

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 cannabici.

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 cannabici 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

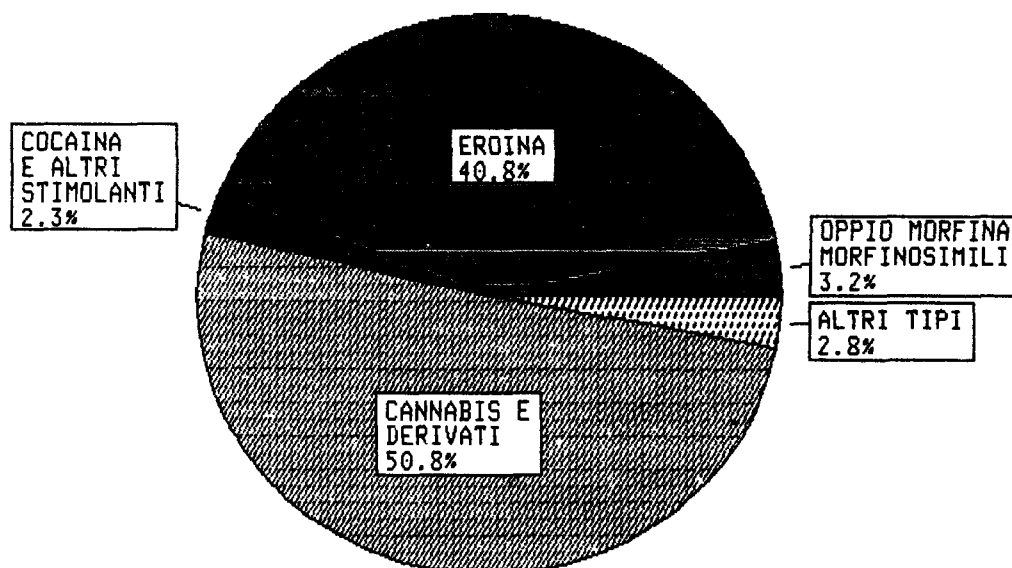
Tab. 2

b) - Persone segnalate in rapporto alle droghe sequestrate

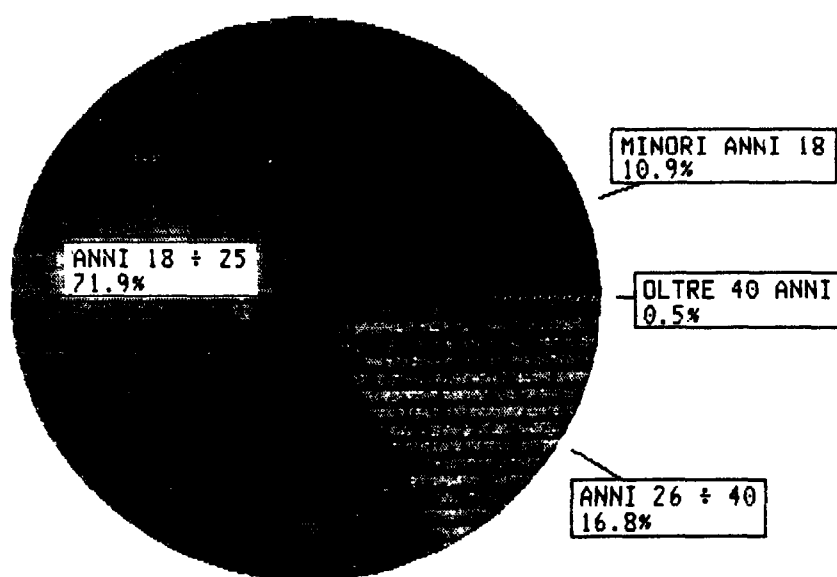
Stupefacenti sequestrati			numero sequestrati	Età e sesso								Italiani	Stranieri	
Tipo	Q u a n t i t à			Minori anni 18	Anni 18-25		Anni 26-40		Oltre 40 anni					
	Peso(Kg)	numero (1)			M	F	M	F	M	F	M			F
Oppio	0,004.000		2			2						2		
Morfina	-	63	3	2	1	85	10	38	2			137	1	
Eroina	0,475.597	126	623	126	31	1778	203	305	52	5	2	1882	20	
Altri oppiacei naturali														
Morfinosimili	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		

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

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

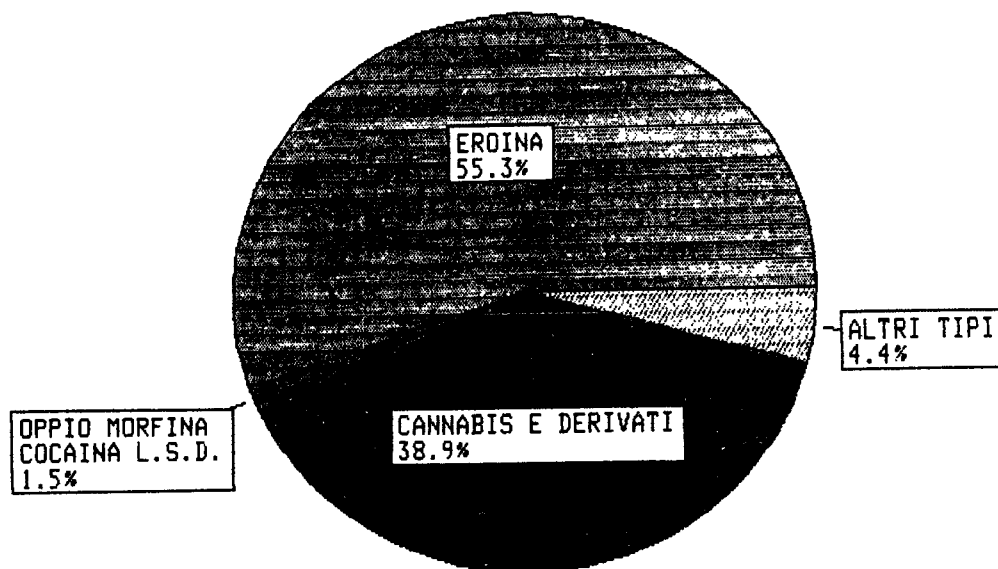
Tab. 10

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)

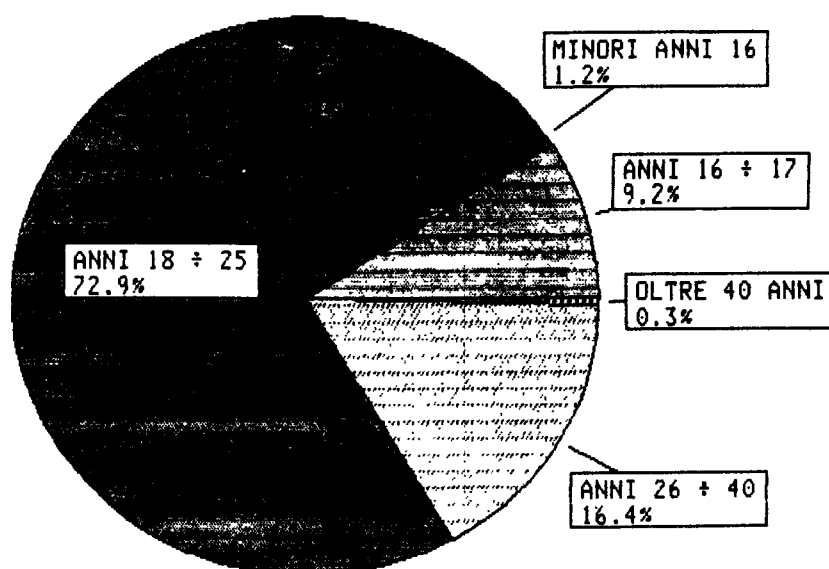
	Oppio	Eroina	Morfina	Cocaina	Amfetaminici	Altri stimolanti	L.S.D.	Altri allucinogeni	Barbiturici	Altri deprimenti	Cannabis e derivati	Altri tipi non precisati	%	(1) 2 o più sostanze
Minori Anni 16		22					1				34	3	1,16	
Anni 16-17	1	224		3			1		2		222	24	9,22	8
Anni 18-25	2	2105	13	19	2	1	10				1454	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.--

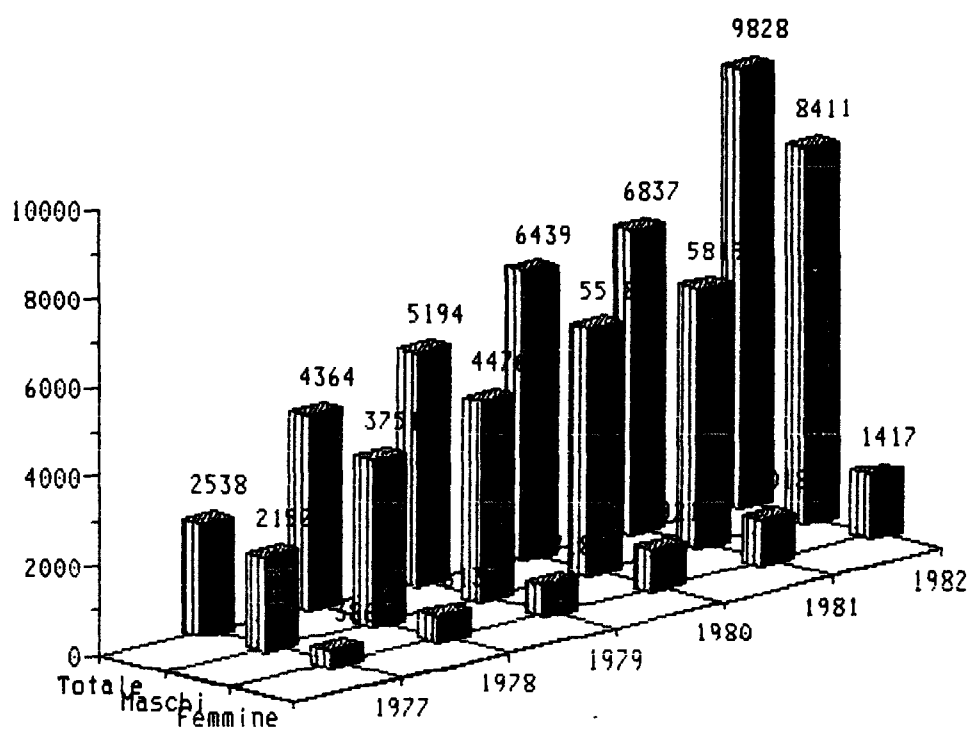
Tab. 11 - Rapporti percentuali tra le sostanze oggetto d'abuso da parte di consumatori segnalati agli organi sanitari (artt. 96, commi 3° e 4°; 100, comma 1, legge n. 685 del 22 dicembre 1975)



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)
FRILUNI 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

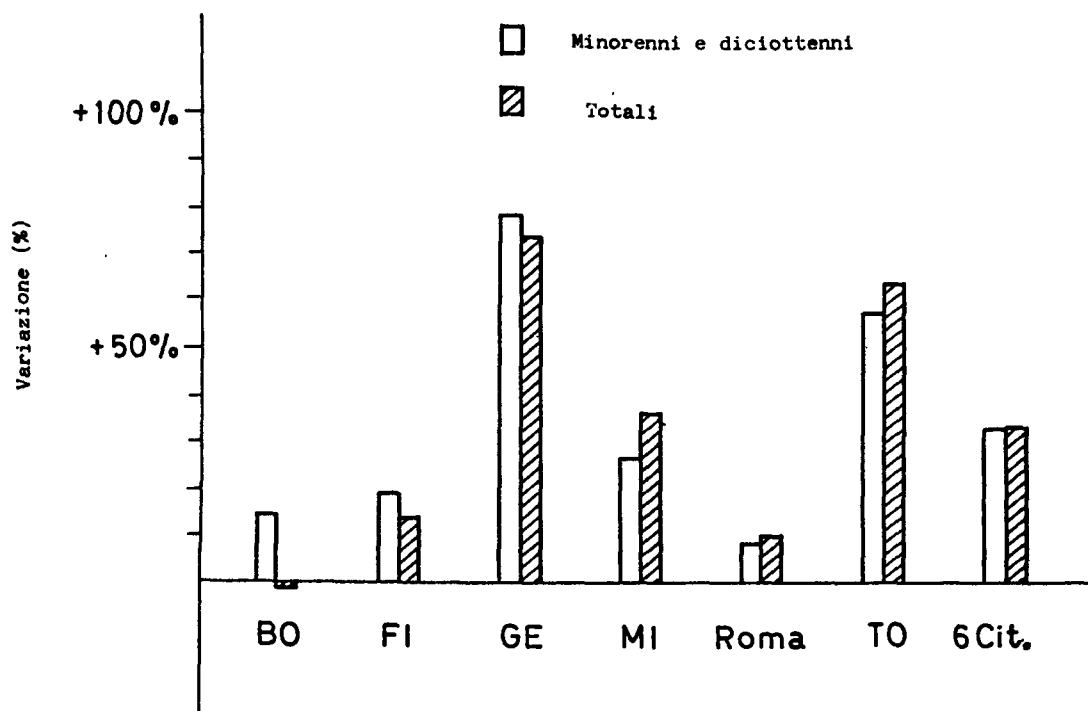
Tab. 3 - Progetto TO.DI. 2
 Variazioni (1980-1982) della prevalenza di assuntori di oppiacei in sei aree metropolitane (*)

A R E E	1980		Prevalenza per 100.000		1982		Prevalenza per 100.000	
	Totale	18-enni e minorenni	Totale	18-enni e minorenni	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)
UMBRIA	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	(15.6)
CAMPANIA	0	(-)	0	(-)	0	(-)	2	(3.4)	0	(-)	1	(1.7)	3	(5.1)	3	(9.2)
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 in-tesa, senza aggravio finanziario per l'Amministrazione penitenziarica;

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.

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

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

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	

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

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.

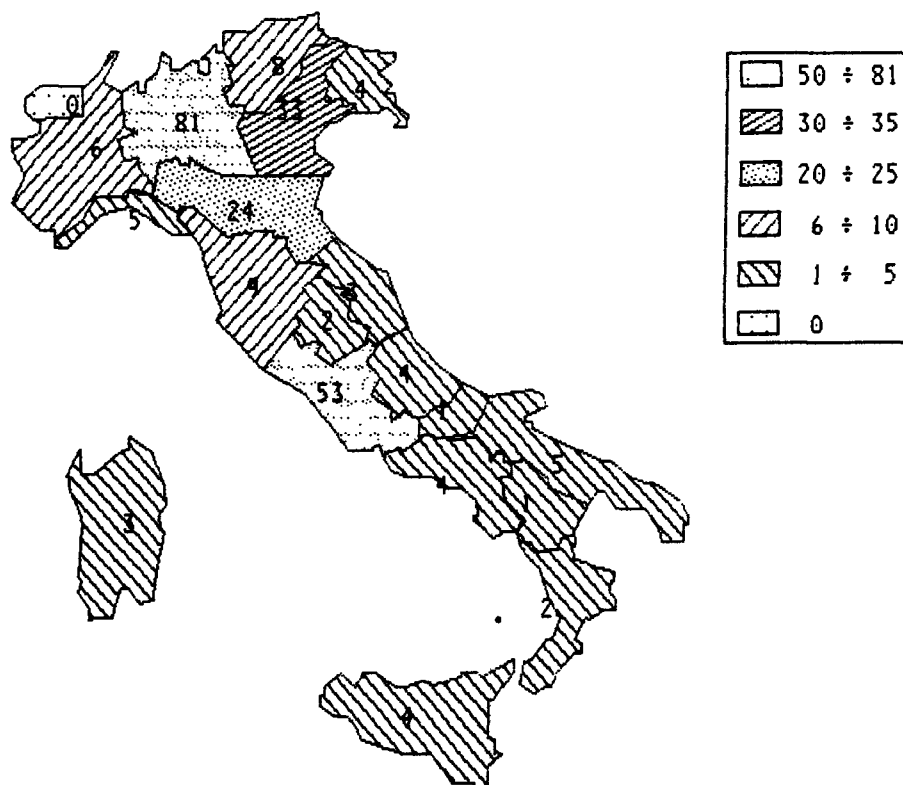
Riguardo alle classi d'età, quella maggiormente rappresentata comprende soggetti fra i 18 e i 25 anni (161 casi su 252).

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.

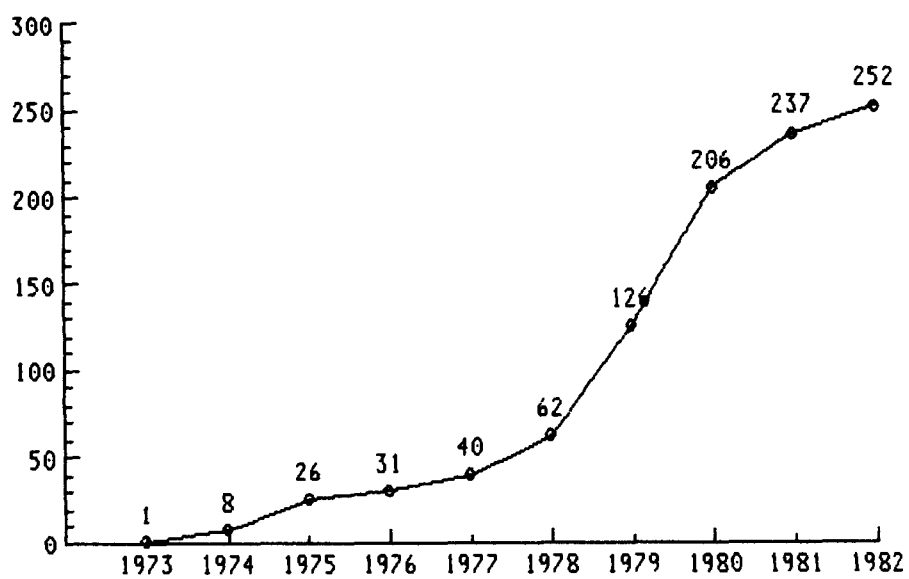
Tab. 3

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 approssimata, 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	Totali	1.085	165	638