

ATTI PARLAMENTARI

IX LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. XXXVII
n. 1

RELAZIONE

**SULL'ANDAMENTO DEL FENOMENO
DELLE TOSSICODIPENDENZE E SULLA EFFICACIA
DELLE MISURE ADOTTATE NELL'ANNO 1982**

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

presentata dal Ministro della Sanità
(DEGAN)

Presentata alla Presidenza il 18 maggio 1984

PAGINA BIANCA

INDICE

Presentazione	Pag.	5
I - Epidemiologia del fenomeno	»	11
<i>1. La popolazione dei tossicodipendenti: prevalenza e caratteristiche</i>	»	11
1.1 Le fonti dei dati	»	11
1.2 Segnalazioni delle Regioni	»	12
1.3 Segnalazioni delle Forze di Polizia	»	16
1.4 L'indagine campionaria TO.DI.	»	35
<i>2. Il fenomeno nell'istituzione carceraria</i>	»	47
<i>3. Il fenomeno nelle Forze Armate</i>	»	52
<i>4. Decessi per droga e loro distribuzione</i>	»	54
II - Gli interventi terapeutici e riabilitativi	»	62
<i>1. I servizi socio-sanitari pubblici</i>	»	62
<i>2. Le Comunità terapeutiche</i>	»	70
<i>3. Presidii privati</i>	»	73
<i>4. La formazione del personale</i>	»	74
III - Attività di informazione e di educazione sanitaria	»	79
IV - La repressione del traffico e delle attività illecite	»	86
V - Dati sul mercato legittimo delle sostanze stupefacenti e psicotrope	»	137
Appendice	»	142
<i>1. Partecipazione a organismi e iniziative internazionali</i>	»	142
<i>2. Assistenza ai connazionali tossicodipendenti all'estero</i>	»	145
<i>3. Le ricerche commissionate dal Ministero della Sanità</i>	»	146

PAGINA BIANCA

Presentazione

Come previsto dall'art. 1 della legge n. 685/75, si presenta al Parlamento la Relazione sull'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze e sugli interventi effettuati nel 1982. L'evidente ritardo con cui si adempie a tale obbligo di legge è sostanzialmente dovuto alle difficoltà incontrate da questo Ministero della Sanità nel reperire i dati e le notizie necessarie alla sua compilazione, in particolare quelle relative agli interventi effettuati nei servizi di base che le Amministrazioni regionali sono tenute a inviare periodicamente. Le cause di queste difficoltà devono essere ricercate, da un lato nei problemi organizzativi che le Regioni devono affrontare per adeguare le proprie strutture alle nuove competenze attribuite dalla legge 685/75 e dalla 833/78, in particolare all'avvio del Sistema Informativo Sanitario, dall'altro, nelle stesse caratteristiche della popolazione dei tossicodipendenti, estremamente fluttuante e difficilmente disponibile ad un'indagine clinico epidemiologica esauriente.

D'altra parte il poter disporre di dati costantemente aggiornati e completi è quanto mai necessario proprio per la mutevolezza del fenomeno: dati relativi al 1983 e alcuni recenti fatti di cronaca indicano, che, pur nel costante aumento del numero dei tossicodipendenti, cambia rapidamente la fisionomia del consumatore abituale e nuove sostanze di abuso (es. la cocaina e i cosiddetti cocktails di più sostanze) vanno diffondendosi a fianco di quelle tradizionalmente assunte, ciò che richiederebbe l'adeguamento parallelo degli interventi e delle strutture deputate a fronteggiare il fenomeno.

Quello della costituzione di un sistema efficace di sorveglianza epidemiologica è dunque il primo degli obiettivi

che ci si propone di raggiungere, all'interno di una strategia complessiva che veda coinvolti tutti gli organi centrali e periferici interessati, in linea con gli impegni cui è stato richiamato il Governo nella Risoluzione votata alla Camera il 10/6/82, e con le decisioni recentemente adottate in seno al Consiglio dei Ministri.

I punti cardine di tale strategia sono sostanzialmente da identificarsi in una serie di iniziative che incidano sulla qualità degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione, ed in alcune modifiche da apportare alla legge n. 685/75.

Per quanto riguarda il primo punto, gli ambiti in cui questo Ministero intende muoversi sono i seguenti:

— Adeguamento delle strutture territoriali; formazione e aggiornamento professionale del personale

L'adeguamento strutturale e funzionale dei servizi territoriali ai compiti sempre più impegnativi che sono chiamati a svolgere e, in particolare, la formazione e l'aggiornamento professionale degli operatori, sono unanimemente riconosciuti come i fattori fondamentali per combattere efficacemente la diffusione delle tossicodipendenze; per ciò che riguarda la formazione è necessario che gli operatori, per la maggior parte molto giovani, da un lato approfondiscano il proprio bagaglio culturale sulle più efficaci strategie di prevenzione e di trattamento (sia medico-farmacologico che psicoterapeutico), dall'altro che acquisiscano gli strumenti per organizzare il proprio lavoro in un'ottica multidisciplinare integrando le rispettive competenze. La situazione attuale è caratterizzata, sotto questo profilo, da una evidente disomogeneità nel numero e nella qualità delle iniziative portate avanti dalle competenti Amministrazioni regionali, e per ovviare a tale disomogeneità si ritiene opportuno concordare con le Regioni;

1) delle linee generali comuni in materia di formazione che garantiscano una certa uniformità dei programmi;

2) le opportune modalità per vincolare all'attuazione di tali iniziative una quota dei fondi ad esse attribuiti.

— Incentivazione delle iniziative di riabilitazione a carattere residenziale

I recenti avvenimenti giudiziari e di cronaca e l'ampia discussione che ne è seguita a proposito delle Comunità Terapeutiche, mostrano come sia ormai indilazionabile un intervento delle Autorità sanitarie finalizzato ad incentivare un tipo di intervento che sembra dare buoni risultati, ma anche a dare contorni più precisi ad un fenomeno che è nato e si è sviluppato in modo eterogeneo in quanto gestito quasi esclusivamente da associazioni private al di là di ogni regolamentazione e controllo.

Le linee su cui ci si sta muovendo in collaborazione con le Regioni per raggiungere questi obiettivi sono:

1) definire gli eventuali requisiti minimi che devono essere posseduti da tutte le associazioni che intendano occuparsi della riabilitazione dei tossicodipendenti;

2) definire le modalità per sottoporre a un controllo più penetrante quelle strutture che tramite lo strumento della convenzione, usufruiscono di finanziamenti pubblici;

3) destinare maggiori fondi per incentivare tali modalità di finanziamento delle Comunità.

Appare evidente che il raggiungimento degli obiettivi suddetti può essere ottenuto solo con il deciso impegno delle Amministrazioni regionali, cui compete per legge la responsabilità degli interventi operativi in materia di tossicodipendenze, nell'ambito delle linee di indirizzo predisposte dal Ministero della Sanità. D'altra parte, se si analizzano i Piani Sanitari Regionali, è agevole rilevare che già da tempo le Regioni hanno identificato come prioritari gli stessi obiettivi, e tuttavia i fondi che la legge 685 destinava a tali scopi appaiono oggi chiaramente insufficienti di fronte alla enorme diffusione che il fenomeno delle tossicodipendenze ha raggiunto negli ultimi anni. In base a tale

considerazione si è ritenuto opportuno destinare una quota del Fondo Sanitario Nazionale, pari a 60 miliardi nei tre anni, per il finanziamento degli interventi in questi settori, così da permettere la concreta attuazione dei programmi finora in gran parte rimasti sulla carta.

In campo preventivo, oltre al potenziamento di tutte le possibilità di informazione e di educazione che appartengono alle istituzioni sanitarie e a quelle della scuola, si ritiene importante affrontare il problema con una iniziativa straordinaria del Ministero della Sanità che aggregi la collaborazione quanto più estesa possibile di tutti i mass-media, dai giornali alla televisione di Stato, alle radiotelevisioni private.

Il messaggio informativo di questa campagna deve essere attentamente elaborato con una forte assistenza interdisciplinare e tenendo conto delle esperienze in atto in altri paesi, evitando possibilità indirette di incentivazione del fenomeno sia per stimolazione della curiosità sui contenuti delle esperienze della tossicodipendenza, sia attraverso condanne morali con demonizzazione del fenomeno che possano generare nei giovani reazioni di sfida.

Questa campagna straordinaria dovrebbe soprattutto creare nella popolazione, e in particolare nelle fasce a più alto rischio, una coscienza del problema capace di prevenire efficacemente l'uso non terapeutico delle sostanze che generano tossicodipendenza. Per la formazione di questa coscienza accanto agli elementi di dissuasione, adeguato sviluppo devono avere le informazioni rivolte a motivare il rifiuto della tossicodipendenza valorizzando i contenuti positivi che nella vita dei giovani hanno lo studio, lo sport, la vita associata, e tutti gli altri componenti delle scelte individuali e sociali di vita.

In questa campagna preziosi strumenti per indirizzare l'azione dovrebbero essere dedotti dalle indagini epidemiologiche che, oltre ad indicare le fasce sociali ed i gruppi di individui più esposti al rischio della tossicodipendenza, dovrebbero, anche attraverso l'analisi ambientale, suggerire le realtà da correggere perché più influenti nella formazione

delle tossicodipendenze. La campagna di informazione e di educazione sanitaria consentirebbe anche una intensa mobilitazione di tutta la società nei riguardi di questo fenomeno, portando alla partecipazione e all'impegno di tutti i cittadini nella prevenzione di questa vera e propria epidemia nazionale.

Per ciò che riguarda la normativa vigente, si ritiene che se il mutamento qualitativo e quantitativo del fenomeno rende necessaria la modifica di alcune disposizioni oggi non più attuali, così come da più parti si richiede, per altre il problema è quello di curarne la concreta attuazione: ad esempio appare necessario che il Comitato Tecnico Interministeriale, previsto dall'art. 8 della legge 685/75, venga sviluppato in modo da potersi giovare, oltre che delle competenze dei rappresentanti dei veri dicasteri che ne fanno parte istituzionalmente, anche delle specifiche conoscenze ed esperienze acquisite nei vari settori da specialisti, operatori, rappresentanti di istituti scientifici e di ricerca. In tal modo il Comitato assumerebbe la fisionomia di organo consultivo altamente qualificato e potrebbe diventare il più valido supporto del Ministero della Sanità nella soluzione di quei problemi che richiedono una approfondita valutazione sia politica che tecnica. Il raggiungimento di questo obiettivo sarebbe senz'altro agevolato dalla costituzione di alcune sottocommissioni, che dovrebbero dedicarsi all'analisi di particolari aspetti del problema.

Per ciò che riguarda i trattamenti farmacologici attuati nei servizi di base, è opportuno ricordare che i Decreti Ministeriali del 1980, e le relative Circolari esplicative, avevano il preciso intento di regolamentare una situazione in cui esistevano grande confusione ed evidenti disomogeneità tra Regione e Regione, tra zona e zona; tali decreti prevedevano che la prescrizione e la somministrazione di farmaci sostitutivi degli oppiacei potessero avvenire solo in casi di accertata dipendenza, secondo uno schema terapeutico preciso, e comunque sempre con un adeguato supporto psicoterapeutico e di assistenza sociale.

Per riaffermare questi principi il Ministero della Sanità

sta predisponendo delle circolari informative sulle metodologie più accreditate per la diagnosi degli stati di dipendenza e per il corretto uso dei farmaci sostitutivi e di quelli, non narcotico-analgesci, altrettanto efficaci nella fase di disassuefazione. L'obiettivo di tali circolari è quello di limitare il possibile abuso dei trattamenti farmacologici e di richiamare la necessità di approntare, per gli stessi pazienti in terapia, un concomitante e adeguato intervento psico-sociale.

Per quanto riguarda i trattamenti con morfina, consentiti in via sperimentale dal DM 10/10/80, il Ministero della Sanità ha recentemente richiesto alle Regioni gli elementi informativi per la necessaria valutazione delle esperienze effettuate, onde poter adottare le opportune decisioni in merito, anche in collaborazione con esperti nel settore.

Modifiche da apportare alla legge n. 685/75

Relativamente alle modifiche da apportare alla legge 685/75, si ritiene che i principali problemi da risolvere siano i seguenti:

– Programmazione e valutazione degli interventi: nell'ambito e nel rispetto delle differenti competenze che la legge attribuisce allo Stato e agli Enti locali (UU.SS.LL. comprese), in tema di programmazione degli interventi, sembra opportuno inserire nella nuova normativa meccanismi che permettano di valutare la corrispondenza fra fondi stanziati, da una parte, e attuazione degli interventi e loro efficacia, dall'altra.

– Regolamentazione dei rapporti tra Enti Pubblici e strutture di volontariato secondo quanto già detto in precedenza.

– Modica quantità: per venire incontro a difficoltà interpretative legate al concetto di modica quantità, sembra opportuno che la normativa sull'argomento si ispiri ai seguenti principi:

1) non punibilità per chi detenga sostanze stupefacenti per uso personale;

2) sostituzione del concetto di «modica quantità» con quello di «dose abituale» del soggetto detentore, tale dose deve essere accertata, caso per caso, con adeguate metodologie diagnostiche medico-legali;

3) introduzione del concetto di «dose media efficace» per le sostanze che non determinano tolleranza; la dose media efficace per ogni sostanza con queste caratteristiche potrà essere stabilita con decreto del Ministro della Sanità.

— **Attribuzioni del Ministero della Sanità:** è necessario che il Ministero della Sanità eserciti in maniera sempre più efficace i compiti di indirizzo, coordinamento e direttiva nel settore degli interventi sanitari e socio-riabilitativi per la prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze; è tuttavia indispensabile e urgente che venga attuato il riordinamento e il potenziamento degli Uffici che si occupano di questo settore.

A conclusione di quanto finora esposto sembra comunque opportuno sottolineare che questa Relazione al Parlamento può dare solo indicazioni parziali sulle misure da adottare per combattere efficacemente il diffondersi delle tossicodipendenze, poiché a monte e a valle vi sono cause fondamentali sulle quali deve intervenire la politica economica, culturale, sociale, oltre che beninteso la repressione del traffico illecito, e a questo impegno sono chiamati in prima persona tutti i responsabili degli Organi di governo, e soprattutto tutti i cittadini.

I Epidemiologia del fenomeno

1. La popolazione dei tossicodipendenti: prevalenza e caratteristiche socio-ambientali

1.1 Le fonti dei dati

Come noto, i dati sui soggetti tossicodipendenti deriva-

no essenzialmente da due fonti:

- a — i servizi socio-sanitari del territorio;
- b — le Forze di Polizia.

A queste due fonti principali vanno aggiunte indagini campionarie ad hoc che dovrebbero permettere stime più precise e informazioni più controllate sulla prevalenza dei tossicodipendenti e sulle loro caratteristiche. Infatti, mentre i dati di Polizia risultano sufficientemente omogenei e riguardano l'intero territorio nazionale, le informazioni socio-sanitarie regionali sono parziali e disomogenee. Per il 1982 undici Regioni su venti hanno inviato dati relativi all'intero anno e altre cinque hanno trasmesso informazioni relativamente al solo primo semestre (tabella 1); inoltre, in più di un caso, l'elaborazione difforme dallo schema comune dà luogo a dati parziali e non confrontabili.

Fatte queste premesse, si presenta qui di seguito il quadro informativo disponibile rispetto alle tre fonti citate.

1.2 Segnalazioni delle Regioni

Come già detto queste segnalazioni continuano ad essere scarsamente attendibili per via della perdurante difficoltà di comunicazione fra le strutture socio-sanitarie di base, gli organi regionali preposti all'elaborazione dei dati e il Ministero della Sanità che dovrebbe fornire un quadro nazionale del fenomeno.

In particolare le carenze principali di tale canale informativo sono individuabili nelle seguenti:

a) mancata o incompleta compilazione delle schede di rilevamento (di cui al D.M. 5/7/78) da parte dei servizi di base, dalle quali dovrebbero risultare il numero dei soggetti che iniziano un trattamento, informazioni su scolarità e condizione professionale, numero di ricoveri, notizie sulle droghe oggetto d'abuso, notizie sul tipo e l'andamento dei trattamenti;

b) mancata elaborazione da parte delle Regioni delle schede pervenute;

c) elaborazione, da parte delle Regioni, difforme dallo schema comune (di cui al citato D.M. 5/7/78);

d) elaborazioni non affidabili sul piano della metodologia statistica.

Si consideri che tutte queste carenze possono intrecciarsi, rendendo insufficienti e scarsamente attendibili i dati che scaturiscono da questa fonte.

Fatte queste riserve, si fornisce un quadro schematico delle informazioni suddette consistenti in: numero di segnalazioni, ricoveri, età media, sesso, distribuzione delle segnalazioni in rapporto alle sostanze d'abuso.

Nella tabella 2 sono elencate, regione per regione, le segnalazioni pervenute in valore assoluto, unitamente al numero assoluto dei ricoveri. Un confronto con l'anno precedente è possibile per le singole regioni, ma non sul totale nazionale. Sul numero dei ricoveri sembra però possibile individuare una tendenza generale alla diminuzione, probabile segno di un più efficace funzionamento dei servizi ambulatoriali. Comunque tale dato necessita di ulteriori verifiche e conferme. Va ribadito che il numero di segnalazioni non corrisponde all'entità del fenomeno in senso stretto, e rivela se mai l'attitudine degli operatori a compilare le schede relative ai propri utenti.

L'età media dei soggetti che frequentano i servizi territoriali è compresa fra 22 e 23 anni, sia per i maschi che per le femmine.

Per quanto riguarda il sesso, persiste il rapporto 4:1 fra maschi e femmine, con oscillazioni minime in singole regioni.

Sostanze d'abuso: emerge chiaramente dalla tabella 5 come sia ancora l'eroina a costituire la sostanza più abusata da coloro che si rivolgono ai servizi. Va però notato che la schematizzazione dei dati non rende ragione della qualità del fenomeno che gli operatori si trovano ad affrontare: non emerge infatti la sempre più diffusa tendenza al cosiddetto «poli drug abuse», consistente nel fatto che il quadro dell'eroinomania viene complicato e aggravato da elevate assunzioni di sedativi, tranquillanti, alcool, hashish o altro.

Tale fenomeno è rilevato nella indagine campionaria TO.DI., alcuni risultati della quale verranno illustrati successivamente.

Si fa notare che il numero di soggetti su cui è costruita la tabella 3 costituisce meno della metà del numero totale di segnalazioni, ma non è possibile stabilire se si tratti del numero di soggetti che frequentano realmente i servizi.

Tab. 1 (I, 1.1) – Trasmissione dei rapporti semestrali sull'andamento delle tossicodipendenze da parte delle Regioni al Ministero della Sanità anni 1978-1982

Regioni	1978 ann.	1979		1980		1981		1982	
		I sem.	II sem.	I sem.	II sem.	I sem.	II sem.	I sem.	II sem.
Valle d'Aosta	—	si	—	si	si	—	si	si	—
Piemonte	si	si	si	si	si	si	si	—	—
Liguria	si	si	si	si	si	si	si	si	si
Lombardia	si	si	si	si	si	si	—	—	—
Trentino A.A.	—	—	—	—	si	si	si	si	si*
Veneto	si	si	si	si	si	si	si	si	—
Friuli V.G.	—	si	si	si	si	si	si	si	si
Emilia Romagna	si	si	si	—	si	si	si	si	si
Toscana	—	si	—	—	—	—	—	—	—
Marche	si	si	si	si	si	si	—	si	—
Umbria	—	—	si	—	si	si	—	—	—
Lazio	—	si	si	si	si	si	si	si	si
Abruzzi	—	—	si	—	—	—	—	si	—
Molise	—	si	—	si	—	si	si	si	si
Campania	—	si	—	si	si	si	si	si	si
Puglia	si	—	—	—	si	si	si	si	si
Calabria	—	—	—	—	—	—	—	si	si
Sicilia	si	si	si	si	si	si	si	si	si
Sardegna	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Totale	8	13	11	11	14	14	12	14	10

* I dati inviati si riferiscono alla sola Provincia di Trento; la Provincia di Bolzano non ha inviato i dati relativi al II sem. 1982.

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab. 2 (I, 1.2)

Regioni	Segnalazioni		Ricoveri	
	1982	1981	1982	1981
Valle d'Aosta	108 (1)	63 (2)	1 (1)	4 (2)
Piemonte	—	1.693 (1)	—	184 (1)
Lombardia	—	3.506 (1)	—	2.080 (1)
Veneto	1.814 (1)	3.158 (3)	481 (1)	1.036 (3)
Friuli V. Giulia	751 (3)	735 (3)	84 (3)	162 (3)
Provincia Trento	811 (3)	598 (3)	385 (3)	259 (3)
Provincia Bolzano	241 (1)	278 (3)	nessuno	93 (3)
Liguria	3.517 (3)	3.427 (3)	1.863 (3)	1.511 (3)
Emilia Romagna	9.135 (3)	7.436 (3)	1.048 (3)	1.309 (3)
Toscana	—	—	—	—
Marche	921 (1)	201 (1)	61	73 (1)
Umbria	—	363 (1)	—	nessuno (1)
Lazio	1.270 (3)	792 (1)	139 (3)	150 (1)
Campania	5.202 (3)	2.421 (3)	57 (3)	26 (3)
Molise	60 (3)	27 (3)	1 (3)	2 (3)
Abruzzo	262 (1)	501 (2)	nessuno	nessuno (2)
Puglia	1.350 (3)	887 (3)	185 (3)	88 (3)
Basilicata	120 (3)	115 (3)	6 (3)	6 (3)
Calabria	249 (3)	—	—*	—
Sicilia	2.979 (3)	2.670 (3)	199 (3)	199 (3)
Sardegna	—	—	—	—
Totali	29.090	28.871	4.510	7.182

(1) Dati relativi al I semestre

(2) Dati relativi al II semestre

(3) Dati relativi all'intero anno

* Il dato non è stato fornito

Tab. 3 (I, 1.2) — Distribuzione percentuale delle sostanze d'abuso (anno 1982)

Eroina	88,65
Oppio	0,20
Morfina	3,85
Metadone	1,15
Barbiturici e altri ipnotici	0,45
Amfetamine	0,35
Allucinogeni	0,10
Cannabici	3,60
Cocaina	0,80
Altre	0,85

1.3 Segnalazioni delle Forze di Polizia (Dati e Tabelle sono forniti dal Servizio Centrale Antidroga del Ministero dell'Interno)

Dette segnalazioni riguardano due tipi di soggetti:

a) persone deferite al pretore per detenzione o acquisto di modiche quantità di stupefacenti per uso personale (artt. 80 e 98 legge 685/1975);

b) persone segnalate per uso non terapeutico di stupefacenti (art. 96, 3° comma), persone accompagnate ai presidi sanitari (art. 96, 4° comma), persone segnalate per rifiuto di cure (art. 100, 1° comma).

Sono stati segnalati, complessivamente, n. 9.828 assuntori di *stupefacenti*, con un incremento del 43,74% rispetto al 1981.

L'85,58% dei soggetti era di sesso maschile; il 10,64% minori di anni 18; il 72,42% di età compresa tra i 18 e i 25 anni.

In particolare, di tali persone:

n. 4.659 (593 donne), a seguito di 1.997 interventi, sono state deferite al Pretore, ai sensi degli artt. 80-98 della suddetta legge «685», per detenzione di piccole quantità di stupefacenti per uso personale; il 10,92% di età inferiore agli anni 18 e il 71,86% di età compresa fra i 18 e i 25 anni; il 40,82% sono state trovate in possesso di eroina e, in molti casi, anche di altre sostanze, specie cannabis, il 50,84% detenevano derivanti di cannabis; complessivamente sono stati sequestrati kg. 14,743 di stupefacenti;

n. 5.169 consumatori (824 donne) sono stati segnalati agli Organi sanitari e giudiziari ai sensi degli artt. 96 e 100 della stessa legge; l'1,16% minori degli anni 16; il 9,22 di età compresa tra i 16 e i 17 anni; il 72,93% aventi un'età tra i 18 e i 25 anni.

Nelle tabelle che seguono vengono forniti in dettaglio i dati, sia aggregati a livello nazionale sia disaggregati per regioni.

Va notato che mentre dalle segnalazioni regionali la popolazione di tossicodipendenti che emerge è costituita

per quasi il 90% da consumatori di oppiacei (eroina essenzialmente), le segnalazioni di polizia comprendono una forte quota di consumatori di cannabinici.

È evidente che il campione della popolazione di tossicodipendenti rilevato dai due tipi di segnalazioni di polizia è differente; nel primo caso si tratta di persone che si avvicinano ai servizi per ricevere assistenza, nel secondo si tratta di persone che vengono «casualmente» in contatto con la polizia. Diversa è anche l'utilizzazione dei due tipi di dati: le informazioni date dai servizi dovrebbero in modo specifico fornire materiale per meglio programmare le attività e gli interventi di trattamento di riabilitazione, le altre dovrebbero dare indicazioni per le attività di prevenzione intese sia come lotta al traffico illecito sia come interventi sulla struttura sociale e sulla popolazione (prevenzione primaria e secondaria). Sul piano della prevenzione vanno considerati anche quei dati sulle sostanze oggetto d'abuso che non emergono dalle segnalazioni sui soggetti, ma che risultano ad esempio, in modo indiretto, dai sequestri di polizia (tabella 18).

Si fa notare che mentre l'abuso di cannabinici emerge dai dati precedenti, il consumo di cocaina resta sommerso, evidentemente legato ad una popolazione che non viene a contatto nè con i servizi di base nè con la polizia.

Tab. 1 — Persone deferite al Pretore per detenzione o acquisto di modiche quantità di stupefacenti per uso personale (artt. 80-98 legge 22.12.1975 n. 685)

a) — Interventi e persone segnalate

Interventi	n. 1.997
Persone segnalate	n. 4.659

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

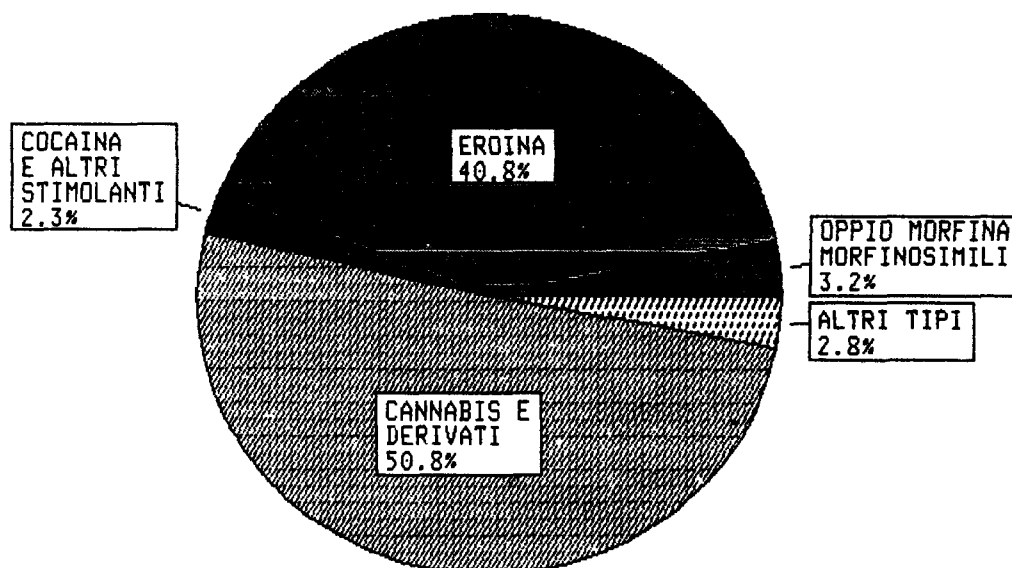
Tab. 2

b) - Persone segnalate in rapporto alle droghe sequestrate

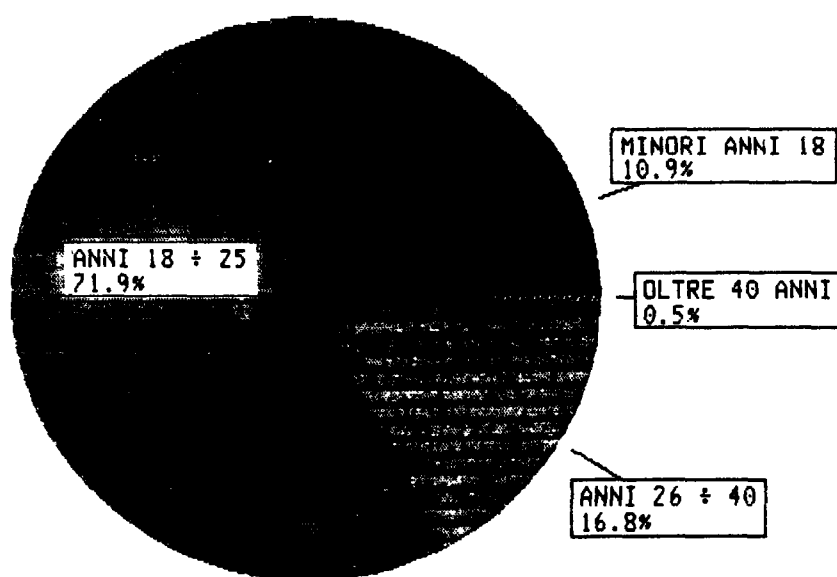
Stupefacenti sequestrati			numero sequestrati	Età e sesso								Italiani	Stranieri	
Tipo	Q u a n t i t à			Minori anni 18	Anni 18-25		Anni 26-40		Oltre 40 anni					
	Peso(Kg)	numero (1)			M	F	M	F	M	F	M			F
Oppio	0,004.000		2			2						2		
Morfina	-	63	3	2	1	85	10	38	2			137	1	
Eroina	0,475.597	126	623	126	31	1778	203	305	52	5	2	1882	20	
Altri oppiacei naturali														
Morfinosi- mili	0,139.070		9			6		5				10	1	
Cocaina	0,203.900	3	32			19	6	13	3	2	1	36	8	
Piante di cannabis	-	134	8			4	2	2	1	1		10		
Marijuana	3,899.580	3	269	33	5	228	24	50	10	1		307	44	
Hashish	7,144.962	218	1047	222	53	1316	131	237	15	5		1833	146	
Hashish liquido	0,060.700	8	11	7	1	21						29		
Barbiturici														
Tranquillanti														
Amfetamine	0,001.100		2			1	1					2		
Altri stimolanti	2,812.000	3	53	3		20	4	22	9	2	2	52	10	
L.S.D.	0,003.000	5	3	1		5			1			7		
Altri allucinogeni														
Altri tipi non precisati	-	-	-	19	5	69	13	11	5			122		
TOTALI	14.743.909	563	2062	413	96	2954	394	683	98	16	5	4429	230	
%				10,92		71,86		16,76		0,45		95,06	4,93	

(1) fiale, compresse, dosi ecc.

Tab. 3 — Distribuzione percentuale relativa alle persone deferite al Pretore (artt. 80-98, legge 685 del 22-12/1975) in rapporto alle sostanze loro sequestrate



Tab. 4 - Rapporti percentuali tra le classi di età dei consumatori segnalati al Pretore (artt. 80-98, legge n. 685 del 22.12.1975)



Tab. 5

c) — Precedenti ed occupazione delle 4.659 persone segnalate

<i>Persone con precedenti penali e di polizia</i>		%
in materia di stupefacenti	n. 183	3,92
in materia di stupefacenti e di altri reati	n. 343	7,36
per altri reati	n. 235	5,04
Totale		n. 761
		16,33
<i>Categorie socio-professionali</i>		%
Studenti	n. 426	9,143
Agricoltori	n. 13	0,279
Artigiani	n. 60	1,287
Artisti	n. 7	0,150
Esercenti di commercio	n. 64	1,373
Impiegati	n. 135	2,897
Militari di leva	n. 137 (.)	2,940
Operai	n. 447	9,594
Professionisti	n. 33	0,708
Casalinghe	n. 34	0,729
Altre occupazioni	n. 456	9,787
Senza occupazione	n. 1.785	38,270
Occupazione non precisata	n. 1.062	22,837
Totale		n. 4.659

(.) Vi sono compresi n. 6 militari stranieri di stanza in Italia.

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab. 6

Persone deferite al Pretore ex artt. 80-98 nelle singole regioni

REGIONI	Stupefacenti sequestrati		Numero sequestrati	Età e sesso								Italiani	Stranieri
	Q u a n t i t à			Minori anni 18	Anni 18-25		Anni 26-40		Oltre 40 anni				
	Peso (Kg.)	N.ro (1)			M	F	M	F	M	F	M		
VALLE D'AOSTA	0,159.000		21			19	1	5				10	15
PIEMONTE	0,903.130	132	144	56	13	257	49	57	13	2	1	111	37
LIGURIA	4,252.370	77	401	35	9	414	55	123	16	2		582	72
LOMBARDIA	3,953.676	21	360	84	23	511	56	110	24	5	3	761	55
TRENTINO A.A.	0,145.200		22	3	2	21	6	9	2			30	13
VENETO	0,529.526	11	183	34	5	237	46	60	10	2		386	8
FRIULI V.G.	0,191.500	39	82	9		80	13	20	1			117	6
EMILIA ROMAGNA	0,748.730	132	203	45	12	243	32	46	12			387	3
TOSCANA	0,901.253	38	158	19	1	170	24	40	3		1	256	2
MARCHE	0,146.614	51	97	31	14	174	15	15	1			248	2
UMBRIA	0,130.790		34	13	5	59	8	7				92	
LAZIO	0,065.360	26	69	3	2	127	23	60	5	4		222	2
MOLISE	0,009.300		2		1	5		1				7	
ABRUZZO	0,028.900	13	8	2		14		1	1			18	
CAMPANIA	0,374.700	11	42	33	3	271	26	59	6			394	4
FUGLIA	0,125.000		55	15	2	85	10	15		1		127	1
BASILICATA	0,002.350		2			4		2				6	
CALABRIA	0,037.000		12	3	1	17	1	2				22	2
SICILIA	1,563.230	12	115	24	3	200	24	47	3			298	3
SARDEGNA	0,476.280		52	4		46	5	4	1			55	5
T O T A L I	14,743.909	563	2062	413	96	2954	394	683	98	16	5	4429	230
%						10,92	71,86	16,76	0,45			95,06	4,83

**Tab. 7 — Adempimenti e segnalazioni effettuati ai sensi della legge n. 685 del 22 dicembre 1975
dai tre organismi di polizia nei confronti degli assuntori di stupefacenti**

Persone segnalate per uso non terapeutico di stupefacenti
(art. 96, 3° comma); n. 4.520

	Minori anni 16		Anni 16 - 17		Anni 18 - 25		Anni 26 - 40		Oltre 40 anni		Totali
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Italiani	35	19	327	107	2.716	502	616	103	12	1	4.438
Stranieri			5	1	52	8	12	2	2		82
Totali	35	19	332	108	2.768	510	628	105	14	1	4.520
%	1,19		9,73		72,52		16,21		0,33		

Tab. 8

Persone accompagnate ai presidi sanitari
(art. 96, 4° comma) n. 607

	Minori anni 16		Anni 16-17		Anni 18-25		Anni 26-40		Oltre 40 anni		Totali
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Italiani	1	5	29	8	370	44	80	8			545
Stranieri					36	7	15	3	1		62
Totali	1	5	29	8	406	51	95	11	1		607
%	0,98		6,09		75,28		17,46		0,16		

Tab. 9

Persone segnalate per rifiuto di cure e di assistenza
(art. 100, 1° comma): n. 42

	Minori anni 16		Anni 16 - 17		Anni 18 - 25		Anni 26 - 40		Oltre 40 anni		Totali
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Italiani			29	4	4	4	1				38
Stranieri			2		1	1					4
Totali			31	4	4	5	2				42

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

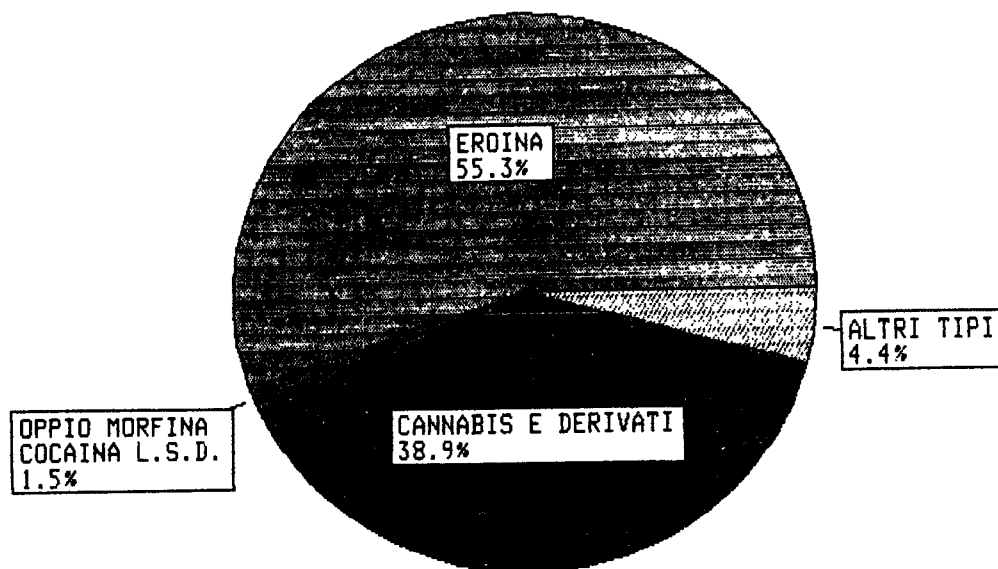
Tab. 10

Sostanze oggetto di abuso in relazione all'età delle 5.169 persone segnalate ai sensi degli articoli 96 (3° e 4° comma) e 100 (1° comma)

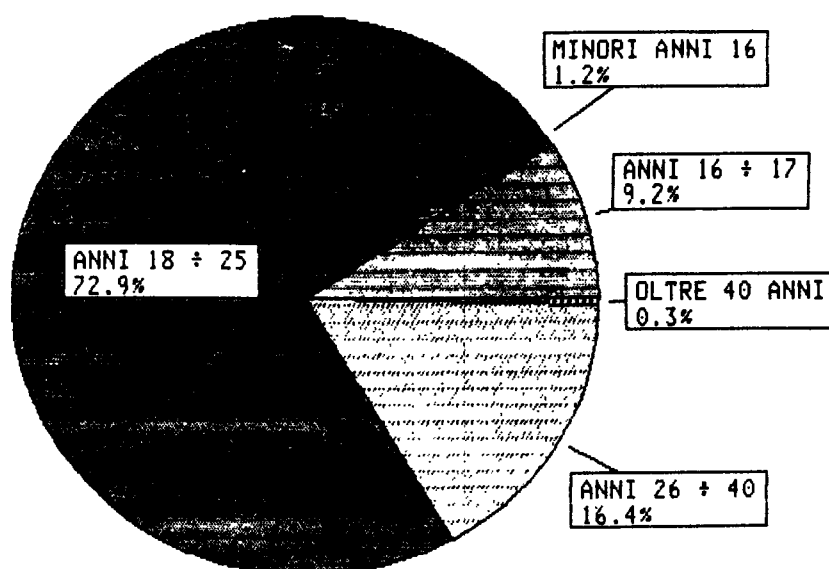
	Oppio	Eroina	Morfina	Cocaina	Amfetaminici	Altri stimolanti	L.S.D.	Altri allucinogeni	Barbiturici	Altri deprimenti	Cannabis e derivati	Altri tipi non precisati	%	(1) 2 o più sostanze
Minori Anni 16		22					1				34	3	1,16	
Anni 16-17	1	224		3			1		2		222	24	9,22	8
Anni 18-25	2	2105	13	19	2	1	10				1454	164	72,93	122
Anni 26-40		503	6	12	2	1	2				294	26	16,36	11
Oltre 40 anni		4		1		1	4				6		0,30	5
TOTALI	3	2858	19	35	4	3	18		2		2010	217		146
%	0,05	55,29	0,36	0,67	0,07	0,05	0,34		0,03		38,88	4,19		2,82

(1) Le persone riportate nella colonna sono già state conteggiate nei riquadri relativi alle droghe ritenute più importanti e, quindi, non vanno sommate a quelle di cui alle colonne concernenti tutte le altre sostanze.--

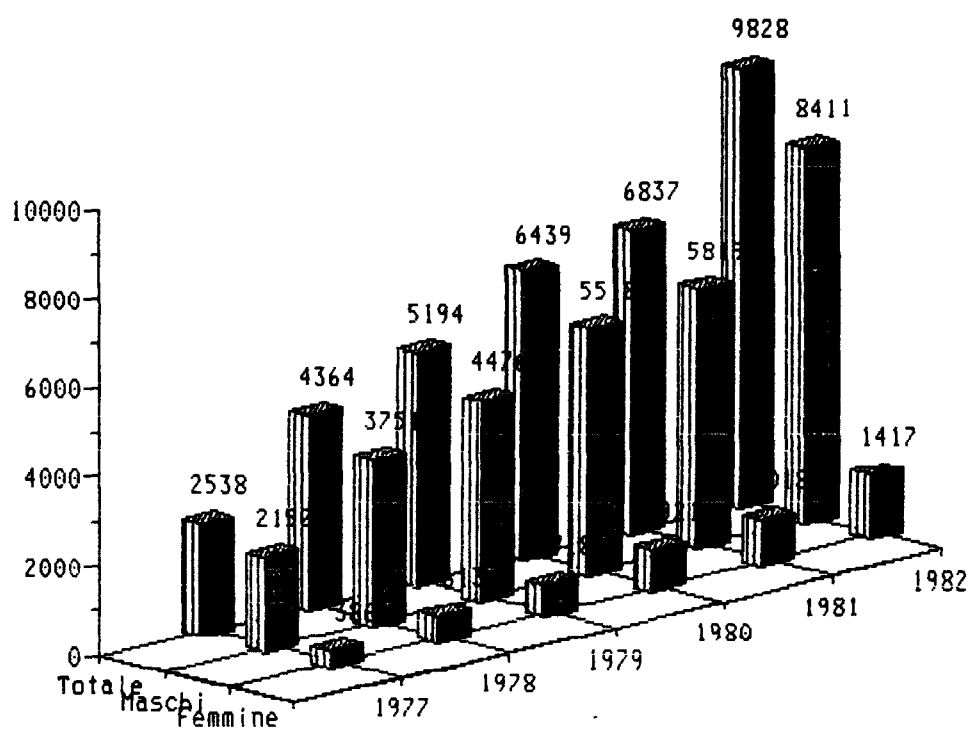
Tab. 11 - Rapporti percentuali tra le sostanze oggetto d'abuso da parte di consumatori segnalati agli organi sanitari (artt. 96, commi 3° e 4°; 100, comma 1, legge n. 685 del 22 dicembre 1975)



Tab. 12 - Rapporti percentuali tra le classi d'età dei consumatori segnalati agli organi sanitari (artt. 96, commi 3° e 4°; 100, comma 1°, legge n. 685 del 22.12.1975)



Tab. 13 - Distribuzione per sesso dei consumatori segnalati, ex artt. 80-98, 96 (commi 3° e 4°) e 100 (comma 1°), dal 1977 al 1982



Tab. 14

Precedenti ed occupazione delle 5.169 persone segnalate

<i>Persone con precedenti penali e di polizia</i>		%
in materia di stupefacenti	n. 644	12,45
in materia di stupefacenti e di altri reati	n. 593	11,47
per altri reati	n. 446	8,62
Totale		n. 1.683
		32,55

<i>Categorie socio-professionali</i>	†	%
Studenti	n. 681	13,174
Agricoltori	n. 26	0,502
Artigiani	n. 55	1,064
Artisti	n. 17	0,328
Esercenti di commercio	n. 94	1,818
Impiegati	n. 184	3,559
Militari di leva	n. 102	1,973
Operai	n. 546	10,562
Professionisti	n. 30	0,580
Casalinghe	n. 137	2,650
Altre occupazioni	n. 704	13,619
Senza occupazione	n. 2.226	43,064
Occupazione non precisata	n. 367	7,100
Totale		n. 5.169

Tab. 15

Persone segnalate per uso non terapeutico di stupefacenti (ex art. 96,
3° comma) nelle singole regioni

REGIONI	Minori anni 16		Anni 16-17		Anni 18-25		Anni 26-40		Oltre 40 anni		Totali
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
VALLE D'AOSTA					20		4		1		25
PIEMONTE	5	2	46	6	228	42	54	3		1	387
LIGURIA	2	1	9	2	86	18	52	12			182
LOMBARDIA	4	3	59	27	658	104	140	24	3		1.022
TRENTINO A. A.			4	1	21	4	6				36
VENETO	1		31	3	205	55	65	10	2		372
FRIULI V. G.		1	6	8	141	32	29	4			221
EMILIA ROMAGNA	5	2	92	26	421	95	77	14	5		737
TOSCANA	4	2	23	4	146	14	40	8			241
MARCHE	4	3	11	10	140	27	15	1			211
UMBRIA			5	2	47	5	10	1			70
L A Z I O	2	2	2	4	195	38	68	20	2		333
MOLISE					7		2				9
ABRUZZO			2	2	34	11	4	1			54
CAMPANIA	3		8		119	15	12	1			158
PUGLIA	3	3	24	8	138	26	21	2			225
BASILICATA											
CALABRIA	1		1	1	28	6	3				40
SICILIA	1		5	3	80	15	20	2	1		127
SARDEGNA			4	1	54	3	6	2			70
T O T A L I	35	19	332	108	2768	510	628	105	14	1	4.520
%	1,19		9,73		72,52		16,21		0,33		

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab. 16

Persone in stato di intossicazione acuta accompagnate ai presidi sanitari (ex art. 96, 4° comma) nelle singole regioni

REGIONI	Minori anni 16		Anni 16-17		Anni 18-25		Anni 26-40		Oltre 40 anni		Totali
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
VALLE D'AOSTA											
PIEMONTE			2	1	34	7	5	2			51
LIGURIA		1	17	3	288	19	78	7	1		414
LOMBARDIA			1	1	14	5	1				22
TRENTINO A. A.		1			2	1	1				5
VENETO					3	1					4
FRIULI V. G.					4	2					6
EMILIA ROMAGNA		2	4	2	33	9	4	1			55
TOSCANA					1	2					3
MARCHE			1		8						9
UMBRIA											
L A Z I O			3		1	2	2				8
MOLISE					3						3
ABRUZZO -											
CAMPANIA	1				3	1	1				6
PUGLIA		1		1	10	1	2				15
BASILICATA											
CALABRIA			1		1						2
SICILIA					1			1			2
SARDEGNA						1	1				2
T O T A L I	1	5	29	8	406	31	95	11	1		607
%	0,98		6,09		75,28		17,46		0,16		

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab. 17

Persone abbisognevole di cure segnalate all'A.G. (ex art. 100, 1° comma) nelle singole regioni

REGIONI	Minori anni 16		Anni 16-17		Anni 18-25		Anni 26-40		Oltre 40 anni		Totali
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
VALLE D'AOSTA											
PIEMONTE					10						10
LIGURIA					9	3	3	2			17
LOMBARDIA					5						5
TRENTINO A. A.											
VENETO											
FRIULI V. G.											
EMILIA ROMAGNA											
TOSCANA											
MARCHE											
UMBRIA											
L A Z I O					2	1	1				4
MOLISE											
ABRUZZO											
CAMPANIA											
PUGLIA					2		1				3
BASILICATA											
CALABRIA											
SICILIA					3						3
SARDEGNA											
T O T A L I					31	4	5	2			42

Tab. 18 - Sequestri effettuati dalle Forze di Polizia

<i>Sequestri (in Kg.)</i>	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Eroina	63,108	79,883	85,383	197,128	142,038	229,516
Cocaina	8,713	15,603	16,899	53,090	64,083	104,897
Cannabici	3,071	4,701	4,400	4,907	11,204	4,888

1.4 L'indagine campionaria TO.DI.

Scopo di tale indagine è stato quello di aggiornare i dati sulla prevalenza degli assuntori di oppiacei quali erano emersi da un'indagine analoga del 1980. Entrambe le ricerche sono state effettuate dal C.N.R., in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità.

I dati al momento disponibili (la ricerca TO.DI. è ancora in corso) sono quelli relativi ad un campione di 36.252 soggetti esaminati in occasione della visita per la leva militare (tab. 1) in circa 15 regioni (tabella 2), e riguardano la presenza nelle urine di metaboliti degli oppioidi, oltre che di altre sostanze psicotrope, per tentare una valutazione del fenomeno della politossicomania.

Come risulta chiaramente, le caratteristiche del campione (costituito per il 90% da soggetti 18enni di sesso maschile) risultano limitative per una proiezione dei dati sull'intera popolazione di consumatori, non essendo rappresentati nè il sesso femminile nè le altre fasce di età (notoriamente è la popolazione compresa fra i 17 e i 30 anni ad essere maggiormente coinvolta nel fenomeno).

Tenendo conto di tali limiti si fornisce qui di seguito la stima dell'intera popolazione di consumatori di oppiacei, relativamente alla classe di età 17-25, sottolineando ancora che si tratta di cifre orientative.

Per il calcolo della stima viene utilizzato il tasso di prevalenza 1.686 ricavato dalla media ponderata dei tassi ottenuti per varie età indagate (tab. 1) ed applicato alla popolazione italiana compresa fra i 17 e i 25 anni (maschi: 3.989.102; femmine: 3.832.862) (1).

Per la stima della popolazione femminile viene utilizzato il tasso di prevalenza per i maschi corretto sulla base del rapporto 4/1 che mediamente esiste fra gli assuntori di sesso maschile e femminile.

Le cifre che se ne ricavano sono le seguenti:

stima assuntori nella popolazione a rischio 17-25 anni
= 83.411 di cui maschi 67.256 e femmine 16.155.

(1) Dato ISTAT sulla popolazione 1982.

Più significativo sul piano statistico è il confronto con le risultanze della precedente indagine (1980), in quanto effettuata su un campione con analoghe caratteristiche e nelle stesse aree (Torino, Milano, Genova, Bologna, Firenze e Roma, con esclusione di Palermo). Pur tenendo conto delle variazioni nella composizione del campione, è possibile affermare che il consumo di oppiacei, dal 1980 al 1982, ha registrato un forte incremento a Genova e Torino (superiore a 50-80%), un incremento meno consistente a Milano (circa 37%) ed una sostanziale stabilità a Bologna, Roma e Firenze, con incrementi inferiori al 15% (tabelle 3 e 4).

Altro dato interessante è quello relativo al fenomeno della politossicomania (assunzione di altre psicodroghe, oltre all'eroina) che aggrava lo stato di salute dei tossicodipendenti e ne rende più difficile la disintossicazione.

I risultati disponibili per il campione considerato indicano che per l'80% all'eroina si associa l'uso di cannabinici, sia da soli che insieme ad altre sostanze. Seguono a distanza i barbiturici (per circa il 15%), le amfetamine (14%) e la cocaina (per meno del 10%) (tabelle 5, 6, 7 e 8).

Altra associazione su cui si è indagato riguarda l'alcool e il fumo. Senza entrare nel merito dei risultati, è emerso che chi beve alcolici non assume significativamente oppiacei rispetto a chi non beve, mentre tra i fumatori di tabacco la presenza di assuntori di eroina è da 7 a 15 volte maggiore rispetto ai non fumatori (tabella 9 e 10).

Un'indagine ad hoc per il tetraidrocannabinolo ha permesso di confermare un consumo di cannabinici nettamente maggiore rispetto a quello di oppiacei: Tasso $\times 10^5$ per i cannabinici = 7.998,5 e Tasso $\times 10^5$ per gli oppiacei = 1.666,1 (tabelle 1, 11 e 12).

Va rivelato che rispetto ad altre indagini basate su questionari e quindi sottoposte ai margini di errore soggettivo nella compilazione e nella risposta, il progetto TO.DI. parte da premesse oggettive.

Infatti la determinazione dei metaboliti, non solo della morfina, ma anche di altre sostanze psicotrope, consente, stante la sensibilità dei metodi RIA, di individuare con

maggiore sicurezza quelle associazioni che chiamiamo politossicologiche (polidrug) che altrimenti sono in genere rilevate solo attraverso le indicazioni fornite dagli stessi assuntori o da risultati di sequestri su assuntori.

Tenendo conto del fatto che l'assommarsi spesso sinergico di farmaci psicoattivi può aggravare gli effetti letali dell'overdose, i risultati del progetto TO.DI. hanno anche una rilevanza ai fini dell'impostazione di un corretto piano terapeutico di pronto soccorso.

Del resto l'impostazione ed i primi risultati sono stati oggetto di particolare attenzione da parte di esperti di altri Paesi.

Il monitoraggio laboratoristico non esclude, ma anzi integra i risultati di indagini condotte fra gli utenti dei servizi per tossicodipendenti e tra il personale addetto ai medesimi.

La differenza è proprio legata alla complessità nosologica delle varie forme di tossicodipendenza, complessità che non può ricondursi ad una classificazione analoga a quella della gran parte della malattia. Si ripete che ricerche di questo tipo non esauriscono l'esigenza di un approfondimento nosologico ma si aggiungono agli altri flussi di dati per individuare i «trend» generali del fenomeno.

Pertanto, l'indagine Toss., merita la più ampia diffusione.

Tab. 1 - Soggetti esaminati e assuntori di oppiacei per classi di età (valori assoluti, distribuzione percentuale e tassi per 100.000 - 1982)

Età	Soggetti esaminati		Assuntori oppiacei	
	N	%	n	T
< 18 anni	8.176	22,5	131	1.602,2
18 anni	24.096	66,5	386	1.601,2
19 - 25 anni	3.921	10,8	86	2.193,3
Non fornito	59	0,2	1	1.694,9
Totale	36.252	100	604	1.666,1

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab. 2 - Indagine TO.DI. 2
Soggetti esaminati per la ricerca degli oppiacei nelle urine
per classi e età, per Regioni e tipo di Comune.
(distribuzione percentuale per classi di età)

	Età non riportata		<18 anni		18 anni		19-25 anni		Totale	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
PIEMONTE										
Torino capoluogo	0	(-)	14	(0,5)	2563	(98,6)	22	(0,9)	2599	(100)
Altri comuni	1	(1,5)	19	(27,5)	25	(36,2)	24	(34,8)	69	(100)
LOMBARDIA										
Milano capoluogo	2	(0,1)	1602	(70,9)	449	(19,9)	207	(9,1)	2260	(100)
Milano altri comuni	2	(0,2)	259	(27,2)	614	(64,4)	78	(8,2)	953	(100)
Bergamo capoluogo	0	(-)	17	(4,8)	322	(91,2)	14	(4,0)	353	(100)
Bergamo altri comuni	4	(0,3)	256	(20,6)	899	(72,5)	81	(6,6)	1240	(100)
Campo altri comuni	0	(-)	176	(20,6)	584	(68,2)	96	(11,2)	856	(100)
Varese capoluogo	1	(0,5)	31	(14,0)	164	(74,2)	25	(11,3)	221	(100)
Varese altri comuni	2	(0,2)	123	(10,2)	949	(79,1)	126	(10,5)	1200	(100)
Altri comuni	0	(-)	5	(14,3)	20	(57,1)	10	(28,6)	35	(100)
FRILULI VEN. GIULIA										
Trieste capoluogo	0	(-)	82	(14,3)	380	(66,1)	113	(19,6)	575	(100)
Trieste altri comuni	0	(-)	5	(1,4)	280	(79,3)	68	(19,3)	353	(100)
Udine capoluogo	0	(-)	258	(46,5)	265	(47,7)	32	(5,8)	555	(100)
Udine altri comuni	0	(-)	64	(31,2)	106	(51,7)	35	(17,1)	205	(100)
Gorizia capoluogo	0	(-)	1	(0,8)	106	(85,5)	17	(13,7)	124	(100)
Fordonone capoluogo	0	(-)	97	(55,8)	71	(40,8)	6	(3,4)	174	(100)
VENETO										
Verona capoluogo	4	(0,5)	128	(15,1)	654	(77,2)	61	(7,2)	847	(100)
Verona altri comuni	0	(-)	417	(26,1)	1083	(67,8)	98	(6,1)	1598	(100)
Vicenza altri comuni	1	(0,1)	370	(44,3)	450	(53,9)	14	(1,7)	835	(100)
Venezia capoluogo	0	(-)	13	(7,5)	21	(12,1)	140	(80,4)	174	(100)
Venezia altri comuni	0	(-)	1	(1,3)	8	(10,2)	69	(88,5)	78	(100)

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

segue Tab. 2

	Età non riportata		<18 anni		18 anni		19-25 anni		Totale	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
LIGURIA										
Genova capoluogo	3	(0,2)	357	(20,6)	1225	(70,8)	146	(8,4)	1731	(100)
Savona capoluogo	0	(-)	65	(36,7)	94	(53,1)	18	(10,2)	177	(100)
Savona altri comuni	0	(-)	254	(46,0)	258	(46,7)	40	(7,3)	552	(100)
Imperia capoluogo	0	(-)	30	(48,4)	7	(11,3)	25	(40,3)	62	(100)
Imperia altri comuni	0	(-)	200	(51,2)	148	(37,8)	43	(11,0)	391	(100)
La Spezia capoluogo	0	(-)	2	(4,4)	2	(4,4)	41	(91,2)	45	(100)
La Spezia altri comuni	0	(-)	3	(8,6)	2	(5,7)	30	(85,7)	35	(100)
EMILIA ROMAGNA										
Bologna capoluogo	0	(-)	783	(84,5)	139	(15,0)	5	(0,5)	927	(100)
Bologna altri comuni	1	(0,2)	217	(53,7)	184	(45,6)	2	(0,5)	404	(100)
Ferrara altri comuni	0	(-)	90	(26,3)	246	(71,9)	6	(1,8)	342	(100)
Altri comuni	0	(-)	7	(6,0)	46	(39,7)	63	(54,3)	116	(100)
TOSCANA										
Firenze capoluogo	0	(-)	94	(8,4)	952	(85,2)	71	(6,4)	1117	(100)
Firenze altri comuni	0	(-)	9	(0,8)	992	(90,4)	97	(8,8)	1098	(100)
Siena capoluogo	0	(-)	0	(-)	143	(90,5)	15	(9,5)	158	(100)
Siena altri comuni	0	(-)	8	(2,6)	284	(90,4)	22	(7,0)	314	(100)
Altri comuni	1	(0,7)	8	(5,4)	57	(38,2)	83	(55,7)	149	(100)
LAZIO										
Roma capoluogo	5	(0,2)	70	(2,4)	2682	(94,1)	93	(3,3)	2850	(100)
Roma altri comuni	1	(0,1)	69	(7,0)	851	(86,1)	67	(6,8)	988	(100)
Altri comuni	1	(0,8)	16	(13,6)	34	(28,8)	67	(56,8)	118	(100)
UMBRIA										
Terni capoluogo	0	(-)	3	(1,1)	275	(97,1)	5	(1,8)	283	(100)
Perugia capoluogo	0	(-)	3	(0,6)	527	(98,1)	7	(1,3)	537	(100)
PG e TR altri comuni	1	(0,1)	6	(0,6)	1042	(97,0)	25	(2,3)	1074	(100)
MARCHE										
Comuni non capoluogo	0	(-)	3	(2,8)	34	(32,4)	68	(64,8)	105	(100)

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

segue Tab. 2

	Età non riportata		<18 anni		15 anni		19-25 anni		Totale	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
APULIZIO										
Comuni non capoluogo	0	(-)	11	(50,0)	3	(13,6)	8	(36,4)	22	(100)
PUGLIA										
Bari altri comuni	4	(1,6)	26	(10,4)	28	(11,3)	191	(76,7)	249	(100)
Taranto capoluogo	12	(3,0)	161	(50,3)	56	(17,5)	91	(28,4)	320	(100)
Foggia altri comuni	0	(-)	13	(16,5)	26	(32,9)	40	(50,6)	79	(100)
Brindisi altri comuni	0	(-)	22	(23,9)	41	(44,6)	29	(31,5)	92	(100)
Lecce altri comuni	2	(1,0)	83	(42,8)	42	(21,7)	67	(34,5)	194	(100)
CAMPANIA										
Napoli capoluogo	0	(-)	61	(3,3)	1615	(86,7)	187	(10,0)	1863	(100)
Napoli altri comuni	1	(0,1)	56	(3,3)	1458	(87,8)	146	(8,8)	1661	(100)
Altri comuni	1	(0,0)	44	(37,0)	31	(26,1)	43	(36,1)	119	(100)
BASILICATA										
Comuni non capoluogo	0	(-)	12	(44,5)	7	(25,9)	8	(29,6)	27	(100)
CALABRIA										
Comuni non capoluogo	0	(-)	11	(6,9)	31	(19,5)	117	(73,6)	159	(100)
SICILIA										
Palermo capoluogo	0	(-)	1286	(80,5)	208	(13,0)	103	(6,5)	1597	(100)
Palermo altri comuni	0	(-)	41	(42,3)	42	(43,3)	14	(14,4)	97	(100)
Messina capoluogo	0	(-)	4	(4,2)	8	(8,4)	83	(87,4)	95	(100)
Messina altri comuni	0	(-)	7	(15,2)	3	(6,5)	36	(78,3)	46	(100)
Siracusa altri comuni	1	(1,3)	17	(23,0)	8	(10,8)	48	(64,9)	74	(100)
Altri comuni	2	(1,0)	21	(10,8)	89	(40,5)	93	(47,7)	195	(100)
Catania altri comuni	1	(1,0)	18	(17,5)	23	(22,3)	61	(59,2)	103	(100)
SARDEGNA										
Cagliari capoluogo	0	(-)	9	(9,2)	29	(29,6)	60	(61,2)	98	(100)
Cagliari altri comuni	0	(-)	18	(15,9)	61	(54,0)	34	(30,1)	113	(100)
Sassari altri comuni	0	(-)	4	(3,7)	43	(39,4)	62	(56,9)	109	(100)
Nuoro altri comuni	0	(-)	6	(19,3)	7	(22,6)	18	(58,1)	31	(100)
NON INDICATO	4	(33,3)	3	(25,0)	4	(33,3)	1	(8,3)	12	(100)
RESIDENTI ESTERO	1	(5,0)	7	(35,0)	6	(30,0)	6	(30,0)	20	(100)
TOTALE	59	(0,2)	8176	(22,5)	24096	(66,5)	3921	(10,8)	36252	(100)

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

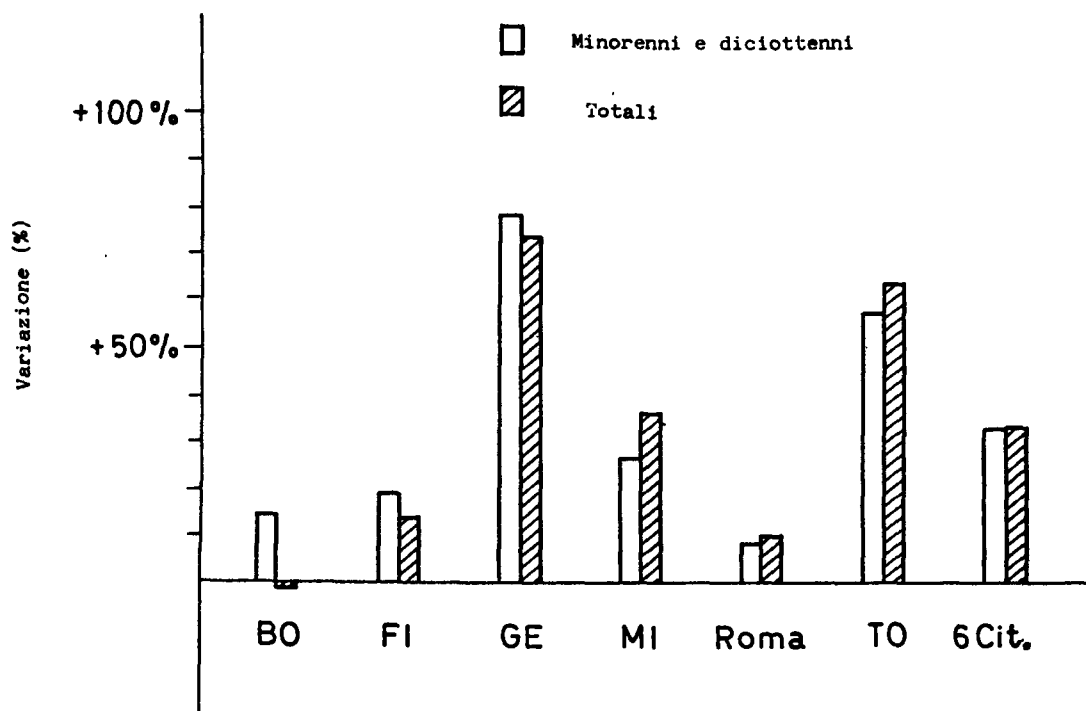
Tab. 3 - Progetto TO.DI. 2
 Variazioni (1980-1982) della prevalenza di assuntori di oppiacei in sei aree metropolitane (*)

A R E E	1980		Prevalenza per 100.000		1982		Prevalenza per 100.000	
	Numero Totale	18-enni e minorenni	Totale	18-enni e minorenni	Numero Totale	18-enni e minorenni	Totale	18-enni e minorenni
BOLOGNA (1)	37	30	1.993	1.774	33	32	1.973	2.053
FIRENZE (2)	41	35	2.068	1.892	52	48	2.348	2.345
GENOVA	15	14	1.105	1.075	36	34	2.080	2.149
MILANO (3)	82	75	1.949	1.844	128	103	2.663	2.331
ROMA	37	33	1.291	1.211	40	36	1.404	1.299
TORINO	35	35	1.169	1.186	50	48	1.924	1.863
TOTALE	247	222	1.618	1.522	339	301	2.136	2.002

(*) Composizione % del campione assaiato:

	1980	1982
(1) BOLOGNA	83	80
FERRARA	17	20
(2) FIRENZE	55	50
FIRENZE, altri comuni	45	50
(3) MILANO	27	47
MILANO, altri comuni	38	20
BERGAMO	35	33

Tab. 4 - Progetto TO.DI. 2
Variatione dei tassi di prevalenza (%) degli assuntori di oppiacei
tra i giovani di sei città. 1980-1982



IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab. 5 - Indagine TO.DI. 2
Assuntori di oppiacei che fanno uso anche di altre sostanze psicotrope.
Distribuzione per sostanze assunte e per Regioni

	ASSUNTORI OPPIACEI		ASSUNTORI OPPIACEI + 1 SOSTANZA		ASSUNTORI OPPIACEI + 2 SOSTANZE		ASSUNTORI OPPIACEI + 3 SOSTANZE		TOTALE ASSUNTORI	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
PIEMONTE	25	(48.0)	25	(48.0)	2	(3.8)	0	(-)	52	(100)
LOMBARDIA	63	(40.1)	79	(50.3)	14	(8.9)	1	(0.6)	157	(100)
VENETO	20	(39.2)	23	(45.1)	7	(13.7)	1	(1.9)	51	(100)
FRIULI	9	(52.9)	7	(41.2)	1	(5.9)	0	(-)	17	(100)
LIGURIA	22	(38.6)	28	(49.1)	7	(12.3)	0	(-)	57	(100)
EMILIA ROM.	13	(34.2)	17	(44.7)	7	(18.4)	1	(2.6)	38	(100)
TOSCANA	26	(43.3)	23	(38.3)	9	(15.0)	2	(3.3)	60	(100)
UMERJA	5	(38.5)	5	(38.5)	3	(23.1)	0	(-)	13	(100)
LAZIO	24	(44.4)	25	(46.3)	5	(9.2)	0	(-)	54	(100)
CAMPANIA	24	(40.7)	32	(54.2)	3	(5.1)	0	(-)	59	(100)
SICILIA	12	(37.5)	15	(46.9)	5	(15.6)	0	(-)	32	(100)
ALTRE	5	(35.7)	5	(35.7)	4	(28.6)	0	(-)	14	(100)
TOTALE	248	(41.1)	284	(47.0)	67	(11.1)	5	(0.8)	604	(100)

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab. 6 - Indagine TO.DI. 2
Assuntori di oppiacei che fanno uso anche di altre sostanze psicotrope.
Distribuzione per sostanze assunte e per Regioni

A) Assuntori di oppiacei + 1 sostanza

	OPPIACEI e THC		OPPIACEI e BARBITURICI		OPPIACEI e COCAINA		OPPIACEI e AMFETAMINE		TOTALI ASSUNTORI OPPIACEI + 1 SOSTANZA	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
PIEMONTE	22	(42.3)	0	(-)	3	(5.8)	0	(-)	25	(48.1)
LOMBARDIA	65	(41.4)	8	(5.1)	2	(1.3)	4	(2.5)	79	(50.3)
VENETO	21	(41.2)	2	(3.9)	0	(-)	0	(-)	23	(45.1)
FRULI VEN. GIULIA	7	(41.2)	0	(-)	0	(-)	0	(-)	7	(41.2)
LIGURIA	24	(42.1)	2	(3.5)	2	(3.5)	0	(-)	28	(49.1)
EMILIA ROMAGNA	9	(23.7)	6	(15.8)	1	(2.6)	1	(2.6)	17	(44.7)
TOSCANA	16	(26.7)	4	(6.7)	2	(3.3)	1	(1.7)	23	(38.3)
UMERIA	4	(30.8)	0	(-)	1	(7.7)	0	(-)	5	(38.5)
LAZIO	23	(42.6)	0	(-)	1	(1.8)	1	(1.8)	25	(46.3)
CAMPANIA	25	(42.4)	3	(5.1)	2	(3.4)	2	(3.4)	32	(54.2)
SICILIA	8	(25.0)	4	(12.5)	3	(9.3)	0	(-)	15	(46.9)
ALTRE	3	(21.4)	1	(7.1)	1	(7.1)	0	(-)	5	(35.7)
TOTALE	227	(37.6)	30	(4.9)	18	(2.9)	9	(1.5)	284	(47.0)

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab. 7 - Indagine TO.DI. 2
Assuntori di oppiacei che fanno uso anche di altre sostanze psicotrope. Distribuzione per sostanze assunte e per Regioni

	OPPIACEI + BARBITURICI + THC		OPPIACEI + COCAINA + THC		OPPIACEI + BARBITURICI + COCAINA		OPPIACEI + AMFETAMINE + THC		OPPIACEI + AMFETAMINE + BARBITURICI		OPPIACEI + AMFETAMINE + COCAINA		TOTALE ASSUNTORI OPPIACEI + 2 SOSTANZE			
	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.		
PIEMONTE	1	(1.9)	1	(1.9)	0	(-)	0	(-)	0	(-)	0	(-)	0	(-)	2	(3.8)
LOMBARDIA	4	(2.5)	4	(2.5)	0	(-)	5	(3.2)	1	(0.6)	0	(-)	0	(-)	14	(8.9)
VENETO	1	(1.9)	0	(-)	0	(-)	5	(9.8)	1	(1.9)	0	(-)	0	(-)	7	(13.7)
FRULLI VEN. GIULIA	0	(-)	1	(5.9)	0	(-)	0	(-)	0	(-)	0	(-)	0	(-)	1	(5.9)
LIGURIA	3	(5.3)	1	(1.7)	0	(-)	3	(5.3)	0	(-)	0	(-)	0	(-)	7	(12.3)
EMILIA ROMAGNA	1	(2.6)	1	(2.6)	0	(-)	4	(10.5)	1	(2.6)	0	(-)	0	(-)	7	(18.4)
TOSCANA	0	(-)	1	(1.7)	1	(1.7)	7	(11.7)	0	(-)	0	(-)	0	(-)	9	(15.0)
UMBRIA	0	(-)	0	(-)	0	(-)	2	(15.4)	0	(-)	1	(7.7)	3	(23.1)	3	(9.2)
LAZIO	3	(5.6)	0	(-)	0	(-)	2	(3.7)	0	(-)	0	(-)	0	(-)	5	(5.1)
CAMPANIA	0	(-)	0	(-)	0	(-)	2	(3.4)	0	(-)	1	(1.7)	3	(15.6)	5	(28.6)
SICILIA	3	(9.4)	1	(3.1)	0	(-)	0	(-)	1	(3.1)	0	(-)	0	(-)	5	(15.6)
ALIRE	2	(14.3)	1	(7.1)	0	(-)	1	(7.1)	0	(-)	0	(-)	0	(-)	4	(28.6)
TOTALE	18	(3.0)	11	(1.8)	1	(0.1)	31	(5.1)	4	(0.6)	2	(0.3)	67	(11.1)	67	(11.1)

Tab. 8 – Indagine TO.DI. 2
Assuntori di oppiacei che fanno uso di altre sostanze psicotrope.
Distribuzione per sostanze assunte e per Regioni

C) Assuntori di oppiacei + 3 sostanze

	OPPIACEI AMFETAMINE BARBITURICI THC		OPPIACEI AMFETAMINE COCAINA THC		OPPIACEI BARBITURICI COCAINA THC		TOTALE ASSUNTORI OPPIACEI + 3 SOSTANZE	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
PIEMONTE	0	(-)	0	(-)	0	(-)	0	(-)
LOMBARDIA	0	(-)	1	(0.6)	0	(-)	1	(0.6)
VENETO	0	(-)	1	(1.9)	0	(-)	1	(1.9)
FRIULI VEN. GIULIA	0	(-)	0	(-)	0	(-)	0	(-)
LIGURIA	0	(-)	0	(-)	0	(-)	0	(-)
EMILIA ROMAGNA	1	(2.6)	0	(-)	0	(-)	1	(2.6)
TOSCANA	1	(1.7)	0	(-)	1	(1.7)	2	(3.3)
UMBRIA	0	(-)	0	(-)	0	(-)	0	(-)
LAZIO	0	(-)	0	(-)	0	(-)	0	(-)
CAMPANIA	0	(-)	0	(-)	0	(-)	0	(-)
SICILIA	0	(-)	0	(-)	0	(-)	0	(-)
ALTRE	0	(-)	0	(-)	0	(-)	0	(-)
TOTALE	2	(0.3)	2	(0.3)	1	(0.2)	5	(0.8)

Tab. 9 — Progetto TO.DI. 2
Soggetti esaminati e assuntori di oppiacei in base all'abitudine all'uso dell'alcool (vino e/o liquori) (valori assoluti, distribuzione percentuale e tassi per 100.000) 1982

Abitudine uso alcool	Soggetti esaminati		Assuntori oppiacei	
	N	%	N	T
Beve	11.974	33,0	242	2.021,0
Non beve	24.007	66,2	359	1.495,4
Non fornito	271	0,7	3	1.107,0
Totale	36.252	100,0	604	1.666,1

Tab. 10 — Progetto TO.DI. 2
Soggetti esaminati e assuntori di oppiacei in base all'abitudine al tabacco (valori assoluti, distribuzione percentuale e tassi per 100.000) 1982

Numero di sigarette Fumate	Soggetti esaminati		Assuntori oppiacei	
	N	%	N	T
1 - 9	3.545	9,8	50	1.410,4
10 - 19	7.723	21,3	151	1.955,2
20 - 29	4.421	12,2	213	4.817,9
30 - 39	450	1,2	22	4.888,9
40	344	0,9	34	9.883,7
Non fumatori	19.769	54,5	134	677,8
Totale	36.252	100,0	604	1.666,1

2. Il fenomeno nell'istituzione carceraria

I dati relativi ai detenuti tossicodipendenti, che qui si presentano, derivano dal censimento effettuato dal Ministero di Grazia e Giustizia sulle presenze negli istituti di pena al 31/12/1982, in ripetizione di analoghe rilevazioni effettuate negli anni precedenti.

Le cifre fornite dalla tabella 1 indicano un incremento di presenze assuntori di psicodroghe rispetto al 1981 (1981: 64,88 x 1.000; 1982: 110,29 x 1.000). Esaminando la distribuzione per regioni, si nota che ai primi posti si

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab. 11 — Indagine TO.DI. 2 — Soggetti esaminati per la ricerca dei Tetraidro-cannabinoli nelle urine (THC) per classi di età e per Comuni Capoluogo (distribuzione percentuale per classi di età)

Residenza	< 18 anni		18 anni		19-25 anni		Totale	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Torino	5	(0,4)	1.174	(98,8)	10	(0,8)	1.189	(100)
Milano	589	(59,0)	345	(34,5)	65	(6,5)	999	(100)
Verona	113	(14,6)	613	(79,1)	49	(6,3)	775	(100)
Genova	159	(18,7)	688	(80,7)	5	(0,6)	852	(100)
Bologna	497	(90,0)	53	(9,6)	2	(0,4)	552	(100)
Ferrara	86	(26,7)	236	(73,3)	0	(-)	322	(100)
Firenze	87	(10,4)	697	(82,2)	0	(6,4)	838	(100)
Roma	26	(1,7)	1.467	(95,8)	39	(2,5)	1.532	(100)
Napoli	64	(6,1)	954	(90,4)	37	(3,5)	1.055	(100)
Totale	1.626	(20,1)	6.227	(76,7)	261	(3,2)	8.114	(100)

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

**Tab. 12 — Indagine TO.DI. 2 — Assuntori di Tetraidrocannabinoli (THC) per classi di età e per Comuni Capoluogo
(Tassi di prevalenza per 100.000 soggetti)**

Residenza	< 18 anni		18 anni		19-25 anni		Totale	
	n	(T×10 ⁵)	n	(T×10 ⁵)	n	(T×10 ⁵)	n	(T×10 ⁵)
Torino	0	(-)	81	(6.899,5)	2	(20.800,0)	83	(6.980,7)
Milano	41	(6.960,9)	26	(7.536,2)	7	(10.769,2)	74	(7.407,4)
Verona	7	(6.194,7)	41	(6.688,4)	8	(16.326,5)	56	(7.225,8)
Genova	16	(10.062,9)	65	(9.447,7)	1	(20.000,0)	82	(9.624,4)
Bologna	43	(8.651,9)	5	(9.433,9)	1	(50.000,0)	49	(8.876,8)
Ferrara	7	(8.139,5)	22	(9.322,0)	0	(-)	29	(9.006,2)
Firenze	6	(6.896,5)	53	(7.604,0)	6	(11.111,1)	65	(7.756,6)
Roma	4	(15.384,6)	123	(8.384,4)	5	(12.820,5)	132	(8.616,2)
Napoli	3	(4.687,5)	72	(7.547,2)	4	(10.810,8)	79	(7.488,1)
Totale	127	(7.810,6)	488	(7.836,8)	34	(13.026,8)	649	(7.998,5)

collocano Veneto e Friuli Venezia Giulia (oscillazione 300-400‰), Puglia, Toscana e Piemonte (fra 50 e 90‰), Marche, Molise, Basilicata, Campania, Sicilia e Sardegna (al di sotto del 50‰).

Di valore indicativo, perché non rilevato con metodologia del tutto obiettiva, è il dato relativo al tipo di sostanze assunte dai detenuti tossicodipendenti (Tabella 2). L'eroina rappresenta sempre la sostanza più abusata (58%), anche se va considerata l'alta diffusione del consumo di più sostanze («poli-drug-abuse»). È comunque l'eroina la sostanza primaria responsabile degli stati di tossicodipendenza che necessitano di specifici interventi terapeutici.

Sul piano dell'assistenza sanitaria sono evidenziabili tre tipi di situazioni:

a) interventi delle UU.SS.LL., sulla base di convenzioni specifiche, con contributo da parte del Ministero di Grazia e Giustizia;

b) interventi gratuiti delle UU.SS.LL., a seguito di intesa, senza aggravio finanziario per l'Amministrazione penitenziaria;

c) interventi a totale carico dei servizi sanitari del carcere, senza alcun coinvolgimento dei presidi sanitari esterni.

Nella Tabella 3 vengono indicati gli istituti di pena in cui operano équipes esterne, su base convenzionale, e quelli in cui tali équipes offrono collaborazione gratuita.

Da tali dati risulterebbe che quasi tutti gli istituti prevedono la presenza, anche se a vario titolo, di operatori esterni; ciò assicurerebbe la continuità degli interventi e la possibilità, da parte degli stessi operatori, di seguire i propri assistiti, oltre che, naturalmente, il contattare nuovi soggetti per un trattamento che potrebbe continuare una volta scontata la pena.

Quanto sopra ha, purtroppo, valore teorico in quanto al momento non è possibile, dai dati a disposizione, conoscere se e quanto questo modello «ideale» sia operativo e quali eventuali risultati comporti.

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab. 1 (I, 2)

Presenze negli istituti di pena al 31/12/1982

	Totale detenuti	Detenuti tossicod.	Tossicod. tassi × 1.000
Piemonte	2.501	203	81,16
Valle d'Aosta	26	—	—
Lombardia	2.893	373	128,93
Liguria	847	198	233,76
Veneto	1.457	569	390,52
Friuli V. Giulia	453	160	353,20
Trentino A.A.	282	75	265,95
Emilia Romagna	1.880	204	108,51
Toscana	3.360	244	72,61
Marche	394	16	40,60
Umbria	510	81	158,82
Lazio	4.266	748	175,33
Abruzzo	815	114	139,87
Molise	272	6	22,05
Campania	3.211	92	28,65
Puglia	2.113	211	99,85
Basilicata	398	12	30,15
Calabria	1.054	52	49,33
Sicilia	3.922	194	49,46
Sardegna	1.976	47	23,78
Totale	32.630	3.599	110,29

Tab. 2 (I, 2)

Sostanze d'abuso dichiarate dai 3.599
detenuti tossicodipendenti

	N. di soggetti	Tasso percentuale
Eroina	2.106	59,51
Altri oppiacei	219	6,08
Cocaina	3	0,08
Cannabici	201	5,58
Allucinogeni	12	0,33
Altre sostanze psicotrope	292	8,11
Miste	766	21,28
Totale	3.599	100,00

Tab. 3 (I, 2)

Istituti penitenziari in cui operano équipes dei Servizi pubblici

Regioni	N. Istituti in cui operano équipes a convenzione	Regioni	N. Istituti in cui operano équipes con collaboraz. gratuita
Piemonte	2	Piemonte	12
Valle d'Aosta	—	Valle d'Aosta	1
Lombardia	—	Lombardia	8
Liguria	—	Liguria	6
Veneto	2	Veneto	3
Friuli V. Giulia	1	Friuli V. Giulia	3
Trentino A. Adige	—	Trentino A. Adige	2
Emilia Romagna	7	Emilia Romagna	1
Toscana	3	Toscana	7
Marche	1	Marche	5
Lazio	2	Lazio	6
Abruzzo	—	Abruzzo	5
Molise	—	Molise	2
Campania	—	Campania	7
Puglia	4	Puglia	2
Basilicata	—	Basilicata	2
Calabria	—	Calabria	5
Sicilia	2	Sicilia	10
Sardegna	2	Sardegna	1
Totale	26		88

3. *Il fenomeno delle Forze Armate*

Si danno qui di seguito i dati forniti dal Ministero della Difesa relativi ai soggetti che sono stati individuati come assuntori di stupefacenti, sia al momento della visita di leva, sia nel corso del servizio militare.

Di difficile lettura appare la tabella 2. Si resta infatti perplessi sulle cifre presentate mancando indicazioni sulla droga primaria e sulle possibili associazioni. Dai dati risulta che almeno 1.000 eroinomani consumerebbero anche

cocaina (associazione tutt'altro che abituale). Risulta inoltre strana la cifra relativa ai presunti assuntori di olio di hashish, sostanza di scarsissima diffusione, come risulta sia dai dati sanitari che da quelli di polizia.

Tab. 1 (I, 3)

- Assuntori di droga distinti secondo lo stato giuridico e i provvedimenti medico-legali:

		riformati
iscritti di leva	n. 456	n. 406
militari di leva	n. 3.252	n. 1.371
volontari	n. 4	n. 2
Totale	n. 3.712	n. 1.779

Tab. 2 (I, 3)

Tipi di droga usata (su 3.252 soggetti)

eroina	3.192
marijuana	3.028
olio di hashish	1.215
cocaina	1.189
ipnotici	801
allucinogeni	747

Tab. 3 (I, 3)

Rilevamenti fatti secondo l'anzianità di servizio (su 1993 incorporati)

Stesso mese dell'arruolamento	788
1° mese successivo	347
2° mese successivo	278
3° mese successivo	184
4° mese successivo	131

Tab. 4 (I, 3)**Età riferita della prima assunzione di droga**

anni	n.
14	349
15	563
16	657
17	635
18	466

Tab. 5 (I, 3)**Regioni di provenienza**

Lombardia	1.203	di cui 714 a Milano
Lombardia	1.203	di cui 110 a Bergamo
Lombardia	1.203	di cui 108 a Varese
Emilia Romagna	306	
Veneto	293	
Lazio	273	di cui 236 a Roma
Piemonte	235	di cui 140 a Torino
Liguria	193	di cui 113 a Genova

4. Decessi per la droga e loro distribuzione

Il numero dei decessi che si propone, come per il passato, è quello fornito dal Servizio Centrale Antidroga del Ministero dell'Interno in quanto, pur non esprimendo la quota complessiva di tutte le morti legate alla droga (non contempla ad esempio le morti indotte), si presenta omogeneo e confrontabile, rispetto ai dati estremamente frammentari provenienti dalle fonti sanitarie.

Va subito notato come, pur essendoci un aumento in valore assoluto rispetto al 1981 (da 237 a 252), la velocità di crescita sia ancora di più diminuita rispetto al passato. C'è stato, infatti, un incremento di circa il 7% rispetto al

15% che si era avuto nel 1981 e circa il 63%, verificatosi nel 1980.

Nelle tabelle che seguono vengono fornite la distribuzione nazionale sia come valori assoluti sia come tassi per 100.000 abitanti (calcolati sulla popolazione 15-39 anno), e un riepilogo dei decessi dal 1973 al 1982.

Particolare attenzione va attribuita alla tabella sui tassi di mortalità, assai più indicativi che non le cifre assolute.

Un confronto con l'anno precedente mostra una situazione pressoché stazionaria o con lievi incrementi per Lazio, Lombardia, Emilia Romagna, Umbria, Friuli V. Giulia, Abruzzo, Toscana, Puglia, Calabria, Sicilia e Campania.

Incrementi assai consistenti hanno avuto Veneto, Trentino A. A., mentre anche Marche e Sardegna hanno registrato un aumento sensibile.

Notevole diminuzione si è avuta in Liguria e Piemonte.

Va notata la comparsa di decessi in due (Molise e Basilicata) fra le tre Regioni che finora non ne avevano registrati lasciando isolata la Valle d'Aosta nel privilegio dell'assenza dei decessi.

Sul piano dell'entità di tale indicatore, il primo posto spetta ancora al Lazio col massimo livello di mortalità (100%).

Seguono:

- Lombardia, Trentino A.A., Veneto ed Emilia Romagna (con oscillazione tra il 60% e il 90%);
- Friuli V. Giulia, Abruzzo, Liguria e Molise (oscillazione 29%-33%);
- Toscana, Umbria e Marche (oscillazione 20%-26%);
- Sardegna, Basilicata, Piemonte e Puglia (oscillazione 12%-17%);
- Calabria, Sicilia e Campania (oscillazione 7%-9%);
- Valle d'Aosta non ha registrato decessi.

Per quanto riguarda la ripartizione fra i sessi quasi l'85% delle morti è riferibile a soggetti maschi, a convalida

Tab. 1

Decessi di assuntori di stupefacenti

REGIONE e PROVINCIA		età e sesso								Italiani	Stranieri
		Minori anni 18		Anni 18-25		Anni 26-40		Oltre 40 anni			
		M	F	M	F	M	F	M	F		
LOMBARDIA N.81	-Milano	6		24	7	21	2			59	1
	-Bergamo			4		1				5	
	-Brescia			1				1		2	
	-C o m o			2		1				3	
	-Mantova			1	1					2	
	-Pavia			1		2				3	
	-Varese			2	1	3				6	
L A Z I O N.53	-R o m a	3		21	8	17	3			50	2
	-Latina				1					1	
VENETO N.33	-Venezia			4		2				6	
	-Padova			3	1	2				6	
	-Treviso			1			1			2	
	-Verona	1		13		4				18	
	-Vicenza	1								1	
EMILIA ROMAGNA N.24	-Bologna			6		2	1			9	
	-Ferrara			1						1	
	-Forlì			4	1					5	
	-Modena			3		1				4	
	-Parma			1						1	
	-Ravenna	1		1		1				3	
	-Reggio Emilia					1				1	

Segue tab. 1

Decessi di assuntori di stupefacenti

REGIONE e PROVINCIA	età e sesso								Italiani	Stranieri
	Minori anni 18		Anni 18-25		Anni 26-40		Oltre 40 anni			
	M	F	M	F	M	F	M	F		
CAMPANIA N.4 -Napoli			3		1				4	
SICILIA N.4 -Palermo -E n n a			3 1						3 1	
MARCHE N.3 -Ancona -Macerata -Pesaro				1	1				1 1 1	
SARDEGNA N.3 -Cagliari			2		1				3	
UMBRIA N.2 -Perugia -Terni			1 1						1 1	
CALABRIA N.2 -Catanzaro -Cosenza			1 1						1 1	
MOLISE N.1 -Campobasso			1						1	
BASILICATA N.1 -Potenza			1						1	
ESTERO: N.3 -GermaniaF. -Pakistan -T o g o			1 1		1				1 1 1	
T O T A L I N.255 (1)	14	2	133	28	69	8	1		252	3

(1) Il totale da considerare è in realtà 252 in quanto vanno sottratti 3 stranieri deceduti uno a Milano e due a Roma.

Tab. 2

Decessi legati alla droga nel 1982 *
Espressi come tassi per 100.000 abitanti fra i 15 e i 39 anni

Regione	Decessi	Tx 10 ⁵ (pop. 15-39)	% max
Lazio	53	2,89	100,0
Lombardia	81	2,56	88,5
Trentino A.A.	8	2,42	83,7
Veneto	33	2,03	70,2
Emilia Romagna	24	1,80	62,2
Friuli V. Giulia	4	0,97	33,5
Abruzzo	4	0,92	31,8
Liguria	5	0,87	30,1
Molise	1	0,85	29,4
Toscana	9	0,75	25,9
Umbria	2	0,74	25,6
Marche	3	0,62	21,4
Sardegna	3	0,47	16,2
Basilicata	1	0,45	15,5
Piemonte	6	0,40	13,8
Puglia	5	0,33	11,4
Calabria	2	0,25	8,6
Sicilia	4	0,21	7,2
Campania	4	0,19	6,5
Valle d'Aosta	0	0,00	0,0

* I dati sulla popolazione su cui sono stati calcolati i tassi di mortalità sono stati forniti dall'ISTAT.

degli altri dati che assegnano al sesso maschile la preminenza nel fenomeno.

Riguardo alle classi d'età, quella maggiormente rappresentata comprende soggetti fra i 18 e i 25 anni (161 casi su 252).

Si dà, infine, un breve cenno sui connazionali deceduti all'estero, che nell'anno considerato sono stati tre, rispetto ai due del 1981.

Nella tabella 5 vengono riassunti i decessi di connazionali all'estero dal 1977 al 1982 con l'indicazione dei Paesi in cui il decesso è avvenuto.

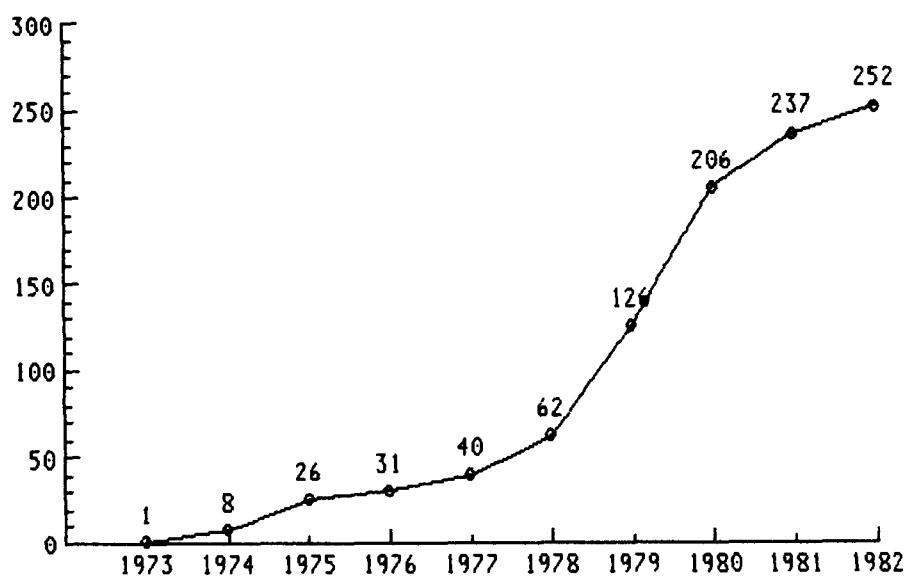
Tab. 3

Decessi di assuntori di stupefacenti distribuzione regionale



Tab. 4

Decessi di assuntori di stupefacenti dal 1973 al 1982



Tab. 5
Connazionali morti all'estero

Anni	N. Decessi	Località
1977	1	Nepal
1978	2	India - Thailandia
1979	3	Inghilterra - Perù - Turchia
1980	2	Francia - Thailandia
1981	2	Inghilterra - Spagna
1982	3	Germania Feder. - Pakistan - Togo

II Gli interventi terapeutici e riabilitativi

Nell'analisi degli interventi terapeutici e riabilitativi per la prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze, è opportuno analizzare distintamente quelli effettuati dai presidi pubblici organizzati nell'ambito delle UU.SS.LL. e quelli effettuati dai presidi privati, principalmente dalle Comunità Terapeutiche.

I dati relativi alle caratteristiche di tali presidi provengono, in massima parte, dalle prime risultanze di una ricerca effettuata nel 1982 dal Censis, per conto del Ministero dell'Interno e del Ministero della Sanità, sulla «qualità e quantità delle risposte istituzionali pubbliche e private nel campo della prevenzione e del trattamento delle tossicodipendenze in Italia», da una ricerca sui servizi pubblici effettuati dal CNR e da un censimento effettuato dal Gruppo Abele di Torino per conto del Ministero della Sanità, su tutte le Comunità Terapeutiche Italiane.

1. I servizi socio-sanitari pubblici

I presidi pubblici censiti nel 1982 sono stati 312, e come si può vedere dalla Tabella 1, la loro distribuzione sul territorio nazionale è evidentemente disomogenea.

Tale disomogeneità emerge anche dalla loro distribu-

Tab. 1
Servizi territoriali pubblici censiti (1)

Regioni	V.A.	%
Piemonte	61	19,6
Valle d'Aosta	1	0,3
Lombardia	20	6,4
Trentino Alto Adige	4	1,3
Veneto	30	9,6
Friuli Venezia Giulia	10	3,2
Liguria	20	6,4
Toscana	39	12,5
Emilia Romagna	10	3,2
Marche	11	3,5
Umbria	3	1,0
Lazio	29	9,2
Abruzzo	4	1,3
Molise	6	1,9
Campania	23	7,4
Puglia	8	2,6
Basilicata	2	0,6
Calabria	5	1,6
Sicilia	22	7,1
Sardegna	4	1,3
Totali	312	100,0

(1) Sono esclusi i servizi non ancora attivati
Fonte: CENSIS

zione secondo tassi per 100 mila abitanti (popolazione 15-39 anni) (Tab. 2). Si può notare che la concentrazione massima si ha per lo più nelle regioni settentrionali e centrali, fatta eccezione per la Lombardia e l'Emilia Romagna che si collocano agli ultimi posti nella presenza di servizi in rapporto alla popolazione.

Sorti prevalentemente dopo il 1980, a seguito del D.M. 7/8/80 relativo alla «Regolamentazione dell'impiego dei farmaci ad azione analgesico-narcotica nel trattamento dei tossicodipendenti» e del D.M. 10/10/80 relativo «all'impiego di preparati a base di metadone e di morfina per

Tab. 2

**Servizi socio-sanitari pubblici. Distribuzione regionale
secondo tassi per 100 mila abitanti fra i 15 e i 39 anni
T × 10.000 (popolazione 15-39)**

Piemonte	4,079
Liguria	3,502
Toscana	3,285
Valle d'Aosta	2,499
Friuli V.G.	2,443
Marche	2,293
Veneto	1,850
Lazio	1,584
Trentino	1,214
Sicilia	1,209
Umbria	1,122
Campania	1,096
Abruzzo	0,925
Basilicata	0,911
Emilia Romagna	0,753
Sardegna	0,637
Calabria	0,636
Lombardia	0,632
Puglia	0,540

il trattamento dei tossicodipendenti», i presidi pubblici hanno fin dall'inizio risentito, nella loro organizzazione strutturale e funzionale, della necessità di rispondere, con personale e fondi spesso insufficienti, a una situazione di emergenza caratterizzata dalla notevole pressione dei potenziali utenti e dell'intera opinione pubblica.

Ciò ha portato come conseguenza la priorità accordata all'aspetto medico-farmacologico del trattamento e la difficoltà di programmare ed attuare interventi psicologici e socio-riabilitativi che, per definizione, richiedono un livello organizzativo più complesso e una rete funzionale di collegamenti con le altre strutture pubbliche e private del territorio.

Quanto detto trova conferma sia nei dati relativi ai

tipi prevalenti di intervento, sia in quelli relativi al personale presente nei servizi.

A proposito dei tipi di intervento, i dati Censis indicano che il 90% dei servizi effettua programmi che prevedono la somministrazione di metadone a scalare, il 60% somministra anche metadone protratto, circa il 10% dei servizi ha dato vita a programmi sperimentali a base di morfina; il 36,86% dei servizi utilizza anche psicofarmaci, il 52,56% utilizza farmaci sintomatici.

Per quanto riguarda i programmi sperimentali a base di morfina, sembra utile citare alcune osservazioni formulate dalla Commissione Permanente per la Farmacopea Ufficiale a conclusione di una ricerca condotta su questo problema.

A parere della Commissione:

– l'uso delle preparazioni di morfina, salvo qualche caso, è generalmente avvenuto, almeno nella prima fase di applicazione del DM 10/10/80, senza garantire alcune indispensabili fasi di accertamento e di controllo dei risultati che avrebbero dovuto consentire, tra l'altro, le verifiche atte ad una valutazione comparativa, seppure approssimativa, della qualità dell'intervento;

– limitatamente alle regioni per le quali sono disponibili, i dati sui consumi di morfina in fiale rappresentano il valore più alto tra quelli desumibili da altre fonti, confermando la validità e l'utilità di una corretta applicazione di legge (art. 39 – legge 685/75);

– la distribuzione di morfina nel 1981 ha raggiunto in Lombardia, Toscana e Umbria valori nettamente superiori (oltre 20%) alla media nazionale (173 fiale per 1.000 ab. 18-25 a.) nella quale rientrano (\pm 20%) il Trentino A.A., la Campania e l'Abruzzo. Tutte le altre Regioni hanno dato indici nettamente inferiori alla media.

Entro i limiti e con le riserve su indicate, nelle regioni Abruzzo, Campania, Sicilia, Toscana e Friuli V.G. si è rilevato nel 1981 un netto incremento (superiore al 10%) rispetto al 1980. In corrispondenza del netto decremento

(superiore al 20%) in Molise, Piemonte, Emilia Romagna, Veneto, Trentino A.A. e Lombardia.

Le differenze tra le regioni si sono attenuate nel 1981 con la riduzione dei tassi più elevati e la loro distribuzione in intervalli più ristretti rispetto al 1980;

– l'evoluzione dei trattamenti farmacologici, attribuibile verosimilmente all'applicazione dei due D.M. 7/8/80 e 10/10/80, stimata mediante il confronto con il 1980 del numero di trattamenti resi possibili con la quantità di metadone e morfina prodotte e messe in lavorazione, ha mostrato per il 1981 una notevole riduzione (superiore al 30%) dell'uso delle preparazioni di morfina e un rilevante aumento (superiore al 2,50%) di quelle a base di metadone;

– il passaggio dalla somministrazione alla distribuzione affidativa della morfina, seppure effettuato in aree limitate; non sempre è stato realizzato con le garanzie atte ad evitare l'uso distorto e/o illecito del farmaco. Corrispondentemente si è osservata in diverse aree la comparsa di un «mercato grigio», attribuibile all'assenza di adeguate garanzie.

Anche per quanto riguarda le modalità di somministrazione del metadone i dati a disposizione indicano che ciascun servizio adatta la propria prassi alla situazione contingente e alle necessità dei singoli utenti: nel 43% dei servizi il farmaco viene somministrato giornalmente presso il servizio stesso, mentre un altro 43% circa effettua la somministrazione giornaliera in ospedale; ancora, in circa il 20% dei servizi il farmaco viene ritirato giornalmente in farmacia, nel 12% circa si prevede la consegna di dosi sufficienti per più giorni in ospedale, nel 7% circa si consegnano direttamente le dosi sufficienti per più giorni.

Questa flessibilità trova la sua ragione di essere in una analisi delle caratteristiche dei soggetti, nel tipo di rapporto che gli operatori hanno instaurato con essi, nella considerazione del valore «di per sè» terapeutico che ha il permettere al giovane tossicodipendente di condurre una vita per quanto possibile «normale» con i relativi problemi di orari di lavoro, spostamenti, ecc.

D'altra parte bisogna anche sottolineare che se la decisione di separare il momento della prescrizione da quello della somministrazione risponde ad esigenze reali, tra cui quella di non riunire fisicamente tutti gli utenti del servizio, in un ridotto arco di tempo, nel medesimo luogo, il che potrebbe avere un deleterio effetto di «rinforzo»; d'altra parte è anche vero che in tal modo diventa molto più difficile, per gli operatori non medici, mantenere un controllo continuativo sul caso in questione e sui suoi eventuali sviluppi. Ciò sembra essere un problema anche per quei presidi che sono localizzati negli ambulatori ospedalieri, che, come si rileva nella tabella 3 rappresentano ben il 31,7% del totale.

Gli interventi psico-sociali costituiscono, nonostante le difficoltà di cui si è detto, un impegno sempre maggiore per gli operatori che lavorano nei servizi e ciò soprattutto perché, pur essendo ancora valide le ragioni che hanno portato in primo piano la scelta dell'intervento farmacologico, è in atto tra gli stessi operatori e nell'opinione pubblica, un'analisi critica di tale scelta, sia in base a considerazioni «etiche» sia in base ad alcune evidenze attuali: si verifica infatti che molti giovani interrompono i programmi quando lo scalaggio arriva a un punto critico, oppure ottengono programmi a lunghissimo termine, o ricorrono ai servizi per problemi legati a temporanee difficoltà economiche o a carenza di eroina sul mercato clandestino; la durata dei trattamenti è inoltre determinata, in alcuni casi, più da motivazioni ideologiche, personali o di natura contingente, che da obiettive valutazioni dello stato e delle condizioni psico-fisiche, comportamentali, ambientali, sociali e generali del soggetto. Viceversa, l'esperienza accumulata in questi anni ha di fatto dimostrato che l'intervento di disassuefazione è di per sé poco significativo se non è accompagnato da mutamenti profondi, personali e ambientali, del soggetto in trattamento.

In dettaglio, secondo i dati CENSIS, circa il 70% dei servizi utilizza la psicoterapia individuale d'appoggio, il 10% la psicoterapia di gruppo, il 5% la terapia familiare, il

20% le attività socio-terapeutiche; inoltre il 10% dei servizi assicura un'accoglienza di emergenza diurna, il 3% circa l'accoglienza notturna, il 20% circa dei servizi elargisce contributi economici, il 30% attua un'assistenza domiciliare, il 10% circa assicura la consulenza legale, il 60% circa cura l'inserimento in Comunità, nel 50% circa ci si occupa dell'inserimento lavorativo degli utenti.

La situazione del personale dei servizi pubblici emerge con chiarezza dall'analisi delle tabelle 4 e 5, relative, la prima al numero complessivo degli operatori presenti al numero delle diverse figure professionali la seconda alla loro situazione giuridica.

Il numero degli operatori medici, relativamente alto se confrontato a quello delle altre figure professionali, fornisce una ulteriore conferma di quanto detto a proposito del ruolo centrale attribuito all'aspetto medico del trattamento delle tossicodipendenze; il dato diviene ancora più significativo se si considera anche il numero degli infermieri, ai quali è comunemente affidata la somministrazione della terapia con farmaci sostitutivi e l'assistenza necessaria per i controlli clinici previsti dalla legge.

Sul versamento della dinamica psico-sociale troviamo le cifre relative al numero di psicologi e assistenti sociali, tendenzialmente più aperti a un tipo di programmazione terapeutica che tenga presente la dimensione «ambientale» del soggetto in trattamento. La possibilità e l'auspicabilità dell'integrazione tra gli interventi fondati sull'approccio psicologico e quelli fondati sull'approccio sociale, si rispecchia nelle cifre relative alla presenza delle due figure professionali, molto equilibrate in quasi tutti i servizi.

Per quanto riguarda le figure di ex tossicodipendenti, comprese nella voce «altri» della tabella, è da rilevarne la pressoché totale inesistenza nei servizi pubblici, mentre viene contemplata sempre più spesso e con maggiore incisività nelle strutture terapeutiche e riabilitative private.

Un cenno a parte merita il discorso sullo stato giuridico del personale, le alte percentuali di precari (a convenzione e non in organico) sono testimonianza di una situa-

zione di grave disagio per gli operatori impegnati nel settore, che inevitabilmente si riflette sulla conduzione del lavoro; in tale situazione è infatti difficile una programmazione a lunga scadenza del proprio intervento, la definizione di obiettivi che vadano al di là della soluzione dei casi singoli e la elaborazione di adeguati parametri per una valutazione dell'efficacia degli interventi.

L'età media degli operatori è inoltre inferiore ai 35 anni, ciò che indica come molti di essi abbiano appena completato i corsi di formazione di base: se da un lato ciò si traduce spesso in una limitata esperienza, cui dovrebbero supplire adeguati corsi di formazione e aggiornamento professionale, è anche vero che l'essere cresciuti professionalmente in un clima culturale molto sensibile a questo tipo di problemi, permette loro di comprendere con maggiore immediatezza la situazione dei giovani tossicodipendenti di cui spesso condividono difficoltà e problemi. L'aspetto dei corsi di formazione professionale sarà trattato in un paragrafo a parte.

Per ciò che riguarda le caratteristiche strutturali e organizzative dei servizi, si forniscono i seguenti dati:

— per quanto riguarda i giorni di apertura, ogni 10 servizi pubblici, 4 sono aperti 6 giorni la settimana, 3 sono aperti 7 giorni, poco più di 1 resta aperto 5 giorni la settimana, i rimanenti restano aperti tra 1 e quattro giorni la settimana.

— il numero delle ore di apertura al giorno è estremamente variabile: il 17,63% dei servizi è aperto 6 ore al giorno, il 14,74% è aperto per 8 ore, il 10,58% per 12 ore, da notare che ben il 35,58% dei servizi è aperto tra 0 e 5 ore al giorno. Per quanto attiene alla notte, solo 22 servizi su 312 sono aperti nelle ore notturne.

— Per quanto riguarda la procedura di ammissione al trattamento, in 3 servizi su 4 viene richiesto un esame obiettivo, in più di 9 su 10 viene richiesto un colloquio preliminare, in 2 servizi su tre vengono richieste analisi dei liquidi biologici. È da sottolineare peraltro, che alcune regioni non ammettono al trattamento, se non in casi ecce-

zionali, soggetti di età minore di anni 16, o soggetti per cui non sia stato accertato un uso di sostanze stupefacenti perdurante da almeno 2 anni. È attualmente in discussione tra gli organi sanitari centrali e periferici competenti, la proposta di utilizzare il test al naloxone nei casi di diagnosi dubbia.

2 Le Comunità terapeutiche

La nascita delle Comunità Terapeutiche è un fenomeno che si sviluppa in Italia alla fine degli anni '70; anche se già nel periodo precedente erano state avviate una serie di iniziative residenziali per l'accoglienza, l'assistenza e la riabilitazione dei soggetti in situazione di disagio ed emarginazione, spesso portate avanti sotto forma di attività volontaria, da gruppi di giovani impegnati in senso politico o religioso, il 52,5% delle Comunità inizia l'attività tra il 1979 e il 1981. Allo stato attuale, secondo la rilevazione del Gruppo Abele di Torino, la situazione, delle C.T. in Italia sarebbe la seguente:

Numero: secondo il Gruppo Abele le Comunità sono 125, cioè il 28,6% di tutte le strutture che si occupano di tossicodipendenze.

Distribuzione: l'81,6% sono al Nord, con una percentuale massima in Lombardia (25 C.T.), il 16,1% sono al Centro, il 2,3% sono al Sud e nelle Isole, con regioni come il Molise, la Calabria, la Sicilia e la Campania in cui non sono segnalate Comunità attualmente funzionanti.

Stato giuridico:

Associazioni (di fatto e riconosciute)	45,3%
Cooperative	23,3%
Istituzioni religiose	9,1%
Enti morali	4,7%
Enti pubblici	1,2%
Non strutturate	17,4%

Finanziamenti: le principali fonti di finanziamento delle Comunità sono costituite: dai proventi del lavoro che si svolge all'interno (73,4%), dai contributi di privati (56,6%), da convenzioni o finanziamenti pubblici (51,8%), dai contributi degli utenti o dei familiari (39,7%). Altre, fonti meno rilevanti, sono i contributi dei gruppi di appartenenza per quelle Comunità che fanno parte di associazioni o istituzioni religiose o laiche, i contributi di altri enti, i contributi di amici che lavorano all'estero.

In particolare, per quanto riguarda le convenzioni con Enti pubblici (Regioni o USL), le Comunità che usufruiscono di questa forma di finanziamento sono 37, cioè il 42,5% delle CT.

Numero di utenti e capacità di accoglienza: nelle Comunità sono passati complessivamente 2.788 utenti; la fascia di età più rappresentata è quella compresa tra i 20 e 25 anni. La disponibilità totale delle Comunità è di 1.146 posti, ma questa cifra è più teorica che reale, poiché problemi particolari portati dagli ospiti o difficoltà interne dell'équipe, possono indurre gli operatori a bloccare o a rinviare i nuovi inserimenti, pur avendo posti liberi.

Collocazione ambientale: sotto questo aspetto le Comunità si suddividono in Comunità rurali (34,5%), Comunità situate in ambiente urbano (35,6%), Comunità semirurali (29,9%), smettendo, in qualche modo, il luogo comune che vuole strutture completamente isolate dall'ambiente sociale circostante.

In conseguenza della spontaneità che ha caratterizzato la nascita delle Comunità come risposta specifica ai bisogni di gruppi sociali, e, successivamente, il loro processo di sviluppo e, in alcuni casi, di revisione dei modelli di intervento, è molto difficile schematizzare i contorni di questo fenomeno e costruire tipologie che ne diano una immagine fedele. Quello che ci sembra di poter affermare è che dietro alla diversa impostazione, più o meno rigida e strutturata dell'intervento, più o meno esplicitamente terapeutica, sta il diverso modo di considerare il problema del tossicodi-

pendente e della tossicodipendenza, e il diverso modo di contrastarla: facendo leva sul gruppo in funzione di difesa da un nemico esterno da combattere, per alcune, proponendo una scelta di vita che vada ad incidere su una situazione esistenziale problematica, per altre, ponendosi come gruppo terapeutico per affrontare insieme difficoltà psicologiche individuali, per altre ancora.

Alcune regole hanno comunque maggiore diffusione di altre; in particolare è obbligatorio non bucare in Comunità (96,4% delle Comunità), non usare droghe leggere (84,7%), non rubare (91,1%), assumersi impegni di lavoro (90%), partecipare alle riunioni (77,6%), non assumere atteggiamenti violenti (77,6%), ecc.

Un'altra caratteristica comune a quasi tutte le Comunità, è la previsione di una qualche attività lavorativa; tale attività si svolge nel settore agricolo e nell'allevamento per il 55% delle CT, nell'artigianato per il 33,2%, nell'ambito della produzione industriale per l'11,7%, in altre attività per il 17,92%. Come si è detto, per alcune Comunità tale attività è necessaria per il proprio finanziamento, altre ricevono contributi da varie fonti, altre hanno ancora rapporti di convenzione con gli Enti Pubblici; quello del rapporto tra istituzioni pubbliche e strutture private è un problema attualmente molto dibattuto anche perché presenta, oltre che aspetti di ordine economico, anche aspetti di ordine teorico-politico.

Se è vero, infatti, che in linea di principio non esiste un modello di intervento «oggettivamente» corretto, e che ogni Comunità può rappresentare la risposta giusta per un determinato utente con esigenze e bisogni particolari, tanto che appare auspicabile che ogni servizio pubblico abbia dei collegamenti con un largo ventaglio di organizzazioni, con modalità di intervento eterogenee ed anche antitetiche tra loro, è anche vero, dati i sempre più frequenti rapporti di finanziamento che intercorrono tra Ente pubblico e CT che l'autorità sanitaria pubblica dovrebbe essere in condizioni di conoscere i fini e i metodi delle strutture private, non tanto, evidentemente, per rilasciare una patente di «te-

rapeuticità», quanto per valutare una concordanza tra questi e i fini e i metodi che ispirano l'azione pubblica in materia di sanità e assistenza, oltre che per difendersi da eventuali speculazioni.

In questa direzione si sono mosse o si stanno muovendo numerose Regioni italiane, con la previsione di Albi regionali in cui iscrivere enti, associazioni e cooperative che operano nel settore della tossicodipendenza con attività terapeutico-riabilitative di formazione del personale, di educazione sanitaria. L'iscrizione all'albo, cui è condizionata la possibilità di stipulare convenzioni con le USL o le Regioni, avviene in base alla valutazione di alcuni requisiti relativi di programmi di intervento e al personale che opera nell'ente o nell'associazione.

Posto che sia la convenzione lo strumento giuridico più idoneo al fine di stabilire una collaborazione tra pubblico e privato, si ritiene tuttavia che, accertata l'affidabilità della struttura dal punto di vista terapeutico, in senso lato, ogni gruppo o associazione operante debba godere di ampia libertà di movimento in tema di obiettivi parziali, di interessi da soddisfare, di metodologia da impiegare; si ritiene inoltre che sia opportuno privilegiare le convenzioni che prevedano l'erogazione di un contributo periodico in base a programmi, piuttosto che l'erogazione di una retta per ciascun soggetto ospitato, e che il finanziamento non debba essere esaustivo o totalmente sostitutivo di altre fonti, necessarie per le CT al fine di mantenere un margine di autonomia.

3. Presidi privati

Esiste in Italia anche un certo numero di Servizi privati che si occupano del problema delle tossicodipendenze (ne sono stati censiti 34 nel 1982); dal punto di vista legale si configurano in:

— cooperative: 32,35%, associazioni di fatto o riconosciute: 50%; altro tipo: 17,65%.

Per quanto attiene agli interventi, quelli più diffusi sono:

– orientamento e consulenza; informazione e prevenzione, accoglienza temporanea diurna; terapia individuale, familiare o di gruppo, reinserimento lavorativo, assistenza carceraria; intervento farmacologico (nessuno di questi servizi utilizza farmaci sostitutivi degli oppiacei).

In conclusione sembra importante sottolineare che i diversi servizi esistenti (servizi pubblici, comunità terapeutiche, servizi privati), non si pongano in competizione tra loro, quanto a tipo di intervento e tipo di utenza, ma sembrano effettuare interventi complementari: i primi (servizi territoriali pubblici) si occupano sostanzialmente del trattamento e della disassuefazione mediante interventi di tipo farmacologico, raccogliendo l'utenza più difficile e spesso più compromessa da una lunga dipendenza degli stupefacenti, incostante nel seguire i programmi terapeutici, il più delle volte motivata a convivere decentemente con la propria tossicodipendenza più che a liberarsene; le Comunità terapeutiche intervengono invece sul piano della riabilitazione, e accolgono coloro che, più o meno profondamente, hanno comunque deciso di smettere, ma sanno che difficilmente ce la farebbero da soli; a costoro le Comunità offrono un ambiente «protetto» in cui possano maturare e approfondire la propria scelta; i servizi privati sono caratterizzati da una notevole eterogeneità negli interventi, ma ciò permette loro di rispondere con maggiore flessibilità e rapidità a richieste diverse.

4. *La formazione del personale*

Per quanto riguarda la formazione del personale, la situazione italiana è caratterizzata da una evidente carenza di strutture pubbliche che possano fornire ai giovani che desiderano lavorare nei servizi, la preparazione tecnico-professionale necessaria per affrontare concretamente i problemi relativi al comportamento deviante e in partico-

lare alle tossicodipendenze. Da quanto si può dedurre dall'esame dei programmi di studio, i corsi di laurea o di diploma per medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri, trattano il problema in maniera anche approfondita, ma in genere esclusivamente teorica; ciò significa che coloro che desiderano acquisire tecniche terapeutiche specifiche devono rivolgersi a Istituti o Centri di terapia privati.

A questa carenza di base dovrebbero supplire, per gli operatori già impegnati nei servizi pubblici, i corsi di formazione e di aggiornamento organizzati dagli enti territoriali, ma sembra di poter affermare che la maggior parte delle iniziative che sono state prese in questo settore hanno avuto più un carattere informativo (sui principali aspetti del problema: giuridici, clinico-farmacologici, psicologici e sociali) che specificamente formativo.

L'inevitabile genericità con cui vengono trattati argomenti di così ampia portata, e la conseguente insoddisfazione degli operatori ha spinto alcune tra le regioni a organizzare dei corsi con carattere più spiccatamente formativo destinati ad incidere sugli atteggiamenti degli operatori, più che sul loro bagaglio di nozioni, a migliorare i rapporti all'interno dell'équipe, ad aumentare le capacità di programmazione del lavoro e di verifica dei risultati; tali corsi, in genere, comprendono, oltre che una serie di seminari teorici, un periodo di tirocinio pratico presso un servizio (in genere una Comunità Terapeutica), accompagnato dalla partecipazione a gruppi di discussione centrati sulla verifica dell'esperienza fatta e sull'analisi delle proprie reazioni.

I tentativi che vanno in questo senso sono ancora molto pochi e, in un certo senso, in via di sperimentazione, sia perché richiedono un notevole impegno in termini di tempo, costi, energia, sia perché non è facile reperire formatori adeguatamente preparati e disponibili. In questa sede si ritiene tuttavia che è da essi che possono derivare i risultati più soddisfacenti per la preparazione del personale, soprattutto se sarà possibile estendere questo modello operativo in maniera omogenea e uniforme su tutto il territorio nazionale.

Tab. 3
Localizzazione del servizio

Regioni	Ospedale	Territorio	Non specificato
Piemonte	6	38	1
Valle d'Aosta	1	—	—
Lombardia	12	12	—
Trentino A.A.	1	3	—
Veneto	11	17	—
Friuli V.G.	1	3	—
Liguria	—	18	—
Emilia Romagna	—	9	—
Toscana	6	24	—
Umbria	3	2	—
Marche	2	10	—
Lazio	7	14	1
Abruzzi	1	5	—
Molise	1	—	—
Campania	11	3	—
Puglia	—	4	—
Basilicata	1	—	—
Calabria	2	2	—
Sicilia	13	2	—
Sardegna	—	2	—
Totali	79	168	2

Fonte: C.N.R.

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab. 4

Figure professionali presenti nei servizi pubblici

Regioni	Medici	Psich.	Infer.	A. Soc.	Ass. San.	Psic.	Altri
207 Piemonte	71	3	21	45	2	47	12
13 Valle d'Aosta	6	—	6	—	—	1	—
169 Lombardia	47	2	41	30	—	29	20
30 Trentino A.A.	12	1	—	2	—	7	8
184 Veneto	48	2	56	25	3	36	14
31 Friuli V.G.	8	—	2	6	3	6	6
251 Liguria	64	—	81	24	8	20	54
60 Emilia Romagna	17	—	8	13	5	10	7
194 Toscana	67	1	21	27	9	27	19
64 Umbria	23	—	20	7	9	3	2
59 Marche	14	2	10	9	—	11	13
241 Lazio	81	2	43	24	3	64	24
44 Abruzzi	13	—	7	8	—	6	10
6 Molise	2	—	—	1	—	1	2
129 Campania	39	—	27	24	3	15	21
34 Puglia	5	—	6	6	—	5	12
6 Basilicata	1	—	1	2	—	2	—
23 Calabria	5	—	1	7	2	5	3
108 Sicilia	36	—	42	18	4	7	1
35 Sardegna	11	—	7	5	3	2	7
1.888 Totale	570	13	429	283	54	304	235

Fonte: C.N.R.

Tab. 5

Situazione giuridica del personale dei servizi pubblici

	Regioni	In organico	Convenzionato	Non in organico
207	Piemonte	105	12	90
13	Valle d'Aosta	13	—	—
169	Lombardia	116	1	52
30	Trentino A.A.	9	—	21
184	Veneto	107	28	49
31	Friuli V.G.	10	6	15
251	Liguria	195	19	37
60	Emilia Romagna	29	4	27
194	Toscana	123	11	60
64	Umbria	52	—	12
59	Marche	7	19	33
241	Lazio	108	32	101
44	Abruzzi	23	5	16
6	Molise	6	—	—
129	Campania	74	10	45
34	Puglia	13	18	3
6	Basilicata	2	—	4
23	Calabria	21	—	2
108	Sicilia	69	—	39
35	Sardegna	3	—	32
1.888	Totale	1.085	165	638

III Attività di informazione e di educazione sanitaria

Di fronte al diffondersi del fenomeno delle tossicodipendenze, sempre maggiore attenzione viene rivolta a ciò che si fa e a ciò che si può fare nel settore della prevenzione; il problema di fondo è che appare estremamente difficile e controverso, partendo dai dati a disposizione, risalire ad una analisi delle cause dello stesso, che permetta di effettuare interventi mirati alle situazioni di rischio. Ciò che comunque appare a tutti evidente è il valore preventivo connesso alla trasmissione di una serie di stimoli educativi tali da favorire, soprattutto nei giovani, l'acquisizione di convincimenti corretti su cosa occorre fare per raggiungere e mantenere uno stato di benessere fisico e psichico, sul funzionamento del proprio corpo, sull'alimentazione, sul problema del dolore e dei modi per affrontarlo, sul concetto di salute e malattia, ecc.

A questo intervento precoce di carattere globale di educazione alla salute deve aggiungersi, in un secondo tempo, la diffusione di informazioni, ma ancor più l'acquisizione di atteggiamenti corretti, nei confronti delle «droghe», cioè di tutte quelle sostanze, compreso l'alcool, che in qualche modo influenzano o modificano lo stato di coscienza dell'individuo; diffusione che tenga conto dell'età dei destinatari, dei loro livelli di conoscenza e dei comportamenti di partenza.

Coerentemente con quanto detto, la legge 685/75 prevede, al titolo IX, una serie di interventi informativi ed educativi, rivolti prevalentemente ai giovani, nell'ambito delle istituzioni scolastiche e militari, e stabilisce che l'attività di prevenzione rientri tra le competenze degli organi del Servizio Sanitario Nazionale, sia a livello centrale che periferico.

Nel proseguo della relazione si tratterà quindi distintamente degli interventi effettuati, nel 1982, dagli organi centrali e periferici del Ministero della Pubblica Istruzione, del Ministero della Difesa, degli organi del S.S.N.

1) *Ministero della Pubblica Istruzione*

Nell'ambito del Ministero della P.I., gli organi che si occupano del problema delle tossicodipendenze sono principalmente il Servizio per l'educazione alla salute e la prevenzione delle tossicodipendenze, e i Comitati Provinciali ex art. 85 della legge 685/75; a questi si aggiunge, per la programmazione e l'indirizzo dell'attività, il Comitato Interministeriale istituito nel 1976, che svolge i suoi compiti anche attraverso alcune sottocommissioni; i principali problemi affrontati da tali sottocommissioni nel corso del 1982, sono stati: la collaborazione all'organizzazione di un Convegno nazionale del Ministero dell'Interno sulla prevenzione, tenutosi nel 1983; la messa a punto degli emendamenti da apportare alla legge 685/75; la programmazione di iniziative concernenti l'educazione alla salute nell'ambito della riforma della scuola secondaria superiore e dei programmi della scuola elementare; lo studio di eventuali iniziative nei confronti dei mass-media concernenti la diffusione di informazioni e notizie sulla droga.

In attuazione degli indirizzi fissati dal Comitato Interministeriale, i Comitati Provinciali hanno orientato la propria attività alla formazione del personale docente e non docente della scuola e, contemporaneamente, all'instaurazione di rapporti di maggiore collaborazione tra gli operatori sanitari e gli operatori scolastici; in particolare i Comitati hanno autorizzato, nel corso del 1982, 570 tra corsi e seminari (di cui 398 distrettuali, 115 interdistrettuali, 45 provinciali, 12 regionali) cui hanno partecipato, oltre ai dirigenti scolastici, ai docenti e ai rappresentanti degli organismi sanitari cui erano specificamente destinati, anche alcuni genitori e giovani studenti.

Il Servizio per l'educazione alla salute ha inoltre organizzato e svolto direttamente il VII Corso nazionale di aggiornamento riservato ai docenti comandati presso i Provveditorati agli Studi ed ai coordinatori regionali delle attività di educazione alla salute e di prevenzione delle tossicodipendenze.

Sempre a livello nazionale il Servizio ha collaborato con il Ministero della Sanità alla preparazione del Convegno nazionale su «Il ruolo della scuola per una educazione alla salute» i cui risultati sono stati tradotti in impegno operativo comune dalla Circolare n. 254 del 2/8/1982.

Sono state inoltre curate alcune pubblicazioni a carattere divulgativo sui temi della prevenzione.

2) Ministero della Difesa

Le linee operative che hanno guidato l'attività del Ministero della Difesa nel campo della prevenzione dell'uso della droga, sono state, sostanzialmente, l'intensificazione dell'informazione volta ai militari in servizio di leva o in servizio permanente, e la formazione del personale inquadrato a più diretto contatto con essi.

In particolare sono state organizzate numerose conferenze-dibattito ad opera di ufficiali medici, docenti universitari e sanitari ospedalieri, con l'ausilio di films e diapositive, distribuzione di pubblicazioni ed affissione di manifesti sul problema della droga.

Si è ritenuto, inoltre, che l'esperienza portata avanti dai consultori militari istituiti a Verona, Padova e Bologna, fosse da valutare positivamente e si è provveduto ad istituirne di nuovi a Firenze, Messina e Palermo.

3) Organi del Servizio Sanitario Nazionale

Uscendo dagli ambiti istituzionalmente delimitati della scuola e delle caserme, per volgere l'attenzione al «territorio» complessivamente inteso, il problema dell'informazione sull'uso delle sostanze psico-attive e dell'educazione sanitaria, mantiene la sua importanza anche se assume il ruolo di uno dei tanti possibili interventi di carattere preventivo che gli organismi centrali e soprattutto locali devo-

no effettuare per contrastare la diffusione del fenomeno delle tossicodipendenze.

Senza affrontare analiticamente l'argomento, si ricorda soltanto il peso che, anche in questo settore, assumono il problema dell'occupazione giovanile, la carenza degli alloggi, la mancanza di punti di aggregazione per i giovani, ecc. Tuttavia, come si è detto, la diffusione dell'informazione sui problemi della salute e l'acquisizione di un atteggiamento corretto nei confronti dei farmaci, e in particolare delle droghe, rappresenta pur sempre un momento prioritario di fondamentale importanza nell'ottica della prevenzione.

Posto che non rientra tra i fini di questa relazione, si accenna soltanto al ruolo educativo/diseducativo che in questo campo hanno i mezzi di comunicazione di massa, ancora troppo abituati a trattare il problema in senso scandalistico che a fornire informazioni utili a capirlo, e si passa a descrivere l'attività svolta in questo campo dagli organi del Servizio Sanitario Nazionale.

A un primo livello di analisi devono prendersi in considerazione i convegni, i corsi, i seminari, organizzati sia a livello nazionale che regionale, che a livello delle singole UU.SS.LL.; tali iniziative, difficilmente quantificabili, pur essendo destinate in genere alla formazione del personale che opera nei servizi, sono tuttavia spesso aperte alla partecipazione di chiunque abbia interesse al problema e possono rappresentare l'occasione per correggere informazioni distorte e pregiudizi largamente diffusi nell'opinione pubblica sul problema delle tossicodipendenze.

A un secondo livello bisogna invece considerare le attività formative attuate dai servizi territoriali; a questo proposito possono fornire utili informazioni le tabelle allegate, tratte dalla ricerca del CENSIS. (Tabb. n. 1 e 2).

Come può rilevarsi gli interventi effettuati vanno da una generale attività di educazione sanitaria, di sensibilizzazione ed animazione sui problemi giovanili, ad una più specifica informazione sulla droga, collegata con l'organiz-

zazione di dibattiti, mostre, conferenze; i destinatari di tale attività appartengono alle più diverse categorie.

Per concludere è utile riprendere due osservazioni che, si ritiene, possono costituire anche delle linee guida per la programmazione dell'attività dei prossimi anni: da un lato sembra sempre più evidente la necessità di integrare le informazioni sul problema della droga nell'ambito di una globale educazione alla salute, dall'altro sembra opportuno impostare tale intervento tenendo in debito conto alcune acquisizioni di ordine metodologico in tema di trasmissione delle informazioni; poiché un messaggio sia realmente recepito ed entri a far parte del bagaglio cognitivo degli ascoltatori, è infatti necessario che:

– colui che lo trasmette abbia una base di conoscenza del grado di preparazione e del livello di maturità degli ascoltatori, e adegui ad esso i contenuti e la modalità di esposizione (p. es., nell'ambito della scuola, è più indicato l'insegnante che non l'esperto);

– il processo di comunicazione non avvenga a senso unico, ma ci sia un continuo feed-back tra colui che parla e coloro che ascoltano; questo significa che la situazione privilegiata, per i fini che ci si propone di raggiungere, è quella di piccoli gruppi omogenei piuttosto che convegni o seminari con molti partecipanti in cui non è agevole per gli ascoltatori intervenire, chiedere spiegazioni, ecc.;

– il messaggio tenda più alla modificazione dei modelli culturali che non ad una dissuasione che faccia leva sulla paura delle conseguenze.

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab. 1 — Destinatari delle attività formative attuate dai Servizi territoriali

Tipo di servizio Destinatari attività	Presidi pubblici		Comunità terapeutiche		Presidi privati		Totali	
	V.A.	%(1)	V.A.	%(2)	V.A.	%(3)	V.A.	%(4)
Operatori e insegnanti	214	68,6	51	48,1	18	52,9	283	62,6
Militari	24	7,7	11	10,4	2	5,9	37	8,2
Tutti i giovani	102	32,7	53	50,0	22	64,7	177	39,2
Gruppi marginali a rischio	18	5,8	12	11,3	7	20,6	37	8,2
Tossicodipendenti	77	24,7	27	25,5	15	44,1	119	26,3
Genitori di tossicodipendenti	108	34,6	47	44,3	18	52,9	173	38,3
Lavoratori e imprenditori	35	11,2	16	15,0	9	26,5	60	13,3
Altro	74	23,7	45	42,4	12	35,3	131	29,0

Note: (1) 100% = 312 (2) 100% = 106 (3) 100% = 34 (4) 100% = 452

Fonte: CENSIS

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab. 2 — Tipologia delle attività formative attuate dai Servizi territoriali

Tipo di attività	Tipo di servizio		Presidi pubblici		Comunità terapeutiche		Presidi privati		Totali	
	V.A.	%(1)	V.A.	%(2)	V.A.	%(3)	V.A.	%(4)	V.A.	%(4)
Informazione sul problema della droga	197	63,1	59	55,7	22	64,7	278	61,5		
Educazione sanitaria	141	45,1	16	15,1	6	17,6	163	36,1		
Sensibilizzazione e animazione sul territorio (dibattiti, mostre, conferenze) sui problemi giovanili	92	29,5	57	53,8	26	76,5	175	38,7		
Sensibilizzazione e animazione sul territorio (dibattiti, mostre, conferenze) sui problemi della droga	117	37,5	58	54,7	22	64,7	197	43,6		
Organizzazione di corsi e stages	52	16,7	33	31,1	11	32,3	96	21,2		
Raccolta di documentazione specializzata e di ricerca	112	35,9	34	32,1	19	55,9	165	36,5		
Altre attività	27	8,6	18	17,0	10	29,4	55	12,2		

Note: (1) 100% = 312 (2) 100% = 106 (3) 100% = 34 (4) 100% = 452

Fonte: CENSIS

IV – La repressione del traffico e delle attività illecite

Le informazioni contenute in questo capitolo riguardano le attività di prevenzione e repressione svolte dalla Polizia di Stato, dall'Arma dei Carabinieri e dalla Guardia di Finanza, così come comunicate dal Servizio Centrale Antidroga del Ministero dell'Interno.

Più specificamente le informazioni riguardano:

- I) sostanze sequestrate
- II) persone denunciate per traffico e/o spaccio
- III) furti e rapine in danno di farmacie
- IV) persone denunciate per reati connessi con la droga
- V) connazionali segnalati all'estero per infrazioni alle leggi sugli stupefacenti.

Le tabelle illustrative sono commentate nelle seguenti Note generali.

Note generali

1. *Nel 1982*, come sottolineato anche dalle importanti cifre relative ai sequestri di droga in ambito mondiale, si è avuto un ulteriore aumento delle illecite disponibilità di stupefacenti a livello internazionale, nonostante gli accresciuti sforzi di cooperazione nel settore sia a livello intergovernativo che di polizia.

Il nostro Paese è stato destinatario di notevoli quantità delle sostanze in parola, sia per l'estesa situazione di abuso interno, specie nella fascia di popolazione di giovani tra i 18 e i 25 anni, sia per il transito verso altri Paesi europei e per il Nord-America. Per quanto concerne quest'ultimo aspetto, ha avuto grande rilievo, nel traffico di oppiacei, la massiccia ingerenza di consorterie della mafia siciliana e calabrese, collegate con trafficanti medio-orientali e con il crimine organizzato nord-americano, nonché della camorra napoletana operante soprattutto nel traffico illecito di cocaina dal Sud America.

Di fronte a tale situazione i servizi antidroga della Polizia di Stato, dell'Arma dei Carabinieri e della Guardia di Finanza hanno sviluppato, in stretta cooperazione con l'Amministrazione doganale e con i servizi di Polizia aderenti all'O.I.P.C. Interpol, una intensa azione preventiva e repressiva, centralmente coordinata sul piano interno e internazionale, conseguendo importanti risultati, sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo.

2. A seguito di 7.126 operazioni contro il *traffico* e lo *spaccio*, sono stati sequestrati kg. 5.244, un elevato numero di dosi, fiale ed altre confezioni di stupefacenti e sostanze psicotrope nonché di piante di cannabis; n. 12.982 persone, di cui 10.638 in stato di arresto, sono state deferite all'A.G. (una cifra superiore del 37% rispetto a quella del 1981), tra cui 855 stranieri di 66 Paesi, ai quali è stato sequestrato il 18,37% delle droghe intercettate.

Sotto un profilo qualitativo, vanno evidenziati, in particolare, i dati relativi alla lotta contro il traffico e lo spaccio di eroina e cocaina.

a) Sono stati sequestrati kg. 229,516 di *eroina*, una cifra superiore del 62% circa rispetto al 1981 (kg. 142,038) nonché la più alta sinora registrata; sono state, altresì, sequestrate n. 2.643 dosi dello stupefacente in parola.

Sono state deferite all'A.G. 6.335 persone (il 48% di tutte le persone denunciate), il 53,62% delle quali per i più gravi reati previsti dall'art. 71 della legge 22/12/1975, n. 685.

Tra queste ultime figurano grossi trafficanti internazionali ed esponenti di rilievo di gruppi delinquenziali organizzati di stampo mafioso.

Nel quadro dell'azione di vigilanza volta a neutralizzare in Sicilia illecite attività di trasformazione della morfina base in eroina è stato, inoltre, neutralizzato in Palermo, nel mese di febbraio, un laboratorio clandestino con notevole potenzialità produttiva.

Quanto alle fonti del traffico internazionale, il 68% dell'eroina sequestrata a seguito degli interventi di maggior

rilievo proveniva dal Medio Oriente (soprattutto dalla Siria, dalla Turchia e dal Libano) e il rimanente dal Sud Est Asiatico (in particolare dalla Thailandia).

La percentuale del traffico in provenienza dall'Estremo Oriente, si è confermata, quindi, in aumento, in relazione agli abbondanti raccolti di oppio nell'area del «Triangolo d'oro».

b) Sono stati sequestrati kg. 104,897 di *cocaina*, cifra superiore del 64% rispetto al 1981 (kg. 64,083), nonché la più alta sinora registrata.

Sono state deferite all'A.G. n. 476 persone, il 64,70% delle quali per i reati previsti dall'art. 71 della legge n. 685.

Tra le persone assicurate alla giustizia vi sono corrieri sudamericani e numerosi esponenti di gruppi organizzati di stampo camorristico, approvvigionatisi soprattutto in Perù, Colombia, Brasile ed Argentina.

Le cifre di cui sopra traducono un crescente abuso dello stupefacente anche nel nostro Paese, specie nei grossi agglomerati urbani.

3. I risultati salienti dell'attività di polizia volta a contrastare il *traffico* e lo *spaccio delle altre sostanze* possono così sintetizzarsi:

a) A seguito di diverse operazioni su vasta scala, sono stati sequestrati kg. 4.888,556 di *derivati di cannabis*.

In particolare: kg. 3.900,984 di *hashish*, kg. 963,919 di *marijuana* (kg. 660,347 nel 1981), kg. 23,652 di *olio di hashish*.

Le fonti principali del traffico, per l'*hashish*, restano il Nord-Africa (Marocco) ed il Medio Oriente (Libano); per la *marijuana*, i Paesi africani siti a sud del Sahara (specie in Nigeria).

b) Sono stati sequestrati kg. 12,519 di *oppio*, con un incremento del 140% rispetto al 1981 (kg. 5,193); lo stupefacente proveniva soprattutto dall'India e dal Pakistan.

c) Quanto alle *sostanze psicotrope*, sono stati sequestrati kg. 4,780 di *amfetamine*, kg. 1,513 di altri stimolanti.

gr. 131 e n. 205 dosi di L.S.D.; sostanze tutte provenienti dal Centro-Nord Europa; è stato recuperato un elevato numero di specialità farmaceutiche provento di furti di stupefacenti in danno di farmacie.

4. Nel 1982 sono stati perpetrati n. 72 *furti di stupefacenti* in danno di farmacie, ospedali ed altri enti (91 nel 1981) mentre si sono avute 3 rapine in danno di farmacie (6 nel 1981).

PAGINA BIANCA

Sezione I
Sostanze stupefacenti e
psicotrope sequestrate

PAGINA BIANCA

Sezione I

Sostanze stupefacenti e psicotrope sequestrate

a) Sequestri operati da organi territoriali e di frontiera

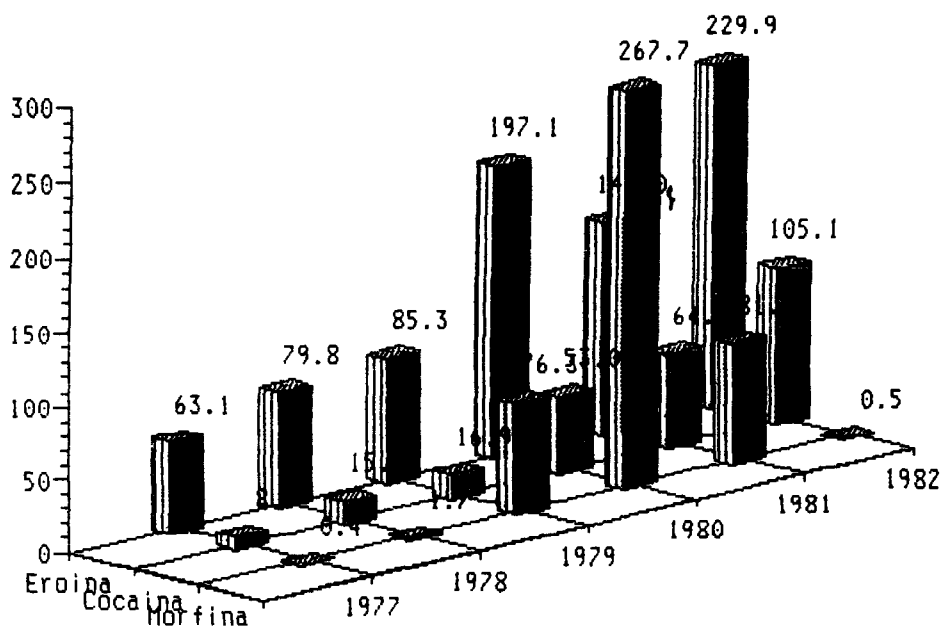
S O S T A N Z E	Anno 1982		Anno 1981	
	in Kg.	in N.º ⁽¹⁾	in Kg.	in N.º ⁽¹⁾
O p p i o	12,523.500	504	5,214.360	10
Morfina	0,521.137	3.950	81,942.260	2.184
Eroina (*)	229,992.400	2.769	142,038.532	2.481
Altri oppiacei naturali	0,291.300	-	0,012.100	-
Morfinoamili	0,824.540	1.121	5,214.720	2.122
Cocaina	105,101.585	62	64,083.898	208
Piante di cannabis	-	1.241.646	3,700.000	22.661
Marijuana	967,819.405	256	662,815.465	1.704
Hashish	3908,129.192	702	10414,485.890	266
Hashish liquido	23,713.000	17	127,461.600	7
Barbiturici	0,127.000	-	0,020.000	12
Tranquillanti	-	203	-	37
Amfetamine	4,781.200	86	0,387.400	494
Altri stimolanti	4,325.000	3	1,985.000	-
L. S. D.	0,134.500	210	0,080.000	255
Altri allucinogeni	0,009.270	20	0,031.000	35
Altri tipi non precisati	0,782.170	19.693	0,170.000	1.892
T O T A L I	5259,075.199	1.271.242	11509,642.225	34.368

(1) Fiale, compresse, dosi, ecc.

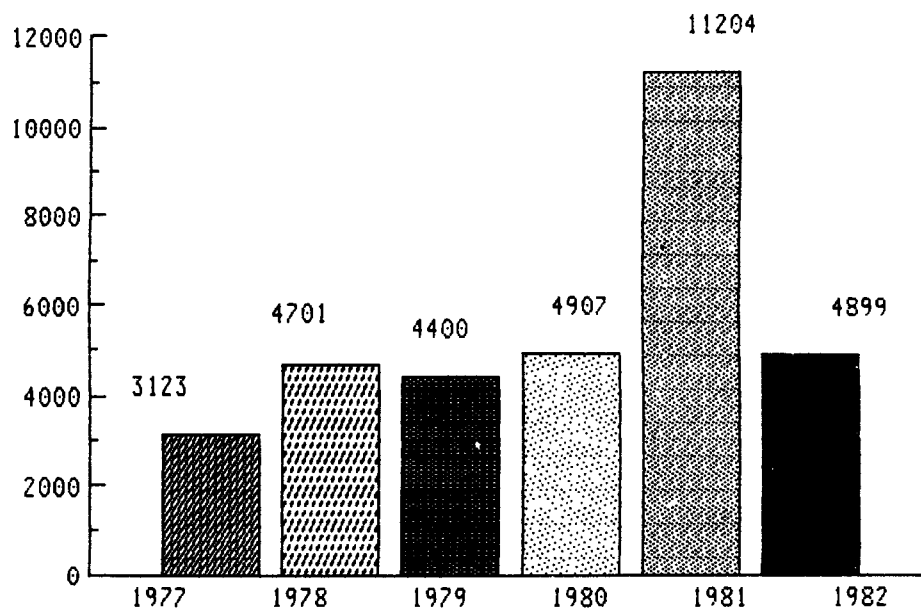
(*) In Palermo l'11 febbraio è stato scoperto un laboratorio clandestino per la trasformazione di morfina in eroina, con sequestro di Kg. 50,850 di eroina e l'arresto di 4 persone.

Tab. 1

Quantitativi di cocaina, eroina e morfina sequestrati dal 1977 al 1982
(in kg.)

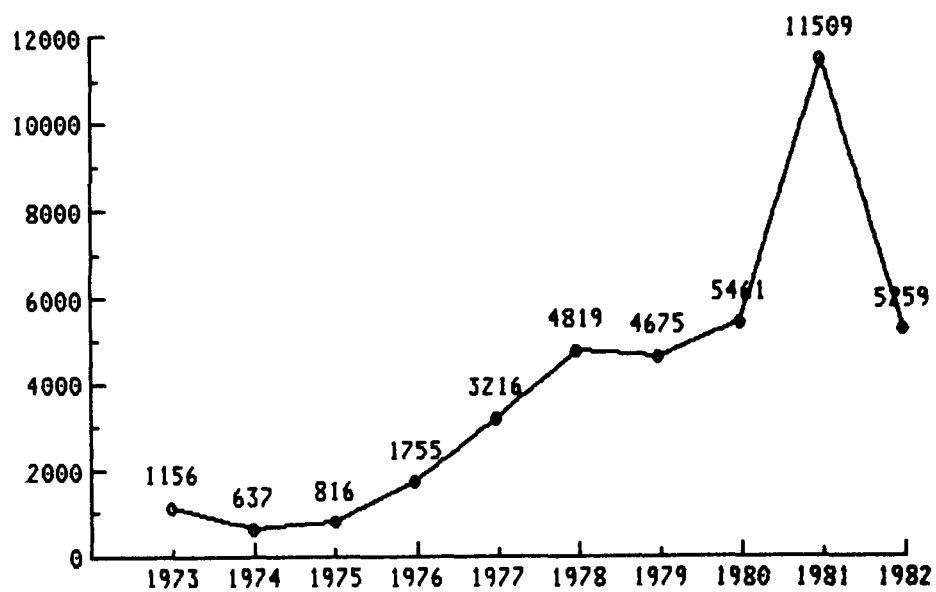


Tab. 2

Quantitativi di derivati di cannabis sequestrati dal 1977 al 1982 (in kg.)

Tab. 3

Quantitativi delle sostanze sequestrate (in kg.) dal 1973 al 1982



Sezione I

b) Sequestri di rilievo alle frontiere operati in collaborazione
con le Autorità doganali

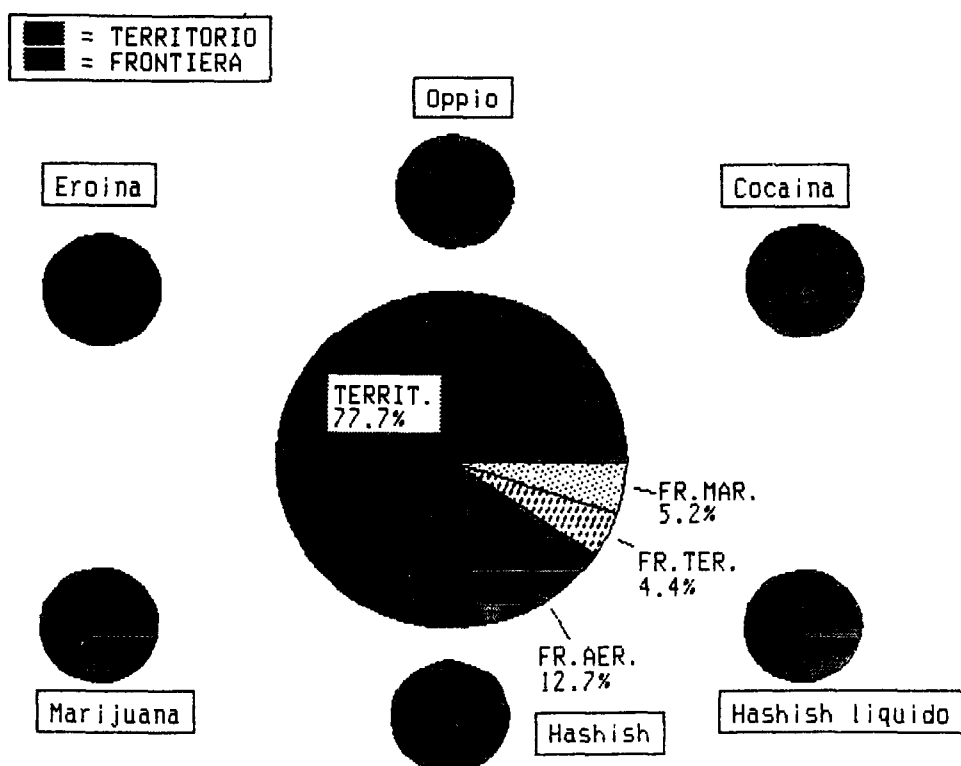
DROGHE	QUANTITATIVI SEQUESTRATI (in Kg.)				
	Frontiera marittima	Frontiera terrestre	Frontiera aerea	Totale	% ⁽¹⁾
O p p i o	-	-	10.769	10.769	85,99
Eroina	-	4.965	67.152	72.117	31,35
Cocaina	-	-	58.639	58.639	55,79
Amfetamine	-	4.090	-	4.090	85,54
Hashish liquido	-	0.690	6.550	7.240	30,53
Hashish	237.900	220.726	204.022	662.648	16,95
Marijuana	33.400	3.397	322.626	359.423	37,13
TOTALI	271.300	233.868	669.758	1174.926	:22,34 ⁽²⁾

(1) Rapporti con i quantitativi complessivi sequestrati di ciascuna sostanza.

(2) Rapporto con il quantitativo complessivo delle sostanze sequestrate.

Tab. 4

Rapporti tra i quantitativi di droga sequestrati all'interno del territorio e quelli intercettati alle frontiere a seguito degli interventi di maggior rilievo



Sezione I

c) Provenienze estere riscontrate nei sequestri di maggior rilievo

Droghe	Zone o Paesi di provenienza o di transito	Quantità (in Kg.)	(1) %
O p p i o	Sud est Asiatico	0,450	
	I n d i a	5,214	
	Pakistan	3,720	
	Kuwait	1,000	
	N e p a l	0,885	
	T o t a l e	11,269	90,01
Eroina	Medio Oriente	26,324	
	Sud est Asiatico	4,660	
	Thailandia	25,782	
	S i r i a	20,645	
	Turchia	6,205	
	Jugoslavia	4,508	
	Libano	2,250	
	Svizzera	1,965	
	I n d i a	1,644	
	Pakistan	1,290	
	C i p r o	0,630	
T o t a l e	95,903	41,78	
Cocaina	Sud America	11,000	
	Venezuela	22,030	
	Svizzera	13,200	
	Brasile	12,665	
	Colombia	7,326	
	Bolivia	5,762	
	Argentina	4,210	
	P e r ù	0,850	
T o t a l e	77,043	73,44	

(1) Rapporti con i quantitativi complessivi sequestrati di ciascuna sostanza.

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Sezione I

c) Provenienze estere riscontrate nei sequestri di maggior rilievo

Droghe	Zone o Paesi di provenienza o di transito	Quantità (in Kg.)	(1) %
Hashish liquido	S i r i a	5,250	
	I n d i a	2,600	
	Francia	0,690	
	T o t a l e	8,540	36,10
Hashish	Marocco	235,365	
	Inghilterra	200,000	
	I n d i a	127,690	
	Pakistan	58,955	
	Grecia	19,500	
	S i r i a	15,123	
	Algeria	14,300	
	Svizzera	7,600	
	G h a n a	4,000	
	Francia	3,959	
	Kuwait	2,570	
	Sri Lanka	2,200	
	Jugoslavia	1,870	
	N e p a l	1,000	
	Tunisia	0,900	
	Egitto	0,750	
	Olanda	0,320	
T o t a l e	696,102	17,84	
Marijuana	Nigeria	164,665	
	Uganda	42,245	
	Tunisia	28,400	
	G h a n a	27,875	

(1) Rapporti con i quantitativi complessivi sequestrati di ciascuna sostanza.

Sezione I

c) Provenienze estere riscontrate nei sequestri di maggior rilievo

Droghe	Zone o Paesi di provenienza o di transito	Quantità (in Kg.)	(1) %
Marijuana	C o n g o	12,350	
	I n d i a	1,850	
	Costa d'Avorio	0,900	
	T o t a l e	278,285	28,87
	T O T A L I	1167,142	22,25

(1) Rapporti con i quantitativi complessivi sequestrati di ciascuna sostanza.

PAGINA BIANCA

Sezione II
Interventi contro il traffico,
lo spaccio ed altri reati
(Legge 22.12.1975 n. 685)

PAGINA BIANCA

Sezione II

Interventi contro il traffico, lo spaccio ed altri reati Persone denunciate

(Legge 22.12.1975 n. 685)

a) - Operazioni e persone denunciate

Operazioni	n. 7.126	
Persone denun- ziate.	in stato di arresto.....	n. 10.638
	a piede libero	n. 2.096
	in stato di irrep.tà.....	n. 248
Totale.....		n. 12.982

b) - Persone denunciate in rapporto ai reati

- Ai sensi dell'art. 71	n. 3.876] 30,07 %
- Ai sensi dell'art. 71 e di altri artt..	n. 2.625	
- Ai sensi dell'art. 72	n. 5.526] 46,59 %
- Ai sensi dell'art. 72 e di altri artt..	n. 523	
- Per altri reati previsti dalla specifi- ca normativa.....	n. 432] 3,32 %
Totale.....		n. 12.982

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Sezione II

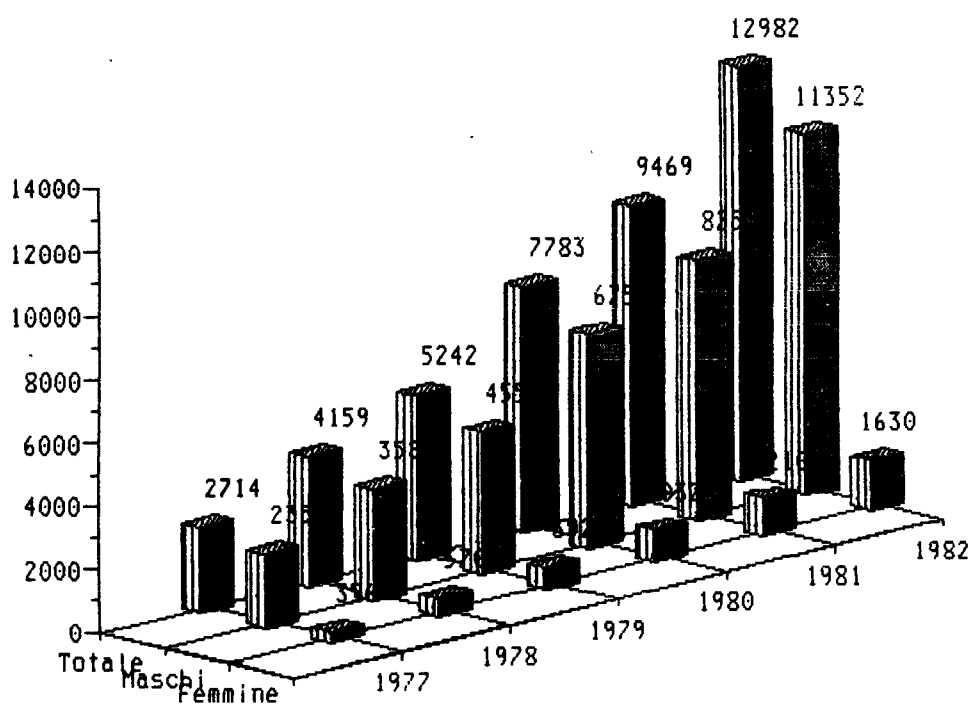
c) - Persone denunciate in rapporto alle droghe sequestrate

Stupefacenti sequestrati			Numero sequestrati	Età e sesso								Italiani	Stranieri
Tipo	Q u a n t i t à			Minori anni 18	Anni 18-25		Anni 26-40		Oltre 40 anni				
	Peso (Kg)	N.ro ¹⁾			M	F	M	F	M	F	M		
Oppio	12.519.500	504	65	1	1	21	5	9		14	6	48	9
Morfina	0.521.137	3.887	64	1		34	7	21	2	3		67	1
Eroina	229.516.803	2.643	3255	170	44	3.059	555	1.946	267	246	48	3.952	383
Altri oppiacei naturali	0.291.300	-	5			1		1	3	4	1	10	
Morfinosimi li	0.685.470	1.121	87	1		21	6	13				41	
Cocaina	104.897.685	59	349	6	1	141	28	207	30	56	7	422	54
Piante di cannabis	-	1.241.512	259	21	4	127	14	51	7	32	3	249	10
Marijuana	963.919.825	253	758	39	5	456	35	182	26	25	7	631	144
Hashish	300.984.230	484	2393	295	25	1839	196	582	62	47	8	2845	209
Hashish liquido	23.652.300	9	50	4	1	32	5	16				52	6
Barbiturici	0.127.000		1										
Tranquillanti	-	203	5										
Amfetamine	4.780.100	86	16	2		2		1		1		6	
Altri stimolanti	1.513.000		24			4		6		2	1	9	4
L.S.D.	0.131.500	205	21	2		15	1	3				20	1
Altri alucinogeni	0.009.270	20	4			3		1				3	1
Altri tipi non precisati	0.782.170	19.693	39	59	7	795	112	600	69	132	31	1772	33
TOTALI	5244.331.290	1.270.679	7395	601	88	6350	964	3639	466	562	112	12127	853
%				5,30		57,88		31,62		5,19		93,41	6,58

1) - Fiale, compresse, dosi, ecc.

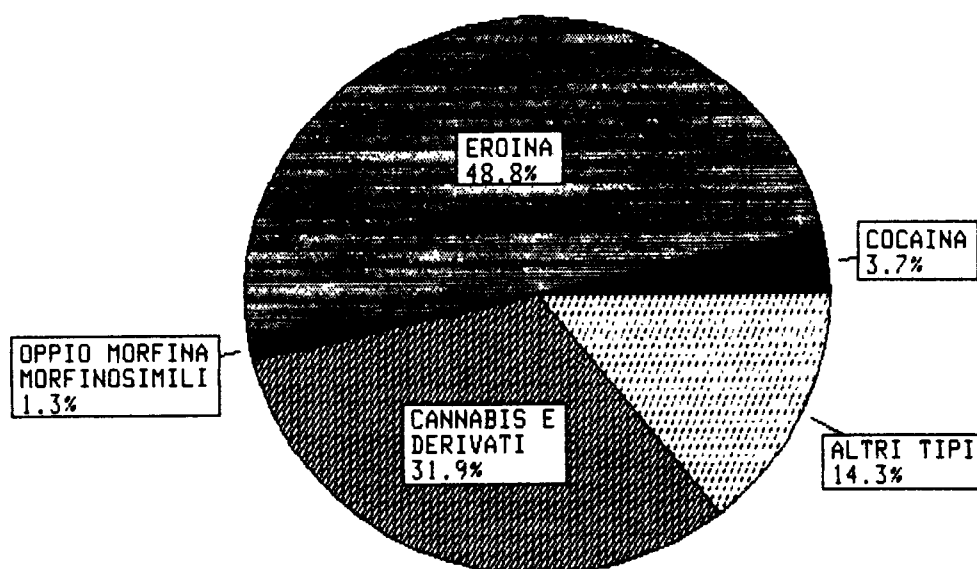
Tab. 5

Distribuzione per sesso dei trafficanti e spacciatori denunciati



Tab. 6

Trafficcanti e spacciatori denunciati all'A.G. in rapporto alle droghe sequestrate



Sezione II

d) - Persone denunciate in rapporto ai reati
ed alle droghe sequestrate

Tipo stupefacente	Art. 71	Artt. 71 ed altri	Art. 72	Artt. 72 ed altri	Altri reati	TOTALI	%
Oppio	23	10	14	7	3	57	0,439
Morfina	19	4	34	2	9	68	0,523
Eroina	2.101	1.296	2.594	256	88	6.335	48,798
Altri oppiacei naturali		4			6	10	0,077
Morfinosimili	13	10	18			41	0,315
Cocaina	190	118	154	7	7	476	3,666
Piante di cannabis	62	100	16	31	50	259	1,995
Marijuana	302	114	321	27	11	775	5,969
Hashish	680	317	1.917	100	40	3.054	23,524
Hashish liquido	15	4	35	4		58	0,446
Barbiturici							
Tranquillanti							
Amfetamine	2		4			6	0,046
Altri stimolanti	9		2		2	13	0,100
L.S.D.	10	2	9			21	0,161
Altri allucinogeni	2		2			4	0,030
Altri tipi non precisati	448	646	406	89	216	1.805	13,903
TOTALI	3.876	2.625	5.526	523	432	12.982	
%	29,85	20,22	42,56	4,02	3,32		

Sezione II

e/1) Stranieri denunciati

Algeria	n. 8	Kuwait	n. 2
Argentina	n. 13	Libano	n. 28
Austria	n. 22	Libia	n. 7
Belgio	n. 3	Malesia	n. 1
Bolivia	n. 1	Marocco	n. 14
Canada	n. 3	Mauritania	n. 1
Cile	n. 16	Nigeria	n. 89
Cipro	n. 1	Olanda	n. 7
Colombia	n. 13	Panama	n. 1
Congo	n. 1	Pakistan	n. 8
Corea del Sud	n. 1	Perù	n. 1
Costa d'Avorio	n. 1	Polonia	n. 1
Costa Rica	n. 1	Portogallo	n. 3
Danimarca	n. 2	Romania	n. 1
Dominicana Rep.	n. 1	Senegal	n. 15
Egitto	n. 131	Sierra Leone	n. 1
Etiopia	n. 4	Siria	n. 27
Francia	n. 43	Somalia	n. 5
Gambia	n. 10	Spagna	n. 23
Germania Fed.	n. 42	Sri Lanka	n. 9
Ghana	n. 7	Sud Africa	n. 1
Giappone	n. 2	Sudan	n. 15
Giordania	n. 3	Svezia	n. 4
Grecia	n. 10	Svizzera	n. 41
Hong Kong	n. 3	Tanzania	n. 7
India	n. 13	Thailandia	n. 1
Indonesia	n. 1	Tunisia	n. 45
Inghilterra	n. 12	Turchia	n. 29
Iran	n. 22	Uganda	n. 15
Iraq	n. 2	Ungheria	n. 2
Israele	n. 1	Uruguay	n. 1
Jugoslavia	n. 16	U.S.A.	n. 37
Kenia	n. 2	Venezuela	n. 2
Totale	n. 855		

Sezione II

e/2) Nazionalità degli stranieri in rapporto alle droghe sequestrate a seguito degli interventi di maggior rilievo (compresi i sequestri nei quali vi sia stato concorso con connazionali)

DROGHE	Quantità sequestrate		%	STRANIERI	
	comple- sive	agli stranieri		Nazionalità	Tot.
	Kg.	Kg.			
O p p i o		4,000		I n d i a	1
		3,720		I r a n	2
		0,500		Sri Lanka	1
		0,250		Germania	1
	Tot.	12,519	8,470	67,65	
Eroina		23,704		S i r i a	18
		9,500		Kuwait	2
		6,500		Libano	18
		6,095		Egitto	63
		5,720		Hong Kong	2
		4,893		Francia	5
		3,054		I n d i a	2
		3,009		.) { Turchia	1
				{ Jugoslavia	1
		2,650		Turchia	4
		2,500		.) { S i r i a	1
				{ Argentina	1
		2,260		I r a n	8
		1,508		.) { I r a n	1
				{ Algeria	1
	1,200		.) { Turchia	2	
			{ Egitto	1	
	1,148		Spagna	1	
	1,120		Sri Lanka	2	
	1,074		Pakistan	4	

(.)Trafficcanti di diverse nazionalità implicati nello stesso sequestro.

Sezione II

e/2) Nazionalità degli stranieri in rapporto alle droghe sequestrate a seguito degli interventi di maggior rilievo (compresi i sequestri nei quali vi sia stato concorso con connazionali)

DROGHE	Quantità sequestrate		%	STRANIERI	
	comples- sive	agli stranieri		Nazionalità	Tot.
	Kg.	Kg.			
Eroina		1,035	35,38	.) [Hong Kong Germania Fed.	1
		1,015			U.S.A.
		1,010		.) [Egitto I r a n	1
		1,000			3
		0,500		.) [S i r i a Pakistan	3
		0,315			1
		0,230		.) [Egitto Giordania	2
		0,182			1
				Germania Fed.	1
				Tunisia	1
		Grecia	1		
Tot.	229,516	81,222			155
Cocaina		14,996		Colombia	12
		9,940		Argentina	5
		7,528		Spagna	3
		4,700		.) [Argentina Venezuela	1
		3,000			1
		2,800		.) [C i l e Argentina	1
		2,400			1
		1,800		Uruguay	1
		1,407		P e r ù	1
		0,680		Bolivia	1
		C i l e	2		
		Inghilterra	1		

(.) Traffucanti di diverse nazionalità implicati nello stesso sequestro.

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Sezione II

e/2) Nazionalità degli stranieri in rapporto alle droghe sequestrate a seguito degli interventi di maggior rilievo (compresi i sequestri nei quali vi sia stato concorso con connazionali)

DROGHE	Quantità sequestrate		%	STRANIERI	
	comples- sive	agli stranieri		Nazionalità	Tot.
	Kg.	Kg.			
Cocaina		0,600		.) [Svizzera Olanda	1 1
		0,125			.) [Inghilterra Francia
Tot.	104,897	49,976	47,64		
Hashish liquido		5,250		Libano Svizzera	2 2
		0,400			
Tot.	23,652	5,650	23,88		4
Amfetamine	4,780	4,090	85,56	Jugoslavia	1
Hashish		368,500		Olanda	6
		19,500) [Etiopia Inghilterra	1 1
		12,786			U.S.A.
		9,523		Svizzera	2
		8,470		I n d i a	3
		7,700		Libano	2
		5,400		Senegal	1
		4,750		Germania Fed.	2
		4,680		Marcocce	2
		4,385		C i l e	2

(.)Trafficcanti di diverse nazionalità implicati nello stesso sequestro.

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Sezione II

e/2) Nazionalità degli stranieri in rapporto alle droghe sequestrate a seguito degli interventi di maggior rilievo (compresi i sequestri nei quali vi sia stato concorso con connazionali)

DROGHE	Quantità sequestrate		%	STRANIERI	
	comple- sive	agli stranieri		Nazionalità	Tot.
	Kg.	Kg.			
Hashish		4,100		Algeria	1
		4,000		G h a n a	2
		3,400		Tunisia	2
		2,930		Francia	3
		2,200		Austria	2
		2,000		L i b i a	1
		1,475		Sri Lanka	1
		1,260		Spagna	1
		0,954		Canada	1
		0,600		Nigeria	2
		0,283		Grecia	4
Tot.	3900,984	468,896	12,01		52
Marijuana		213,758		Nigeria	66
		37,895		Uganda	15
		25,400		Senegal	1
		23,720		Francia	4
		12,350		C o n g o	1
		8,750		G h a n a	2
		5,000		Marocco	1
		4,950		Spagna	1
		4,300		Kenia	1
		3,640		Giappone	1
		1,660		.)-Giappone	1
				.)-Israele	1
		1,000		.)-Nigeria	6
				.)-Indonesia	1
				.)-Colombia	1
		0,900		Costa d'Avorio	1
		0,900		U.S.A.	1
	0,480		Somalia	1	
	0,400		Austria	2	
Tot.	963,919	345,103	35,80		108
T O T Á L I	5244,331	963,407	18,37		361

(.) Trafficanti di diverse nazionalità implicati nello stesso sequestro.

Sezione II

f) — Precedenti ed occupazione delle 12.982 persone denunciate

<i>Personae con precedenti penali e di polizia</i>		%
in materia di stupefacenti n.	583	4,49
in materia di stupefacenti e di altri reati n.	1.170	9,01
per altri reati n.	2.405	18,52
Totale		n. 4.158
		32,02
Per persone aduse agli stupefacenti n.		2.862
		22,04
<i>Categorie socio-professionali</i>		%
Studenti n.	543	4,182
Agricoltori n.	80	0,616
Artigiani n.	133	1,024
Artisti n.	5	0,038
Esercenti di commercio n.	381	2,934
Impiegati n.	316	2,434
Militari di leva n.	239 (.)	1,841
Operai n.	978	7,533
Professionisti n.	256	1,971
Casalinghe n.	238	1,833
Altre occupazioni n.	1.428	10,999
Senza occupazione n.	5.753	44,315
Occupazione non precisata n.	2.632	20,274
Totale		n. 12.982

(.) Vi sono compresi n. 24 militari stranieri di stanza in Italia.

PAGINA BIANCA

Sezione III

**Furti e rapine di specialità
farmaceutiche di stupefacenti
in danno di farmacie ed altri
esercizi autorizzati a detenerle e
a commerciarle**

PAGINA BIANCA

Sezione III

**Furti e rapine di specialità farmaceutiche a base di stupefacenti
in danno di farmacie ed altri esercizi autorizzati adetenerle
e a commerciarle n. 72**

a) - furti

R E G I O N E	P R O V I N C I E	
	Capoluogo	Comuni
PIEMONTE N. 13	Alessandria -	n. 1
	C u n e o -	" 12
	Totali -	n. 13
EMILIA ROMAGNA N. 10	Bologna n. 2	n. 2
	Ferrara -	" 1
	Modena " 1	-
	P a r m a -	" 1
	Ravenna -	" 1
	Reggio Emilia -	" 2
	Totali n. 3	n. 7
TOSCANA N. 10	Firenze n. 1	n. 5
	Arezzo -	" 1
	Grosseto " 1	-
	Massa Carrara" 1	-
	S i e n a -	" 1
	Totali n. 3	n. 7
LIGURIA N. 6	Genova -	n. 1
	Imperia -	" 1
	Savona -	" 4
	Totali -	n. 6

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Sezione III

a) - Furti

R E G I O N E	P R O V I N C I E	
	Capoluogo	Comuni
ABRUZZO N.5	Chieti -	n. 1
	Pescara n. 1	" 2
	Teramo -	" 1
	Totali n. 1	n. 4
LOMBARDIA N.4	Milano -	n. 4
VENETO N.4	Rovigo n. 1	-
	Vicenza -	n. 2
	Treviso " 1	-
	Totali n. 2	n. 2
MARCHE N.4	Ascoli Piceno -	n. 3
	Macerata n. 2	-
	Pesaro " 1	-
	Totali n. 3	n. 1
TRENTINO A. ADIGE N.2	Bolzano -	n. 1
	Trento -	" 1
	Totali -	n. 2
PRIULI V. GIULIA N.2	Udine -	n. 2
L A Z I O N.2	R o m a -	n. 2
CAMPANIA N.2	Salerno -	n. 1
	Benevento n. 1	-
	Totali n. 1	n. 1

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Sezione III

a) - Furti

R E G I O N E	P R O V I N C I E	
	Capoluogo	Comuni
PUGLIA N.2	L e c c e -	n.2
BASILICATA N.2	Matera n. 1	-
	Potenza -	n.1
	Totali n. 1	n.1
SARDEGNA N.2	Cagliari -	n.1
	Sassari -	n.1
	Totali -	n.2
UMBRIA N.1	Perugia n. 1	-
MOLISE N.1	Campobasso -	n.1
T O T A L I N.72	N.15	N.57

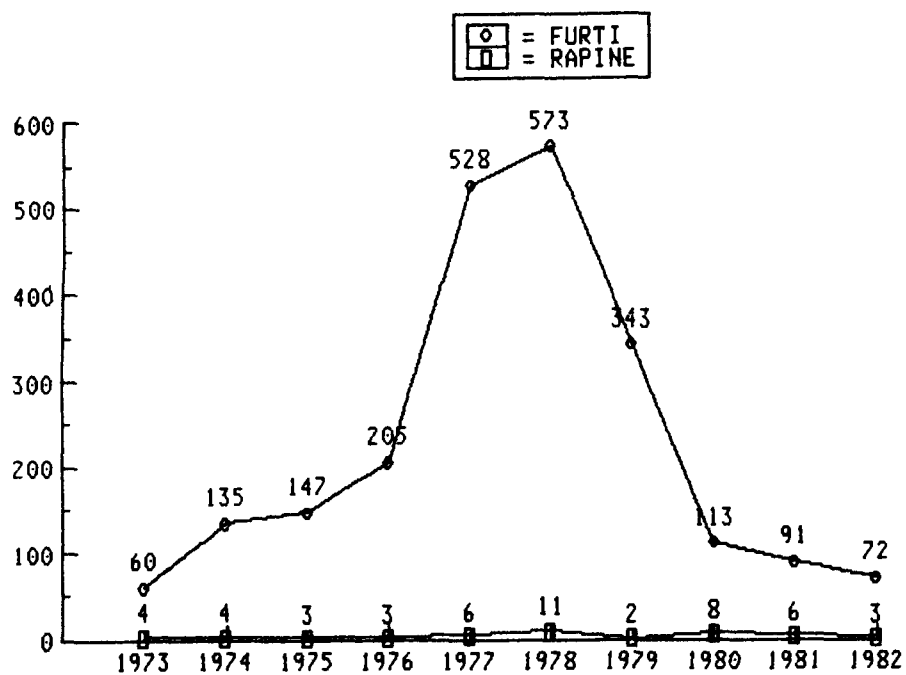
Sezione III

b) - Rapine

R E G I O N E	P R O V I N C I E	
	Capoluogo	Comuni
LIGURIA N. 1	Genova n. 1	-
ABRUZZO N. 1	L'Aquila -	n. 1
PUGLIA N. 1	Foggia -	n. 1
TOTALI N.3	n. 1	n. 2

Tab. 7

Furti e rapine di sostanze stupefacenti dal 1973 al 1982



PAGINA BIANCA

Sezione IV
Persone denunciate per reati
connessi con la droga

PAGINA BIANCA

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Sezione IV

Persone denunciate per reati connessi con la droga (1) n. 1.128

Reati	Persone denunciate								Tipo di connessione				T O T A L E
	Età e sesso						Italiani	Stranieri	Connesso da tossicomane	Sotto effetto droga	Detenzione droga	Correlato traffico	
	Minori anni 18		Anni 18-25		Oltre 25 anni								
	M	F	M	F	M	F							
Furto	9	1	110	11	35	3	167	2	72	7	65	25	169
Rapina	2		31	7	21	2	62	1	9		16	38	63
Scippo	2	1	2	1	3		9		5		4		9
Omicidio	1		22	1	12	5	40	1	3		7	31	41
Violenza carnale			5		9		11	3	2		3	9	14
Estorsione	2	3	12	5	6		27	1	1		8	19	28
Sequestro di persona													
Associaz.ne per delinq.	1	1	22	5	31	5	65				38	27	65
Contrabbando													
A r m i	18	1	164	7	148	15	338	15	7	1	254	91	353
Delitti cont. fede pubb.ca			12	2	17	1	23	9			17	15	32
A l t r i	6		176	19	137	16	338	16	23	2	257	72	354
T O T A L E	41	7	556	58	419	47	1.080	48	122	10	669	327	1.128
%	4,25		54,43		41,31		95,74	4,25	10,81	0,88	59,30	28,98	

(1) Dati rilevati dalle segnalazioni pervenute.

PAGINA BIANCA

Sezione V
Connazionali segnalati all'estero per
infrazioni alle leggi sugli
stupefacenti

PAGINA BIANCA

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Sezione V

Connazionali segnalati all'estero per infrazioni alle leggi
sugli stupefacenti n. 621

Operazioni	Nazione	Droga sequestrata		Età e sesso									
		T i p o	Quantità (in Kg)	Minori anni 18		Anni 18-25		Anni 26-40		Oltre 40 anni			
				M	F	M	F	M	F	M	F		
2	Algeria	Hashish	30,000.000			1							
		Infrazione legge stup.ti				2							
6	Argentina	Cocaina	2,460.000					1					
		Marijuana	0,890.000			1	1	1					
		Psicofarmaci	n. 60 (.)					1					
		Hashish	0,003.000			1							
2	Australia	Eroina	2,700.000					1					
		Infrazione legge stup.ti						1					
6	Austria	Eroina	0,063.000					2					
		Hashish	3,277.000			3	1	2					
5	Belgio	Eroina	0,025.000			1							
		Hashish	1,268.000			5							
		Marijuana	n. 2 (.)			1	1						
2	Brasile	Cocaina	0,100.000			2	1						
2	Canada	Cocaina	1,027.000			1		1					
4	Danimarca	Cocaina	5,500.000			1							
		Hashish	0,605.000					1					

(.) Fiale, compresse, dosi, ecc.

Sezione V

Connazionali segnalati all'estero per infrazioni alle leggi
sugli stupefacenti

Operazioni	Nazione	Droga sequestrata		Età e sesso									
		Tipo	Quantità (in Kg)	Minori anni 18		Anni 18-25		Anni 26-40		Oltre 40 anni			
				M	F	M	F	M	F	M	F		
	Danimarca	Amfetamine	2,600.000					3					
1	Ecuador	Infrazione legge stupi						1					
58	Francia	Eroina	5,361.000 n. 2 (.)			2		4					
		L.S.D.	0,004,500 n.2406(.)			11	1	1					
		Cocaina	11,568.000			1		3			1		
		Hashish	0,805.000	1		19	1	5					
		Hashish liquido	0,180.000				1						
		Marijuana	0,994.000			8	1	1	1	2			
		Infrazione legge stupi				5		2					
120	Germania Fed.	Eroina	n.20 (.) 2,235.060			14		11			3		
		Cocaina	2,229.000			4		2					
		Morfina	n.116 (.)			2		2			1		
		Morfinoali	n. 33 (.)					2					
		L.S.D.	n.1099 (.)	1		3	1						
		Hashish	44,527.200			15	1	7	1				
		Marijuana	0,355.000			2		1					
		Infrazione legge stupi		1		40	6	23					

(.) Fiale, compresse, dosi, ecc.

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Sezione V

Connazionali segnalati all'estero per infrazioni alle leggi
sugli stupefacenti

Operazioni	Nazione	Droga sequestrata		Età e sesso								
		T i p o	Quantità (in Kg)	Minori anni 18		Anni 18-25		Anni 26-40		Oltre 40 anni		
				M	F	M	F	M	F	M	F	
11	Grecia	Eroina	25,950.114			5	2	1	1	1		
		Oppio	0,014.000					1				
		Hashish	0,002.000									
		Hashish liquido	0,045.000			2						
		Hashish	0,003.000			2		2				
		Infrazione	legge stup.ti			3		1				
1	I n d i a	Hashish	0,520.000					1				
28	Inghilterra	Cocaina	0,574.005			2		2				
		Eroina	1,300.000			2	1	2				
		Hashish	843,305.083		1	1		2			2	
		Marijuana	205,427.155			4		4			1	
		Metaqualone	50.000 (.)					1				
		Amfetamine	n. 7 (.)			1	1					
		Infrazione	legge atup.ti			4		3				
1	Indonesia	Infrazione	legge stup.ti							1		
2	Jugoslavia	Marijuana	Imprec.ta					1				
		Infrazione	legge stup.ti					1				
1	Libano	Cocaina	0,500.000								2	
2	Lussemburgo	Infrazione	legge stup.ti			1					1	

(.) Fiale, compresse, dosi, ecc.

Sezione V

Connazionali segnalati all'estero per infrazioni alle leggi
sugli stupefacenti

Operazioni	Nazione	Droga sequestrata		Età e sesso							
		T i p o	Quantità (in Kg)	Minori anni 18		Anni 18-25		Anni 26-40		Oltre 40 anni	
				M	F	M	F	M	F	M	F
6	Maldive	Hashish	0,012.250			1		1	1		
		Marijuana	0,001.000						1		
		Infrazione legge stup.ti					2				
26	Marocco	Hashish	40,175.000			21	1	8		2	1
		Hashish liquido	2,155.000			1		1			
		Marijuana	0,200.000					1			
		Infrazione legge stup.ti			1		2				
2	Messico	Cocaina	0,250.000					1			
		L.S.D.	Imprec.ta			1		1			
1	N e p a l	Hashish	0,075.000			1					
1	Norvegia	Infrazione legge stup.ti						1			
11	Olanda	Eroina	1,250.000					2			
		Cocaina	1,000.000							1	
		Morfina	n. 16 (.)			2					
		Hashish	16,000.000				1	2	1	1	
		Marijuana	11,705.000					2			
		L.S.D.	n.188 (.)			1					

(.) Fiale, compresse, dosi, ecc.

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Sezione V

Connazionali segnalati all'estero per infrazioni alle leggi
sugli stupefacenti

Operazioni	Nazione	Droga sequestrata		Età e sesso									
		T i p o	Quantità (in Kg)	Minori anni 18		Anni 18-25		Anni 26-40		Oltre 40 anni			
				M	F	M	F	M	F	M	F		
1	Pakistan	Eroina	0,020.000			1							
3	P e r ù	Cocaina	0,200.000					1					
		Infrazione legge stup.ti				1		1					
1	Portogallo	Infrazione legge stup.ti				1							
92	Spagna	Eroina	0,308.885			1		1					
		Cocaina	12,413.000			4		6			1		
		Hashish	337,351.000			41	9	27	2		1		
		Hashish liquido	11,138.000			11	6	7	1		1		
		Marijuana	5,540.000			1		1					
		Infrazione legge stup.ti				4	2	8	4		1		
2	Svezia	Hashish	0,226.008			1							
		Marijuana	0,226.000			1							
57	Svizzera	Eroina	3,154.100			18	6	4					
		Hashish	85,048.000			12		6					
		Infrazione legge stup.ti				21		13					
4	Thailandia	Eroina	13,622.000					5					
2	Turchia	Eroina	0,380.000			1		1					

Sezione V

Connazionali segnalati all'estero per infrazioni alle leggi
sugli stupefacenti

Operazioni	Nazione	Droga sequestrata		Età e sesso									
		T i p o	Quantità (in Kg)	Minori anni 18		Anni 18-25		Anni 26-40		Oltre 40 anni			
				M	F	M	F	M	F	M	F		
	Turchia	Hashish	44.527.000	1		5							
1	U.S.A.	Cocaina	Imprec.ta					2					
1	Venezuela	Infrazione legge stup.ti				1							
465	T O T A L I	Kg. N.	1783.394.360 53.909 (.)	4	1	326	45	208	14	22	1		
		%		0,80		59,83		35,64		3,70			

(.) Fiale, compresse, dosi, ecc.

V – Dati sul mercato legittimo delle sostanze stupefacenti e psicotrope

Come noto tale settore è curato dall'Ufficio Centrale Stupefacenti del Ministero della Sanità che per l'anno 1981 ha reso note le seguenti attività:

– curare i rapporti sul piano internazionale con l'Organo di Controllo degli Stupefacenti e con la Commissione degli stupefacenti del Consiglio Economico e Sociale delle Nazioni Unite, partecipando anche in seno alla delegazione italiana ai lavoratori della Commissione stessa che si sono svolti a Vienna nel mese di febbraio;

– effettuare n. 36 ispezioni alle officine farmaceutiche delle Ditte interessate alla fabbricazione e impiego di stupefacenti e sostanze psicotrope, nonché n. 18 ispezioni per attivazione di nuovi depositi di ditte interessate al commercio delle stesse;

– rilasciare n. 10 decreti di autorizzazione alla fabbricazione, n. 89 all'impiego, n. 344 al commercio di stupefacenti e sostanze psicotrope;

– rilasciare n. 180 autorizzazioni ad istituti di ricerca per l'acquisto e l'impiego per scopi scientifici di sostanze stupefacenti e psicotrope;

– rilasciare n. 210 permessi di importazione e n. 401 permessi di esportazione di stupefacenti e sostanze psicotrope e relative preparazioni;

– predisporre e distribuire alle ditte autorizzate gli appositi formulari relativi alla fabbricazione e all'impiego di sostanze stupefacenti e psicotrope;

– emanare i provvedimenti che stabilivano le quantità delle varie sostanze stupefacenti e psicotrope che potevano essere fabbricate e messe in vendita in Italia o all'estero nel corso dell'anno;

– esaminare i rendiconti annuali inviati dalle ditte interessate alla fabbricazione e all'impiego (per un totale di

circa 280) di sostanze stupefacenti e psicotrope al fine della compilazione e invio al suddetto Organo di Controllo degli stupefacenti delle Nazioni Unite di un rapporto annuale:

— pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale dell'elenco delle imprese autorizzate alla fabbricazione, all'impiego e al commercio all'ingrosso di sostanze stupefacenti e psicotrope.

L'attività di lavorazione dell'oppio per l'estrazione di alcaloidi, quella di sintesi di sostanze nella fabbricazione di prodotti medicinali, viene effettuato da officine farmaceutiche debitamente autorizzate.

In occasione delle ispezioni per la normale vigilanza delle suddette officine è stata effettuata anche la verifica del rispetto delle disposizioni della legge 685/75.

L'esercizio del controllo e della vigilanza sulle attività svolte dalle aziende autorizzate al commercio dell'ingrosso è stato affidato ai nuclei specializzati della Guardia di Finanza. I verbali di dette ispezioni sono oggetto di valutazione da parte dell'Ufficio Centrale Stupefacenti.

Si dà ora un quadro riassuntivo del movimento delle sostanze stupefacenti e psicotrope avvenuto nel nostro Paese nel 1982 relativo ad attività legittime debitamente autorizzate. Il quadro è suddiviso in due tabelle che si allegano qui di seguito, una generale su tutte le sostanze, una particolare sulle confezioni a base di morfina e metadone immesse nel consumo. La focalizzazione su queste due ultime sostanze trova la sua ragione nella necessità di valutare l'andamento dei trattamenti con farmaci analgesico-narcotici, previsti dai due DD.MM. del 7/8 e 10/10/1980. Del movimento di morfina e metadone si forniscono per un confronto anche i dati relativi al 1981.

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab. 1 (V) — Sostanze stupefacenti e psicotrope — Bilancio lavorazioni 1982

Sostanze	Fabbricato	Importato	Quantità di prodotto (in Kg.)			Venduto in forma farmaceutica	
			Esportato	Messo in lavorazione	Italia	Estero	
Codeina	2.235.051	—	851.077	854.170	886.552	95.581	
Diidrocodeina	417.492	—	128.522	342.218	366.062	0.768	
Etilmorfina	59.998	—	13.448	70.260	60.266	—	
Folcodina	26.520	—	86.400	—	—	—	
Idrocodone	—	—	3.050	—	—	—	
Metadone	66.726	37.189	—	80.315	79.503	—	
Morfina	988.758	—	95.584	72.085	73.412	—	
Passocodone	—	—	—	—	—	—	
Tebaina	895.868	331.935	—	—	—	—	
Amfetamina	—	5.000 (1)	—	3.269	3.268	—	
Cocaina	—	—	—	—	—	—	
Difenosilato	—	—	—	2.128	—	2.128	
Fentani	—	0.384	—	0.261	0.281	—	
Metilfenidato	—	2.595 (2)	—	—	—	—	
Oppio grezzo	—	11.800.000	45.800	10.290.000 (3)	2.385	—	
			(oppio polvere)				
Petidina	—	8.700	—	—	25.563	—	
Tebacone	—	—	—	—	—	—	
Destropropossifene	32.127.190	148.980	29.919.038	2.346.110	261.432	1.752.359	
Fendimetrazina	3.858.848	0.011	2.540.123	1.045.873	1.056.477	—	
Pentazocina	866.156	276.107	915.400	275.583	218.054	15.675	
Prossifezone (4)	471.825	—	472.500	—	—	—	

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

segue Tab. 1 (V)

Sostanze	Fabbricato	Importato	Esportato	Quantità di prodotto (in Kg.)		Venduto in forma farmaceutica	
				Messo in lavorazione	Italia	Estero	
Allobarbitale	-	200.000	-	556.060	591.428	-	-
Amobarbitale	-	2.785.000	-	3.957.642	2.768.820	1.341.582	-
Aprobarbitale	-	30.000	-	29.273	31.110	-	-
Barbitale	-	4.366.400	-	7.770.870 (5)	59.112	-	-
Butabarbitale	-	-	-	-	-	-	-
Butalbital	-	11.270.000	-	10.957.812	10.952.000	-	-
Fenobarbitale	-	9.777.780	79.472	10.409.743	9.442.905	115.240	-
Fentermina	-	41.600	-	45.895	41.018	1.800	-
Metilfenobarbitale	-	2.100.000	-	1.692.537	1.718.127	1.020	-
Pentobarbitale	-	5.000	22.950	9.113	48.962	5.824	-
Secobarbitale	-	380.000	-	455.523	405.548	-	-
Clordiazepossido	15.605	1.271.000	13.034.632	1.522.970	766.638	713.237	-
Diazepam	34.414	916.425	49.446.000	1.349.133	1.281.199	77.529	-
Flurazepam	3.692	1.000.451	2.469.000	2.035.280	2.172.652	-	-
Meclafenossato	545	-	645.000	-	-	-	-
Medazepam	727	68.000	585.000	228.768	236.526	8.034	-
Nitrazepam	3.247	197.960	3.836.250	246.240	242.692	2.025	-
Oxazepam	17.959	-	14.976.000	937.587	863.084	-	-
Altre Benzodiazepine	5.883	-	1.700.000	1.548.000	1.525.000	4.000	-

(1) per soli scopi scientifici

(2) esclusivamente per la produzione della specialità medicinale RITALIN

(3) per la maggior parte trasformato in codeina

(4) per lavorazione di

(5) di cui 6.498.697 Kg. distrutti nel corso di processi di fermentazione

Tab. 2 (V)

Preparazioni in morfina e metadone prodotte e vendute
in Italia nel 1981 e 1982

1981			
Morfina	Prodotte	Vendute	
Fiale iniettabili da cg. 1	1.328.450	1.322.930	
Fiale iniettabili da cg. 2	3.573.975	3.500.880	
	(+ stock)		
Fiale iniettabili morfina e atropina	294.610	278.190	
Fiale iniettabili specialità a base di morfina	34.545	53.206	
1982			
Morfina	Prodotte	Vendute	
Fiale 1 cg.	712.442	676.535	
Fiale 2 cg.	4.050.885	4.012.040	
Fiale morfina + atropina	809.140	733.350	
Fiale spec. medicinali	34.366	44.350	
1982			
Metadone	Prodotti	Venduti	
Flaconi 5 mg.	306.262	322.052	
Flaconi 10 mg.	466.189	500.540	
Flaconi 20 mg.	3.574.005	3.602.935	
Fiale 10 mg.	204.300	177.800	
Sciroppo 1/1000 flac. 200 cc. (in Kg. di principio attivo)	9.833	10.010	

Appendice

1. *Partecipazione a organismi e iniziative internazionali*

Due sono gli impegni internazionali fondamentali in cui il nostro Paese è coinvolto:

- a) partecipare ai lavori della Commissione Stupefacenti delle Nazioni Unite;
- b) partecipare al gruppo Pompidou, in seno al Consiglio d'Europa.

A – Commissione Stupefacenti dell'O.N.U.

Nel 1982 dal 2 all'8 febbraio ha avuto luogo a Vienna la 7^a Sessione Straordinaria della Commissione, che si riunisce in via ordinaria ogni due anni (negli ultimi anni, però, vi sono state sessioni straordinarie con lo stesso ritmo – ogni due anni).

Ai lavori della Commissione ha preso parte la delegazione italiana che esprimeva competenze di carattere giuridico, di controllo del traffico illecito, di carattere biomedico e chimico tossicologico. In apertura dei lavori la presidenza della sessione è stata affidata al capo della delegazione italiana, al quale è stato successivamente affidato l'incarico di Direttore esecutivo dell'UNFDAC.

Gli argomenti che sono stati trattati dalla Commissione possono essere sintetizzati nel modo seguente:

- 1) Proposte di classificazione o riclassificazione di sostanze stupefacenti e/o psicotrope nell'ambito delle tabelle previste dalle Convenzioni internazionali di New York e di Vienna, rispettivamente dal 1961 e del 1971.

In tale ambito è stata esaminata la proposta dell'OMS di inserire alcune benzodiazepine nella tabella IV della Convenzione di Vienna, la quale attualmente non contempla tale gruppo di sostanze. In proposito la Commissione, su proposta della delegazione italiana, ha deciso di rinviare

ogni decisione, impegnandosi a prendere in esame tutte queste sostanze e non soltanto alcune di esse; ciò in base alla sostanziale equivalenza farmacologica di esse, che non ne consente una differenziazione nelle norme d'uso.

2) Esame del rapporto dell'Organo Internazionale di controllo degli stupefacenti riguardante l'approvvigionamento mondiale di oppiacei in base alle esigenze mediche dei vari Paesi.

3) Esame del programma relativo alle strategie e alle politiche da porre in atto, nonché dei programmi finanziati e da finanziare da parte del Fondo delle Nazioni Unite (UNFDAC).

A tale proposito la Commissione, accogliendo un invito specifico dell'Assemblea Generale dell'ONU, ha deciso di costituire una task-force, unità operativa per facilitare il lavoro della Commissione sulle strategie internazionali, composta dai membri dello Steering Committee (gruppo guida) della Commissione, unitamente a rappresentanti della Divisione Narcotici (DND), del Fondo (UNFDAC) dell'Organo di controllo (INCB) e dell'OMS.

Nell'ambito del piano d'azione quinquennale è stato approvato il programma delle attività da intraprendere nel 1983 nel campo della prevenzione, dei trattamenti e della ricerca scientifica. In particolare, su proposta italiana, sono stati riuniti sotto un'unica voce alcuni programmi affini fra loro.

4) Esame delle misure in tema di prevenzione e trattamenti in atto nei vari Paesi, nonché dell'andamento del traffico illecito.

Riguardo a questo punto ciascun Paese ha presentato un quadro della propria situazione e delle iniziative nazionali intraprese.

In tema di traffico illecito la delegazione italiana ha sondato in maniera informale i pareri di altre delegazioni circa la possibilità di modificare la Convenzione Internazionale sul controllo dei natanti in alto mare, per dare in-

cisività alla lotta contro i trafficanti. A tal proposito si è deciso di affrontare l'argomento in seno al Consiglio d'Europa (Gruppo Pompidou) onde arrivare a un preliminare accordo fra i Paesi europei.

B – Gruppo Pompidou

Tale Gruppo è attualmente composto da dieci Paesi della CEE più la Svezia e la Turchia, ed opera dal 1981 in seno al Consiglio d'Europa.

Il metodo di lavoro consiste in riunioni periodiche dei corrispondenti permanenti di ciascun Paese, con scambi di informazioni e preparazione di iniziative comuni nei vari settori che costituiscono interesse del Gruppo e che comprendono gli aspetti giuridici, quelli repressivi e quelli socio-sanitari. Ogni due anni, di regola ha luogo una riunione a livello di ministri, allo scopo di concordare linee operative comuni comportanti accordi politici e di governo. La prossima riunione ministeriale avrà luogo nel 1984.

Nel 1982 hanno avuto luogo due riunioni dei corrispondenti permanenti (in marzo e in ottobre) nel corso delle quali sono stati affrontati i seguenti temi:

- scambio di informazioni sulla ricerca in Europa;
- sviluppo dei sistemi nazionali di monitoraggio del fenomeno nei suoi vari aspetti;
- problemi relativi alle convenzioni internazionali (New York e Vienna) sul controllo degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope;
- organizzazione di due seminari, uno sul trattamento dei tossicomani pesanti, l'altro sui problemi relativi agli operatori nei servizi per tossicodipendenti;
- cooperazione europea per il controllo del traffico illecito. In tale ambito ha trovato collocazione la proposta degli esperti italiani sul controllo delle navi in alto mare di cui si è già detto a proposito dei lavori della Commissione Stupefacenti dell'ONU;
- l'atteggiamento legislativo nei riguardi della canapa e derivati.

Nel dicembre si è inoltre tenuto un primo simposio sulla epidemiologia delle tossicodipendenze nelle grandi aree urbane.

2. Assistenza ai connazionali tossicodipendenti all'estero

Tale materia è curata dal Ministero degli Affari Esteri che in proposito ha comunicato quanto segue:

L'attività di assistenza degli italiani all'estero si esplica tramite le nostre Rappresentanze diplomatiche e consolari alle quali i connazionali (siano essi temporaneamente espatriati — come nel caso della maggior parte dei «girovaghi» tossicodipendenti — o stabilmente residenti in Paesi stranieri) si rivolgono con richieste di aiuti finanziari o di rimpatri, che vengono loro forniti dopo aver attentamente vagliato il problema e nel limite dei fondi disponibili a tale scopo.

Al riguardo, nel 1982, si è riscontrato un forte incremento delle richieste di rimpatrio nelle zone di affluenza dei connazionali «girovaghi» (e per lo più «tossicodipendenti» o temporanei assuntori di droghe leggere) nonché di richieste di assistenza sotto forma di prestiti in denaro.

Le zone di incidenza di tale fenomeno sono state come per gli anni passati, l'India, il Marocco e la Spagna (paese quest'ultimo che risente del transito dei connazionali provenienti dal Marocco, zona di produzione di hashish).

Sempre nell'ambito degli interventi a favore degli italiani all'estero, va ricordata l'assistenza prestata ai connazionali arrestati, per reati connessi alla droga, in Paesi stranieri. In tale quadro il Ministero degli Esteri, oltre ad aver svolto la consueta azione di contatto con i familiari in Italia e di comunicazioni di rito con i Dicasteri della Giustizia e dell'Interno, ha portato avanti lo studio di un progetto di «Accordo di riconoscimento di sentenze straniere» con il governo thailandese.

3. Le ricerche commissionate dal Ministero della Sanità

L'attività di ricerca promossa dal Ministero della Sanità nel 1982 si è sviluppata secondo direttrici che permetterebbero di approfondire gli aspetti farmacologici, epidemiologici e socio-sanitari del fenomeno delle tossicodipendenze.

Si dà qui di seguito un elenco schematico delle ricerche commissionate.

Nel settore delle indagini *sociosanitarie* è stata finanziata la ricerca «Indagine approfondita delle cause ambientali e sociali delle tossicodipendenze in aree territoriali tipo».

Tale ricerca affidata al CENSIS è finalizzata alla individuazione di fattori di rischio legati alle condizioni socio-economiche dei soggetti interessati e può costituire un contributo utile per la programmazione degli interventi preventivi.

Nel settore della *epidemiologia* è stata finanziata la «Indagine epidemiologica sulle Tossicodipendenza eroinica» (Progetto TO.DI. 2) affidata all'Istituto di Fisiologia Clinica del C.N.R. (Pisa).

Tale ricerca ha lo scopo di verificare i dati emessi da una indagine analoga effettuata nel 1980 (TO.DI. 1) sulla prevalenza dei consumatori di oppiacei in Italia rilevata attraverso una popolazione campione scelta fra i militari di leva e i soggetti afferenti ai Pronto Soccorso di alcune fra le principali città.

Nel settore della *farmacologia* sono state finanziate due ricerche. La prima: «Nuove ricerche sperimentali sulla tossicità cronica da cannabinoidi attraverso la induzione di una ipovitaminosi» e è stata affidata all'Istituto di Medicina Legale Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

La seconda: «Studio dei principi psicoattivi del genere cannabis» affidata all'Orto Botanico di Napoli, è finalizzata ad individuare ceppi di cannabis che contengono minori quantità di tetraidrocannabinolo e a definire le caratteristiche botaniche.

I risultati di queste indagini potranno fornire ulteriori contributi sulla tossicità della canapa indiana, utilizzabili sia a livello clinico sia per eventuali verifiche e aggiornamenti della normativa in vigore riguardante il controllo di tale sostanza.

Nel settore dei *problemi clinici* è stata finanziata la ricerca «Azione delle droghe sulla gravidanza e sui rapporti materno-fetali» affidata alla Cattedra di Puericultura prenatale del 2° Istituto di Clinica ostetrica e ginecologica dell'Università di Roma. Tale ricerca ha lo scopo di valutare l'efficacia di una serie di metodiche di monitoraggio al fine di poter diagnosticare precocemente e, qualora ci sia la possibilità, di prevenire le gravi complicanze fetali, e di offrire alla paziente una adeguata assistenza psicologica.

Nel settore dell'*alcolismo* sono state finanziate due ricerche; la prima: «Effetti di basse dosi di alcool sulla aggressività nella guida simulata», è stata affidata alla Cattedra di Tecniche sperimentali di Ricerca dell'Istituto di Psicologia dell'Università di Roma.

Tale ricerca ha lo scopo di fornire un contributo per lo studio in corso su una nuova normativa su alcool e guida (definizione del tasso di alcoolemia ecc.).

La seconda: «Individuazione di un protocollo diagnostico per il trattamento precoce del danno epatico negli alcoolisti», è stata affidata alla 2° Cattedra di patologia medica dell'Università di Roma, scopo della ricerca è di individuare le precoci alterazioni biochimiche ed eventualmente istologiche che sono espressione di un danno epatico iniziale (e, pertanto presumibilmente reversibile) e di applicare quindi gli schemi terapeutici più validi in rapporto allo stadio e alla gravità della malattia.