CAMERA DEI DEPUTATI N. 3659

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

BENEVELLI, VIOLANTE, TAGLIABUE, BARBIERI, BERNASCONI, BIANCHI BERETTA, BRESCIA, CAPECCHI, CECI, COLOMBINI, DIGNANI GRIMALDI, GELLI, LO CASCIO GALANTE, MAINARDI FAVA, MANNINO ANTONINO, MONTANARI FORNARI, PACETTI, PEDRAZZI CIPOLLA, SANNA, SOAVE, STRUMENDO

Presentata il 17 febbraio 1989

Nuove norme per la prevenzione delle tossicomanie e dell'alcoolismo e per la cura e il recupero dei tossicodipendenti

ONOREVOLI COLLEGHI ! — Il gruppo dei deputati comunisti, nella intenzione di contribuire ad un dibattito costruttivo, e a scelte politiche e legislative efficaci, propone di affrontare la nuova regolamentazione delle attività di prevenzione, cura e recupero sociale delle tossicodipendenze separatamente da quella della repressione del traffico e da quella del trattamento penale.

Vogliamo così indicare la nostra netta preferenza per una organizzazione del lavoro parlamentare, in preparazione del dibattito in aula, che avvenga nelle singole commissioni parlamentari di merito anziché, come già accaduto nella precedente legislatura, in commissioni congiunte. Ciò a nostro avviso consentirebbe un confronto più celere e serrato, una azione più efficace ai fini della urgenza riconosciuta da tutti, di dotare il nostro paese di una legislazione capace di attivare maggiori risorse, mezzi, soggetti nella lotta contro la diffusione delle dipendenze da sostanze stupefacenti e psicotrope.

Già nella IX legislatura la discussione era iniziata avendo, fra le questioni cui dare, a giudizio generale, urgente risposta, quella di una nuova normativa per il fenomeno delle tossicodipendenze.

Si erano infatti da più parti constatati i limiti della legge n. 685 del 22 dicembre 1975 tuttora in vigore, in rapporto da

una parte alla peculiare natura e struttura del mercato delle sostanze illegali e dall'altra ai problemi del trattamento dei tossicodipendenti: obiettivi generalmente riconosciuti erano la organizzazione di una seria repressione del mercato e di una efficace azione di solidarietà e sostegno per il recupero sociale e personale dei tossicodipendenti.

Sulla base di tali pressoché unanimi valutazioni, alla nuova legislazione sulla normativa delle tossicodipendenze veniva assegnata la « corsia preferenziale » e, alla conclusione della discussione generale sui progetti di legge presentati dai gruppi parlamentari, ma non dal Governo, in seduta congiunta delle Commissioni Grazia e Giustizia e Igiene e Sanità della Camera dei deputati, si diede avvio al lavoro del comitato ristretto costituito allo scopo di definire un nuovo testo-base.

Il Comitato ristretto non terminò i suoi lavori, perché furono interrotti a seguito del non accordo fra i due relatori, l'onorevole Maria Pia Garavaglia del gruppo democristiano e l'onorevole Dino Felisetti del gruppo socialista.

Una prima bozza di testo pressoché concordata e terminata di elaborare al novembre del 1985 prevedeva, per la parte relativa alla cura e al recupero dei soggetti tossicodipendenti: istituzione del Coordinamento nazionale presso la Presidenza del Consiglio, istituzione dell'osservatorio permanente, non esclusione dall'adempimento degli obblighi della leva in caso di tossicodipendenze e rinvio della chiamata alle armi se il soggetto è in trattamento, istituzione di albi regionali degli enti idonei a svolgere attività terapeutico-riabilitative con modalità residenziali e semiresidenziali, regolamentazione del regime delle convenzioni, piani locali di intervento di comuni e unità sanitarie locali, istituzione di centri di accoglienza e orientamento, almeno uno per ogni USL con compiti di presa in carico, elaborazione del progetto di recupero, gestione dello stesso. Allo Stato era assegnato il compito della repressione del mercato a livello nazionale e sovranazionale.

In questo elenco di indicazioni sulle quali c'era accordo, non compaiono alcune questioni su cui molto vivace è sempre stata la discussione: la modica quantità e la proposta di un trattamento obbligatorio cui sottoporre i tossicodipendenti « riottosi ». Per quanto riguarda la modica quantità, il relatore Felisetti presentò una sua bozza alla fine dell'ottobre 1985, relativamente alla sola parte di competenza dell'amministrazione della giustizia.

In essa il problema era affrontato delegando all'Istituto superiore di sanità il compito di stabilire, per le sostanze il cui uso protratto nel tempo determina assuefazione, le quantità che corrispondono alla dose media minima giornaliera e alla dose massima giornaliera per tossicodipendente e, per le sostanze il cui uso non determina assuefazione, la quantità che corrisponde alla dose media assunta dal consumatore in tre giorni; tale quantità costituirebbe la « modica quantità ».

Nel luglio 1986 l'altro relatore, l'onorevole Maria Pia Garavaglia, propose un nuovo suo testo interamente sostitutivo della legge n. 685 del 1975; della legge citata tale proposta manteneva la classificazione delle sostanze dette « leggere » quali la cannabis e derivati, la non punibilità per la modica quantità definita con decreto del Ministro della sanità come dose media giornaliera di principio attivo per le droghe pesanti e come dose media assunta in tre giorni per quelle leggere. Fra le altre novità della proposta Garavaglia citiamo la istituzione di un servizio centrale antidroga presso il Ministero dell'interno con facoltà di operare anche all'estero, la possibilità di perquisire navi anche fuori dalle acque territoriali, la estensione della legislazione La Torre-Rognoni anche ai reati connessi al traffico delle droghe illegali e l'obbligo di assistenza e cura disposte dal tribunale per non più di tre anni in caso di acclarata pericolosità sociale in centri di accoglienza, comunità terapeutiche, centri diurni e notturni, centri di formazione

professionale e servizi di avviamento al lavoro, servizi ospedalieri o stabilimenti penitenziari appositamente attrezzati.

Fin qui il dibattito parlamentare nella IX legislatura. È interessante ripercorrere che cosa in concreto nel corso della stessa sia andato emergendo nei comportamenti della pubblica amministrazione e nei servizi, specie per la parte delle « terapie ».

Per quanto riguarda i trattamenti medici dei tossicodipendenti la legge n. 685 del 1975 attribuisce al Ministero della sanità i compiti di emanare ed elaborare direttive a livello nazionale per la prevenzione, la cura e la riabilitazione degli stati di tossicodipendenza. Tra i primi problemi da affrontare per il Ministero vi era quello dei criteri di ammissione al trattamento con farmaci analgesico-narcotici. Nel 1984 risultava infatti che nel 25 per cento dei casi l'ammissione a questo tipo di trattamento veniva compiuta senza che si procedesse neppure all'esame obiettivo dei tossicodipendenti. Pertanto, al fine di evitare che si creassero forme di dipendenza in pazienti non ancora dipendenti da oppiacei ma semplicemente assuntori saltuari di queste sostanze, fu emanata la circolare n. 39 del 1984 (*Gazzetta Ufficiale* n. 323 del 23 novembre 1984) con la quale si sottolineava la necessità di diagnosticare la dipendenza fisica da oppiacei come requisito essenziale all'ammissione a trattamenti con metadone o morfina.

Con la circolare n. 83 del 1984 (*Gazzetta Ufficiale* n. 323 del 23 novembre 1984) il Ministero ha poi affrontato il problema del trattamento a scalare con metadone, ribadendo che l'uso del farmaco analgesico-narcotico è solo uno dei possibili interventi farmacologici, non sempre opportuno. Ma il problema forse più delicato, sul quale il Ministero ha ritenuto di dover fornire chiarimenti univoci è quello relativo ai trattamenti protratti con metadone.

Con la circolare n. 87 del 1984 venne sancita la liceità di tale trattamento se condotto con il fine ultimo di giungere alla disintossicazione del paziente.

L'indicazione fornita dalla circolare era quella di mettere in atto delle procedure organizzative e i necessari accordi con il tossicodipendente perché il metadone venisse effettivamente assunto dal paziente, senza assunzioni contemporanee di eroina. La stessa circolare, inoltre, dava indicazioni affinché il paziente collaborasse ai paralleli interventi psicoterapici e riabilitativi. In merito al trattamento con morfina, dopo quasi 5 anni dal decreto Aniasi che ne decretava la liceità, il Ministero della sanità – sentito il parere della Direzione generale di medicina sociale – riteneva superata tale esperienza e decretava, con decreto ministeriale del 23 ottobre 1985, la revoca della sperimentazione con morfina. Queste le motivazioni sottese al provvedimento:

a) gli usi non controllabili che possono essere compiuti con tale sostanza (ad esempio somministrazione endovena anziché intramuscolo), che a causa della sua breve durata d'azione deve essere somministrata più volte nell'arco delle 24 ore e perciò affidata al tossicodipendente;

b) l'effetto di instabilità della morfina nel paziente, instabilità psicologica e comportamentale, causata dal notevole effetto euforizzante immediato e dalla rapida scomparsa dello stesso, con una precoce apparizione dei sintomi di astinenza. Dunque, aumento della dipendenza dell'eroina anziché sua attenuazione;

c) difficoltà di decrescere la dose, con conseguente problema di indurre una dipendenza nei confronti di dosi più alte;

d) la via parenterale di somministrazione che rinforza il condizionamento nei confronti dell'endovena di eroina, e facilita lo sviluppo di malattie infettive;

e) l'impossibilità di valutare l'efficacia del trattamento in termini di cessazione dell'abuso di eroina, essendo uguali i metaboliti urinari delle due sostanze.

Per quanto attiene ai trattamenti di riabilitazione e reinserimento sociale dei tossicodipendenti è da registrare, infine,

la definizione di uno schema-tipo di convenzione tra le regioni e le comunità terapeutiche.

Per quanto riguarda il raccordo fra assistenza ai tossicodipendenti e le più complessive politiche sociali, va ricordato che l'8 agosto 1985 il Presidente del Consiglio emanò l'unico atto di indirizzo e coordinamento in materia sanitaria di tutto il suo Governo, un decreto che sancisce la separazione fra le fonti di finanziamento delle prestazioni di carattere sanitario da quelle di carattere assistenziale nei settori delle tossicodipendenze, delle malattie mentali, dei portatori di *handicap* e degli anziani malati.

In conseguenza di tale decreto sono stati definanziati tutti gli interventi di natura non sanitaria che costituiscono gran parte della gestione di situazioni di patologia e di disagio anche sociale come quelli citati: ne è derivato, in assenza di una riforma dell'assistenza, l'abbandono di questi gruppi di cittadini da parte degli apparati dello Stato o il loro affidamento alle strutture del volontariato indipendentemente dal livello delle sue competenze.

Andarono altresì aumentando e diffondendosi provvedimenti di repressione per via amministrativa a carico soprattutto dei giovani tossicodipendenti e fra di essi, in particolare, le sospensioni delle patenti di guida e l'uso conseguente dei servizi pubblici di assistenza e lotta alle tossicodipendenze come centri di controllo e accertamento dell'avvenuta assunzione di droghe illegali: questo provocò una grave distorsione delle finalità e della immagine dei servizi pubblici, che finirono con l'essere associati a funzioni meramente repressive.

Una questione per la quale si attaglia il termine di complessità come quella delle tossicodipendenze, ha sempre richiesto ben altra cura e attenzione da parte dei poteri dello Stato ed una elevata sua capacità operativa: saper programmare, lavorare su progetti, verificare gli effetti degli interventi, mettere insieme intelligenza e competenza. Tutto il contrario della sciatteria, della persecuzione dei cittadini per via amministrativa, dell'impunità garantita ai prepotenti, dell'abbandono.

Al termine della IX legislatura, per le divergenze all'interno del Governo rimaneva ancora insoddisfatta l'esigenza di una nuova legge che definisse comportamenti capaci di efficacia nella lotta contro la tossicodipendenza, con strumenti di repressione affinati e coordinati su scala internazionale, in grado di garantire vita ai servizi di assistenza, risorse per un'azione di superamento della marginalità, per la dignità del lavoro e delle esistenze. Da tali esigenze nasce la nostra proposta di legge.

Essa si intitola « Nuove norme per la prevenzione delle tossicomanie e dell'alcoolismo e per la cura e il recupero dei tossicodipendenti » perché vogliamo sottolineare il complesso evolversi dei consumi di sostanze stupefacenti e psicotrope di origine dal mercato legale e illegale, ambedue sostenuti da potenti e continuate campagne di promozione.

Il nostro paese è tra quelli che più hanno ignorato l'alcoolismo e l'abuso di alcool; eppure i loro effetti sul piano della salute della popolazione sono di enorme rilevanza: si calcola in 30 mila i morti per anno attribuibili all'alcool, in 5 milioni il numero di cittadini che abusano di alcoolici; quasi un quinto di essi sarebbero alcooldipendenti. L'Italia è il primo paese del mondo produttore di vino, il maggior importatore di whisky, il più colpito in Europa da cirrosi epatica.

Sino ad ora il tema dell'alcool è stato affrontato, e con grande difficoltà, sul versante delle iniziative per la sicurezza stradale più che su quello di una vera e propria politica di prevenzione e di informazione dei consumatori.

È pur vero che diversa è la relazione tra assuntore e sostanza se questa appartiene al mercato legale o a quello illegale, diversi sono i comportamenti indotti, i livelli di tolleranza da parte della popolazione nei confronti delle relative dipendenze. Ma riteniamo opportuno proporre di integrare le attività di prevenzione delle tossicodipendenze in Italia con l'indicazione del dovere dello Stato, delle re-

gioni, delle autonomie locali e dei vari soggetti pubblici e privati a sostenere la difficile lotta contro l'alcooldipendenza, non limitandosi al terreno pressoché esclusivamente dibattuto delle « droghe » illegali.

In tal modo riteniamo di poter dislocare nuove forze e responsabilità a fronte di un comportamento quale l'abuso di alcool che ha dimensioni di massa nel nostro paese, ma anche di cominciare ad attrezzare una risposta al problema della politossicodipendenza.

I dati e le informazioni che abbiamo raccolto in questi anni e mesi dalle esperienze degli operatori dei servizi sia pubblici che privati che si occupano di tossicodipendenti e le indagini che si cominciano a sviluppare anche in Italia, propongono un quadro della domanda e dei consumi, dei loro caratteri ed estensione che sono molto diversi da come si presentava nel 1975 e negli anni immediatamente seguenti, al momento cioè della approvazione della legge n. 685, legge che si occupava del traffico e dei consumi di *cannabis* ed eroina.

Oggi il tossicomane stravolto ed emarginato non è più la sola figura « emergente »: si sono andati consolidando nuovi modi di assumere droga, sul versante dei ritmi di un consumo che si fa apparentemente più controllato e su quello della qualità e del numero delle sostanze assunte dallo stesso consumatore: la politossicomania è una realtà crescente e dimostrata.

Una indagine commissionata dalla regione Veneto al gruppo multidisciplinare dell'istituto di Medicina legale dell'università di Padova sui ragazzi e le ragazze di età dai 14 ai 16 anni ha mostrato che almeno un adolescente su 5 ha contatto con una qualche sostanza psicoattiva: alcool, tabacco, psicofarmaci, droghe del mercato illegale. In particolare per l'alcool il 13 per cento dei maschi e il 6 per cento delle femmine assumono alcolici con modalità di abuso e potenziale dipendenza; per gli psicofarmaci (benzodiazepine e antidepressivi per lo più) il 4 per cento dei maschi e il 10 per cento delle femmine assumono tali sostanze al di fuori di una indicazione terapeutica; il 4.6 per cento dei maschi e l'1 per cento delle femmine fanno uso di cannabinoidi; l'11.5 per cento dei maschi e il 3.7 per cento delle femmine fumano regolarmente tabacco; il 35 per cento delle femmine e l'8 per cento dei maschi presentano una alimentazione indicativa di un disturbo psicologico e influenze socioculturali distorte.

Il dato della politossicodipendenza è confermato anche nel documento di presentazione del progetto 1988-1990 di intervento nell'area delle tossicodipendenze predisposta dal comune di Milano. Vi si afferma che « a fronte di un apparente assestamento del consumo di eroina e della penetrazione della cocaina cresce l'abuso indistinto di droghe legali e illegali (...); il "consumo" sembra essere legato più spesso all'offerta contingente del mercato che non ad una sostanza di elezione. Il ricorso agli psicofarmaci come sostitutivi degli oppiacei è crescente. Psicofarmaci, insieme ad alcool e *cannabis*, costituiscono sempre più frequentemente oggetto del primo approccio, mentre incomincia ad evidenziarsi un uso finalizzato a indurre effetti psicologicamente rilevanti di altri farmaci (antiemetici, ipotensivi, anoressizzanti ecc.) e sostanze (inalanti, benzina, collanti ecc.). Sempre più evidente è l'uso di droghe come farmaci e di farmaci come droghe ».

In Italia sono segnalati inoltre un consumo di barbiturici in calo: 8.498 Kg. nel 1983, 6.948 nell'84, 6.713 nel 1985 e un consumo di anoressizzanti in aumento, in particolare decuplicato l'Amfepramone, un farmaco anoressizzante, in 3 anni, dai 79 Kg. nel 1983 ai 753 nel 1985 (dati di fonte della direzione di Medicina sociale del Ministero della sanità).

Un altro fattore è andato assumendo sempre più grande rilevanza negli ultimi anni, come tragico accompagnamento delle tossicodipendenze: la sindrome da immunodeficenza acquisita (AIDS).

In Italia la tossicodipendenza, in particolare quella da droghe che si assumono per via intravenosa, è il veicolo privilegiato per il diffondersi del contagio da

AIDS: in Europa si va dall'1 per cento di tossicodipendenti fra gli affetti da AIDS nei paesi scandinavi al 68 per cento dell'Italia, ma anche qui con grandi differenze all'interno del territorio nazionale, dal 62 per cento di Milano al 50 per cento di Roma, al 25 per cento del Sud.

Il numero di sieropositivi al virus dell'AIDS in Europa è raddoppiato fra omosessuali e bisessuali mentre è triplicato fra i tossicodipendenti da siringa, come denunciato alla audizione dei parlamentari europei promossa dal Consiglio d'Europa nel gennaio 1988.

Questo rende urgente la adozione di misure di prevenzione che *in primis* raggiungano l'obiettivo di impedire la trasmissione del virus con aghi e siringhe infetti, attraverso il primo contatto col tossicodipendente, l'educazione sanitaria, l'uscita dalla clandestinità.

La valutazione epidemiologica della diffusione delle tossicodipendenze giovanili appare di difficile applicabilità per il carattere di clandestinità del fenomeno, per il fatto che la attività di repressione si rivolge contro tutte le sostanze tabellate dalla legge, ma assai diversi sono gli stili consumatori delle varie sostanze, la gravità delle conseguenze della assunzione di una sostanza piuttosto che dell'altra, per la pluralità delle strutture implicate dalla legge nella segnalazione dei consumatori, essendo esse di tipo sanitario e non, con pochi o nulli contatti fra di loro.

Tutto ciò ha gravi conseguenze sulla completezza e affidabilità dei dati epidemiologici rispetto alla provenienza; nel complesso i più attendibili sono quelli forniti dal Ministero dell'interno elaborati sulla base delle segnalazioni dei reati di traffico e spaccio, delle segnalazioni dei detentori di modiche quantità di sostanze stupefacenti per uso personale non terapeutico, dei furti e rapine di stupefacenti, dei decessi legati alla droga.

Le denunce per traffico e spaccio mostrano un incremento medio del 25 per cento per anno nel periodo 1977-1986, del 30 per cento nel 1986-1987 del 27 per cento nel primo semestre 1988 rispetto al primo semestre del 1987.

Similare è l'andamento delle segnalazioni dei soggetti in possesso di modica quantità di sostanze: 23 per cento in più circa per anno dal 1977 al 1986; nel biennio 1986-1987 l'incremento è stimato al 75 per cento. In decremento nel periodo 1977-1983 per il 13 per cento e nel periodo 1984-1986 per il 21 per cento sono furti e rapine di stupefacenti, mentre per il 1987 è segnalata una crescita del 18 per cento. 8.841 sono gli assuntori segnalati nel solo primo semestre del 1988.

I decessi legati alla droga mostrano un incremento medio del 28 per cento nel periodo 1977-1986, con una forte crescita nel periodo 1977-1983 (incremento medio del 43 per cento) ed una tendenza alla riduzione nel periodo 1984-1986.

Nel 1987 sono decedute in Italia per abuso di stupefacenti 505 persone, con un netto incremento rispetto alle 292 del 1986, alle 242 del 1985 e alle 397 del 1984; nel 1988 i morti per droga sono stati ben 808 !

Questi numeri sono riferiti ai soli decessi nei quali è stata riscontrata una relazione causale diretta tra l'assunzione di droghe e la morte; pertanto non sono conteggiati i suicidi deceduti con metodi diversi dalle droghe, e i deceduti da epatite da siero, da AIDS, per incidenti stradali causati da stati di alterazione per assunzione di droga, nonché gli omicidi correlati al traffico e allo spaccio di stupefacenti.

Il documento del novembre 1988 a cura dell'« Osservatorio permanente sul fenomeno droga » del Ministero dell'interno indica fra le cause del notevole incremento dei decessi per droga: l'abuso multiplo di droghe, alcool, psicofarmaci ad effetto sinergico; l'abbassamento della soglia di tolleranza del tossicodipendente nei periodi successivi a ricoveri, a detenzione, trattamenti in strutture pubbliche e private; la debilitazione a seguito dell'abuso prolungato di droghe.

Ma molti operatori e ricercatori sottolineano il ruolo dell'AIDS nell'aumento delle condotte suicidarie fra la popolazione dei tossicodipendenti.

Riportiamo di seguito dati e tabelle pubblicati dal Ministero dell'interno e aggiornati al primo semestre 1988.

La classe di età maggiormente colpita è risultata, per gli uomini, quella compresa tra i 26 ed i 29 anni, mentre per le donne quella compresa tra i 22 e 25 anni. Rispetto al 1987, si nota un « invecchiamento » dei soggetti a rischio limitatamente agli uomini, con un incremento del numero dei casi nella fascia di età 26-29, rispetto a quelli della fascia 22-25 anni.

L'89 per cento dei deceduti per droga sono uomini. Nessun caso di decesso fra i minori degli anni 15.

I casi estremi sono quelli di una giovane di 17 anni e di un uomo di 65 anni.

ETÀ	1° semestre 87 Totale soggetti		2° semestre 87 Totale soggetti		1° semestre 88 Totale soggetti	
	M	F	M	F	M	F
Inferiore 15	—	—	—	—	—	—
15-17	—	2	1	—	—	1
18-21	15	2	27	8	28	3
22-25	66	14	85	7	88	14
26-29	55	5	84	5	97	9
30-33	27	2	50	3	56	5
34-37	25	1	22	2	28	2
38-41	8	2	4	1	6	4
Superiore 41	5	—	2	1	7	—
Totale	201	28	275	27	310	38

L'età media dei deceduti è in lieve ma costante ascesa: nel primo semestre 1988 è pari a 27,50 circa, con un incremento più notevole per quanto riguarda le donne, che, dai quasi 26 anni del 1987, sono passate ai 27,20 del semestre in questione.

L'incidenza dei casi di morte per droga in relazione all'età dei deceduti, negli anni 1984-1985-1986-1987 e primo semestre 1988, è la seguente:

Classi di età	1984		1985		1986		1987		1° semestre 88	
	V.A	%	V.A	%	V.A	%	V.A	%	V.A	%
Minori di 15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15-19	31	7,81	10	4,13	12	4,11	15	2,82	10	2,87
20-24	176	44,33	103	42,56	107	36,64	164	30,89	91	26,14
25-29	129	32,49	88	36,36	105	35,96	197	37,09	139	39,94
30-34	40	10,08	30	12,40	54	18,49	106	19,97	70	20,14
35-39	14	3,53	6	2,48	8	2,74	39	7,35	29	8,33
40 e oltre	7	1,76	5	2,07	6	2,05	10	1,88	9	2,58
	397	100,00	242	100,00	292	99,99	531	100,00	348	100,00

Si conferma la tendenza per cui l'età media delle vittime da stupefacenti si sta alzando: i più colpiti sembrano essere ancora i tossicodipendenti che hanno una lunga esperienza di droga alle spalle, ma ciò è spia anche del fatto che dipendenze da oppiacei cominciano nel pieno della maturità da qualche tempo.

Rispetto al primo semestre dello scorso anno gli incrementi maggiori si sono verificati in Lombardia con 95 morti nel primo semestre del 1988 rispetto ai 56 registrati nel primo semestre 1987 (+ 39); in Toscana con 22 morti rispetto ai 6 del 1987 (+ 16); in Campania con 24 morti rispetto ai 13 del 1987 (+ 11); la Liguria e l'Emilia-Romagna con 32 morti rispetto ai 15 del 1987 (+ 17).

Anche secondo questo « indicatore » le regioni dove il fenomeno assume proporzioni più gravi sono sempre la Lombardia, la Toscana, il Lazio, la Campania, la Liguria e l'Emilia-Romagna.

Sulla base delle informazioni fornite dalle Forze di polizia al Servizio centrale antidroga, risulta inoltre che:

a) 50 deceduti (pari al 14,37 per cento) erano stati segnalati al Pretore per detenzione o acquisto di modiche quantità di stupefacenti per uso personale, ai sensi degli articoli 80-98 della legge n. 685 del 1975.

b) 112 deceduti (pari al 32,18 per cento) erano stati segnalati, quali consumatori accertati di sostanze stupefacenti all'autorità giudiziaria o ai servizi sanitari, ai sensi degli articoli 96-100 della legge n. 685 del 1975.

c) 15 deceduti (pari al 4,31 per cento) avevano precedenti per reati di droga; 30 (pari all'8,62 per cento) precedenti per reati connessi alla droga e per altri reati e 100 (pari al 28,73 per cento) precedenti per reati non connessi alla droga.

d) Infine 12 deceduti (pari al 3,44 per cento) si trovavano in stato di detenzione o agli arresti domiciliari.

La sostanza causa del decesso è, per la quasi totalità dei casi, l'eroina.

Nei casi in cui è stato possibile accertare la sostanza causa della morte – 152 su 348 – l'assunzione di eroina è stata responsabile di 143 decessi, pari al 94,08 per cento del totale.

Il LABOS (Laboratorio per le politiche sociali) sta conducendo una ricerca per conto del Ministero dell'interno. Dai primi dati anticipati, emerge che soltanto 70 USL su 100 hanno inaugurato il proprio servizio di assistenza ai tossicodipendenti. Per lo più quelle del nord: in Piemonte, Lombardia, Liguria, e Valle D'Aosta alcune USL hanno più di un Servizio. Ma passando dalle regioni del nord-est, verso il centro, fino al sud e alle isole, la percentuale di servizi diminuisce progressivamente. Nelle 104 USL del Veneto, Trentino e Friuli ci sono 94 Servizi. Nelle regioni del centro su 135 USL, 109 hanno il servizio per i tossicodipendenti. Al sud e nelle isole solo 91 Servizi operano nelle 260 USL.

Le spese per l'assistenza ai tossicodipendenti imputate al Fondo sanitario nazionale sono destinate al potenziamento e alla istituzione dei servizi pubblici e delle strutture riabilitative anche private: fra il 1985 e il 1987 sono state di 40 miliardi l'anno.

Il Ministero dell'interno eroga invece i fondi della legge 21 giugno 1985, n. 297, passati dai 14 miliardi del 1985 ai 19 del 1987.

Per le terapie sostitutive con metadone lo Stato ha speso quasi 2 miliardi nel 1987; per gli operatori dei servizi pubblici la spesa è aumentata dai 64.4 miliardi del 1985 ai 78 del 1987, ma l'incremento è dovuto più agli effetti del rinnovo contrattuale che a nuove assunzioni.

Nello stesso periodo i tossicodipendenti in trattamento presso strutture pubbliche e private sono passati dai 24.947 del 1985 ai 29.952 del 1987: di questi 23.276 presso strutture sanitarie pubbliche e 6.676 presso comunità terapeutiche residenziali.

In sostanza, a fronte di un aumento della popolazione assistita, lo Stato ha speso sempre meno: infatti il costo proca-

pite per assistito è passato dai 4.8 milioni del 1985 ai 4.3 milioni dei 1987.

Il Governo si è presentato all'appuntamento della legge finanziaria del 1989 con la proposta di mettere a disposizione 12 miliardi per il 1989, 13 per il 1990 e 20 per il 1991 a sostegno dei servizi ai tossicodipendenti e solo al termine di un vivace confronto le somme sono aumentate fino a rispettivamente 102, 113 e 120 miliardi.

Molto ricche e vivaci sono state in questi anni le attività condotte da associazioni, volontariato, privato sociale che partendo dal problema delle dipendenze hanno sviluppato progetti, proposte pedagogiche, esperienze concrete: basti citare il CNCA, il CEIS, la rete della Comunità Incontro, il lavoro di San Patrignano, Mondo X, i progetti Drop-out.

Esse si sono costituite a volte scontrandosi, a volte collaborando, con il servizio pubblico che partendo da una impostazione iniziale fortemente medicalizzata, nelle sue esperienze più signiticative è andato evolvendo verso approcci più differenziati dal punto di vista terapeutico, della capacità di accoglienza.

Nella introduzione al documento del CNCA Lombardo, redatto nel novembre 1988, a proposito dei caratteri della evoluzione delle attività di presa in carico del disagio negli anni 80, si afferma che:

« Si sta assistendo a un processo inverso a quello che aveva condotto a porre il nodo della deistituzionalizzazione come centrale e che aveva prodotto anche sul piano legislativo avanzate riforme. Questo processo richiedeva un'apparato territoriale pronto o da creare, il mantenere alto tra la gente comune una sensibilità di accoglienza, il rispetto della diversità, la solidarietà.

Soprattutto, tale orientamento, avviatosi negli anni 70, era e rimane un processo sociale che difende la dignità di ogni persona, acquisendo come valore da comunicare e rispettare il principio che ogni storia umana ha un po' le sue radici dentro di noi, riguarda la nostra normalità, il nostro vivere.

I motivi per cui un giovane si droga, la famiglia in crisi o con evidenti sintomi di disfunzionalità, la devianza a volte molto trasgressiva, la violenza nei suoi comportamenti diffusi, la follia, l'emarginato con il dolore della solitudine, l'anziano non autosufficiente, la sofferenza inabilitante, insomma tutte quelle forme di disagio che oggi vengono definite come "nuove povertà", non sono realtà laterali al nostro vivere, ci appartengono, se non altro in quanto interrogativi.

Cerchiamo di riprendere con ostinazione il nodo della questione: che è la qualità del vivere, il suo senso, la sua concezione, la sua comunicazione.

La marginalità allora sta di fronte a noi come sfida, come interrogativo, spesso come provocazione. Appunto per questo, non può essere risolta con interventi "esterni", utilizzando solo i metodi del circuito penale, del controllo sociale e della istituzionalizzazione.

Essa pone di nuovo al centro questioni fondamentali, come la prevenzione, gli itinerari educativi, il bisogno di progettare, ma anche il modo di fare politica e progettare la società ».

In « Educare senza punire », documento del dicembre 1988 sottoscritto da numerose associazioni, gruppi, istituti, movimenti, comunità di ispirazione cristiana, organismi in vario modo impegnati nel campo dell'emarginazione, in particolare giovanile, si afferma che: « Il dialogo e il confronto, nonché la collaborazione comune in molteplici occasioni, ci hanno portato ad esprimere congiuntamente la nostra opinione sulla situazione del disagio e della emarginazione nei quali vivono moltissime persone, giovani, in particolare tossicodipendenti.

È questa una convergenza, rispettosa delle differenze e delle specificità, nata da esperienze concrete di impegno a favore e insieme a chi si trova in difficoltà. L'attenzione e promozione di risposte adeguate a livello istituzionale, sociale ed ecclesiale; l'impegno educativo e in particolare nel campo lavorativo attraverso la promozione, la tutela e l'orientamento

professionale; la condivisione quotidiana con i molti volti dell'emarginazione, intesa come laboratorio sociale di un nuovo modo di essere cittadini; questi e altri ancora sono i luoghi in cui concretizziamo la nostra solidarietà con chi si trova in difficoltà.

Nell'offrire il nostro contributo reclamiamo anche la responsabilità di chi gestisce la cosa pubblica rispetto alle grandi questioni che, non solo da oggi, attraversano la nostra vita collettiva.

La tossicodipendenza è sicuramente una di queste. È una, non certo l'unica. Non ci si deve infatti dimenticare, in questo momento di massima attenzione al problema droga, che esistono altre gravi situazioni di dipendenza in cui si trovano centinaia di migliaia di nostri concittadini. Alcool, tabacco e psicofarmaci, ad esempio, sono sostanze che dal punto di vista sociale provocano effetti a volte ben più gravi dell'eroina o della cocaina.

I tossicodipendenti vengono identificati come parte malata di una società che si ritiene sana, senza accettare invece le sfide e le provocazioni che dal mondo della droga pervengono a tutta la società e senza vedere il fenomeno come sintomo di un malessere e una malattia generalizzati. Il problema della droga non può essere isolato rispetto a tutto il sistema di valori che reggono dignità della vita, delle persone e delle relazioni sociali.

Solo per comodità parliamo di tossicodipendenza. L'abuso di sostanze stupefacenti, spesso, ha connotazioni molto diverse da persona a persona; da contesto a contesto; da età a età, ecc. Da qui la necessità di riconoscere che i bisogni sono diversi e che quindi le risposte devono essere differenziate e articolate.

Il tema della prevenzione è stato, in tutti questi anni più affermato a livello di princìpi ma disatteso a livello di iniziative concrete ».

Non sono mancate esperienze significative, ma non hanno ricevuto la valorizzazione e lo sviluppo che meritavano. La scuola e la caserma sono sicuramente due ambiti importanti di impegno, ma presentano già in sé limiti strutturali talmente profondi che non possono garantire grandi risultati. Le stesse periferie dei grandi centri urbani non possono essere considerate le uniche zone a rischio. Così come il problema droga è trasversale rispetto alle età, alle geografie, alle classi sociali, la prevenzione non può non essere altrettanto trasversale.

La prevenzione deve essere considerata a partire dalla politica estera.

Produzione e traffico di sostanze stupefacenti sono strettamente legati alla situazione economica e politica di non poche aree, quasi sempre povere, del pianeta. In particolare il traffico di droga permette poi di finanziare molte attività terroristiche favorite dai tanti focolai di guerra che continuano ad esistere nonostante le dichiarazioni in favore della pace.

Le grandi organizzazioni criminali hanno margini di manovra impensabili se il potere economico che esprimono non si incontrasse con interessi a livello politico.

La prevenzione deve poi innestarsi nel territorio in cui ognuno vive. Per questo gli enti locali, in particolare i comuni, devono essere messi in grado di poter programmare e coordinare in modo efficace le iniziative preventive più opportune per la popolazione di cui sono responsabili, favorendo il più possibile la partecipazione delle diverse espressioni del sociale.

La prevenzione deve diventare infine tema di iniziativa culturale e politica a livello generale.

Le risposte alla tossicodipendenza richiedono un sistema di servizi integrato che operi in una logica di rete. Per questo non può non preoccupare lo strisciante smantellamento dello Stato sociale, che trova nei servizi per le tossicodipendenze uno degli ambiti in cui più è evidente. A distanza di tredici anni dall'approvazione della legge 685, vi sono ancora regioni che non hanno approvato le leggi regionali attuative; vi sono aree – in particolare quelle meridionali – in cui i servizi pubblici sono carenti, quando non del tutto assenti; vi sono zone metro-

politane in cui le dinamiche di schieramento politico finiscono per rallentare o addirittura impedire una coerente ed adeguata lettura dei bisogni del territorio bloccando l'apertura o il funzionamento dei servizi.

Le risposte alla tossicodipendenza richiedono inoltre che si arrivi a definire tipi di servizi da garantire (educativi, residenziali, semiresidenziali, psicologici, medici, farmacologici, ecc.) e le modalità operative che questi devono avere. Lo Stato, in quanto garante della salute e della dignità delle persone, deve arrivare a garantire i diritti di questi cittadini in difficoltà. Questo è il primo, indispensabile passo per liberarsi dall'abito di emarginato.

Le risposte alla tossicodipendenza richiedono infine che vengano valorizzate tutte le forme di solidarietà e di accoglienza possibili nella vita quotidiana (famiglia, luoghi di lavoro, ecc.) in un'ottica di integrazione con i servizi specialistici del territorio.

I firmatari del documento « Educare senza punire » chiedono che venga offerta una pluralità di risposte definite per legge: che venga riconosciuta la pluralità dei soggetti coinvolti nel dare queste risposte; che vengano sostenuti gli interventi non specialistici e, infine, che venga riconosciuto all'ente locale il ruolo di coordinamento.

Si dicono convinti, come d'altra parte si afferma nella legge n. 685 del 1975, della illiceità dell'uso di droghe. Illiceità vuol dire che lo Stato e la società, e non solo il singolo cittadino, sono coinvolti e fortemente responsabilizzati nell'affermare concretamente, questo medesimo principio.

Si dicono altresì convinti dell'impraticabilità di ogni intervento terapeutico ed educativo imposto a prescindere dalla libera scelta dell'interessato. I diversi servizi pubblici o privati, ambulatoriali o residenziali, devono essere messi nella condizione di potersi far carico dei bisogni di chi si trova in difficoltà. Prendersi cura di una persona vuol dire prima di tutto rispondere ad una precisa richiesta di questa, formulata a partire da una libera e personale convinzione. Questo principio deve essere salvaguardato per i servizi pubblici come per i servizi del privato-sociale.

La pena carceraria rappresenta spesso un ulteriore passaggio « negativo » nel processo di emarginazione di un cittadino tossicodipendente. Evidentemente questo vale per ogni persona. Non si deve infatti mai dimenticare quanto, a distanza di tredici anni dalla riforma della legge penitenziaria 26 luglio 1975, n. 354, aggiornata con la legge n. 663 del 10 ottobre 1986, lo scarto tra dettato legislativo e realtà della pena sia ancora ampio.

Si impone, pertanto, il dovere di rendere concreto quanto già è stato deciso dal legislativo. A questo si deve accompagnare un chiarimento preciso e puntuale sulle negative sovrapposizioni tra pena e terapia. Il confondere questi due piani, come spesso capita, è negativo non solo per le persone coinvolte, ma anche per le strutture e i servizi che operano concretamente.

Preoccupa la tendenza a delegare totalmente alle comunità la gestione non prettamente sanitaria del problema, quasi che le fasi non acute della malattia non possano essere gestite nei normali contesti di vita. In questo modo, inoltre, si avvalla la separazione tra sanitario e socio-assistenziale, separazione di cui si è sperimentata tutta la contraddittorietà proprio nel campo della tossicodipendenza. È indispensabile, poi, garantire i diritti fondamentali di chi risulta sieropositivo, il diritto alla tutela giudiziaria nei casi di discriminazione (lavorativa e non), il diritto all'anonimato e alla confidenzialità negli esami sanitari, ecc.

Rispetto al mondo del lavoro la tossicodipendenza assume almeno tre aspetti inquietanti e sostanziali. La mancanza di occupazione è sicuramente uno dei maggiori fattori di rischio; in secondo luogo, il lavoro rappresenta un momento irrinunciabile per il reinserimento di un *ex* tossicodipendente; terzo, il mondo del lavoro stesso non può essere considerato un'isola felice: anche tra gli occupati

molti fanno uso di droga. La qualità stessa del lavoro, poi, è interessata dal fenomeno droga poiché ripropone il bisogno di attenzione alla persona e alle relazioni tra persone nei contesti di lavoro, nonché la centralità della persona stessa rispetto alla tecnologia produttiva. Il lavoro può diventare possibile « alternativa » alla tossicodipendenza solo se consente espressioni di dignità, se sa farsi luogo di dialogo e di vita, se esprime giustizia e uguaglianza tra le persone.

In questo quadro bisogna rifiutare sia la creazione di categorie protette che – problema certamente maggiore – il licenziamento arbitrario del lavoratore solo perché tossicodipendente.

Anche gli operatori dei servizi pubblici per le tossicodipendenze sostengono con forza che non è da criminalizzare il tossicodipendente: questi è l'ultimo e più debole anello di una catena che ha radici profonde nella società, nel sommerso, nei grandi affari nazionali ed internazionali, l'anello più facile da cogliere, da allontanare, di cui liberare la società. Come afferma la relazione semestrale 1988 del SUMSAT della USL 25 di Verona è troppo facile e semplicistico criminalizzare questi nuovi poveri, vi è da considerare inoltre che « penalizzato » il consumatore, l'aumento della cosiddetta criminalità sarebbe vertiginoso, considerato che ogni consumatore può non essere e diventare di per sé tossicodipendente.

Si dibatte se il drogato sia o meno un malato. Se malattia è una qualsiasi alterazione dello stato di salute si può anche affermare che il drogato sia un malato: ma è una malattia che non ha una diagnosi o una prognosi specifica, che non consente ad un medico di prescrivere una ricetta che restauri lo stato di salute.

La tossicodipendenza è la risultante non di uno stato di malattia ma di una condizione esistenziale con implicazioni psicologiche e fisiologiche e trova le radici in una varietà di cause e motivazioni individuali e sociali.

Non è possibile la via dell'obbligo del recupero, mentre è possibile la disintossicazione e il collegamento con i servizi.

In realtà è importante e decisivo evitare il ricorso alla clandestinità da parte dei consumatori: gli effetti sia per la salute degli stessi che verso la società potrebbero essere disastrosi. E alla clandestinità verrebbero spinti in proporzione all'uso di sistemi coercitivi e penalizzanti.

L'uscita dalla droga è più facile per un giovane alle prime esperienze. È quindi indispensabile porre in essere quelle iniziative che dovrebbero portare il giovane a contatto con servizi e strutture in grado di aiutarlo in questa fase delicata.

Per facilitare tale azione è importante e decisivo che la famiglia spezzi l'omertà-droga allorché venga a conoscenza che il figlio assume sostanze stupefacenti, superi la titubanza ad affrontare la realtà, eviti la convinzione che il figlio, aiutato dai familiari, potrà comunque uscirne da solo.

Ogni ritardo di un possibile intervento precoce di servizi pubblici o di organizzazioni private, consente al giovane di proseguire nel percorso della dipendenza.

La famiglia deve essere comunque adeguamente sostenuta e rappresentare così la « comunità terapeutica naturale » per affrontare positivamente le problematiche del figlio, tanto più se minore.

Inoltre il rapporto tra scuola e famiglia deve farsi più stretto e riguardare con maggiore evidenza l'aspetto comportamentale collegato al profitto.

Per quanto concerne l'attuazione della misura alternativa al carcere, essa dovrebbe coinvolgere prioritariamente:

la famiglia se sostenuta dai servizi;

i servizi sociali;

le strutture diurne;

le comunità terapeutiche.

Per assumere però un margine affidabile di successo è indispensabile utilizzare le previste misure alternative al carcere solo in presenza di una accertata volontà di recupero da parte del tossicodipendente: quindi le misure alternative non dovrebbero essere utilizzate quali

nuovi strumenti per evitare la carcerazione.

Torna anche nelle considerazioni degli operatori dei servizi pubblici il grande, annoso e mai adeguatamente affrontato problema della prevenzione; problema oggettivamente di difficile soluzione specialmente se riferita alla tossicodipendenza.

Difficile per la compresenza di cause e fattori di rischio complessi e di prevalente tipologia psico-sociale ed interrelazionali, per la molteplicità delle istituzioni coinvolte, per la difficoltà a realizzare una progettualità e una programmazione unitaria; per la carenza di un coordinamento globale sistematico, per la insufficienza di personale adeguatamente preparato sulla prevenzione, per la difficoltà di mobilitare cittadini, famiglie, organizzazioni territoriali.

Pur tra tante difficoltà, la scommessa da vincere è e rimane la prevenzione sulla quale devono essere mobilitati, e su un disegno globale, le famiglie, le associazioni, le forze sociali e politiche, la scuola, le USL.

Anche regioni e comuni sono scesi in questi anni in campo promuovendo politiche sociali, del lavoro, dell'informazione, culturali, di formazioni professionali. In particolare citiamo le esperienze di Bologna, Milano, Palermo e delle quasi 40 città che hanno attivato progetti giovani e progetti adolescenti.

Le riflessioni e le inquietudini che alimentano tali esperienze sono ben espresse nel documento « Reti per non cadere » presentato nell'autunno 1988 dalla Federazione del PCI di Bologna:

« Occorre innescare e percorrere itinerari politici e sociali, rideterminare iniziative, produrre comunicazione forte e congruente al fine di non produrre, oltre a quel mostro socio-politico che sono mafia e camorra, anche una società del rifiuto, della chiusura che marginalizza ed esclude laddove, e questo è il paradosso più doloroso, sono soli in frontiera i più giovani.

La frontiera fra norma e devianza che certo più facilmente oltrepassano i ragazzi meno fortunati dal punto di vista familiare, economico e sociale, è frontiera rischiosa per ogni adolescente di oggi. Vi è il disagio ma anche la curiosità, la scoperta, il rischio, il gruppo.

Nessuno può dirsi al sicuro.

Se siamo tutti in gioco, se la tossicodipendenza è un rischio sociale diffuso, se legale e illegale si confondono nelle grandi centrali criminose, allora è indispensabile agire su più punti. Occorre darsi una strategia, precisare gli obiettivi e utilizzare strumenti adatti a produrre i cambiamenti più diversi, interagendo con quanti hanno a cuore questo problema: più qualità dei servizi, più omogeneità, accoglienza adeguata e percorsi certi per i tossicodipendenti, ma anche più promozione.

Certezza delle risposte a chi ha il problema e consapevolezza e responsabilità sociale non solo per ridurre il rischio e per aumentare le difese, ma soprattutto perché entrare nel merito delle condizioni reali, economiche, politiche, culturali, produce difese e prevenzione, ristabilisce una comunicazione ricca di verità.

Dal punto di vista della cura, la legislazione deve rinnovarsi profondamente anzitutto superando tutte le fasce di disintossicazione coatta. Nessuna coercizione legislativa può sortire effetti positivi su chi ha necessità di interventi personalizzati e umani che tentino di rimuovere le cause scatenanti del disagio proprio per uscire dalla coercizione della dipendenza.

Vanno messe in campo più risorse perché si possano attuare forme diversificate di intervento per le cure e la riabilitazione. Solo la diversificazione consente l'intervento più appropriato e maggiori opportunità che intervengano a costruire una rete, concorrere alla soluzione positiva dei casi in carico e della diminuzione dei "fallimenti ».

Strutture residenziali, semiresidenziali, servizi territoriali, centri di accoglienza, comunità sono punti di una linea che può indicare una soluzione.

Sul momento specifico della riabilitazione è evidente che occorrè un collega-

mento tra enti locali e Governo centrale perché siano realizzabili un insieme di interventi soprattutto in campo lavorativo.

Il riferimento specifico è da un lato alla necessità che vengano riconosciute le cooperative di solidarietà sociale e che dall'altra su progetti specifici si tenti il reinserimento attivando a livello locale tutte le possibili opportunità lavorative, associative, creative con il coordinamento dell'intervento sia pubblico che privato coordinato dall'ente locale.

Sulla prevenzione, è naturale che le proposte devono anzitutto riguardare le principali agenzie educative e tutte quelle occasioni che determinano la formazione della persona e le sue relazioni sociali affettive.

Non v'é dubbio che lo scontro è principalmente politico ma egualmente vi è necessità di finanziamenti, e di strumenti adeguati che possano fornire anche supporti tecnico-scientifici all'operato delle regioni, province e comuni.

Sul fronte della prevenzione, solo alcune realtà locali sono impegnate e ancora in modo comunque non coordinato e spesso con scarse competenze. Appare obbligata una inversione di tendenza che non registri più ritardi.

Infine il problema dell'AIDS necessita di provvedimenti quali la prevenzione e la ricerca, interventi questi ancora largamente assenti e non finanziati adeguatamente che possono anche non essere strettamente connessi ai provvedimenti più generali circa la tossicodipendenza. Ma prima di tutto occorre che il rapporto AIDS-tossicodipendenze vada ricollocato e ridiscusso anche sul piano culturale.

"Reti per non cadere" sono le reti informali di sostegno, la solidarietà sociale ed individuale, la famiglia, i gruppi sociali di diverse estrazioni sociali e religiose, trasformatisi sotto i colpi delle rapide modificazioni intervenute negli ultimi 40 anni di storia.

Questo tessuto va usato e messo in rete, sia per esigenze di prevenzione che per accogliere chi nella società vuole reinserirsi. A fronte di un acutizzarsi nel mondo del lavoro, così come in quello delle relazioni sociali, di fenomeni quali la competizione, la aggressività, la violenza, a chi da questo sistema viene espulso verso la marginalizzazione va garantito un rientro tutelato nel sistema, sulla base di progetti, che oltre a sostenere le persone, pesino culturalmente contro una organizzazione sociale frammentata e alienante.

Particolare importanza devono avere le interconnessioni con quei luoghi ove la presenza giovanile è particolarmente significativa (scuola, centri giovanili, caserme, il carcere minorile) e in ogni caso con le situazioni ove è possibile attivare processi di presa di coscienza sociale e culturale, (luoghi di lavoro, associazioni, etc.).

Un punto di riflessione particolare e di speciale preoccupazione è il carcere: vale comunque il principio che non possono mai venire meno il diritto alla salute ed il rispetto della persona e della dignità del singolo; maggiore dovrebbe essere lo sforzo di applicazione della legge Gozzini soprattutto in materia di alternative alla detenzione.

Queste sono solo alcune delle numerose riflessioni, contenute in documenti di coloro che si sono misurati e continuano a misurarsi sul campo nelle attività di prevenzione e recupero delle tossicodipendenze, operatori dei servizi pubblici e delle Comunità, sia separatamente che coordinati. Al di là delle differenze tra stili, metodi, specificità delle proposte pedagogiche, sociali, assistenziali, alcune considerazioni comuni emergono con grande evidenza dalle esperienze condotte:

1) Così come sono diversi i modi di incontro con le droghe e lo strutturarsi dei ritmi e della qualità delle dipendenze, altrettanto diversi sono i percorsi di liberazione;

2) Per compiere azioni efficaci si devono creare occasioni di relazioni interpersonali dirette, non burocratizzate, fra operatori e ragazze e ragazzi;

3) Tutti possono fare qualcosa di utile nella lotta contro le dipendenze facendo responsabilmente il proprio lavoro nella scuola, negli uffici, nelle fabbriche, in famiglia, nell'attività di tempo libero e culturali.

L'approccio che proponiamo alla questione delle tossicodipendenze non è alternativo alla determinazione nella lotta contro il traffico e men che meno ai problemi posti dal terribile legame che, in Italia in particolare, si è aperto con l'AIDS: dobbiamo infatti combattere il rischio che senza la lotta al traffico decada la solidarietà con i tossicodipendenti.

A fronte di un fenomeno di straordinaria gravità e di vera emergenza sanitaria, le classi dirigenti italiane oggi devono garantire la certezza delle risposte a chi ha il problema, entrare nel merito delle condizioni reali di vita e di qui produrre difesa e prevenzione, recupero e speranza.

L'impegno legislativo è uno dei terreni prioritari per un intervento capace di determinare nuove e più efficaci politiche ma già dalla disponibilità di risorse è doveroso dare il segno di una iniziativa forte e all'altezza dei bisogni. Dal punto di vista della cura e del recupero dobbiamo fornire mezzi per promuovere e consentire percorsi personalizzati di uscita dalla dipendenza con l'attivazione quindi di opportunità diversificate di liberazione: centri di accoglienza, servizi territoriali, strutture residenziali e semiresidenziali, comunità, cooperative integrate, lavoro e formazione professionale, centri di aggregazione, devono essere presenti e operanti in ogni città, ovunque sul territorio nazionale. Perché anche a coloro che sono dipendenti da sostanze stupefacenti e psicotrope vanno garantiti il diritto alla istruzione, alla cultura, al lavoro, alla salute oltre che occasioni di liberazione.

Il PCI, insieme alla esigenza di un forte e autorevole coordinamento nazionale delle molteplici iniziative per la lotta contro la droga, propone più qualità dei servizi, più capacità di accoglienza, più percorsi da scegliersi liberamente da parte dei tossicodipendenti, una informazione e una comunicazione più rispettosa della verità e della dignità delle persone.

La proposta di legge consta di 21 articoli: essa definisce compito delle Amministrazioni centrali e periferiche dello Stato oltre che delle regioni e delle autonomie locali l'azione efficace e permanente per prevenire i danni alla salute fisica e mentale derivanti dall'abuso di psicofarmaci, alcool, dall'uso dell'oppio e suoi derivati e da altre tossicomanie.

Il coordinamento delle attività di prevenzione e recupero é affidato alla Presidenza del Consiglio dei ministri nell'ambito della Conferenza permanente per i rapporti Stato-regioni: il Presidente del Consiglio dei ministri entro il 31 gennaio di ogni anno è tenuto a riferire al Parlamento circa le strategie adottate e gli obiettivi raggiunti.

Alle attività del coordinamento partecipano, con funzioni di proposta e controllo dei fondi, anche esperti, operatori dei servizi pubblici, delle associazioni, del privato sociale e del volontariato impegnati sul campo.

Si è discusso e si discute molto del problema della titolarità degli interventi a livello centrale: in particolare la cattiva prova data complessivamente in questi anni dal Ministero della sanità e lo sviluppo di approcci ed esperienze che più che al sanitario si rifanno al pedagogico e al sociale, fanno a molti preferire un affidamento della titolarità al Ministro per gli affari sociali.

Riteniamo che per l'immediato i compiti debbano rimanere al Ministero della sanità. Questo perché tutta la legislazione in vigore, dalla legge n. 685 del 1975 alla legge n. 833 del 1978 e alla legge n. 595 del 1985 per la titolarità delle competenze e della spesa vi fa riferimento, perché siamo in carenza della riforma dell'assistenza e perché infine il Ministro per gli affari sociali non ha capacità operativa.

Il problema indubbiamente esiste, ma non riteniamo giusto e opportuno dettarvi soluzioni nel contesto di un provvedimento con caratteri di urgenza quale quello che proponiamo con un progetto-

obiettivo per lo sviluppo nel triennio 1989-1991 dei servizi di prevenzione, cura e recupero delle dipendenze da sostanze stupefacenti e psicotrope.

Assegniamo al Ministero della sanità compiti importanti, quelli assegnati dalle leggi del 23 dicembre 1978 n. 833 e n. 595 del 23 ottobre 1985 per la determinazione degli indirizzi per le attività di prevenzione cura e recupero sociale, la raccolta dei dati epidemiologici, il controllo attraverso la farmacovigilanza della capacità di indurre dipendenza da parte di nuovi farmaci, la predisposizione di strumenti di informazione per prevenire abuso di alcool e alcooldipendenza.

Per poter svolgere tali compiti il Ministero della Sanità deve dotarsi del « Servizio centrale per le dipendenze da alcool e sostanze stupefacenti e psicotrope », un ufficio in grado di svolgere attività di indirizzo e coordinamento per le politiche e programmi inerenti la prevenzione e il trattamento delle dipendenze.

Le regioni e le province autonome entro 180 giorni devono predisporre i progetti-obiettivo triennali per le attività di prevenzione, cura e recupero delle dipendenze da sostanze stupefacenti e psicotrope, assicurando la partecipazione degli enti locali, delle forze sociali, associazioni e volontariato. Tali progetti devono comunque prevedere l'istituzione di almeno un centro di accoglienza e orientamento in ogni USL; gli *standards* relativi al personale e alla organizzazione dei servizi, l'aggiornamento e la formazione permanente degli operatori.

Un ruolo importante è assegnato ai comuni singoli o associati nella promozione e sostegno alla partecipazione dei cittadini, delle associazioni e del volontariato e nel coordinamento delle attività sociali, educative, di formazione professionale, lavoro culturale e nella gestione di progetti di lotta contro l'emarginazione.

In ciascun comune è istituita la conferenza permanente delle associazioni giovanili delle famiglie e degli operatori dei servizi pubblici, di privato sociale e di volontariato con il compito di promuovere attività e programmi, verificarne l'andamento, sensibilizzare la popolazione.

I sovraintendenti scolastici regionali entro 120 giorni devono predisporre i programmi triennali di intervento nelle scuole di ogni ordine e grado finalizzati alla lotta contro l'abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope e di alcool.

I collegi dei docenti e consigli di circolo e istituto sono impegnati ad elaborare ed attivare programmi didattici da integrare nelle discipline curricolari e progetti di intervento educativo ed informativo. È altresì previsto che docenti appartenenti agli istituti scolastici del territorio possano tenere corsi per studenti tossicodipendenti accolti nelle comunità terapeutiche e negli istituti di pena.

Il Ministero della sanità definisce le caratteristiche di idoneità di associazioni e comunità operanti nei confronti delle dipendenze; le regioni istituiscono gli albi regionali degli enti ausiliari; le convenzioni possono essere stipulate dalle USL nel cui territorio risiede l'ente ausiliario.

Gli articoli 11 e 12 definiscono i centri di accoglienza e orientamento, almeno uno per ogni USL che si devono occupare della prima presa in carica delle segnalazioni delle situazioni di dipendenza, della elaborazione di progetti personalizzati di recupero, del supporto alle famiglie, delle attività di prevenzione e di trattamento delle patologie quali AIDS ed epatite, del coordinamento e del raccordo con le strutture operanti quali le comunità terapeutiche, le comunità alloggio, i centri di formazione professionali, i servizi ambulatoriali, i servizi ospedalieri, le famiglie affidatarie.

L'organico minimo del CAO è composto da un medico, uno psicologo, un assistente sociale ed un educatore.

Prevediamo che il lavoratore tossicodipendente in trattamento terapeutico mantenga il posto di lavoro.

Anche per i detenuti tossicodipendenti è previsto l'accesso ai servizi forniti dalle USL di intesa con l'amministrazione penitenziaria.

Anche il Ministero della difesa deve svolgere compiti importanti di informazione e prevenzione e una particolare

normativa è prevista per quanto riguarda la dichiarazione di stato e tossicodipendenza da parte del giovane in occasione della visita di leva, il quale, se non dichiarato idoneo al servizio in quella occasione, viene rinviato alla chiamata con la classe successiva; il tossicodipendente che al termine del programma terapeutico è in condizione di idoneità al servizio di leva può prestare attività volontaria come servizio civile.

La proposta di legge prevede che per i tossicodipendenti, in deroga al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 agosto 1985, debbano intendersi come attività di rilievo sanitario, l'assistenza anche domestica, le comunità alloggio, le strutture diurne socio-formative, i corsi di formazione professionale, gli interventi per l'inserimento e il reinserimento lavorativo, i centri di aggregazione e di incontro diurni, l'ospitalità presso le famiglie affidatarie.

Per il finanziamento delle attività di prevenzione, cura e recupero è prevista una somma di 1.000 miliardi nel triennio 1989-1991 reperita fra le risorse del servizio sanitario nazionale.

PROPOSTA DI LEGGE

—

ART. 1.

(Compiti dello Stato, delle regioni, delle province, dei comuni).

1. Gli organi centrali e periferici dello Stato, le regioni, le province e i comuni devono agire efficacemente e permanentemente, nell'ambito delle proprie competenze:

a) per stroncare l'organizzazione del traffico e del mercato degli stupefacenti;

b) per favorire la collaborazione internazionale contro la circolazione e il consumo degli stupefacenti;

c) per prevenire i danni alla salute fisica e mentale derivanti dall'abuso degli psicofarmaci e dell'alcool, dall'uso dell'oppio e dei suoi derivati e da altre tossicomanie.

ART. 2.

(Coordinamento delle attività di prevenzione del consumo delle sostanze stupefacenti e psicotrope, dell'abuso di alcool, della cura e del recupero dei soggetti dipendenti da tali sostanze).

1. Il Presidente del Consiglio dei ministri nell'ambito della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di cui all'articolo 12 della legge 23 agosto 1988, n. 400, coordina le attività delle amministrazioni centrali e periferiche dello Stato, e delle autonomie regionali in ordine agli obiettivi indicati nell'articolo 1.

2. Alle attività del coordinamento partecipano, con funzioni di proposta e controllo sull'uso delle risorse, anche esperti, operatori dei servizi pubblici, delle associazioni, del privato sociale e del volontariato impegnato sul campo.

3. Il Presidente del Consiglio dei ministri entro il 31 gennaio di ogni anno riferisce al Parlamento in ordine alle strategie adottate e agli obiettivi raggiunti nell'anno precedente.

4. Le funzioni del Presidente del Consiglio dei ministri possono essere delegate al Ministro per gli affari sociali.

ART. 3.

(Attribuzioni del Ministero della sanità).

1. Il Ministro della sanità, nell'ambito dei compiti assegnati dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833:

a) determina gli indirizzi per la prevenzione delle dipendenze da sostanze stupefacenti e psicotrope e da alcool per la cura e il reinserimento sociale dei tossico-dipendenti;

b) determina, sentito il Consiglio sanitario nazionale, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, gli indirizzi per il rilevamento epidemiologico da parte delle regioni, delle province autonome di Trento e Bolzano, delle unità sanitarie locali, delle dipendenze da alcool e da sostanze stupefacenti e psicotrope;

c) concede le autorizzazioni per la coltivazione, la produzione, e la fabbricazione, l'impiego, il commercio, l'esportazione, l'importazione, il transito, l'acquisto, la vendita e la detenzione delle sostanze stupefacenti e psicotrope;

d) stabilisce con proprio decreto:

1) l'elenco annuale delle imprese autorizzate alla fabbricazione, all'impiego e al commercio all'ingrosso di sostanze stupefacenti e psicotrope;

2) le tabelle di cui all'articolo 12 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, sentito l'Istituto superiore di sanità, curandone il tempestivo aggiornamento;

3) le indicazioni relative alla confezione dei farmaci contenenti sostanze stupefacenti e psicotrope;

4) i limiti e le modalità di impiego dei farmaci sostitutivi;

e) verifica, a distanza di un anno, di due anni, di cinque anni dall'entrata in commercio di nuovi farmaci, la loro capacità di indurre dipendenza nei consumatori;

f) dà indicazioni relative al testo che deve accompagnare la promozione pubblicitaria dei prodotti alcoolici sia fissa che mobile, a mezzo stampa e attraverso le emittenti radiotelevisive pubbliche e private, circa i danni derivanti dall'abuso nell'assunzione di alcool e le patologie correlate.

ART. 4.

(Istituzione del Servizio centrale per le dipendenze da alcool e sostanze stupefacenti e psicotrope).

1. È istituito, presso il Ministero della sanità, il Servizio centrale per le dipendenze da alcool e sostanze stupefacenti e psicotrope e per l'alcoolismo.

2. Il Servizio centrale per le dipendenze da alcool e sostanze stupefacenti e psicotrope svolge compiti di indirizzo e coordinamento per le politiche e i programmi inerenti il trattamento delle dipendenze indicate nell'articolo 1 su tutto il territorio nazionale, con parere obbligatorio del Consiglio sanitario nazionale. Inoltre provvede a:

a) raccogliere i dati epidemiologici e le statistiche circa l'andamento dei consumi delle violazioni del codice della strada e degli infortuni in stato di intossicazione da alcool e sostanze stupefacenti e psicotrope;

b) raccogliere ed elaborare i dati trasmessi dalle regioni relativi all'andamento delle dipendenze da sostanze stupefacenti e psicotrope, e da alcool, non-

ché agli interventi di prevenzione e di recupero sociale e presentare annualmente un rapporto sulla materia al Ministro della sanità;

c) esprimere il parere motivato sulle autorizzazioni in materia di sostanze stupefacenti e psicotrope per le quali è competente il Ministro della sanità;

d) esprimere, sentito l'Istituto superiore della sanità, il parere motivato in ordine alla concessione di licenze di importazione di materie prime per la produzione e l'impiego delle sostanze stupefacenti e psicotrope;

e) procedere all'accertamento qualitativo e quantitativo degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope confiscati o prelevati dalle partite di importazione o comunque messi a disposizione del Ministero della sanità;

f) determinare gli stupefacenti da affidare in cessione temporanea ad industrie farmaceutiche per la lavorazione al fine di renderli idonei alla vendita;

g) disporre le modalità di distribuzione degli stupefacenti non utilizzabili e controllarne la esecuzione.

3. Il Servizio centrale, per gli eventuali controlli analitici, si avvale dei laboratori dell'Istituto superiore di sanità o di istituti universitari.

4. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano istituiscono, con propria legge, uffici regionali e, rispettivamente, provinciali che svolgono funzioni analoghe al Servizio centrale.

ART. 5.

(Composizione del servizio centrale per le dipendenze da sostanze stupefacenti e psicotrope e da alcool).

1. Il Servizio centrale si avvale delle prestazioni di personale del Servizio sanitario nazionale e di esperti nel campo, ed è diretto da un funzionario con la qualifica di dirigente generale del Ministero

della sanità esperto nelle materie, che coordina una Commissione formata da:

a) un rappresentante per ciascuno dei Ministeri dell'interno, della pubblica istruzione e della difesa;

b) un rappresentante dell'Istituto superiore di sanità esperto in materia;

c) un rappresentante del Consiglio nazionale delle ricerche esperto in materia;

d) otto esperti designati dalle regioni.

2. Il Ministro della sanità, entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, provvede con proprio decreto alla costituzione del Servizio centrale ed alla nomina della Commissione di cui al comma 1.

ART. 6.

(Attribuzioni delle regioni).

1. Le regioni e le province autonome, nell'ambito dei piani regionali sanitari di cui all'articolo 55 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, predispongono i progetti obiettivo-triennali per le attività di prevenzione, cura e recupero, delle dipendenze da sostanze stupefacenti e psicotrope assicurando la partecipazione degli enti locali, delle unità sanitarie locali e delle forze sociali e di volontariato presenti sul territorio.

2. I progetti triennali sono trasmessi dalla regione al Ministero della sanità unitamente ai dati dell'andamento delle dipendenze.

3. I progetti triennali prevedono:

a) l'istituzione di centri di accoglienza e di orientamento (CAO) così come previsto dall'articolo 10, in numero di almeno uno per ogni unità sanitaria locale;

b) le misure relative alle attività di prevenzione;

c) gli indirizzi e gli obiettivi per la cura e il reinserimento sociale dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti e psicotrope prevedendo gli *standard* e i requisiti relativi al personale, alle strutture e alle metodologie di intervento, alla organizzazione dei servizi;

d) l'informazione, l'aggiornamento, la qualificazione e la formazione degli operatori delle unità sanitarie locali, degli enti locali e di altri enti o associazioni compresi gli enti ausiliari iscritti nell'albo di cui all'articolo 10;

e) la raccolta e la elaborazione dei dati epidemiologici relativi all'andamento del fenomeno delle dipendenze.

ART. 7.

(Compiti dei comuni).

1. I comuni singoli o associati, le comunità montane, per gli interventi di competenza in materia di prevenzione e recupero, orientamento al lavoro e integrazione sociale dei dipendenti da sostanze stupefacenti e psicotrope, e da alcool, in collaborazione con le unità sanitarie locali promuovono attività sociali, educative, di formazione professionale, lavorative, culturali e possono sostenere con propri finanziamenti le iniziative assunte da associazioni di volontariato, cooperative di produzione e di servizi.

2. I comuni e le associazioni dei comuni del Mezzogiorno con più di 100.000 abitanti, in cui la diffusione delle tossicodipendenze e dell'alcoolismo si legano a situazioni di svantaggio sociale e culturale ed in cui si sia manifestata carenza di servizi in grado di arginarla, possono predisporre progetti speciali di lotta all'emarginazione centrati sul potenziamento e sulla messa in opera dei loro servizi sociali.

3. Per il finanziamento di tali progetti si può accedere ai fondi speciali per lo sviluppo economico e sociale del Mezzogiorno previa presentazione da parte delle regioni meridionali di progetti di fattibi-

lità indicanti tempi, modalità e obiettivi che si intendono conseguire nel campo della prevenzione e recupero delle tossico e alcooldipendenze.

ART. 8.

(Partecipazione dei cittadini).

1. In ciascun comune su proposta del sindaco, è istituita una conferenza permanente delle associazioni giovanili, delle famiglie e di tutti gli operatori, con il compito di:

a) presentazione di proposte e suggerimenti per i programmi delle amministrazioni comunali, delle unità sanitarie locali e degli enti ausiliari sulle attività di educazione alla salute e di informazione sui danni derivanti dall'alcoolismo, dall'uso delle sostanze stupefacenti e psicotrope, nonché delle patologie correlate;

b) verifica annuale dell'andamento di programma;

c) promozione e gestione in accordo con l'amministrazione comunale di tutte le attività volte alla sensibilizzazione della popolazione in ordine alla prevenzione delle dipendenze indicate nella lettera *a)*.

2. La conferenza viene convocata almeno due volte all'anno.

ART. 9.

(Informazione e prevenzione nelle scuole).

1. I sovrintendenti scolastici regionali entro 120 giorni dall'entrata in vigore della presente legge predispongono il primo programma triennale di intervento preventivo nelle scuole di ogni ordine e grado.

2. Il programma, distinto per ordini scolastici, elaborato con il concorso delle necessarie consulenze tecniche, è inserito nel progetto obiettivo di cui all'articolo 6 e viene realizzato in collaborazione con la regione, i comuni, le unità sanita-

rie locali e i consigli di circolo e di istituto.

3. Analogamente i programmi triennali successivi sono elaborati in coordinamento con i progetti obiettivo-regionali.

4. I progetti obiettivo-triennali di cui all'articolo 6, integrati dai programmi di cui al presente articolo, costituiscono la base degli interventi di carattere preventivo educativo da realizzarsi nelle scuole contro l'abuso di sostanze stupefacenti, alcoolismo ed in generale contro il fenomeno della dipendenza.

5. Il collegio dei docenti, entro l'inizio di ogni anno scolastico, elabora:

a) nella scuola elementare, il programma annuale delle singole classi;

b) nella scuola secondaria, il progetto didattico da integrare nelle diverse discipline curricolari.

6. I collegi dei docenti propongono ai consigli di circolo e di istituto le iniziative di prevenzione rivolte ai genitori degli alunni e agli studenti delle scuole superiori sui danni derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti, psicotrope e dall'alcoolismo.

7. I consigli di circolo e di istituto che predispongono, anche per iniziativa degli studenti e con l'ausilio delle associazioni che nel territorio si occupano delle tossicodipendenze, progetti mirati di intervento educativo e informativo, possono ricevere i finanziamenti previsti nei progetti-obiettivo regionali.

8. Il Ministero della pubblica istruzione ripartisce ogni anno agli Istituti regionali di ricerca, sperimentazione e aggiornamento educativi (IRRSAE), per l'effettuazione di specifiche iniziative di aggiornamento agli insegnanti, un quinto della somma stanziata nel capitolo 1121 del bilancio per il 1989 del Ministero della pubblica istruzione. Le iniziative devono in particolare riguardare gli aspetti relazionali dell'attività educativa, promuovendo una qualificazione professionale tesa a garantire le competenze necessarie per favorire e rafforzare le

motivazioni dell'apprendimento e il rapporto tra insegnanti e allievi. Tali iniziative devono interessare anche gli insegnanti della scuola materna.

9. Nelle comunità terapeutiche e negli istituti di pena possono essere organizzati, da docenti appartenenti agli istituti scolastici della zona che si dichiarino disponibili, corsi specifici per permettere agli studenti in condizione di tossicodipendenza di seguire le attività scolastiche a seconda delle esigenze, corsi di alfabetizzazione, corsi di cultura generale. I docenti dichiaratisi disponibili hanno diritto a quanto previsto dall'articolo 17 del decreto del Presidente della Repubblica 23 agosto 1988, n. 399. Dopo 4 anni di intervento i docenti maturano uno scatto anticipato.

10. Il sovrintendente scolastico regionale, con l'ausilio di una commissione appositamente nominata, valuta le domande del personale direttivo e docente interessato a prestare la propria opera presso gli enti ausiliari e i centri di cui agli articoli 10 e 11.

11. Il personale suddetto, in possesso degli idonei requisiti professionali, è collocato fuori ruolo presso gli organismi indicati che ne facciano richiesta per un periodo di cinque anni, rinnovabili una sola volta.

12. Le collocazioni fuori ruolo di cui al comma 11 sono disposte entro un limite numerico massimo corrispondente ad un decimo del soprannumero esistente nelle singole materie di insegnamento o nelle rispettive qualifiche professionali.

13. In assenza di contingenti numerici di personale soprannumerario da utilizzare nella collocazione fuori ruolo presso gli enti e i centri sopra indicati, le nomine del personale da impiegare in questi, vengono effettuate sulla base di quanto stabilito dall'articolo 14 della legge 20 maggio 1982, n. 270, come modificato dalla legge 7 marzo 1986, n. 66.

ART. 10.

(Enti ausiliari).

1. Il Ministero della sanità definisce le caratteristiche delle associazioni e delle

comunità idonee ad operare nei confronti delle dipendenze da sostanze stupefacenti e psicotrope. Le regioni ne autorizzano l'attività, istituiscono un albo regionale degli enti ausiliari e predispongono uno schema tipo di convenzione.

2. Le convenzioni possono essere stipulate dall'unità sanitaria locale nel cui territorio risiede l'ente ausiliare.

ART. 11.

(Centri di accoglienza).

1. Le unità sanitarie locali istituiscono centri di accoglienza e di orientamento ed un centro diurno per i tossicodipendenti, le loro famiglie e le persone comunque interessate ai problemi della assuefazione a sostanze stupefacenti o psicotrope.

2. Di norma è istituito un centro di accoglienza e di orientamento (CAO) per ciascuna unità sanitaria locale.

3. Tuttavia sulla base degli indici di diffusione delle tossicodipendenze si potrà prevedere la realizzazione di più centri di accoglienza e di orientamento nel territorio della stessa unità sanitaria locale.

ART. 12.

(Funzioni dei centri di accoglienza e di orientamento).

1. I centri di accoglienza e di orientamento svolgono le seguenti funzioni:

a) analisi delle condizioni socio-sanitarie del tossicodipendente e della sua famiglia; verifica della situazione rappresentata da chi si rivolge ai servizi;

b) controlli clinici e di laboratorio necessari a stabilire il grado di dipendenza fisica e il conseguente fabbisogno di medicinali o le terapie di disintossicazione da effettuarsi con il supporto dei servizi delle unità sanitarie locali;

c) elaborazione di progetti di intervento in collegamento con le altre strut-

ture ed i servizi delle unità sanitarie locali e i servizi esterni interessati, anche per le attività di prevenzione e il trattamento delle patologie intercorrenti e collegate quali l'AIDS, epatite da siero;

d) raccordo con i servizi delegati alle prestazioni successive e verifica periodica del progetto da effettuarsi in collegamento dipartimentale;

e) trattamenti psico-sociali e medico-farmacologici a breve termine ove necessari;

f) progettazione ed esecuzione in forma diretta o indiretta di interventi di informazione e prevenzione;

g) interventi per favorire il reinserimento sociale, scolastico e lavorativo;

h) informazione e orientamento rivolti alle famiglie dei tossicodipendenti;

i) raccolta dei dati statistici ed epidemiologici;

l) raccordo con i servizi delegati alle prestazioni successive di cui all'articolo seguente e verifica periodica del progetto.

2. Lo svolgimento delle funzioni indicate nella lettera *h)* sono assicurate da un gruppo interdisciplinare composto da almeno un medico, uno psicologo, un assistente sociale e un educatore.

3. Per le funzioni di cui alle lettere *c)*, *f)* e *g)* il centro di accoglienza e di orientamento utilizza la collaborazione di associazioni e volontariato.

4. La unità sanitaria locale indica, tra i componenti del gruppo, il responsabile del centro di accoglienza e di orientamento.

ART. 13.

(Altre strutture operanti nel settore della cura e del recupero dei dipendenti da sostanze stupefacenti e psicotrope).

1. Oltre alle strutture ed ai servizi previsti nei precedenti articoli per le pre-

stazioni successive, per la cura ed il recupero dei tossicodipendenti operano:

a) comunità terapeutiche residenziali e semiresidenziali;

b) comunità alloggio e semiresidenziali;

c) centri diurni e notturni;

d) centri di formazione professionale e di avviamento e recupero attraverso il lavoro;

e) servizi ambulatoriali, preferibilmente ospedalieri, per i trattamenti protratti con farmaci sostitutivi;

f) servizi ospedalieri per le eventuali patologie intercorrenti;

g) le famiglie affidatarie, disciplinate dalla legge 4 maggio 1983, n. 184.

ART. 14.

(Tutela del lavoratore dipendente da sostanze stupefacenti e psicotrope che effettua il trattamento terapeutico).

1. Il trattamento terapeutico non costituisce giusta causa né giustificato motivo di risoluzione del rapporto di lavoro, ed è equiparato allo stato di malattia ai fini di cui all'articolo 2110 del codice civile ed alle leggi previdenziali ed assistenziali.

2. Per la sostituzione dei lavoratori che debbano assentarsi dal posto di lavoro per seguire un trattamento terapeutico è consentito il ricorso all'assunzione a tempo determinato ai sensi dell'articolo 1, lettera *b)*, della legge 18 aprile 1962, n. 230.

ART. 15.

(Prestazioni socio-sanitarie per i detenuti).

1. Gli interventi previsti, curativi, riabilitativi, secondo i princìpi della presente legge possono essere richiesti dai detenuti con problemi di tossico all'interno degli istituti carcerari.

2. Le unità sanitarie locali, d'intesa con gli istituti di prevenzione e pena ed in collaborazione con i servizi sanitari interni dei medesimi istituti, provvedono alla cura e alla riabilitazione dei detenuti tossicodipendenti.

ART. 16.

(Informazione ed educazione nelle caserme per i giovani in servizio militare).

1. Il Ministero della difesa, di concerto con i Ministeri della sanità, della pubblica istruzione e per gli affari sociali, programma ed organizza presso le accademie militari, le scuole ufficiali e sottufficiali e per i giovani in servizio militare di leva, l'informazione e l'educazione sanitaria contro l'uso delle sostanze stupefacenti e psicotrope e contro l'alcoolismo, in collaborazione con gli enti locali e le unità sanitarie locali competenti per territorio.

2. L'informazione sui danni derivanti dall'uso delle sostanze stupefacenti e psicotrope e dall'alcoolismo è parte integrante dei programmi di educazione sanitaria ed è inserita nei programmi di istruzione sanitaria presso le scuole per ufficiali e sottufficiali.

3. Sui programmi realizzati il Ministero della difesa trasmette annualmente una relazione al Ministero della sanità e al Consiglio sanitario nazionale.

ART. 17.

(Visita di leva).

1. In occasione della visita di leva, dietro dichiarazione dell'interessato di essere assuntore di sostanze stupefacenti, le autorità sanitarie militari effettuano gli accertamenti diagnostici atti a stabilire lo stato di dipendenza e in particolare se l'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope sia occasionale o abituale, recente o remota.

2. In base alle risultanze e alle valutazioni delle effettive condizioni, il chiamato alla leva può essere idoneo al servizio militare.

3. I risultati diagnostici sono trasmessi dalle autorità militari alle unità sanitarie locali competenti per territorio.

4. Il chiamato alla leva che, in base agli esami diagnostici di cui al comma 1 non può essere dichiarato idoneo al servizio militare, viene rinviato alla chiamata di leva con la classe successiva. Di ciò viene data comunicazione alla unità sanitaria locale competente per territorio, che avrà cura di realizzare con l'interessato il programma per il trattamento terapeutico di riabilitazione.

5. I militari in servizio di leva di cui viene accertato lo stato di dipendenza, hanno il diritto di seguire programmi terapeutici di riabilitazione, presso i servizi militari o i servizi sanitari militari o il centro di accoglienza e di orientamento competente per territorio.

ART. 18.

(Servizio militare alternativo).

1. Il dipendente da sostanze stupefacenti e psicotrope che, al termine del programma terapeutico è nelle condizioni di essere chiamato al servizio militare di leva può, su propria richiesta da presentare all'ufficio territoriale di leva del distretto militare, e su parere conforme della direzione della comunità terapeutica, continuare a prestare come servizio civile la sua attività volontaria per un periodo pari alla durata del servizio militare.

2. Il periodo di attività trascorso nella comunità terapeutica o presso il centro di accoglienza e di orientamento della unità sanitaria locale è valido a tutti gli effetti come servizio militare.

3. In caso di assenza ingiustificata, la direzione della comunità terapeutica o il responsabile del centro di accoglienza e di orientamento della unità sanitaria locale devono dare comunicazione alle competenti autorità militari territoriali che provvedono alla chiamata dell'interessato al servizio militare di leva.

4. Le autorità militari competenti per territorio possono, in qualsiasi momento, accertare presso la comunità terapeutica

o presso il centro di accoglienza e di orientamento della unità sanitaria locale la presenza effettiva dell'interessato.

5. Al termine del periodo di attività nella comunità terapeutica presso il centro di accoglienza e di orientamento della unità sanitaria locale, l'autorità militare rilascia all'interessato il congedo militare illimitato.

ART. 19.

(Assistenza ai tossicodipendenti italiani all'estero).

1. Il Ministro della sanità, d'intesa con il Ministro degli affari esteri, in base alle disposizioni dell'articolo 37 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, assicura, tramite convenzioni o accordi bilaterali con i singoli Paesi, ai tossicodipendenti italiani che si trovano all'estero, il soccorso immediato, l'assistenza sanitaria e la organizzazione, dietro il loro assenso, del viaggio di rientro in Italia, fornendo apposita comunicazione alle competenti unità sanitarie locali per i successivi interventi.

ART. 20.

(Spese per i tossicodipendenti).

1. Ai sensi ed agli effetti dell'articolo 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730, devono intendersi come attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, l'assistenza, anche domestica, le comunità alloggio, le strutture diurne socio-formative, i corsi di formazione professionale, gli interventi per l'inserimento e il reinserimento lavorativo, i centri di aggregazione e di incontro diurni, l'ospitalità presso le famiglie affidatarie.

ART. 21.

(Finanziamento).

1. Per l'attuazione di quanto previsto dalla presente legge, per l'attivazione ed il potenziamento dei servizi per i dipen-

denti da alcool e sostanze stupefacenti e psicotrope su tutto il territorio nazionale, per il triennio 1989-1991 è vincolata una quota di 1.000 miliardi dello stanziamento previsto dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 (legge finanziaria 1988).

2. Tale stanziamento deve tendere a garantire:

a) per il primo anno, alle regioni e province autonome, una disponibilità di risorse che consentano gli interventi di immediata esecuzione, capaci di rendere possibile l'avvio dei progetti finalizzati regionali previsti all'articolo 4;

b) per i successivi anni del triennio, il residuo del finanziamento previsto, relativo ai succitati progetti.

3. Il comitato regionale di controllo, decorsi i termini previsti dalla presente legge per la predisposizione degli atti amministrativi da parte delle unità sanitarie locali, provvede agli interventi riparatori e sostitutivi mediante nomina di un commissario *ad acta*.