

ATTI PARLAMENTARI

X LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. XXXVII
n. 2

RELAZIONE

**SUI DATI RELATIVI ALLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE
IN ITALIA, SULLE STRATEGIE ADOTTATE E SUGLI OBIETTIVI
RAGGIUNTI, NONCHÈ SUGLI INDIRIZZI CHE SARANNO SEGUITI
(ANNO 1991)**

*(Articolo 1, comma 14, del testo unico approvato con decreto del Presidente della
Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309)*

Presentata dal Ministro per gli Affari Sociali

(JERVOLINO RUSSO)

delegato dal Presidente del Consiglio dei Ministri

(D.P.C.M. 3 maggio 1991)

Trasmessa alla Presidenza il 31 gennaio 1992

PAGINA BIANCA

INDICE

PARTE PRIMA

LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE, RECUPERO E REINSERIMENTO

Il Comitato di coordinamento per l'azione antidroga	Pag.	13
Il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga	»	17
La campagna informativa	»	28
Informazioni sul «Drogatel»	»	35
Tabelle della ripartizione dei finanziamenti del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga (art. 127)	»	43
Lo stato dei contributi previsti dagli artt. 128, 131, 132 e 134	»	53
Nota informativa sull'art. 129 (Ministero delle finanze)	»	69
L'Osservatorio permanente sul fenomeno droga:		
- Valutazioni sull'applicazione della normativa antidroga e sull'andamento della tossicodipendenza in Italia	»	75
- Tossicodipendenti in trattamento presso le strutture sanitarie pubbliche e le comunità terapeutiche residenziali nel corso dell'anno 1991	»	83
- Detentori per uso personale di sostanze stupefacenti segnalati alle Prefetture	»	105
- Andamento dei decessi per overdose	»	135
- Problematiche interpretative ed organizzative	»	145
- Entità, distribuzione e caratteristiche dei laboratori chimico-tossicologici pubblici operanti in Italia per le analisi sui reperti provenienti dal traffico illecito e da detenzione per uso personale ..	»	151
La situazione negli istituti di pena per gli adulti e per i minori	»	161
Le attività di prevenzione ed informazione a livello scolastico	»	217
Le attività di prevenzione ed informazione in ambito militare	»	233
I dati sulle tossicodipendenze e le attività del Ministero della sanità	»	245

PARTE SECONDA

La lotta al narcotraffico	»	277
Le attività di prevenzione e repressione svolte dalle Forze di Polizia	»	286

PARTE TERZA

Attività internazionali e rapporti di cooperazione con le organizzazioni delle Nazioni Unite	Pag.	301
Breve sintesi delle attività dell'Osservatorio permanente sul fenomeno droga e di alcune attività di ricerca e documentazione	»	314

ALLEGATI

Elenco degli adempimenti di competenza di ciascun Ministero per i quali sono state richieste indicazioni aggiornate da inserire nella relazione	»	323
---	---	-----

Parte Prima

*Le attività' di prevenzione, recupero
e reinserimento*

PAGINA BIANCA



Il Ministro per gli Affari Sociali

Sig. Presidente, Onorevoli Colleghi,

in virtù del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 maggio 1991, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 1991, di delega di funzioni al Ministro per gli Affari Sociali, ed in ottemperanza a quanto disposto dal comma 14 dell'art. 1 del Testo Unico delle leggi in materia di: "disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza", approvato con DPR 9 ottobre 1990, n. 309, che prevede la presentazione - entro il 31 gennaio - della relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della nuova normativa, provvedo a trasmettere la relazione sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia, sulle strategie adottate e sugli obiettivi raggiunti, nonché sugli indirizzi che saranno seguiti.

La nuova legge è entrata in vigore l'11 luglio del 1990. La relazione riguarda, quindi, un periodo ancora relativamente breve durante il quale, però, il Governo ha compiuto ogni sforzo per attivare i meccanismi della legge e realizzarne le scelte, grazie anche al "Comitato Nazionale di coordinamento per l'azione antidroga", di cui all'art. 1,

che prevede l'impegno, in modo sinergico, delle varie amministrazioni dello Stato competenti in materia, in continuo contatto con le Regioni e con le forze sociali interessate al problema della droga.

Il lavoro si è svolto ad ogni livello istituzionale in un clima, nella maggior parte dei casi, aperto e disponibile a considerare senza preconcetti pregiudizi la nuova normativa e ad impegnarsi per attuarla.

Con il documento odierno si vorrebbero proporre al Parlamento, all'opinione pubblica, agli addetti ai lavori ed ai cittadini tutti, gli elementi che è stato possibile raccogliere sulla reale situazione della lotta alle tossicodipendenze in Italia, a diciotto mesi dall'approvazione della legge.

E' un documento che si vuole offrire per un ampio dibattito su quello che è stato realizzato e su quanto ancora si deve fare, che possa consentire valutazioni e pareri che considerino, senza pregiudizi, o false valutazioni, la nuova normativa.

Nessuno può infatti dubitare che sia necessario uno sforzo particolare, da parte di tutti i settori della società, dello Stato, degli enti locali, del settore privato e del volontariato, per affrontare uno dei problemi più seri ed urgenti della società civile. La piena attuazione di

tutti i molti aspetti innovativi della legge, soprattutto nelle sue componenti preventive e riabilitative che non trovano confronti in alcun'altra legislazione dei più avanzati paesi del mondo, rappresenta una sfida reale per tutta la società. E' una sfida che coinvolge i valori fondamentali del nostro essere, che obbliga ognuno a confrontarsi, in modo concreto, con quei principi cui troppo spesso ci si appella a livello di mere enunciazioni teoriche.

Non si può d'altra parte non sottolineare come troppo spesso si sia cercato, da più parti, di strumentalizzare i dati e le statistiche che con periodicità - invero raramente riscontrabile altrove - vengono forniti dai vari strumenti di rilevamento. E' accaduto che dati parziali o incompleti siano stati utilizzati per motivare presunti fallimenti oppure per confermare, spesso contro l'evidenza dei fatti, critiche precedenti all'approvazione della legge o proiezioni teoriche.

Occorre anche stigmatizzare quel tentativo di disinformazione degli aspetti qualificanti della legge che impedisce, di fatto, a molti potenziali utenti - ed ai loro familiari - di conoscere le molte possibilità di recupero e di reinserimento cui hanno diritto come, per esempio, la

concessione dell'aspettativa dal posto di lavoro e l'obbligatorietà dell'anonimato in qualsiasi momento del percorso terapeutico.

Anche se non si intende, in alcun modo, nascondere la più viva preoccupazione che deriva dall'analisi dei dati sui decessi e dalla consapevolezza delle molte carenze organizzative ed amministrative ancora irrisolte, non si può non osservare, comunque, come da più parti emerga il preciso impegno a cambiare le strutture esistenti, risolvendo così antiche carenze, ad assicurare una più completa attenzione sul fenomeno droga, a potenziare i servizi pubblici ed a migliorare le conoscenze professionali degli operatori, a sostenere quei fenomeni autentici ed insostituibili di solidarietà sociale delle organizzazioni di volontariato, a potenziare l'impegno forte ed incisivo di lotta al narcotraffico sia sul piano interno che internazionale.

Sono constatazioni basate sia sull'esperienza quotidiana che sui dati forniti dalle strutture istituzionalmente competenti per tali rilevazioni che sono integrate con note e commenti predisposti da esperti della materia. Insostituibile è stato l'apporto dell'Osservatorio permanente sul fenomeno droga del Ministero dell'Interno, nonché quello di specifici funzionari dei Ministeri della

Sanità, della Pubblica Istruzione, di Grazia e Giustizia e dell'Istituto Superiore di Sanità.

Il documento riferisce al Parlamento i dati che, con un tempestivo e sistematico lavoro di ricerca, è stato possibile recepire.

Per quanto riguarda temi delicati, quali la situazione delle tossicodipendenze nel mondo del lavoro, le attività in corso a livello regionale, il funzionamento dei SERT, il Rapporto trasmette al Parlamento quanto le Amministrazioni competenti hanno comunicato. Il Comitato di coordinamento continuerà, comunque, ad operare perché, in ogni settore di attività, si realizzi a pieno regime quella mobilitazione delle competenze e delle risorse che la legge 162 richiede.

Il Governo e tutte le forze sociali debbono procedere con un programma di azione continuo e coordinato per far sì che gli impegni assunti nelle sedi istituzionali, le affermazioni verbali e le conclusioni propositive di convegni e congressi, non rimangano pura teoria ed oggetto di dibattito fine a sé stesso, ma si trasformino invece in

azioni concrete, in modo che la cultura della solidarietà e dell'impegno per il rispetto dell'uomo contribuiscano a vincere le cause sociali ed economiche che alimentano le tossicodipendenze.

IL COMITATO NAZIONALE DI COORDINAMENTO PER L'AZIONE
ANTIDROGA

Le attività previste dal T.U. 309 sono realizzate anche grazie al lavoro promosso dal "Comitato nazionale di coordinamento per l'azione antidroga". Certamente, una più puntuale presenza alle numerose riunioni di coordinamento del Comitato dei rappresentanti dei non pochi dicasteri interessati avrebbe assicurato, in modo più avanzato, la soluzione dei problemi ancora sul tappeto.

Positivo è stato l'apporto tecnico e culturale degli esperti previsti dalla legge, che hanno partecipato ai lavori del Comitato fornendo un contributo di esperienze e competenze specifiche nei settori della prevenzione e del recupero. Essi hanno assicurato una forma di collaborazione continua e diretta tra il pubblico ed il privato, fra coloro che vivono quotidianamente il difficile percorso del recupero del tossicodipendente e le strutture dell'amministrazione deputate alla valutazione dei progetti ed alla erogazione dei fondi previsti per l'attuazione di concrete politiche di prevenzione e recupero.

Proprio per favorire nuovi modelli di coordinamento e di approfondimento scientifico dei principali problemi correlati alle tossicodipendenze, il Comitato ha costituito, nel proprio ambito, tre sezioni operative che hanno consentito agli esperti - integrati con altri studiosi ed operatori di chiara fama e di lunga esperienza - di formulare pareri e proposte su tematiche specifiche.

Partendo sia dall'analisi della situazione nazionale che dall'esperienza della "Commissione istruttoria" per l'esame dei progetti da finanziarsi con il Fondo Nazionale, sono stati individuati i settori della prevenzione e dell'informazione, della formazione professionale e della valutazione dei dati epidemiologici, i temi da approfondire per una migliore e più precisa interpretazione del fenomeno.

Dei tre gruppi, il primo è presieduto dall'On.le Artioli, il secondo è presieduto dall'On.le Casini, ed il terzo dal Sen. Condorelli.

La legge riconosce alle attività preventive un'importanza fondamentale. D'altro canto, l'esame dei progetti presentati dai Ministeri e dagli enti locali ha comunque dimostrato, come nella maggior parte dei casi, che l'intervento preventivo rischi di configurarsi con

caratteristiche astratte e carenza di collegamenti operativi con il contesto territoriale in cui se ne prevede l'attuazione.

L'obiettivo principale del gruppo presieduto dall'On.le Artioli, pertanto, è quello di individuare linee guida che fungano da orientamento per gli interventi futuri.

Incontri con i rappresentanti degli Enti locali e dei Ministeri più direttamente coinvolti nelle attività di prevenzione (Pubblica Istruzione, Difesa) hanno permesso ai membri del gruppo di sviluppare un quadro completo delle attività in corso e dei problemi da affrontare con maggiore urgenza. E' in corso di elaborazione un documento di sintesi che verrà presentato al Comitato di coordinamento.

Per quanto riguarda le attività di formazione, il gruppo di lavoro, partendo anche in questo caso da un'analisi delle esperienze in corso a livello locale, ha concentrato l'attenzione sull'individuazione di criteri generali per l'elaborazione dei piani di formazione che ogni Regione è chiamata a redigere e, più in generale, per tutti gli altri interventi mirati alla formazione di personale che, a vario titolo, si occupa di tossicodipendenze.

Il gruppo dovrà individuare i criteri che permettano di realizzare un buon livello di omogeneità di intervento, salvaguardando, nel contempo, l'autonomia che le

singole esperienze richiedono per poter essere utilizzate con successo.

Nel campo dell'epidemiologia, particolare interesse è rivolto all'analisi dei dati attualmente raccolti, sia per una selezione di quelli che maggiormente contribuiscono alla comprensione del fenomeno, sia per definire le metodologie per un coordinamento sempre maggiore dei sistemi di raccolta, nella consapevolezza che una base di informazioni epidemiologiche scientificamente corretta e chiaramente interpretabile, è il presupposto fondamentale per orientare gli interventi futuri verso criteri di massima efficacia e concretezza.

IL FONDO NAZIONALE DI INTERVENTO PER LA LOTTA ALLA DROGA

L'importo finanziario disponibile per il 1990 (136 miliardi di lire) è stato, sin dal maggio scorso, già assegnato ai Ministeri, agli Enti locali ed alle Regioni per le finalità di loro competenza.

Nelle precedenti relazioni si erano forniti tutti i dati relativi ai finanziamenti erogati a valere sugli stanziamenti previsti per il 1990. E' doveroso ricordare come tutte le somme assegnate a ciascun progetto siano state accreditate ai Ministeri, Enti locali e Regioni non oltre il mese di settembre dell'anno passato.

A tutt'oggi risulta che 225 amministrazioni comunali su 244, pari al 92,21% hanno comunicato l'avvio dei progetti; 17 su 244, pari al 6,97%, sono le amministrazioni comunali che non hanno dato comunicazione di avvio; i 2 Enti rimanenti sono ancora entro i termini stabiliti dalla legge. Le amministrazioni regionali che hanno comunicato l'avvio sono 12 su 15, pari all'80%.

Sul supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale" n. 15 del 20 gennaio 1992 è stato pubblicato

l'elenco dei progetti approvati e finanziati attraverso il Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga per il 1991.

Per quanto riguarda i Ministeri l'ammontare complessivo dei finanziamenti concessi per il 1991 è di L. 73.983.000.000.

Il criterio principale che ha orientato i lavori del Comitato è stato quello di assicurare, come accaduto nel 1990, la massima attenzione agli aspetti connessi alla prevenzione dalla droga privilegiando, in tal senso, le attività di carattere educativo. In particolare sono stati assegnati 22 miliardi e 220 milioni al Ministero della Pubblica Istruzione per la formazione dei docenti referenti, l'informazione dei genitori ed il proseguimento dei progetti giovani e adolescenti; 10 miliardi e 762 milioni al Ministero della Sanità per la formazione e l'aggiornamento degli operatori dei servizi pubblici per le tossicodipendenze; 10 miliardi e 622 milioni al Ministero di Grazia e Giustizia finalizzati alla creazione di reparti speciali a custodia attenuata per i tossicodipendenti detenuti e per l'Ufficio della Giustizia Minorile; 18 miliardi al Ministero dell'Interno per attività di formazione del personale, ampliamento dei laboratori di analisi e attività di repressione del traffico di

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

stupefacenti.

Per quanto riguarda gli Enti locali, sono stati approvati 618 progetti (su di un totale di 1.132 pervenuti), per un totale di L. 92.792.170.165 così ripartiti:

NORD	L. 33.804.936.660
CENTRO	L. 21.870.365.440
SUD	L. 28.830.900.000
ISOLE	L. 8.285.968.065

Per quanto riguarda le Regioni, è stato espresso parere positivo per 44 progetti (su 69 pervenuti) per un totale di L. 13.738.999.600, così ripartiti:

NORD	L. 5.812.140.600
CENTRO	L. 2.474.000.000
SUD	L. 3.842.850.000
ISOLE	L. 1.610.009.000

Rispetto all'anno scorso si è registrata una maggiore mobilitazione degli enti locali che ha coinvolto anche Comuni che, pur con gravissimi problemi di droga, non avevano presentato alcuna richiesta nell'anno precedente. Il numero dei progetti pervenuti è quasi triplicato e più

attenzione è stata posta, anche da parte delle Regioni, nella predisposizione della documentazione. Per quanto riguarda i contenuti vi è stata maggiore attenzione anche se occorre ulteriore cura nell'elaborazione delle richieste di finanziamento.

Nell'esame delle numerose richieste trasmesse sono stati privilegiati quegli interventi che, in conformità a quanto contenuto nella circolare esplicativa pubblicata nel maggio scorso, fornivano maggiori garanzie di incisività e di effettiva integrazione territoriale, soprattutto cercando uno stretto coordinamento con le scuole, i servizi pubblici e/o privati, le associazioni che a vario titolo operano nell'ambito della prevenzione e del recupero delle tossicodipendenze.

In particolare, il 66% degli interventi finanziati a livello locale riguarda attività di prevenzione, il 22% ha come obiettivo il recupero, il 10% la riabilitazione e l'1% il contenimento dell'AIDS.

Lo sforzo della Commissione è stato soprattutto quello di stimolare i meccanismi che favoriscono la progettualità e le sinergie, piuttosto che interventi "a pioggia" che comportano anche il rischio di produrre sovrapposizioni.

In quest'ottica, particolare attenzione è stata

attribuita a quei progetti che prevedono il coinvolgimento di più Comuni per la creazione di servizi di maggior respiro territoriale.

Nell'esame dei progetti di formazione regionale si è cercato di privilegiare le proposte che avessero un collegamento diretto con quelle dei Comuni, in modo da garantire la preparazione delle figure professionali necessarie per assicurare il buon esito alle iniziative attivate.

Non sempre è stato tuttavia possibile attenersi a questo schema di lavoro: le informazioni che corredevano i progetti erano in alcuni casi lacunose e, per quanto riguarda le Regioni, a volte, ci si è trovati davanti ad interventi non sufficientemente articolati con i servizi presenti sul territorio.

Anche al fine di superare queste difficoltà, in sede di Comitato di coordinamento per l'azione antidroga, è stata suggerita la creazione di tavoli interistituzionali, coordinati dai Presidenti delle Regioni, che raggruppino le forze coinvolte nel problema al fine di elaborare le linee per un intervento territoriale il più possibile omogeneo e sinergico.

Come si è detto, la maggior parte dei progetti che la Commissione ha esaminato proponeva interventi di

carattere preventivo, a dimostrazione di una diffusa consapevolezza dell'importanza che questo aspetto riveste nell'ambito della lotta alla tossicodipendenza.

Va certamente sviluppato il concetto stesso di prevenzione. E', infatti, vero che si tratta di un tipo di intervento di difficile definizione, per il quale non esistono modelli o "ricette" di carattere universale nè è possibile, in tempi brevi, una valutazione dei risultati in termini di impatto e incisività. D'altra parte, però, esistono alcuni criteri fondamentali che non possono assolutamente essere trascurati se si vuole garantire un certo livello di razionalità e di efficacia all'azione che si intraprende.

Occorrerà anche superare il rischio di un carattere episodico degli interventi: spesso sono mancate garanzie di continuità o indicazioni di una tempistica precisa nè, tantomeno, riferimenti ad un contesto generale che funga da cornice e giustificazione dell'intervento.

Tra le iniziative di carattere preventivo valide sotto il profilo metodologico e della concretezza operativa e che sono stati quindi oggetto di finanziamento, sono da annoverare:

- centri di aggregazione e d'ascolto che, finalizzati alla

prevenzione primaria, hanno l'obiettivo di offrire un punto di riferimento per il tempo libero alle fasce adolescenziali e presso i quali sia possibile assicurare anche la consulenza adeguata per affrontare problemi collegati al disagio ed alle tossicodipendenze. Le iniziative propongono, di solito, attività di tipo ricreativo e culturale.

Le stesse strutture vengono anche utilizzate per incontri e corsi di formazione per genitori, insegnanti e personale volontario nel tentativo di creare gruppi omogenei disponibili ad impegnarsi sul territorio in un'attività di carattere preventivo;

- campagne di informazione, sensibilizzazione nelle scuole o, più in generale, sul territorio, attraverso la promozione di incontri con esperti, la diffusione di materiale documentario, la creazione ex-novo di supporti didattici, il coinvolgimento dei mezzi di comunicazione locali;
- formazione di personale volontario e di operatori di strada (street workers);
- sostegno dell'associazionismo sportivo e culturale

- sollecitando, nel contempo, fra le associazioni, una particolare attenzione per i soggetti segnalati dai servizi sociali o dalle scuole e per i quali un simile inserimento potrebbe avere funzioni particolarmente efficaci nell'alleviare una situazione di disagio o di rischio;
- creazione di banche dati, osservatori, centri di documentazione che raccolgano i dati e le informazioni utili per orientare futuri interventi di prevenzione e/o recupero. In questi casi vengono selezionati quegli interventi in grado di fornire informazioni su campioni sufficientemente ampi per poter essere davvero rappresentativi e che contengono effettive premesse per sviluppi concreti nell'immediato futuro;
 - ricerche-intervento sul disagio giovanile, sull'abbandono scolastico, sui fenomeni di drop-out. Anche in questo settore, la validità degli interventi è misurata in base alle garanzie che, una volta ultimata la fase di studio, i risultati possano avere applicazioni pratiche, immediate e concrete.

Nel campo della riabilitazione, i finanziamenti

privilegiano interventi volti alla creazione, od al potenziamento, dei centri diurni e di programmi di accoglienza residenziali e semi-residenziali, ad attività di assistenza domiciliare a tossicodipendenti, alla formazione di gruppi di auto-aiuto.

Un'attenzione particolare viene rivolta alle richieste di finanziamento finalizzate al reinserimento lavorativo di ex-tossicodipendenti, soprattutto quando risulta evidente la stretta interazione con i servizi socio-sanitari sia nella fase di selezione degli utenti, sia nel follow-up delle iniziative.

Così come previsto dal comma h dell'art. 2 del T.U. n° 309, in via sperimentale sono state finanziate anche le prime richieste di installazione di distributori di siringhe monouso autobloccanti. In questo caso, si sono privilegiati gli interventi nei capoluoghi di provincia ove il fenomeno dello scambio di siringhe è più acuto. Il monitoraggio dei risultati di questi interventi permetterà di definirne il livello di efficacia e di orientare, con maggiore sicurezza, le scelte future.

Come previsto dalla legge, il 40% dei fondi disponibili è stato assegnato alle regioni meridionali. In generale, la distribuzione dei fondi risulta, per il '91, più omogenea e rispondente alle esigenze ed ai disagi

specifici soprattutto perché, essendo aumentato il numero dei progetti presentati, è stato possibile selezionare gli interventi più validi su di un campione sufficientemente rappresentativo.

Infine, particolare cura è stata posta, laddove la collaborazione delle altre strutture lo ha reso possibile, nell'evitare duplicazioni di finanziamento grazie ad una costante verifica sia delle domande trasmesse tramite i vari canali previsti, che dalle successive determinazioni delle commissioni incaricate della valutazione dei progetti da finanziare.

Il Dipartimento per gli Affari Sociali ha poi attivato una serie di contatti con tutte le amministrazioni interessate alla predisposizione dei progetti per favorire una migliore comprensione delle procedure e dei metodi da seguire, promuovendo anche apposite riunioni, in collaborazione con la Conferenza Stato Regioni e con l'ANCI, ed istituendo un apposito numero telefonico per chiunque desiderasse ulteriori chiarimenti ed informazioni.

Grazie ad una convenzione stipulata con la RAI dal Dipartimento per la Funzione Pubblica, è stato possibile utilizzare degli inserimenti su Televideo per dare ancor maggiore pubblicità a queste informazioni, con lo specifico obiettivo di mettere in grado tutte le strutture legittimate

a farlo, di presentare proposte efficaci e pertinenti.

Infine, per quanto riguarda i fondi del 1990, il Dipartimento per gli Affari sociali ha già avviato tutte le procedure consentite per controllarne l'utilizzo, incluse quelle relative all'eventuale recupero degli importi erogati, nel caso di progetti che non siano stati avviati entro tre mesi dall'accreditamento dei fondi.

Si potrà, in tal modo, promuovere un approccio sempre più approfondito al problema, improntato su solide basi scientifiche e metodologiche che non sempre, nell'ambito della tossicodipendenza, hanno contraddistinto le iniziative sociali.

LA CAMPAGNA INFORMATIVA

Altro importante settore che va assumendo una sua precisa collocazione nell'ambito delle attività preventive è quello dell'informazione e della comunicazione istituzionale.

Successivamente alla prima campagna informativa, avviata subito dopo l'approvazione della legge, e dopo il buon successo del cartone animato di Walt Disney contro la droga, oggi distribuito nelle scuole ed ancora irradiato dalle televisioni locali, il Dipartimento per gli Affari Sociali, in collaborazione con il Dipartimento per l'Informazione, ha realizzato la seconda campagna informativa, che si è sviluppata, in due fasi, durante tutto il 1991. Rafforzando l'orientamento preventivo di fondo, la nuova campagna, caratterizzata dallo slogan "se ti droghi ti spegni", si è posta nel quadro di un ampliamento della fascia di età del target primario e con una tonalità maggiormente dissuasiva, più forte insomma, tesa a sottolineare con più incisività i caratteri di dannosità e di pericolo della tossicodipendenza.

Ogni iniziativa promossa dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri nell'ambito delle proprie competenze,

e finalizzata all'attuazione della legge contro la droga, prevede un immediato monitoraggio delle attività svolte e dei risultati conseguiti. Pertanto, in contemporanea con la campagna informativa, è stata promossa un'indagine qualitativa (Eurisko) e quantitativa (Doxa).

L'impatto è risultato molto positivo, superiore a quello delle altre campagne di carattere sociale ma simile a quello registrato per la campagna precedente a dimostrazione che, pur adottando un tipo di approccio molto diverso, in entrambi i casi si è raggiunto l'obiettivo di sensibilizzazione che ci si prefiggeva.

La campagna informativa è stata inoltre affiancata da DROGATEL, una linea di servizi che la Presidenza del Consiglio dei Ministri ha inteso offrire ai cittadini per ogni informazione sui vari aspetti connessi al fenomeno droga. A margine dei messaggi pubblicitari era contenuta una scheda tramite la quale sono state richieste, al Dipartimento per gli Affari Sociali, sia l'elenco e gli indirizzi dei servizi pubblici e delle comunità terapeutiche deputate al trattamento ed al recupero dei tossicodipendenti, che informazioni sulla legge e sui diritti che da essa derivano, oppure dettagliati elementi sugli effetti negativi delle droghe sulla salute.

A conferma dell'interesse e dell'efficacia

dell'iniziativa, dal 1° giugno u.s., data in cui ha preso avvio il programma ad oggi sono pervenute al Dipartimento per gli Affari Sociali richieste di informazioni articolate secondo lo schema allegato.

Il servizio è continuato anche dopo il termine della campagna informativa, viene pubblicizzato in tutti i modi possibili e si collegherà poi alla terza campagna, che prenderà avvio nel corso del prossimo mese di marzo, e che sarà strutturata su di un messaggio volto sia ad incentivare il recupero di quanti già sono coinvolti nella drammatica esperienza della tossicodipendenza, sia a mettere in evidenza il fatto che, persistendo nell'uso della droga, si alimentano i canali di finanziamento della malavita.

Parallelamente è prevista la redazione di un opuscolo che illustri, in modo conciso e con un linguaggio accessibile a tutti, le caratteristiche della legge, i diritti dei cittadini previsti dalla stessa e gli strumenti disponibili per coloro che intendono avviare un programma di recupero.

Un apposito tagliando consentirà a tutti i cittadini di far conoscere le disfunzioni, od inefficienze, riscontrate nell'attuazione della legge in modo da consentire al Dipartimento Affari Sociali gli opportuni interventi ai livelli adeguati.

Prenderà poi avvio, entro la primavera, in tutte le scuole, un concorso che coinvolgerà direttamente i giovani nell'elaborazione di idee da utilizzare per le prossime campagne informative ed altre azioni finalizzate alla prevenzione.

In ambito internazionale, il Dipartimento è presente con un suo rappresentante in seno al CELAD. Ha partecipato, coordinando il contributo delle varie Amministrazioni, alla redazione del "II rapporto sulla riduzione della domanda di droga in ambito europeo" e prende parte attiva ai lavori per l'istituzione dell'"Osservatorio Europeo sulla droga" di cui, al momento attuale, è in fase di discussione il regolamento istitutivo.

E' inoltre incaricato del coordinamento nazionale delle attività da realizzarsi nell'ambito della "Settimana Europea contro la droga", promossa dal CELAD, che si svolgerà nel prossimo mese di novembre.

Per la selezione degli interventi che meglio concorreranno alla buona riuscita di questo momento di mobilitazione comunitaria, ci si avvarrà del contributo degli esperti che fanno parte del gruppo di lavoro sulla prevenzione e l'informazione.

Per quanto riguarda il 1992, nel contesto di un'azione volta in modo sempre più incisivo a sviluppare al

massimo l'attività degli organi dello Stato, delle Regioni e degli Enti locali per raggiungere gli obiettivi previsti dalla legge n. 162, occorrerà soprattutto incentivare l'azione di prevenzione, sostenendo, in modo sempre più concreto, tutte le iniziative valide rivolte a questo scopo.

Di particolare importanza è la disponibilità offerta dalle Confederazioni sindacali per un'azione volta a prevenire le tossicodipendenze nel mondo del lavoro.

Altro obiettivo prioritario riguarda i SERT al fine di realizzarne a pieno non solo la capillare presenza in tutte le USL voluta dalla legge, ma il funzionamento 24 ore su 24 e soprattutto una valida qualità di servizio.

A tal fine un'attenzione del tutto particolare dovrà continuare ad essere riservata ai problemi del personale.

Per quanto riguarda le comunità terapeutiche, pubbliche e private, nonché i nuovi percorsi anche non residenziali di recupero dalle tossicodipendenze, occorrerà continuare ad operare per garantire la massima serietà delle iniziative, moltiplicarle sul territorio e realizzare meccanismi idonei ad erogare in modo più rapido i finanziamenti.

Sarà proprio attraverso le sinergie che si riusciranno a sviluppare fra prevenzione, rapido e valido

intervento di aiuto al tossicodipendente ed efficace azione di recupero, che sarà possibile contenere al massimo il drammatico fenomeno delle morti per overdose.

Occorre, infine, avere consapevolezza che molti dei finanziamenti previsti dalle norme contro la droga sono quantificati solo per l'esercizio finanziario in corso.

Trattandosi però di una legge di spesa permanente, occorrerà, nella finanziaria 1993, determinare la quota da iscrivere nel bilancio di ciascuno degli esercizi finanziari successivi.

PAGINA BIANCA

"Drogatel"

PAGINA BIANCA

Il servizio informativo "Drogatel" ha preso avvio il 1 giugno c.a. in concomitanza con l'inizio della campagna informativa. Nei sette mesi di attività del servizio informativo sono pervenute 15.452 richieste di informazioni: 15.034 tramite l'invio del coupon allegato alla pubblicità che appare sui quotidiani e le riviste e 418 a mezzo telefono.

Sono stati infatti istituiti due numeri telefonici a cui rivolgersi per avere informazioni sull'applicazione delle Legge o per richiedere l'invio, in forma anonima, della documentazione prevista anche dal coupon: A) il testo della legge; B) i rischi e le conseguenze prodotti dall'uso di droghe; C) le strutture pubbliche e private per il recupero dei tossicodipendenti.

Queste richieste sono pervenute nella quasi totalità dall'Italia, ma non sono mancate richieste provenienti da paesi esteri, 155 per l'esattezza, di cui alcune da paesi Africani (Tunisia, Etiopia, Cameroun, Kenya) altre sono arrivate da paesi del Sud America (Argentina, Brasile, Ecuador e Perù) e le rimanenti dai vari paesi europei, Svizzera principalmente, e poi Germania, Francia, San Marino, Austria, Belgio, Inghilterra, Olanda, Grecia, Danimarca, Svezia, Albania, Croazia, Malta, Slovenia, Spagna, Portogallo e Romania.

Di 15.297 richieste pervenute dall'Italia, 14.885 sono arrivate da privati cittadini (7.204 uomini e 7.681 donne), 412 da Comuni e associazioni private.

L'andamento giornaliero delle richieste ha mantenuto uno standard abbastanza costante nei mesi in cui la campagna è stata in atto, nonostante questo periodo abbia coinciso con le vacanze estive ed abbia quindi sopportato sia le difficoltà di smistamento da parte degli uffici postali sia le cadute di interesse da parte del grande pubblico verso i temi sociali nel periodo delle ferie. Si è comunque registrata una media giornaliera di circa 77 richieste, senz'altro con delle punte massime nei mesi di giugno e luglio, ed un consistente ritorno di interesse nei mesi di ottobre e novembre in coincidenza della seconda fase della campagna.

Un primo aspetto, estremamente incoraggiante, è dato dal fatto che solo poche lettere e telefonate hanno presentato caratteri "goliardici", e ancora più incoraggiante il fatto, riscontrabile nel settore telefonate, che dopo la prima ondata di mamme, sorelle e fidanzate, adesso cominciano a telefonare direttamente giovani che ammettono il loro stato di tossicodipendenti e chiedono aiuto, segnale questo indicatore del superamento di una possibile diffidenza (più di una telefonata comincia con la frase "Ma non sarete mica sbirri?"), e sintomatico del fatto che nonostante l'aumentare di iniziative di assistenza e della creazione di nuove comunità, lo Stato viene ancora considerato un interlocutore valido anche presso le fasce di emarginazione sociale.

Altro dato interessante è la tipologia delle telefonate di protesta, che presentano tutte lo stesso comune denominatore: scarsa attenzione da parte dei servizi pubblici; lunghezza eccessiva nei tempi di accoglimento presso le comunità.

Per quanto riguarda gli aspetti meramente numerici che emergono dalla rilevazione dei dati appare evidente il divario tra le richieste provenienti dalla Lombardia e quelle provenienti dalle altre regioni, e questo trova una sua possibile giustificazione nel fatto che la Lombardia detiene dal 1984 il triste primato di regione con il più alto numero di morti per abuso di sostanze stupefacenti.

La conferma del fatto che più alto è il rischio, più alta è la richiesta di informazioni è data anche dalla situazione del Molise che, presentando il più basso numero di decessi per droga, è anche la regione da dove sono pervenute il minor numero di richieste di informazioni.

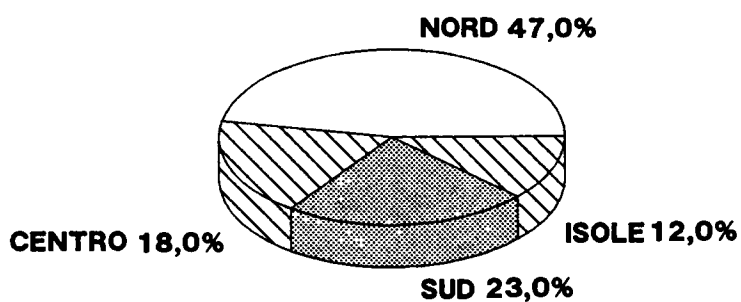
X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

<u>RILEVAMENTO TOTALE COUPONS E TELEFONATE PERVENUTI AL 25/01/1992</u>										
<u>REGIONE</u>	<u>TOTALE</u>	<u>UOMINI</u>	<u>DONNE</u>	<u>VARIE</u>	<u>CURA</u>	<u>EFFETTI</u>	<u>NORM.VA</u>	<u>TUTTE</u>		
VALLE D'AOSTA	34	15	17	2	1	6	3	24		
PIEMONTE	1.156	521	604	31	63	265	86	742		
LIGURIA	408	202	194	12	34	73	44	257		
LOMBARDIA	2.717	1.203	1.449	65	143	586	208	1.780		
TRENTINO A.A.	253	120	126	7	11	43	20	179		
VENETO	1.327	579	716	32	48	334	134	811		
FRIULI V.G.	395	153	232	10	19	77	40	259		
EMILIA ROMAGNA	885	381	481	23	42	189	83	571		
TOSCANA	889	430	441	18	48	189	85	567		
UMBRIA	202	79	121	2	8	46	29	119		
MARCHE	373	166	199	8	14	91	34	234		
LAZIO	1.316	650	611	55	79	261	107	869		
ABRUZZO	356	161	177	18	18	92	44	202		

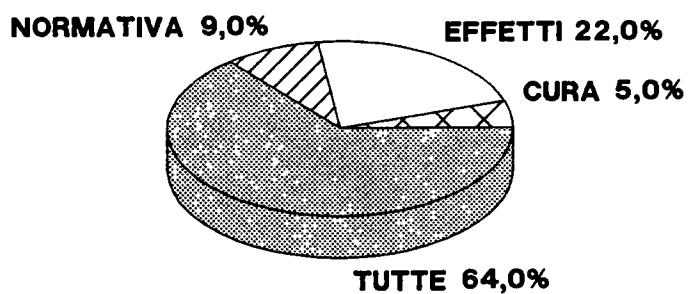
X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

<u>RILEVAMENTO TOTALE COUPONS E TELEFONATE PERVENUTI AL 25/01/1992</u>									
<u>REGIONE</u>	<u>TOTALE</u>	<u>UOMINI</u>	<u>DONNE</u>	<u>VARIE</u>	<u>CURA</u>	<u>EFFETTI</u>	<u>NORM.VA</u>	<u>TUTTE</u>	
<u>MOLISE</u>	92	48	43	1	7	28	9	48	
<u>PUGLIA</u>	1.147	578	548	21	76	219	124	728	
<u>CAMPANIA</u>	1.322	741	545	36	68	260	141	853	
<u>BASILICATA</u>	169	70	93	6	11	38	13	107	
<u>CALABRIA</u>	502	255	229	18	18	110	53	321	
<u>SICILIA</u>	1.011	549	434	28	52	210	95	654	
<u>SARDEGNA</u>	743	303	421	19	38	137	53	515	
<u>ESTERO</u>	155	74	74	7	3	28	5	119	
TOTALI	15.452	7.278	7.755	419	801	3.282	1.410	9.959	

DROGATEL



RICHIESTE PER TERRITORIO



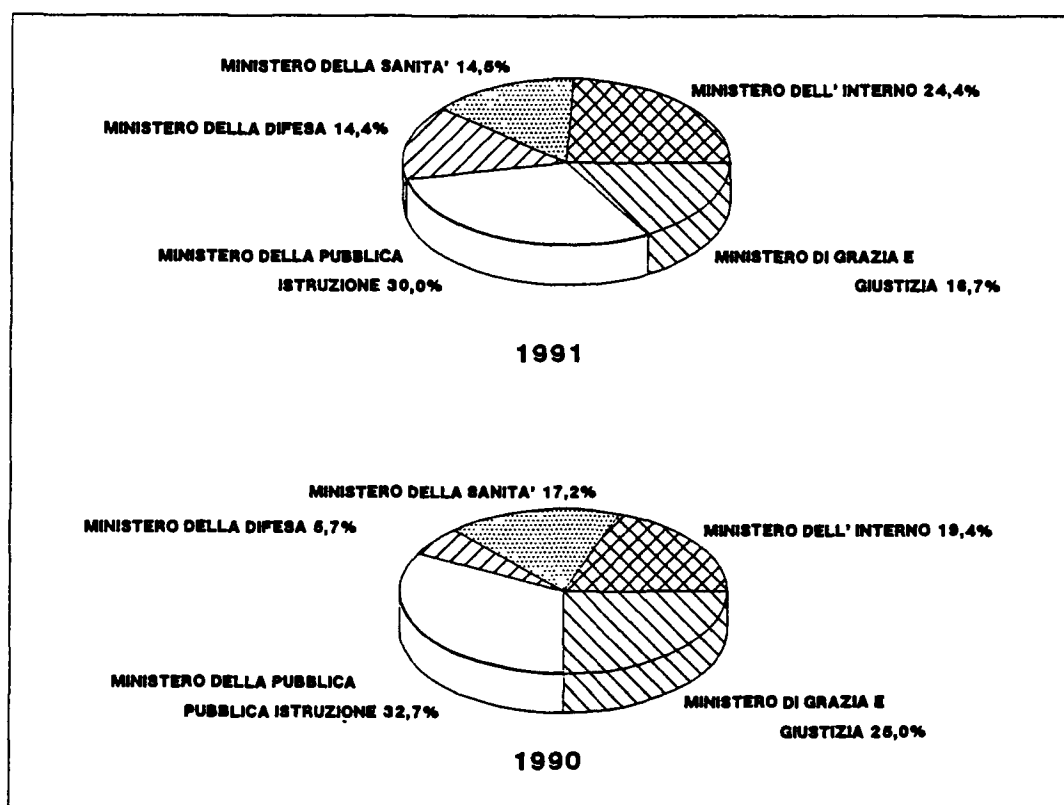
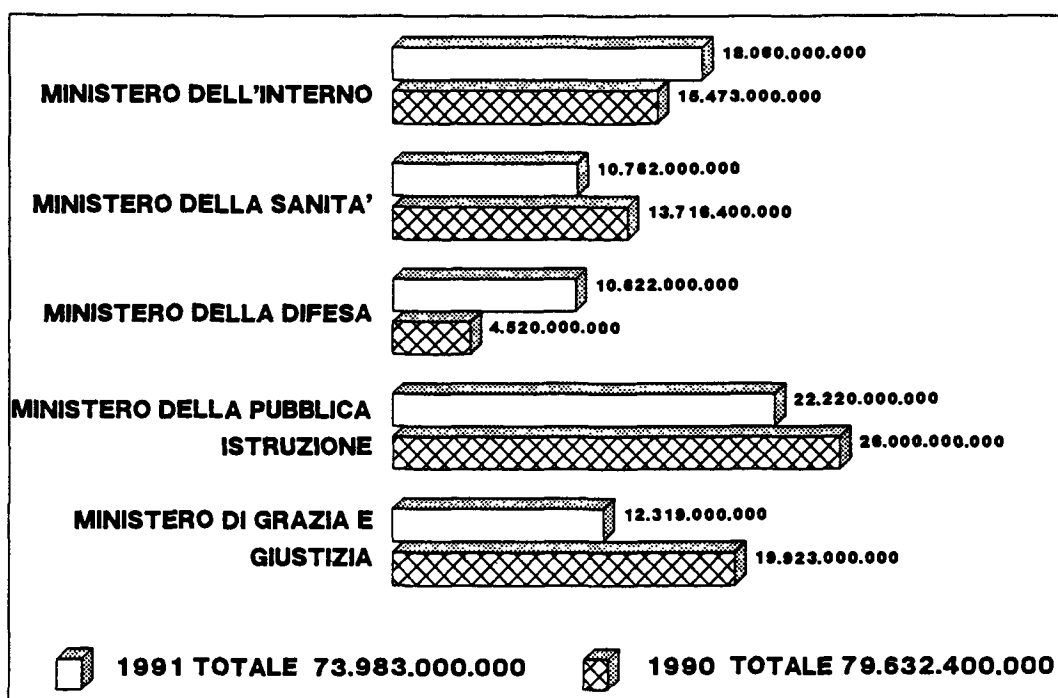
RICHIESTE PER TIPOLOGIE

*Ripartizione dei finanziamenti del
Fondo nazionale di intervento per la
lotta alla droga (art. 127)*

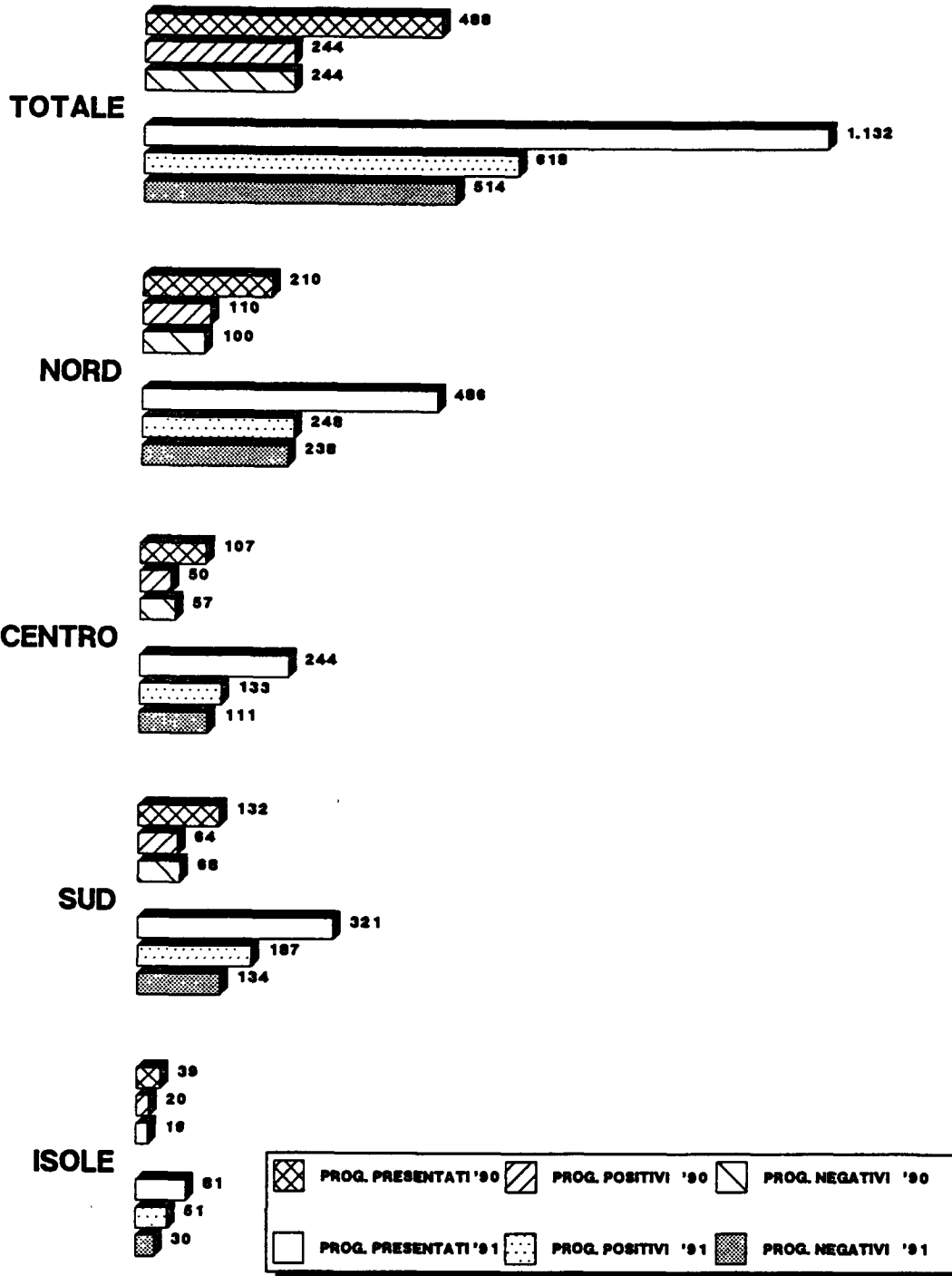
PAGINA BIANCA

AMMINISTRAZIONI DELLO STATO

Finanziamenti Disposti

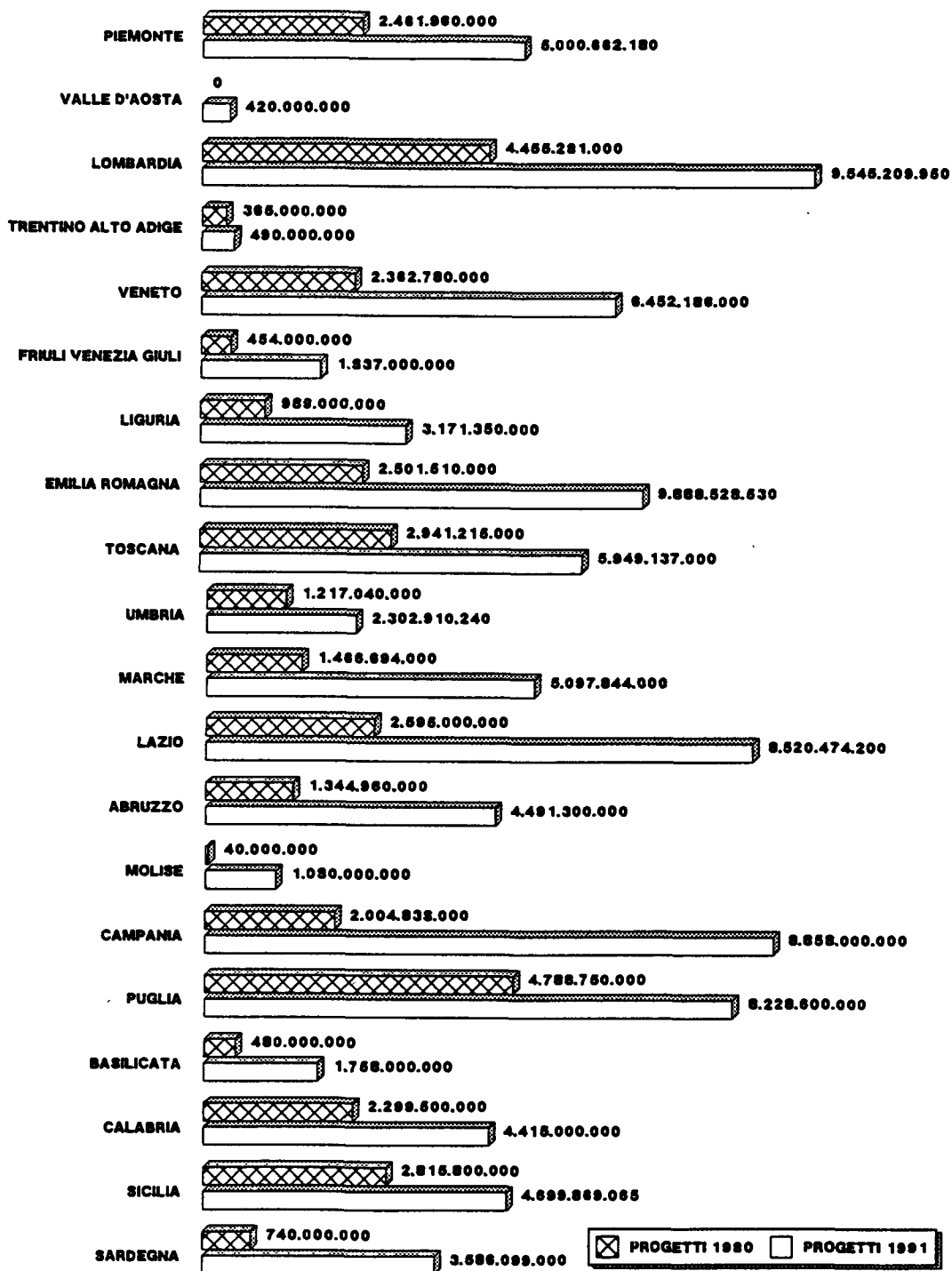


AMMINISTRAZIONI COMUNALI PROGETTI ESAMINATI



X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

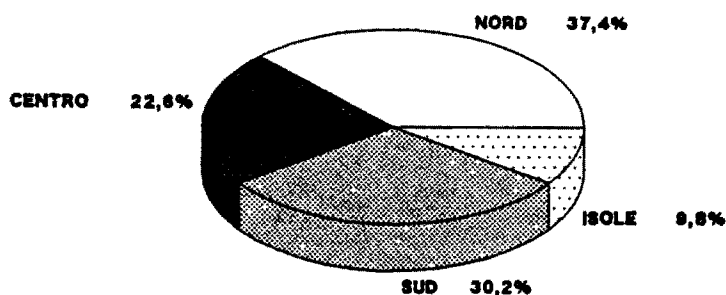
**FIANZIAMENTI DISPOSTI
ALLE AMMINISTRAZIONI COMUNALI**



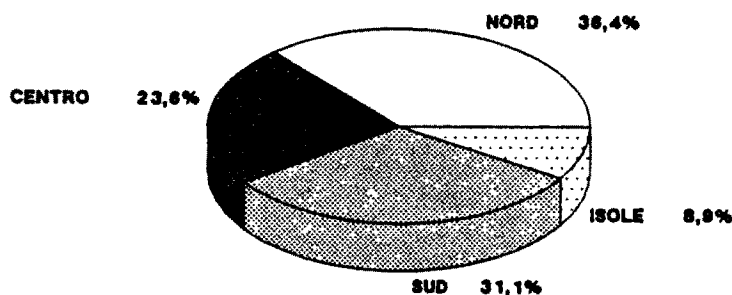
Totale 1990 L. 36.323.329.037

Totale 1991 L. 92.792.170.165

AMMINISTRAZIONI COMUNALI FINANZIAMENTI DISPOSTI



IMP. DISPOSTO '90

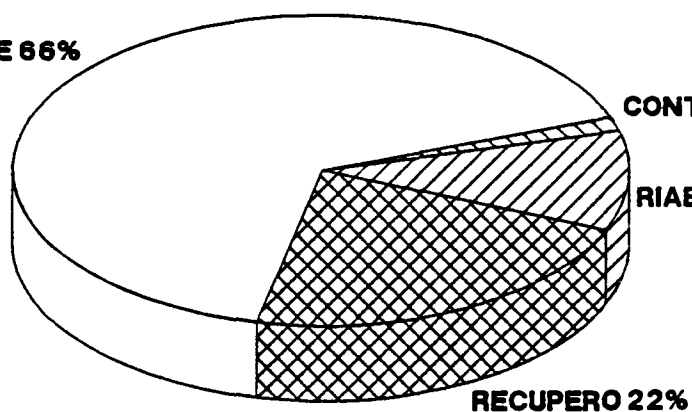


IMP. DISPOSTO '91

	IMPORTO FINANZIAMENTI DISPOSTI 1990	IMPORTO FINANZIAMENTI DISPOSTI 1991	INCREMENTO
NORD	13.589.531.137	33.804.936.660	+ 149 %
CENTRO	6.219.949.400	21.870.365.440	+ 160 %
SUD	10.958.048.500	28.830.900.000	+ 163 %
ISOLE	3.555.800.000	8.285.968.065	+ 133 %
TOTALE	36.323.329.037	92.792.170.165	+ 155 %

AMMINISTRAZIONI COMUNALI TIPOLOGIE DI INTERVENTI FINANZIATI

PREVENZIONE 66%



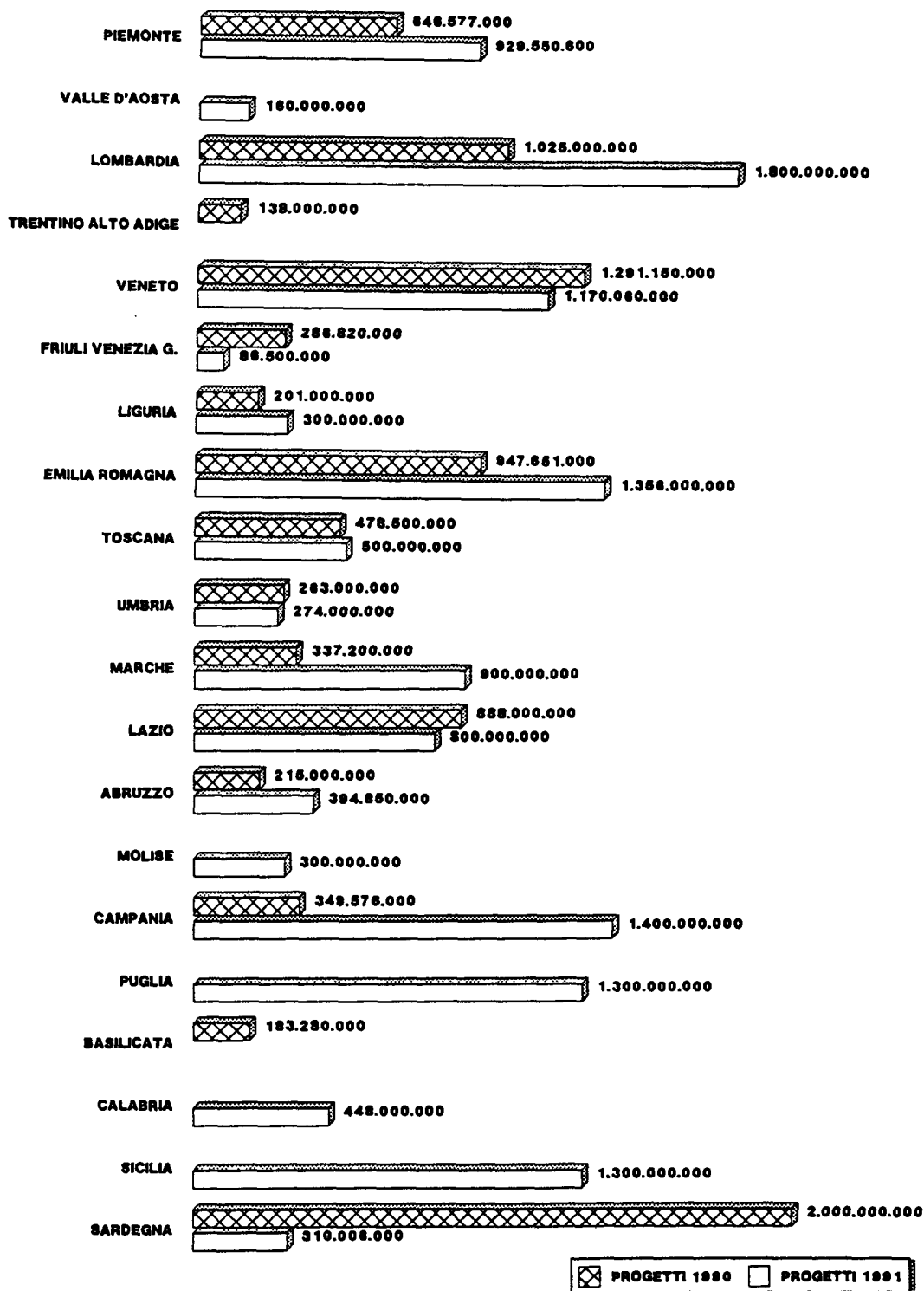
CONTENIMENTO AIDS 1%

RIABILITAZIONE 10%

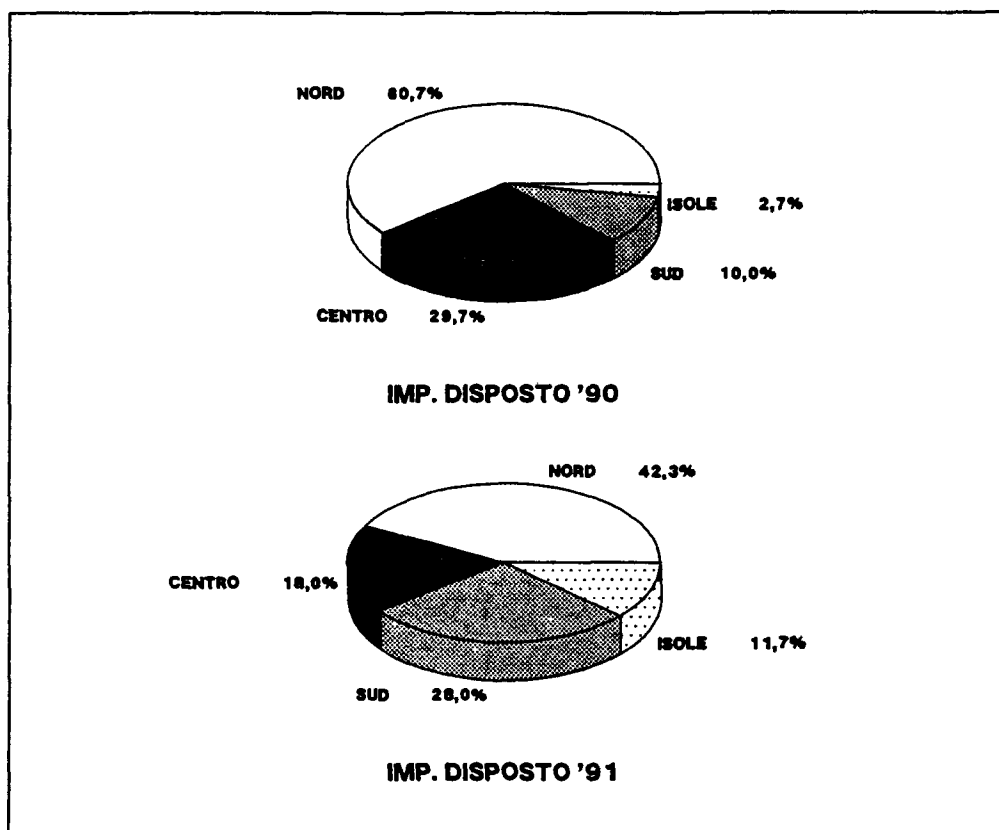
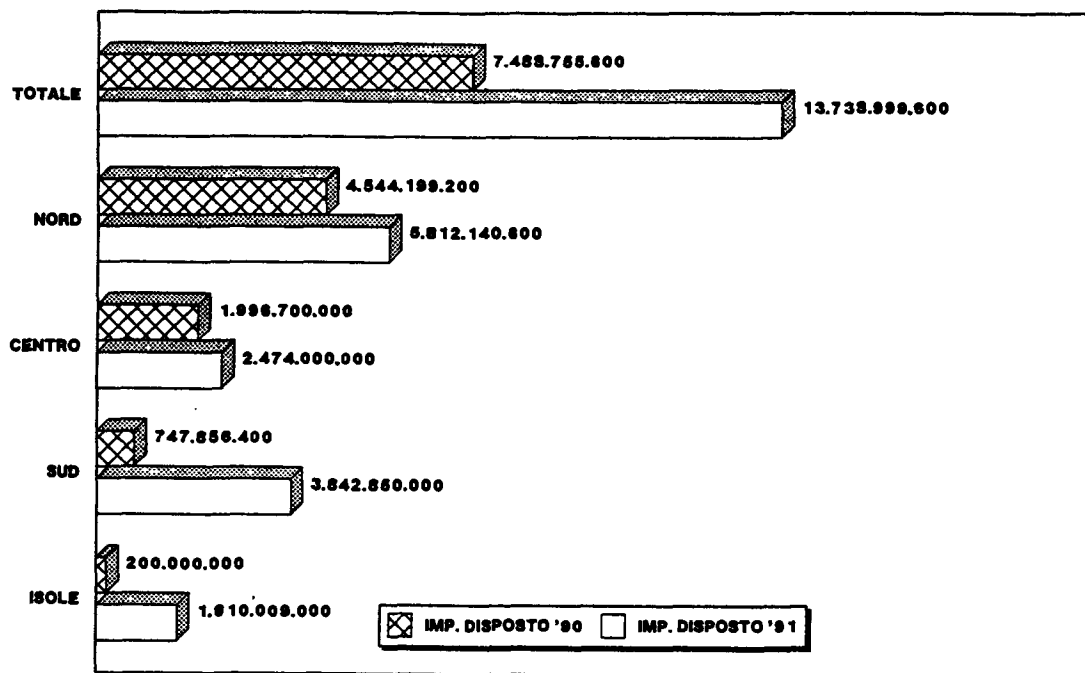
RECUPERO 22%

	PREVENZIONE	RECUPERO	RIABILITAZIONE	CONTENIMENTO AIDS
NORD	214	52	24	8
CENTRO	107	47	32	3
SUD	170	65	24	1
ISOLE	47	17	4	0
TOTALE	538	181	84	12

AMMINISTRAZIONI REGIONALI FINANZIAMENTI DISPOSTI PER ATTIVITA' DI FORMAZIONE



AMMINISTRAZIONI REGIONALI FINANZIAMENTI DISPOSTI



PAGINA BIANCA

Lo stato dei contributi previsti dall'art.128 del T.U. delle leggi contro la droga (C.E.R.), dei contributi per il recupero-reinserimento dei tossicodipendenti (art.131, 132) e per l'occupazione dei tossicodipendenti (art.134)

(Note fornite dal Ministero dell'interno, dal Ministero del lavoro e dal Ministero dei lavori pubblici)

PAGINA BIANCA



Ministero dei Lavori Pubblici
SEGRETARIATO GENERALE DEL COMITATO
PER L'EDILIZIA RESIDENZIALE

Divisione II
Prot. N° 8/1541 Allegati

Roma, 30 GEN 1991

Al MINISTERO
AFFARI SOCIALI
Via Barberini 47
ROMA

Risposta al Foglio N°
del

OGGETTO *Relazione annuale al Parlamento ai sensi dell'art. 131*
D.P.R. 309/90 - Attività di erogazione dei contributi CER, in materia di
tossicodipendenza, per l'anno 1991.

In riferimento all'oggetto, si comunica quanto segue:

Il Decreto 8.5.91 n.A/5589 ha ripartito tra le Regioni la disponibilità pari a L.100 miliardi per l'anno 1991.

A seguito della pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale di tale decreto, sono pervenute a questo Segretariato n.540 richieste di contributo (pari a n.248 domande inoltrate da operatori pubblici e n.292 da comunità terapeutiche).

I criteri adottati nell'esame delle istanze, quali l'affidabilità degli operatori ed il rispetto dei costi CER, sono stati i medesimi seguiti nell'anno precedente.

Le iniziative ritenute ammissibili per l'anno 1991 sono state n.502 e solo su queste ultime sono stati concessi contributi nei limiti delle disponibilità per Regione.

Il Comitato Esecutivo del CER, pur ammettendo nuove iniziative, si è orientato, nella concessione dei contributi, a finanziare ulteriormente richieste presentate nel 1990 e riproposte nel 1991 con l'intento di completare, possibilmente, il finanziamento totale richiesto tenendo presente anche le disponibilità per il 1992.

IL SEGRETARIO GENERALE
Dr. Roberto Rocco



Ministero dell'Interno

B) Resoconto attività ai sensi art. 131 e 132 T.U. D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309

Come è noto, gli atti 131 e 132 del D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 riguardano i contributi finanziari a favore di enti ed organismi per il recupero ed il reinserimento dei tossicodipendenti.

Con l'art. 132 del T. U. l'ammontare della spesa per i contributi da erogarsi in questo settore è stato incrementato di £. 50 miliardi per ciascuno degli anni 1990, 1991 e 1992, in aggiunta - per il 1990 - a £. 19,2 miliardi già precedentemente stanziati dalla legge 1° giugno 1988, n. 176. In particolare, il 40% della somma indicata è stato destinato a progetti per la occupazione di tossicodipendenti che abbiano completato il programma terapeutico e debbano inserirsi o reinserirsi nel mondo del lavoro mentre il 60%, pari a £. 30 miliardi, è restato destinato ad organismi che operano per il recupero ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti.

Poiché parte della attività relativa al piano di ripartizione per il 1990 è stata realizzata nel corso del 1991, se ne fa un essenziale cenno unitamente alle più specifiche notizie riguardanti il piano di ripartizione 1991. In questa sede ci si limita a riferire solo sui contributi ex artt. 131 e 132 in quanto sulla parte concernente i contributi ex art. 134 riferirà il Ministero del lavoro e della previdenza sociale.



Ministero dell'Interno

Piano di ripartizione 1990

La Direzione generale dei servizi civili, facendo seguito a precedente circolare dell'8 gennaio 1990, ha inviato in data 3 agosto 1990 alle Prefetture un'altra circolare che forniva analitiche istruzioni riguardanti gli scopi e le possibili destinazioni dei contributi, i destinatari degli stessi, i tempi e le modalità di presentazione delle domande.

Nella circolare veniva precisato che le domande di contributo dovevano essere inoltrate entro il 30 settembre 1991 ai Comuni territorialmente competenti, per la formulazione del prescritto parere. Le domande sono di fatto pervenute tramite le singole Prefetture, a partire dalla fine di ottobre, in gran numero alla fine di novembre ed in certa misura anche nel mese di dicembre.

Le domande pervenute sono state 1082 di cui 623 sono state accolte, dopo una laboriosa istruttoria effettuata, prima, dalla Direzione generale, e, successivamente, da un gruppo di lavoro espresso dalla nota Commissione istituita presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri.

In data 26 marzo 1991 la Commissione ha formulato la proposta definitiva del piano di ripartizione mentre, con decreto del 12 aprile 1991, il Ministro dell'Interno ha approvato il piano medesimo autorizzando la relativa spesa di £. 30 miliardi.

Si precisa che l'elenco dei contributi, unitamente ad una serie di quadri sinottici riferiti alla distribuzione degli stessi per Regioni e Province nonché per destinatari sono stati pubblicati sul supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 147 del 25 giugno 1991.



Ministero dell'Interno

Piano di ripartizione 1991

La procedura per la predisposizione e l'approvazione del piano di ripartizione 1991 è stata sostanzialmente analoga a quella seguita negli anni precedenti.

La procedura è stata avviata con la circolare 3 maggio 1991, n. 1350/TA.30 pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 107 del 9 maggio 1991. In essa si disponeva che le domande di contributo dovevano essere presentate entro il 1 luglio 1991 ai Comuni e che la Direzione generale doveva essere posta in grado di disporre di tutte le domande originali entro il 30 luglio.

Sono pervenute complessivamente 854 domande di cui: 1 da parte di una Amministrazione provinciale; 131 da unità sanitarie locali; 189 da comuni; 533 da Associazioni di volontariato, cooperative e privati. La somma complessivamente richiesta ammontava a £. 166.154.897.000 (70 milioni l'unica Provincia; 26.150.028.532 le unità sanitarie locali; 34.783.964.413 i Comuni; 105.150.904.845 le associazioni di volontario, le cooperative e i privati).

A partire dal mese di settembre - e con le solite procedure adottate in passato - è stata avviata la istruttoria delle domande conclusasi nell'accoglimento di 548 domande (64 di unità sanitarie locali, 110 di Comuni; 374 di associazioni di volontariato, cooperative etc); talune di esse sono state accorpate e sono stati pertanto proposti 443 contributi che hanno assorbito completamente lo stanziamento disponibile di 30 miliardi. La somma di £. 30 miliardi è stata assorbita per £. 12.560.600.000 dal nord; per £.8.084.400.000 dal centro, per £.6.956.500.000 dal sud e per £. 2.398.500.000 dalle isole.

In data 17 dicembre 1991, la apposita Commissione istituita presso la Presidenza del Consiglio, presieduta dal



Ministero dell'Interno

Ministro per gli affari sociali, ha formulato la proposta definitiva di piano che è stata approvata dal Ministero dell'Interno con decreto del 27 dicembre 1991.

Per quanto riguarda le tipologie di spese ammesse a contributi sono state più frequentemente richieste attrezzature per laboratorio ed automezzi per il trasporto lavorativo dei soggetti inseriti nelle comunità.

Per quanto riguarda i criteri sono stati riconfermati sostanzialmente quelli degli scorsi anni con un allargamento per l'acquisto di computers e fax.

Si allegano alcuni quadri sinottivi riepilogativi del Piano.

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

.....E 1991

MINISTERO DELL'INTERNO
Distribuzione Numerica Regionale e Provinciale delle Domande di Contributi Richiesti
DA PROVINCE, COMUNI, U.S.-L. E ASSOCIAZIONI - ARTT. 151 - 152 DPR 9 OTTOBRE 1990, N.509
ELABORAZIONE DEL 16-12-91

PROVINCIA	COM. ASS. TOT.		COM. ASS. TOT.		PROVINCIA		COM. ASS. TOT.		PROVINCIA		COM. ASS. TOT.	
	PROV	USL.	PROV	USL.	PROV	USL.	PROV	USL.	PROV	USL.	PROV	USL.
ALESSANDRIA	--	1 5 8 12	--	--	PERUGIA	1 2 1 6 10	BARI	--	5 6 15 26			
ASTI	--	1 1 3 5	--	2 -- --	TERNI	-- -- --	BRINDISI	--	3 1 5 9			
CUNEO	--	1 2 7 10	--	--	UNDBRIA	1 2 2 15 20	FOGGIA	--	12 3 9 24			
NOVARA	--	1 -- 4 5	--	1 1 8 10	ANCONA	-- -- --	LECCE	--	26 1 6 35			
TORINO	--	4 16 18 38	--	3 3 14 20	ASCOLI PICENO	-- 2 --	TARANTO	--	2 -- 8 10			
VERCELLI	--	1 2 1 4	--	2 1 11 14	MACERATA	-- 3 2 2 7						
PIEMONTE	--	9 24 41 74	--	1 -- 1 2	PESARO E URBINO	-- 3 1 4 8						
VALLE D'AOSTA	--	-- -- 2 2	--	5 -- 3 8	MARCHE	-- 14 6 28 48						
BERGAMO	--	-- 3 20 25	--	2 -- 3 5	FROSINONE	-- 1 -- 4 5						
BRESCIA	--	-- 2 8 10	--	8 1 20 29	LATINA	-- 3 -- 8 11						
COMO	--	2 3 15 18	--	5 4 15 20	RIETI	-- 2 -- 3 5	CATANZARO	--	-- -- 5 5			
CREMONA	--	-- 10 10	--	2 2 7 11	ROSA	-- 11 7 25 41	COSENZA	--	3 1 7 11			
PANTOVA	--	-- 1 5 6	--	1 4 15 18	VITERBO	-- 1 -- 3 6	REGGIO CALABRIA	--	-- -- 1 3 4			
MILANO	--	8 8 59 55	--	2 2 5 9	LAZIO	-- 18 7 45 68	CALABRIA	--	3 2 15 20			
PAVIA	--	3 1 8 12	--	-- 2 2 4	CHIETI	-- 1 1 3 5						
SONDRIO	--	1 1 4 6	--	-- 3 4 7	L'AQUILA	-- -- --	CALTANISSETTA	--	-- 1 3 4			
VARESE	--	-- 7 7	--	3 -- 3 8	PESCARA	-- -- --	CATANIA	--	2 1 4 7			
LOMBARDIA	--	14 19 114 147	--	3 2 4 9	TERAMO	-- -- --	ENNA	--	-- -- --			
BOLZANO	--	-- -- 1 1	--	14 19 35 86	ABRUZZI	-- 1 3 13 17	MESSINA	--	1 -- 3 4			
TRENTO	--	1 -- 5 6	--	-- -- 1 2 3	CANPOBASSO	-- -- --	PALERMO	--	1 -- 3 6			
TRENTINO A.A.	--	1 -- 6 7	--	3 5 8 16	ISERNIA	-- 1 -- --	MAGUSA	--	1 1 4 6			
BELLUNO	--	-- 1 1 2	--	-- -- 1 1	MOLISE	-- 1 -- 1 2	SIRACUSA	--	2 -- 3 5			
PADOVA	--	-- 1 7 8	--	1 3 3 7	AVELLINO	-- -- --	TRAPANI	--	1 -- 5 6			
ROVIGO	--	-- 2 -- 2	--	1 -- 1 2	BENEVENTO	-- 1 -- 3 4						
TREVISO	--	-- 1 5 6	--	-- 1 2 3	CASERTA	-- 1 2 4 7	SICILIA	--	10 3 28 41			
VENEZIA	--	-- 1 3 4	--	1 2 5 8	NAPOLI	-- 6 1 13 20	CAGLIARI	--	5 1 2 8			
VERONA	--	5 3 6 14	--	1 2 5 8	SALENERO	-- -- --	NUORO	--	-- -- 1 1			
VICENZA	--	-- 4 8 12	--	1 1 4 6	CAMPANIA	-- 8 3 28 39	SASSARI	--	1 1 1 3			
VENETO	--	7 11 50 48	--	7 14 28 49			ORISTANO	--	3 1 4 8			
							SARDEGNA	--	9 3 8 20			
							TOTALE	--	189 131 535 854			

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

CONTRIBUTI ACCOLTI PER PROVINCE ASSOCIAZIONI COMUNI UU.SS.LL. ELABORAZIONE DEL 27-12-91											
ARTT. 131 - 132 D.P.R. 9 OTTOBRE 1990, N. 309											
R E G I O N I	ASSOCIAZIONI		COMUNI		UU.SS.LL.		PROVINCE		TOTALE		
	N. ENTITA' CONTRIB.		N. ENTITA' CONTRIB.		N. ENTITA' CONTRIB.		N. ENTITA' CONTRIB.		N. ENTITA' CONTRIB.		
PIEMONTE	25	2.675.600.591	5	291.051.000	10	975.813.000	--	--	58	3.940.464.591	
VALLE D'AOSTA	1	155.451.000	--	--	--	--	--	--	1	155.451.000	
LOMBARDIA	78	10.272.791.066	5	110.600.000	9	709.500.000	--	--	92	11.092.691.066	
TRENTO A.A.	5	1.012.650.846	--	--	--	--	--	--	5	1.012.650.846	
VENETO	25	2.065.802.787	5	184.000.000	6	391.200.000	--	--	34	2.641.002.787	
FRIULI V.G.	11	1.165.726.095	2	106.000.000	2	221.593.500	--	--	15	1.493.119.595	
LIGURIA	17	2.758.652.212	3	140.255.000	--	--	--	--	20	2.898.887.212	
EMILIA ROMAGNA	45	10.550.736.554	7	579.637.400	11	1.661.520.879	--	--	61	12.571.694.835	
TOSCANA	25	2.540.515.789	4	352.451.370	9	803.441.105	--	--	36	3.696.588.264	
UMBRIA	14	1.400.485.929	2	297.000.000	2	58.000.000	--	--	18	1.755.485.929	
MARCHE	25	5.859.271.180	12	2.471.856.547	4	655.050.980	--	--	39	6.946.158.707	
LAZIO	27	8.582.540.006	8	681.087.077	5	971.500.000	--	--	38	10.254.927.085	
ABRUZZI	10	1.526.960.570	1	295.000.000	1	350.000.000	--	--	12	1.971.960.570	
MOLISE	1	250.926.000	1	100.000.000	--	--	--	--	2	350.926.000	
CAMPANIA	14	2.876.456.526	4	548.500.000	--	--	--	--	18	3.224.956.526	
PUGLIE	24	5.259.798.490	29	3.083.023.560	4	362.000.000	--	--	57	8.684.822.050	
BASILICATA	2	455.852.000	12	710.571.000	--	--	--	--	14	1.166.403.000	
CALABRIA	10	1.403.515.920	2	93.000.000	1	868.597.000	--	--	13	2.364.912.920	
SICILIA	19	2.601.515.962	2	414.000.000	2	40.750.000	--	--	23	3.056.045.962	
SARDEGNA	6	1.720.945.752	6	948.596.753	--	--	--	--	12	2.669.542.465	
T O T A L E	374	62.655.575.255	110	11.206.589.687	64	8.048.326.464	--	--	548	81.908.489.404	

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

ISTANZE 1991

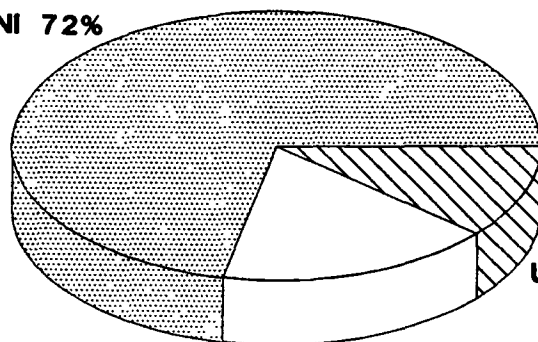
MINISTERO DELL'INTERNO
DIREZIONE GENERALE SERVIZI CIVILI

DISTRIBUZIONE NUMERICA REGIONALE E PROVINCIALE DELLE DOMANDE DI CONTRIBUTI ACCOLTI
DA PROVINCE, COMUNI, U.S.L. E ASSOCIAZIONI - ARTT. 131 - 152 DPR 9 OTTOBRE 1990, N.309
ELABORAZIONE DEL 27-12-91

PROVINCIA	CON. ASS. TOT.		PROVINCIA	CON. ASS. TOT.		PROVINCIA	CON. ASS. TOT.		PROVINCIA	CON. ASS. TOT.														
	PROV	USL.		PROV	USL.		PROV	USL.		PROV	USL.													
ALESSANDRIA	--	2	7	9	9	GORIZZIA	--	1	4	5	PERUGIA	--	2	1	5	8	BARJ	--	2	1	9	12		
ASTI	--	1	1	2	2	PORDENONE	--	1	--	1	TERNI	--	--	1	9	10	BRINDISI	--	1	--	4	5		
CUNEO	--	1	5	4	4	TRIESTE	--	1	--	1	UDINE	--	1	--	7	8	FOGGIA	--	7	2	3	12		
NOVARA	--	--	1	1	1	FRIULI V.G.	--	2	11	15	ANCONA	--	5	1	4	10	LECCE	--	19	1	3	23		
TORINO	--	4	6	11	21	GENOVA	--	--	--	8	ASCOLI PICENO	--	2	--	14	16	TARANTO	--	--	--	3	5		
VERCELLI	--	1	--	1	1	IMPERIA	--	1	--	1	MACERATA	--	5	2	1	6	PUGLIE	--	29	6	24	57		
PIEMONTE	--	5	10	23	38	LA SPEZIA	--	--	--	5	PESARO E URBINO	--	2	1	4	7	MATERA	--	4	--	2	6		
VALLE D'AOSTA	--	--	--	1	1	SAVONA	--	2	--	3	MARCHE	--	12	4	23	59	POTENZA	--	8	--	--	8		
BERGAMO	--	1	17	18	18	LIGURIA	--	3	--	17	FROSINONE	--	--	--	1	1	BASILICATA	--	12	--	2	14		
BRESCIA	--	1	6	7	7	BOLOGNA	--	3	5	11	LATINA	--	3	--	5	8	CATANZARO	--	--	--	2	2		
COMO	--	2	7	9	9	FERRARA	--	2	1	3	Rieti	--	--	--	3	3	COSENZA	--	2	1	6	9		
CREMONA	--	--	7	7	7	FORLÌ	--	--	2	12	14	VITERBO	--	4	3	14	21	REGGIO CALABRIA	--	--	--	2	2	
MANTOVA	--	--	4	4	4	MODENA	--	1	1	3	5	LAZIO	--	8	5	27	38	CALABRIA	--	2	1	10	13	
MILANO	--	3	22	28	28	PARRA	--	--	2	1	3	GRIGIATI	--	1	1	2	4	AGRIGENTO	--	--	--	1	1	
PAVIA	--	2	6	9	9	PIACENZA	--	--	2	2	4	TERAMO	--	--	--	1	1	CALTANISSETTA	--	--	--	1	2	3
SONDRIO	--	1	4	5	5	RAVENNA	--	--	5	5	PESCARA	--	--	--	3	3	CATANIA	--	1	1	2	4		
VARESE	--	--	5	5	5	REGGIO EMILIA	--	1	--	4	5	TERAMO	--	--	--	1	1	ENNA	--	--	--	--	--	
LOMBARDIA	--	5	9	78	92	ERILIA ROMAGNA	--	7	11	43	61	ABRUZZI	--	1	1	10	12	MESSINA	--	--	--	2	2	
BOLZANO	--	--	1	1	1	AREZZO	--	--	--	2	2	CARPOBASSO	--	--	--	1	1	PALERMO	--	1	--	3	4	
TRENTO	--	--	4	4	4	FIRENZE	--	2	4	5	11	ISERNIA	--	1	--	1	1	RAGUSA	--	--	--	3	3	
TRENTINO A.A.	--	--	5	5	5	GROSSETO	--	--	--	1	1	MOLISE	--	1	--	1	2	SIRACUSA	--	--	--	2	2	
BELLUNO	--	1	--	1	1	LIJORNÒ	--	--	2	2	4	AVELLINO	--	1	--	1	2	TRAPANI	--	--	--	4	4	
PADOVA	--	--	5	5	5	LUCCA	--	1	--	1	2	BENEVENTO	--	1	--	1	2	SICILIA	--	2	2	19	23	
ROVIGO	--	1	--	1	1	MASSA CARRARA	--	--	--	2	2	CAGLIARI	--	4	--	2	6	MUORO	--	--	--	--	--	
TREVISO	--	1	4	5	5	PISA	--	--	1	2	3	CASERTA	--	--	--	1	1	NUORO	--	--	--	--	--	
VENEZIA	--	1	5	4	4	PISTOIA	--	1	5	6	6	NAPOLI	--	5	--	5	8	BASSARI	--	--	--	1	1	
VERONA	--	4	--	4	8	SIENA	--	1	1	3	5	SALERNO	--	--	--	5	5	ORISTANO	--	2	--	3	5	
VICENZA	--	3	7	10	10	TOSCANA	--	4	9	23	36	CAMPANIA	--	4	--	14	18	SARDEGNA	--	6	--	6	12	
VENETO	--	3	6	23	34		--	4	9	23	36	TOTALE	--	110	64	374	568							

FINANZIAMENTI DISPOSTI DAL MINISTERO DELL'INTERNO 1991

ASSOCIAZIONI 72%



U.S.L. 11%

COMUNI 17%

	ASSOCIAZIONI	COMUNI	U.S.L.	TOTALE
NORD	10.056.700.000	713.500.000	1.790.400.000	12.560.200.000
CENTRO	5.432.000.000	1.597.000.000	1.055.400.000	8.084.400.000
SUD	4.262.500.000	2.185.000.000	513.500.000	6.956.500.000
ISOLE	1.778.500.000	592.000.000	28.000.000	2.398.500.000
TOTALI	21.529.700.000	5.083.000.000	3.387.300.000	30.000.000.000



Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale

DIREZIONE GENERAL PER L'IMPIEGO-DIV.VII POLITICA DELL'IMPIEGO

RELAZIONE

OGGETTO: Progetti presentati ai sensi dell'art.134 D.P.R. 9 ottobre 1990 n. 309 per l'inserimento lavorativo degli ex tossicodipendenti. Anno 1991.

A valere sui fondi disponibili per il 1991 (21.428 milioni di cui 20.000 milioni competenza 1991 e 1.428 milioni residui 1990) sono stati presentati n. 292 progetti per una richiesta di finanziamento di £. 115.493 milioni.

I progetti sono stati sottoposti all'esame del Comitato istruttorio suddivisi nel modo seguente:

- a) progetti con inserimento lavorativo;
- b) progetti che prevedono formazione;
- c) progetti presentati da Enti non aventi i requisiti soggettivi o pervenuti in ritardo.

Per quanto riguarda i progetti concernenti l'inserimento lavorativo il Comitato ha espresso parere favorevole per n. 66 progetti.

Mentre per quanto riguarda i progetti concernenti interventi formativi il Comitato ha espresso parere favorevole per n. 49 progetti.

Per i progetti predetti il Comitato, ritenuto che la legge non intende finanziare scuole di formazione professionale (in proposito ci sono altre leggi abilitate al riguardo), che la formazione deve essere considerata come propedeutica ad una futura attività lavorativa che potrà essere realizzata successivamente all'anno di riferimento

e che gli interventi formativi devono essere rivolti all'acquisizione di professionalità spendibili sul mercato del lavoro, ha deciso proporre per il finanziamento, i progetti di formazione secondo il seguente criterio.

Viene concesso un contributo che tiene conto dei parametri "standard" utilizzati nel campo dei finanziamenti per la formazione professionale:

- Lire 8 milioni per anno allievo per costo docenza, materiale didattico, spese amministrative e assicurazione contro infortuni;
- Borsa di studio di lire 700 mila mensile;
- Attrezzature: l'importo varia in relazione alle specifiche attività poste in essere.

Inoltre si è ritenuto che gli interventi previsti dall'art. 134 individuano per quanto riguarda i soggetti che possono elaborare i progetti, due categorie di organismi: le Comunità terapeutiche e le Cooperative operanti per l'inserimento lavorativo, ritenendo che a seconda delle specifiche caratteristiche dei soggetti che hanno completato il trattamento terapeutico fosse necessario un inserimento lavorativo restando nell'ambito degli organismi di cura o in organismi esterni. Pertanto in relazione a quanto previsto dalla circolare n. 66/91 del 7 maggio 1991, sono state prese in considerazione le Comunità terapeutiche e le Cooperative iscritte all'Albo regionale di cui all'art. 116 del D.P.R. 309/90 e le Cooperative non iscritte all'albo ma iscritte nel registro prefettizio e aventi nello statuto un preciso riferimento all'inserimento lavorativo degli ex tossicodipendenti, emarginati ed in genere soggetti appartenenti alle così dette "fasce deboli".

Pertanto una volta acquisito il parere del Comitato sulla fattibilità e congruità economico-finanziaria nonché sulla validità dei progetti con riferimento alle esigenze del mercato del lavoro, il Ministero del Lavoro ha predisposto le tabelle contenenti il parere favorevole.

La Commissione per l'individuazione dei criteri e dei requisiti per la ripartizione dei contributi da erogare per il sostegno delle attività di recupero e di reinserimento sociale dei tossicodipendenti, con sede presso la Presidenza del Consiglio

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

dei Ministri, ha quindi approvato 115 progetti che sono stati suddivisi in quattro categorie:

- 1) Progetti di inserimento lavorativo con accoglimento integrale o parziale della richiesta (n. 66 progetti e l'occupazione di 490 ex T.D.);
- 2) Progetti di formazione con accoglimento integrale o parziale della richiesta (n.49 progetti con il coinvolgimento di 578 ex T.D.);
- 3) Progetti che si ritengono non accoglibili poichè presentati da soggetti non abilitati dalla legge alla presentazione medesima o fuori termine (n.19);
- 4) Progetti per i quali si esprime parere negativo in relazione al possesso dei requisiti sulla fattibilità e sulla congruità economico-finanziaria nonchè sulla validità del progetto con riferimento alle esigenze del mercato del lavoro (n.158).

**FINANZIAMENTI DISPOSTI
DAL MINISTERO DEL LAVORO
1991**

	INSER. LAVORATIVO FINANZIAMENTO	FORMAZIONE FINAZIAMENTO	TOTALI FINANZIAMENTO
NORD	6.897.790.000	3.318.040.000	10.215.830.000
CENTRO	3.335.750.000	1.738.100.000	5.073.850.000
SUD	3.014.268.000	1.540.000.000	4.554.268.000
ISOLE	894.000.000	690.000.000	1.584.000.000
TOTALE	14.141.808.000	7.286.140.000	21.427.948.000

Finanziamenti disposti ai sensi dell' art. 134 d.P.R. 9/10/90 N° 309

PAGINA BIANCA

Nota informativa sull'art. 129

(A cura del Ministero delle finanze)

PAGINA BIANCA



Ministero delle Finanze
GABINETTO DEL MINISTRO

Roma

19

Come già in precedenza rappresentato, l'attività del Ministero delle Finanze - Direzione Generale del Demanio, in materia di utilizzo di beni demaniali nel settore delle tossicodipendenze, consiste nel prevedere l'utilizzo dei beni immobili di proprietà dello Stato od enti locali, da parte di unità sanitarie locali e centri privati autorizzati e convenzionati per la realizzazione di centri di recupero per i tossicodipendenti.

All'uopo si fa presente che:

- è stato predisposto un primo elenco di immobili disponibili sulla base delle informazioni ricevute dagli Uffici Finanziari periferici con la collaborazione delle Prefetture incaricate di valutare in concreto l'idoneità degli immobili;
- sono stati individuati schemi di procedimenti da seguire, una volta localizzati gli immobili idonei allo scopo, per consentire ai soggetti interessati di accedere all'uso di detti beni, prevedendo anche l'ipotesi di fare pubblicare l'indicata procedura sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica;
- al fine, inoltre, di avere dati più significativi ed aggiornati rispetto al primo elenco, sono stati attivati oltre gli Uffici Finanziari competenti, anche i Presidenti delle Giunte Regionali, per coinvolgere le Regioni nella ricerca degli immobili da concedere in uso per le finalità della normativa in esame, estendendo la ricerca anche sugli immobili demaniali le cui concessioni sono prossime alla scadenza.

PAGINA BIANCA

*Osservatorio permanente sul
fenomeno droga*

PAGINA BIANCA

*Valutazioni sull'applicazione della
normativa antidroga e
sull'andamento della
tossicodipendenza in Italia*

PAGINA BIANCA

Tossicodipendenti in trattamento presso i presidi pubblici e privati

Il confronto tra i dati relativi ai tossicodipendenti in cura al 30 settembre 1991 con quelli del 30 giugno 1990, confermano la tendenza già evidenziata nell'analisi dei dati del secondo semestre 1990 e del primo semestre 1991, dell'emersione del fenomeno della tossicodipendenza alla visibilità e, quindi, all'intervento sociale di recupero e di riabilitazione.

Gli utenti delle strutture sanitarie pubbliche per le tossicodipendenze sono infatti aumentati del 24,07%, mentre quelli delle comunità terapeutiche residenziali sono nello stesso periodo aumentati del 19,93%. Complessivamente il numero dei tossicodipendenti in trattamento è aumentato dal 30 giugno 1990 al 30 settembre 1991 del 23,16% passando da 48.471 a 59.698.

Come si può notare l'incremento del numero dei tossicodipendenti in trattamento ha riguardato in misura maggiore sia a livello percentuale che assoluto le strutture sanitarie pubbliche che sono passate dai 37.804 utenti al 30/6/1990 ai 46.905 al 30/9/1991, con un incremento di 9.101 unità, mentre nello stesso periodo gli utenti delle comunità terapeutiche residenziali sono passati dai 10.667 ai 12.793 con un incremento di 2.126 unità.

La conferma di questo trend consente di ribadire che l'entrata in vigore della legge 162 non solo non ha interrotto, come alcuni esperti e operatori temevano, l'afflusso dei tossicodipendenti all'interno dei circuiti terapeutici ma, al contrario, essa lo ha ulteriormente incentivato.

Detentori per uso personale di sostanze stupefacenti

La tendenza all'emersione del fenomeno della tossicodipendenza alla visibilità sociale è confermato, oltre che dai dati relativi all'incremento dei tossicodipendenti in trattamento, anche dal numero delle segnalazioni alle prefetture effettuate dalle forze di polizia. Dalla data di en-

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

trata in vigore della legge al 31 dicembre 1991 il numero dei detentori per uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope segnalati è stato di 25.845.

La maggioranza delle persone segnalate, il 91,24%, sono maschi a conferma del carattere eminentemente maschile del consumo di droga nel nostro paese. I minori di 18 anni rappresentano solo il 2,6% delle persone segnalate mentre quelle con più di 21 anni sono ben l'80,2%. Questo conferma la tendenza, già evidenziata nelle ultime relazioni, di un invecchiamento della popolazione dei tossicodipendenti.

La distribuzione dei segnalati secondo le classi di età è la seguente:

fino a 14 anni	0.3%
da 15 a 17 anni	2.3%
da 18 a 20 anni	17.2%
da 21 a 22 anni	16.0%
da 23 a 25 anni	22.8%
da 26 a 28 anni	18.5%
da 29 a 30 anni	8.6%
oltre 30 anni	14.3%

La classe di età modale (più numerosa) è quella dai 23 ai 25 anni e l'età media è di 25,5 anni. Si noti che 3/4 dei segnalati rientra nelle fasce di età 18-28 anni.

Questo dato sembra poter indicare sia una minor incidenza del disagio nelle fasce di età più giovani, sia una maggior efficacia della prevenzione primaria sviluppata soprattutto all'interno delle agenzie educative, in particolare della famiglia e della scuola.

A conferma di una mutazione significativa della popolazione tossicodipendente oltre al dato circa l'età vi è quello che riguarda la condizione professionale e la scolarità dei consumatori di sostanze stupefacenti segnalati. Infatti il 55,27% di queste persone risulta occupata stabilmente, l'8,57% sottoccupata, il 27,16% disoccupata, il 2,55% in cerca di occupazione e solo il 3,20% sono studenti. Pur essendo questi dati riferiti solo a circa la metà delle persone segnalate alle prefetture essi appaiono sufficientemen-

te significativi e indicano che il tossicodipendente odierno, oltre che di età più adulta, è anche, nella maggior parte dei casi, inserito a pieno titolo nella vita sociale ed economica. I dati sulla scolarità, la cui numerosità è troppo ridotta per essere sicuramente significativi, indicano comunque che queste persone presentano un livello di scolarità basso. Quest'ultimo dato è peraltro in accordo con quanto era stato già accertato con i due Progetti TO.DI.1 e TO.DI.2 negli anni 1980 e 1982: la diffusione dell'uso di oppiacei tra diciottenni di sesso maschile era doppia tra i non studenti rispetto agli studenti, ed era doppia tra gli analfabeti e quelli con scolarità primaria rispetto a quelli con scolarità medio-superiore o universitaria. Sotto un altro punto di vista, la maggiore scolarità sembra svolgere un ruolo di "fattore protettivo" contro l'uso di oppiacei. C'è infine da segnalare che il 95,38% delle persone segnalate sono cittadini italiani, l'1,07% cittadini extracomunitari e lo 0,49% cittadini comunitari, mentre del 3,06% non si ha l'indicazione della nazionalità.

Delle 25.845 persone segnalate il 58,85% ha sostenuto colloqui davanti al Prefetto al termine dei quali il 57,52%, pari a 8.748 persone, è stato avviato ai servizi pubblici o privati per il trattamento terapeutico, mentre il 36,84%, pari a 5.603 persone, è stato ammonito. Da segnalare, infine che i Prefetti hanno anche trasmesso nell'ultimo periodo 216 segnalazioni ai servizi pubblici per le tossicodipendenze a carico di persone facenti uso di sostanze stupefacenti.

Per quanto riguarda le sanzioni amministrative esse sono state applicate dall'entrata in vigore della legge a 3.602 persone ovvero, al 13,94% delle persone segnalate. In particolare delle persone che hanno sostenuto il colloquio hanno ricevuto la sanzione amministrativa il 5,19%, pari a 789 unità. Dei casi segnalati, infine, 1.802, pari al 6,97%, sono stati archiviati e 1.071, pari al 4,14% sono stati trasmessi alla magistratura.

Le sanzioni sia amministrative che penali hanno riguardato poco più di un ottavo delle persone segnalate.

Questi dati consentono di formulare una valutazione positiva della funzione di recupero, o di prevenzione secondaria, affidata dalla nuova legge alle prefetture, tenuto

anche conto che il 61,31% delle segnalazioni hanno riguardato consumatori di droghe pesanti e il 35,53% consumatori di droghe leggere. Questa funzione delle prefetture è stata svolta in modo omogeneo nel territorio nazionale. Infatti le regioni con il maggior numero di persone segnalate sono state la Lombardia con 3.906 casi, seguita dal Lazio con 2.640 casi, dalla Toscana con 2.331 casi, dalla Puglia con 2.213 casi, dall'Emilia Romagna con 2.122 casi e dalla Sicilia con 2.049 casi. Le regioni con il minor numero di segnalazioni sono state la Valle d'Aosta con 64 casi ed il Molise con 88 casi. Da notare anche il basso numero di soggetti segnalati, solo 219, provenienti dalla Calabria.

Servizi sanitari pubblici e privati e comunità terapeutiche residenziali

Il divario tra il Nord e le altre zone geografiche del paese rispetto alla presenza dei servizi pubblici e delle comunità terapeutiche residenziali dall'entrata in vigore della legge non si è ridotto ma anzi si è ulteriormente allargato nei confronti del Sud. Infatti dei nuovi 78 servizi entrati in funzione dal 30 giugno 1990 al 30 settembre 1991 ben 38 sono dislocati al Nord, 19 al Centro, 10 al Sud e 11 nelle Isole. Per quanto riguarda i servizi pubblici si può dire che l'aumento del loro numero è avvenuto in modo più omogeneo, salvo che per il Sud, rispetto a quello delle comunità terapeutiche: dei 12 nuovi servizi 5 sono stati istituiti al nord, 4 al centro e 4 nelle isole, mentre al Sud i servizi sono diminuiti di 1 unità. La crescita del numero delle comunità ha, invece, incrementato ulteriormente il divario tra le circoscrizioni geografiche del paese essendo stata di 33 unità al Nord, di 15 unità al Centro, di 11 unità al Sud e di 7 unità nelle Isole.

Il dato complessivo, relativamente alla dislocazione territoriale dei servizi, dice che il 53,31% dei servizi pubblici e il 58,72% delle comunità terapeutiche sono collocate al Nord, ove peraltro è concentrata la maggior parte dei tossicodipendenti.

Il divario tra il Nord e le altre zone d'Italia non riguarda solo la distribuzione quantitativa dei servizi ma anche le metodiche di trattamento dei tossicodipendenti. Infatti mentre al Nord il ricorso al trattamento farmacologico a base di sostanze sostitutive da parte di servizi pubblici è in costante diminuzione e riguarda oramai solo una piccola parte dell'attività dei servizi, essendo attuato solo nel 16,20% dei casi, al Centro esso è ancora attestato intorno al 51,38% dei casi, al Sud al 42,39% dei casi e nelle Isole nel 48,75% dei casi. Nonostante queste differenze è da rilevare che anche nel Sud e nelle Isole si ha una costante, anche se lenta, diminuzione di questo tipo di trattamento.

Uso di sostanze stupefacenti nei giovani alla 1^a visita di leva

Dall'analisi dei dati, relativi alle licenze di convalescenza concesse in occasione delle visite mediche della leva militare, emerge una crescente attenzione e maggiore prudenza da parte delle Autorità sanitarie militari nei riguardi dell'osservazione del fenomeno (aumento significativo delle licenze di convalescenza di durata maggiore di 90 giorni).

Gli stessi dati relativi al numero di assuntori di sostanze stupefacenti indicano un aumento dal 1990 al 1991 del 20,6%. Questo incremento può essere interpretato come conseguenza del fatto che nel quadriennio precedente si era raggiunto il livello minimo del fenomeno della tossicodipendenza tra i giovani coscritti; livello che non appare sostanzialmente alterato dai dati del 1991 e che comunque è nettamente inferiore al picco registrato nel triennio 1981-1983. Tale periodo, come è noto, risulta essere stato quello di massima espressione del fenomeno della tossicodipendenza a livello di visita medica militare. Al riguardo va sottolineato che i dati in parola nel triennio considerato possono comprendere verosimilmente anche casi di soggetti che abbiano fatto ricorso a particolari accorgimenti per sottrarsi al servizio militare.

PAGINA BIANCA

*Tossicodipendenti in trattamento,
farmacologico e non, presso le
strutture sanitarie pubbliche e le
comunità terapeutiche residenziali*

PAGINA BIANCA

Tossicodipendenti in trattamento alle date del
31 marzo e del 30 giugno 1991

Situazione

Sono rispettivamente 50.470 alla data del 31 marzo 1991 e 56.076 alla data del 30 giugno 1991 i tossicodipendenti che risultano in corso di trattamento presso i presidi pubblici e privati, così disaggregati:

- presso le strutture sanitarie pubbliche

	al 31/3/91		al 30/6/91
- maschi	31.503	- maschi	36.651
- femmine	6.285	- femmine	6.999
totale	37.788 (12.046)*	totale	43.650 (12.382) *

- presso le comunità terapeutiche residenziali

	al 31/3/91		al 30/6/91
- maschi	10.513	- maschi	10.368
- femmine	2.169	- femmine	2.058
totale	12.682	totale	12.426

Totale complessivo

al 31/3/91

50.470

Totale complessivo

al 30/6/91

56.076

* Le cifre tra parentesi indicano i tossicodipendenti che vengono sottoposti ad una terapia farmacologica a base di sostanze sostitutive.

I dati sono stati forniti dalle seguenti strutture:

al 31/3/91	al 30/6/91
- strutture sanitarie pubbliche 501 su 533 pari al 94,00%	- strutture sanitarie pubbliche 505 su 532 pari al 94,92%
- comunità terapeutiche residenziali 458 su 476 pari al 96,22%	- comunità terapeutiche residenziali 454 su 488 pari al 93,03%

Il grado di copertura globale nelle due rilevazioni è pari mediamente al 94,53%, con un livello medio del 94,46% per le strutture sanitarie pubbliche e del 94,61% per le comunità terapeutiche residenziali.

Nella rilevazione del 31 marzo hanno fornito i dati richiesti tutte le comunità terapeutiche esistenti ad eccezione di diciotto, rispettivamente delle province di Alessandria, Pavia, Trento (2), Genova (2), Roma (3), Napoli (3), Caserta (2), Foggia, Cagliari e Sassari (2); in ordine alla acquisizione dei dati da parte delle strutture sanitarie pubbliche, non hanno fornito le informazioni trentadue strutture: quindici della provincia di Milano, due della provincia di Padova, due della provincia di Rovigo, nove della provincia di Roma, una della provincia di Napoli, una della provincia di Caserta, una della provincia di Siracusa ed una della provincia di Sassari.

Per quanto si riferisce alla rilevazione del 30 giugno 1991, difettano, sul versante delle comunità terapeutiche 1

dati relativi ad una struttura della provincia di Alessandria, una di Torino, una di Bergamo, quattordici di Milano, due di Pavia, una di Trento, due di Genova, una di Bologna, due di Forlì, tre di Roma, due di Napoli, una di Foggia, una di Cagliari e due di Sassari mentre per quanto riguarda le strutture sanitarie pubbliche non sono pervenuti i dati relativi a ventisette presidi per tossicodipendenti, così ripartiti: sei della provincia di Milano, uno di Arezzo, uno di Massa Carrara, uno di Pesaro e Urbino, nove di Roma, quattro di Napoli, due di Cosenza, uno di Ragusa, uno di Siracusa ed uno di Sassari.

Si è registrato un notevole aumento del numero delle comunità terapeutiche passate da 454 al 31 dicembre 1990 a 488 al 30 giugno 1991, mentre il numero delle strutture sanitarie pubbliche è rimasto pressochè invariato, essendo queste ultime aumentate di due sole unità (da 530 al 31 dicembre 1990 a 532 al 30 giugno 1991).

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Distribuzione territoriale dei tossicodipendenti in trattamento

La distribuzione territoriale, disaggregata per aree geografiche dei tossicodipendenti in trattamento è la seguente:

al 31/3/1991		al 30/6/1991	
- presso le strutture sanitarie pubbliche		- presso le strutture sanitarie pubbliche	
NORD:	21.287 in terapia presso n. 266 strut. (80,03)	NORD:	26.059 in terapia presso n. 279 strut. (93,40)
CENTRO:	6.696 in terapia presso n. 108 strut. (62,00)	CENTRO:	7.114 in terapia presso n. 104 strut. (68,40)
SUD:	7.708 in terapia presso n. 95 strut. (81,14)	SUD:	8.057 in terapia presso n. 91 strut. (88,54)
ISOLE:	2.097 in terapia presso n. 32 strut. (65,53)	ISOLE:	2.420 in terapia presso n. 31 strut. (78,06)
- presso le comunità terapeutiche residenziali		- presso le comunità terapeutiche residenziali	
NORD:	6.848 accolti presso n. 281 comunità (24,37)	NORD:	6.662 accolti presso n. 266 comunità (25,04)
CENTRO:	2.864 accolti presso n. 86 comunità (33,30)	CENTRO:	3.103 accolti presso n. 89 comunità (34,86)
SUD:	2.066 accolti presso n. 51 comunità (40,51)	SUD:	1.663 accolti presso n. 57 comunità (29,17)
ISOLE:	904 accolti presso n. 40 comunità (22,60)	ISOLE:	998 accolti presso n. 42 comunità (23,76)

Confrontando il numero degli utenti rilevati alla data del 30 giugno 1991 con quello registrato alla data del 31 marzo 1991, emerge un sostanziale aumento dei tossicodipendenti in trattamento presso i presidi sanitari pubblici (5.862 utenti in più).

Il carico medio per struttura sanitaria pubblica risulta di n. 75,42 utenti alla data del 31 marzo 1991 e di n. 86,44 alla data del 30 giugno 1991; quello per comunità terapeutica è di n. 27,69 utenti alla data del 31 marzo 1991, di n. 27,37 alla data del 30 giugno 1991.

N.B. Tra parentesi viene riportato il carico medio di utenti per struttura sanitaria e comunità terapeutica.

Tossicodipendenti sottoposti a trattamento a base di sostanze sostitutive presso le strutture sanitarie pubbliche

L'incidenza della diffusione, a livello territoriale, del ricorso al trattamento farmacologico a base di sostanze sostitutive nella cura dei tossicodipendenti prestata presso i presidi sanitari pubblici è la seguente:

	al 31/3/91	al 30/6/91
NORD:	3.849 su 21.287 pari al 18,08%	NORD: 4.619 su 26.059 pari al 17,72%
CENTRO:	4.033 su 6.696 pari al 60,23%	CENTRO: 3.514 su 7.114 pari al 49,40%
SUD:	3.054 su 7.708 pari al 39,62%	SUD: 3.052 su 8.057 pari al 37,88%
ISOLE:	1.110 su 2.097 pari al 52,93%	ISOLE: 1.197 su 2.420 pari al 49,46%

Il numero complessivo dei soggetti tossicodipendenti sottoposti ad una terapia farmacologica a base di sostanze sostitutive presso i presidi sanitari pubblici è di 12.046 - su un totale di n. 37.788 soggetti in cura - al 31 marzo 1991, e di 12.382 - rapportato ad un totale di 43.650 soggetti in cura - al 30 giugno 1991.

In ordine alle percentuali di distribuzione territoriale - nel ricorso al trattamento farmacologico nella cura dei tossicodipendenti - si conferma il divario esistente fra il Nord, in tendenziale diminuzione, e il resto d'Italia, come appare dal seguente prospetto:

	31/03/90	30/06/90	30/09/90	31/12/90	31/03/91	31/06/91
NORD:	20,61%	17,13%	16,65%	15,37%	18,08%	17,72%
CENTRO:	63,80%	60,59%	63,25%	64,01%	60,23%	49,40%
SUD:	52,01%	44,98%	43,68%	31,74%	39,62%	37,88%
ISOLE:	67,69%	69,92%	66,85%	61,77%	52,93%	49,46%

Distribuzione territoriale dei servizi sanitari pubblici e delle comunità terapeutiche residenziali

La presenza dei servizi pubblici e privati sul territorio nazionale è caratterizzata, nelle rilevazioni del I semestre 1991, dalla non uniforme dislocazione degli stessi, più diffusi al Nord ed al Centro, che al Sud e nelle Isole, come si evidenzia nel prospetto di seguito riportato:

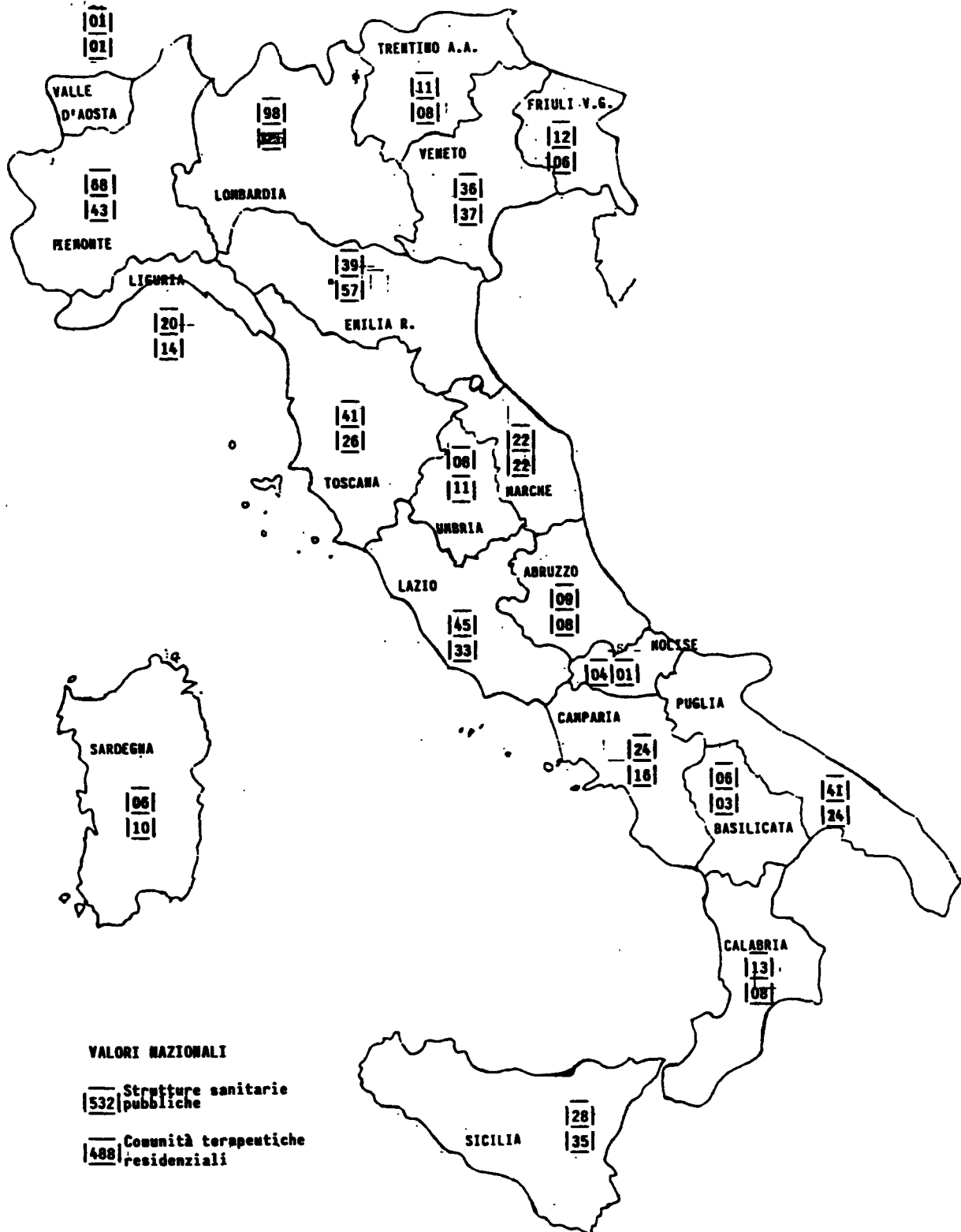
	31 marzo 1991			30 giugno 1991			
	SERVIZI SANITARI PUBBLICI	COMUNITA' TERAP. RESIDEN.	TOTALE STRUTTURE	SERVIZI SANITARI PUBBLICI	COMUNITA' TERAP. RESIDEN.	TOTALE STRUTTURE	
	NORD	285	287	572	NORD	285	291
CENTRO	117	89	206	CENTRO	116	92	208
SUD	97	57	154	SUD	97	60	157
ISOLE	34	43	77	ISOLE	34	45	79
TOTALE ITALIA	533	476	1.009	TOTALE ITALIA	532	488	1.020

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E COMUNITA' TERAPEUTICHE RESIDENZIALI

AL 30.06.1991

- DISTRIBUZIONE REGIONALE -



X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Disaggregazione regionale delle strutture sanitarie pubbliche e delle comunità terapeutiche residenziali esistenti nel Paese e relativa percentuale di incidenza sul totale nazionale alla data del 30 giugno 1991.

DESCRIZIONE	STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE		COMUNITA' TERAP. RESIDENZIALI	
	V.A.	%	V.A.	%
PIEMONTE	68	12,78	43	8,81
VALLE D'AOSTA	1	0,19	1	0,20
LOMBARDIA	98	18,42	125	25,62
TRENTINO A.A.	11	2,07	8	1,64
VENETO	36	6,77	37	7,58
FRIULI V.G.	12	2,26	6	1,23
LIGURIA	20	3,76	14	2,87
EMILIA ROMAGNA	39	7,33	57	11,68
TOSCANA	41	7,71	26	5,33
UMBRIA	8	1,50	11	2,25
MARCHE	22	4,13	22	4,51
LAZIO	45	8,46	33	6,76
ABRUZZO	9	1,69	8	1,64
MOLISE	4	0,75	1	0,20
CAMPANIA	24	4,51	16	3,28
PUGLIA	41	7,71	24	4,92
BASILICATA	6	1,13	3	0,62
CALABRIA	13	2,44	8	1,64
SICILIA	28	5,26	35	7,17
SARDEGNA	6	1,13	10	2,05
TOTALE ITALIA	532	100,00	488	100,00

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TOSSICODIPENDENTI IN TRATTAMENTO PRESSO I SERVIZI SANITARI PUBBLICI
E LE COMUNITA' TERAPEUTICHE RESIDENZIALI
(Dati Nazionali)

DATE DI RILEVAZIONE	STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE				COMUNITA' TERAP. RESIDENZIALI			TOTALE UTENTI
	ESISTENTI	CENSITE	UTENTI	DI CUI IN	ESISTENTI	CENSITE	UTENTI	
				TRATT.CON SOSTITUT.				
N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.	
15.06.1984	417	382	18.483	11.104	207	207	4.373	22.856
15.09.1984	422	383	18.310	11.124	215	215	4.358	22.668
15.12.1984	436	424	20.747	11.923	222	219	4.476	25.223
15.03.1985	444	395	16.731	9.772	237	236	4.845	21.576
15.06.1985	454	419	18.429	10.306	280	280	4.930	23.359
15.09.1985	454	415	17.620	9.222	296	290	4.881	22.501
15.12.1985	455	440	19.919	9.820	301	297	5.028	24.947
15.03.1986	459	444	19.018	9.906	310	307	5.303	24.321
15.06.1986	464	456	19.079	9.214	324	323	5.540	24.619
15.09.1986	465	460	18.590	9.388	325	323	5.645	24.235
15.12.1986	469	460	20.137	9.463	326	318	5.927	26.064
15.03.1987	468	460	20.866	9.927	324	321	5.841	26.706
15.06.1987	470	456	21.895	10.886	327	320	6.114	28.009
30.09.1987	474	461	23.174	11.430	335	326	6.174	29.348
31.12.1987	473	459	23.276	10.604	342	340	6.676	29.952
31.03.1988	477	464	23.860	10.301	340	336	7.109	30.969
30.06.1988	484	476	25.533	10.936	347	345	7.527	33.060
30.09.1988	483	475	26.005	11.905	352	349	7.422	33.427
31.12.1988	492	479	27.906	11.464	356	351	8.017	35.923
31.03.1989	501	483	28.672	11.783	360	354	8.547	37.219
30.06.1989	508	489	31.568	11.991	366	361	8.792	40.360
30.09.1989	509	492	32.299	12.366	381	373	8.895	41.194
31.12.1989	513	488	33.335	12.986	415	404	9.965	43.300
31.03.1990	513	499	35.286	13.462	434	421	10.618	45.904
30.06.1990	517	505	37.804	12.520	433	422	10.667	48.471
30.09.1990	527	521	38.999	12.725	434	421	11.381	50.380
31.12.1990	530	513	40.928	12.457	454	440	12.413	53.341
31.03.1991	533	501	37.788	12.046	476	458	12.682	50.470
30.06.1991	532	505	43.650	12.382	488	454	12.426	56.076

Andamento dell'utenza

Il dato complessivo dell'utenza tossicodipendente nel corso dell'anno 1990 e del 1° semestre 1991 (n. 45.904 utenti al 31 marzo 1990; n. 48.471 al 30 giugno 1990; n. 50.380 utenti al 30 settembre 1990; n.53.341 al 31 dicembre 1990; n. 50.470 al 31 marzo 1991, n. 56.076 al 30 giugno 1991) si attesta, trimestralmente, intorno alle 50 mila unità.

Questo dato conferma l'aumento del numero degli utenti in corso di trattamento presso i servizi pubblici e privati, iniziatosi a registrare nella rilevazione del 15 dicembre 1986 (vedi tab. a, che illustra altresì l'andamento del fenomeno dal 1984 al 30 giugno 1991).

Sulla base dei dati relativi alle rilevazioni trimestrali, l'utenza dei servizi sanitari pubblici è passata da 37.804 alla data del 30 giugno 1990 a 43.650 alla data del 30 giugno 1991, : mentre presso le comunità terapeutiche residenziali gli utenti sono passati da 10.667 a 12.426; si è così registrato un incremento globale del 15,69%.

Un notevole aumento si è registrato anche nel numero delle strutture esistenti: si è passati da 517 strutture sanitarie pubbliche del 30 giugno 1990 alle 532 del 30 giugno 1991, mentre le comunità terapeutiche sono passate da 433 a 488 con un aumento di oltre il 7%.

Il numero dei tossicodipendenti "conosciuti" dalle

strutture pubbliche e private costituisce uno degli indicatori dell'andamento della tossicodipendenza che, insieme ad altri - quali il numero dei decessi per droga, dei sequestri di sostanze stupefacenti, delle persone denunciate per reati connessi alla droga ecc. - denota un continuo e costante aumento del fenomeno.

Per una immediata visualizzazione di alcuni risultati dell'indagine vengono riportati i prospetti con la distribuzione regionale dei soggetti tossicodipendenti in trattamento con riferimento alla presenza delle strutture sanitarie pubbliche e delle comunità terapeutiche residenziali (tab.1, 2, 3 e 4).

E' da precisare che la disaggregazione regionale per tossicodipendenti ha carattere puramente indicativo, in quanto non sempre la residenza degli utenti coincide con quella delle strutture che li accolgono.

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Disaggregazione regionale dei tossicodipendenti in trattamento alla data del 30 giugno 1991 e relativa percentuale d'incidenza sul totale nazionale.

REGIONE	UTENTI IN CORSO DI TRATTAMENTO AL 30.06.1991		TOTALE UTENTI	INCIDENZA % SU TOTALE NAZIONALE
	PRESSO STRUTTURE SANIT. PUBBLICHE	PRESSO COMUNITA' TERAPEUT. RESID.		
LOMBARDIA	7.771 (1)	1.678 (1)	9.449	16,85
EMILIA ROMAGNA	4.103	2.883 (2)	6.986	12,46
PIEMONTE	5.828	768 (3)	6.596	11,76
PUGLIA	5.036	729 (4)	5.765	10,28
VENETO	3.894	724	4.618	8,23
LAZIO	3.159 (5)	799 (5)	3.958	7,06
TOSCANA	2.564 (6)	868	3.432	6,12
LIGURIA	2.918	293 (7)	3.211	5,73
SICILIA	1.492 (8)	733	2.225	3,97
CAMPANIA	1.645 (9)	373 (9)	2.018	3,60
UMBRIA	511	971	1.482	2,64
MARCHE	880 (10)	465	1.345	2,40
SARDEGNA	928 (11)	265 (11)	1.193	2,13
CALABRIA	691 (12)	304	995	1,77
FRIULI V.G.	840	117	957	1,71
TRENTINO A.A.	628	189 (13)	817	1,46
ABRUZZO	427	230	657	1,17
BASILICATA	211	14	225	0,40
VALLE D'AOSTA	77	10	87	0,15
MOLISE	47	13	60	0,11
TOTALE ITALIA	43.650	12.426	56.076	100,00

(1) Mancano i dati di 6 strutture sanitarie pubbliche di Milano, di 1 comunità terapeutica residenziale di Bergamo, di 14 di Milano e di 2 di Pavia.

(2) Mancano i dati di 1 comunità terapeutica residenziale di Bologna e di 2 di Forlì.

(3) Mancano i dati di 1 comunità terapeutica residenziale di Alessandria e di 1 di Torino.

(4) Mancano i dati di 1 comunità terapeutica residenziale di Foggia.

(5) Mancano i dati di 9 strutture sanitarie pubbliche e di 3 comunità terapeutiche residenziali di Roma.

(6) Mancano i dati di 1 struttura sanitaria pubblica di Arezzo e di 1 di Massa Carrara.

(7) Mancano i dati di 2 comunità terapeutiche residenziali di Genova.

(8) Mancano i dati di 1 struttura sanitaria pubblica di Ragusa e di 1 di Siracusa.

(9) Mancano i dati di 4 strutture sanitarie pubbliche e di 2 comunità terapeutiche residenziali di Napoli.

(10) Mancano i dati di 1 struttura sanitaria pubblica di Pesaro e Urbino.

(11) Mancano i dati di 1 struttura sanitaria pubblica di Sassari, di 1 comunità terapeutica residenziale di Cagliari e di 2 di Sassari.

(12) Mancano i dati di 2 strutture sanitarie pubbliche di Cosenza.

(13) Mancano i dati di 1 comunità terapeutica residenziale di Trento.

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

S E R V I Z I P U B B L I C I

DATI NAZIONALI DISAGGREGATI PER AREE GEOGRAFICHE

	DATI AL 30/06/90		DATI AL 30/09/90		DATI AL 30/12/90		DATI AL 30/03/91		DATI AL 30/06/91						
	COMUN. TOSSICO. DI CUI	COMUN. TOSSICO. DI CUI	COMUN. TOSSICO. DI CUI	COMUN. TOSSICO. DI CUI	COMUN. TOSSICO. DI CUI	COMUN. TOSSICO. DI CUI	COMUN. TOSSICO. DI CUI	COMUN. TOSSICO. DI CUI	COMUN. TOSSICO. DI CUI	COMUN. TOSSICO. DI CUI					
	IN TRAT. CENSITE	IN TRAT. CENSITE	IN TRAT. CENSITE	IN TRAT. CENSITE	IN TRAT. CENSITE	IN TRAT. CENSITE	IN TRAT. CENSITE	IN TRAT. CENSITE	IN TRAT. CENSITE	IN TRAT. CENSITE					
	TERAPEU. SOST. SO.	TERAPEU. SOST. SO.	TERAPEU. SOST. SO.	TERAPEU. SOST. SO.	TERAPEU. SOST. SO.	TERAPEU. SOST. SO.	TERAPEU. SOST. SO.	TERAPEU. SOST. SO.	TERAPEU. SOST. SO.	TERAPEU. SOST. SO.					
	N. N.	N. N.	N. N.	N. N.	N. N.	N. N.	N. N.	N. N.	N. N.	N. N.					
NORD-OVEST	175	14368	2572	186	15426	2770	186	16202	2571	172	13792	2430	181	16594	2673
NORD-EST	98	6924	1076	98	7065	975	98	7531	1076	94	7495	1419	98	9465	1946
CENTRO	105	5915	3584	107	6469	4092	108	6939	4442	108	6696	4033	104	7114	3514
SUD	95	8506	3826	97	7867	3436	88	8187	3090	95	7708	3054	91	8057	3052
ISOLE	32	2091	1462	33	2172	1452	33	2069	1278	32	2097	1110	31	2420	1197
ITALIA	505	37804	12520	521	38999	12725	513	40928	12457	501	37788	12046	505	43650	12382

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

SERVIZI PUBBLICI

DATI REGIONALI

	DATI AL 30/06/90		DATI AL 30/09/90		DATI AL 30/12/90		DATI AL 30/03/91		DATI AL 30/06/91				
	N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.			
PIEMONTE	65	5320	1116	65	5269	1065	68	5002	943	5828	68	5828	926
VALLE D'AOSTA	1	47	25	1	53	25	1	81	37	77	1	77	18
LIGURIA	20	2434	584	20	2772	622	19	2681	693	2918	20	2918	714
LOMBARDIA	89	6567	847	100	7332	1058	83	6028	757	7771	92	7771	1015
TRENTO A.A.	11	494	251	11	569	302	11	559	252	628	11	628	304
VENETO	36	2321	336	36	2277	405	36	2655	575	3894	36	3894	990
FRIULI V.G.	12	633	129	12	653	130	12	829	162	840	12	840	141
EMILIA ROMAGNA	39	3476	360	39	3566	138	39	3452	430	4103	39	4103	511
MARCHE	18	682	69	19	720	68	19	664	93	880	21	880	88
TOSCANA	42	2362	1121	43	2697	1556	42	2400	1516	2564	39	2564	823
UMBRIA	8	363	284	8	469	259	8	546	389	511	8	511	349
LAZIO	37	2508	2110	37	2583	2209	39	2610	2035	3159	36	3159	2254
CAMPANIA	23	1446	1219	24	1510	1166	22	1717	1155	1645	20	1645	1013
ABRUZZI	9	366	119	9	314	155	9	414	103	427	9	427	168
MOLISE	4	32	17	4	41	15	4	47	0	47	4	47	16
PUGLIE	41	6076	2066	40	4991	1357	41	4730	1355	5036	41	5036	1346
BASILICATA	4	144	114	5	224	166	6	323	206	211	6	211	99
CALABRIA	14	442	291	15	787	577	12	477	235	691	11	691	410
SICILIA	26	909	287	27	1005	291	27	1187	204	1492	26	1492	272
SARDEGNA	6	1182	1175	6	1167	1161	5	910	906	928	5	928	925
ITALIA	505	37804	12520	521	38999	12725	513	37788	12046	43650	505	43650	12382

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

COMUNITA' TERAPEUTICHE RESIDENZIALI

DATI NAZIONALI DISAGGREGATI PER AREE GEOGRAFICHE

	DATI AL 30/06/90		DATI AL 30/09/90		DATI AL 30/12/90		DATI AL 30/03/91		DATI AL 30/06/91						
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%					
	COMUN. TOSSICO. DI CUI	COMUN. TOSSICO. DI CUI	COMUN. TOSSICO. DI CUI	COMUN. TOSSICO. DI CUI	COMUN. TOSSICO. DI CUI	COMUN. TOSSICO. DI CUI	COMUN. TOSSICO. DI CUI	COMUN. TOSSICO. DI CUI	COMUN. TOSSICO. DI CUI	COMUN. TOSSICO. DI CUI					
	CENSITE IN TRAT. IN TRAT.	CENSITE IN TRAT. IN TRAT.	CENSITE IN TRAT. IN TRAT.	CENSITE IN TRAT. IN TRAT.	CENSITE IN TRAT. IN TRAT.	CENSITE IN TRAT. IN TRAT.	CENSITE IN TRAT. IN TRAT.	CENSITE IN TRAT. IN TRAT.	CENSITE IN TRAT. IN TRAT.	CENSITE IN TRAT. IN TRAT.					
	TERAPEU. SOST. SO.	TERAPEU. SOST. SO.	TERAPEU. SOST. SO.	TERAPEU. SOST. SO.	TERAPEU. SOST. SO.	TERAPEU. SOST. SO.	TERAPEU. SOST. SO.	TERAPEU. SOST. SO.	TERAPEU. SOST. SO.	TERAPEU. SOST. SO.					
	N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.					
	N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.					
NORD-OVEST	162	2545	0	160	2540	0	170	2943	0	176	2899	0	162	2749	0
NORD-EST	90	3179	0	93	3399	0	96	3792	0	105	3949	0	104	3913	0
CENTRO	78	2493	0	79	2848	0	83	2889	0	86	2864	0	89	3103	0
SUD	51	1589	0	49	1678	0	50	1748	0	51	2066	0	57	1663	0
ISOLE	41	861	0	40	916	0	41	1041	0	40	904	0	42	998	0
ITALIA	422	10667	0	421	11381	0	440	12413	0	458	12682	0	454	12426	0



Ministero dell'Interno

Tossicodipendenti in trattamento alla data del 30/09/1991

Sulla base degli ultimi dati disponibili, risulta che sono 59.698, alla data del 30 settembre 1991 i tossicodipendenti in corso di trattamento presso i presidi pubblici e privati, così disaggregati:

- presso le strutture sanitarie pubbliche	- presso le comunità terapeutiche residenziali
- maschi 39.216	- maschi 10.579
- femmine 7.689	- femmine 2.214
totale 46.905 (13.734)*	totale 12.793
totale complessivo al 30.09.91 59.698	

STRUTTURE

CENSITE:

I dati sui tossicodipendenti in trattamento sono stati rilevati presso le seguenti strutture:

- strutture sanit. pubb. 516 su 529 pari al 97,54%	- comunità terapeut. residen. 475 su 499 pari al 95,19%
---	--

* Le cifre tra parentesi indicano i tossicodipendenti che vengono sottoposti ad una terapia farmacologica a base di sostanze sostitutive.

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

DISTRIBUZIONE

TERRITORIALE: I tossicodipendenti in trattamento alla data del 30 settembre sono così distribuiti:

presso le strutture sanitarie pubbliche

presso le comunità terapeutiche residenziali

NORD:	26.979 in terapia presso n. 282 strut. (95,67)	NORD:	7.137 accolti presso n. 282 comunità (25,31)
CENTRO:	8.116 in terapia presso n. 108 strut. (75,15)	CENTRO:	2.836 accolti presso n. 89 comunità (31,86)
SUD:	8.893 in terapia presso n. 92 strut. (96,66)	SUD:	1.764 accolti presso n. 58 comunità (30,41)
ISOLE:	2.917 in terapia presso n. 34 strut. (85,79)	ISOLE:	1.056 accolti presso n. 46 comunità (22,96)

TOSSICODIPENDENTI IN TERAPIA

FARMACOLOGICA: L'entità e la diffusione territoriale del ricorso al trattamento farmacologico nel corso del III trimestre 1991 risultano le seguenti:

NORD:	4.372 su 26.979 pari al 16,20%
CENTRO:	4.170 su 8.116 pari al 51,38%
SUD:	3.770 su 8.893 pari al 42,39%
ISOLE:	1.422 su 2.917 pari al 48,75%

DISTRIBUZIONE TERRITORIALE

DELLE STRUTTURE: Si conferma la non uniforme dislocazione dei presidi pubblici e privati, che permangono più diffusi al Nord e al Centro, rispetto al Sud ed alle Isole, come si evidenzia nel prospetto di seguito riportato:

30 SETTEMBRE 1991			
	SERVIZI SANITARI PUBBLICI	COMUNITA' TERAP. RESIDENZ.	TOTALE STRUTTURE
NORD	282	293	575
CENTRO	117	95	212
SUD	94	63	157
ISOLE	36	48	84
ITALIA	529	499	1.028

N.B. Tra parentesi viene riportato il carico medio per struttura sanitaria e comunità terapeutica.

Andamento dell'utenza

Nel corso del 1991 l'utenza ufficiale, che risulta in trattamento presso le strutture pubbliche e private, si è attestata intorno alle 55 mila unità. Rispetto ai circa 50 mila tossicodipendenti in trattamento nel corso del 1990, si è verificato un incremento globale del 10% circa.

Considerando la media annuale, sulla base delle rilevazioni trimestrali, l'utenza dei servizi sanitari pubblici è passata da 38.254 unità nel 1990 a 42.722 nel 1991 e presso le comunità terapeutiche residenziali da 11.258 a 12.634.

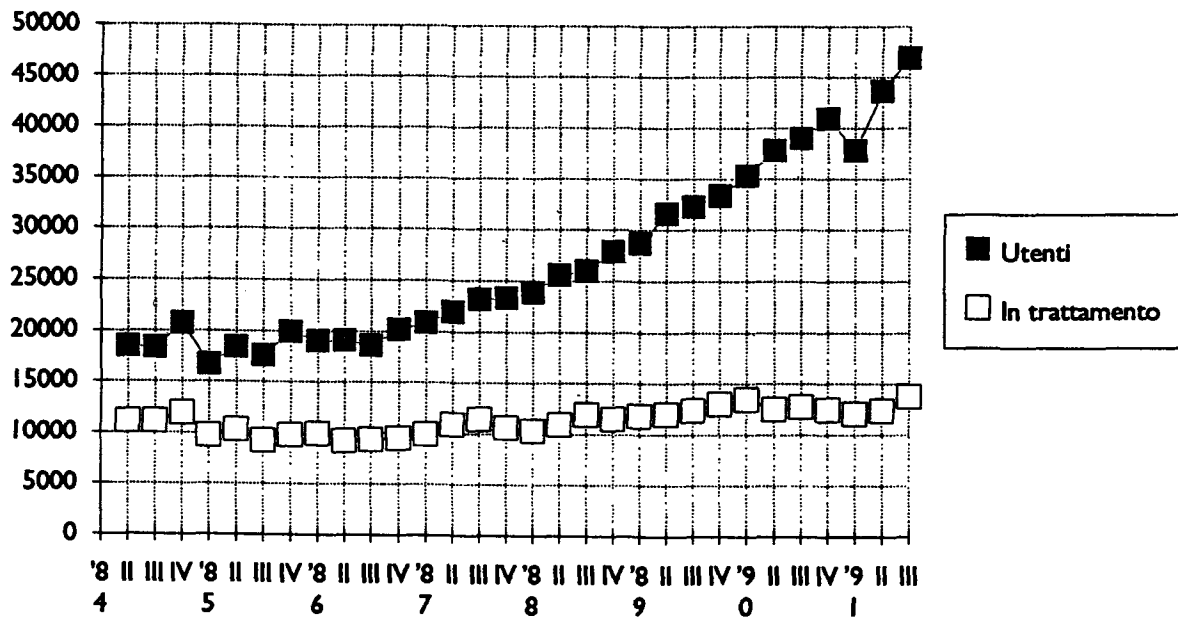
La tendenza all'aumento dell'utenza, evidenziatasi fin dal II semestre 1986, è costante sia sul versante delle strutture sanitarie che delle comunità, anche se per queste risulta più contenuto a causa della loro limitata recettività.

Rispetto alla rilevazione del 30/6/1990 (ultima rilevazione prima dell'entrata in vigore della nuova normativa sulla droga) l'utenza presso i presidi pubblici e privati per le tossicodipendenze è aumentata alla data del 30/9/1991 del 23,16% (in particolare del 24,07% presso i servizi sanitari pubblici e del 19,93% presso le comunità terapeutiche residenziali), mentre il numero dei tossicodipendenti in trattamento farmacologico presso le strutture pubbliche è aumentato del 9,70%.

Sempre nel periodo di tempo considerato, il numero dei presidi è aumentato rispettivamente del 24,07% per i servizi sanitari pubblici e del 19,93% per le comunità terapeutiche.

"OSSERVATORIO PERMANENTE SUL FENOMENO DROGA"

**Utenti di Strutture Sanitarie Pubbliche e utenti in trattamento con sostanze sostitutive
(valori assoluti trimestrali)**



PAGINA BIANCA

*Detentori per uso personale di
sostanze stupefacenti o psicotrope
segnalati alle Prefetture (art. 75 T.U.
delle Leggi in materia di droga
approvato con d.P.R. 309/90)*

PAGINA BIANCA

Detentori per uso personale di sostanze stupefacenti
o psicotrope in dose inferiore alla media giornaliera
segnalati alle Prefetture nel periodo
dall'11.7.1990 al 31.12.1991

Situazione

Dall'11.7.1990 - data dell'entrata in vigore della legge n. 162/1990 - al 31.12.1991 risultano segnalati alle Prefetture da parte delle forze di Polizia 25.845 detentori per uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope in dose non superiore a quella media giornaliera.

Di questi casi, il 91,2 % sono maschi ed il 2,6 è in età inferiore agli anni 18.

In particolare, l'età media degli assuntori di stupefacenti è di anni 25,5.

La classe di età maggiormente interessata è quella compresa tra i 18 ed i 28 anni, comprendenti il 74% dei casi, così suddivisi:

- | | |
|-----------------|---------------|
| - classe 23-25, | 23% dei casi |
| - classe 26-28, | 18% dei casi |
| - classe 18-20, | 17% dei casi |
| - classe 21-22, | 16% dei casi. |

Delle 27.389 (*) segnalazioni effettuate, 9.731 (pari al 35,53%) riguardano sostanze leggere, 16.792 (pari al 61,31%) sostanze pesanti, mentre nei rimanenti 866 casi, pari al 3,16%, la sostanza non è stata indicata.

La regione con il più alto numero di segnalazioni è la Lombardia con 3.682 casi, pari al 13,44% seguita dal Lazio con 2.805 casi, pari al 10,24%, dalla Toscana con 2.689 casi, pari al 9,82%, dalla Puglia con 2.457 casi, pari al 8,97%.

La regione con il più alto numero di soggetti segnalati è la Lombardia con 3.906 casi, pari al 15,11% seguita dal Lazio con 2.640 casi, pari al 10,21%, dalla Toscana con 2.331 casi, pari al 9,02% e dalla Puglia con 2.213 casi pari all'8,56%.

Le regioni con minor numero di persone segnalate è la Valle d'Aosta con 64 casi ed il Molise con 88 casi.

In particolare, risultano effettuati davanti al Prefetto n. 15.209 colloqui.

Dei soggetti che si sono presentati ai colloqui, 5.603, pari al 36,84%, sono stati invitati a non fare più uso delle sostanze stesse e 8.748, pari al 57,52% risultano entrati nel circuito terapeutico per essere sottoposti a trattamento terapeutico.

Le sanzioni amministrative finora adottate dai Prefetti a carico dei consumatori o detentori per uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope risultano essere 3.602, di cui 2.813 per mancata presentazione innanzi al Prefetto.

(*) Il dato può comprendere anche più segnalazioni a carico dello stesso soggetto per fatti diversi, che comunque rientrano nella fattispecie di cui all'art. 75 del T.U. citato.

I casi di trasmissione degli atti all'Autorità Giudiziaria sono 1.071, pari al 4,14% del numero delle persone segnalate.

Risulta inoltre che 1.802 casi, pari al 6,97% che hanno attuato il programma, ottemperando alle relative prescrizioni, e lo hanno concluso, sono stati archiviati dalle Prefetture.

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

MINISTERO DELL'INTERNO
 "OSSERVATORIO PERMANENTE SUL FENOMENO DROGA"
 DISTRIBUZIONE NUMERICA DEI DETENTORI PER USO PERSONALE - ARTICOLO 75 T.U. LEGGI DROGA D.P.R. 309/1990
 DATI RELATIVI ALLO STATO PROCEDIMENTO, TIPO SANZIONE E PROG. TERAPEUTICO
 (11 luglio 1990 - 31 dicembre 1991)

REGIONE	NUMERO PERSONE SEGNALATE	DI CUI MINORI (*)	NUMERO SEGNALAZIONI				COLLOQUI EFFETTUATI				TOTALE	SANZIONI AMMIN.VE SENZA COLLO-QUIO	ARCHIVIAZIONE ATTI	TRASMISSIONE ATTI ALLA AUTORITA' GIUDIZ.
			SOSTANZE LEGGERE	SOSTANZE PESANTI	SOSTANZE NON INDICATE	TOTALE (**)	DI CUI CON 2° COMMA 12 (***)	DI CUI CON AMMONIZ. A S.S.P.	DI CUI INVIATI	DI CUI CON SANZIONE				
PIEMONTE	2.023	60	759	1.355	52	2.166	5	456	597	39	1.097	213	147	82
VALLE D'AOSTA	64	1	57	20	=	77	=	12	7	7	26	9	3	1
LOMBARDIA	3.906	76	1.138	2.521	23	3.682	19	752	1.342	262	2.375	402	639	103
TRENTINO A.A.	327	10	114	218	5	337	=	103	106	11	220	64	7	24
VENETO	1.299	17	327	1.041	26	1.394	10	252	686	53	1.001	203	112	97
FRIULI V.G.	336	8	174	207	9	390	1	90	143	10	244	46	27	24
LIGURIA	1.893	27	583	1.447	64	2.094	4	381	947	55	1.387	428	105	154
EMILIA ROMAGNA	2.122	58	761	1.489	54	2.304	7	459	720	75	1.261	298	187	127
TOSCANA	2.331	54	842	1.762	85	2.689	15	505	979	111	1.610	287	135	121
UMBRIA	289	9	140	172	13	325	1	76	166	7	250	44	19	12
MARCHE	697	10	346	381	3	730	=	187	242	29	458	115	70	24
LAZIO	2.640	56	1.508	1.215	82	2.805	=	451	372	5	828	23	43	37
ABRUZZO	400	16	240	190	4	434	2	203	147	16	368	26	17	10
MOLISE	88	2	43	55	3	101	1	31	50	3	85	14	14	8
CAMPANIA	1.935	69	591	1.225	75	1.891	=	438	525	3	966	91	25	29
PUGLIA	2.213	69	647	1.714	96	2.457	3	258	547	63	871	298	108	78
BASILICATA	162	11	61	83	13	157	=	27	86	3	116	12	9	15
CALABRIA	219	6	114	88	12	214	=	23	87	7	117	11	22	4
SICILIA	2.049	116	986	984	244	2.214	1	743	755	28	1.527	130	110	105
SARDEGNA	852	17	300	625	3	928	=	156	244	2	402	99	3	16
TOTALE ITALIA	25.845	692	9.731	16.792	866	27.389	69	5.603	8.748	789	15.209	2.813	1.802	1.071

(*) : Nel determinare l'età dei soggetti segnalati viene presa in considerazione la data dell'ultima segnalazione ovvero dell'ultimo provvedimento a carico.

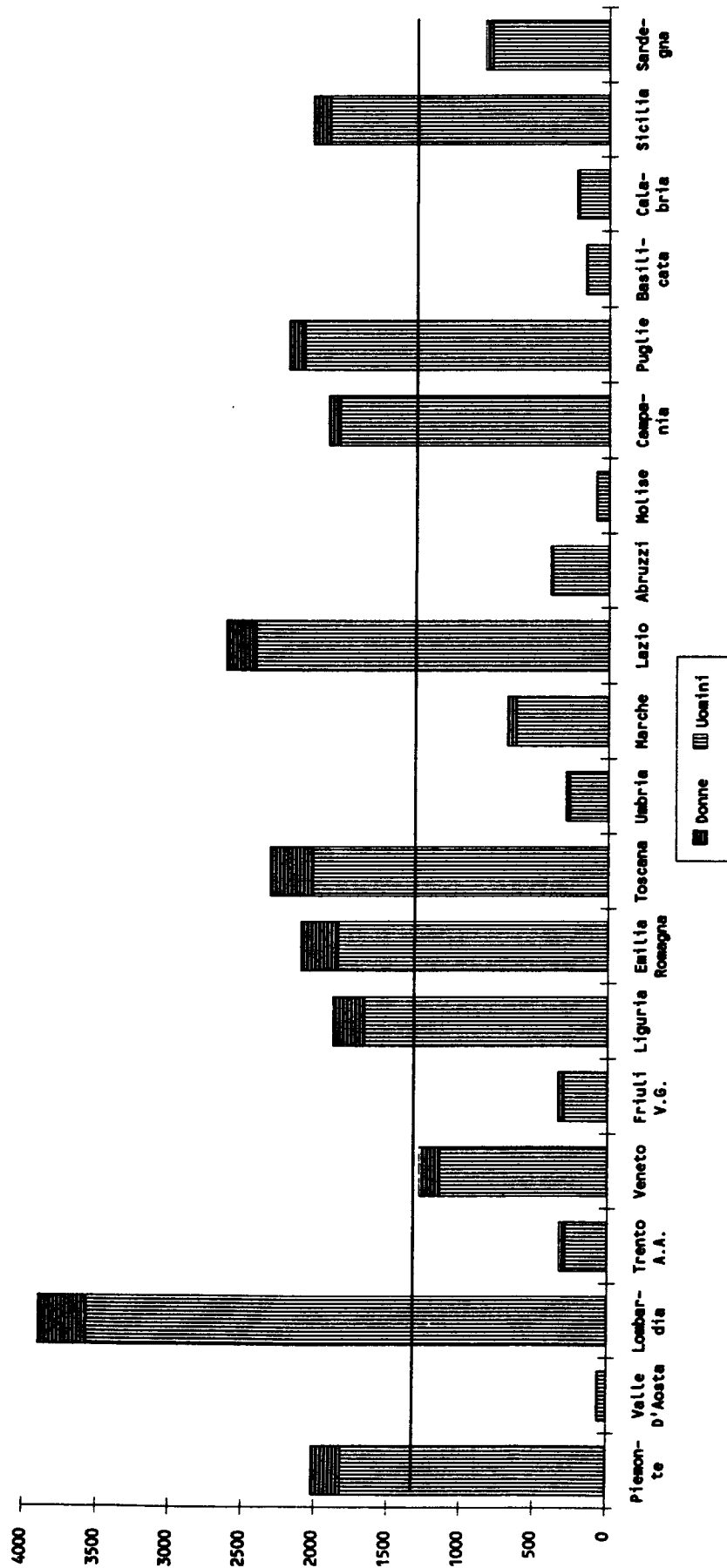
(**) : In alcuni casi, può verificarsi che il numero delle persone segnalate sia di poco superiore a quello delle segnalazioni; ciò è da attribuire al fatto che, per motivi tecnici, il dato relativo alla segnalazione non è ancora acquisito al momento della rilevazione statistica.

(***) : I dati fanno riferimento al mese di dicembre 1991.

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

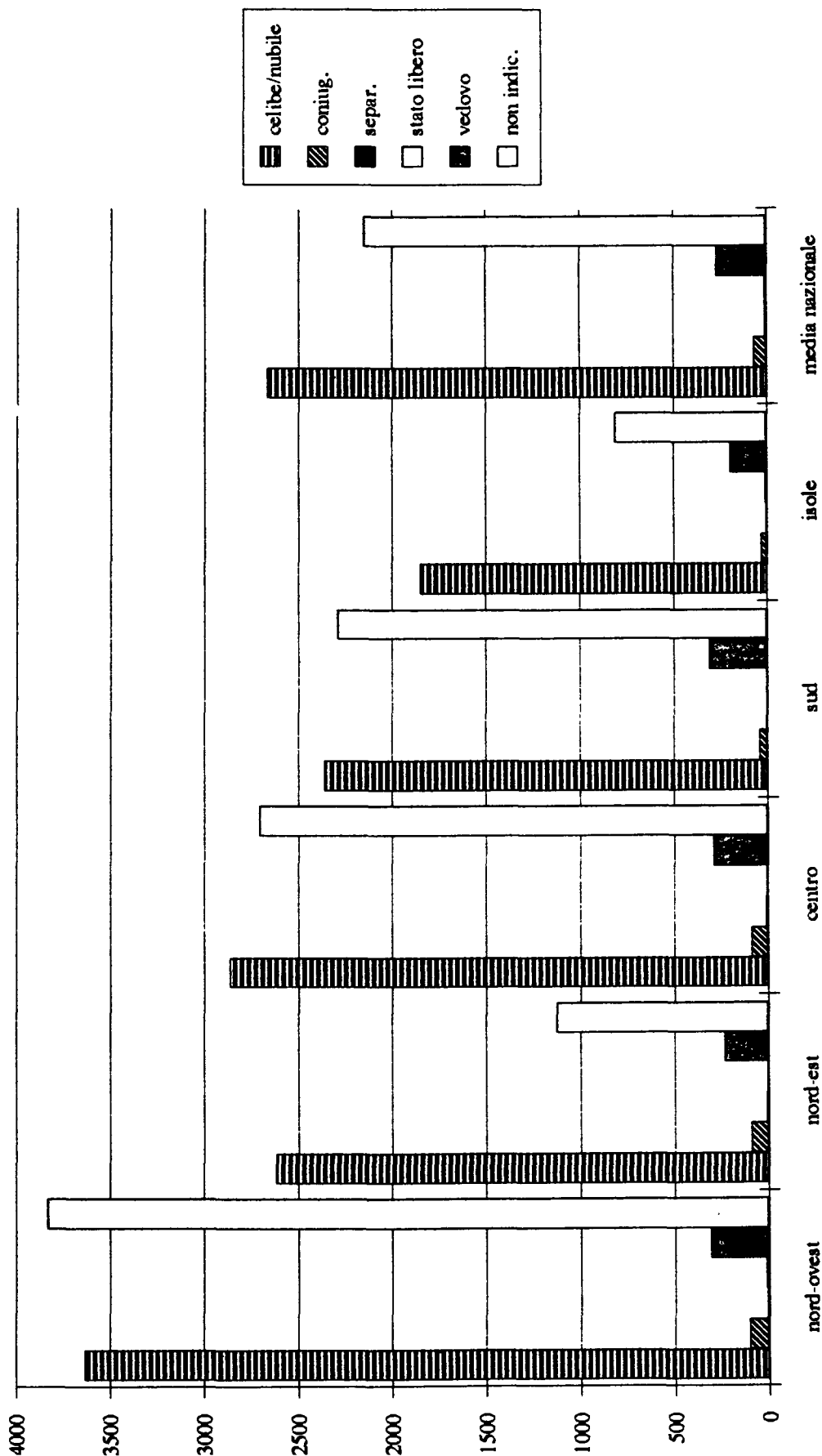
Osservatorio permanente sul fenomeno droga

Distribuzione regionale detentori per uso personale segnalati



"L'uso continuo e permanente sul fenomeno droga"

Distribuzione numerica soggetti segnalati art. 75 l.u. 309/90

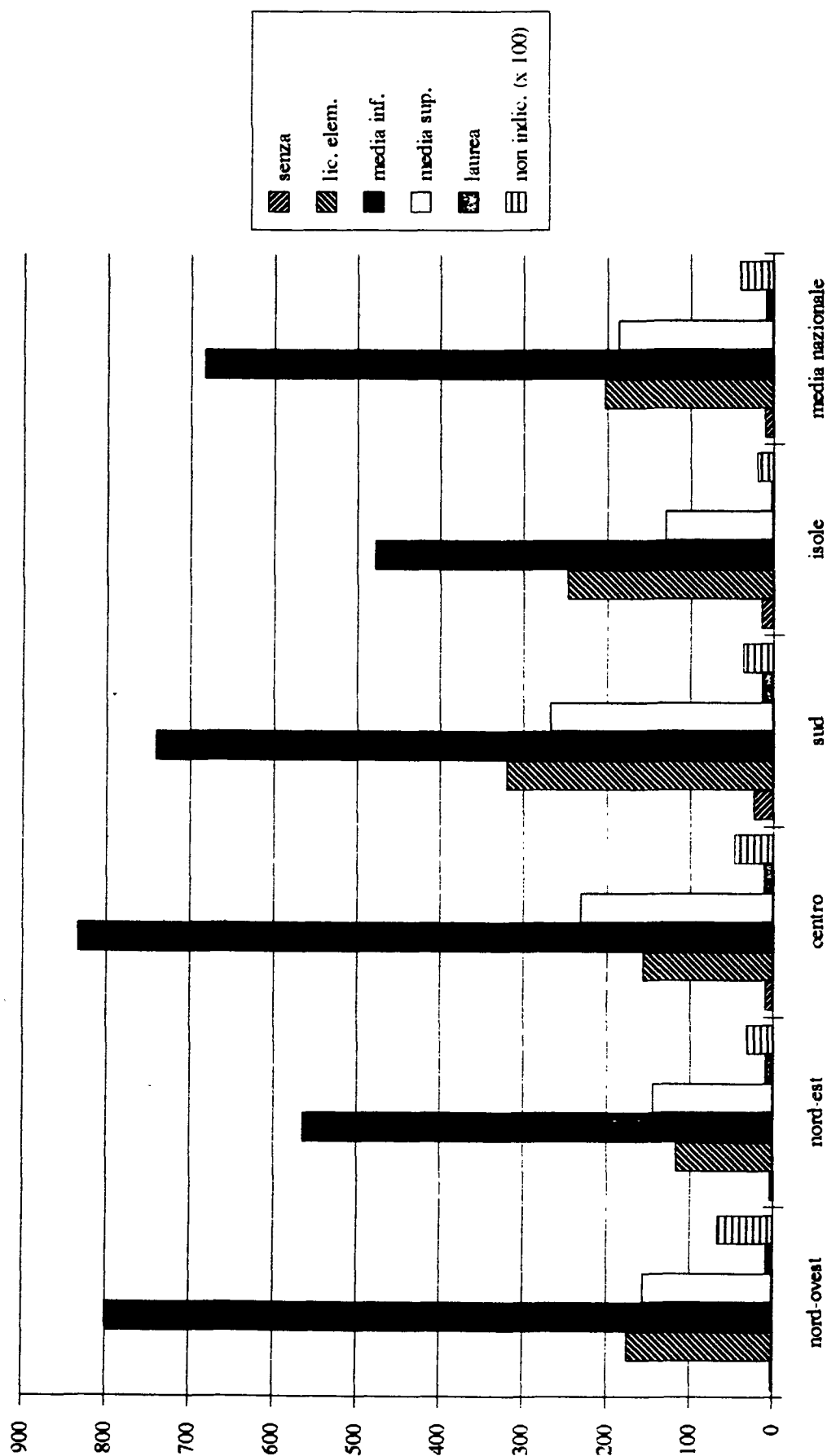


Dati relativi allo stato civile

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

"Osservatorio permanente sul fenomeno droga"

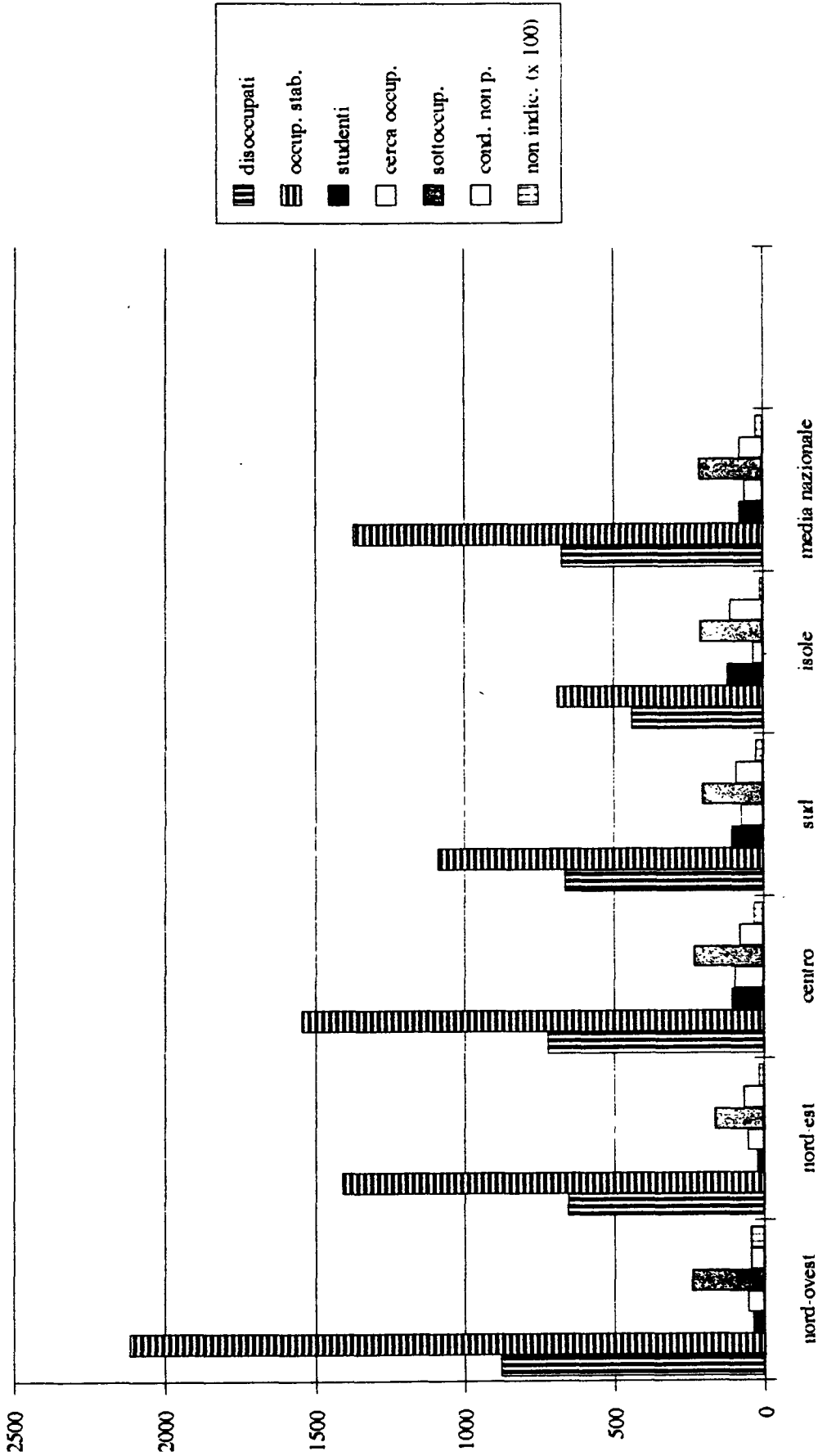
Distribuzione numerica soggetti segnalati art. 75 l.u. 309/90



Dati relativi al titolo di studio

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

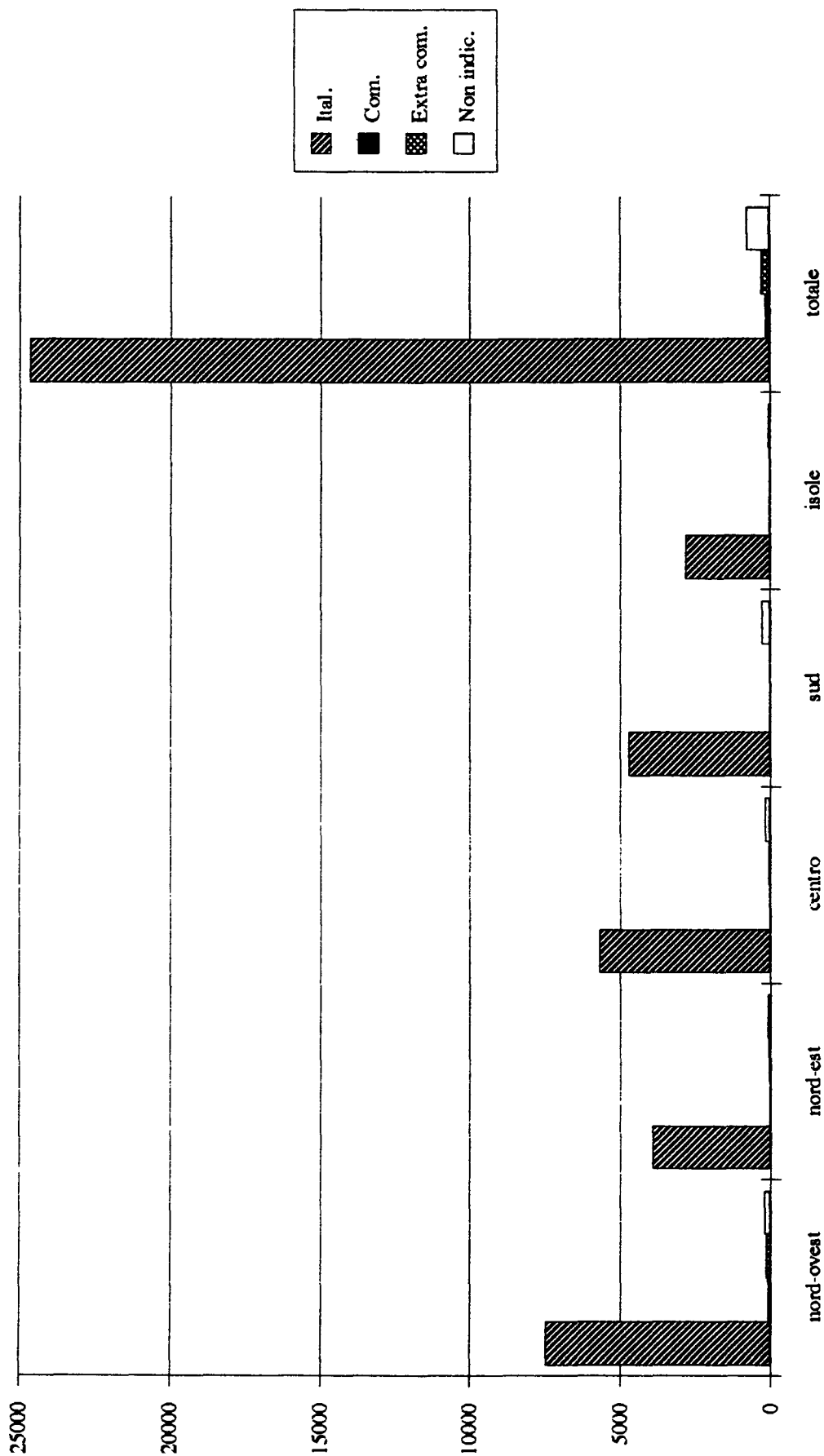
Distribuzione numerica soggetti segnalati art. 75 t.u. 309/90



Dati relativi alla professione

"Osservatorio permanente sul fenomeno droga"

Distribuzione numerica soggetti segnalati art. 15 t.u. 309/90



Dati relativi alla cittadinanza

ALCUNE INDICAZIONI SULL'APPLICAZIONE DELLA NORMATIVA
RELATIVA AL PROCEDIMENTO AMMINISTRATIVO PREVISTO
DALL'ART. 75 DEL T.U. DELLE LEGGI
IN MATERIA DI DROGA APPROVATO CON D.P.R. 309/1990.
(Segnalazioni al Prefetto, analisi sui reperti provenienti
da detenzione per uso personale, determinazione dose media
giornaliera, colloqui, sanzioni amministrative).

L'art. 75 rappresenta uno degli aspetti innovativi previsti dalla legge 162/1990, la cui applicazione presuppone una serie di meccanismi e di procedure, che richiedono una particolare organizzazione strutturale.

Ad un anno e mezzo dall'entrata in vigore della normativa in argomento, il Governo ha ritenuto opportuno effettuare nell'ambito dell'attività dell'Osservatorio permanente sul fenomeno droga" un monitoraggio su tutto il territorio nazionale volto a quantificare i tempi necessari per l'attuazione delle varie fasi previste dal citato articolo.

Dalla ricerca è emerso che, a livello nazionale, il tempo che intercorre tra l'episodio del controllo da parte delle forze di polizia e la irrogazione della sanzione amministrativa da parte del Prefetto è mediamente di 68 giorni, con variazioni regionali comprese tra un minimo di 13 giorni (Basilicata) e un massimo di 138 giorni (Valle d'Aosta) (Tabb. 1 e 1.1.).

Analizzando più specificatamente i tempi occorrenti per le varie fasi è emerso in particolare:

- A - tra l'episodio del controllo sulla strada da parte delle forze di polizia e la segnalazione al Prefetto del detentore per uso personale o consumatore di sostanze stupefacenti, intercorrono mediamente 8 giorni, che scendono a 3 in Liguria e in Molise e salgono a 28 in Valle d'Aosta (Tabb. 2 e 2.1.);
- tra la ricezione da parte della Prefettura del verbale redatto dalle forze di polizia, corredato dalle risultanze delle analisi, e la convocazione del soggetto, intercorrono mediamente 14 giorni, con una punta minima di 2 giorni (Umbria) e una punta massima di 30 giorni (Valle d'Aosta). (Tabb. 3 e 3.1):

- tra la data del colloquio ed il momento della effettiva irrogazione della sanzione amministrativa, intercorrono mediamente 19 giorni, con valori che vanno da 3 giorni (Marche) a 46 giorni (Lombardia). (Tabb. 4 e 4.1.).

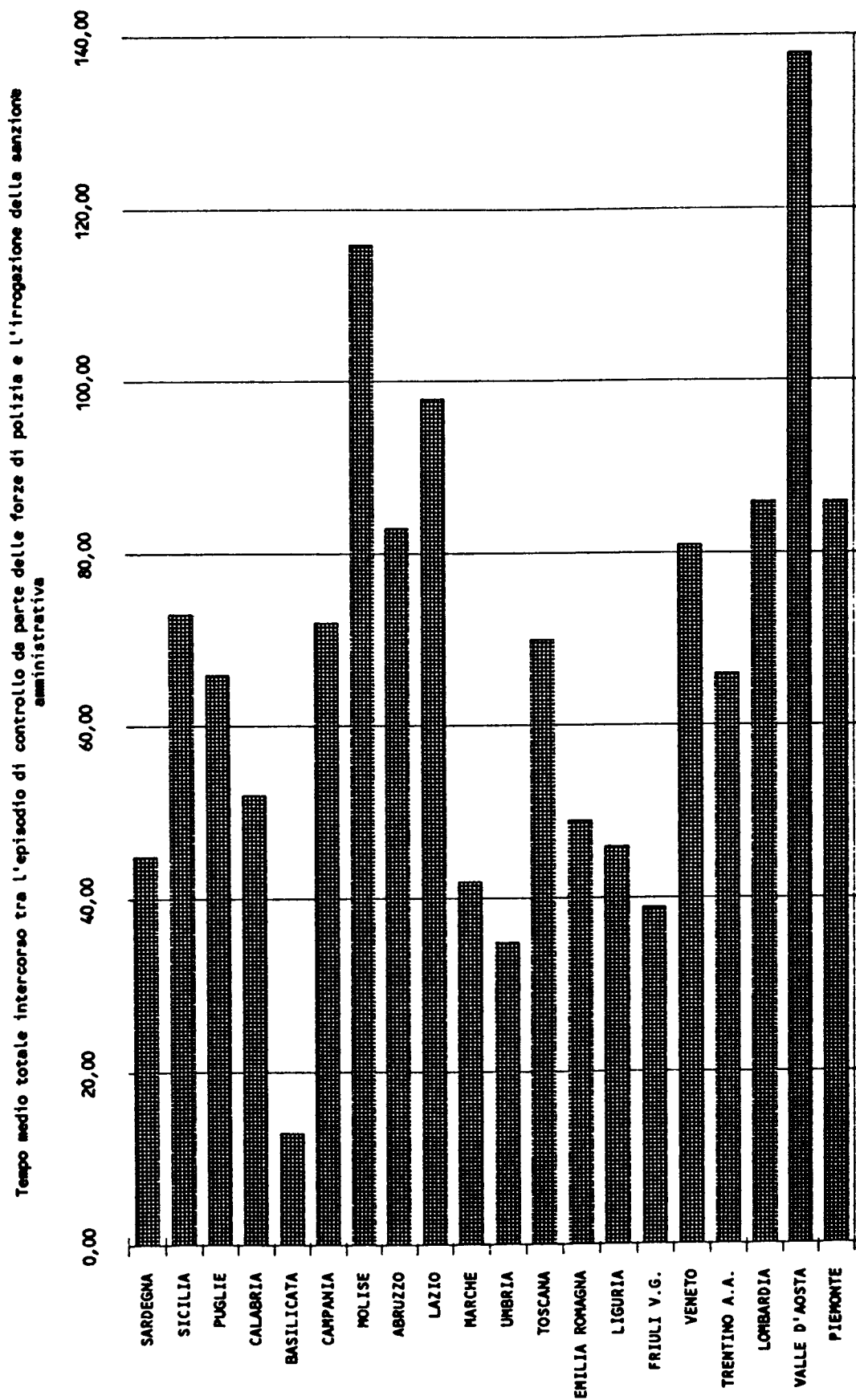
Confrontando i dati relativi all'intero periodo di applicazione della legge con quelli corrispondenti al I anno, risulta abbastanza evidente un aumento dei tempi medi delle varie fasi dell'iter, probabilmente dovuto all'aumento del numero delle persone segnalate.

- B - Tra i valori temporali medi, a livello nazionale, quello per l'esecuzione delle analisi previste dalla normativa antidroga e dal D.M. della Sanità n. 186/1990 risulta essere di 22 giorni, con una punta che oscilla da 7 giorni (Valle d'Aosta e Friuli) a 50 giorni (Lazio), (Tabb. 5 e 5.1).

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

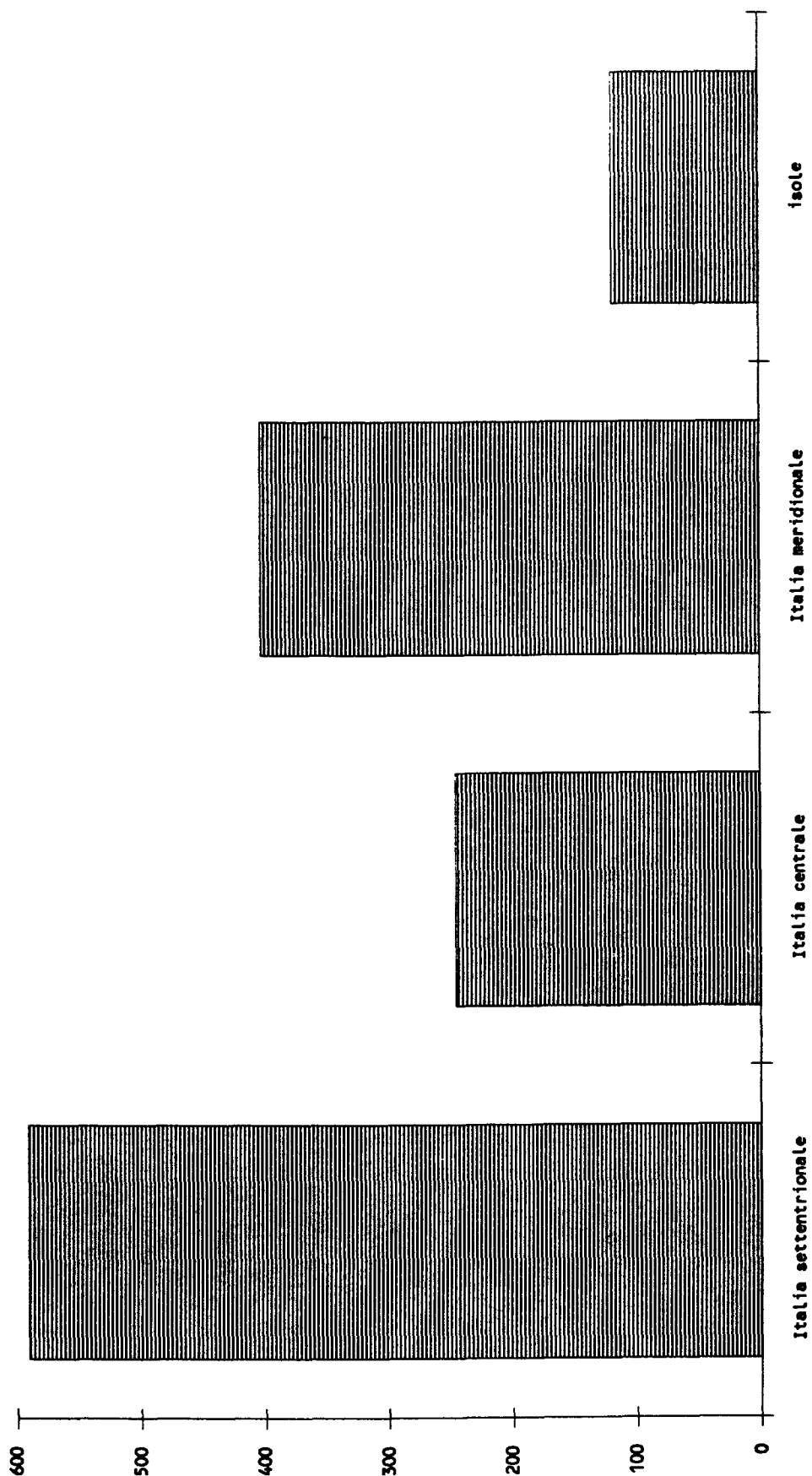
Tab.1

Osservatorio permanente sul fenomeno droga



X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

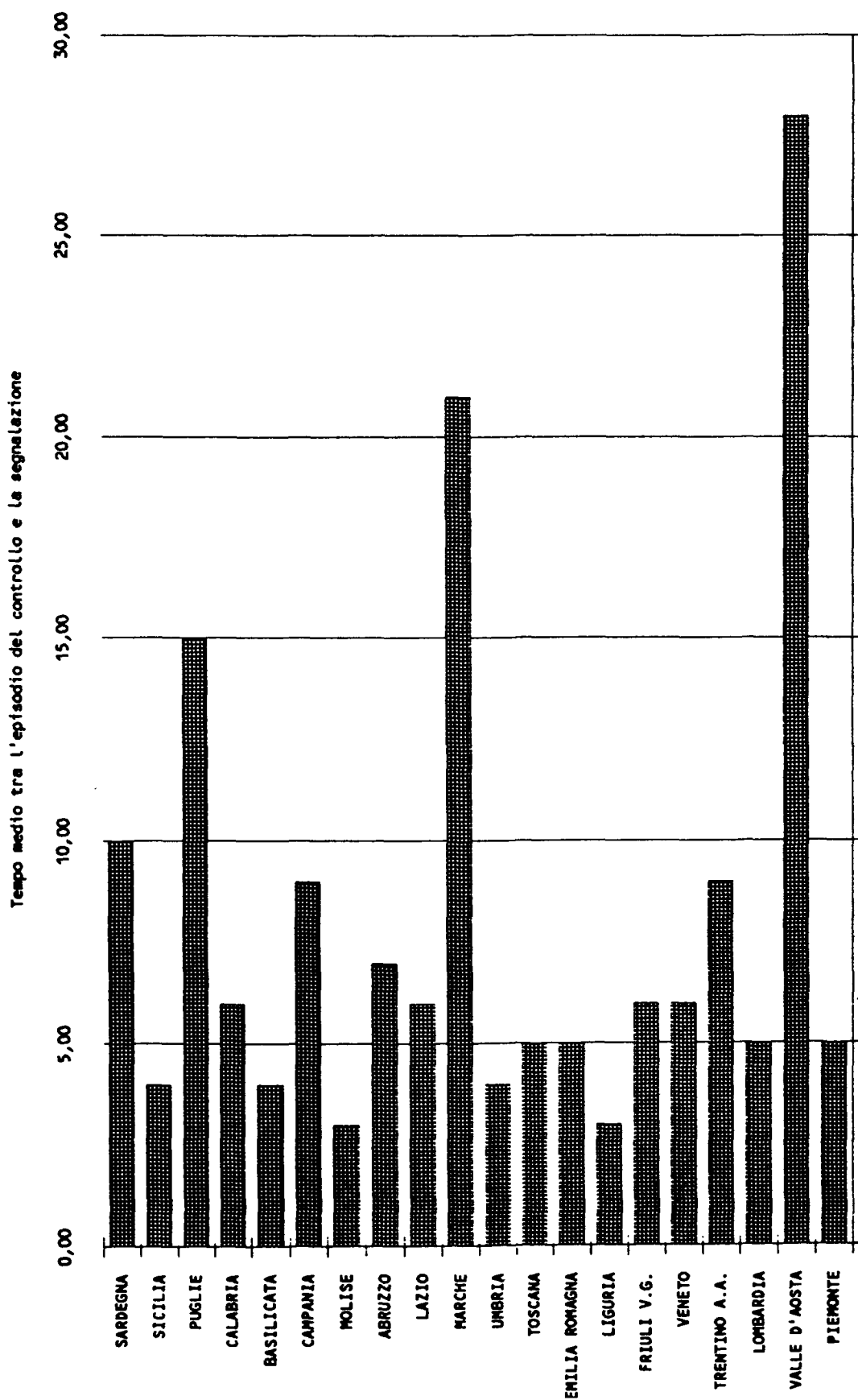
Tempo medio totale tra l'episodio di controllo da parte delle forze di polizia e l'irrogazione della sanzione amministrativa



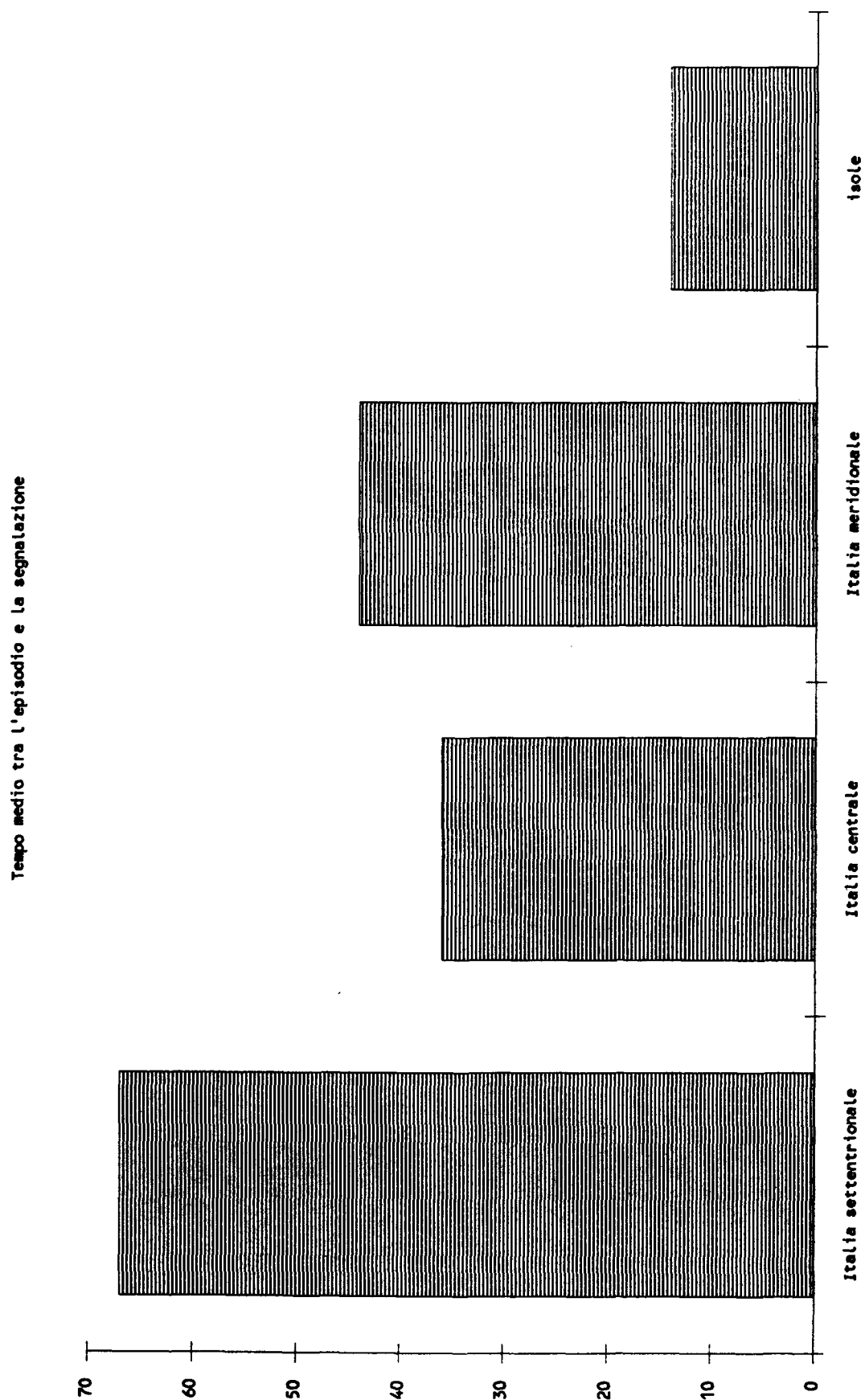
X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab.2

Osservatorio permanente sul fenomeno droga

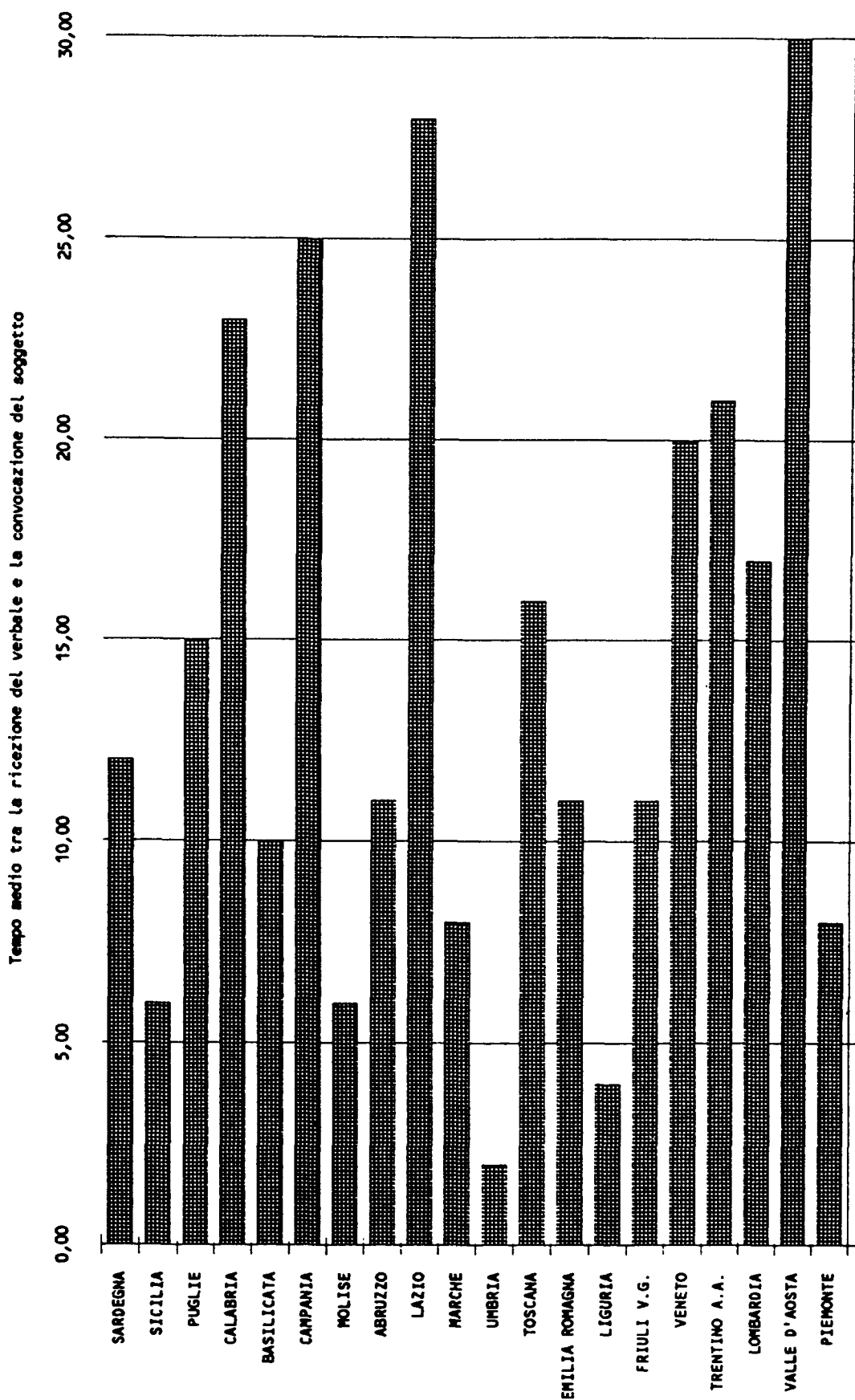


X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI



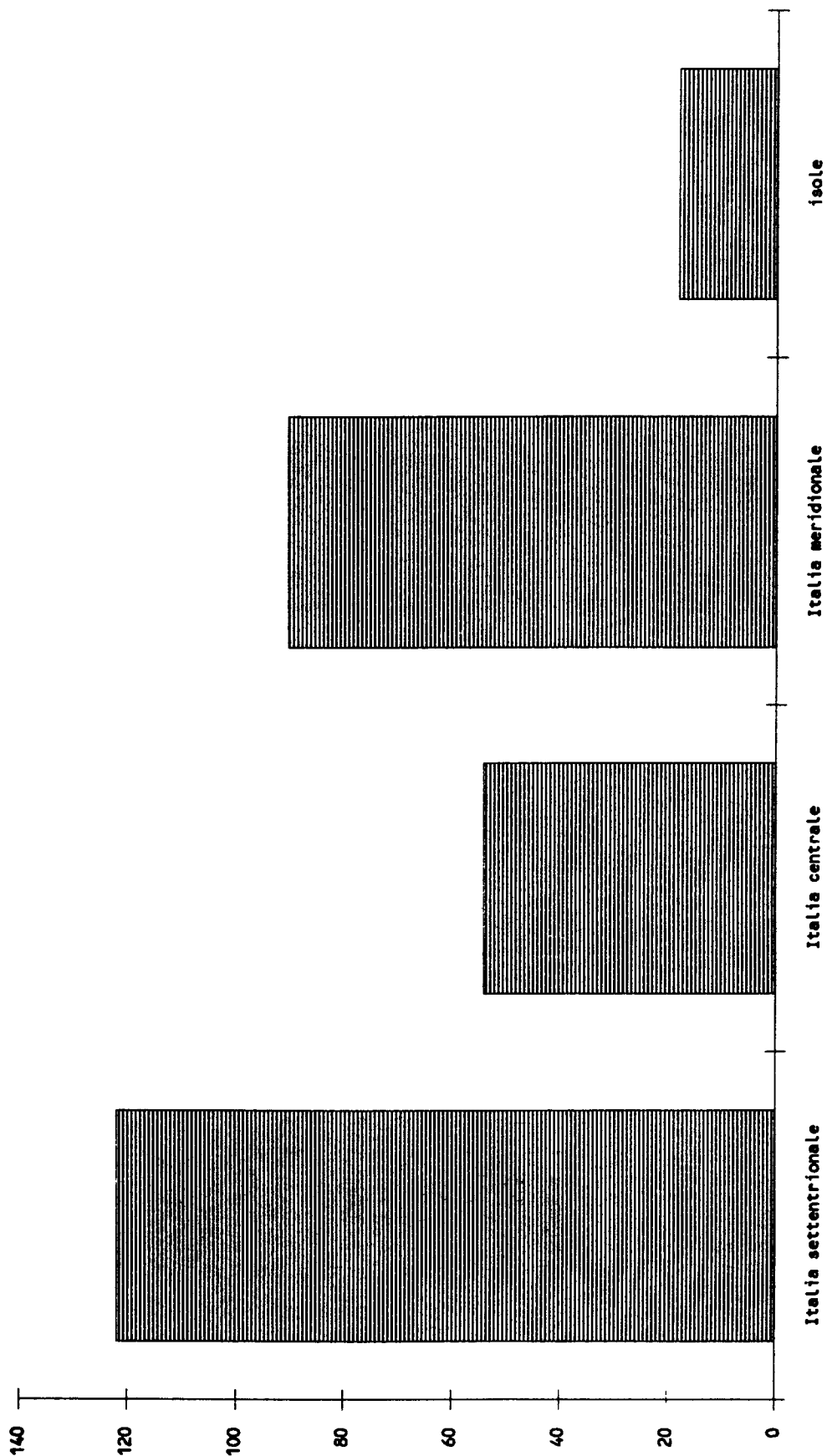
X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Osservatorio permanente sul fenomeno droga Tab.3



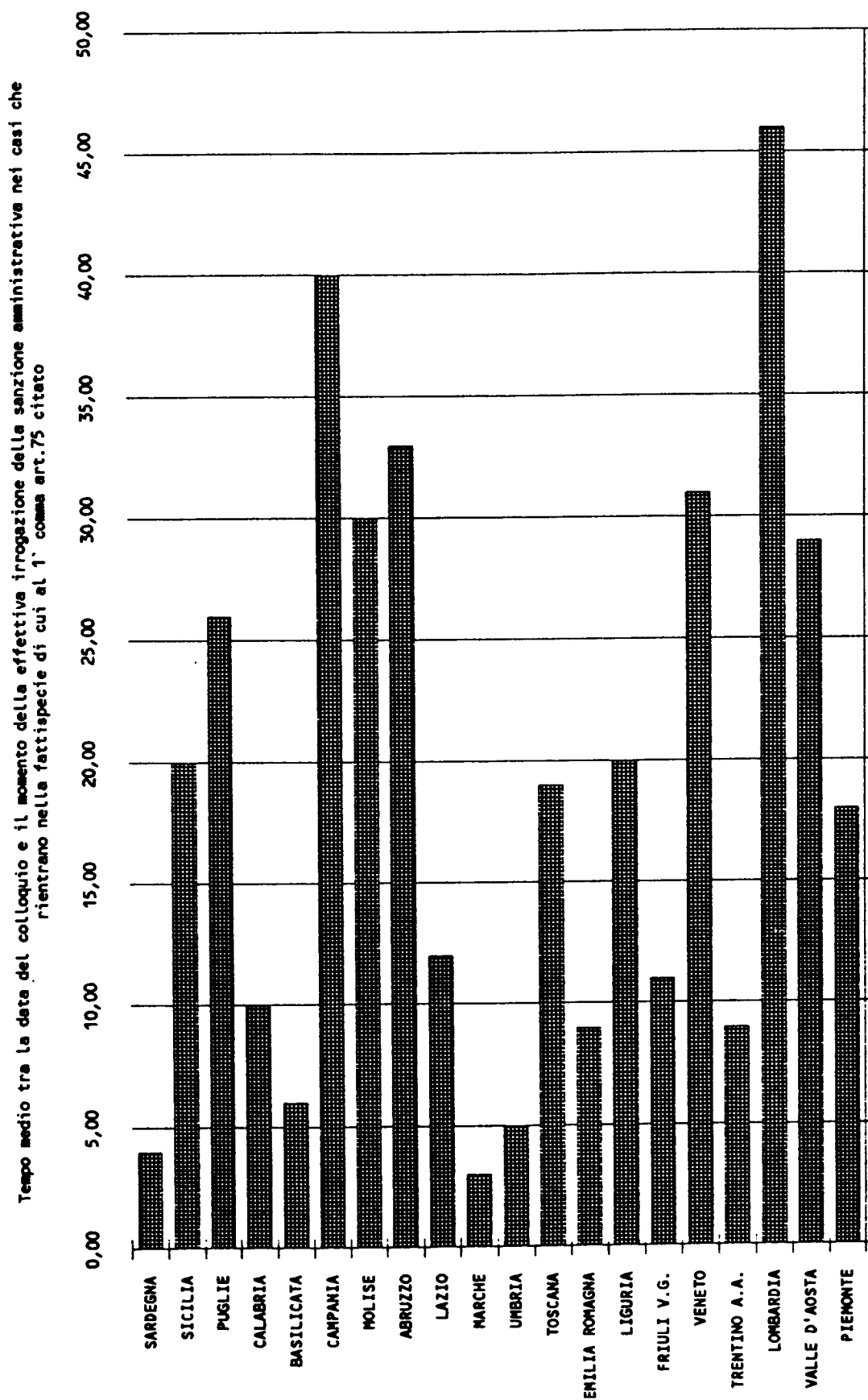
Osservatorio permanente sul fenomeno droga Tab.3.1

Tempo medio tra la ricezione del verbale e la convocazione del soggetto



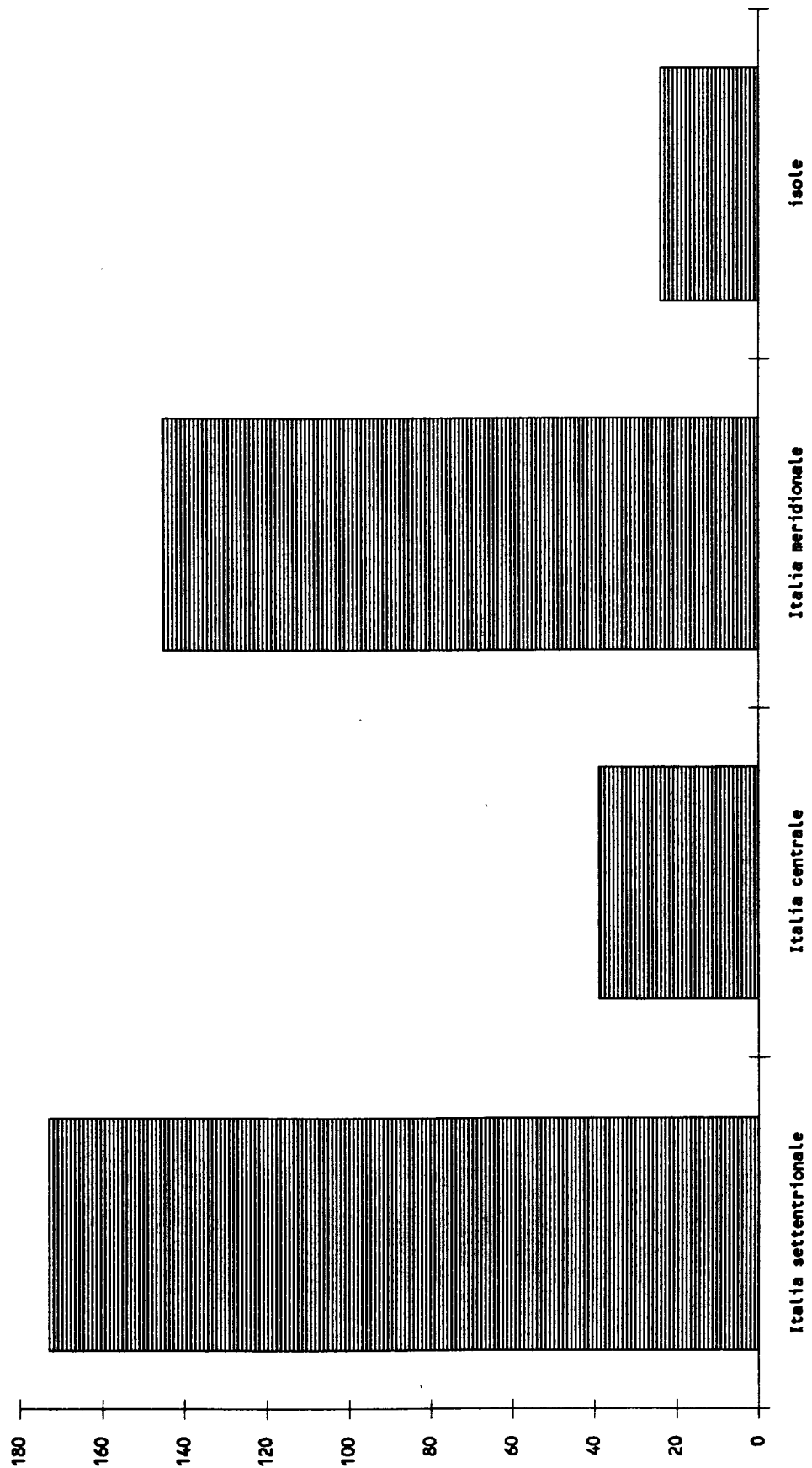
X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Osservatorio permanente sul fenomeno droga Tab.4



Osservatorio permanente sul fenomeno droga Tab. 4.1

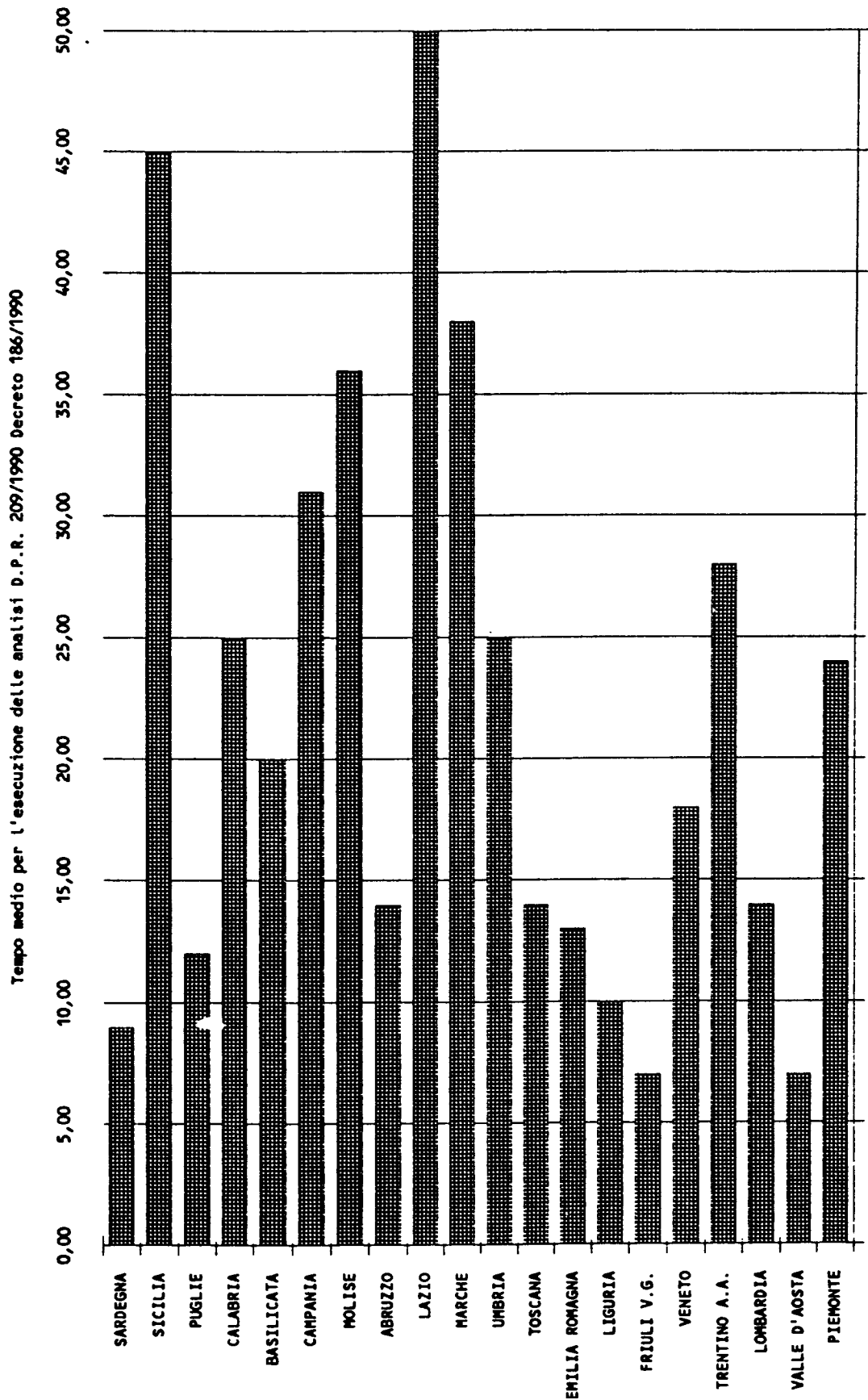
Tempo medio tra la data del colloquio e il momento della effettiva irrogazione della sanzione amministrativa nei casi che rientrano nella fattispecie di cui al 1° comma art.75 citato



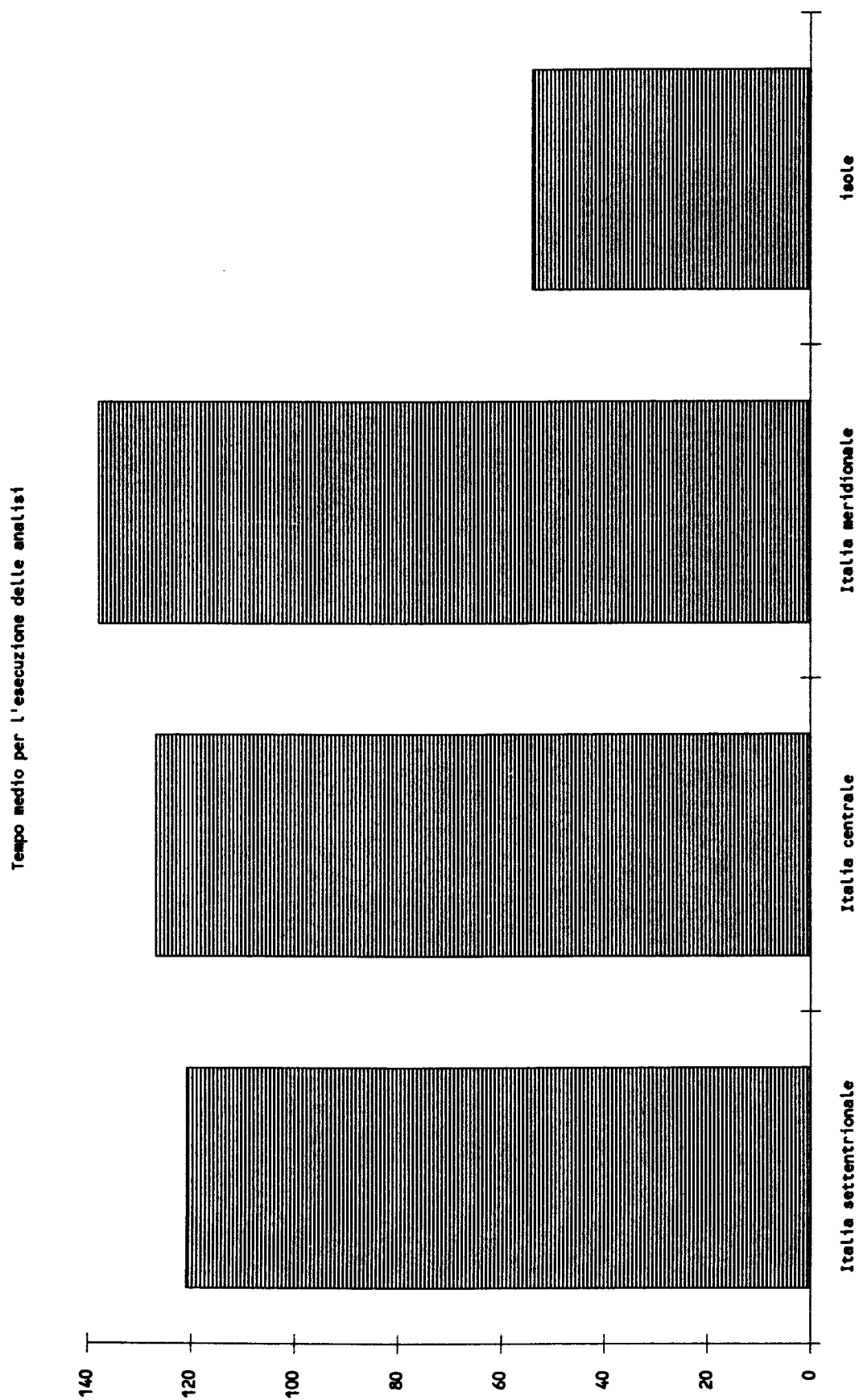
X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab.5

Osservatorio permanente sul fenomeno droga



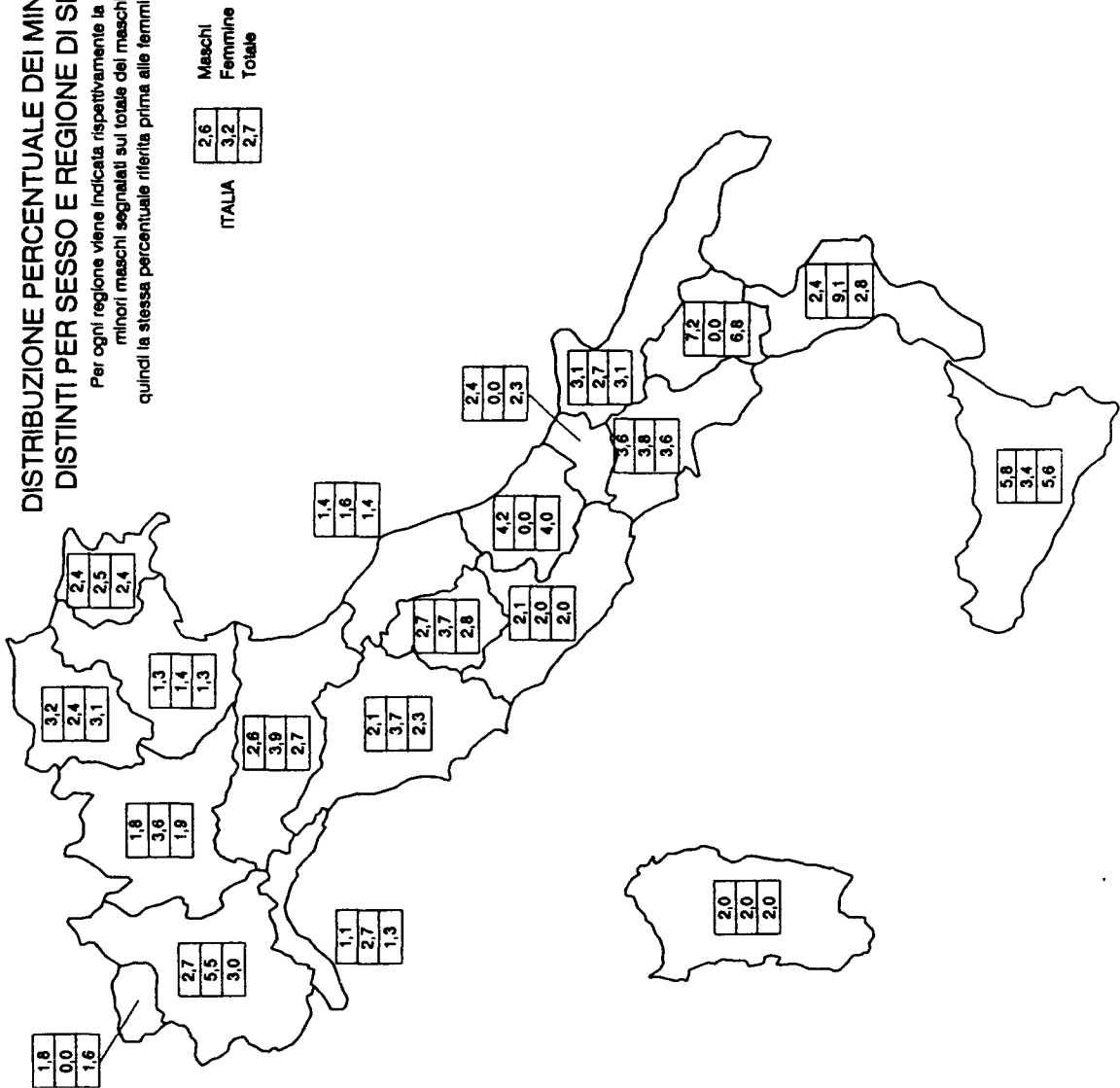
Osservatorio permanente sul fenomeno droga Tab. 5.1



"Osservatorio permanente sul fenomeno droga"

**DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI MINORI SEGNALATI
DISTINTI PER SESSO E REGIONE DI SEGNALAZIONE**

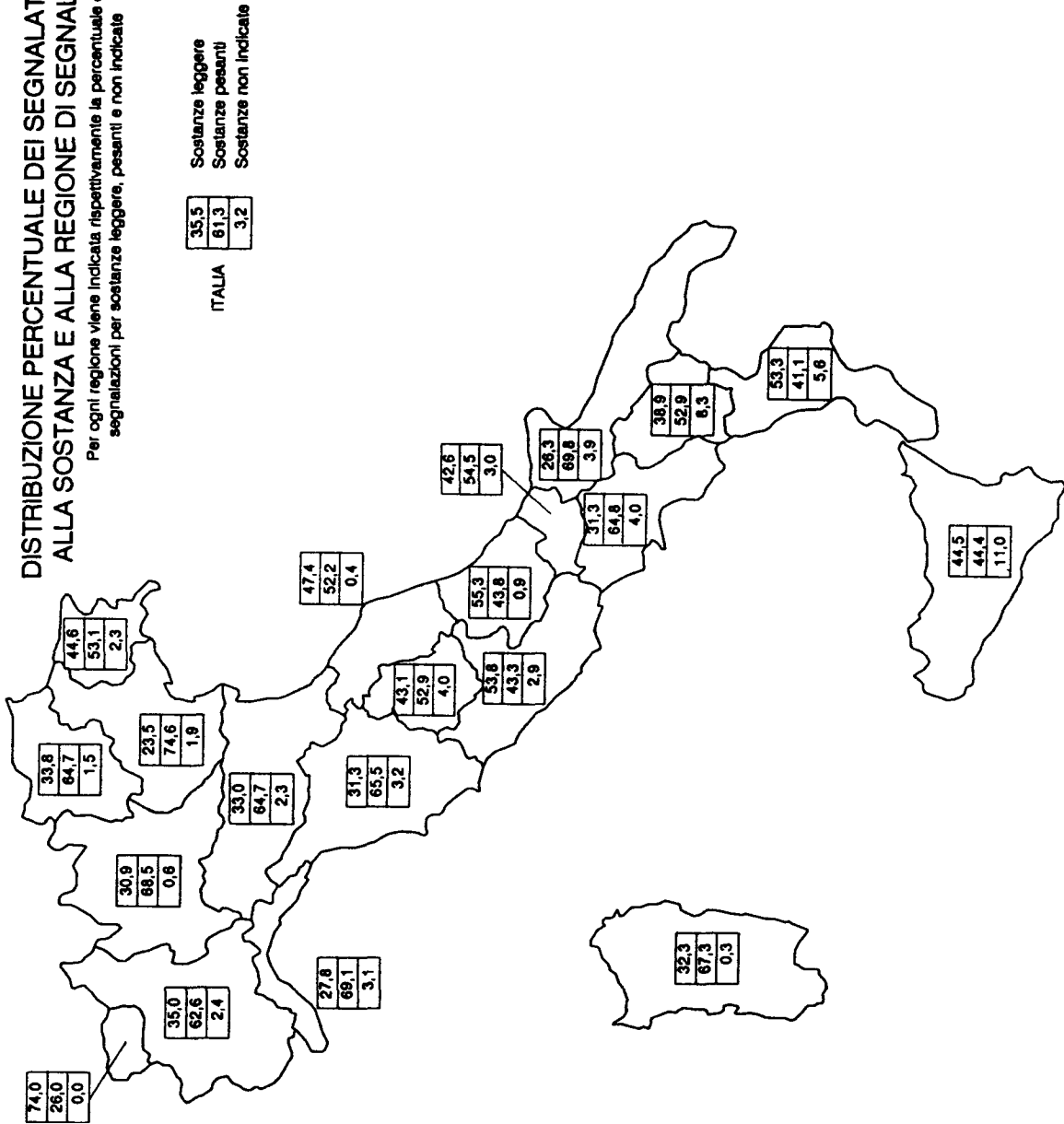
Per ogni regione viene indicata rispettivamente la percentuale di
minori maschi segnalati sul totale dei maschi segnalati,
quindi la stessa percentuale riferita prima alle femmine e poi al totale



"Osservatorio permanente sul fenomeno droga"

DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI SEGNALATI IN BASE ALLA SOSTANZA E ALLA REGIONE DI SEGNALAZIONE

Per ogni regione viene indicata rispettivamente la percentuale di segnalazioni per sostanze leggere, pesanti e non indicate

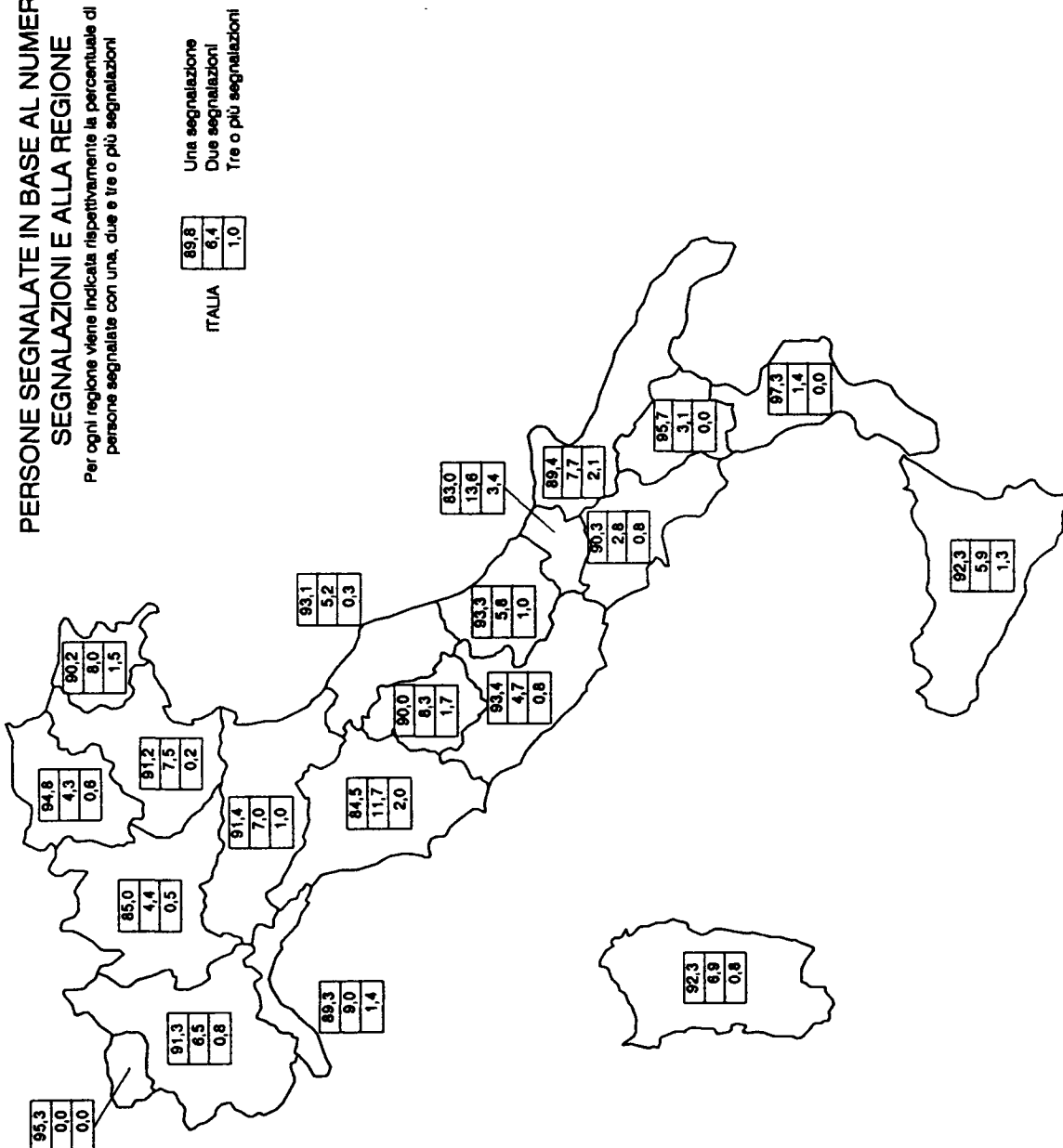


X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

"Osservatorio permanente sul fenomeno droga"

PERSONE SEGNALATE IN BASE AL NUMERO DI SEGNALAZIONI E ALLA REGIONE

Per ogni regione viene indicata rispettivamente la percentuale di persone segnalate con una, due e tre o più segnalazioni

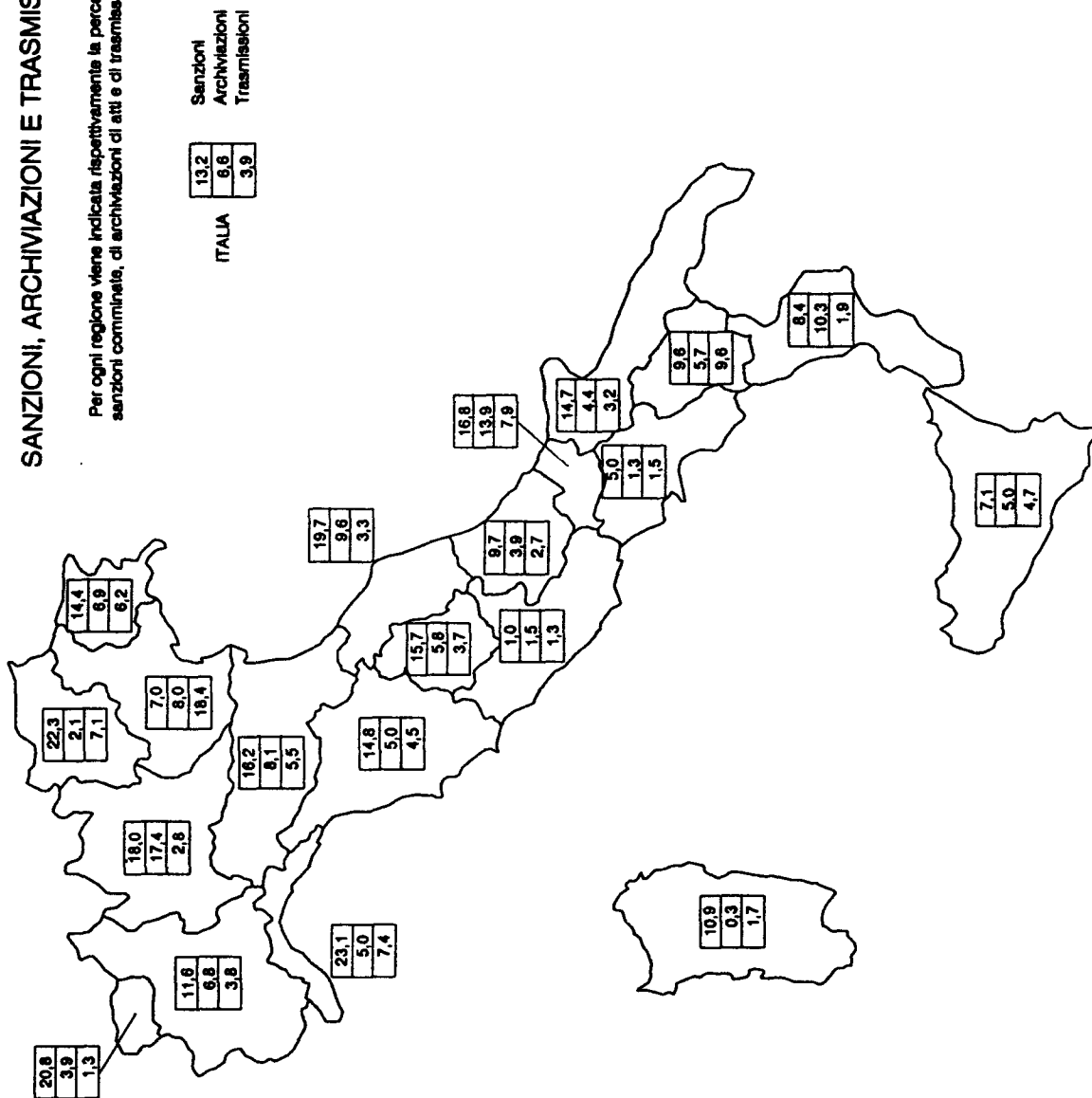


X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

"Osservatorio permanente sul fenomeno droga"

SANZIONI, ARCHIVIAZIONI E TRASMISSIONI ATTI

Per ogni regione viene indicata rispettivamente la percentuale di sanzioni comminate, di archiviazioni di atti e di trasmissioni di atti

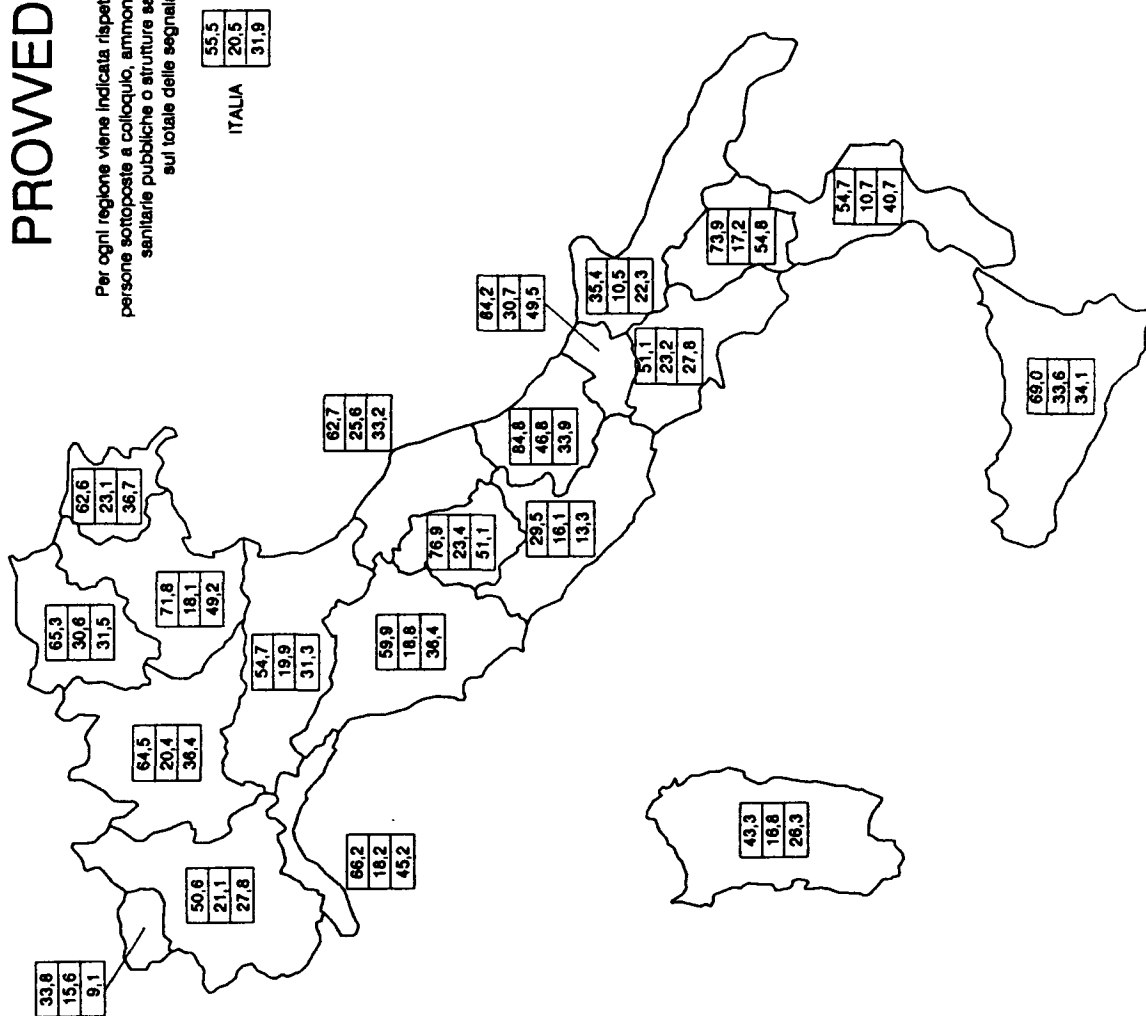


X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

"Osservatorio permanente sul fenomeno droga"

PROVEDIMENTI

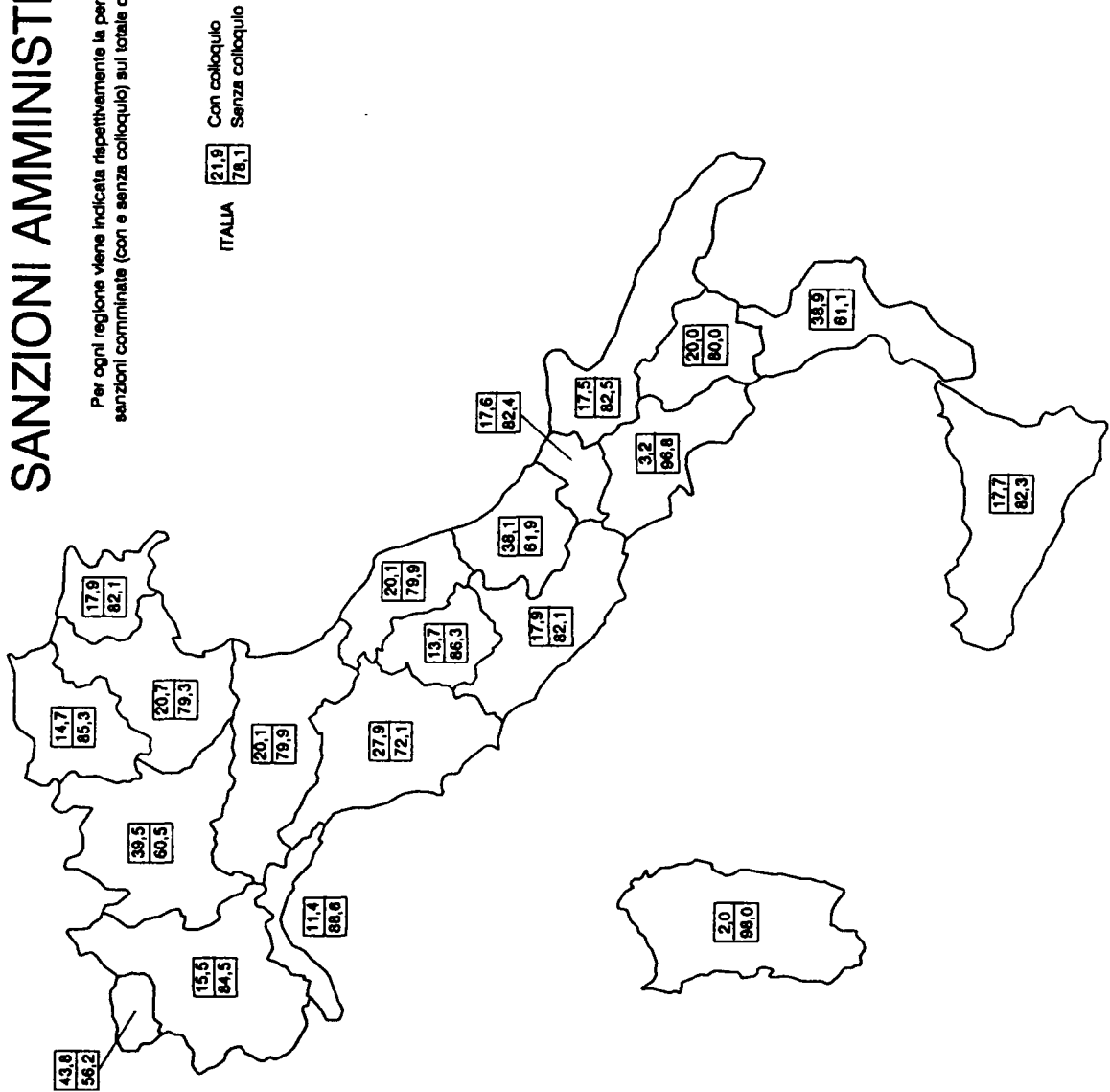
Per ogni regione viene indicata rispettivamente la percentuale di persone sottoposte a colloquio, ammonite ed inviate presso strutture sanitarie pubbliche o strutture sanitarie residenziali sul totale delle segnalazioni



"Osservatorio permanente sul fenomeno droga"

SANZIONI AMMINISTRATIVE

Per ogni regione viene indicata rispettivamente la percentuale di sanzioni comminate (con e senza colloquio) sul totale delle sanzioni



PAGINA BIANCA

Andamento dei decessi per overdose

(Direzione Centrale per i servizi antidroga)

PAGINA BIANCA

Decessi per assunzione di sostanze stupefacenti

Accanto a questi dati che riflettono un andamento positivo delle attività volte al recupero ed alla prevenzione della tossicodipendenza, all'interno di un costante processo di emersione alla visibilità sociale del fenomeno, occorre invece segnalare il permanere di un trend in aumento, che riguarda le morti per droga. L'ultimo quinquennio, infatti, è caratterizzato da un incremento lineare dei morti per droga a cui si accompagna una crescita dell'età media degli stessi. Un indicatore più utile del numero assoluto dei decessi è il tasso di mortalità, riferito al numero di tossicodipendenti complessivamente in trattamento presso i servizi sanitari pubblici, le comunità terapeutiche residenziali e gli istituti penitenziari, sulla base dei dati forniti dal Ministero dell'Interno e dal Ministero di Grazia e Giustizia. I tassi di mortalità per il triennio 1989-1991 sono rimasti sostanzialmente costanti e, in particolare, sono risultati rispettivamente di: 19,3 - 19,3 - 19,0 per mille.

Nel corso del 1991 i decessi sono stati 1.275.

L'incremento, rispetto al 1990, è stato di circa il 10% ma, nella parte del 1990 precedente all'applicazione della legge 162/90, aveva raggiunto circa il 23% per scendere al 13% dall'11 luglio al 31 dicembre.

Pur non sottacendo la gravità del fenomeno del consumo, il trend di aumento dei decessi sembra orientarsi su linee di tendenza decrescenti; infatti negli ultimi anni le percentuali di incremento sono state tutte superiori in alcuni anni in maniera notevole a quelle del 1991, come il prospetto che segue chiaramente evidenzia:

- 1987:	rispetto al 1986	(+ 75%);
- 1988:	rispetto al 1987	(+ 46%);
- 1989:	rispetto al 1988	(+ 20%);
- 1990:	rispetto al 1989	(+ 18%);
- 1991:	rispetto al 1990	(+ 9,5%).

Nella quasi totalità dei casi in cui è stata accertata la sostanza causa del decesso, la morte è stata provocata dall'assunzione di eroina. Il 90,5% dei deceduti è di sesso maschile.

E' indubbio, peraltro, che i decessi rilevati riguardano, per gran parte, soggetti provenienti da molti anni di tossicomania. L'analisi dei dati conferma una tendenza ad un invecchiamento delle fasce d'età dei soggetti a rischio. L'età media si è attestata, nel 1991, a 28 anni, ma il numero e soprattutto la proporzione, delle persone "anziane" decedute (tali possono essere considerate quelle in età superiore ai 30) ha avuto negli ultimi anni la seguente progressione alla quale si contrappone l'andamento dei decessi dei soggetti più giovani (15-21 anni).

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

	Anziani	Giovani
- 1988:	n. 191; 23,6%	n. 89; 11,0%
- 1989:	n. 262; 26,9%	n. 99; 10,2%
- 1990:	n. 328; 28,3%	n. 96; 8,3%
- 1991:	n. 362; 28,4%	n. 101; 7,9%.

Il dato sui consumatori di droghe "anziani" deceduti, insieme a quello dell'aumento comunque dell'età media dei morti per droga, indica che in questi anni si stanno scontando, a livello soprattutto di mortalità, le iniziazioni per droga avvenute nello scorso quindicennio. Infatti se si depurassero i dati della mortalità dalle iniziazioni anziane emergerebbe che l'inversione del trend della mortalità dall'incremento al decremento è già in corso.

I dati complessivi, infine, indicano che il contenimento di questo fenomeno non può derivare solo dalla presenza e dall'attività dei servizi e dalle iniziative di prevenzione, in quanto esso è legato, probabilmente, ad altre variabili di tipo socio-culturale connesse all'anonimato ed al degrado del tessuto sociale urbano delle città a più alta densità di popolazione. Su queste variabili una legge sulle tossicodipendenze può incidere assai poco in tempi brevi, essendo esse dipendenti da cause connesse alle trasformazioni patologiche della cultura sociale e delle strutture urbane che le città italiane, specialmente quelle segnate dal più alto livello di sviluppo economico e di popolazione, hanno subito.

Qualora il decremento del trend delle percentuali di aumento dei decessi, l'innalzamento dell'età dei deceduti e del numero dei decessi anziani venissero ulteriormente confermati dalle analisi future, si potrà affermare che si è consolidata la riduzione, auspicata, del numero di giovani protagonisti delle iniziazioni al consumo delle sostanze stupefacenti e psicotrope che ora appare come tendenza allo stato nascente anche se significativa. Occorre rilevare che questa tendenza è senz'altro prodotta dalle iniziative di informazione e formazione che in modo capillare e penetrante sono state avviate in virtù delle notevoli risorse umane e finanziarie che la legge 162/90 ha incentivato.

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

SITUAZIONE DECESSI ANNO 1991

- Decessi N. 1.275 (+ 9,8 % rispetto ai N. 1161 dell'anno 1990)

- Sesso deceduti : Maschi N. 1.154 (90,5 %)
 Femmine N. 121 (9,5 %)

- **DECESSI PER MESE :**

Gennaio	nr. 116
Febbraio	nr. 105
Marzo	nr. 104
Aprile	nr. 111
Maggio	nr. 108
Giugno	nr. 100
Luglio	nr. 100
Agosto	nr. 112
Settembre	nr. 122
Ottobre	nr. 114
Novembre	nr. 94
Dicembre	nr. 89

T O T A L E N R. 1.275

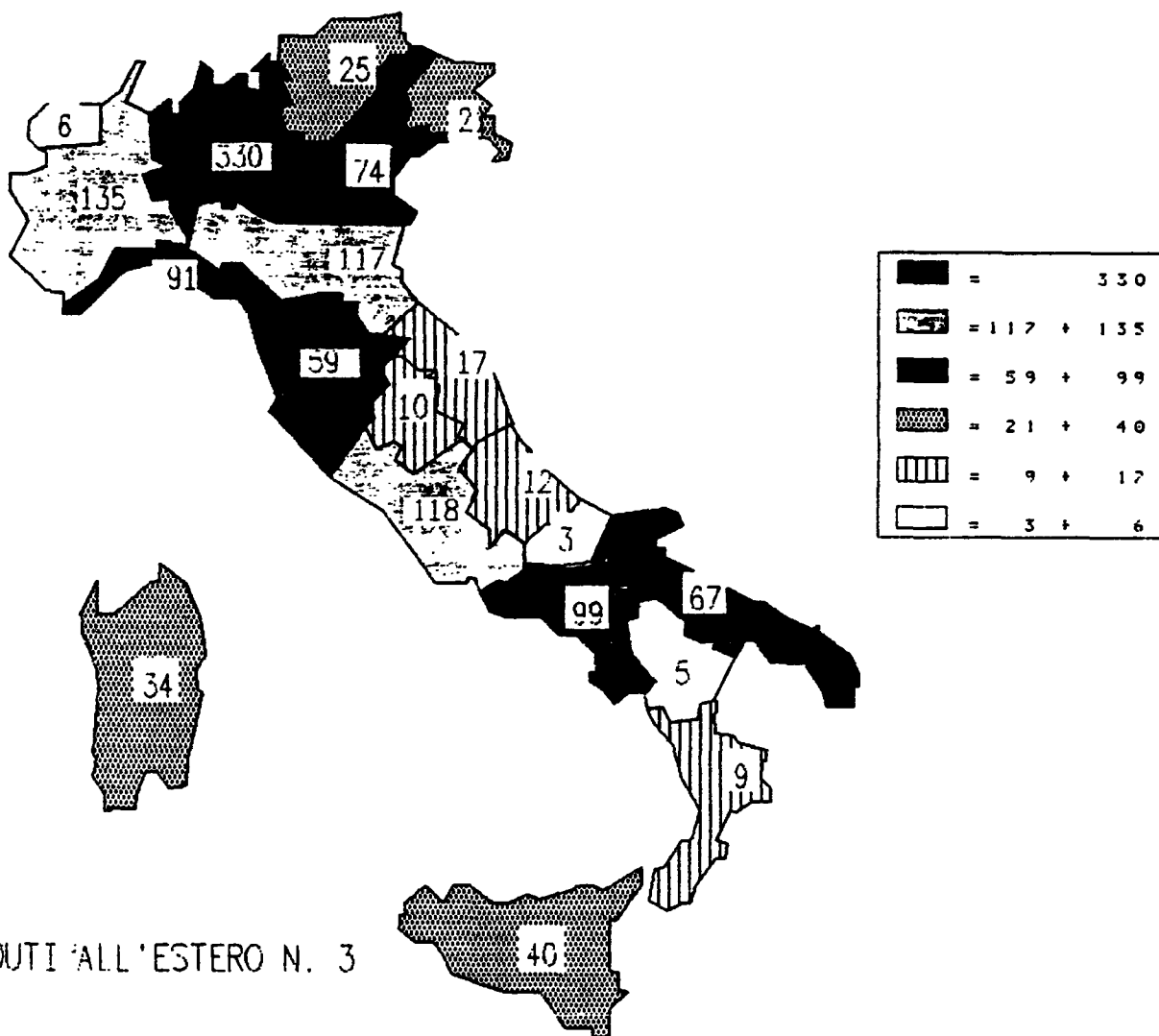
- **DECESSI PER REGIONE :**

Valle D'Aosta	nr. 6
Piemonte	nr. 135
Liguria	nr. 91
Lombardia	nr. 330
Trentino Alto Adige	nr. 25
Veneto	nr. 74
Friuli V. Giulia	nr. 21
Emilia Romagna	nr. 117
Toscana	nr. 59
Marche	nr. 17
Umbria	nr. 10
Lazio	nr. 118
Molise	nr. 3
Abruzzo	nr. 12
Campania	nr. 99
Puglia	nr. 67
Basilicata	nr. 5
Calabria	nr. 9
Sicilia	nr. 40
Sardegna	nr. 34
All'Estero	nr. 3

T O T A L E N R. 1.275

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

DECESSI DI ASSUNTORI DI STUPEFACENTI
DISTRIBUZIONE REGIONALE
ANNO 1991



X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

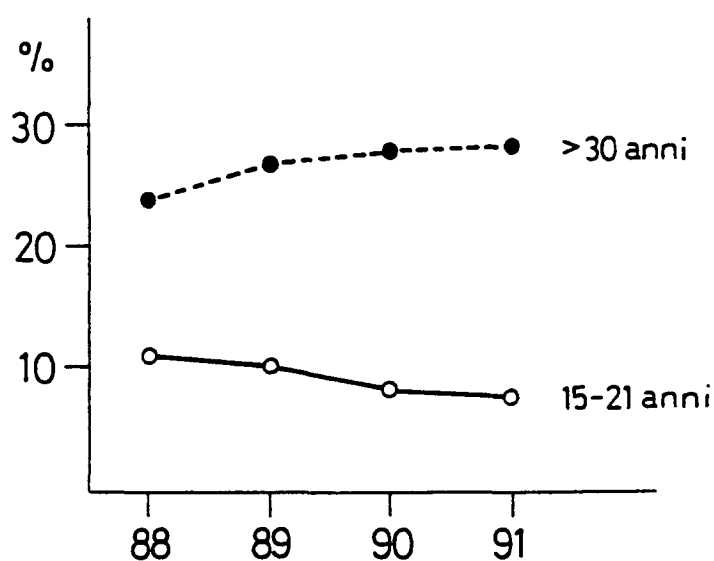
- DECESSI PER CLASSE DI ETA'

anni 15 - 17	nr. 6	= 0,47 ‰
anni 18 - 21	nr. 95	= 7,45 ‰
anni 22 - 25	nr. 340	= 26,66 ‰
anni 26 - 30	nr. 467	= 36,62 ‰
oltre anni 30	nr. 367	= 28,78 ‰

T O T A L E N R . 1 . 2 7 5

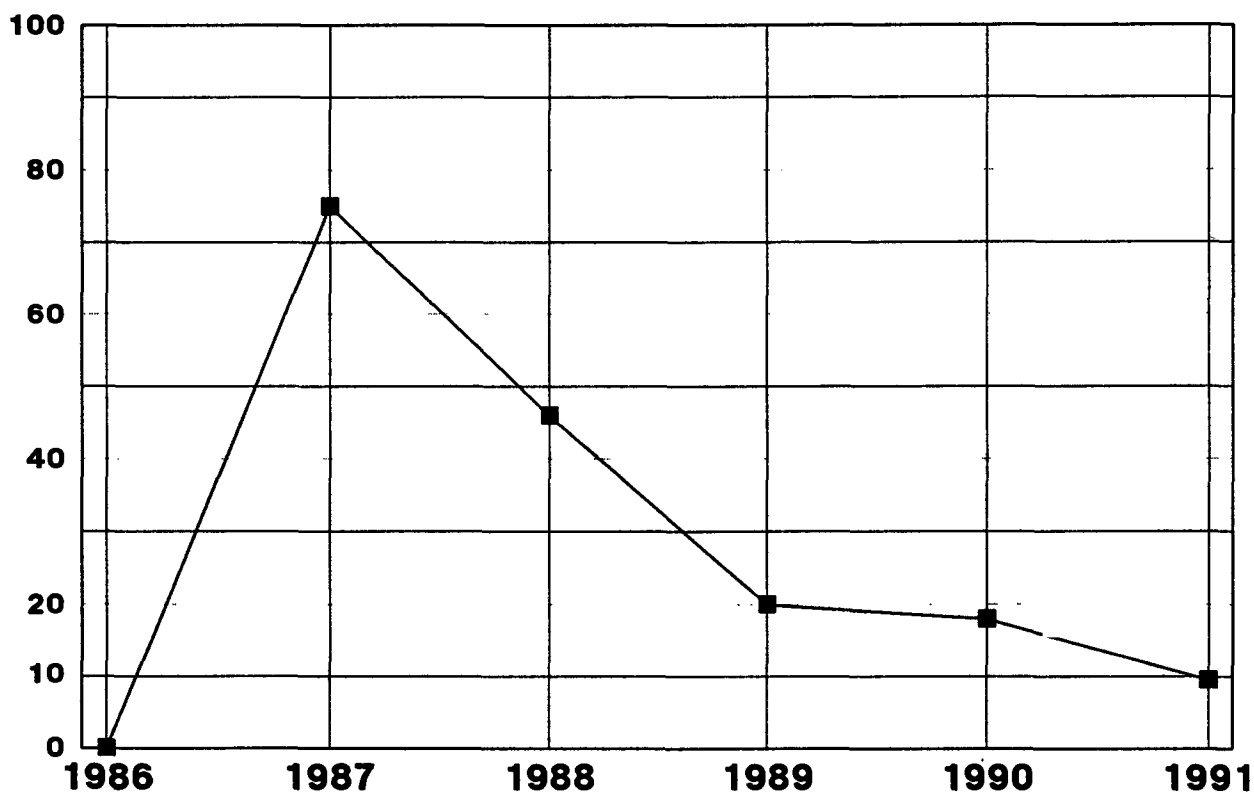
DATI ELABORATI IL 24/01/1992 DAL DIPARTIMENTO DELLA PUBBLICA SICUREZZA
DIREZIONE CENTRALE PER I SERVIZI ANTIDROGA DEL MINISTERO DELL'INTERNO

Variazioni percentuali dei decessi correlati all'uso di droga per classe di età 1988-1991.



Il numero di decessi correlati all'uso di droga di soggetti di età compresa tra 15 e 21 anni non ha presentato grosse variazioni in valore assoluto negli ultimi 4 anni (89-101). Nondimeno la loro percentuale rispetto al totale è diminuita (curva continua). Viceversa i decessi di ultratrentenni sono in aumento sia in valore assoluto sia in percentuale (curva tratteggiata).

**OSSERVATORIO PERMANENTE
SUL FENOMENO DROGA
ANDAMENTO DECESSI (incremento percentuale)**



PAGINA BIANCA

Problematiche interpretative

PAGINA BIANCA

PROBLEMATICHE INTERPRETATIVE

A seguito delle direttive impartite con la seconda circolare illustrativa della legge, diramata dal Gabinetto del Ministro dell'Interno (n.DR/1012/M/4(5) del 25 marzo 1991), sembra doversi ritenere definitivamente conclusa la fase di prima applicazione della disciplina recata dalla legge n.162/1990.

Infatti, anche se dopo l'emanazione della citata circolare sono state ancora sollevate da varie Prefetture ulteriori questioni interpretative, a cui è stato dato, di volta in volta, riscontro dall'Osservatorio e dall'Ufficio Studi della Direzione Generale per l'Amministrazione Generale e per gli Affari del Personale, non sono tuttavia emersi, in relazione all'attuazione della normativa in argomento, aspetti problematici di particolare rilievo.

Comunque, non sembra inutile in questa sede rammentare quali sono state le problematiche interpretative che, nella prima fase di applicazione della legge, hanno interessato le Prefetture e che costituiscono i punti intorno ai quali si sono addensati i maggiori interrogativi emersi in sede operativa.

Tra le questioni che hanno suscitato maggiore interesse, si segnala in particolare quella relativa all'assunzione pregressa di sostanze stupefacenti o psicotrope (overdose), per la quale si è pervenuti alla decisione di affermare l'inapplicabilità dell'art. 75, D.P.R. n. 309/1990, evidenziando tuttavia l'obbligo da parte del Prefetto, ai sensi dell'art. 121 del D.P.R. n. 309/1990, di segnalare con immediatezza le medesime persone al servizio pubblico per le tossicodipendenze competente per territorio, al fine di favorire il contatto degli interessati con le apposite strutture, qualora le cure sanitarie apprestate di urgenza ne abbiano scongiurato il decesso.

Un altro problema affrontato è stato quello afferente alla dichiarazione di assunzione e/o uso personale ed alla segnalazione da parte di terzi; al riguardo, è stato sottolineato che tali fattispecie, pur non costituendo "notizia criminis", tuttavia sono da considerarsi ai fini della segnalazione di cui al predetto art. 121.

Quanto all'autorità competente a ricevere il rapporto degli organi di polizia, è stato precisato che l'attività di accertamento espletata dagli organi di polizia si iscrive inizialmente in un ambito tipicamente amministrativo ed è finalizzata al primo intervento del Prefetto. Ne discende che l'obbligo di riferire la notizia relativa all'illecito acquisto, alla detenzione o alla importazione di sostanze stupefacenti o psicotrope nella misura presuntivamente corrispondente o non superiore alla "dose media giornaliera", si pone prioritariamente nei confronti dell'autorità amministrativa prefettizia territorialmente competente a comminare le sanzioni di cui al ripetuto art. 75 del D.P.R. n. 309/1990.

Circa la competenza territoriale del Prefetto, fermo restando che la tassatività della norma pretende che sia il Prefetto del luogo della commessa violazione competente ad attivare e seguire il procedimento, nonchè ad irrogare la sanzione, non s'è peraltro esclusa la possibilità, per il soggetto che abbia positivamente concluso il colloquio con il nucleo operativo, di seguire il prescelto trattamento di recupero e di riabilitazione presso le strutture pubbliche o private ubicate nella Provincia di residenza, come peraltro si evince dalla lettera dell'art. 122, comma 4, del D.P.R. n. 309/1990.

In merito ai soggetti tossicodipendenti detenuti in istituti carcerari o sottoposti agli arresti domiciliari, responsabili della violazione di cui all'art. 75 del D.P.R. n. 309/1990 e disponibili al trattamento terapeutico è stato sottolineato che il colloquio previsto dal citato art. 75, comma 6, del D.P.R. n. 309/1990 debba svolgersi, per evidenti ragioni di sicurezza, presso gli istituti carcerari o, se si tratti di persona sottoposta alla misura cautelare coercitiva degli arresti domiciliari, nel luogo indicato dal giudice.

PROBLEMATICHE ORGANIZZATIVE
E IMMISSIONE NEI RUOLI DELL'AMMINISTRAZIONE CIVILE
DI 200 UNITA' DI PERSONALE CON QUALIFICA DI
ASSISTENTE SOCIALE COORDINATORE

Sotto il profilo strettamente operativo, non risultano evidenziati dalle Prefetture problemi e carenze particolari, tali da pregiudicare il regolare svolgimento del servizio.

Presso tutte le Prefetture sono stati costituiti i nuclei operativi previsti dalla legge per la convocazione del tossicodipendente e l'effettuazione del colloquio finalizzato ad avviarlo al trattamento terapeutico e socio-riabilitativo.

Essi sono composti da personale della Prefettura e da personale specialistico (assistenti sociali, medici, psicologi, ecc.), messo a disposizione dalle unità sanitarie locali e dalle altre strutture provinciali svolgenti attività di prevenzione e recupero.

Sotto il profilo organizzativo, il disegno prefigurato dalla normativa antidroga ha trovato la quasi completa attuazione. Dei venti concorsi su base regionale per la immissione nei ruoli di questa Amministrazione di duecento unità di personale con qualifica di assistente sociale coordinatore, soltanto quattro sono ancora ad oggi in corso di espletamento: si tratta dei concorsi per le sedi delle regioni Emilia Romagna, Campania, Sardegna e Calabria.

In tutte le altre Regioni, eccetto la Sicilia, per la quale la graduatoria del concorso è in via di definizione, sono state approvate le graduatorie, e, con esclusione della sola Liguria, è stato provveduto alla nomina con decreto ministeriale dei relativi candidati vincitori, la cui immissione in servizio nelle rispettive sedi si è svolta dal mese di ottobre al mese di dicembre dell'anno 1991.

Con decorrenza dal 1° gennaio 1992, tale organico è stato incrementato di ulteriori 130 unità, ai sensi della legge 30 novembre 1990 n. 359.

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

PREFETTURE	CARENZE, ESIGENZE E SUGGERIMENTI
IMPERIA - PESARO URBINO - BRINDISI - FOGGIA - AGRIGENTO	Carenze numeriche e strutturali dei laboratori pubblici di analisi.
CATANIA - SIRACUSA	Eccessiva lunghezza dei tempi di effettuazione delle analisi.
MANTOVA - ROVIGO - PIACENZA - AVELLINO FOGGIA - TRAPANI - ORISTANO	Inesistenza laboratori pubblici di analisi.
TRAPANI	Mancanza di locali nelle Prefetture per effettuare i colloqui.
ASTI - NOVARA - LUCCA - MASSA CARRARA MACERATA - ROMA - CHIETI - NAPOLI - CASERTA - FOGGIA	Scarso funzionamento dei servizi pubblici e privati per tossicodipendenti.
BOLZANO - CUNEO	Esigenza di scambio di esperienze fra i nuclei operativi istituiti nelle varie Prefetture.
LIVORNO	Maggiori poteri al Prefetto per prevenire il fenomeno della tossicodipendenza.
COMO - PORDENONE	Carenze di operatori CED.
BERGAMO	Lunghezza dei tempi di irrogazione della sanzione dovuta a difficoltà nella notifica e al notevole aumento delle segnalazioni.
CAMPOBASSO - COSENZA	Necessità di corsi di informazione per gli operatori dei nuclei operativi e di scambi di opinioni tra Uffici centrali e periferici.
TORINO - BRESCIA - VARESE - UDINE - LA SPEZIA - FORLI' - SIENA - A. PICENO CASERTA - R. CALABRIA - CAGLIARI	Mancanza di idonee figure professionali (assistenti sociali, psicologi, sociologi, ecc...).
NUORO	Maggiore impegno da parte delle U.S.L. che dimostrano scarso interesse al problema.
IMPERIA ;	Difficoltà ad effettuare i colloqui nelle case circondariali.

*Entità, distribuzione e
caratteristiche dei laboratori
chimico-tossicologici pubblici
operanti in Italia per le analisi sui
reperiti provenienti da traffico
illecito o da detenzione per uso
personale*

PAGINA BIANCA

La rilevazione dei laboratori chimico-tossicologici pubblici per le tossicodipendenze esistenti nel Paese, effettuata nell'ambito dell'attività dell'"Osservatorio permanente sul fenomeno droga", rappresenta, nel quadro delle tematiche affrontate nel presente lavoro, uno degli aspetti più significativi, anche ai fini della conoscenza degli aspetti strutturali e della organizzazione dei servizi nel settore.

Secondo i dati raccolti dall'"Osservatorio permanente sul fenomeno droga" sono 181 (*) i laboratori pubblici per le tossicodipendenze esistenti nel Paese. Di queste strutture 74, pari al 40,88%, sono distribuite nelle regioni settentrionali; 34 laboratori, pari al 18,78%, risultano nelle regioni del Centro; 46, pari al 25,41%, sono nelle aree meridionali e 27 laboratori, pari al 14,93%, si trovano nelle regioni insulari.

Le regioni con maggior numero di laboratori sono la Sicilia, la Lombardia, la Campania, la Toscana, la Puglia, il Piemonte e il Friuli.

(*): Al totale nazionale vanno aggiunti i seguenti laboratori già esistenti:

- 14 laboratori regionali della P.S. (istituendi ulteriori 7: Milano - Bologna - Palermo - Napoli - Cagliari - Torino - Reggio Calabria);
- 1 laboratorio della Guardia di Finanza;
- 1 laboratorio dell' Arma dei Carabinieri (istituendi ulteriori 30 laboratori);
- 51 esistenti presso le Forze Armate del Ministero della Difesa. (In allegato: indirizzario).

Delle 517 strutture sanitarie pubbliche per tossicodipendenti disponibili nel Paese, circa un quarto dispone di laboratori chimico-tossicologici autonomi operanti nelle strutture.

Dai dati risulta altresì che 25 laboratori su 181 afferiscono alle strutture Universitarie; 7 strutture sono operanti presso gli ex ambulatori provinciali di igiene e profilassi.

I laboratori pubblici intesi in senso stretto (PMP, Laboratori annessi ai Servizi per le tossicodipendenze, ecc.) risultano distribuiti variamente nel territorio in misura pressochè adeguata alle esigenze attuali, specialmente se si tiene conto della diversa rilevanza del fenomeno tra le varie province.

Anche considerando alcune imprecisioni emerse dal primo rilevamento (ad esempio riferibili alla disponibilità/indisponibilità di certi rivelatori per GC), la dotazione strumentale, se opportunamente utilizzata, si può ritenere mediamente sufficiente a corredare della necessaria affidabilità le determinazioni sperimentali sulle droghe di strada ai fini della applicazione della normativa sulle DMG.

Meno articolata e distribuita in misura disomogenea tra le varie province e regioni sembrerebbe la dotazione strumentale per le determinazioni nei liquidi biologici. Qualora fossero, ad esempio, confermati i dati sulla ridotta disponibilità di sistemi per analisi immunochimiche, si ren-

derebbe necessario provvedere con sollecitudine ai relativi adempimenti (strumentazione, addestramento del personale, ecc.). Per valutare la congruità e la coerenza delle esigenze strumentali è peraltro disponibile l'Istituto Superiore di Sanità, che svolge sistematicamente a livello centrale e da molti anni compiti di consulenza tecnico-scientifica in ambito metodologico e strumentale in questo campo e che può tra l'altro conferire carattere unitario e uniforme al training del personale.

Assume a questo punto un rilievo determinante il ruolo e la qualità della "expertise" del professionista e del personale operante nei laboratori pubblici e la conseguente fattibilità sperimentale dei relativi accertamenti. Per questo tipo di valutazione si deve tener conto delle differenze procedurali e dei riflessi di natura penale o amministrativa esistenti tra reperti afferenti ai prodotti di varia natura, rifiuti, acque di scarico, emissioni variamente inquinanti, alimenti, farmaci che vengono esaminati in sede di revisione e reperti afferenti all'abuso ed al traffico/spaccio di "droga".

Dal confronto delle disponibilità strumentali, della loro distribuzione e delle competenze (chimici, biologi, farmacisti, ecc. *) al momento segnalate emergono situazioni fortemente disomogenee tra le regioni e tra le province di una medesima regione.

Per interpretare correttamente il significato del dato sulle competenze disponibili è, ad esempio, necessario asso-

* si prescinde in questa valutazione dall'eventuale esperienza disponibile sulle sostanze stupefacenti e loro metaboliti.

ciarle alle corrispondenti strumentazioni. Il dato grezzo espresso come media nazionale per le sole competenze o per le sole attrezzature condurrebbe a valutazioni inadeguate.

Altro limite per l'utilizzazione del dato ha per oggetto l'esperienza disponibile sul trattamento di reperti giudiziari. Tale esperienza riguarda prevalentemente alimenti, farmaci o altri reperti non assimilabili a quelli cui si riferisce il D.M. 186/1990. Pertanto la proporzione relativamente elevata (43,4%) di laboratori forniti di questa esperienza dovrebbe implicare la disponibilità, oltre che della base culturale, delle relative attrezzature di custodia e di conservazione.

Peraltro è opportuno tener conto che l'acquisizione di una tale esperienza è facilmente conseguibile senza ingenti impegni finanziari e in tempi relativamente brevi e può far parte dei programmi di formazione del personale.

Un ulteriore contributo allo svolgimento dei predetti accertamenti è fornito dai laboratori di Tossicologia Forense degli Istituti di Medicina Legale. Queste strutture costituiscono peraltro una realtà operante, che in alcune regioni di fatto monopolizza l'esecuzione delle analisi.

Questa attività si basa principalmente su rapporti di convenzione con le USL o altre istituzioni.

Anche tenendo conto di queste strutture universitarie, tuttavia, la "copertura analitica autonoma" di molte regioni è ancora relativamente insufficiente.

Per contro si deve considerare che la disponibilità di

una struttura laboratoristica attrezzata per gli esami sulle "droghe di strada" e sui "liquidi biologici" appare superflua dove il fenomeno è ancora assente o solo sporadico. Essa dovrebbe essere prioritariamente prevista e potenziata invece nelle aree in cui il fenomeno si presenta già in misura rilevante. Ove quest'ultima condizione non fosse verificata sembrerebbe incongruo avviare in questa fase l'istituzione "con urgenza" di strutture ad hoc.

Le carenze più imponenti emerse dall'indagine riguardano il personale, soprattutto quello tecnico non laureato, in molti casi inesistente ovvero presente in numero sproporzionato ai laureati impiegati. Questa situazione interessa comunque la metà delle province.

Porre rimedio a tale carenza non sembra peraltro difficile, soprattutto dove è già disponibile il personale laureato, al quale potrebbe essere assegnato un compito valutativo delle eventuali candidature.

Dopo l'indispensabile verifica delle situazioni esistenti per la fattibilità degli esami nei liquidi biologici, sia per quanto riguarda le competenze sia per quanto concerne le strumentazioni, sarà possibile delineare un quadro obiettivo della capacità di determinazione di uno dei parametri indispensabili all'accertamento dell'uso personale.

Complessivamente assai utili sono risultate le segnalazioni, le richieste ed i suggerimenti formulati dagli stessi operatori dei laboratori. Più specificatamente meritano particolare attenzione e corrispondenti interventi

esplicativi alcuni aspetti "problematici" che sembrano dovuti:

- ad insufficiente familiarità con le normative vigenti, come ad esempio la richiesta disponibilità di standard di droghe tradizionali sganciata da difficoltà burocratiche e la pronta fornitura di standard di droghe cosiddette "nuove";
- ad errata o quanto meno riduttiva funzione attribuita alle strutture ministeriali ed al loro ruolo "divulgativo" riguardo alla fornitura sia di dati sia di elementi conoscitivi sul fenomeno, anche attraverso presunte reti informatiche (al momento inesistenti) ed i cui flussi dovrebbero in prima istanza avere carattere centripeto e, solo ad elaborazione avvenuta, muoversi in senso centrifugo;
- all'enfatizzazione del riferimento a "protocolli" formali, che si vorrebbero concretizzare come metodiche analitiche ufficiali, di fatto non proponibili per reperti "di strada" (come accennato sopra) e perciò non standardizzati;
- ad un eccessivo rilievo attribuito al fattore strumentale rispetto all'"expertise" culturale e pratica ed alla professionalità dell'operatore di laboratorio.

Altre richieste corrispondono invece ad esigenze obiettive e tecnicamente valide come:

- l'organizzazione di programmi di Controllo di Qualità o quanto meno, per la fase propedeutica ad una loro effettuazione formale, l'adozione autonoma di corrispondenti criteri e procedure di valutazione interna;

- l'effettuazione di Corsi di aggiornamento teorico-pratici mirati a fornire ai vari operatori una base procedurale, operativa e valutativa comune, allo scopo di ridurre sia le disomogeneità esistenti sia quelle che potrebbero emergere da stages addestrativi variamente distribuiti nel territorio e/o a seguito del coinvolgimento non preventivamente coordinato di strutture ed istituzioni di varia caratterizzazione;
- la definizione di indirizzi operativi standardizzati (per strumentazione, per metodologie);
- l'ampliamento del personale attraverso l'acquisizione di competenze: generalmente le specifiche esigenze rappresentate dai Servizi appaiono chiaramente individuate;
- il completamento e l'integrazione della strumentazione sia ai fini delle determinazioni sulle DMG sia per gli accertamenti sull'uso personale: le relative richieste sembrano in linea di massima motivate e coerenti sia con le esigenze prevedibili sia con le disponibilità attuali;
- la necessità di chiare indicazioni esplicative concretamente praticabili circa le procedure preliminari e gli adempimenti successivi all'effettuazione degli accertamenti, con l'intento di realizzare le finalità sostanziali della legge 162/1990.

Più precisamente le esigenze di formazione del personale e la definizione di indirizzi e criteri operativi omogenei (standardizzati), ad esempio sull'uso delle metodologie e delle strumentazioni disponibili ed inclusi i program-

mi di controllo di qualità, sono argomenti di cui si doveva tener conto in sede di programmazione degli interventi urgenti che sono stati recentemente emanati.

La loro strutturazione e i rispettivi contenuti devono infatti avere carattere nazionale e la loro assegnazione a livello locale dovrebbe essere subordinata all'adeguamento a linee di indirizzo unitarie che possono essere individuate e definite da una istituzione tecnico-scientifica centrale, che gli operatori stessi individuano nell'Istituto Superiore di Sanità i cui esperti hanno predisposto per questi fini uno specifico volume. Tale volume (La Determinazione delle Droghe d'Abuso: Problematiche procedurali, analitiche, di interpretazione) è stato pubblicato nel mese di luglio 1991.

La situazione negli Istituti di pena

(Dati forniti dal Ministero di grazia e giustizia)

PAGINA BIANCA



Ministero di Grazia e Giustizia

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

UFFICIO IV - Divisione II

Con apposito progetto finalizzato al trattamento socio-sanitario, al recupero e al reinserimento dei detenuti tossicodipendenti, questo Dipartimento ha previsto due tipi di programmi di recupero che possono essere descritti nel modo seguente:

un primo livello - che potrebbe definirsi di base diretto a soggetti con problemi di tossicodipendenza che non risultino seguiti da alcun servizio, o che anche in seguito - nel corso della detenzione - non appaiano motivati a un trattamento più impegnativo; ovvero la cui liberazione sia prevista così a breve scadenza da rendere impraticabile un programma di intervento esteso nel tempo;

un secondo livello - che potrebbe definirsi avanzato - diretto ai soggetti che risultino, in seguito anche agli interventi svolti nel primo livello, motivati ad un trattamento più impegnativo, ovvero che - all'atto del primo ingresso in istituto - risultino avere in corso un valido trattamento di tipo socio-riabilitativo e per i quali, comunque, la durata della detenzione risulti sufficiente all'attuazione dei programmi svolti nell'istituto.

Il trattamento di primo livello pone, in sostanza, una serie di obiettivi da conseguire nei confronti di tutti i detenuti tossicodipendenti, indipendentemente dalla minore o maggiore volontà di recupero manifestata dagli stessi. Si tratta, evidentemente, di obiettivi "minimi", che tuttavia possono già costituire in sé un risultato di qualche rilievo, e soprattutto possono rappresentare - per coloro che dimostrino di corrispondere meglio al programma - un primo importante passo nel processo di recupero da sviluppare nelle sedi istituzionali di secondo livello o successivamente alla dimissione.

Tali obiettivi comprendono:

- 1° - il controllo delle situazioni che richiedono interventi indicati come urgenti dal presidio che ha smistato il soggetto (controllo delle reazioni di astinenza, inizio del processo di disintossicazione, mantenimento del trattamento farmacologico eventualmente già iniziato, arginamento di crisi depressive in atto, ecc.);
- 2° - l'informazione sistematica sulle opportunità curative e socio-riabilitative esistenti nella realtà intra ed extra muraria, nonché sui comportamenti e le precauzioni da adottare per la prevenzione dell'AIDS e di altre forme morbose connesse all'abuso di droghe, ecc. Tale informazione dovrà essere finalizzata anche a suscitare l'interesse e le motivazioni alla soluzione del proprio problema.

- 3° - la presa in carico del soggetto sotto il profilo psicologico ed educativo-sociale (con tutto ciò che essa significa sul piano del sostegno e del consolidamento personale, dell'orientamento educativo, del recupero delle relazioni affettivo-familiari, della preparazione al reinserimento sociale, ecc.);
- 4° - l'attivazione dei servizi specializzati nel trattamento delle tossicodipendenze per la realizzazione degli interventi farmacologici e/o terapeutici di competenza;
- 5° - la motivazione del tossicodipendente ad impegnarsi in un programma di trattamento più avanzato, presso le strutture interne o esterne al sistema penitenziario, capaci di realizzare questo secondo livello di intervento.

Il trattamento di secondo livello, riguardando soggetti che non presentano più crisi di astinenza ed esigenze urgenti di disintossicazione e che risultano sufficientemente informati del problema in cui sono coinvolti ed appaiono motivati al trattamento, presenta alcune differenze sostanziali sia sul piano delle finalità da raggiungere, che delle metodologie operative da realizzare.

Gli obiettivi in questo caso comprendono:

- 1° - l'orientamento del soggetto nei confronti dei programmi terapeutici o socio-riabilitativi realizzati dall'istituto.
- 2° - il graduale e più profondo cambiamento degli atteggiamenti personali connessi alla tossicodipendenza, attraverso la realizzazione di attività terapeutiche specializzate (counseling individuale e di gruppo, programmi terapeutici personalizzati, ecc.);
- 3° - il coinvolgimento ampio e sistematico del soggetto in attività formative, lavorative e socializzanti,

in modo tale da accompagnare e sostenere validamente il processo condotto a livello terapeutico specifico;

- 4° - l'aiuto offerto al soggetto per la graduale formulazione di un nuovo "progetto di vita", comprendente la possibile sistemazione dei problemi lavorativi, di organizzazione materiale, di relazioni affettivo-familiari, ecc.

Ciascuno di questi due grossi schemi di trattamento viene articolato in "fasi", le cui componenti comuni sono rappresentate da una "fase di accoglienza", una "fase di trattamento" e da una "fase di dimissione e di reinserimento sociale".

Fondamentale è il riferimento normativo dell'art. 95 del citato T.U. che presiede all'organizzazione di Istituti o sezioni riservate ai tossicodipendenti e in attuazione del quale sono state acquisite con decreto ministeriale 10.5.1991 n. 27 Case Mandamentali e trasformati in case di reclusione n. 4 Istituti (C.C. di San Severo, II.OO.MM. di Eboli e Messina, C.L. di Saliceta S. Giuliano) per essere destinati esclusivamente a condannati tossicodipendenti.

Contestualmente sono in corso di realizzazione, per le medesime finalità, reparti opportunamente attrezzati ed individuati con il decreto ministeriale di cui sopra - all'interno degli Istituti penitenziari esistenti.

Si è pertanto resa necessaria la realizzazione di opere, modifiche e adattamenti per rendere dette strutture quanto più possibile idonee alla custodia ed al trattamento dei detenuti tossicodipendenti ed assicurare condizioni capaci di corrispondere alle esigenze di cura e riabilitazione che essi presentano e che riguardano gli ambienti che li ospitano, gli spazi ove si svolge la vita quotidiana e le attrezzature sanitarie.

A tal fine si è provveduto a ripartire, in ambito territoriale fra i 16 Provveditorati Regionali, la somma

di lire 18 miliardi concessa all'Amministrazione Penitenziaria dal Comitato Nazionale di Coordinamento per l'azione antidroga, sui fondi stanziati per il 1990, che ha consentito esclusivamente la realizzazione delle opere e modifiche strutturali più urgenti.

Il proseguimento dell'opera di ristrutturazione verrà assicurato con l'ulteriore finanziamento di 10 miliardi, a valere sui fondi stanziati per il 1991 e destinato ad interventi presso i seguenti Istituti di pena: Latina, Avezzano, Reggio Calabria, Pozzuoli, Is Arenas Arbus e Taranto. Si fa presente che nel determinare i criteri per la selezione dei suddetti Istituti, sono stati privilegiati gli interventi in cui è prevista la realizzazione di sezioni separate per detenuti t.d., nonché quelli da realizzarsi nelle regioni meridionali, in conformità a quanto previsto dalla legge.

Il completamento dell'opera di ristrutturazione potrà essere assicurato, se adeguatamente finanziato, sempre ai sensi dell'art. 127, dal citato Comitato Nazionale di Coordinamento con lo stanziamento di fondi per il 1992, la cui richiesta è in corso di elaborazione sulla base degli schemi predisposti dal Ministero degli Affari Sociali con circolare del 20.4.1991, n.10288/TAE.

Per quanto concerne l'attività in corso a valere sui fondi resi disponibili dall'art.135 del T.U. in esame, se ne evidenzia il collegamento con i sottoelencati progetti finalizzati approvati con l'allegato decreto del Ministro di Grazia e Giustizia di concerto con Il ministro della Sanità e del Ministro degli Affari Sociali, in data 8 giugno 91, registrato alla Corte dei Conti il 18.11.91:

- A) Programma finalizzato alla cura e prevenzione dell'A.I.D.S.;
- B) Programma finalizzato al trattamento socio-sanitario, al recupero e al reinserimento dei detenuti tossicodipendenti;
- C) Programma finalizzato all'organizzazione di corsi di addestramento e riqualificazione del personale dell'Amministrazione penitenziaria.

I tempi per l'utilizzazione dei fondi in questione

relativi al 90 e al 91 ha consentito soltanto l'avvio - dopo la registrazione alla Corte dei Conti del citato decreto interministeriale - dell'allestimento degli autonomi ambulatori medici nelle strutture per tossicodipendenti utilizzando mediante ordini di accreditamento in favore dei funzionari delegati i fondi previsti nei programmi finalizzati per l'acquisto di beni per un importo di £. 4 miliardi.

E' stata altresì avviata l'attuazione di un presidio sanitario finalizzato esclusivamente al trattamento sanitario e la cura dei detenuti tossicodipendenti ed affetti da AIDS tramite la stipula di apposite convenzioni a far data dal dicembre 91, considerata l'impossibilità di utilizzare, in precedenza i fondi relativi al 90 e 91 - comprendenti, per il personale dei presidi in argomento e per quelli degli istituendi presidi psicologici - la complessiva somma di £.15.000.000.000.

La possibilità di utilizzare detto finanziamento nel corso del 1992 (assicurata dal D.L. 18.11.91 n.365, al n.2 dell'art.9) consentirà di consolidare l'istituzione dei presidi, rinnovare le convenzioni già stipulate e scadute il 31.12.91 e stipularne ex novo secondo un piano prestabilito di distribuzione oraria giornaliera del servizio medico e infermieristico.

E' stata parimenti posta in attuazione la prima fase del piano formativo relativo ai corsi di addestramento e riqualificazione del personale che si è concretizzata nell'organizzazione di un incontro svoltosi nell'ottobre u.s. - per circa 400 unità di personale, con la partecipazione di un gruppo di relatori qualificati ai quali è stato affidato il compito di determinare - con le loro relazioni - le linee di fondo del messaggio formativo da diffondere successivamente - nella seconda fase del programma nelle varie sedi decentrate. Detta iniziativa - considerata l'indisponibilità, a quella data, del previsto finanziamento di 10 miliardi per il 1990 e 1991 - è stata finanziata da altri fondi nell'ambito di capitoli che sostengono la spesa di carattere didattico-formativo ordinari.

La successiva disponibilità dei fondi consentirà invece l'attuazione della seconda fase del piano formativo a suo tempo programmato che sarà interamente sostenuto dai finanziamenti finalmente divenuti disponibili sul capitolo 2120 e che avrà inizio verso la fine di gennaio del corrente anno 1992 e comprenderà la realizzazione di circa 300 corsi per complessive 27/28.000 unità di personale di tutte le categorie professionali operanti nel settore penitenziario, in 30 sedi di formazione decentrate.

Tali corsi, della durata di una settimana, avranno preferibilmente carattere residenziale, per consentire al personale che vi partecipa di fruire in modo più pieno dell'opportunità di formazione di cui si tratta, ove i contenuti offerti possano essere sostenuti da un sistema di comunicazione interpersonale veramente intenso e efficace.

I corsi saranno realizzati secondo uno schema di base omogeneo - comprendente elementi di informazione e orientamenti operativi di azione nel settore della lotta alle tossicodipendenze e alcooldipendenze nonché alla diffusione dell'AIDS -, che consentirà di assicurare un elevato grado di concordanza del messaggio formativo diffuso.

Tali corsi verranno coordinati in sede locale dai Provveditorati competenti, che si avvarranno della collaborazione stabile di alcuni referenti locali, e in sede centrale dall'Ufficio della Formazione e dell'Aggiornamento del Personale, responsabile dell'attuazione del programma.

Durante i corsi verrà fornita ai partecipanti un'ampia documentazione - raccolta con la collaborazione del Ministero della Sanità - comprendente anche informazioni e istruzioni appositamente formulate per gli operatori penitenziari sulle misure di profilassi attuabili per contrastare i rischi di contagio da AIDS in comunità istituzionali chiuse.

Nel trasmettere i dati relativi alle convenzioni tra Istituti di pena e UU.SS.LL. monitorati in data 25.9.91 non si può non sottolineare che l'obbligo

istituzionalizzato in capo alle Unità Sanitarie locali dall'art.96 T.U. di provvedere alla cura e alla riabilitazione dei detenuti tossicodipendenti o alcooldipendenti, risulta ancora in larga misura inadempito per difficoltà prevalentemente riconducibili alla ricaduta finanziaria degli interventi praticati dalle UU.SS.LL. in ambito penitenziario.

Infine si trasmettono schede statistiche riferite alla presenza di detenuti tossicodipendenti alla data del 30.6.1991 con distinzione tra ristretti per legge sulla droga e per altri reati, nonché schede statistiche alla stessa data relative alla diffusione dell'infezione da H.I.V..

Si allegano, altresì, gli ultimi dati monitorati al 25.9.1991 nonché breve relazione sull'attività dell'Amministrazione Penitenziaria concernente l'area penale esterna.

Corre, da ultimo, l'obbligo di rappresentare che - a far data dal 1° gennaio 1993 - in assenza di ulteriori stanziamenti sul capitolo 2120, istituito per l'attuazione degli interventi previsti dai progetti finalizzati di cui al citato art. 135 T.U. 309/90, non sarà possibile proseguire le attività in corso né proseguire le iniziative già intraprese e più sopra illustrate.

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
UFFICIO IV - Divisione II

RELAZIONE SULL'ATTIVITA' PENITENZIARIA

NELL'AREA PENALE ESTERNA

Per quanto attiene i compiti istituzionali dei C.S.S.A., nell'esecuzione penale all'esterno, sono state adottate un insieme di iniziative per l'attuazione della misura penale dell'affidamento al servizio sociale previsto dall'art. 76 lett. h T.U. 30.

Trattandosi di una figura giuridica nuova, sono state effettuate riunioni a livello periferico e poi centrale, per un chiarimento sugli aspetti tecnico-giuridici e sulla metodologia operativa.

E' stata predisposta ed inviata una nota a tutte le Preture in quanto autorità giudiziarie competenti ad irrogare la sanzione dell'affidamento al servizio sociale.

Per un miglior coordinamento operativo oltre a questa prima nota relativa agli adempimenti del Servizio sociale penitenziario, e alle metodologie operative, è stato inviato alle Preture anche un elenco con gli indirizzi di tutti i C.S.S.A.

E' stata predisposta una bozza di convenzione e di protocollo operativo con i SERT, per il trattamento coordinato dei tossicodipendenti che espiano la pena

in misura alternativa.

Questo documento è allo studio del gruppo tecnico della commissione mista - Regioni e Amministrazione penitenziaria. Sono stati invitati i C.S.S.A. ad instaurare rapporti operativi con tutte le Prefetture, le Questure, nonchè i Comandi dell'Arma dei Carabinieri, per instaurare una collaborazione interistituzionale o per formalizzarla in modo organico, laddove è già in atto.

E' stato predisposto un progetto finalizzato al reinserimento dei tossicodipendenti che impegna i C.S.S.A. insieme alle strutture del territorio ad individuare e seguire esperienze di reinserimento - formative lavorative.

La Divisione IV ha inoltre collaborato con un gruppo interministeriale, alla stesura di una bozza di convenzione tra Unità Sanitarie Locali e Associazioni - società cooperative che gestiscono Comunità terapeutiche.

E' stato altresì richiesto all'Ufficio Legislativo del Ministero di Grazia e Giustizia un chiarimento interpretativo del disposto legislativo del comma 7° dell'articolo 120 T.U. 309, relativo al segreto professionale e ai destinatari della norma stessa.

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

SCHEDA 2
RIEPILOGO/A

RILEVAMENTO DETENUTI AFFETTI DA HIV
PRESENTI ALLA DATA DEL 25/01/91

RIEPILOGO NAZIONALE

REGIONE	SIEROPOSITIVI ASINTOMATICI				DETENUTI TOSSICODIPENDENTI AFFETTI DA HIV				DETENUTI NON TOSSICODIPENDENTI AFFETTI DA HIV			TOT. DET. AFFETTI DA HIV
	UOMINI		DONNE		A.R.C.		AIDS		TOT. U.	TOT. D.	TOT. GEN.	
	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE				
TOTALE REGIONE ABRUZZO	38	6	4	0	1	0	43	5	48	5	53	
TOTALE REGIONE BASILICATA	9	0	1	0	0	0	10	0	10	1	11	
TOTALE REGIONE CALABRIA	13	0	2	0	0	0	15	0	15	0	15	
TOTALE REGIONE CAMPANIA	124	7	9	0	6	0	139	7	146	1	147	
TOTALE REGIONE EMILIA ROMAGNA	284	32	53	13	10	1	347	46	393	4	398	
TOTALE REGIONE FRIULI V. GIULIA	15	1	2	1	0	0	17	2	19	2	21	
TOTALE REGIONE LAZIO	219	39	25	5	12	3	256	47	303	13	319	
TOTALE REGIONE LIGURIA	88	8	22	0	3	1	113	9	122	0	122	
TOTALE REGIONE LOMBARDIA	471	60	71	13	6	0	548	73	621	25	648	
TOTALE REGIONE MARCHE	16	0	3	1	0	0	19	1	20	2	22	
TOTALE REGIONE MOLISE	3	0	1	0	0	0	4	0	4	0	6	
TOTALE REGIONE PIEMONTE	264	22	41	8	17	1	322	31	353	15	368	
TOTALE REGIONE PUGLIA	110	5	15	0	4	0	129	5	134	15	150	
TOTALE REGIONE SARDEGNA	191	6	23	1	6	1	220	8	228	22	250	
TOTALE REGIONE SICILIA	66	7	29	0	1	0	96	7	103	3	106	
TOTALE REGIONE TOSCANA	130	23	23	2	2	1	155	20	181	12	193	
TOTALE REGIONE TRENTO	24	2	1	1	0	0	25	3	28	0	28	
TOTALE REGIONE UMBRIA	18	7	2	0	1	0	21	7	28	2	30	
TOTALE REGIONE VENETO	139	19	29	2	4	1	172	22	194	2	196	
TOTALE REGIONE VALLE D'AOSTA	18	7	1	1	0	0	19	6	27	0	27	
TOTALE NAZIONALE	2.240	250	357	48	73	9	2.670	307	2.977	126	3.110	

NOTA

I dati sono rilevati e seguito
di screening volontario

RIEPILOGO NAZIONALE

SCHEDA 2
RIEPILOGO/R

REGIONE	TOTALE DETENUTI PRESENTI	DETENUTI TOSSICOD.		DETENUTI AFFETTI DA HIV		DETENUTI AFFETTI DA HIV		DETENUTI AFFETTI DA HIV		DETENUTI AFFETTI DA HIV		DETENUTI AFFETTI DA HIV					
		TOTALE	PERCENT. INSPETTO AI PRESENTI	TOTALE	PERCENT. INSPETTO AI PRESENTI	TOTALE	PERCENT. INSPETTO AI PRESENTI	SINFISICOD.		SINFISICOD.		SINFISICOD.					
								43	5,66	43	5,66	4	0,52	4	0,52	4	0,52
TOTALE REGIONE ABRUZZO	773	268	34,67	63	8,86	48	17,01	8	4,00	1	0,13	0	0,00	1	0,13	5	0,65
TOTALE REGIONE BASILICATA	225	19	8,44	11	4,89	10	52,63	0	0,00	1	0,44	0	0,00	1	0,44	1	0,44
TOTALE REGIONE CALABRIA	804	120	19,04	15	1,87	15	11,63	13	1,82	2	0,25	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TOTALE REGIONE CAMPANIA	9 053	1 015	25,08	147	3,72	146	14,38	131	3,31	9	0,23	6	0,15	1	0,03	1	0,03
TOTALE REGIONE EMILIA ROMAGNA	2 249	970	43,13	306	17,70	393	40,52	316	14,05	66	2,93	11	0,49	6	0,22	6	0,22
TOTALE REGIONE FRIULI V. GIULIA	494	121	26,08	21	4,53	19	15,70	16	3,45	3	0,65	0	0,00	2	0,43	2	0,43
TOTALE REGIONE LAZIO	3 200	1 100	34,36	319	9,97	303	27,65	258	8,06	30	0,94	15	0,47	18	0,50	18	0,50
TOTALE REGIONE LIGURIA	898	477	53,72	122	13,74	122	26,68	94	10,81	23	2,48	4	0,45	0	0,00	0	0,00
TOTALE REGIONE LOMBARDIA	4 375	1 725	39,43	948	14,81	821	36,00	631	12,14	84	1,92	6	0,14	27	0,62	27	0,62
TOTALE REGIONE MARCHE	475	103	21,88	22	4,63	20	19,42	16	3,37	4	0,84	0	0,00	2	0,42	2	0,42
TOTALE REGIONE MOLISE	209	51	24,40	6	2,87	4	7,64	3	1,44	1	0,48	0	0,00	2	0,42	2	0,42
TOTALE REGIONE PIEMONTE	3 051	1 325	43,43	368	12,06	353	26,84	288	9,37	49	1,61	18	0,59	15	0,49	15	0,49
TOTALE REGIONE PUGLIA	1 833	810	44,19	150	8,18	134	18,64	115	6,27	16	0,92	4	0,22	18	0,97	18	0,97
TOTALE REGIONE SARDEGNA	1 432	615	42,95	250	17,45	228	37,07	197	13,76	24	1,66	7	0,49	22	1,54	22	1,54
TOTALE REGIONE SICILIA	3 240	670	17,58	106	3,27	103	18,07	73	2,25	29	0,90	1	0,03	3	0,09	3	0,09
TOTALE REGIONE TOSCANA	2 898	545	21,70	193	7,16	181	30,94	153	5,88	25	0,93	3	0,11	12	0,45	12	0,45
TOTALE REGIONE TRENITINO	253	141	55,73	28	11,07	28	19,88	26	10,28	2	0,79	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TOTALE REGIONE UMBRIA	549	84	14,20	30	5,09	28	33,33	25	4,24	2	0,34	1	0,17	2	0,34	2	0,34
TOTALE REGIONE VENETO	1 305	581	44,90	106	15,02	194	34,68	158	12,11	31	2,38	5	0,38	2	0,15	2	0,15
TOTALE REGIONE VALLE D'AOSTA	152	102	67,11	27	17,76	27	26,47	25	16,45	2	1,32	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TOTALE NAZIONALE	32 188	10 771	33,49	3 110	9,67	2 877	27,84	2 400	7,74	405	1,26	82	0,25	133	0,41	133	0,41

NOTA:
I dati sono rilevati a seguito
di screening volontario

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

SCHEDE 3 RILEVAMENTO DETENUTI SOTTOPOSTI A SCREENING E RILEVAMENTO DETENUTI RISULTATI POSITIVI ALL'IN
RILEVAMENTO RIFERITO AL PERIODO 1/1/91 - 25/9/91

RIEPILOGO NAZIONALE

TIPO	ISTITUTO	NUMERO INGRESSI DALLA LIBERTÀ			DETENUTI SOTTOPOSTI A SCREENING			DETENUTI RISULTATI POSITIVI		
		UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE
TOTALE REGIONE ABRUZZO		659	44	703	400	17	417	16	0	16
TOTALE REGIONE BASILICATA		321	12	333	105	2	107	7	0	7
TOTALE REGIONE CALABRIA		1.521	59	1.580	773	21	794	27	4	31
TOTALE REGIONE CAMPANIA		8.107	459	8.566	982	178	1.160	113	9	122
TOTALE REGIONE EMILIA ROMAGNA		3.012	321	3.333	1.887	125	2.012	307	32	339
TOTALE REGIONE FRIULI V. GIULIA		731	73	804	213	20	233	33	2	35
TOTALE REGIONE LAZIO		11.083	616	11.699	1.777	115	1.892	309	45	354
TOTALE REGIONE LIGURIA		2.379	228	2.607	2.120	219	2.339	262	60	322
TOTALE REGIONE LOMBARDIA		6.943	615	7.558	3.984	491	4.475	701	91	792
TOTALE REGIONE MARCHE		669	74	743	496	63	559	49	6	55
TOTALE REGIONE MOLISE		148	2	150	48	2	50	4	0	4
TOTALE REGIONE PIEMONTE		2.689	215	2.904	1.981	151	2.132	272	28	300
TOTALE REGIONE PUGLIA		4.138	164	4.302	1.387	44	1.431	114	15	129
TOTALE REGIONE SARDEGNA		1.569	62	1.631	932	32	964	163	11	174
TOTALE REGIONE SICILIA		4.341	192	4.533	2.410	52	2.462	394	6	400
TOTALE REGIONE TOSCANA		2.435	281	2.716	1.570	189	1.759	111	30	141
TOTALE REGIONE TRENTO		520	67	587	182	18	180	28	7	33
TOTALE REGIONE UMBRIA		458	51	509	336	16	352	9	1	10
TOTALE REGIONE VENETO		2.112	354	2.466	1.545	173	1.718	211	22	233
TOTALE REGIONE VALLE D'AOSTA		77	8	85	23	3	26	0	0	0
TOTALE NAZIONALE		53.912	3.897	57.809	23.131	1.931	25.062	3.128	369	3.497

NOTA

I dati sono rilevati a seguito
di screening volontario

SCHEDA 3 RILEVAMENTO DETENUTI SOTTOPOSTI A SCREENING E RILEVAMENTO DETENUTI RISULTATI POSITIVI AL 1° INV
RILEVAMENTO RILEVAMENTO DETENUTI RILEVAMENTO DETENUTI RISULTATI POSITIVI AL 1° INV - 25/8/91

RIEPILOGO NAZIONALE

REGIONE	NUMERO INGRESSI DALLA LIBERTA'			DETENUTI SOTTOPOSTI A SCREENING			DETENUTI RISULTATI POSITIVI			PERCENT. SUL TOT. SCREENING	
	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE		PERCENT. SUL TOT. INGRESSI
TOTALE REGIONE ABRUZZO	659	44	703	400	17	417	16	0	16	2,28	3,84
TOTALE REGIONE BASILICATA	321	12	333	105	2	107	7	0	7	2,10	6,54
TOTALE REGIONE CALABRIA	1.521	59	1.580	773	21	794	27	4	31	1,96	3,90
TOTALE REGIONE CAMPANIA	6.107	459	6.566	982	178	1.160	113	9	122	1,42	10,52
TOTALE REGIONE EMILIA ROMAGNA	3.012	321	3.333	1.987	125	2.012	307	32	339	10,17	16,85
TOTALE REGIONE FRIL V. GIULIA	731	73	804	213	20	233	33	2	35	4,35	15,02
TOTALE REGIONE LAZIO	11.083	616	11.699	1.777	115	1.892	309	45	354	3,03	18,71
TOTALE REGIONE LIGURIA	2.379	228	2.607	2.120	219	2.339	262	60	322	12,35	13,77
TOTALE REGIONE LOMBARDA	6.943	615	7.558	3.984	491	4.475	701	91	792	10,48	17,70
TOTALE REGIONE MARCHE	669	74	743	496	63	559	49	6	55	7,40	9,84
TOTALE REGIONE MOLISE	148	2	150	48	2	50	4	0	4	2,67	8,00
TOTALE REGIONE PIEMONTE	2.609	215	2.824	1.981	151	2.132	272	28	300	10,33	14,07
TOTALE REGIONE PUGLIA	4.138	164	4.302	1.387	44	1.431	114	15	129	3,00	9,01
TOTALE REGIONE SARDEGNA	1.569	62	1.631	932	32	964	163	11	174	10,67	18,05
TOTALE REGIONE SICILIA	4.341	192	4.533	2.410	52	2.462	394	6	400	8,82	16,25
TOTALE REGIONE TOSCANA	2.435	281	2.716	1.570	189	1.759	111	30	141	5,19	8,02
TOTALE REGIONE TRENINO	520	67	587	162	18	180	26	7	33	5,62	18,33
TOTALE REGIONE UMBRIA	458	51	509	336	16	352	9	1	10	1,96	2,84
TOTALE REGIONE VENETO	2.112	354	2.466	1.545	173	1.718	211	22	233	9,45	13,56
TOTALE REGIONE VALLE D'AOSTA	77	8	85	23	3	26	0	0	0	0,00	0,00
TOTALE NAZIONALE	53.912	3.897	57.809	29.131	1.931	25.062	3.128	369	3.497	6,05	13,95

NOTA

I dati sono rilevati a seguito di screening volontario

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

SCHEDA 1

DETENUTI PRESENTI E TOSSICODIPENDENTI
CONFRONTO ALLE DATE DEL 31/12/90 E DEL 25/9/91

DATE	31/DICEMBRE/1990	25/SETTEMBRE/1991
DET. PRESENTI	24.670	32.166
DET. TOSSICODIPENDENTI	7.299	10.771
%	29,59	33,49

SCHEDA 2

DETENUTI AFFETTI DA HIV
CONFRONTO ALLE DATE DEL 31/12/90 E 25/9/91

PERIODI	31/DICEMBRE/1990	25/SETTEMBRE/1991
DET. PRESENTI	24.670	32.166
SIEROPOSITIVI	2.489	3.110
%	10,09	9,67
DET. TOSSICOD. SIEROPOSITIVI TOSS.	7.299	10.771
%	2,378	2,977
%	32,58	27,64

SCHEDA 3

SCREENING PER L'ACCERTAMENTO DEL VIRUS HIV
SUI DETENUTI PROVENIENTI DALLA LIBERTÀ

PERIODI DI RII EVAZIONE	1/1/90 - 31/12/90	1/1/91 - 25/9/91
DET. PROVENIENTI DALLA LIBERTÀ	65.831	57.809
DETENUTI TESTATI	29.552	25.062
% Rispetto ai Nuovi giunti	44,89	43,35
DETENUTI HIV+	4.344	3.497
% Rispetto ai testati	14,70	13,95

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

RIEPILOGO NAZIONALE

REGIONI	NUOVE CONVENZIONI STIPULATE	NUOVE CONVENZIONI ALLA FIRMA	VECCHIE CONVENZIONI		RIEPILOGO NAZIONALE		ASSENZA DI CONVENZIONI	
			ONEROSE	GRATUITE	TOTALE	Difficoltà Amm. ne penit.	Difficoltà USL	
TOTALE REGIONE ABRUZZO	0	1	2	2	4	0	4	
TOTALE REGIONE BASILICATA	0	0	1	1	2	0	1	
TOTALE REGIONE CALABRIA	1	0	2	3	5	0	4	
TOTALE REGIONE CAMPANIA	0	2	6	5	11	0	2	
TOTALE REGIONE EMILIA ROMAGNA	0	6	4	5	9	0	2	
TOTALE REGIONE FRIULI V. GIULIA	0	0	0	4	4	0	0	
TOTALE REGIONE LAZIO	1	0	2	3	5	0	7	
TOTALE REGIONE LIGURIA	0	7	3	2	5	0	0	
TOTALE REGIONE LOMBARDA	2	7	2	11	13	0	0	
TOTALE REGIONE MARCHE	1	0	0	3	3	0	1	
TOTALE REGIONE MOLISE	0	2	1	2	3	0	0	
TOTALE REGIONE PIEMONTE	1	5	0	10	10	0	2	
TOTALE REGIONE PUGLIA	0	2	1	6	7	0	1	
TOTALE REGIONE SARDEGNA	0	1	1	1	2	0	8	
TOTALE REGIONE SICILIA	2	8	5	3	8	0	8	
TOTALE REGIONE TOSCANA	0	4	2	9	11	0	5	
TOTALE REGIONE TRENTO	0	0	0	3	3	0	0	
TOTALE REGIONE UMBRIA	1	2	0	3	3	0	0	
TOTALE REGIONE VENETO	3	1	1	3	4	0	0	
TOTALE REGIONE VALLE D'AOSTA	0	1	0	1	1	0	0	
TOTALE NAZIONALI	12	47	33	80	113	0	45	

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

SCHEDE 1
RIEPILOGO

RIEPILOGO NAZIONALE

30 6 1991 (RIEPILOGO A DATA FISSA)

REGIONE	DETENUTI PRESENTI		DETENUTI TOSCOODIPENDENTI	PERCENT. INSIEM. AI PRESENTI	DETENUTI IN TRATT.		METAFONICO TOTALE
	MASCHII	FEMMINE			MASCHII	FEMMINE	
TOTALE REGIONE ABRUZZO	682	35	184	26,92	2	0	2
TOTALE REGIONE BASILICATA	210	7	15	6,91	1	0	1
TOTALE REGIONE CALABRIA	694	6	107	16,02	3	0	3
TOTALE REGIONE CAMPANIA	3768	134	950	25,76	30	0	30
TOTALE REGIONE EMILIA ROMAGNA	1847	108	666	37,39	12	2	14
TOTALE REGIONE FRIULI V. GIULIA	263	15	88	33,81	5	0	5
TOTALE REGIONE LAZIO	2870	239	1114	37,83	2	0	2
TOTALE REGIONE LIGURIA	732	78	394	53,68	16	3	19
TOTALE REGIONE LOMBARDIA	4148	317	1276	30,83	15	4	19
TOTALE REGIONE MARCHE	475	6	76	14,97	0	0	0
TOTALE REGIONE MOLISE	167	6	32	16,16	0	0	0
TOTALE REGIONE PIEMONTE	2927	146	1150	40,58	47	8	55
TOTALE REGIONE PUGLIA	1757	69	604	34,17	4	1	5
TOTALE REGIONE SARDEGNA	1190	24	361	32,02	47	0	47
TOTALE REGIONE SICILIA	2060	67	475	16,24	3	0	3
TOTALE REGIONE TOSCANA	2500	128	732	29,65	43	2	45
TOTALE REGIONE TRENITINO	240	22	110	48,47	3	1	4
TOTALE REGIONE UMBRIA	515	43	95	10,99	7	1	8
TOTALE REGIONE VENETO	1026	103	448	43,93	10	1	11
TOTALE REGIONE VALLE D'AOSTA	138	12	72	54,87	0	0	0
TOTALE NAZIONALE	29205	1566	8602	31,37	260	23	273

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

RIEPILOGO NAZIONALE

RILEVAMENTO DETENUTI AFFETTI DA HIV
 ALLA DATA DEL

30.06.1991 (RILEVAMENTO A DATA FISSA)

SCHEDA 2
 RIEPILOGO

REGIONE	SIEROPOSITIVI ASINTOMATICI		A R.C.		AIDS CONCLAMATA		TOT. M.	TOT. F.	TOT. GEN.	IN TERAPIA AZI		DETENUTI NON TOSS.	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE				MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
TOTALE REGIONE ABRUZZO	25	3	8	0	0	0	33	3	30	13	0	5	1
TOTALE REGIONE BASILICATA	6	0	0	0	0	0	6	0	6	2	0	1	0
TOTALE REGIONE CALABRIA	10	1	0	0	0	0	10	1	11	3	0	0	0
TOTALE REGIONE CAMPANIA	127	6	8	1	0	0	144	7	151	51	2	2	0
TOTALE REGIONE EMILIA ROMAGNA	252	34	66	5	3	0	323	39	362	49	10	8	1
TOTALE REGIONE FRIULI V. GIULIA	20	0	2	0	0	0	22	0	22	0	0	0	0
TOTALE REGIONE LAZIO	230	24	17	4	3	3	260	31	291	31	1	10	3
TOTALE REGIONE LIGURIA	65	12	10	1	2	0	107	13	120	4	2	0	0
TOTALE REGIONE LOMBARDIA	456	48	62	4	6	0	524	60	584	45	3	6	0
TOTALE REGIONE MARCHE	24	1	1	0	0	0	25	1	26	6	0	2	0
TOTALE REGIONE MOLISE	3	2	1	1	0	0	4	3	7	1	0	1	0
TOTALE REGIONE PIEMONTE	270	21	65	11	8	0	352	32	384	35	6	6	0
TOTALE REGIONE PUGLIA	140	4	4	1	3	0	147	5	152	22	2	4	0
TOTALE REGIONE SARDEGNA	140	4	17	1	4	1	161	6	167	37	1	7	0
TOTALE REGIONE SICILIA	71	5	16	0	0	0	87	5	92	16	1	3	0
TOTALE REGIONE TOSCANA	123	18	17	3	3	0	143	16	162	32	6	3	0
TOTALE REGIONE TRENTO A. ADIG.	24	3	0	0	0	0	24	3	27	1	0	1	0
TOTALE REGIONE UMBRIA	22	5	2	1	0	0	24	6	30	5	1	2	0
TOTALE REGIONE VENETO	111	6	19	3	1	0	131	6	140	15	1	16	2
TOTALE REGIONE V. D'ADDA	14	3	1	0	1	1	16	4	20	2	2	0	0
TOTALE NAZIONALE	2.172	198	318	36	43	5	2.533	237	2.770	369	37	63	68

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

SCHEDE 2
RIEPILOGO B1a

CONFRONTO TRA DETENUTI PRESENTI, DETENUTI TOSSICODIPENDENTI E AFFETTI DA HIV
ALLA DATA DEL 30/06/1991

RIEPILOGO NAZIONALE

	TOTALE DETENUTI PRESENTI		DETENUTI TOSSICODIPENDENTI		DETENUTI AFFETTI DA HIV		DETTAGLIO DETENUTI AFFETTI DA HIV PERCENTUALI RISPETTO AI PRESENTI				
	TOTALE	PERCENT. RISPETTO AI PRESENTI	TOTALE	PERCENT. RISPETTO AI PRESENTI	TOTALE	PERCENT. RISPETTO AI PRESENTI	SEROPOSITIVI ASINTOMATICI		A.I.C.		AIDS CONCIGLIAMATA
TOTALE REGIONE ABRUZZO	717	28,82	36	5,02	18,65	28	3,91	6	1,12	0	0,00
TOTALE REGIONE BASILICATA	217	6,91	6	2,76	40,00	6	2,76	0	0,00	0	0,00
TOTALE REGIONE CALABRIA	663	16,02	11	1,59	9,91	11	1,59	0	0,00	0	0,00
TOTALE REGIONE CAMPANIA	3802	25,76	151	3,97	15,02	133	3,41	6	0,23	9	0,23
TOTALE REGIONE EMILIA ROMAGNA	1955	37,39	382	18,52	49,52	286	14,63	73	3,73	3	0,15
TOTALE REGIONE FRIULI V. GIULIA	278	33,81	22	7,91	23,40	20	7,19	2	0,72	0	0,00
TOTALE REGIONE LAZIO	3100	37,63	281	9,04	23,89	264	8,17	21	0,68	6	0,19
TOTALE REGIONE LIGURIA	610	53,58	120	14,81	27,65	107	13,21	11	1,36	2	0,25
TOTALE REGIONE LOMBARDIA	4163	30,83	574	12,86	41,72	502	11,26	66	1,48	6	0,13
TOTALE REGIONE MARCHE	481	14,97	26	5,41	38,11	25	5,20	1	0,21	0	0,00
TOTALE REGIONE MOLISE	176	16,18	7	3,98	21,88	5	2,84	2	1,14	0	0,00
TOTALE REGIONE PIEMONTE	3073	40,58	384	12,50	30,70	300	9,76	76	2,47	8	0,26
TOTALE REGIONE PUGLIA	1826	34,17	152	8,32	24,36	144	7,89	5	0,27	3	0,16
TOTALE REGIONE SARDEGNA	1214	32,82	187	13,76	42,17	144	11,86	18	1,48	5	0,41
TOTALE REGIONE SICILIA	3036	16,24	92	3,03	18,68	76	2,50	16	0,53	0	0,00
TOTALE REGIONE TOSCANA	2725	20,65	102	6,94	20,05	139	5,10	20	0,73	3	0,11
TOTALE REGIONE TRENTO	282	48,31	27	10,31	21,26	27	10,31	0	0,00	0	0,00
TOTALE REGIONE UMBRIA	558	19,89	30	5,38	27,03	27	4,84	3	0,54	0	0,00
TOTALE REGIONE VENETO	1129	43,93	140	12,40	28,23	117	10,36	22	1,96	1	0,08
TOTALE REGIONE VALLE D'AOSTA	150	54,67	20	13,33	24,39	17	11,33	1	0,87	2	1,33
TOTALE NAZIONALE	30774	31,27	2770	9,00	28,79	2368	7,69	354	1,15	48	0,16

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

SCHEDA 3
RIEPILOGO Bie
RILIEVAMENTO DETENUTI SOTTOPOSTI A SCREENING E RILIEVAMENTO DETENUTI RISULTATI INFETTI
DATI PERCENTUALI E ASSOLUTI

RIEPILOGO NAZIONALE

RIFERITI AL SEMESTRE 1/1/81 - 30/6/81

REGIONE	NUMERO INGRESSI DALLA LIBERTA'		DETENUTI SOTTOPOSTI A SCREENING			DETENUTI RISULTATI POSITIVI						
	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	PERCENT. SUL TOT. INGRESSI	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	PERCENT. SUL TOT. INGRESSI	PERCENT. SUL TOT. SCREENING
TOTALE REGIONE ABRUZZO	432	29	461	248	14	262	56,83	10	0	10	2,17	3,82
TOTALE REGIONE BASILICATA	257	9	266	108	6	114	42,86	13	0	13	4,89	11,40
TOTALE REGIONE CALABRIA	1.003	34	1.037	635	18	650	63,04	18	1	19	1,83	3,45
TOTALE REGIONE CAMPANIA	5.486	270	5.756	630	117	747	13,02	30	0	30	0,78	8,02
TOTALE REGIONE EMILIA ROMAGNA	1.868	211	2.079	1.220	77	1.297	62,30	210	18	229	11,01	17,66
TOTALE REGIONE FRIULI V. GIULIA	485	38	523	169	11	180	35,76	20	3	23	4,57	12,78
TOTALE REGIONE LAZIO	5.085	428	5.513	1.001	85	1.086	19,34	203	26	229	4,18	21,48
TOTALE REGIONE LIGURIA	1.601	179	1.780	1.310	41	1.351	73,42	299	38	337	18,32	24,04
TOTALE REGIONE LOMBARDIA	4.835	476	5.311	2.958	276	3.233	60,87	521	50	571	10,75	17,66
TOTALE REGIONE MARCHE	461	44	505	333	37	370	73,27	32	4	36	7,13	9,73
TOTALE REGIONE MOLISE	100	1	101	62	1	63	62,48	3	0	3	2,97	5,66
TOTALE REGIONE PIEMONTE	3.521	267	3.788	3.078	236	3.316	87,54	216	33	249	6,55	7,48
TOTALE REGIONE PUGLIA	2.070	102	2.172	990	34	1.024	38,94	64	7	71	3,28	8,89
TOTALE REGIONE SARDEGNA	630	24	654	508	26	534	81,36	111	6	117	12,16	18,69
TOTALE REGIONE SICILIA	3.056	118	3.174	1.411	30	1.441	45,40	247	3	250	7,88	17,35
TOTALE REGIONE TOSCANA	1.609	194	1.803	982	118	1.099	60,90	54	17	71	3,94	6,57
TOTALE REGIONE TRENTO A. ADIGE	305	58	363	100	12	112	28,48	14	4	18	4,26	10,07
TOTALE REGIONE UMBRIA	321	40	361	322	10	332	64,27	10	0	10	2,77	4,31
TOTALE REGIONE VENETO	1.365	231	1.596	965	90	1.055	67,51	64	13	77	6,62	9,81
TOTALE REGIONE V. D'ADOSTA	73	13	86	65	10	75	87,21	4	0	4	4,65	6,33
TOTALE NAZIONALE	35.563	2.764	38.327	16.076	1.332	18.208	47,51	2.201	229	2.430	6,34	13,35

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

SCHEDE 4
RIEPILOGO

RIELEVAMENTO SEMESTRALE DELLA POPOLAZIONE DETENUTA E DEI TOSSICODIPENDENTI
MOVIMENTI DALLA LIBERTÀ CON RIFERIMENTO AL REATO DI CUI ALL'ART. 73 DEL T.U. 300/90

RIELEVAMENTO SEMESTRALE 1/1/91 - 30/6/91

RIEPILOGO NAZIONALE

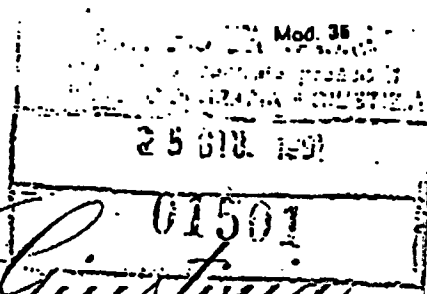
REGIONI	NUOVI GIUNTI DALLA LIBERTÀ		TOSSICODIPENDENTI		NON TOSSICODIPENDENTI	
	TUTTI	ART. 73	TUTTI	ART. 73	TUTTI	ART. 73
TOTALE REGIONE ABRUZZO	491	164	163	97	398	231
TOTALE REGIONE BASILICATA	266	76	67	43	199	167
TOTALE REGIONE CALABRIA	1037	211	230	114	706	701
TOTALE REGIONE CAMPANIA	6738	2656	1463	1946	447	2333
TOTALE REGIONE EMILIA ROMAGNA	2078	1122	1128	728	651	555
TOTALE REGIONE FRIULI V. GIULIA	603	165	137	61	366	262
TOTALE REGIONE LAZIO	6511	624	1163	367	4359	4101
TOTALE REGIONE LIGURIA	1840	1165	900	644	256	419
TOTALE REGIONE LOMBARDIA	6311	2814	2978	1832	940	521
TOTALE REGIONE LOMBARDA	6311	2814	2978	1832	940	521
TOTALE REGIONE MARCHE	606	216	216	100	200	176
TOTALE REGIONE MOLISE	101	21	33	21	66	66
TOTALE REGIONE PIEMONTE	3788	938	1478	511	2310	1885
TOTALE REGIONE PUGLIA	2772	555	885	221	1877	1643
TOTALE REGIONE SARDEGNA	654	348	516	226	439	316
TOTALE REGIONE SICILIA	3174	695	642	205	2632	2142
TOTALE REGIONE TOSCANA	1903	1029	908	640	965	808
TOTALE REGIONE TOSCANA	423	242	176	164	21	160
TOTALE REGIONE TRENTO	361	167	178	69	185	127
TOTALE REGIONE UMBRIA	1016	617	600	481	893	467
TOTALE REGIONE VENETO	88	34	26	20	66	46
TOTALE REGIONE VALLE D'AOSTA						
TOTALE NAZIONALE	38327	14435	13945	7297	24682	17644

PAGINA BIANCA

Decreto di approvazione dei programmi finalizzati alla prevenzione ed al contenimento dell' AIDS, al trattamento socio-sanitario, al recupero ed al successivo reinserimento dei td. detenuti (art. 135 del T.U.).

(N.B. Le date di approvazione e di registrazione del decreto allegato sono indicative delle difficoltà finanziarie manifestate dall'Amministrazione penitenziaria.)

PAGINA BIANCA



Il Ministro di Grazia e Giustizia

03.09.1 022807

di concerto con il Ministro della Sanità
e con il Ministro degli Affari Sociali;

VISTO l'art. 36 della legge 26 giugno
1990 n. 162 con la quale il Ministro di Grazia e
Giustizia di concerto con il Ministro della Sanità
e con il Ministro per gli Affari Sociali sono delegati
ad approvare uno o più programmi finalizzati alla
prevenzione ed alla cura dell'AIDS, al trattamento
socio-sanitario, al recupero ed al successivo reinscri-
mento dei tossicodipendenti detenuti sia in espia-
zione di pena che in attesa di giudizio;

VISTI i programmi predisposti per gli
scopi di cui sopra

D E C R E T A

sono approvati i seguenti programmi allegati al
presente decreto:

- 1) programma finalizzato alla cura e prevenzione
dell'AIDS per una spesa di L. 10.000 milioni;
- 2) programma finalizzato al trattamento socio-sanita-
rio al recupero e al reinserimento dei detenuti
tossicodipendenti per una spesa di L. 35.000
milioni;
- 3) programma finalizzato all'organizzazione di corsi
di addestramento e di riqualificazione del persona-
le dell'Amministrazione penitenziaria per una
spesa di lire 15.000 milioni e così complessivamen-



Al Ministro di Grazia e Giustizia

2

te per lire 60.000 milioni, che faranno carico al bilancio passivo per gli esercizi finanziari 1990/91/92 del Ministero di Grazia e Giustizia in ragione di 20 miliardi per ciascun anno, Cap. 2120.
Roma, - 8 GIU, 1991

IL MINISTRO DI GRAZIA E GIUSTIZIA

Antonio Di Pietro

IL MINISTRO DELLA SANITA'

Alfonso

IL MINISTRO DEGLI AFFARI SOCIALI

Rosa Terenzi Russo

MINISTERO DEI TESORO

RAGIONERIA CENTRALE PRESSO
IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA

Visto semplice

al n. 25

addi 31/4/91

IL DIRETTORE CAPO DI RAGIONERIA

G. G.

REG. ALLA CORTE DEI CONTI

13 NOV. 1991

59

Grazia e Giustizia
Fi. - BOTTARELLI

322

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

UFFICIO IV DIVISIONE II

SCHEDA NOTIZIE sulla struttura a custodia attenuata
della II C.C. di Firenze Sollicciano

Quando Nasce - L'esperienza sperimentale a custodia attenuata viene formalmente istituita con la firma del Protocollo d'Intesa tra l'Amministrazione Penitenziaria ed Enti Locali Toscani, il 15.6.1989.

In tale Protocollo è inserito il progetto relativo alla sperimentazione che delinea, in via generale, le caratteristiche che la struttura dovrà assumere. L'esperienza è stata avviata con un primo momento di formazione per il personale (ottobre - dicembre '89) ed ha iniziato a funzionare per l'utenza dal marzo 1990. Con l'entrata in vigore della Legge 162/90 e del T.U. 309/90 la Struttura si caratterizza come struttura di secondo livello, deputata a ricevere soggetti tossicodipendenti già detossicati fisicamente e, comunque intenzionati a svolgere un piano trattamentale psico-socio-riabilitativo più avanzato, nonchè a sperimentare una nuova forma di detenzione dove l'esigenza custodialistica e di sicurezza sia ridotta al minimo indispensabile a vantaggio di quella trattamentale.

Chi vi opera: Per far comprendere e condividere gli obiettivi di questa sperimentazione al personale

che doveva operare nella struttura a qualsiasi titolo (operatori penitenziari, operatori del territorio, volontari, ed in particolare il personale di custodia), è stato organizzato un corso di aggiornamento e riqualificazione. Tale corso si è svolto tra l'ottobre ed il dicembre 1989, prima che la struttura cominciasse ad ospitare l'utenza prevista, ed è stato realizzato grazie alla collaborazione tra la Scuola di Formazione del personale penitenziario e gli Enti Territoriali firmatari del Protocollo d'Intesa.

Tale esperienza si è rivelata positiva e costruttiva ed ha permesso di gettare le prime basi per l'integrazione del lavoro tra operatori appartenenti ad aree ed amministrazioni diverse. Si avverte, comunque, la necessità di riproporre questi momenti di confronto e di scambio di esperienze.

Oltre il personale di polizia penitenziaria, lo staff operativo è composto da: Direttore, Ragioniere, educatori, cappellano, Psicologo, Medico incaricato, medici di guardia, Assistente Sociale (C.S.S.A.), Operatori Amministrativi, Infermieri per la guardia infermieristica.

La U.S.L. 10/C, presente ed operante nella struttura in base ad una specifica convenzione, interviene con il proprio personale del servizio tossicodipendenze.

L'ambulatorio del SERT della USL 10/C che ha iniziato la propria attività nel maggio 1990 è aperto tutti i giorni feriali della settimana. Tra l'altro provvede al prelievo urinario per il controllo costante dell'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope (in un anno e mezzo si sono effettuati oltre 1.000 prelievi).

Ci si avvale poi della collaborazione del personale impegnato nelle varie attività trattamentali (scolastiche, formative, sportive, ricreative, culturali) sia istituzionale che appartenente al mondo dell'associazionismo e del volontariato.

All'occorrenza intervengono operatori dei servizi SERT dei territori di appartenenza dei detenuti, operatori di Comunità terapeutiche, di centri di accoglienza.

Caratteristiche dell'Utenza:

- 1) Età compresa tra i 18 e i 30 anni;
- 2) Residenza nell'ambito della Regione Toscana;
- 3) Basso indice di pericolosità sociale;
- 4) Presenza di problematiche connesse all'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope.

Modalità di accesso per l'Utenza: come struttura di secondo livello non accedono detenuti direttamente in fase di arresto, ma provengono su istanza da altro Istituto. Ciò attua il principio della volontarietà che fa presupporre nel soggetto l'intenzione e la motivazione a partecipare effettivamente e concretamente ad un programma trattamentale di recupero e di reinserimento. Le domande che pervengono all'Istituto, unitamente alla documentazione di corredo, vengono valutate dal gruppo degli operatori della struttura (cosiddetto filtro) al fine della loro accettazione o meno da parte della Direzione dell'Istituto.

Attività svolta dal Gruppo filtro e dal gruppo operativo.

Il gruppo cosiddetto filtro composto da tutte le figure professionali penitenziarie ed integrato dagli operatori Sert nonché dal Magistrato di Sorveglianza si riunisce con cadenza periodica (in media ogni 15 giorni) per la valutazione delle domande di accesso.

Il predetto gruppo si riunisce inoltre con cadenza settimanale, ed in tale fase viene denominato

gruppo operativo, per redigere i piani trattamentali individuali e per verificarli ed aggiornarli periodicamente. Svolge inoltre le funzioni istituzionali previste per il gruppo di osservazione e trattamento redigendo relazioni per il Tribunale di Sorveglianza.

Nella fase operativa il gruppo si è spesso avvalso della integrazione di altre figure (volontari, operatori del sociale, insegnanti) che hanno modo di conoscere ed esprimere valutazioni sui casi in esame.

In un anno e mezzo di attività il gruppo si è riunito complessivamente 94 volte ed ha esaminato in fase di filtro circa 180 istanze di ammissione dando 140 pareri favorevoli, 30 sfavorevoli e 10 rinvii per maggiori approfondimenti; mentre ha redatto in fase operativa programmi di trattamento relativi a circa 60 soggetti con conseguenti aggiornamenti, discussioni di verifica e relazioni su istanze presentate alla Magistratura di Sorveglianza.

Mezzi per attuare gli scopi:

- a) un personale penitenziario qualificato e disponibile a svolgere un lavoro essenzialmente pedagogico;

- b) presenza di personale esperto della U.S.L. che collabora e si impegna con quello penitenziario.
- c) presenza di un volontariato e delle istituzioni locali attraverso lo svolgimento di molteplici attività ed interventi che si traducono in risorse preziose anche rispetto a stimolare e suscitare interessi o scoprire capacità o attitudini mai riscontrate.
- d) organizzazione della vita interna, che consenta a tutti di occupare proficuamente il tempo di cui si dispone e che consenta altresì una crescita individuale e di gruppo. Lavoro psicologico che tende a favorire e sviluppare la nascita del desisero del recupero.
Giornate distribuite in due parti: lavoro e attività di vario tipo culturali, professionali, sportive, ricreative, dibattiti, occasioni di incontro;
- e) coinvolgimento e integrazione delle forze e delle risorse sociali del territorio in modo che già dalla fase della carcerazione si possa costruire una rete di supporti, di riferimenti e di conoscenza del caso che saranno poi utili strumenti per il reinserimento all'atto della dimissione dal carcere.

- f) coinvolgimento dei familiari.
- g) integrazione ed omogeneità degli interventi, anche se posti in essere da diverse professionalità per garantire messaggi e risposte confluenti.

Risultati, è azzardato parlarne perchè

- a) il tempo di funzionamento è ancora relativo;
- b) molti giovani hanno beneficiato di provvedimenti di vario tipo (amnistie, indulto, arresti domiciliari) e non hanno avuto modo di effettuare un reale percorso di crescita e maturazione.

Si può comunque affermare, anche in base ai riscontri dei servizi territoriali che una discreta percentuale (circa il 15% dei soggetti di cui si hanno notizie esterne) sta continuando a seguire programmi riabilitativi presso comunità terapeutiche o servizi territoriali della USL o hanno intrapreso magari con qualche incertezza iniziale, una vita più regolare.

Di sicuro alcuni dati oggettivi, riferibili alla struttura quali ad esempio la quasi totale assenza di gesti autolesionistici, la cura degli oggetti e degli ambienti (pochissimi e quasi sempre accidentali sono

stati i danneggiamenti ai beni dell'Amministrazione); la partecipazione al buon andamento della vita interna, fanno ben sperare per il futuro.

Il primo bilancio fatto dagli operatori è soddisfacente certo si potrà e si dovrà sicuramente migliorare e gli sforzi di tutti sono protesi verso questo obiettivo. Per il momento ci conforta l'aver notato che la detenzione all'interno dell'Istituto a custodia attenuata è stato per la maggior parte dei soggetti entrati (oltre 150) se non altro un'occasione di riflessione (se non di revisione) del proprio vissuto e non un'ulteriore destabilizzazione della propria condizione esistenziale.

RELAZIONE SUL FENOMENO DROGA RIGUARDANTE I SERVIZI PER LA
GIUSTIZIA MINORILE - ANNO 1991.

Dalle informazioni e dai dati raccolti nei servizi minorili emerge il seguente quadro:

ISTITUTI PENALI MINORILI

- La presenza di assuntori di droga nel primo semestre, a livello nazionale, è del 20,56% sul totale degli entrati con frequenze maggiori a Milano, Roma e nel napoletano. Nel resto dell'Italia meridionale il fenomeno è scarsamente rilevante.
- Prevalgono nettamente i minori italiani (170 su 29 stranieri) ed i maschi sulle femmine (180 su 19).
- Nel guardare il tipo di sostanza utilizzata risultano maggiormente assunte gli oppiacei.
- La modalità di rilevazione del fenomeno più espressa è quella della dichiarazione volontaria da parte del minore.

- L'intervento attuato all'interno della struttura è in egual misura di tipo farmacologico che psicologico e nei 42,79% degli interventi si è avviata una collaborazione con strutture esterne prevalentemente Servizi ambulatoriali UU.SS.LL.

CENTRI DI PRIMA ACCOGLIENZA

- La presenza di assuntori di droga nel primo semestre, a livello nazionale, è del 14,98% sul totale degli entrati. Le frequenze risultano maggiori a Roma, Bologna, Torino, Milano e nel napoletano. Anche per questo tipo di servizio nel sud, particolarmente in Sicilia e Calabria, il fenomeno non presenta incidenze elevate.

- Prevalenza dei minori italiani (239 su 44 stranieri) e prevalenza dei maschi sulle femmine (271 su 16).

- Il tipo di sostanza maggiormente utilizzata risulta essere la cannabis.

- La modalità di rilevazione del fenomeno maggiormente utilizzata è la dichiarazione volontaria.

- Di netta prevalenza è l'intervento farmacologico.

- Quasi nulla la collaborazione con l'Ente Locale (15% sul totale degli interventi attuati).

UFFICI DI SERVIZIO SOCIALE

- I soggetti assuntori trattati nel primo semestre dai Servizi Sociali Minorili costituiscono il 6,04% sul totale dei minori seguiti dal servizio. Là dove le frequenze risultano maggiori sono a Cagliari, Roma, Firenze.

- Prevalenza dei minori italiani rispetto agli stranieri (636 su 7) e di nuovo prevalenza dei maschi sulle femmine (583 su 60).

- Le sostanze maggiormente utilizzate risultano essere la cannabis e gli oppiacei.

- Accanto alla modalità di rilevazione della dichiarazione volontaria, compaiono anche la segnalazione dei centri esterni e della famiglia con frequenza maggiore rispetto agli altri servizi.

- Tra gli interventi direttamente utilizzati dal servizio è prioritariamente presente quello di tipo psicologico. Nel

65,11% degli interventi compare anche una collaborazione con l'Ente Locale, prevalentemente Servizi ambulatoriali U.U.S.S.LL. e Comunità terapeutiche residenziali.

COMUNITA'

- In merito a questo servizio va detto che i dati non sono significativi in quanto molto parziali. E' possibile comunque dire che compare nel primo semestre un 20,95% di assuntori rispetto agli entrati nella suddetta struttura.

- La presenza di minori italiani rispetto agli stranieri è prevalente (56 su 6) così come sono prevalenti i maschi sulle femmine (59 su 3).

- Le sostanze maggiormente utilizzate risultano anche qui essere gli oppiacei nonché due o più tipi di sostanze non meglio definite.

- Le modalità di rilevazione più frequenti sono la dichiarazione volontaria e la segnalazione di centri esterni.

- L'intervento è di tipo psicologico con forte collaborazione con l'Ente Locale. Ciò risulta evidente dato il tipo di collocazione di questo servizio.

Sono attivate sul territorio specificamente per i tossicodipendenti n.10 convenzioni per 46 posti (oltre all'utilizzo all'occorrenza di altri posti extra-convenzione)

Dai dati sopra esposti emerge come il quadro del fenomeno droga, così come si presenta nel contesto dei servizi minorili, sia quanto mai complesso e differenziato.

Rimangono stabili alcuni indicatori come quelli di:

- una maggiore incidenza, tra gli assuntori di droga, di maschi italiani;
- una rilevazione scarsamente significativa del fenomeno tra gli stranieri che appaiono maggiormente implicati sul fronte del commercio più che dell'uso di droga;
- una rilevante presenza negli Istituti Penali Minorili, rispetto agli altri tipi di servizi, di minorenni che presentano un quadro clinico nettamente tossicomane.

Ipotizzando infatti di raggruppare gli assuntori di droga presenti nei servizi minorili in un continuum con due estremi, da un lato consumatori occasionali prevalentemente di cannabis, dall'altro persone che hanno investito intorno

all'uso di droga la maggior parte dei loro interessi di vita e che possono essere definiti propriamente tossicodipendenti, si riscontra negli Istituti Penali Minorili una maggiore percentuale di questi ultimi.

Questo dato è in sintonia con il quadro emerso in particolare dopo l'applicazione del D.P.R. 448/88 e successive integrazioni (D.L.vo n.12 del 14.1.1991), che hanno portato a modificazioni rilevanti nella qualità dell'utenza presente in questo tipo di servizio, in termini di una maggiore gravità delle situazioni presenti, sia da un punto di vista giuridico che personale, familiare e sociale. E' comunque molto evidente la variabilità del dato, sia relativamente allo stesso territorio tra un tipo di servizio e l'altro (esempio Centro di Prima Accoglienza, Istituto Penale Minorile), sia in diverse aree geografiche per uguale tipologia di servizio. Per fare un esempio: si può notare nei dati relativi agli Istituti Penali, come in Sicilia e Calabria non venga segnalato un numero significativo di assuntori di droga ma, nelle stesse regioni, considerando i dati relativi alle comunità, il quadro cambia presentando incidenza più elevata.

Questo andamento dei dati può essere messo in relazione con

molteplici elementi. Ne sottolineiamo alcuni:

- le caratteristiche del fenomeno assunzione di droga, basate su infinite forme e significati che può assumere la "qualità del rapporto tra un individuo ed una sostanza";

- il contesto dove i dati sono raccolti. Ad esempio appare evidente come la situazione di un I.P.M. sia differente da quella del C.P.A., con tempi di permanenza differenti, con un diverso rapporto del minore con le risposte che riceverà o ha già ricevuto da parte del sistema giustizia, con diverse aspettative da parte degli operatori, con un diverso quadro di regolamentazione normativa, ecc.

E' allora necessario interrogarsi, rispetto a questo, sul tipo di percezione che hanno operatori, ragazzi, magistratura, dell'essere definito o definirsi assuntore di droga in un contesto giudiziario, e come essa può cambiare a seconda del momento giudiziario che si sta attraversando. Conviene dichiararlo, o no? Che tipo di conseguenze comporta? A che cosa porterebbe? (si può ipotizzare: un ragazzo in C.P.A. può non dichiarare spontaneamente la propria dipendenza per paura di aggravare la sua posizione giuridica. Diverso sarebbe invece in un I.P.M., dove il dichiararsi dipendente può apportargli dei benefici, avendo già ricevuto una condanna).

= i criteri di rilevazione dei dati, che su tutto il territorio nazionale presentano una variabilità molto elevata. Lascia perplessità nel napoletano - rispetto invece alle notizie che si hanno del fenomeno droga - quanto sommerso sia il numero dei minori che hanno avuto problemi di droga, se rapportati a quelli che entrano in contatto con la giustizia. Per diminuire tale variabilità il lavoro che questo Ufficio sta cercando di fare è quello di costruire un nuovo sistema di rilevazione e monitoraggio che tenga conto delle metodologie e dei punti di osservazione utilizzati, con lo scopo di arrivare, per quanto possibile, a formulazioni omogenee e/o confrontabili del problema e dei criteri per rilevarlo. Questo nella consapevolezza di dover distinguere tra epidemiologia del fenomeno droga ed epidemiologia dei vari servizi dove il fenomeno si presenta, senza creare confusioni tra i due livelli. Si può dire infatti che non entriamo in contatto, attraverso i dati, con il fenomeno in generale, ma con i singoli e parziali aspetti di esso letti da un particolare punto di osservazione.

Se trasferissimo i dati di un servizio al fenomeno senza essere consapevoli di ciò, staremmo facendo un lavoro errato. Questo, però, non vuol dire che non possiamo da questi dati

fare ipotesi sul fenomeno in generale, ma dobbiamo sapere che di ciò si tratta.

Considerati i dati a nostra disposizione, l'informazione più chiara che ci sembra di poter rilevare, in sintonia con quanto da più parti espresso, ormai da anni, relativamente al fenomeno droga, è quella che sottolinea ancora una volta "LA NECESSITA' DI FARE DELLE DIFFERENZE".

Questo aspetto ci sembra estremamente importante nelle implicazioni operative che ha per i Servizi minorili, che devono quotidianamente confrontarsi con l'attività di formulazione e rilevazione di problemi e ricerca di risposte ad essi.

Non è pertanto possibile ragionare solo in termini di quali risposte diamo agli assuntori di droga, ma è più utile orientarsi a riflettere sulla messa a punto di metodologie di programmazione di interventi che contengano al loro interno la possibilità di progettare sulle e per le differenze e che permettano, poi, di arrivare a risposte differenziate per ogni tipo di situazione.

Si sottolinea come questa enunciazione ponga problemi enormi

agli operatori della giustizia in rapporto al comportamento di assunzione di droga; alle volte, infatti, la necessità di programmare interventi individualizzati che contengano quindi un rispetto dei tempi personali del singolo minorenne, si pone in contrasto con lo scorrere dei tempi del sistema giustizia. (Ad esempio, come affrontare il problema della "ricaduta" del tossicomane, come il problema del ripresentarsi del "sintomo" assunzione di droga, che spesso è invece l'aspetto meno significativo all'interno dell'avvio di un processo di cambiamento, mentre forse è il primo ad essere considerato come un punto di vista giuridico?).

In questi ambiti rischiamo di cadere in programmazioni generalizzate che usino i "progetti terapeutici" a pioggia così come in passato alle volte è stato usato il metadone; o il rischio di fronte alle difficoltà e agli andamenti contraddittori (uscite da problema, ricadute, uscite, ricadute...) di un progetto di cambiamento del tossicodipendente, di definirlo fallimentare, con ricorsi alla categoria esplicativa della "mancanza di volontà", o di richiamo "alla forza di volontà" che mai si coniuga con un discorso di tipo clinico e terapeutico.

Nel considerare tutto questo si segna la linea di sviluppo

operativo in rapporto al fenomeno droga, sulla quale si sta muovendo l'Ufficio per la Giustizia Minorile.

- formazione del personale

All'interno dei servizi della giustizia minorile si stanno avviando iniziative di formazione e sensibilizzazione degli operatori che coinvolgono anche operatori del territorio, nella convinzione che sia necessaria una continua riflessione sull'evoluzione del fenomeno droga che in particolare, negli ultimi anni, appare più veloce dell'organizzazione delle risposte ad esso.

I servizi allo stato attuale forniscono ai minori interessati, nel corso della detenzione, prestazioni diverse così identificabili:

- intervento medico di tipo diagnostico-farmacologico nelle leggere crisi di astinenza;
- intervento medico sulle intossicazioni legate alla tossicodipendenza (è in atto un potenziamento delle strutture relative a questo aspetto);
- intervento socio-psico-pedagogico di sostegno, di chiarificazione e di individuazione di problematiche legate alla tossicodipendenza.

Gli operatori minorili, così come mostrano i dati, hanno rapporti continui con le strutture che nel territorio si occupano di tossicodipendenza ed attualmente è in atto un capillare progetto di convenzionamento dell'Ufficio con molte di queste strutture per garantire una collaborazione più efficace.

La nuova legge individua spazi a questo riguardo, anche in termini di disponibilità economica.

A grandi linee l'impostazione delle risposte date nello intervento è la seguente.

1) Privilegiare un rapporto con il territorio, facendo riferimento ai servizi presenti, con l'attenzione ai confini tra i vari sistemi d'intervento per evitare il rischio di confusione e sovrapposizione, laddove la stessa persona può contemporaneamente essere in contatto con diversi operatori.

2) La consapevolezza che non è del sistema operativo penale minorile il compito di curare, riabilitare la tossicodipendenza, pur restando valido il principio (sancito anche dalla legge) che se un minore con problemi di droga

attraversa il sistema penale "conserva il pieno e totale diritto-bisogno di avere le risposte terapeutiche e riabilitative necessarie in rapporto alla sua condizione, sia come garanzia di continuità rispetto alle risposte già avute sia come garanzia di attuazione o riattivazione di risposte necessarie".

3) Questa posizione tende ad evitare il rischio di confondere il sistema di risposte alla condizione di tossicodipendente con quello di risposte al reato imputato, cosa che favorirebbe la potenziale funzionalità criminogena della tossicodipendenza, e rischierebbe di far fallire le risposte date da entrambe le prospettive di intervento.

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

1991 SOGGETTI ENTRATI IN COMUNITA'.

DISTRIBUZIONE DEI SOGGETTI ASSUNTORI DI DROGA NELLE COMUNITA' RAGGRUPPATI PER DIREZIONI INTERREGIONALI I semestre 1991

DIREZIONI INTERREGIONALI	ITALIANI			STRANIERI			TOTALE														
	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF												
MILANO	19	8	7	1	26	9	34,62	4	1	0	0	4	1	25,00	23	9	7	1	30	10	33,33
VENEZIA	11	6	4	0	15	6	40,00	6	0	11	0	17	0	0,00	17	6	15	0	32	6	18,75
FIRENZE	14	10	1	1	15	11	73,33	9	3	1	1	10	4	40,00	23	13	2	2	25	15	60,00
ROMA	20	5	6	0	26	5	19,23	6	1	0	0	6	1	16,67	26	6	1	6	32	6	18,75
NAPOLI	84	0	0	0	84	0	0	3	0	0	0	3	0	0	87	0	0	0	87	0	0
BARI	38	3	1	0	39	3	7,69	4	0	0	0	4	0	0,00	42	3	1	0	43	3	6,98
PALERMO	42	22	3	0	45	22	48,89	1	0	1	0	2	0	0,00	43	22	4	0	47	22	46,81
TOTALE	228	54	22	2	250	56	22,40	33	5	13	1	46	6	13,04	261	59	35	3	296	62	20,95

M.B.: Le caselle vuote indicano che il dato corrispondente non è pervenuto.

Legenda: E=numero soggetti entrati in comunita'; A=numero assuntori; %=percentuale di assuntori sul numero di soggetti entra
 Dati: Ministero Grazia e Giustizia - Ufficio Giustizia Minorile.

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

1991 DATI U.S.S.M.

DISTRIBUZIONE DEI SOGGETTI ASSUNTORI DI BROGHE ENTRATI IN CONTATTO CON U.S.S.M. NEL I SEMESTRE 1991

	ITALIANI				STRANIERI				TOTALE												
	M	F	MF	TOTALE	M	F	MF	TOTALE	M	F	MF	TOTALE									
TORINO	252	30	29	4	281	34	12,10	85	2	98	0	183	2	1,09	337	32	127	4	464	36	7,76
MILANO	190	47	22	6	212	53	25,00	0	0	8	0	8	0	0,00	190	47	30	6	220	53	24,09
BRESCIA	202	34	28	3	230	37	16,09	60	1	33	0	93	1	1,08	262	35	61	3	323	38	11,76
GENOVA	735	20	77	2	812	22	2,71	214	0	198	0	412	0	0,00	949	20	275	2	1224	22	1,80
VENEZIA	262	40	21	3	283	43	15,19	70	0	130	0	202	0	0,00	332	40	151	3	485	43	8,87
TRENTO	81	2	11	1	92	3	3,26	1	1	5	0	6	1	16,67	82	3	16	1	98	4	4,08
TRIESTE	224	18	31	3	255	21	9,24	0	0	8	0	8	0	0,00	224	18	39	3	263	21	7,98
FIRENZE	297	43	27	5	324	48	14,81	40	0	26	0	66	0	0,00	337	43	53	5	390	48	12,31
BOLOGNA	130	10	11	3	141	13	9,22	28	0	13	0	41	0	0,00	158	10	24	3	182	13	7,14
ANCONA	166	18	22	6	188	24	12,77	11	0	10	0	21	0	0,00	177	18	32	6	209	24	11,48
PERUGIA	131	4	11	0	142	4	2,82	2	0	0	0	2	0	0,00	133	4	11	0	144	4	2,78
ROMA	618	93	50	9	668	102	15,27	32	3	20	0	52	3	5,77	650	96	70	9	720	105	14,58
L'ABRUZZO	210	7	22	3	232	10	4,31	3	1	0	1	3	0	0,00	213	7	22	3	235	10	4,26
CAGLIARI	183	60	6	3	189	63	33,33	8	0	0	0	8	0	0,00	191	60	6	3	197	63	31,98
NAPOLI	1124	42	4	0	1128	42	3,72	0	0	0	0	0	0	0,00	1124	42	4	0	1128	42	3,72
SALERNO	95	1	9	0	104	1	0,96	0	1	0	1	0	0	0,00	95	1	9	0	104	1	0,96
CAMPIDANIO	78	5	8	0	86	5	5,81	1	0	0	0	1	0	0,00	79	5	8	0	87	5	5,75
BARI	1667	32	27	1	1694	33	1,95	6	0	3	0	9	0	0,00	1673	32	30	1	1703	33	1,94
LECCE	799	33	49	2	848	35	4,13	19	1	3	1	22	0	0,00	810	33	52	2	870	35	4,02
POTENZA	91	6	9	4	100	10	10,00	7	0	0	0	7	0	0,00	98	6	9	4	107	10	9,35
SICILIA *	1126	31	45	2	1171	33	2,82	45	1	6	0	51	0	0,00	1171	31	51	2	1222	33	2,70
CATANZARO	240	0	19	0	259	0	0,00	1	0	0	0	1	0	0,00	241	0	19	0	260	0	0,00
REGGIO C.	8	0	0	0	8	0	0,00	0	0	0	0	0	0	0,00	8	0	0	0	8	0	0,00
Totale	8909	576	538	60	9447	636	6,73	633	7	561	0	1196	7	0,59	9542	583	1099	60	11043	643	6,04

* I dati degli U.S.S.M. della Sicilia sono accorpati su base regionale.

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

1991 SOGGETTI ENTRATI IN I.P.M.

DISTRIBUZIONE DEI SOGGETTI ASSUNTORI DI DROGA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI MINORILI
I semestre 1991

	ITALIANI				STRANIERI				TOTALE				
	M	F	E	Z	M	F	E	Z	M	F	E	Z	
MILANO	52	18	7	5	59	23	38	98	62	12	41	1	103
TORINO	23	10	6	3	29	13	44	83	30	4	15	0	45
TREVISO	18	8	0	0	18	8	44	44	27	2	0	0	27
FIRENZE	8	1	3	1	11	2	18	18	9	2	12	0	21
BOLOGNA	17	5	0	0	17	5	29	41	24	2	0	0	24
FESARCO	5	1	0	0	5	1	20	00	3	1	0	0	3
ROMA	38	15	11	8	49	23	46	94	33	4	38	1	71
L'ADIILLA	5	0	0	0	5	0	0	00	5	0	0	0	5
QUARTUCCIU	17	6	1	0	17	6	35	29	0	0	0	0	0
NISIDA	97	22	0	0	97	22	22	68	0	0	0	0	0
S.M.C.V.	42	14	0	0	42	14	33	33	5	0	0	0	5
AIROLA	56	28	0	0	56	28	50	00	1	0	0	0	1
BARI	43	9	0	0	43	9	20	93	5	0	0	0	5
LECCE	26	8	0	0	26	8	30	77	4	0	0	0	4
AVIGLIANO	5	1	0	0	5	1	20	00	0	0	0	0	0
CATANZARO	15	0	0	0	15	0	0	00	1	0	0	0	1
SICILIA	153	7	0	0	153	7	4	58	6	0	0	0	6
TOTALE	620	153	27	17	647	170	26	28	215	27	1106	2	321
									9,03	29	180	133	199
									835	19	968	199	20,56

I dati relativi agli I.P.M. della Sicilia sono accorpatisu base regionale.

LEGENDA: E=numero soggetti entrati; A=numero assuntori; Z=percentuale degli assuntori sul numero di soggetti entrati.

M.B.: Ai dati riportati in tabella vanno aggiunti 2 soggetti assuntori maschi italiani frequentanti il servizio diurno dell'I.P.M. G.Filangieri di Napoli; le caselle vuote indicano che il dato corrispondente non è pervenuto.

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

1991 SOGGETTI ENTRATI IN C.P.A.

DISTRIBUZIONE DEI SOGGETTI ASSUNTORI DI DRUGA a novembre '91

C.P.A.	ITALIANI				STRANIERI				TOTALE			
	M	P	E	%	M	P	E	%	M	P	E	%
MILANO	102	41	14	37,07	154	9	100	3,54	256	50	114	52
TORINO	27	8	2	31,03	33	6	15	12,50	60	14	17	15
GENOVA	12	5	0	41,67	28	0	0	0,00	40	5	0	5
TREVISO	26	6	2	25,00	40	1	86	0,79	66	7	88	8
TRENTO	7	0	0	0,00	0	1	2	50,00	7	1	2	11,11
TRIESTE	2	0	0	0,00	0	0	8	0,00	2	0	8	0,00
PIRENZE	21	7	4	28,00	59	8	56	6,96	80	15	60	15,10
BOLOGNA	36	15	4	42,50	27	5	18	11,11	63	20	22	22,25
ANCONA	7	4	1	50,00	7	1	7	7,14	14	5	8	22,73
ROMA	97	59	8	61,90	88	13	106	8,76	185	72	114	82
L'AQUILA	4	0	0	0,00	3	0	0	0,00	7	0	0	0,00
QUARTUCCIU	18	0	0	0,00	1	0	3	0,00	19	0	3	0,00
NAPOLI	310	60	2	19,23	7	0	11	0,00	317	60	13	60
SALERNO	9	3	0	33,33	0	0	0	-	9	3	0	33,33
AVIGLIANO	5	1	0	20,00	0	0	0	-	5	1	0	20,00
BARI	49	5	0	10,20	6	0	0	0,00	55	5	0	9,09
LECCE	53	8	0	15,09	9	0	0	0,00	62	8	0	12,90
CATANZARO	7	0	0	0,00	2	0	0	0,00	9	0	0	0,00
REGGIO C.	2	0	0	0,00	0	0	0	-	2	0	0	0,00
SICILIA*	185	5	0	2,70	24	0	0	0,00	209	5	0	2,39
TOTALE	979	227	37	23,52	488	44	412	5,33	1467	271	449	287

* I dati relativi al quattro C.P.A. della Sicilia sono accorpati su base regionale.
 LEGGENDA: E=numero dei soggetti entrati; A=numero assuntori; %=percentuale degli assuntori sul numero dei soggetti entrati.
 N.B.: Le caselle vuote indicano che il dato corrispondente non è pervenuto.

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REP.I/STUDI-ISTITUTI PENALI MINORILI: ASSUNTORI DI DROGA - II SEM.91
DATI PARZIALI (8 SERVIZI SU 17)

Tipo di sostanza	--- ITALIANI ---		--- STRANIERI ---		--- TOTALE ---	
	MF	F	MF	F	MF	F
cocaina	4	1	0	0	4	1
oppiacee	49	6	4	0	53	6
cannabis	10	0	0	0	10	0
ansiolitici	1	0	1	0	2	0
due o più sostanze	7	0	0	0	7	0
altre	0	0	0	0	0	0
T O T A L E	71	7	5	0	76	7

***Le attività di prevenzione ed
informazione a livello scolastico***

(A cura del Ministero della pubblica istruzione)

PAGINA BIANCA



Ministero della Pubblica Istruzione

UFFICIO STUDI BILANCIO E PROGRAMMAZIONE

LE LINEE GUIDA DEL MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE IN MATERIA DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE E DI PREVENZIONE DALLE TOSSICODIPENDENZE

Il problema "educazione alla salute" intesa come processo educativo impegnato nella formazione di persone, coscienti dei rischi, libere dai condizionamenti, capaci di scelte fondate sui valori riscoperti e responsabilmente assunti, è stato ed è tuttora un impegno prioritario del Ministero della P.I..

Dalla fine degli anni 70 tutta una serie di ricerche e di documenti hanno permesso di elaborare una pedagogia dell'educazione alla salute continuamente adattata all'evolversi e all'aggravarsi delle situazioni nell'ambito della salute umana. E' pertanto naturale che, di fronte alle indicazioni della legge 162, non si ripartisse da zero, ma si rivedesse criticamente il percorso indicato, per far emergere con maggiore chiarezza e determinazione in quali momenti e attraverso quali contenuti rinforzare le difese contro i nuovi pericoli, le nuove emergenze che, come sempre, costituiscono una minaccia per i più fragili e i più indifesi e, pertanto, per i ragazzi e i giovani delle nostre scuole.

Le iniziative intraprese dal Ministero della P.I. si fondano sul principio che ogni intervento educativo e didattico ha valore preventivo se mira a potenziare le risorse dell'individuo in modo da renderlo capace di affrontare con-



Ministero della Pubblica Istruzione

UFFICIO STUDI BILANCIO E PROGRAMMAZIONE

cretamente e validamente i problemi della scuola e della vita.

Da queste premesse scaturiscono le idee-guida dell'intero piano di attività che il Ministero P.I. ha attuato nel 1991:

Valori di riferimento/criteri guida

Ordinarietà della vita scolastica: incidenza sulla qualità del "tempo scuola" nelle sue soluzioni più praticate (tempo normale; tempo prolungato, tempo pieno; tempo lungo...)

Interdipendenza salute solidarietà

Protagonismo dei ragazzi: promozione di responsabilità, di capacità decisionali e del lavoro in gruppo su progetti mirati organizzati dalla scuola sul territorio con la partecipazione di docenti, genitori e EE.LL.
Educazione alla partecipazione/ad assumere responsabilità nella vita scolastica e nell'extrascuola (forme sperimentali di assemblee studentesche nella scuola media.)

Collegialità: rilancio della partecipazione dei genitori nel lavoro di progettazione educativa e di gestione delle attività scolastiche.



Ministero della Pubblica Istruzione

UFFICIO STUDI BILANCIO E PROGRAMMAZIONE

Contestualità: la scuola diventa soggetto attivo nella politica formativa in dimensione distrettuale, favorendo contatti sul territorio, nonché ambientali e affrontando il problema del raccordo tra ordini e gradi di scuola.

Flessibilità: le attività sono state realizzate secondo formule organizzative e con soluzioni operative il più possibile mirate alla situazione specifica.

Valutazione: le attività realizzate sono soggette a valutazione sia interna che esterna.

Quadro delle attività

Le attività che nel 1991 sono state realizzate possono essere ricondotte a 4 ambiti specifici:

LA FORMAZIONE DEI DOCENTI

LE ATTIVITÀ EDUCATIVE E DIDATTICHE NELLE SINGOLE SCUOLE

RETE DI RICERCA COORDINAMENTO E VERIFICA

INTENSIFICAZIONE RAPPORTI ALTRI MINISTERI E ASSOCIAZIONI

LA FORMAZIONE

È questo il settore in cui il Ministero P.I. si è prioritariamente impegnato, sia per completare la formazione iniziata negli anni precedenti, sia per la formazione di nuo-



Ministero della Pubblica Istruzione

UFFICIO STUDI BILANCIO E PROGRAMMAZIONE

vi operatori che fungano da docenti referenti di istituti per le attività di educazione alla salute e di prevenzione delle tossicodipendenze.

L'azione ha interessato circa 5000 docenti che coprono tutte le scuole secondarie di II grado e prevede un ampliamento di 2000 docenti, tale da soddisfare le domande di più referenti in scuole ad alta popolazione o ubicate in contesti particolarmente a rischio.

Una analoga operazione sarà attuata nel 1992 per la scuola elementare e media, dato il rilievo strategico che le prime fasi della vita presentano per l'assunzione di atteggiamenti e di comportamenti corretti e positivi.

L'azione formativa interesserà circa 11.500 docenti.

Per i genitori della scuola dell'obbligo e del biennio di scuola secondaria superiore sono previsti nel 1992 corsi di formazione da tenersi presso le istituzioni scolastiche.

Allo scopo di garantire la "tenuta" dell'intera operazione il Ministero P.I. prevede la realizzazione di convegni di studio per i docenti utilizzati presso gli uffici provinciali del Servizio Educazione alla Salute. Sempre nel 1992. Tali convegni rappresentano un momento importante nell'iter formativo di questi docenti, specialmente in materia di progettazione e di valutazione delle esperienze.

LE ATTIVITA' NELLE SINGOLE SCUOLE

A) IL PROGETTO GIOVANI '93 (secondo anno)

Le scuole secondarie di II grado sono state impegna-



Ministero della Pubblica Istruzione

UFFICIO STUDI BILANCIO E PROGRAMMAZIONE

te nella continuazione del Progetto Giovani '93, che costituisce la risposta più organica e più sistematica delle scuole alle indicazioni contenute nella legge 162. L'esperienza ha confermato la validità della proposta, in quanto rispondente ai bisogni reali dei giovani. La formula prevista dal progetto ha permesso ai giovani di vivere esperienza di autentico protagonismo educativo, con una ricaduta positiva sul lavoro scolastico quotidiano. E' prevedibile un ampliamento delle adesioni da parte degli istituti secondari superiori.

B) I CENTRI DI INFORMAZIONE E DI CONSULENZA

Una particolare attenzione è stata rivolta ai centri di informazione e di consulenza previsti dalla legge 162, che hanno incontrato difficoltà nella fase di costituzione e di avviamento, dovute prevalentemente alla non completa realizzazione dei SERT. A questo riguardo il M.P.I. intende favorire per le scuole secondarie di II grado la possibilità di stipulare convenzioni con Enti e/o Istituti possibilmente universitari allo scopo di utilizzare competenze qualificate per l'azione di informazione e di consulenza ai giovani, realizzando preventive intese a livello nazionale con il Ministero della Sanità.

C) IL PROGETTO RAGAZZI 2000

L'esperienza positiva del P.G. '93 ha suggerito al M.P.I. di creare le condizioni operative per l'attuazione di



Ministero della Pubblica Istruzione

UFFICIO STUDI BILANCIO E PROGRAMMAZIONE

un Progetto Ragazzi 2000, rivolto agli studenti della scuola elementare e media. Il 1991 ha rappresentato un primo momento di informazione, di sensibilizzazione e di elaborazione di proposte relative alle concrete iniziative delle singole scuole da attuare nel 1992.

RETE DI RICERCA. COORDINAMENTO E VERIFICA

E' stata costituita una rete di ricerca di coordinamento e di verifica diffusa su tutto il territorio nazionale:

a livello centrale: Comitato Tecnico Scientifico

Gruppo lavoro - Ufficio studi e programmazione

a livello provinciale: Provveditorati agli Studi

Uffici per l'Educazione alla Salute

Comitati tecnici provinciali

a livello di istituti

di istruzione secondaria: insegnanti referenti.

COLLABORAZIONE CON ALTRI MINISTERI E ASSOCIAZIONI

Nel 1991 sono stati intensificati rapporti di collaborazione tra Ministero della Pubblica Istruzione e altri Ministeri ed Enti di ricerca che si occupano di prevenzione delle tossico-dipendenze e fra i Provveditorati e le istituzioni scolastiche con regioni, comuni, comunità di recupero, associazioni di volontariato.

La costituzione del Comitato tecnico scientifico a livello nazionale e dei comitati tecnici provinciali ha con-



Ministero della Pubblica Istruzione

UFFICIO STUDI BILANCIO E PROGRAMMAZIONE

sentito la cooptazione di esperienze e competenze di esperti di aree diverse da quella scolastica.

La collaborazione con il Ministero della Sanità nell'ambito della Commissione nazionale per la lotta all'A.I.D.S. ha consentito la predisposizione di materiale informativo diretto a docenti e studenti e corsi di formazione per docenti.

Le intese con il Ministero degli Affari Sociali, il Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica ed il C.N.R. hanno portato a formulare un progetto speciale per la ricerca sulle condotte devianti.

Presso le comunità terapeutiche sono stati utilizzati ex art. 14 della legge 270/82, con quasi totale accoglienza delle richieste presentate, 40 docenti.



Ministero della Pubblica Istruzione
UFFICIO STUDI BILANCIO E PROGRAMMAZIONE

Le attività di prevenzione ed informazione a livello scolastico

A seguito dell'accoglimento della richiesta di finanziamento del progetto presentato dal Ministero della Pubblica Istruzione, da parte del Comitato Nazionale di Coordinamento per l'azione antidroga, previsto dall'art.1 del T.U. approvato con D.P.R. n.309/90, la Presidenza del Consiglio dei Ministri ha messo a disposizione di questo Ministero, con imputazione ai residui dell'esercizio finanziario 1990 un fondo complessivo di 26 miliardi di lire.

Di tale fondo:

- lire 6 miliardi* sono stati destinati allo svolgimento dei corsi di formazione per 4000 docenti referenti che devono operare nelle scuole secondarie di II grado
- lire 20 miliardi* sono stati ripartiti tra le singole scuole secondarie di II grado per lo svolgimento delle iniziative di cui all'art.106 del citato T.U.

* I fondi sono stati resi disponibili per i Provveditori agli Studi nel mese di settembre 1991.

I Provveditori agli Studi, sulla base dei progetti pervenuti dalle singole istituzioni scolastiche, hanno erogato le somme secondo i criteri stabiliti dal Comitato Tecnico Provinciale.



Ministero della Pubblica Istruzione
UFFICIO STUDI, BILANCIO E PROGRAMMAZIONE

Corsi di formazione per docenti referenti

I corsi di formazione per i docenti referenti d'Istituto per la ripartizione finanziaria per provincia sono stati espletati nelle tre fasi previste dalla C.M.66/91 in tutte le province, salvo alcuni casi in cui la terza fase verrà attivata nei primi mesi del 1992.

Ogni istituto superiore ha nominato il docente referente per l'educazione alla salute; in alcune province (es. Cremona, Varese, Bergamo, Parma, Pescara, Ascoli Piceno, Pesaro-Urbino, Macerata) sono stati nominati due docenti e ciò in relazione al notevole numero di studenti e/o in presenza di sedi coordinate.

I corsi, organizzati secondo gli obiettivi formativi e le modalità previsti dalla C.M.66/91, hanno avuto un riscontro positivo ed un'alta valenza formativa, in particolar modo laddove si sono avvalsi di un qualificato apporto scientifico e tecnico.



Ministero della Pubblica Istruzione
UFFICIO STUDI BILANCIO E PROGRAMMAZIONE

ATTUAZIONE ART. 105 T.U. 309/90

Ripartizione provinciale del fondo di L.20.000.000.000=
per i finanziamenti di cui all'art.105, comma 8 T.U.309/90

- Progetto Giovani Considerato che le esperienze acquisite con l'avvio della realizzazione del Progetto Giovani sono identificabili e convergenti con gli obiettivi perseguiti dall'educazione alla salute e prevenzione tossicodipendenze, si è ritenuto di proseguire le attività già programmate per tale progetto.

Tale progetto, coerente con le indicazioni della legge e con l'elaborazione internazionale dell'educazione alla salute nella scuola, ha coinvolto nelle attività di programmazione, attuazione e verifica 1970 istituti di istruzione secondaria superiore per un totale di 516.589 studenti.

Le iniziative assunte sono sostanzialmente riconducibili alla seguente tipologia:

- indagini sulla condizione giovanile condotte per iniziativa dei provveditorati o di singole scuole, con taglio sociologico;
- indagini sulla condizione e sul ruolo dello studente, con attenzione agli aspetti psicologici, motivazionali, partecipativi, didattici e relativi ai metodi di studio;
- attività inerenti a: educazione alla salute, educazione euro-



Ministero della Pubblica Istruzione
UFFICIO STUDI BILANCIO E PROGRAMMAZIONE

- pea, educazione interculturale, educazione sessuale, orientamento e sbocchi professionali, prevenzione dalle tossicodipendenze e dall'AIDS, educazione all'ambiente;
- attività inerenti a: relazione educativa, progetto educativo d'istituto, organizzazione della didattica, valutazione, rapporto fra i contenuti disciplinari e il disagio giovanile, accoglienza dei ragazzi delle prime classi, rivitalizzazione delle assemblee d'istituto e di classe;
 - ricerche sul territorio e contatti con realtà territoriali, degrado ambientale e sociale, emarginazione e diversità, conservazione del patrimonio naturale e culturale, recupero archeologico, rapporti scuola-lavoro, gemellaggi tra scuole, scambi internazionali;
 - attività espressive e creative, giornali d'istituto e interscolastici, creazioni e rappresentazioni teatrali e musicali, concorsi di poesia e scrittura creativa, arti grafiche e visive, realizzazione di manifesti, produzione di filmati, partecipazione a trasmissioni televisive, organizzazione di attività sportive



Ministero della Pubblica Istruzione
UFFICIO STUDI BILANCIO E PROGRAMMAZIONE

- Centri di informazione e di consulenza (C.I.C.):

Le difficoltà incontrate dalle provincie che ne hanno progettato l'istituzione manifestano la complessità di un'innovazione che presenta diverse possibilità di lettura e sviluppo. C'è anzitutto un nucleo minimo di servizi che la legge si preoccupa di realizzare ed è relativo alle funzioni di informazione e ascolto, che presuppongono personale qualificato e colloqui individuali con gli studenti che ne facciano richiesta.

I centri tendono peraltro a qualificarsi anche come spazi di animazione, di confronto, di progettazione, allo scopo di migliorare la comunicazione interna, di motivare l'iniziativa e di accrescere la fiducia e la solidarietà nell'istituto.

I centri risultano costituiti nelle Provincie di:

- | | |
|------------------|--------------|
| 1) Alessandria | 18) Lecce |
| 2) Ancona | 19) Macerata |
| 3) Ascoli Piceno | 20) Mantova |
| 4) Asti | 21) Messina |
| 5) Bari | 22) Milano |
| 6) Bologna | 23) Padova |
| 7) Brescia | 24) Palermo |
| 8) Caltanissetta | 25) Pavia |
| 9) Campobasso | 26) Pesaro |
| 10) Como | 27) Ravenna |
| 11) Cremona | 28) Roma |
| 12) Foggia | 29) Sassari |
| 13) Forlì | 30) Siena |
| 14) Grosseto | 31) Sondrio |
| 15) Imperia | 32) Taranto |
| 16) Isernia | 33) Udine |
| 17) Latina | 34) Varese |

34 Provincie sul totale di 96 e cioè circa il 35,4%



Ministero della Pubblica Istruzione
UFFICIO STUDI BILANCIO E PROGRAMMAZIONE

Iniziative degli studenti

Data la diffusione a livello provinciale del P.G. 93 le iniziative proposte dagli studenti rientrano in massima parte nelle opportunità offerte alla scuola dal suddetto progetto.

Le caratteristiche dei progetti evidenziano che gli studenti:

- a) sono promotori attivi e destinatari nella progettazione ed attuazione delle iniziative stesse
- b) usano gli spazi scolastici anche nelle ore extracurricolari
- c) assumono in particolare problematiche relative al mondo della scuola, alle relazioni interpersonali e all'orientamento;

le attività:

- a) coinvolgono anche l'area curricolare e si inseriscono nella progettazione del Consiglio di classe
 - b) sono rispondenti agli interessi giovanili e al bisogno di aggregazione intorno a significative esperienze, in cui i giovani hanno l'opportunità di estrinsecare le proprie potenzialità.
- Le tematiche specifiche affrontate nei singoli progetti sono desumibili dalle sintesi regionali allegate.

Dalle situazioni analitiche delle attività svolte dai giovani, che si riproducono a titolo esemplificativo solo per alcuni provveditorati del Nord, del Centro e del Sud, si deducono il livello di partecipazione di istituti e di studenti nonché la ricchezza e la varietà delle iniziative.



Ministero della Pubblica Istruzione
UFFICIO STUDI BILANCIO E PROGRAMMAZIONE

Nonostante il numero rilevante di città che hanno avviato la costituzione dei C.I.C. si deve rilevare l'avvertita esigenza di un quadro di riferimento normativo, che offra precise indicazioni e uniformi l'organizzazione e la gestione dei C.I.C. su tutto il territorio nazionale.

L'attuale sforzo di adeguamento alla norma risulta di forme in diverse provinciesia in relazione alle avviate o mancate intese interistituzionali sia nella distribuzione talvolta a livello di singoli istituti, talvolta distrettuale, sia al numero di C.I.C. costituiti.

Per un'analisi dettagliata, si rimanda alle schede di rilevazione regionale.

*Le attività di prevenzione ed
informazione in ambito militare*

(Dati forniti dal Ministero della difesa)

PAGINA BIANCA

Le Forze Armate sono impegnate già da molti anni nell'attività di prevenzione delle tossicodipendenze che si connette strettamente con quella di prevenzione del disadattamento giovanile e più in generale del disturbo psichico, nella considerazione che il benessere psichico dei giovani alle armi costituisce anche una barriera all'uso di sostanze stupefacenti

Le strategie operative che orientano l'attività si possono così riassumere:

a. precoce identificazione di soggetti tossicofili o tossicodipendenti, attraverso opportuni accertamenti sanitari che comprendono anche un approfondito studio della struttura di personalità sia degli iscritti di leva che delle reclute.

L'indagine ha, tra gli altri, lo scopo di valutare la capacità di adattamento dei giovani alla vita militare;

b. azione informativa ed educativa sullo specifico problema droga, inserita nel più ampio contesto dell'educazione alla salute;

c. attività specialistica di supporto psicologico, attraverso i Consultori Psicologici ed i Servizi di Psicologia operanti presso gli Stabilimenti Sanitari Militari;

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

d. capillarizzazione dell'attività di supporto psicologico fino al livello di ogni Ente, Corpo o Reparto, attraverso i Centri di Coordinamento di Supporto Psicologico, i Dirigenti del Servizio Sanitario, gli Ufficiali Consiglieri;

e. preparazione specifica del personale operante presso le strutture adibite alla prevenzione delle tossicodipendenze, attraverso appositi corsi formativi;

f. rapporti di collaborazione con le analoghe strutture civili deputate al recupero dei tossicodipendenti;

g. attività di ricerca scientifica, rivolta principalmente allo studio dell'epidemiologia del disadattamento giovanile, del disagio psichico e della tossicodipendenza tra i militari di leva;

h. studio e valutazione dei dati statistici relativi al fenomeno della tossicodipendenza in ambito militare.

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

DATI STATISTICI RELATIVI AL FENOMENO TOSSICODIPENDENZA

a. Dalla rilevazione statistica effettuata da questa Direzione Generale, in base alle segnalazioni degli Stabilimenti Sanitari Militari relative a ricoveri connessi all'accertamento di una eventuale condizione di tossicodipendenza nel periodo 1° gennaio - 31 maggio 1991 e tramite una proiezione statistica a tutto il 31 dicembre 1991, si ricavano i seguenti dati circa gli assuntori di sostanze stupefacenti, distinti secondo lo stato giuridico ed i provvedimenti medico-legali:

Provvedimenti m.l.	Incorporati	Iscritti di leva	TOTALE
Invi in Osserv. ospedaliera	4247	302	5049
Idonei	533	6	539
Lic.conv.<90	1951	0	1951
Lic.conv.>90	1051	0	1051
Rivedibili	0	693	693
Riformati	712	103	815

b. I dati sulla tossicodipendenza, relativi all'anno 1991, comparati con quelli del 1990, evidenziano un significativo incremento del fenomeno. Ciò si deduce dal raffronto dei seguenti indici:

	<u>1990</u>	<u>1991</u>	<u>Differenza</u>
invii in osservaz. ospedaliera	4186	5049	(+863)
idonei	341	539	(+198)

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

lic.conv.<90	2095	1951	(-144)
lic.conv.>90	616	1051	(+435)
rivedibili	227	693	(+466)
riformati	907	915	(-92)

c. La valutazione dei dati su esposti evidenzia un incremento complessivo dei provvedimenti medico-legali di non idoneità al servizio militare per problemi correlati alla tossicodipendenza di 665 unità, per l'anno 1991.

Occorre poi in particolare valorizzare l'incremento, registratosi nel 1991, degli invii in osservazione ospedaliera (+863), quello dei provvedimenti di lic. di convalescenza >90 gg. (+435) e quello dei provvedimenti di rivedibilità (+466).

Ciò in quanto, nel valutare il fenomeno tossicodipendenza nella sua completezza, è attualmente necessario considerare non solo il numero delle riforme ma anche quello dei provvedimenti di rivedibilità e di licenza di convalescenza >90 gg. Difatti:

1) L'art.109, comma1, del T.U. delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti (D.P.R. 9.X. 90, n.309) prevede che gli iscritti di leva e gli arruolati di leva, cui sia riscontrato dagli ospedali militari uno stato di tossicodipendenza o di abuso di sostanze stupefacenti o psicotrope, possano essere giudicati rivedibili per un massimo di tre anni;

2) L'art.109, comma 5, dello stesso T.U. prevede che i militari di leva, che siano riconosciuti tossicodipendenti dagli ospedali militari, vengano posti in licenza di convalescenza fino al termine del congedamento della classe di appartenenza e il

periodo di licenza sia computato ai fini dell'assolvimento degli obblighi di leva.

I provvedimenti di riforma, pertanto, sono attualmente motivati dall'esistenza di altre patologie organiche o d'interesse psichiatrico associate alla tossicodipendenza; quelli di rivedibilità o di licenza di convalescenza a situazioni in cui la tossicodipendenza costituisca l'unico motivo di temporanea non idoneità. Infatti la nuova legge in materia di tossicodipendenza non prevede la permanente non idoneità per la sola condizione di tossicodipendenza.

E' inevitabile, quindi, attendersi, anche per il futuro, una riduzione dei provvedimenti di riforma ed un incremento di quelli di rivedibilità e di licenza di convalescenza di durata >90 gg.

d. Il significativo incremento dei provvedimenti medico-legali di non idoneità al servizio militare per problemi di tossicodipendenza o ad essa correlati, va valutato ed interpretato tenendo presenti due ordini di considerazioni:

1) il livello minimo raggiunto dal fenomeno nel quadriennio 1986-1989, con un numero medio annuo di riforme intorno alle 750 unità, ben lontano dai circa 2000 soggetti annualmente riformati nel triennio 1981-1983, cioè nel periodo di massima espressione della tossicodipendenza in ambito militare. Già nel 1990, con 907 riforme, si era inoltre evidenziato un lieve incremento del fenomeno;

2) l'andamento della tossicodipendenza in ambito nazionale. I dati del Ministero dell'Interno - Osservatorio permanente sul

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

fenomeno droga - relativi all'anno 1990, segnalano un costante incremento della tossicodipendenza attraverso vari indici:

- aumento globale di circa il 30 % degli utenti ufficiali dei servizi pubblici e privati per tossicodipendenti, passati dai 40.000 del 1989 ai 52.000 in media del 1990;

- incremento del 18,29% dei decessi per assunzione di stupefacenti, passati dai 973 del 1989 ai 1151 del 1990 (dato non definitivo fornito dal Servizio Centrale Antidroga del Dipartimento della Pubblica Sicurezza);

- aumento dei sequestri di sostanze stupefacenti e del numero di persone denunciate per reati connessi alla droga, ovvero di altri importanti indicatori dell'andamento della tossicodipendenza in ambito nazionale.

e. Per quanto concerne le sostanze stupefacenti che, secondo quanto dichiarato dagli interessati, sono state utilizzate per la prima assunzione di droga, queste risultano così ripartite:

- 89,4% marijuana e hashish
- 7,6% eroina
- 0,9% cocaina

Le sostanze abitualmente assunte, in tempi successivi, risultano così ripartite:

- 74,7% marijuana e hashish
- 20,5% eroina
- 2,4% cocaina

Si conferma, quindi, che sostanze come marijuana e hashish - utilizzate per la prima assunzione di droga - vengono

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

progressivamente sostituite dall'uso di eroina e cocaina.

Per quanto attiene i dati inerenti l'epidemiologia delle patologie correlate alla tossicodipendenza, per l'epatite B le segnalazioni fino ad ora pervenute a questa D.G. si riferiscono alle notifiche effettuate nel periodo gennaio-luglio del corrente anno, che ammontano ad un totale di 12 casi. Dal momento che nel medesimo periodo del 1990 sono stati notificati a questa Direzione Generale 15 casi di epatite B nel personale militare delle tre Forze Armate, è possibile affermare che anche nel 1991 l'incidenza di questa malattia è caratterizzata da un andamento decrescente, già in atto, del resto, da diversi anni.

Analogamente a quanto rappresentato a proposito dell'epatite B, la casistica delle infezioni da virus dell'immunodeficienza acquisita (HIV) diagnosticate nel personale militare nel corso del corrente anno è caratterizzata da un ulteriore progressivo calo delle segnalazioni, confermando la tendenza già in atto successivamente al 1987.

A fronte dei 29 casi del 1990, nel corrente anno (gennaio-ottobre) sono stati infatti segnalati solamente 7 casi di infezione da HIV. Di essi, uno è stato diagnosticato in un iscritto di leva e gli altri 6 in militari alle armi. Lo spettro clinico delle infezioni è il seguente: un caso è classificabile come AIDS conclamato, uno come sindrome linfadenopatica (LAS) ed i rimanenti 5 sono sieropositivi asintomatici. Per quanto attiene le modalità di contagio, 5 casi sono riferibili all'uso di droghe per via e.v. ed i rimanenti due casi sono invece attribuibili a contagio eterosessuale.

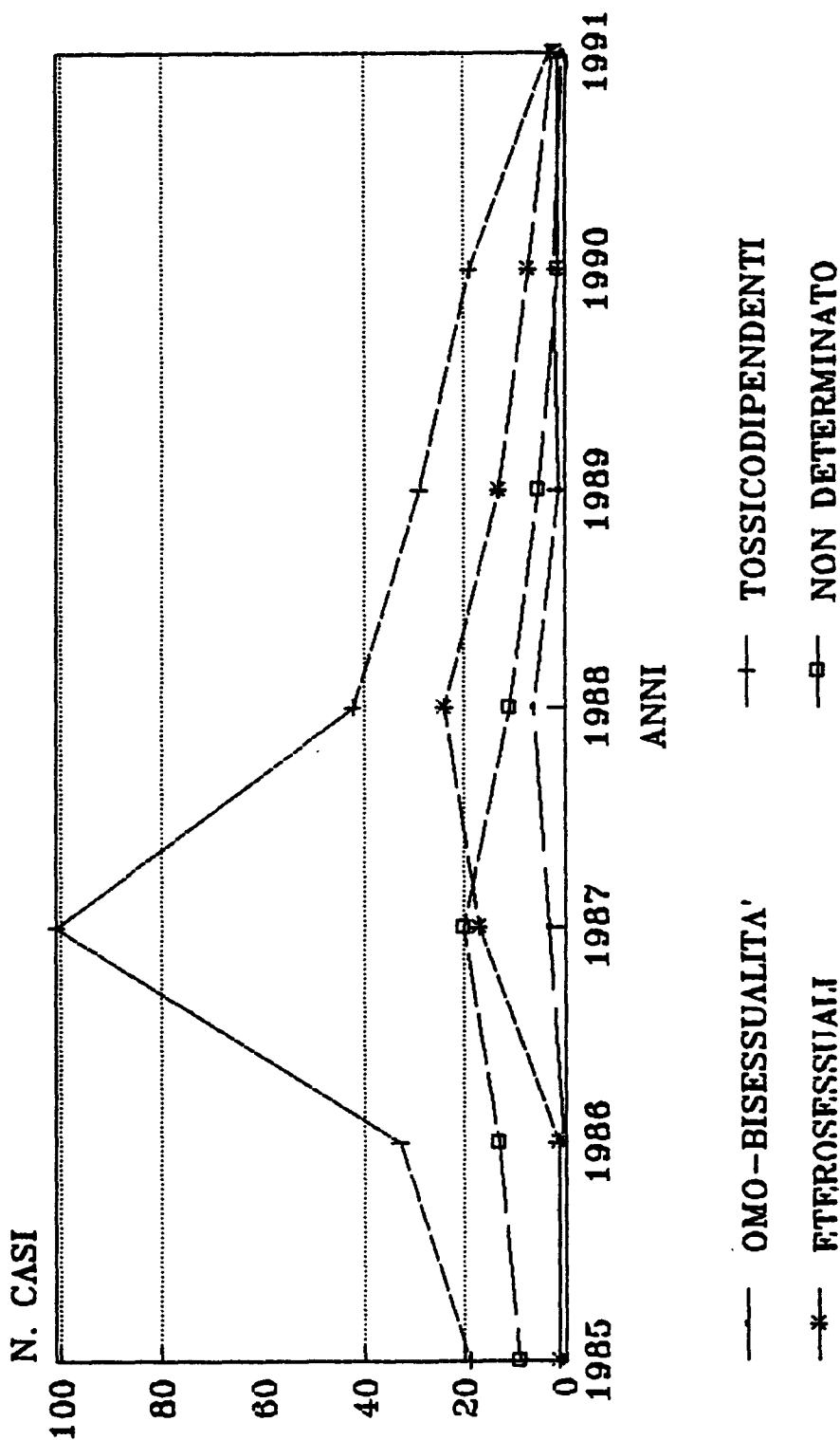
X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pur non essendo ancora possibile fornire per il corrente anno un quadro definitivo della situazione epidemiologica, è d'altra parte evidente il vistoso calo nelle Forze Armate della casistica delle infezioni da HIV, che interessa comunque prevalentemente e stabilmente i tossicodipendenti.

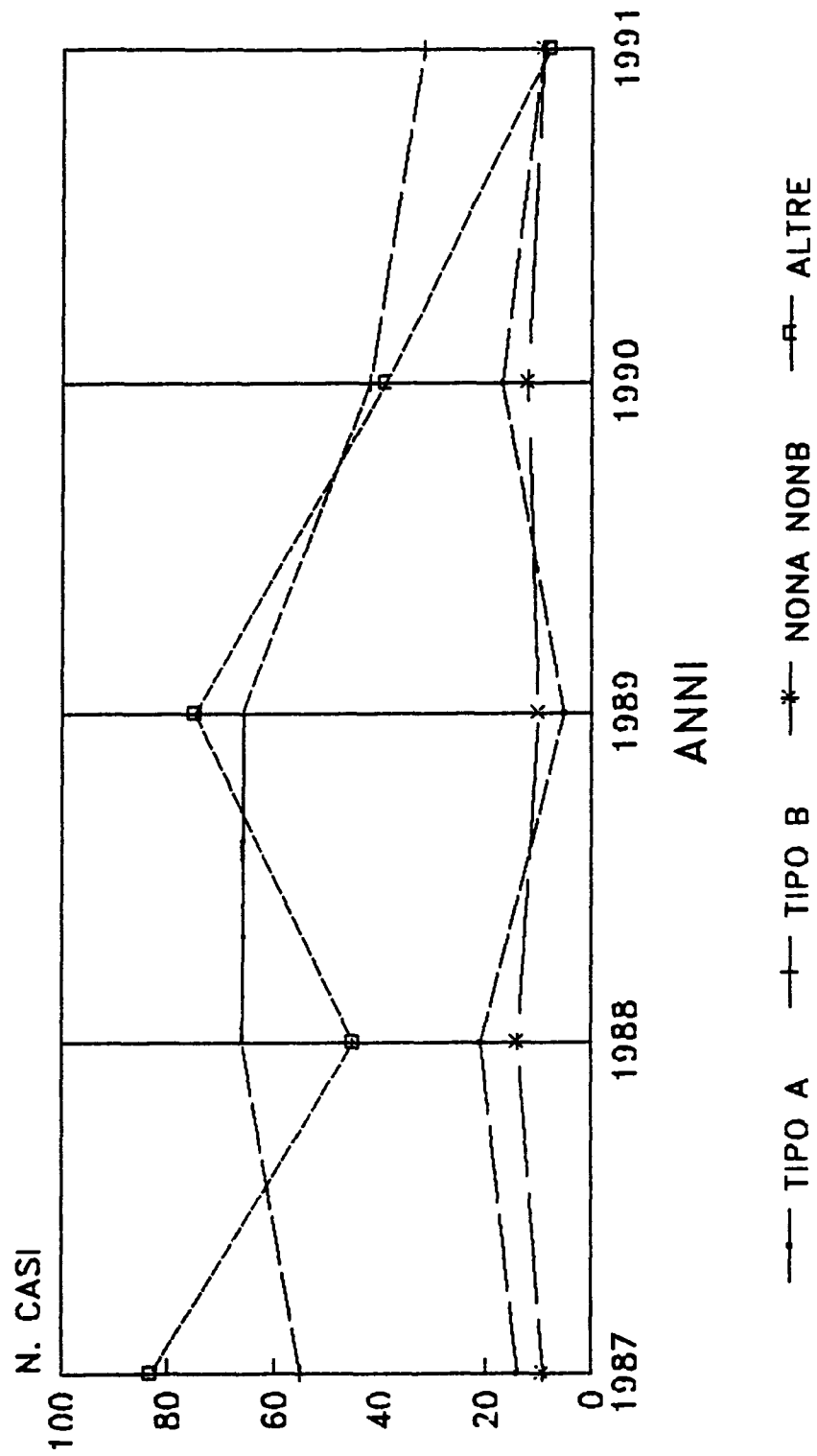
La volontà di continuare a prestare attività di servizio Civile da parte di dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope al termine del trattamento di recupero (art.110 - comma 1 - del T.U.9.10.1990) è stata espressa, sino ad oggi, da 4 soggetti.

I giovani riconosciuti obiettori e che, nel 1991, hanno richiesto ed ottenuto, ai sensi dell'art.112 del T.U. del 9.X.1990, di prestare il servizio sostitutivo civile presso enti convenzionati con l'Amministrazione della Difesa (enti che provvedono all'assistenza socio sanitaria ed alla riabilitazione dei soggetti che fanno uso di sostanze stupefacenti o psicotrope) sono stati 440.

INFEZIONI DA HIV IN AMBITO MILITARE



EPATITI VIRALI IN AMBITO MILITARE



Dati 1991 non definitivi

ELABORAZIONE 4. SEZ. UDG

*I dati sulle tossicodipendenze
e le attività del
Ministero della sanità*

PAGINA BIANCA

Oltre ai dati già esposti, provenienti dal sistema di rilevamento presso il Ministero dell'Interno, si dispone, come previsto dalla legge, di un sistema di rilevamento epidemiologico attivato nell'ambito del nuovo Servizio Centrale per le dipendenze da alcool e sostanze stupefacenti del Ministero della sanità.

Mentre il sistema di rilevamento del Ministero dell'Interno riporta con cadenza trimestrale il numero di tossicodipendenti presenti in un determinato giorno nei servizi pubblici e nelle comunità residenziali, il Settore Epidemiologico del Ministero della sanità rileva le presenze complessive, anche saltuarie, comunque segnalate nel corso dell'anno, e i relativi dati epidemiologici.

I due sistemi operano indipendentemente e forniscono dati complementari, coerenti con il differente meccanismo di registrazione.

PREMESSA

Il T.U. delle leggi in materia di stupefacenti, approvato con D.P.R. n. 309 del 1990, ha affidato al Ministero della sanità numerosi compiti che riguardano essenzialmente l'organizzazione dei servizi pubblici chiamati a svolgere le attività di prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza, la rilevazione dei dati relativi al settore, la predisposizione di norme e di indirizzi per le attività suddette.

Al Ministero della sanità è, altresì, affidata - nell'ambito dei progetti finalizzati disciplinati dall'art.127 del T.U. - l'attuazione di programmi specifici riguardante la formazione degli operatori, l'adeguamento strutturale dei servizi, lo svolgimento di ricerche, l'esecuzione di iniziative di tipo sperimentale volte al perseguimento degli obiettivi voluti dalla legge.

Infine il Ministero partecipa, con propri rappresentanti alle molteplici attività internazionali che hanno come obiettivo la definizione di indirizzi e di programmi per la prevenzione della tossicodipendenza e per la lotta alla droga.

Con la presente relazione vengono fornite circostanziate informazioni sulle attività realizzate nel settore, nel corso dell'anno 1991, dal Ministero della sanità, dalle regioni e dalle province autonome e dai servizi pubblici per le tossicodipendenze delle unità sanitarie locali.

STATO DI ATTUAZIONE DELLE NORME SUL POTENZIAMENTO DEI SERT

Tra gli interventi previsti dalla legge n.162 una rilevanza tutta particolare riveste quello concernente l'adeguamento dei servizi per le tossicodipendenze delle unità sanitarie locali.

In attuazione di quanto previsto dall'articolo 27 della suddetta legge, con decreto del 30 novembre 1990, adottato di concerto tra il Ministro della sanità ed il Ministro per gli

affari sociali, è stato approvato il Regolamento per la determinazione delle caratteristiche organizzative e funzionali di tali servizi.

Il regolamento, in particolare, demanda alle regioni di definire l'organico di ciascun servizio sulla base dei criteri contenuti in apposita tabella, articolata con riferimento all'utenza media dei tossicodipendenti contemporaneamente in trattamento e ad altri elementi, quali la presenza di comunità terapeutiche o di strutture carcerarie nell'ambito territoriale di riferimento del servizio stesso.

E' stato altresì previsto che la istituzione dei nuovi servizi, anche di tipo multizonale ai sensi dell'art.90, comma 3 della legge, nonché l'adeguamento alle nuove norme dei servizi già esistenti, debba avvenire con provvedimento della unità sanitaria locale competente, "conformemente alle determinazioni delle regioni e delle province autonome, adottate sulla base delle rispettive leggi".

In relazione alle suddette previsioni un apposito gruppo tecnico della Conferenza Stato-Regioni ha provveduto ad individuare criteri omogenei di comportamento, in particolare per i profili riguardanti il computo del numero dei tossicodipendenti contemporaneamente in trattamento, l'istituzione dei nuovi servizi, l'eventuale aumento delle dotazioni organiche connesso con le attività di informazione e prevenzione.

Dagli approfondimenti effettuati è emerso che la disponibilità finanziaria di lire 240 miliardi e 600 milioni annui prevista dall'art.27 della legge è da considerare complessivamente congrua in rapporto ai costi che derivano dall'adeguamento degli organici dei servizi esistenti - valutando l'utenza media con parametri omogenei e rigorosi - e per l'attivazione di nuovi servizi, con criteri di responsabile selettività, nelle aree che ne sono carenti.

E' stata conseguentemente predisposta una proposta di ripartizione, che ha ricevuto il parere favorevole della Conferenza Stato-Regioni, nella seduta del 18 aprile 1991, articolata sui seguenti elementi:

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- a) assunzione di 3446 unità di nuovo personale per il potenziamento nell'organico dei servizi esistenti, ad un costo medio per ogni unità, comprensivo di oneri riflessi, stimato in lire 50 milioni annui;
- b) assunzione di 802 unità di nuovo personale da destinare a 74 servizi di nuova istituzione;
- c) assegnazione alle regioni della complessiva somma di lire 28 miliardi e 200 milioni (pari a 564 unità di personale) per la specifica finalità di incremento degli organici standard in relazione ad esigenze connesse con le attività di informazione e prevenzione, ripartiti con riferimento alla popolazione di ciascuna regione nella fascia tra 11 e 39 anni.

Tale ripartizione è stata approvata dal CIPE il giorno 30 maggio 1991 e di ciò è stata data immediata comunicazione agli assessori regionali alla sanità ai fini della formalizzazione dei provvedimenti rientranti nelle competenze delle unità sanitarie locali, sia per la istituzione dei nuovi servizi, là dove sono stati previsti dal programma regionale, sia per il potenziamento dei servizi esistenti in base ai nuovi standard.

Agli assessori, con circolare del 22 maggio 1991 sono stati, altresì, forniti gli opportuni chiarimenti ai fini della più sollecita attuazione dei provvedimenti sopra menzionati.

In particolare è stato sottolineato che l'effettiva erogazione delle somme assegnate dal CIPE avviene, secondo quanto è espressamente previsto nel sopra richiamato art.27 della legge n.162, con la procedura indicata nell'art.17 della legge 22 dicembre 1984, n.887.

Ogni singola regione ha, perciò, predisposto il programma di impiego delle somme che sono state ad essa assegnate, precisando i dati numerici del personale da assumere per ciascun servizio, esistente o da istituire, ivi compreso quello riferibile agli incrementi di organico per le attività di informazione e prevenzione.

E' stata rappresentata, con l'occasione, la necessità che di ciascun servizio fosse fornito l'esatto indirizzo, al fine di consentire la predisposizione, anche per le finalità previste

dall'art.29 della legge n.162 (individuazione dell'ambito di competenza territoriale ai fini delle segnalazioni dei casi di tossicodipendenza da parte degli esercenti la professione medica, della autorità giudiziaria o del prefetto) di un elenco nazionale dei SERT, che sarà poi inviato a tutte le regioni. Tale elenco sarà periodicamente aggiornato utilizzando i dati delle rilevazioni statistiche annuali.

Per quanto concerne la possibilità di procedere alla assunzione del nuovo personale, mediante pubblici concorsi, è stato chiarito che tale assunzione è stata espressamente autorizzata dalle speciali disposizioni contenute nella legge n.162, che anzi, nell'ipotesi di inottemperanza da parte delle unità sanitarie locali, ha previsto l'intervento sostitutivo della regione mediante un commissario "ad acta" cui è consentito di procedere ai relativi adempimenti "anche in deroga alle normative vigenti sulle assunzioni, sui trasferimenti e sugli inquadramenti" (art.27, comma 3).

Tenendo, peraltro, conto che con le disposizioni sopravvenute, di cui alla legge 29 dicembre 1990, n.407, sono stati prorogati per l'anno 1991 i vincoli in materia di assunzioni disposti con la legge 28 dicembre 1988, n.554, è stata segnalata l'opportunità della adozione di un espresso provvedimento di deroga da parte delle regioni, così come previsto dall'art.5 della citata legge 554, entro limiti delle apposite risorse finanziarie attribuite ad ogni unità sanitaria locale cui compete il potenziamento o l'istituzione ex-novo del servizio.

Il programma di istituzione dei nuovi servizi per le tossicodipendenze e di adeguamento degli organici di quelli preesistenti è ora in fase di concreta attuazione.

In particolare tutte le regioni e province autonome hanno adottato i provvedimenti programmatici finalizzati all'assegnazione delle somme stanziare con la delibera CIPE del 30 maggio 1991, individuando strutture, organici e collocazione territoriale dei singoli SERT.

Detti programmi sono stati trasmessi all'apposito Comitato costituito ai sensi dell'art.17 della legge 887/84, il quale nelle

sedute del 20 settembre e 25 novembre 1991 ne ha valutato la conformità, sotto il profilo finanziario, alla predetta delibera CIPE, ed ha espresso parere favorevole alla erogazione delle somme spettanti da parte del Ministero del tesoro.

Per la maggior parte i programmi sono stati approvati: solo per due regioni sono state richieste talune modifiche che sono ora in via di formale definizione.

Nel frattempo tutte le regioni e province autonome hanno adottato i provvedimenti occorrenti per consentire alle unità sanitarie locali di procedere all'istituzione dei nuovi SERT ed adeguare le strutture già esistenti alle nuove norme.

Numerose unità sanitarie locali hanno, da parte loro, dato corso alle procedure per l'assunzione degli operatori necessari per il completamento degli organici. Solo in cinque casi, tutti della Regione Lazio, si è proceduto alla nomina dei Commissari "ad acta" previsti dalla legge.

La situazione, peraltro, non è uniforme in tutto il territorio nazionale, essendovi SERT già pienamente operativi, ed altri in cui si registrano ritardi sia di carattere organizzativo che operativo.

Alla data del 15 giugno 1991 risultavano complessivamente operanti sul territorio nazionale 518 servizi.

La loro distribuzione tra le diverse regioni italiane è riportata nel Grafico 1. Le regioni del Nord da sole contano circa la metà del totale dei SERT (262 su 518), essendo, del resto, l'utenza in questa ripartizione di gran lunga superiore a quella delle altre ripartizioni (Tav. 1; col. 4).

Al numero di servizi già esistenti nel 1990 devono essere aggiunti i 76 che saranno istituiti nel corso dei prossimi mesi, sulla base delle delibere del CIPE del 30 maggio 1991 e dei piani regionali. Di questi, oltre il 90% (68 su 76) sono previsti nel Sud d'Italia, solo 8 al Centro e nessuno nel Nord (V. Tav. 1 e Grafico 1).

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Nel Grafico 2 è indicata, per ogni regione, l'utenza media dei SERT nel corso dell'anno 1990, che può essere interpretata come un indicatore del carico medio annuo di lavoro per struttura sanitaria pubblica. Nel complesso dell'Italia, questa è stata pari a 128,4 utenti per Servizio (Tav. 1; col. 5), più elevata nel Nord (150,2) e relativamente contenuta nel Centro (sotto i 100 utenti per SERT).

Tav. 1 - DISLOCAZIONE DEI SERVIZI PER LE TOSSICODIPENDENZE ED UTENZA MEDIA PER RIPARTIZIONE TERRITORIALE

RIPART. TERRITORIALE	SERVIZI ESISTENTI NEL 1990	SERVIZI DA ISTITUIRE	TOTALE	UTENTI NEL 1990	UTENZA MEDIA NEL 1990
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
NORD	262	0	262	39349	150.2
CENTRO	114	8	122	10857	95.2
SUD-ISOLE	142	68	210	16308	114.8
ITALIA	518	76	594	66514	128.4

Grafico 1 - SERVIZI PUBBLICI PER LE TOSSICODIPENDENZE GIA' ISTITUITI E DA ISTITUIRE
 (valori tra parentesi) AL 15/6/1991



Grafico 2 - UTENZA MEDIA DEI SERVIZI PUBBLICI PER LE TOSSICODIPENDENZE NEL CORSO DEL 1990



Allo scopo di accertare quale sia, in dettaglio, la situazione attuale, nello scorso dicembre è stata inviata a tutti gli Amministratori straordinari delle unità sanitarie locali presso cui vi sono i Servizi per le tossicodipendenze una lettera con la quale sono state chieste notizie, tra l'altro, sul numero dei posti in organico da ricoprire e sul tempo occorrente per assicurare la piena capacità operativa delle strutture. Dalle circa 360 risposte finora pervenute si ricava che nella maggior parte dei SERT sono state già avviate le procedure di potenziamento del personale, che tuttavia richiedono tempi non brevi per la piena attuazione.

MODALITA' DI RILEVAZIONE DEI DATI RELATIVI ALLE ATTIVITA' DEI SERVIZI PER LE TOSSICODIPENDENZE (D.M. 3 OTTOBRE 1991)

La legge 162 ha demandato al Ministro della sanità il compito di determinare con proprio decreto, sentito il Consiglio sanitario nazionale, gli indirizzi per il rilevamento epidemilogico dei dati riguardanti le dipendenze da alcol e da sostanze stupefacenti e psicotrope.

Con decreto ministeriale del 3 ottobre 1991 sono state stabilite le modalità di raccolta dei dati, in conformità alle proposte di un apposito gruppo tecnico della Conferenza Stato-Regioni.

Detta raccolta si avvale di alcune schede che richiedono informazioni sia sugli aspetti organizzativi e strutturali di ciascuno dei servizi pubblici per le tossicodipendenze sia sulle attività di cura e riabilitazione svolte nel corso di un anno.

Da allora, la quantità e qualità dei dati raccolti sono andati continuamente migliorando e la quota di servizi che, direttamente o attraverso le regioni, invia regolarmente al Ministero della sanità le informazioni richieste è ormai superiore al 90%.

In aggiunta alla rilevazione annuale, è stato predisposto un modello per la raccolta semestrale di alcune informazioni essenziali, da ricavare dai dati di afferenza ai servizi in due determinati giorni dell'anno, in analogia a quanto è stato finora fatto con le rilevazioni del Ministero dell'interno.

La rilevazione semestrale, espressamente disposta dalla legge n.162, è stata finalizzata - attraverso l'indicato metodo della prevalenza di punto o istantanea - a fornire indicazioni sul carico massimo di lavoro giornaliero dei servizi, sui soggetti e sui trattamenti praticati.

I giorni prescelti sono il 15 giugno e il 15 dicembre (il giorno 16 se il 15 cade di domenica).

RELAZIONE SULLA ATTIVITA' DEI SERT - I SEMESTRE 1991.

Nel presente rapporto vengono analizzati i dati relativi alla prima scadenza semestrale del 1991 (15 giugno 1991).

Al 15 giugno 1991, 32.577 soggetti erano in carico presso i 481 servizi (il 93% del totale dei SERT) che hanno inviato la scheda compilata nei termini indicati (Tabella 1). Di questi soggetti, 26.787 erano di sesso maschile (82%) e 5.790 di sesso femminile (18%). Il rapporto maschi:femmine era quindi 4,5:1.

Ampie sono le differenze regionali in termini di caratteristiche della popolazione assistita. Per esempio, per quanto riguarda il rapporto maschi:femmine, questo va da 2,7:1 (Friuli Venezia Giulia) a 12,5:1 (Campania). Ovverosia, nelle regioni del nord il fenomeno droga sembra essere molto più diffuso nei soggetti di sesso femminile di quanto non lo sia al sud.

Considerando il dato relativo al flusso annuale (di poco superiore a 65.000 individui), si può avere un'idea del "turn-over" dei tossicodipendenti presso i SERT. In particolare, il dato semestrale ci fornisce un'idea del carico massimo di lavoro giornaliero che i servizi avrebbero se tutti gli utenti in carico a quella data si presentassero contemporaneamente al SERT. E' evidente che l'effettiva presenza giornaliera di utenti risente dell'intensità e della frequenza con cui i singoli trattamenti vengono somministrati.

La distribuzione regionale del numero dei soggetti assistiti ci indica come, in termini assoluti, sia la Lombardia la regione

col numero più elevato di soggetti in trattamento, seguita da Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Veneto e Lazio.

In termini di tasso di prevalenza - numero di soggetti in trattamento sulla popolazione residente compresa nella fascia d'età 15-49 anni - la regione più colpita risulta essere la Liguria con un tasso pari a 2,4x1000 (preceduta dalla provincia autonoma di Bolzano, il dato relativo alla quale merita, tuttavia, un approfondimento). Nella graduatoria delle regioni per prevalenza del fenomeno droga, misurato in base alle attività dei Servizi pubblici, la Lombardia si colloca solo al 7° posto.

La sostanza stupefacente maggiormente utilizzata (Tabella 2) è l'eroina (91% degli utenti). Dopo l'eroina, le sostanze più utilizzate sono i cannabinoidi (4%), mentre la proporzione di soggetti che fanno uso primario di cocaina è ancora relativamente bassa fra gli utenti dei servizi (di poco superiore all'1%). Naturalmente, il dato relativo alla cocaina può essere condizionato dal tipo di trattamento offerto ai tossicodipendenti (ad esempio non esistono trattamenti sostitutivi per questa droga, quali il metadone per l'eroina), e può pertanto sottostimare la reale entità del problema.

Relativamente alle caratteristiche dei trattamenti, aumenta la quota dei trattamenti integrati (farmacologico, psicologico, sociale e riabilitativo) che sfiora ormai il 40% del totale (Tabella 3). I trattamenti esclusivamente farmacologici (si ricorda a questo proposito come ora tutti i trattamenti sostitutivi devono essere integrati) rappresentano solo il 5% del totale. Il restante 37% dei trattamenti effettuati presso i servizi pubblici è esclusivamente di carattere psico-socio-riabilitativo.

Si deve, comunque, notare che le informazioni relative ai trattamenti sono incomplete, dal momento che esse sono state fornite solo in riferimento al 54% del totale dei soggetti in carico ai servizi.

In aggiunta ai soggetti in carico ai servizi alla data stabilita, altri 2.283 soggetti sono afferiti ai SERT durante il giorno considerato richiedendo prestazioni di tipo diverso.

(Tabella 4). Questi soggetti non sono stati però presi in carico dal servizio (ovverosia non hanno iniziato un trattamento specifico). Si deve comunque considerare come questi soggetti (che rappresentano in un giorno tipo il 6,5% dell'afferenza totale) determinino un carico di lavoro addizionale al personale dei servizi rispetto alla quota di tossicodipendenti già in trattamento.

In conclusione, questi dati di prevalenza di punto raccolti a scadenza semestrale rappresentano un utile complemento alle dettagliate informazioni che vengono annualmente raccolte dal Ministero della Sanità, fornendo delle indicazioni sul carico massimo di lavoro giornaliero dei SERT.

La copertura del sistema di sorveglianza è stata decisamente ampia, nonostante si fosse alla prima esperienza con questo tipo di rilevazione e buona è stata la collaborazione sia degli uffici regionali che, in modo diretto, del personale dei SERT.

I modelli per l'anno 1991, nonché le schede per la rilevazione semestrale riferita al 15 dicembre 1991, sono stati inviati a tutti i SERT e alle regioni e province autonome, secondo i criteri usuali del Sistema informativo sanitario.

Il recupero delle schede compilate, già avviato alla data della presente relazione, nonché la loro elaborazione, saranno ultimati nei termini previsti dalla legge.

Fig. 1 - TASSI DI PREVALENZA PER REGIONE (n. di utenti/Pop. 15-49 anni)x 1000



X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab.1 UTENTI IN CARICO PRESSO I SERVIZI PER LE TOSSICODIPENDENZE
15 GIUGNO 1991

REGIONE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	x 1000 ab. 15-49 ANNI
Piemonte	4083	920	5003	2.33
Val d'Aosta	49	11	60	1.17
Lombardia	5516	1041	6557	1.41
Prov. aut. Bolzano	532	178	710	3.02
Prov. aut. Trento	129	43	172	0.74
Veneto	2093	493	2586	1.97
Friuli Ven. Giulia	499	183	682	1.13
Liguria	1560	346	1906	2.36
Emilia Romagna	3150	871	4021	2.09
Toscana	2531	631	3162	1.83
Umbria	442	109	551	1.40
Marche	529	135	664	0.96
Lazio	1882	473	2355	0.87
Abruzzo	178	30	208	0.33
Molise	36	6	42	0.26
Campania	1086	87	1173	0.39
Puglia	798	69	867	0.41
Basilicata	132	10	142	0.45
Calabria	310	24	334	0.31
Sicilia	839	80	919	0.35
Sardegna	532	85	617	0.69
ITALIA	26906	5825	32731	1.15

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab.2 DISTRIBUZIONE DELLE SOSTANZE DI ABUSO PRIMARIO
15 GIUGNO 1991

REGIONE	EROINA	COCAINA	CANNAB.	ALTRO	TOT.
Piemonte	91.92	0.63	5.13	2.32	100
Val d'Aosta	100.00	0.00	0.00	0.00	100
Lombardia	96.19	1.36	1.55	0.91	100
Prov. aut. Bolzano	80.28	0.42	15.35	3.94	100
Prov. aut. Trento	100.00	0.00	0.00	0.00	100
Veneto	89.85	0.20	1.85	8.11	100
Friuli Ven. Giulia	94.43	0.59	3.81	1.17	100
Liguria	94.35	0.69	3.52	1.44	100
Emilia Romagna	91.81	1.20	3.64	3.35	100
Toscana	93.92	0.86	3.88	1.34	100
Umbria	78.52	1.01	7.38	13.09	100
Marche	70.64	3.98	15.78	9.60	100
Lazio	80.68	4.32	6.44	8.56	100
Abruzzo	85.65	0.48	12.44	1.44	100
Molise	83.33	0.00	4.76	11.90	100
Campania	93.55	1.78	2.89	1.78	100
Puglia	78.79	4.99	9.88	6.34	100
Basilicata	92.25	0.00	4.93	2.82	100
Calabria	96.71	1.20	1.80	0.30	100
Sicilia	95.32	0.44	3.05	1.20	100
Sardegna	96.60	0.81	0.49	2.11	100
ITALIA	90.94	1.35	4.31	3.40	100

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab. 3 TRATTAMENTI SOMMINISTRATI PER TIPOLOGIA - SITUAZIONE AL 15/6/1991

REGIONI	METADONE INTEGRATO BREVE TERM.	METADONE INTEGRATO PROTRATTO	FARMACOLOGICO INTEGRATO	FARMACOLOGICO NON INTEGRATO	PSICO/SOCIALE E/O RIABILITAT.	TOTALE
Piemonte	20.67	9.34	18.68	8.16	43.16	100
Val d'Aosta	36.67	5.00	11.67	0.00	46.67	100
Lombardia	6.54	16.65	26.38	6.79	43.63	100
Prov. aut. Bolzano	32.43	56.76	0.00	0.00	10.81	100
Prov. aut. Trento	44.44	0.00	0.00	0.00	55.56	100
Veneto	11.48	21.06	31.60	5.38	30.48	100
Friuli Ven. Giulia	16.55	7.69	27.04	2.80	45.92	100
Liguria	15.32	22.20	29.79	3.62	29.07	100
Emilia Romagna	4.99	5.11	29.85	4.07	55.98	100
Toscana	17.31	22.44	6.92	1.64	51.69	100
Umbria	74.81	9.30	1.94	2.33	11.63	100
Marche	7.06	0.73	20.19	3.65	68.37	100
Lazio	47.17	30.66	6.56	0.97	14.64	100
Abruzzo	20.11	21.84	4.02	17.24	36.78	100
Molise	28.57	7.14	11.90	0.00	52.38	100
Campania	37.17	44.57	7.68	0.66	9.93	100
Puglia	28.57	3.09	26.36	4.57	37.41	100
Basilicata	25.69	16.67	9.03	1.39	47.22	100
Calabria	18.86	28.44	8.38	18.26	26.05	100
Sicilia	12.48	10.23	50.26	6.59	20.45	100
Sardegna	15.32	33.60	22.00	12.18	16.90	100
ITALIA	18.59	18.31	20.89	4.98	37.24	100
N. TRATTAMENTI	3264	3215	3669	874	6540	17562

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab.4 SOGGETTI NON PRESI IN CARICO NEL GIORNO DI RILEVAZIONE
15 GIUGNO 1991

REGIONE	NON PRESI IN CARICO	% SU TOTALE UTENTI (*)
Piemonte	141	2.74
Val d'Aosta	2	3.23
Lombardia	592	8.28
Prov. aut. Bolzano	5	0.70
Prov. aut. Trento	2	10.00
Veneto	135	4.96
Friuli Ven. Giulia	53	7.21
Liguria	98	4.89
Emilia Romagna	238	5.59
Toscana	518	14.08
Umbria	26	4.51
Marche	86	11.47
Lazio	84	3.44
Abruzzo	37	15.10
Molise	2	4.55
Campania	40	3.30
Puglia	82	8.64
Basilicata	12	7.79
Calabria	23	6.44
Sicilia	93	9.19
Sardegna	14	2.22
ITALIA	2283	6.55

(*) calcolata come $(N. \text{ non presi in carico}) / (N. \text{ in carico} + N. \text{ non presi in carico})$

DIFFUSIONE DELL'HIV TRA I TOSSICODIPENDENTI UTENTI DEI SERT NEL 1990

Tra i risultati di maggior rilievo dell'analisi dei dati sulle attività dei SERT nel corso del 1990 sono da segnalare quelli relativi alla diffusione dell'infezione da HIV tra i soggetti trattati.

Per circa 40.000 soggetti (degli oltre 66.514 utenti dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze) è stato notificato il risultato del test sierologico.

Il tasso di prevalenza medio, di poco superiore al 30%, non è comunque rappresentativo delle differenti realtà italiane. Dalla Tabella 1 è, infatti, evidente l'esistenza di ampie variazioni geografiche, nonché di un certo gradiente nord-sud.

Tabella 1 - TASSI DI PREVALENZA IN UTENTI DEI SERT PER REGIONE

REGIONE	N. HIV+	N. TOT.	% HIV+
VAL D'AOSTA	14	147	9,5
PIEMONTE	849	3322	25,5
LOMBARDIA	4729	10818	43,7
BOLZANO	96	158	60,8
TRENTO	87	376	23,1
VENETO	1059	4065	26,0
FRIULI V. G.	154	744	20,7
LIGURIA	789	1591	49,6
EMILIA ROMAGNA	1808	4552	39,7
TOSCANA	351	1457	24,1
UMBRIA	110	431	25,5
MARCHE	148	437	33,9
LAZIO	576	1790	32,2
ABRUZZO	96	637	15,1
MOLISE	10	67	14,9
CAMPANIA	126	2169	5,8
PUGLIA	457	3122	14,6
BASILICATA	59	252	23,4
CALABRIA	191	876	21,8
SICILIA	188	1381	13,6
SARDEGNA	235	972	24,2
TOTALE	12132	39364	30,8

La proporzione di soggetti infetti di sesso femminile è leggermente superiore rispetto a quella degli utenti di sesso maschile, ma la differenza non è significativa (Tabella 2).

Tabella 2 - PROPORZIONE DI SOGGETTI SIEROPOSITIVI PER HIV PER SESSO

	Maschi	Femmine
HIV+	9650 (30.0%)	2482 (34.5%)
HIV-	22531 (70.0%)	4701 (65.4%)
TOT.	32181 (100.0%)	7183 (100.0%)

Se si distinguono i soggetti in trattamento presso i servizi tra "vecchi utenti" e "nuovi utenti", cioè tra coloro che hanno cominciato il trattamento in un anno precedente quello della rilevazione e quelli che si sono avvicinati ai servizi per la prima volta nel corso del 1990, si nota che la proporzione di infetti è inferiore fra i nuovi utenti rispetto a coloro che già erano in carico ai servizi negli anni passati (Tabella 3).

Tabella 3 - PROPORZIONE DI SOGGETTI SIEROPOSITIVI PER HIV STRATIFICATI PER TIPOLOGIA DI UTENZA

	Vecchi Utenti	Nuovi Utenti
HIV+	9573 (36.3%)	2559 (19.7%)
HIV-	16825 (63.7%)	10407 (80.3%)
TOT.	26398 (100.0%)	12966 (100.0%)

Nella spiegazione di questo significativo risultato si deve tener conto che l'età media dei nuovi utenti è comprensibilmente

più bassa di quella dei soggetti in trattamento da un numero maggiore di anni. I più giovani hanno una storia di droga più breve e, di conseguenza, una durata di esposizione all'HIV inferiore. Inoltre, chi ha iniziato l'uso endovenoso di droga a partire dalla seconda metà degli anni '80 - da quando, cioè, si è accresciuta la sensibilità pubblica verso queste problematiche - ha sicuramente avuto a disposizione una maggiore informazione sul rischio di infezione da HIV e sulla sua possibile prevenzione.

SCHEMA-TIPO DI CONVENZIONE TRA LE UNITA' SANITARIE LOCALI E LE ASSOCIAZIONI O SOCIETA' COOPERATIVE CHE GESTISCONO COMUNITA' TERAPEUTICHE PER SOGGETTI DIPENDENTI DA SOSTANZE STUPEFACENTI O PSICOTROPE

Il Ministero della sanità, nell'ambito delle attività rivolte alla lotta alle tossicodipendenze, ha provveduto, per l'aspetto socio-riabilitativo a definire la normativa che, attraverso l'istituto del "convenzionamento" deve assicurare il collegamento funzionale fra i servizi e i presidi che concorrono alle attività di assistenza sanitaria dei tossicodipendenti e le strutture di volontariato.

Per giungere ad una corretta "integrazione" di tutte le strutture coinvolte cura e riabilitazione dei tossicodipendenti, si è reso necessario definire i ruoli che ciascuna struttura è tenuta a svolgere per la sua specificità e giungere, quindi, ad una chiarezza normativa che consenta di assumere impegni precisi e definiti in merito a diritti e doveri.

A tale scopo e in conformità alla legge 162/90, il Ministero della sanità con l'ausilio di un gruppo di rappresentanti regionali, ha riesaminato, alla luce della nuova legge, lo schema-tipo di convenzione, precedentemente definito con D.M. 3 febbraio 1986.

Il nuovo schema-tipo è stato discusso in diversi incontri con i rappresentanti dei maggiori enti ausiliari e rielaborato sulla base delle osservazioni raccolte.

Gli orientamenti scaturiti dalle riunioni riguardano alcuni aspetti fondamentali quali:

- la territorialità dell'intervento;
- la stretta collaborazione tra operatori del servizio pubblico e privato nei vari momenti del processo riabilitativo del tossicodipendente;
- la necessità di garantire la qualificazione e professionalizzazione degli operatori;
- la definizione uniforme e puntuale delle rette;
- le norme regolanti l'ammissione di tossicodipendenti in sedi estere di comunità terapeutiche prevedendo, tra l'altro, opportune forme di controllo sullo svogimento dei programmi terapeutici.

REQUISITI E MODALITA' PER L'ISCRIZIONE NEGLI ALBI REGIONALI DEGLI ENTI AUSILIARI CHE GESTISCONO STRUTTURE PER LA RIABILITAZIONE ED IL REINSERIMENTO SOCIALE DEI TOSSICODIPENDENTI

Uno degli aspetti innovativi della legge 162/90 è la istituzione degli Albi regionali degli enti ausiliari che gestiscono strutture per la riabilitazione e il reinserimento sociale dei tossicodipendenti.

Per le regioni si tratta di un impegno prioritario in quanto le istituzioni di volontariato senza l'iscrizione agli Albi non possono svolgere la propria attività, nè essere destinatarie di finanziamenti pubblici, nè stipulare convenzioni con le unità sanitarie locali.

Per garantire l'opportuna uniformità di criteri tra le varie regioni è stata prospettata al Ministero della sanità l'opportunità di predisporre un "Atto d'intesa" che definisca requisiti e modalità per l'iscrizione all'Albo degli enti ausiliari da portare alla approvazione della Conferenza Stato-Regioni.

Detto documento è stato attentamente esaminato in vari incontri sia con i rappresentanti regionali sia con i rappresentanti dei maggiori Enti ausiliari.

In materia è emerso l'orientamento di definire, per gli enti ausiliari aventi carattere di residenzialità o semiresidenzialità, oltre ai requisiti strutturali con riferimento alla normativa nazionale e regionale in materia edilizia e in materia igienico sanitaria e ai requisiti di funzionalità generale anche criteri che comportino la definizione di un programma gestionale in cui siano esplicitati gli obiettivi da raggiungere, i metodi adottati, le regole di vita comunitaria, la garanzia per gli utenti dell'assoluto rispetto dei diritti fondamentali della persona.

Strettamente connesso all'aspetto della funzionalità è quello della presenza nella struttura di operatori numericamente rapportati alle presenze e con qualificazione professionale opportunamente acquisita.

Infine saranno previsti i mezzi per un'attività di vigilanza al fine di accertare il permanere delle condizioni e dei requisiti che hanno consentito l'iscrizione all'Albo.

Sia lo schema-tipo di convenzione che lo schema di atto di intesa per la disciplina degli Albi saranno definiti non oltre il mese di febbraio del corrente anno 1992.

PROGRAMMA DI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E LA LOTTA CONTRO L'AIDS NELLA POPOLAZIONE TOSSICODIPENDENTE

Strettamente correlato al problema della tossicodipendenza, sul piano sanitario e in quello sociale è quello delle infezioni da HIV.

Al fine di contrastare la diffusione di tale infezione mediante attività di prevenzione ed assicurare la necessaria assistenza alle persone affette da AIDS e patologie correlate, la legge 5 giugno 1990, n.135 ha previsto la realizzazione di un vasto piano di interventi di carattere pluriennale, riguardanti l'adeguamento delle strutture, la prevenzione, l'informazione, la ricerca, la sorveglianza epidemologica ed il sostegno dell'attività di volontariato.

In tale contesto possono essere segnalate alcune iniziative attuate direttamente dal Ministero della sanità che hanno una rilevanza particolare:

1) erogazione di contributi a talune Comunità terapeutiche per sostenere iniziative volte a potenziare le attività di assistenza ai tossicodipendenti ammalati di AIDS e patologie correlate e ad assicurare le indispensabili forme di supporto alle strutture pubbliche.

I contributi complessivamente concessi ammontano a lire 8 miliardi e riguardano le Comunità terapeutiche di maggior dimensione e livello nazionale, a fronte di specifici progetti dalle stesse presentati;

2) l'attuazione da parte di quattro Istituti universitari di un'indagine sullo stato di salute degli immigrati dai Paesi extracomunitari, con particolare riferimento alle infezioni da HIV con una spesa di lire 1.500.000.000;

3) stipula di talune convenzioni con Istituti e strutture di ricerca pubbliche, con un costo complessivo di 2.490.000.000, per lo svolgimento di compiti inerenti l'acquisizione di specifiche

metodiche gestionali per l'assistenza dei diversi soggetti infetti da HIV, la programmazione degli interventi profilattici e terapeutici, la sorveglianza epidemologica del fenomeno AIDS;

4) attuazione delle previsioni di cui alla lettera f) dell'art.1 della predetta legge n. 135 del 1990 in merito alle erogazioni alle regioni e province autonome, in proporzione alle rispettive esigenze, delle somme stanziare per il potenziamento dei servizi multizonali per le malattie a trasmissione sessuale mediante l'assunzione di nuovo personale di personale sanitario e tecnico;

5) stipula di apposite convenzioni per la realizzazione di programmi di carattere informativo e formativo nel campo della prevenzione e lotta contro l'AIDS, attraverso i mass-media ed altri strumenti di comunicazione;

6) attuazione delle previsioni di cui alla lettera e) dell'art.1 della citata legge n.135 del 1990 in merito alla erogazione alle regioni e province autonome, in proporzione alle rispettive esigenze delle somme stanziare pari a lire 38 miliardi per il potenziamento dei servizi di assistenza ai tossicodipendenti.

Per quanto concerne, in particolare, specifici interventi tecnici di prevenzione delle tossicodipendenze e dell'AIDS tra i tossicodipendenti, il Ministero della sanità ha elaborato dettagliate indicazioni per la formazione del personale operante in tali settori e ha promosso e finanziato la realizzazione di specifici corsi.

Complessivamente si tratta di iniziative che hanno riguardato l'intero territorio nazionale coprendo le aree significative del nord, del centro e delle isole. Tutti gli interventi sono stati programmati ed attuati recependo i più recenti orientamenti e accordi internazionali raggiunti in sede ONU, OMS, Comunità europee e Consiglio d'Europa.

Si possono ricordare le dodici seguenti iniziative attuate o avviate negli ultimi mesi con il coordinamento, la promozione e il finanziamento del Ministero della sanità:

a) venti interventi per l'informazione e l'educazione sanitaria per la prevenzione delle tossicodipendenze e dell'AIDS in altrettante Università che hanno raggiunto così gran parte della popolazione universitaria. L'attuazione degli interventi è stata affidata a 15 Istituti universitari per lo più di psicologia, psichiatria ed igiene e a 2 fondazioni specializzate interuniversitarie. Gran parte di essi sono già stati portati a compimento e il Ministero dispone di rapporti finali di verifica dell'efficacia;

b) nove corsi pilota di formazione di formatori per la prevenzione delle tossicodipendenze, rivolti ad operatori socio-sanitari ed educatori, effettuati dall'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma presso Provveditorati agli studi e consultori familiari. Tale iniziativa è volta a diffondere una metodica largamente sperimentata all'estero e di provata efficacia, opportunamente adeguata alla realtà italiana. Modello di riferimento di tale metodica è la "School Team Approach" i cui obiettivi fondamentali sono la acquisizione da parte degli adolescenti di specifiche qualità quali l'autodeterminazione, la capacità di resistere alle pressioni dei coetanei, l'assertività, l'autostima, la capacità di risolvere problemi ed assumere decisioni responsabili;

c) dodici corsi di formazione per la prevenzione dell'AIDS tra i tossicodipendenti in trattamento. La relativa realizzazione è stata affidata ad altrettanti Istituti universitari per lo più di psichiatria ed igiene, variamente distribuiti sull'intero territorio nazionale.

Si calcola che almeno un rappresentante per ogni Servizio abbia avuto l'opportunità di usufruire di tale intervento formativo che riguardava l'intera gamma di attitudini ed informazioni necessarie a tale tipo di operatori, dagli aspetti clinico-immunologici a quelli della comunicazione. Gran parte di tali corsi è stata portata a compimento e si dispone di relazioni comprensive di valutazione dell'impatto e dell'efficacia.

Inoltre tramite l'Istituto superiore di sanità e nell'ambito dello specifico "Piano nazionale di formazione" per lotta alle

infezioni da HIV, coordinato dalla Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS, sono stati effettuati corsi di formazione di formatori per insegnanti e per esperti regionali del settore.

Anche i corsi dell'Istituto superiore di sanità hanno utilizzato una metodologia che secondo i più recenti orientamenti formativi, si basa principalmente sull'apprendimento attivo.

La finalità dei progetti descritti è quella di creare gruppi di riferimento per la ripetizione dei corsi a livello locale.

PRODUZIONE, COMMERCIALIZZAZIONE E PUBBLICIZZAZIONE DELLE SIRINGHE MONOUSO AUTOBLOCCANTI

In attuazione dell'art.2 del decreto legge 25 novembre 1989, n.382, convertito con modificazioni nella legge 25 gennaio 1990, n.8, con D.I. 13 aprile 1990 è stato approvato il piano per la produzione, commercializzazione e pubblicizzazione, nel periodo dal 1 luglio 1991 al 31 dicembre 1992, di 132 milioni di siringhe monouso autobloccanti.

Tale iniziativa, finalizzata alla progressiva sostituzione sul mercato delle siringhe da insulina, ha lo scopo di prevenire la diffusione delle patologie derivanti dall'uso multiplo di siringhe, uso particolarmente diffuso tra i tossicodipendenti e veicolo di infezione da HIV.

A tal fine è stato previsto uno stanziamento di 8 miliardi per l'erogazione di contributi a sostegno della produzione e commercializzazione delle nuove siringhe ed uno stanziamento di 2 miliardi per attività connesse alla pubblicizzazione di tale iniziativa.

Sulla base delle conclusioni elaborate da un'apposita Commissione interministeriale sono stati concessi contributi a n.6 Aziende produttrici, le quali si sono impegnate ad immettere sul mercato entro il termine predetto del 31/12/1992, l'intero quantitativo di siringhe previsto.

Le prime quote di produzione pari circa al 10% del totale, sono state già immesse nel circuito distributivo.

Contemporaneamente sono stati avviati accordi con la Federfarma per la realizzazione, in concomitanza con la prossima immissione di più consistenti quote di produzione delle predette siringhe, di una campagna di informazione sanitaria che promuoveva l'uso di tali siringhe.

STATO DI ATTUAZIONE DELLE NORME DELLA LEGGE 162/90 RELATIVE ALL'ALCOOLDIPENDENZA

La legge 26 giugno 1990 n.162 ha attribuito al Ministero della sanità nuove competenze anche in materia di alcooldipendenza e patologie correlate, che riguardano:

- 1) l'indirizzo e coordinamento per le politiche ed i programmi inerenti al trattamento delle alcooldipendenze;
- 2) l'indirizzo per le attività di prevenzione del consumo di alcool e prevenzione delle dipendenze da alcool;
- 3) l'indirizzo per il reinserimento sociale degli alcooldipendenti;
- 4) la partecipazione ai rapporti internazionali in materia di politica sanitaria dell'alcooldipendenza;
- 5) la promozione di studi e ricerche, ai vari livelli disciplinari, in collaborazione con il Ministero dell'Università della ricerca scientifica nonché con il Ministero di grazia e giustizia;
- 6) la determinazione degli indirizzi per il rilevamento epidemiologico da parte delle regioni in tema di dipendenza da alcool;
- 7) la raccolta ed elaborazione dei dati trasmessi dalle regioni relativi alle dipendenze da alcool e agli interventi in materia di prevenzione, cura e recupero sociale, con presentazione di un rapporto annuale;
- 8) la raccolta ed elaborazione dei dati relativi al numero dei servizi pubblici e privati attivi nel settore dell'alcool, al numero degli utenti assistiti e ai risultati conseguiti nelle attività di recupero e prevenzione delle alcooldipendenze;

9) la raccolta di dati epidemiologici e statistici circa l'andamento dei consumi di alcool, le violazioni delle norme sulla circolazione stradale dovuti all'alcool, gli infortuni in stato di intossicazione da alcool.

Per consentire un rapido ed efficace espletamento dei compiti suddetti, che non trovano riscontro nella precedente normativa e che pertanto richiedono una notevole attivazione di mezzi, con DM 3 luglio 1991 è stata costituita una Commissione ministeriale con compiti di consulenza tecnico-scientifica in materia di alcooldipendenza e patologie correlate, presieduta dal Ministro della sanità.

La Commissione dovrà esaminare i diversi problemi riguardanti la dipendenza da alcool, l'organizzazione e il funzionamento dei servizi, la definizione di criteri uniformi per la rilevazione e classificazione delle sindromi da alcooldipendenza, la individuazione di strumenti e modalità di prevenzione, cura e riabilitazione, onde fornire elementi di conoscenza che consentano di adottare i provvedimenti di indirizzo di competenza del Ministero.

La Commissione, di cui sono stati chiamati a far parte esperti aventi concreta esperienza operativa sia in ambito clinico che in quello delle organizzazioni di volontariato, si è insediata in data 5 novembre 1991 e ha già predisposto i primi documenti relativi ai problemi della prevenzione, del trattamento, del reinserimento sociale e della epidemiologia.

ATTIVITA' DELL'UFFICIO CENTRALE STUPEFACENTI

L'attività dell'Ufficio centrale stupefacenti costituito presso il Ministero della sanità con la legge n.1041 del 1954, si è incentrata nell'applicazione delle disposizioni innovative contenute nella legge n.162 rispetto ai compiti primari derivanti dalla normativa preesistente (autorizzazione alla coltivazione, alla fabbricazione, all'impiego, alla produzione di medicinali, di Kit diagnostici, rilascio dei permessi di importazione ed

esportazione, autorizzazione alla sperimentazione scientifica, verifiche ispettive presso officine di produzione e depositi all'ingrosso di sostanze e preparazioni a contenuto di stupefacenti e sostanze psicotrope).

Il lavoro si è focalizzato, in particolare, sulla normativa concernente i precursori e le sostanze chimiche frequentemente utilizzate nella fabbricazione illecita di sostanze stupefacenti e psicotrope. Tale attività ha comportato, per l'armonizzazione degli interventi, approfondite valutazioni a livello nazionale e acquisizione di dati con richiesta alle singole aziende che risultavano essere operanti nel settore. Numerosi interventi sono stati attuati a livello della Comunità economica europea in seno alla quale sono in via di modifica e aggiornamento nonché in via di elaborazione rispettivamente il regolamento n.3677/90 del 13 dicembre 1990 e la Direttiva sul commercio di tali sostanze chimiche e precursori tra i Paesi membri e i Paesi terzi.

Parte Seconda

La lotta al narcotraffico

PAGINA BIANCA

Il traffico di sostanze stupefacenti, per sua intrinseca natura criminale, conferma sempre più il proprio carattere tipicamente "internazionale", in quanto si realizza attraverso Paesi "produttori", Paesi "raffinatori", Paesi "di transito" e Paesi "di consumo".

Allo stato, si può affermare che nessuna area geografica possa dichiararsi completamente immune dal problema "droga".

Al riguardo, l'Italia assomma almeno tre delle citate caratteristiche: non è, infatti, un Paese produttore, ma è certamente un Paese di transito, raffinatore, nonché di forte consumo.

E' proprio tale internazionalità che rende estremamente difficile il contrasto, non tanto sul piano della collaborazione o su quello giudiziario, grazie agli accordi esistenti, quanto su quello finanziario e su quello relativo alla movimentazione dei capitali.

Dell'enorme profitto scaturito dalla droga, solo una misura ridotta è infatti necessaria per assicurare un nuovo ciclo produttivo.

Resta una considerevole parte che, al fine di essere reinvestita in attività lecite, lontano dai controlli, va ad alimentare una massa fluttuante all'interno di quei Paesi caratterizzati da particolari condizioni di tutela bancaria ed anonimato societario (c.d. "paradisi fiscali").

Intorno al consumo di stupefacenti si è ormai costituito un sistema economico di proporzioni tali da proiettare le organizzazioni criminali, implicate nel fenomeno, in una dimensione internazionale con connotazioni destinate ad incidere perfino sul regolare sviluppo e sulla sicurezza degli Stati interessati.

Da ciò deriva l'imprescindibile necessità di seguire costantemente i "flussi finanziari" connessi alle attività criminali in genere e, in particolare, al traffico internazionale di sostanze stupefacenti, al fine di individuare gli organizzatori ed i canali "obbligati" del riciclaggio mediante i quali i capitali illeciti vengono trasformati in leciti.

Conseguentemente, in un'ottica di collaborazione internazionale, è necessario individuare i "gangli" di accumulazione degli ingenti profitti allo scopo di penetrare anche nei "santuari" del capitale incontrollato che, giovandosi della intermediazione di istituti di credito e finanziari, nonché della costituzione di società fittizie, prosperano e si rinsaldano mediante manovre sui mercati finanziari.

CORRENTI INTERNAZIONALI DEL TRAFFICO.

a. E R O I N A

Le regioni di maggiore produzione di tale sostanza sono, come noto, il Sud-Ovest asiatico ("mezza luna d'oro") l'area Sud-Est asiatica, ("triangolo d'oro"). Si calcola che il 30% circa dell'eroina introdotta in Europa Occidentale giunga in Italia.

Nel nostro Paese, l'anzidetta sostanza stupefacente - introdotta prevalentemente lungo la via terrestre oppure attraverso la via aerea - giunge, in particolare, dai Paesi del Sud-Ovest asiatico lungo la c.d. "Rotta Balcanica" - percorsa dalla droga prodotta o comunque proveniente dal Medio Oriente (Turchia) - occultata in appositi doppifondi a bordo di camion TIR, di prevalente immatricolazione turca, lungo l'asse Turchia - Bulgaria - Jugoslavia.

In alternativa, i TIR possono imbarcarsi su traghetti in partenza da Istanbul o Smirne, raggiungere la Grecia e da qui proseguire per i porti di Brindisi, Bari, Ancona o Venezia.

Itinerari ancora più articolati consentono di "penetrare" nel nostro territorio attraverso il confine italo-austriaco (al Brennero) e quello italo-svizzero (a Chiasso), oppure attraverso l'Ungheria, la Cecoslovacchia e la Germania.

Il punto di ingresso più vulnerabile è, tuttavia, rappresentato dal valico di Ferneti (TS).

Il traffico è gestito dalla mafia turca, che ha basi in Germania, Olanda, Svizzera, Spagna e Italia (soprattutto a Milano, Verona e Trieste).

L'eroina prodotta nel Sud-Est asiatico, viceversa, è destinata per circa il 65% ai mercati illeciti nordamericano e australiano. Solo la parte restante giunge, spesso attraverso itinerari segmentati ed inusuali, nel continente europeo.

I trafficanti si servono anche di "corrieri" che utilizzano varie rotte commerciali aeree, per introdurre lo stupefacente, via Zurigo, Francoforte, Londra, Amsterdam, sui mercati europei e nazionali.

La maggior parte dei corrieri ha nazionalità nigeriana ed asiatica. Essi trasportano, sempre più frequentemente, la sostanza stupefacente all'interno di ovuli gastro-resistenti, inseriti nelle cavità corporee, e giungono nei principali scali aeroportuali nazionali (Roma/Fiumicino, Milano/Linate, etc.).

b. COCAINA

La produzione di cocaina, tradizionalmente limitata alla Regione Sud-Andina, si è estesa, nel tempo, agli altri territori del Sud-America (Perù, Bolivia, Colombia e, anche se in misura minore, Venezuela e Brasile).

La lavorazione dello stupefacente, tuttavia, è opera essenzialmente di organizzazioni criminali colombiane (Cartello di Cali) che, attraverso stretti contatti e accordi con sodalizi criminali di altri Paesi, provvedono anche al trasporto ed alla commercializzazione di tale droga verso gli Stati Uniti e l'Europa, maggiori mercati di consumo.

L'attuale situazione del mercato della cocaina è caratterizzata da una forte espansione di tale sostanza che, come noto, soprattutto a causa dell'offensiva del citato "Cartello", dopo la saturazione del mercato statunitense, ha decisamente puntato sull'Europa e sull'Italia.

L'assunto trova conferma nel crescente "trend" dei sequestri di cocaina effettuati dalle Forze di polizia in Italia, dal 1986 ad oggi.

La sostanza viene introdotta nel nostro Paese:

- via mare;
- via aerea;
- via terrestre.

I quantitativi più consistenti di cocaina - provenienti prevalentemente dalla Colombia - sono trasportati in Italia mediante navi cargo, cariche di merci alla rinfusa (soprattutto, "bananiere") dirette in vari porti italiani (Genova, La Spezia, Livorno, Ravenna, ed ultimamente Napoli e Civitavecchia).

Anche il mezzo aereo, ampiamente utilizzato per l'eroina, trova notevole impiego nella movimentazione della cocaina, i cui quantitativi, soprattutto dalla Colombia e dal Perù, attraverso spedizioni di merci varie (macchinari, accessori, etc.), arrivano in Italia attraverso la "Rotta commerciale aerea" direttamente alla Malpensa o a Fiumicino, Pisa, Venezia e Genova oppure sulle rotte che passano per New York o Vienna e fanno scalo a Zurigo, da dove vengono smistati in treno o in aereo verso Milano.

Il "Cartello di Cali" controlla in particolare la c.d. "Via del Pacifico" che, partendo dall'aeroporto colombiano di Bonaventura, via Panama, arriva in Costa Rica. Qui, dall'aeroporto di San José, gli stupefacenti vengono inviati in Europa e negli Stati Uniti. I corrieri, di prevalente nazionalità sud-americana, per l'Europa viaggiano preferibilmente su voli "Iberia" e, via Spagna, raggiungono la Germania e l'Italia.

Essi utilizzano, per l'introduzione della cocaina, il sistema degli ovuli ingeriti, ovvero quello dei doppifondi, di cui sono muniti i bagagli personali.

Si è, peraltro, consolidata l'utilizzazione della via terrestre. La droga infatti, dopo essere stata introdotta in Europa per via aerea o marittima, raggiunge spesso la destinazione finale in auto e treno, attesa l'estrema difficoltà di svolgere controlli particolarmente accurati su tutti i mezzi che attraversano i valichi terrestri.

c. CANNABIS E DERIVATI

Le zone di principale produzione di canapa indiana sono l'Afghanistan, il Libano e l'Africa Settentrionale, in particolare il Marocco, ove le coltivazioni sono situate al Nord del Paese, nella zona montagnosa del Rif.

I quantitativi più consistenti - con tale provenienza - risultano essere trasportati via mare, a mezzo di navi mercantili (in particolare pescherecci) e natanti di medio e piccolo tonnellaggio, soprattutto da diporto; parte della droga risulta, altresì, essere avviata verso la Spagna a mezzo di traghetti o di altri natanti, prima di essere smistata verso l'Europa, per via terrestre.

Un particolare insidioso deriva dal fatto che, oltre a collaudate strutture criminali, si dedicano con sempre maggiore frequenza al traffico di hashish anche soggetti non "professionisti" i quali, soprattutto con motovelieri, normalmente noleggiati, si dirigono verso le coste marocchine per imbarcare quantitativi, spesso ingenti, della sostanza.

Più in dettaglio:

- In Adriatico, il traffico viene attuato mutuando procedure e modalità proprie del contrabbando di tabacchi lavorati esteri, nonché sfruttando le strutture delle organizzazioni contrabbandiere;
- sul versante tirrenico, l'hashish - proveniente essenzialmente dal Marocco - viene contrabbandato a mezzo di natanti di medio e piccolo tonnellaggio, soprattutto da diporto, noleggiati presso agenzie italiane, francesi o spagnole. Tra i punti di sbarco utilizzati figurano la riviera di levante ligure, quella versiliese, le coste meridionali della Toscana e quelle laziali. Particolarmente attuale è anche l'introduzione in Italia di consistenti quantitativi di hashish attraverso la "Rotta Occidentale" che dall'Africa del Nord attraversa la Spagna, la Francia e, quindi, si dirama verso tutti i Paesi Europei, inclusa, ovviamente, l'Italia.

I principali itinerari risultano essere i seguenti:

- Tangeri-Algeciras / Ceuta-Algeciras / Melilla-Malaga / Melilla-Almeria.

Ceuta e Melilla, "enclaves" spagnole in Marocco, sono conosciute - da tempo - quali punti strategici per il contrabbando di merci illecite, provenienti dal Manghreb. Dopo essere sbarcati in territorio spagnolo, gli automezzi, generalmente carichi di collettame, proseguono alla volta della Francia, per poi dirigere in altre Nazioni. Nel nostro Paese fanno prevalentemente ingresso attraverso il valico di Ventimiglia.

Itinerari alternativi sono rappresentati dalle tratte Tunisi - Trapani, Tangeri - Sète (Francia) e Tangeri - Southampton (Inghilterra); quest'ultima, soprattutto, prevede un percorso più articolato e dispendioso per gli automezzi che intendono raggiungere località quali Amsterdam, Anversa, Amburgo, Milano, occultando la provenienza del veicolo.

GABINETTO DEL MINISTRO

ATTIVITA' DEL MINISTERO DELL'INTERNO NEL SETTORE DEGLI
STUPEFACENTI1. Attività di prevenzione e repressione svolta dalle Forze di
Polizia

La considerazione dei dati relativi all'andamento del fenomeno droga nell'anno 1991 consente una valutazione nettamente positiva dell'attività di contrasto posta in essere dalle Forze di Polizia.

Ciò deriva dalla sperimentata attuazione delle nuove procedure operative introdotte dalla legge 162/90; anche se tali procedure (in primo luogo le consegne controllate e gli acquisti simulati di droga) hanno rivelato già nel 1990 la loro efficacia, nell'anno decorso le stesse sono state realizzate con sempre maggiore efficacia e con interventi migliorati sotto il profilo qualitativo, tanto che i risultati ottenuti nel 1990 - che costituivano già record assoluti di ogni tempo nel Paese - nel corso del 1991 sono stati ampiamente superati, spesso con incrementi percentuali elevatissimi e tali da costituire record assoluti non solo in Italia, ma nell'intera Europa. In particolare, si fa presente che:

- a) i sequestri di EROINA sono stati pari a Kg.1.537 (902 nel 1990), con un incremento pari al 70,2% ;
- b) i sequestri di COCAINA sono stati pari a Kg.1.280 (801 nel 1990), con un incremento del 60% ;
- c) i sequestri di CANNABIS sono stati pari a Kg.9.465 (7.901 nel 1990), con un incremento del 22% ;
- d) le operazioni antidroga contro il traffico e lo spaccio sono state 20.925 (16.608 nel 1990), con un incremento del 26% ;

GABINETTO DEL MINISTRO

e) le persone denunciate per i reati di cui sopra sono state 30.035 (contro le 24.647) con un incremento del 22% e, di queste, quelle arrestate sono state 22.506 (contro le 18.338) con un aumento del 22,7%.

In ordine ai decessi, anche nel 1991 si è rilevato un incremento: 1274 contro i 1161 (+ 113) dell'anno precedente. Deve, peraltro, essere evidenziato che:

- l'incremento dei decessi nel 1991 rispetto al 1990 (+9,5%) è il minore in assoluto sinora verificatosi nelle rilevazioni degli anni trascorsi (75% tra il 1987 e il 1986; 46% tra '88 e '87; 20% tra '89 e '88 e 18% tra 1990 e 1991).
- il numero dei tossicomani "anziani" (ultratrentenni) deceduti nel 1991, identificabili, nella quasi totalità dei casi, nelle persone giunte, dopo anni di tossicomania, agli stadi terminali della stessa, ha raggiunto la cifra di 362 unità (191 nel 1988, 262 nel 1989, 328 nel 1990). Rilevare che decedono con maggiore frequenza i "vecchi" tossicomani, può fondatamente - ed auspicabilmente - far ritenere che le nuove "iniziazioni" siano in regresso, a seguito di una campagna informativa sul fenomeno, sulle cause, sulle incidenze dello stesso sul sociale, certamente più penetrante e corretta, di quanto avveniva nel recente passato e resa possibile da finanziamenti "ad hoc", di notevole entità, previsti dalla nuova normativa.

In sintesi, si può affermare che l'azione di contrasto antidroga posta in essere dalle Forze di Polizia ha evidenziato l'assoluta positività delle procedure operative poste in essere a seguito dell'applicazione delle nuove norme della legge 162/90. Inoltre, le procedure in questione hanno consentito un notevole incremento della collaborazione internazionale tra la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga ed i Paesi, occidentali e non, che avevano già introdotto le procedure medesime.

GABINETTO DEL MINISTRO

Si soggiunge, al riguardo, che i Servizi Antidroga di diversi Paesi esteri hanno chiesto di poter conoscere, attraverso documentazione, conferenze, studi, ecc. la nuova legislazione italiana nel settore, ritenuta all'avanguardia in Europa.

In ordine all'applicazione della nuova normativa deve, peraltro, essere rappresentato che il dettato dell'articolo 11 del T.U. 309 in data 9.10.1990 non ha trovato completa esecuzione per difficoltà - non dipendenti dal Ministero dell'Interno - sorte per la destinazione all'estero di funzionari/ufficiali "esperti antidroga".

A distanza di 18 mesi dall'entrata in vigore della legge sono stati (ma solo nel 1991) inviati in tempi diversi all'estero n.6 esperti (rispettivamente una per CIPRO, MAROCCO, VENEZUELA, BOGOTA, e due in SPAGNA 2) mentre ancora non risultano decise dal Ministero degli Affari Esteri le assegnazioni di altri 10 funzionari/ufficiali, da tempo designati per ricoprire l'incarico in THAILANDIA, PERU, PAKISTAN, INGHILTERRA, PAESI BASSI, NIGERIA e TURCHIA, e per assegnare il "secondo esperto" nei Paesi, particolarmente a rischio, della COLOMBIA e del VENEZUELA.

Peraltro, con lettera del 14.11.1991 il Ministero degli Affari Esteri ha fatto presente che potrà far occupare le sedi proposte solo con decorrenza 1° luglio 1992, per motivi di ordine economico (indennità per il personale); al riguardo, si osserva che il citato articolo 11 ha concesso la somma di 4.000 milioni (comma 5) esclusivamente per le indennità all'indicato personale della Direzione Centrale Antidroga.

MODULARIO
INTERNO 314

MOD. 4 P.S.C.

Ministero dell'Interno

DIPARTIMENTO DELLA PUBBLICA SICUREZZA

DIREZIONE CENTRALE PER I SERVIZI ANTIDROGA

DATI NAZIONALI**SEQUESTRI**

Eroina.....Kg.
Cocaina"
Cannabis, suoi derivati
ed altri tipi"

1° Gennaio
31 Dicembre
1991 (*)1° Gennaio
31 Dicembre
19901.536,401
1.279,421
9.645,000902,693
801,620
7.901,675**OPERAZIONI-CONTRO IL****TRAFFICO E LO SPACCIO**(Legge 22/12/75 n.685 e
successive modifiche)

n. 20.925

16.608

PERSONE SEGNALATE

in stato di:

Arreston.
Liberta'n.
Irreperibilita'...n.

22.506
7.297
22218.338
6.050
259

T o t a l e n.

30.025

24.647

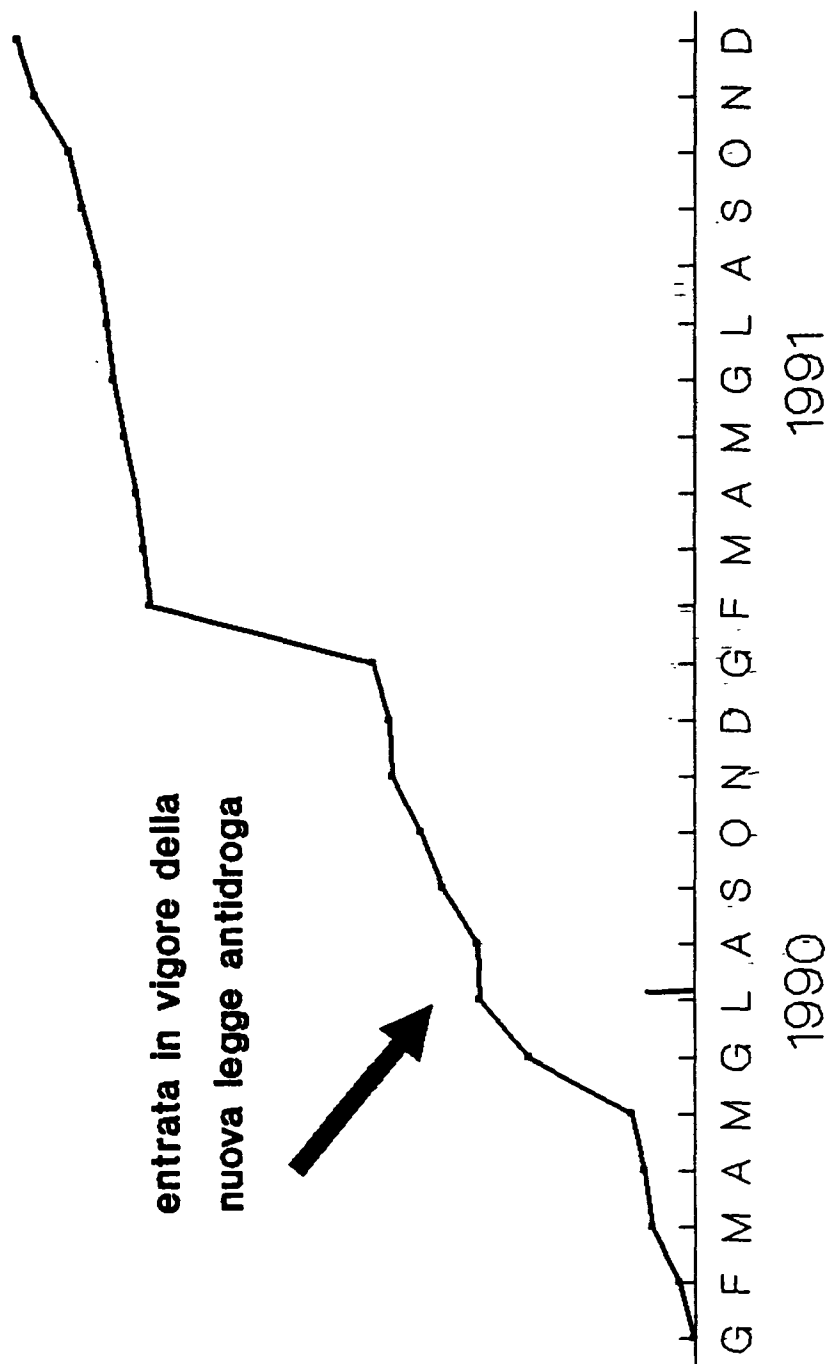
DECESSI DI ASSUNTORI DI DROGAn.

1.274

1.161

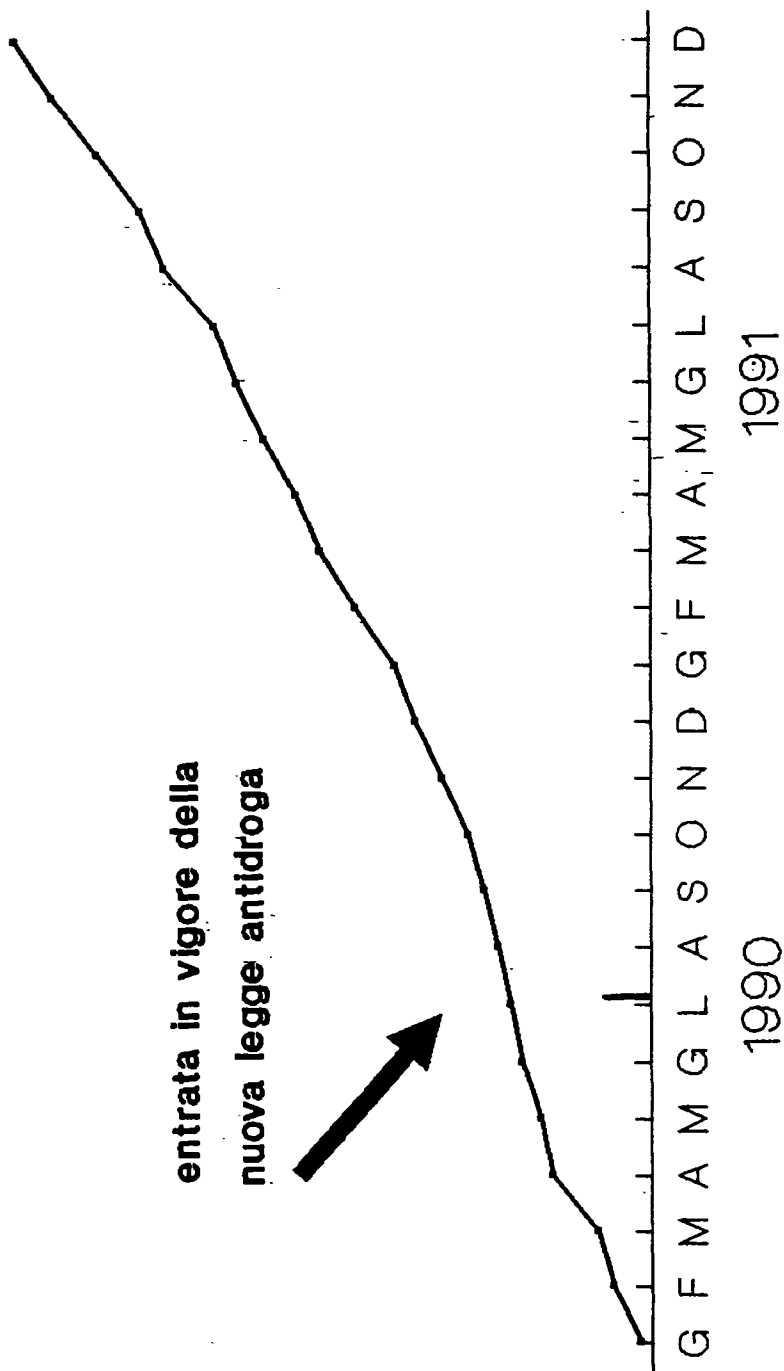
(*) DATI PROVVISORI ELABORATI IL 03/01/1992.

TREND D'INCREMENTO DEI SEQUESTRI DI CANNABIS E DER. NEL BIENNIO 90/91



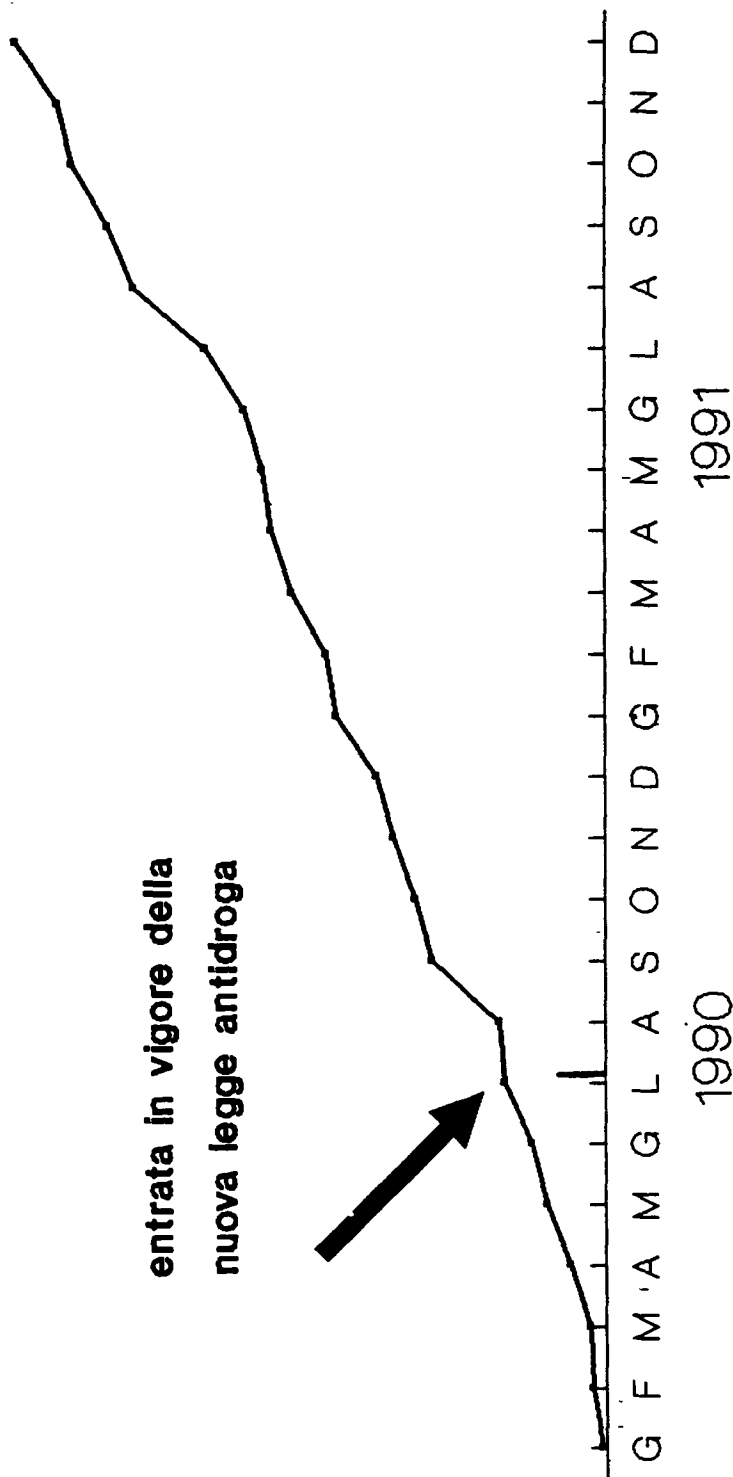
fonte DCSA

TREND D'INCREMENTO DEI SEQUESTRI DI HEROINA NEL BIENNIO 90/91



fonte DCSA

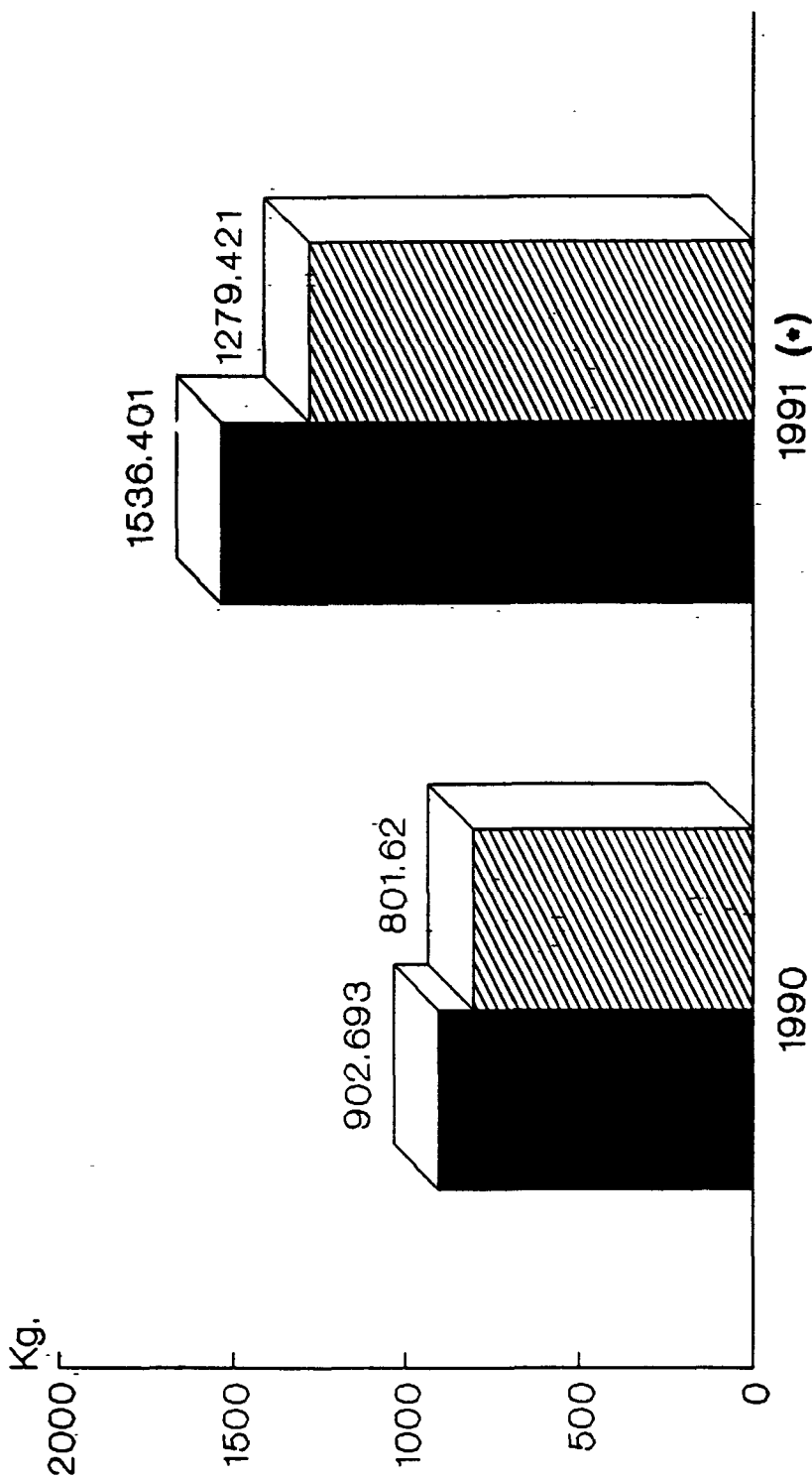
TREND D'INCREMENTO DEI SEQUESTRI DI COCAINA NEL BIENNIO 90/91



fonte DCSA

Andamento dei sequestri nel biennio 1990/1991

■ EROINA ▨ COCAINA

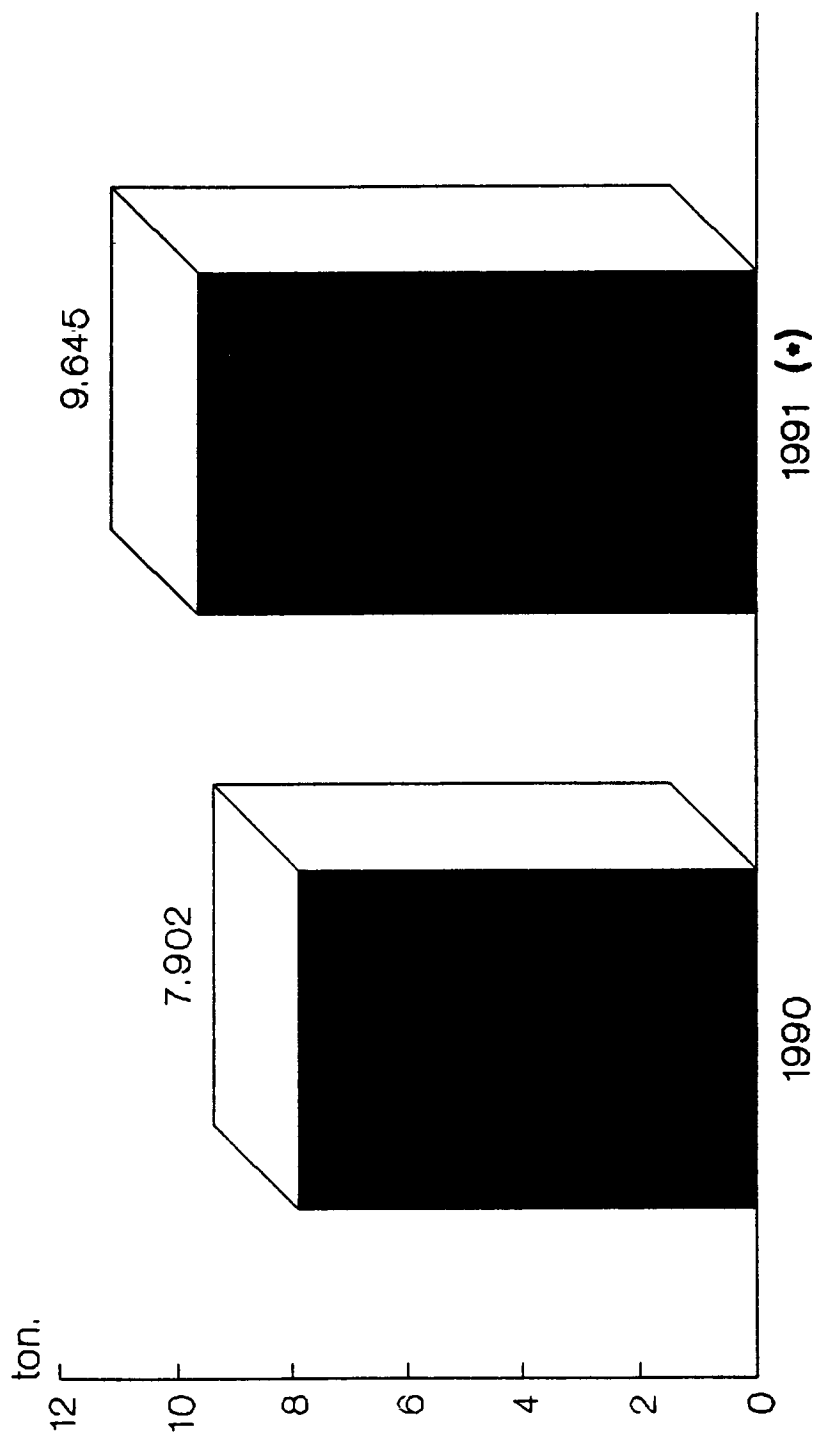


(*) dati provvisori elaborati il 7.1.92

fonte DCSA

Andamento dei sequestri nel biennio 1990/1991

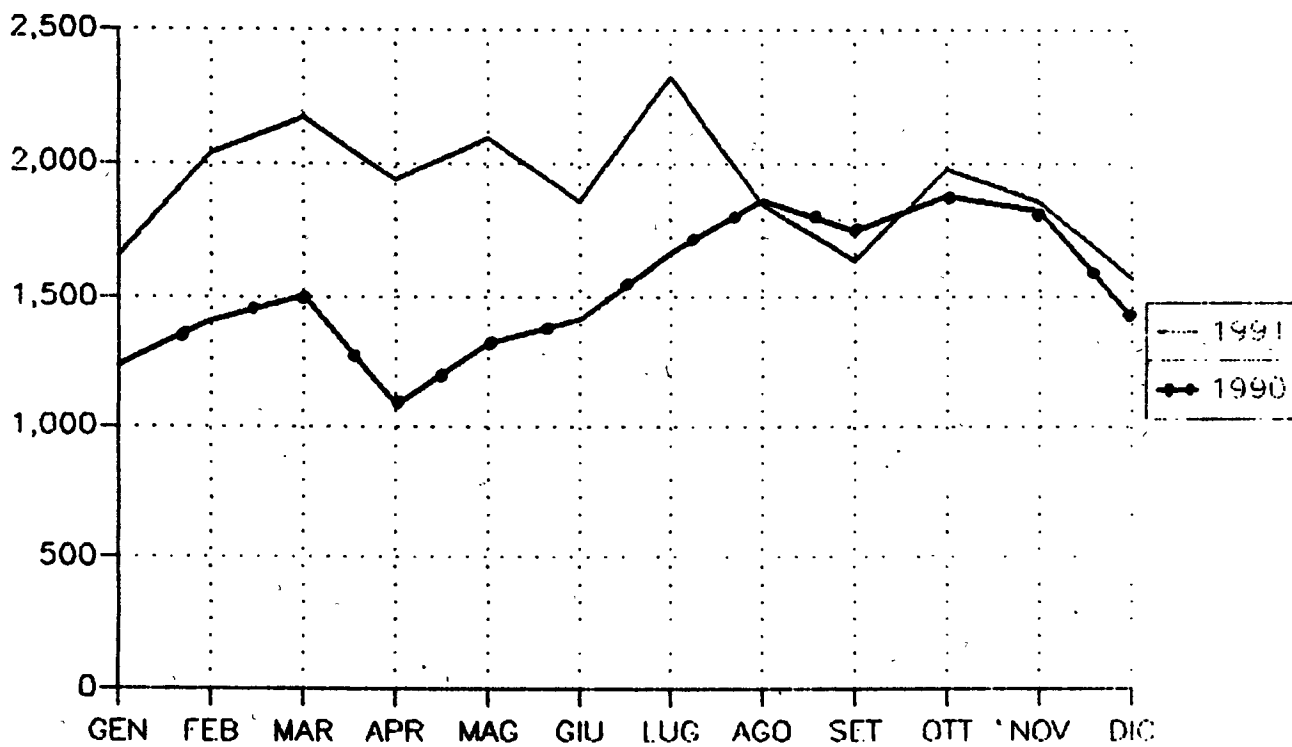
■ CANNABIS E DERIVATI



dati provvisori elaborati il 7.1.92

fonte DCSA

PERSONE ARRESTATE PER TRAFFICO E SPACCIO



ARRESTATI PER HEROINA

	PERSONE ARRESTATE ANNO 1991	PERCENTUALE SUL TOTALE NAZIONALE ARRESTATI NR. 22.946
da gr. a gr. 0,001 0,099	10	0,04
da gr. a gr. 0,100 0,200	118	0,51
da gr. a gr. 0,210 0,500	454	1,97
da gr. a gr. 0,510 1	892	3,88
da gr. a gr. 1,010 2	1.579	6,88
da gr. a gr. 2,010 5	2.976	12,96
da gr. a gr. 5,010 30	4.514	19,67
da gr. a gr. 30,010 100	1.323	5,76
Superiore a gr. 100,001	1.207	5,26
T O T A L E	13.073	

ARRESTATI PER COCAINA

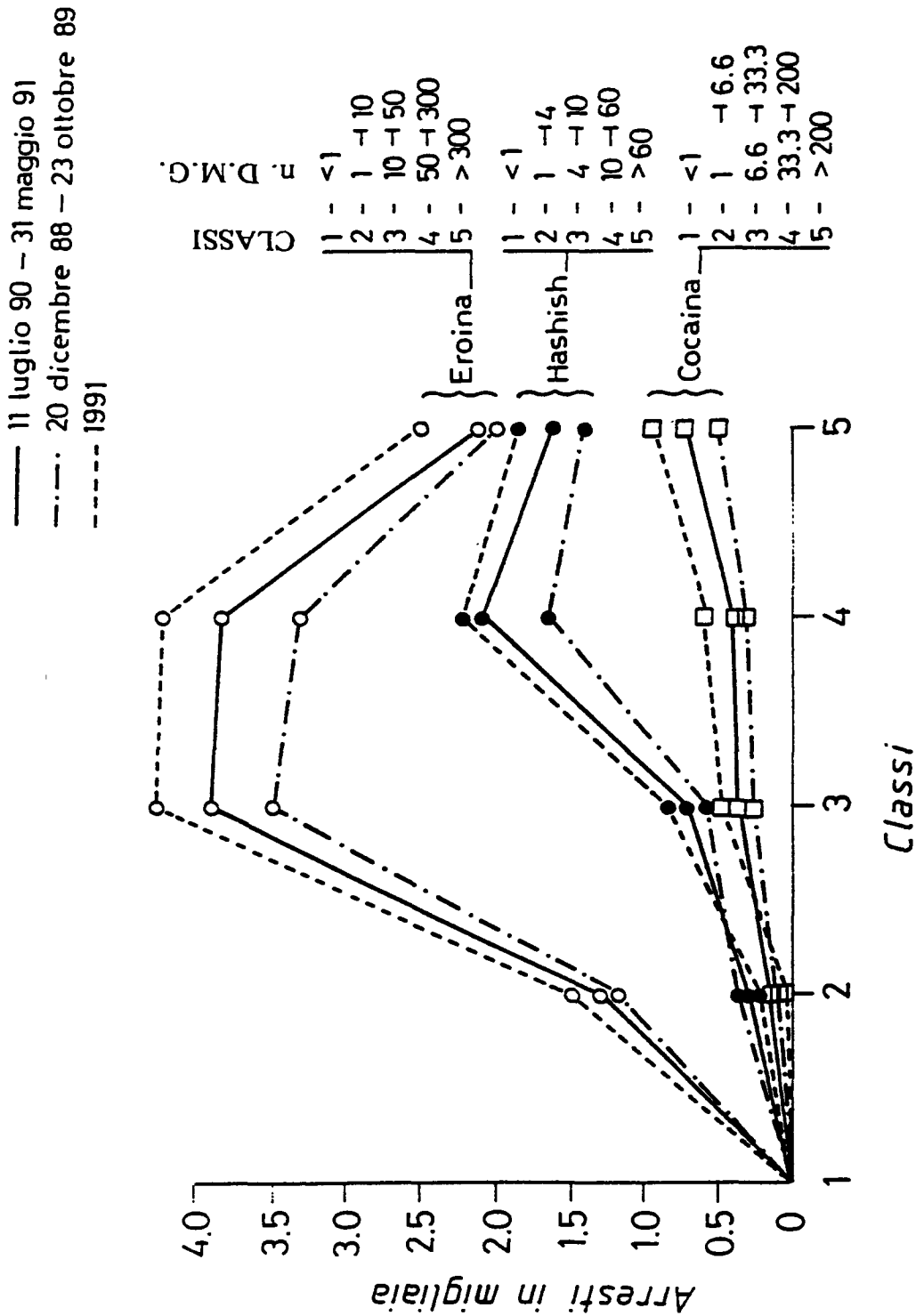
	PERSONE ARRESTATE ANNO 1991	PERCENTUALE SUL TOTALE NNAZIONALE ARRESTATI NR. 22.946
da gr. a gr. 0,100 0,150	2	0,008
da gr. a gr. 0,151 0,300	20	0,08
da gr. a gr. 0,301 1	147	0,64
da gr. a gr. 1,001 2	149	0,64
da gr. a gr. 2,001 5	364	1,58
da gr. a gr. 5,001 30	577	2,51
da gr. a gr. 30,001 100	239	1,04
Superiore a gr. 100,001	667	2,90
T O T A L E	2.165	

ARRESTATI PER HASHISH

	PERSONE ARRESTATE ANNO 1991	PERCENTUALE SUL TOTALE NAZIONALE ARRESTATI NR. 22.946
da gr. a gr. 0,100 0,500	30	0,13
da gr. a gr. 0,501 1	58	0,25
da gr. a gr. 1,001 2	209	0,91
da gr. a gr. 2,001 5	704	3,06
da gr. a gr. 5,001 30	2.366	10,31
da gr. a gr. 30,001 100	947	4,12
Superiore a gr. 100,001	1.086	4,73
T O T A L E	5.400	

DATI ELABORATI IL 24/01/1992

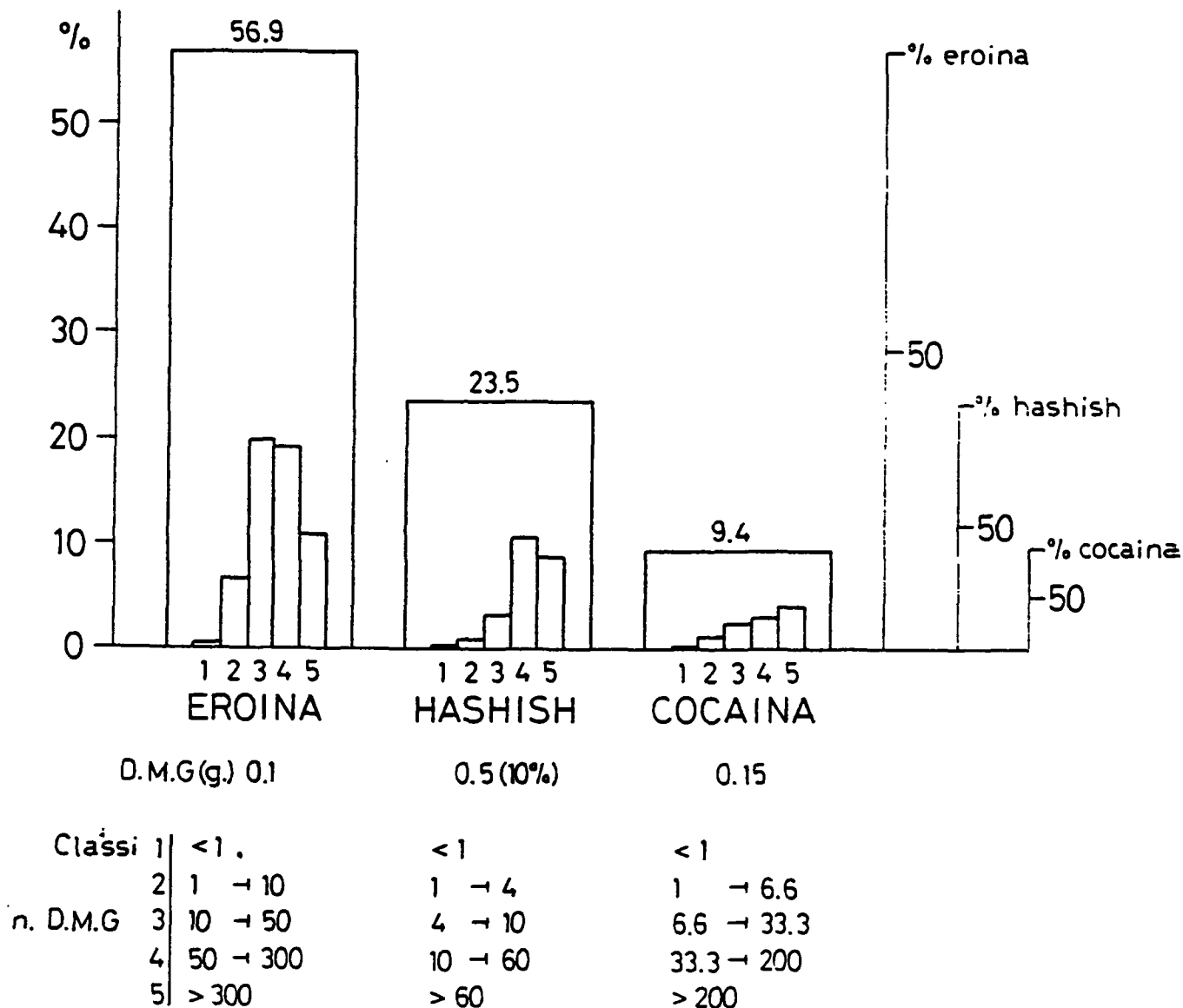
X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI



Classi di sostanze sequestrate in rapporto al numero degli arresti.
 I sequestri di sostanze stupefacenti sono raggruppati in classi secondo il numero di D.M.G. ricavabili tenendo conto del solo peso grezzo.
 E' evidente l'andamento parallelo nel tempo e nelle classi associate all'arresto per ciascuno dei tre gruppi considerati.

Percentuale persone arrestate per sostanza sul totale nazionale arrestati (n. 22.946)

% classi n. D.M.G. per ogni sostanza - Italia 1991



Distribuzione, in base alla sostanza stupefacente sequestrata, delle persone arrestate tenendo conto del totale dei soggetti per ogni sostanza e delle classi di riferite alle D.M.G..

Si evince che gli arresti interessano quasi esclusivamente quantità assai superiori alla D.M.G..

Parte Terza

*Le attività internazionali, i centri di
rilevamento, elaborazione e
documentazione*

*(Dati ed elementi forniti dai Ministeri degli esteri, dell'interno e
della sanità)*

PAGINA BIANCA

Roma, 28 gennaio 1992

RELAZIONE ANNUALE AL PARLAMENTO SULLE STRATEGIE ANTIDROGA

Attività internazionale in materia di lotta alla droga

Il Consiglio Europeo di Roma, approvando il Piano Europeo di lotta alla droga predisposto dal Comitato Europeo di Lotta alla Droga (CELAD) sotto la Presidenza italiana, lo ha anche invitato a fare rapporto al Consiglio stesso sulla realizzazione di tale strategia globale

1) In tale quadro viene in primo luogo in considerazione la creazione di un Osservatorio Europeo sulla droga, che potrebbe fornire la base, nella nostra ottica, per la costituzione di un'Agenzia in grado di assumere tutta l'attività comunitaria in tale complesso settore. L'Osservatorio dovrebbe avvalersi di "antenne" nazionali, in molti Stati membri già in funzione, ed offrire l'indispensabile base conoscitiva comune all'opera di coordinamento delle varie politiche nazionali di lotta alla droga. Le modalità della sua realizzazione, approvata dal Consiglio Europeo di Lussemburgo in giugno, hanno fatto oggetto di proposte della Commissione al Consiglio, attualmente all'esame di un gruppo di esperti.

2) Tra le realizzazioni del CELAD nel medio termine si colloca anche l'organizzazione di una Settimana europea a favore della prevenzione. Ad una manifestazione a livello comunitario dovrebbero collegarsi contemporanee iniziative nazionali, in grado di porre l'accento su determinate realtà locali, in Italia la diffusione della droga nei mondo del lavoro.

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

3) Tutti i Paesi membri hanno inoltre firmato la Convenzione del 1988 contro il traffico illecito di stupefacenti e le sostanze psicotrope. A tutt'oggi cinque Paesi e la Comunità hanno già depositato i rispettivi strumenti di ratifica (Italia, Francia, Portogallo, Spagna e Regno Unito). E' prevista tuttavia per il prossimo futuro, ed in molti casi entro la fine dell'anno, la ratifica da parte di altri Stati membri.

4) La cooperazione con i Paesi produttori o di transito costituisce anche un'importante aspetto della nostra strategia di lotta alla droga nella convinzione che tutti gli Stati, e non solo quelli di consumo, abbiano uguali responsabilità di fronte al fenomeno droga. In questo contesto assume particolare rilevanza la collaborazione con il Programma Internazionale delle Nazioni Unite per il Controllo della Droga (UNDCP), che raggruppa tre preesistenti organismi dell'ONU, e che la Comunità e gli Stati membri sostengono con un apporto finanziario che vede, tra l'altro, l'Italia al primo posto tra i maggiori donatori.

5) Sempre sul piano della cooperazione con altre istanze internazionali, in particolare il Gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa, va ricordata la riunione ad Oslo, lo scorso maggio, dei Ministri europei responsabili per la lotta alla droga. Si è trattato della prima Conferenza a livello regionale sugli strumenti di lotta alla droga sul piano europeo, realizzata a seguito di una nostra precisa azione, cui farà seguito un'attività comune tesa al rafforzamento della cooperazione tra gli organismi preposti alla lotta alla droga. Alla Conferenza si è, tra l'altro, posto il problema dei rapporti con i Paesi dell'Est: la Dichiarazione finale auspica infatti che gli accordi di associazione tra la Comunità e Polonia, Ungheria e

Cecoslovacchia contengano specifiche disposizioni sulla cooperazione nella lotta al narcotraffico.

6) Le connessioni fra crimine organizzato e traffico illecito di stupefacenti che per le sue stesse caratteristiche - dimensione transnazionale, complessa articolazione, necessita di ampie risorse finanziarie - e divenuto una delle principali sfere di attivita dei grandi gruppi criminali, richiedono una sempre piu stretta cooperazione tra gli Stati, in particolare a livello comunitario.

In tale contesto al Consiglio Europeo di Lussemburgo dello scorso giugno e stata esaminata la proposta della creazione di un Ufficio Europeo di Informazione sulla droga (Europol), che dovrebbe fornire la base conoscitiva indispensabile alla lotta al narcotraffico ed alla criminalita organizzata. Su di esso, i Ministri europei responsabili per la droga, riuniti all'Aja ai primi di dicembre, hanno sottoposto proposte concrete al Consiglio Europeo di Maastricht. La decisione presa a Maastricht auspica la creazione dell'Europol per il 1994.

L'Ufficio inoltre, almeno in una prima fase, sara privo di poteri esecutivi, dovra concentrare la propria attivita sul traffico di sostanze stupefacenti di maggiore rilevanza per la Comunita europea nonche sulle relative misure di contrasto. Esso dovrebbe evolvere a partire dalla Unita Informativa Europea sulla Droga (EDIU) approvata dai Ministri TREVI nel corso della riunione di Lussemburgo dello scorso giugno. Per la sede di tale organismo Germania ed Italia hanno offerto la propria disponibilita. Vi e anche una candidatura dell'Interpol di Lione.

Cooperazione bilaterale

Tre nuovi accordi di cooperazione sono stati firmati nel campo della lotta alla droga, con il Messico (8 luglio), con l'Albania (24 agosto) e con il Perù (25 ottobre). Ciò

porta a ventidue il totale degli accordi firmati in materia dal nostro Paese.

Tre ulteriori accordi sono in fase di elaborazione, con il Brasile, l'Arabia Saudita e la Colombia.

Sempre nel quadro della nostra strategia di rafforzamento della collaborazione bilaterale internazionale in materia di lotta alla droga, sei esperti dei 20 previsti dall'articolo 11 del D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309, sono già stati inviati presso le nostre rappresentanze diplomatico-consolari. Gli altri, già designati, dovrebbero seguire nel prossimo futuro.

MINISTERO DELLA SANITA'

PARTECIPAZIONE AD ATTIVITA' INTERNAZIONALI

Partecipazione ai lavori delle Comunità Europee

La legge n.162 prevede la partecipazione del Ministero della sanità ai rapporti sul piano internazionale, con gli organismi internazionali competenti nel settore (art.2, punto b Testo Unico DPR 309 del 9 ottobre 1990). Nel 1991 i relativi lavori a livello internazionale riguardano l'applicazione di quanto fu concordato in ambito Comunità Europee, nel dicembre 1990 sotto la Presidenza Italiana. Tale Presidenza ha consentito al Ministero della sanità di curare nell'ambito dei gruppi ad hoc tossicodipendenze e AIDS (istituiti in seno al Consiglio delle Comunità Europee), che i documenti da questi gruppi predisposti per l'approvazione dei Ministri della sanità nel dicembre 1990, e quindi per l'applicazione degli stessi nel 1991, fossero in linea con gli aspetti più innovativi nella nuova normativa italiana.

In particolare il gruppo ad hoc tossicodipendenze durante i lavori coordinati dalla Presidenza italiana (2° semestre 1990) aveva avuto mandato dal Comitato Europeo di lotta antidroga

(CELAD) di esaminare il progetto di "Piano europeo di lotta alla droga", relativamente alle tematiche socio-sanitarie al fine di definire una stesura concordata tra i 12 Paesi membri.

I risultati di tale lavoro furono presentati dal CELAD al Consiglio Europeo di Roma del 13-14 dicembre 1990 che li approvò nell'ambito del Piano europeo di lotta alla droga (cfr Bollettino Farmacodipendenze e Alcoolismo n.4/1991).

Inoltre i lavori del gruppo ad hoc tossicomania e del gruppo ad hoc AIDS portarono alla definizione di due risoluzioni su tali tematiche, approvate dal Consiglio dei Ministri della sanità del 3 dicembre 1990 (cfr Bollettino Farmacodipendenze e Alcoolismo n.4/1991)

La Presidenza italiana poté far partecipare gli Stati membri degli orientamenti italiani in tema di prevenzione, di trattamento e di formazione del personale, ottenendo il consenso dei rappresentanti dei Ministeri della sanità dei "dodici".

In tal senso i suddetti documenti, approvati dai rappresentanti di governo, rispecchiano in gran parte gli indirizzi che, a livello italiano, sono stati emanati nel 1991 tramite i decreti applicativi della nuova legge.

Tra questi è stata approvata a livello internazionale la necessità che gli Stati membri:

- offrano tramite i propri servizi pubblici i principali tipi di trattamento medico, psicologico e sociale;

- attuino tramite i suddetti servizi interventi per la prevenzione delle infezioni da HIV tra i tossicodipendenti nonché per la gestione socio-sanitaria della sieropositività, riducendo attraverso gli opportuni interventi (compreso l'uso di nuovi tipi di siringhe) morbosità e mortalità connesse con l'uso parenterale di sostanze stupefacenti;

- procedano alla valutazione degli interventi attuati e dei trattamenti adottati;

- utilizzino nuove metodiche di prevenzione e di formazione del personale risultate efficaci.

I suddetti punti sono stati recepiti dall'Italia nei diversi decreti del Ministro della sanità entrati in vigore nel 1991,

quali il D.M. 444 (entrata in vigore il 31 gennaio 1991), il D.M. 445 (entrato in vigore il 31 gennaio 1991), il D.M. 448 (entrato in vigore l'8 febbraio 1991), il D.M. sulla produzione delle siringhe monouso autobloccanti (con previsione d'avvio di detta produzione non oltre il 1 luglio 1991).

I lavori svoltisi nel 1991 nel gruppo ad hoc Tossicodipendenze sono stati finalizzati allo scambio di esperienze degli Stati membri sull'applicazione del citato Piano Europeo di lotta alla droga ed hanno portato, al fine di un sistematico e periodico monitoraggio dei relativi interventi, alle "Conclusioni" del Consiglio e dei Ministri della sanità degli Stati membri del 4 giugno 1991 con le quali si è stabilito (cfr. Bollettino Farmacodipendenze e Alcolismo n.4/1991):

a) che le politiche attuate in materia di tossicodipendenza dagli Stati membri "formino oggetto di regolare controllo" tramite relazione periodica annuale da stilare da parte della Commissione della CEE (Rapporto degli Stati membri sulla riduzione della domanda di droga);

b) che detta relazione debba contenere specifiche informazioni (elencate nelle "Conclusioni" stesse) relativamente alle strategie adottate;

c) che l'istituendo Osservatorio Europeo sulla Droga, proposto nel dicembre del 1990 dal citato Piano Europeo di lotta alla Droga, debba essere utilizzato anche al fine di avere un quadro degli interventi adottati dagli Stati membri in tema di riduzione della domanda di droga.

Nel 1991, inoltre, il Ministero della sanità ha partecipato alla fase iniziale di un progetto, finanziato dalla Commissione delle Comunità Europee, relativo alla "Epidemiology of Drug Related Deaths in Europe: Research Issues and Preventive Implications" il cui gruppo di esperti nazionali, coordinato dall'Institut de Recherche en Epidemiologie de la Pharmacodependance (IREP) francese si è riunito a Parigi per l'avvio del progetto.

Il Rapporto finale che contiene relazioni nazionali in merito alle questioni definitorie e metodologiche della ricerca

epidemiologica sul fenomeno della mortalità dei tossicodipendenti, sarà presentato nei primi mesi del 1992 alla Commissione delle Comunità Europee.

Infine il Ministero ha preso parte al terzo meeting per l'elaborazione del citato Rapporto degli Stati membri sulla riduzione della domanda di droga, svoltosi a Lussemburgo presso la Divisione sanità e sicurezza del Direttorato generale del lavoro, Relazioni industriali e affari sociali della Commissione delle Comunità Europee.

Il Rapporto conclusivo, che raccoglie per ciascuno dei dodici Stati membri ogni singola notizia riguardante le attività intraprese e i fondi devoluti alla cura, prevenzione e riabilitazione delle tossicodipendenze, sarà presentato alla Commissione delle Comunità Europee nel prossimo mese di febbraio 1992, e sarà diffuso in Italia tramite il Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo del Ministero della sanità così come è stato fatto per il 1° Rapporto (cfr Bollettino n.4/1991).

Collaborazione con l'Organizzazione mondiale della sanità

Al fine di dare appoggio concreto al nuovo programma sulle sostanze d'abuso (P.S.A.) dell'O.M.S. avviato nel 1990, il Ministero della sanità ha offerto la propria disponibilità a collaborare tramite il Servizio centrale per le dipendenze da alcol e sostanze stupefacenti (Se.Ce.D.A.S.) agli interventi dell'O.M.S. nel settore.

Nel luglio del 1991 il Direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità ha ufficialmente accettato tale disponibilità da concretizzare tramite l'istituzione di un centro collaborativo dell'O.M.S. nell'ambito del Se.Ce.D.A.S. per le attività di formazione e di ricerca.

Sono attualmente in corso le procedure per la formalizzazione di tale incarico.

Tale centro svolgerà le proprie attività sia sul piano documentale che su quello operativo.

Fungerà infatti sia da centro di documentazione a livello internazionale sulla formazione delle diverse figure professionali impegnate nel settore, sia quale centro di formazione per l'organizzazione e l'attuazione dei corsi internazionali.

LE ATTIVITA' SVOLTE NEL SETTORE DEL TABAGISMO

In attuazione di quanto è previsto dalla legge n.162 del 1990, il decreto del Ministro della sanità del 25 luglio 1990 relativo alla istituzione presso il Ministero della sanità, del Servizio centrale per le dipendenze da alcool e sostanze stupefacenti o psicotrope, all'art.2 ha previsto la istituzione di uno specifico settore che si occupa del tabagismo, affidandogli i seguenti compiti:

- proposte per l'indirizzo e il coordinamento delle attività dirette alla prevenzione ed al trattamento delle dipendenze da tabacco;
- documentazione, studi, sperimentazione, consulenza, vigilanza tecnica e valutazioni sulle attività svolte dalle strutture interessate del Servizio sanitario nazionale in materia di lotta al tabagismo;
- rapporti con gli organismi internazionali per le materie di competenza;
- attuazione, anche in collaborazione con le altre amministrazioni di iniziative di carattere informativo ed educativo e di formazione degli operatori;
- elaborazione di criteri per il finanziamento di interventi specifici nel settore.

In attuazione di tale previsione, il Servizio centrale ha partecipato all'approntamento dei seguenti atti:

- 1) decreto interministeriale del 16 luglio 1991 ("Specifiche disposizioni tecniche per il condizionamento e l'etichettatura dei prodotti di tabacco") a modifica - come da sentenza del T.A.R. Lazio n.742/91 - dei commi 2 e 3 dell'art.3 del decreto interministeriale 31 luglio 1990 ("Specifiche disposizioni

tecniche per il condizionamento e l'etichettatura dei prodotti di tabacco confermente alla direttiva del Consiglio delle comunità europee n.89/622/CEE");

2) decreto interministeriale 11 novembre 1991 "Modificazioni dei decreti ministeriali 31 luglio 1990 e 16 luglio 1991, relativi alle avvertenze sanitarie da apporre sui condizionamenti dei prodotti da fumo, in attuazione della direttiva 89/622/CEE";

3) disegno di legge sul divieto di fumare nei locali pubblici ed aperti al pubblico e sui mezzi di trasporto, esaminato dal Consiglio dei Ministri nella seduta del 28 dicembre 1991. Tale disegno di legge che fa seguito alla risoluzione CEE 89/C/189 del 18 luglio 1989, in base alla quale gli Stati membri sono invitati ad adottare misure di in materia di fumo nei luoghi aperti al pubblico e sui mezzi di trasporto collettivo, stabilisce tra l'altro:

- il divieto assoluto di fumare nelle scuole di ogni ordine e grado e nelle altre istituzioni scolastiche ed educative ivi compresi i conservatori di musica e le accademie, nelle strutture destinate ad erogare servizi ai minori, negli autoveicoli di proprietà dello Stato, di Enti pubblici e di privati concessionari di pubblici servizi di trasporto collettivo di persone, nonché negli autoveicoli di trasporto pubblico, negli aeroplani di linea delle rotte nazionali ed internazionali di durata non superiore alle due ore, nei corridoi delle carrozze ferroviarie, oltre che negli scompartimenti di cui all'art.28 del DPR 11 luglio 1980 n.753;

- divieto di fumare nelle strutture pubbliche con talune eccezioni, quando ne sussitano le condizioni ambientali.

Sempre in materia di tabagismo è stato affidato alla Lega italiana per la lotta contro i tumori il compito di organizzare alcuni corsi per la disassuefazione dal fumo.

In sede internazionale è stata fornita la collaborazione del Servizio nella definizione dei seguenti atti:

1) progetto di direttiva del Consiglio recante modifica della direttiva 89/622/CEE, concernente il riavvicinamento delle

disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative degli Stati membri riguardanti l'etichettatura dei prodotti di tabacco;

2) progetto di direttiva comunitaria in materia di pubblicità dei prodotti di tabacco.

"OSSERVATORIO PERMANENTE SUL FENOMENO DROGA"

- Istituito nel giugno 1984 presso il Ministero dell'Interno dal Comitato di Coordinamento Nazionale per l'Azione Antidroga.
- Riconosciuto con legge 297/1985, che prevede fra l'altro l'assegnazione di contributi finanziari agli Enti ed Associazioni che svolgono attività per il recupero ed il reinserimento dei tossicodipendenti. Tali contributi fin dal 1985 vengono ripartiti sulla base dei dati forniti dall'"Osservatorio".
- A partire dal luglio 1984 pubblica con periodicità semestrale e fornisce a tutti i livelli istituzionali dati relativi a peculiari aspetti del fenomeno, dati che vengono forniti tramite le Prefetture dalle strutture sanitarie pubbliche, dalle comunità terapeutiche residenziali e dalle strutture socio-riabilitative operanti nel Paese nel settore.
- L'art. 1 sia della legge 162/1990 che del successivo T.U. delle leggi in materia di droga, approvato con D.P.R. 9 ottobre 1990 n. 309, sanciscono, fra l'altro, l'ampliamento e l'approfondimento, sia a livello centrale che perife-

rico, dell'attività di documentazione dell'"Osservatorio permanente sul fenomeno droga", che viene elevato a strumento conoscitivo del "Comitato Nazionale di Coordinamento per l'Azione Antidroga".

La norma stabilisce infatti che - sulla base delle direttive e dei criteri diramati dal "Comitato" - l'"Osservatorio" acquisisca con la collaborazione delle Amministrazioni Centrali dello Stato e delle Amministrazioni Locali, i dati epidemiologici relativi al fenomeno delle tossicodipendenze non solo sotto l'aspetto della prevenzione e della repressione nel settore degli stupefacenti, ma anche sotto il versante sanitario e sociale.

- Come si evince dai lavori preparatori, del citato disegno di legge 162/1990, il Legislatore ha voluto "istituire un idoneo strumento conoscitivo di supporto all'azione antidroga, allo scopo di ovviare al rischio di frammentazione dei flussi informativi, che non altera in alcun modo gli equilibri fra le competenze delle varie Amministrazioni pubbliche e dà vita ad un organismo di particolare autorevolezza e funzionalità".

A tal fine, l'"Osservatorio", con lo stesso spirito con cui ha finora operato dal giugno 1984, si pone come struttura di servizio a disposizione oltrechè del Governo, anche delle Amministrazioni Centrali dello Stato e di quelle Locali.

PROGRAMMA SPERIMENTALE DI INFORMATIZZAZIONE INTEGRATA
MEDIANTE L'AMPLIAMENTO E L'APPROFONDIMENTO
DEL QUADRO CONOSCITIVO NAZIONALE REALIZZATO
DALL'"OSSERVATORIO PERMANENTE SUL FENOMENO DROGA"

Per quanto concerne lo stato di attuazione del Programma sperimentale di informatizzazione del quadro conoscitivo nazionale sull'andamento delle tossicodipendenze, avviato sin dal 1984, dall'"Osservatorio permanente sul fenomeno droga", si porta a conoscenza che il 16.12.1991 si è tenuta la 1^a Riunione del Comitato scientifico di indirizzo e vigilanza, istituito con decreto del Ministro dell'Interno allo scopo di assistere l'"Osservatorio" nella realizzazione dei Progetti, finanziati dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri (ex art. art. 127 T.U. Leggi in materia di droga, approvato con D.P.R. 309/1990) e di sovrintendere alla loro attuazione attraverso l'esame di periodici "progress intermedi".

Al riguardo, si precisa che non preesisteva in materia un precedente che potesse essere ritenuto di sicuro riferimento, ad eccezione del Progetto "Repertorio annuale sulle tossicodipendenze" ed altri Progetti, effettuati in convenzione negli anni scorsi tra il Ministero dell'Interno - Direzione Generale dei Servizi Civili - e la Fondazione Labos, che presentano però solo aspetti analogici marginali con quello in oggetto.

Il "Programma sperimentale" approvato e finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, gravante sull'Esercizio Finanziario del 1991 - residuo 1990 - (il cui importo complessivo è di f. 1.600.000.000), è stato analiticamente esaminato dal predetto Comitato Scientifico.

Il Progetto in argomento si articola in tre sotto-Progetti:

- a) Il primo, consiste in una Consulenza che viene fornita dall'Agenzia Labos, volta ad affiancare ed integrare le risorse dell'"Osservatorio" al fine di potenziare la strumentazione informatica, la qualità del flusso informativo, il paniere informativo e la strategia interpretativa.

- b) Il secondo si concretizza in un'indagine qualitativa effettuata in collaborazione con la Logos Ricerche volta ad individuare i fattori di natura psico-sociologica che possono favorire od ostacolare il processo di reinserimento sociale del tossicodipendente, per la costruzione di una metodologia capace, da un lato, di attivare i processi di modificazione e, dall'altro, di coglierne le modalità evolutive. Tale indagine è prevista dall'art. 1, comma 8, lettera b, del citato T.U. (D.P.R. 309/1990).
- c) Il terzo, elaborato dal CED della Direzione Generale per l'Amministrazione Generale e per gli Affari del Personale, consiste in un ampliamento dell'apparato hard-ware, predisposto per la rilevazione informatica dei dati, effettuata tramite le Prefetture in vista di una interconnessione con i CED delle Amministrazioni interessate. Quest'ultimo sotto-Progetto va ad integrarsi con il primo indicato al punto a), che ne costituisce il supporto soft-ware.

La ristrutturazione in atto della Banca dati dell'Osservatorio consentirà di gestire in forma assolutamente anonima i dati appresso indicati nonché la loro acquisizione e relativa diffusione attraverso servizi telematici:

- lo stato delle tossicodipendenze in Italia (tossicodipendenti in trattamento presso le strutture sanitarie pubbliche e le comunità terapeutiche residenziali; detentori di sostanze stupefacenti in dose inferiore alla d.m.g. segnalati; decessi; arresti; assuntori di droga negli istituti penali e durante il servizio militare);
- l'applicazione dell'art. 75 - T.U. 309/90;
- i dati sulle tossicodipendenze e le attività del Ministero della Sanità;
- la lotta al narcotraffico;
- l'attività di prevenzione, recupero e reinserimento dei soggetti tossicodipendenti.

A tali informazioni si potrà accedere, attraverso un collegamento con l'apparecchiatura OSF/Janus gateway generalizzato per colloquio tra architetture di rete Bull/Dsa ed IBM che verrà installato ed attivato entro l'anno, da un qualsiasi terminale della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Comitato Nazionale di coordinamento

per l'azione antidroga, del Ministero della Sanità, del Ministero di Grazia e Giustizia, del Ministero della Difesa, dell'Istituto Centrale di Statistica, etc. Inoltre la sopracitata apparecchiatura consentirà di collegare i sistemi informativi di tutte le Amministrazioni interessate al fenomeno droga.

I 3 sotto-Progetti in argomento sono stati sottoscritti ed approvati in tempo ai fini dell'impegno della relativa spesa entro il 31.12.1991.

Dal punto di vista meramente operativo, le Agenzie citate, opereranno nella fase esecutiva in stretta collaborazione con l'"Osservatorio", servendosi dell'apparato informatico delle Prefetture, in conformità delle direttive del Comitato Nazionale di Coordinamento per l'Azione Antidroga.

In relazione al problema della duplicazione di informazioni sul fenomeno droga, rilevata da parte degli "Osservatori" dell'Interno e della Sanità (problema che si è posto sin dal 1984, epoca delle prime rilevazioni nel settore) l'"Osservatorio permanente sul fenomeno droga" di questo Ministero, ha sempre concordato sulla necessità di costituire un "Sistema informativo integrato" capace di corrispondere alle diverse esigenze conoscitive istituzionali, attraverso l'unificazione dei due flussi informativi esistenti.

Ciò premesso, da un primo confronto delle schede di rilevazione dati, utilizzate attualmente dai due "Osservatori", emerge che gli aspetti epidemiologici-sanitari, che sono di competenza della Sanità, non vengono rilevati direttamente dall'Osservatorio, elevato a strumento conoscitivo del Governo dall'art. 1 della Legge 162/1990 e del successivo T.U. delle Leggi in materia di droga sopracitato.

Inoltre, per quanto concerne le rilevazioni su altri peculiari aspetti del fenomeno giova sottolineare che, nonostante i dati vengano rilevati dai due "Osservatori" con metodologie diverse e in momenti diversi, sono coerenti tra loro ed entrambi confermano il trend del fenomeno analizzato.

Tuttavia, al fine di ridurre il disagio nella raccolta e nella trasmissione dei dati, lamentato per ultimo dalla Regione Lombardia e da alcune unità sanitarie locali, sono

state proposte dall'"Osservatorio permanente sul fenomeno droga", al fine del coordinamento delle attività informative, varie soluzioni che potranno essere esaminate in incontri tra i rappresentanti delle due Amministrazioni, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, in sede di Comitato Nazionale di Coordinamento per l'Azione Antidroga.

Attività di studio, ricerca e documentazione

Proseguendo un impegno già ampiamente assolto negli ultimi anni, la Direzione generale ha sviluppato anche nel corso del 1991 una notevole attività di studio, ricerca e documentazione, avvalendosi della collaborazione del LABOS (Laboratorio per le politiche sociali).

Le iniziative realizzate nel corso del 1991 sul tema delle tossicodipendenze hanno riguardato gli ambiti:

- della ricerca;
- della informazione;
- della formazione,

Sul versante della ricerca è stato realizzato uno studio sulle caratteristiche di funzionamento e di struttura dei servizi pubblici e privati per le tossicodipendenze.

Il lavoro che ha riguardato 1293 unità di servizio ha consentito di cogliere importanti elementi conoscitivi finora inediti, come le caratteristiche sociografiche e professionali degli operatori, le strategie operative, i modelli di rete ed i livelli di cronicità dell'utenza (cfr allegata sintesi).

Parallelamente alla acquisizione delle conoscenze sui servizi è stato ulteriormente arricchita la Banca Dati sui Servizi (BDS) con la implementazione di funzioni che consentono una elaborazione più sofisticata dei dati e una loro più capillare gestione ai diversi livelli territoriali (aree geografiche, Regioni, Province, Comuni).

Sul versante della informazione è stato offerto un importante servizio con la presentazione della seconda edizione della Guida ai servizi per le tossicodipendenze, articolata per volumetti regionali, a loro volta ordinati per Province e per singoli Comuni, in cui sono contenute le informazioni essenziali su 1203 strutture.

Inoltre, sempre in riferimento alla attività informativa, è stato pubblicato il rapporto di ricerca su "Famiglie e percorsi di tossicodipendenza", in cui sono riportate le esperienze e tracciati i cammini di 400 famiglie toccate dal problema della tossicodipendenza.

Per quanto riguarda la formazione, infine, è stato promosso e realizzato un corso di formazione su "sistema informativo per le tossicodipendenze" rivolto a sociologi e responsabili dei sistemi informativi e di raccolta dati nei servizi per le tossicodipendenze e finalizzato a trasmettere i criteri per la progettazione e la realizzazione del sistema informativo e per la raccolta delle informazioni utilizzabili per la valutazione e la gestione dei servizi.

PAGINA BIANCA

*Elenco degli adempimenti di
competenza di ciascun Ministero per
i quali si é richiesto di fornire
indicazioni aggiornate da inserire
nella relazione*

PAGINA BIANCA

MINISTERO DELLA SANITA'

- A) Stato di attuazione dei seguenti progetti finanziati a valere sulle disponibilità '90 del Fondo Nazionale d'intervento per la lotta alla droga:
- Potenziamento dei laboratori di analisi chimiche ai fini della quantificazione delle sostanze stupefacenti detenute per uso personale
(numero e dislocazione dei laboratori selezionati; andamento delle attività di formazione; criteri di selezione del personale; modalità di interazione con i laboratori istituiti da altre Amministrazioni dello Stato);
 - Progetto TO.DI 3: indagine sulla diffusione dell'uso di oppiacee e di altre psicodroghe tra i giovani
(Ruolo dell'Istituto Superiore di sanità, modalità di interazione con iniziative analoghe promosse dal Ministero della Difesa);
 - Programma di sorveglianza delle tossicodipendenze ed informatizzazione dei SERT
(caratteristiche operative dell'intervento; modalità adottate per promuovere l'integrazione con l'Osservatorio istituito presso il Ministero dell'Interno);
 - Formazione di personale operante presso il Ministero della Sanità da utilizzare per l'attivazione ed il funzionamento del SE.CE.DAS;
 - Studio per la definizione istituzionale della formazione universitaria "post-laurea" di medici e psicologi destinati ad operare nei servizi per le tossicodipendenze;
 - Istituzione di una clearinghouse per la selezione e raccolta a livello nazionale ed internazionale e per la diffusione di documentazione relativa alla tossicodipendenza;

- B) Istituzione dei SERT: numero dei servizi avviati, dislocazione geografica, determinazione dell'organico, casi di commissariamento.

- C) Rilevazioni del Settore epidemidogico sull'andamento del fenomeno tossicodipendenza - AIDS.

- D) Schema tipo di convenzione con le USL.

- E) Definizione di indirizzi uniformi in materia di requisiti soggettivi, strutturali e di funzionalità per l'iscrizione negli Albi Regionali.

- F) Attività di studio e ricerca nel campo delle tossicodipendenze e patologie correlate.

- G) D.M. 27 novembre '90: contributi finalizzati alla produzione ed immissione sul mercato di siringhe monouso autobloccanti.

- H) Partecipazione ad attività internazionali.

MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI

- A) Sviluppi del Piano Europeo di lotta alla droga (CELAD)

- B) Caratteristiche della presenza italiana nelle organizzazioni internazionali impegnate nel settore.

- C) Accordi di cooperazione bilaterale nel campo della lotta alla droga e stato di attuazione.

- D) Programmi di cooperazione finalizzati all'introduzione di colture alternative ed alla promozione di piani integrati di sviluppo.

- E) Numero e dislocazione degli Uffici antidroga all'estero.

- F) Procedure in materia di assistenza ai tossicodipendenti italiani all'estero.

MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA

- A) Stato di attuazione dei seguenti progetti finanziati a valere sulle disponibilità '90 del Fondo Nazionale d'intervento per la lotta alla droga:
- Programma finalizzato alla destinazione di istituti penitenziari e di sezioni d'istituti penitenziari, alla acquisizione di case mandamentali ed alla effettuazione di opere di adattamento, manutenzione e ristrutturazione;
 - Collocamento di minorenni tossicodipendenti sottoposti a procedimenti penali in comunità terapeutiche convenzionate;
 - Interventi socio-riabilitativi a favore di minorenni con problemi di droga sottoposti a procedimenti penali;
 - Corsi di addestramento e riqualificazione del personale;
 - Adeguamento di locali presso gli istituti penali minorili di Genova, Milano, Torino, Firenze, Bologna, Roma, Napoli, Bari, Catania e Palermo.
- B) Convenzioni tra istituti di pena e USL (numero di convenzioni già stipulate, andamento, eventuali difficoltà).
- C) Convenzioni per assistenza socio-sanitaria ai tossicodipendenti detenuti.
- D) Attività in corso a valere sui fondi resi disponibili dall'art. 135.
- E) Attuazione degli artt. 89, 90, 91 in merito alle modalità per la sospensione dell'esecuzione della pena detentiva.
- F) Dati relativi al numero di tossicodipendenti detenuti con distinzione tra ristretti per legge sulla droga e per altri reati.
- G) Dati relativi alla diffusione della sindrome da HIV.

MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE

- A) Stato di attuazione dei seguenti progetti finanziati a valere sulle disponibilità '90 del Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga:
- Corsi di formazione per 4000 docenti referenti (modalità di selezione dei docenti e distribuzione territoriale. Prime valutazioni sull'impatto del progetto);
 - Attività di educazione alla salute e di prevenzione delle tossicodipendenze svolte nelle scuole sotto il coordinamento dei comitati provinciali (tipologia e caratteristiche delle attività già avviate, dislocazione geografica, numero degli istituti coinvolti, modalità di coordinamento adottate dai comitati provinciali, valutazioni sull'impatto del progetto).
- B) Altre attività di formazione, informazione promosse a livello territoriale dai provveditorati: caratteristiche salienti degli interventi, livello di partecipazione, valutazioni sull'impatto.
- C) Attività del Comitato tecnico - scientifico.
- D) Costituzione dei centri di informazione e consulenza nelle scuole secondarie superiori.
- E) Informazioni su iniziative di approfondimento, formazione, orientamento proposte dagli studenti (caratteristiche delle proposte più originali, livello di partecipazione).

MINISTERO DELLA DIFESA

- A) Stato di attuazione dei seguenti progetti finanziati a valere sulle disponibilità '90 del Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga.
- Campagna informativa di massa mediante distribuzione capillare di opuscoli a tutti i militari di leva;
 - Corsi di indottrinamento per ufficiali e sottoufficiali in qualità di educatori;
 - Potenziamento dei laboratori ospedalieri di analisi (numero, dislocazione geografica, modalità adottate per garantire l'interazione con i laboratori appartenenti ad altre Amministrazioni dello Stato ed operanti nel medesimo ambito);
 - Potenziamento delle attività dei 32 consultori - servizi psicologici, deputati al supporto dei militari tossicofili o consumatori occasionali (analisi delle attività svolte dai consumatori, soprattutto per quanto riguarda quelle di carattere preventivo, e dei risultati già disponibili);
- B) Attività del gruppo di lavoro interforze
(Direzione Generale della Sanità Militare)
- C) Dati sull'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze in ambito militare e sulla diffusione delle patologie correlate.
- D) Stato di attuazione degli artt. 110/112 del T.U.
(servizio civile - servizio sostitutivo)

MINISTERO DELL'INTERNO

A) Stato di attuazione dei seguenti progetti finanziati a valere sulle disponibilità '90 del Fondo Nazionale d'intervento per la lotta alla droga:

- Istituzione dei laboratori di analisi degli stupefacenti (numero e dislocazione geografica);
- Formazione antidroga degli operatori di Pubblica Sicurezza (numero e caratteristiche dei corsi attivati, numero utenti, risultati previsti);
- Istituzione di 30 laboratori chimici per l'analisi quantitativa e qualitativa di sostanze stupefacenti;
- Programma sperimentale di informatizzazione integrata mediante l'ampliamento e l'approfondimento del quadro conoscitivo nazionale realizzato dall'Osservatorio permanente sul fenomeno droga (modalità operative, misure adottate per garantire l'integrazione con l'Osservatorio istituito presso il Ministero della Sanità);
- Sperimentazione coordinata di progetti adolescenti con finalità preventiva, attuata in quindici zone territoriali;
- Fondo speciale per le attività del servizio antidroga.

B) Resoconto attività ai sensi artt. 131 e 132 del T.U.

C) Inserimento degli assistenti sociali nelle Prefetture.

- D) Aggiornamento dei dati di cui al comma 8 dell'art.1, elaborati con le medesime modalità utilizzate per la relazione del 26 giugno 1991, evidenziando, ove possibile, le caratteristiche dei fenomeni analizzati in periodi di tempo di uguale durata prima e dopo l'entrata in vigore della legge.
- E) Analisi critica del lavoro svolto dalle Prefetture in materia di segnalazioni, tesa ad evidenziare le difficoltà che ancora rendono problematica la piena applicazione della Legge.

MINISTERO DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA SCIENTIFICA

Informazioni su studi e ricerche in tema di droghe promossi autonomamente o in collaborazione con altri enti o istituti di ricerca, a livello nazionale e/o internazionale.

MINISTERO PER GLI AFFARI REGIONALI

Istituzione dei comitati interistituzionali a livello regionale.

MINISTERO DELLE FINANZE

- A) Quadro riepilogativo relativo all'utilizzo dei beni demaniali.
- B) Criteri e procedure per l'assegnazione di beni demaniali (Art. 129).
- C) Attività della Guardia di Finanza per quanto riguarda il contrasto all'introduzione, raffinazione, vendita nonché reimpiego dei profitti.

MINISTERO DEL LAVORO E DELLA PREVIDENZA SOCIALE

- A) Stato di attuazione dell'art. 134.
- B) Decreto sulle professioni a rischio (art.125).
- C) Circolare esplicativa della modalità di concessione di aspettativa ai lavoratori tossicodipendenti ed ai loro familiari (art.124).