

ATTI PARLAMENTARI
VII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI ^{Doc. XL}
^{n. 2}

RELAZIONE

SULL'ANDAMENTO DEL FENOMENO DELLE TOSSICODI-
PENDENZE E SULL'EFFICACIA DELLE MISURE ADOTTATE
NELL'ANNO 1977

(legge 22 dicembre 1975, n. 685, art. 1)

PRESENTATA DAL MINISTRO DELLA SANITÀ
(ANSELMI TINA)

Presentata alla Presidenza il 16 ottobre 1978

PAGINA BIANCA

SOMMARIO

| | | |
|---|-------------|----|
| 1. — Premessa | <i>Pag.</i> | 5 |
| 2. — Rapporti internazionali | » | 6 |
| 3. — Rapporti interministeriali | » | 7 |
| 4. — Rapporti con le Regioni | » | 8 |
| 5. — Dati epidemiologici | » | 9 |
| 6. — Attività educativo-informativa | » | 12 |
| 7. — Interventi terapeutici e riabilitativi | » | 16 |
| 8. — Attività amministrativa del Ministero della Sanità | » | 17 |
| 9. — Criteri per la ripartizione dei fondi | » | 18 |
| 10. — Considerazioni su eventuali modifiche legislative | » | 19 |

INDICE DEGLI ALLEGATI

1. — Situazione al 31 dicembre 1977 dell'applicazione da parte delle Regioni della legge n. 685/1975 *Pag.* 23
2. — Lettera del 27 gennaio 1977 - Ministero della Sanità - Oggetto: Articolo 94 legge 22 dicembre 1975, n. 685 - Schema tipo di convenzione con enti ausiliari » 31
3. — Circolare n. 32 del 26 aprile 1977 - Ministero della Sanità - Oggetto: Vigilanza e controllo degli stupefacenti e sostanze psicotrope presso le farmacie » 35
4. — Circolare n. 10 del 27 gennaio 1978 - Ministero della Sanità - Oggetto: Prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza - Corsi di studio per la formazione di personale specializzato » 43
5. — Circolare n. 78 del 20 dicembre 1977 - Ministero della Sanità - Oggetto: Impiego del metadone per il trattamento terapeutico delle tossicodipendenze » 38

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

(Legge 22 dicembre 1975, n. 685)

RELAZIONE PER L'ANNO 1977 AI SENSI DELL'ARTICOLO 1,
ULTIMO CAPOVERSO.

1. — *Premessa.*

1.1. — La relazione prende in considerazione le attività svolte nel corso dell'anno 1977 in materia di stupefacenti e sostanze psicotrope, rappresentando il fenomeno delle tossicodipendenze e la repressione del traffico illecito.

Essa è compilata sulla base dei dati in possesso del Ministero della sanità, di quelli forniti dagli altri Ministeri interessati all'applicazione della legge 22 dicembre 1975, n. 685 (Affari esteri, Difesa, Interno, Grazia e giustizia, Pubblica istruzione), nonché dei dati trasmessi dalle Regioni.

1.2. — È da evidenziare che il flusso di informazioni proveniente dalle Regioni è stato piuttosto scarso, per cui, ancora oggi, per rendersi conto dell'andamento epidemiologico del fenomeno è necessario fare riferimento a dati presuntivi e alle informazioni di Polizia giudiziaria. D'altro canto, anche quando il sistema informativo verrà perfezionato, i dati ufficiali costituiranno pur sempre la punta di un *iceberg* di dimensioni pressoché ignote.

Si ritiene, comunque, che si possa concordare con la conclusione del recente Rapporto di una commissione francese (rapporto Pelletier) dove si afferma che « Non si può negare che sul piano individuale o familiare l'uso della droga possa avere conseguenze drammatiche.

Tuttavia, sul piano nazionale è possibile affrontare questo fenomeno come un problema sociale che entra in una lunga lista ».

1.3. — La presente relazione intende prendere in esame organicamente i vari aspetti concernenti i rapporti internazionali, intermi-

nisteriali e quelli con le regioni, per passare poi all'esame dei dati epidemiologici, all'analisi dell'attività informativo-educativa, alla puntualizzazione sugli interventi terapeutici e riabilitativi, all'individuazione dei filoni della ricerca scientifica in materia, all'esposizione dell'attività amministrativa del Ministero della Sanità, alla descrizione dei criteri di ripartizione dei fondi, per concludere con alcune osservazioni su eventuali e possibili modifiche alla disciplina dettata dalla legge n. 698 del 1975.

2. — *Rapporti internazionali.*

2.1. — I rapporti sul piano internazionale con la Commissione degli stupefacenti del Consiglio economico e sociale delle Nazioni Unite, con l'organo internazionale di controllo sugli stupefacenti dell'ONU e con le altre organizzazioni internazionali sono mantenuti dall'Ufficio centrale stupefacenti presso il Ministero della Sanità.

2.2. — Nel febbraio 1977, la Commissione degli stupefacenti del Consiglio economico e sociale delle Nazioni Unite ha tenuto una sessione ordinaria alla quale ha partecipato attivamente una delegazione italiana, pur trovandosi l'Italia in posizione di mora per quanto concerne la contribuzione finanziaria al Fondo speciale delle Nazioni Unite ed in ritardo nella ratifica della Convenzione di Vienna sulle sostanze psicotrope del 1971. E quest'ultimo un ritardo prevalentemente formale, in quanto sostanzialmente la convenzione è stata recepita dalla legge n. 698 del 1975.

2.3. — L'Italia ha partecipato anche ad una riunione tenuta nel novembre 1977 dalla Commissione europea che riunisce i 9 Paesi della CEE oltre la Svezia (detta Commissione Pompidou) ed ha collaborato con lo speciale sottocomitato funzionante presso il Consiglio di Europa, il quale, dopo aver trattato il problema dell'influenza dei viaggi in Asia ed Europa da parte dei giovani per il piccolo spaccio di droga, sta ora affrontando la comparazione dei sistemi di trattamento e riabilitazione.

2.4. — Da un punto di vista generale, si nota che la preoccupazione per la diffusione delle droghe investe anche molti Paesi che in precedenza ritenevano trattarsi di un problema tipicamente nord-americano.

Nello stesso tempo, si attenuano, in campo internazionale, alcune prese di posizione, quale quella degli Stati Uniti, dove, dopo aver lungamente operato per la messa al bando dalla Farmacopea dell'eroina, se ne studia oggi una possibile utilizzazione ospedaliera per il trattamento di cancerosi in stadio avanzato. Sempre negli USA si propone una attenuazione della regolamentazione — piuttosto rigida — relativa all'ammissione ai trattamenti protratti con metadone, proprio per evitare che i tossicodipendenti ricorranò al « metadone da strada » assai pericoloso sotto l'aspetto tossicologico.

Ancora, si riscontra negli Stati Uniti la tendenza a sottolineare la gravità dell'aumento nei consumi di *alcolici* e di *psico-farmaci* e

ad impostare campagne polivalenti contro droga, alcol e tabacco. Non si tratta tanto di ridurre l'attenzione nei confronti del problema dell'eroina, ma di utilizzare in senso più ampio gli strumenti educativi ed assistenziali, nella convinzione che alla base della dipendenza fisica e psicologica da droghe, alcol e tabacco vi sono atteggiamenti e fattori socio-culturali comuni. Anche in Italia, il Ministero della Difesa, nell'impostare materiale educativo indirizzato ai giovani di leva, ha messo sullo stesso piano alcol, droga e tabacco come nemici di una vita « piena e sana ».

2.5. — La collaborazione internazionale in materia di lotta al traffico di stupefacenti ha trovato in Italia una applicazione quanto mai efficace, anche in virtù della stretta cooperazione fra i tre Corpi di polizia sotto l'indirizzo dello speciale Ufficio istituito presso il Ministero dell'Interno.

Si può affermare che nel corso del 1977 sia stato inferto un grosso colpo alla provenienza « dal triangolo d'oro », mentre emerge con sempre maggiore frequenza il ricorso ad un tramite intermedio (Medio Oriente) di più difficile controllo, in quanto i contatti non avvengono soltanto per via aerea intercontinentale come per l'Asia, ma si sviluppano anche attraverso l'utilizzazione di svariati mezzi di comunicazione. Fra i « corrieri della droga » i connazionali appartengono prevalentemente allo spaccio minore: infatti, gli stranieri rappresentano — per il 1977 — il 15 per cento circa fra i denunciati per traffico di droga, ma la quantità di sostanze intercettate su effetti personali dei medesimi si avvicina all'80 per cento dell'insieme dei sequestri da traffico.

3. — *Rapporti interministeriali.*

3.1. — La legge prevede due punti di incontro: il Comitato tecnico interministeriale (articolo 8) per assicurare attraverso pareri periodici il costante aggiornamento e perfezionamento nelle materie previste dalla legge, e l'Ufficio di direzione e di coordinamento delle attività volte alla prevenzione e alla repressione del traffico illecito (articolo 7) (trasformata in Direzione Centrale Antidroga), fonte preziosa di dati sui traffici e sulle segnalazioni di tossicodipendenti, oltre a strumento efficace nel coordinamento dell'azione intesa ad impedire il diffondersi del traffico indirizzato al mercato italiano ed a quello rivolto ad altri Paesi, i quali, come nel caso dell'Olanda, finiscono poi per essere fonte di rifornimento anche per l'Italia.

Per quanto attiene al Comitato tecnico interministeriale, si è potuto constatare che nella sua composizione viene a mancare un rappresentante della direzione generale che ha la responsabilità dell'insieme delle attività epidemiologiche e degli indirizzi assistenziali e riabilitativi. Detto Comitato, in occasione dell'esame di proposte di regolamentazione dei farmaci sostitutivi degli oppiacei, pur esprimendo motivati pareri, ha ritenuto di rimettere le questioni al Consiglio Superiore di Sanità, più direttamente competente, per la formulazione di proposte articolate.

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

3.2. — Al di là dei luoghi di incontro di cui al precedente punto 3.1, costanti e proficui rapporti di collaborazione sono in corso con gli altri Ministeri interessati al problema. In particolare, il Ministero della Pubblica Istruzione, allo scopo di coordinare l'azione dei Provveditorati agli studi, ha costituito presso il proprio Ufficio studi e programmazione un Servizio antidroga.

Ha costituito anche un Comitato interministeriale, presieduto dal Sottosegretario, per un indirizzo di coordinamento nel settore dell'educazione sanitaria scolastica. Interessante è la pubblicazione di un bollettino ciclostilato indirizzato al mondo della scuola.

3.3. — Oltre ai rapporti con il Ministero di Grazia e Giustizia per quanto si riferisce ai problemi dell'assistenza sanitaria ai tossicodipendenti detenuti, e con il Ministero della Difesa relativamente all'impostazione delle attività educative nei confronti delle Forze Armate, non sono mancati contatti con il Ministero del Lavoro che ha collaborato attivamente alla preparazione di una conferenza nazionale, occupandosi in particolar modo di illustrare la situazione vigente nel settore delle cooperative e le possibilità di eventuale utilizzazione della normativa relativa alle lavorazioni protette.

3.4. — È da evidenziare che l'unico Dicastero che non ha potuto istituire un apposito Servizio per quanto attiene agli interventi di prevenzione, assistenza e riabilitazione ed ai servizi epidemiologici è stato quello della Sanità, perché sottoposto a processo di ristrutturazione. Ne consegue che un'unica divisione della direzione generale dei servizi di medicina sociale — quella competente dei centri per le malattie sociali — ha dovuto occuparsi della complessa tematica che ha richiesto, tra l'altro, un aggiornamento culturale, una continua diramazione di informazioni, un costante rapporto con le Regioni e con tutti i centri e le istituzioni interessate.

Si ritiene che nella ristrutturazione del Ministero della Sanità, indicata nel disegno di legge sulla istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, debba prevedersi un servizio articolato, tenendo anche conto dell'importanza della valutazione accurata della reale estensione di un altro fenomeno di tossicodipendenza, l'alcolismo, e dell'esigenza di una impostazione unitaria nei confronti del processo di educazione alla salute.

4. — *Rapporti con le Regioni.*

4.1. — Anche per i rapporti con le Regioni, la legge prevede due punti di incontro: il Consiglio dei rappresentanti degli organi regionali (articolo 10) al fine di coordinare le attività di prevenzione e di cura delle tossicodipendenze e la lotta contro l'uso non terapeutico delle sostanze stupefacenti e psicotrope, e i Comitati regionali per la prevenzione delle tossicodipendenze (articolo 91) nei quali è stabilita la presenza di « funzionari » del Ministero della Sanità.

4.2. — Il Consiglio dei rappresentanti regionali — per il quale, peraltro, non è previsto un organo di segreteria — è stato convo-

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

cato per esaminare i parametri di distribuzione dei fondi, per discutere lo schema di decreto di cui all'articolo 104 circa la determinazione delle modalità di raccolta ed elaborazione di dati statistici, per concordare una possibile regolamentazione dell'impiego di farmaci sostitutivi. Va rilevato che la mancata costituzione in tutte le Regioni dei Comitati regionali di cui all'articolo 91 ha reso meno incisivo l'intervento di questo organo di collegamento e di consultazione tra Stato e Regioni.

Si è dell'avviso, comunque, che ulteriori sforzi debbano essere compiuti per delineare, in seno al Consiglio dei rappresentanti regionali, un piano di interventi coordinato e inteso a superare le attuali diversità di impostazione da Regione a Regione, specie per quanto attiene ad alcuni problemi di scelte terapeutiche.

4.3. — Come già riportato, i Comitati regionali per la prevenzione delle tossicodipendenze non sono ancora costituiti in tutte le Regioni; alcuni sono stati costituiti solo di recente e, pertanto, quelli che hanno effettivamente funzionato nell'anno sono in numero esiguo.

Si rimanda all'apposito allegato per notizie dettagliate circa la costituzione dei Comitati, come per tutta l'organizzazione regionale nel campo della droga.

5. — *Dati epidemiologici.*

5.1. — Come accennato al punto 1.2, per rendersi conto dell'andamento epidemiologico del fenomeno è necessario, ancora oggi, fare riferimento a dati presuntivi e alle informazioni di Polizia Giudiziaria. I dati provenienti ufficialmente dalle Regioni non sono omogenei e riguardano soltanto alcune di esse (quattro). Del resto, la scheda di rilevazione prevista dall'articolo 104 della legge e definita nel corso dell'anno 1977, anche con la collaborazione del Consiglio dei rappresentanti regionali, sarà adottata a partire dall'anno 1978.

Nonostante le prevedibili difficoltà derivanti dalla mancanza di attrezzature e di personale esperto in ricerche epidemiologiche, si spera che, proprio attraverso la suddetta scheda di rilevazione, le Regioni, con l'ausilio dei Comitati Regionali di cui all'articolo 91, riescano a stabilire un flusso di informazioni che non sia fine a se stesso, ma strumento di promozione di interventi e di *follow-up* effettivo degli assistiti.

I dati presuntivi, per ora presi in considerazione, sono costituiti dalle statistiche del Ministero dell'Interno (Direzione Centrale Antidroga) sull'entità dei sequestri, che solo in parte riguardano il mercato italiano; sui trafficanti e spacciatori arrestati, che nella quasi totalità sono anche consumatori; e sugli assuntori di stupefacenti segnalati, rispettivamente, alle autorità sanitarie (ex articoli 96 e 100) ed al Pretore (ex articoli 80 e 98). Inoltre, vi sono i dati comunicati dal Ministero della Difesa relativamente ai giovani riformati all'atto della visita di leva, in quanto individuati chiaramente come tossicodipendenti, e a quelli che vengono riconosciuti tali

dopo l'arruolamento. Infine, esiste la distribuzione dei tossicodipendenti censita ad una determinata giornata presso gli Istituti di prevenzione e pena che, senza dubbio, si presenta legata a fattori casuali.

5.2. — I dati relativi ai sequestri sono dimostrativi dell'efficacia del coordinamento fra le Forze di Polizia, ma scarsamente indicativi dell'incidenza della tossicodipendenza, essendo influenzati dalle correnti di traffico: rimarchevole e preoccupante è, in ogni caso, l'aumento dell'olio di hashish costituente una forma più redditizia di trasporto della cannabis. È probabile che la maggiore concentrazione di tetracannabinolo nei derivati da questo olio aumenti il rischio di allucinazioni non immediate, rischio che viene sottolineato nei più recenti rapporti nord-americani come equivalente a quello dell'alcool nei confronti della guida pericolosa.

La mappa di distribuzione geografica dei 2.538 consumatori segnalati alle Autorità Giudiziarie conferma l'elevata concentrazione di tossicodipendenti in Lombardia (32 per cento dei segnalati), seguita dal Veneto, Toscana, Lazio, Liguria, Emilia Romagna, Friuli e Piemonte, tutte con un numero da 300 a 130 segnalati. D'altra parte la distribuzione dei decessi (40 contro i 31 del 1976 ed i 26 del 1975), conferma il primato della Lombardia (7), seguita dall'Emilia Romagna (7) e dal Lazio (7).

Preoccupante appare anche il numero di decessi nel Trentino (5) e nel Veneto (5).

I furti nelle farmacie possono riflettere le ondulazioni del mercato della droga, ma, comunque, il loro aumento (157 per cento rispetto al 1976 e 256 per cento nei confronti del 1975) sta ad indicare che il numero di tossicodipendenti disposti a qualsiasi cosa pur di ottenere la droga è in aumento. Va rilevato che la stragrande maggioranza dei furti in questione si è verificata nei comuni non capoluoghi di provincia, cioè in quei centri dove l'afflusso clandestino della droga (in questo caso chiaramente oppiacei ed anfetaminici) è meno regolare. Altrettanto caratteristico è il rilievo che nel Veneto e nell'Emilia Romagna si è avuto il massimo di effrazioni negli armadi degli stupefacenti a dimostrazione della diffusione di oppiacei e stimolanti in due zone tipiche della « provincia » italiana.

Il fatto che in Campania non si siano verificati reati del genere potrebbe essere occasionale, legato cioè ad una regolarità maggiore del traffico clandestino, mentre l'assenza di furti in Calabria e Molise viene a coincidere con una ridotta od assente presenza di denunce, il che potrebbe soltanto stare ad indicare che la tossicodipendenza non è così frequente da destare attenzione, ma non già che essa sia assente.

Molte affermazioni, d'altra parte, sono il frutto di interrogatori e colloqui con ragazzi tossicodipendenti o che si definiscono tali: sia a Roma, sia a Genova, sia in altre città su 100 giovani che si dichiaravano tossicomani solo 30-40 sono risultati tali attraverso tests sulle urine o prove con antagonisti degli oppiacei. È noto, poi, come il drogato tenda al proselitismo sia concreto — per collocare

la merce — sia figurativo — per rafforzare in se stesso l'immagine di una cultura che va dilagando come alternativa all'attuale sistema.

Una inchiesta condotta a Roma ha confermato come vi siano notevoli rischi di sovrapposizione dovuta al frequente passaggio degli stessi tossicodipendenti presso diversi presidi sanitari.

Anche se non sembra che l'anonimato venga richiesto da un numero cospicuo di assistiti, sta di fatto che viene a costituire un fattore di notevole disturbo per la conoscenza del fenomeno. Tenendo conto dei risultati di indagini effettuate negli Stati Uniti sembra sostenibile l'ipotesi che anche in Italia, per ogni tossicodipendente « noto » e seguito dai centri, ve ne sia almeno un altro che si trovi sul punto di chiedere soccorso in quanto le sue condizioni fisiche o la difficoltà di reperire la droga sono tali da indurlo ad abbandonare più o meno temporaneamente il mondo nel quale ormai viveva, in media da almeno un biennio. Più controverso è il numero e soprattutto la tipologia dell'alone periferico di giovani che fanno uso saltuario di eroina ed altre droghe pesanti; in questi casi più che la frequenza delle assunzioni sembra avere importanza l'influenza che la ricerca della droga ha sul comportamento sociale o meglio l'effettiva « occasionalità » del contatto.

5.3. — Per quanto concerne l'età, i dati relativi alle denunce e soprattutto alle segnalazioni del 1977 non si discostano da quelli del 1976, essendovi un nucleo centrale intorno al 70 per cento in età fra i 18-25 anni, con un 11 per cento fra i 16-17 anni; ciò non significa che non vi siano assuntori più giovani, ma probabilmente conferma l'ipotesi che per qualche anno il contatto con la droga non comporti, nella media dei casi, fenomeni eclatanti che richiamano l'attenzione delle autorità di pubblica sicurezza. La prevalenza maschile fra le segnalazioni ed i decessi è rimarchevole, supera l'80 per cento, ed anche in questo caso potrebbe essere dovuta alla più facile delinquenzialità del giovane, rispetto alle ben note e tristi occasioni di guadagno del sesso femminile.

5.4. — I dati dei giovani riformati alla visita di leva in quanto trovati in stato di tossicomania mostrano un certo incremento: la loro distribuzione territoriale conferma la maggiore incidenza nelle regioni a sviluppo industriale.

I metodi adottati dalle autorità militari per l'accertamento degli stati di tossicodipendenza si basano soprattutto sulla anamnesi, su colloqui psicologici, su informazioni dei Carabinieri e, ove possibile, su reperti di laboratorio. Per questi ultimi accertamenti le autorità militari hanno programmato la costituzione di tre centri diagnostici presso gli Ospedali Militari di Roma, Milano e Caserta.

All'atto dell'ingresso nei Corpi verrà quanto prima consegnato un questionario che consentirà di raccogliere un'ampia serie di notizie di ordine individuale, familiare, sociale e psicologico, non tanto per depistare eventuali tossicodipendenti, ma per mettere in evidenza quei fattori di rischio nei confronti della devianza giovanile che possono costituire elementi di predisposizione o di sospetto.

Nelle visite mediche effettuate al momento dell'incorporamento e durante i primi mesi di vita militare vengono riscontrati affetti da tossicodipendenza un numero variabile di militari che, fino al 1974 non superavano i 50; nel 1975 sono più che raddoppiati (107) raggiungendo i 191 nel 1976 e discendendo ad 83 nel 1977; è chiaro che questo dato solo indirettamente può rappresentare un indice di diffusione del fenomeno. Appare, comunque, interessante la prospettiva che le autorità militari si sono poste nei confronti di quei giovani che siano stati riscontrati affetti da « tossicofilia », cioè da forme non gravi; invece di proporli per provvedimenti di riforma si orientano verso il loro trattamento presso Reparti o Centri medico-sociali da istituirsi presso i principali Ospedali Militari con *équipes* specializzate in parte di derivazione civile.

Attualmente, i giovani che alla visita di leva vengono riscontrati affetti da tossicodipendenza sono riformati ex-articolo 28 del Regolamento e da più parti è stato rilevato come la menzione di tale articolo sul relativo foglio matricolare possa costituire un ostacolo al reinserimento lavorativo in quanto identifica o uno stato di malattia mentale o uno di tossicodipendenza. Le autorità militari stanno studiando la possibilità di includere questi soggetti nella menzione dell'articolo 9 (che riguarda le intossicazioni croniche) o in quella dell'articolo 29 (sindromi psiconeurotiche e distimiche). Nello stesso tempo già si attua il provvedimento di rivedibilità allorché si tratti di casi « leggeri », mentre, allorché la rete dei servizi socio-sanitari previsti dalla legge verrà istituita dalle Regioni, sarà possibile una più sistematica segnalazione ai centri medici di assistenza sociale dei giovani riscontrati affetti da tossicodipendenza, così da utilizzare ai fini medico-sociali le visite di leva, evitando naturalmente qualsiasi impostazione a tipo fiscale.

5.5. — Infine, l'Ufficio centrale stupefacenti del Ministero della Sanità ha rilevato che vi è stato un aumento notevole nel consumo degli psico-farmaci: quasi 25 tonnellate, vale a dire 46 centigrammi per abitante, ivi compresi i bambini. Se da una parte l'aumento degli psico-farmaci è legato alla patologia psico-somatica ed alla pressione consumistica, rimane pur sempre un segnale d'allarme di un troppo facile ricorso alla soluzione chimica di problemi o di angosce.

6. — Attività educativo-informativa.

6.1. — Non sarà mai abbastanza sufficiente insistere sulla priorità e sulla maggiore efficacia delle misure preventive in un settore nel quale la percentuale di successi degli interventi più propriamente terapeutici appare assai ridotta.

Sulla base di tale considerazione è stata svolta una intensa azione, conclusasi con la circolare n. 10 del Ministero della Sanità in data 27 gennaio 1978, rivolta alla formulazione di indirizzi generali alle Regioni per l'impostazione di corsi di formazione e di orientamento nei confronti degli operatori socio-sanitari che hanno contatti

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

professionali con i tossicodipendenti, distinguendo obiettivi tecnici, obiettivi attitudinali e traguardi conoscitivi comuni a tutte le categorie, con differenziazione ulteriore a seconda della professione.

E, inoltre, in fase di perfezionamento una convenzione con la Facoltà di Medicina dell'Università Cattolica per la stampa e la diffusione alle Regioni ed ai centri interessati di un bollettino bibliografico che rappresenti anche un punto di incontro e di dibattito in un settore che, per la maggior parte del personale sanitario e sociale, è effettivamente nuovo.

6.2. — Importante in questa opera informativa è il collegamento con il National Institute for Drug Abuse (NIDA).

Con la collaborazione del NIDA si è tenuta a Roma, nel maggio 1977, una conferenza internazionale sul trattamento dell'informazione relativa alle statistiche sulle tossicodipendenze. L'argomento, da parte americana, è stato trattato secondo metodologia ed approcci « manageriali » e di teorie dei sistemi, che non sempre risultano comprensibili agli esperti italiani.

D'altra parte i moltiplicarsi delle riunioni a livello internazionale, come in altri settori, rischia di stabilire un giro di specialisti che ripetono, in vari luoghi, le medesime relazioni, se il materiale che si raccoglie non viene fatto circolare a tutti i livelli. Il che è uno degli scopi del bollettino di informazione e della centrale di raccolta (*clearinghouse*) che si stanno organizzando di intesa con la facoltà di medicina dell'Università Cattolica.

6.3. — Da parte del Ministero della Pubblica Istruzione si è ulteriormente sviluppata l'azione di orientamento ed aggiornamento degli insegnanti, non solo attraverso la ripetizione dei corsi residenziali di Villa Falconieri, ai quali hanno preso parte anche provveditori agli studi, ma anche con brevi seminari interregionali, mentre la pubblicazione delle relazioni tenute nel corso di Frascati, rappresenta, insieme al bollettino stampato a cura dell'Ufficio studi e programmazione del Servizio Antidroga, una forma di collegamento e di aggiornamento continui, che è stata completata dall'invio a tutti i docenti che hanno preso parte ai numerosi corsi provinciali organizzati dai Provveditori (più di 200) di un opuscolo edito dalla Projuventute di Zurigo (*I nostri figli, i pericoli della droga e noi*). L'impostazione generale dei corsi è stata sempre quella di sviluppare il concetto di educazione sanitaria intesa nell'accezione moderna del termine, cioè quale intervento atto ad instaurare atteggiamenti positivi nei confronti della propria salute. È noto come, per recente disposizione, l'educazione sanitaria sia stata introdotta nel *curriculum* della scuola media d'obbligo non già come nuova materia, ma come integrazione delle materie scientifiche con quelle umanistiche. Dal materiale proposto dagli stessi insegnanti che hanno preso parte all'ultimo corso residenziale si sta compilando, da parte di un gruppo di esperti che fanno parte del Comitato interministeriale, un manuale applicativo di educazione sanitaria per insegnanti e genitori.

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

6.4. — Anche le Forze Armate hanno applicato il disposto dell'articolo 89 sviluppando l'orientamento culturale ed educativo dei quadri (ufficiali medici in servizio presso accademie, scuole e collegi militari, allievi ufficiali medici in servizio permanente effettivo, allievi ufficiali medici di complemento) mediante un pacchetto didattico-informativo, e non si è mancato di dibattere il problema a livello degli allievi delle scuole, accademie e collegi. Nello stesso tempo si sono predisposti opuscoli impostati secondo un metro di informazione obiettiva non paternalistica che integreranno le conferenze-dibattito sui problemi dell'educazione sanitaria. La vita militare consente di sviluppare in modo continuo e concreto attività educative volte all'acquisizione di una coscienza sanitaria; è chiaro che un intervento autoritario, uno spauracchio agitato « per dovere d'ufficio », possono produrre effetti contrari, mentre una franca discussione sulla problematica giovanile svolta in un ambiente di vita sana e sportiva può agevolare la maturazione di molti giovani dalla crisi adolescenziale alla percezione delle proprie responsabilità nei confronti della salute.

È intenzione delle autorità militari sviluppare maggiormente la collaborazione con quelle civili ed uno degli appunti che possono rivolgersi alle Regioni è quello di non aver percepito l'urgenza di costituire, sia pure su base sperimentale, nuclei di esperti che possano porsi al servizio delle varie collettività giovanili, fra le quali quelle militari, per agevolare la diagnosi precoce ed il trattamento tempestivo delle tossicomanie.

6.5. — Negli ultimi due anni la pubblicistica relativa alla droga si è andata moltiplicando e non sono mancate campagne giornalistiche, non sempre impostate secondo un metro di informazione obiettiva, fenomeno questo che è comune a tutti i Paesi che sono stati colpiti da queste manifestazioni epidemiche. Il dibattito si è imperniato soprattutto su alcuni aspetti delle terapie sostitutive e sull'applicazione di alcuni articoli della legge, con particolare riguardo per quelli relativi alla depenalizzazione ed alla quantità « modica », ma non è mancato un tentativo di approfondimento delle cause di ordine sociale, culturale e familiare che possono portare diversi giovani, e non solo quelli provenienti da famiglie disunite e da strati di sotto-proletariato, a sperimentare le droghe non tanto per curiosità, ma per adesione ad una cultura che inizia in genere con la scoperta (tardiva, in realtà) della filosofia Zen e della ritualistica indiana ed asiatica. La penetrazione di un messaggio educativo in questo contesto diventa assai difficile ed è probabile che gran parte dei messaggi cinematografici, televisivi ed informativi non siano decodificati dalla media dei giovani ai quali si rivolge; è questa, del resto, una constatazione comune alle campagne contro il fumo di sigaretta che hanno ottenuto qualche risultato nei gruppi di età « media » e sembra che abbiano sortito l'effetto opposto fra i giovanissimi e fra il sesso femminile.

6.6. — Per quanto riguarda il problema dell'alcoolismo, che, come è noto, è stato affrontato dalla maggioranza delle leggi regionali applicative della legge n. 685 del 1975, esso è messo sullo stesso

piano degli stupefacenti per quanto riguarda le previsioni di interventi assistenziali e di recupero.

Non è mancato da parte del Ministero della Sanità un interessamento nei confronti della conoscenza della reale diffusione del fenomeno dell'alcoolismo, e la pubblicazione dei relativi dati statistici, desunti da una elaborazione di una commissione di studio, ha dato avvio ad una presa di coscienza dell'entità del fenomeno e, nello stesso tempo, all'esigenza di una sua conoscenza più approfondita come diffusione geografica. Si ritiene che troppo spesso prevalga negli stessi medici la concezione che l'alcoolista sia un soggetto defedato, sporco e barcollante e, pertanto, si trascuri di indagare sulle abitudini bevitorie di molti malati affetti da malattie gastro-enteriche e polinevritiche. Nello stesso tempo, non sembra che gli elementi di pronto soccorso all'alcoolizzato in preda a crisi di astinenza siano ben conosciuti, per cui si sta predisponendo apposito materiale da distribuirsi nei pronti soccorsi.

L'opera educativa nei confronti dell'uso moderato dell'alcool è stata delineata attraverso proposte avanzate al Ministero della Pubblica Istruzione mentre sono state proposte indagini sui consumi domestici all'ISTAT, indagini da condursi nell'ambito di inchieste statistiche campionarie già in atto.

Purtroppo, non è pervenuta tuttora l'adesione dei tre sindacati confederali alle proposte per un'azione concertata con Confindustria ed Intersind per campagne educative anti-alcoliche da condursi fra i lavoratori onde modificare alcuni atteggiamenti di non percezione dei rischi di una alcolemia elevata e promuovere la collaborazione degli organismi interni per l'individuazione precoce ed il sostegno ai lavoratori che iniziano a presentare sintomi di devianza o di rischio a causa dei consumi di alcoolici.

Si sta, inoltre, predisponendo, nel quadro di una campagna nazionale per la tutela della maternità che viene finalizzata alla riduzione della mortalità perinatale dagli attuali 21 per mille a livelli intorno ai 12-13 per mille, una vasta opera di informazione circa gli effetti deleteri che alcol e fumo hanno nei confronti del prodotto del concepimento. Secondo l'esperienza dell'analogo piano di interventi che ha avuto notevole successo nella vicina Francia, la sola riduzione dei consumi alcolici e di sigarette nelle gestanti può portare ad un decremento non solo dei nati-morti e dei morti nella prima settimana di vita, ma soprattutto dei neonati con malformazioni handicappanti.

6.7. — Va rilevato che in parallelo con l'attività degli organi statali e regionali, non sono mancati interventi informativi ed educativi da parte di Enti ed Associazioni volontarie che hanno prodotto materiale stampato ed audio-visivo di notevole interesse. Valga per tutti l'esempio del Gruppo Abele di Torino che, nel rivolgersi ai genitori, affronta il problema alle radici ed induce a profonde riflessioni circa gli errori, le superficialità, i rischi dell'autoritarismo e quelli del disinteresse, la mancanza di un esempio di virtù civica e così via. È quanto mai importante evitare che vi sia una dispersione ed una sovrapposizione, non tanto per motivi di econo-

mia, ma per ridurre la contraddittorietà di messaggi che provengono da più parti e per stabilire un flusso unitario non solo di informazioni da enti pubblici e privati ai giovani ed alle famiglie, ma anche da queste ultime ai primi.

In questo senso, oltre alla estensione del centro di raccolta cui si accennava, è in programma un contatto più organico con Associazioni di volontariato ed Associazioni giovanili per delineare piani comuni di approccio educativo e di intervento diretto nel contesto giovanile.

7. — *Interventi terapeutici e riabilitativi.*

7.1. — La maggior parte delle Regioni colpite dall'estensione del fenomeno ha ritenuto di non puntare sulla costituzione di molteplici centri medici di assistenza sociale, bensì — basandosi su una interpretazione estensiva dell'ultimo comma dell'art. 90 e tenendo conto dello spirito fondamentale della riforma sanitaria — di programmare un ampliamento dei compiti delle nascenti strutture socio-sanitarie di base, includendovi la prevenzione e l'assistenza di tossicodipendenti.

Del resto, come si è già messo in evidenza, l'esperienza di Paesi, quali quelli del Nord America, che hanno affrontato il problema moltiplicando i centri settoriali non può certo definirsi positiva, tanto che oggi è in corso un tentativo di utilizzazione polivalente di costosi centri che hanno finito per creare una sorta di sub-cultura del trattamento protratto con farmaci sostitutivi.

7.2. — Certo la carenza di fondo di strutture socio-sanitarie di base, la difficoltà di allargamento degli organici degli Enti locali e l'atteggiamento di non accettazione del tossicodipendente da parte del personale delle istituzioni ambulatoriali hanno finito per determinare:

un concentramento di attività socio-assistenziali presso i Centri di igiene mentale, già sovraccarichi di interventi e anch'essi non strutturati ed adeguati per venire incontro alle esigenze di un processo socio-riabilitativo ed alle stesse necessità elementari di inquadramento diagnostico;

un discarico su ospedali, individuati nella maggioranza delle regioni, di alcune migliaia di tossicodipendenti per trattamenti prevalentemente medici, non potendosi assicurare, da parte dell'ospedale, quell'insieme di trattamenti psico-sociali collaterali, necessari già nella fase di acuzie per « staccare » il tossicodipendente dall'ambiente della droga.

7.3. — Il Ministero della Sanità ha predisposto una convenzione tipo da stipulare con gli Enti volontari, allo scopo di favorire quelle iniziative volontaristiche che sembrano promettere risultati più stabili rispetto ai trattamenti psico-sanitari. E da rilevare, tuttavia, che l'applicazione delle convenzioni tra Regione e Comunità terapeutiche è stata diseguale nelle varie parti d'Italia.

D'altra parte, non può disconoscersi che manca ancora una esperienza « italiana » in materia, anche se esistono filoni molto interessanti che vanno, senza dubbio, favoriti ed inquadrati in un insieme di iniziative di reinserimento lavorativo.

7.4. — Un atteggiamento analogo — sul piano concettuale — a quello assunto dalla maggioranza delle Regioni è stato adottato dal Ministero di Grazia e Giustizia in applicazione dell'articolo 84, nel senso che si è ritenuto, d'accordo con il Ministero della Sanità, che l'istituzione di reparti speciali per detenuti tossicodipendenti potesse aggravare la situazione di « chiusura » o « ghettizzazione », facendo permanere i giovani nello stesso giro. L'orientamento è stato verso il convenzionamento con strutture esterne, convenzionamento che, tuttavia, non sempre può assicurare una assistenza psico-sociale oltre quella medica di emergenza; oltre tutto un vero e proprio convenzionamento è in atto solo in tre Regioni (Lazio, Lombardia e Liguria).

Si è concordato con il predetto Dicastero uno schema di intervento terapeutico da parte dei sanitari addetti agli Istituti di prevenzione e pena; va rilevato, al riguardo, che la limitazione dell'impiego del metadone agli interventi acuti ed a quei casi che fossero già in terapia protratta non sembra aver creato problemi particolari e che nel corso del 1977, a fronte di parecchie migliaia di fiale di metadone degli anni precedenti, se ne sono consumate solo poche centinaia.

Contemporaneamente all'impostazione di uno schema terapeutico, si è cercato di ridurre l'impiego generale degli psico-farmaci che assumeva nel particolare contesto carcerario, il significato di una vera e propria minaccia di farmacodipendenza. Pentazocina e glutemide, pertanto, sono state depennate dal prontuario farmaceutico dei centri clinici e delle infermerie (a).

8. — *Attività amministrativa del Ministero della Sanità.*

8.1. — In merito agli specifici adempimenti amministrativi previsti dalla legge, il Ministero della Sanità ha provveduto come segue:

sono stati emessi 622 decreti di autorizzazione per le sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui 17 alla fabbricazione, 108 all'impiego, 497 al commercio all'ingrosso;

sono stati rilasciati 519 permessi di importazione e esportazione;

sono state concesse 110 autorizzazioni ad Istituti scientifici per l'acquisto e l'impiego per scopi scientifici di sostanze stupefacenti e psicotrope;

(a) Vedi Allegato n. 5 - Circolare 20 dicembre 1977, n. 78.

sono stati predisposti le tabelle definitive contenenti le indicazioni delle sostanze stupefacenti e psicotrope (pubblicate nella *Gazzetta Ufficiale* n. 242, del 6 settembre 1977) e l'elenco delle specialità medicinali registrate soggette alla disciplina della legge (pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*, n. 273, del 6 ottobre 1977);

sono state effettuate, a mezzo del Nucleo Antidroga dei Carabinieri, 72 ispezioni presso i depositi delle ditte interessate al commercio all'ingrosso;

è stato approntato il modello del registro di lavorazione da utilizzarsi da parte delle ditte produttrici di materie prime (pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*, n. 348 del 22 dicembre 1977);

sono state predisposte le modalità che le ditte interessate debbono seguire nella redazione delle domande tendenti ad ottenere il permesso di importazione, esportazione e transito di sostanze stupefacenti e psicotrope e loro preparazione (pubblicate nella *Gazzetta Ufficiale*, n. 34 del 5 febbraio 1977);

è stata emanata la circolare n. 32 in data 26 aprile 1977, avente per oggetto « Vigilanza e controllo degli stupefacenti e sostanze psicotrope presso le farmacie ».

8.2. — È stato semplificato dal punto di vista amministrativo il complesso meccanismo dei formulari e dei rendiconti annuali relativi alla fabbricazione ed all'impiego di sostanze stupefacenti e psicotrope, mentre sono state proposte al Comitato tecnico le indicazioni da stampare sui farmaci contenenti sostanze stupefacenti e psicotrope, nonché le precauzioni ed i limiti nell'invio di campioni ai medici.

9. — Criteri per la ripartizione dei fondi.

9.1. — La distribuzione dei fondi alle Regioni ex articolo 103 non ha potuto avvalersi di dati attendibili sulla distribuzione epidemiologica del fenomeno né di programmazioni concrete di attività che potessero giustificare una contribuzione sia pure parziale. Pertanto, è stato necessario basarsi sui parametri dello scorso anno, lievemente modificati, nel senso che:

1) Il 35 per cento della somma (3.600.000.000) è stato distribuito in proporzione diretta alla popolazione residente in ciascuna Regione alla data del 31 dicembre 1976.

2) Il 30 per cento in proporzione diretta al rapporto fra popolazione in età da 11 a 18 anni residente nelle Regioni al censimento 1971 e popolazione di tutte le età residente alla stessa data.

3) Il 10 per cento del fondo in proporzione alle variazioni della popolazione residente nelle regioni al censimento 1971 e popolazione residente al 31 dicembre 1976.

4) Il 10 per cento in proporzione alle variazioni della popolazione residente in ciascuna Regione quale rilevata dal censimento

1971 e quella al censimento 1961 nella popolazione dei comuni al disopra dei 50.000 abitanti.

5) Il 10 per cento in proporzione alle variazioni verificatisi in ciascuna Regione rispetto alla popolazione residente in comuni al disopra dei 250.000 abitanti fra il censimento 1971 ed i dati ISTAT relativi al 31 dicembre 1976.

6) Il 5 per cento in rapporto al numero dei tossicodipendenti detenuti nelle carceri in ciascuna regione al 20 marzo 1977.

Trattasi, nell'ultimo caso, di dati indicativi di un impegno delle strutture socio-sanitarie esterne con le quali il Ministero di Grazia e Giustizia intende convenzionarsi, mentre tutti i dati precedenti potrebbero coincidere con il presupposto di una maggiore incidenza del fenomeno della tossicomania laddove maggiore è stato l'accrecimento urbanistico e la mobilità delle famiglie, oltre a tener conto della diversa distribuzione per gruppi di età e quindi del differente rischio quantitativo di coinvolgimento della popolazione adolescente e nella prima giovinezza.

È chiaro che i parametri scelti risultano piuttosto arbitrari ed è altrettanto chiaro che anche quando saranno disponibili dati epidemiologici attendibili, i medesimi, per i motivi suesposti non rappresenteranno che la punta dell'iceberg, per cui sarà necessario, se non altro per incrementare le attività preventive, assegnare una certa quota anche alle regioni nelle quali il fenomeno non si è manifestato in forma eclatante.

9.2. — Circa l'utilizzazione per studi, ricerche e propaganda del 10 per cento del totale dei fondi (400 milioni), il Comitato tecnico ha ritenuto che, pur essendo la dizione del capitolo di bilancio piuttosto estensiva, fossero da privilegiare quelle indagini più direttamente comprensibili al comma 6) dell'articolo 1 della legge (cioè studi e ricerche relativi alla prevenzione dell'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope, alla riabilitazione ed al reinserimento sociale dei tossicodipendenti). Pertanto si è data la preferenza alle indagini epidemiologiche, a quelle tendenti ad identificare precocemente le tendenze tossicofile nonché alla problematica del metabolismo e tossicità di alcuni farmaci sostitutivi, quali il metadone, senza trascurare di agevolare indagini sui sistemi di comunità terapeutiche e sull'inserimento lavorativo.

10. — *Considerazioni su eventuali modifiche legislative.*

10.1. — Non esiste una legislazione relativa al controllo degli stupefacenti ed agli interventi preventivi e terapeutici che possa considerarsi « perfetta », per il fatto stesso che l'origine delle disposizioni è legata, più che al grado di pericolosità obiettivo della o delle droghe, all'accettazione sociale od al rifiuto culturale delle medesime.

La legge n. 698/1975, tuttavia, rispetto a molte altre legislazioni quasi contemporanee, viene considerata tra le più avanzate, in quan-

to riconosce il diritto all'assistenza ed al rispetto della personalità del drogato, per cui il trattamento, anche quando è coercitivo, dovrebbe essere sempre il risultato di una corretta applicazione di quanto disposto all'ultimo comma dell'articolo 92.

Si rendono, comunque, necessari alcuni miglioramenti soprattutto per cercare di fornire strumenti più validi di orientamento e di giudizio sia agli operatori che all'opinione pubblica.

Le proposte che vengono avanzate possono sintetizzarsi come segue:

10.2. — Proposte di riduzione dei passaggi obbligati per il traffico lecito dai grossisti ai farmacisti, con eliminazione dei buoni-acquisto per le preparazioni della tabella V, buoni che rappresentano un costo non irrilevante e che non possono essere controllati. Anche per quanto riguarda alcuni reattivi indispensabili per le analisi di laboratorio che contengono principi attivi compresi nelle tabelle allegate alla legge, una applicazione letterale della medesima sta rischiando di mettere in difficoltà la produzione, in quanto la medesima dovrebbe avvenire presso officine farmaceutiche. Il fatto che non si siano mai verificati episodi di utilizzazione per estrazione delle minime quantità — specie di barbiturici — contenute nei reagenti dovrebbe portare ad un chiarimento legislativo. Analogamente dicasi per quanto si riferisce alla specificazione delle modalità di rifornimento previste dall'articolo 42, che dovrebbero modellarsi, per analogia, con le norme di cui agli articoli 46 e 47. Un chiarimento, inoltre, si rende necessario per un articolo, il 106, che originato come «norma di interpretazione» non consente una effettiva distinzione fra sostanze stupefacenti e sostanze psicotrope. Per quanto poi attiene alle sostanze comprese nella tabella VI la estensione alle medesime delle norme relative alla importazione, esportazione e transito renderebbe possibile la conoscenza di volumi di traffico di sostanze potenzialmente a rischio di farmacodipendenza e comunque legate a possibili iperconsumi. Pertanto, il Ministero della Sanità appoggia il disegno di legge n. 1048 all'esame del Senato.

Eguale dicasi per il trasferimento dalla IV alla V tabella dei composti barbiturici a lunga durata ad azione quasi esclusivamente anti-epilettica. Purtroppo, la applicazione dei meccanismi di carico-scarico e di controllo finisce per ridurre l'afflusso di sostanze comprese nelle prime quattro tabelle, per cui i malati, ed in particolare gli epilettici che per lungo tempo sono sotto terapie di mantenimento, sono costretti ed affannose ricerche fra le farmacie.

10.3. — Non si prendono in considerazione in questa sede altre proposte tendenti ad una maggiore «liberalizzazione» del commercio di alcune sostanze stupefacenti o psicotrope, perché si ritiene che questo non sia il momento delle liberalizzazioni, ma quello della lotta contro le motivazioni socio-culturali, le incomprensioni generazionali e la crisi di valori che sono alla base del fenomeno.

ALLEGATI

—————
RELAZIONE SULL'ANDAMENTO DEL FENOMENO DELLE TOSSICODIPEN-
DENZE E SULL'EFFICACIA DELLE MISURE ADOTTATE NELL'ANNO 1977
—————

SITUAZIONE AL 31 DICEMBRE 1977 DELL'APPLICAZIONE DA
PARTE DELLE REGIONI DELLA LEGGE N. 685/1975

Piemonte

Comitato regionale prevenzione tossicodipendenze (articoli 90-91):
non istituito.

Centri medici e di assistenza sociale (articoli 90-92).

Istituito il Centro del comune di Torino (funzionante per una
legge precedente alla n. 685 del 1973 il Centro del professor Granone
all'Ospedale di Vercelli).

Piano di interventi contro le tossicodipendenze (articoli 90-92):
non approvato.

Legge regionale n. 62 del 23 dicembre 1977: « Norme urgenti di
attuazione della prevenzione e dell'intervento verso le tossicodipen-
denze e l'alcolismo ».

Ospedali in cui si ricovera l'urgenza:

- 1) Ospedale civile di Asti;
- 2) Ospedale « S. Andrea » di Vercelli;
- 3) Ospedale Maggiore della Carità di Novara;
- 4) Ospedale « S. Croce » di Cuneo;
- 5) Ospedale Opere Pie Ospitaliere di Alessandria;
- 6) Ospedale « E. Agnelli » di Pinerolo;
- 7) Ospedale civile di Ivrea;
- 8) Ospedale Maggiore di Chieri;
- 9) Nuova Astanteria Martini di Torino;
- 10) Ospedale Molinette di Torino.

Valle d'Aosta

Comitato regionale prevenzione tossicodipendenze (articoli 90-91):
istituito con decreto del Presidente della Giunta regionale 30 aprile
1976.

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

Centri medici e di assistenza sociale (articoli 90-92 e 107): non istituiti.

Piano di intervento contro le tossicodipendenze (articoli 90-92): non approvato.

Legge regionale: non approvata.

Ospedali in cui si ricovera l'urgenza: non individuati.

Liguria

Comitato regionale prevenzione tossicodipendenze (articoli 90-91): istituito il 29 luglio 1976.

Centri medici e di assistenza sociale (articoli 90-92): istituiti (si chiamano « poli di servizi »; a Genova sono 3, nelle altre province uno ciascuna).

Piano di intervento contro le tossicodipendenze (articoli 90-92): approvato.

Legge regionale: non approvata.

Ospedali presso cui si ricovera l'urgenza:

- 1) Ospedali civili di Genova;
- 2) Ospedali civili di Sampierdarena;
- 3) Ospedale Galliera di Genova;
- 4) Ospedale « Città di Imperia » di Imperia;
- 5) Ospedale « Sant'Andrea » di La Spezia;
- 6) Ospedale « S. Paolo » di Savona.

Lombardia

Comitato regionale prevenzione tossicodipendenze (articoli 90-91): istituito dal Consiglio regionale il 13 aprile 1976.

Centri medici e di assistenza sociale (articoli 90-92 e 107): istituiti uno per provincia (sono delegati al CIM).

Piano di interventi contro le tossicodipendenze (articoli 90-92): delegato alle province.

Legge regionale: non approvata.

Ospedali presso cui si ricovera l'urgenza: 32 ospedali: Alsano Lombardo; Bergamo (Riuniti); Treviglio; Brescia (Civile); Chiari; Salò; Darfo; Como; Sant'Anna; Lecco Circolo; Giussano; Cremona (Civile); Mantova (Civile); Milano Istituti Clinici di perfezionamento; Milano Centro intervento Bozzi; Milano Fatebenefratelli; Milano Ni-guarda; Milano Policlinico; Milano San Carlo.

Veneto

Comitato regionale prevenzione tossicodipendenze (articoli 90-91): istituito con delibera Consiglio regionale del 29 luglio 1976.

Centri medici e di assistenza sociale (articoli 90-92): istituito (Padova, Via Ospedale 2, telefono 049/34921).

Piano di intervento contro le tossicomanie: non approvato.

Legge regionale: non approvata.

Ospedali in cui si ricovera l'urgenza:

- 1) Ospedale generale provinciale di Belluno;
- 2) Ospedale generale provinciale Santa Maria del Prato di Feltre;
- 3) Ospedale generale provinciale di Padova;
- 4) Ospedale generale provinciale Vittorio Emanuele III di Monselice;
- 5) Ospedale generale provinciale Santa Maria della Misericordia di Rovigo;
- 6) Ospedale generale regionale Santa Maria dei Battuti di Treviso;
- 7) Ospedale generale provinciale di Castelfranco Veneto;
- 8) Ospedali civili Riuniti di Venezia;
- 9) Ospedale provinciale generale di Dolo;
- 10) Ospedale provinciale generale di Venezia Mestre;
- 11) Ospedale regionale generale « Istituti Ospitalieri » di Verona;
- 12) Ospedale provinciale generale di Legnago;
- 13) Ospedale regionale generale di Vicenza;
- 14) Ospedale regionale generale di Bassano del Grappa.

Friuli-Venezia Giulia

Comitato regionale prevenzione tossicodipendenze (articoli 90-91): istituito con legge regionale 9 maggio 1977, n. 34.

Centri medici e di assistenza sociale (articolo 90-92): istituiti ad Udine e Trieste.

Piano d'intervento contro le tossicodipendenze (articoli 90-92): non approvato.

Legge regionale: non approvata.

Provincia autonoma di Bolzano

Comitato provinciale prevenzione tossicodipendenze: non istituito (perché è stata impugnata la legge).

Centri medici e di assistenza sociale: istituito a Bolzano.

Piano d'intervento contro le tossicodipendenze: non approvato.

Legge regionale: non approvata.

Ospedali presso cui si ricovera l'urgenza: tutti i reparti di medicina degli ospedali della provincia.

Provincia autonoma di Trento

Comitato provinciale prevenzione tossicodipendenze: non istituito (perché è stata impugnata la legge).

Centri medici e di assistenza sociale: istituito a Trento.

Piano di intervento contro le tossicodipendenze: non approvato.

Emilia-Romagna

Comitato regionale prevenzione tossicodipendenze: istituito il 16 marzo 1976.

Centri medici e di assistenza sociale: istituiti in numero di 10, uno per provincia + Cesena e Rimini.

Piano di intervento contro le tossicodipendenze: approvato.

Legge regionale: non formulata.

Toscana

Comitato regionale prevenzione tossicodipendenze: istituito con decreto presidente giunta regionale il 14 febbraio 1977.

Centri medici e di assistenza sociale: individuati il Centro medico tossicologico dell'ospedale Careggi a Firenze ed il CIM di Arezzo e di Pisa.

Piano d'intervento contro le tossicodipendenze: non approvato.

Legge regionale: non approvata.

Umbria

Comitato regionale prevenzione tossicodipendenze: istituito 5 aprile 1977.

Centri medici e di assistenza sociale: il CIM di Perugia ed il SIM (Servizio igiene mentale) di Terni.

Piano di intervento contro le tossicodipendenze: non predisposto.

Legge regionale: « Disciplina dell'esercizio delle funzioni amministrative regionali in materia di prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenze ». *Gazzetta Ufficiale* del 18 luglio 1977.

Ospedali in cui si ricovera l'urgenza: tutti gli ospedali provinciali e l'ospedale regionale.

Marche

Comitato regionale prevenzione tossicodipendenze: istituito ed insediato il 6 giugno 1977.

Centri medici e di assistenza sociale: non istituiti.

Piano d'intervento contro le tossicodipendenze: approvato il 13 febbraio 1978.

Legge regionale: non approvata.

Lazio

Comitato regionale prevenzione tossicodipendenze: istituito ed insediato il 21 maggio 1977.

Centri medici e di assistenza sociale: identificato nell'Assessorato regionale alla sanità; funzionano comunque i CIM di Roma e del Lazio ed il Centro del Comune di Roma.

Piano d'intervento contro le tossicodipendenze: approvato.

Legge regionale approvata l'11 settembre 1976, n. 46: « Prevenzione, cura e riabilitazione dell'alcoolismo e delle tossicodipendenze ».

Ospedali in cui si ricovera l'urgenza: tutti gli ospedali.

Abruzzo

Comitato regionale prevenzione tossicodipendenti: non risulta istituito.

Centri medici e di assistenza sociale: non risultano istituiti.

Piano d'interventi contro le tossicodipendenze: non predisposto.

Legge regionale: « Interventi per la prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti in stato di tossicodipendenza » approvata dal Consiglio regionale il 3 agosto 1977 con provvedimento n. 81/9.

Molise

Comitato regionale prevenzione tossicodipendenze: istituito con decreto presidente Giunta regionale 2 dicembre 1977.

Centri medici e di assistenza sociale: non istituiti.

Piano di interventi contro le tossicodipendenze: non approvato.

Legge regionale: non approvata.

Ospedali in cui si ricovera l'urgenza: ipotizzato in riunione CRDT il reparto neurologia dell'Ospedale civile di Campobasso, ma non più comunicato ufficialmente.

Campania

Comitato regionale prevenzione tossicodipendenze: istituito (delibera di Giunta 20 giugno 1976).

Centri medici e di assistenza sociale:

Centro medico presso la Cattedra di psichiatria del 1° Policlinico (Professor Dargut Kemali).

Centro medico presso la Cattedra di medicina legale del II Policlinico (Professor Carlo Romano).

Piano di interventi contro le tossicodipendenze: non predisposto.

Legge regionale: « Prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza da stupefacenti e sostanze psicotrope »; legge 4 marzo 1977 n. 18 pubblicata sul Bollettino Ufficiale Regione Campania n. 10 del 12 marzo 1977 e sulla *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica il 28 maggio 1977.

Ospedali in cui si ricovera l'urgenza:

1° Policlinico - Istituto Psichiatria - Divisione Neurologia;

2° Policlinico - Istituto Psichiatria;

Ospedale Cardarelli - Divisione Neurologia;

Ospedale San Gennaro - Divisione Neurologia;

Ospedale di Caserta - Divisione Neurologia;

Ospedale di Eboli - Sezione Neurologia;

Ospedali Riuniti di Salerno - Divisione Neurologia;

Ospedale di Avellino - Divisione Neurologia;

Ospedale di Benevento - Divisione Neurologia.

Puglia

Comitato regionale prevenzione tossicodipendenze: costituito (non si conosce la data).

Centri medici e di assistenza sociale: Centro medico sociale per la lotta all'alcoolismo ed alle tossicomanie - Università di Bari (Professor Carrieri).

Piano d'interventi contro le tossicodipendenze: non approvato.

Legge regionale: non emanata.

Basilicata

Comitato regionale prevenzione tossicodipendenze: istituito con decreto Presidente Giunta regionale n. 514 del 5 aprile 1977.

Centri medici e di assistenza sociale: Centro medico e di assistenza sociale, presso la Divisione di medicina interna dell'Ospedale di Matera (Professor Perrini).

Piano d'interventi contro le tossicodipendenze: non approvato.

Legge regionale: non approvata.

Ospedali in cui si ricovera l'urgenza: Reparto medicina interna Ospedale di Matera.

Calabria

Comitato regionale prevenzione tossicodipendenze: **non costituito.**

Centri medici e di assistenza sociale:

CIM della provincia di Catanzaro.

CIM della provincia di Cosenza.

Dispensari d'igiene mentale di Taurianova e Locri.

Piano d'interventi contro le tossicodipendenze: **non approvato.**

Legge regionale: **non approvata.**

Ospedali in cui si ricovera l'urgenza:

Ospedale A. Pugliese di Catanzaro;

Ospedale Annunziata di Cosenza;

Ospedali Riuniti di Reggio Calabria (rispettivi reparti di Medicina Generale).

Sicilia

Comitato regionale prevenzione tossicodipendenze: **in via di costituzione.**

Centri medici e di assistenza sociale:

CIM di Palermo.

Anche i CIM delle altre province.

Piano di interventi contro le tossicodipendenze: **non predisposto.**

Legge regionale: **non emanata.**

Ospedali in cui si ricovera l'urgenza:

Presidi neurologici degli ospedali:

1) Ente ospedaliero « Vittorio Emanuele » di Catania;

2) Ente ospedaliero provinciale « Umberto I » di Enna;

3) Ente ospedaliero « Piemonte e Regina Margherita » di Messina;

4) Ente ospedaliero civico e Benf. di Palermo;

5) Ente ospedaliero provinciale « Villa Sofia » di Palermo.

Sardegna

Comitato regionale prevenzione tossicodipendenze: istituito con legge regionale n. 24 del 5 maggio 1976.

Centri medici e di assistenza sociale: non istituiti.

Piano di interventi contro le tossicodipendenze: all'esame del Consiglio regionale.

Legge regionale: non approvata.

MINISTERO DELLA SANITÀ
Direzione Generale Servizi Medicina
Sociale - Divisione IV

Prot. n. 500.4/D/1469

Roma, 27 gennaio 1977

Ai Presidenti delle Giunte
regionali

LORO SEDI

Ai Presidenti delle Province
autonome di Trento e Bolzano

LORO SEDI

Ai Commissari di Governo delle
Regioni a Statuto ordinario e
speciale

LORO SEDI

e p.c. Assessori Sanità delle Regioni

LORO SEDI

OGGETTO: Articolo 94 legge 22 dicembre 1975, n. 685: Schema tipo di convenzione con Enti ausiliari.

Come è noto l'articolo di legge succitato, nel regolare il rapporto fra Regioni ed Enti ed istituzioni pubbliche o private che abbiano come loro specifica finalità l'assistenza sanitaria sociale e la riabilitazione di ogni categoria di persone in stato di necessità, senza scopo di lucro, stabilisce che le convenzioni devono essere conformi allo schema tipo predisposto dal Ministero della Sanità sentito il consiglio di cui all'articolo 10.

Lo schema suddetto è stato discusso nella seduta del 20 luglio u.s. e successivamente non sono pervenute osservazioni da parte delle SS.LL. per cui, avendo recepito nella sostanza gli interventi che si sono avuti nel corso della riunione predetta, si è provveduto a predisporre l'unito schema tipo di convenzione che si sottopone alle SS.LL. per la sollecita attuazione di quanto precisato dall'articolo 94 della legge in argomento.

Si resta in attesa di cortese riscontro della presente.

IL MINISTRO
F.to: Dal Falco

SCHEMA TIPO DI CONVENZIONE FRA REGIONE - ENTE AUSILIARIO

(articolo 94 della legge 22 dicembre 1975, n. 685)

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. 685, previo accertamento da parte del Comi-
tato Regionale di cui all'art. 91.

Stabiliscono quanto appresso

ART. 1.

L'Ente è autorizzato ai sensi dell'atto del Consiglio Regionale
n. del ad effettuare i seguenti in-
terventi compresi fra quelli indicati al punto c) dell'articolo 90
della legge succitata, con conseguente esclusione di attività a carat-
tere curativo, le quali sono riservate ai presìdi 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 perso-
nale qui di seguito indicato e distinto in:

- 1) Personale con rapporto di impiego ed attività professionale;
- 2) Personale con rapporto di impiego ed attività amministra-
tiva 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 di 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 tossicodipendenti 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 tossicodipendenze, previa autorizzazione della Regione;

contribuzione alle spese per materiale educativo e divulgativo.

ART. 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 facoltato 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 allo 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 allo 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.

DIREZ. GEN. SERV. FARMACEUTICO
Ufficio centrale stupefacenti
800 UCS/AG 57/4843

CIRCOLARE N. 32

Roma, 26 aprile 1977

Ai Presidenti delle Giunte
Regionali delle Regioni a Statuto
Ordinario

LORO SEDI

Ai Presidenti delle Giunte
Regionali delle Regioni a Statuto
Speciale

LORO SEDI

Al Presidente della Giunta
provinciale di

BOLZANO

Al Presidente della Giunta
provinciale di

TRENTO

Agli Uffici dei Medici Provinciali
delle Regioni a Statuto Ordinario
e Speciale

LORO SEDI

Al Medico Provinciale della
VALLE D'AOSTA

Ai Commissari del Governo
delle Regioni a Statuto Ordinario

LORO SEDI

Ai Commissari del Governo
delle Regioni a Statuto Speciale

LORO SEDI

Alla Federazione degli Ordini dei
Farmacisti Italiani -
Via Palestro 75

ROMA

Alla Federazione Nazionale degli
Ordini dei Medici -
Piazza Cola di Rienzo 80

ROMA

Al Comando Carabinieri
Antidroga

SEDE

Al Comando Generale della
Guardia di Finanza -
Via Sicilia 178

ROMA

Al Ministero dell'Interno
Direzione Centrale Antidroga

ROMA

OGGETTO: VIGILANZA E CONTROLLO DEGLI STUPEFACENTI E SOSTANZE
PSICOTROPE PRESSO LE FARMACIE.

Risulta a questo Ministero che gli Organi sanitari locali (già Medici provinciali) non ritengono, nel corso dell'ordinaria vigilanza sul corretto espletamento dell'attività delle farmacie, doversi interessare dell'applicazione della vigente disciplina sugli stupefacenti e sostanze psicotrope ritenendo che detta disciplina non prevede che tra gli organi preposti alla vigilanza di tale settore siano da annoverarsi le Autorità sanitarie della Regione.

A questo proposito si fa rilevare quanto segue.

Il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 4, relativo al « Trasferimento alle Regioni a Statuto Ordinario delle funzioni amministrative statali in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera e dei relativi personali ed uffici » se è pur vero che ha mantenuto agli Organi statali le competenze in ordine alla "coltivazione, produzione, impiego, commercio all'ingrosso, importazione, esportazione e transito, acquisto, detenzione e somministrazione di sostanze stupefacenti e di sostanze psicoattive e loro derivati" (punto 12 dell'articolo 6), tuttavia ha trasferito alle Regioni la "vigilanza sulla efficienza del servizio di assistenza farmaceutica e l'adozione di provvedimenti di decadenza" (lettera L dell'articolo 1).

La legge n. 685 del 22 dicembre 1975 relativa alla « Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza » conferma tali disposizioni.

Infatti nessuna particolare autorizzazione deve essere rilasciata alle farmacie dallo scrivente Ministero in ordine all'attività connessa alle sostanze stupefacenti e psicotrope in quanto tale attività rientra in quella più generale relativa al servizio di assistenza farmaceutica ricadente sotto la competenza delle Autorità regionali.

Inoltre l'articolo 39 della stessa legge prevede che la terza sezione del buono-acquisto, quando l'acquirente di sostanze stupefacenti o psicotrope è titolare o direttore di farmacie, deve essere inviata all'Autorità sanitaria regionale nella cui circoscrizione ha sede la farmacia; da ciò si rileva che l'Autorità regionale deve essere messa in grado di effettuare controlli anche sulle transazioni produttore-farmacia, grossista-farmacia.

Il successivo articolo 67 dà specifica competenza all'Autorità sanitaria locale, nella cui circoscrizione ha sede la farmacia, in caso di perdita dei relativi documenti giustificativi.

La Regione ha quindi la piena responsabilità della vigilanza dell'esercizio farmaceutico ivi compreso il settore degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope e loro preparazioni.

La stessa Regione dovrà emanare provvedimenti di propria competenza onde individuare gli organismi specificamente incaricati di tale compito.

IL MINISTRO

F.to: Dal Falco

MINISTERO DELLA SANITÀ
Direzione Generale Servizi Medicina
Sociale - Divisione IV

CIRCOLARE N. 10, Protocollo 500.4/D

Roma, 27 gennaio 1978

Ai presidenti delle giunte regionali
delle regioni a statuto ordinario e
speciale

LORO SEDI

Ai presidenti delle province
autonome di Trento
e Bolzano

LORO SEDI

Agli assessori regionali
alla sanità delle regioni a statuto
ordinario e speciale

LORO SEDI

Agli assessori provinciali
alla sanità delle province autonome di
Trento e Bolzano

LORO SEDI

Ai medici provinciali
delle regioni
a statuto ordinario
e speciale

LORO SEDI

e, p. c.

Ai commissari del Governo
presso le regioni a statuto ordinario
e speciale

LORO SEDI

OGGETTO: Prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossico-dipendenza - Corsi di studio per la formazione di personale specializzato.

Come è noto, fra i compiti attribuiti al Comitato tecnico interministeriale di cui all'articolo 8 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, vi è anche quello di proporre l'organizzazione di corsi di studio per la formazione del personale specializzato necessario per le attività di prevenzione delle tossicodipendenze e della cura e re-

cupero sociale delle persone dedite all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, nonché per le indagini e la repressione dei fatti illeciti previsti dalla legge.

Mentre sono note a questo Ministero alcune iniziative regionali in materia, si è manifestata d'altra parte l'esigenza di un orientamento generale comune, in un settore nel quale ben poche erano le esperienze degli operatori ospedalieri ed extra-ospedalieri, posti, con l'entrata in vigore della citata legge n. 685/1975, di fronte alla richiesta di assistenza da parte dei tossicodipendenti.

Il Comitato tecnico interministeriale, cui tale esigenza è stata rappresentata, ha approvato ora alcune linee generali sulle quali dovrebbe orientarsi l'organizzazione dei corsi di formazione, aggiornamento, educazione permanente e di altre attività del genere da parte delle Regioni. Dette linee generali sono riportate nel documento allegato alla presente circolare e si basano sul presupposto di una prevalenza di corsi ed altre attività formative poliprofessionali. Ciò, tuttavia, non deve ostacolare la sperimentazione di corsi destinati ad una sola categoria di operatori, sempre che venga tenuto presente il principio della fissazione di obiettivi analoghi a quelli enunciati nelle linee generali sopra dette.

Per quanto riguarda il tipo di operatori cui i corsi debbono essere rivolti, si ritiene che, oltre al personale menzionato dalla legge, sia opportuna la inclusione dei medici, infermieri ed assistenti sociali degli istituti di prevenzione e pena, nonché del personale di assistenza diretta e di assistenza medico-sociale degli ospedali, che sono stati identificati, com'è noto, quali punti di riferimento per il primo ricovero, ai sensi dell'articolo 107 della legge.

E appena il caso di sottolineare l'importanza che riveste la partecipazione ai corsi degli assistenti volontari di cui all'articolo 93 della legge, mentre appare chiaro come gli obiettivi attitudinali assumano, per questi elementi, importanza primaria, e come sia opportuno avvalersi di personale con esperienza di terapia occupazionale, di animazione socio-culturale e di educazione degli adulti. Inoltre, tutti coloro che abbiano avuto una esperienza diretta di dipendenza dalla droga e che siano accuratamente selezionati, possono, partecipando volontariamente ai corsi, consentire un orientamento più concreto nei confronti di un fenomeno che rischia di essere influenzato dalla rilevante letteratura.

Infine si tiene a precisare che, con le indicazioni che precedono, non si intende interferire con la programmazione di attività già in corso presso le varie Regioni, ma soltanto fornire, specie alle Regioni che hanno ancora allo studio il problema, un quadro di riferimento generale.

Tornerà gradito ricevere informazioni relative alle attività già programmate o che verranno organizzate, insieme al materiale didattico ricavabile dai corsi medesimi. Questo ultimo potrà dar luogo, a cura di questo Ministero, alla compilazione di manuali ed alla produzione di materiale audio-visivo, in modo che risulti agevolata l'attività educativa delle Regioni.

IL MINISTRO

F.to: Dal Falco.

MINISTERO DELLA SANITÀ
DIREZIONE GENERALE SERVIZI MEDICINA SOCIALE

DIVISIONE IV

LINEE GENERALI DA TENER PRESENTI NELLA PROGRAMMAZIONE
DI ATTIVITA' FORMATIVE E DI AGGIORNAMENTO PER OPERATORI
SOCIO-SANITARI A CONTATTO CON TOSSICODIPENDENTI.

Una elencazione dettagliata di materie da comprendere nei corsi, oltre ad incidere sull'autonomia delle Regioni, non avrebbe notevole utilità ai fini del coordinamento e rischierebbe di caratterizzare le iniziative in argomento su base prevalentemente accademico-nozionistica.

Appare più opportuno fissare alcuni *obiettivi* che si distinguono in:

conoscitivi

attitudinali

di acquisizione di capacità pratiche.

Obiettivi conoscitivi:

1) Nozioni di base di fisiopatologia:

1. 1 Per gli assistenti sociali educatori ed assistenti volontari appare opportuno l'accertamento delle conoscenze, con eventuale integrazione sui principi della fisiologia della respirazione, circolazione e sul funzionamento del sistema nervoso.

L'obiettivo pedagogico è quello di creare le premesse per la comprensione del meccanismo di azione delle droghe e per la individuazione precoce dei sintomi da overdose o da astinenza.

1. 2 Per il personale infermieristico ospedaliero a contatto con tossicodipendenti è opportuno un approfondimento delle conoscenze di fisiopatologia cardio-respiratoria con individuazione clinica, premessa per opportuni interventi assistenziali, condotti secondo precisi piani di lavoro infermieristico, delle patologie somatiche concomitanti alla tossicodipendenza (affezioni respiratorie croniche, malattie veneree, epatiti acute, epatiti croniche, forme progressive di epatite).

L'obiettivo pedagogico è quello di creare le premesse per una diagnosi precoce ed un trattamento adeguato del complesso quadro patologico e della problematica psico-somatica che presentano in genere i tossicodipendenti in fase acuta.

1. 3 Per i medici ospedalieri nonché per quelli dei reparti sanitari degli Istituti di prevenzione e pena è opportuna una revi-

sione dei concetti di neuro-fisiologia, tale da poter comprendere le principali ipotesi sul meccanismo d'azione delle droghe e dell'alcool.

L'obiettivo è quello di saper impiegare con cognizione di causa farmaci antagonisti, sostitutivi e sintomatici, seguire i progressi in materia ed essere in grado di individuare le reazioni normali ed anormali dell'organismo all'azione delle droghe e dell'alcool.

3) Nozioni di base sulla terapia.

Tutti gli operatori, qualsiasi sia l'orientamento prevalente in loco, debbono possedere nozioni di base sulla gamma di trattamenti farmacologici, psicologici, sociali, occupazionali disponibili in quanto si trovano in contatto con soggetti in possesso di una « cultura » non indifferente, specie in materia farmacologica, e debbono poter prospettare varie soluzioni e discuterle con gli interessati. È chiaro che per medici ed infermieri si tratterà soprattutto di acquisire nozioni sui vari tipi di trattamento psicologico e sulle comunità terapeutiche, mentre per psicologi ed assistenti sociali sarà opportuno approfondire la conoscenza dei trattamenti farmacologici. In tal senso l'effettuazione di corsi poliprofessionali può risultare utile in quanto le diverse componenti rafforzano l'azione informativa dei docenti con il frutto delle proprie conoscenze professionali che mettono a disposizione dei componenti dell'équipe.

I sistemi di terapia di gruppo e di terapia comportamentale familiare, di ipnosi e soprattutto di comunità terapeutica, dovrebbero essere illustrati attraverso forme di visualizzazione di interventi in corso (dal filmato o video-cassetta, come strumento minimo, alla diretta partecipazione come obiettivo ottimale).

3) Nozioni sulla legislazione.

La conoscenza approfondita della legislazione nazionale e di quella regionale in materia di prevenzione, assistenza e recupero dei tossicodipendenti è un obiettivo che tutti debbono raggiungere allorché si tratti di operatori di centri pubblici. La discussione con magistrati addetti alle sezioni specializzate di cui all'articolo 101 dovrebbe basarsi sulla casistica e portare a proposte concrete di semplificazione e di interpretazione. Si suggerisce, inoltre, specie per assistenti sociali ed educatori, l'approfondimento della legislazione sulle cooperative e sul lavoro protetto, oltre che di quella sul collocamento obbligatorio e sul diritto di famiglia.

4) Obiettivi attitudinali.

Per tutti gli operatori è necessario giungere, durante il corso, alla introduzione dei principi della comunicazione verbale e non verbale, possibilmente attraverso psico-drammi, onde realizzare la

maggiore o minore correttezza di atteggiamento nei confronti della droga, della devianza e dell'alcool. Quale *obiettivo* pratico si propone quello di promuovere la capacità di ascoltare, quella di non esprimere giudizi morali e di accettare il « diverso ». Va da sé che, specie per gli operatori ospedalieri e dei centri più a contatto con tossicodipendenti, è necessaria una visione meno settoriale della cultura della droga, di quella psichedelica e dell'influenza sui fenomeni artistici. Si deve, tuttavia, distinguere fra conoscenza e comprensione ed atteggiamento di « affiliazione », per cui, se è bene che gli operatori agiscano senza camice bianco quando lavorano in centri psico-sociali e non debbono effettuare interventi medici, sarebbe errato indurli ad adottare foggie di vestiario hippies, in quanto la dinamica relazione fra drogato ed operatore deve svilupparsi su di un piano di differenziazione.

5) Obiettivi di capacità pratica.

Tutti gli operatori extra-ospedalieri e carcerari debbono essere in grado di:

effettuare la respirazione artificiale ed il massaggio cardiaco esterno;

impiegare i kits di reagenti « da campo » per l'identificazione dei metaboliti dei narcotici.

Tutti gli operatori poi debbono familiarizzarsi con i principi di epidemiologia e di trattamento dell'informazione, esercitandosi sia alla compilazione delle schede sia alla elaborazione di tabulati ed alla discussione sul valore degli indici statistici per la conoscenza del fenomeno della tossicodipendenza e dell'alcoolismo.

MINISTERO DELLA SANITÀ
Direzione Generale Servizi Medicina
Sociale - Divisione IV

CIRCOLARE N. 78 - Prot. 500.4/D.F1

Roma, 20 dicembre 1977

Ai Presidenti delle Giunte
regionali delle Regioni a statuto
ordinario e speciale

LORO SEDI

Ai Presidenti delle province
autonome di Trento e Bolzano

LORO SEDI

Agli assessori regionali alla
sanità delle Regioni a statuto
ordinario e speciale

LORO SEDI

Agli assessori provinciali
alla sanità delle province
autonome di Trento e Bolzano

LORO SEDI

e, p.c. Ai commissari del Governo
presso le Regioni a statuto
ordinario e speciale e le province
autonome di Trento e Bolzano

LORO SEDI

Ai medici provinciali delle
Regioni a statuto ordinario e
speciale e delle province
autonome di Trento e Bolzano

LORO SEDI

OGGETTO: Impiego del metadone per il trattamento terapeutico delle
tossicodipendenze.

Questo Ministero ha chiesto recentemente di conoscere il pa-
rere del Consiglio Superiore di Sanità sull'impiego del metadone per
il trattamento delle tossicodipendenze.

L'alto Consesso, premesso che il trattamento terapeutico della tossicodipendenza si deve prefiggere lo scopo di reinserire il soggetto nella società, di rimuovere lo stato di emarginazione, di favorire le motivazioni ad un apporto sociale costruttivo, di eliminare il bisogno di droghe stupefacenti ed in generale ogni uso improprio di farmaci psicoattivi, ha affermato che l'impiego « sostitutivo » del metadone o di equivalenti oppioidi ad azione stupefacente, rappresenta, limitatamente alla specifica tossicodipendenza da « narcotici » (eroina, morfina ed analoghi) un presidio farmacologico « collaterale » ed opzionale rispetto alle misure primarie di assistenza medico-sociale.

Il Consiglio Superiore di Sanità ha sottolineato in proposito che il metadone ed i farmaci analoghi sono droghe stupefacenti, di tossicità non trascurabile, in grado di indurre e mantenere uno stato di specifica tossico-dipendenza.

In particolare il ricorso al metadone ed analoghi, per via orale o parenterale, allo scopo di mitigare la sindrome di astinenza da morfina, dovrebbe sempre essere praticato in ambiente di ricovero e cura autorizzato dalle responsabili autorità sanitarie, attrezzato per l'accertamento dello stato di specifica tossicodipendenza, e valutare le possibili limitazioni o controindicazioni. L'impiego nei pazienti di minore età deve essere regolato dai criteri in uso per altri tipi di intervento medico-chirurgico su minori.

Inoltre, considerati i rischi impliciti nella evoluzione della sindrome da astinenza da droghe, è da escludere, in generale, la opportunità del trattamento ambulatoriale di tali condizioni morbose.

Per quanto concerne il trattamento di « mantenimento » con metadone ed analoghi nei soggetti con tossicodipendenza da eroina e droghe « narcotiche », il Consiglio ha espresso il parere:

1) che esso sia limitato ai casi di tossicodipendenza documentatamente resistenti a progressivi, reiterati interventi di recupero;

2) che la decisione sia presa collegialmente da una *équipe* di esperti della tossicodipendenza con la consulenza del magistrato di cui all'articolo 101 della legge n. 685 per l'applicazione della terapia ai minori;

3) che il mantenimento con metadone non possa in alcun caso essere condotto disgiuntamente da quei programmi medico-sociali di reinserimento, il cui successo il metadone dovrebbe favorire;

4) che la conduzione del programma medico-sociale integrato con metadone sia affidato esclusivamente ai Centri previsti dalla legge n. 685, ma nell'ambito di piani coordinati dalle Regioni, al fine di garantire la disponibilità di strutture cliniche, diagnostiche, pedagogiche ed economico-sociali necessarie al rigoroso controllo medico ed al successo del programma in oggetto;

5) che il programma con metadone utilizzi preparazioni farmaceutiche adeguate, tali da impedire l'uso improprio, da assumere sotto il controllo di personale addetto, nei dosaggi richiesti a prevenire l'astinenza fisica da morfina;

6) che tali preparazioni che contengono un elevato dosaggio di metadone siano allestite e distribuite dalle farmacie ospedaliere o da farmacie comunali, da scegliere per la loro dislocazione nel territorio della regione.

Quanto sopra si comunica, con riserva di ulteriori comunicazioni in ordine alla complessa problematica della limitazione della distribuzione dei farmaci a base di metadone, tuttora allo studio.

IL MINISTRO
F.to: Dal Falco