto vicino a quello da barbiturici; esiste un certo grado di tolleranza crociata, nel senso che la somministrazione di barbiturici può ridurre la sindrome da asti-

nenza alcoolica e viceversa; vi sono, tuttavia, differenze di ordine psicologico e sociologico che giustificano una trattazione separata.

Dato che il consumo dell'alcool è accettato in gran parte delle società, si definisce « dipendente » un individuo che consuma bevande alcoliche in orari e momenti che culturalmente non sono appropriati, in dosi che producono danni all'organismo. Nei Paesi dove predomina il vinismo i consumi sono ripartiti lungo tutto l'arco della giornata, mentre nelle Nazioni nordiche ed anglo-sassoni si tende ad usare superalcolici per speciali occasioni, come un mezzo di « lubrificazione sociale » e sono più frequenti le manifestazioni acute di ebbrezza.

Un minimo livello di dipendenza può essere costituito dal desiderio di bere durante i pasti od in occasioni sociali e si provvede allo scopo di effettuare una adeguata provvista. Quando questa tendenza all'accaparramento degli alcoolici si fa più notevole ed i consumi avvengono in orari non « ordinari » si è passati ad un grado più elevato di dipendenza.

La tolleranza verso l'alcool è progressiva, ma non giunge mai ad uno stadio completo come quello della morfina; mano a mano aumenta la quantità di alcool necessaria per mantenere un determinato livello ematico. Intervengono anche modificazioni fisiologiche che fanno sì che, a causa di tale adattamento, l'alcoolista abbia una « performance » migliore del non alcoolista a livelli medi di alcoolemia.

La sindrome da astinenza che si verifica quando l'alcoolemia scende al disotto di un certo livello, si manifesta con tremori, sudorazione, nausea, tachicardia, ipertermia, iperreflessia, ipotensione posturale e nei gradi più marcati da convulsioni e delirio (confusione, disorientamento, delusioni ed allucinazioni visuali). Può aversi una mortalità elevata quando il trattamento è inadeguato; da un punto di vista generale, i danni all'organismo da parte dell'alcool sono maggiori rispetto a quelli di qualsiasi altra droga.

L'alcool, infatti, riduce la capacità di pensiero e di coordinamento psico-motorio, con riduzione conseguente della capacità lavorativa e con aumento di incidenti; viene alterata la capacità di giudizio, con gravi ripercussioni sui rapporti con gli altri, mentre si « dissolve » il controllo cosciente sul comportamento (esibizionismo, aggressività, tendenza ad assalire). Dal punto di vista fisico è noto che si può distinguere fra gli effetti della malnutrizione e della mancanza di igiene e la cirrosi epatica o meglio la degenerazione adiposa del fegato.

La dipendenza psichica varia di grado e si instaura dopo un certo tempo. Per quanto attiene alla dipendenza fisica è anch'essa legata alla durata del contatto con dosi eccessive di alcool; con la riduzione della dose insorge una sindrome da astinenza che può essere in gran parte controllata dai barbiturici. Lo sviluppo della tolleranza è incompleto per cui persistono i disturbi comportamentali all'effetto farmacodinamico dell'alcool; esiste una tolleranza crociata incompleta fra alcool e barbiturici.

*Dipendenza da anfetaminici:* l'impiego « medico » di anfetaminici come stimolanti, anoressici e modificatori del carattere è oggi assai ridotto, per cui la dipendenza avviene quasi sempre per consumo spontaneo e non per prescrizione medica. Gli effetti psicotici sono qualitativamente simili a quelli della cocaina e possono condurre ad atteggiamenti aggressivi ed antisociali. Gli effetti sono legati alla dose, ma va ricordato che anche a dosi modiche ma continuate, vi sono rischi, in quanto lo stato di apparente benessere maschera l'affaticamento che può, poi, rivelarsi improvvisamente e drammaticamente. A seguito di somministrazione endovenosa, oltre ad euforia ed eccitazione, si manifestano effetti mentali che possono condurre a comportamenti anti-sociali. Una caratteristica tipica degli anfetaminici, pressoché unica fra gli stimolanti mentali, è quella di *indurre tolleranza*, sia pure progressivamente per cui si può giungere all'acquisizione di dosi superiori di diverse centinaia di volte alle dosi terapeutiche iniziali. Non tutte le parti del cervello sono tolleranti allo stesso modo, per cui possono permanere fenomeni di insonnia ed eccitazione accentuata; è ben vero che si può sopravvivere anche a dosi massive di anfetaminici, ma le conseguenze di natura psicotica sono gravi (allucinazioni, delusioni paranoide etc., specie dopo iniezione endovena).

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

Non è esatto affermare che il distacco da forti dosi sia privo del tutto di sintomi da astinenza, anche se la dipendenza fisica è assai ridotta: tutte quelle condizioni di affaticamento, di sonnolenza e di depressione che venivano mascherate dall'abuso degli anfetaminici, compaiono di colpo a seguito della loro sospensione, il che, probabilmente, contribuisce ad indurre alla riassunzione dello stimolante. Non si ha comunque il corteo impressionante di sintomi tipici dell'astinenza da morfina, barbiturici ed alcool e quindi non vi è rischio per la vita (anche se la comparsa di depressioni acute può portare al suicidio), Si va sempre più diffondendo l'uso associato degli anfetaminici e di altre droghe, il che aggrava le reazioni tossiche.

*Dipendenza da barbiturici.* Nel gruppo si comprendono anche sedativi che sono collegabili chimicamente con i barbiturici o con l'alcool; anche diversi «tranquillanti» producono dipendenza di questo tipo. Rientrano nella categoria diversi ansiolitici come la clorpromazina, il diazepam, il maprobomato. Invece, la clorpromazina e le fenotiazine che sono di largo impiego nel trattamento delle psicosi, non provocano dipendenza.

Sono soprattutto i barbiturici ad azione breve e media che sono autosomministrati per uso non terapeutico piuttosto che quelli, come il fenobarbital, ad azione più prolungata. L'uso non medico di sedativi non barbiturici è egualmente variato, in quanto, ad esempio, il metaqualone è di impiego più corrente rispetto alla clordiazexide.

Le similitudini fra barbiturici ed alcool si manifestano anche nelle proprietà intossicanti, nel senso che si ha all'inizio un effetto stimolante con preminenza, tuttavia, di aspetti sedativi e di abolizione dell'autocontrollo, di ostacolo progressivo al coordinamento motorio ed all'annebbiarsi della coscienza.

La dipendenza ha inizio quando, dopo un prolungato uso di barbiturici a dosi superiori a quelle normali terapeutiche, si instaura un forte desiderio di continuare nella posologia, sia ai fini di assicurare l'omeostasi (dipendenza fisica, sia per ottenere gli effetti propri della droga. La tolleranza diventa evidente anche con piccole dosi, dopo pochi giorni: tuttavia, a differenza della morfina esiste un limite massimo al di sopra del quale non è più possibile la tolleranza, limite che varia da soggetto a soggetto. Dopo la sospensione della somministrazione, sparisce qualsiasi tolleranza per cui un soggetto può diventare sensibile a dosi che in precedenza, durante lo stadio di intossicazione cronica, tollerava abbastanza bene. Inoltre, la tolleranza si distribuisce in maniera ineguale, nel senso che quella verso gli effetti stimolanti può instaurarsi più rapidamente rispetto a quella verso le proprietà sedative, il che significa che, a dosaggio costante, diventa meno rilevante l'effetto stimolante, inducendo il consumatore ad aumentare la dose per ottenere quelli sedativi. Minima è la tolleranza che si instaura nei confronti degli effetti depressivi e quindi verso dosaggi elevati che possono essere letali.

L'intossicazione cronica è caratterizzata dalla persistenza dell'azione sedativa con atassia, perdita di coordinamento e quindi propensione verso gli incidenti, riduzione della capacità mentale, accentuazione della instabilità emotiva, confusione mentale e con *rischio di overdose* a causa del ritardo nella comparsa degli effetti della droga, per distorsione nella percezione del tempo e per la scarsa tolleranza. Le manifestazioni cliniche dell'intossicazione da barbiturici sono simili a quelle dell'alcolismo.

La *sindrome da astinenza* è veramente tipica: inizia entro le 24 ore dalla sospensione, raggiunge il massimo in 2-3 giorni e si risolve lentamente; in ordine di comparsa si citano; l'ansietà, la contrazione muscolare involontaria, il tremore nelle dita, un senso progressivo di debolezza, distorsione delle percezioni visive, vertigini, nausea, vomito, insonnia, perdita di peso, improvvisa ipotensione ortostatica e, abbastanza frequentemente, convulsioni simil-epiletiche e delirio simile al delirium tremens degli alcoolisti. In genere, un paziente può avere una o più convulsioni durante le prime due giornate dalla sospensione e quindi manifestare sintomi psicotici nel corso della seconda o terza notte (trattasi soprattutto di reazioni paranoide, forme di schizofrenia con delusione ed allucinazioni, stato semistuporoso e panico). Ne deriva che in un soggetto che ha una dipendenza fisica marcata nei confronti dei barbiturici, una sospensione brusca può essere letale e va quindi condotta gradualmente e sotto controllo.

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

Mentre nel meccanismo di dipendenza fisica da morfina è sufficiente la ripetizione della dose media terapeutica, in quello da barbiturici è necessario un aumento del dosaggio per far comparire sintomi di astinenza. Talvolta compaiono sintomi di dipendenza psichica anche a dosi normali terapeutiche, senza che tuttavia si manifestino seri problemi a seguito di brusca sospensione. Fra i fattori che portano ad un aumento di dosaggio oltre a quelli già indicati a proposito della tolleranza, vi sono anche le mancate risoluzioni dei problemi emotivi e delle tensioni insieme all'alterazione delle capacità di giudicare la entità della dose.

Gli effetti deleteri della dipendenza non sono tanto legati alla pulsione verso la posologia della droga, ma agli effetti tossici di dosi forti quali l'atassia, la disartria ed i disturbi nelle funzioni mentali (con confusione, perdita di controlli emotivi, riduzione della capacità di giudizio e talvolta psicosi tossica), coma e morte.

*Dipendenza da sostanze del tipo cannabis.* La cannabis sativa L. cresce in molte parti a clima temperato; è utilizzata sia per le sue fibre sia per le sue proprietà psico-attive; attualmente l'impiego medico di prodotti da cannabis è assai ridotto. Le proprietà psico-attive sono in gran parte collegate con i cannabinoidi, ma non tutti i cannabinoidi sono biologicamente attivi. Gran parte degli effetti vengono attribuiti al trans-tetraidrocannabinolo (chiamato THC) sia quando il materiale viene fumato sia quando viene ingerito. La quantità di materiale psicoattivo è legata alle caratteristiche della pianta, al luogo ed alle condizioni di sviluppo, al tipo di preparazione ed alle modalità di conservazione. In genere i preparati contenenti soprattutto foglie spesso con apici gemmati, si chiamano marihuana, bhang, kig e dagga e sono meno potenti di quelle costituite quasi esclusivamente dagli apici in gemmazione (ganja). L'hashish (charas) consiste in gran parte di materiale resinoso ottenuto dalla pianta ed è molto più potente; in qualche Paese, come in Egitto, il termine « haschich » indica qualsiasi preparato della cannabis. La variabilità degli effetti di queste droghe è in stretta relazione con le differenze di contenuto di principi attivi. In genere i prodotti sono fumati in quanto l'effetto, che si ottiene con l'ingestione è più lento e sono necessarie dosi maggiori. È chiaro che gli effetti, oltre ad essere in relazione con la dose, hanno uno stretto collegamento con l'ambiente nel quale si fuma, le aspettative, le motivazioni e la personalità. I sintomi immediati legati a dosi « medie » sono un senso lieve o marcato di euforia, un senso di identità, modificazioni percettive e talvolta allucinazioni visuali (più raramente uditive). Spesso si percepisce un incremento nella sensibilità uditiva e visiva con una accentuazione del senso artistico e musicale; le modificazioni percettorie interessano sia lo spazio sia il tempo. Vi sono anche alcune manifestazioni fisiche quali iniezione ematica nelle congiuntive, riduzione della forza muscolare, aumento nella frequenza del polso; vi può essere come risultato finale un effetto sedativo e sonnolenza.

Con dosaggi elevati, si rilevano sintomi di intossicazione come idee paranoiche, illusioni, delusioni, senso di depersonalizzazione, confusione mentale, eccitazione e talvolta allucinazioni; quasi mai, tuttavia, compare atassia anche con dosaggi elevati. In qualche caso possono manifestarsi sintomi di reazione psicotica quali delirio, disorientamento, alterazioni nella coscienza ed, assai raramente, reazione di panico. Sono tutti sintomi che in genere scompaiono in 1-3 giorni, ma qualche volta persistono per una settimana e possono colpire anche nuovi « adepti » che fanno uso di dosaggi modesti.

I fumatori cronici possono soffrire di uveite e bronchite, ma è difficile, per quest'ultima complicanza escludere l'influenza del tabacco, in quanto quasi sempre i fumatori di marihuana lo sono anche di sigarette. Non è ancora chiarito il rapporto dose/effetto per quanto si riferisce alle reazioni psicotiche; si descrive una sindrome « amotivazionale » caratterizzata da apatia, rifiuto e mancanza di raggiungimento degli obiettivi in fumatori cronici, ma, come spesso accade, diventa difficile separare gli effetti della droga da quelli del contesto sub-culturale nel quale si manifesta l'uso, specie quando quest'ultimo è illegale. In definitiva, la dipendenza dalla cannabis deriva sia dall'uso cronico e regolare sia da quello saltuario è caratterizzata da:

1) un grado di dipendenza da modesto a rilevante collegato con il desiderio di raggiungere gli effetti subiettivi desiderati;



2) la dipendenza fisica è contestata ed in ogni caso dovrebbe essere minima (non vi sono indicazioni circa una sindrome da astinenza);

3) forse, esiste un certo grado di tolleranza (che sperimentalmente è stato dimostrato negli animali).

*Dipendenza da cocaina:* la cocaina quale prototipo delle droghe stimolanti che a forti dosi possono indurre eccitazione euforica ed esperienze allucinatorie, per cui viene ricercata dai drogati e determina il massimo grado di dipendenza psichica. La masticazione delle foglie di coca, tradizionale fra alcune tribù indiane delle Ande determina una liberazione di quantità di alcaloide insufficienti per provocare modificazioni comportamentali.

La via di somministrazione più usata è quella per aspirazione nasale: infatti, malgrado le sue proprietà vasocostrittive la cocaina viene assorbita facilmente attraverso le mucose, per cui gli effetti sono intensi e rapidi come quelli di una endovenosa. Quest'ultima via, molto rischiosa, sembra tuttavia in aumento, in coincidenza con una ripresa di moda di una droga che sembrava prima in decremento a causa del minore impiego come anestetico locale. È tipica, oggi, l'assunzione ripetuta con brevi intervalli; spesso si ha la sensazione di grande forza muscolare e di prontezza mentale che fanno sovrastimare le proprie capacità e che, unite alle delusioni paranoide ed alle allucinazioni tattili, auditive e visive rendono spesso il consumatore soggetto molto pericoloso come comportamento sociale. Inoltre, si verificano disordini digestivi, nausea, perdita di appetito, insonnia e talvolta anche convulsioni, ma è raro che l'uso della cocaina si prolunghi per molto tempo. Infatti, si raggiunge un tale stato di eccitazione che il drogato ricerca un sedativo; ciò può avvenire associandovi l'eroina.

*Non esiste dipendenza fisica* da cocaina, per cui non si ha sindrome da astinenza, ma solo forme di depressione e persistenza di delusioni. L'alcaloide viene distrutto rapidamente dall'organismo, il che spiega come si possano consumare fino a 10 gr. pro die, somministrati a piccole dosi. Ciò ha portato a credere che vi sia una tolleranza, cosa non provata dal punto di vista scientifico (cioè sia dall'esperienza sia dalla sperimentazione su animali).

La cocaina costituisce l'esempio tipico di una sostanza che non induce né tolleranza né dipendenza fisica, ma solo una dipendenza psichica che può avere gravi ripercussioni.

*Dipendenza da allucinogeni (tipo LSD):* sono inclusi in questo gruppo la lisergide (LSD), un derivato semi-sintetico dell'argometrina; la psicocibina che è un indolo presente nel fungo sacro messicano, la Psilociba mexicana; la mesalina, che costituisce il più attivo fra gli alcaloidi contenuti sulla cima di un piccolo cactus, la Lolofora williamsii (mescal, peytl) nonché nei semi di alcune varietà di convolvolo, specie della Rivea corymbosa. Nella medicina indiana dell'America centrale questi alcaloidi sono impiegati, mentre è ben nota la loro funzione religiosa senza che si verifichino con frequenza forme di dipendenza.

È nota l'iniziazione artistica dell'impiego degli allucinogeni nella cultura occidentale (l'ottenimento dei cosiddetti «kicks», vale a dire variazioni nella percezione sensoriale con espansione della coscienza ed introspezioni misticheggianti; in genere la posologia è orale ed avviene in compagnia di altre persone con ingestione di una dose singola o di dosi ripetute, ma mai per più di due-tre giorni. L'uso periodico è favorito dalla rapida comparsa e dalla successiva scomparsa della tolleranza; viene a mancare uno stato di dipendenza fisica.

Queste droghe inducono uno stato di eccitazione del SNC e di quello centrale autonomico, con iperattività che in genere si manifesta attraverso modifiche dell'umore (spesso in senso euforico più raramente depressivo) ansietà, distorsioni delle percezioni visive, allucinazioni visive, delusioni, senso di depersonalizzazione, midriasi, ipertermia ed ipertensione.

Il grado di dipendenza psichica è variabile ed in genere non è intenso, nel senso che in caso di mancanza di allucinogeni si accettano dei sostituti o se ne può fare a meno; solo pochi consumatori sviluppano un grado netto di dipendenza psichica, mentre non esiste dimostrazione di dipendenza fisica e di sindrome da astinenza.

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

La tolleranza all'LSD ed alla psilocybina compare rapidamente e sparisce con eguale rapidità, mentre la tolleranza nei confronti della mescalina si sviluppa più lentamente; si nota una tolleranza crociata.

I rischi maggiori sono legati agli effetti psicologici degli allucinogeni in quanto le alterazioni della capacità di giudizio possono portare a decisioni avventate, mentre le reazioni di panico associate con un « viaggio cattivo » (bad trip) costituiscono una esperienza terrificante.

*Dipendenza da droghe del tipo Khat:* la *Catha edulis* o Khat è coltivato in alcune aree dell'Africa Orientale e della penisola arabica e viene in genere usato masticando la parte più tenera della pianta quando questa è ancora fresca. Dal punto di vista chimico-farmacologico vi è uno stretto collegamento con gli anfetaminici, sia pure su scala ridotta dal punto di vista quantitativo: oltre a tutto esiste un limite fisiologico nella possibilità di masticazione e quindi di assorbimento rilevante, il che spiega l'assenza di tolleranza e dei fenomeni psicotici tipici delle anfetamine; pur non essendovi prove della dipendenza fisica esiste un certo grado di dipendenza psichica, legata agli effetti piacevoli della droga (sensazione di benessere, riduzione del senso di fame, ma talvolta anche della libido) induce il consumatore a prolungare al massimo la masticazione, a spese di altre funzioni vitali, quali l'alimentazione. Inoltre l'eccesso di tannino porta a danni all'apparato digerente, mentre la spinta a procurarsi le foglie da masticare può avere conseguenze sociali.

*Dipendenza da oppiacei:* presenta la caratteristica che la dipendenza fisica e psichica nonché la tolleranza possono iniziarsi anche con dosi medie-terapeutiche e che aumentano di intensità con l'aumento delle dosi; ciò significa che vi può essere una origine jatrogena e che il meccanismo può iniziare con la prima iniezione di morfina.

Esiste una varietà di effetti degli oppiacei che è anche in relazione con la personalità: per alcuni soggetti, ad esempio, lo stato di mancanza di stimolazioni per sazietà, senza cioè che vi siano spinte sessuali, di fame, ambizioni etc. costituisce una situazione piacevole ed ideale. La sensazione è quello che tutto vada bene, in una sorta di ondulazione e di ottenimento di effetti anche paradossi (ecco spiegata la concomitanza fra effetti euforizzanti e sedativi). Ne deriva non solo la soppressione del dolore, della paura, dell'ansietà, ma anche una protezione nei confronti di un grado eccessivo di passività; alcune sensazioni spiacevoli sono mascherate o presentate sotto altra veste (la nausea viene chiamata « malessere gastrico-buono »). I sintomi tossici che compaiono dopo uso cronico di oppiacei sono apatia, letargia, depressione respiratoria, ipotensione ortostatica, vasodilatazione miostica e costipazione causata da riduzione nella peristalsi.

La dipendenza fisica è molto forte, per cui si verifica una netta sindrome da astinenza: con la morfina, i sintomi compaiono poche ore dopo l'ultima dose, raggiungono l'acme in 24-48 ore e recedono spontaneamente. I sintomi più gravi in genere spariscono in dieci giorni, anche se qualche residuo persiste più a lungo. La somministrazione di un antagonista specifico nel corso di una posologia continua di sostanze morfino-simili provoca una sindrome di astinenza della durata di poche ore.

La caratteristica peculiare della sindrome da astinenza morfina è il coinvolgimento di tutte le aree principali dell'attività nervosa, ivi incluso il comportamento, l'eccitazione contemporanea di entrambe le sezioni del sistema autonomico e la disfunzione del sistema nervoso somatico. L'ansietà, l'irrequietezza, dolenzie generalizzate, insonnia, lacrimazione, rinorrea, perspirazione, midriasi, erezione dei peli, vampate di calore, vomito, diarrea, ipertemia, tachipnea, ipertensione, crampi ai muscoli addominali, deidratazione, anoressia e dimagrimento sono i sintomi più tipici.

Nella vasta gamma delle sostanze ad azione morfino-simile, la possibilità di intercambiabilità non è sulla base di milligrammo per milligrammo; ad esempio, con la codeina non è possibile anche a dosi elevate mantenere una dipendenza morfina già stabilita.

L'intervallo fra l'inizio della somministrazione e la comparsa di dipendenza varia a seconda della sostanza; con la morfina è di due-tre settimane; è più breve per il chetobemidone, probabilmente più lunga per la fenazocina e senz'altro più prolungato per la codeina (specie se somministrata per via orale).

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

Il rischio della dipendenza da morfina è soprattutto indiretto, legato cioè alle azioni che si compiono per procurarsi le dosi, oltre che al disgregamento delle relazioni personali e familiari (è chiaro che l'aspetto criminale è quello più rilevante).

*Dipendenza da sostanze volatili inalate:* è dall'introduzione degli anestetici che si verifica un loro impiego non già a scopo di ottenere la perdita di coscienza, ma, al contrario, un senso di ebbrezza e talvolta di euforia. Successivamente all'etere, cloroformio ed al gas esilarante si sono aggiunti alcuni solventi volatili, quali l'acetone, il toluene, nonché la benzina (e proprio descritto in Italia, l'alcool denaturato, in soggetti sottoposti a dialisi renale). L'uso di questi ultimi inalanti è tipico dei pre-adolescenti e degli adolescenti.

Trattasi di sostanze che hanno effetto depressivo sul SNC, con effetti simili a quelli prodotti dall'alcool (euforia e quindi confusione, disorientamento, atassia)p; con benzina e toluene si possono avere sintomi simili a quelli prodotti dagli allucinogeni (euforia notevole, senso di grandiosità, delusioni, allucinazioni e perdita dell'auto-controllo. Con dosi notevoli si possono avere convulsioni, coma e morte.

Si descrivono decessi da soffocamento in quanto per inalare meglio i solventi volatili si spruzza lo spray coprendosi il capo con una plastica; se si perde coscienza, il sacco di plastica può agire come un cappio. Inoltre, petrolio, benzene e tetracloruro di carbonio possono provocare gravi alterazioni epatiche, renali ed a carico della crasi ematica.

Si descrive una tolleranza al toluene, mentre è controversa quella verso i prodotti del petrolio. Non si ha una dipendenza fisica vera e propria; tuttavia, l'interruzione brusca del contatto può provocare letargia, depressione ed irritabilità; in rare occasioni anche delirio ed allucinazioni, per cui non si possono escludere forme di psicosi tossica.

## LE CIRCOSTANZE DELL'USO

In genere, le motivazioni più frequenti sono la soddisfazione di una curiosità personale, forte nelle prime età, il desiderio di acquisire uno « status » che faccia accettare l'ingresso in un gruppo, l'affermazione di indipendenza e di ostilità, il desiderio di nuove esperienze piacevoli ed emozionanti, l'acquisizione di una comprensione più profonda o di una creatività, lo stabilimento di un senso di relax o la fuga da qualche realtà spiacevole. Ciò, per quanto si riferisce alla prima iniziazione; il passaggio alla dipendenza vera e propria può avvenire a causa di una preesistente devianza caratteriale che fa tendere alla ricerca di gratificazioni immediate che « fanno dimenticare e scaricare le proprie responsabilità ». Si ipotizza anche la concorrenza di un comportamento delinquenziale che punti all'ottenimento del massimo godimento a dispetto di tutte le convenzioni sociali. Ma non si può escludere l'influenza dell'auto-trattamento di condizioni psico-somatiche o di stress sociali, nonché di stati di ansia cronica e di altri disordini psichiatrici. Importante appare la tendenza a considerare alcune droghe come afrodisiache e come preventivi per molte malattie. L'aspetto somatico può intervenire allorquando a causa di modificazioni metaboliche si è costretti alla somministrazione ripetuta di droghe per evitare l'astinenza. Sono tutte cause non specifiche che influenzano molti comportamenti anormali e che possono essere precipitate da fattori esterni quali la perdita di una persona cara, il passaggio da un lavoro all'altro o da uno stadio di accrescimento all'altro o l'esistenza di gravi malattie. La facilità con la quale sono disponibili alcune droghe, il grado di accettazione sociale, le possibilità di movimento da parte dei giovani e la forza esistente nei gruppi di coetanei e nelle mode giovanili sono tutti elementi concorrenti a spiegare la maggiore o minore diffusione del fenomeno. I reclutatori (pushers) hanno rilevanza, ma non sempre in collegamento con centrali di smistamento e produzione clandestina; per le droghe leggere, ad esempio, si tratta di distributori « minori » che lo fanno per pagarsi il viaggio più che per speculare. La presenza di famiglie distrutte e di milieu familiari patologici ha dovunque una notevole importanza, come pure il grado di esattezza e di carica obiettiva dell'informazione relativi alle droghe.

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

Gli atteggiamenti dei professionisti sanitari e dei gruppi sociali più influenti nei confronti delle droghe (ma non di tutte, vi può essere benevola tolleranza per l'alcool) possono ingenerare ostilità e sfiducia e ridurre il valore degli interventi educativi ed assistenziali. Appare pertanto necessaria una educazione degli operatori sanitari.

## CONDOTTA TERAPEUTICA

Gli obiettivi principali sono quelli di:

- 1) ridurre l'entità del problema dell'impiego non medico di droghe;
- 2) diminuire la prevalenza ed incidenza della dipendenza da droghe;
- 3) migliorare il grado di funzionalità personale e sociale dei tossicodipendenti;
- 4) stabilire un sistema continuo di valutazione pianificazione e modificazioni nel sistema e nelle metodologie;
- 5) fissare obiettivi a più immediato termine, quali:
  - 5.1) favorire il contatto fra tossicodipendenti e personale in grado e con motivazioni per aiutare;
  - 5.2) incoraggiare dopo il contatto all'accettazione di interventi che tendono a migliorare le situazioni di vita;
  - 5.3) ridurre il numero delle complicanze mediche associate con la somministrazione non controllata di droghe;
  - 5.4) diminuire l'incidenza dei comportamenti asociali ed inaccettabili legati con l'uso della droga;
  - 5.5) intensificare i controlli sull'immissione clandestina nel mercato nero di stupefacenti di produzione ristretta per uso medico.

Per misurare l'efficacia dei programmi, possono considerarsi:

- a) il grado di facilità con la quale i drogati entrano in contatto con i centri e vi rimangono collegati (numero di soggetti che volontariamente partecipano a programmi di trattamento, percentuale di abbandoni, statistiche sull'età dei consumatori e sulla durata della loro dipendenza);
- b) l'estensione con la quale vengono accettati i vari trattamenti;
- c) la natura delle relazioni sociali ed interpersonali (informazioni sugli arresti, sugli abbandoni scolastici e sulle relazioni con coetanei e la comunità);
- d) l'estensione e la gravità delle complicanze mediche (numero annuo di ammissioni in ospedale);
- e) l'entità della disponibilità delle droghe sul mercato nero e la loro origine, nonché la percentuale di sostanza attiva e di contaminanti nelle droghe sequestrate od acquistate. Hanno anche importanza le variazioni nel prezzo.

## APPROCCIO AL TRATTAMENTO

Fondamentalmente non è diverso da quello tipico di molte altre condizioni morbose croniche soggette a ricadute con caratteristiche che le rendono non accettabili dal punto di vista sociale. Le fasi sono sempre quelle:

- a) della ricerca dei casi;
- b) della loro valutazione e diagnosi;
- c) della fissazione di obiettivi immediati ed a più lungo termine per ciascun paziente;
- d) della formulazione di una strategia generale di trattamento effettuata, possibilmente, con la collaborazione dell'interessato:

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

- e) della risoluzione dei problemi di urgenza medica e delle complicazioni;
- f) interventi per la modifica del comportamento;
- g) predisposizione dei servizi riabilitativi necessari (medici, occupazionali o sociali);
- h) il contatto continuo ed il controllo;
- i) la valutazione periodica della efficacia degli interventi terapeutici e riabilitativi.

Le forme di trattamento sono sia individuali (impiego di farmaci psicotropi e psicoterapia individuale) e di gruppo (intendendo anche per gruppo la comunità terapeutica che può trasformare anche una istituzione). La partecipazione diretta del paziente fa parte integrale del processo di trattamento; raramente si ottiene il raggiungimento dell'obiettivo della astinenza totale, dell'indipendenza, dell'acquisizione di una attività proficua, di un inserimento sociale e personale soddisfacente e di una stabilità emotiva, per cui si tende a fissare obiettivi intermedi.

I problemi della diagnosi, delle complicanze mediche e del trattamento dell'intossicazione acuta sono stati già trattati in altri appunti; sembra opportuno delineare più in dettaglio i vari sistemi di *disintossicazione* degli eroinomani o dei soggetti dipendenti dal metadone; l'accertamento della dipendenza del tossicomane non è semplice in quanto non ci si deve fidare eccessivamente di quanto racconta circa il dosaggio.

In genere sarebbe opportuno un breve ricovero per i soggetti che sono dipendenti da più di una droga, che intendono successivamente entrare a far parte di una comunità terapeutica, che hanno una sospensione da un forte dosaggio di metadone o che sono nettamente psicotici. Altrimenti la disintossicazione può avvenire su base ambulatoriale.

Alla comparsa dei primi sintomi di astinenza può somministrarsi una dose iniziale di metadone (10-20 mgr. per os.); può intervenire un po' di sonnolenza, il che significa che si è esagerato nella dose. Se compaiono altri sintomi di astinenza, si possono dare altre dosi da 5 mgr. ma senza superare i 20 mgr. nelle prime dodici ore (salvo che il soggetto non fosse già abituato a dosaggi fino a 40 mgr.); dopo il primo giorno può aggiustarsi la dose una o due volte pro die; in alcuni programmi raramente si va oltre la dose di stabilizzazione di 20 mgr. al giorno.

Una volta raggiunta la stabilizzazione ha inizio il processo di detossificazione, il quale, secondo i regolamenti della FDA, dovrebbero completarsi nello spazio di 21 giorni; si riduce il dosaggio di 15-20 % ogni giorno ed è necessario che i pazienti sappiano che potranno avvertire sintomi da astinenza simil-influenzali. Naturalmente, è necessario il controllo periodico delle urine per accertare l'eventuale ritorno agli oppiacei.

Per coloro che si trovano a dosaggi sui 50 mgr. sono necessarie 4 e più settimane; è bene iniziare con la riduzione di 5 mgr. al giorno fino alla dose di 20 mgr. A questo punto la riduzione deve divenire più graduale e talvolta deve aver luogo con ricovero.

Per i neonati con madre dipendente da eroina o metadone è sufficiente una accurata osservazione; il trattamento della sindrome da astinenza va fatta con clorpromazina, metadone e fenobarbital.

*Trattamento a lungo termine* si basa sulla riabilitazione e sulla prevenzione delle ricadute. È necessario che siano possibili:

- servizi per il trattamento medico delle complicanze;
- psicoterapia, consulenza familiare, educazione specializzata, terapia ed orientamento occupazionale, assistenza legale e servizi sociali;
- attività di supporto per alleviare la ricerca della droga dopo la sospensione.

Si distingue fra:

A) *programmi di « drug-free »* che non usano chemioterapici, ma che puntano all'ottenimento di modificazioni nel comportamento e, soprattutto, sull'adesione motivata da parte del paziente; sono trattamenti di psicoterapia prolungati per 9-24 mesi; se avvengono in una comunità terapeutica possono portare a forme anche elevate di funzionamento sociale e ad una successiva partecipazione a programmi comunitari;

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

B) *programmi di mantenimenti con metadone*: non avviene la detossificazione iniziale, ma si inizia con una dose di mantenimento da 40 a 120 mgr. pro die; oggi si tende a ridurre sui 50 ed ad effettuare il tutto su base ambulatoriale; vi sono diversi programmi. Negli USA la FDA regola-menta il dosaggio massimo (120 mgr.) che si consente di portare a casa. Si sperimentano forme di contrattazione del dosaggio e di responsabilizzazione dei drogati. In ogni caso, si prevedono anche servizi sociali e riabilitativi e si cerca di offrire ai soggetti interventi multimodali;

C) *programmi sperimentali di chemioterapia*:

C.1) l'alfa-acetil-metadol (LAAM) è un metadone ad azione prolungata (72 ore) che quindi richiede una sola dose tre volte alla settimana;

C.2) il Naloxone è un antagonista dell'oppio anch'esso ad azione prolungata che dura 24 h. e presenta pochi effetti collaterali; si presuppone che si debba proseguire nella posologia fino a che sia ridotta la probabilità di recidive. Si usa anche la ciclazocina.

Dato che questi antagonisti precipitano la sindrome da astinenza, vanno dati solo ai pazienti che non presentano una dipendenza fisica verso la morfina, aiutandoli a non diventare dipendenti e riducendo il rischio da overdose.

L'effetto della ciclazocina dura meno di 24 h. per cui se ci si dimentica di prendere una dose, si possono manifestare effetti tossici da oppiacei. Inoltre determina effetti collaterali spiacevoli. Il Naloxone è molto costoso, mentre il Naltrexone, più potente ed economico (bastano 30-50 mgr. per giorno per dare gli stessi effetti di 3.000 mgr. di Naloxone). Si stanno sperimentando forme di deposito per assicurare un effetto prolungato;

D) *il sistema inglese* punta alla fornitura di speciali servizi che forniscono gratuitamente la droga ai dipendenti, ma sotto stretto controllo solo da parte di alcuni medici in possesso di una speciale licenza. In realtà il sistema funziona in un Paese che ancora consente il commercio legale dell'eroina e che non sembra investito dalla corrente del commercio clandestino. Interessante appare l'esperienza del Servizio di informazioni di Londra (LIS), collegato con 16 ambulatori psichiatrici aperti presso altrettanti ospedali della metropoli britannica; 24 ore su 24 questo servizio era a disposizione telefonica dei medici e dei drogati per fornire informazioni circa i Centri e per indirizzare i soggetti con sindrome da astinenza in ospedale. Ma in linea generale si punta verso il contatto solo con i medici, gli ambulatori e gli ospedali; il fatto che non esiste anonimato negli ambulatori consente di far sapere al medico o ad un altro ambulatorio se il drogato è registrato presso un altro Centro. Il servizio smista anche gli appuntamenti verso i Centri.

Si sono incontrati problemi con soggetti dipendenti da metedrina, ma non si è dato molto peso, dato che la sindrome da astinenza è soprattutto psicologica. In Inghilterra, si tende a puntare ancora sul medico di famiglia, anche se la maggior parte dei drogati fanno ormai capo ai Centri.

Nei programmi del metadone negli USA, invece, si evita di puntare sul singolo medico, ritenendo necessario il Centro attrezzato.

Le *comunità di auto-trattamento* sono basate sull'ipotesi che l'uso di droghe sia un sintomo di disturbo profondo del carattere o di immaturità emotiva, per cui scopo precipuo deve essere quello di ristrutturare il carattere. I membri della comunità collaborano inizialmente ai compiti più meniali e gradualmente avanzano di « status »; non si ammette violenza o droga e si stabiliscono punizioni, fino alla espulsione per i comportamenti devianti. Si stabilisce in genere una libera espressione dei propri sentimenti, a tipo di gruppo « T »; nello stesso tempo, vi è in alcuni contesti comunitari molto spirito di solidarietà e di tenerezza reciproca; il personale, in genere, include ex-drogati che spesso collaborano con professionisti esterni. Ma in alcuni programmi comunitari si è nettamente contrari all'intromissione di persone anche professioniste che non abbiano avuto contatto con la droga.

Sembra oggi chiaro che ben pochi drogati sono catturati da simili comunità. Solo circa 2/3 di quelli che vi entrano in contatto ne diventano membri e fra questi solo da 1/2 ad 1/3 rimangono per più di pochi mesi, mentre gli altri lasciano la comunità senza il permesso del collettivo.

Grosso modo se si verificano miglioramenti a lungo termine, questi sono limitati a meno di un terzo di coloro che hanno avuto contatto; ora, mentre per l'eroina abbiamo l'alternativa, sia pure discutibile del metadone, per i barbiturici e gli anfetaminici la comunità rimane il solo metodo che può dare risultati consistenti.

*Trattamento coercitivo*: la coercizione non costituisce una novità in Sanità pubblica; si ritiene che, mentre sia opportuna la denuncia obbligatoria alle autorità sanitarie per evidenti motivi di conoscenza epidemiologica, si dibatte molto il valore dell'obbligo del trattamento, anche se si ritiene che un tipo di supervisione e di controllo possa essere utile.

*Approcci comunitari alla prevenzione*: si tratta soprattutto dei gruppi di volontari — « i contact teams » — che sono a disposizione 24 ore su 24, ma specie di notte nelle zone della città più pericolose, nonché di tutto l'insieme delle attività sportivo-ricreative-culturali-politiche destinate a coinvolgere attivamente i giovanissimi, specie se di recente emigrazione ed appartenenti ai gruppi emarginati. Occorre allargare il cerchio ed evitare che si stabiliscano differenziazioni non sempre obiettive come quelle fra « Establishment » e « anti-Establishment ». Gli ostelli, le case protette etc. sono tutte istituzioni che possono svilupparsi solo con il concorso della comunità.

#### NECESSITÀ DI RICERCA

Oltre agli aspetti farmacologici, appare importante dedicarsi a quelli sociologici, per stabilire fino a che punto le stigmate sociali di condanna influiscono sul deterioramento socio-culturale. Inoltre appare essenziale valutare scientificamente i risultati dei vari metodi di trattamento e di prevenzione e stabilire effettive alternative.

RELAZIONE SU ALCUNE VISITE A CENTRI  
DI TRATTAMENTO DI TOSSICODIPENDENTI  
ED A COMUNITÀ TERAPEUTICHE DELLA CALIFORNIA

Los Angeles-San Francisco, 23 aprile-1° maggio 1976

Utilizzando un viaggio negli USA per la partecipazione alla Conferenza Mondiale sul Volontariato in campo sanitario, lo scrivente ha effettuato una serie di visite ad istituzioni di ricerca, assistenza e riabilitazione di tossicodipendenti nonché a centri per la prevenzione del suicidio, secondo un intenso programma messo appunto in precedenza sulla base delle indicazioni provenienti dalla bibliografia consultata e dai suggerimenti di un esperto del Centro Studi (il dr. Zerbetto) che era stato nelle stesse località l'anno scorso.

I due Consolati italiani di Los Angeles e San Francisco hanno collaborato attivamente all'organizzazione pratica delle visite.

Gli aspetti più interessanti sui quali si ritiene opportuno riferire sono:

1) l'applicazione di analisi sistematiche e computizzate al controllo di programmi multimodali di disintossicazione di drogati;

2) i nuovi sistemi di detossificazione e le misure di controllo sul metadone; essendo ormai l'eroina non più al primo posto fra le droghe « pesanti », ma venendo sempre più in luce le associazioni barbiturici-alcool e poli-droghe, si sono raccolti dati sui sistemi di trattamento di queste forme da associazione;

3) l'elencazione dei risultati di alcune nuove terapie, ancora allo stadio sperimentale (ipnosi, elettrosonno, meditazione, propanalolo etc.);

4) le esperienze singolari delle comunità di giovani disadattati « Synanon », delle quali viene fatta spesso menzione anche in pubblicazioni italiane, ma che hanno recentemente allargato il raggio dei propri interventi.

1. — IL SISTEMA MULTI-MODALE

È tipico del Programma dell'U.C.L.A. (cioè della sede di Los Angeles dell'Università della California); tratta circa 870 tossicodipendenti, si avvale di ben 135 persone di varia specializzazione professionale ed ha un bilancio di 2,2 milioni di dollari all'anno. Oltre ad un nucleo amministrativo, di primo accoglimento, di valutazione continua del servizio e di collocazione professionale, si basa su tre ambulatori presso i quali viene somministrato il metadone, una serie di locali di abitazione, una comunità terapeutica, un programma di detossificazione con metadone, una unità per il trattamento dei poli-tossicodipendenti e due programmi misti per adolescenti.

L'impostazione di partenza, tipicamente americana, è il considerare l'insieme del programma come una « industria » e quindi nell'applicare dei sistemi manageriali tendenti ad ottenere il massimo profitto. Così, ad esempio, si è stabilito che tutti i vari ambulatori, centri, comunità debbano far capo, per la valutazione iniziale e periodica dei propri clienti, al Punto di raccolta centrale (Intake), dove funziona un gruppo di psicologi e di consulenti che si occupano di tutti i casi, per cui il trattamento farmacologico si accompagna alla psico-terapia.

Si raccoglie e si elabora una mole immensa di dati, che consentono, attraverso l'analisi del calcolatore, di confrontare i diversi programmi, di apportare modifiche e di lavorare riducendo spese e tempi inutili. Trattasi, senza dubbio, di una impostazione razionale, la quale, oltre a tutto, con-



sentirà di ricavare una serie di correlazioni multiple circa l'influenza di fattori demografici, sociali e psico-attitudinali sui risultati del trattamento o meglio dei vari trattamenti che si sperimentano in parallelo od in associazione.

Il dr. De Angelis, direttore del progetto, desidererebbe potersi rendere utile per lo sviluppo di attività razionali in Italia ed ha ripetuto questa disponibilità nel corso del recente incontro che ha avuto luogo a Roma (5-7 maggio u.s.).

2. — PRINCIPALI METODI DI DETOSSIFICAZIONE (derivati sia dall'esperienza del centro dell'UNCLA che da quella del dr. Smith dirigente del famoso Free Medical Clinic di San Francisco)

2.1. — *Detossificazione con metadone*: per regolamento federale, negli U.S.A., il programma di detossificazione, per essere considerato tale non dovrebbe avere una *durata superiore alle tre settimane*. Altrimenti, si ricade nel sistema del *mantenimento*. Agli inizi si praticava la detossificazione (cioè il graduale abbandono del metadone) in ambiente ospedaliero, per evitare la persistenza dell'influenza negativa dell'ambiente di vita. Quasi dovunque il sistema dei 21 giorni si è rivelato un fallimento e non vi sono state differenze fra programmi con ospedalizzazione e programmi su base ambulatoriale. Migliori risultati si sono ottenuti, sia prolungando a tre-quattro mesi la riduzione graduale sia soprattutto accompagnandola da un'opera di consulenza psico-sociale e dall'ammissione in comunità terapeutiche. In tal modo, la riduzione graduale sembra favorire la brusca sospensione ed il passaggio ad un sistema « drug-free ». Va rilevato che i criteri in vigore negli USA per l'ammissione dei drogati nei programmi di mantenimento (cioè quelli di somministrazione del metadone a lungo termine) sono più restrittivi rispetto a quelli della detossificazione.

2.2. — *Detossificazione dei soggetti in mantenimento con metadone*: non è esatto che sia più « dolorosa » rispetto a quella da eroina; si tratta di giungere rapidamente a dosi medie più basse (40 mgr.) e quindi di procedere più gradualmente. Importante appare la responsabilizzazione del tossicodipendente.

2.3. — *Detossificazione con Darvon-N* (napsilato di propoxifene): è molto popolare a San Francisco, dove lo schema inizia con 400 mgr. pro die e giunge in 17 giorni a 50 mgr. e quindi, brusca sospensione. Quando vi sono già segni di sindrome da astinenza, la prima dose comprende anche una dose iniziale di idrocloruro di Darvon. Vi sono schemi a più alto dosaggio (fino a 1.400 mgr.) ma non pochi sono i rischi tossici, nei confronti del fegato, mentre si possono manifestare convulsioni in caso di ritorno all'eroina. I controlli di efficacia vengono sempre accompagnati da esami di urine; è impressione dello scrivente che vi sia una notevole componente « suggestiva » nel Darvon, propagandato come alternativa al metadone, nell'atmosfera particolare della free clinic di Haight-Ashbury a San Francisco.

2.4. — *Detossificazione con LAAM* (L-alfa-acetil-metadolo). È praticata presso la Veterans Administration, soprattutto a Palo Alto, nella baia di S. Francisco ed a Sepulveda (Los Angeles). Presenta il vantaggio rispetto al metadone di avere un'azione più prolungata e quindi di consentire una somministrazione bi-settimanale; va rilevato che ciò può aumentare il numero degli abbandoni, in quanto viene a ridursi il tempo di contatto supportivo con il personale degli ambulatori. Comunque, vi sono risultati contrastanti; in genere, i risultati migliori si hanno nei soggetti che sono da tempo in mantenimento da metadone che sono già « stabilizzati ».

2.5. — *Detossificazione con antagonisti*: gli anti-metadonisti hanno abbandonato le speranze relative all'utilizzazione della ciclazocina, che provoca un eccesso di effetti collaterali in numerosi casi ed il Naxolone che ha un'azione troppo breve e, quindi, richiede somministrazioni ripetute. Gli effetti del Naltrexone (EN-1639A) sono più prolungati ed i primi risultati sembrano buoni. Si è appreso che sono in corso numerosi esperimenti con altri antagonisti, ma, grosso modo, il Nal-

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

trexone appare il migliore (preso per os ha una durata di 24 ore e pochissimi effetti collaterali). Va rilevato che gli antagonisti non sopprimono la ricerca del narcotico con la stessa efficacia del metadone e che, pertanto, il livello di motivazione del drogato deve essere elevato perché possano avere effetto.

2.6. — *La detossificazione da stupefacenti non oppiacei*: va ricordata la sempre maggiore diffusione di altre forme di associazione di stupefacenti; nel caso dei sedativi/ipnotici, una detossificazione improvvisa a cold turkey può creare dei seri rischi (che non sembra, invece, siano sempre presenti nel caso dei narcotici, come dimostra la esperienza di molte comunità terapeutiche). Ne consegue che, al contrario di quanto sottolineato per i narcotici, si rende spesso necessario l'internamento in ambiente ospedaliero, anche se il difetto degli ambienti ospedalieri è quello di accentuare troppo l'aspetto farmacologico trascurando quello psicologico.

Il distacco dal sedativo/ipnotico va fatto gradualmente, iniziando con la sostituzione di un sedativo ad azione prolungata con uno ad azione breve. Altri programmi (che in genere si sviluppano in parallelo) puntano, invece, su riduzioni anche brusche del dosaggio con sospensioni nel decremento allorché insorgano sindromi da astinenza. Nel primo caso, si sostituisce il fenobarbital con barbiturici ad azione abbreviata, in genere con un prodotto che già il soggetto usava. In genere a dosi di 30 mgr. di fenobarbital si sostituiscono dosi 100 mgr. di barbiturici tipo amobarbital, pentobarbital, secobarbital o con dosi maggiori di altri sedativi/ipnotici (250 mgr. di clorario idrato) nonché con dosi da 50 a 100 mgr. di benzodiazepine (Librium e Valium soprattutto).

Più complessa appare la disintossicazione delle forme miste sedativi/ipnotici/alcool, anche se esistendo, come è ben noto, una tolleranza crociata, si possono determinare equivalenze sostitutive. Spesso, tuttavia, non è facile accertare se esista una associazione con l'alcool, cioè si beva mentre ci si droga, oppure una ricerca di effetti sostitutivi da parte dell'alcool; ciò per determinare i dosaggi di riduzione graduale.

Nella sindrome mista da narcotici/sedativi/ipnotici diventa difficile si preferisce favorire la disuefazione dal sedativo/ipnotico lasciando il soggetto sotto oppiaceo (naturalmente sostituendo eroina e morfina con metadone). Nelle tossicomanie da Darvon-N (che lo scrivente ha avuto modo di osservare nelle free clinics di San Francisco) si usa la sostituzione con Darvon semplice.

Esistono posizioni contrastanti relativamente al valore della detossificazione, che dai gruppi « comunitari » viene ritenuta come elemento decisivo, mentre nell'esperienza degli ambulatori i fallimenti sono notevoli anche quando vi si associa la psicoterapia. È probabile che il particolare ambiente delle comunità terapeutiche serva come mantenimento o terapia vera e propria; si tratta di domandarsi fino a che punto possa essere considerato « guarito » un tossicomane che ha bisogno di un ambiente « protetto » come quello della comunità per poter funzionare.

### 3. — RISULTATI DI ALCUNE NUOVE TERAPIE

Lo scrivente ha avuto modo di visitare centri e di acquisire materiale e cognizioni relative soprattutto alle seguenti tecniche:

3.1. — *Agopuntura*: o meglio elettro-agopuntura; viene praticata con aghi infissi nelle orecchie (zona corrispondente ai polmoni) collegati con elettro-stimolatori che agiscono per circa trenta minuti. Sembra che serva ad attenuare la sindrome da astinenza, specie nei soggetti abituati a forti dosi di eroina. Vi sono esperienze a Torrance (California) con l'immissione di una grappetta chirurgica nell'orecchio, in modo che stia in situ senza danni per circa tre mesi. Lo stesso soggetto viene addestrato ad effettuare sia stimolazioni digitali, sia collegamenti con elettro-stimolatori. Va rilevato che, se viene confermata l'azione di alleviamento delle sindromi da astinenza non risulta che i soggetti che diventano in tal modo drug-free rimangano tali.

3.2. — *Bio-Feedback*: trattasi di un metodo psicologico di addestramento dell'individuo a riconoscere e controllare i propri processi fisiologici, quali la frequenza cardiaca, la pressione, la tensione muscolare, la sudorazione alle palme delle mani e l'acidità gastrica, tutte funzioni che possono venir monitorizzate e collegate con sistemi acustici o luminosi in modo da determinare una serie di condizionamenti e di far realizzare al soggetto i propri progressi. È un sistema usato per il trattamento dell'ipertensione, delle cefalee da ipertono muscolare del cranio nonché, più recentemente, dell'incontinenza neurologica. Recentemente è stato sperimentato da diversi programmi, quale mezzo atto a ridurre i livelli di ansietà, a promuovere un certo grado di rilasciamento ed a consentire all'individuo di riscoprire se stesso, specie nelle sue funzioni fisiologiche. Secondo molti psicologici in gran parte delle tossicomanie esiste una debolezza dell'ES ed una mancata realizzazione del proprio schema corporeo. Secondo Wesson di San Francisco, grosso modo, solo il 5 % dei drogati cronici ha una motivazione positiva tale da consentire la collaborazione effettiva al lungo processo di training, che in questi casi, senza dubbio contribuisce a ridurre il grado di dipendenza. Sono in corso numerose ricerche.

3.3. — *Ipnosi*: si sta diffondendo sia sotto forma di condizionamento aversivo, impiegando rafforzamenti negativi che producono nausea, ansietà od altre reazioni, sia come sostitutivo delle sensazioni piacevoli della droga, sia come rafforzativo della personalità, sia, infine, come rilassante muscolare e quindi desensibilizzatore. Rispetto alle esperienze italiane di Granone, primario neurologo di Vercelli (che ha iniziato con gli alcolisti e quindi è passato ai drogati), si tende a confrontare l'ipnosi con altri sistemi tipo il biofeedback e la meditazione trascendentale e si sottolinea come vi sia solo una minoranza di soggetti che, in partenza, possono beneficiare dell'ipnosi in quanto « disponibili ». Comunque si osserva come trattasi sempre di interventi su scala limitata a causa dello scarso numero di medici e psicologi in possesso di buone tecniche di ipnosi.

3.4. — *Meditazione trascendentale*: la diffusione in Italia del libro di Benson e di altre pubblicazioni che partono dalla religione tradizionale Vedic (India) ha indotto a visitare centri dove la meditazione viene praticata nei confronti di drogati, alcolisti e soggetti con devianze di vario genere; nello stesso tempo, si è avuto occasione di constatare i discreti risultati che si ottengono per il trattamento dell'ipertensione essenziale.

È bene ricordare che quattro sono i fondamenti di questa pratica:

- 1) la ripetizione ossessiva di una parola o suono segreto chiamato mantra che (stando sempre ad occhi chiusi) consente di isolarsi dal mondo esterno e, soprattutto, dal pensiero logico;
- 2) un atteggiamento del tutto passivo, per cui se il soggetto torna a mostrare attenzione per il mondo esterno, gli si deve far ripetere la mantra;
- 3) una riduzione del tono muscolare e riduzione del metabolismo;
- 4) ripetizione regolare della pratica almeno due volte al giorno.

Le esperienze sono state abbastanza positive, ma l'insuccesso che si è avuto in un gruppo consistente di drogati studenti di scuole secondarie superiori sta a dimostrare l'importanza, anche in questo caso, della motivazione. L'opinione generale è che il metodo, non semplice e, si ripete non sempre trasportabile nel contesto culturale di altri Paesi a basso indice di « meditazione », possa dare risultati anche notevoli in gruppi scelti di eroinomani e consentire la riduzione del dosaggio in soggetti sotto metadone.

3.5. — *L'elettrosonno* od elettroterapia cerebrale, già usato largamente in URSS e nei Paesi dell'Est per il trattamento degli alcolisti, si sta diffondendo anche negli USA. Le sedute durano da 30 a 54 minuti ed in genere sono necessarie da 5 a 10 sedute. Appare discreto il grado di rilasciamento e la riduzione dell'ansietà, per cui si pensa di utilizzarlo, come l'agopuntura, per favorire la sospensione graduale del metadone.

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

3.6. — *Propanalolo*: il noto agente con azione di blocco beta-adrenergico, già impiegato nel trattamento delle aritmie cardiache, è stato usato in Germania e Scandinavia per ridurre la dipendenza dalla eroina e consentire la disintossicazione graduale; sembra, soprattutto, che riduca, dopo la dissuefazione, la ricerca spasmodica dei narcotici. Tuttavia, la sperimentazione fatta negli USA è quasi del tutto negativa, dato che si sono ottenuti risultati analoghi a quelli del placebo.

## 4. — L'ESPERIENZA DI SYNANON

Lo scrivente ha avuto modo di visitare la casa madre di Santa Monica e le tre comunità rurali di Tomales Bay a 50 miglia a nord di San Francisco. Trattasi, senza dubbio, di una esperienza singolare, anche se alcune sue caratteristiche di autoritarismo e di atmosfera quasi-mistica e carismatica la rendono difficilmente trasferibile in altri contesti. Inoltre, almeno a quanto ha potuto constatare lo scrivente, gran parte del successo « finanziario » di una impresa che per quasi 2.000 associati ha un bilancio annuo di 9 milioni di dollari e si basa in gran parte sulle contribuzioni volontarie sia di persone che per seguire un nuovo stile di vita comunitario « entrano » nella comunità quasi come monaci sia di fondazioni e di privati che intendono incoraggiare una iniziativa la quale ha dimostrato di riuscire non solo a disintossicare drogati cronici, ma, soprattutto a trattare giovani delinquenti, i quali, altrimenti, sarebbero causa di delitti e di soggiorni nelle patrie galere a carico del contribuente. Ci si deve subito domandare fino a che punto nell'attuale sistema fiscale italiano siano trasportabili iniziative private che, per principio, rifiutano il contributo pubblico, se non per scopi ben precisi (il governo federale finanzia ricerche sullo sviluppo del grado di socializzazione fra i bambini ospiti dei centri comunitari). Va rilevato a proposito dei finanziamenti che è in corso una azione giudiziaria promossa da Synanon contro un importante quotidiano di San Francisco il quale aveva accusato l'associazione di proporsi una serie di « profitti » e quindi di ingannare i sottoscrittori; va rilevato anche che l'impostazione generale dell'amministrazione è altamente efficientistico e che vengono impiegati anche per iniziative di carattere terapeutico e sociale termini giuridici di netta origine manageriale (ad esempio, si parla di « investimento » quando si fanno seguire brevi corsi sulla storia di Synanon e sulla sua organizzazione ai nuovi venuti affinché i medesimi si rendano promotori a loro volta di disseminazioni ulteriori delle conoscenze relative).

La disintossicazione dei drogati avviene « a freddo » (cold turkey) senza alcun sedativo o sostitutivo: il drogato viene, tuttavia, accettato solo previo colloquio (una sorta di test psico-attitudinale) ed accettazione delle regole severe di NON FUMARE, NON BERE, NON AGIRE IN MODO VIOLENTO, ESSERE ORDINATI, TAGLIARSI CORTI I CAPELLI, FARE ALMENO QUINDICI MINUTI OGNI GIORNO DI ATTIVITÀ FISICA « AEROBIOTICA » TENDENTE CIOÈ AD AUMENTARE LA CAPACITÀ VITALE RESPIRATORIA. Nei primi giorni gli si mette accanto un altro ex-drogato soprattutto per conforto ed aiuto e poi inizia l'inserimento in un complesso a tipo militare, ma con un continuo sorriso sulle labbra (anche se non mancano punizioni e ricompense). Tutto è in comune e solo dopo un lungo tirocinio di lavoro, studio partecipazione a sedute di terapia di gruppo almeno bisettimanali (chiamate « giochi ») nonché all'effettuazione di lavori manuali tendenti ad accentuare le capacità psico-motorie. Nei primi anni il giovane lavora soprattutto in attività di pulizia, produzione agricola, cucina etc.; quindi, gradualmente, viene invogliato a specializzarsi, a studiare ed a progredire nell'interno stesso dell'organizzazione. Un certo numero di membri di Synanon sono medici, amministratori, avvocati ed altri professionisti che hanno scelto un nuovo sistema di vita senza essere degli ex-drogati, ex-alcolisti o delinquenti. In genere detengono posti di responsabilità, anche se, almeno apparentemente, esiste la massima democraticità (ma non tanto nelle decisioni, quanto nelle discussioni).

Per il giovane delinquente « affidato » a Synanon dai tribunali per minorenni come alternativa alla pena carceraria, il sistema può essere più duro, almeno agli inizi con tirocinio fisico a tipo « Marines » e disciplina più rigorosa.

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

La terapia di gruppo (che rifiutano come termine, ma che di fatto si basa su principi di psicologia dinamica) si sta gradualmente evolvendo: il « game » consiste sia nella esteriorizzazione anche brutale dei propri problemi personali che vengono affrontati in modo irreverente ed anche provocatorio da parte degli altri (sistema accusa/difesa) sia nella analisi delle attività delle singole branche (amministrazione, insegnamento, produzione, pubblicità, cucina, forno etc.). Vi sono poi i « microgiochi » sorta di gruppi T di durata di 2-3 minuti nei quali esplode la violenza solo verbale, che normalmente è proibita.

Fra le attività di Synanon non mancano iniziative nei confronti della comunità, quali il trattamento delle acque di rifiuto con modernissimi sistemi a fanghi attivati ed a filtri, l'organizzazione di ambulanze di pronto soccorso e di vigili del fuoco etc.

Viene incoraggiato il matrimonio fra i membri, ma proscritta la promiscuità sessuale; i bambini dopo il 6-7 mese vengono sottratti al nucleo familiare (prevale la comunità) ed affidati ad insegnanti specializzate per cui avviene un processo di socializzazione molto precoce.

Esiste nell'educazione dei bambini una vasta gamma di esperienze pedagogiche simil-montesoriane, ma si deve rilevare anche una certa manovra di imposizione di carismi legati al rituale parareligioso di Synanon.

Synanon non pubblica statistiche sui risultati a lunga scadenza, se non per quanto riguarda il numero di « giornate sobrie » che ex-drogati ed alcolisti effettuano nel corso di un anno; in particolare non viene denunciato il numero di « abbandoni » e soprattutto il destino di coloro che dopo un certo tempo lasciano il programma. Un numero abbastanza consistente continua a lavorare, sia pure facendosi crescere i capelli, presso programmi di riabilitazione per drogati. È probabile che la non dichiarazione di dati statistici nasconda un numero rilevante di insuccessi, ma è difficile giudicare, se si considera che Synanon si pone soprattutto come alternativa al mondo consumistico e mercantile (pur impiegando il computer ed una efficienza manageriale veramente invidiabile).

L'impressione personale è che a Synanon si trovino meglio i soggetti dotati di un certo livello di capacità espressiva verbale e di una motivazione etico-politica.

Comunque, rispetto alle Foenix Houses che predominano sulla costa orientale degli U.S.A. sembrano prevalere impostazioni filosofiche (Emerson in particolare) ed essere ridotte le punizioni corali (nelle Phoenix vi sono cartelli da attaccarsi alla schiena).

Il massimo stipendio concesso ai dirigenti è di 80 dollari al mese; la media dell'argent de poche è di 15-20 dollari al mese; tutti hanno gratis televisori, biancheria, vestiario, cibo e locali decorosamente arredati. Non si scoraggia l'acquisto in proprietà parziale di motociclette e di apparecchi stereofonici.

Esiste un circuito radio-televisivo chiuso che collega le comunità e che ha una funzione pedagogica-politica in quanto ritrasmette la registrazione di tutte le riunioni di gruppo e perfino delle telefonate di affari, onde tutti possano controllare l'andamento della gestione.

Un giudizio definitivo diventa molto difficile e si sono premesse quelle differenze situazionali e culturali che renderebbero assai difficile il trapianto in Europa (anche se sembra che si stia costituendo un nucleo a Berlino). Comunque, sotto l'aspetto conoscitivo l'esperienza Synanon appare degna di attenzione e dimostra che è possibile, almeno in una quota dei casi, la disintossicazione « a freddo » ed il mantenimento della astensione, purché vi sia una forte spinta ed un supporto della comunità.

Per quanto riguarda altri aspetti del problema « droga » negli USA, si è appreso che:

— dopo la caduta di frequenza di eroinomanie negli anni '73-'74, nel 1975 si è avuta una ripresa, con aumento netto nel numero di morti per overdose. L'eroina « bruna » di provenienza messicana, che ha sostituito quella di origine turco-iraniana, più pura, contiene notevoli quantità di sostanze dannose. Nello stesso tempo, si nota uno scivolamento verso i cocktails e le varie associazioni;

— l'età media dei drogati si va spostando verso i 22-24 anni, ma forse fra breve si abbasserà a causa dell'afflusso massiccio dei teen-agers;

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

— dal punto di vista del contagio sono soprattutto i nuovi adepti che appaiono pericolosi: infatti essi vivono tuttora a contatto con coetanei non drogati e quindi possono esercitare una azione di proselitismo. Quando, invece, il fenomeno si cronicizza, finiscono con il vivere in comunità hippies e, quindi, con il non avere più contatti con coetanei non drogati;

— diventa sempre più difficile separare il consumatore solo tale dal drogato che diventa piccolo spacciatore per poter guadagnare tanto da procurarsi la droga;

— fra i fattori di rischio non sempre la « famiglia disunita » è presente; appare più importante la personalità psicopatica.

Trattasi di notazioni affrettate e superficiali che ci si propone di approfondire mantenendo il contatto con le istituzioni americane visitate (alle quali non si era mancato di far pervenire in precedenza un sunto della recente legge italiana ed un questionario). Si avrà cura di comunicare di volta in volta ulteriori eventuali novità di rilievo che dovessero derivare da tali contatti.

PROBLEMI E POSSIBILI INDIRIZZI GENERALI  
DELLA PREVENZIONE, ASSISTENZA E REINSERIMENTO  
DELLE TOSSICODIPENDENZE

(secondo comma, articolo 1 legge 22 dicembre 1975, n. 685)

1. — PREVENZIONE PRIMARIA

L'intervento che probabilmente può costituire un mezzo di prevenzione primaria efficace è rappresentato dal superamento di quell'insieme di fattori socio-economici (disoccupazione, emarginazione) e culturali (crisi di identificazione generazionale, patologia dell'urbanizzazione, mancanza di servizi sociali e ricreativi) che senza dubbio sono alla base di molti disadattamenti e che, nello stesso tempo, favoriscono il conformismo e gregarismo sociale. Pertanto, si dovrebbe puntare sull'associazionismo giovanile, di base ideologica, religiosa e politica o volontaristica per stabilire precise intese, sia di collaborazione con i centri e le iniziative socio-sanitarie, sia per sviluppare una serie di interventi « sul campo ». Inoltre, fra i provvedimenti previsti dalla legge, appare fondamentale l'insieme delle norme contenute al titolo IX, da applicarsi « alla lettera » nel senso di promuovere un effettivo movimento « attivo » di educazione sanitaria che consenta non solo di inquadrare la difesa contro il sintomo « droga » nel più ampio contesto della lotta contro svariate tossicomanie (alcool, fumo, iperconsumo di farmaci, ipernutrizione, caffeinomanie etc.), ma anche di sottolineare l'importanza della responsabilizzazione nei confronti della propria salute e della salute collettiva.

La presenza in seno al comitato regionale di cui all'articolo 91 di un funzionario del Ministero della pubblica istruzione deve servire come collegamento fra gli indirizzi generali di detto comitato e le iniziative di cui al titolo IX.

È appena il caso di rilevare come la semplice informazione sui pericoli della droga non solo sia priva di efficacia preventiva, ma rischi di suscitare curiosità, mentre ogni atteggiamento moralistico e paternalistico provochi nei giovani una reazione contraria.

Va da sé che dal punto di vista della prevenzione primaria va sottolineato il valore delle norme repressive nei confronti della produzione e circolazione delle droghe, specie dell'oppio e va diffusa la conoscenza delle possibilità di intervento internazionale nei confronti dei Paesi produttori, con offerte alternative di aiuti tecnici per la sostituzione delle culture di papaver somniferum. Anche la lotta alla rete mafiosa appare rilevante e deve anche basarsi sul controllo nei confronti degli illeciti arricchimenti.

Né va trascurata l'educazione sanitaria per un corretto consumo di farmaci, essendo ben noto il collegamento fra iperconsumo e tossicomania.

2. — RACCOLTA DI INFORMAZIONI E MONITORAGGIO DEL FENOMENO

Il flusso di dati previsto dall'articolo 104 della legge non deve riguardare soltanto gli aspetti quantitativi del fenomeno, ma approfondire, sul piano nazionale la conoscenza delle varie componenti socio-psicologiche delle tossicodipendenze. Pertanto, si ritiene che la scheda-tipo debba essere unica sul piano nazionale per consentire una elaborazione uniforme di dati epidemiologici, ferma restando la possibilità di allargare il rilevamento in ogni regione e di programmare studi ad hoc.

Un ostacolo non indifferente è costituito dall'anonimato di cui all'articolo 95, con possibilità di registrazione presso diversi centri; oltre all'assegnazione di un numero di codice, si dovrebbe

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

prevedere lo scambio di informazioni allorquando nell'anamnesi il tossicodipendente dichiara di essere stato in carico presso altri centro. La registrazione multipla per sfruttamento della situazione dovrebbe venir scoraggiata riducendo le elargizioni passive.

Alcuni indici, quali la frequenza di abbandoni scolastici (cioè al differenza fra studenti iscritti ad un dato anno e studenti non classificati in quanto non hanno frequentato sufficientemente) nonché la frequenza di piccoli furti giovanili potrebbero costituire un parametro molto sensibile e parallelo. Le Associazioni giovanili opportunamente contattate, dovrebbero svolgere un ruolo di punti di monitoraggio identificando quelle ondate negative che si diffondono fra la gioventù e filtrando i vari allarmi e denunce attraverso la diretta conoscenza della popolazione scolastica.

Le indagini periodiche sulla diffusione della droga negli ambienti scolastici e giovanili in genere debbono contenere un numero sufficiente di domande-controllo, onde evitare il moltiplicarsi di risposte mitomane e potrebbero costituire un momento dell'opera di informazione/educazione sanitaria, essendo precedute da dibattiti, incontri e discussioni di gruppo.

Oltre alla raccolta di dati individuali, si rende necessario far sì che l'invio di informazioni periodiche consenta di calcolare ad ogni momento la prevalenza e la incidenza del fenomeno.

Inoltre, si sta studiando la possibilità di elaborare immediatamente le denunce di morte per overdose che dovrebbero essere oggetto di denuncia telegrafica all'Ufficiale Sanitario, il quale ultimo dovrebbe procedere ad una indagine e comunicare immediatamente i risultati alla Regione. Quest'ultima dovrebbe egualmente trasmettere i dati al Ministero: più che il dato quantitativo, che pure è indice di diffusione del fenomeno, appare importante il riscontro del cocktail impiegato, l'associazione con alcoolici e la determinazione periodica del tasso di eroina pura nell'eroina da strada sequestrata.

Analoga possibilità potrebbe essere prospettata, sotto forma di segnalazione immediata, per tutti i casi di epatite che si verificano in giovani del gruppo di età 15-25 anni e che non siano chiaramente di origine professionale o legate ad episodi a trasmissione oro-fecale. Infatti, attraverso questo gruppo di pazienti potrebbe essere possibile risalire a casi di tossicodipendenza ignorati.

### 3. — IMPOSTAZIONE GENERALE DELL'AZIONE DI ASSISTENZA E RECUPERO

Non si deve mancare di puntualizzare il valore indicativo dell'articolo 90 il quale pone come obiettivo non tanto la proliferazione di tanti centri specializzati e settoriali, ma una attività di indirizzo, coordinamento, sovrintendenza, educazione permanente e valutazione nei confronti delle strutture esistenti. La stessa organizzazione provvisoria dei centri delineata all'articolo 107 punta sull'utilizzazione dei servizi sanitari e sociali esistenti e degli operatori sanitari già in attività di servizio. Naturalmente sarà necessario impostare, quanto prima, un piano di orientamento ed educazione di tale personale, il che verrà quanto prima delineato in una riunione comune con il Ministero di grazia e giustizia e con i principali Enti mutuo-previdenziali.

La stessa legge prevede che successivamente ad una prima fase organizzativa basata sui centri vi siano forme più « globali » nel quadro dell'attuazione del Servizio Sanitario Nazionale, per cui è appena il caso di rilevare che laddove siano già presenti forme di organizzazione sanitaria polivalente si dovrebbe identificare alcuni consorzi presso i quali far « centro » utilizzando, possibilmente, i centri di Igiene mentale e provvedendo ad eventuali integrazioni di personale. Analogo provvedimento va fatto, per legge, per quanto si riferisce agli ospedali: sarebbe opportuno identificare strutture di pronto soccorso e di rianimazione, anche se tutti i presidi ospedalieri dovrebbero essere messi in grado di trattare anche con terapia antidotica, le sindromi da iperdosaggio.

In ogni caso, tuttavia, diventa necessaria l'indicazione di un centro al quale dovranno far capo le autorità giudiziarie e di pubblica sicurezza.

Nello stesso tempo, pur partendo dal concetto di evitare nuovi servizi settoriali non si dovrà mancare nello stabilire a livello locale e nel favorire, a livello nazionale, intese e scambi di esperienze ed informazioni fra i centri, non già per creare una cultura a se stante ma proprio per inserirsi



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

più attivamente nel contesto delle altre attività sanitarie. Ciò vale anche per la formazione continua del personale, che deve rappresentare un aspetto fondamentale dell'attività e che deve considerare in senso prioritario più che le esigenze nozionistiche, quelle psico-attitudinali e comportamentali.

Per quanto attiene ai ricoveri ospedalieri, mentre risulta opportuno stabilire intese fra centri o consultori ed alcuni reparti nei quali esistono di già esperienze di trattamento terapeutico e medico-sociale, non sembra necessario creare servizi o peggio divisioni o sezioni « ad hoc » per i motivi più volte esposti. Alcune soluzioni, quali quella del collegamento fra équipes psico-medico-sociali dei centri ed i reparti ospedalieri dove vengono preferibilmente indirizzati i tossicodipendenti, specie quelli sottoposti a trattamenti coattivi appaiono molto funzionali e si dovrebbero studiare formule amministrative che consentano la corresponsione di compensi a gettone per gli operatori di queste équipes.

Si lamenta attualmente il rifiuto da parte di personale medico ed infermieristico di alcuni ospedali, di trattare pazienti senz'altro difficili, come i tossicodipendenti. Senza trascurare soluzioni estemporanee, si dovrebbe puntare sull'informazione e l'educazione di detto personale, in quanto l'atteggiamento di rifiuto è sintomo di una sconoscenza dei limiti del problema della droga. Al riguardo ci si orienta verso la produzione di opuscoli per personale sanitario e di altro materiale, tipo video-cassette, destinato non solo a diffondere la conoscenza sui nuovi cocktails di droghe e sullo stesso gergo dei drogati, ma anche a far emergere, nel dibattito successivo, quegli atteggiamenti negativi (moralistici, di condanna, di incomprendimento, di fuga etc.) che sono quanto mai deleteri per lo stabilimento di quei rapporti che sono configurati dall'ultimo comma dell'articolo 92, comma che evidentemente deve estendersi all'insieme del personale dei servizi sanitari.

Mentre in molti Paesi europei il trattamento dei tossicodipendenti fa capo agli ospedali psichiatrici, la legge in argomento introduce un concetto importante che si riallaccia all'esigenza di non identificare la tossicodipendenza con la malattia mentale e, nello stesso tempo, di deistituzionalizzare il trattamento di quelle forme di psicosi, che pure rientrano nel quadro sintomatico specifico, specie per le tossicosi da anfetaminici. Al riguardo, si ritiene che debbano essere ampiamente utilizzati i centri di igiene mentale già esistenti e che, allorché un tossicodipendente sia ricoverato in ospedale psichiatrico, su base volontaria, per affezioni mentali intercorrenti, si proceda ad una sovrintendenza da parte dell'équipe specializzata del centro per l'eventuale trattamento anti-droga.

Gli obiettivi di natura assistenziali e riabilitativa che i vari servizi coordinati debbono prefiggersi possono così suddividersi:

1) *ricerca ed individuazione dei casi*, che richiede:

— collegamenti ben stretti con altre istituzioni, con associazioni giovanili, scuole ed organismi comunitari in genere;

— orari di apertura o esistenza di centri di riferimento, di numeri telefonici che possano favorire la richiesta di aiuto o di consulenza da parte di tossicodipendenti o comunque di giovani con problemi;

— collocamento di almeno un consultorio o centro in zone di maggiore presenza di drogati, con volontari che siano in grado di suscitare la confidenza dei medesimi (sul tipo di quanto avviene nelle free clinics nord-americane); al riguardo, tuttavia, non va sottaciuto il rischio che fra le motivazioni del volontariato vi sia quella di curiosità nei confronti della droga o di desiderio di farne esperienza per l'esaltazione della cosiddetta « cultura della droga »;

2) *valutazione clinico-sociale del caso e diagnosi*: i dati anamnestici ricavabili dal colloquio con l'interessato dovrebbero venir avvalorati da contatti con familiari, amici, compagni, insegnanti e questo contatto può iniziarsi come approccio per la valutazione del programma terapeutico e riabilitativo. Le analisi di laboratorio (aria espirata, urine e sangue) possono essere effettuate per convenzionamento da Laboratori pubblici già funzionanti e sono parzialmente utili per l'individuazione dell'agente tossico responsabile della dipendenza, ma non riescono, in genere, a mettere in evidenza il grado di dipendenza. Analisi di laboratorio sono anche necessarie per l'accertamento della

non assunzione contemporanea di oppiacei da parte di soggetti sotto metadone; i relativi prelievi, per evitare sotterfugi andrebbero fatti nel quadro delle analisi atte a stabilire il bilancio di funzionalità epatica, lo stato di malnutrizione e l'eventuale stato di presenza di infezioni croniche generalizzate. È appena il caso di rilevare l'importanza dell'accertamento dell'antigenemia Au e quello di indurre i tossicodipendenti a praticare vaccinazione antitetanica;

3) *fissazione e periodica revisione dello schema di trattamento*: oltre al primo inquadramento diagnostico potrebbe essere necessario un breve ricovero per stabilire il grado di dipendenza, sia attraverso la osservazione dei fenomeni di astinenza sia con eventuali tests farmacologici (quali quello al naxolone) da praticarsi con ovvie precauzioni.

Non esistono schemi fissi di trattamento ed è appena il caso di rilevare come, a fronte delle esperienze positive del mantenimento con il metadone, persistono concezioni di priorità dell'astensione finalizzate all'ottenimento di un sistema drug-free, anche se più recentemente si cerca di riavvicinare le due tesi. La psicoterapia e lo stesso trattamento di comunità terapeutica richiedono una adesione del tossicodipendente, il quale il più delle volte sembra ricorrere ai centri solo per la risoluzione dei propri problemi di malattia somatica, di malnutrizione etc. La *terapia familiare* sembra ottenere successi allorquando in situazioni di equilibrio sociale del drogato giovane, i familiari che si rendono conto tardivamente della situazione entrano in crisi.

L'associazionismo fra i tossicodipendenti andrebbe favorito allargandolo, come di già fa il gruppo Abele, ad altri soggetti devianti o a volontari che intendono stabilire un nuovo stile di vita; appare utile evitare che la comunità sia troppo protettiva, favorendo un graduale contatto con il mondo esterno, altrimenti la cessazione del soggiorno in ambiente protetto può portare a rapide ricadute. Non sarebbe da trascurarsi l'adozione, per alcuni gruppi di cronici, del *sistema britannico*, ampiamente noto e comunque ben descritto in una recente pubblicazione dell'OMS (Kramer e Cameron: *Manual on drug dependence*, Ginevra, 1975: è in corso la richiesta di copyright per la traduzione).

Il trattamento con metadone è ormai entrato in applicazione in Italia e proseguono le ricerche anche sulla tossicità a lungo termine di tale stupefacente.

Dal punto di vista delle strutture possono identificarsi esigenze sia di ambulatori, sia di ospedali diurni che di ospedali notturni (questi ultimi nella fase di graduale distacco del tossicodipendente dalla comunità o dal centro che lo « protegge »).

Si profila di già il rischio di una « cultura del drogato » oltre che di una cultura della droga, per cui appare quanto mai necessario evitare di prevedere interventi assistenziali « passivi »; in alcuni casi, anzi, non dovrebbero essere trascurate applicazioni di principi behavioristici di economia delle ricompense e responsabilizzazioni del soggetto trattato del tipo del pagamento parziale del metadone o di altri farmaci sostitutivi (le recenti esperienze americane sono al riguardo quanto mai positive). Ed è proprio l'esperienza del Nord America di creazione, sia pure in tempi di emergenza come l'ondata epidemica 68-72, di servizi settoriali sia pure « aperti » che induce ad insistere sull'esigenza di ampio collegamento di tutte le iniziative nell'ambito dei servizi esistenti (altrimenti rimangono centri e servizi ad hoc con migliaia di operatori semi-cocupati ed una situazione paragonabile a quella dei sanatori in epoca di riduzione della tbc. con conseguenze facili ad immaginarsi);

4) *interventi di pronto soccorso ed emergenza medica*: è necessaria una informazione dei pronti soccorsi sul trattamento tipo dell'overdose da oppiacei, che nel caso dell'eroina può basarsi anche su farmaci antagonisti, quali la nalorfina, oltre che su pratiche rianimatorie. Nel caso delle overdosi da allucinogeni e stimolanti i problemi sono meno specifici, ma può essere necessario un intervento psichiatrico, per cui sarebbe opportuno prevedere l'organizzazione di punti di riferimento psichiatrici nell'ambito di ospedali generali o potenziare i centri di igiene mentale;

5) *problemi generali di scelta e preparazione del personale*: se ne è fatto già cenno; sarebbe in ogni caso necessario prevedere e valutare periodicamente, forme di selezione psico-attitudinali ten-

denti ad escludere le personalità eccessivamente disturbate ed a privilegiare le motivazioni positive, le capacità di empatia e di obiettività nonché quelle di osservazione.

L'argomento richiede un approfondimento specifico;

6) *problemi di spesa*: le disposizioni amministrative regionali dovrebbero prevedere, oltre a quanto di già previsto dall'articolo 103, anche la possibilità di utilizzazione del fondo messo a disposizione dallo Stato anche per attività di ordine didattico (borse di studio, partecipazione a corsi locali o nazionali).