

# SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XII LEGISLATURA —————

**Doc. XXX**  
**n. 2**

## RELAZIONE

**SUI DATI RELATIVI ALLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN  
ITALIA, SULLE STRATEGIE ADOTTATE E SUGLI OBIETTIVI RAGGIUNTI**

**(ANNO 1995)**

*(Articolo 1, comma 14, del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica  
9 ottobre 1990, n. 309, modificato dal decreto-legge 17 marzo 1995, n. 82)*

**Presentata dal Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale**

**(OSSICINI)**

—————  
**Comunicata alla Presidenza il 30 marzo 1996**  
—————



**INDICE**

	<i>Pag.</i>
<b>Relazione sulla problematica "Droga e tossicodipendenze"</b>	<b>7</b>
<b>Le innovazioni legislative relative al Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga</b>	<b>27</b>
<b>La regionalizzazione del Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga</b>	<b>29</b>
<b>L'attività nel 1995 del Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga</b>	<b>32</b>
<b>Le iniziative a cura del Dipartimento per gli Affari Sociali</b>	
Sportello per il cittadino - L'attività del Servizio "Drogatel"	<b>35</b>
La VI Campagna informativa contro le tossicodipendenze	<b>39</b>
L'attività nell'ambito dell'Osservatorio Europeo sulle Tossicodipendenze	<b>41</b>
<b>Ministero per gli Affari Esteri</b>	<b>43</b>
<b>Ministero dell'Interno</b>	
Osservatorio Permanente sul fenomeno droga	<b>53</b>
Direzione Generale per i Servizi Civili	<b>95</b>
Direzione Centrale per i Servizi Antidroga	<b>99</b>
<b>Ministero di Grazia e Giustizia</b>	
Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria	<b>163</b>
Ufficio Centrale per la Giustizia Minorile	<b>209</b>

	<i>Pag.</i>
<b>Ministero delle Finanze</b>	
Direzione Centrale dei Servizi Doganali	<b>257</b>
<b>Ministero della Difesa</b>	
Direzione Generale della Sanità Militare	<b>263</b>
<b>Ministero della Pubblica Istruzione</b>	
Ufficio Studi, Bilancio e Programmazione	<b>301</b>
<b>Ministero della Sanità</b>	
Servizio Centrale per le Dipendenze da Alcool e Sostanze stupefacenti e Psicotrope	<b>347</b>
Servizio per i rapporti internazionali - D.A.C.C.	<b>381</b>
<b>Ministero dell'Università e ricerca scientifica e tecnologica</b>	<b>385</b>
<b>Dipartimento per la funzione pubblica</b>	<b>389</b>
<b>Le Regioni d'Italia</b>	<b>393</b>

*In allegato, a cura della Direzione Generale degli Affari Penali del  
Ministero di Grazia e Giustizia:*

**“Materiale di documentazione sulla legislazione in materia  
di uso delle sostanze stupefacenti”**



*Il Ministro  
per la famiglia e la solidarietà sociale*

*Anche questa relazione annuale al Parlamento per il 1995, la seconda dopo quella varata da me l'anno precedente dopo aver assunto la responsabilità politica del Dipartimento per gli affari sociali, inizia inquadrando l'azione governativa nel più ampio contesto internazionale in cui essa si muove.*

*Il fenomeno droga infatti nasce e si alimenta in uno scenario planetario in cui interagiscono variamente fattori politici, sociali, culturali, giuridici, economico-finanziari, sanitari, criminalistici, in un circuito complesso, e talora perverso, che rischia di minare alla radice regole basilari dello stesso convivere sociale. Contro tale fenomeno la comunità internazionale, dalle Nazioni Unite all'Unione Europea, ha deciso di reagire attraverso una strategia globale che affronti congiuntamente i due complementari aspetti della riduzione dell'offerta e della domanda di droghe, nonché della riduzione dei rischi e dei danni da tali sostanze prodotti.*

*Non c'è dubbio che la strategia, da tempo intrapresa dal Governo, si muova in tale direzione, sia sul piano della cooperazione multilaterale e bilaterale, che dell'azione sul territorio nazionale. Ciò attraverso una pluralità ed una ricchezza di interventi delle Amministrazioni Centrali, delle Regioni, dei Comuni, dei servizi pubblici e del privato sociale, che rendono il nostro Paese fra i quelli che forse meglio di tanti altri stanno tentando di dare a questa problematica una risposta per quanto possibile completa e variegata, coerente sul piano degli impegni internazionali e nel contempo sensibile ed attenta anche al dibattito scientifico e culturale in corso.*

*Tutto ciò ha permesso di creare nel corso di questi anni, in particolare attraverso gli interventi finanziati col Fondo Nazionale, nonostante le difficoltà scaturenti da una situazione di incertezza giuridica nonché di carenza strutturale degli apparati operativi, una progettualità ideativa ed operativa ( basti pensare alle*

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

*campagne informative e alle diverse migliaia di progetti eseguiti ed in corso) ed una sensibilità che permettono di guardare con minore pessimismo alla possibilità di affrontare questo drammatico problema in una visione sempre più matura, moderna e nell'imprescindibile contesto internazionalistico e scientifico.*

*Con tale sentimento, sono convinto che il più volte reiterato decreto legge sulle tossicodipendenze, anche grazie al lavoro svolto quest'anno in proficua sinergia con le competenti Commissioni parlamentari, verrà presto definitivamente approvato, restituendo l'azione amministrativa ad una maggiore incisività e certezza. Inoltre guardo con grande fiducia al decentramento, a partire proprio da quest'anno, del 75% del Fondo nazionale alle Regioni che aprirà una nuova fase di vita di questo importante aspetto della solidarietà del Paese verso il dramma "droga", sviluppando auspicabilmente ulteriori energie progettuali ed operative nel quadro di una programmazione più appropriata ed aderente alle specifiche realtà territoriali, in costruttiva sinergia con le Amministrazioni centrali*

*D'altro canto proprio questa nuova fase coincide sostanzialmente quest'anno con quel momento importante di riflessione che sarà la seconda Conferenza nazionale, prevista dal legislatore ogni tre anni dall'entrata in vigore del T.U. 309/90 proprio per fare il punto sulla situazione "droga e tossicodipendenze" comunicandone al Parlamento le conclusioni al fine di "individuare eventuali correzioni alla legislazione antidroga dettate dall'esperienza applicativa".*

*In questo scenario dinamico, che si auspica il più costruttivo possibile sul piano politico, sociale, culturale, scientifico ed organizzativo, va trovata la migliore risposta umanamente possibile ad un così grave dramma generazionale in cui ogni strumentale ideologizzazione, disattenzione ed approssimazione, si paga ancor più col dolore e la disperazione di tanti giovani e delle loro famiglie*

*Desidero infine rendere atto della preziosa collaborazione dei funzionari del Dipartimento per gli Affari Sociali, nonché dei rappresentanti dei Ministeri e delle Regioni, che hanno fornito il loro considerevole apporto per la stesura di questa relazione*

*prof. Adriano OSSICINI*



**RELAZIONE SULLA PROBLEMATICA**  
**"DROGA E TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA"**

(ART. 1 COMMA 14 DPR. 309/90 E SUCCESSIVE INTEGRAZIONI)

**SCENARIO NAZIONALE ED INTERNAZIONALE**

Il rapporto annuale appena pubblicato per il 1995 dall'INCB (International Control Board), l'Organismo che per le Nazioni Unite vigila sulla problematica mondiale della droga, conferma come essa continui ad essere una delle maggiori preoccupazioni della comunità internazionale, sia per il drammatico costo generazionale di giovani distolti da un positivo impegno sociale e sia per l'alterazione più o meno intensa delle stesse regole economiche, finanziarie e democratiche del convivere umano. Una particolare attenzione viene dedicata all'esplosiva situazione dei paesi dell'Est europeo, il cui sviluppo rischia di essere gravemente compromesso dal potere corrosivo del crimine organizzato subito inseritosi sui redditizi mercati della produzione e del traffico di droga (soprattutto eroina, efedrina ed amfetamine), di armi convenzionali e nucleari, di denaro sporco. Pressante è per tali paesi l'invito ad un maggiore impegno di cooperazione internazionale, mediante la ratifica della Convenzione di Vienna del 1988 ed il rispetto dei principi ivi contenuti, con specifico riguardo alla lotta contro la corruzione e il riciclaggio dei proventi illeciti del traffico di stupefacenti.

E' in questo preoccupante scenario che i paesi dell'Unione Europea, già peraltro colpiti dall'incessante invasione di droghe provenienti dagli altri continenti (oppiacei dal Medio ed Estremo Oriente, cocaina dall'America Latina, cannabinoidi dall'Africa del Nord...) debbono operare. Secondo l'Europol, anche se le cifre ufficiali non sono ancora disponibili, non sembra che i sequestri effettuati nel 1995 si discostino da quelli già significativi dell'anno precedente: 6 tonnellate di eroina, 29 di cocaina e 733 di cannabis.

Appare pertanto indispensabile rinforzare al massimo la cooperazione comunitaria, come previsto nello specifico "piano di azione per il 1995/99" in materia di lotta alla droga presentato dalla Commissione al Consiglio e al Parlamento europeo.

Ciò attraverso un maggior coordinamento delle rispettive strategie nazionali che tengano conto delle obbligazioni scaturenti dalle Convenzioni e dal "Global Plan" adottati in sede di Nazioni Unite, al fine di affrontare in maniera integrata e sistematica tutti gli interconnessi aspetti del problema. E' significativo in tal senso come qualche riserva venga mossa dall'INCB nel citato rapporto nei confronti di talune attitudini normative o comportamentali adottate dall'Olanda e dalla Svizzera.

Ciò fa riflettere sulla necessità che nel nostro Paese il dibattito in corso talora comprensibilmente acceso dal momento che, trattandosi di materia in cui nessuno possiede verità assolute, si confrontano vedute dialettiche talora contrastanti resti sempre nell'alveo di un equilibrato ed approfondito discorso culturale, sociale e scientifico dalle imprescindibili connotazioni internazionali.

In questo senso molto opportunamente si sta muovendo il Parlamento che in sede di Camera dei Deputati ha avviato presso le Commissioni riunite Giustizia e Affari sociali un'indagine conoscitiva "sulle problematiche tecnico-scientifiche, sanitarie sociali e culturali connesse alla legislazione vigente in materia di uso delle sostanze stupefacenti, comprese le cosiddette droghe leggere". Sarà certamente interessante e utile, a tale proposito, conoscere il rapporto di imminente pubblicazione relativo ad uno studio-ricerca che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha incaricato di redigere ad un gruppo di esperti internazionali sull'uso ed abuso di cannabinoidi e sui conseguenti effetti.

In ossequio alla descritta strategia internazionale, recepita dopo la ratifica della Convenzione di Vienna del 1988 nel nostro sistema giuridico dal DPR 309/90 e successive integrazioni, il Governo italiano ha continuato a svolgere per il 1995 la propria azione, anche tenendo conto degli esiti referendari del giugno '93 e di nuove sensibilità, una politica operativa di intervento integrato a 360 gradi mirante congiuntamente:

- alla riduzione dell'offerta: sia attraverso un'oculata e controllata azione di incentivazione verso le colture alternative agricole da parte dei paesi produttori, e sia

attraverso un'incisiva e sistematica lotta al traffico nazionale ed internazionale ed al connesso aspetto finanziario;

- alla riduzione della domanda: attraverso un affinamento delle politiche sociali, rendendole da una parte capaci di cogliere in tempo le cause profonde del disagio sociale, soprattutto giovanile, e dall'altra di tradurre tempestivamente tali elementi conoscitivi in una capillare azione di prevenzione primaria a livello familiare, scolastico, sportivo, massmediale occupazionale e di tempo libero;

- alla riduzione del danno: da una parte attraverso la massima attenzione verso quei progressi scientifici capaci di affinare seriamente le risposte diagnostiche e curative, sia dal punto di vista psico-sociologico che farmacologico, al fine di ridurre la sofferenza per chi sia già caduto nella tremenda spirale della tossicodipendenza evitando nel contempo che egli procuri ulteriore danno a sé ed agli altri.

Si tratta di un'azione globale che, lungi da ogni ideologizzazione, dovrebbe armonizzare in maniera pragmatica e professionale tali aspetti senza privilegiarne l'uno sull'altro.

Questa filosofia è peraltro visibile nell'atteggiarsi concreto dell'azione governativa sul piano della cooperazione sia multilaterale che bilaterale.

Basti pensare che l'Italia, nonostante la non facile congiuntura finanziaria, resta con i suoi 12,5 milioni di dollari per il 1995, il paese che maggiormente contribuisce al budget dell'UNDCP ( *United Nations Drug Control Programme* ), l'Organismo delle Nazioni Unite attraverso cui viene sviluppato il descritto "Global Plan". Da tale budget infatti passano anche, non di rado attraverso un'azione sinergica col poliedrico volontariato italiano, i progetti di riconversione delle colture di droga nei paesi produttori, dall'America Latina all'Africa ed all'Estremo Oriente, finalizzati anche a migliorare le condizioni di vita di quelle popolazioni creando alternative commerciali e sociali al loro sfruttamento da parte delle agguerrite organizzazioni criminali.

Anche se in altra parte del presente documento è più dettagliatamente descritta l'azione governativa che nel 1995 si è sviluppata nelle diverse sedi di cooperazione internazionale, è certamente significativo ricordarne qui alcuni momenti importanti sia sul piano culturale che organizzativo

L'accordo " Sport contro droga " siglato a Roma nel '94 tra il nostro Governo, l'UNDCP, il Comitato Olimpico internazionale ed il CONI, è stato implementato nel corso del 1995 in maniera da farne scaturire importanti iniziative, coinvolgenti la stessa organizzazione delle prossime Olimpiadi di Atlanta. Il mondo sportivo è chiamato ad offrire tutte le sue potenzialità di coinvolgimento e sana emulazione per scoraggiare la gioventù da ogni ingannevole tentazione di fuga e disimpegno sociale attraverso la droga.

L'apprezzata opera di stimolo e di sensibilizzazione politico-diplomatica che il nostro Paese, a cui peraltro è stata ivi affidata la presidenza dell'area dell'Europa centro-orientale, sta svolgendo nel Gruppo di Dublino, specificatamente nel quadro dell'azione di sensibilizzazione e coinvolgimento condotta in taluni paesi dalle non facili situazioni di approccio e contrasto alla problematica droga.

L'impegno italiano in sede di Osservatorio Europeo, l'Organismo recentemente costituito a livello comunitario con l'obiettivo primario di creare attraverso la rete informatico-telematica REFFOX un circuito per la raccolta, l'elaborazione e lo scambio di dati affidabili e compatibili sul fenomeno "droga e tossicodipendenze" tra i quindici paesi membri. L'Italia, sulla base di un proprio progetto, sarà impegnata in una complessa attività di coordinamento per la definizione di uno schema di relazione nazionale che dovrà essere adottato da tutti gli Stati membri della Comunità nonché utilizzato dallo stesso Osservatorio Europeo per il rapporto annuale che questi dovrà presentare al Parlamento, al Consiglio ed alla Commissione della Comunità. Un momento di tale impegno sarà l'organizzazione, in sinergia tra Presidenza del Consiglio ed Osservatorio, di un Convegno a Roma alla fine di maggio nel quadro delle iniziative collaterali al semestre di presidenza italiana.

Sul piano della lotta al traffico internazionale di droga, la decisa azione della Magistratura e delle Forze di polizia, che in questo settore hanno raggiunto un alto livello di coordinamento, ha permesso di continuare ad infliggere anche nel 1995 colpi durissimi a pericolose organizzazioni criminali.

I sequestri di circa 940 Kg. di eroina, 2.600 kg di cocaina, 15 tonnellate di cannabis, e di crescenti quantità di anfetaminici ed allucinogeni provenienti dall'estero, sono significativi di tale lotta senza tregua.

E' importante notare come anche nel corso dell'anno si sia evidenziata un'ancora maggiore incisività dell'azione investigativa e giudiziaria sul versante finanziario. Ciò ha portato a consistenti sequestri e confische di beni e profitti provenienti dal traffico internazionale di droga. Particolare questo su cui l'INCB si sofferma nel citato rapporto 1995 complimentandosi col nostro Paese.

D'altro canto é internazionalmente riconosciuta la professionalità dei nostri Organismi inquirenti, anche grazie alla sofferta lotta antimafia, nell'utilizzo delle potenzialità operative offerte dagli strumenti introdotti nella Convenzione di Vienna e recepiti nel nostro ordinamento positivo ( consegne controllate, acquisti simulati, intercettazioni ambientali...). Professionalità che trova ulteriore apprezzamento nel contributo che il nostro Paese sta fornendo sia in seno dell'Unità Antidroga Europea dell'Europol, dal 1994 di fatto operativa all'Aja, e sia attraverso il progetto "Teledrug", di iniziativa italiana ed a cui aderiscono numerosi paesi, per lo scambio di informazioni telematiche in operazioni contro il traffico internazionale. Va detto che tale progetto si sta rivelando particolarmente efficace in questo momento in cui alle tradizionali rotte dei Balcani si affiancano o sostituiscono altri itinerari criminali.

Accanto ai descritti aspetti miranti alla riduzione dell'offerta, si pone l'azione strategica di riduzione della domanda attraverso un complesso integrato di interventi di prevenzione, riabilitazione, recupero, reinserimento e riduzione del danno, resi possibili dal "Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga".

Il Fondo, istituito nel 1990 e rimasto sostanzialmente invariato coi suoi 200 miliardi annui nonostante la non facile congiuntura economica, rappresenta la risposta di solidarietà del Paese verso il problema "droga e tossicodipendenze".

Grazie ad esso infatti sono stati finanziati nel corso di questi anni migliaia di progetti presentati dai diversi soggetti legittimati, Amministrazioni centrali, Regioni, Comuni, Enti locali, Unità sanitarie, Comunità, in un capillare intrecciarsi di azioni sinergiche tra " pubblico " e "privato sociale", che permette all'Italia di schierarsi a testa alta fra i paesi che hanno saputo predisporre la strategia più completa per affrontare globalmente la problematica "droga".

Basti solo pensare ai tanti progetti che dal Nord al Sud hanno interessato, e continuano a farlo, i giovani nell'ambiente di scuola, di lavoro, di servizio militare, di sport, di parrocchia, di quartiere ...creando diffusi ed importanti momenti di riflessione ed aggregazione.

Nella prima metà del 1995 sono stati definiti, attraverso i prescritti passaggi attraverso la Commissione istruttoria ed il Comitato Nazionale di coordinamento per l'azione antidroga, e quindi erogati i finanziamenti per 1300 progetti presentati a suo tempo dalle Associazioni sull'esercizio finanziario 1993.

E nel dicembre dello scorso anno sono già stati definiti, con lo stesso iter, 109 progetti presentati dalle Amministrazioni centrali sugli esercizi finanziari 1994 e 1995 che, come normativamente previsto, saranno impegnati congiuntamente. Alla stessa data era in fase avanzata la trattazione dei 199 progetti delle Regioni. Sta proseguendo con i ritmi possibili l'istruzione degli oltre 6.000 progetti pervenuti da Comuni, Province, Aziende Sanitarie, Enti ausiliari, Cooperative.

Tutto ciò nella massima trasparenza e funzionalità amministrativa, sulla base di un nuovo Regolamento fissante criteri per l'esame della congruenza dei progetti e di ripartizione delle somme, predisposto agli inizi del 1995 dal Ministro per la famiglia, ai sensi dell'art.17 della legge 400/88, e quindi passato al vaglio del Consiglio di Stato e della Corte dei Conti.

Si tratta di una straordinaria progettualità creativa affiancata peraltro dall'azione preventiva delle Campagne informative, gravanti ugualmente sul Fondo, che succedendosi con le opportune modulazioni nel corso degli anni, hanno fornito ai giovani elementi di conoscenza e di stimolo per riflettere sui pericolosi coinvolgimenti del "fenomeno droga".

Proprio a tale proposito va detto che la campagna 1995 in via di imminente lancio massmediale, accanto ai messaggi per il grande pubblico di genitori, educatori, giovani, introduce anche azioni mirate per chi malauguratamente già vive uno stato di tossicodipendenza, affinché, anche se non ha ancora la forza o capacità di uscirne, possa evitare ulteriori danni per se e per gli altri, attraverso una serie di prudenti accorgimenti sanitari e comportamentali.

In questa ottica di interventi a 360 gradi è opportuno qui ricordare come nell'estate 1995, anche a seguito di contingenze giuridiche, il Dipartimento Affari Sociali della Presidenza ha assunto la conduzione diretta del numero verde 1670-16600 "DROGATEL", in

sinergia con l'Istituto Superiore di Sanità, gestore anche del telefono verde AIDS. Da una sala operativa un'équipe di esperti professionisti ( medici, sociologi, psicologi, consulenti legali), risponde tutti i giorni dalle 9 alle 24 a chiunque abbia bisogno di consigli ed aiuto su problematiche di tossicodipendenza. Si é creato non solo uno strumento informativo al servizio della gente, ma anche un momento di intervento altamente professionale su quella delicata fascia di dramma che é la correlazione droga-aids.

Purtroppo non si può non riflettere su quale certamente maggiore efficacia avrebbe tutta l'azione di solidarietà che passa attraverso il Fondo, se questa non venisse rallentata da una serie di difficoltà normative e strutturali che incidono sull'aspetto operativo e gestionale.

Alcune di esse risalgono senza dubbio al Decreto Legge con cui nel gennaio 1993 anche la quota di Fondo riservata alle Associazioni, affidata prima al Dicastero dell'Interno, venne unificata presso la Presidenza del Consiglio.

E' significativo quanto scrive la Corte dei Conti nella relazione sul rendiconto generale dello Stato per l'esercizio finanziario 1994: " Se l'unificazione delle risorse consente una gestione unitaria, ispirata a criteri di razionalità nei confronti dei soggetti destinatari, essa sul piano della fattibilità amministrativa sottopone a dura prova i servizi del Dipartimento Affari Sociali. Ancora una volta si deve sottomettere alla valutazione del Parlamento la necessità che le decisioni assunte circa la realizzazione di interventi di alta valenza sociale e finanziaria siano accompagnate dalla preventiva verifica delle capacità operative delle Amministrazioni a cui vengono affidate".

All'efficacia amministrativa d'altro canto non giova il clima di incertezza giuridica determinatosi proprio attorno a quel decreto legge che, mentre si scrive, si avvia alla diciannovesima reiterazione con le variazioni via via apportate durante gli incompleti iter parlamentari, da cui conseguono non lievi ricadute gestionali. Si pensi all'aumento dei soggetti legittimati a presentare progetti, aumento approvato ( es. le cooperative sociali, anche nella forma consorziata) o proposto ( es. le Università ); al travagliato destino del Nucleo operativo, introdotto, ridotto, abolito, riammesso in nuova forma, e che dovrebbe finalmente entrare in funzione nei prossimi mesi; a quello mutante del Drogatel per il quale si aprono sin da ora problematiche di continuità gestionali.

Tutto ciò ha creato non solo affanni operativi legati al doveroso rispetto di condizioni giuridiche ( si pensi all'aver dovuto introdurre, nella penultima reiterazione, eccezione alle leggi di contabilità di Stato per poter erogare i fondi 1993 oltre i due anni consentiti ), ma rende pressoché impossibile il monitoraggio, già di per sé managerialmente difficile, sulla funzionalità dei progetti finanziati e sulla qualità dei risultati prodotti. Per non parlare del pericolo che in un simile clima si verificino episodi, ed esempi non sono mancati, di cattiva o disonesta gestione del denaro pubblico, cosa particolarmente detestabile in una materia di tale drammaticità sociale.

Molte di queste problematiche dovrebbero tuttavia risolversi con la conversione da parte del Parlamento del decreto legge, auspicabilmente dopo la prossima reiterazione. Ciò consentirebbe peraltro una maggiore concentrazione di energie operative sia sulla definizione delle migliaia di progetti da istruire per gli esercizi finanziari 1994/5 e sia su una più attenta verifica della linearità gestionale e della produttività funzionale dei progetti finanziati in passato.

D'altro canto dal 1996 si apre una nuova fase nella vita del Fondo, prevista dallo stesso decreto legge, attraverso la cosiddetta "regionalizzazione" del 75% di esso, cioè della quota destinata ai progetti degli Enti locali, delle Aziende sanitarie e degli Enti ausiliari.

E' con grande favore, interesse ed attenzione che ad essa si deve guardare, quanto meno per due ragioni principali. Da una parte perché in tal modo si attua meglio quell'indirizzo di decentramento politico-amministrativo previsto dalla carta costituzionale, dall'altra perché gli interventi finanziati col Fondo vedrebbero una maggiore aderenza con le caratteristiche, i bisogni e le esigenze delle singole realtà territoriali nel quadro di una programmazione più appropriata, aderente e verificabile.

In questo senso infatti il legislatore ha previsto che le Regioni predispongano nel corso del 1996 criteri di progettualità e di valutazione, avvalendosi anche del contributo del privato sociale, fissando nel contempo precise regole di monitoraggio, controllo e verifica dei risultati.

E' una non lieve sfida con cui le Regioni dovranno confrontarsi, ponendo sin da subito premesse normative e strutturali capaci di prevenire ogni viscosità ritardatrice dell'azione amministrativo-gestionale. Ciò anche sulla base dell'esperienza, a dire il vero non

particolarmente esaltante per non poche Regioni, riguardante i progetti ad essi finanziati col Fondo negli anni passati, anche se peraltro limitati allo specifico aspetto della formazione degli operatori.

Anche sulla base di incontri e contatti dialettici con le istanze regionali interessate, è stato già approntato, secondo i parametri indicati dal legislatore, il provvedimento formale di ripartizione del Fondo che sarà portato all'attenzione del Comitato Nazionale di intervento per l'azione antidroga.

Si è certi che questa nuova fase, anche sulla base delle linee generali di indirizzo che dovranno certo trovare la loro più costruttiva formulazione con un atto di intesa in sede di Conferenza Stato-Regione, non potrà che sviluppare ancor più l'azione sinergica tra Amministrazioni centrali e Organismi regionali ottimizzando armonicamente le energie profuse a livello progettuale, operativo e di impiego del pubblico denaro.

Nell'ottica riguardante questa evoluzione regionale nonché le diverse tematiche sinora accennate, si stanno ponendo le premesse per giungere a quell'importante momento di verifica, riflessione e stimolo, che sarà la Conferenza nazionale prevista dalla legge ogni tre anni dall'entrata in vigore del DPR 309/90, e la cui seconda scadenza cade proprio nel 1996.

In questo scenario dinamico che si auspica il più costruttivo possibile sul piano politico, sociale, culturale, scientifico ed organizzativo, va trovata la migliore risposta umanamente possibile ad una così grave dramma sociale in cui ogni disattenzione ed approssimazione si paga ancor più col dolore e la disperazione di tanti giovani e di tante famiglie.

#### L'ANDAMENTO DEL FENOMENO

*Le linee di tendenza qui descritte sono tratte dalle considerazioni svolte dalle diverse Amministrazioni sulla base dei dati da esse raccolti ed analizzati nei rispettivi capitoli del presente documento ai quali si rinvia.*

Nel corso del 1995 l'utenza afferente ai servizi pubblici per le tossicodipendenze è ulteriormente aumentata rispetto al 1994 sia relativamente ai tossicodipendenti seguiti direttamente dai Ser.T. (105.436 nel 1995, 96.476 nel 1994), sia relativamente al totale degli utenti, inclusi quelli inviati presso strutture socioriabilitative (120.962 nel 1995, 113.984 nel 1994). Analogo incremento si evidenzia confrontando il numero di utenti in trattamento alla data del 15.12.1995 (pari a 75.487) con il corrispondente dato al 1994 (pari a 68.159).

Diversi possono essere i motivi alla base di tale incremento. Innanzitutto, una più capillare distribuzione territoriale dei Ser.T.: dal 1991 ad oggi il numero dei Ser.T. attivi è aumentato di circa il 10%. Nel contempo è migliorata la qualità e la copertura del sistema di rilevazione dell'attività dei servizi. Inoltre, gli interventi preventivi e le campagne informative hanno approfondito la conoscenza collettiva del fenomeno e delle possibilità di aiuto e sostegno fornite dai servizi pubblici e privati.

E' auspicabile un loro ulteriore potenziamento, al fine di migliorarne la funzionalità, attraverso l'adeguamento del personale, in base alle tipologie di intervento individuate localmente in rapporto alle esigenze, e quindi con una redistribuzione di quei carichi di lavoro attualmente squilibrati.

La necessità di tali interventi è stata confermata analizzando l'organico dei servizi nel 1995 a confronto con gli standard definiti dal D.M. 30 novembre 1990, n.444: "Regolamento concernente la determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze da istituire presso le Unità Sanitarie Locali". Complessivamente, solo il 20,9% dei servizi è risultato dotato di personale conforme agli standard previsti per l'utenza che viene dichiarata (la percentuale sale al 30,5% per gli psicologi e al 46,8% per i medici).

L'applicazione della nuova normativa sanitaria - decreto legislativo 30 dicembre 1992, n 502 e successive modifiche ed integrazioni - relativamente alla ristrutturazione delle U.S.S.LL. in Aziende Sanitarie Locali richiede, tra l'altro, anche una attenta riconsiderazione dell'organizzazione dei Ser.T. che deve, comunque, contemplare la disponibilità in ogni singola Azienda di tutte le prestazioni assistenziali necessarie, con standard qualitativi concordati tra aziende e operatori e modulabile nel tempo in rapporto alle evoluzioni delle condizioni.

Sempre relativamente all'utenza, è diminuita nel tempo la percentuale inviata presso le strutture socio/riabilitative, passata dal 18,2% nel 1991 all'attuale 12,8%.

Per quanto riguarda la distribuzione per sesso, il rapporto tra maschi e femmine nel 1995 è risultato pari a 5,71, confermando che la tossicodipendenza è più frequente nel sesso maschile. Tale indicatore, a fronte di una sostanziale stabilità nel tempo, presenta anche nel 1995 rilevanti differenze regionali (in genere è inferiore a 5 nelle regioni settentrionali e centrali e superiore a 10 nelle regioni meridionali), indicando che il fenomeno droga sembra essere diffuso al Nord in maniera più omogenea tra maschi e femmine di quanto non lo sia al Sud.

Pur se la tossicodipendenza continua ad interessare soprattutto i giovani di età compresa fra i 20 e i 30 anni, di particolare importanza è la tendenza all'"invecchiamento" dell'utenza che, registrata già dal 1990, si conferma ulteriormente sia attraverso la diminuzione, rispetto al 1994, della percentuale di soggetti di età inferiore ai 30 anni e sia attraverso l'aumento di quella dei soggetti di età più avanzata.

La tipologia dei trattamenti praticati durante il 1995 nei Servizi Pubblici, conferma il proseguimento del trend, registrato già dal 1993, e la diminuzione (di circa tre punti) della percentuale di soggetti sottoposti ad interventi di tipo psicosociale e/o riabilitativo (36,93% nel 1995) e del conseguente aumento di quelli trattati farmacologicamente. Sono da segnalare l'aumento, evidente dal 1993, dell'impiego di metadone con programma protratto (nel 1995 è pari al 20,35%) e la lieve flessione dell'uso di farmaci non sostitutivi (integrati e non). Questo processo può interpretarsi come effetto del voto referendario del 5 giugno 1993 (DPR 171) sul quadro normativo relativo all'impiego dei farmaci sostitutivi nel trattamento delle tossicodipendenze, che ha reso peraltro opportuna l'emanazione da parte del Ministero della Sanità, in data 30 settembre 1994, di "Linee guida per il trattamento della dipendenza da oppiacei con farmaci sostitutivi" e sia dei più recenti orientamenti terapeutici volti alla riduzione del danno.

L'eroina nel 1995 (85,95%), rappresenta ancora la sostanza di abuso primaria più frequente negli utenti, anche se continua a notarsi, sin dal 1992, un leggero decremento nella sua utilizzazione. Nel 1995 prosegue l'aumento, registrato anche negli anni precedenti, degli utenti che fanno uso di cannabinoidi (7,98%) ed anfetamine (0,29%). Particolare attenzione

va, infine, rivolta alla percentuale, che per la prima volta nel 1995 supera l'1%, di soggetti che assumono crack.

Dopo il 1990 le strutture socioriabilitative si sono variamente articolate, in base all'esigenza dell'utenza, con un aumento del loro numero complessivo (circa 1.400) ed una distribuzione diversificata delle loro tipologie.

Tuttavia, anche a fronte di questo aumento e differenziazione, l'utenza ha subito una lieve flessione, accentuatasi soprattutto nel 1995, attestandosi su 22.235 unità (7,64% in meno rispetto al 1994).

I motivi di questa flessione potrebbero in parte essere collegati all'aumento costante dei tossicodipendenti che si rivolgono ai servizi sanitari, che negli ultimi anni hanno dimostrato sempre maggiori ed articolate capacità programmatiche e operative nonché una accresciuta efficacia nelle attività di assistenza e cura delle tossicodipendenze nelle varie manifestazioni.

Anche la legislazione vigente - ed in particolare le procedure di cui all'art.75 del T.U. 309/90 - può aver fatto sì che molti consumatori, segnalati ai Prefetti per uso personale di sostanze stupefacenti, abbiano avuto modo di meglio conoscere i servizi Sanitari e le opportunità da questi offerte, a seguito del previsto colloquio con gli specialisti dei N.O.T. (Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze) istituiti presso le Prefetture.

Questo andamento fa forse riflettere sulle necessità di una migliore azione sinergica tra Servizi pubblici e strutture del privato sociale, le quali potrebbero costituire, in linea di massima, la fase finale del processo terapeutico riabilitativo e svolgere, quindi, un essenziale ruolo complementare ai servizi sanitari.

Il numero complessivo di soggetti finora segnalati ha superato ampiamente le 100.000 unità. La loro età media (23,4 anni), è inferiore a quella degli utenti dei servizi, e soprattutto per la fascia di età inferiore a 25 anni (67%), emerge una valida conferma dell'efficacia dell'intervento che consente di individuare e intercettare, senza il ricorso a sanzioni penali, una quota crescente di giovanissimi, ancora in condizioni precoci rispetto all'abuso

continuato, da dover richiedere un trattamento di un vero stato di tossicodipendenza. Infatti solo un terzo dei segnalati ha richiesto di sottoporsi ad un programma terapeutico riabilitativo.

E' utile, a questo proposito, tenere conto dell'entità non trascurabile delle segnalazioni multiple (oltre 16.000) a carico degli stessi soggetti, da cui si può desumere che i comportamenti dei soggetti segnalati sono spesso recidivanti.

Anche per il 1995 risultano confermati gli elementi pregressi riguardo la componente maschile (circa 93%), la condizione lavorativa (il 55,3 risulta occupato stabilmente), il carattere delle sostanze utilizzate (poco più della metà riguardano sostanze stupefacenti cosiddette leggere), il trend in diminuzione di quelle cosiddette pesanti e la quota di soggetti che hanno richiesto di essere avviati ai servizi per il trattamento terapeutico (33,4%).

Un settore assai impegnativo nell'ambito della prevenzione è costituito dagli interventi, di natura primaria e secondaria, rivolti ai giovani di sesso maschile della fascia di età 18-25 anni, impegnati nelle attività previste dalla leva militare.

Le strategie operative, alla base delle varie iniziative intraprese, prevedono:

- la ricerca e l'evidenziazione precoce di soggetti tossicofili o tossicodipendenti, mediante idonee indagini sanitarie integrate da approfonditi esami della personalità, sia dei giovani iscritti nelle liste di leva che delle reclute;

- la promozione e lo sviluppo di una corretta informazione ed educazione sullo specifico problema droga;

- la diffusione ad ogni livello operativo, dell'attività di sostegno psicologico, che diviene specialistica presso i Consultori psicologici delle strutture sanitarie militari, per contrastare eventuali tendenze all'uso, anche saltuario, di sostanze stupefacenti.

Per quanto riguarda invece i dati relativi al numero complessivo di segnalazioni pervenute (limitato però al 31 agosto 1995) sia per vera e propria tossicodipendenza che per casi di uso sporadico di droghe, c'è da notare che i 1528 soggetti individuati in tutte le Forze Armate confermano un andamento sostanzialmente stabile del fenomeno e che la gran parte delle segnalazioni effettuate interessa solo i militari di leva.

Per contro, i soggetti che dichiarano di aver assunto per la prima volta sostanze stupefacenti durante il servizio militare costituiscono l'11,8% di quelli segnalati: se ne deduce che il fenomeno, nella sua stragrande maggioranza, ha una origine anteriore al servizio militare stesso. Ciò non deve, peraltro, indurre ad una riduzione dell'impegno nel campo della prevenzione dell'uso di droghe.

Constatato che l'uso delle sostanze stupefacenti ha inizio prevalentemente in età scolare e che il servizio militare di leva è probabilmente l'ultimo passaggio obbligato di una serie di interventi pubblici nel settore, sarebbe opportuno sviluppare programmi operativi che coinvolgano più Amministrazioni, al fine di dare maggiore continuità a tutti gli interventi che, in un modo o nell'altro, si sovrappongono o si susseguono nel tempo.

Per ciò che attiene, inoltre, i provvedimenti medico legali adottati prima e durante il servizio militare, c'è da notare che la non idoneità al servizio e le licenze di convalescenza per tossicodipendenza, hanno subito una sensibile contrazione. Questo dato potrebbe correlarsi forse con un uso delle sostanze stupefacenti, da parte dei giovani, tale da condurre ad una condizione conclamata di tossicodipendenza in un'età successiva a quella in cui viene prestato il servizio militare.

Va evidenziato che l'uso degli stupefacenti tra i militari riguarda poco le droghe cosiddette "pesanti" e si concentra maggiormente nell'uso di marijuana ed hashish.

Le Regioni di più frequente provenienza dei militari tossicodipendenti, analogamente a quanto avviene nel contesto sociale più ampio, si confermano essere la Lombardia, la Campania, la Sicilia, il Lazio e la Puglia.

La distribuzione dei detenuti tossicodipendenti negli Istituti di detenzione per adulti presenta ancora profonde difformità da Regione a Regione e da Istituto a Istituto, con valori di poco superiori al 10% (Calabria 11%, Sicilia 14%), fino a valori superiori al 40% (Valle d'Aosta 47%, Lazio 44%, Trentino A.A. e Sardegna 42%) a fronte di un valore medio del 29%.

Il fenomeno della tossicodipendenza in ambito penitenziario presenta un andamento decrescente nel quinquennio 1991-1995.

La percentuale dei tossicodipendenti rispetto ai detenuti presenti ha subito un costante, anche se non rilevante, decremento passando dal 32,81% del 31.12.1991 all'attuale 28,99%.

L'esame dei flussi di ingresso negli ultimi cinque anni mostra anche una progressiva diminuzione della percentuale dei detenuti entrati dalla libertà ai sensi dell'art.73 (produzione, traffico e vendita di sostanze stupefacenti) rispetto ai nuovi giunti per altri reati. La percentuale è oscillata in un intervallo compreso tra il 40,83% (1991) e il 33,05%(1993), con una media del 37%. Negli ultimi due anni detta percentuale si è stabilizzata sul valore medio (37,5% - 36%).

Permane il forte divario tra lo stato di tossicodipendenza e la modestissima rilevanza dei trattamenti metadonici prescritti (circa il 3%).

Va segnalato che la classificazione del tossicodipendente, adottata nell'ambito dell'Amministrazione penitenziaria, si fonda sugli stessi criteri utilizzati sul territorio dai servizi sociosanitari i quali debbono provvedere alla cura ed alla riabilitazione anche dei soggetti tossicodipendenti detenuti (art.96, n.3 T.U.309/90).

Anche in questo ambito, infatti, si adottano le procedure diagnostiche e medico legali previste dal D.M. n.186 del 12.7.1990 e l'accertamento dell'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope si fonda su uno o più degli elementi valutativi elencati nell'art 1

Permane, comunque, ancora inadeguata alle esigenze dell'utenza in carcere la risposta delle strutture socioriabilitative pubbliche: risultano, infatti, tuttora privi di convenzione con i Ser.T. ben 50 Istituti Penitenziari, distribuiti prevalentemente nell'area meridionale del territorio nazionale.

Da notare, altresì, la riduzione del numero di soggetti affetti da HIV (2232) e la riduzione della loro percentuale rispetto ai detenuti presenti: i valori sono passati dal 9,73% (1990) all'attuale 4,80%.

Si deve, tuttavia, tenere conto che i relativi accertamenti possono essere effettuati solo sulla base di screening volontario.

A questo proposito e per una valutazione complessiva del fenomeno giova segnalare che la prevalenza di sieropositivi HIV tra i detenuti testati, tossicodipendenti e non (8,78%), pur risultando di poco superiore all'anno precedente (7,61%), registra comunque una riduzione rispetto al 14,70% del 1990.

Sebbene il decremento della percentuale dei detenuti risultati positivi sia correlabile alla corrispondente progressiva diminuzione della percentuale degli screening effettuati, tuttavia l'entità di tale decremento è maggiore per i detenuti risultati positivi (40%) rispetto al decremento registrato riguardo agli screening effettuati (23%).

Va comunque segnalato che i principali indicatori disponibili e il loro accertamento costituiscono indubbiamente un problema di non facile soluzione. L'affidabilità del dato, sotto il profilo preventivo ed epidemiologico oltre che terapeutico, è strettamente associata alla rappresentatività del campione testato. E' pertanto essenziale intervenire anche sul potenziamento della garanzia dell'anonimato (attualmente un aspetto critico per le richieste volontarie di accertamento), in modo da indurre la grande maggioranza dei detenuti a sottoporsi al test, come è peraltro avvenuto in alcuni Istituti nei riguardi dei nuovi giunti.

Dal rilevamento relativo al tipo di sostanza utilizzata dai minori assuntori di droga entrati nel circuito penale e seguiti dai Servizi minorili del ministero di Grazia e Giustizia nel corso del 1995, emerge la netta prevalenza numerica dei consumatori di "cannabis" (64,15% nei Centri di Prima Accoglienza e 45,96% negli Istituti Penali per Minorenni).

Questo dato, letto in collegamento con quelli relativi al livello di assuefazione accertato, è riconducibile al carattere ancora iniziale dell'abuso di sostanze stupefacenti che accompagna i soggetti in giovane età.

Consistente è, altresì, il numero dei suddetti minori che fanno uso di due o più sostanze (14,73% nei C.P.A. e 16,46% negli I.P.M.).

Nell'ambito del circuito penale minorile, comunque, la tossicodipendenza rappresenta ancora una condizione nettamente meno diffusa della semplice abitudine dell'assunzione di sostanze stupefacenti.

Dall'analisi dei titoli di reato, emerge la diffusione di quelli connessi alla violazione della Legge sugli stupefacenti - con un aumento di circa l'8% rispetto allo scorso anno - e di quelli contro il patrimonio.

Un'inversione di tendenza hanno registrato i decessi correlati all'abuso di droga (aumento del 20% circa rispetto al 1994: da 867 a 1.043 morti). E' da rilevare che questo andamento si è manifestato specificatamente nel secondo semestre del 1995.

Nonostante questo incremento, il tasso empirico di mortalità correlata all'abuso di droga si è mantenuto inferiore a 10 decessi per 1.000 tossicodipendenti, che costituisce il livello minimo registrato in campioni controllati in questi ultimi anni.

Non sembra, al momento, possibile una interpretazione del fenomeno, dovendosi verificare l'evoluzione di esso in un arco temporale più apprezzabile.

Non può escludersi che fra le probabili concause siano da annoverare l'immissione sul mercato di "partite" di droga particolarmente ricca di principi attivi e, forse qualche disorientamento comportamentale ingenerato nel bacino di utenza da una distorta ricezione, amplificata talora dai *mass-media*, circa la possibilità di ammettere l'uso non terapeutico di alcune sostanze.

Circa l'abuso di droghe cosiddette di sintesi, utilizzate frequentemente nel tempo libero, e gli incidenti stradali correlati in via presuntiva anche alla loro assunzione, si confermano le considerazioni già esposte nella Relazione al Parlamento per il 1994.

Si tratta, infatti, di fenomeni determinati da una serie di concause con effetti combinati, difficilmente separabili e valutabili singolarmente (stress da inquinamento acustico, molto diffuso nei consueti luoghi di aggregazione giovanile; ingestione di notevoli quantità di alcool associato all'assunzione di sostanze psicotrope; stanchezza; alterazione di tutto l'apparato sensorio ed in particolare quello della percezione della realtà circostante, da cui conseguono, pertanto, effetti distorsivi; eccessiva velocità; colpi di sonno; condizioni meteo; esibizionismo; ecc.).

Gli interventi informativo-educativi di prevenzione primaria, nell'ambito del sistema scolastico, hanno registrato il rilevante coinvolgimento degli alunni e degli Istituti di ogni ordine e grado.

Le iniziative promosse e coordinate si sono modulate sull'ordinarietà dell'azione educativa anche attraverso l'approfondimento di specifiche tematiche nell'ambito delle discipline curriculari.

Esse si sono articolate in progetti specifici per ciascun segmento dell'ordinamento scolastico:

- progetto Arcobaleno rivolto alla scuola materna;
- progetto Ragazzi 2000 rivolto alla scuola dell'obbligo;
- progetto Giovani rivolto alla scuola secondaria superiore;
- progetto Genitori;
- istituzione dei C.I.C. (Centri di Informazione e Consulenza) e alla formazione dei docenti referenti per l'educazione alla salute.

Alla luce della Legge 162/90, il concetto di salute è divenuto contenuto da insegnare, attività da realizzare, obiettivo da perseguire, da parte della Scuola.

Alcoolismo, tabagismo, uso di sostanze stupefacenti o psicotrope e patologie correlate, non vanno rappresentate come calamità naturali e trovano origine in disposizioni e atteggiamenti che si formano precocemente nel soggetto e sui quali molto possono l'educazione, le esperienze positive e la cultura.

Prevenire simili comportamenti, spesso correlati con l'insuccesso scolastico, l'emarginazione, la devianza, la disoccupazione, non significa affidarsi soltanto all'informazione e alla dissuasione, che potrebbero anzi risultare inefficaci o dannose se al di fuori di un contesto relazionale positivo, quanto piuttosto considerare tutta la scuola - spazio, tempo, contenuti, metodi, relazioni - come risorsa idonea a rafforzare le potenzialità positive dei ragazzi.

L'obiettivo dei progetti è di mettere le scuole in grado di esprimere al meglio le potenzialità educative e preventive che sono implicite nei loro ordinamenti e programmi, innalzando i livelli quantitativi delle loro prestazioni sul piano della vitalità istituzionale, della sensibilità educativa e della produttività sociale.

Non si tratta tanto di agire "sui" ragazzi, quanto di agire "con" loro per metterli in grado di fare da soli, cioè di sperimentare modalità di espressione, di comunicazione, di approfondimento gratificanti e responsabilizzanti.

Più di un terzo degli alunni della scuola elementare (circa 897.000) ed oltre il 46% degli alunni della scuola secondaria inferiore (quasi 861.000), nonché il 40% degli studenti della scuola secondaria superiore (circa 1.012.000) sono stati direttamente coinvolti nelle iniziative di prevenzione nel corso dell'anno scolastico 1994/95.

Questo processo è stato sostenuto anche dalla componente genitori, aumentata, rispetto all'anno precedente, di quasi il 45% nella scuola elementare, del 22% nella scuola secondaria inferiore e del 4% nella scuola secondaria superiore.

Per quanto riguarda l'associazione della tossicodipendenza con l'infezione HIV/AIDS si deve precisare quanto segue.

Dei 31.289 soggetti affetti da AIDS segnalati dall'inizio del fenomeno (1982), 20.242 (64,7%) sono deceduti. Relativamente alla distribuzione regionale non risultano sensibilmente modificati gli elementi riportati per gli anni precedenti.

Dopo il crescente aumento registrato fino al 1988, con il 71,2%, i casi correlati con la tossicodipendenza (tossicodipendenti, omosessuali-tossicodipendenti) sono risultati percentualmente in costante diminuzione, giungendo al 61,8% nel 1995.

Un particolare rilievo va attribuito all'entità del rischio differenziato tra i sessi, quale risulta dai rapporti eterosessuali con partners tossicodipendenti: a fronte del 40,4% (valore medio) il rischio per le femmine è più che doppio rispetto ai maschi (58,8% contro 23,5%).

Dai dati disponibili si ritiene opportuno formulare alcune considerazioni particolarmente importanti per affrontare l'epidemia nel nostro Paese:

- Il numero dei casi segnalati per trimestre continua ad aumentare conformemente alle attese;
- L'età mediana dei casi alla diagnosi tende ad aumentare significativamente in entrambi i sessi, ma in particolare tra le donne;
- L'andamento temporale mostra uno spiccato aumento dei casi di AIDS nelle donne;
- L'aumento dei casi è rilevabile pressoché in tutte le categorie di esposizione, ad eccezione dei trasfusi e gli emofilici.

- La componente tossicodipendenti, anche se costituisce ancora la prima categoria di esposizione, continua a diminuire rispetto alle altre, passando da oltre 71% per gli anni '82-'89 a meno del 62% per il 1995, mentre si registra un aumento evidente per gli eterosessuali non tossicodipendenti, che costituiscono dal 1993 la seconda categoria di esposizione.

- Nel circuito penitenziario le percentuali dei soggetti sieropositivi non tossicodipendenti ha superato per la prima volta il tetto del 10%, raggiungendo l'11,14%.

- Nei Servizi penali minorili, inoltre, sono stati registrati soltanto 3 casi di minori sieropositivi.

•••

**LE INNOVAZIONI LEGISLATIVE RELATIVE**  
**AL**  
**FONDO NAZIONALE DI INTERVENTO PER LA LOTTA ALLA DROGA**

Il decreto-legge 18 gennaio 1996 n. 20 recante disposizioni urgenti per l'attuazione del Testo unico sulle tossicodipendenze approvato con D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309, costituisce, come è noto, l'ennesima, parziale reiterazione di precedenti disposizioni normative.

Detto decreto-legge prevede, tra l'altro, la reiterazione delle disposizioni concernenti il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga, con l'unificazione degli stanziamenti già iscritti negli stati di previsione della Presidenza del Consiglio dei Ministri e del Ministero dell'interno; il Fondo è destinato alla erogazione dei contributi previsti dal Testo unico sulle tossicodipendenze agli articoli 127, 131, 132 e 134.

Allo scopo di perseguire l'effettiva concretizzazione dei progetti di prevenzione e recupero è stato previsto che negli stessi progetti siano indicati tempi, modalità ed obiettivi che si intendono conseguire. Il comma 2 dell'articolo 2, contiene, tra l'altro, la previsione di progetti miranti all'attivazione di programmi di educazione alla salute che interesserà prioritariamente il mondo della scuola.

E' altresì prevista la possibilità di intervento, oltre che sulla tossicodipendenza, anche sulla alcooldipendenza correlata, mediante la presentazione di progetti che possono essere presentati dagli enti locali e dalle unità sanitarie locali (comma 3, art. 1).

Un apposito decreto del Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale (da emanarsi entro il 31 gennaio di ogni anno a partire dall'esercizio finanziario 1996) individuerà i termini e le modalità di presentazione delle domande, i criteri per l'esame della congruenza e validità dei progetti e i criteri di ripartizione dei finanziamenti.

L'articolo 4 del decreto-legge in argomento prevede inoltre il trasferimento alle regioni della somma da destinare al finanziamento di enti, organizzazioni di volontariato, cooperative e privati, a decorrere dall'anno 1996. Con l'articolo 5 è istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli Affari Sociali, un nucleo operativo per la verifica degli interventi attivati sul territorio nei settori delle tossicodipendenze. Rispetto a precedenti

ipotesi di nucleo, più ampie, quello previsto dal decreto-legge è composto da 5 esperti particolarmente competenti nel settore delle tossicodipendenze e delle verifiche di efficienza e di efficacia. Un rafforzamento dell'attività dell'Osservatorio permanente sulle tossicodipendenze, viene previsto dall'articolo 6 il quale stabilisce che l'acquisizione dei dati venga effettuata secondo le corrette metodiche statistiche poste in essere dall'ISTAT.

Nel corso della discussione parlamentare al Senato è stato recentemente approvato un emendamento che modifica la formulazione della norma concernente il cosiddetto "Drogatel" cioè il servizio telefonico d'informazione sulle problematiche relative alle tossicodipendenze previsto nei precedenti decreti-legge. Il suddetto emendamento prevede che i servizi telefonici d'informazione siano considerati come forma, a mezzo di servizio telefonico, di campagna informativa (da attuarsi anche a mezzo la stampa quotidiana e periodica e le pubbliche affissioni), così come già è previsto dal comma 13 del Testo unico sulle tossicodipendenze.

I lavori di conversione in legge del predetto decreto non si sono purtroppo conclusi e pertanto il testo dovrà essere reiterato in un prossimo Consiglio dei Ministri. Si auspica comunque una sollecita conversione in legge da parte del nuovo Parlamento.

**REGIONALIZZAZIONE DEL FONDO NAZIONALE D'INTERVENTO PER LA****LOTTA ALLA DROGA****(ART. 4 D.L. 18 GENNAIO 1996 N. 20)**

Il decreto legge 18 gennaio 1996 n. 20 (non ancora convertito in legge al momento della stesura di queste note se non dal Senato della Repubblica il 22 febbraio 1996 e trasmesso alla Camera il 26 febbraio 1996 ora A.C. 3907) reca "disposizioni urgenti per l'attuazione del testo unico sulle tossicodipendenze, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990 n. 309".

L'articolo 4 di tale decreto in via di conversione in legge prevede che a partire dal 1° gennaio 1996 sono trasferite alle Regioni le somme previste dall'articolo 127 del T.U. sulle tossicodipendenze n. 309/1990 nella misura del 75 per cento delle disponibilità del Fondo sulla base di due indicatori principali:

- a) in proporzione al numero degli abitanti e
- b) in proporzione alla diffusione delle tossicodipendenze.

Ciò sulla base dei dati ISTAT per la popolazione (ancorché non specificato nel decreto legge) e dei dati raccolti dall'osservatorio permanente presso il Ministero dell'Interno per la diffusione delle tossicodipendenze.

Le Regioni quindi, nel quadro di una programmazione regionale e nel rispetto di linee guida del Comitato nazionale di coordinamento per l'azione antidroga, provvedono ad erogare i finanziamenti ai soggetti pubblici e privati interessati ai progetti di prevenzione e di recupero nel termine di otto mesi dalla pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale (rectius, dall'entrata in vigore) del decreto del Ministro per la Famiglia e la solidarietà sociale che dispone la ripartizione della somma. E' prevista anche la possibilità di differimento del trasferimento

delle somme di un anno finanziario su richiesta delle Regioni che non avessero attivato per tempo un efficiente sistema di finanziamento, di verifica e di valutazione dei progetti presentati da enti pubblici locali o da comunità di prevenzione o di recupero. In quest'ultimo caso titolare dell'erogazione dei finanziamenti resta il Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale. Allo stato soltanto una Regione, la Valle d'Aosta ha richiesto di potersi avvalere di questa clausola di salvaguardia.

E' ora in corso di predisposizione il decreto di riparto del Fondo alle Regioni sulla base dei due criteri prima descritti in a) ed in b) e sulla successiva specificazione del criterio b) "diffusione delle tossicodipendenze" secondo alcuni indicatori che possono far emergere il fenomeno in forma numerica.

Il procedimento seguito è stato il seguente:

1. E' stata verificata l'entità del Fondo come iscritto nel bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1996 nella tabella 1/A Presidenza del Consiglio dei Ministri ammontante a £ 202.940.000.000.

2. E' stato quindi ridotto tale ammontare di £ 7.940.000.000 in conseguenza del finanziamento della campagna informativa di prevenzione delle tossicodipendenze di cui all'articolo 1, comma 13, del D.P.R. n. 309/1990 e, per effetto di una modifica relativa dell'articolo 6, comma 1, lett. c del D.L. n. 20/1996, è stato previsto un nuovo servizio, il "Drogatel", di ausilio ai tossicodipendenti per due miliardi di lire.

3. Ne è derivata una massa residua da ripartire di 195.000.000.000 da cui è stato scomputato il 75 per cento da destinare alle Regioni per £ 146.250.000.000.

4. Si è proceduto quindi a calcolare il 50 per cento del Fondo globale da ripartire in base al numero degli abitanti ed il 50 per cento in base alla diffusione delle tossicodipendenze.

5. Il fenomeno delle tossicodipendenze, non essendo con criteri numericamente accertato è stato a sua volta suddiviso secondo alcuni indicatori di fenomeno ai fini di un riequilibrio del Fondo, quali "l'età a rischio" di diffusione delle tossicodipendenze (15-39 anni), il numero dei servizi pubblici e privati sul territorio, il numero medio degli utenti (tossicodipendenti) in trattamento presso tali strutture ed in relazione alla popolazione residente, il numero dei "segnalati" per la prima volta ai Prefetti come tossicodipendenti ed il numero dei "deceduti" per diretta correlazione con l'assunzione di droghe.

6. E' stato quindi attribuito un "peso" relativo a ciascuno di questi indicatori con prevalenza per "l'età a rischio" ed effettuato il relativo calcolo matematico. Le Regioni, interpellate sulla metodologia seguita si sono dichiarate d'accordo, con qualche limitata e circoscritta riserva, sulla bontà del metodo applicato per il riparto.

Resta ora da passare, in tempi brevi, alla fase di esecutività del provvedimento.

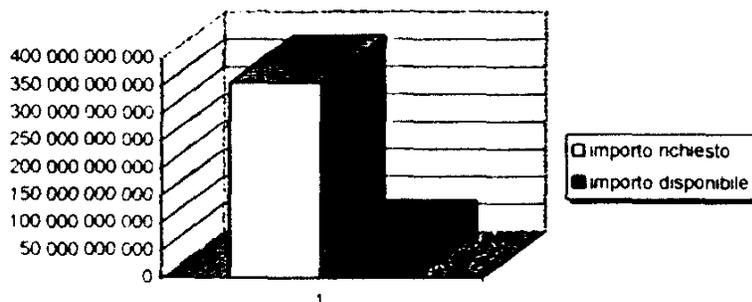
**FONDO NAZIONALE DI INTERVENTO PER LA LOTTA ALLA DROGA**  
**L'ATTIVITÀ SVOLTA NELL'ANNO 1995, RELATIVAMENTE AGLI ESERCIZI FINANZIARI**  
**1993, 1994 E 1995**

Nella seduta del 28 luglio 1995, il Ministro per la Famiglia e la solidarietà sociale, sentito il Comitato Nazionale di coordinamento per l'azione antidroga, disponeva i finanziamenti per i progetti presentati da Associazioni, Enti e Cooperative relativi all'esercizio 1993

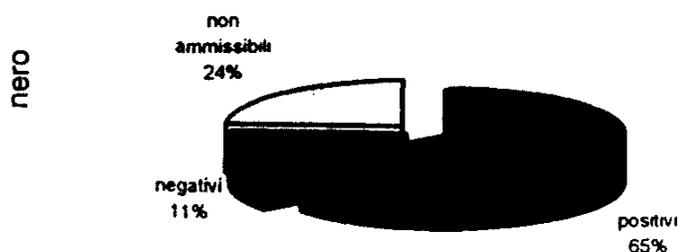
Su un totale di 1493 progetti presentati, 970 sono risultati positivi, 171 negativi e 352 non ammissibili.

A fronte di finanziamenti richiesti per Lit. 356.047.177.396, quelli erogati sono risultati per un importo di Lit. 56.195.509.000

**DATI RELATIVI AI PROGETTI PRESENTATI DA ASSOCIAZIONI, COOPERATIVE ED ENTI**  
**A VALERE SULL'ESERCIZIO FINANZIARIO 1993**



<b>PROGETTI POSITIVI</b>	<b>970</b>
<b>PROGETTI NEGATIVI</b>	<b>171</b>
<b>PROGETTI NON AMMISSIBILI</b>	<b>352</b>



Il decreto 7 settembre 1995 n°528 del Ministro per la Famiglia e la solidarietà sociale, ripartiva percentualmente l'entità del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga:

- una quota del 25% per le Amministrazioni dello Stato
- una quota del 44% per gli Enti Locali e le UU.SS.LL.
- una quota del 25% per Enti, organizzazioni di volontariato cooperative, privati
- una quota del 6% per le Regioni

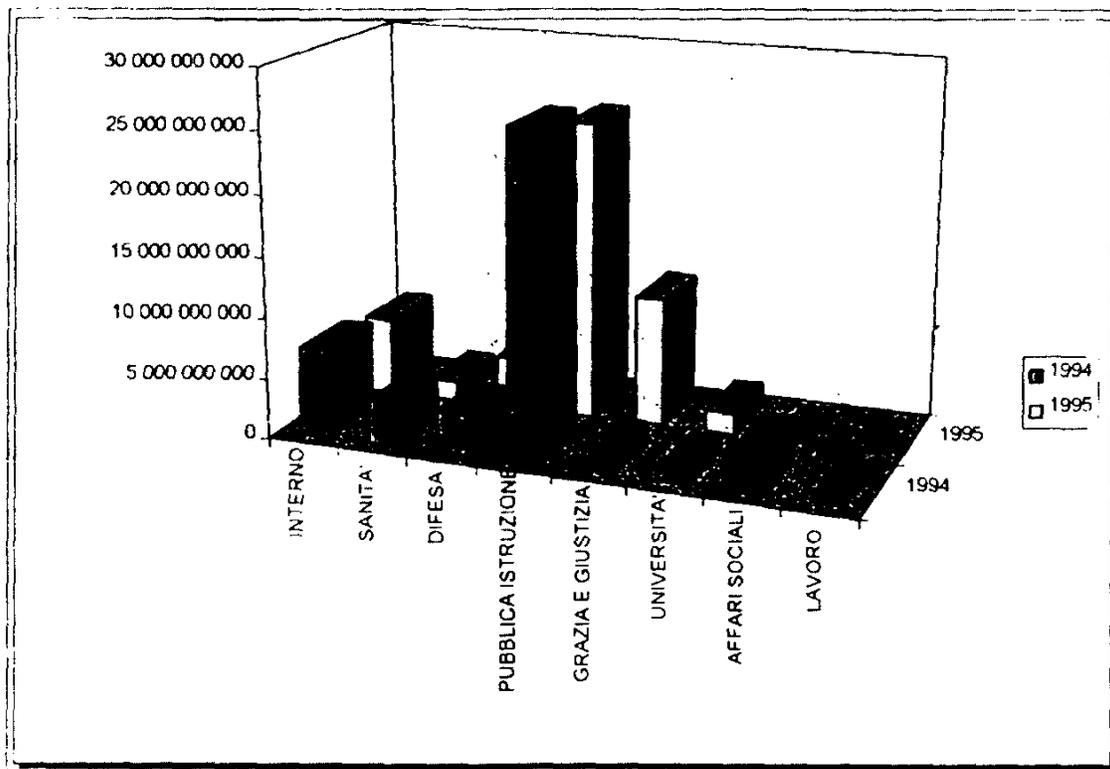
Nella seduta del 21 dicembre 1995, il Ministro per la Famiglia e la solidarietà sociale, sentito il Comitato Nazionale di coordinamento per l'azione antidroga, disponeva i finanziamenti per i progetti presentati dalle Amministrazioni dello Stato relativi all'esercizio 1994-1995.

Su un totale di 112 progetti presentati, 79 sono risultati positivi e 33 negativi.

A fronte di finanziamenti richiesti per Lit 67.364.831.371 (e.f.1994) e per Lit 170.170.810.346 (e.f.1995), sono stati concesse Lit 47.096.751.371 (e.f. 1994) e Lit.49.378.181.496 (e.f. 1995)

**FINANZIAMENTI CONCESSI ALLE AMMINISTRAZIONI DELL' STATO  
A VALERE SUGLI ESERCIZI FINANZIARI 1994 E 1995**

Amministrazioni	1994	1995	TOTALE
INTERNO	7.221.761.500	6.280.707.525	13.502.469.025
SANITA'	3.500.000.000	1.660.000.000	5.160.000.000
DIFESA	3.297.979.871	4.229.920.971	7.527.900.842
PUBBLICA ISTRUZIONE	26.458.000.000	24.400.000.000	50.858.000.000
GRAZIA E GIUSTIZIA	1.634.750.000	10.565.000.000	12.199.750.000
UNIVERSITA'	1.144.000.000	1.763.168.000	2.907.168.000
AFFARI SOCIALI	3.542.000.000	242.000.000	3.784.000.000
LAVORO	298.260.000	237.385.000	535.645.000
<b>Totale</b>	<b>47.096.751.371</b>	<b>49.378.181.496</b>	<b>96.474.932.867</b>



## L'ATTIVITÀ DEL SERVIZIO DROGATEL

Il Servizio Drogatel (Telefono Verde Drogatel), avviato, come noto, dal 16 settembre 1993, si è ulteriormente sviluppato qualitativamente, da quando, in data 1 Luglio 1995, un accordo di collaborazione scientifica tra il Dipartimento Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri e l'Istituto Superiore di Sanità del Ministero della Sanità, ha ribadito il carattere socio-scientifico-sanitario di tale iniziativa, rappresentando un riferimento importante per ciò che concerne l'informazione sulle tematiche relative alla tossicodipendenza.

Ubicato presso la sede del Dipartimento per gli Affari Sociali, dispone di tre linee telefoniche attive dal Lunedì alla Domenica dalle ore 09.00 alle ore 24.00.

Le telefonate vengono codificate dagli operatori con un sistema data entry "on line", che consente l'immediata e articolata raccolta dei dati relativi agli utenti e la consultazione diretta di un archivio computerizzato dei Centri di riferimento.

L'équipe attualmente è composta da 11 psicologi, 1 sociologo, 1 assistente sociale, 2 operatori sociali, 1 consulente medico, 1 consulente legale ed un operatore tecnico di segreteria.

Oltre alla formazione individuale di base, acquisita attraverso vari percorsi (laurea, corsi di specializzazione, attività di counselling telefonico, ecc.), necessaria per l'accesso alla selezione, gli operatori hanno seguito un corso di formazione della durata di due settimane, tenuto da esperti dell'Istituto Superiore di Sanità e del Dipartimento per gli Affari Sociali. Partecipano, inoltre, periodicamente a corsi e seminari di aggiornamento sulle tematiche legate alla tossicodipendenza e all'alcolismo. Infine, l'équipe del Telefono Verde Drogatel è supervisionata da alcuni operatori del Telefono Verde AntiAIDS dell'Istituto Superiore di Sanità, due volte alla settimana con la tecnica del doppio ascolto e una volta al mese, con riunioni di gruppo, sui casi più significativi e problematici che si presentano durante l'attività telefonica.

Il Telefono Verde Drogatel è coordinato da due referenti: uno del Dipartimento per gli Affari Sociali, uno dell'Istituto Superiore di Sanità.

## COMMENTO DEI DATI

Le telefonate gestite dal Telefono Verde Drogatel pervengono per il 43,8% da utenti di sesso maschile e per il 56,2% da utenti di sesso femminile.

Per quanto riguarda la distribuzione per classi di età, la fascia più rappresentata è quella che comprende utenti tra i 20 e i 29 anni con il 32,2%.

L'età media degli utenti è di 33,9 anni.

Riguardo all'area geografica di provenienza delle chiamate, risulta che il 34,8% sono pervenute dal Nord, il 30,1% dal Centro, il 26,3% dal Sud e il rimanente 8,9% dalle Isole.

Le province maggiormente rappresentate risultano essere:

Roma con il 16,3%, Napoli con il 10,0%, Milano con il 6,2%, Torino con il 5,7% e Bari con il 4,2%.

Il gruppo di utenti che più ha usufruito del Servizio è quello di genitori e parenti di tossicodipendenti che corrisponde al 57%; di questa percentuale le madri sono il 35,21%, i fratelli e le sorelle il 16,87%, i partners il 14,34%, gli amici il 14,04%, i parenti il 10,39%, i padri il 9,15%.

Il secondo gruppo di utenti più rappresentato è quello dei tossicodipendenti con il 26%, dei quali i tossicodipendenti abituali sono l'83%, i consumatori occasionali il 10%, gli alcolisti il 4%, i consumatori di droghe leggere il 3%.

I quesiti ai quali rispondono gli operatori del Telefono Verde Drogatel riguardano: circa il 70%, tre argomenti specifici: suggerimenti comportamentali e sostegno psicologico (34,4%), informazioni relative ai Centri di riferimento, Ser.T., Comunità, ecc. (27,3%), chiarimenti sul metodo UROD (7,3%).

## CONSIDERAZIONI

Dall'analisi dei dati emergono i seguenti aspetti:

☛ il numero limitato di telefonate pervenute; questo è probabilmente attribuibile all'assenza di una campagna pubblicitaria specifica per questo Servizio più che ad un disinteresse del cittadino verso il problema droga;

☛ l'80% circa dei contatti telefonici si riferisce a categorie di cittadini direttamente coinvolti nelle problematiche relative alla tossicodipendenza. Le richieste riguardano, in particolare: suggerimenti comportamentali, sostegno psicologico, indicazioni sui Centri di riferimento e informazioni sulla terapia di Detossificazione Ultra Rapida da Oppiacei (UROD).

☛ gran parte dei tossicodipendenti sembra essere ancorata al nucleo familiare d'origine e il problema della tossicodipendenza coinvolge tutti i componenti della famiglia, che vengono a trovarsi, quindi, in un sistema di convivenza disturbato;

☛ le province più rappresentate nell'utilizzo del Telefono Verde Drogatel risultano essere, in sintonia con i dati più recenti del Sistema Statistico Nazionale comunicati dall'"Osservatorio Permanente sul Fenomeno Droga" del Ministero dell'Interno (Ed. Aprile 1995), quelle maggiormente interessate al fenomeno droga per presenza di tossicodipendenti sul territorio nazionale;

☛ anche la distribuzione per sesso (78,9% maschi e 21,1% femmine) ed età (età media 27,4) dell'utenza tossicodipendente che ha avuto accesso al Telefono Verde Drogatel, conferma i dati dell'Osservatorio Permanente, dai quali la tossicodipendenza risulta come un fenomeno eminentemente maschile (l'84,36% dei tossicodipendenti in trattamento presso i servizi sanitari pubblici e le strutture socio-riabilitative e il 90% delle persone segnalate ai

Prefetti) e la tendenza all'aumento dell'età della popolazione tossicodipendente (età media maschi 29 anni e femmine 28 anni);

☎ per quanto riguarda l'assunzione di sostanze l'88% dei tossicodipendenti attivi fa uso di eroina;

☎ i quesiti posti al consulente medico riguardano in prevalenza:

i cannabinoidi e gli stimolanti (ecstasy in particolare) e principalmente la tossicità intrinseca delle sostanze; le analisi tossicologiche; informazioni su metodiche di disintossicazione da eroina assunta per via intravenosa (metodo UROD ed altre metodiche affini); quesiti su patologie correlate e relative terapie (soprattutto Epatite C ed Interferone);

☎ le richieste legali pervenute al Telefono Verde Drogatel riguardano principalmente il testo Unico D.P.R. 309 - 1990 (sanzioni amministrative, sanzioni penali, sospensione dell'esecuzione della pena, affidamento in prova, conservazione del posto di lavoro, ecc.). In misura minore, ma altrettanto significative, sono le domande relative ad altre disposizioni legislative, riguardanti ad esempio la possibilità di escludere il figlio tossicodipendente dall'asse ereditario, allontanarlo dal nucleo familiare o tutelarsi rispetto ai suoi debiti.

Oltre alla consulenza telefonica l'équipe è impegnata anche in attività collaterali di studio e di ricerca.

## LA VI CAMPAGNA INFORMATIVA

La campagna informativa promossa dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri "sugli effetti negativi sulla salute derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope", così come previsto dall'articolo 1 del Testo Unico sulle tossicodipendenze DPR 309/90, è giunta alla sua sesta edizione.

La fase iniziale di preparazione di carattere tecnico e amministrativo, curata e gestita per competenza dal Dipartimento per l'informazione e l'editoria, è stata avviata negli ultimi mesi del 1995.

In seguito alla presentazione del bando di gara e alla selezione delle agenzie partecipanti, si è dato inizio, nel gennaio 1996, alla fase di studio e realizzazione della campagna con il coinvolgimento e la partecipazione attiva di un "gruppo di lavoro" in cui funzionari e responsabili del Dipartimento per gli affari sociali, Dipartimento per l'editoria e Agenzia pubblicitaria vincitrice della gara hanno affrontato e discusso i temi di indirizzo, gli obiettivi previsti e la metodologia di azione della Campagna.

Nella continuazione delle linee innovative proposte dalla quinta campagna dello scorso anno, che puntava positivamente ad un rafforzamento del ruolo educativo della famiglia e della società, attraverso messaggi costruttivi e sereni rivolti direttamente agli adulti, anche la sesta campagna informativa è orientata sui valori positivi e sulla solidarietà sociale.

Mentre le prime quattro campagne si rivolgevano esclusivamente ai giovani e giovanissimi e l'ultima solo agli adulti, in questa edizione sono stati presi in considerazione i due diversi target con diverse strategie comunicative.

Inoltre, grazie anche al supporto concreto fornito da alcuni fra i maggiori esperti italiani del settore "droga", questa sesta fase comprende tre iniziative distinte e diverse nei metodi e negli obiettivi.

La prima azione prevede una campagna pubblicitaria di prevenzione delle tossicodipendenze di carattere generale, impostata sul proseguimento della strategia positiva della precedente, ma rivolta anche ai giovani, basata sull'importanza del dialogo fra genitori e figli, sulla capacità di ascolto da parte dei genitori, sull'efficacia della responsabilizzazione dei

giovani e su messaggi positivi ed ironici tesi a sostenere la forza reale dell'essere semplicemente se stessi. Il "claim" ambivalente sia per gli adulti che per i giovani sarà: "Tu sei più forte di qualunque droga". Questa prima iniziativa prevede spot televisivi, annunci radio e affissioni.

Come seconda azione verrà realizzata una mostra itinerante che utilizzerà il materiale prodotto dai ragazzi delle scuole nel concorso indetto in occasione della quarta campagna contro la tossicodipendenza del '92. Saranno coinvolte realtà del privato sociale e dei servizi pubblici, con l'obiettivo di costituire momento di riflessione e di incontro per adulti e giovani.

Nella terza e innovativa sezione della sesta campagna i due target si specificano in modo particolare. Si tratta infatti di un'iniziativa rivolta a chi non può più prevenire l'abuso di sostanze ma può senz'altro fare qualcosa per non peggiorare la propria condizione di vita. È stato predisposto un pieghevole informativo contenente istruzioni salvavita e numeri telefonici utili in caso di emergenza che verrà inviato e distribuito a tutti i servizi pubblici e del privato sociale operanti in questo particolare settore di intervento.

L'obiettivo, in questo caso, è quello di agganciare il sommerso al fine di migliorare la qualità di vita di chi è tossicodipendente e non può o non vuole decidere di smettere.

Il secondo target di questa terza iniziativa comprende gli adulti a contatto quotidiano con i giovani, quali allenatori sportivi, animatori di associazioni giovanili e oratori, dirigenti di squadre sportive e tifoserie, DJ. Verrà loro inviato un messaggio e materiale informativo.

Al momento della stesura della presente, l'agenzia incaricata sta completando la realizzazione dell'intera campagna informativa.

## L'ATTIVITÀ NELL'AMBITO DELL'OSSERVATORIO EUROPEO SULLE TOSSICODIPENDENZE

Il Consiglio d'Europa con delibera del 1990 e successivo regolamento n.302 del febbraio 1993 ha istituito l'Osservatorio Europeo sulle droghe e tossicodipendenze. Suoi organi sono il Consiglio di amministrazione, formato dai rappresentanti dei 15 paesi membri dell'Unione nonché da rappresentanti del Parlamento Europeo e della Commissione. Esso si avvale di un Comitato scientifico anch'esso costituito da rappresentanti dei quindici paesi integrato eventualmente da altri sei esperti. Per i primi statutariamente un'attenzione particolare dovrà essere rivolta all'aspetto della riduzione della domanda di droghe.

Tale maggiore conoscenza del fenomeno droga nell'Europa comunitaria dovrà avvenire attraverso la creazione di una rete di comunicazione informatico-telematica, REITOX, che permetta la raccolta, l'elaborazione e lo scambio delle informazioni sulla droga e sulle tossicodipendenze in modo da produrre e distribuire dati affidabili e comparabili tra i Paesi dell'Unione Europea. A tal fine in ogni Paese sono individuati punti REITOX per il coordinamento di tali attività.

Detto Osservatorio, che ha sede a Lisbona ed ha acquisito dallo scorso anno una propria autonomia finanziaria nel quadro del budget comunitario, dopo un inevitabile fase di avvio sul piano strutturale e di personale, sta dando operatività al primo piano triennale già approvato dagli Organismi Comunitari., attraverso una serie di programmi rivolti ai principali tre aspetti di conoscenza del fenomeno: documentale, informatico ed epidemiologico.

L'Italia partecipa, sotto l'attenzione del Comitato Nazionale di coordinamento per l'azione contro la droga, ai lavori dell'Osservatorio con propri rappresentanti sia in sede di Consiglio di amministrazione che di Comitato scientifico.

Centro di coordinamento REITOX per la creazione della rete informatica è l'Osservatorio permanente sulle tossicodipendenze presso il Ministero dell'Interno, che è peraltro l'organismo tecnico di cui ai sensi del DPR 309/90 si avvale il Comitato nazionale.

In tale quadro, per ottimizzare più sinergicamente le attività, è stato costituito un gruppo di lavoro di cui fanno parte tutte le Amministrazioni interessate nonché rappresentanti delle Regioni.

L'Italia, dopo una prima fase di avvio, sta affinando la sua partecipazione ai programmi operativi di tale Organismo europeo.

Nel corso del 1995 ha eseguito i progetti finanziati sui fondi residui 1994 (circa 80.000 ECU, di cui il 70% già assegnato tramite il Ministero del Tesoro).

Per il 1995 sono state accolte, col compiacimento, degli organi decisionali dell'Osservatorio europeo, tutte le ulteriori proposte operative presentate nel quadro del programma annuale varato dal Consiglio di amministrazione.

In particolare l'Italia coordinerà il progetto mirante a creare, migliorando le modalità di raccolta ed elaborazione delle informazioni, uno schema tipo di relazione a cui dovrà attenersi ciascun paese membro, e che costituirà la base peraltro del rapporto annuale che lo stesso Osservatorio dovrà presentare alla Commissione ed al Parlamento Europeo.

Per l'attuazione di tali proposte l'Italia riceverà un contributo comunitario di circa 90.000 ECU, a cui dovrà aggiungere un cofinanziamento del 20%.

Non si può non sottolineare l'attenzione che va data alla partecipazione italiana a tale Organismo comunitario, destinato a diventare il più importante se non unico punto di riferimento comunitario di conoscenza del fenomeno "droga e tossicodipendenze" nonché il centro di stimolo e coinvolgimento operativo ad una serie di progetti, che si annunciano di grande rilievo, finanziati sui fondi comunitari.

*Ministero per gli Affari Esteri*



*"Narcotraffico e criminalità organizzata transnazionale"*

L'Italia ritiene che la lotta al narcotraffico e alla criminalità organizzata transnazionale sia una delle priorità delle relazioni internazionali e, quindi, sotto questo profilo, ricade sotto la responsabilità del Ministero degli Affari Esteri e della sua rete diplomatica.

La produzione, il consumo e il traffico illecito di droga non costituiscono più un problema settoriale da affrontare a livello tecnico essi costituiscono invece fenomeni transnazionali da affrontare con un approccio globale, che richiedono forme sempre più decise di solidarietà e collaborazione internazionale

Il fenomeno droga costituisce infatti una minaccia per tutti gli Stati, e se un approccio globale e indispensabile per una più efficace strategia di contrasto, esso non può che risultare dall'azione comune e coordinata di tutti i Paesi interessati

L'Italia si è mossa in questa ottica sia nei rapporti bilaterali che in quelli multilaterali, offrendo il suo contributo in tutte le sedi nelle quali il problema è stato affrontato

Le maggiori iniziative italiane, in questo settore consistono nell'attività in seno alla Commissione Stupefacenti dell'ONU, nell'appoggio al programma delle Nazioni Unite per il controllo della droga (UNDCP - Organismo dell'ONU, preposto alla lotta alla droga), nella partecipazione al Gruppo di Dublino (la Presidenza dell'area Europa Centro-orientale) nell'attività di impulso nell'ambito dei Mini Gruppi di Dublino, nel ruolo svolto a Bruxelles nell'ambito delle attività comunitarie, nel rinnovamento e nell'espansione della rete di accordi internazionali che hanno anche la finalità di concertare la strategia internazionale contro la droga e la criminalità internazionale

L'attività in questi settori è continuata e si è approfondita in tutto l'anno 1995.

Vale ora maggiormente sottolineare alcune importanti iniziative alle quali l'Italia ha partecipato e che hanno portato il problema alla droga all'attenzione delle massime istanze politiche internazionali

Il Consiglio Europeo di Cannes nell'approvare il Piano d'Azione dell'Unione Europea in materia di lotta alla droga aveva disposto che una relazione d'analisi corredata da proposte

complessive venisse predisposta per il Consiglio di Madrid da tenersi nel successivo dicembre '95, e a tal fine l'Italia era stata invitata a partecipare al gruppo di lavoro composto dalla Commissione, dalla Presidenza spagnola, dal Parlamento europeo, dal Comitato delle Regioni e dall'Osservatorio Europeo delle tossicodipendenze.

L'insieme delle proposte è stato esaminato nel corso della Conferenza sulle politiche europee sulla droga tenuta a Bruxelles il 7 e 8 dicembre '95, che ha consentito di procedere ad un esame congiunto volto ad individuare gli aspetti convergenti nelle strategie perseguite dagli Stati membri, nonché quelli divergenti, e di stabilire una base comune tra le politiche applicate all'interno dell'Unione.

L'originalità della Conferenza è da ricercare nel tentativo di affrontare in maniera globale tali tematiche, facendo intervenire, oltre ai Paesi membri dell'Unione, rappresentanti di organismi che si occupano di droga sotto diversi profili.

L'obiettivo, pienamente raggiunto, è stato quello di valutare il grado di identificazione delle politiche degli Stati membri.

La Conferenza è servita, quindi, per affrontare e catalogare in modo sistematico tutti gli aspetti legati alla droga nell'ottica della prevenzione, della repressione, dell'armonizzazione delle legislazioni e della cooperazione internazionale, nonché per mettere in risalto le priorità da osservare nell'azione dell'Unione.

L'Italia ha avuto la presidenza del gruppo di lavoro sulla collaborazione internazionale ove è stato, tra l'altro, sottolineato che le politiche di cooperazione allo sviluppo dovrebbero tenere in dovuta considerazione i problemi della lotta alla droga.

I risultati della Conferenza di Bruxelles sono stati portati all'attenzione del Consiglio Europeo di Madrid con un rapporto del Gruppo di Esperti che contiene indicazioni per l'adozione da parte dei Paesi Terzi di programmi nazionali antidroga che prevedano in particolare misure per rafforzare la lotta al narcotraffico, per combattere il riciclaggio, la diversione dei precursori chimici, nonché provvedimenti di prevenzione e trattamento dei drogati e l'adozione, laddove opportuno, di progetti di sviluppo alternativo per ridurre ed eliminare la produzione di droga

Il Consiglio Europeo di Madrid ha anche indicato come iniziativa prioritaria la creazione di un meccanismo di cooperazione nella lotta alla droga fra l'Unione Europea,

l'America Latina e i Caraibi. La strategia da elaborare in tale contesto dovrà basarsi su un approccio globale e sistematico volto a ridurre la domanda e l'offerta attraverso la cooperazione bilaterale tra le due regioni che sia integrata nei programmi nelle Nazioni Unite.

Sotto quest'ultimo aspetto, è da ricordare l'impegno finanziario italiano in favore dell'UNDCP che nel 1995 è ammontato a 12,5 miliardi, il maggiore contributo per i Paesi donatori, che si colloca come uno dei più cospicui tra quelli versati dall'Italia ad organismi impegnati nel settore dello sviluppo internazionale.

I progetti finanziati grazie a tale contributo sono formulati dall'UNDCP ed eseguiti dall'Organismo stesso sulla base di una serie di criteri di carattere geografico e settoriale, concordati con questo Ministero.

L'Italia va, inoltre, incoraggiando un'azione di sensibilizzazione nei confronti degli altri Paesi donatori e di altre Agenzie delle N.U. affinché siano maggiormente coinvolti nell'attuazione dei programmi di lotta alla droga.

Un esempio significativo di iniziative di cooperazione nel campo della riduzione dell'offerta della droga, messo in opera grazie ai contributi italiani, è costituito da un progetto in Bolivia nella regione del Chapare, in cui le popolazioni agricole (circa 200 famiglie) sono state incoraggiate a produrre colture di sostituzione della coca, assicurandone gli sbocchi commerciali attraverso il rafforzamento di 10 agroindustrie locali.

Il caso della Bolivia va segnalato anche perché il Presidente, Sanchez de Loyada, ha sollecitato, con lettera alla Presidenza U.E. spagnola, la cooperazione europea basata sulla compensazione economica individuale da attribuire agli agricoltori per farli rinunciare alla coltivazione della coca. Questa impostazione basata sui piani di sviluppo alternativo, che tendono anche a promuovere lo sviluppo sociale delle popolazioni interessate e a creare sbocchi non legati unicamente a produzioni agricole sostitutive.

Per quanto riguarda invece la riduzione della domanda, si può citare il progetto di prevenzione delle tossicodipendenze nel sistema carcerario in Colombia, il quale comprende insieme ad altre attività, un programma di trattamento attraverso la creazione di comunità terapeutiche.

Anche il Consiglio europeo ha inteso dare particolare impulso alle relazioni nell'ambito del Dialogo Transatlantico e dell'America latina e Caraibica, disponendo la creazione di un meccanismo di cooperazione con quelle regioni.

All'Italia che ha fornito, nel corso dei lavori di preparazione di tali decisioni, il proprio qualificato apporto, spetterà, anche in collaborazione con la futura Presidenza irlandese, di concretizzare, in questo semestre di Presidenza della Unione Europea, le linee direttrici del programma in un quadro che tenga anche conto di azioni di periodo più lungo.

Un evento di grande importanza nel 1995 è stato rappresentato dalla firma della Convenzione di Europol per la realizzazione di un ufficio europeo di polizia criminale con sede a l'Aia con gli obiettivi di prevenzione e di lotta al traffico illecito di stupefacenti, al terrorismo e ad altre gravi forme di criminalità internazionale. Il primo nucleo della struttura di Europol è per il momento costituito dalla U.D.E. (Unità Droga Europol) già operante all'Aia. Il Consiglio dei Ministri della Giustizia ed Affari interni nella seduta del 9 marzo 1995 ha ampliato il mandato dell'U.D.E. ai traffici dei prodotti nucleari e radioattivi, alle organizzazioni d'immigrazione clandestina, al traffico illecito di veicoli.

Nel corso dei lavori preparatori della Convenzione di Europol, l'Italia ha attivamente sostenuto la competenza della Corte di Giustizia delle Comunità Europee sulla interpretazione, a titolo pregiudiziale, della Convenzione stessa.

La Presidenza italiana, come è stato riaffermato nel corso del Consiglio Informale Affari Interni e Giustizia tenutosi a Roma il 26 gennaio u.s., intende perseguire risultati concreti portando avanti le iniziative già intraprese come l'attuazione della Convenzione di Europol, dando forte impulso all'Unità Droga Europol nonché al Dialogo con i Paesi terzi (cioè i Paesi PECO, i Baltici nonché i Paesi Andini e Caraibici). La Presidenza italiana intende altresì operare nella ricerca di un eventuale compromesso per la competenza della Corte di Giustizia fra i quattordici Stati favorevoli e quello contrario (Gran Bretagna).

La firma della Convenzione SID (Informatizzazione doganale) che ha per obiettivo, a livello europeo, la prevenzione ed il perseguimento delle infrazioni gravi alle legislazioni nazionali, verrà a rafforzare anche i controlli alle frontiere esterne sul traffico illecito degli stupefacenti. Anche in tal caso, l'Italia ha sostenuto attivamente il ruolo pregiudiziale della Corte di Giustizia delle Comunità Europee nella interpretazione e nella definizione delle

controversie tra Stati membri sulle norme di tale Convenzione. Le possibilità di poter raggiungere un compromesso con la Gran Bretagna, sono però assai limitate

Nel quadro della cooperazione giudiziaria in materia penale, prosegue a livello europeo lo sforzo di adeguare la legislazione nella lotta contro la criminalità organizzata internazionale ed il traffico illecito di droga. In questo contesto si colloca la decisione in data 10 3 1995 del Consiglio dei Ministri della Giustizia di dotare l'Unione Europea di una Convenzione generale di estradizione che completi la vigente Convenzione europea di estradizione, l'Italia ha dato qualificanti contributi sia nella ricerca di una disciplina più adeguata delle rogatorie in materia di mutua assistenza penale come anche ai lavori per il riavvicinamento delle leggi penali sostanziali nonché al progetto di risoluzione sui collaboratori di giustizia

Il Consiglio dei Ministri della Giustizia ha infine adottato in data 25 9 1995 un programma di azione con i Paesi PECO (Ex comunisti) per la lotta alla criminalità organizzata



*Ministero dell'Interno*



*Osservatorio Permanente sul fenomeno droga*

## “OSSERVATORIO PERMANENTE SUL FENOMENO DROGA”

L’Osservatorio permanente sul fenomeno droga è stato istituito, nel giugno 1984, dal Comitato di Coordinamento Nazionale Antidroga con il compito di creare un costante ed aggiornato supporto informativo nel settore attraverso l’acquisizione periodica di una serie di dati, notizie e riscontri relativi all’andamento del fenomeno.

Il compito viene assolto grazie all’organizzazione periferica del Ministero, le Prefetture che, da un lato, rappresentano il punto di riferimento per il coordinamento delle varie istituzioni pubbliche in materia e dall’altro, hanno assunto un ruolo di promozione delle iniziative socio-riabilitative per la cura dei tossicodipendenti, sia pubbliche che private

L’art. 1 della legge 162/1990, confermato dal successivo T U 309/90 relativo alle leggi in materia di droga, ha sancito, fra l’altro, l’ampliamento e l’approfondimento, sia a livello centrale che periferico, dell’attività di documentazione dell’Osservatorio, che è così diventata la struttura conoscitiva del Comitato Nazionale di coordinamento per l’Azione Antidroga” (art. 1, citato T U )

Le rilevazioni curate dall’Osservatorio, aggiornate a cadenze fisse, riguardano

- il censimento dei servizi sanitari pubblici e delle strutture socio-riabilitative;
- il numero dei tossicodipendenti in trattamento, con la specifica del sesso e della distribuzione geografica,
- l’analisi di decesso per assunzione di sostanze stupefacenti sulla base dei dati forniti dalla Direzione Centrale dei Servizi Antidroga,
- le iniziative avviate in sede locale nel campo della lotta alla droga da parte di Enti pubblici e privati

Inoltre, dall’entrata in vigore della Legge 162/90, l’Osservatorio effettua un monitoraggio sull’applicazione della normativa circa l’entità e la distribuzione geografica dei consumatori e detentori di sostanze stupefacenti per uso personale segnalati ai Prefetti, il tipo di sostanza usata, il numero di soggetti che hanno richiesto un programma terapeutico, il numero di procedimenti sanzionatori irrogati e il numero di atti archiviati per conclusione del programma terapeutico

Con periodicità annuale l'Osservatorio contribuisce ad elaborare la Relazione che viene presentata dal Governo al Parlamento sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia, sulle strategie adottate, sugli obiettivi raggiunti nonché sugli indirizzi che saranno seguiti (art. 1, citato T.U.)

Inoltre, i dati dell'Osservatorio vengono utilizzati per la predisposizione della Relazione presentata dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Famiglia e della Solidarietà Sociale - in occasione della giornata mondiale delle Nazioni Unite sulla droga e della conferenza nazionale triennale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope.

Nel corso del 1995, l'"Osservatorio permanente sul fenomeno droga" ha avviato una serie di iniziative sia a livello nazionale che comunitario, in considerazione della pressante esigenza di migliorare la qualità dell'informazione per consentire l'approccio più idoneo alla conoscenza del fenomeno.

Per ottimizzare l'attività informativa, l'"Osservatorio, nel corso dell'anno, in collaborazione con i competenti Dicasteri (Grazia e Giustizia, Sanità, Difesa, Pubblica Istruzione, Lavoro e Previdenza Sociale) e con la supervisione del Dipartimento per gli Affari Sociali, ha predisposto un Progetto di razionalizzazione dell'attuale Sistema Informativo, per l'integrazione dei vari flussi prodotti, il quale prevede il coinvolgimento anche di alcune Regioni-pilota. Tale Progetto, da realizzarsi in un biennio, è stato valutato positivamente dalla Commissione Istruttoria per i finanziamenti a carico del Fondo Nazionale di Intervento per la lotta alla droga e approvato dal Comitato di Coordinamento per l'Azione Antidroga nella riunione del 21 dicembre 1995.

La realizzazione del Progetto comporterà, tramite il coordinamento e l'interconnessione dei vari flussi informativi esistenti e la realizzazione di un sistema informativo razionale più rigoroso e scientifico, che permetterà uno sgravio di lavoro per gli operatori e un risparmio delle varie risorse.

Particolare attenzione dovrà essere posta per permettere, col concorso delle diverse Amministrazioni interessate, l'implementazione dell'Osservatorio, che ben presto diventerà l'interlocutore privilegiato nell'ambito dell'Unione Europea sul fenomeno droga.

In campo comunitario, infatti, l' "Osservatorio permanente sul fenomeno droga" è stato individuato dal Comitato Nazionale di Coordinamento per l' Azione Antidroga, nelle riunioni del 26 maggio e del 28 luglio 1995, quale "punto di riferimento e di coordinamento nazionale tecnico-informativo" nei rapporti con l' Osservatorio Europeo sulle Droghe e Tossicodipendenze (O E D T ) istituito nel '93 con sede a Lisbona.

In tale veste, l' "Osservatorio" coordina tutte le iniziative e le attività nazionali connesse alla realizzazione della Rete Informatica Europea sulle Tossicodipendenze (cd. Reitox), finalizzata all' interscambio telematico dei dati sul fenomeno tra i 15 Paesi dell' Unione Europea, e finanziata dalla U E.

A tale scopo, alla fine del 1995, l' "Osservatorio permanente" ha intrapreso per conto dell' O E D T una ricognizione delle strutture esistenti, deputate alla raccolta, elaborazione e diffusione dei dati sull' andamento del fenomeno, sulla loro organizzazione e funzionamento, e stata compilata la Mappa sulle fonti informative esistenti e sui dati di flusso disponibili, e non, e sulla documentazione scientifica sull' abuso di droghe, pubblicata da un campione di Centri di documentazione operanti in Italia. Per tali attività è stato reso disponibile un finanziamento di 83 000 ECU.

Nel Piano di lavoro 1995-1996, l' "Osservatorio" ha ricevuto l' incarico di curare il coordinamento di un Progetto per il miglioramento qualitativo dei Rapporti periodici nazionali, coinvolgente Svezia, Paesi Bassi, Germania, Francia, Irlanda, Austria, finalizzato alla stesura del primo Rapporto annuale dell' O. E. D. T. sulla situazione del fenomeno in Europa. L' entità del finanziamento sarà determinata nei primi mesi dell' anno.

## SERVIZI SANITARI PUBBLICI E STRUTTURE SOCIO-RIABILITATIVE

L'Osservatorio censisce, dal giugno 1984, i presidi pubblici e privati per la cura dei tossicodipendenti, i servizi sanitari pubblici (Ser T) e le strutture socio-riabilitative, per lo più private

Dal 1984 al 1990 le strutture socio-riabilitative censite dall'Osservatorio sono state soltanto le comunità terapeutiche, con il tempo queste strutture hanno subito trasformazioni consistenti, sviluppando altri modelli e tipi di intervento, modulati secondo le esigenze dell'utenza. Si è così deciso di adottare una tripartizione che, seppure in modo forzato, ha permesso di classificare le diverse realtà e confrontarle nel tempo (Centri di 1<sup>a</sup> Accoglienza, Comunità terapeutiche e Centri di Reinserimento)

Negli ultimi tempi sembra, però, che la tripartizione adottata non sia più in grado di contemplare la molteplicità di risposte offerte al problema dal volontariato.

Nel modulare le risposte sui bisogni dei tossicodipendenti, le strutture hanno dovuto tener conto del fatto che molti di essi lavorano e che l'età degli utenti è in graduale aumento

Molte strutture hanno così organizzato la loro attività suddividendola in orari diversi ed offrendo sempre più spesso anche programmi serali. La residenzialità, una delle caratteristiche salienti - soprattutto per le comunità terapeutiche - è così divenuta una sorta di "spartiacque" tra le strutture

Si è deciso, pertanto, di adottare come criterio di suddivisione la "residenzialità", rapportando il sistema di rilevazione dell'Osservatorio al criterio indicato nell'Atto di intesa tra Stato e Regioni per la definizione dei criteri e modalità per l'iscrizione all'albo regionale degli enti ausiliari.

Il nuovo sistema di classificazione, entrato in vigore a partire dal 1995, è il seguente.

Strutture socio-riabilitative:

- a) residenziali, con ospitalità e attività residenziale.
- b) semiresidenziali/diurne, con ospitalità e attività quotidiana di almeno 8 ore e per non meno di 5 giorni la settimana (minimo 40 ore settimanali),
- c) non residenziali/ambulatoriali, con ospitalità e attività inferiore alle 40 ore settimanali

Alla legge n. 162 del 1990 si deve attribuire l'effetto di aver prodotto un notevole aumento del numero delle strutture, sia pubbliche che private, per il recupero dei tossicodipendenti.

Rispetto al rilevamento effettuato il 30/6/1990, prima dell'entrata in vigore della Legge 162, le strutture socio-riabilitative erano 896, contro le 1368 censite al 31/12/1995.

A differenza dei presidi sanitari - il cui aumento è tra l'altro più contenuto - la diffusione delle strutture socio-riabilitative ha un andamento progressivo e continuo, come si può constatare dal seguente prospetto:

Dicembre 1991	Dicembre 1992	Dicembre 1993	Dicembre 1994	Dicembre 1995
996	1.175	1.249	1.279	1.368

L'Organizzazione dei servizi sanitari pubblici, è stata disciplinata dall'art. 118 del T.U. 309/90, che ha sancito l'istituzione dei nuovi servizi per le tossicodipendenze (Ser.T) a cura delle UU.SS.LL., con l'adeguamento dei servizi già esistenti e l'istituzione dei nuovi, laddove mancanti.

La riorganizzazione dei servizi sanitari, ai sensi del Decreto del Ministero della Sanità n. 444 del 1990, si sta attuando in tempi e modalità diverse da regione a regione, ciò spiega le differenze numeriche relative ai servizi, e di conseguenza degli utenti, che si possono riscontrare tra i dati qui indicati e quelli elaborati dal Ministero della Sanità.

I servizi sanitari censiti dall'Osservatorio, alla data del 31/12/1995, sono 572, rispetto ai 517 del 30/6/1990, con un incremento percentuale dell'10,64%.

I dati relativi ai servizi sanitari pubblici si riferiscono a tutti i presidi che si occupano di tossicodipendenti, per i quali attuano propri piani terapeutici, indipendentemente dalla formalizzazione del decreto di istituzione. Di conseguenza, il numero dei Ser.T. indicato è suscettibile di variazioni legate alla piena ed effettiva attuazione del dettato di cui all'art. 118 del citato T.U.

Relativamente alla distribuzione geografica, la presenza dei servizi sanitari non è omogenea sul territorio nazionale, ma è concentrata maggiormente al Nord (258 servizi pari al 45,11%) rispetto al Centro (117 servizi pari al 20,45%), al Sud (134 servizi pari al 23,43%) ed alle Isole (63 servizi pari all'11,01%).

Nelle tabelle seguenti è illustrata la distribuzione territoriale dei servizi sanitari e delle strutture socio-riabilitative dal 31/12/1990 al 31/12/1995.

*Distribuzione territoriale dei servizi sanitari pubblici**e delle strutture socio-riabilitative**dal 31/12/1990 al 31/12/1995*

- 31.12.1990

	Servizi Sanitari Pubblici	Strutture Socio-Riabilitative			TOTALE
		Centri di Accoglienza	Comunità Terapeutiche	Centro di Reinserimento	
NORD	286		271		
CENTRO	114		84		
SLD	97		55		
ISOLE	33		44		
TOTALE					
ITALIA	530		454		

- 31.12.1991

	Servizi Sanitari Pubblici	Strutture Socio-Riabilitative			TOTALE
		Centri di Accoglienza	Comunità Terapeutiche	Centro di Reinserimento	
NORD	283	132	305	140	157
CENTRO	118	62	106	40	208
SLD	116	40	74	16	130
ISOLE	34	26	49	6	81
TOTALE					
ITALIA	551	260	534	202	996

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- 31.12.1992

	Servizi Sanitari Pubblici	Strutture Socio-Riabilitative			TOTALE
		Centri di Accoglienza	Comunità Terapeutiche	Centro di Reinserimento	
NORD	282	156	348	142	646
CENTRO	130	73	128	47	248
SUD	113	54	106	27	187
ISOLE	44	30	60	4	94
TOTALE ITALIA	559	313	642	220	1.175

- 31.12.1993

	Servizi Sanitari Pubblici	Strutture Socio-Riabilitative			TOTALE
		Centri di Accoglienza	Comunità Terapeutiche	Centro di Reinserimento	
NORD	272	156	361	151	668
CENTRO	121	76	133	51	260
SUD	119	66	120	29	215
ISOLE	49	33	67	6	106
TOTALE ITALIA	561	331	681	237	1.249

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

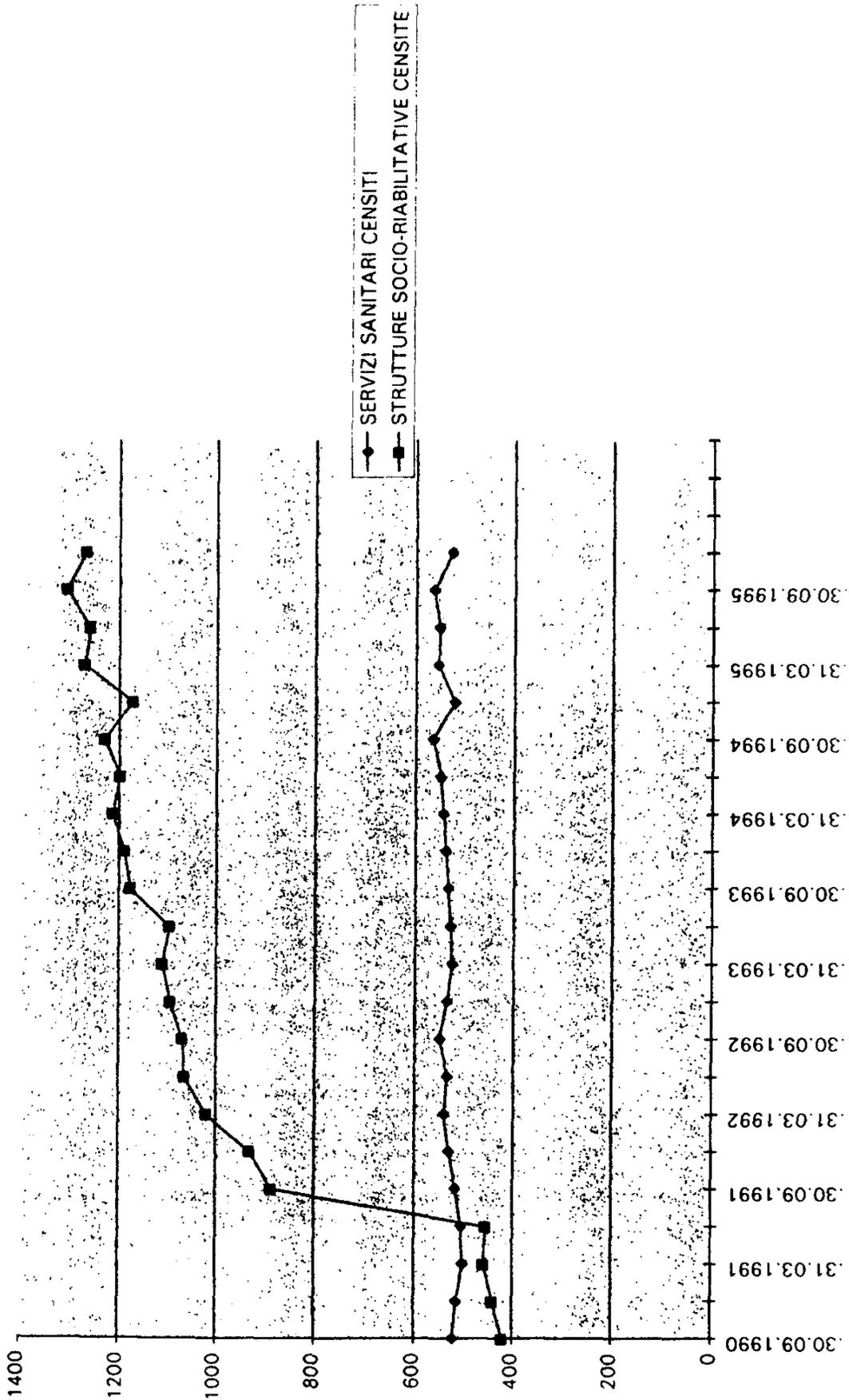
- 31.12.1994

	Servizi Sanitari Pubblici	Strutture Socio-Riabilitative			TOTALE
		Centri di Accoglienza	Comunità Terapeutiche	Centro di Reinserimento	
NORD	263	160	377	143	680
CENTRO	125	72	132	48	252
SUD	128	79	136	30	245
ISOLE	57	30	67	5	102
TOTALE ITALIA	573	341	712	226	1.279

- 31.12.1995

	Servizi Sanitari Pubblici	Strutture Socio-Riabilitative			TOTALE
		Centri di Accoglienza	Comunità Terapeutiche	Centro di Reinserimento	
NORD	258	461	157	132	750
CENTRO	117	157	49	53	259
SUD	134	135	50	76	261
ISOLE	63	64	14	20	98
TOTALE ITALIA	572	817	270	281	1.368

OSSERVATORIO PERMANENTE SUL FENOMENO DROGA  
SERVIZI SANITARI PUBBLICI E STRUTTURE SOCIO-RIABILITATIVE CENSITE (1990.1995)



## TOSSICODIPENDENTI IN TRATTAMENTO PRESSO I SERVIZI SANITARI PUBBLICI E LE STRUTTURE SOCIO-RIABILITATIVE

Nell'ambito di questo tipo di rilevazione, attuata anch'essi dal 1984, in seguito alle competenze attribuite dalla legge 162/90 e dal successivo T.U. 309/90, l'Osservatorio ha ampliato ed approfondito il proprio campo di indagine ed analisi

Allo stato attuale vengono rilevati, alle date del 31/3, 30/6, 30/9 e 31/12, i tossicodipendenti che sono in cura e in trattamento di riabilitazione presso i servizi sanitari pubblici e le strutture socio-riabilitative

Una delle caratteristiche più sensibili è la discontinuità nella cura e il passaggio del soggetto trattato da una struttura all'altra. Al fine di evitare possibili sovrapposizioni causate da ciò, il numero degli utenti in carico è stato distinto a seconda del tipo di struttura presso cui il tossicodipendente si trovava effettivamente in cura al momento della rilevazione, indipendentemente dall'attribuzione formale e giuridica del carico. Diversamente, lo stesso tossicodipendente potrebbe essere contemporaneamente in carico sia presso un servizio sanitario che presso una struttura socio-riabilitativa, nel corso dello stesso anno, ovvero potrebbe trovarsi prima presso una struttura residenziale e successivamente presso una non residenziale. Per questi motivi non sembra opportuno sommare gli utenti dei servizi sanitari con quelli delle strutture socio-riabilitative per una valutazione del fenomeno.

La ripartizione degli utenti tra i vari tipi di struttura e servizi permette, inoltre, l'analisi e il confronto con i dati in possesso dell'Osservatorio fin dal 1984.

Il confronto tra i dati relativi ai tossicodipendenti in cura al 31 dicembre 1995 con quelli del 30 giugno 1990 (prima dell'entrata in vigore della legge 162/1990) conferma la tendenza, già evidenziata negli anni passati, dell'emersione del fenomeno della tossicodipendenza alla visibilità e, quindi, di un maggior intervento sociale di recupero e di riabilitazione.

Gli utenti dei servizi sanitari pubblici per le tossicodipendenze, dopo un anno di applicazione della nuova normativa - dal 30.6.1990 al 30.6.1991 - sono aumentati del 15,46%, mentre quelli delle comunità terapeutiche sono, nello stesso periodo, aumentati del

16,49%. Nel secondo anno - dal 30.6.1991 al 30.6.1992 - l'incremento presso i servizi sanitari è stato del 27,83%, presso le comunità del 26,05%. Nel terzo anno - dal 30.6.1992 al 30.6.1993 - l'aumento presso i servizi sanitari è stato del 7,37% e presso le comunità terapeutiche del 3,06%. Dal 30.6.1993 al 30.6.1994 l'aumento è stato del 21,32% presso i Ser T, mentre presso le comunità terapeutiche si è avuta una diminuzione del 3,88%

Nel corso del 1995 si è verificato un aumento dell'utenza del 15,41% presso i servizi sanitari pubblici mentre presso le strutture socio-riabilitative - considerate globalmente - si è avuto un calo dell'1,98%.

#### Andamento dell'utenza - 1995

<i>Data di rilevazione</i>	<i>Nr. utenti c/o servizi sanitari pubblici</i>	<i>Nr. utenti c/o strutture socio- riabilitative</i>
31 marzo	80.218	22.970
30 giugno	82.826	21.418
30 settembre	87.963	22.392
31 dicembre	84.636	22.161

Nel corso del 1995, considerando le quattro rilevazioni effettuate, l'utenza dei servizi sanitari pubblici si è attestata sulle 83.911 unità di media (72.402 nel 1994), mentre presso le strutture socio-riabilitative si registra una media di 22.235 soggetti (24.073 nel 1994).

Complessivamente, dal 30.6.1990 al 31.12.1995 si è verificato un aumento del numero dei tossicodipendenti, che ha riguardato soprattutto i servizi sanitari pubblici, i cui utenti sono passati da 37.804 a 84.636, mentre nello stesso arco di tempo, gli utenti delle strutture socio-riabilitative sono passati da 10.667 a 22.161.

Il deciso aumento di afflusso registrato presso i servizi sanitari potrebbe essere dovuto ad una maggiore fiducia dei tossicodipendenti nei confronti degli stessi servizi oppure

ad una crescente capacità di questi di accogliere una quota sempre più elevata di utenti, così come alla differenziazione delle prestazioni offerte

Inoltre la legislazione vigente in materia - in particolare l'art. 75 del T.U. 309/90 - ha fatto sì che molti consumatori, segnalati ai Prefetti per uso personale di sostanze stupefacenti, si siano accostati ai servizi sanitari proprio a seguito del previsto colloquio con il personale dei N O T (Nucleo Operativo per le Tossicodipendenze) istituiti presso le Prefetture.

E' da notare come l'aumento numerico dei servizi sanitari pubblici, dal 1990 al 1995, non sia proporzionale all'incremento dell'utenza da 37.804 unità in 505 servizi censiti a 84.636 in 533 con conseguente notevole aumento del carico medio degli stessi servizi passato da 74,86 (giugno 1990) a 158,79 (dicembre 1995), che rappresenta oltre il doppio del carico

Nel corso del 1995, il maggior numero di utenti si è registrato in Lombardia, Piemonte, Puglia, Toscana e Campania

La prevalenza di tossicodipendenti di sesso maschile si attesta intorno all'84% sia presso i servizi sanitari che presso le strutture socio-riabilitative

Per un'immediata visualizzazione dell'andamento del fenomeno, nelle pagine seguenti, sono indicati i dati relativi agli utenti in trattamento presso i servizi sanitari e le comunità terapeutiche dal giugno 1984 al giugno 1990

I dati relativi al periodo settembre 1990 - prima rilevazione dopo l'entrata in vigore della legge 162/90 - dicembre 1995 riguardano gli utenti dei servizi sanitari e delle strutture socio-riabilitative, considerate globalmente

Per un'esatta valutazione del trend è necessario tener presente la percentuale di copertura dei dati e il differente andamento registrato nelle rilevazioni.

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TOSSICODIPENDENTI IN TRATTAMENTO PRESSO I SERVIZI SANITARI PUBBLICI E LE COMUNITA' TERAPEUTICHE  
(Dati Nazionali)  
GIUGNO 1984 - GIUGNO 1990

DATE DI RILEVAZIONE	SERVIZI SANITARI PUBBLICI				COMUNITA' TERAPEUTICHE		
	ESISTENTI N	CENSITE N	UTENTI N	DI CUI IN TRATT. CON SOSTANZE SOSTITUT. N	ESISTENTI N.	CENSITE N	UTENTI N
15.06.1984	417	382	18.483	11.104	207	207	4.373
15.09.1984	422	383	18.310	11.124	215	215	4.358
15.12.1984	436	424	20.747	11.923	222	219	4.476
15.03.1985	444	395	16.731	9.772	237	236	4.845
15.06.1985	454	419	18.429	10.306	280	280	4.930
15.09.1985	454	415	17.620	9.222	296	290	4.881
15.12.1985	455	440	19.919	9.820	301	297	5.028
15.03.1986	459	444	19.018	9.906	310	307	5.303
15.06.1986	464	456	19.079	9.214	324	323	5.540
15.09.1986	465	460	18.590	9.388	325	323	5.645
15.12.1986	469	460	20.137	9.463	326	318	5.927
15.03.1987	468	460	20.866	9.927	324	321	5.841
30.06.1987	470	456	21.895	10.886	327	320	6.114
30.09.1987	474	461	23.174	11.430	335	326	6.174
31.12.1987	473	459	23.276	10.604	342	340	6.676
31.03.1988	477	464	23.860	10.301	340	336	7.109
30.06.1988	484	476	25.533	10.936	347	345	7.527
30.09.1988	483	475	26.005	11.905	352	349	7.422
31.12.1988	492	479	27.906	11.464	356	351	8.017
31.03.1989	501	483	28.672	11.783	360	354	8.547
30.06.1989	508	489	31.568	11.991	366	361	8.792
30.09.1989	509	492	32.299	12.366	381	373	8.895
31.12.1989	513	488	33.335	12.986	415	404	9.965
31.03.1990	513	499	35.286	13.462	434	421	10.618
30.06.1990	517	505	37.804	12.520	433	422	10.667

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

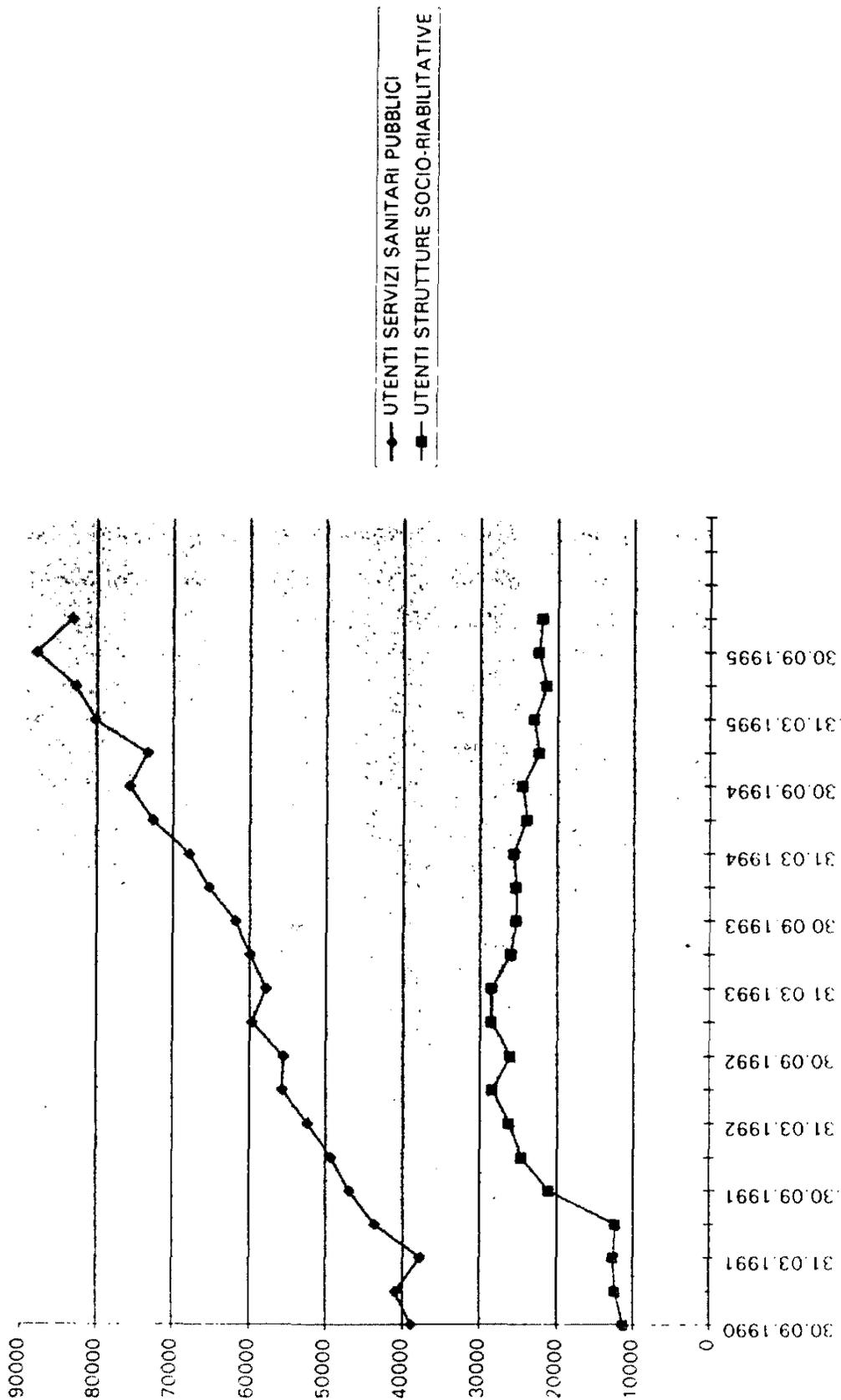
TOSSICODIPENDENTI IN TRATTAMENTO PRESSO I SERVIZI SANITARI PUBBLICI E PRESSO LE STRUTTURE SOCIO-RIABILITATIVE  
(Dati Nazionali)  
SETTEMBRE 1990 - DICEMBRE 1995

DATE DI RILEVAZIONE	SERVIZI SANITARI PUBBLICI				STRUTTURE SOCIO-RIABILITATIVE (*)		
	ESISTENTI	CENSITE	UTENTI	DI CUI IN TRATT CON SOSTANZE SOSTITUT	ESISTENTI	CENSITE	UTENTI
	N	N	N	N	N	N	N
30/09/1990	527	521	38.999	12.725	434	421	11.381
31/12/1990	530	513	40.928	12.457	454	440	12.413
31/03/1991	533	501	37.788	12.046	476	458	12.682
30/06/1991	532	505	43.650	12.382	488	454	12.426
30/09/1991	529	516	46.905	13.734	941	888	21.063
31/12/1991	551	530	49.305	13.860	996	932	24.561
31/03/1992	552	540	52.507	14.374	1.081	1.021	26.219
30/06/1992	557	533	55.797	14.750	1.114	1.065	28.360
30/09/1992	562	549	55.556	14.765	1.147	1.070	25.991
15/12/1992	559	534	59.737	14.781	1.175	1.095	28.544
31/03/1993	560	524	57.860	15.652	1.195	1.110	28.448
30/06/1993	561	528	59.909	16.092	1.219	1.097	25.925
30/09/1993	556	532	61.914	17.898	1.248	1.177	25.289
31/12/1993	561	537	65.313	19.154	1.249	1.189	25.267
31/03/1994	568	543	67.867	20.417	1.262	1.212	25.580
30/06/1994	576	548	72.681	21.851	1.276	1.198	23.948
30/09/1994	575	564	75.728	24.461	1.283	1.229	24.426
31/12/1994	573	521	73.335	25.506	1.279	1.173	22.339
31/03/1995	571	554	80.218	28.139	1.332	1.270	22.970
30/06/1995	568	552	82.826	29.419	1.336	1.259	21.418
30/09/1995	570	563	87.963	33.475	1.349	1.307	22.392
31/12/1995	572	533	84.636	31.772	1.368	1.276	22.161

(\*) Fino al 31/12/1992 i dati si riferiscono solo alle comunità terapeutiche

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

OSSERVATORIO PERMANENTE SUL FENOMENO DROGA  
UTENTI IN TRATTAMENTO PRESSO I SERVIZI SANITARI PUBBLICI E LE STRUTTURE SOCIO-RIABILITATIVE (1990-1995)



***DISTRIBUZIONE TERRITORIALE DEI TOSSICODIPENDENTI IN TRATTAMENTO***

La distribuzione territoriale, disaggregata per aree geografiche, dei tossicodipendenti in trattamento nel 1995 è illustrata nella tabella seguente.

Tra parentesi viene riportato il carico medio di utenti per servizio sanitario pubblico e strutture socio-riabilitative. Come si evince chiaramente il numero di utenti dei Ser.T. fa registrare un continuo e costante aumento, a differenza degli utenti delle strutture socio-riabilitative per le quali si riscontra una leggera flessione.

Nel corso del 1995 il carico medio per i servizi sanitari pubblici risulta di circa 145, 150, 156 e 159 utenti alle date del 31 marzo, 30 giugno, 30 settembre e 31 dicembre; quello per le strutture socio-riabilitative è di circa 18, 17, 17 e 17 utenti alle stesse date.

**1995****al 31/03****- presso i servizi sanitari pubblici**

NORD:	40.862	in terapia presso n. 256 servizi (159,62)
CENTRO:	16.701	in terapia presso n. 121 servizi (138,02)
SUD:	16.225	in terapia presso n. 117 servizi (138,68)
ISOLE	6.430	in terapia presso n. 60 servizi (107,17)

**- presso le strutture socio riabilitative**

NORD	12.138	accolti presso n. 716 strutture (16,95)
CENTRO:	4.977	accolti presso n. 239 strutture (20,82)
SUD	4.018	accolti presso n. 219 strutture (18,35)
ISOLE	1.837	accolti presso n. 96 strutture (19,14)

**al 30/06****- presso i servizi sanitari pubblici**

NORD	42.149	in terapia presso n. 255 servizi (165,29)
CENTRO	17.349	in terapia presso n. 116 servizi (149,56)
SUD:	16.704	in terapia presso n. 122 servizi (136,92)
ISOLE	6.624	in terapia presso n. 59 servizi (112,27)

**- presso le strutture socio-riabilitative**

NORD:	11.748	accolti presso n. 720 strutture (16,32)
CENTRO	4.494	accolti presso n. 235 strutture (19,12)
SUD:	3.514	accolti presso n. 208 strutture (16,89)
ISOLE	1.662	accolti presso n. 96 strutture (17,31)

---

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

---

al 30/09**- presso i servizi sanitari pubblici**

NORD:	43.770	in terapia presso n. 258 servizi (145,40)
CENTRO:	18.186	in terapia presso n. 117 servizi (111,53)
SUD:	19.194	in terapia presso n. 130 servizi (132,05)
ISOLE:	6.813	in terapia presso n. 58 servizi (112,71)

**- presso le strutture socio-riabilitative**

NORD:	11.868	accolti presso n. 732 strutture (16,21)
CENTRO:	5.320	accolti presso n. 246 strutture (21,63)
SUD:	3.561	accolti presso n. 235 strutture (15,15)
ISOLE:	1.643	accolti presso n. 94 strutture (17,48)

al 31/12**- presso i servizi sanitari pubblici**

NORD	43.370	in terapia presso n. 250 servizi (173,48)
CENTRO:	16.211	in terapia presso n. 104 servizi (155,87)
SUD	18.347	in terapia presso n. 121 servizi (151,85)
ISOLE:	6.681	in terapia presso n. 58 servizi (115,19)

**- presso le strutture socio-riabilitative**

NORD	11.971	accolti presso n. 713 strutture (16,79)
CENTRO:	4.981	accolti presso n. 234 strutture (21,29)
SUD:	3.660	accolti presso n. 234 strutture (15,64)
ISOLE:	1.549	accolti presso n. 95 strutture (16,31)

*RAPPORTO TRA IL NUMERO MEDIO DEGLI UTENTI E LA POPOLAZIONE RESIDENTE*

Nelle tabelle seguenti sono riportati alcuni dati relativi al fenomeno della tossicodipendenza nel 1995.

In particolare, è stato preso in esame il numero medio, calcolato sulla base delle quattro rilevazioni effettuate dall'Osservatorio nel corso del 1995, degli utenti in cura presso i servizi sanitari pubblici (Ser T) e presso le strutture socio-riabilitative e messo in relazione con la popolazione a rischio (fascia di età compresa tra i 15 ed i 39 anni), rapportando il numero dei tossicodipendenti per ogni 100 000 abitanti

Questi valori, sono indicativi soprattutto per i servizi sanitari, in quanto per gli utenti delle strutture socio-riabilitative ha minor significato, non coincidendo sempre la residenza degli utenti con quella delle strutture che li accolgono

Infatti l'allontanamento degli utenti dalla loro residenza, e quindi dall'ambiente abituale, è per molte comunità uno dei presupposti del programma di recupero

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

OSSERVATORIO PERMANENTE SUL FENOMENO DROGA  
ANNO 1995

REGIONI	NR. MEDIO UTENTI DEL TOTALE DEI SER.T.	RAPPORTO SULLA POPOLAZIONE A RISCHIO (15-39 ANNI) (*)	NR. MEDIO UTENTI DEL TOTALE COMUNITA' TERAPEUTICHE	RAPPORTO SULLA POPOLAZIONE A RISCHIO (15-39 ANNI) (*)
PIEMONTE	9.067	600,95	1.724	114,28
VALLE D'AOSTA	178	408,96	31	71,22
LIGURIA	4.413	810,16	662	121,53
LOMBARDIA	14.159	436,28	4.009	120,47
TRENTINO A.A.	952	273,41	450	129,24
VENETO	6.145	364,75	1.636	97,11
FRIULI V.G.	1.707	411,36	285	68,68
EMILIA ROMAGNA	6022	443,79	3524	259,70
MARCHE	2.029	404,31	834	166,19
TOSCANA	7.341	606,82	1.479	122,26
UMBRIA	1.433	513,80	784	281,10
LAZIO	6.886	350,68	32.245	114,32
CAMPANIA	6.621	287,60	953	41,40
ABRUZZO	1.701	370,68	504	109,83
MOLISE	256	215,54	77	64,83
PUGLIA	8.214	511,13	1.901	118,29
BASILICATA	456	197,04	126	54,44
CALABRIA	1.717	214,96	878	109,92
SICILIA	3.476	179,80	1.073	55,50
SARDEGNA	3.377	503,14	682	101,61

(\*) Rapporto tra tossicodipendenti e popolazione residente (n° tossicodipendenti per ogni 100.000 abitanti)

Fonte: Dati ISTAT al 31/12/1994

**CONSUMATORI E DETENTORI PER USO PERSONALE DI  
SOSTANZE STUPEFACENTI SEGNALATI AI PREFETTI  
EX ART. 75 T.U. 309/90**

I tossicodipendenti segnalati ai Prefetti dalle Forze di Polizia, per detenzione di sostanze stupefacenti per uso personale, risultano 108.176\* nel periodo dall'11/7/1990, data di entrata in vigore della L. 162/90, al 31.12.1995

L'età media degli assuntori è di anni 23,37% mentre la distribuzione per classi di età è la seguente.

classe fino a	14	0,43% dei casi
classe	15 - 17	5,84% dei casi
classe	18 - 20	25,06% dei casi
classe	21 - 22	16,18% dei casi
classe	23 - 25	19,33% dei casi
classe	26 - 28	14,10% dei casi
classe	29 - 30	6,48% dei casi
classe oltre	30	12,58% dei casi

La tabella mostra la maggiore incidenza delle classi di età comprese fra i 18 ed i 30 anni (81,15%), a fronte del 6,27% di segnalati minorenni e del 12,58% in età superiore ai 30 anni. La percentuale non irrilevante di segnalati in età superiore ai 30 anni, pur se piuttosto stabile rispetto allo scorso anno, mette in evidenza il progressivo invecchiamento della popolazione tossicodipendente.

Tale fenomeno è ormai all'attenzione dei responsabili delle strutture pubbliche e private operanti nel settore

\* I dati provvisori, aggiornati alla data del 30/01/1996, sono suscettibili di ulteriori aggiornamenti

Per quanto riguarda la distribuzione per sesso, la prevalenza di uomini (pari al 92,79% rispetto al totale ) conferma il carattere nettamente maschile del fenomeno nel nostro Paese

Interessante dal punto di vista sociologico è l'analisi della condizione professionale. Dai dati disponibili (parziali) emerge la figura del consumatore abituale come un soggetto normalmente integrato nel tessuto-socio-economico.

Il 55,29% di queste persone risulta, infatti occupato stabilmente, il 12,17% sottoccupato, il 22,40% disoccupato, il 3,97% in condizione non professionale (casalinghe, militari, invalidi) e il 2,57% in cerca di prima occupazione, solo il 3,60% sono studenti

Delle 124.567 segnalazioni effettuate, il 76,66% si riferisce a persone segnalate una sola volta. Relativamente al tipo di sostanza, 66.654 segnalazioni (pari al 53,51%) riguardano sostanze leggere, 57.913 (pari al 46,49) sostanze pesanti.

In questi ultimi due anni di applicazione della legge, la percentuale di segnalazioni per consumo di sostanze pesanti sembra essere diminuita, mentre quella per consumo di sostanze leggere aumentata

E' necessario, però, che questa inversione di tendenza venga ulteriormente confermata nel futuro

La regione con il più alto numero di soggetti segnalati è la Lombardia con 15.442 casi, pari al 14,27%, seguita dal Lazio con 15.023, pari al 13,89%, dalla Toscana con 10.512, pari al 9,72% e dall'Emilia Romagna con 8.723 pari all'8,06.

Le regioni con il minor numero di persone segnalate sono il Molise con 325 casi e la Valle d'Aosta con 420.

Rispetto al passato non si evidenziano particolari novità riguardo alle regioni maggiormente colpite, così come a quelle in cui il fenomeno è meno presente.

Relativamente all'attività dei Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze, risultano svolti 99.457 colloqui davanti al Prefetto, a seguito dei quali 40.520 soggetti, sono stati invitati a non fare più uso di sostanze stupefacenti (ammonizione).

Il numero complessivo dei colloqui sembra registrare un leggero aumento, se paragonato a quello segnalato lo scorso anno

Rilevante è la percentuale di soggetti che hanno richiesto di essere avviati ai servizi per il trattamento terapeutico (33.198 pari al 33,38%). Questo dato appare ancor più significativo se si considera che di questi soggetti 13.180 (pari al 39,70%) hanno terminato il programma terapeutico.

Le sanzioni amministrative finora adottate dai Prefetti sono state 26.688 di cui 17.314 (pari al 64,88%) a seguito di colloquio presso il Nucleo Operativo Tossicodipendenze della Prefettura e 9.374 (pari al 35,12%) per mancata presentazione al colloquio stesso

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

DATI RELATIVI AI SEGNALATI AI SENSI DELL'ART.75 T.U. N.309 - 9 OTTOBRE 1990  
11/07/1990 - 31/12/1995

REGIONI	1 - PERSONE SEGNALATE LA PRIMA VOLTA								
	MASCHI		FEMMINE		TOTALE				
	SEGNA- LATI	DI CUI MINORI (1)	SEGNA- LATI	DI CUI MINORI (1)	SEGNA- LATI	DI CUI MINORI (1)	CON 1 SEGN.	CON + SEGN. (2)	
PIEMONTE	7.677	387	785	39	8.462	426	7.270	1.192	
VALLE D'AOSTA	372	15	48		420	15	398	22	
LOMBARDIA	14.324	829	1.118	67	15.442	896	13.722	1.720	
TREN. A. ADIGE	1.600	56	209	7	1.809	63	1.835	174	
VENETO	4.589	238	413	17	5.002	255	4.541	461	
FRIULI V GIULIA	1.200	50	141	8	1.341	58	1.206	135	
LIGURIA	6.603	306	742	33	7.345	339	6.079	1.266	
EMILIA ROMAGNA	7.883	429	840	37	8.723	466	7.634	1.089	
TOSCANA	9.466	521	1.046	49	10.512	570	8.917	1.595	
UMBRIA	1.377	66	101	4	1.478	70	1.332	146	
MARCHE	3.036	190	275	21	3.311	211	2.945	366	
LAZIO	14.154	877	869	42	15.023	919	13.482	1.541	
ABRUZZO	1.987	117	131	8	2.118	125	1.883	235	
MOLISE	314	24	11	1	325	25	286	39	
CAMPANIA	7.561	634	207	13	7.768	647	7.157	611	
PUGLIA	4.666	349	231	9	4.897	358	4.409	488	
BASILICATA	634	74	21	1	655	75	571	84	
CALABRIA	2.081	231	70	4	2.151	235	2.030	121	
SICILIA	8.170	846	406	32	8.576	878	7.496	1.080	
SARDEGNA	2.679	145	139	9	2.818	154	2.502	316	
TOTALE ITALIA	100.373	6.384	7.803	401	108.176	6.785	95.495	12.681	

(1) RISULTANTI ALLA DATA DEL FATTO (1° SEGNALAZIONE).

(2) PERSONE SEGNALATE ALTRE VOLTE - OLTRE LA 1° - NEL PERIODO DI RIFERIMENTO.  
FINO AL 5/6/93 ERA PREVISTO UN LIMITE MASSIMO DI 3 SEGNALAZIONI (REFERENDUM D.P.R. N. 171/93).

DATI PROVVISORI E SUSCETTIBILI DI ULTERIORI AGGIORNAMENTI

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

PERSONE SEGNALATE LA PRIMA VOLTA AI SENSI DELL'ART. 75 T.U. N. 309 - 9 OTTOBRE 1990  
 DATI RELATIVI AL SESSO ED ALLE CLASSI DI ETÀ (11/07/1990 - 31/12/1995)

REGIONE	TOTALE MASCHI E FEMMINE SEGNALATI LA PRIMA VOLTA										TOTALE
	FINO A 14	15 - 17	18 - 20	21 - 22	23 - 25	26 - 28	29 - 30	OLTRE 30			
PIEMONTE	32	394	2.095	1.290	1.750	1.224	593	1.084			8.462
VALLE D'AOSTA	2	13	86	68	92	66	30	63			420
LOMBARDIA	73	823	3.488	2.386	3.045	2.362	1.074	2.191			15.442
TREN. A. ADIGE	3	60	374	322	377	281	115	277			1.809
VENETO	23	232	1.181	784	984	793	359	646			5.002
FRIULI V. GIULIA	6	52	433	181	198	190	106	175			1.341
LIGURIA	21	318	1.537	1.100	1.404	1.158	559	1.248			7.345
EMILIA ROMAGNA	24	442	2.173	1.335	1.695	1.263	629	1.162			8.723
TOSCANA	33	537	2.408	1.721	2.079	1.557	796	1.381			10.512
UMBRIA	10	60	417	290	289	169	81	162			1.478
MARCHE	17	194	1.057	596	582	372	171	322			3.311
LAZIO	67	852	4.013	2.404	2.759	1.917	886	2.125			15.023
ABRUZZO	14	111	537	350	448	300	104	254			2.118
MOLISE	2	23	95	65	60	37	18	25			325
CAMPANIA	33	614	2.058	1.368	1.506	1.043	447	699			7.768
PUGLIA	29	329	1.235	857	1.005	696	300	446			4.897
BASILICATA	6	69	196	121	130	60	25	48			655
CALABRIA	18	217	576	353	400	270	120	197			2.151
SICILIA	40	838	2.505	1.423	1.536	1.069	420	745			8.576
SARDEGNA	10	144	641	493	568	428	181	353			2.818
TOTALE GENERALE	463	6.322	27.105	17.507	20.907	15.255	7.014	13.603			108.176

DATI PROVVISORI E SUSCETTIBILI DI ULTERIORI AGGIORNAMENTI

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

PERSONE SEGNALATE LA PRIMA VOLTA AI SENSI DELL'ART. 75 T.U. N. 309 - 9 OTTOBRE 1990  
DATI RELATIVI AL SESSO ED ALLE CLASSI DI ETÀ (11/07/1990 - 31/12/1995)

REGIONE	M A S C H I										S E G N A L A T I			L A			P R I M A			V O L T A			
	FINO A 14	15 - 17	18 - 20	21 - 22	23 - 25	26 - 28	29 - 30	OLTRE 30	TOTALE														
PIEMONTE	28	359	1.940	1.183	1.576	1.108	514	969	7.677														
VALLE D'AOSTA	2	13	79	61	80	57	28	52	372														
LOMBARDIA	68	761	3.250	2.224	2.819	2.186	1.010	2.006	14.324														
TREN. A. ADIGE	2	54	344	277	338	244	100	241	1.600														
VENETO	20	218	1.105	717	908	714	322	585	4.589														
FRIULI V. GIULIA	6	44	416	162	167	162	89	154	1.200														
LIGURIA	18	288	1.405	987	1.257	1.038	504	1.106	6.603														
EMILIA ROMAGNA	23	406	2.003	1.227	1.503	1.133	564	1.024	7.883														
TOSCANA	28	493	2.193	1.570	1.852	1.378	724	1.228	9.466														
UMBRIA	8	58	396	269	258	156	78	154	1.377														
MARCHE	17	173	990	550	523	335	154	294	3.036														
LAZIO	66	811	3.840	2.284	2.583	1.789	815	1.966	14.154														
ABRUZZO	13	104	511	327	423	277	96	236	1.987														
MOLISE	2	22	91	64	58	35	18	24	314														
CAMPANIA	31	603	2.012	1.341	1.460	1.009	432	673	7.561														
PUGLIA	27	322	1.184	820	954	665	279	415	4.666														
BASILICATA	6	68	187	118	125	58	24	48	634														
CALABRIA	17	214	558	340	386	263	116	187	2.081														
SICILIA	37	809	2.427	1.365	1.456	995	394	687	8.170														
SARDEGNA	10	135	612	478	534	400	172	338	2.679														
TOTALE GENERALE	429	5.955	25.543	16.364	19.260	14.002	6.433	12.387	100.373														

DATI PROVVISORI E SUSCETTIBILI DI ULTERIORI AGGIORNAMENTI

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

PERSONE SEGNALATE LA PRIMA VOLTA AI SENSI DELL'ART. 75 T.U. N. 309 - 9 OTTOBRE 1990  
 DATI RELATIVI AL SESSO ED ALLE CLASSI DI ETÀ (11/07/1990 - 31/12/1995)

REGIONE	FEMMINE SEGNALATE LA PRIMA VOLTA										TOTALE
	FINO A 14	15 - 17	18 - 20	21 - 22	23 - 25	26 - 28	29 - 30	OLTRE 30			
PIEMONTE	4	35	155	107	174	116	79	115			785
VALLE D'AOSTA			7	7	12	9	2	11			48
LOMBARDIA	5	62	238	162	226	176	64	185			1.118
TREN. A. ADIGE	1	6	30	45	39	37	15	36			209
VENETO	3	14	76	67	76	79	37	61			413
FRIULI V. GIULIA		8	17	19	31	28	17	21			141
LIGURIA	3	30	132	113	147	120	55	142			742
EMILIA ROMAGNA	1	36	170	108	192	130	65	138			840
TOSCANA	5	44	215	151	227	179	72	153			1.046
UMBRIA	2	2	21	21	31	13	3	8			101
MARCHE		21	67	46	59	37	17	28			275
LAZIO	1	41	173	120	176	128	71	159			869
ABRUZZO	1	7	26	23	25	23	8	18			131
MOLISE		1	4	1	2	2		1			11
CAMPANIA	2	11	46	27	46	34	15	26			207
PUGLIA	2	7	51	37	51	31	21	31			231
BASILICATA		1	9	3	5	2	1				21
CALABRIA	1	3	18	13	14	7	4	10			70
SICILIA	3	29	78	58	80	74	26	58			406
SARDEGNA		9	29	15	34	28	9	15			139
TOTALE GENERALE	34	367	1.562	1.143	1.647	1.253	581	1.216			7.803

DATI PROVVISORI E SOSPETTIBILI DI ULTERIORI AGGIORNAMENTI.

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

DATI RELATIVI AI SEGNALATI AI SENSI DELL'ART. 75 T.U. N. 309 9 OTTOBRE 1990  
11.07.1990 - 31.12.1995

REGIONI	2 - SEGNALAZIONI				3 - PROVVEDIMENTI											
	SOSTANZE LEGGERE	SOSTANZE PESANTI	TOTALE		CONVOCAZIONI (C. 12)		SENZA COLLOQ.		CON COLLOQ.		SENZA COLLOQ.		CON COLLOQ.		ARCHIV. ATTI (C. 11)	TRASM. ATTI (C. 12) (4)
			TOTALE	FURMALE INVITO C. 2	PROGR. TERAP. (C. 3)	CON COLLOQ.	SENZA COLLOQ.	TOTALE	CON COLLOQ.	SENZA COLLOQ.	TOTALE					
PIEMONTE	4.447	5.544	9.991	7.383	2.891	2.412	580	38	616	1.510	746	2.256	1.132	221		
VALLE D'AOSTA	381	82	443	371	139	57	15		15	160	14	174	25	6		
LOMBARDIA	8.080	9.480	17.560	13.817	4.239	4.220	982	39	1.021	4.376	730	5.106	2.220	520		
TRENTINO A. ADIGE	1.225	798	2.023	1.357	684	402	145	42	187	126	372	498	140	83		
VENETO	2.525	3.074	5.599	5.521	1.646	2.081	612	51	663	1.202	295	1.467	723	250		
FRIULI V. GIULIA	908	610	1.518	1.371	593	449	128	12	140	201	99	300	183	73		
LIGURIA	4.293	4.806	9.099	7.602	2.666	3.360	766	2	768	810	1.562	2.372	1.110	364		
EMILIA ROMAGNA	5.215	4.911	10.126	8.705	3.612	2.860	979	146	1.125	1.234	1.056	2.290	1.209	308		
TOSCANA	6.593	6.321	12.914	11.219	4.217	4.045	1.187	54	1.241	1.770	449	2.219	1.767	322		
UMBRIA	1.033	618	1.651	1.592	649	626	150	1	151	167	53	220	323	32		
MARCHE	2.385	1.391	3.776	3.502	1.611	1.156	385	12	397	350	396	746	626	124		
LAZIO	11.082	5.718	16.800	10.696	5.663	2.114	370	23	393	2.549	314	2.863	701	112		
ABRUZZO	1.485	918	2.413	2.231	1.124	715	136	36	174	254	151	405	234	46		
MOLISE	216	163	379	394	163	156	34	8	42	41	20	61	76	18		
CAMPANIA	4.673	3.779	8.452	6.141	3.143	2.367	311	235	546	320	1.217	1.537	626	75		
PUGLIA	2.202	3.260	5.462	4.540	1.954	1.893	561	56	617	742	837	1.578	501	201		
BASILICATA	483	293	756	828	266	381	74		74	77	39	116	189	35		
CALABRIA	1.648	640	2.288	2.114	1.003	793	109	4	110	212	54	266	517	16		
SICILIA	6.258	3.842	10.100	8.061	4.022	2.320	733	29	762	986	592	1.578	700	330		
SARDEGNA	1.547	1.665	3.212	2.032	835	801	169	35	204	227	408	635	219	48		
TOTALE ITALIA	66.654	57.913	124.567	99.457	40.520	33.198	8.425	821	9.246	17.314	9.374	26.688	13.180	3.166		

(3) NEL TOTALE COLLOQUI SONO INDICATI I CASI DI  
FORMALE INVITO (COMMA 2); RICHIESTA PROGRAMMA TERAPEUTICO (COMMA 9); CONVOCAZIONE (COMMA 12);  
SANZIONE AMMINISTRATIVA (COMMA 1)

(4) FINO AL 5.6.93 - REFERENDUM D.P.R. N. 171/93

DATI PROVVISORI E SUSCETTIBILI DI ULTERIORI AGGIORNAMENTI

## PROBLEMATICHE ORGANIZZATIVE ED OPERATIVE

L'entrata in vigore del D P R 5 giugno 1993, n. 171, con il quale si è data attuazione al referendum del 18 aprile 1993, ha apportato alcune sostanziali modifiche che hanno inciso sulla regolamentazione delle procedure sanzionatorie correlate a fatti illeciti (art. 75 del T.U. 309/90). Per una corretta ed omogenea applicazione della disciplina, così novellata, l'Amministrazione dell'Interno ha provveduto ad impartire ulteriori specifiche direttive sulla scorta degli spunti problematici segnalati dalle Prefetture. E', inoltre, in fase di predisposizione un "massimario" dei pareri resi sui più rilevanti e problematici profili interpretativi, al fine di supportare le Prefetture nell'applicazione della disciplina in argomento.

A tal riguardo vengono di seguito riportate, in sintesi, quelle problematiche ancora irrisolte che riflettono la complessità procedurale dell'art. 75. La loro risoluzione presuppone, in gran parte, un accordo tra più Istituzioni ed Organismi.

Le tematiche rappresentate sono:

- l'abolizione referendaria del concetto di "dose media giornaliera" ha comportato un forte disorientamento tra le Forze dell'Ordine circa la distinzione tra detenzione per uso personale e spaccio (art. 73 e 75). Questo disorientamento non è stato sanato neanche dalle circolari esplicative emanate in merito, causando così un notevole allungamento nei tempi di espletamento del procedimento. Pertanto alcune Prefetture richiedono una maggiore chiarezza nei rapporti tra Autorità Giudiziaria per il vaglio iniziale delle stesse;

- difficoltà procedurali e scarsa significatività nell'applicazione del procedimento amministrativo nei confronti di segnalati stranieri od italiani residenti all'estero. Nella tematica più generale degli stranieri rientra anche il caso del segnalato residente all'estero, che si presenta al colloquio in Italia e richiede il trattamento terapeutico all'estero;

- migliore coordinamento tra la sanzione amministrativa della sospensione della patente ex art. 75 ed il procedimento di revisione, sospensione e revoca della stessa, previsto dagli artt. 128 e ss. C.d.S.;

- direttiva dell'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia Romagna del dicembre 1993, tesa ad ottenere il rimborso delle spese sostenute per l'analisi delle sostanze tossicologiche effettuate presso i presidi pubblici. Nonostante il Ministero della Sanità si sia pronun-

ciato negativamente sulla richiesta specifica di rimborso riguardante le spese sostenute nel II semestre 1993, la direttiva sembra avere ancora validità. Di conseguenza, tutte le province dell'Emilia Romagna dal dicembre 1993 inviano le sostanze per l'analisi esclusivamente presso i Gabinetti ed i Laboratori delle Forze dell'Ordine, con conseguenti ritardi nei tempi di risposta,

- richiesta di indicazioni più precise sull'attendibilità del narco-test, quale analisi, qualitativa e quantitativa delle sostanze stupefacenti sequestrate,

- mancanza in provincia di laboratori attrezzati per le analisi delle sostanze sequestrate,

- difficoltà nell'effettuazione delle analisi divenute corpo di reato a seguito dell'invio alle locali Procure della Repubblica e poi da queste trasmesse al Prefetto di competenza, con conseguenti ripercussioni sui tempi.

In merito al profilo operativo "interno" si sottolinea che non è ancora a regime la strutturazione organizzativa dei Nuclei Operativi delle Prefetture site nelle province di nuova istituzione (Biella, Lecco, Verbania, Rimini, Prato, Vibo Valentia e Crotone). Per ovviare alle urgenze connesse con l'avvio dei predetti uffici, in alcuni casi, si è provveduto, in via eccezionale, all'invio in missione di una unità appartenente al profilo professionale delle assistenti sociali. Tale soluzione è chiaramente del tutto provvisoria e non esauriente del problema sollevato. E' stato altresì rilevato un certo squilibrio tra il contingente di personale - in particolare di assistenti sociali - assegnato in talune Prefetture ed i relativi carichi di lavoro, incrementati considerevolmente dalle cennate innovazioni referendarie e che hanno ampliato l'area di competenza della Prefettura sia da ricomprendere parte di quelle già di spettanza degli Organi Giudiziari.

In tale ottica è al vaglio della competente Direzione Generale del Ministero dell'Interno l'opportunità di bandire un nuovo concorso per l'assunzione di assistenti sociali da utilizzare per le aumentate esigenze nel campo dei problemi sociali. Nel contempo, in considerazione dell'elevato impegno richiesto, in termini qualitativi e quantitativi, alla figura professionale degli assistenti sociali, si è provveduto ad una continua attività di aggiornamento degli stessi, a cura della Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno.

Infine, sul versante operativo "esterno" è da segnalare il rilevante contributo offerto dai Comitati Provinciali per l'Ordine e la Sicurezza Pubblica e dei Comitati Provinciali

della Pubblica Amministrazione nel formulare soluzioni alle varie problematiche nascenti dall'intersecarsi delle competenze in materia "Antidroga" a livello provinciale, dei vari soggetti istituzionali coinvolti Magistratura, Forze di Polizia, Servizi Sanitari, Strutture per la prevenzione ed il recupero ed i volontari (cd. Privato Sociale)

## INIZIATIVE DI CONTRASTO ALLE TOSSICODIPENDENZE ADOTTATE A LIVELLO PROVINCIALE

Dall'analisi del complesso delle iniziative intraprese nel corso del 1995, emerge in modo evidente il tenace generale impegno, profuso in ambito sia pubblico che privato, dell'azione di contrasto al fenomeno delle tossicodipendenze, sia a livello centrale che periferico, nei settori:

- a) **informativo-preventivo,**
- b) **repressivo,**
- c) **di recupero e reinserimento socio-lavorativo.**

Dai rapporti periodici sull'andamento del fenomeno, inviati all'"Osservatorio" dalle Prefetture, un rilevante spazio ha continuato ad essere attribuito alla fase informativo-preventiva sulla base della consapevole necessità di promuovere, diffondere e far penetrare in primo luogo, nel tessuto sociale una reale cultura antidroga che, oltre a fornire informazioni, cerchi di colmare l'assenza di modelli educativi validi, e la "crisi di valori" in atto nella nostra società. L'esigenza di una maggiore conoscenza del territorio, delle strutture in esso operanti, delle effettive richieste dell'utenza, di una garanzia di continuità e coordinamento negli interventi realizzati, hanno conferito, sin dall'inizio dell'applicazione della normativa antidroga, un ruolo centrale al **Comitato Provinciale per l'Ordine e la Sicurezza Pubblica (C P O S P)**, quale momento di sintesi delle varie realtà istituzionali e sociali operanti in Provincia (Enti locali, UU.SS.LL., Forze dell'ordine, Provveditorati agli studi, Caserme, Associazioni di Volontariato, ecc.).

Sul versante della **prevenzione**, è proseguita l'importante opera dei **Provveditorati agli Studi** i quali, d'intesa con i Consigli di Istituto, hanno promosso corsi di sensibilizzazione per docenti, genitori e studenti di tutti i livelli scolastici, l'attivazione di nuovi Centri di Informazione e Consulenza (C.I.C); la realizzazione di conferenze, corsi di educazione alla salute e progetti (sono proseguite le fasi Anno 1995, dei "Progetto Adolescenza", "Progetto Arcobaleno", "Progetto Giovani", "Progetto Ragazzi 2000", con i finanziamenti del Fondo Nazionale di Intervento per la lotta alla Droga della Presidenza del Consiglio dei Ministri)

Sul versante del **recupero**, fondamentale è stata la funzione svolta dai Ser.T (Servizi per le Tossicodipendenze), che costituiscono il "punto di passaggio obbligato" e di riferimento per i tossicodipendenti segnalati al Prefetto, e per il Nucleo Operativo per le Tossicodipendenze (N O T ) delle Prefetture, in base agli artt. 75 e 121 del T.U. citato. L'attività dei Ser.T è comprensiva di molteplici interventi che vanno dalla mera somministrazione di farmaci sostitutivi alla effettuazione di colloqui psico-sociali, individuali e di gruppo. Inoltre essi collaborano con gli Enti locali per realizzare forme di reinserimento lavorativo e con le Associazioni di volontariato, per interventi di natura assistenziale. I Ser.T, in collaborazione con Enti locali e Provveditorati hanno organizzato corsi di formazione ed aggiornamento per operatori sulle tematiche della tossicodipendenza, AIDS, alcool e patologie correlate. Tuttavia, in alcune Regioni, la mancata istituzione dei Ser.T programmati, la persistente carenza di personale nell'organico (ad es. a Vercelli, Chieti, Potenza, Taranto e Agrigento) nonostante le reiterate richieste, l'inadeguatezza dei locali ed altre insufficienze qualitative e strutturali, non consentendo il funzionamento continuativo dei Servizi, anche nelle ore pomeridiane e nei giorni festivi non consentono - a tutt'oggi - il pieno svolgimento di programmi terapeutici personalizzati, fornendo, così, interventi troppo standardizzati.

Alcune Province, inoltre, continuano a lamentare la carenza di strutture intermedie alternative, per il recupero delle tossicodipendenze, di centri diurni ed altre iniziative alternative alle Comunità Terapeutiche (Rieti).

Le attività di **repressione e vigilanza** svolte dalle **Forze dell'ordine** (Polizia, Carabinieri e Guardia di Finanza), soprattutto nelle zone considerate a maggior "rischio" (come discoteche, zone periferiche, valichi doganali, località turistiche, in prossimità di scuole, giardini e stazioni ferroviarie), hanno condotto, nel periodo in questione, all'arresto di molti spacciatori ed al sequestro di grossi quantitativi di stupefacenti, anche grazie all'ausilio di nuove tecniche investigative. In alcune Province (p. es. Modena, La Spezia, Aosta) è stato rilevato che il mercato dello spaccio risulta essere monopolio quasi esclusivo degli extracomunitari (per lo più nord-africani).

Nelle **Case circondariali** sono proseguiti gli interventi a supporto psicologico dei detenuti tossicodipendenti, grazie ad équipes di medici specialisti.

Per i **militari di leva**, sono stati realizzati incontri periodici a scopo informativo, in una logica di ampia prevenzione, e sono proseguiti gli screenings per l'individuazione di personalità "a rischio" e/o con problemi di disadattamento.

Nel settore del **Volontariato**, si segnala la costituzione di numerosi **Centri di ascolto** a sostegno dei tossicodipendenti e delle loro famiglie e, di **Gruppi di auto-aiuto** e **Gruppi ad hoc** per l'assistenza ai detenuti in carcere.

A livello locale, allo scopo di sensibilizzare la popolazione, sono state realizzate **trasmissioni televisive, radiofoniche e rassegne artigianali** di manufatti realizzati da tossicodipendenti in cura presso Comunità terapeutiche, con finalità autogestionali.

Nel settore del **recupero sociale**, sono stati attivati laboratori artigianali (ad es. rilegatura, serigrafia, ecc.), teatrali, culturali, musicali, artistici; "Sportelli informa-giovani" istituiti "Numeri verde"; costituite Cooperative di ex-tossicodipendenti (ad es. per la manutenzione del verde pubblico); conferite borse di lavoro e formazione.

E' proseguito il servizio di **assistenza domiciliare a tossicodipendenti affetti da AIDS**, attivato lo scorso anno in Lombardia, Trentino A. A. ed Emilia Romagna.

Le "**Unità di Strada**" - attivate in alcune Regioni (ad es. Emilia Romagna) - hanno proseguito la loro importante opera di offerta di forme di aiuto alternative o complementari ai classici trattamenti residenziali, quali: programmi integrati "ad personam", materiale informativo, siringhe monouso, materiale per la disinfezione di siringhe usate, profilattici, ecc. nelle zone più "a rischio" delle aree urbane, a quei tossicodipendenti che non si rivolgono alle Strutture

Le **Unità mobili di rianimazione** e di **Pronto intervento**, hanno continuato la loro indispensabile attività di riduzione del danno e contenimento della mortalità per overdose a generale tutela della salute. Tuttavia da parte di tutti gli operatori del settore, viene ancora sentita l'esigenza di una maggiore programmazione delle iniziative, di un miglior coordinamento tra le Amministrazioni Centrali e gli Enti locali e di un maggior dialogo tra gli operatori pubblici e privati, al fine di superare quegli ostacoli che rischiano di attenuare o addirittura vanificare la tempestività e l'efficacia dei loro interventi.

## STRATEGIE, OBIETTIVI E INDIRIZZI IN MATERIA DI TOSSICODIPENDENZA

L' "Osservatorio permanente sul fenomeno droga", nel corso del 1995, ha proseguito l'attività di rilevazione secondo il proprio compito istituzionale.

Il livello di copertura delle rilevazioni effettuate nel 1995 si è attestato sul 95% circa. È stato, inoltre, avviato il nuovo piano informativo che dovrebbe permettere di coordinare le rilevazioni dell' Osservatorio con quelle effettuate dal Ministero della Sanità. Si intende, infatti superare questa duplicazione della indagine relativa agli utenti che si rivolgono ai servizi pubblici e privati.

L' "Osservatorio" si sta muovendo in questa direzione anche per quanto riguarda i vari flussi informativi che, ai sensi dell' art. 1 del citato T.U., pervengono dalle varie Amministrazioni.

Nel 1996 sarà, infatti, avviata la prima fase attuativa del progetto di razionalizzazione dei flussi informativi delle Amministrazioni pubbliche produttrici di informazioni sulla materia.

Il nuovo sistema permetterà di delineare un quadro conoscitivo del fenomeno, chiaro ed omogeneo in tutte le sue componenti.

La stessa complessità del fenomeno mostra la necessità di una strategia globale, occorre operare insieme per una maggiore conoscenza delle rispettive situazioni e potenzialità e per affinare una maggiore progettualità.

In tal modo il contributo italiano all' "Osservatorio" Europeo potrà essere fattivo in quanto frutto della "rete" attraverso cui si estrinsecano gli interventi pubblici (Ministeri, Regioni, Comuni, Unità Sanitarie Locali, etc ) e del privato sociale.

La Direzione Generale dei Servizi Civili ha organizzato, per il 1996 l'attivazione di gruppi di studio che trattino in particolare il fenomeno delle tossicodipendenze al fine di garantire un contatto diretto con le Prefetture e gli enti che operano sul territorio.

In tale contesto ci si avvarrà, oltre che dei funzionari e degli assistenti sociali coordinatori che operano presso i Nuclei Operativi per le tossicodipendenze delle Prefetture, anche di istituzioni esterne, quali Università ed istituti di ricerca, nonché di singoli esperti nel settore

L'attività dei predetti gruppi di studio è diretta a conoscere ed analizzare i dati rilevati sul territorio, al fine di valutare in modo capillare il fenomeno delle tossicodipendenze ed evidenziarne la differenza di approccio e della conseguente gestione nelle varie province d'Italia

Nel corso del 1996 si svolgeranno, presso la Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno, le ulteriori sei edizioni del corso di aggiornamento professionale per i componenti del citato Nucleo operativo per le tossicodipendenze in servizio presso ciascuna prefettura, organizzato dalla Direzione Generale dei Servizi Civili e svolto dalla Fondazione LABOS

Il Dipartimento della Pubblica Sicurezza provvede alla attività di prevenzione e repressione della diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope in Italia.

Particolare attenzione viene posta, in questo settore, alla formazione del personale, sia di livello iniziale che già immesso in ruoli operativi appartenenti alle Forze di Polizia (Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri e Guardia di Finanza) con partecipazione aperta ad unità dell'Amministrazione Doganale.

Sono proseguiti, nel corso del 1995, i corsi interforze di formazione per gli operatori delle Forze di Polizia che si trovano a dover agire con persone con problemi di tossicodipendenza

Per completare questa attività di intervento mirato del personale di Polizia, nel 1995 sono stati avviati corsi specifici dedicati ai funzionari delle tre Forze di Polizia; inoltre sono state istituite apposite sezioni, specifiche per le problematiche relative alla droga, nelle varie Scuole di formazione

Nell'ottica di stimolo e promozione dell'attività di prevenzione sono stati presi accordi affinché nell'ambito dei Comitati Tecnici Provinciali, istituiti dai Provveditorati agli

Studi per la realizzazione delle iniziative in materia (art. 105 del T.U. 309/90), siano sempre presenti anche rappresentanti di Pubblica Sicurezza

La Direzione Centrale per i Servizi Antidroga ha, inoltre, proseguito la sua attività di collaborazione con strutture ed organismi pubblici e privati, impegnati nei vari aspetti al problema della diffusione della tossicodipendenza

La D.C.S.A. svolge, innanzitutto, un'attività di coordinamento dell'azione di contrasto condotta dalle Forze di polizia

Quest'ultima si sviluppa, naturalmente, su più piani di intervento e non si esaurisce certo nella sola attività repressiva, **ponendo in essere un'intensa, diuturna presenza in ogni settore della società**. Si ricordano, a titolo di esempio, i servizi preventivi presso gli Istituti scolastici, i controlli dei Nuclei Antisofisticazioni e Sanità, la vigilanza dei luoghi deputati allo smercio. L'azione di contrasto allo spaccio costituisce, infatti, solo il momento più visibile, per l'opinione pubblica, di predisposizioni assai più complesse

Tra tutte l'intensa attività volta a recidere i più grossi canali di importazione clandestina delle sostanze stupefacenti. L'aggressione alla criminalità organizzata, coordinata dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, è infatti concentrata sui grandi flussi di stupefacenti e sui loro correlati guadagni, allo scopo di recidere i canali di alimentazione del mercato clandestino e colpire chi lo alimenta alla fonte

Per adempiere questo compito la D.C.S.A. si avvale di una rete internazionale di "esperti antidroga" - costituita da propri funzionari ed ufficiali appartenenti alle tre Forze di polizia - che consente di attivare un flusso informativo dai maggiori Paesi produttori o di transito di sostanze stupefacenti

Il patrimonio informativo nasce e si sviluppa grazie alla collaborazione internazionale degli organi di polizia ed è quindi messo a disposizione dei Reparti che espletano attività operativa nel territorio nazionale

Infatti, l'aggressione alla criminalità organizzata che opera nel settore non può esaurirsi nel solo contesto locale o nazionale. I macro-flussi del traffico internazionale di sostanze stupefacenti si decidono attraverso strategie globali, pianificate ed attuate dai più grossi "cartelli" che operano al di fuori dei nostri confini

Appare evidente che l'attività di contrasto deve adeguarsi a questa logica di strategie globali se vuole competere e colpire i vertici delle organizzazioni criminali ove sono prese le decisioni che avranno poi effetti determinanti sui mercati clandestini e sui macroflussi di sostanze illecite

In quest'ottica si auspica di potenziare ed infittire la rete degli "esperti" e degli ufficiali di collegamenti all'estero, così da supportare l'attività investigativa svolta dalle Forze di polizia attraverso un flusso ininterrotto ed il più aggiornato possibile di elementi informativi, acquisiti alla fonte stessa del traffico clandestino

Nel prossimo futuro il D.C.S.A., sulla base di un'analisi approfondita della produzione e del traffico di droga nel mondo, potrà *pianificare* strategie di intervento coordinato tra Forze di polizia, *operare* anche nel settore della *prevenzione*, attuando forme di collaborazione, sempre più incisive ed avanzate, con strutture pubbliche e private che si occupano del problema sotto le varie implicazioni, *contribuire* infine, sul fronte della collaborazione internazionale, a rafforzare quella risposta globale che una minaccia globale necessariamente richiede

Per il 1996, in concomitanza con il semestre di **Presidenza italiana della Comunità Europea**, si intende proseguire secondo gli impegni assunti in ambito internazionale nei confronti della lotta contro la diffusione della droga.

In particolare si intende dar seguito a quanto stabilito nel Consiglio Europeo di Madrid (15-16 dicembre 1995) durante il quale il Gruppo di Esperti Droga ha rappresentato l'urgenza dell'attuazione delle misure previste attraverso azioni operative e coordinate in seno all'Unione Europea.

Nel Consiglio è stato, inoltre, sottolineata l'esigenza che, secondo il principio della selezione delle priorità, nel settore della lotta alla droga, è giudicata di primario interesse la cooperazione e all'interno dell'Unione Europea e tra questa e i Paesi dell'America latina.

La Presidenza italiana, in conformità con queste indicazioni, ha stilato un piano d'azione che è all'esame dei Gruppi tecnici.

Tra le molte iniziative da prendere in considerazione il comune denominatore è rappresentato dalla necessità di razionale, sistematica e coordinata gestione delle informazioni nel settore

A questo scopo sono stati avviati i necessari approfondimenti sulle procedure volte a rendere più veloci gli scambi di informazioni

Nel corso del semestre saranno avviati anche gli approfondimenti su importanti questioni afferenti alla utilizzazione di appropriati strumenti di indagine nel contrasto al fenomeno droga

Particolare attenzione sarà rivolta alla costituzione dell'**Ufficio Europeo di Polizia-Europol**, che ha il compito di favorire lo scambio di informazioni in relazione al traffico di droga e alle organizzazioni criminali.

La Presidenza, conscia dell'importanza di tale iniziativa di cooperazione, intende effettuare ogni sforzo per un rapido ed organico sviluppo dei settori applicativi della convenzione

Dal punto di vista istituzionale è stata evidenziata l'opportunità di seguire costantemente le procedure di ratifica sviluppate nei vari Stati Membri, allo scopo di evidenziare eventuali ostacoli che possano influire sull'entrata in vigore della convenzione

Ci si sta, inoltre, adoperando per dare ampio impulso alle attività demandate all'Unità Droga Europol, e per rendere omogeneo e graduale il passaggio da questa al futuro Ufficio Europeo di Polizia

In tale contesto assume grande rilevanza la messa a punto della struttura tecnica di Europol, con particolare riferimento all'architettura del Sistema Informatico di quest'ultimo.

In attesa che Europol possa definitivamente entrare in funzione - necessità sottolineata in più occasioni - occorre contribuire, collateralmente, a rendere più costruttivo il cammino dell'Unità Europea Antidroga.



*Direzione Generale per i Servizi Civili*



## DIREZIONE GENERALE PER I SERVIZI CIVILI

Nel corso del 1995 è proseguita la fattiva collaborazione con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Affari Sociali

In primo luogo, avendo, come è noto, il predetto Dipartimento competenza ad erogare contributi a valere sul "Fondo nazionale di intervento per la lotta alla Droga" di cui all'art. 127 del D P R 9 ottobre 1990 n. 309, sono state date le opportune indicazioni alle Prefetture sulla gestione dei progetti finanziati con i fondi in questione

In secondo luogo, sotto il profilo giuridico, la Direzione Generale ha cooperato al fine della predisposizione di alcune norme contenute nel D L. 18 novembre 1995, n. 487, concernente disposizioni urgenti per l'attuazione del testo unico sulle tossicodipendenze, già più volte reiterato

Da ultimo, nel corso dell'anno 1995 si sono svolte, presso la Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno, quattro edizioni del corso di aggiornamento professionale per i componenti del "Nucleo Operativo per le tossicodipendenze" in servizio presso ciascuna prefettura, svolto dalla Fondazione LABOS ed organizzato dalla Direzione Generale



*Direzione Centrale per i Servizi Antidroga*



## ATTIVITÀ DI CONTRASTO

**RECORDS OPERATIVI CONSEGUITI, NEL BIENNIO '94 - '95, DALLE FORZE DI POLIZIA NEL SETTORE DELLA REPRESSIONE DEL TRAFFICO E DELLE ATTIVITÀ DI VENDITA ILLECITI DI SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE**

### ASPETTI GENERALI

Benché il dato complessivo sia da considerarsi ancora *non consolidato* (le elaborazioni sono del 20 gennaio 1996 e, successivamente a tale data, continuano a pervenire messaggi relativi al 1995) è comunque possibile tracciare sin d'ora un bilancio delle *attività di contrasto* poste in essere dalle Forze di polizia in **Italia** nel corso del **1995**.

L'esame degli elementi informativi segnalati alla **D.C.S.A.** e da questa teletrattati è così sintetizzabile (per facilitare l'analisi del fenomeno, i dati sono comparati con quelli relativi al 1994):

#### a sequestri di

- (1) **eroina**: il *segno negativo* è quantificabile in un -18,32%, con kg 939,453 contro i 1.150,156 del '94. Si tratta comunque del quarto *picco* del decennio;
- (2) **cocaina**: percentualmente il *decremento* è del 60,93% corrispondente comunque a ben 2.592,686 kg contro i 6.635,633 del '94;
- (3) **cannabis** e suoi derivati: i *decrementi* riguardano l'**hashish** (-17,74% con kg 14.921,550 a fronte dei 18.140,220 del '94), l'**hashish liquido** (-86,50%, con 1,308 kg. contro i 9,690 dell'annualità oggetto della comparazione), il numero delle **piante** (-41,82% con ben 411.419 esemplari eradicati contro i 707.206 del '94) La *flessione* è relativa anche alla **marijuana** (-39,48%) presente con 472,847 kg. (erano stati kg. 781,349 nel '94) Nel complesso si tratta del quinto *picco* dell'ultimo decennio,
- (4) **prodotti stimolanti ed eccitanti**: gli *incrementi* sono generalizzati, +117,70% è l'*aumento* registrato relativamente ai sequestri di **M.D.M.A.** (ecstasy), di cui vi è segnalazione per 159.689 dosi/pasticche/comprese *Flettono*, invece, quelli relativi all'**M.D.E.A.** (-99,03%) L'**M.D.A.** ora è del tutto assente,
- (5) **allucinogeni** l'**L.S.D. 25** (della formula **49** non si hanno per il momento riscontri in **Italia**) fa registrare un *incremento* del 24,68%

(nr. 35.499 dosi contro 28.473), mentre per il **Khat**, proveniente dai Paesi del Corno d'Africa, spesso mediante triangolazioni con il Nord-Europa, si registra un *decremento* del 78,46%;

(6) **altri tipi**: il *decremento* è significativo sia in termini di peso (-73,25%, con kg 6,795) che numerici (-61,47%, con 20.996 tra dosi, compresse, fiale, pasticche, etc.).

A fattor comune va sottolineato che i volumi delle intercettazioni e dei sequestri non comprendono i micro-quantitativi alla base dei procedimenti amministrativi davanti al Prefetto ex artt. 75 e 121 T.U. 309/90, a loro volta quantificabili in circa 100 kg. omnicomprensivi per anno;

La grafica seguente riporta gli andamenti dei sequestri di **eroina**, **cocaina**, **cannabis** ed **M.D.M.A.** (figure 1, 2 e 3).

In particolare, nella serie temporale decennale, il *picco* relativo è individuabile per

- a. l'**eroina**, nel 1991 (kg 1.555);
- b. la **cocaina**, nel 1994 (kg 6.635,633);
- c. la **cannabis**, nel 1992 (kg. 23.232);
- d. l'**M.D.M.A.** nel 1995 (nr. 159.689).

#### ANDAMENTO DEI SEQUESTRI DI EROINA E COCAINA IN ITALIA

Periodo 1986 - 1995  
(in kg)

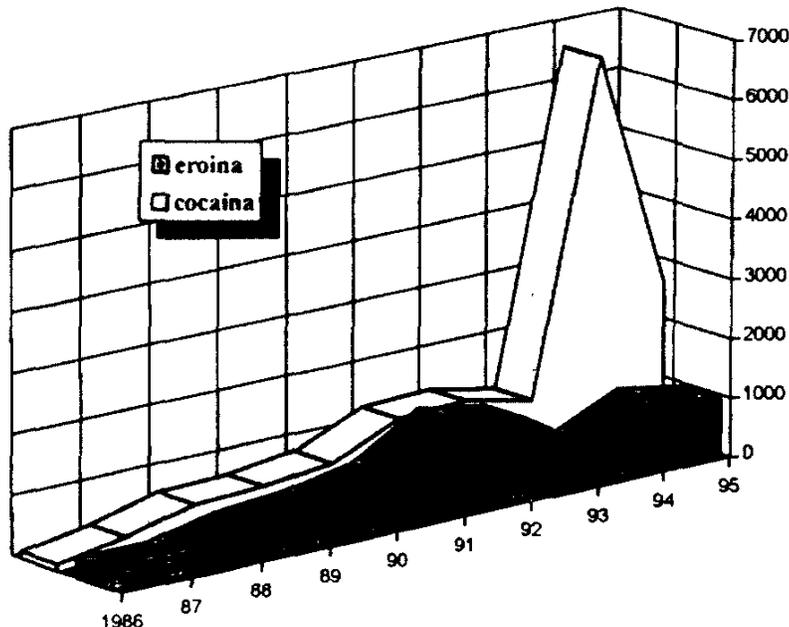


Fig 1

ANDAMENTO DEI SEQUESTRI DI CANNABIS IN ITALIA  
 Periodo 1986 - 1995  
 (in kg.)

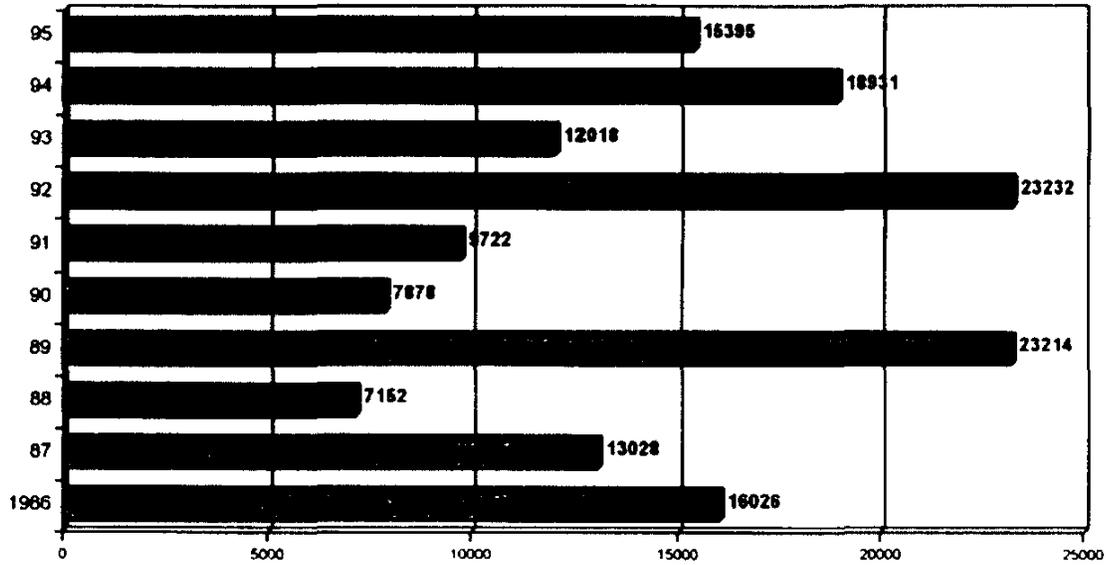


Fig. 2

ANDAMENTO DEI SEQUESTRI DI M.D.M.A. IN ITALIA  
 Periodo 1987 - 1995  
 (in nr.)

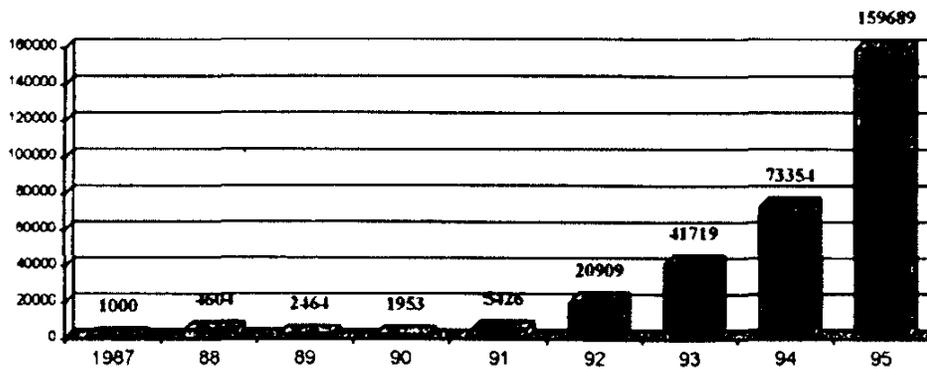


Fig. 3

Per quanto riguarda i principali sequestri, la situazione rilevata nel corso dell'anno di riferimento è riportata nelle tabelle di figura 4-5-6 e 7.

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

<b>SEQUESTRI RILEVANTI DI EROINA ANNO 1995</b>
--

Data Operazione	Quantità sequestrate (in kg.)	Località del sequestro	Nazione di produzione e/o provenienza	NOTE	Totale persone implicate	
					Italiani	Stranieri
14.10.95	67,800	Trieste	Turchia			1
26.04.95	50,000	Cinisello Balsamo (MI)	Turchia		3	3
17.07.95	41,500	Milano	Turchia		3	2
13.05.95	33,000	Milano		(A)	1	1
04.05.95	27,000	Brescia	Turchia	(A)	1	2
13.07.95	27,000	Roma	Turchia		rinvimento	rinvimento
26.03.95	25,390	Ancona	Turchia		rinvimento	rinvimento
22.11.95	25,000	Milano	Turchia			1
18.03.95	24,000	Collegno (TO)	Turchia		1	
01.08.95	24,000	Milano				3
06.12.95	24,000	Lodi	Turchia		3	2
06.11.95	23,800	S. Martino B. A. (VR)				2
28.10.95	20,860	Venezia	Turchia			1
08.03.95	19,073	Roma	Pakistan		rinvimento	rinvimento
05.02.95	18,000	Milano	Turchia		3	2
16.11.95	16,208	Cologno Monzese (MI)	Slovenia		7	2

(A) Operazioni collegate

Fig. 4

<b>SEQUESTRI RILEVANTI DI COCAINA ANNO 1995</b>
---

Data Operazione	Quantità sequestrate (in kg.)	Località del sequestro	Nazione di produzione e/o provenienza	NOTE	Totale persone implicate	
					Italiani	Stranieri
15.09.95	845,000	Firenze	Colombia	(A)	8	6
08.08.95	733,482	Napoli	Venezuela		3	
09.11.95	120,000	Genova	R. Dominicana		rinviment o	rinvimento
27.01.95	55,000	Nettuno (RM)			3	3
11.03.95	53,000	Montagna in Valt. (SO)	Colombia	(A)	1	1
09.07.95	26,000	Roma	Colombia		rinviment o	rinvimento
02.08.95	21,000	Arenzano (GE)	Colombia		1	
15.07.95	20,059	Civitella D'A. (VT)			2	
24.03.95	20,000	Verdellino (BG)			2	
23.07.95	16,400	Roma	Colombia		rinviment o	rinvimento
09.06.95	16,384	Roma	Brasile		4	1

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

16 02 95	13,200	Roma	Colombia		rinvieniment o	rinvenimento
16 10 95	13,000	Roma	Colombia		rinvieniment o	rinvenimento
13 08 95	12,850	Milano				2
25 04 95	11,061	Milano		(A)		3
11 01 95	10,000	Bareggio (MI)			6	

(A) Operazioni collegate

Fig. 5

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

**SEQUESTRI RILEVANTI DI HASHISH  
ANNO 1995**

Data Operazione	Quantità sequestrate (in kg.)	Località del sequestro	Nazione di produzione e/o provenienza	NOTE	Totale persone implicate	
					Italiani	Stranieri
27.08.95	4.710,000	Cagliari			4	
03.11.95	1.500,000	Civitavecchia (RM)	Marocco		6	
30.10.95	1.283,594	Imperia	Marocco		2	
12.03.95	880,000	Claviere (TO)	Spagna	(A)	2	
20.12.95	650,000	Roma			2	
13.09.95	570,000	Ventimiglia (IM)	Spagna			2
15.09.95	400,000	Genova	Marocco		1	
15.05.95	362,500	Latina			2	
24.03.95	350,000	Rondissone (TO)		(A)	2	
08.07.95	325,000	Ventimiglia (IM)	Spagna			2
06.02.95	301,000	Roma	Marocco	(A)	1	
17.03.95	294,130	Napoli	Marocco		2	
30.04.95	259,500	Comaredo (MI)			4	4
15.05.95	250,950	Bedizzole (BS)			4	1
03.03.95	210,000	Trieste	Pakistan			1
18.02.95	200,000	Albenga (SV)	Spagna		5	

(A) Operazioni collegate

Fig. 6

**SEQUESTRI RILEVANTI DI M.D.M.A.  
ANNO 1995**

Data Operazione	Quantità sequestrate (in nr.)	Località del sequestro	Nazione di produzione e/o provenienza	NOTE	Totale persone implicate	
					Italiani	Stranieri
08.06.95	22.263	Milano			4	1
13.06.95	20.000	Genova			2	
23.01.95	11.448	Firenze	Olanda		2	
21.10.95	10.000	Napoli			1	
05.02.95	8.000	Aosta			1	1
09.12.95	8.000	Venezia			1	
08.08.95	6.780	Lecco			rinveneriment o	rinvenerimento
27.10.95	4.750	Como	Olanda		1	
07.12.95	3.500	S. Donà di Piave (VE)	Olanda		2	
17.11.95	3.100	S. Pietro Viminario (PD)	Olanda		1	
06.06.95	3.000	Civitavecchia (RM)	Olanda		3	

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI · DOCUMENTI

					rinvii	rinvii
30 06 95	3.000	Roma			0	
20 12 95	3.000	Roma			4	
10 05 95	2.466	Como	Olanda		1	
06 07 95	2.064	Scorzè (VE)			5	

(A) Operazioni collegate

Fig 7

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

La distribuzione mensile del biennio '94 - '95 dei sequestri stessi rispetto alle singole sostanze è compendiate nella grafica di figura 8-9-10 e 11.

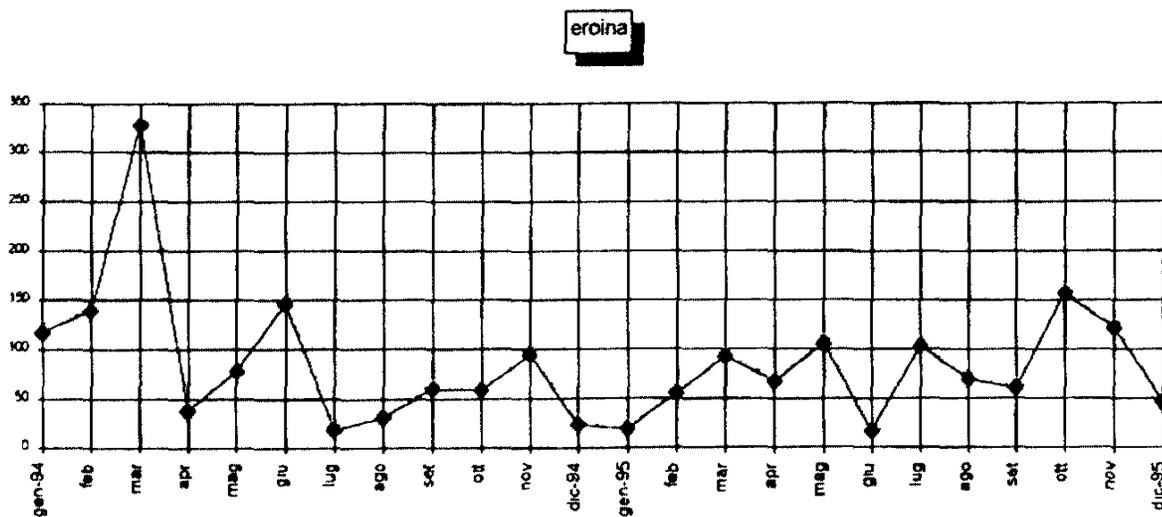


Fig 8

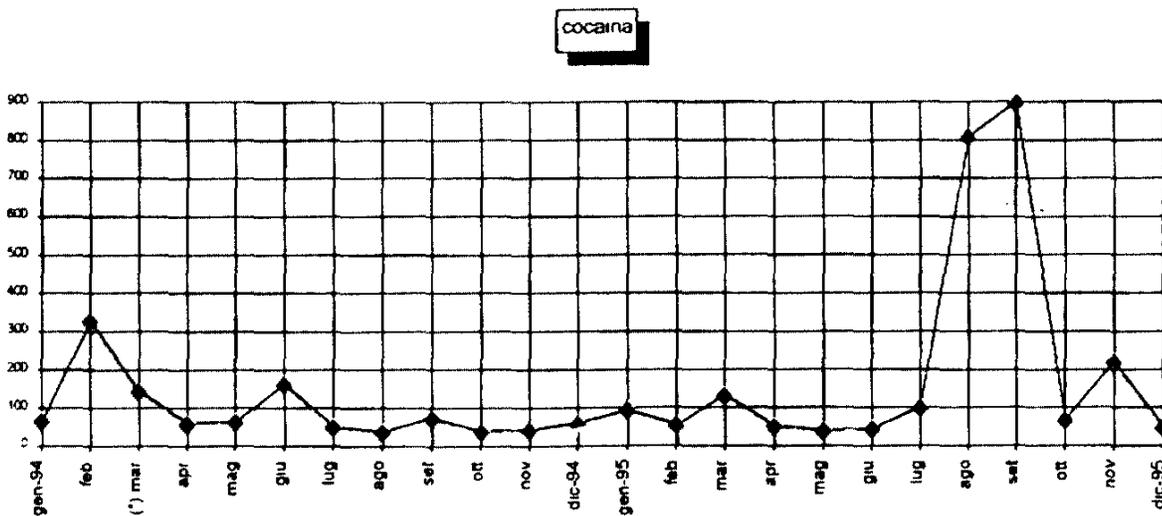


Fig 9

(\*) Non è compreso il sequestro di kg 5 490, avvenuto nel corso di un'unica operazione, in provincia di Torino

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

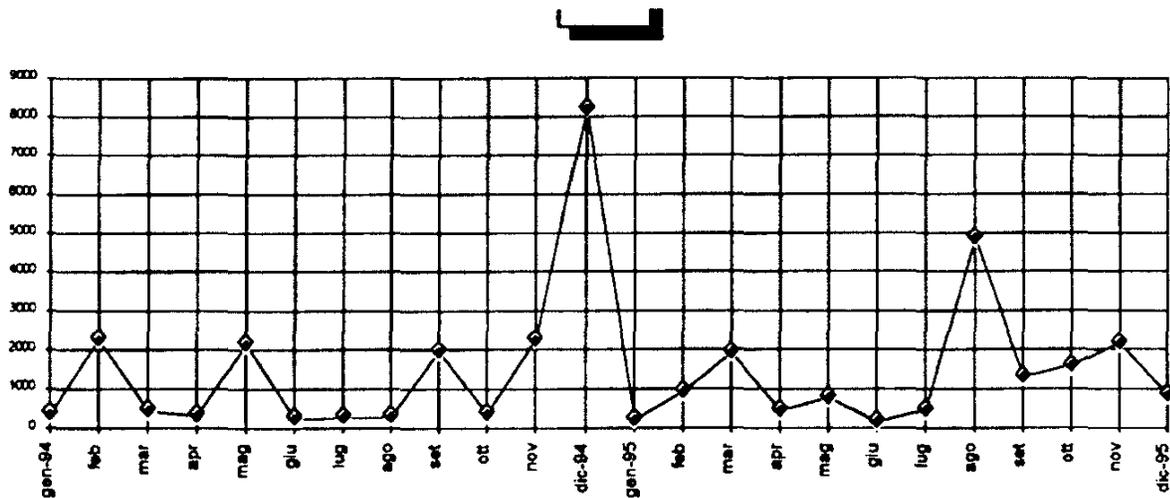
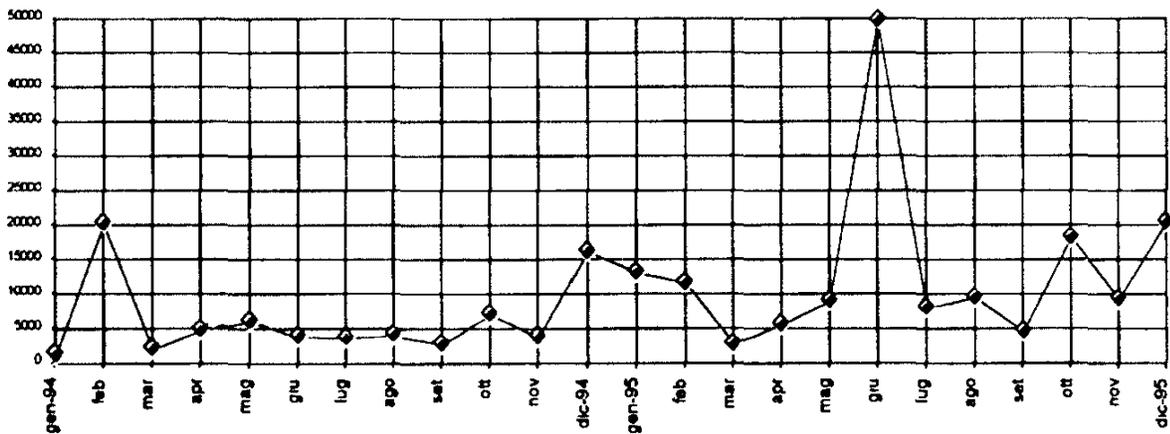


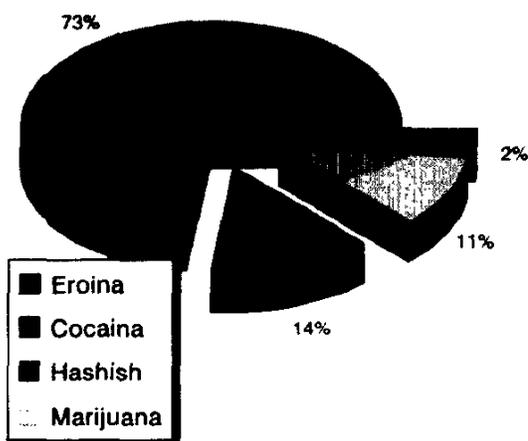
Fig 10

MDMA

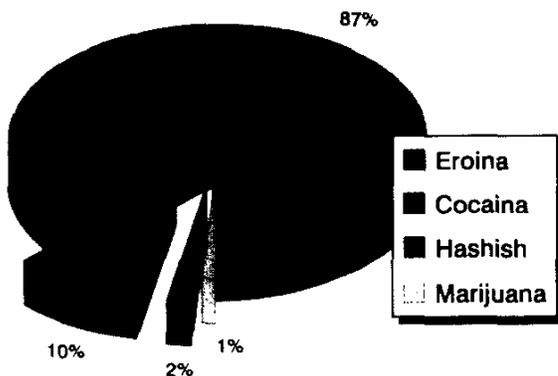


L'ambito interno e di frontiera delle intercettazioni delle sostanze è stato percentualmente ripartito come da ideogrammi in figura 12.

### Frontiera Aerea

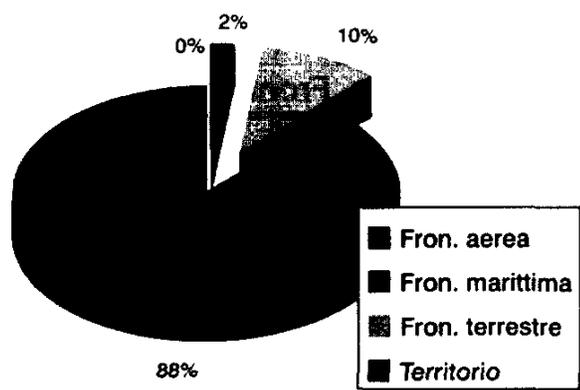


### Frontiera Marittima

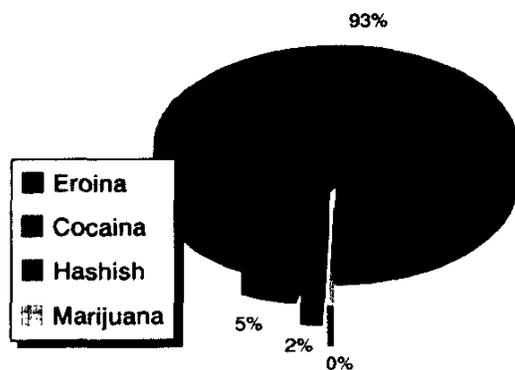


M.D.M.A.

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI E DOCUMENTI



### Frontiera Terrestre



### Territorio

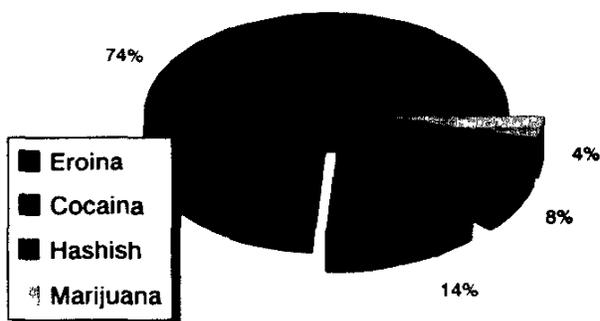


fig. 12

Circa i paesi di provenienza, il dato complessivo è stato disaggregato rispetto alle 5 principali sostanze. La grafica di figura 13, 14, 15, 16 e 17 si riferisce, pertanto, a quei sequestri rispetto ai quali è stato accertato il paese di *produzione*, *procacciamento* e *transito*. Peraltro, tali qualificazioni, almeno rispetto alle nazioni maggiormente rappresentate, spesso si identificano o si sovrappongono

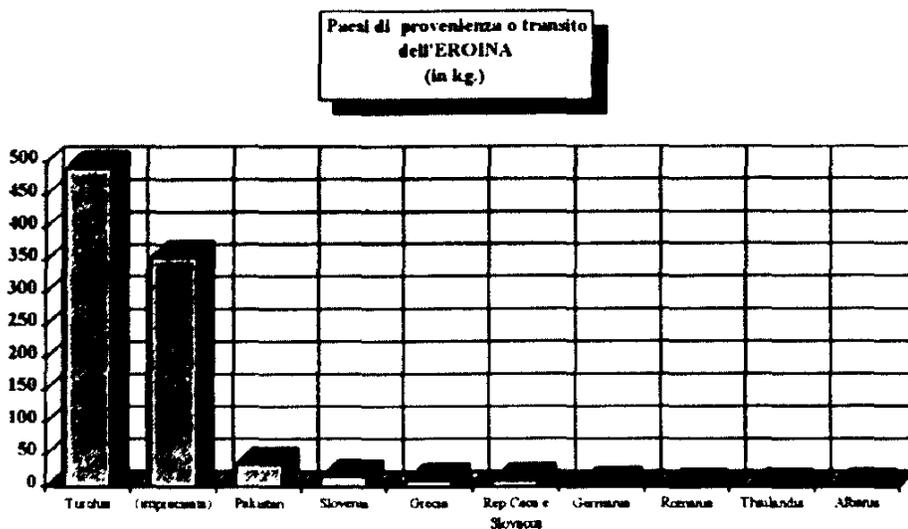


Fig 13

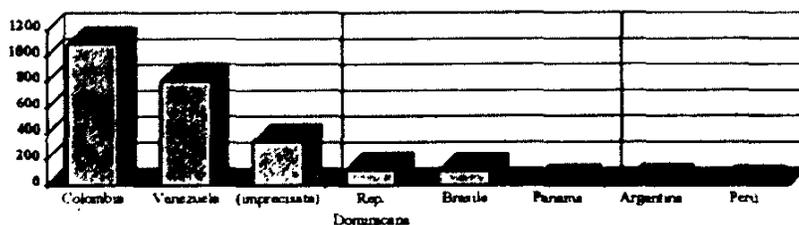


Fig 14

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

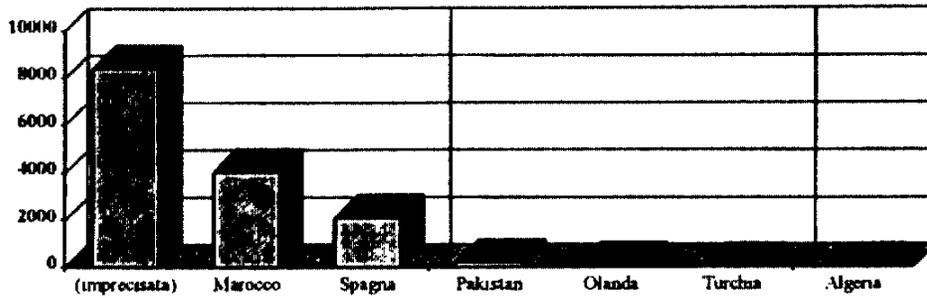


Fig 15

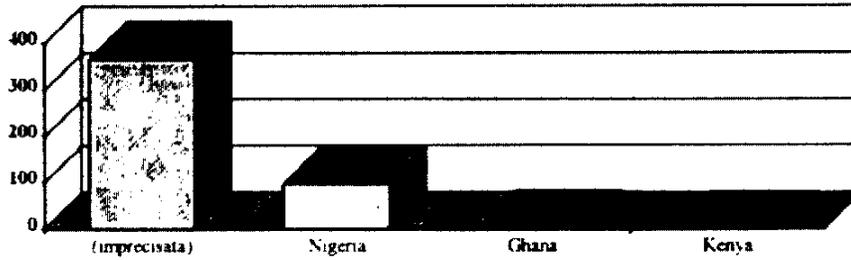
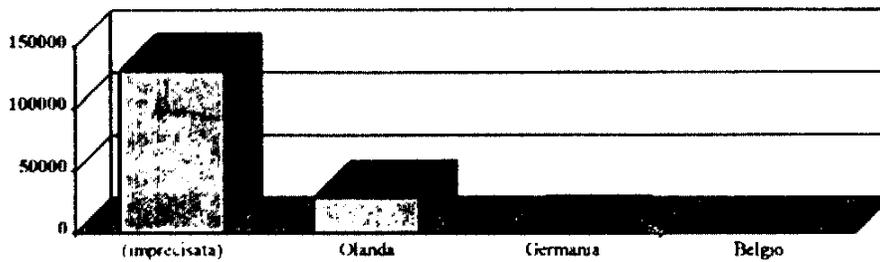


Fig 16



b **operazioni di settore** contro la *produzione*, il *traffico*, le *attività di smercio* e le altre ipotesi delittuose previste dalla normativa vigente il *decremento* è del 6,89%, con 20 215 interventi qualificati contro i 21 712 del '94. Detto valore costituisce il quarto *picco* del decennio e non comprende gli interventi di polizia alla *base dell'innescio* dei procedimenti amministrativi ex artt. 75 e 121 T.U. 309/1990.

Va all'uopo sottolineato l'elevato livello qualitativo di tale complessa ed articolata *azione di contrasto*, rivolta essenzialmente all'individuazione ed allo scompaginamento dei vertici delle organizzazioni criminali dedite al narcotraffico mediante l'utilizzo degli specialissimi strumenti investigativi predisposti dal Legislatore nel 1990 (*consegne controllate, acquisti simulati, ritardo di atti, etc* )

Nell'ambito della *serie temporale decennale* il *record* è individuabile nel 1992 (n° 24 478), epoca che segna la momentanea interruzione del *trend* ascendente iniziato ancor prima del 1985 (Fig. 18)

#### ANDAMENTO DELLE OPERAZIONI ANTIDROGA IN ITALIA Periodo 1986 - 1995 (in n°)

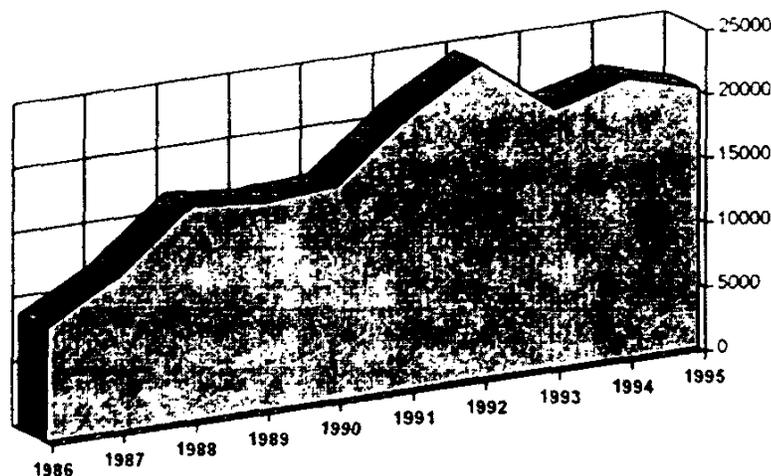


Fig. 18

La tabella di figura 19 si riferisce alla distribuzione regionale comparata dell'andamento delle operazioni di settore.

**N° operazioni antidroga  
Situazione regionale comparata**

Regione	1995	+ % -	1994
Abruzzo	384	-15,41	454
Basilicata	130	56,62	83
Calabria	516	-2,82	531
Campania	1.809	-17,51	2.193
Emilia Romagna	1.494	-4,16	1.559
Friuli V.G.	413	16,99	353
Lazio	2.517	17,63	3.056
Liguria	987	-12,65	1.130
Lombardia	3.625	2,19	3.547
Marche	463	5,22	440
Molise	61	24,49	49
Piemonte	2.191	-14,74	2.570
Puglia	1.016	1,29	1.003
Sardegna	484	15,23	420
Sicilia	994	-11,64	1.125
Toscana	1.187	4,30	1.138
Trentino A.A.	457	5,08	704
Umbria	236	28,26	184
V d'Aosta	49	104,16	24
Veneto	1.202	4,61	1.149
<b>TOTALE</b>	<b>20.215</b>	<b>-6,89</b>	<b>21.712</b>

Fig. 19 -

La qualificazione delle operazioni rispetto alla tipologia delle fattispecie criminose è riportata nella grafica di figura 20.

Operazioni contro	1995	+ % -	1994
<b>Traffico</b>	1.746	-3,90	1.817
<b>Smercio</b>	16.060	-9,63	17.772
<b>Altri reati</b>	92	6,97	86
<b>Rinvenimenti</b>	2.350	13,74	2.066
<b>TOTALE (*)</b>	<b>20.248</b>	<b>-6,86</b>	<b>21.741</b>

(\*) I totali possono non coincidere in quanto nell'ambito di una stessa operazione più persone possono essere indagate per diverse tipologie di reato

Fig 20

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

c. **informative di P.G.:** la *diminuzione* è del 10,25% ed ha riguardato 32.378 soggetti a fronte dei 36.074 del '94. Si tratta del quarto *picco* del decennio. Gli arresti di soggetti adulti sono stati, sempre nel corso del 1995, ben 21.135 (-16,59% rispetto al '94), mentre i **minori** degli anni 18 interessati da provvedimenti restrittivi della libertà personale sono stati 586 (+3,72%) su 1.173 (+18,84%) complessivamente deferiti all'Autorità Giudiziaria.

Corre l'obbligo di precisare al proposito che l'art 73, 1° co. del T.U. 309/1990 contempla ben 22 ipotesi di reato. Non appare pertanto tecnicamente corretto affermare che circa 1/3 della popolazione carceraria italiana è tossicodipendente.

La realtà, infatti, consente di constatare che i *tossicomani conclamati detenuti* sono ristretti per violazioni all'art. 73 (*traffico, smercio, etc.*) e perché ritenuti responsabili della commissione di delitti comuni talora solo correlabili al *fenomeno droga*

Circa la tipologia delle **informative** rispetto allo stato di limitazione della libertà personale la situazione è riportata nella tabella di figura 21.

		1995	% +-	1994
<b>INFORMATIVE DI P.G.</b>		nr		
		32.378	-10,25	36.074
di cui in stato di	{	arresto	nr	21 721
		libertà	nr.	10 314
		irreperibilità	nr	343
			-16,15	25 905
			6,59	9 676
			-30,43	493

Fig 21

Il dato disaggregato in relazione alla fattispecie delittuosa è compendiato nella tabella di figura 22

in stato di:	Traffico			Smercio			Altri reati T.U. 309/90		
	1995	% +-	1994	1995	% +-	1994	1995	% +-	1994
<b>arresto</b>	4 628	-21,90	5 926	17 090	-14,35	19.974	3	-40,00	5
<b>libertà</b>	1 029	43,71	716	9 108	3,29	8.815	177	22,06	145
<b>irreperibilità</b>	231	-39,37	381	112	-	112	-	-	-
<b>Totali</b>	<b>5.888</b>	<b>-16,16</b>	<b>7.023</b>	<b>26.310</b>	<b>-8,96</b>	<b>28.901</b>	<b>180</b>	<b>20,00</b>	<b>150</b>

Fig 22

La ripartizione delle informative tra connazionali e stranieri è riportata nella grafica di figura 23.

Anno	Traffico			Smercio			Altri reati		
	Arresto	Libertà	Irreperibilità	Arresto	Libertà	Irreperibilità	Arresto	Libertà	Irreperibilità
1994	5.926 di cui: I=5.263 S=663	716	381	19.974 di cui: I=13.806 S=6.168	8.815	112	5 di cui: I=5 S=0	145	-
1995	4.628 di cui: I=3.897 S=731	1.029	231	17.090 di cui: I=11.656 S=5.434	9.108	112	3 di cui: I=2 S=1	177	-

I= Italiani S= Stranieri

Fig. 23

Delle 32.378 informative del 1995, nr. 7.432 riguardano gli stranieri, nel 1994 erano state 8.128, per cui il *decremento* è del 8,56%.

Il *trend* della serie temporale decennale delle informative o denunce per fatti di droga aventi rilevanza penale è riportato nella grafica di figura 24.

N° DELLE INFORMATIVE DI P.G. - PER VIOLAZIONI AL T.U. 309/1990 -  
INOLTRE ALL'A.G.

Periodo 1986 - 1995

(in n°)

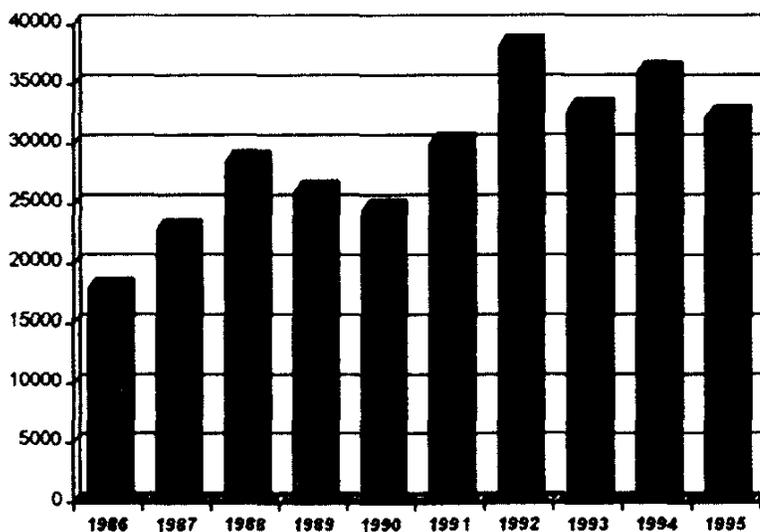


Fig. 24

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

La distribuzione mensile del numero degli arresti nell'ultimo biennio è indicata di seguito (Fig 25)

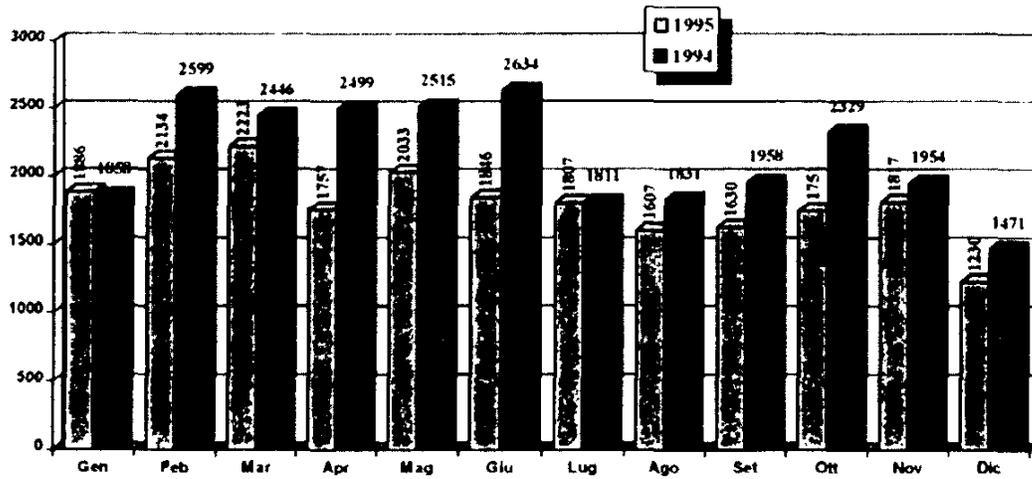


Fig 25

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Circa la *nazionalità* delle persone coinvolte in Italia, la tabella di figura 26 comprende gli elementi riferibili alla serie temporale degli ultimi sette anni, periodo di riferimento significativo per l'analisi dei *flussi* riguardanti essenzialmente i cittadini extracomunitari.

NAZIONALITÀ	Unità	ANNO 1989	ANNO 1990	ANNO 1991	ANNO 1992	ANNO 1993	ANNO 1994	ANNO 1995	TOTALI
Afghanistan	nr.	1							1
Albania	nr			3	10	14	49	93	169
Algeria	nr.	143	148	164	220	462	769	721	2627
Alto Volta	nr			2					2
Angola	nr	3		2		4	6		15
Arabia Saudita	nr.					3	4		7
Argentina	nr.	12	21	18	32	17	29	15	144
Australia	nr.		4	2	3	2	8	8	27
Austria	nr.	20	17	19	26	38	17	19	156
Bahamas (Isole)	nr.		8	1		1			10
Bangladesh	nr			2			2		4
Barbados (Isole)	nr	4	2	5	3	1		1	16
Belgio	nr	7		17	20	23	19	22	108
Benin	nr	1		2	5	3	5	6	22
Birmania	nr						1		1
Bolivia	nr	1	4	4	9	7	4	17	46
Bosnia	nr				1	4	12	15	32
Brasile	nr	26	28	42	52	58	25	40	271
Bulgaria	nr		2		1	2	4	3	12
Burkina Faso	nr				3	3	3	3	12
Burundi	nr					3	2	6	11
Camerun	nr	2	1	3	4	7	13	12	42
Canada	nr	6	2	2	6	3	9	7	35
Capoverde (Isole)	nr				4		5	1	10
ex-Cecoslovacchia	nr			4	11	6	9	9	39
Centro Africa Rep	nr			1		1	1	2	5
Ciad	nr		1	1	1	2	7	2	14
Cile	nr	22	26	24	38	19	5	14	148
Cina Popolare	nr				2	1		1	4
Colombia	nr	107	81	157	125	69	95	116	750
Congo	nr	1					2	1	4
Corea del Nord	nr					1	1		2
Corea del Sud	nr	1							1
Costa d'Avorio	nr	16	13	9	14	27	47	36	162
Costarica	nr	4	3	3	4	4			18
Croazia	nr				3	15	44	17	79
C S I	nr	1	1	1	4	2	4	1	14
Cuba	nr					1		1	2
Danimarca	nr	4	5	4	3	6	10	2	34
Dominica Rep	nr	2				1		1	4
Dominicana Rep	nr	2	2	1	7	12	8	8	40
Ecuador	nr	2		4	11	5	3	5	30

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Eritrea	nr.			1	1				2
Etiopia	nr.	8	4	6	16	24	17	17	92
Filippine	nr.	13	6	4	1	6	1	11	42
Finlandia	nr.	1	3		2	1		1	8

(Segue)

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

NAZIONALITÀ	Unità	ANNO 1989	ANNO 1990	ANNO 1991	ANNO 1992	ANNO 1993	ANNO 1994	ANNO 1995	TOTALI
Francia	nr.	89	141	148	137	95	90	69	769
Gabon	nr.						1	3	4
Gambia	nr.	22	17	30	48	33	109	56	315
Germania	nr.	95	134	142	223	219	288	194	1295
Ghana	nr.	32	42	46	70	50	67	67	374
Giamaica	nr.		2	7	2	5	7	5	28
Giappone	nr.	1	4	3	1				9
Gibuti	nr.		2						2
Giordania	nr.	5	4	9	1	7	9	10	45
Grecia	nr.	10	16	10	27	15	22	13	113
Guatemala	nr.		1		1			2	4
Guinea	nr.		1	1	2	7	15	8	34
Guyana	nr.		4		1		1		6
Honduras	nr.				1	1	2	1	5
Hong Kong	nr.	1		2		1			4
India	nr.	17	17	6	5	7	5	27	84
Iran	nr.	12	6	5	7	13	7	5	55
Iraq	nr.	8	4	3	2	6	8	9	40
Irlanda	nr.	2	3	3	1	3	3	2	17
Israele	nr.	11	7	12	16	29	16	9	100
Jug -Serb. -Mont.	nr.	41	41	91	107	76	91	79	526
Kenya	nr.	5	10	8	7	16	12	19	77
Kuwait	nr.		1	1	1		2		5
Lesotho	nr.		2						2
Lettonia	nr.					1			1
Libano	nr.	46	28	29	92	73	63	61	392
Liberia	nr.			2	2	8	56	65	133
Libia	nr.	4	7	14	12	24	31	15	107
Liechtenstein	nr.					1			1
Lussemburgo	nr.		1		4	1	1		7
Macedonia	nr.						5	11	16
Madagascar	nr.						1		1
Malawi	nr.					2			2
Malaysia	nr.	2	1						3
Mali	nr.		1	1	10	6	6	11	35
Malta	nr.			2	3	1	1	2	9
Marocco	nr.	380	478	1.037	1.293	2.042	3.170	2.768	11.168
Mauritania	nr.	1	1	3	3	2	5	7	22
Mauritius (Isole)	nr.	1	3	5	2	1		3	15
Messico	nr.	1	2		2		4	6	15
Moldavia	nr.							1	1
Mozambico	nr.		1		1	1		1	4
Namibia	nr.		1						1
Nepal	nr.					1			1
Niger	nr.		1	1	12	4	13	3	34
Nigeria	nr.	290	237	121	102	136	139	167	1192
Norvegia	nr.		1		2	1			4
Nuova Guinea	nr.	1		1	1				3

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Nuova Zelanda	nr.				3				3
Olanda	nr.	11	11	16	26	38	26	21	149

(Segue)

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

NAZIONALITÀ	Unità	ANNO 1989	ANNO 1990	ANNO 1991	ANNO 1992	ANNO 1993	ANNO 1994	ANNO 1995	TOTALI
Pakistan	nr.	5	7	9	4	4	11	32	72
Palestina	nr.	20	24	20	43	77	113	99	396
Panama	nr.	1	3	3		3	1		11
Paraguay	nr.			2					2
Perù	nr.	12	25	6	12	8	12	15	90
Polonia	nr.	2	3	8	11	4	21	25	74
Portogallo	nr.	5	7	10	8	11	14	4	59
R A U (Egitto)	nr.	79	72	90	83	85	123	99	631
Regno Unito	nr.	32	54	55	56	51	73	44	365
Rhodesia	nr.	1							1
Romania	nr.		1	1	4	6	19	16	47
Rwanda	nr.						9	14	23
Salvador	nr.	1			1	2		2	6
San Marino	nr.			2	1	1		5	9
Senegal	nr.	87	77	122	104	107	150	166	813
Seychelles (Isole)	nr.		1			1	1		3
Sierra Leone	nr.	2		2	1	1	4	12	22
Singapore	nr.	2	2		1		1	1	7
Siria	nr.	16	9	8	12	11	7	8	71
Slovenia	nr.				3	14	23	43	83
Somalia	nr.	7	5	7	9	30	34	43	135
Spagna	nr.	37	96	107	123	86	62	77	588
Sri Lanka	nr.	24	11	21	12	4	9	7	88
Sud Africa	nr.			3	2	4	13	8	30
Sudan	nr.	8	8	10	18	21	12	14	91
Svezia	nr.		1	3	2	5	2	2	15
Svizzera	nr.	180	99	92	132	113	100	100	816
Tanzania	nr.	24	50	45	50	69	48	28	314
Thailandia	nr.	1		1	1	2	1		6
Togo	nr.	4	2	6	2	5	1	4	24
Trinidad	nr.	1		1	3	1	1		7
Tunisia	nr.	1.391	1.812	1.953	1.794	1.800	1.561	1.409	11.720
Turchia	nr.	39	54	55	75	33	57	25	338
U S A	nr.	32	30	39	42	30	47	41	261
Ucraina	nr.					1	3		4
Uganda	nr.	5	7	3	2	2	5	5	29
Ungheria	nr.	2	2	1	7	1	4	2	19
Uruguay	nr.	11	4	4	10	5	4	9	47
Venezuela	nr.	16	9	17	18	16	17	43	136
Vietnam	nr.			1	2		3		6
Yemen	nr.					3	1		4
Zaire	nr.	8	1	5	2	5	5	4	30
Zanzibar (Isole)	nr.	1						1	2
Zambia	nr.	4	2	1		3	4	2	16
Zimbabwe	nr.				1		1		2
Apolidi	nr.	2	8	1		2	1		14
Ignoti	nr.	79	30	19	18	33	34	69	282
<b>TOTALI GENERALI</b>	<b>nr.</b>	<b>3.639</b>	<b>4.131</b>	<b>5.000</b>	<b>5.541</b>	<b>6.444</b>	<b>8.128</b>	<b>7.432</b>	

**Fig. 26**

**I cittadini provenienti dall'area maghrebina, coinvolti in attività illecite in Italia nel corso del 1995, sono stati dunque 4.898, pari al 65,90% del totale degli stranieri perseguiti per violazioni al T.U. 309/1990.**

Quanto all'attribuzione di specifiche ipotesi delittuose a cittadini stranieri, il dato è stato disaggregato e comparato con l'andamento dell'annualità precedente anche rispetto allo stato di libertà personale (Fig 28).

in stato di	Cittadini stranieri oggetto di informativa di P.G. in relazione ad operazioni contro TRAFFICO			SMERCIO		
	1995 (*)	% + -	1994	1995 (*)	% + -	1994
arresto	731	-10,25	663	5.434	-11,90	6 168
libertà	140	159,25	54	1.026	-10,86	1 151
irreperibilità	67	-11,84	76	32	113,3 3	15
<b>TOTALI</b>	<b>938</b>	<b>18,28</b>	<b>793</b>	<b>6.492</b>	<b>-11,48</b>	<b>7.334</b>

Fig 28

I quantitativi di sostanze sequestrate a cittadini stranieri nell'ambito di operazioni di settore qualificate sono indicati nella tabella di figura 29

TIPO DI SOSTANZA E DI OPERAZIONE	1995	% + -	1994
<b>Eroina (in kg.)</b>			
- traffico	716,871	-16,41	857,616
- smercio	52,667	132,50	22,652
<b>Cocaina (in kg.)</b>			
- traffico	1 555,959	163,00	591,603
- smercio	4,776	61,51	2,957
<b>Cannabis (in kg.)</b>			
- traffico	4 581,736	-5,16	2 615,737
- smercio	111,995	-24,62	148,588
<b>Altri tipi (in kg.)</b>			
- traffico	2,040	-	858,012
- smercio	184,106	-	0,177
<b>Altri tipi (n° compresse dosi e altre confezioni)</b>			
- traffico	27 868	-	8 702
- smercio	12 593	-10,54	14 078

Fig 29

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Il quadro di situazione generale è riportato nella sottostante figura 30.

## DATI NAZIONALI

<b>SETTORI DI RILEVAZIONE</b>		<b>1995 (*)</b>	<b>% + -</b>	<b>1994 (*)</b>
<b>TOTALE SOSTANZE SEQUESTRATE</b>	kg.	19.149,627	-30,96	27.738,652
<b>di cui:</b>				
<b>Eroina</b>	kg.	939,453	-18,32	1.150,156
<b>Cocaina</b>	kg.	2.592,686	-60,93	6.635,633
<b>Cannabis, in totale, di cui:</b>	kg.	15.395,705	-18,67	18.931,259
. hashish	kg.	14.921,550	-17,74	18.140,220
. marijuana	kg.	472,847	-39,48	781,349
. hashish liquido	kg.	1,308	-86,50	9,690
. piante	nr.	411.419	-41,82	707.206
<b>Amfetaminici, di cui:</b>				
amfetamine	kg.	1,098	-67,20	3,348
. M.D.M.A.	nr.	159.689	117,70	73.354
. M.D.E.A.	nr.	180	-99,03	18.465
. M.D.A.	nr.	-	-	-
<b>Allucinogeni:</b>				
. L.S.D.	nr.	35.499	24,68	28.473
. Khat aedulis	kg.	213,890	-78,46	992,851
<b>ALTRI TIPI</b>	kg.	6,795	-73,25	25,405
	nr.	20.996	-61,47	54.498
<b>OPERAZIONI CONTRO LA PRODUZIONE, IL TRAFFICO, LO SMERCIO ED ALTRI REATI</b>	nr.	20.215	-6,89	21.712
<b>PERSONE OGGETTO DI INFORMATIVA DI P.G.</b>	nr.	32.378	-10,25	36.074
<b>in stato di:</b>				
• arresto	nr.	21.721	-16,15	25.905
• libertà	nr.	10.314	6,59	9.676
• irreperibilità	nr.	343	-30,43	493
• minori	nr.	1.173	18,84	987
• minori in stato d'arresto	nr.	586	3,72	565
<b>DECESSI PER NARCOTISMO ACUTO</b>	nr.	1.043	20,29	867

(\*) Dati provvisori o consolidati al 20 gennaio 1996

Fig. 30

## **LE OPERAZIONI SPECIALI: ACQUISTI SIMULATI, CONSEGNE CONTROLLATE E RITARDO DI ATTI.**

Gli aspetti relativi alle operazioni speciali costituiscono una complessa problematica la cui rilevanza è stata internazionalmente riconosciuta con l'art. 11 della Convenzione delle Nazioni Unite contro il traffico illecito di stupefacenti e sostanze psicotrope, firmata a Vienna il 20 dicembre 1988

Nel ratificare tale Convenzione il Parlamento italiano ha dunque introdotto nell'Ordinamento nazionale il regime delle consegne controllate, inquadrandolo nella più ampia cornice delle *nuove norme riguardanti l'attività investigativa di Polizia Giudiziaria*.

La legge sugli stupefacenti numero 162 del 26 giugno 1990 è, infatti, così titolata "Aggiornamento, modifiche ed integrazioni della legge 22 dicembre 1975 n. 685, recante disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza", i cui articoli di interesse specifico sono il 97, 98 e 99 del Decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 9 ottobre 1990, così rispettivamente titolati

- acquisto simulato di droga,
- ritardo o omissione degli atti di cattura, di arresto o di sequestro, tenuta in debita considerazione la collaborazione internazionale,
- perquisizione e cattura di navi ed aeromobili sospetti di attendere al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope

Tale articolato ha comportato ovviamente il superamento di delicatissime questioni giuridiche, di rilevanza costituzionale, tutte fondate, ed interagenti con i principi generali posti alla base del sistema penale e delle garanzie del cittadino

A tanto si soggiungano le oggettive difficoltà connesse all'individuazione ed alla formazione del personale di polizia, cui affidare gli incarichi di *iniziare, condurre, e portare a termine* operazioni del tipo di quelle previste dai citati articoli

È, dunque, un quadro d'insieme eccezionalmente complesso ed articolato che implica

- grandi responsabilità di vertice,
- rigorosa azione di coordinamento, interno ed internazionale,
- la previa autorizzazione dell'Autorità Giudiziaria attraverso l'investitura diretta degli Uffici del Pubblico Ministero

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tuttavia, l'esperienza acquisita in circa cinque anni dimostra come l'acquisto simulato e la consegna controllata in particolare si siano rilevate misure di notevole validità operativa

Le operazioni antidroga condotte utilizzando le indicate, nuove procedure rendono - per loro natura - nettamente più agevole l'individuazione ed il perseguimento dei superiori livelli di responsabilità del traffico illecito.

Il *coordinamento* attuato dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga ha consentito altresì di evitare duplicazioni e sovrapposizioni fra più uffici, comandi ed organi operativi ed intersezioni di filoni di indagine, al fine di scongiurare gravi pregiudizi ad una strategia di particolare delicatezza e soprattutto in vista:

- di salvaguardare l'incolumità del personale;
- di evitare che le stesse operazioni speciali subissero un'involuzione a ragione di possibili momenti inflattivi;
- di assicurare il carattere di eccezionalità di tali strumenti investigativi, scongiurando i pericoli derivanti dalla normalizzazione e dalla routine;
- di una specifica selezione e formazione del personale.

La rilevanza degli interessi finanziari sottesi alla produzione ed al traffico di sostanze stupefacenti, la spiccata pericolosità criminale delle organizzazioni e degli associati dediti a tale attività, la spregiudicatezza di costoro e la connessa loro esigenza di evitare *forme di infiltrazione* da parte di organi inquirenti e/o di gruppi concorrenti, costituiscono, infatti, motivazioni che impongono, nell'ambiente criminale in questione, vigilanza, diffidenza e, non di rado, risoluzioni estreme di carattere *esemplare*, tese alla riaffermazione della potenza, della compattezza e della invulnerabilità del gruppo

Le operazioni speciali (acquisti simulati, consegne controllate e ritardo di atti) hanno avuto - per il biennio - l'andamento riportato nella tabella di figura 31

Operazioni Speciali											
Consegne Controllate sul territorio nazionale			Consegne Controllate dall'Italia verso l'estero			Consegne Controllate dall'estero verso l'Italia			Acquisti Simulati		
1995	%	1994	1995	%	1994	1995	%	1994	1995	%	1994
103	-28,74	144	-	-	1	12	100,00	6	16	-76,47	68

Fig 31

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Le sostanze stupefacenti oggetto di dette operazioni sono schematicamente indicate in Fig. 32, ove vengono anche riportati i quantitativi relativi

Tipo di droga	Consegne Controllate sul territorio nazionale (quantitativi in kg.)		Consegne Controllate dall'Italia verso l'estero (quantitativi in kg.)		Consegne Controllate dall'estero verso l'Italia (quantitativi in kg.)		Acquisti Simulati (quantitativi in kg.)	
	1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994
EROINA	85.957	10.590	-	-	0,853	-	9,123	59.719
COCAINA	148.224	337.562	-	1.850	23.648	34.083	0,355	7,533
CANNABIS	68.860	1.968,514	-	-	-	1.740,000	0,502	125,842

Fig. 32

In Fig. 33 vengono, invece, indicati i totali relativi alle persone coinvolte in dette operazioni con dato disaggregato rispetto ai connazionali ed agli stranieri

Persone implicate nei sequestri di:	Consegne Controllate sul territorio nazionale		Consegne Controllate dall'Italia verso l'estero		Consegne Controllate dall'estero verso l'Italia		Acquisti Simulati	
	1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994
SOSTANZA								
EROINA	I=12 S=26 T=38	I=49 S=8 T=57	I=- S=- T=-	I=- S=- T=-	I=2 S=- T=2	I=- S=- T=-	I=18 S=8 T=26	I=63 S=20 T=83
COCAINA	I=61 S=25 T=86	I=93 S=44 T=137	I=- S=1 T=1	I=- S=- T=-	I=3 S=5 T=8	I=16 S=1 T=17	I=9 S=2 T=11	I=47 S=15 T=62
CANNABIS	I=23 S=8 T=31	I=33 S=17 T=50	I=- S=- T=-	I=- S=- T=-	I=- S=- T=-	I=- S=- T=-	I=2 S=- T=2	I=17 S=6 T=23

I= Italiani S=Stranieri T= Totale

Fig. 33

Consegne controllate dall'estero verso l'Italia Anno 1994

Consegna Controllata		TIPO DROGA	PESO IN KG	PROVENIENZA E/O PROCACCIAMENTO	PAESE DI TRANSITO	PERSONE IMPLICATE (NAZIONALITA)	MODUS OPERANDI
INIZIO	FINE						
16 Febbraio	16 Febbraio	Cocaina	3,060	COLOMBIA	INGHILTERRA	ITALIANI 3	Interno pacco postale
24 Febbraio	24 Febbraio	Cocaina	30,000	ECUADOR	SPAGNA	COLOMBIA 1 ITALIANI 11	In pistoni idraulici motonave

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

4 Maggio	4 Maggio	Cocaina	0,310	GERMANIA	imprecisato	—	Interno oggetti artigianali in pacco postale - aereo
27 Maggio	27 Maggio	Cocaina	0,500	COLOMBIA	imprecisato	ITALIANI 2	Interno finiture borse similpelle
28 Settembre	11 Novembre	Hashish	1.740,000	LIBANO	imprecisato	—	Interno casse scatoloni acqua minerale - motonave
5 Dicembre	6 Dicembre	Cocaina	0,213	COLOMBIA	INGHILTERRA	—	Interno pacco postale - aereo

Fig. 34

Consegne controllate dall'Italia verso l'estero Anno 1994

Consegna Controllata		TIPO DROGA	PESO IN KG.	PAESE RICHIEDENTE	DESTINAZIONE DROGA	PROVENIENZA E/O PROCACCIAMENTO	PERSONE IMPLICATE (NAZIONALITÀ)	MODUS OPERANDI
20 Gennaio	20 Gennaio	Cocaina	1,850	SPAGNA	SPAGNA	ARGENTINA	-	In doppiofondo valigia - aereo

Fig. 35

Consegne controllate dall'estero verso l'Italia Anno 1995

Consegna Controllata		TIPO DROGA	PESO IN KG.	PROVENIENZA E/O PROCACCIAMENTO	PAESE DI TRANSITO	PERSONE IMPLICATE (NAZIONALITÀ)	MODUS OPERANDI
3 aprile	4 aprile	Cocaina	0,664	Uruguay	Germania	Uruguayani 1	Interno quadri
14 aprile		Cocaina	1,000	Colombia	Panama/Inghilterra	-	In pacco cambi per aut
10 maggio		Cocaina	2,650	Argentina	Spagna	Francesi 1	Doppiofondo bottiglia
29 maggio		Cocaina	0,300	Uruguay	Inghilterra	Uruguayani 2	
26 luglio		Cocaina	4,308	Germania		Nigeriani 1	
29 agosto		Cocaina	6,700			Italiani 1	In frigorifero portatile
31 agosto		Froina	0,853	Thailandia	Inghilterra	Italiani 1	In statuetta di legno
27 agosto	28 agosto	Cocaina	2,800	Brasile	Germania	Italiani 2	In pancera indossata
1 settembre		Cocaina	0,200	Ecuador	Germania	Brasiliani 1 Italiani 3	Pacco postale
2 settembre		Cocaina	0,314	Panama	Inghilterra	Italiani 2	Pacco postale
15 novembr		Cocaina	2,080	Inghilterra		Italiani 1 Ignoti 1	Bagaglio
7 luglio	15 dicembre	Cocaina	1,990	Ecuador	U S A /Germania	Italiani 1	Pacco postale

Fig. 35

Nel concludere questo capitolo non può che evidenziarsi l'utilità investigativa delle novità legislative introdotte che, ferme restando le competenze dell'A.G. in ordine all'autorizzazione ed alla direzione dell'indagine, costituiscono indubbiamente degli strumenti formidabili per l'identificazione dei "vertici" del traffico di sostanze stupefacenti, che altrimenti rimarrebbero, con ogni probabilità, impuniti.

## L'ANDAMENTO DEI DECESSI CORRELATI ALL'ABUSO DI DROGHE (INTOSSICAZIONE ACUTA O NARCOTISMO ACUTO)

Il *trend* dei sequestri di **eroina**, che segue verosimilmente quello dei consumi in maniera direttamente proporzionale, è ricalcato simmetricamente da quello dei decessi riconducibili al *narcotismo acuto*.

Non vi è dubbio, quindi, che talora le attività di repressione si connotano anche sotto il profilo della *prevenzione di polizia*: sottraendo, infatti, **eroina** ai *mercati locali* si previene la causa prima degli incidenti letali conseguenti all'uso e/o abuso della sostanza, responsabile di morte diretta nel 98% dei casi accertati

I **decessi** registrati e riscontrati sinora sono stati **1.043** contro gli 867 del 1994 (+20,29%)

Tale valore è suscettibile di variazioni una volta ultimati i riscontri del caso ancora in corso

L'*andamento* desta quindi allarme, specie per quanto avvenuto nel 2° semestre del 1995. Gli accertamenti di laboratorio relativi, tuttora in corso, consentono di poter ricondurre l'impennata dei decessi allo spaccio di dosi con un alta percentuale di principio attivo.

Circa gli incidenti stradali mortali presuntamente correlati all'assunzione di droghe di sintesi va precisato che

- non sono disponibili in Italia dati statistici relativi agli incidenti stradali mortali verosimilmente causati da assunzione di droghe di sintesi,
- la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga rileva solo i decessi di assuntori (uso e/o abuso) di sostanze stupefacenti e psicotrope dovuti a causa diretta (*intossicazione acuta o narcotismo acuto*).

Le cause *indirette, indotte e pregresse* (incidenti sul lavoro e stradali, suicidi, epatiti, endocarditi, AIDS, debilitazione da uso protratto, etc), rientrando nella sfera dei dati epidemiologici ed intersanitari, sono coperte dall'anonimato e non vengono più segnalate dagli esercenti la professione sanitaria

Va comunque precisato che

- il numero complessivo dei decessi di che trattasi è stato valutato intorno al migliaio per ciascuno degli ultimi due anni;

- la *causa mortis* non può, però, essere direttamente riconducibile all'uso e/o abuso di droghe sintetiche (*ecstasy* in particolare), così come dimostrano i pochi elementi informativi deducibili da una modesta quantità di casi verificati attraverso esami autoptici e tossicologici. Infatti, si tratta in genere di una serie di concause (*stress* da inquinamento acustico, ampiamente verificabile nei consueti luoghi di aggregazione giovanile, ingestione di notevoli quantità di alcool associato all'assunzione di sostanze nocive; stanchezza, alterazione di tutto l'apparato sensorio ed in particolare di quello della percezione della realtà circostante, che produce effetti distorsivi; eccessiva velocità; colpi di sonno, condizioni meteo; esibizionismo, etc) con effetti combinati difficilmente separabili e valutabili singolarmente,
- l'allarme sociale suscitato dalle cc dd "*morti del sabato sera*" è spesso determinato dall'amplificazione che simili eventi ricevono dai *mass media* a ragione della giovane età delle vittime e della tragica spettacolarità dei sinistri stessi. D'altra parte, l'assunzione di una dose di stimolante od eccitante non sarebbe da sola sufficiente a motivare scientificamente comportamenti ed atteggiamenti alla base di siffatta violenza, dalle conseguenze tanto luttuose e dai costi sociali elevatissimi.

La Direzione Centrale per i Servizi Antidroga si è, però, fatta carico di condurre un monitoraggio a livello nazionale al fine di delineare lo *screening* del fenomeno. all'uopo è in corso l'attuazione di un progetto finalizzato che implica la collaborazione dei Ministeri della Sanità e dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica, nonché dell'Autorità Giudiziaria

Saranno interessate le Procure della Repubblica presso le Preture Circondariali - sinora restie ad ordinare perizie medico-legali e tossicologiche per evidenti ragioni di costi - e gli Istituti di Medicina Legale, in specie le Sezioni di Tossicologia Forense

Nelle more di poter disporre di dati attendibili, in via di acquisizione almeno per quanto riguarda i soli conducenti di automotomezzi, si sottolinea che il Dipartimento della Pubblica Sicurezza, su disposizioni del Ministro dell'Interno, ha già da tempo emanato direttive finalizzate alla prevenzione, attuata con il mezzo della capillare articolazione delle Forze di polizia sulle principali arterie "*a rischio*" del Paese, la cui presenza funge da deterrente rispetto al superamento dei limiti di velocità ed al consumo di bevande alcoliche e super alcoliche (misurazione del tasso alcolico).

Quanto agli interventi - in emergenza - che le Forze di polizia effettuano annualmente nel corso dell'assolvimento dei compiti istituzionali, a favore di soggetti rinvenuti in stato comatoso o comunque privi di sensi in relazione ad assunzioni di sostanze sovradosate e/o pericolosamente adulterate, i dati disponibili consentono di affermare che, negli ultimi due anni, sono stati sottratti a morte certa almeno 1 000 consumatori di stupefacenti, ai quali, mercé il tempestivo soccorso prestato, è stato possibile praticare il trattamento sanitario con antagonisti in grado di

risolvere positivamente il grave stato di crisi acuta sul punto di divenire irreversibile.

Al fine di avere un *quadro* completo dell'andamento dei decessi, si riporta, in grafica, il *trend* della serie temporale decennale (Fig. 36).

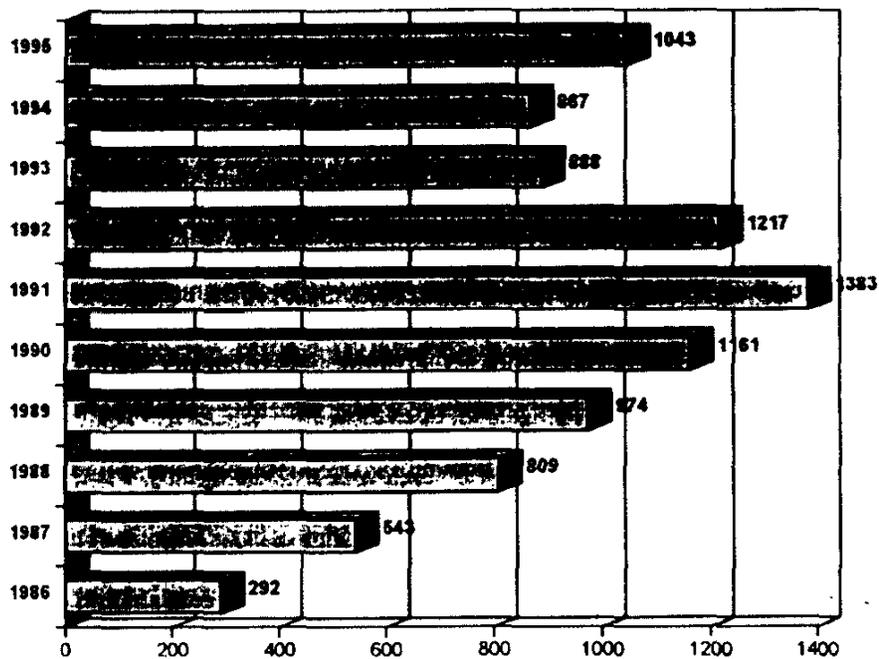


Fig. 36

N° DEI DECESSI CORRELATI ALL'ABUSO DI DROGHE  
Periodo 1986 - 1995  
(in n°)

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

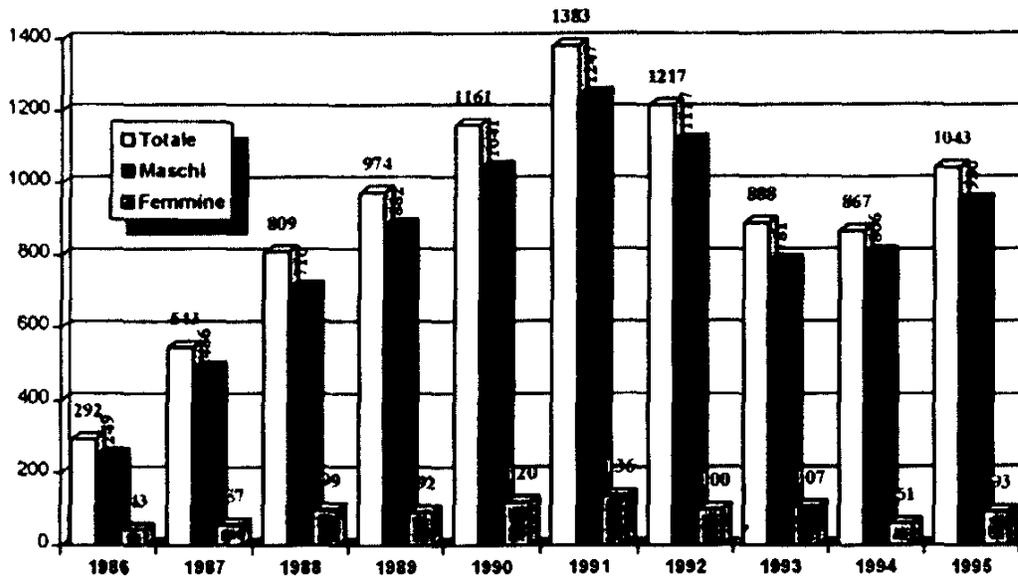


Fig. 37

Decessi di ultratrentenni nel decennio

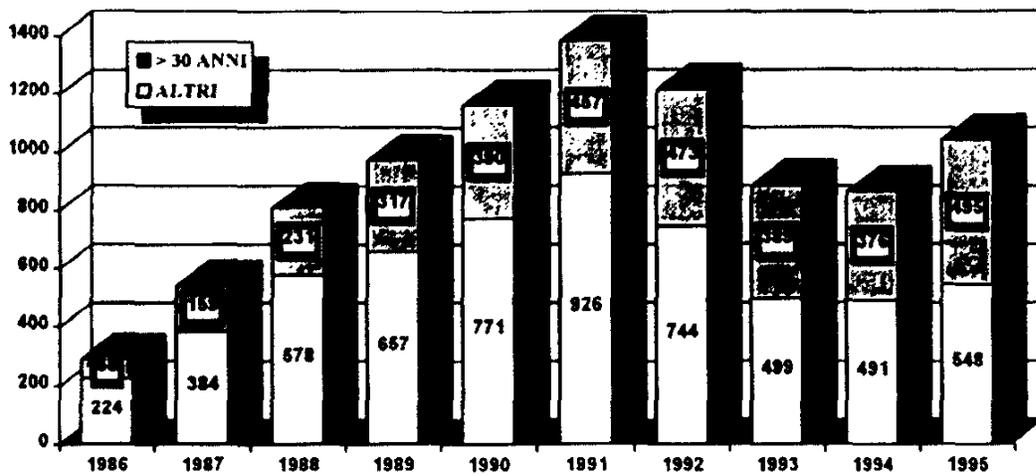


Fig. 38

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

**Condizione professionale dei  
tossicodipendenti deceduti**

	1994	1995
<b>CATEGORIE</b>	<b>Nr.</b>	<b>Nr.</b>
AGRICOLTORI	3	2
ARTIGIANI	3	4
COMMERCianti	4	5
IMPIEGATI	12	5
MARITTIMI	4	3
MILITARI	3	7
OPERAI	105	93
PENSIONATI	1	1
PROFESSIONISTI	2	6
STUDENTI	4	4
DISOCCUPATI	161	139
ALTRE OCCUPAZIONI	9	41
OCCUPAZIONE NON INDICATA	556	733
<b>TOTALE</b>	<b>867</b>	<b>1.043</b>

Fig. 39

**Decessi per abuso di sostanze stupefacenti  
Situazione regionale comparata**

<b>Regione</b>	<b>1995</b>	<b>+ % -</b>	<b>1994</b>
Abruzzo	22	10,00	20
Basilicata	6		6
Calabria	8	60,00	5
Campania	109	6,86	102
Emilia Romagna	88	-17,75	107
Friuli V.G.	15	-43,30	26
Lazio	112	103,63	55
Liguria	102	29,11	79
Lombardia	185	43,41	129
Marche	13	-18,75	16
Molise	3	200,00	1
Piemonte	88	83,33	48
Puglia	42	-27,58	58
Sardegna	16	-46,66	30
Sicilia	34	-10,52	38
Toscana	64	14,28	56
Trentino A.A.	22	57,14	14
Umbria	14	27,27	11
Veneto	92	43,75	64
Eestero	8	300,00	2
<b>TOTALE</b>	<b>1.043</b>	<b>20,29</b>	<b>867</b>

Fig. 40

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Persone decedute Classi di età	1995		1994	
	N°	% sul totale	N°	% sul totale
Minori anni 18	6	0,57	4	0,46
anni 18 - 24	195	18,70	199	22,95
anni 25 - 29	347	33,27	350	40,36
anni 30 - 39	428	41,03	282	32,52
• anni 40	67	6,42	32	3,69
<b>TOTALE</b>	<b>1.043</b>		<b>867</b>	

Fig 41

NAZIONALITÀ PERSONE DECEDUTE IN ITALIA	1995 N°	% sul totale	1994 N°	% sul totale
ALGERIA	1	0,009	2	0,23
AUSTRIA	1	0,009	1	0,11
BELGIO			1	0,11
BOSNIA	1	0,009		
BRASILE	1	0,009		
FRANCIA			1	0,11
GHANA			1	0,11
GIAMAICA			1	0,11
BRASILE			2	0,23
CILE	1	0,009		
CROAZIA	1	0,009		
FINLANDIA				
GERMANIA	1	0,009		
IRAN	1	0,009	1	0,11
INDIA	2	0,19		
SVEZIA			1	0,11
TANZANIA			1	0,11
ITALIA	1004	96,26	844	97,34
EX-JUGOSLAVIA			3	0,34
LIBIA	1	0,009		
MAROCCO	5	0,48	3	0,34
NIGERIA	1	0,009		
EGITTO	1	0,009		
SPAGNA	1	0,009		
TUNISIA	15	1,43	1	0,11
IGNOTA	5	0,48	4	0,46
<b>SESSO</b>				
MASCHI	950	91,08	806	92,96
FEMMINE	93	8,92	61	7,03

Fig 42

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE	PROVINCIA	Fasce di età e sesso										I t a l i a n i	S t r a n i e r i	T O T A L I
		< anni 18		18/24		25/29		30/39		≥ anni 40				
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			
ABRUZZO NR. 22	L'Aquila				1	1		3				5		5
	Chieti					2		1				3		3
	Pescara			2		4		4				10		10
	Teramo			1		2		1				4		4
BASILICATA NR. 6	Matera			2								2		2
	Potenza			1		3						4		4
CALABRIA NR. 8	Catanzaro					1						1		1
	Crotone							1				1		1
	Cosenza			3	1							4		4
	Reggio Calabria					1		1				2		2
CAMPANIA NR. 109	Napoli			22		32	1	20		5		77	3	80
	Avellino			3				1				4		4
	Benevento			1		2		1				4		4
	Caserta			4		5		6				14	1	15
	Salerno			1		2	1	2				6		6
EMILIA ROMAGNA NR. 88	Bologna			1		8		7	1	2		16	3	19
	Ferrara				1			3	1			5		5
	Forlì								1			1		1
	Modena			5	1	8		10	2	2		28		28
	Parma					5	1		1			4	3	7
	Piacenza							3				3		3
	Ravenna			2		4		5				11		11
	Rimini					1		6	1	1		9		9
Reggio Emilia			1	1	2		1				5		5	
FRIULI V.G. NR. 15	Trieste			2		1		4	1	2		10		10
	Gorizia							2				2		2
	Pordenone							1				1		1
	Udine					1		1				2		2
LAZIO NR. 112	Roma			12	4	19	4	39	5	7		81	9	90
	Frosinone					1		2				3		3
	Latina			6		4	2	4				16		16
	Viterbo			1		1	1					3		3
LIGURIA NR. 102	Genova			6	4	21	2	41	2	11	2	86	3	89
	La Spezia					3		2	1			5	1	6
	Savona			2				4				7		7

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

<b>LOMBARDIA NR. 185</b>	Milano	1	15	4	34	1	34	4	4	1	93	5	98
	Bergamo		4		6		5	1			16		16
	Brescia		1	2	7	2	2		1		13	2	15
	Como		3		3		3				9		9
	Cremona		2		1		4				7		7
	Lecco		1		1		1		2		5		5
	Mantova		1		1		3				5		5
	Pavia				4		5				8	1	9
	Sondrio				2						2		2
	Varese		4	2	6		4	1	1	1	19		19
<b>MARCHE NR. 13</b>	Ancona				1				1		2		2
	Ascoli Piceno				4		3				7		7
	Macerata		1								1		1
	Pesaro			1			2				3		3
<b>MOLISE NR. 3</b>	Campobasso				1		2				3		3

(segue)

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE	PROVINCIA	Fasce di età e sesso										I t a l i a n i	S t r a n i e r i	T O T A L I
		< anni 18		18/24		25/29		30/39		≥ anni 40				
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			
PIEMONTE NR. 88	Torino	1		5		19	1	22	4	2		53	1	54
	Alessandria					2		4				6		6
	Asti					1		1				2		2
	Cuneo			3		3		4	1	2		13		13
	Novara					1	1					2		2
	Verbania			1			1	3				5		5
	Vercelli			2	1	1		1		1		6		6
PUGLIA NR. 42	Bari	1		1		3		3		1		8	1	9
	Brindisi			1		1				1		4		4
	Foggia		1	2		2		4				9		9
	Lecce			4		9	1	3				17		17
	Taranto			1		1		1				3		3
SARDEGNA NR. 16	Cagliari			1		1		4				6		6
	Oristano							1				1		1
	Sassari	1				2		5		1		9		9
SICILIA NR. 34	Palermo			3		4	1	9		2		19		19
	Agrigento			1				1				2		2
	Caltanissetta					1							1	1
	Messina					2		1		1		4		4
	Siracusa			1		1		2				4		4
	Trapani			3		1						4		4
TOSCANA NR. 64	Firenze			4		10	2	17				31	2	33
	Arezzo			2		2		2	1	1		8		8
	Grosseto			2				1				3		3
	Livorno					2		5		2		9		9
	Lucca					1		1		1		3		3
	Massa							1				1		1
	Pisa							2				2		2
	Prato							1				1		1
	Pistoia							2				2		2
	Siena					1		1				2		2
TRENTINO NR. 22	Bolzano			1		5	2	2				10		10
	Trento			2		4	1	4	1			11	1	12
UMBRIA NR. 14	Perugia				1	4	1	2		1		9		9
	Terni			1		2		2				5		5
VENETO NR. 92	Venezia				1	3		5				9		9
	Belluno					1		1				2		2
	Padova			10		12		14	1	3		39	1	40
	Rovigo			1				1				2		2
	Treviso		1	1		4	1	4				11		11
	Verona			4		4	1	7	1			17		17
	Vicenza			2		3		5	1			10	1	11

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

ESTERO NR 8	Colombia			1					1		2		2	
	Francia							1			1		1	
	Guatemala								1	1	2		2	
	Perù								1		1		1	
	Spagna				1						1		1	
	Thailandia							1			1		1	
Tot. Nr. 1.043		4	2	170	25	319	28	395	33	62	5	004	39	1043

Fig 43

## LINEE DI TENDENZA

Le ipotesi volte a delineare il futuro orientamento della domanda di sostanze stupefacenti sono formulate sulla base del:

- volume delle sostanze stupefacenti e psicotrope intercettate e sequestrate annualmente;
- numero dei decessi di assuntori direttamente correlabili all'uso illecito ed all'abuso;
- *trend* rispetto ad ogni singola sostanza;
- numero di utenti dei Servizi pubblici e delle istituzioni private, cui è devoluto l'arduo compito di predisporre ed attuare i percorsi terapeutici, socio-riabilitativi e di reinserimento.

È così possibile delineare, per il nostro Paese, le *linee di tendenza* della diffusione di droghe per il 1996, tenendo presenti le seguenti avvertenze:

- a se mediamente - nel corso degli ultimi cinque anni - i quantitativi di **eroina** sequestrati dalle Forze dell'ordine - al momento dell'ingresso nel territorio o a soggetti posti ai vertici del narcotraffico - assommano a circa 1.000 kg., con indice di grado di purezza intorno al 65-75% e tasso di *principio attivo* altrettanto elevato, è verosimile che la quota non sottratta ai *mercati clandestini* sia pari alla quantità intercettata ed abbia, all'origine, le stesse generali caratteristiche organolettiche e qualitative. Tale assunto può essere comprovato dal fatto che la *dose da strada* ( $\pm$  250 mg.) vanta mediamente un valore relativo alla quantità di principio attivo, e quindi di *purezza*, oscillante tra il 4-12%, con punte rarissime sino al 42%, così come riscontrato, in sede autoptica e di analisi tossicologica,
- b per la **cocaina** le stime devono tener conto:
  - (1) del volume sequestrato nel corso del 1994, che è abnorme ed eccezionale (oltre 6,6 t.) Questo, pertanto, non può essere preso a base per una seria analisi;
  - (2) del valore medio quale risultante dell'*andamento* normalizzato e verificato su più annualità consecutive (*trend* rispetto agli ultimi 7 anni = circa 1 000 kg.);
  - (3) delle diverse caratteristiche e degli effetti della droga rispetto ai prodotti oppiacei,

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- (4) delle modalità di assunzione e dell'efficacia finale connessa al risultato prefigurato dal consumatore, talché la dose (1 gr. circa), per essere considerata *accettabile* in relazione agli effetti desiderati, dovrebbe essere costituita da un prodotto il cui grado di purezza sia almeno del 35%

Poiché, all'origine, normalmente, i grossi quantitativi sequestrati rivelano un grado di purezza medio dell'85-90%, può valutarsi intorno ai 1 500/2 000 kg. la quantità di sostanza non intercettata ed immessa verosimilmente sui *mercati interni*.

Si tratta di stime che, benché basate su modelli matematico-statistici, non trovano, al momento, verificabilità certa nella realtà a ragione:

- di una molteplicità di *variabili*,
- delle *fluttuazioni cicliche ed accidentali*,
- del fatto che il *target*, non avendo - a differenza dei consumatori dell'*eroina* - una chiara ed inequivocabile *visibilità sociale*, è da considerarsi ancora quasi del tutto *sommerso*,

- c le sostanze ad effetto stimolante, eccitante ed allucinogeno - il cui consumo risulta in forte espansione in Italia negli ultimi tre anni - sono erroneamente considerate meno pericolose e, pertanto, più facilmente accettate nei luoghi deputati al divertimento collettivo, specie dei più giovani. Autorevoli interventi in campo sanitario hanno invece definito gli effetti deleteri che una prolungata assunzione di tali sostanze provoca sull'organismo umano.

Quello delle **droghe sintetiche** (dette anche "droghe d'autore", "designed drugs", etc ) è - nel particolare comparto - il fenomeno più recente e sta assumendo aspetti di particolare gravità, anche per la sua rapidissima ascesa

Gli orientamenti emergenti, in particolare quelli riferibili agli assuntori di più giovane età, sono dunque consolidati e consentono di affermare che *l'incremento* della domanda verso i prodotti stimolanti, allucinogeni o comunque capaci di esaltare il culto individualistico della personalità, a fronte della tendenza regressiva dei prodotti oppiacei ed ansiolitici, trova purtroppo un'offerta sempre aderente ai bisogni del mercato.

Le nuove tendenze verso i prodotti stimolanti ed allucinogeni, su cui si orientano le aspettative dei neofiti, costituiscono peraltro una delle concause degli incidenti stradali verificatisi nelle prime ore mattutine dei fine-settimana dedicati al ballo in discoteca

L'azione preventiva e repressiva delle Forze dell'ordine, dopo i notevolissimi risultati conseguiti nel 1994 - come appare evidente dal confronto statistico riportato nel quadro di situazione - risulta più

difficile per le caratteristiche proprie del mercato degli stimolanti ed allucinogeni ove, sicuramente, la polverizzazione dello smercio e la facilità di produzione di dette sostanze, rende meno incisivo l'impegno profuso da tante unità di polizia che contrastano, in questi ultimi mesi, la nuova e pernicioso tendenza del mercato clandestino.

- d i derivati della **cannabis** sono ormai da tempo entrati nella sfera delle culture occidentali, talché il loro consumo non suscita più vere e proprie reazioni sociali. Anzi, li si classifica empiricamente come "*sostanze leggere*", di nessuna o poca rilevanza sotto il profilo igienico-sanitario e si sostiene, in alcuni ambienti, che producono di certo meno danni del tabagismo e dell'alcoolismo, tralasciando od ignorando di precisare che l'uso di sostanze come la **marijuana** e l'**hashish** può portare ad una diminuzione delle prestazioni psicofisiche, nell'attenzione, nei tempi di reazione, nella coordinazione motoria, nella percezione. Anche se non provoca dipendenza fisica, l'abuso di canapa può provocare dipendenza psicologica, indotta dal piacere che gli assuntori riferiscono di provare attraverso la sostanza ovvero dal desiderio di aggregazione sociale correlato al "rituale" dell'assunzione collettiva

In tale quadro generale, il consumo della cannabis in Italia ha raggiunto livelli di certo ragguardevoli interessando larghi strati sociali.

Le Forze di polizia, sulla base dell'analisi condotta nell'ambito della serie temporale decennale, hanno sequestrato mediamente 15.000 kg di sostanze per anno. Tale ingente valore deve essere ricondotto in massima parte a poche intercettazioni di carichi consistenti.

La stima di quanta droga riesca a raggiungere i *mercati clandestini* è dunque compito oltremodo arduo ed obiettivamente difficile, anche per le caratteristiche proprie dei vari prodotti, non soggetti a tagli con altre sostanze e con tasso di principio attivo (THC=tetraidrocannabinolo) aggirantesi mediamente tra il 4 ed il 7%

Alla luce di tutto quanto precede si può ipotizzare che, nel 1996, i livelli di diffusione.

- dell'**eroina** si stabilizzeranno ulteriormente, appiattendosi sui valori attuali a causa:

del diversificato approccio generazionale dei consumatori neofiti di droghe,

dell'elevazione dell'età media dei soggetti *a rischio* (ultratrentenni, che costituiscono già ora il 50% circa dei decessi), il cui tasso di letalità è strettamente connesso alla progressiva consunzione organica,

---

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

---

- della **cocaina**, dei **prodotti amfetaminici** e di quelli **allucinogeni** costituiranno la parte più consistente della *domanda* di sostanze stupefacenti, consolidando ulteriormente il trend di questi ultimi anni;
- della **cannabis** si manterranno sulle stime più recenti

## ASPETTI INTERNAZIONALI

La Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, nel corso del 1995, ha fattivamente collaborato e preso parte attiva ai programmi ed alle iniziative internazionali di seguito elencate, ciascuna nell'ambito delle Organizzazioni o Gruppi di Lavoro indicati.

### Nazioni Unite

Nell'ambito del **Programma delle Nazioni Unite per il Controllo delle Droghe (UNDCP)** - istituito nel 1991 - la D.C.S.A. ha partecipato all'annuale sessione ordinaria della **Commissione Stupefacenti** (38° edizione, Vienna 13-23 marzo)

Tale commissione svolge funzioni di assistenza al Consiglio Economico e Sociale nell'opera di sorveglianza della corretta applicazione delle convenzioni internazionali per il controllo delle droghe

Nell'ambito del programma delle Nazioni Unite opera l'**Organo Internazionale di Controllo sugli Stupefacenti**, Gruppo permanente di esperti, che redige il Rapporto annuale sulla situazione mondiale del traffico degli stupefacenti che contiene analisi, suggerimenti e raccomandazioni, sia a livello tecnico che politico.

Sotto l'egida delle Nazioni Unite i Capi degli Uffici Antidroga, appartenenti ad una stessa area geografica, si incontrano annualmente per consultarsi e scambiarsi informazioni di carattere tecnico e operativo

La Direzione Centrale per i Servizi Antidroga partecipa alle riunioni **Honlea** (HEAD OF NATIONAL LAW ENFORCEMENT AGENCY) di tutte quelle aree geografiche ritenute di particolare interesse per il traffico di stupefacenti, per il tramite dei propri esperti antidroga distaccati nei Paesi definiti "a rischio".

In particolare, nel corso del 1995, si sono svolti un incontro a Vienna (29 gennaio / 3 febbraio) e, a settembre, a Giacarta la 20ª Riunione **Honlea** della Regione Asiatica

## **Consiglio di Cooperazione Doganale (C.C.D.)**

Riunisce le Dogane di oltre 100 Paesi. Ha principalmente una funzione di studio e di scambio di esperienze, senza una immediata traduzione in atti, come è per l'Interpol. Le Dogane vengono spesso, anche se non istituzionalmente, a conoscenza dei traffici di droga, ed il loro ausilio è quindi preziosissimo.

Nell'ambito del CCD, uno speciale "Comitato di lotta contro la frode" mette a punto le tecniche doganali di contrasto al contrabbando ed ai traffici di droga, in relazione ai "modus operandi" accertati.

## **Unione Europea**

Prima del Trattato di Maastricht l'argomento "droga" non era compreso tra le competenze comunitarie, ai sensi dei Trattati di Roma, ma le conseguenze di ordine sanitario e talune esigenze di coordinamento politico generale avevano reso necessaria la formazione di alcuni Gruppi consultivi del Consiglio.

In particolare è stata individuata una competenza comunitaria nell'art.12 della Convenzione di Vienna (1988), che disciplina la materia dei precursori e delle sostanze chimiche essenziali.

La D.C.S.A. nel corso del 1995 ha partecipato alle varie riunioni del Comitato precursori, svoltosi a Bruxelles, per l'adozione dei provvedimenti in materia di precursori.

Sul piano intergovernativo, il c.d. Gruppo Trevi ha svolto un'attività di grande utilità in materia di cooperazione di polizia.

Con l'entrata in vigore del Trattato sull'Unione Europea (c.d. Trattato di Maastricht del 7 febbraio 1992) si è realizzata una sorta di istituzionalizzazione della cooperazione giudiziaria e di polizia dei dodici.

Nell'ambito della cooperazione di polizia e dogana, la D.C.S.A. ha preso parte ai lavori del "Gruppo droga e criminalità organizzata", riunito più volte a Bruxelles e nei Paesi Bassi.

Questo Gruppo, le cui tematiche riguardano la cooperazione nei settori della Giustizia e degli Affari Interni, ha la responsabilità di tutte le misure nei settori del traffico illecito di stupefacenti e della criminalità organizzata.

Analoga competenza ha il Gruppo ad hoc Europol, al quale partecipa attivamente la D.C.S.A.

Sempre nel contesto della collaborazione europea antidroga un ruolo di fondamentale importanza è svolto dall'Unità Antidroga Europol (EDU) che ha il compito principale di favorire lo scambio di informazioni in relazione al traffico illecito di droga ed alle organizzazioni criminali implicate in attività di riciclaggio che coinvolgono almeno due Stati membri.

Si valuta molto positivamente l'attività svolta sino ad oggi dall'EDU, che sembra evolversi - rispondendo alle esigenze basilari della cooperazione di polizia tra i Paesi membri dell'Unione Europea - verso obiettivi di concretezza, rapidità e funzionalità.

La Direzione Centrale per i Servizi Antidroga ha provveduto a distaccare all'Aja - sede provvisoria dell'EDU - due funzionari ed un ufficiale, nella previsione di contribuire all'attività dell'Europol, anche rafforzando la presenza specializzata di personale italiano qualora le esigenze funzionali dell'organismo lo richiederanno.

In tale ottica va auspicato che il Gruppo Europol operi con grande celerità per giungere alla formazione di un Ufficio Europeo di Polizia con competenze allargate a tutti i settori di interesse, come previsto dal Consiglio Europeo fin dal 1991.

Sempre in ordine all'ampliamento della collaborazione nei settori della giustizia e dell'interno si richiama l'importanza del "Piano d'Azione Europeo Antidroga", presentato nella versione aggiornata dalla Commissione ed in corso di analisi presso i vari Gruppi competenti.

### **Consiglio d'Europa. Gruppo Pompidou.**

È sorto nel 1971 con lo scopo di consentire ai Paesi dell'Europa occidentale uno scambio di informazioni e di esperienze e di concertare la loro azione per contrastare il progredire della tossicomania.

Nel 1980 il Gruppo si è unito al Consiglio d'Europa in virtù di un "accordo parziale", in base al quale il Gruppo utilizza le strutture del Consiglio.

Il campo di azione del "Pompidou" è assolutamente multidisciplinare, nell'ottica del migliore approccio alle conoscenze del fenomeno

In genere ogni due anni si riunisce una conferenza ministeriale per fare il bilancio dei lavori del Gruppo e fissare il nuovo programma. Nell'intervallo, i funzionari dei governi (Corrispondenti Permanenti) si riuniscono ogni sei mesi per assicurare l'attuazione di tale programma

Nel 1995 gli esperti della D C S A hanno partecipato alla riunione di Parigi (28 marzo) ed alla Sessione Plenaria sugli aeroporti svoltasi ad Helsinki (6/9 giugno)

## **Unità Droghe Europol**

Il Consiglio Europeo di Maastricht del 9 e 10 dicembre 1991 ha deciso la creazione di un Ufficio europeo di polizia (Europol) con il compito iniziale di organizzare lo scambio di informazioni sugli stupefacenti fra gli stati membri della Comunità e di realizzare la creazione dell'intero Ufficio Europol

L'Unità droghe, creata nel 1993, ha sede all'Aja. Ogni Stato membro invia uno o più Ufficiali di collegamento, che costituiscono una squadra non operativa, incaricata dello scambio e dell'analisi dei dati (Unità Droghe Europol)

Nel 1995 è entrata in vigore la Convenzione Europol - sottoscritta il 26 luglio 1995 - presso il Consiglio dell'Unione Europea a Bruxelles

Inoltre, durante il 1995, la D C S A ha preso parte, nell'ambito dell'U.E. alle riunioni dei seguenti gruppi ed Organizzazioni Internazionali, oltre quelli cui già partecipa:

- GRUPPO PESC che prevede la piena attuazione del terzo capitolo di attività del Piano Globale d'Azione della Unione Europea (marzo 1995 - Bruxelles),

- COORDINATORI NAZIONALI: questo gruppo ha lo scopo di rafforzare il carattere globale della politica dell'U.E. contro la droga,

- CONFERENZA SULLE POLITICHE IN EUROPA IN MATERIA DI LOTTA  
ALLA DROGA.

Per quanto di competenza, un ulteriore impulso all'attività di cooperazione con altri Stati sarà dato dalla D.C.S.A. durante il semestre di Presidenza Italiana della Comunità Europa (gennaio - giugno 1996).

## Gruppo di Dublino

La Direzione Centrale Antidroga, per la parte di competenza, collabora con il Ministero degli Affari Esteri nella gestione dei lavori del Gruppo di Dublino, il quale è stato istituito nel 1990 per rispondere all' esigenza, avvertita dagli Stati donatori, di coordinare le politiche di cooperazione a favore dei Paesi di produzione e transito di droga.

Il Gruppo si riunisce due volte all'anno per le decisioni di carattere politico e per una ricognizione dei problemi tipici di ciascuna delle aree interessate

La D C S A ha partecipato (aprile 1995) a Dubai alla riunione interregionale ed a maggio a Washington alla riunione semestrale

In alcune aree di particolare interesse sono stati creati i c d mini Gruppo di Dublino, alle cui riunioni partecipano il personale d'Ambasciata locale degli Stati membri, esperti antidroga e, talvolta, rappresentanti delle Autorità governative dei Paesi ospitanti

## Accordo di Schengen

L'Accordo, firmato nel 1985 e sviluppato da una Convenzione del 1990, sancisce che tra i Paesi Europei aderenti ci si impegni ad abolire i controlli alle frontiere interne, per quanto attiene alla circolazione di merci e persone

La D C S A ha partecipato nel 1995 ai lavori del **Gruppo Stupefacenti**, svoltisi a febbraio ed a settembre a Bruxelles. Il Gruppo è un organismo consultivo permanente delle autorità di polizia e di dogana, responsabile dello studio di questioni congiunte, relative al contrasto della narcocriminalità ed alla formulazione di proposte per il miglioramento degli aspetti tecnici e pratici della cooperazione. È opportuno, però, precisare che l'Italia è stata per il momento esclusa in quanto non ha perfezionato le misure previste dalla convenzione per le frontiere interne ed esterne

## **Conferenza Quadrangolare (Stati Uniti, Francia, Canada e Italia)**

Nel 1971 il Ministero dell'Interno francese stipulò con il Dipartimento di Giustizia degli Stati Uniti, un Protocollo per la cooperazione ed il reciproco coordinamento dell'azione preventiva e repressiva contro il traffico illecito degli stupefacenti, al quale ha successivamente aderito la corrispondente amministrazione canadese

Nel 1975 l'Italia ha aderito all'accordo di collaborazione.

Nel 1995 si è svolta a Washington la 45<sup>a</sup> Conferenza Quadrangolare, alla quale hanno partecipato i Direttori Centrali dei rispettivi uffici antidroga

## **O.I.P.C. - Interpol (Organizzazione Internazionale di Polizia Criminale)**

È un'organizzazione - sorta nel 1923 e ristrutturata nel 1956 - alla quale aderiscono 177 Paesi, collegati fra loro attraverso gli Uffici Centrali Nazionali

Il nucleo centrale è rappresentato dal Segretariato Generale, la cui attività è sottoposta al vaglio di un Comitato Esecutivo e dell'Assemblea Generale annuale. Attraverso una efficiente Sottodivisione "Stupefacenti", il Segretariato organizza numerose riunioni operative e di studio, nonché seminari di formazione (principalmente ad uso di funzionari di polizia dei Paesi in via di sviluppo), rilevante è anche la sua attività pubblicistica e di rilevazione statistica, particolarmente apprezzata dai criminologi

L'Italia partecipa all'attività del Segretariato, oltre che con una consistente contribuzione economica, attraverso notevoli apporti informativi ed il distacco di alcuni funzionari

Nel maggio 1995 a Lubiana si è svolta la 24<sup>a</sup> Conferenza OIPC, alla quale hanno partecipato i rappresentanti della D.C.S.A.

## Teledrug

Teledrug o scambio di informazioni computerizzate, attinenti al traffico illecito di sostanze stupefacenti, nasce per iniziativa italiana in seguito alla "Dichiarazione" di intenti, sancita nel corso della riunione di Roma del 1990. La stessa ha visto presenti a Roma i Ministri dell'Interno di Francia, Repubblica Federale tedesca, Austria, Svizzera, Italia, Grecia, Turchia, Bulgaria, Ungheria e Jugoslavia con l'intento di dare e ricevere un segnale politico di disponibilità a quei Paesi dell'Est Europeo i cui territori vengono utilizzati per il transito di quantità enormi di stupefacenti.

Questa Dichiarazione oltre al contenuto di valore politico, di impegno cioè da parte dei Paesi convenuti a costituire un fronte comune nell'obiettivo di stroncare il traffico di sostanze stupefacenti lungo la "via dei Balcani", ha dato anche origine ad una nuova struttura operativa comune in grado di facilitare le comunicazioni tra i dieci Paesi al fine di intercettare in tempo reale il flusso di traffico illecito.

Il sistema è costituito da un elaboratore centrale, collegato tramite singole linee di trasmissione di dati ai personal computer installati presso le Autorità delle nazioni che hanno aderito all'accordo.

Tale elaboratore consente alle parti contraenti di disporre in tempo reale di informazioni su persone, oggetti, fatti e "modus operandi", da utilizzare nel corso delle indagini, nei controlli di frontiera, di polizia e di dogana.

Il sistema è operativo ufficialmente dal mese di settembre 1992, con il collegamento avvenuto tra l'Italia, la Turchia e la Russia.

Nel corso del 1995 la Direzione Centrale è stata altresì impegnata

- nell'organizzazione di corsi e seminari per operatori di polizia stranieri,
- nel contribuire sotto il profilo economico all'acquisto di materiale tecnico da inviare ai vari Paesi in via di sviluppo,
- nel ricevere ed effettuare visite info-operative con analoghi organismi di polizie estere.

Personale della Direzione Centrale ha partecipato alle riunioni degli esperti Antidroga a Caracas (marzo 1995), alla riunione dei responsabili NCIS (National Criminal Intelligence

Services - Servizi Nazionali di ogni Stato membro dell'Europol) all'Aja e, nel mese di luglio, a Pretoria alla 3<sup>a</sup> Conferenza sul traffico di cocaina

## Aspetti Giuridico-Legislativi

Nel 1995 sono rimaste immutate tutte le problematiche della normativa antidroga, non essendo intervenuta alcuna iniziativa legislativa a colmare le lacune aperte dal D.P.R. 5 giugno 1993 nr 171

La polizia giudiziaria continua, pertanto, ad operare in base alle direttive emanate dal Ministero dell'Interno con circolari del 6 giugno e dell'11 settembre 1993 e - ove presenti - su disposizioni impartite dalle Procure della Repubblica nell'ambito delle rispettive giurisdizioni

Restano, invece, aperte alcune ipotesi di intervento legislativo in materia di lotta al traffico ed allo spaccio di stupefacenti ed in particolare di modifica agli articoli del D P R 309/90

In particolare

- *Art. 11* si auspica la possibilità di ampliare il numero degli Uffici antidroga presso le Rappresentanze diplomatiche o consolari all'estero. La norma consente il distacco di funzionari/ufficiali della D C S A. nel limite massimo di 20 unità, mentre altro personale può essere inviato presso organismi omologhi esteri nel quadro di specifici accordi bilaterali di cooperazione. La constatata utilità di tali Uffici, unitamente alle accresciute esigenze di lotta al traffico internazionale di droga, consigliano di raddoppiare il numero degli Esperti, rafforzando la presenza nei Paesi "a rischio", aprendone di nuovi in aree dimostrate "sensibili" ed eventualmente chiudendo quelli nelle sedi europee, i cui compiti si ritiene possano essere utilmente assorbiti da Europol,

- *Art. 13* è stato posto all'attenzione degli organi competenti, durante i lavori del Seminario italiano di studi sui derivati amfetaminici, svoltosi, su iniziativa della D C S A, il 29 novembre u s a Roma, il problema del crescente consumo di tali sostanze. E' allo studio, una migliore regolamentazione e controllo del fenomeno.

Quello delle **droghe sintetiche** (dette anche "droghe d'autore", "designed drugs", etc ) è infatti - nel particolare comparto - il fenomeno più recente e sta assumendo aspetti di particolare gravità, anche per la sua rapidissima ascesa. Le sostanze suddette, prodotte in rilevantissima quantità in laboratori anche di modesta levatura tecnica, da parte di chimici di

altrettanto modesto livello, a costi estremamente ridotti, sono vendute a cifre elevate e consentono così smisurati profitti. Sono, ora, la "moda" dei giovani anche a seguito di una insidiosa campagna di disinformazione, tanto capillare quanto falsa, che ha addirittura fatto affermare non solo la loro non pericolosità ma che ne ha sottolineato i suoi inesistenti effetti afrodisiaci. Più correttamente, invece, queste provocano aumento della pressione arteriosa, deformazione delle percezioni interne, visive ed auditive della persona ed alcune conducono a gravi disturbi dell'equilibrio e del coordinamento dei movimenti, concause questi ultimi - soprattutto per l'uso di M.D.M.A. (ecstasy) - dei purtroppo non infrequenti, spesso gravissimi, incidenti del "sabato sera" che coinvolgono normalmente giovani usciti da locali pubblici e discoteche,

- *Art. 26* la D.C.S.A. partecipa attivamente alla Commissione interministeriale che esamina studi di fattibilità sulla coltivazione della canapa da fibra a scopo industriale. Sono costantemente sottolineate in tale contesto le difficoltà tecniche che si frappongono ad una modifica della normativa in materia,

- *Art. 70* è avvertita la necessità di raccordare la normativa italiana sui precursori con i Regolamenti CEE in materia. In sintesi

- sarebbe opportuna l'estensione della tecnica operativa delle "consegne controllate" ai precursori, ora prevista solo per le sostanze stupefacenti e psicotrope,

- i controlli sulla produzione di precursori e prodotti chimici di base dovrebbero essere quelli previsti dalle normative CEE,

- è auspicabile una più stretta collaborazione tra aziende e Autorità di polizia con la previsione dell'obbligo esplicito per le prime di segnalare le operazioni sospette,

- *Art. 75* da parte degli operatori di polizia si accoglierebbe favorevolmente la possibilità di definire con norma di legge, in termini ponderali certi di principio attivo, la quantità di droga detenuta per uso esclusivamente personale, che legittima la polizia giudiziaria a procedere in via amministrativa, da ciò discende l'ipotesi di rimettere all'A.G. i casi dubbi, quando il quantitativo di droga sequestrato superi, entro parametri ragionevoli, il quantitativo massimo stabilito in via generale,

- **Art. 97:** alla luce dell'esperienza maturata nel corso dei 5 anni di applicazione, la normativa ha mostrato alcuni limiti che potrebbero essere superati con le modificazioni proposte tendenti a:

a. ricomprendere anche le attività strumentali (quali fornitura di sostanze da taglio, di prodotti chimici essenziali alla raffinazione e via dicendo) diverse dal mero acquisto di stupefacenti, finalizzate ad incrementare la credibilità dell'infiltrato;

b. assicurare una migliore protezione giudiziaria e pratica dell'operatore sotto copertura (come la costituzione di una identità fittizia, la possibilità di evitare la rivelazione della vera identità in occasione della testimonianza in dibattimento);

- **Art. 127:** per quanto concerne la prevenzione delle tossicodipendenze, la D.C.S.A. ha presentato due progetti finalizzati ai sensi del suddetto articolo: il primo riguarda l'istituzione di una banca dati sulle analisi chimiche condotte sui campioni di droghe sequestrate al fine di migliorare l'attività di *intelligence* nel settore; il secondo si riferisce alla istituzione di un sistema di monitoraggio dei casi di decessi correlati all'abuso di droghe.

Non si può doverosamente sottacere, infine, la necessità di intervenire nel dibattito in corso, per esprimere, sulla base di autorevoli e molteplici riscontri scientifici e medico-legali, un parere sicuramente non favorevole alle iniziative avanzate in tema di liberalizzazione delle c d "droghe leggere".

La liberalizzazione, infatti, come dimostrano alcune esperienze praticate in Nord Europa, favorisce la diffusione generalizzata del fenomeno droga, incrementa la fragilità dei più giovani e non porta alcun vantaggio alla comunità, anzi ne moltiplica i problemi. Tutto ciò, chiaramente, a prescindere dai danni neurologici, cardiovascolari ed endocrini già abbondantemente riscontrati tra i consumatori abituali di tali sostanze.



*Ministero di Grazia e Giustizia*



*Dipartimento dell'Amministrazione  
Penitenziaria*

## **DATI STATISTICI RELATIVI AL FENOMENO DELLA TOSSICODIPENDENZA IN CARCERE**

### *Analisi degli indicatori.*

Di seguito vengono considerati e commentati diversi indicatori che risultano essere particolarmente utili a chiarire l'andamento dei principali aspetti del fenomeno oggetto dell'indagine.

Si premette che le serie storiche considerate partono dal 31/12/1990, epoca alla quale risalgono i rilevamenti effettuati con l'attuale impostazione.

### *Rapporto detenuti tossicodipendenti - detenuti presenti.*

Alla generale crescita della popolazione detenuta avvenuta negli anni '91 - '94, ha fatto riscontro il corrispondente aumento del numero dei detenuti tossicodipendenti che è andato progressivamente aumentando dopo l'applicazione della normativa di cui al T U 309/90. In termini percentuali, tuttavia, a causa del contemporaneo aumento delle due variabili, il rapporto *detenuti tossicodipendenti - detenuti presenti* si è mantenuto in un intervallo compreso tra il 28,54% e il 32,81%. La percentuale più alta di tossicodipendenti è stata registrata il 31/12/91 (32,81 %), mentre nei semestri successivi si è stabilizzata una tendenza decrescente che ha portato la percentuale dei tossicodipendenti, in occasione dell'ultimo rilevamento, ad assestarsi sul valore del 28,99%.

### PERCENTUALE DETENUTI TOSSICODIPENDENTI PER REGIONI DI DETENZIONE AL 31 DICEMBRE 1995



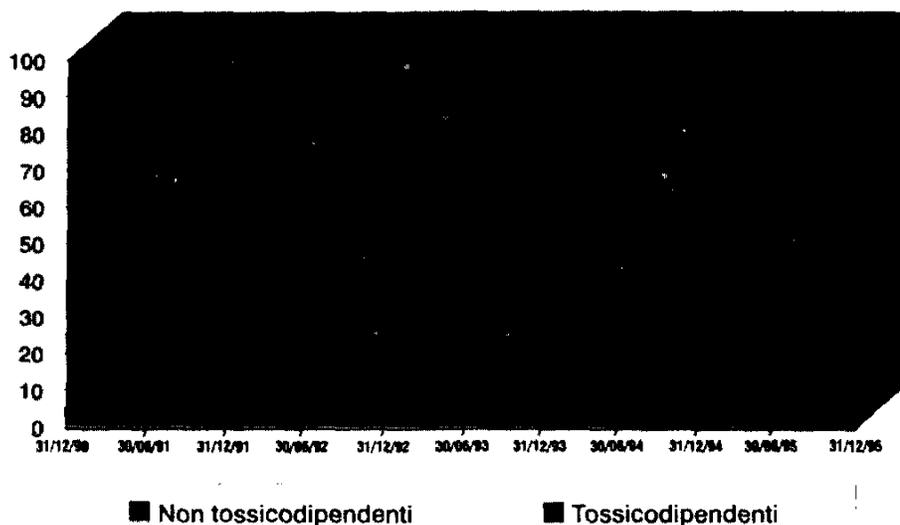
**Italia 28,99 %**

*Rapporto detenuti sieropositivi tossicodipendenti - totale detenuti sieropositivi.*

Esiste una forte correlazione tra l'infezione da HIV e lo stato di tossicodipendenza.

Tale rapporto è andato progressivamente diminuendo nel senso che la percentuale dei soggetti sieropositivi non tossicodipendenti è in fase di rimarchevole aumento.

In occasione dell'ultimo rilevamento la percentuale dei soggetti sieropositivi non tossicodipendenti ha superato per la prima volta il tetto del 10% attestandosi in data 30/6/95 sul valore dell'11,14% e in data 31/12/95 sul valore del 12,10%.

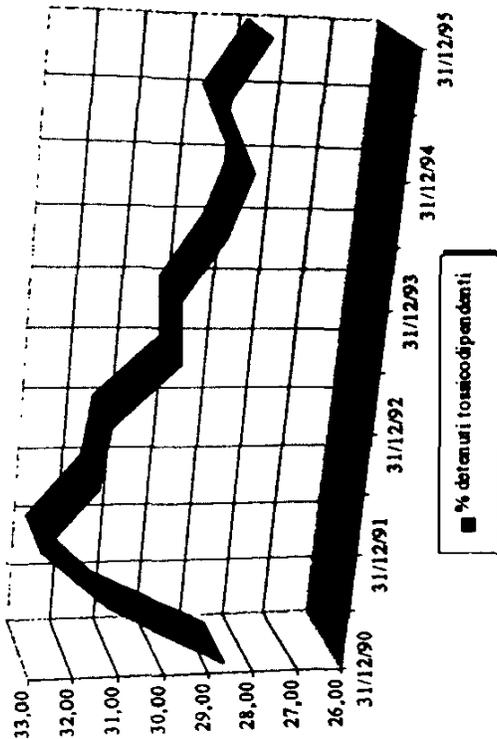
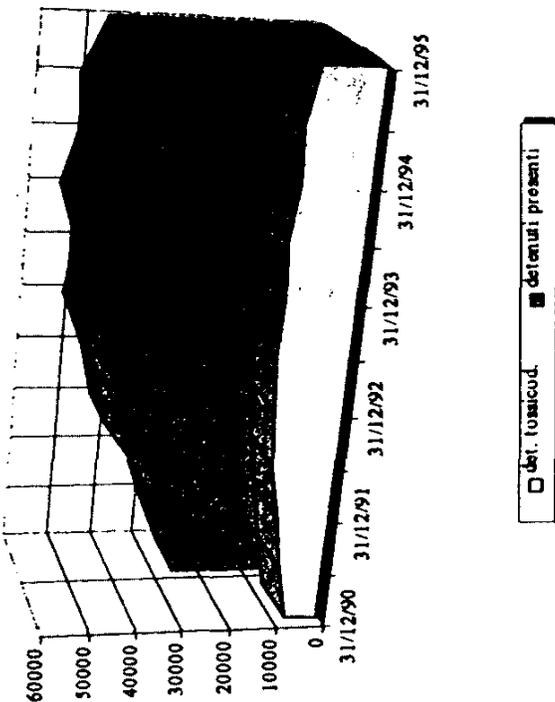
**Rapporto detenuti sieropositivi tossicodipendenti e non tossicodipendenti**

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

DETENUTI PRESENTI, TOSSECCOPIENDENTI, AFFETTI DA HIV E DA AIDS CONCLAMATA

Scelta mensile

Data	Detenuti presenti	% resp. ai pres.	% resp. ai pres.	% resp. al tot. detenuti europ.	% resp. ai del. present. non tot.	% resp. al tot. detenuti europ.	% resp. ai del. europ.
31/12/90	7.299	2.489	9,73	2.378	32,58	93,34	111
30/06/91	9.623	2.838	9,22	2.770	28,79	97,60	68
31/12/91	11.540	3.169	9,01	3.030	26,26	95,61	139
30/06/92	13.970	3.884	8,81	3.731	26,71	96,08	153
31/12/92	14.818	3.530	7,52	3.377	22,79	95,87	153
30/06/93	15.511	3.638	7,06	3.413	21,98	93,82	153
31/12/93	15.135	3.407	6,82	3.170	20,94	93,04	237
30/06/94	15.957	2.987	5,52	2.797	17,53	95,64	190
31/12/94	14.742	2.772	5,46	2.583	17,52	93,18	189
30/06/95	15.336	2.469	4,79	2.194	14,31	88,86	275
31/12/95	13.488	2.232	4,80	1.962	14,35	87,90	270



XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

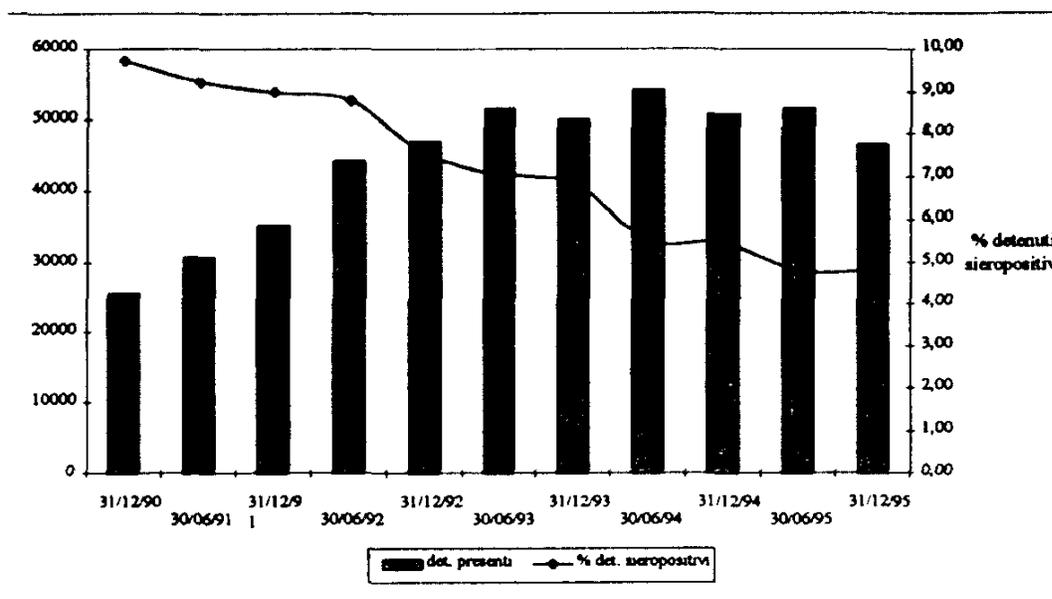
RIPARTIMENTO DEI TITOLI DI RIFUGIATI E ALLOGGIATI INDEPENTI E IN TATTAMENTO RELIADONNO  
PRESENTI ALLA DATA DEL 31/12/98

REGIONE	UOMINI		DONNE		TOTALE		UOMINI		DONNE		TOTALE		RIFUGIATO NAZIONALE	
	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE										
ABRUZZO	1.114	38	1.222	12	372	12	284	5	0	5	0	19	0	19
BASILICATA	419	9	428	3	87	3	78	4	0	4	0	0	0	0
CALABRIA	1.899	24	1.923	2	183	2	187	11	0	11	0	4	0	4
CAMPANIA	5.318	18	5.336	56	1.366	4	1.268	4	1	5	8	1	9	9
EMILIA ROMAGNA	2.785	54	2.839	39	948	39	987	10	3	13	98	3	101	101
FRULIA V. GIULIA	743	40	783	16	198	16	214	10	0	10	28	2	28	28
LAZIO	4.320	271	4.591	86	1.910	86	1.996	6	0	6	22	0	22	22
LEGGURIA	945	57	1.002	35	332	35	387	17	4	21	14	1	15	15
LOMBARDIA	6.352	484	6.836	182	1.781	182	1.943	45	10	55	49	4	53	53
MARCHE	614	11	625	4	195	4	199	2	1	3	0	0	0	0
MOLISE	241	3	244	2	58	2	60	1	1	2	5	0	5	5
PIEMONTE	3.906	173	4.079	87	1.338	87	1.443	21	6	27	32	0	32	32
PUGLIA	2.780	120	2.900	32	860	32	892	11	1	12	17	0	17	17
SARDEGNA	2.215	63	2.278	35	912	35	947	64	1	65	21	0	21	21
SICILIA	5.030	97	5.127	17	677	17	694	13	0	13	14	0	14	14
TOSCANA	3.507	103	3.610	53	687	53	740	63	10	73	51	0	51	51
TRENTINO A. ADIGE	293	26	319	17	118	17	135	24	0	24	18	3	21	21
UMBRIA	700	68	768	28	166	28	194	3	0	3	8	1	9	9
VENETO	1.735	112	1.847	49	662	49	711	32	4	36	57	0	57	57
VALLE D'AOSTA	123	11	134	9	34	9	43	3	0	3	0	0	0	0
TOTALE NAZIONALE	44.532	1.993	46.525	744	12.744	744	13.488	348	42	391	463	15	478	478

### *Rapporto detenuti affetti da Hiv - detenuti presenti.*

Al costante aumento della popolazione detenuta e del numero dei detenuti tossicodipendenti non ha fatto riscontro un aumento del numero dei detenuti affetti da Hiv.

La percentuale dei detenuti sieropositivi accertati in seguito agli screening presso gli istituti rispetto ai presenti è progressivamente scesa dal 9,73% (31/12/90) al 4,79% e al 4,80% in occasione degli ultimi due rilevamenti. Anche il valore assoluto dei detenuti affetti da Hiv, dopo aver raggiunto un picco di 3.884 unità al 30/6/92, è sceso a 2.232 unità al 31 dicembre scorso.

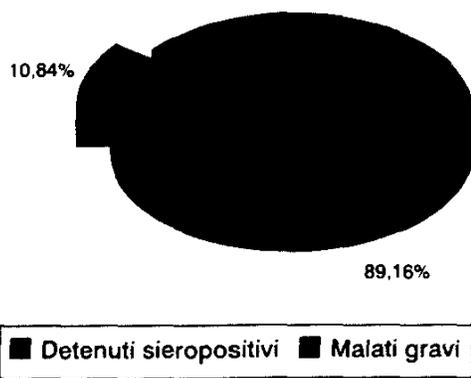


Ovviamente questo andamento è stato influenzato da una parte dalla diminuzione della percentuale dei detenuti che si sottopone al test volontario per l'accertamento del virus HIV e dall'altra dagli effetti della normativa di cui alla L. 222/93 che ha consentito la scarcerazione dei malati gravi. In particolare, considerando che tali soggetti costituiscono il 10,84 % del totale dei soggetti sieropositivi (242 malati gravi su 2 232 sieropositivi), l'incidenza della suddetta normativa non pare determinante nel provocare in modo sostanziale tale decremento

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE	Detenuti sieropositivi	AIDS conclamata	Deficit immunitario grave (T/CD4 < 100/mm c)	Deficit immunitario rilevante (T/CD4 > 100/mm c e < 200/mm c)	RIEPILOGO NAZIONALE	
					Totale	Rapporto sieropositivi malati gravi
ABRUZZO	38	1	1	2	4	10,53
BASILICATA	6	0	0	0	0	0,00
CALABRIA	27	1	0	0	1	3,70
CAMPANIA	98	2	0	5	7	7,14
EMILIA ROMAGNA	211	4	0	6	10	4,74
FRIULI V. GIULIA	27	2	0	0	2	7,41
LAZIO	284	7	7	25	39	13,73
LIGURIA	77	2	0	3	5	6,49
LOMBARDIA	467	2	7	30	39	8,35
MARCHE	22	0	0	0	0	0,00
MOLISE	3	0	1	0	1	33,33
PIEMONTE	240	11	4	12	27	11,25
PUGLIA	126	1	1	27	29	23,02
SARDEGNA	203	12	1	17	30	14,78
SICILIA	74	6	2	7	15	20,27
TOSCANA	156	4	3	9	16	10,26
TRENTINO A ADIGE	29	4	0	1	5	17,24
UMBRIA	31	2	2	3	7	22,58
VENETO	109	1	0	4	5	4,59
VALLE D'AOSTA	4	0	0	0	0	0,00
TOTALE	2.232	62	29	151	242	10,84

Rapporto detenuti sieropositivi/malati gravi al 31.12.1995



### *Rapporto detenuti entrati dalla libertà - detenuti sottoposti a screening.*

L'analisi dei flussi di ingresso dei detenuti provenienti dalla libertà e dei dati dei detenuti che si sono sottoposti all'esame per l'accertamento del virus HIV consente di determinare il rapporto, sia in valori assoluti che percentuali, dei soggetti sottoposti a screening.

Tendenzialmente si è assistito ad una progressiva diminuzione della percentuale dei detenuti testati rispetto ai nuovi giunti che è passata dal 49,44% nell'anno 1991 al 37,74% nell'anno 1995

I dati percentuali dei detenuti sottoposti a screening, rispetto alle distribuzioni territoriali per regione e per singolo istituto, mostrano un andamento piuttosto irregolare.

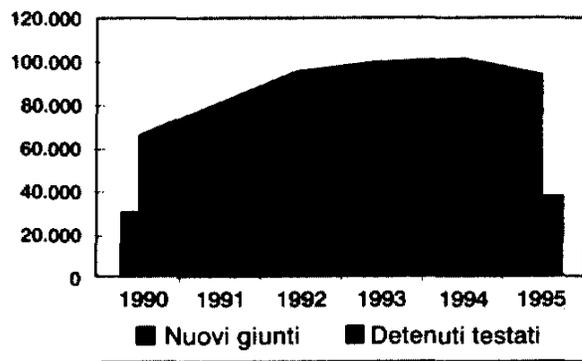
A livello regionale la percentuale degli screening effettuati oscilla in un intervallo molto ampio tra un minimo dell'11,76% (Campania) ad un massimo dell'84,37% (Piemonte).

Di notevole interesse sono anche le situazioni di alcuni istituti di notevoli dimensioni nei quali l'accertamento del virus Hiv è stato eseguito sulla quasi totalità degli entrati dalla libertà:

- Torino le Vallette: 5.520 screening su 5.724 nuovi giunti (96,40%);
- Genova CC: 1.993 screening su 2.012 nuovi ingressi (99,06%);
- Taranto CC: 1.285 screening su 1.387 nuovi ingressi (93,20%);
- Cagliari CC: 998 screening su 1.000 nuovi ingressi (99,80%).

Accanto a tali situazioni ve ne sono altre meno favorevoli che fanno scendere la media nazionale al 37,73 % come già visto in precedenza.

### **Rapporto nuovi giunti screening effettuati**



XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

**ACCERTAMENTO DELL'INFEZIONE DA HIV SUI DETENUTI PROVENIENTI DALLA LIBERTÀ**

Serie storica: riepilogo per anni

Anni	Nuovi giunti	Detenuti testati	% rispetto ai nuovi giunti	Detenuti risultati positivi	% rispetto ai detenuti testati	Uomini	Donne	Totale	% rispetto ai detenuti testati	% rispetto ai detenuti sieropositivi
1990	65.831	29.552	44,89	4.344	14,70	138	7	145	0,49	3,34
1991	78.749	38.930	49,44	5.244	13,47	181	23	204	0,52	3,89
1992	94.363	40.848	43,29	5.054	12,37	194	25	219	0,54	4,33
1993	99.448	42.489	42,72	3.504	8,25	245	35	280	0,66	7,99
1994	100.179	40.276	40,20	3.066	7,61	259	19	278	0,69	9,07
1995	91.753	34.628	37,74	3.042	8,78	239	11	250	0,72	8,22

**ACCERTAMENTO DELL'INFEZIONE DA HIV SUI DETENUTI PROVENIENTI DALLA LIBERTÀ**

Serie storica: riepilogo per semestri

Periodo	Nuovi giunti		Detenuti testati		% rispetto ai nuovi giunti		Detenuti risultati positivi		% rispetto ai detenuti testati		Uomini	Donne	Totale	% rispetto ai detenuti testati	
	giunti	testati	testati	risultati positivi	giunti	testati	risultati positivi	testati	Uomini	Donne				rispetto ai det. testati	rispetto ai det. sierop.
Anno 90 (a)	65.831	29.552	44,89	4.344	14,70	138	7	145	0,49	3,34	138	7	145	0,49	3,34
I sem. 91	38.327	18.208	47,51	2.430	13,35	83	11	94	0,52	3,87	83	11	94	0,52	3,87
II sem. 91	40.422	20.722	51,26	2.814	13,58	98	12	110	0,53	3,91	98	12	110	0,53	3,91
I sem. 92	47.250	19.645	41,58	2.678	13,63	89	13	102	0,52	3,81	89	13	102	0,52	3,81
II sem. 92	47.113	21.203	45,00	2.376	11,21	105	12	117	0,55	4,92	105	12	117	0,55	4,92
I sem. 93	52.320	21.942	41,94	1.879	8,56	121	23	144	0,66	7,66	121	23	144	0,66	7,66
II sem. 93	47.128	20.547	43,60	1.625	7,91	124	12	136	0,66	8,37	124	12	136	0,66	8,37
I sem. 94	52.854	22.011	41,64	1.674	7,61	159	13	172	0,78	10,27	159	13	172	0,78	10,27
II sem. 94	47.325	18.265	38,59	1.392	7,62	100	6	106	0,58	7,61	100	6	106	0,58	7,61
I sem. 95	50.336	19.293	38,33	1.539	7,98	126	6	132	0,68	8,58	126	6	132	0,68	8,58
II sem. 94	41.417	15.335	37,03	1.503	9,80	113	5	118	0,77	7,85	113	5	118	0,77	7,85

(a): non è disponibile il dato suddiviso per semestre

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

**ACCERTAMENTO DELL'INFEZIONE DA HIV SUI DETENUTI PROVENIENTI DALLA LIBERTÀ**  
 Serie storica: riepilogo per semestri

Periodo	Nuovi giunti	Detenuti testati	% rispetto ai nuovi giunti	Detenuti risultati positivi	% rispetto ai detenuti testati	Uomini	Donne	Totale	% rispetto ai det. testati	% rispetto ai det. sierop.
Anno 90 (a)	65.831	29.552	44,89	4.344	14,70	138	7	145	0,49	3,34
I sem. 91	38.377	18.208	47,51	2.430	13,35	83	11	94	0,52	3,87
II sem. 91	40.422	20.722	51,26	2.814	13,58	98	12	110	0,53	3,91
I sem. 92	47.250	19.645	41,58	2.678	13,63	89	13	102	0,52	3,81
II sem. 92	47.113	21.203	45,00	2.376	11,21	105	12	117	0,55	4,92
I sem. 93	52.320	21.942	41,94	1.879	8,56	121	23	144	0,66	7,66
II sem. 93	47.128	20.547	43,60	1.625	7,91	124	12	136	0,66	8,37
I sem. 94	52.854	22.011	41,64	1.674	7,61	159	13	172	0,78	10,27
II sem. 94	47.325	18.265	38,59	1.392	7,62	100	6	106	0,58	7,61
I sem. 95	50.336	19.293	38,33	1.539	7,98	126	6	132	0,68	8,38
II sem. 94	41.417	15.335	37,03	1.503	9,80	113	5	118	0,77	7,85

**NOTA: I DATI SONO STATI RILEVATI A SEGUITO DI SCREENING VOLONTARIO**

### *Rapporto screening effettuati - detenuti risultati positivi*

Come noto l'attuale legislazione non contempla lo screening obbligatorio per cui l'accertamento dell'infezione da Hiv riguarda parte della popolazione detenuta.

Esaminando i dati degli ultimi 5 anni, si può osservare come la percentuale dei soggetti risultati positivi rispetto al numero dei detenuti testati tenda a decrescere progressivamente passando dal 14,7% nell'anno 1991, al 7,61% nell'anno 1994.

Nel 1995, si assiste ad una lieve inversione di tendenza avendo assunto , tale percentuale, il valore dell'8,78%

### *Rapporto detenuti entrati dalla libertà per art. 73 T.U. 309/90 - detenuti entrati per altri reati*

A far tempo dall'1/1/91 questa Amministrazione ha disposto un monitoraggio dei detenuti entrati dalla libertà per art. 73 T.U. 309/90 e dei detenuti entrati per altri reati.

Dal '91 al '95 la percentuale dei soggetti che hanno fatto ingresso in istituto ai sensi dell'art. 73 (produzione, traffico e vendita di sostanze stupefacenti) è oscillata in un intervallo compreso tra il 40,83 % (1991) e il 33,05% (1993) con una media del 37,29%.

Nell'anno 1991 la percentuale dei detenuti entrati per violazione della legge sulla droga ha raggiunto la quota massima del 40,83%; successivamente è progressivamente diminuita fino a toccare nell'anno 1993 il valore del 33,05%. Negli ultimi due anni la percentuale è risalita toccando i valori del 37,45% e del 36,03%.

Per quanto riguarda i detenuti tossicodipendenti, l'analisi dei motivi di ingresso ha mostrato una maggiore incidenza dei reati connessi alla violazione della legge sulla droga rispetto alla popolazione detenuta nel suo complesso.

Il numero dei tossicodipendenti entrati dalla libertà ai sensi dell'art. 73 T.U. 309/90 è stato costantemente superiore al numero dei tossicodipendenti entrati per altri reati.

La percentuale dei tossicodipendenti entrati per art. 73 rispetto ai tossicomani entrati per altri reati è stata in media del 52,83% posizionandosi sempre sopra il valore del 50%.

L'ingresso dei detenuti stranieri è correlato ai reati di traffico e spaccio di stupefacenti in misura maggiore di quanto accade per l'insieme della popolazione detenuta.

In tutti i rilevamenti la percentuale dei nuovi giunti stranieri per l'art. 73 è costantemente superiore alla corrispondente percentuale che si riscontra per i nuovi giunti nel loro complesso.

La percentuale è in media pari al 41,47% per gli stranieri e del 37,29% per la popolazione detenuta complessiva.

Per quanto riguarda i detenuti stranieri tossicodipendenti, considerando i rilevamenti effettuati finora, la percentuale dei ristretti per art. 73 rispetto al totale degli stranieri tossicodipendenti è in media pari al 61,38%; il corrispondente dato riferito al totale complessivo dei tossicodipendenti entrati è in media del 52,83%.

Il numero dei detenuti stranieri tossicodipendenti ristretti per articolo 73 è stato costantemente superiore a quello degli stranieri tossicodipendenti ristretti per altri reati; la relativa percentuale non è mai scesa al di sotto del 57% toccando la punta massima nel 1992 quando è stata pari al 66,98%.

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE	QUADRO 1				QUADRO 2				QUADRO 3				QUADRO 4				RIEPILOGO NAZIONALE			
	RISTRUTTI RISTRUTTI		RISTRUTTI RISTRUTTI		RISTRUTTI RISTRUTTI		RISTRUTTI RISTRUTTI		RISTRUTTI RISTRUTTI		RISTRUTTI RISTRUTTI		RISTRUTTI RISTRUTTI		RISTRUTTI RISTRUTTI		RISTRUTTI RISTRUTTI		RISTRUTTI RISTRUTTI	
	PER ART. 75	PER ALTRI	TOTALE	PER ART. 75	PER ALTRI	TOTALE	PER ART. 75	PER ALTRI	TOTALE	PER ART. 75	PER ALTRI	TOTALE	PER ART. 75	PER ALTRI	TOTALE	PER ART. 75	PER ALTRI	TOTALE	PER ART. 75	PER ALTRI
ABRUZZO	161	679	840	102	110	212	59	569	628	4	4	8	4	4	5	77	81	5	77	82
BASILICATA	72	252	324	36	32	68	36	720	256	1	1	2	1	1	0	27	27	0	27	27
CALABRIA	277	1.100	1.377	89	110	199	181	990	1.178	7	5	12	5	5	5	55	60	5	55	60
CAMPANIA	2.866	4.067	6.933	651	545	1.196	2.215	3.522	5.737	106	54	160	106	54	226	454	680	106	454	680
EMILIA ROMAGNA	866	1.717	2.583	466	597	1.063	400	1.120	1.520	199	182	381	199	182	136	546	682	199	546	682
FRIULI V. GIULIA	143	509	652	67	186	253	76	323	399	10	13	23	10	13	14	150	164	10	150	164
LAZIO	1.639	3.348	5.027	961	786	1.767	653	2.802	3.460	400	257	657	400	257	310	852	1.162	400	852	1.162
LIGURIA	572	1.072	1.644	282	274	556	290	798	1.088	120	87	207	120	87	185	438	623	120	438	623
LOMBARDIA	2.041	2.982	5.023	907	806	1.713	1.134	2.176	3.310	322	194	516	322	194	472	855	1.327	322	855	1.327
MARCHE	199	293	492	108	97	205	91	196	287	13	2	15	13	2	13	80	93	13	80	93
MOLISE	50	102	152	15	14	29	35	88	123	0	0	0	0	0	0	4	4	0	4	4
PIEMONTE	1.756	1.754	3.510	986	763	1.749	770	991	1.763	181	118	299	181	118	600	445	1.045	181	445	1.045
PUGLIA	1.088	2.646	3.734	432	710	1.142	656	1.956	2.592	3	13	16	3	13	17	298	315	3	298	315
SARDEGNA	180	719	899	98	277	375	82	442	524	2	1	3	2	1	6	17	23	2	17	23
SICILIA	623	2.094	2.717	242	373	615	381	1.721	2.102	10	10	20	10	10	17	128	145	10	128	145
TOSCANA	1.088	1.116	2.204	314	229	543	774	887	1.661	42	30	72	42	30	468	333	801	42	333	801
TRENTINO A. ADIGE	184	286	470	105	103	208	79	183	262	41	31	52	41	31	48	79	127	41	79	127
UMBRIA	109	217	326	44	47	91	65	170	235	9	3	12	9	3	15	110	125	9	110	125
VENETO	719	1.516	2.235	413	312	725	306	1.204	1.510	149	46	195	149	46	124	654	778	149	654	778
VALLE D'AOSTA	21	54	75	15	17	32	6	37	43	6	4	10	6	4	4	11	15	6	11	15
TOTALE NAZIONALE	14.654	26.763	41.417	6.353	6.308	12.741	8.391	20.375	26.676	1.625	1.884	2.689	1.625	1.884	2.685	5.613	6.278	1.625	5.613	6.278



*Misure alternative. Attività dei Centri di Servizio sociale ai sensi degli art. 47, 47 bis e 46ter L. 354/75*

L'aumento della popolazione detenuta ha influenzato anche l'attività dei Centri di servizio sociale per adulti in relazione alla collaborazione che questi servizi sono chiamati a svolgere per l'attività di osservazione e trattamento all'interno degli istituti.

Particolarmente rilevante è l'incremento delle misure alternative in genere e tra queste dell'affidamento in prova al servizio sociale (n. 4.050 al 31 giugno 1995 di cui 2.629 dalla libertà, con un aumento medio del 21%). A questo dato va inoltre collegato quello relativo all'attività di indagine per i soggetti che richiedono i benefici dalla libertà (al 30 giugno 1995 n. 7.043 inchieste, con un incremento del 15,69%).

Al crescere del maggior numero dei casi seguiti, ha fatto riscontro anche una maggiore complessità degli interventi attuati. Infatti il discrimine temporale della possibilità di accedere alle misure alternative, delimitava automaticamente la quantità e la tipologia dei condannati, alla luce dell'art. 14 bis della Legge 356/92 - che consente l'accesso all'affidamento anche a coloro cui è stata irrogata una pena elevata, ma con un residuo pena nel limite dei tre anni - il servizio sociale si ritrova oggi un bacino di utenza decisamente ampliato e, limitatamente ad alcuni ambiti territoriali caratterizzati da alta criminalità, si trova ad operare con soggetti con un indice di pericolosità più elevato, con una più spiccata resistenza al cambiamento in rapporto alle lunghe carcerazioni sofferte.

Il bacino di utenza del servizio sociale, con riferimento alle misure alternative, si è dilatato ulteriormente - come è ben noto - in ordine alla previsione normativa dell'affidamento in prova in casi particolari (art. 47 bis O.P.), ed al successivo innalzamento del limite di pena per l'accesso al suddetto beneficio da 3 a 4 anni (Legge 222/93), nonché all'innalzamento dei limiti di pena per le varie categorie di soggetti che possono fruire della concessione della detenzione domiciliare (D.L. 187 del 14 6 1993, convertito nella Legge 296/93).

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

ATTIVITA' DEI CENTRI DI SERVIZIO SOCIALE CON RIFERIMENTO ALL'ART. 47 E 47 TER DELL'ORDINAMENTO  
SITUAZIONE AL 30/12/98

PERFEZIONO NAZIONALE

REGIONE	Situazione al 30/12/98			Situazione al 30/12/98			Totale	Situazione al 30/12/98			Totale
	Totale	Altre	Altre	Totale	Altre	Altre		Totale	Altre	Altre	
ABRUZZO	31	1	32	16	3	56	75	0	1	13	14
BASILICATA	0	0	0	0	0	141	141	0	0	5	5
CALABRIA	28	7	35	0	0	164	164	1	0	32	33
CAMPANIA	96	0	96	56	4	734	794	7	1	61	69
EMILIA ROMAGNA	533	1	534	0	0	325	325	0	0	32	32
FRIULI V. GIULIA	44	0	44	3	1	77	82	0	0	6	6
LAZIO	183	1	184	0	0	238	238	8	0	48	56
LIGURIA	189	6	195	0	1	182	183	4	0	40	44
LOMBARDIA	320	7	327	23	4	533	560	9	0	83	92
MARCHE	109	1	110	5	1	97	103	0	0	3	3
MOLESE	3	0	3	4	2	20	26	0	0	0	0
PIEMONTE	299	1	300	9	1	383	393	1	0	71	72
PUGLIA	301	2	303	33	5	334	374	3	1	54	58
SARDEGNA	98	1	99	34	6	261	301	4	0	4	8
SICILIA	97	0	97	10	0	283	293	1	0	56	57
TOSCANA	169	29	198	27	1	484	512	3	0	20	23
TRENTINO A. ADIGE	43	2	45	3	0	29	32	0	0	7	7
UMBRIA	76	0	76	3	1	65	69	1	0	4	5
VENETO	231	8	239	9	8	164	181	0	0	10	10
VALLE D'AOSTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE	3.278	75	3.353	235	38	4.771	5.045	44	3	569	616

ATTIVITA' DEI CENTRI DI SERVIZIO SOCIALE CON RIFERIMENTO ALL'ART. 47 E 47 TER DELL'ORDINAMENTO  
CASI PREVENUTI DA 1/1/99 AL 31/12/99

PERFEZIONO NAZIONALE

REGIONE	Situazione al 31/12/99			Situazione al 31/12/99			Totale	Situazione al 31/12/99			Totale
	Totale	Altre	Altre	Totale	Altre	Altre		Totale	Altre	Altre	
ABRUZZO	24	1	25	9	2	71	82	0	1	10	11
BASILICATA	6	0	6	0	0	75	75	0	0	4	4
CALABRIA	30	0	30	0	0	143	143	0	0	16	16
CAMPANIA	33	0	33	49	0	774	823	3	1	58	62
EMILIA ROMAGNA	331	1	332	0	0	263	263	0	0	20	20
FRIULI V. GIULIA	34	7	41	0	4	67	71	2	1	3	6
LAZIO	123	1	124	0	0	204	204	6	0	49	55
LIGURIA	100	3	103	0	2	142	144	0	0	24	24
LOMBARDIA	277	8	285	31	3	350	384	12	0	43	55
MARCHE	53	1	54	7	3	67	77	0	0	4	4
MOLESE	5	0	5	3	2	21	26	0	0	0	0
PIEMONTE	127	1	128	7	1	302	316	1	0	26	27
PUGLIA	201	1	202	24	4	496	524	3	1	46	50
SARDEGNA	36	1	37	21	4	223	248	2	0	6	8
SICILIA	49	0	49	7	0	210	217	2	0	30	32
TOSCANA	298	19	317	19	1	411	431	8	0	15	23
TRENTINO A. ADIGE	12	3	15	1	1	13	15	0	0	3	3
UMBRIA	57	0	57	5	1	43	49	1	0	3	4
VENETO	87	3	90	3	5	114	122	0	0	8	8
VALLE D'AOSTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE	1.969	50	2.019	184	33	3.989	4.208	40	4	348	412

## ASPETTI INTERNAZIONALI

### *Rapporti con Enti ed Università.*

L'Ufficio Centrale Studi, Ricerche, Legislazione ed Automazione di questo Dipartimento ha instaurato rapporti costruttivi, finalizzati allo scambio di conoscenze ed esperienze nel settore del trattamento dei detenuti tossicodipendenti, con diversi enti e università europee ed extraeuropee, fra le quali la *University of Central England*. La dottoressa Morag MacDonald, in rappresentanza di quest'ultima università, ha, fra l'altro, partecipato alla giornata di studio sugli istituti di detenzione a custodia attenuata, tenutasi a Roma il 9 giugno 1995 ed organizzata da questo Dipartimento in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, contribuendo ai lavori con un intervento nel quale partecipava l'esperienza anglosassone nel trattamento dei detenuti tossicodipendenti.

### *Progetto "REITOX".*

Il Gruppo "Consiglieri Droga" presso il Consiglio Europeo si è avvalso, nel corso del 1995, della collaborazione di alcuni funzionari del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria al fine di esaminare gli aspetti giuridici e di perfezionare le procedure per consentire l'avvio dell'Osservatorio Europeo sulla droga e della rete REITOX di informazione sulle droghe e sulle tossicodipendenze.

Il Gruppo "Funzione Tecnica" si è avvalso, nell'ambito del progetto REITOX dell'Unione Europea, della collaborazione di alcuni tecnici informatici del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria per la raccolta e lo scambio di informazioni al fine di realizzare una Rete Europea che utilizzerà un sistema informatico proprio. Tale sistema collegherà tra loro le reti nazionali, i centri specializzati ed i sistemi di informazione che coopereranno con l'Osservatorio Europeo sulla droga.

### *Monitoraggio elettronico*

Al fine di incrementare la concessione delle misure alternative alla detenzione di cui possono godere, alla luce della vigente legislazione, i detenuti in genere ed in particolare i tossicodipendenti, si è provveduto a formare un gruppo di studio che valuti la possibilità di attuare una forma di controllo più economica ed efficiente di quelle attualmente utilizzate

Il gruppo di studio mantiene costanti contatti con il Ministero dell'Interno - Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Direzione Centrale Polizia Criminale - Servizio di Polizia Scientifica, nonché con le Amministrazioni penitenziarie di alcune nazioni europee e degli Stati Uniti d'America, paesi in cui sono state portate avanti nuove tecniche di controllo che, allo stato, risultano dare risultati più che positivi, anche e soprattutto nel campo della riabilitazione dei soggetti tossicodipendenti che godono di misure alternative alla detenzione

È notorio che le misure alternative alla detenzione comportano un gran dispendio di risorse umane ed economiche in operazioni di controllo sul rispetto delle limitazioni alla libertà individuale imposte alla persona che gode di tali misure

In alcuni Paesi, l'ammissione alla fruizione delle misure alternative alla detenzione, ovvero l'emanazione di provvedimenti che incidono a vario titolo sullo stato di libertà, sono accompagnate da un monitoraggio elettronico dei movimenti dell'imputato o del condannato

Oggi, il fenomeno si è arricchito di una discreta esperienza che appare utile sintetizzare ai fini del dibattito che, prima o poi, potrebbe aprirsi anche in Italia.

Il termine correntemente utilizzato per definire tale sistema, è "monitoraggio elettronico" e rappresenta un insieme di dispositivi tecnici utilizzati per accertare la presenza o l'assenza di un individuo in una specifica località

Al momento sono in uso tre sistemi di monitoraggio elettronico, tutti basati su un trasmettitore personale da applicare al polso o alla caviglia

Il primo, che risulta essere anche il meno costoso, prevede un controllo telefonico ad intervalli casuali durante la conversazione telefonica, basata su alcune domande prefissate, viene impiegato un sistema elettronico di riconoscimento della voce

L'identità effettiva della persona viene, alla fine, confermata, da un segnale emesso dal trasmettitore personale e ricevuto dall'unità centrale di elaborazione.

Il secondo metodo, detto anche "monitoraggio continuo", utilizza esclusivamente metodologie elettroniche: il trasmettitore personale emette un segnale radio che viene ricevuto da un'apparecchiatura presente nella residenza del soggetto e collegata in maniera stabile alla linea telefonica. Nel caso in cui subentri un'interruzione nell'invio del segnale radio, il ricevitore provvederà automaticamente ad allertare la centrale operativa della mancata ricezione.

Tale metodologia, come la precedente, presuppone la presenza di un apparecchio telefonico all'interno dell'appartamento in cui risiede il soggetto controllato.

Il terzo sistema, detto "drive by", è utilizzabile in assenza di un apparecchio telefonico: il trasmettitore invia un segnale che può essere captato da un ricevitore installato anche su un'autovettura. In tal modo, un addetto può recarsi in prossimità delle abitazioni dei sorvegliati e confermare o meno la ricezione del segnale, rilevando il rispetto delle limitazioni di un gran numero di soggetti in breve tempo.

Come si può facilmente dedurre da questo sia pur sintetico quadro, il controllo elettronico non rappresenta un nuovo tipo di misura, che si aggiunge a quelle già previste dall'ordinamento, ma un nuovo strumento di controllo applicabile alle misure esistenti.

In particolare, per limitarci alle misure esistenti, la nuova tecnologia potrebbe utilmente applicarsi alla custodia o alla detenzione domiciliare, sia nella forma più tradizionale che in quella, legata anche alle più recenti innovazioni giurisprudenziali, che prevede periodi di assenza dall'abitazione.

Certamente, dato il basso costo di gestione e la possibilità di controllo di un grande numero di detenuti da parte di pochi operatori, il monitoraggio elettronico potrebbe consentire un significativo allargamento della misura della custodia domiciliare, che ha, al momento, un'applicazione poco più che simbolica, anche se richiederebbe certamente modifiche legislative, per mutare ed allargare i presupposti previsti dall'articolo 47-ter dell'Ordinamento penitenziario, introducendo una nuova e più ampia figura di detenzione domiciliare, che potrebbe anche assumere la forma di

semidetenzione domiciliare, per le possibilità di graduazione e di personalizzazione che il nuovo strumento di controllo permette

Tuttavia, non si deve escludere neppure la possibilità di applicazione ad altre misure alternative, per la duttilità che caratterizza questo tipo di tecnologia, che deve essere propriamente vista, sia pure con le evidenti differenze, come un'alternativa non ad una misura, ma alle tradizionali forme di controllo da parte di polizia.

In questa prospettiva, non c'è dubbio che l'applicazione del controllo domiciliare su imputati o condannati potrebbe estendersi molto, rispetto ai limiti oggi imposti, in ogni caso, dalla limitatezza del numero di addetti che le forze dell'ordine possono destinare allo scopo, anche se questo non significa che, esistendone la possibilità, la strada del controllo domiciliare debba divenire quella comunemente praticata.

Il controllo elettronico rende soprattutto possibile evitare l'ingresso o la permanenza di individui in carcere in tutti i casi in cui non se ne riconosca la necessità, contribuendo quindi, sia sul piano degli incentivi trattamentali, che su quello della separazione fisica, all'individualizzazione del trattamento, che costituisce uno degli obiettivi della riforma carceraria. Se pure in misura attualmente non valutabile, può certamente contribuire, proprio perché può consentire un allargamento delle misure alternative (o delle pene sostitutive), ad una riduzione dell'affollamento carcerario.

Da questo punto di vista, pertanto, non si vede come possa contrastare con i principi del nostro ordinamento, oltre che con quelli dell'ordinamento internazionale, se limitata al semplice controllo della presenza o assenza in un certo luogo

Il controllo elettronico consente certamente l'adozione di misure sanzionatorie molto meno afflittive del carcere, evitando oltre tutto il rischio di quel "contagio" criminale che rappresenta, per le fasce meno pericolose della popolazione penitenziaria, uno dei rischi maggiori dell'attuale sistema.

Tuttavia, anche a prescindere dalle modifiche legislative necessarie, e dalle iniziali difficoltà di installazione e di gestione, che devono essere messe in conto, presenta caratteri ugualmente afflittivi, che non possono essere sottovalutati, se è vero che gli studiosi della materia, sulla base dell'esperienza pratica, escludono una sua applicazione per periodi troppo lunghi, eccedenti 6-12 mesi, e richiede, ma d'altronde

può anche favorire, una forte autodisciplina nei suoi utenti. E si tratta di una caratteristica che deve essere adeguatamente messa in evidenza, per impedire che il regime delle sanzioni attuate con il controllo elettronico possa apparire eccessivamente "premiante" o favorevole.

Occorrerebbe poi valutare attentamente il contesto sociale (e forse anche urbanistico-edilizio) nel quale dovrebbe trovare applicazione in Italia, ben diverso da quello anglosassone al quale è finora limitata l'esperienza dell'innovazione. Per non parlare delle difficoltà di utilizzazione da parte di soggetti privi di domicilio stabile, se non di utenza telefonica, che porrebbe delicati problemi di eguaglianza di trattamento.

Nel corso dell'anno 1995 sono stati avviati contatti con il Ministero dell'Interno - Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Direzione Centrale Polizia Criminale - Servizio di Polizia Scientifica, che ha anch'essa in corso lo studio del problema e con i cui funzionari sono stati tenuti contatti informativi da parte di questo Dipartimento.

## **ISTITUTI A CUSTODIA ATTENUATA**

### *Giornata di studio sugli istituti a custodia attenuata.*

Il 9 giugno 1995 si è tenuta a Roma una giornata di studio sugli istituti di detenzione a custodia attenuata, organizzata dall'Ufficio Centrale Studi, Ricerche, Legislazione e Automazione di questo Dipartimento in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità

A tale iniziativa hanno aderito un gran numero di operatori penitenziari e di esperti italiani e stranieri nel settore della tossicodipendenza. Il convegno, oltre a favorire lo scambio di esperienze maturate nelle varie realtà territoriali, ha gettato le basi per la realizzazione di un futuro congresso da organizzarsi nel corso del 1996 a cura del Dipartimento.

L'esperienza degli Istituti a Custodia Attenuata (ICATT) dalla data di attuazione della legge 26 giugno 1990, n 162, si è sempre più accresciuta e diversificata a seconda delle esigenze del territorio. Gli istituti "pionieri" (Seconda Casa Circondariale di Firenze Sollicciano, Terza Casa Circondariale di Roma Rebibbia, la Giudecca di

Venezia, Rimini, Torino "le Vallette"...) oltre a tracciare le linee-guida per il trattamento dei detenuti tossicodipendenti, hanno senz'altro promosso un'azione trainante sulle strutture di riabilitazione presenti sul territorio, al fine di ottenere una costante partecipazione all'azione di recupero del detenuto tossicodipendente

La necessità di strutture edilizie particolari e ben determinate nasce dall'esigenza di creare attorno al detenuto tossicodipendente un ambiente il più possibile simile a quello delle comunità terapeutiche (spazi verdi, sale di lettura, luoghi di socializzazione .)

Logicamente questo comporta un congruo impegno finanziario, che non sempre è di immediato e facile reperimento, e lunghi tempi di realizzazione delle nuove strutture. Pertanto si è deciso di adeguare alcune delle risorse edilizie già esistenti alle nuove necessità.

È così che nascono "La Giudecca", l'Istituto a custodia attenuata di Roma, la sezione Arcobaleno di Torino "Le Vallette".

Una volta create le strutture, è sorto il problema della gestione delle stesse: chi destinare a tali istituti, come interagire con gli Enti territoriali preposti al recupero, come formare il personale di custodia impiegato.

L'individuazione del soggetto è delegata agli operatori dell'istituto che, in base alla pericolosità ed alla "recuperabilità" del detenuto tossicodipendente, decidono se sottoporre allo stesso il "contratto" di ammissione all'istituto o alla sezione a custodia attenuata. Tale "contratto" contiene delle clausole che devono essere tassativamente rispettate, pena la esclusione dal programma di recupero ed il rientro del "trasgressore" al normale circuito penitenziario.

I "contratti" dei vari istituti differiscono tra loro, ma alcuni punti chiave sono comuni a tutti, come l'impegno a non fumare più di un certo quantitativo di sigarette al giorno, la partecipazione attiva alle iniziative comunitarie o la forte limitazione nell'uso di bevande alcoliche.

L'interazione con gli Enti esterni all'Amministrazione è regolata, per quanto riguarda le U.S.L., ed in particolare i Ser T, dall'articolo 96, 3° comma, del T.U. 309/90, mentre vengono stipulate apposite convenzioni con Enti e comunità

terapeutiche private.

La formazione del personale è organizzata in maniera sistematica sia dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, tramite corsi istituiti presso le Scuole di formazione del personale, che dagli organi periferici dell'Amministrazione.

La stretta collaborazione, inoltre, fra il personale di custodia e gli esperti esterni all'Amministrazione ha consentito una rapida crescita professionale, motivata dal costante interscambio di conoscenze fra le due categorie di operatori penitenziari. Tale rapporto, inimmaginabile fino a pochi anni fa, si sta progressivamente estendendo anche all'esterno delle strutture dedicate alla custodia attenuata, coinvolgendo il personale impiegato negli istituti del "normale" circuito penitenziario nella metodologia di trattamento, contribuendo così all'attuazione della legge 395/90.

Dall'analisi statistica dei dati relativi agli Istituti a custodia attenuata, si può rilevare che l'obiettivo primario di tali strutture è pienamente centrato: si denota, infatti, un'altissima percentuale di trattamenti ("percorsi") completati con successo, la recidiva è quasi del tutto assente, così come la ricaduta nell'uso di sostanze stupefacenti.

Certamente non è ammissibile assimilare il carcere, per quanto "attenuato" sia, alle comunità terapeutiche, nonostante gli obiettivi prefissati siano più o meno gli stessi. Anche a fronte di una esplicita manifestazione di volontà da parte del detenuto tossicodipendente di essere ammesso ad un regime che mira alla riabilitazione, di un trattamento individualizzato e personalizzato al massimo grado, di una serie di forti rapporti interpersonali instaurati tra il personale preposto al trattamento ed il soggetto, rimane fisso il punto che la struttura penitenziaria è e resta il luogo deputato all'espiazione della pena e che nonostante la forte componente trattamentale finalizzata al recupero ed alla riabilitazione dei reclusi, non può e non deve sostituirsi alle strutture extramurarie specificatamente dedicate al recupero dei tossicodipendenti.

Da qui nasce l'esigenza di stringere contatti sempre più vincolanti con i Ser T. e le comunità terapeutiche, al fine di tracciare un percorso che il tossicodipendente (o, a questo punto, ex-tossicodipendente) seguirà dal momento della dimissione dall'istituto

È possibile, perciò, ottenere dei dati relativi al follow-up delle singole persone, con particolare riguardo alla ricaduta nell'uso di sostanze stupefacenti ed alla recidiva.

Poiché gli Istituti a custodia attenuata operano da un periodo di tempo relativamente breve, i dati a lungo termine non sono ancora disponibili, ma quelli a disposizione tracciano già uno scenario ben determinato: circa il 29% dei dimessi ricade nell'uso di sostanze stupefacenti, e circa il 19% nella recidiva di reato.

Alla luce delle esperienze maturate nel corso degli anni, si è provveduto a dare l'avvio ad uno studio che riguarda la possibilità di uniformare le procedure di ammissione e di trattamento attuate all'interno delle strutture a custodia attenuata, mediante la codifica di un protocollo da applicare sull'intero territorio nazionale.

Tale ricerca, i cui risultati saranno presentati nel corso del 1996, prevede la formazione di un gruppo di studio composto sia da personale dell'Amministrazione Penitenziaria, sia da personale dei Ser.T. che già operano all'interno degli istituti di detenzione a custodia attenuata.

### **OSSERVATORIO NAZIONALE SUL FENOMENO DELLA TOSSICODIPENDENZA, H.I.V. E SINDROMI CORRELATE IN AMBITO PENITENZIARIO E SUGLI INTERVENTI RIABILITATIVI.**

L'Osservatorio Nazionale sul fenomeno della tossicodipendenza, HIV e sindromi correlate in ambito penitenziario e sugli interventi riabilitativi ha avviato, nel corso del 1995, uno studio-ricerca sui metodi di "riduzione del danno" e ha partecipato, in qualità di osservatore, alla giornata di studio sugli istituti a custodia attenuata del 9 giugno 1995, nonché all'Assemblea Nazionale del "Forum Droghe - Movimento per il contenimento dei danni", tenutasi a Roma il 16 dicembre 1995.

## ASSISTENZA SANITARIA

Al fine di proseguire l'attività proficuamente svolta nel triennio '92 - '94, anche per il 1995 è stato disposto il rinnovo delle convenzioni con il personale medico ed infermieristico necessario per il funzionamento degli specifici presidi sanitari, istituiti - fin dal 1991 - in attuazione dei programmi previsti dall'art. 135 del T.U. 309/90.

Il relativo servizio è stato incrementato mediante autorizzazione di ulteriori 21 ore per l'assistenza medica e 20 per quella infermieristica.

Significativo è risultato l'apporto fornito dai suddetti presidi che, nell'esercitare le previste funzioni di raccordo con le équipes delle UU.SS.LL., contribuiscono a rendere più agibile quell'integrazione fra i servizi penitenziari ed i servizi sociosanitari del territorio, nonché ad instaurare una dialettica, fra i due sistemi, caratterizzata da aspetti collaborativi.

Nel corso dell'anno 1995 sono stati stipulati ulteriori 13 accordi convenzionali con le Aziende sociosanitarie del territorio e sono, altresì, state messe a punto strategie di intervento più articolate e mirate, grazie anche alle nuove linee di indirizzo emanate, nel 1994, dalla Commissione Nazionale consultiva e di coordinamento per i rapporti tra questo Dicastero, le Regioni e gli Enti Locali

L'attuale regolamentazione dei rapporti con le Aziende UU.SS.LL. è la seguente su 208 istituti penitenziari, 61 sono convenzionati con i locali Ser.T con rapporti ancora regolamentati da vecchi schemi, usati nel precedente assetto legislativo, pertanto ormai inadeguati al crescente numero dei tossicodipendenti detenuti; n. 89 istituti hanno stipulato accordi quantitativamente adeguati ai principi ed alle nuove linee d'intervento previsti dal T.U. del 1990; risultano tuttora privi di convenzione n. 50 istituti penitenziari distribuiti in particolare nel Sud del territorio nazionale.

Ulteriori 8 istituti intrattengono rapporti collaborativi con le Aziende sanitarie locali, in assenza di formali stipule

## INIZIATIVE ED ATTIVITÀ IN AMBITO AIDS

Risulta di tutta evidenza, dalla lettura delle allegate tabelle la correlazione epidemiologica fra l'infezione da HIV e la categoria dei tossicodipendenti i quali si configurano, quindi, anche in ambito penitenziario, come soggetti particolarmente a rischio.

Fin dall'inizio della diffusione della sindrome da HIV, il Ministero della Sanità - sulla base degli orientamenti espressi dalla Commissione Nazionale per la lotta all'AIDS - ha fornito indicazioni per il controllo della circolazione dell'infezione, ai fini di prevenirne la trasmissione e fissato regole per gli interventi di prevenzione, diagnosi e cura nei confronti di tutti i soggetti, compresi, ovviamente, coloro che si trovano in stato di detenzione.

Non rappresentando il carcere, di per sé, un ulteriore fattore di rischio, in esso sono presenti comunque, in maggiore percentuale rispetto all'esterno, soggetti - tossicodipendenti - più facilmente portatori dell'infezione, la condizione di grande promiscuità, aggravata dal cronico fenomeno del sovraffollamento, spesso non consente nemmeno l'osservanza delle più elementari norme di igiene

La gestione dell'infezione da HIV, in un ambiente così particolare e specifico quale quello penitenziario, pone problematiche delicatissime cui non si può far fronte se non con la collaborazione della società esterna e, in particolare, delle strutture degli organismi sanitari

A questo proposito, si richiama l'attenzione sul principio di "equivalenza delle cure per i detenuti" - posto alla base delle direttive dell'Organizzazione Mondiale della Sanità - che presuppone e impone lo sviluppo e la cooperazione con le strutture sanitarie nazionali o regionali, al fine di garantire al detenuto, in ogni stadio dell'infezione, le stesse cure mediche e psicosociali assicurate agli altri membri della comunità

Un parziale coinvolgimento delle suddette strutture territoriali è stato attuato dal Decreto Interministeriale Sanità - Giustizia del 23 3 1995 che individua, per alcune Regioni, gli Ospedali presso i quali possono essere avviati i detenuti e gli internati

affetti da infezione da HIV per i quali la competente Autorità abbia disposto il piantonamento.

Come è noto, tra quanti sono portatori di infezione da HIV, la recente normativa sull'incompatibilità con lo stato di detenzione - decreto legge 14.5.1993, n. 139, convertito dalla legge 14.7.1993, n. 222 - ha preso in considerazione la ristretta gamma dei malati di AIDS conclamata e di coloro che presentano una grave deficienza immunitaria - secondo i parametri stabili dal D.M. 25.5.1993 - stabilendo, solo per questi ultimi, il divieto della custodia cautelare in carcere ed il rinvio obbligatorio dell'esecuzione della pena.

Si è, però, da più parti rilevato nell'automaticità del meccanismo una inadeguata considerazione per le esigenze di tutela della collettività e la scelta operata dal legislatore è stata più volte sottoposta al giudizio di legittimità della Corte Costituzionale.

Quest'ultima, con le sentenze n. 438 e n. 439 del 18.10.1995, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale degli artt. 146, 1° comma, n. 3 c.p. e 286 bis, 1° comma, c.p.p., nella parte in cui prevedono, rispettivamente, il differimento della pena ed il divieto di custodia cautelare in carcere - nei confronti delle suindicate persone - anche quando l'espiazione della pena e l'applicazione della misura cautelare possano avvenire senza pregiudizio della salute del soggetto e di quella degli altri detenuti.

Le sentenze in argomento, pur senza contraddire le scelte di fondo compiute dal legislatore, impongono un correttivo al sistema vigente, per evitare che gli automatismi previsti dalla summenzionata normativa finiscano per compromettere le esigenze di tutela della collettività.

È stato, in particolare, ritenuto irragionevole "l'allontanamento" dal carcere dei malati di AIDS, a prescindere dall'accertamento, nel caso concreto, della compatibilità delle effettive condizioni di salute del soggetto con la permanenza negli istituti penitenziari.

Ritiene la Corte che spetti "al giudice verificare caso per caso in relazione alle strutture disponibili se l'esecuzione della pena possa avvenire senza pregiudizio per la salute della restante popolazione carceraria che costituisce l'altro dei valori che la

norma ha inteso tutelare". Ne deriva, in sostanza, un invito alle amministrazioni penitenziaria e sanitaria, "ciascuna nel quadro delle proprie competenze ed opportunamente coordinate tra loro", ad adeguare le rispettive strutture per ospitare i detenuti affetti dalle patologie in argomento

La Corte pone l'accento, infatti, sull'esigenza che le medesime tengano conto "del bisogno di cura del singolo e dell'attitudine della condizione restrittiva rispetto alla salvaguardia della salute della popolazione carceraria, predisponendo e incrementando le strutture idonee allo scopo, sia in ambito penitenziario sia nei presidi sanitari esterni cui ricorrere a norma dell'art. 11 dell'ordinamento penitenziario"

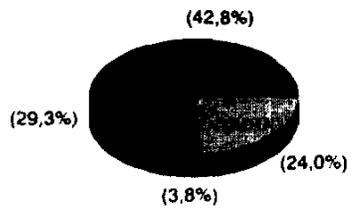
Alla luce di quanto sopra esposto, pertanto, l'Amministrazione penitenziaria ha predisposto un piano di interventi, non sostitutivo degli adempimenti previsti dall'art. 3, 1° comma, della legge n. 222/1993 - e parzialmente attuati con il summenzionato D.I. 23/3/1995 - in ordine alla individuazione degli Ospedali pubblici dove possono essere avviati i detenuti e gli internati affetti da infezione da HIV

Detto piano operativo si articolerà come segue

- a) destinazione di un reparto dei due Centri Clinici di Milano-Opera e di Napoli Secondigliano alla gestione dell'infezione da HIV in fase acuta,
- b) individuazione, nell'ambito di ciascuna Regione, di una struttura penitenziaria con sezione idonea ad accogliere soggetti in fase post-acuzie, ovvero soggetti che, pur essendo affetti da AIDS o da grave deficit immunitario, non necessitano di ricovero né presso gli Ospedali pubblici, né presso i Centri Clinici dell'Amministrazione penitenziaria

<b>Grado di attuazione delle convenzioni</b>	
<b>Situazione al 31/12/1995</b>	
Istituti convenzionati ai sensi della L. 162/90	89
Istituti convenzionati ai sensi della preced. normativa	61
Collaborazioni in assenza di formali stipule	8
Istituti non convenzionati	50
<b>Totale istituti</b>	<b>208</b>

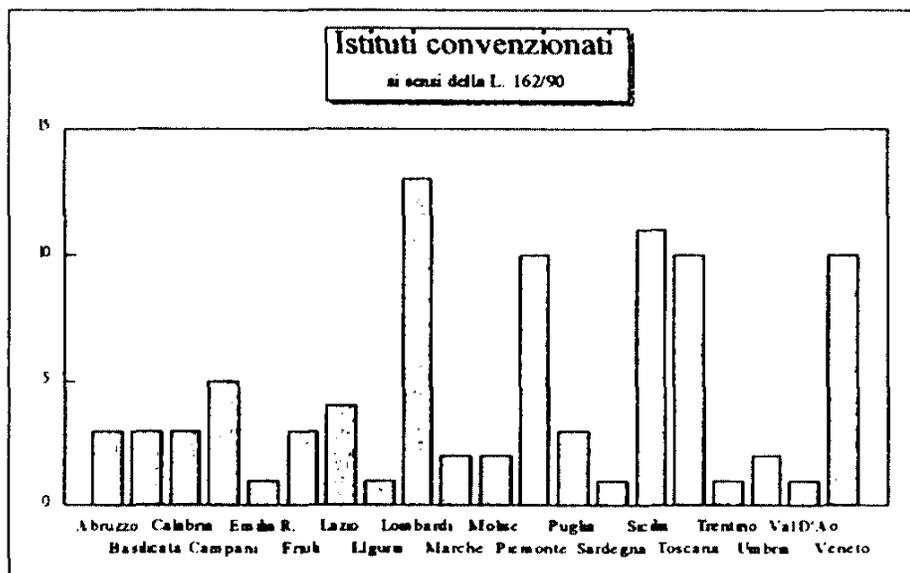
## Attuazione delle convenzioni



- Istituti convenzionati ai sensi della L.162/90
- Istituti convenz. ai sensi della preced. normativa
- Collaborazioni in assenza di formali stipule
- Istituti non convenzionati

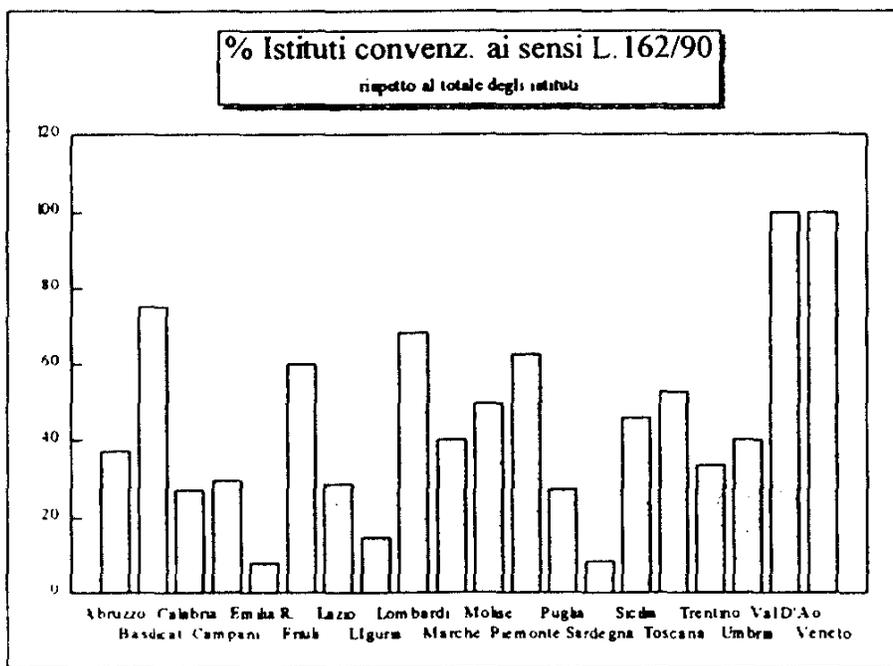
**Distribuzione sul territorio degli istituti convenzionati ai sensi della L. 162/90**

Regioni	Istituti convenzionati
Abruzzo	3
Basilicata	3
Calabria	3
Campania	5
Emilia R.	1
Friuli	3
Lazio	4
Liguria	1
Lombardia	13
Marche	2
Molise	2
Piemonte	10
Puglia	3
Sardegna	1
Sicilia	11
Toscana	10
Trentino	1
Umbria	2
Val D'Aosta	1
Veneto	10
<b>Totale naz.</b>	<b>89</b>



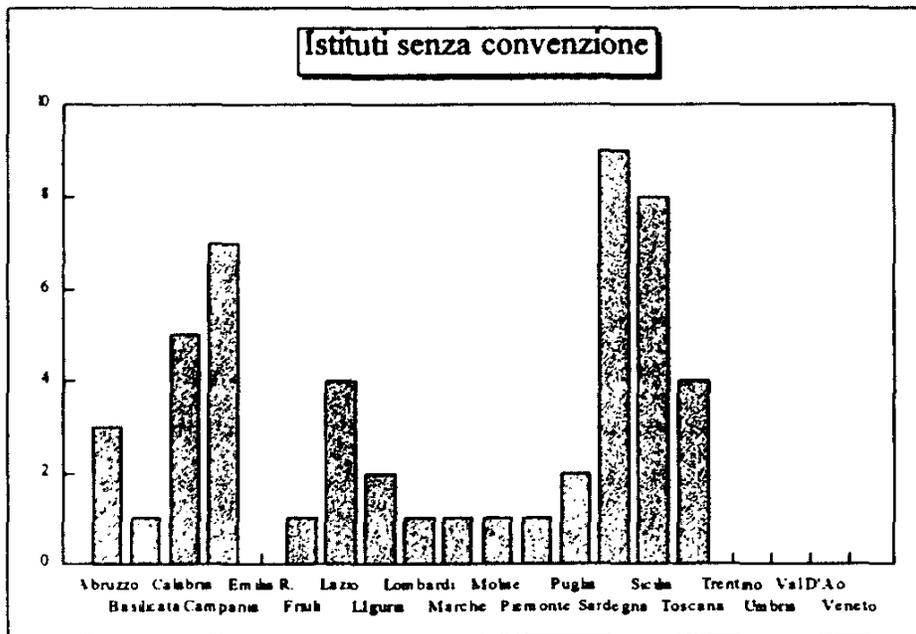
**Istituti convenzionati rispetto al totale degli istituti  
ai sensi della L. 162/90**

REGIONI	Percent. Conv/Ist
Abruzzo	37,50
Basilicata	75,00
Calabria	27,27
Campania	29,41
Emilia R.	7,69
Friuli	60,00
Lazio	28,57
Liguria	14,29
Lombardia	68,42
Marche	40,00
Molise	50,00
Piemonte	62,50
Puglia	27,27
Sardegna	8,33
Sicilia	45,83
Toscana	52,63
Trentino	33,33
Umbria	40,00
Val D'Aosta	100,00
Veneto	100,00
Percentuale nazionale	42,79



**Istituti senza convenzione**

Regioni	Istituti senza Convenz.
Abruzzo	0
Basilicata	0
Calabria	0
Campania	0
Emilia R.	0
Friuli	0
Lazio	0
Liguria	0
Lombardia	0
Marche	0
Molise	0
Piemonte	0
Puglia	0
Sardegna	0
Sicilia	0
Toscana	0
Trentino	0
Umbria	0
Val D'Aosta	0
Veneto	0
<b>Totale naz.</b>	<b>50</b>



## **PIANO INFORMATIVO RIVOLTO AGLI OPERATORI PENITENZIARI**

Durante l'anno 1995 l'Ufficio Centrale della Formazione ha realizzato le seguenti attività, previste rispettivamente

- a) dall'art 135, comma 3 della legge 309/90.
- b) dall'art 127, comma 5 della legge 309/90.

### *A) ART 135, COMMA 3 DELLA LEGGE 309/90*

#### *1) CORSI DI RIQUALIFICAZIONE DI 1° LIVELLO*

L'attività si è sviluppata nel 1995 con l'istituzione di complessivi 67 corsi di 1° livello, rivolti particolarmente al personale di polizia penitenziaria addetto alle sezioni per tossicodipendenti, laddove queste esistevano, o che comunque operanti in strutture penitenziarie con elevata presenza di detenuti tossicodipendenti ed alcooldipendenti

La specificità dei corsi di primo livello ha avuto il suo fondamento in un primo approccio al fenomeno della tossicodipendenza ed alcooldipendenza, attraverso la presentazione del problema, soprattutto nei suoi aspetti farmacologici, sociali, con particolare riguardo allo specifico penitenziario.

#### *2) CORSI DI RIQUALIFICAZIONE 2° LIVELLO*

I corsi di secondo livello hanno visto la partecipazione di operatori che, nella quasi totalità avevano già acquisito conoscenze di tipo teorico sull'argomento, attraverso i corsi di 1° livello. In particolare ampio spazio hanno avuto tematiche riguardanti la psicologia relazionale, soprattutto per ciò che concerne le dinamiche interpersonali e familiari. Le problematiche legate alla tossicodipendenza quindi, sono state affrontate in un'ottica pluridimensionale.

### *3) CORSI DI RIQUALIFICAZIONE PER O.P.G.*

I corsi per O.P.G. hanno, come i corsi di primo livello, consentito di presentare a tutto il personale, gli aspetti normativi e sanitari della tossicodipendenza in generale e, nella seconda fase, fornito fondamentali nozioni sulla specifica materia delle misure di sicurezza collegate alla cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti.

Tutti i corsi, strutturati di regola su tre settimane, sono stati rivolti a piccoli gruppi di operatori (10-20 unità) di Polizia penitenziaria, integrati da operatori di altre professionalità (medici, infermieri, educatori, assistenti sociali...) nonché da operatori dei Ser T. convenzionati con le singole strutture.

Ampio spazio è stato dato alla discussione, guidata da un docente, in gruppi ancor più ridotti nel numero, onde favorire la partecipazione attiva di tutti i corsisti, la evidenziazione e la soluzione pratica di problemi organizzativi, in una reale integrazione operativa dei partecipanti rispetto al medesimo target di detenuti

I corsi hanno avuto inizio nel settembre 1995 e molti di essi sono tuttora in fase di svolgimento

Dalle valutazioni pervenute si evidenzia comunque un buon risultato e l'impegno di tutti a continuare un percorso formativo di progressivo approfondimento

### *B) PROGETTI FINALIZZATI EX ART. 127 COMMA 5 D.L. 309/90*

I progetti presentati nel 1993 al Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga sono stati approvati nel 1994 - come si evince dal Comunicato della presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento degli Affari Sociali - pubblicato nella G U n 28 del 9 6 94. Essi sono stati realizzati nel corso del 1995.

Detti progetti riguardano:

- 1) Corsi di formazione e ricerca metodologica per Assistenti sociali che operano nei confronti di tossicodipendenti ed alcooldipendenti in esecuzione penale esterna.

I Corsi per la ricerca metodologica avevano come obiettivo quello di approfondire tecniche e metodologie di servizio sociale, nei confronti di soggetti tossicodipendenti o alcooldipendenti in esecuzione di misure alternative e delle loro famiglie

Tale obiettivo ha, da una parte rinnovato la consapevolezza del ruolo professionale di ciascun operatore, dall'altro ha permesso l'acquisizione di nuove metodologie di intervento, attraverso il coinvolgimento degli interlocutori esterni al settore penitenziario, attraverso l'informazione reciproca che nel prossimo futuro potrà permettere una fattiva integrazione ed il coordinamento degli interventi

A questi Corsi hanno partecipato tutti gli assistenti sociali che operano presso i C S S A , assistenti sociali dei Ser.T. e delle Prefetture, e delle Comunità ricomprese nel territorio di competenza degli stessi.

- 2) Corsi pilota interprofessionali per la riqualificazione del personale dell'amministrazione penitenziaria, impegnato nel trattamento, recupero e reinserimento di detenuti tossicodipendenti ed alcooldipendenti

Alla base di detto progetto vi è l'obiettivo primario di una valida risposta formativa agli operatori riguardo al bisogno di acquisire la capacità di instaurare un rapporto di valida comunicazione con soggetti affetti da tossicodipendenza ed alcooldipendenza, nonché di stabilire relazioni umane e professionali soddisfacenti e tecnicamente adeguate

Altro obiettivo è quello di favorire l'integrazione interdisciplinare tra tutti gli operatori penitenziari, chiamati a confrontarsi sugli stessi contenuti formativi e sulle comuni competenze nei confronti dei soggetti tossicodipendenti ed alcooldipendenti

I partecipanti sono stati individuati con l'obiettivo di preparare delle équipes interprofessionali di lavoro negli istituti a custodia attenuata o con una sezione organizzata per tossicodipendenti.

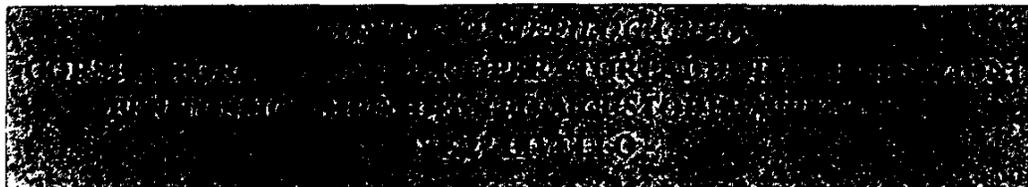
A tale scopo sono stati istituiti 18 corsi, che hanno toccato le realtà di 42 istituti penitenziari, ed i relativi Centri di Servizio Sociale.

I corsi hanno visto la partecipazione di tutte le categorie di personale che si occupano di tossicodipendenti ed alcooldipendenti, ed hanno preso avvio negli scorsi mesi di novembre - dicembre con il primo modulo, i restanti due verranno realizzati nel corso del 1996. Per questo motivo non si hanno i dati definitivi.

Concludendo, le attività di formazione realizzate con i fondi assegnati a questo Ufficio per la riqualificazione del personale in tema di tossicodipendenza ed alcooldipendenza, durante questo anno, sono state pertanto rivolte a un rilevante numero di dipendenti e, nell'approccio con il tossicodipendente - alcooldipendente detenuto, sono stati forniti gli strumenti atti a facilitare l'integrazione dei ruoli.

Particolarmente significative, sulle altre, sono state le esperienze condotte nell'attuazione dei progetti finalizzati ex art. 127 comma 5 D.L. 309/90 che hanno permesso, oltre al confronto istituzionale, anche quello tra istituzioni diverse, permettendo anche l'inizio di un lavoro di rete, quanto mai necessario in questo contesto.

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI



ISTITUTI	CORSI - 1° LIV.	ISTITUTI	CORSI - 2° LIV.
SAN SEVERO	3	MODENA	1
RAVENNA	2	PIACENZA	3
RIMINI	3	CROTONE	6
FERRARA	4	LIVORNO	2
CAGLIARI	2	GENOVA MARASSI	2
CASTROVILLARI	3	GENOVA PONTEDECIMO	1
EMPOLI	4	IMPERIA	1
MASSA	1	GIARRE	4
COMO	1	MESSINA	2
CARINOLA	4	EBOLI	1
EBOLI	2	LAURO	3
GRAGNANO	3	MATERA	1
LAURO	1	MELFI	1
VICENZA	2	ROMA REGINA COELI	1
ENNA	1	ROMA REBIBBIA C.C.N.C.	3
LANCIANO	1	BIELLA	1
L'AQUILA	1	IVREA	2
VASTO	6		
MATERA	1		
POTENZA	11		
ROMA REGINA COELI	1		
ROMA REBIBBIA C.C.N.C.	6		
ROMA REBIBBIA C.R.	6		
VITERBO C.C.N.C.	7		
BIELLA	1		
<b>TOTALE</b>	<b>78</b>	<b>TOTALE</b>	<b>35</b>

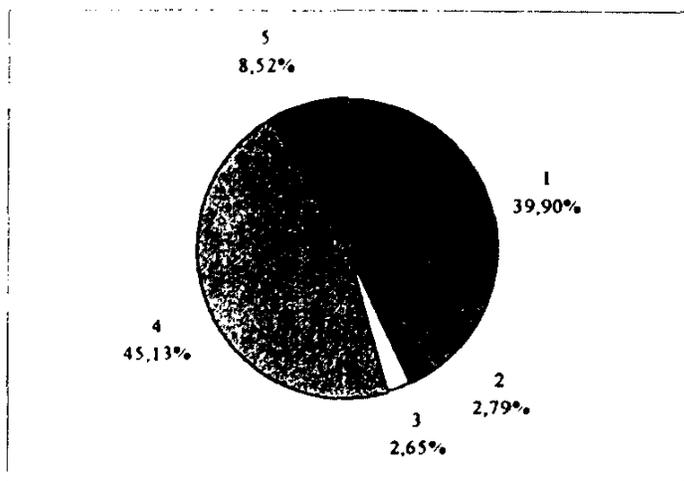
CORSI DI PSICHIATRIA GIURIZIARIA			
AVERSA	5	NAPOLI	7
BARCELLONA	4	REGGIO EMILIA	4
<b>TOTALE</b>		<b>TOTALE</b>	<b>20</b>

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

PROGETTO DI LEGGE  
N. 1000  
C. S. S. A. - OSSERV. - PREFET. - SERT - COM. EELL - TOTALE

C. S. S. A. - OSSERV. - PREFET. - SERT - COM. EELL - TOTALE

C.S.S.A.	OSSERV.	PREFET.	SERT	COM.EELL	TOTALE



- Legenda:**
- 1 - C.S.S.A.
  - 2 - ASS.SOC. DELLE PREF.
  - 3 - OSSERVATORI
  - 4 - ASS. SOC. DEI SERT.
  - 5 - ASS. SOC. DELLE  
COMUNITA' E DEGLI  
EELL.

**CORSI PILOTA**  
PROGETTO INVALIZZATI C.A.T. 1974

**CORSI NUMERO: 18**

**ISTITUTI COINVOLTI: 42**

## ESECUZIONE PENALE ESTERNA

### *1) Progetti di inserimento lavorativo di soggetti tossico e alcooldipendenti e malati di AIDS in esecuzione penale esterna.*

L'iniziativa, che ha avuto inizio nel 1992, è stata autorizzata ai sensi dell'art. 127 T U 309/90 ed è continuata negli anni successivi con il finanziamento ordinario sul capitolo 2120 ex art. 135 T U 309/90

Per tali progetti di inserimento lavorativo, nell'esercizio finanziario 1995, erano stati stanziati lire 1.500.000.000 di cui 1.000.000.000 quale nuova assegnazione, 500.000.000 come residuo di stanziamento dell'anno 1994.

In base alle richieste avanzate dai C.S.S.A., sono stati assegnati fondi per lire 1.067.496.000, di questi sono stati utilizzati o impegnati per progetti che proseguono nel '96, lire 570.303.391

La non piena utilizzazione dei fondi, anche se maggiore rispetto agli anni precedenti, è dovuta a diversi fattori obbiettivi:

- a) complessità dell'individuazione di soggetti che possono usufruire dei contributi,
- b) il reperimento di risorse sul territorio idonee e disposte a collaborare,
- c) la necessaria subordinazione dell'avvio del singolo progetto all'esito della decisione della Magistratura di Sorveglianza,
- d) i tempi tecnico burocratici che regolano la contabilità dello Stato

### *2) Borse di studio per assistenti sociali e direttori di Servizio Sociale; progetto autorizzato ex art. 127 T.U. 309/90.*

Il progetto, approvato nel 1994 con lo stanziamento di lire 350.000.000, è stato realizzato completamente e i fondi sono stati interamente utilizzati in particolare sono state erogate 100 borse di studio, ad 83 assistenti sociali e a 17 direttori di Servizio Sociale, per l'importo lordo di lire 3.500.000 cadauna

**3) Progetto di sviluppo di un'applicazione dedicata alla informatizzazione dei C.S.S.A., autorizzato ai sensi dell'art. 127 T.U. 309/90.**

Per quanto si riferisce al progetto di sviluppo di un'applicazione dedicata alla informatizzazione dei C.S.S.A., dotazione di personal computers collegati in rete, lo stanziamento di un miliardo di lire, è stato impegnato per intero.

Il progetto comprende l'acquisto di P.C. e relativa strumentazione tecnica di supporto per il collegamento in rete:

- 1) all'interno di ogni C.S.S.A., I.S.D.N. in gruppo chiuso;
- 2) dei C.S.S.A. tra di loro;
- 3) dei C.S.S.A. con l'ufficio IV;
- 4) il collegamento in rete di 7 C.S.S.A. con 7 istituti, area pedagogica, per ora in via sperimentale, per la trasmissione dei dati relativi all'attività di osservazione e trattamento. Presso l'ufficio IV è previsto un "Help-Desk" per l'assistenza e verifica dell'attuazione del programma nelle strutture periferiche. Il progetto prevede, altresì, l'addestramento di 210 operatori, responsabili dei servizi e operatori di varie qualifiche.

Inoltre, ai sensi sempre del T.U. 309/90 sono state stipulate, da parte di 10 C.S.S.A., 64 convenzioni con i relativi protocolli d'intesa, in attuazione del documento approvato il 10 marzo 1994 dalla Commissione Nazionale consultiva e di coordinamento per i rapporti tra il Ministero di grazia e giustizia, le Regioni e gli Enti Locali

Gli altri 42 C.S.S.A. hanno in corso le trattative e gli accordi sono in fase più o meno avanzata, secondo le difficoltà delle realtà dove operano.

Questo documento, che contiene linee di indirizzo, schemi di convenzione e di protocollo operativi, propone di realizzare modalità operative integrate tra i servizi specifici delle Aziende sanitarie locali, i Ser.T., gli istituti penitenziari e i Centri di servizio sociale preposti alla gestione dell'esecuzione penale intramuraria e extramuraria

Propone altresì di realizzare modalità omogenee, di operare su tutto il territorio nazionale, pur con i limiti posti dalle diverse realtà locali.

L'attuazione di questo importante accordo operativo è stata lenta e, in molti casi, non è ancora realizzata

Le difficoltà maggiori sono intervenute da parte degli Enti Locali, che, a seguito dei limiti posti dalla finanziaria, hanno ristrutturato le UU SS.LL. riducendole nel numero e trasformandole in Aziende Sanitarie Locali; in molti casi non hanno provveduto ad adeguare i servizi Ser T in particolare per quanto riguarda gli organici

Per cui anche se nell'operatività quotidiana i Ser T collaborano, quasi ovunque, con gli Istituti e con i Centri di Servizio Sociale, ancora in molti casi non si è addivenuto ad una stipula delle convenzioni e dei protocolli operativi tra i servizi dell'Amministrazione Penitenziaria e tutte le A.S.L. esistenti sul territorio nazionale

L'unica regione che ha dato piena attuazione agli accordi è stata la Lombardia, in altre Regioni come il Veneto, la Toscana, la Basilicata, la Sicilia Orientale, alcuni C S S A hanno stipulato convenzioni solo con parte delle A S L di competenza, in altre le convenzioni sono in stato di più o meno avanzata attuazione

## **ATTIVITA' TRATTAMENTALI INTRAMURARIE**

### *Lavoro e formazione professionale*

Si è proseguito nella realizzazione di quegli interventi idonei a delineare un percorso di reinserimento sociale per i detenuti tossicodipendenti in un numero sempre maggiore di istituti ubicati nelle diverse realtà locali del territorio nazionale. Si sono pertanto organizzate attività culturali ricreative e sportive, corsi di formazione professionale e allestiti laboratori a carattere artigianale, con l'apporto di esperti provenienti da organismi territoriali o dalla realtà sociale esterna. L'esperienza ormai acquisita dalle strutture periferiche dell'Amministrazione e dalle direzioni degli istituti consente, infatti, un sempre maggiore coinvolgimento in tali attività di Enti territoriali, di associazioni culturali e di cooperative, in conformità ad una strategia ritenuta fin dall'inizio indispensabile per l'ottenimento di risultati concreti. Il modello di intervento è sempre finalizzato ad offrire ai detenuti tossicodipendenti una gamma di opportunità

tendenti a modificare i loro modelli comportamentali e far migliorare la loro situazione di vita complessiva.

In primo luogo si persegue l'obiettivo di far utilizzare a tali soggetti proficuamente il tempo libero, venendo incontro a quelle esigenze di movimento e di espressività che si sviluppano in massimo grado in un ambiente ristretto come quello carcerario. A questi interventi si affianca la realizzazione delle iniziative volte a fornire strumenti per l'autorealizzazione personale e l'acquisizione di capacità e autonomia lavorative, attraverso la frequenza a corsi di formazione e l'apprendimento in laboratori artigianali.

In alcuni istituti la loro tipologia è stata individuata in relazione alle esigenze del mercato esterno, al fine di agevolare il reperimento di una occupazione all'esterno. In tale ottica sempre più impulso è stato dato ai corsi d'informatica che risultano particolarmente graditi ad una categoria di detenuti prevalentemente appartenenti ad una fascia giovane.

Appare in espansione anche la realizzazione dei progetti finalizzati alla informazione dei detenuti su tematiche di particolare interesse, quali quelle relative alla infezione da H.I.V., ai danni relativi all'uso di stupefacenti, nonché alle possibilità e opportunità di cure e di assistenza esistenti sia all'interno che all'esterno del carcere.

Si rileva, comunque, rispetto agli anni precedenti, una maggiore attenzione al problema e, soprattutto, una migliore acquisizione delle modalità con cui è possibile dar corso agli interventi.

Ancora difficile, inoltre, risulta per gli istituti posti nelle Regioni dell'Italia meridionale, assicurarsi la collaborazione degli organismi territoriali per l'organizzazione di attività significative sul piano trattamentale, attese le carenze e le difficoltà in cui versano gli Enti Locali del sud. Si può però affermare che la cultura dell'intervento a favore dei detenuti tossicodipendenti si è progressivamente consolidata, attraverso un processo di crescita da parte di tutti i soggetti interessati.

In tale ottica sarebbe auspicabile e proponibile una definizione "ordinaria" delle disponibilità finanziarie finalizzate alle problematiche della tossicodipendenza, considerando la ormai acquisita specifica capacità progettuale

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

**ELENCO DEGLI INTERVENTI REALIZZATI DAGLI ISTITUTI  
A FAVORE DEI DETENUTI TOSSICODIPENDENTI  
D.P.R. n. 309/90 ANNO 1995**

PROVVEDITORAT	ISTITUTI	ATTIVITÀ PROGRAMMATE
<b>BOLOGNA</b>	C.L. CASTELFRANCO	Allestimento laboratorio d'informatica Corsi di formazione professionale d'informatica Acquisto materiale sportivo
	C.C. FORLÌ	Corsi di formazione professionale di: ceramica, sartoria, operatore stampa, educazione fisica. Acquisto materiale sportivo.
	C.C. RIMINI	Corso di giornalismo - Corso di laboratorio teatrale
	C.C. BOLOGNA	Materiale aule scolastiche. Organizzazione attività cult. ric. e sport. Corsi di formazione professionale per orto-floro vivaisti.
<b>PALERMO</b>	C.C. SCIACCA	Attrezzatura per corso di cucina - acquisto televisore schermo gigante, videoregistratore, giochi da tavolo, calcio-balilla, per sala socialità.
	C.C. CALTANISSETT	Organizzazione delle attività culturali ricreative e sportive
	C.C. MARSALA	Organizzazione delle attività culturali ricreative e sportive
<b>PERUGIA</b>	C.C. PERUGIA	Allestimento di laboratorio per attività lavorative artigianali Corsi di formazione professionale
	C.R. ORVIETO	Organizzazione delle attività culturali ricreative e sportive
	C.R. SPOLETO	Organizzazione delle attività culturali ricreative e sportive
	C.C. TERNI	Organizzazione delle attività culturali ricreative e sportive
<b>PADOVA</b>	C.C. BELLUNO	Allestimento di laboratorio per attività teatrale Corsi di formazione teatrale. Acquisto giochi da tavolo.
	C.C. PORDENONE	Allestimento di laboratori di legatoria e d'informatica Corsi di formazione professionale di legatoria e d'informatica.
	C.C. TREVISO	Acquisto attrezzature sportive Allestimento di laboratorio per informatica
	C.C. PADOVA	Acquisto attrezzature sportive e giochi da tavolo.
<b>MESSINA</b>	C.C. MESSINA	Allestimento di laboratorio per giardinaggio Corsi di formazione professionale per estetista e per restauratore Organizzazione delle attività culturali ricreative e sportive Acquisto di attrezzi musicali e materiale sportivo
<b>TORINO</b>	C.C. ALESSANDRIA	Allestimento di laboratorio per attività lavorative artigianali Corsi di formazione professionale
	C.C. IVREA	Allestimento di laboratorio per attività lavorative artigianali
	C.C. TORINO	Allestimento di laboratorio per attività lavorative artigianali
	C.C. VERCELLI	Allestimento di laboratorio per attività lavorative artigianali Corsi di formazione professionale
	C.R. FOSSANO	Corsi di formazione professionale
<b>ROMA</b>	C.C.F. REBIBBIA	Allestimento di laboratorio per attività lavorative artigianali
	C.R. REBIBBIA	Organizzazione delle attività culturali ricreative e sportive
	C.C. N.C. REBIBBIA	Organizzazione delle attività culturali ricreative e sportive
	C.R. CIVITAVECCHIA	Organizzazione delle attività culturali ricreative e sportive
	C.C. LATINA	Organizzazione delle attività culturali ricreative e sportive
	C.C. CASSINO	Organizzazione delle attività culturali ricreative e sportive
	C.C. RIETI	Organizzazione delle attività culturali ricreative e sportive

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

PROVVEDITORAT	ISTITUTI	ATTIVITÀ PROGRAMMATE
MILANO	C.C. MONZA	Allestimento di laboratorio per attività lavorative artigianali Organizzazione delle attività culturali ricreative e sportive
	C.C. BRESCIA	Allestimento di laboratorio per attività lavorative artigianali Corsi di formazione professionale
	C.C. BUSTO ARSIZIO	Organizzazione delle attività culturali ricreative e sportive Allestimento di laboratorio di informatica
	C.C. VIGEVANO	Corsi di educazione fisica Corsi di aiuto cuoco
	C.R. MILANO OPERA	Allestimento di laboratorio per attività lavorative artigianali
	C.C. PAVIA	Corsi di formazione professionale Organizzazione delle attività culturali ricreative e sportive
PESCARA	C.C. L'AQUILA	Organizzazione di un corso di giardinaggio e acquisto di una serra
	C.C. SULMONA	Organizzazione delle attività culturali ricreative e sportive
CAGLIARI	C.C. ORISTANO	Allestimento di laboratorio per attività lavorative artigianali
GENOVA	C.C. PONTEDECIMO	Allestimento laboratorio di bigiotteria - corso di elettricista Laboratorio multimediale per alfabetizzazione informatica
	C.C. LA SPEZIA *	Locale multivalente per attività ricreative. Conferenza su AIDS
	C.C. CHIAVARI *	Cineforum . Corso di attività motorie
	C.C. IMPERIA *	Corso di cucito - Corso per corniciaio Laboratorio teatrale.
	C.C. SANREMO *	Laboratori artigianale, musicale, teatrale Attività motorie.
NAPOLI	C.R. EBOLI	Allestimento di laboratori per la lavorazione del ferro e del legno Corsi professionali per elettricisti. Acquisto materiale per cineforum. Attività teatrale

N.B. Agli istituti contrassegnati con l'asterisco il finanziamento è stato concesso nel 1994, ma hanno attivato le iniziative nel corso del 1995

## LEGENDA

C.C. Casa Circondariale                      C.R. Casa di Reclusione  
C.C.F. Casa Circondariale Femminile    C.L. Casa di Lavoro



*Ufficio Centrale per la Giustizia Minorile*



Nel 1995 sono state avviate alcune iniziative migliorative della attività in ambito tossicodipendenza attraverso una costante azione di impulso e di propulsione esercitata da questo Ufficio.

L'azione unitaria dei servizi si è sviluppata nell'ambito dell'esercizio dei diritti del minore secondo i canoni e le direttive imposte dalla Convenzione internazionale dell'ONU sui diritti del fanciullo del 1989, ratificata dall'Italia con la Legge n°176, del 27.5.91.

In questo quadro di riferimento le attività connesse alla prevenzione, alla cura, e alla riabilitazione degli stati di tossicodipendenza hanno trovato concreta applicazione a tre livelli di intervento.

1 applicazione delle strategie di indirizzo nell'ambito delle linee indicate dalla Commissione nazionale di coordinamento per i rapporti tra il Ministero di Grazia e Giustizia e le Regioni, secondo la legislazione vigente;

2 organizzazione dell'intervento istituzionale e interistituzionale avvalendosi del sistema di monitoraggio specifico per la rilevazione e la elaborazione di dati e informazioni statistiche,

realizzazione dei progetti finalizzati al miglioramento organizzativo delle metodologie e dell'intervento.

### *Strategie e linee di indirizzo*

In questo ambito è stato dato impulso alla realizzazione dell'azione integrata tra servizi penali dipendenti e servizi territoriali degli enti locali sia per quanto attiene la programmazione generale, relativa a specifici bacini di utenza, sia per quanto attiene la programmazione e l'attività terapeutica finalizzata al trattamento dei singoli casi.

Le iniziative intraprese, in tal senso, sono state attivate mediante convenzione con le comunità terapeutiche, protocolli operativi o accordi informali con i servizi territoriali antidroga, tenuto conto dei particolari istituti giuridici entro cui è collocato l'intervento penale I protocolli operativi predisposti e applicati nel corso dell'anno hanno messo a fuoco, in prevalenza, la costruzione del programma curativo e riabilitativo, prevedendo le forme di collaborazione ed compiti sotto indicati:

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- gli operatori dei Ser T e quelli dei servizi minorili formulano il programma congiunto,
- i Ser T hanno la responsabilità di eseguire il programma legato alla condizione di tossicodipendenza in qualunque struttura risieda il minore,
- i servizi della Giustizia Minorile (Centro di Prima Accoglienza, Ufficio di Servizio Sociale per Minorenni, Istituto Penale per Minorenni), forniscono e aggiornano tutti gli elementi di conoscenza del minore e delle prescrizioni imposte dall'Autorità Giudiziaria;
- la direzione dei servizi della giustizia e quella dei Ser T procedono, con scadenza periodica da concordare, alla verifica congiunta sull'applicazione del protocollo operativo e sull'attuazione del programma terapeutico e riabilitativo, valutando i risultati conseguiti e formulando proposte per il miglioramento del servizio. Dell'esito di tali incontri è informato il Magistrato di sorveglianza.

Per realizzare, inoltre, l'integrazione dell'azione tra i diversi soggetti interessati è stata data continuità e sistematicità all'attività di formazione degli operatori interni per la materia attinente la tossicodipendenza e degli operatori delle diverse istituzioni interessate all'attuazione di seminari a partecipazione integrata.

In sostanza, al di là delle iniziative formalizzate, è stata costante la ricerca della piena collaborazione, competente e professionalmente adeguata, di tutte le istituzioni e dei relativi servizi operativi, chiamati a fronteggiare il fenomeno della tossicodipendenza e a dare risposta ai giovani in situazione di devianza.

Tra le iniziative avviate, si è dato particolare impulso alla definizione delle procedure per l'istituzione della Commissione regionale di programmazione e di coordinamento tra i Centri per la Giustizia Minorile e gli Assessorati ai servizi sociali delle Regioni, in attuazione dell'art 13 del D L vo 272/89 (norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del D P R n°448 del 22 9 1988).

Tali procedure sono attualmente nella fase conclusiva, avendo molte Regioni già predisposto le rispettive delibere dirette alla costituzione delle predette Commissioni, che si attiveranno nel corso del 1996.

Secondo le linee di indirizzo messe in atto, il percorso operativo per la rilevazione della condizione di tossicodipendenza prende avvio dalla visita medica a cui sono sottoposti tutti i

minori che entrano nei servizi chiusi e dal primo colloquio con gli operatori dei Servizi Sociali per i Minorenni.

Qualora necessario, si avvia, con la partecipazione del minore, la formulazione di un programma terapeutico socio-riabilitativo personalizzato con la diretta partecipazione degli operatori del Ser.T. che ne assumono la diretta responsabilità tecnico-gestionale.

Nel caso in cui il minore rifiuti l'accertamento sul proprio grado di tossicodipendenza, viene avviata un'opera di convincimento da parte dell'operatore. Nel programma di trattamento verranno utilizzati gli spazi e le occasioni per risolvere i problemi immediati legati allo stato di tossicodipendenza.

Sul versante della programmazione, particolare attenzione è stata posta al miglioramento del sistema strumentale informatico e alla problematica esistente nei Paesi europei circa la diffusione del fenomeno e la strategia più idonea per affrontarlo.

In questa direzione è stato realizzato un progetto interministeriale sulla razionalizzazione e implementazione dei flussi informativi, con l'obiettivo di realizzare anche un sistema informatico aperto ai collegamenti con le iniziative assunte dall'Unione Europea.

Questo Ufficio ha fornito il proprio contributo di competenza e di esperienza nello studio e nella predisposizione del progetto, che sarà avviato nel corso del 1996.

### *Aspetti giuridico-legislativi*

L'ordinamento penale minorile, basato essenzialmente nel Codice Penale, nel D.P.R. 448/88, nella Legge n°354/75 e successive modifiche dirige i propri effetti su talune fattispecie giuridiche collegate alle specifiche norme contenute nel Testo Unico 309/90 in materia di sostanze stupefacenti e psicotrope. Tali categorie giuridiche sono così individuabili:

- soggetti imputati a piede libero che abbiano in corso un programma terapeutico e socio-riabilitativo, o che ne facciano richiesta;

- soggetti imputati consumatori di sostanze stupefacenti, in custodia cautelare o in esecuzione di altro tipo di misura cautelare che intendano sottoporsi ad un programma terapeutico e socio-riabilitativo;

- soggetti in espiazione di pena, consumatori di droga, il cui piano di trattamento penitenziario contempli un programma terapeutico e socio-riabilitativo;

- soggetti che fanno uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, in esecuzione di misura di sicurezza del Riformatorio giudiziario che intendono sottoporsi ad un programma terapeutico e socio-riabilitativo.

L'intervento di natura preventiva e socio-riabilitativa è destinato a:

- minori di età compresa tra i 14 e i 18 anni;
- ragazzi che, nel corso della esecuzione della misura penale, hanno tra i 18 ed i 21 anni (non compiuti);

- soggetti per i quali l'esecuzione della misura ha inizio dopo il compimento del diciottesimo anno di età per pena erogata prima della maggiore età

Nel disporre le misure cautelari, previste dal D P R 448/88, il Giudice deve tenere conto, ai sensi dell'art 89 del D P R. 309/90, dei processi educativi e dei programmi terapeutici in atto

Nel contesto applicativo delle misure cautelari sono stati realizzati interventi diretti alla condizione di tossicodipendente nell'ambito delle misure previste dagli articoli 20, 21 e 22 del D P R 448/88

In particolare per le prescrizioni e per la permanenza in casa, che necessitano di potenziamento nell'utilizzazione, è previsto la formulazione di un piano d'intervento che contempla il rispetto di specifici comportamenti, indicati dal Magistrato, per i minori tossicodipendenti.

Sullo stato applicativo delle norme contenute nel citato D.P.R., che detta norme in materia di prevenzione, cura e riabilitazione degli stadi di tossicodipendenza, in particolare per i casi ipotizzati dagli artt. 91, 92 e 94, non risultano essersi verificati casi di sospensione della pena detentiva o della misura dell'affidamento in prova.

Ciò è dovuto all'esiguo numero di ragazzi presenti nell'istituto penale per minorenni in espiazione di pena detentiva o in carico all'Ufficio di servizio sociale per l'esecuzione di misure alternative alla pena detentiva.

Le precedenti ipotesi si sono verificate, invece, per i minori interessati dai reati contemplati nell'art 73 del citato D.P.R.

Sul piano applicativo si sono registrati problemi per i minori extracomunitari, utilizzati dalla criminalità organizzata per lo spaccio di sostanze stupefacenti e per la commissione di altri reati. In particolare, al di là dei problemi legati alla difficoltà di organizzare ed attuare una qualunque forma di intervento, di prevenzione e di cura nei confronti di questi minori, è stata rappresentata dai Tribunali per i Minorenni la difficoltà di poter intervenire su soggetti non identificabili, sia per quanto attiene la nazionalità che riguardo i dati anagrafici.

Questa Amministrazione ha promosso un intervento presso il Ministero degli Affari Esteri e il Ministero dell'Interno per ricercare, congiuntamente, coinvolgendo anche in particolare le Autorità consolari dei Paesi nordafricani, possibili sbocchi amministrativi diretti a superare le denunciate difficoltà relative alla identificazione dei minori interessati.

Allo stesso tempo ci si è adoperati affinché fosse recepita, nell'ambito della formulazione del D.L. 8 novembre 1995 n. 489, l'esigenza di prevedere contesti che limitino i movimenti per il tempo necessario alla identificazione.

Sul piano organizzativo delle attività destinate agli extracomunitari con problemi di tossicodipendenza presenti nei Servizi penali minorili, è stata prevista la utilizzazione di mediatori culturali con il compito di aiutare e sostenere questi minori, fornendo loro la piena fruibilità dei servizi.

La figura del mediatore ha permesso di ridurre gli stati ansiogeni dei minori, di stabilire un canale di comunicazione con le Autorità consolari dei Paesi di appartenenza, e, in qualche caso, di giungere alla identificazione del nucleo originario di provenienza.

Nel corso dell'anno è stato realizzato, inoltre, uno finalizzato alla realizzazione di un sistema di intervento in materia di mediazione giudiziaria penale, nel quadro degli spazi interpretativi resi possibili dalla vigente normativa penale e, in particolare, dal D.P.R. 448/88. In sostanza, prendendo spunto dalla specifica disposizione contenuta nell'art 28 (*sospensione del procedimento penale e messa alla prova*), si è voluto incentivare l'adozione di altre

specifiche norme, destinate ai minori, tese alla riconciliazione con la vittima, alla riparazione del danno e alla riduzione della conflittualità sociale.

Tale studio ha fornito risposte favorevoli che permetteranno, nel corso del 1996, la organizzazione e la sperimentazione di un intervento specifico anche per reati e comportamenti legati all'uso e alla detenzione di sostanze stupefacenti e psicotrope.

La sperimentazione riguarderà casi interessati al programma di cure e riabilitazione per minori tossicodipendenti.

Sul piano legislativo, infine, è stata posta allo studio la revisione della Legge 19.7.91, n°216, in scadenza nel 1996, che finanzia progetti destinati alla prevenzione del reato, con l'obiettivo di dare collegamento armonico agli interventi destinati alla prevenzione primaria, di competenza del Ministero dell'Interno, e alla prevenzione secondaria, di competenza del Ministero di Grazia e Giustizia.

La materia è posta all'attenzione del gruppo tecnico minorile, facente capo alla Commissione nazionale consultiva e di coordinamento per i rapporti con le Regioni e gli enti locali, che provvederà a elaborare e presentare una proposta entro breve tempo, che riguarderà anche la condizione dei minori con problemi di droga.

#### *DATI E ANDAMENTO STATISTICO*

Nelle tabelle sono illustrati i dati relativi ai minori assuntori di droga passati per i Servizi minorili, tali dati sono stati desunti dalle schede di rilevazione inviate a questo Ufficio Centrale da parte dei Servizi minorili e, comunque, non comprendono le informazioni sulle comunità previste dal D.P.R. 448/88.

Le tabelle riguardano:

- a) il numero dei minori assuntori di droga segnalati dalle singole sedi di servizio;
- b) il numero degli assuntori di droga suddivisi per tipo di sostanza assunta;
- c) il numero e la tipologia degli interventi effettuati sui casi segnalati;
- d) le attività di collaborazione avviate con altri servizi territoriali;
- e) le modalità di rilevazione dell'assunzione di droga da parte dei singoli minori;
- f) il livello accertato di dipendenza individuale dalla sostanza assunta;

g) il numero e la tipologia dei reati contestati ai minori assuntori di droga segnalati dai Servizi

Per una corretta lettura delle tabelle, si precisa che i totali indicati possono variare, in quanto per alcune voci della scheda di rilevazione era possibile indicare più di una risposta, ovvero, in alcuni casi, ometterle. Ogni volta che è stato possibile, sono state inserite nelle tabelle indicazioni relative alla dispersione delle informazioni (omissioni di risposta, ecc ), che è risultata molto limitata

### *Rilievi e commenti relativi ai dati statistici.*

Il confronto dei dati relativi ai due semestri non mette in evidenza scostamenti significativi sul piano statistico. In generale, in tutti i Servizi risultano nettamente prevalenti, sul piano numerico, i soggetti italiani maschi, molto più limitato appare il numero dei soggetti stranieri (in prevalenza nomadi provenienti dall'ex-Jugoslavia, e maghrebini), mentre le femmine, sia italiane che straniere, sono risultate un numero esiguo. Un rilievo di carattere più generale deve essere fatto per quanto riguarda gli aspetti del fenomeno della diffusione della droga effettivamente rilevati attraverso il monitoraggio compiuto durante l'anno. Il dato relativo agli assuntori di droga rispecchia quello relativo agli ingressi nel circuito penale, di carattere preminentemente maschile.

Occorre notare che la distribuzione dei soggetti stranieri risulta disomogenea più massiccia al Centro-Nord e quasi inconsistente al Sud

Sul piano del rilevamento del tipo di sostanza assunta dai minori entrati nel circuito penale e seguiti dai Servizi minorili, si può osservare la netta prevalenza numerica di assuntori di "cannabis". Questo dato, in collegamento con quelli riferiti al livello di assuefazione accertato, è riconducibile allo stato ancora iniziale di dipendenza dagli stupefacenti che si può riscontrare in soggetti di giovane età. La diffusione relativa agli oppiacei può essere interpretata come una conferma di questo fatto. Ciò che tuttavia risulta fonte di grave preoccupazione è il numero consistente di minori che fanno uso di due o più sostanze. Il "cocktail" di stupefacenti è divenuto una pratica molto diffusa nel mondo degli assuntori di droga, con effetti devastanti sul piano fisico e su quello psichico, ancor più gravi,

se si considera la giovane età dei soggetti che vi ricorrono. Tra i soggetti devianti, questa modalità di assunzione di stupefacenti appare in genere la più consistente sul piano quantitativo, dopo l'assunzione di cannabis.

I dati relativi al livello di dipendenza, tra i minori entrati nel circuito penale, mostrano come questi siano in una condizione di semplice abitudine dell'assunzione e non di tossicodipendenza. Questo dato appare legato all'età dei soggetti; infatti, lo stato di tossicodipendenza è raggiunto, in generale, in un arco di tempo piuttosto lungo; il dato numerico relativo agli assuntori occasionali, d'altra parte, può apparire sottodimensionato rispetto alla realtà, se si considera il numero relativamente cospicuo di verifiche dell'assunzione di droga basate sulla dichiarazione spontanea del soggetto.

L'interpretazione dei dati raccolti deve tenere presente, in ogni caso, le modalità di rilevamento dell'assunzione di droga da parte dei minori entrati nel circuito penale; a questo riguardo, si deve precisare che, nella maggior parte dei casi, tale rilevazione è stata effettuata attraverso la segnalazione spontanea da parte dello stesso minore, nel corso dei colloqui con gli operatori della Giustizia Minorile. Notevole rilievo hanno anche assunto gli accertamenti e le visite mediche, a conferma dell'attività di prevenzione efficacemente svolta dal personale sanitario interno alle strutture. Quasi inesistenti sono state, invece, le segnalazioni esterne, anche le crisi d'astinenza sono state registrate in numero limitatissimo, segno, questo, della validità dei controlli sanitari all'interno delle strutture penali.

Si può, del resto, osservare anche come il potenziamento delle attività di collaborazione tra servizi della Giustizia minorile e dei presidi sanitari territoriali possa servire anche ad un ulteriore incremento di efficienza nelle attività di controllo e di prevenzione all'interno delle strutture penali minorili.

Sono da valutare i dati relativi agli interventi effettuati sui minori assuntori di droga da parte degli specialisti, sanitari e psicologi, sia nelle strutture residenziali (centri di prima accoglienza e istituti penali minorili), che nei servizi sociali. Dall'analisi di tali dati risalta il peso preponderante degli interventi di tipo psicologico, mentre quelli integrati, di tipo sia farmacologico, che psicologico, sono stati anch'essi piuttosto numerosi. Significativa appare anche la distribuzione diseguale degli interventi farmacologici tra i vari servizi, con una maggiore diffusione nei centri di prima accoglienza. Il dato indica che nell'accogliere i

minori subito dopo l'arresto, per brevissimi periodi di tempo, si verificano situazioni che richiedono interventi di tipo farmacologico

I dati relativi alle attività di collaborazione con i servizi territoriali suggeriscono alcune considerazioni specifiche per il miglioramento dell'attuale integrazione dei servizi. In effetti le attività di collaborazione attivate, malgrado gli sforzi profusi da questo Ufficio Il dato complessivo, evidenzia la netta prevalenza di collaborazioni con i servizi ambulatoriali delle U.S.L. I dati relativi ai servizi direttamente dipendenti dall'Amministrazione della Giustizia Minorile, indicano l'opportunità di una integrazione operativa dei servizi sanitari interni alle strutture penali e di quelli presenti sul territorio

#### *Accertamento del virus HIV*

Gli accertamenti HIV, effettuati nel 1995, sui minori transitati negli Istituti Penali Minorili, hanno interessato 867 soggetti, volontariamente sottoposti al test. Esso ha dato esito negativo in tutti i servizi, eccetto tre casi rilevati presso l'Istituto Penale di Quartucciu e di Caltanissetta

#### *Considerazioni conclusive*

L'analisi statistica dei dati raccolti non ha evidenziato differenze significative. Si può aggiungere che gli ingressi di minori tossicodipendenti sono strettamente legati all'andamento globale degli ingressi di minori nel circuito penale

Appare in conclusione che la situazione registrata nel 1995 nelle strutture della Giustizia Minorile, non si discosta in modo sostanziale da quella dell'anno precedente

Si può fornire un raffronto tra i casi seguiti nelle strutture della Giustizia Minorile nell'anno 1994 e 1995

## Minori assuntori di droga seguiti nelle strutture della Giustizia Minorile

<i>Tipo di servizio</i>	<i>1994</i>	<i>1995</i>
<b>C.P.A.</b>	<b>608</b>	<b>516</b>
<b>I.P.M.</b>	<b>299</b>	<b>322</b>
<b>U.S.S.M.</b>	<b>255</b>	<b>402</b>

Le variazioni rilevate sono dovute ad aspetti congiunturali, non collegati specificamente all'assunzione di droga, quanto alle caratteristiche dei reati commessi e alle risposte penali connesse

Nel 1995, i reati connessi allo spaccio di droga sono i più diffusi:

- 41,12 % dei reati commessi dai minori entrati in C.P.A. (39,94%-1994);
- 29,59 % dei reati commessi dai minori entrati negli I.P.M. (34,30%-1994);
- 49,45 % dei reati commessi dai minori seguiti dai servizi sociali della Giustizia

Minorile (41,05%-1994).

Seguono, per diffusione, i reati contro il patrimonio.

Estremamente significativo è il fatto che, da un anno all'altro, si sono registrate limitatissime variazioni nell'uso delle sostanze, segno ulteriore del consolidamento tra i giovani devianti delle pratiche connesse con l'abuso di droga.

Anche le tipologie d'intervento, adottate nelle strutture della Giustizia Minorile, si sono caratterizzate per una certa continuità rispetto al passato: il trattamento psicologico e di sostegno è risultato il più praticato (73,20 % nei C.P.A., 65,82 % negli I.P.M., 94,00 % negli U.S.S.M.), mentre quello esclusivamente farmacologico appare limitato. E' in crescita la pratica del trattamento combinato, sulla base di recenti orientamenti introdotti nella normativa e nella prassi terapeutica, all'interno del circuito penale e dei servizi territoriali.

I limiti quantitativi delle collaborazioni con i servizi territoriali sono rimasti costanti nei due anni di riferimento. Gli interventi più complessi e pianificati sono stati attuati prevalentemente negli U.S.S.M. (22,50 %) e negli I.P.M. (20,93 %), mentre sono risultati più limitati nei C.P.A. (solo il 5,56 %).

Ciò si spiega con il fatto che tali interventi richiedono una posizione stabile del soggetto anche sul piano giuridico e, di conseguenza, sono stati attuati per lo più dopo l'erogazione delle sanzioni penali

Gli accertamenti sul livello di assuefazione hanno confermato anch'essi l'andamento dell'anno precedente, con una prevalenza di assuntori occasionali tra i minori seguiti dagli U.S.S.M. (53.31 %), mentre nei centri di prima accoglienza e negli istituti penali minorili, gli assuntori abituali sono stati numericamente il gruppo più cospicuo. Ciò è indicativo del parallelismo che scorre tra condotte devianti e assunzione di droga; uno stato avanzato di assunzione di sostanze stupefacenti è spesso associato alla commissione di reati, relativamente più gravi di quelli tipici degli assuntori occasionali. Gli assuntori abituali e i tossicodipendenti, in altre parole, tendono a commettere reati più gravi degli assuntori occasionali. La risposta penale è, quindi, più severa e tra i soggetti in stato di fermo o in stato di carcerazione sono relativamente più numerosi gli assuntori abituali e i tossicodipendenti

### *Progetti di miglioramento organizzativo e metodologico*

Nel corso dell'anno è stata portata a compimento l'esecuzione di progetti tesi a migliorare il sistema organizzativo dell'intervento ed a sperimentare metodologie idonee per risposte efficaci agli stati di tossicodipendenza

Essi riguardano

1 metodologia di intervento differenziata a favore dell'utenza penale minorile con problemi di droga,

2 monitoraggio e valutazione degli interventi negli istituti penali minorili,

3 informazione e sensibilizzazione sulle tossicodipendenze nei confronti dei minori dell'area penale,

4 corsi di aggiornamento per gli operatori dei servizi minorili dell'Amministrazione della Giustizia

La realizzazione del progetto di cui al punto 1, teso a sostenere iniziative a favore di minori tossicodipendenti nei cui confronti si è reso necessario l'inserimento in comunità terapeutica, è stato realizzato nel suo tentativo sperimentale di intervento integrato

Tale intervento contemplato ha impegnato 126 minori tossicodipendenti sottoposti a misure cautelari alternative alla detenzione, di cui 68 sono stati collocati in comunità terapeutiche

La sperimentazione non è da ritenersi ultimata perché è necessario verificare la validità e l'efficacia del metodo utilizzato.

E' stato inoltre attuato un intervento su 65 minori attraverso una azione ambulatoriale.

La realizzazione del progetto di cui al punto 2 è stata completata nel corso dell'anno.

Gli obiettivi che ha inteso perseguire il progetto sono:

- organizzazione razionale e sistematica delle informazioni a disposizione al fine di rendere più puntuale il tipo di intervento;
- potenziamento delle capacità di monitoraggio finalizzate all'utenza-servizi;
- sviluppo e miglioramento dei rapporti con gli altri servizi.

Hanno partecipato al progetto 58 operatori provenienti dagli Istituti penali per i Minorenni, dai Centri per la Giustizia Minorile e dall'Ufficio Centrale per i minorenni

La metodologia di lavoro si è basata sul modello di "laboratorio", vale a dire sulla costruzione di uno strumento che partisse dalle esperienze e dalla conoscenza degli operatori chiamati ad usarlo.

Questi infatti costituiscono i depositari principali delle informazioni e delle conoscenze in questo campo.

Il lavoro di costruzione dello strumento è risultato impegnativo e complesso in quanto ha dovuto affrontare problematiche riguardanti i livelli culturali, istituzionali, organizzativi, professionali ed operativi.

E' stata adottata una scheda comune utile a più livelli (Istituto Penale Minorenni, Centro Giustizia Minorile e Ufficio Centrale Giustizia Minorile) che ha moltiplicato la domanda di informazione. Si è trattato in realtà di un'esigenza di razionalizzazione delle informazioni che "viaggiano" su canali spesso non comunicanti pur provenendo dalle stesse fonti periferiche: l'idea di mettere a regime un sistema che restituisce alla "fonte" il dato non soltanto in forma ragionata (perché collegato ad altre informazioni) ma anche come strumento di lavoro, convince operatori e direttori che riconoscono un senso alla mera compilazione di anonime schede da trasmettere

A conclusione della realizzazione del progetto sono state prodotte 3 schede a carattere modulare che migliorano il sistema precedente

E' stato inoltre elaborato un codice da utilizzare per il sistema informatico.

Il progetto diretto alla informazione e alla sensibilizzazione dei problemi della tossicodipendenza per i minori dell'area penale, si è potuto realizzare soltanto nei servizi dipendenti dalla direzione dei Centri per la Giustizia Minorile di Roma e Bari.

I risultati dell'iniziativa appaiono soddisfacenti tenuto conto che i minori hanno dimostrato interesse in merito alle informazioni fornite loro dai docenti e dagli esperti, sia in relazione ai servizi territoriali che possono fornire aiuto immediato sia in relazione alle conseguenze negative che l'assunzione di droga può comportare per i consumatori.

I seminari relativi al progetto di formazione, avviati già nel 1994, sono stati conclusi in massima parte nel 1995.

La parte relativa alla formazione ha previsto 3 livelli e categorie di utenza: direttore dei servizi, operatori interdisciplinari e personale della polizia penitenziaria:

Le iniziative riguardano cicli di seminari destinati a gruppi interdisciplinari comprendenti operatori dei servizi penali minorili, operatori dei Ser.T. e operatori di comunità terapeutiche convenzionate con questa Amministrazione

Riguardano inoltre gli incontri di terzo livello previsti per il personale della Polizia penitenziaria in servizio presso le strutture penitenziarie per minorenni.

**Attività svolte:**

- 6 cicli seminariali di secondo livello per gruppi interdisciplinari,
- approfondimento di temi legati all'effettiva operatività interdisciplinare ed interistituzionale,
- percorsi riguardanti analisi sulla qualità degli interventi, individuazione di metodi e strumenti adeguati, sperimentazione degli stessi nei rispettivi servizi,
- svolgimento programmi di aggiornamento di terzo livello per personale di polizia penitenziaria attuati presso singole sedi di servizio Cura e sviluppo di informazioni, conoscenze e strumenti di pronto intervento

Obiettivo primario del progetto di formazione integrata è stato quello di promuovere una formazione congiunta tra operatori appartenenti ad enti diversi (Servizi Minorili della

Giustizia, operatori dei Ser.T. ed operatori di comunità terapeutiche per tossicodipendenti) al fine di attivare, sulla base di comuni acquisizioni in materia di problematiche minorili attinenti all'uso di sostanze stupefacenti, un processo ed un sistema di integrazione degli interventi sulla base di progetti coordinati di prevenzione, cura e riabilitazione.

Sono stati previsti 3 seminari, della durata di tre giorni ciascuno, in dieci sedi, centri metropolitani con accertate fenomenologie del problema droga, in modo da attivare, nell'anno, 30 seminari per un totale di 90 giornate, pari a 540 ore di formazione.

Per quanto concerne le iniziative riguardanti il personale di Polizia penitenziaria l'obiettivo principale è stato quello di fornire le necessarie e fondamentali cognizioni in materia di assunzione di droga, per poter attuare interventi mirati di pronto soccorso e collaborazione con operatori e specialisti del settore

Le direttive emanate dall'Ufficio hanno previsto almeno 3 seminari presso ciascuna struttura residenziale minorile con la partecipazione anche di personale di altre Amministrazioni operante all'interno degli stessi servizi penali.

E' stata prevista anche la consulenza tecnico-metodologica delle Scuole di formazione del personale, cui i servizi notoriamente fanno riferimento in base alla competenza territoriale delle stesse

Per una valutazione di quanto è stato per ora realizzato in merito al progetto formativo si fornisce di seguito il seguente quadro riassuntivo:

- le direzioni dei Centri per la Giustizia Minorile di Milano e di Palermo hanno avviato e in parte realizzato i rispettivi programmi; in particolare la direzione del Centro di Milano ha realizzato compiutamente il programma seminariale svolto presso la sede della scuola con la partecipazione di 27 operatori dei Servizi Minorili, dei Ser.T. e delle comunità terapeutiche (assistenti sociali, educatori, medici, agenti di polizia penitenziaria). La direzione dei Centri di Palermo ha potuto realizzare un solo ciclo seminariale a cui ha partecipato personale dei servizi penali minorili, del Ser.T. e del privato sociale per un numero complessivo di 22 operatori. I restanti due cicli di seminari saranno tenuti nel corso dei primi mesi del 1996,

- la direzione dei Centri per la Giustizia Minorile di Roma ha realizzato interamente il programma seminariale con la partecipazione di 116 operatori (direttori, assistenti sociali,

educatori, consulenti psicologi, polizia penitenziaria) Per la docenza è stato fatto ricorso alla competenza specifica in materia di tossicodipendenza del personale dei Ser.T. nelle sedi di Sassari e Cagliari, mentre è stata utilizzata la competenza della cooperativa "IBIS", la quale opera anche nel settore psicoterapeutico, per i seminari svolti nei servizi di Roma. Rispetto alla struttura originaria dei progetti, i seminari promossi dalla direzione del Centro per la Giustizia Minorile di Roma, hanno avuto la durata di giorni 2 per un totale di 12 ore in ciascuna sede di servizio,

Nel corso del 1995 questo Ufficio ha, infine, provveduto ad elaborare tre progetti specifici tesi a dare continuità agli indirizzi avanti indicati. Essi riguardano

- il potenziamento degli interventi istituzionali attraverso la stabilizzazione delle metodologie di intervento per i minori tossicodipendenti collocati in comunità terapeutiche,
- l'adozione di metodologie sperimentali interistituzionali in merito agli interventi terapeutici avviati nei Servizi Penali Minorili, con l'obiettivo di creare rapporti interistituzionali duraturi in grado di affrontare la problematica della tossicodipendenza fin dal momento della formulazione del relativo programma,

inoltre, sono stati avviati degli stages di formazione finalizzati alla verifica della validità dei risultati.

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Reati	Italiani			Stranieri			Totale Generale
	M	F	MF	M	F	MF	
tentato furto	6	0	6	3	0	3	9
furto	51	0	51	22	1	23	74
tentata rapina	3	0	3	1	0	1	4
rapina	34	0	34	2	0	2	36
tentata estorsione	0	0	0	0	0	0	0
estorsione	0	0	0	0	0	0	0
ricettazione	1	0	1	0	0	0	1
tentato omicidio	2	0	2	0	0	0	2
omicidio	1	0	1	0	0	0	1
sequestro di persona	1	0	1	0	0	0	1
lesioni personali	3	0	3	1	0	1	4
danneggiamento	0	0	0	0	0	0	0
associazione a delinquere	0	0	0	0	0	0	0
legge 309/90 (stupefacenti)	78	0	78	15	0	15	93
violenza carnale	3	0	3	0	0	0	3
reati concernenti armi	2	0	2	0	0	0	2
minacce	0	0	0	0	0	0	0
oltraggio, resistenza, minacce P.U.	0	0	0	1	0	1	1
incendio	0	0	0	0	0	0	0
altro	5	0	5	0	0	0	5
non indicato	7	0	7	2	0	2	9
<b>TOTALE</b>	<b>197</b>	<b>0</b>	<b>197</b>	<b>47</b>	<b>1</b>	<b>48</b>	<b>245</b>

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

**Tabella 2**  
**REATI COMMESSI DA MINORI ASSUNTORI DI DROGA**  
**ENTRATI NEGLI I.P.M. NEL PERIODO 01 07 1995 - 31 12 1995**

Reati	Italiani		Stranieri		Totale Generale
	M	F	M	F	
tentato furto	3	0	1	0	4
furto	30	0	13	0	43
tentata rapina	5	0	1	0	6
rapina	15	1	4	0	20
tentata estorsione	0	0	0	0	0
estorsione	2	0	0	0	2
ricettazione	1	0	0	0	1
tentato omicidio	1	0	0	0	1
omicidio	2	0	0	0	2
sequestro di persona	0	0	0	0	0
lesioni personali	9	0	2	0	11
danneggiamento	0	0	0	0	0
associazione a delinquere	1	0	0	0	1
legge 309/90 (stupefacenti)	20	2	16	0	38
violenza carnale	0	0	0	0	0
reati concernenti armi	1	0	0	0	1
minacce	0	0	0	0	0
oltraggio, resistenza, minacce P.U.	1	0	0	0	1
incendio	0	0	0	0	0
altro	3	0	0	0	3
non indicato	25	0	1	0	26
<b>TOTALE</b>	<b>119</b>	<b>3</b>	<b>38</b>	<b>0</b>	<b>160</b>

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

**Tabella 3**  
**REATI COMMESSI DA MINORI ASSUNTORI DI DROGA**  
**SEGUITI DAGLI U S M NEL PERIODO 01 07 1995 - 31 12 1995**

Reati	Italiani			Stranieri			Totale Generale
	M	F	MF	M	F	MF	
tentato furto	3	0	3	0	0	0	3
furto	22	2	24	1	0	1	25
tentata rapina	3	0	3	0	0	0	3
rapina	20	0	20	0	0	0	20
tentata estorsione	1	0	1	0	0	0	1
estorsione	2	0	2	0	0	0	2
ricettazione	5	0	5	0	0	0	5
tentato omicidio	0	0	0	0	0	0	0
omicidio	2	0	2	0	0	0	2
sequestro di persona	1	0	1	0	0	0	1
lesioni personali	7	1	8	0	0	0	8
danneggiamento	0	0	0	0	0	0	0
associazione a delinquere	2	0	2	0	0	0	2
legge 309/90 (stupefacenti)	111	1	112	0	0	0	112
violenza carnale	0	0	0	0	0	0	0
reati concernenti armi	1	0	1	0	0	0	1
minacce	1	2	3	0	0	0	3
oltraggio, resistenza, minacce P.U.	6	0	6	0	0	0	6
incendio	0	1	1	0	0	0	1
altro	3	1	4	0	0	0	4
non indicato	40	0	40	0	0	0	40
<b>TOTALE</b>	<b>230</b>	<b>8</b>	<b>238</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>239</b>

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

**Tabella 4**  
**MINORI ASSUNTORI DI DROGA ENTRATI NEI C P A**  
**NEL PERIODO 01 07 1995 - 31 12 1995**

Sedi	Italiani			Stranieri			Totale Generale
	M	F	MF	M	F	MF	
Milano	7	0	7	4	0	4	11
Torino	2	0	2	8	0	8	10
Genova	0	0	0	0	0	0	0
Treviso	5	0	5	1	0	1	6
Trento	0	0	0	0	0	0	0
Trieste	0	0	0	0	0	0	0
Firenze	3	0	3	5	1	6	9
Bologna	20	0	20	6	0	6	26
Ancona	0	0	0	0	0	0	0
Roma	58	0	58	22	0	22	80
L'Aquila	1	0	1	0	0	0	1
Quartucciu (Cagliari)	1	0	1	0	0	0	1
Napoli	47	0	47	1	0	1	48
Salerno	0	0	0	0	0	0	0
Avigliano	0	0	0	0	0	0	0
Bari	8	0	8	0	0	0	8
Lecce	2	0	2	0	0	0	2
Taranto	7	0	7	0	0	0	7
Catanzaro	1	0	1	0	0	0	1
Reggio Calabria	0	0	0	0	0	0	0
Palermo	29	0	29	0	0	0	29
Catania	6	0	6	0	0	0	6
Messina	0	0	0	0	0	0	0
Catanesetta	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>197</b>	<b>0</b>	<b>197</b>	<b>47</b>	<b>1</b>	<b>48</b>	<b>245</b>

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

**Tabella 6**  
**MINORI ASSUNTORI DI DROGA SEGUITI DAGLI U S M**  
**NEL PERIODO 01 07 1995 - 31 12 1995**

Sedi	Italiani			Stranieri			Totale Generale
	M	F	MF	M	F	MF	
Torino	2	0	2	0	0	0	2
Milano	9	0	9	0	0	0	9
Brescia	9	0	9	0	0	0	9
Genova	7	1	8	0	0	0	8
Venezia	0	0	0	0	0	0	0
Trento	0	0	0	0	0	0	0
Trieste	0	0	0	0	0	0	0
Firenze	4	0	4	0	0	0	4
Bologna	12	0	12	0	0	0	12
Ancona	26	6	32	1	0	1	33
Perugia	4	2	6	0	0	0	6
Roma	15	0	15	0	0	0	15
L'Aquila	2	0	2	0	0	0	2
Sassari	2	0	2	0	0	0	2
Cagliari	7	4	11	0	0	0	11
Napoli	46	0	46	0	0	0	46
Salerno	9	1	10	0	0	0	10
Campobasso	4	0	4	0	0	0	4
Bari	1	0	1	0	0	0	1
Lecce	4	0	4	0	0	0	4
Taranto	7	1	8	0	0	0	8
Potenza	1	0	1	0	0	0	1
Catanzaro	0	0	0	0	0	0	0
Reggio Calabria	0	0	0	0	0	0	0
Palermo	9	0	9	0	0	0	9
Catania	12	0	12	0	0	0	12
Messina	2	0	2	0	0	0	2
Catania	8	2	10	0	0	0	10
<b>TOTALE</b>	<b>202</b>	<b>17</b>	<b>219</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>220</b>

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

**Tabella 6**  
**MINORI ASSUNTORI DI DROGA ENTRATI NEGLI I P M**  
**NEL PERIODO 01 07 1995 - 31 12 1995**

Sedi	Italiani			Stranieri			Totale Generale
	M	F	MF	M	F	MF	
Milano	8	0	8	5	0	5	13
Torino	0	0	0	0	0	0	0
Treviso	9	0	9	0	0	0	9
Firenze	1	0	1	14	0	14	15
Bologna	4	0	4	10	0	10	14
Pesaro	0	0	0	0	0	0	0
Roma	10	1	11	5	0	5	16
L'Aquila	1	0	1	0	0	0	1
Quartucciu	17	0	17	0	0	0	17
Napoli	10	2	12	1	0	1	13
S. Maria Capua Vetere	10	0	10	0	0	0	10
Airola	7	0	7	0	0	0	7
Bari	8	0	8	0	0	0	8
Lecce	3	0	3	0	0	0	3
Avigliano	0	0	0	1	0	1	1
Catanzaro	0	0	0	0	0	0	0
Palermo	16	0	16	0	0	0	16
Acireale	1	0	1	0	0	0	1
Catania	2	0	2	0	0	0	2
Caltanissetta	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>107</b>	<b>3</b>	<b>110</b>	<b>36</b>	<b>0</b>	<b>36</b>	<b>146</b>

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI · DOCUMENTI

**Tabella 7**  
**TIPO DI SOSTANZA ASSUNTA**  
**C.P.A.**  
**(PERIODO 01.07 1995 - 31 12 1995)**

Sostanza assunta	Italiani		Stranieri		Totale Generale
	M	F	M	F	
Oppiacei	19	0	11	1	31
Cocaina	1	0	0	0	1
Cannabis	132	0	16	0	148
Ansiolitici, psicofarm., psicostimol.	1	0	2	0	3
Due o più sostanze	43	0	17	0	60
Altre (compreso alcool)	1	0	1	0	2
<b>TOTALE</b>	<b>197</b>	<b>0</b>	<b>47</b>	<b>1</b>	<b>246</b>

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Sostanza assunta	Italiani		Stranieri		Totale Generale
	M	F	M	F	
Oppiacei	21	0	14	0	35
Cocaina	3	0	1	0	4
Cannabis	49	1	16	0	68
Ansiofittici, psicofarm., psicostimol.	10	0	0	0	10
Due o più sostanze	24	2	2	0	28
Altre (compreso alcool)	0	0	2	0	2
non indicato	0	0	1	0	1
<b>TOTALE</b>	<b>107</b>	<b>3</b>	<b>36</b>	<b>0</b>	<b>146</b>

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

**Tabella 9**  
**TIPO DI SOSTANZA ASSUNTA**  
**U.S.M.**  
**(PERIODO 01.07.1995 - 31.12.1995)**

Sostanza assunta	Italiani				Stranieri				Totale Generale
	M	F	MF		M	F	MF		
Opiacei	51	5	56		0	0	0	0	56
Cocaina	8	1	9		0	0	0	0	9
Cannabis	107	9	116		1	0	1	1	117
Ansiofisi, psicofarm., psicostimol.	5	2	7		0	0	0	0	7
Due o più sostanze	38	0	38		0	0	0	0	38
Altre (compreso alcool)	6	2	8		0	0	0	0	8
non indicato	1	0	1		0	0	0	0	1
<b>TOTALE</b>	<b>216</b>	<b>19</b>	<b>235</b>		<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>236</b>

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

**Tabella 10**  
**MODALITA' DI RILEVAZIONE DELL'USO DI DROGA**  
**C.P.A.**  
**(PERIODO 01 07 1995 - 31 12 1995)**

Modalità di rilevazione	Italiani		Stranieri		Totale Generale
	M	F	M	F	
Dichiarazione volontaria	113	0	18	1	132
Crisi di astinenza	3	0	8	0	11
Segnalazione centri esteri	1	0	1	0	2
Segnalazione della famiglia	1	0	1	0	2
Visita medica	101	0	28	0	129
Altre modalità (analisi cliniche, ecc.)	18	0	1	0	19
non indicato	2	0	0	0	2
<b>TOTALE</b>	<b>239</b>	<b>0</b>	<b>67</b>	<b>1</b>	<b>297</b>

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

**Tabella 11**  
**MODALITA' DI RILEVAZIONE DELL'USO DI DROGA**  
**I.P.M.**  
**(PERIODO 01 07 1995 - 31 12 1995)**

Modalità di rilevazione	Italiani		Stranieri		Totale Generale
	M	F	M	F	
Dichiarazione volontaria	94	3	31	0	128
Crisi di astinenza	7	0	5	0	12
Segnalazione centri esteri	1	0	0	0	1
Segnalazione della famiglia	1	0	0	0	1
Visita medica	25	0	5	0	30
Altre modalità (analisi cliniche, ecc.)	15	0	0	0	16
non indicato	1	0	0	0	1
<b>TOTALE</b>	<b>145</b>	<b>3</b>	<b>41</b>	<b>0</b>	<b>189</b>

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

**Tabella 12**  
**MODALITA' DI RILEVAZIONE DELL'USO DI DROGA**  
**U.S.S.M.**  
**(PERIODO 01 07 1995 - 31.12 1995)**

Modalità di rilevazione	Italiani		Stranieri		Totale Generale
	M	F	M	F	
Dichiarazione volontaria	141	6	1	0	148
Crisi di astinenza	3	1	0	0	4
Segnalazione Centri esteri	10	2	0	0	12
Segnalazione della famiglia	28	1	0	0	29
Visita medica	4	9	0	0	13
Altre modalità (analisi cliniche, ecc.)	24	1	0	0	25
non indicato	3	0	0	0	3
<b>TOTALE</b>	<b>213</b>	<b>20</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>234</b>

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

**Tabella 13**  
**INTERVENTI EFFETTUATI SUI MINORI ASSUNTORI DI DROGA**  
**ENTRATI NEI C.P.A. NEL PERIODO 01.07.1995 - 31.12.1995**

Tipo di intervento	Italiani		Stranieri		Totale Generale
	M	F	M	F	
Farmacologico	17	0	18	0	18
Psicologico e di sostegno	62	0	11	0	11
Farmacologico e psicologico	8	0	2	0	2
<b>TOTALE</b>	<b>87</b>	<b>0</b>	<b>31</b>	<b>0</b>	<b>118</b>

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

**Tabella 14**  
**INTERVENTI EFFETTUATI SUI MINORI ASSUNTORI DI DROGA**  
**ENTRATI NEGLI I.P.M. NEL PERIODO 01.07.1995 - 31.12.1995**

Tipo di intervento	Italiani		Stranieri		Totale Generale
	M	F	M	F	
Farmacologico	5	0	2	0	7
Psicologico e di sostegno	54	1	19	0	74
Farmacologico e psicologico	39	0	8	0	47
<b>TOTALE</b>	<b>98</b>	<b>1</b>	<b>29</b>	<b>0</b>	<b>128</b>

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 15  
**INTERVENTI EFFETTUATI SUI MINORI ASSUNTORI DI DROGA  
 SEGUITI DAGLI U.S.M. NEL PERIODO 01 07 1995 - 31 12 1995**

Tipo di intervento	Italiani		Stranieri		Totale Generale
	M	F	M	F	
Farmacologico	1	0	0	0	1
Psicologico e di sostegno	144	14	1	0	173
Farmacologico e psicologico	9	0	0	0	9
<b>TOTALE</b>	<b>154</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>183</b>

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Collaborazioni con	Italiani		Stranieri		Totale Generale
	M	F	M	F	
Servizi ambulatoriali U.S.L.	6	0	3	0	9
Comunità terapeutiche	1	0	0	0	1
Strutture non residenziali	0	0	0	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>10</b>

Tabella 16

COLLABORAZIONI TRA C.P.A. E SERVIZI TERRITORIALI SUI MINORI  
ASSUNTORI DI DROGA NEL PERIODO 01 07 1995 - 31 12 1995

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

**Tabella 17**  
**COLLABORAZIONI TRA I.P.M. E SERVIZI TERRITORIALI SUI MINORI**  
**ASSUNTORI DI DROGA NEL PERIODO 01.07.1995 - 31.12.1995**

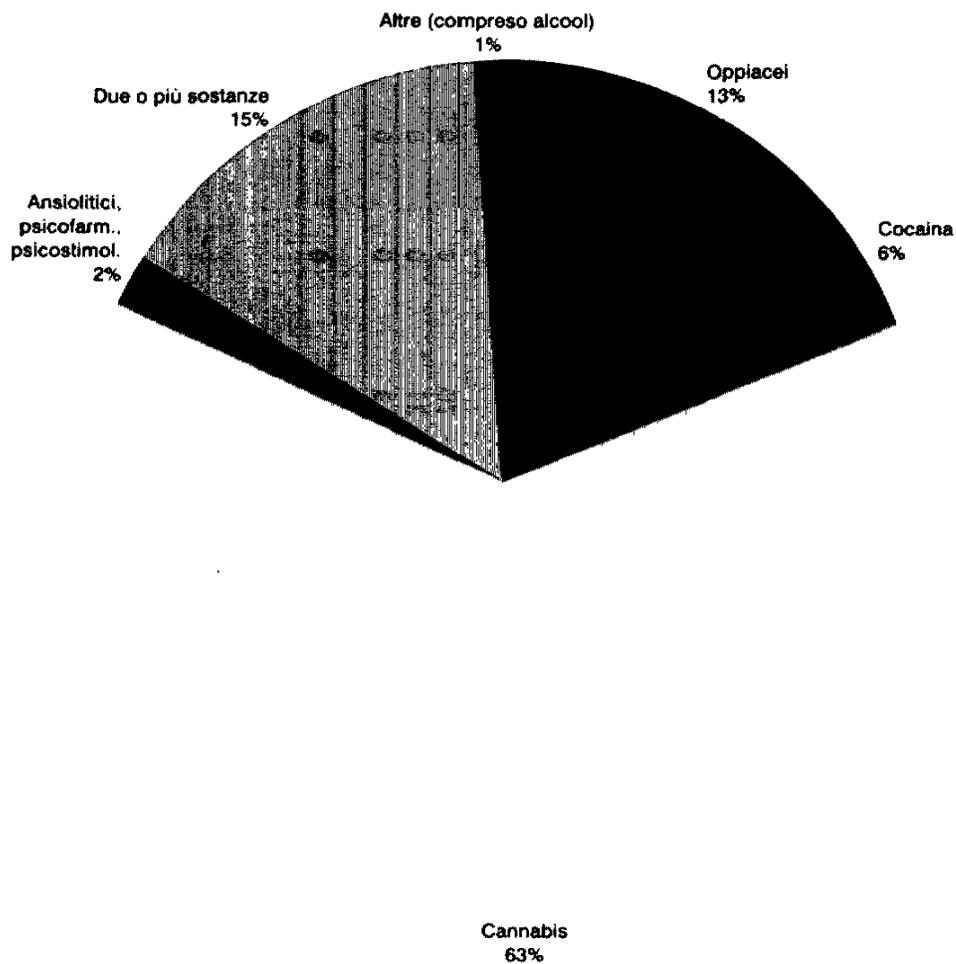
Collaborazioni con	Italiani		Stranieri		Totale Generale
	M	F	M	F	
Servizi ambulatoriali U.S.L.	21	0	2	0	23
Comunità terapeutiche	6	0	1	0	7
Strutture non residenziali	1	0	0	0	1
<b>TOTALE</b>	<b>28</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>31</b>

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

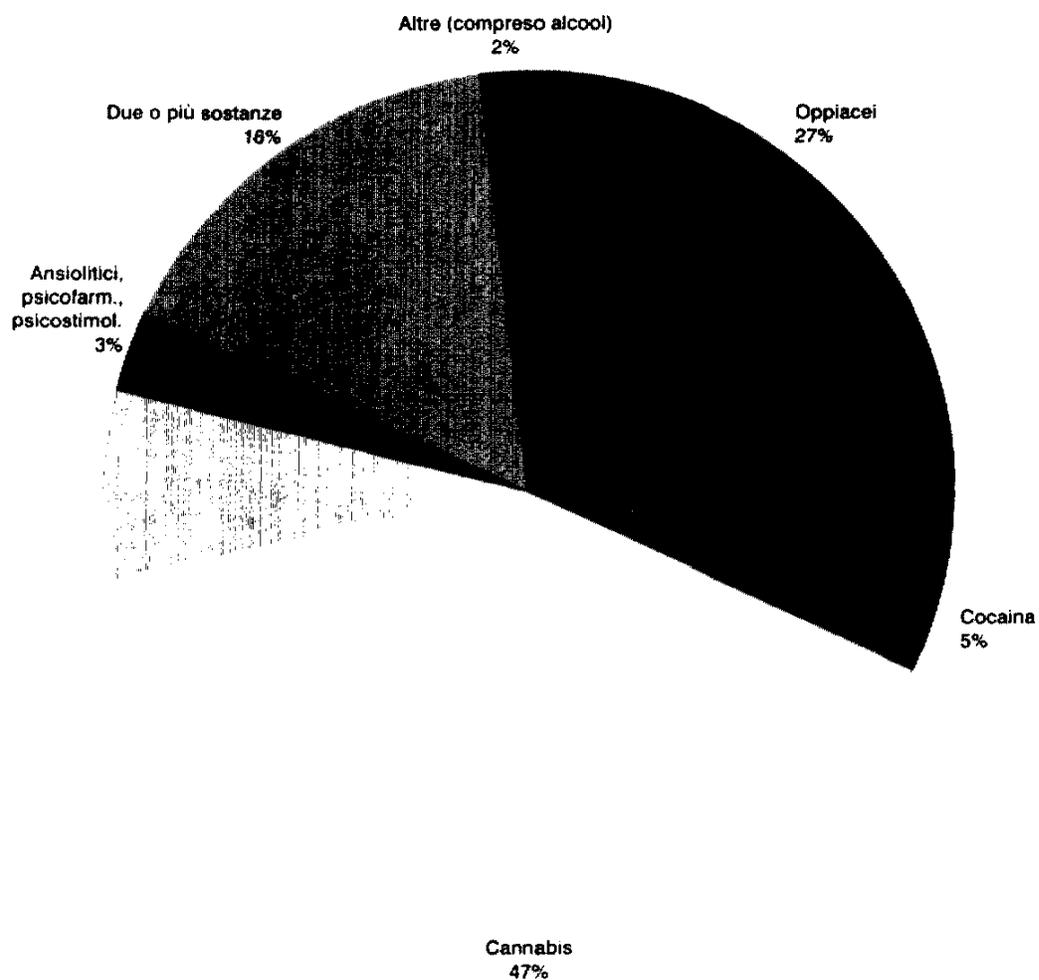
**Tabella 18**  
**COLLABORAZIONI TRA U.S.M. E SERVIZI TERRITORIALI SUI MINORI**  
**ASSUNTORI DI DROGA NEL PERIODO 01.07.1995 - 31.12.1995**

Collaborazioni con	Italiani		Stranieri		Totale Generale
	M	F	M	F	
Servizi ambulatoriali U.S.L.	69	6	0	0	75
Comunità terapeutiche	29	2	0	0	31
Strutture non residenziali	8	1	0	0	9
<b>TOTALE</b>	<b>106</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>115</b>

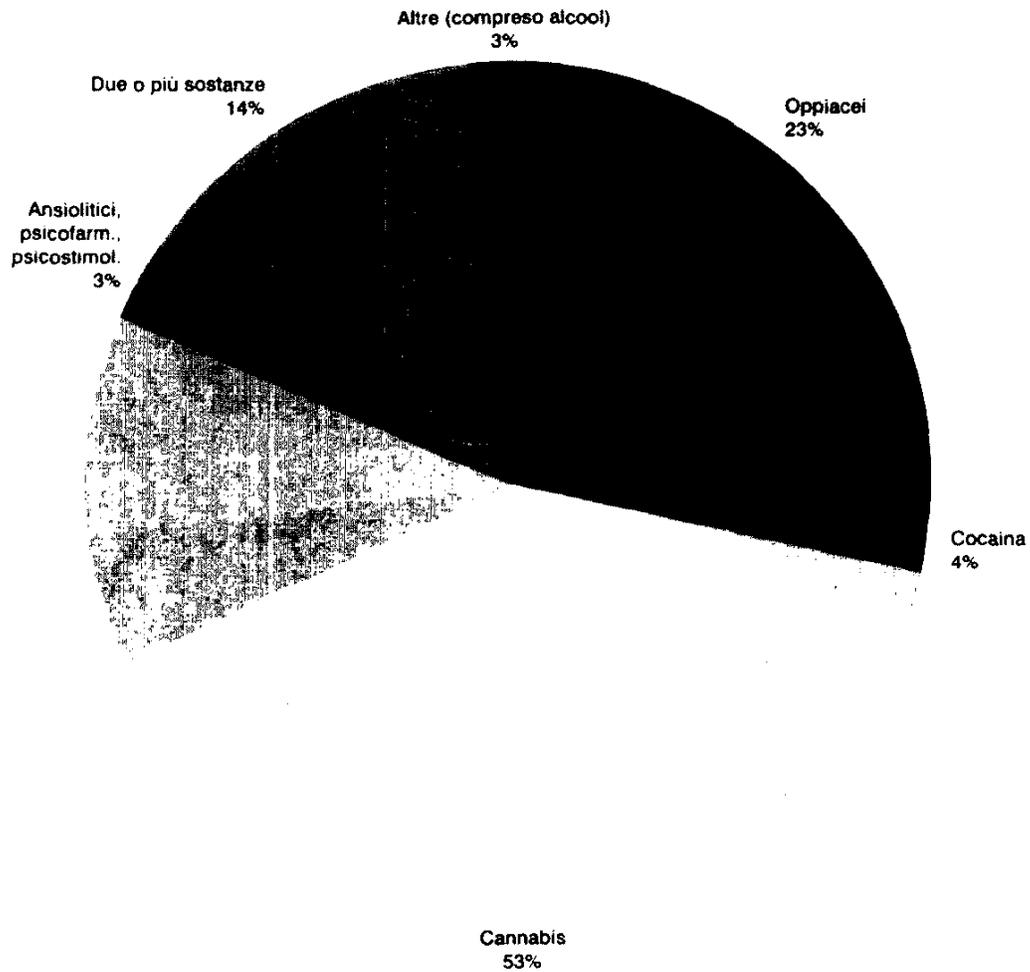
Tipo di sostanza assunta C.P.A. anno 1995 - %



Tipo di sostanza assunta I.P.M. anno 1995 - %

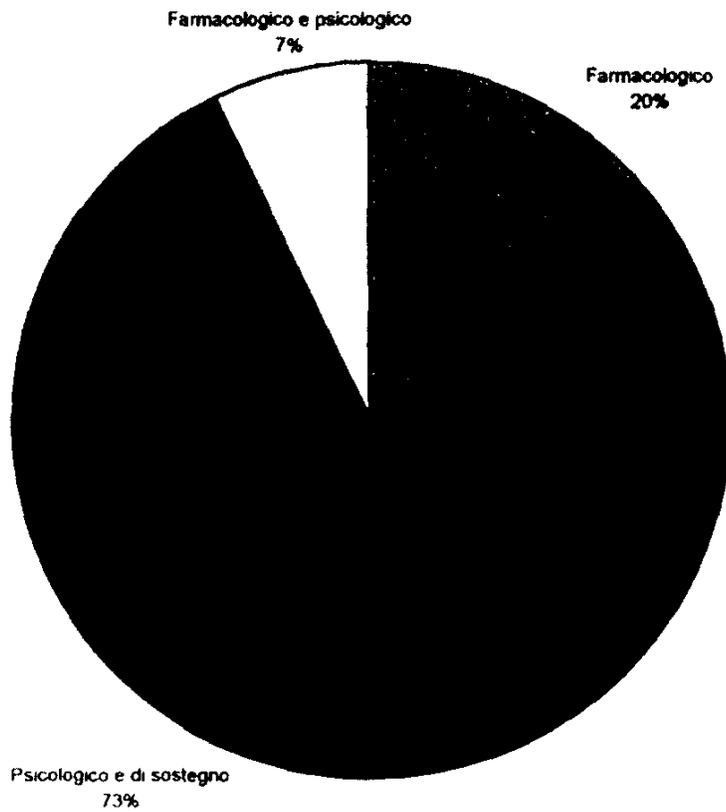


**Tipo di sostanza assunta U.S.S.M. anno 1995 - %**

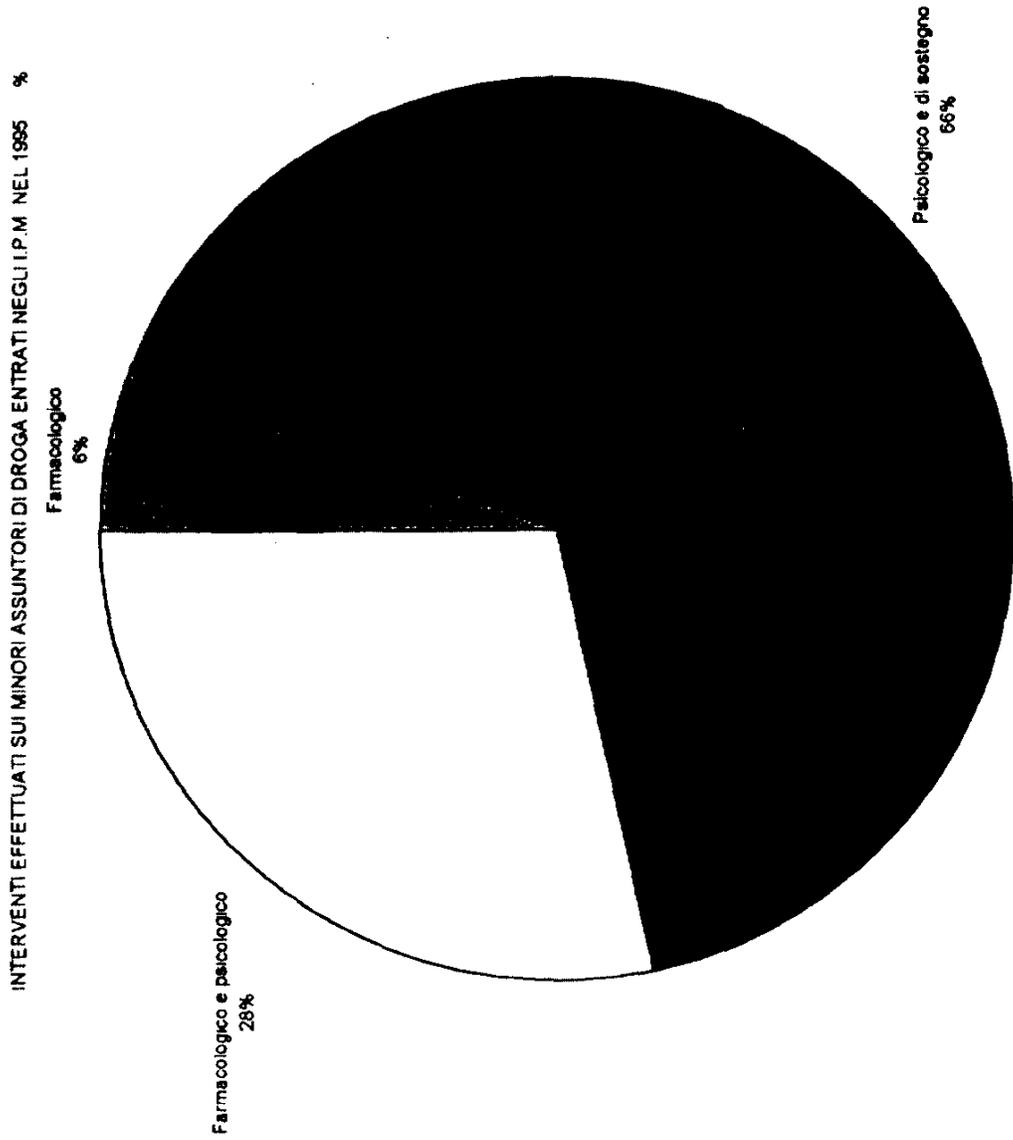


XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

INTERVENTI EFFETTUATI SUI MINORI ASSUNTORI DI DROGA ENTRATI NEI C.P.A. NEL 1995 %

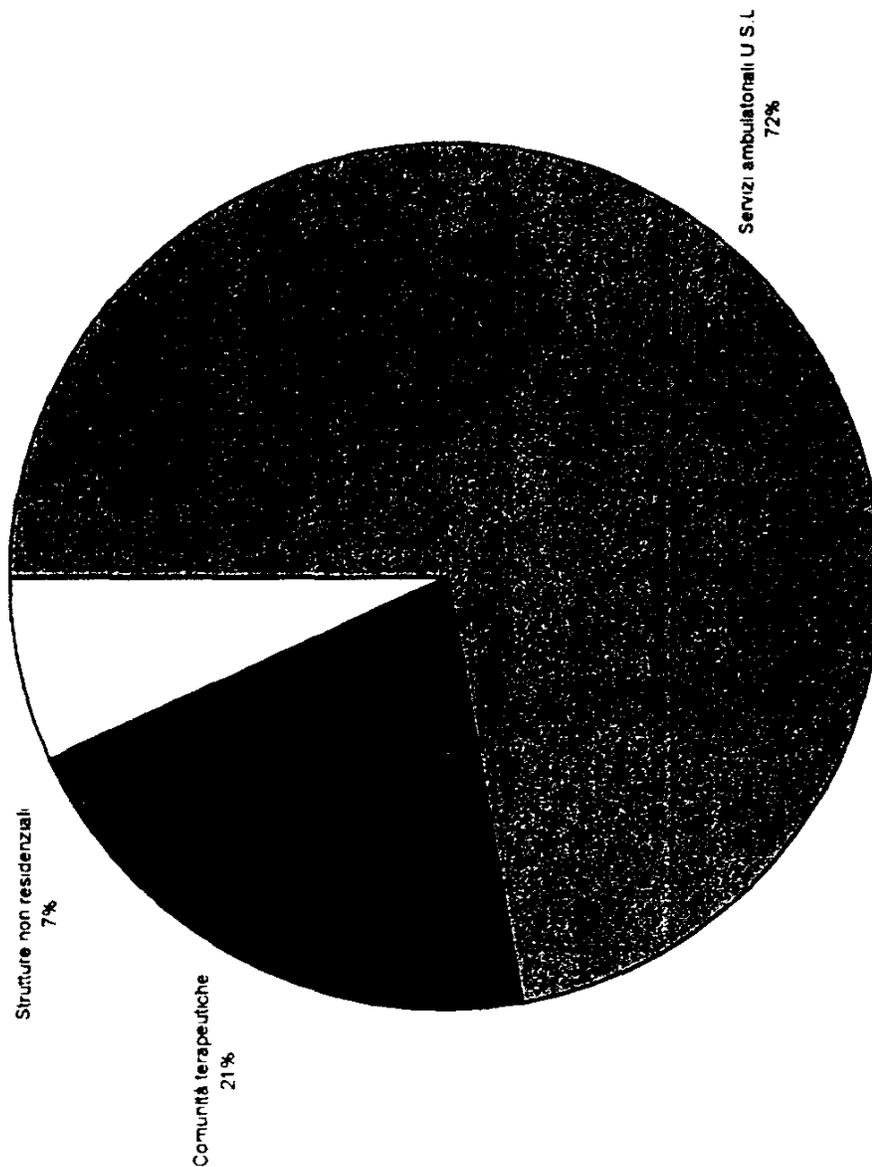


XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI



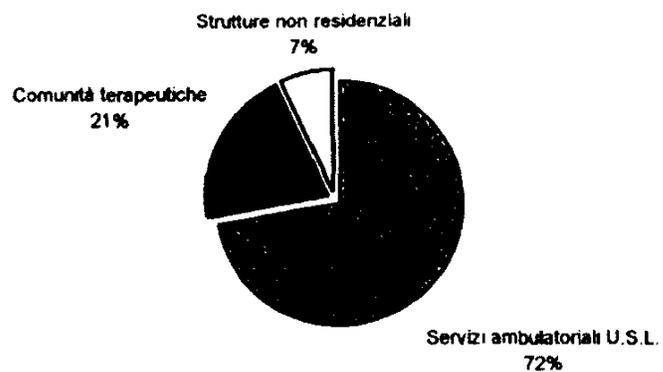
XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

COLLABORAZIONI TRA I.P.M. E SERVIZI TERRITORIALI SUI MINORI ASSUNTORI DI DROGA NEL 1995 %



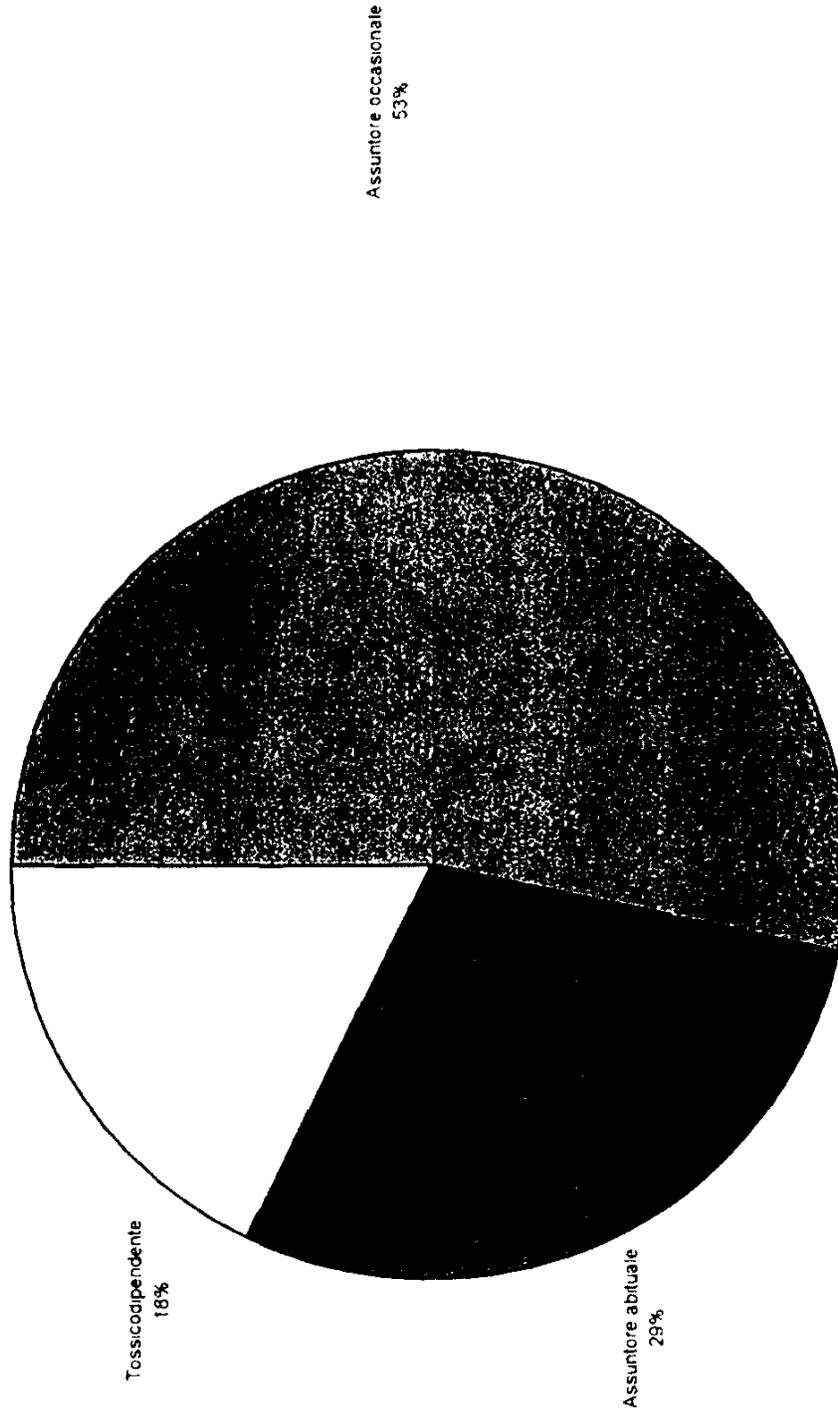
XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

COLLABORAZIONI TRA I P M E SERVIZI TERRITORIALI SUI MINORI ASSUNTORI DI DROGA NEL 1995 %



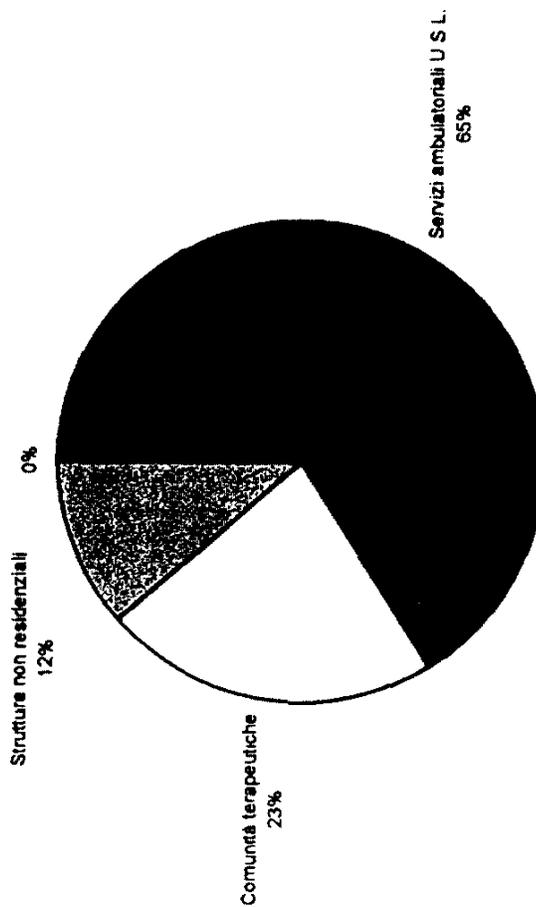
XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

MINORI ASSUNTORI DI DROGA SEGUITI DAGLI U.S.M. SUDDIVISI PER LIVELLO ACCERTATO DI DIPENDENZA DALLA SOSTANZA anno 1995 %

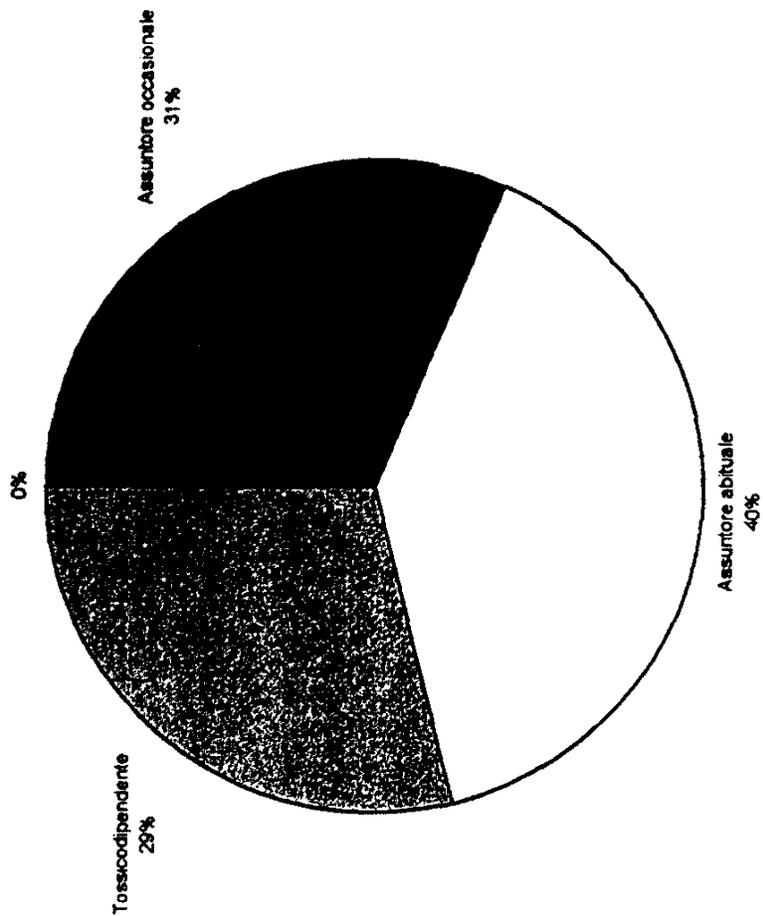


XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

COLLABORAZIONI TRA U.S.M. E SERVIZI TERRITORIALI SUI MINORI ASSUNTORI DI DROGA NEL 1995 \*

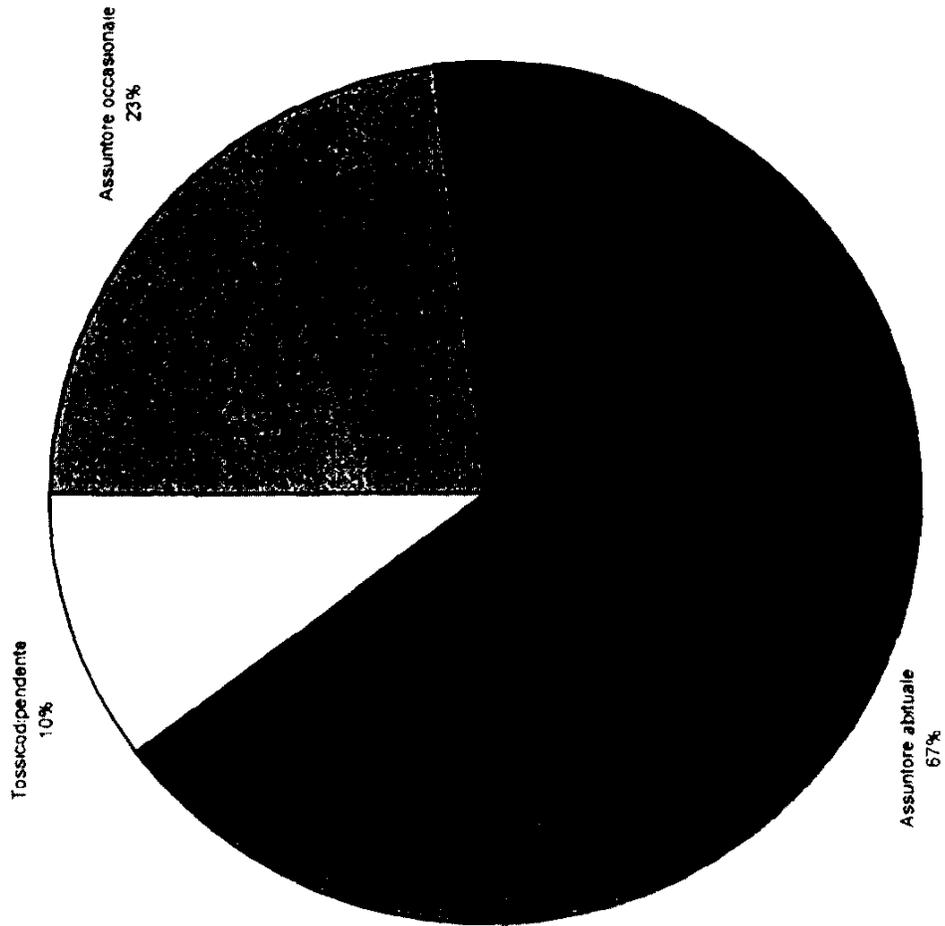


MINORI ASSUNTORI DI DRUGA ENTRATI NEGLI I.P.M. SUDDIVISI PER LIVELLO ACCERTATO DI DIPENDENZA DALLA SOSTANZA anno 1995 %



XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

MINORI ASSUNTORI DI DROGA ENTRATI NEI C.P.A. SUDDIVISI PER LIVELLO ACCERTATO DI DIPENDENZA DALLA SOSTANZA anno 1995 %



*Ministero delle Finanze*



*Direzione Centrale dei Servizi Doganali*

Nel corso del 1995 l'Amministrazione doganale italiana si è sempre più impegnata nello specifico settore della lotta contro il traffico illecito di stupefacenti, portando avanti la propria azione lungo due direttrici fondamentali

- un potenziamento delle strutture interne,
- un più efficace coordinamento con le altre forze che operano nel settore

Per quanto riguarda il primo aspetto, occorre sottolineare che con Decreto ministeriale 6 ottobre 1995, il Ministro delle Finanze ha provveduto a ridefinire l'organizzazione degli uffici del Dipartimento delle Dogane e delle Imposte Indirette, determinando il riparto delle competenze degli uffici periferici al fine di razionalizzare la suddivisione interna degli uffici medesimi secondo criteri di omogeneità che consentano una razionale distribuzione dei compiti ed una conseguente economia in termini di risorse umane impiegate.

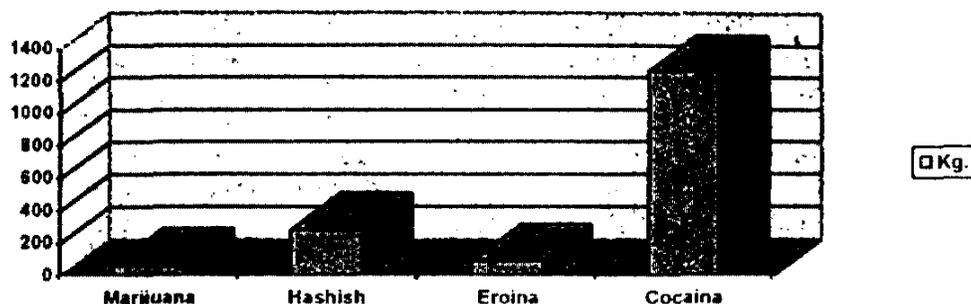
Il nuovo assetto, così come delineato con il citato decreto, pone in grande rilievo i Servizi Antifrode Doganali i quali, come noto, si occupano della lotta contro le frodi doganali nella sua accezione più ampia, nonché della lotta, entro gli spazi doganali, contro il traffico illecito di droga

Si ritiene opportuno precisare che l'istituzione capillare di tali Servizi, peraltro già previsti ed operanti nelle principali Dogane, costituisce ora un preciso obbligo per tutte le Dogane, sancito dal citato decreto il quale, sia a livello di Direzione Compartimentale che a livello di Circostrizione Doganale, pone l'attività antifrode al primo posto nella ripartizione delle responsabilità tra i vari uffici dipendenti

L'attività operativa svolta dai Servizi Antifrode nel corso dell'anno 1995 può ritenersi notevole con riguardo alle seguenti sostanze stupefacenti sequestrate entro gli spazi doganali

- |             |               |
|-------------|---------------|
| - marijuana | circa kg.66   |
| - hashish   | circa kg.285  |
| - eroina    | circa kg.94   |
| - cocaina   | circa kg.1262 |

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI



Durante il periodo considerato, sono state denunciate per gli illeciti in questione **216** persone

Per quanto riguarda il secondo aspetto - il coordinamento con le altre forze che operano nel settore - é in atto una intensa azione, a livello di Amministrazioni centrali, per coordinare efficacemente l'attività dei rispettivi Servizi competenti in materia

In particolare, sulla base delle esperienze finora maturate, si stanno intensificando i contatti con la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno, al fine di instaurare una collaborazione permanente tra le due Amministrazioni, tesa a coordinare in maniera ottimale gli interventi operativi da effettuare nell'ambito degli spazi doganali, nonché le iniziative adottate per quanto riguarda la tecnica delle consegne controllate

In tale contesto si sta valutando con la massima attenzione la portata degli artt 98 e 103 del T.U. delle leggi in materia di tossicodipendenza, approvato con D P R. 9 ottobre del 1990, n°309, al fine di portare avanti quel processo di armonizzazione delle procedure di intervento tra le Forze di Polizia e le Dogane - presupposto indispensabile per una concreta ed incisiva azione di lotta ai traffici illeciti

Da segnalare, infine, l'ampliamento della rete informatica *SCENT* - che come noto collega le principali Dogane comunitarie tra di loro e con i competenti Servizi della Commissione dell'Unione Europea - nonché la realizzazione delle periodiche operazioni

congiunte tra le Amministrazioni doganali comunitarie volte a contrastare i traffici illeciti via aerea e via mare (*Operazioni aeree 95/A/B/C* ed *Operazione "Piranha"*)

*Ministero della Difesa*



*Direzione Generale della Sanità Militare*

Le Forze Armate hanno messo in atto, già da lungo tempo, una strategia di prevenzione delle tossicodipendenze imperniata su una prioritaria attenzione verso i problemi attinenti al disagio giovanile ed al disturbo psichico in senso lato, nella considerazione che, prevenendo quest'ultimi, si giunga a limitare l'uso delle sostanze stupefacenti.

Le strategie operative, alla base delle varie iniziative intraprese, possono essere così sintetizzate

a ricerca ed evidenziazione precoce di soggetti tossicofili o tossicodipendenti mediante idonee indagini sanitarie, integrate da approfonditi esami della personalità sia dei giovani iscritti nelle liste di leva che delle reclute. Gli accertamenti sanitari, e specificamente quelli psicologici, hanno lo scopo, tra l'altro, di valutare le reali risorse adattive dei giovani al contesto militare,

b promozione e sviluppo di una corretta informazione ed educazione sullo specifico problema droga; l'attività è inserita nel più ampio settore inerente l'educazione alla salute;

c diffusione, ad ogni livello operativo, dell'attività di sostegno psicologico, attraverso i Centri di Coordinamento di Supporto Psicologico, i Dirigenti del Servizio Sanitario e gli Ufficiali Consiglieri,

d attività specialistica di sostegno psicologico, tramite i Consulenti Psicologici ed i Servizi di Psicologia attivi in tutti gli Stabilimenti Sanitari Militari,

e preparazione ed aggiornamento del personale impegnato nelle strutture preposte alla prevenzione delle tossicodipendenze mediante appositi corsi di formazione,

f mantenimento di una proficua collaborazione con le analoghe strutture civili deputate al recupero dei tossicodipendenti;

g incentivazione della ricerca psicosociale in ambito militare, con il fine di chiarire le correlazioni esistenti tra disadattamento giovanile, disagio psichico e tossicodipendenza,

h raccolta, elaborazione e valutazione dei dati statistici attinenti al campo della tossicodipendenza e delle principali patologie mediche ad essa correlate

Dopo aver, seppur schematicamente, evidenziato le linee d'intervento ispiratrici delle condotte per prevenire il fenomeno della tossicodipendenza in ambito militare, viene di seguito riportato, in modo più puntuale, quanto in concreto emerso o attuato

nel settore, suddividendolo nei tre seguenti resoconti iniziative intraprese nel settore, servizi attivati allo scopo ed andamento della tossicodipendenza in ambito militare

### Iniziativa Intraprese Nel Settore

Tutte le iniziative avviate o proseguite nel 1995 possono essere comprese in attività di prevenzione primaria o secondaria, la prevenzione terziaria, infatti, in considerazione della norma di legge, non rientra tra i compiti dell'Amministrazione della Difesa

#### PREVENZIONI PRIMARIA

##### -ESERCITO

##### Conferenze

Sono continuate le conferenze per i militari di leva, tenute da Ufficiali medici, con l'ausilio della proiezione di film e di diapositive, aventi per argomento il problema della droga inserito nel più ampio contesto dell'educazione alla salute

##### Servizio telefonico informativo

E' continuato, con risultati soddisfacenti, il servizio "Telefono Amico Militare" operante presso il Consultorio Psicologico del Policlinico Militare di Roma. Il servizio viene svolto da psicologi convenzionati che rispondono, nei giorni feriali, direttamente alle chiamate nella fascia oraria 16 00/20 00. Per la restante parte del giorno e durante i giorni festivi e in funzione un servizio di segreteria telefonica

##### Attività di sensibilizzazione

Il servizio di Psicologia ed Igiene Mentale, operante presso la Scuola di Sanità Militare di Firenze, ha sensibilizzato gli Ufficiali medici, in servizio permanente effettivo e di complemento, riguardo l'importanza del corretto utilizzo delle conoscenze psicologiche e psichiatriche nell'espletamento delle loro funzioni di medico militare

### Attività didattica

Presso la Scuola di Sanità Militare di Firenze è proseguita l'attività didattica rivolta ai Sottotenenti medici di complemento neo assegnati ai Reggimenti Addestramento Reclute ed alle Scuole. In particolare, come già effettuato negli anni precedenti, sono stati organizzati Corsi di Psicologia per i suddetti Ufficiali medici provenienti dai Corsi A U C.

### Attività di aggiornamento

Si è svolto, presso la Scuola di Sanità Militare di Firenze, il II Corso di Aggiornamento per gli Ufficiali medici Capi Servizio/Dirigenti dei Consultori Psicologici. Sono stati descritti, in tale occasione, dei casi clinici di interesse generale dei quali si è poi approfondito l'intervento diagnostico ed il trattamento.

### Consulenza Telefonica

La linea verde Telecom ( Tel 1678/61232, Fax 1678/61233), attivata dalla Scuola di Sanità Militare nell'ambito del progetto "SANIMILES I", ha regolarmente funzionato divenendo un importante punto di riferimento come centro di informazione, di consulenza tecnico-scientifica e di studio per Ufficiali medici, Psichiatri e Psicologi civili convenzionati con l'Amministrazione ed Ufficiali d'arma Consiglieri.

### Redazione Manuale d'Igiene Mentale

È stato completato il Testo di Igiene Mentale redatto dal Comando del Corpo di Sanità dell'Esercito dietro autorizzazione dello Stato Maggiore dell'Esercito - 4° Reparto e Ispettorato Logistico.

Il Manuale ha come finalità quella di rivolgersi, in primo luogo, a tutti gli operatori non sanitari facenti parte della collettività militare, questo al fine di rendere comprensibile, anche ai non esperti del settore, cosa rappresenti e come possa essere prevenuto ed eventualmente curato il "disagio psichico" che tanta responsabilità ha nel favorire l'uso di sostanze voluttuarie.

### Attività seminariale

Nell'ultimo semestre del '95 si sono svolti, presso la Scuola di Sanità Militare, tre incontri, descritti in seguito, che hanno visto la partecipazione delle principali figure impegnate nella prevenzione primaria e secondaria del disagio giovanile in ambito militare

- il primo, dal titolo "Incontro di verifica e supervisione sull'attività svolta dagli Ufficiali Consiglieri ad Incarico Esclusivo", ha visto la Partecipazione dei suddetti Ufficiali provenienti dai Reggimenti Addestramento Reclute,

- il secondo di tali incontri, dal titolo "Giornate di Studio sulla Psichiatria e Psicologia Militare" ha visto la partecipazione di numerosi Ufficiali medici specialisti in Psichiatria e/o Psicologia Clinica,

- il terzo, denominato "Incontro di Aggiornamento per Psichiatri e Psicologi Convenzionati Civili", ha avuto come destinatari i medici specialisti in Psichiatria e/o Psicologia Clinica e gli Psicologi civili convenzionati per il Progetto di potenziamento dei Consultori Psicologici

### Stesura opuscolo informativo

È stato redatto a cura del Consultorio Psicologico dell'Ospedale Militare di Medicina Legale di Firenze, un opuscolo destinato ai militari di leva, nel quale vengono analizzati e descritti, con un linguaggio chiaro ed efficace, le complicazioni derivanti dall'uso ed abuso di sostanze voluttuarie, quali alcolici e sostanze stupefacenti

### -MARINA

#### Drug Testing Program

Il suddetto programma è stato attuato presso l'Accademia Navale di Livorno, le Scuole Sottufficiali, il Collegio Navale Morosini ed a bordo delle Unità Navali. Tale iniziativa si configura come uno specifico strumento di prevenzione in quanto la verifica random del personale, l'imprevedibilità del controllo tramite la contestuale raccolta di un campione di urine, le implicite ricadute disciplinari e medico-legali, connesse alla 'positività', richiamano continuamente l'attenzione degli Allievi e dei giovani militari sulla necessità di non ignorare o banalizzare il rischio di comportamenti tossicofili. Alcuni

indicatori statistici offrono un riscontro confortante sulla efficacia del Drug Testing Program nel prevenire la vicinanza alle sostanze stupefacenti.

#### Conferenze

Riproposizione periodica di conferenze informative a cura di Ufficiali Medici, con il supporto di sistemi audiovisivi, orientate a sensibilizzare il personale di leva alle tematiche dell'educazione alla salute, con particolare riguardo ai rischi connessi all'abuso di alcool, tabacco ed ai comportamenti che espongono al contagio da virus HIV

#### Attività didattica

E' stato istituito un corso di insegnamento di Psicologia ed Igiene Mentale, con specifici riferimenti agli aspetti legislativi e medico-legali relativi alle tossicodipendenze, per gli Ufficiali medici in Spe e di Complemento che frequentano il corso Applicativo presso la Scuola di Sanità della Marina Militare di Livorno. Tale ciclo di lezioni è finalizzato a sviluppare negli Ufficiali medici una sensibilità per le problematiche del settore dell'Igiene mentale e delle tossicodipendenze, affinando la capacità di gestione dei casi pervenuti alla diretta osservazione.

#### Banca dati

Presso la Sezione di Psicologia Militare dell'Ispettorato di Sanità della MM è costituita una banca dati sui casi di consumo di sostanze stupefacenti, accertati in ambito MM, finalizzata a monitorizzare alcuni aspetti del fenomeno e ad indirizzare adeguatamente le strategie preventive.

#### **-AERONAUTICA**

##### Promozione di attività ricreative e sportive

A cura dei vari comandi di Enti formativi, Scuole, Reparti, su impulso delle Sezioni P U m a S S e dei Cappellani militari, sono state attivate, come nel passato, iniziative diversificate in base alle specifiche realtà locali e finalizzate a combattere il degrado

psicologico legato ai non infrequenti momenti di inattività psicofisica, mediante creazione di gruppi di aggregazione per il tempo libero:

- visite istruzionali presso Musei ed istituzioni di interesse socio-culturale (SARAM Taranto), gite educative organizzate presso centri d'interesse culturale (SARVAM Viterbo ad Assist. Bolsena, Orvieto), gite ricreative estive presso Distaccamenti marini (SARVAM Viterbo),

- allestimento di serate teatrali e/o musicali, con la partecipazione attiva del personale di leva, presso alcuni Enti di formazione (SARVAM Viterbo e SARAM Taranto), oltre ad incontri di fratellanza organizzati dai ragazzi di leva sotto l'egida degli Uffici Assistenza Spirituale,

- disponibilità di accesso, in ore non lavorative, a biblioteche oltre che a strutture ginnico-sportive militari (palestre, saune, piscine, campi sportivi di calcio/calciotto e basket, campi da tennis), per l'uso individuale o collettivo da parte di tutto il personale (Scuola Guerra Aerea Firenze, 1<sup>a</sup> Brigata Aerea di Padova),

- corsi istruzionali per varie discipline sportive (ginnastica, calcio, calciotto, ping-pong, tennis e relativi tornei) aperti alla partecipazione di tutti i militari, di ogni ordine e grado (Comando 1<sup>a</sup> Regione Aerea, Scuola Guerra Aerea di Firenze, 1<sup>a</sup> Brigata Aerea di Padova, 32<sup>o</sup> Stormo Amendola),

- partecipazione a spettacoli sportivi (basket, calcio), cinematografici, teatrali, musicali (concerti), previa acquisizione di biglietti ed abbonamenti dalle Sezioni P Uma S.S. (SARAM di Taranto e SARVAM Viterbo), possibilità di assistere gratuitamente alle manifestazioni dei primi Giochi Mondiali Militari (SARVAM Viterbo)

#### Indottrinamento psico-sociologico del personale militare educatore, sanitario ed assistenziale

Con i finanziamenti assegnati negli ultimi mesi del 1994 dal D.A.S. per il progetto finalizzato "Dal cielo contro la droga", presentato nel 1993, sono state espletate iniziative per la formazione e l'aggiornamento professionale in materia di aspetti psico-sociali, sanitari, preventivi e correttivi relativi al disagio giovanile ed agli stati di immaturità personale,

dirette al personale militare incaricato di compiti di educazione e di sostegno (personale di inquadramento, sanitario e parasanitario, addetti alle Sez.P Uma S.S., Cappellani militari etc )

Le attività programmate per il 1995, sulla base di un trascinarsi dei fondi pianificato sin dall'anno precedente, a causa di ritardi nell'assegnazione dei fondi (28 aprile '95) e di complessità dell'iter burocratico-amministrativo, hanno però realmente avuto inizio nella maggior parte degli Enti solo nella seconda metà del semestre in esame, senza peraltro essere ancora giunte alla completa conclusione (dati riferiti al 30 novembre '95)

Le attività hanno coinvolto, ove possibile, Enti mai interessati prima da tali iniziative, nell'ottica di un'alternanza dei destinatari del messaggio formativo, oltre che naturalmente Scuole e Reparti di formazione

Le suddette iniziative, supportate spesso da ausili audiovisivi ed opuscoli e, a giudizio unanime, ben accettate dagli utenti, hanno mirato soprattutto a predisporre opportune contromisure di prevenzione primaria e secondaria (crescita motivazionale, valorizzazione delle singole personalità, ottimizzazione del tempo libero, etc ) attraverso un'educazione al rapporto interpersonale di tipo fiduciario, privato di qualsiasi connotazione disciplinare o legale

#### Reiterazione periodica dell'attività educativa preventiva

E' stata riproposta, ad intervalli di tempo, l'attività educativa preventiva presso i vari Enti e Reparti a cura di appositi Nuclei, presso le Basi sotto il diretto controllo dei Comandanti. I Nuclei sono costituiti dal Dirigente il Servizio sanitario, dal Cappellano militare e da Ufficiali e Sottufficiali preposti all'inquadramento. L'attività è basata su dibattiti, incontri e proiezioni di filmati in tema di droga, AIDS, malattie infettive a trasmissione sessuale, fumo, riservati a tutti i militari di leva o di recente assegnazione

Presso gli Enti A.M. sede dei Consultori psicologici inoltre similari iniziative formative nei confronti del personale di leva sono state periodicamente supportate con l'ausilio dei professionisti civili convenzionati.

In particolare ciò si è verificato presso l'Accademia Aeronautica di Pozzuoli, dove personale del Dipartimento di Neuroscienze dell'Università "Federico" di Napoli,

convenzionato con il predetto Comando, si è occupato non solo della formazione dei "quadri" e della attuazione del Consultorio, ma anche della sensibilizzazione del personale tutto, e presso l'infermeria Presidiaria A M Milano, dove sono stati effettuati, a cura delle psicologhe convenionate per il Consultorio ivi esistente, cicli di conferenze per i militari di truppa, formazione di piccoli gruppi di incontro, screening epidemiologico sull'abuso di sostanze psicotrope, interviste collettive

La predetta attività, soprattutto per il personale di leva, si dimostra particolarmente efficace nei Reparti di definitiva assegnazione del personale piuttosto che negli Enti di formazione, laddove il rapido turnover impedisce l'instaurarsi di un consolidato rapporto fiduciario

#### Distribuzione di opuscoli, pubblicazioni specifiche e presidi di profilassi

Per mancanza di materiale specifico disponibile, presso i vari Enti non sono stati divulgati opuscoli né similare materiale informativo, in merito alle problematiche di droga e abuso di alcool o tabacco

Invece, a ripianamento dell'attuale carenza di materiale informativo, in materia di igiene dei comportamenti a rischio, segnatamente per la prevenzione delle Malattie a Trasmissione Sessuale e dell'AIDS in primis, è risultata decisiva l'elaborazione da parte dell'Ispettorato di Sanità A M e la produzione, tuttora in corso, da parte degli Enti esecutori, di uno specifico opuscolo individuale, corredato di questionario di autovalutazione e di una confezione di presidi profilattici, di prossima distribuzione a tutti i militari dell'A M presso i Servizi sanitari di F A Tale iniziativa è stata resa possibile da uno specifico finanziamento concesso dal Fondo nazionale d'intervento per la Lotta contro la Droga, sulla scorta di un progetto finalizzato presentato dall'Aeronautica Militare nel 1993 con il quale, peraltro, sono state anche realizzate acquisizioni decentrate di presidi di protezione specifica individuale da distribuire gratuitamente a tutto il personale di leva e sono tuttora in corso di attuazione anche iniziative didattiche specifiche

### PREVENZIONE SECONDARIA

#### -ESERCITO

##### Supporto Psicologico

E' proseguita l'attività di supporto psicologico attraverso l'operato dei Consulteri Psicologici, dei Centri di Coordinamento di Supporto Psicologico e degli Ufficiali Consiglieri

I Centri di Coordinamento di Supporto Psicologico, istituiti a livello Regione Militare e Corpo d'Armata, hanno il compito di coordinare e controllare l'attività degli analoghi Centri funzionanti a livello Brigata/Scuola e supportare l'operato degli Ufficiali Consiglieri.

Questi ultimi, Ufficiali d'Arma, svolgono la loro attività "ad incarico esclusivo" nei Battaglioni Addestramento Reclute e presso le Scuole e ad "incarico abbinato" negli altri Enti

##### Diagnosi precoce di stati di tossicofilia o tossicodipendenza

E' stato costantemente assicurato un accurato e capillare controllo dei giovani di leva, durante la visita di selezione, quella d'incorporamento e le visite quindicinali periodiche, allo scopo di individuare precocemente soggetti tossicofili o tossicodipendenti e di procedere al loro avvio presso gli Stabilimenti Sanitari Militari per accertamenti ed eventuali provvedimenti medico-legali

##### Esami specialistici e di laboratorio

Gli Stabilimenti Sanitari Militari hanno continuato a svolgere attività di ricerca dei cataboliti dei cannabinici, oppiacei e cocaina nell'urina dei militari preposti all'incarico di autista militare

##### Attività psicodiagnostica

Presso i Reggimenti Addestramento Reclute è stata regolarmente effettuata la reiterazione del test di personalità M M P I , nella sua forma abbreviata, per individuare sia i soggetti non idonei al servizio militare sia, soprattutto, quelli con difficoltà di inserimento nel contesto militare

### Consultori Psicologici

I Consultori Psicologici degli Ospedali di Medicina Legale di Verona e di Firenze hanno continuato i loro progetti autonomi, con risultati positivi, utilizzando i fondi destinati ai progetti finalizzati contro la droga

### -MARINA

#### Diagnosi precoce e supporto psicologico

Sono state incentivate la diagnosi precoce e il supporto psicologico nei riguardi di militari che presentano situazioni personalologiche, sociali, culturali, ambientali a "rischio" per lo sviluppo di disturbi psichici o per la tossicodipendenza

Ciò attraverso l'attività della rete di strutture psicologiche istituite, dallo Stato Maggiore Marina, in data 1° gennaio 1987, presso le sedi di La Spezia, Roma e Taranto (Consultori Psicologici) e presso le sedi di Ancona, Augusta, Brindisi, La Maddalena, Livorno, Messina, Napoli e Venezia (Servizi di Psicologia) detta attività è coordinata, a livello centrale, dalla sezione di Psicologia Militare dell'Ispettorato di Sanità M M

#### Esami specialistici e di laboratorio

E' stata incrementata l'esecuzione di esami specialistici e di laboratorio al personale di leva ed in ferma di leva prolungata, presso i Maricentro di Taranto e La Spezia, al fine di evidenziare soggetti tossicofili

### -AERONAUTICA

#### Progetto finalizzato presentato, ai sensi dell'art 127 del D P R 309/90, dall'A M nel 1992 Consultori psicologici A M

L'efficienza dei Consultori psicologici A.M, inesistenti fino al 1990 in ambito A M ed attivati pienamente solo dal 1993 in modo capillare su tutto il territorio nazionale, con fondi stanziati dal D A S sulla base di precedenti analoghi progetti, è stata gravemente menomata dalle tardive notifiche di disponibilità dei fondi programmati in trascinarsi nell'E F 1995 (comunicazioni datate 28 4 95)

Infatti l'espletamento delle attività amministrative inerenti il conferimento degli incarichi agli psicologi convenzionati ha determinato, di fatto, una protratta sospensione dell'attività di tali servizi, che sono stati riattivati nella maggior parte dei casi solo a semestre avanzato, determinando due gravi inconvenienti

- sovradimensionamento del finanziamento assegnato, non più finalizzato alla copertura dell'attività del servizio per l'intero anno, ma solo per pochi mesi;

- grave nocimento ai protocolli di supporto psicologico nei confronti degli utenti già "agganciati" dai Servizi, che spesso sono stati improvvisamente e traumaticamente privati di questi rapporti fiduciali, garantiti talvolta solo dalla professionalità degli specialisti convenzionati

A ciò hanno fatto eccezione i Consulteri psicologici esistenti in ambito Comando III Regione Aerea (Bari, Lecce, Amendola, Gioia del Colle, Mungivacca, Brindisi) e presso l'Infermeria Presidiaria A M di Milano, i quali hanno continuato l'attività, con fondi esistenti sul Cap 3003, sino alla notifica delle disponibilità dei finanziamenti sul Cap 3000

L'attività svolta dai Consulteri A M nel semestre in esame è quindi da ritenersi globalmente inferiore alle aspettative

L'attività dei Consulteri è stata, come detto, integrata da una parallela azione divulgatrice, profilattica e promozionale, svolta nel corso di periodici gruppi di incontro e dibattiti collettivi (soprattutto presso l'Accademia Aeronautica di Pozzuoli, l'Infermeria Presidiaria del Comando I Regione Aerea di Milano, la Scuola di Guerra Aerea di Firenze e la 61 Brigata Aerea di Lecce) promossi dagli specialisti convenzionati, con la partecipazione del personale di leva e di carriera

I militari in servizio presso gli Enti privi di questi Servizi A M, nel contempo territorialmente distanti dai medesimi, hanno, come nel passato, continuato ad avvalersi, in stato di necessità, dei Consulteri psicologici vicini gestiti dalle altre Forze Armate o dal S S N

Si specifica che i Consulteri operanti sono i medesimi dell'anno precedente, ove si eccettui la soppressione, nel secondo semestre del '95, di quello esistente presso la SARAM Macerata in seguito alla chiusura della Scuola ivi esistente, e l'attivazione, su richiesta del Comando III Regione Aerea, di un nuovo Consultorio presso il 37° Stormo di Trapani

---

**XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI**

---

Costante aggiornamento dei dati relativi all'entità della popolazione  
tossicodipendente in ambito A M

È stato monitorato e continuamente aggiornato il flusso di dati relativo al fenomeno tossicodipendenza, tramite acquisizione di notizie dagli Enti tecnicamente dipendenti, allo scopo di predisporre adeguate azioni correttive e di realizzare l'indispensabile flusso informativo finalizzato all'Osservatorio Permanente, ai sensi del comma 8, art 1, Legge n. 162/90.

A tal fine si precisa come la definizione dei casi di sospetta tossicodipendenza, tossicofilia o disturbo psichologico in assuntore di sostanze stupefacenti sia realizzata mediante invio del personale presso i competenti Organi Medico-Legali (O O M M, Istituti Medico-Legali A M), ai quali compete, fra l'altro, l'attivazione del previsto flusso informativo anche per i casi di consumo occasionale riscontrato incidentalmente.

Per il II semestre del 1995 risultano sinora segnalati, dagli Organismi Medico-Legali di F A, n. 101 casi di militari fra tossicofili e tossicomani, così ripartiti:

- CANNABINOIDI	1 Ufficiale 10 Sottufficiali (9 A M + 1 M M) 1 Aspirante 66 Avieri
- OPPIACEI	12 Sottufficiali 3 Avieri
- COCAINA	3 Sottufficiali 3 Aspiranti 1 Aviere
- AMFETAMINICI	1 Sottufficiale M M

Potenziamento dei laboratori di analisi per la ricerca immunoenzimatica ed  
immunofluorescenza dei cataboliti urinari di sostanze stupefacenti

Il potenziamento dei laboratori di analisi è stato realizzato nell'ambito di uno screening epidemiologico del fenomeno droga in ambito militare.

I controlli vengono effettuati in maniera periodica (trimestrale) od occasionale sul personale automobilista o in fase istruzionale. Gli accertamenti sono eseguiti invece routinariamente nelle fasi della selezione di arruolamento, o sul personale che abbia riferito spontaneamente l'assunzione di droghe o che sia stato segnalato dai Servizi sanitari di Reparto in seguito al rilievo di comportamenti anomali o di connotazioni personologiche fragili ed insicure, più facilmente tentate all'isolamento o all'evasione in paradisi artificiali

I militari, eventualmente riscontrati inoppugnabilmente positivi ai controlli urinari, sono inviati, per ricovero e provvedimenti medico-legali, agli Enti sanitari competenti ed al rientro vengono invitati a frequentare i Consultori militari di zona per il trattamento della tossicofilia, o allontanati temporaneamente dal servizio se tossicomani.

Lo screening permette di quantizzare il fenomeno droga in ambito militare, allo scopo di definire azioni finalizzate non solo al contenimento della diffusione della tossicodipendenza, ma anche di malattie a diffusione parenterale e sessuale.

In quest'ottica, il progetto finalizzato dell'A.M. "Drugscreen", accolto al finanziamento dal D.A.S. nel 1994, ma posticipato per la fase realizzativa al 1995, ha previsto, oltre alla reiterazione dello screening dei cataboliti di sostanze stupefacenti su campioni urinari, anche l'acquisizione, tuttora in fase di perfezionamento, presso il reparto Medicina Aeronautica e Spaziale della D.A.S.R.S. di Pratica di Mare, di una metodica per l'identificazione di tali sostanze con procedimento gas-cromatografico e rivelazione in spettroscopia di massa

I dati relativi a tale indagine epidemiologica, eseguita dal mese di Giugno '95 a tutto Novembre '95, sono di seguito riportati:

- CANNABINOIDI	test eseguiti n.	18190,	positività n.	493,
- OPPIACEI	=	= 18061;	=	= 49,
- COCAINA	=	= 17961;	=	= 29,
- AMFETAMINE	=	= 3109,	=	= 4

## SERVIZI ATTIVATI ALLO SCOPO

### Direzione Generale della Sanità Militare

Sezione di Psicologia medica militare

### Esercito

- 1) Comando del Corpo di Sanità dell'Esercito
  - Sezione di Psicologia medica militare
- 2) Consulenti Psicologici di
  - Regione Militare Nord-Ovest - Torino, Milano e Genova,
  - Regione Militare Nord-Est - Verona, Udine e Padova,
  - Regione Militare Tosco-Emiliana - Firenze, Bologna e Piacenza,
  - Regione Militare Centrale - Policlinico Militare Celio, HMML della Cecchignola, Anzio e Chieti,
  - Regione Militare Meridionale - Caserta, Catanzaro e Bari,
  - Regione Militare Sicilia - Palermo e Messina,
  - Regione Militare Sardegna - Cagliari
- 3) Centri di Coordinamento Supporto Psicologico a livello di
  - Regione Militare
  - Corpo D'Armata
  - Brigata/Scuola
- 4) Scuola di Sanità Militare di Firenze
  - Servizio di Psicologia ed Igiene Mentale

### Marina

- 1) Ispettorato di Sanità
  - Sezione di Psicologia medica militare
- 2) Consulenti Psicologici di
  - La Spezia
  - Roma

- Taranto

3) Servizi di Psicologia di:

- Ancona
- Augusta
- Brindisi
- La Maddalena
- Livorno
- Messina
- Napoli
- Venezia

4) Maricentro di

- Taranto
- La Spezia

5) Scuola di Sanità di Livorno

- Corso d'insegnamento di Psicologia ed Igiene Mentale

Aeronautica

1) Ispettorato Logistico - 5° Reparto - Servizio di Sanità

- 3° Ufficio (Igiene e Assistenza Sanitaria)

2) Consultori/Servizi Psicologici presso:

- Infermeria Presidiaria di Milano
- Infermeria Presidiaria di Roma
- Infermeria Presidiaria di Bari
- Scuola di Guerra Aerea di Firenze
- Accademia Aeronautica di Pozzuoli
- 6° Stormo di Ghedi
- SARVAM di Viterbo
- SARAM di Taranto
- 61ª Brigata Aerea di Lecce
- Aeroporto di Treviso

- 8° Stormo di Cervia
- 32° Stormo di Amendola
- 41° Stormo di Catania
- 37° Stormo di Trapani

3) Enti di Ricerca

- I Regione Aerea - Direzione Territoriale di Sanità - Milano
- II Regione Aerea - Direzione Territoriale di Sanità - Roma
- III Regione Aerea - Direzione Territoriale di Sanità - Bari
- D A S R S - Reparto Medicina Aeronautica e Spaziale - Pratica di Mare

ANDAMENTO DELLA TOSSICODIPENDENZA IN AMBITO MILITARE

Dati statistici sull'andamento della tossicodipendenza relativi ai primi due  
quadrimestri del 1995

I dati che descrivono l'andamento della tossicodipendenza in ambito militare si riferiscono alle schede individuali per farmacodipendenza pervenute presso la Direzione Generale della Sanità Militare nel periodo compreso tra il 1° gennaio ed il 31 agosto 1995

Le schede vengono compilate presso le strutture sanitarie militari che ricoverano e/o emettono provvedimenti medico-legali comunque connessi all'uso di sostanze stupefacenti

Molto spesso il provvedimento medico-legale è motivato da patologie psichiatriche e/o organiche associate all'uso di sostanze stupefacenti (tossicodipendenza, uso abituale o tossicofilia, consumo occasionale)

Le aggregazioni statistiche della presente relazione sono state elaborate dall'Ufficio Centrale per l'Organizzazione, i Metodi, la Meccanizzazione e la Statistica del Ministero della Difesa, che pure ha curato la predisposizione dei grafici, l'archivio è composto da 1539 schede relative a 1528 soggetti

Il numero dei soggetti segnalati (1528) non può in ogni caso ritenersi corrispondente al numero dei casi di tossicodipendenza, poiché le schede vengono compilate anche per i casi

d'uso di sostanze stupefacenti che non configurano una vera e propria condizione di tossicodipendenza

Suddivisione dei tossicodipendenti secondo la Forza Armata di appartenenza

(Tabella e Grafico 1)

<b>FORZA ARMATA</b>	<b>Nr.soggetti</b>	<b>Freq. %</b>
ESERCITO	717	46,9
MARINA	591	38,7
AERONAUTICA	173	11,3
CARABINIERI	19	1,2
VARI	6	0,4
Non indicata	22	1,4
<b>TOTALE</b>	<b>1528</b>	<b>100,0</b>

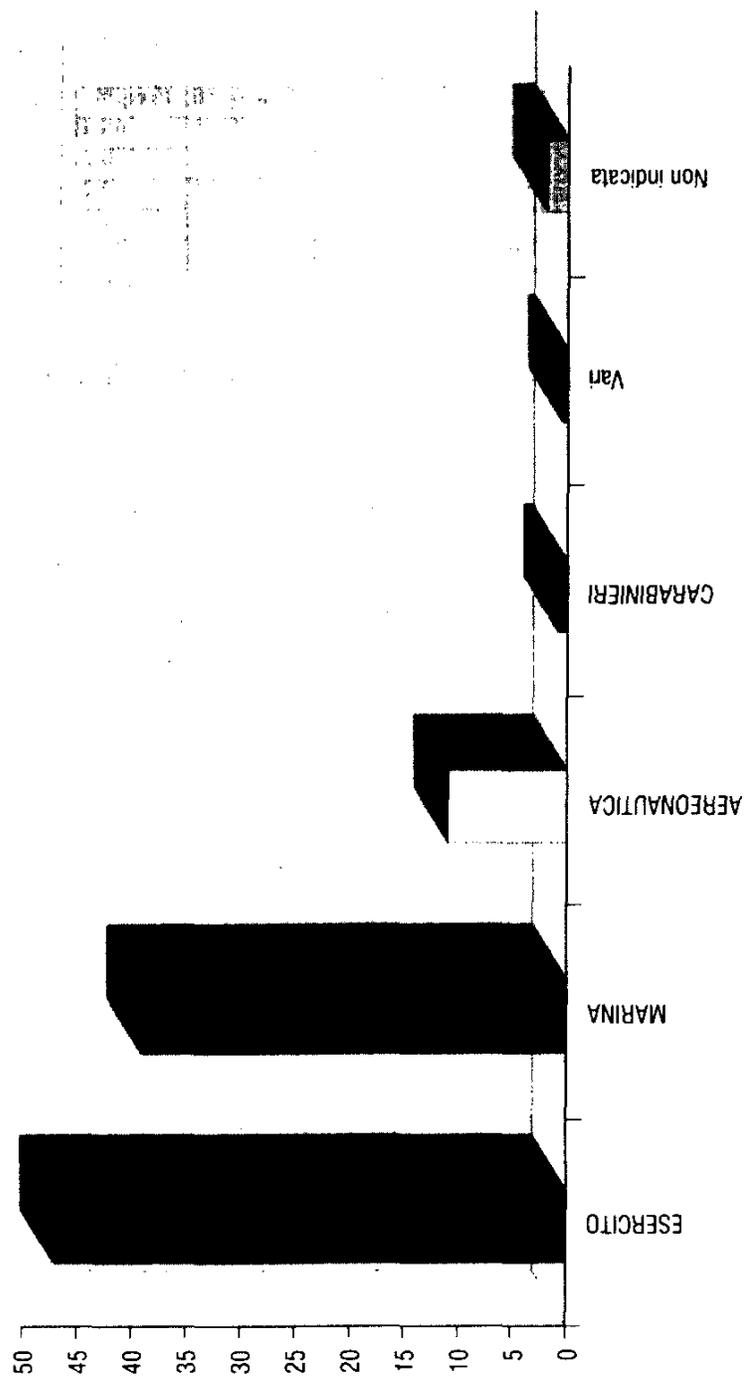
Tab.1- Suddivisione dei tossicodipendenti secondo la Forza Armata di appartenenza

Il numero assoluto dei soggetti assuntori di droghe nel 1995 (n. 1528), confrontato con quello dell'anno precedente (n. 2008), mostra un andamento sostanzialmente stabile del fenomeno.

Infatti i dati del 1995 sono riferiti ad otto mesi, mentre quelli del 1994 erano relativi ai primi dieci mesi dell'anno

Inoltre il numero di soggetti che non hanno indicato l'Arma di appartenenza (solo n. 22 rispetto ai 277 dell'anno precedente) consente una rilevazione differenziata più precisa e quindi più analitica che, se confermata negli anni futuri, permetterà di valutare più puntualmente l'andamento del fenomeno tossicodipendenza anche nell'ambito delle singole Forze Armate.

Graf 1. - Suddivisione dei tossicodipendenti secondo la FORZA ARMATA di appartenenza (valori %).



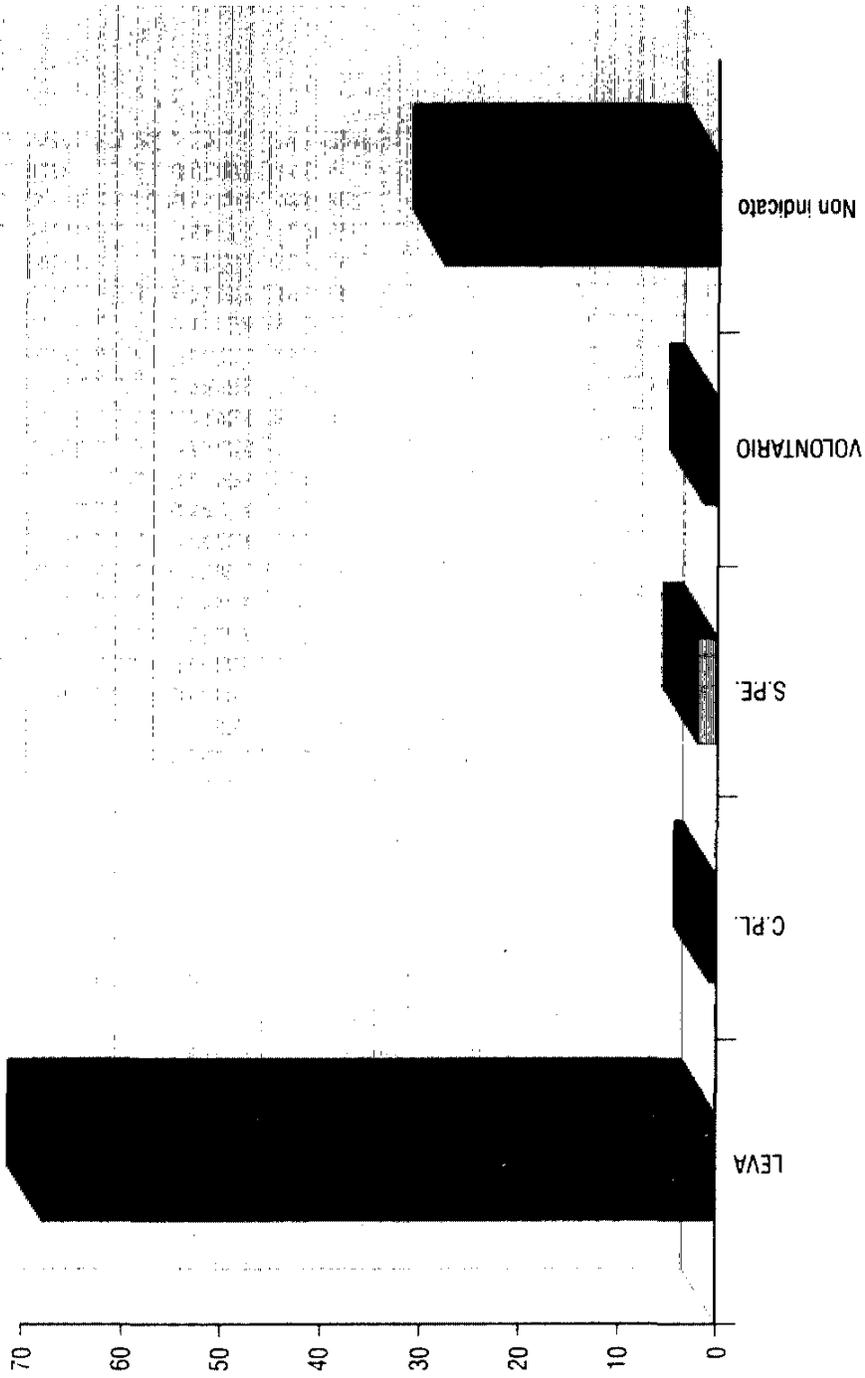
c Distribuzione dei tossicodipendenti secondo la posizione militare (Tabella e Grafico 2)

POSIZIONE	Nr.soggetti	Freq. %
LEVA	1045	68,4
C.P.L.	3	0,2
S.P.E.	34	2,2
VOLONTARIO	22	1,4
Non indicato	423	27,7
<b>TOTALE</b>	<b>1528</b>	<b>100,0</b>

Tab.2 - Distribuzione dei tossicodipendenti secondo la posizione militare

Pur essendo alto il numero di coloro che non hanno indicato la loro posizione militare, si deduce ugualmente che i soggetti maggiormente coinvolti rimangono quelli di leva (1045), siano essi già alle armi o ancora iscritti di leva, ovvero quelli più giovani e probabilmente meno motivati, anche se le quantità relative alle altre categorie di militari tendono ad aumentare (volontari n. 22 contro i 13 dell'anno precedente e S.P.E. n. 34 contro gli 11 sempre dell'anno precedente)

Graf 2. - Distribuzione dei tossicodipendenti secondo la posizione militare (valori %).



## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Distribuzione dei tossicodipendenti secondo la Regione di residenza (Tabella e Grafico 3)

REGIONE	Nr. soggetti	Freq. %	Popolazione	%	F.Ass. Teor.	F.% Teor.
VAL D'AOSTA	1	0,1	57354	0,002081	480	1,8
PIEMONTE	79	5,2	2083866	0,075618	1045	3,9
LOMBARDIA	267	17,5	4280057	0,155311	1719	6,5
FRIULI V.G.	29	1,9	571465	0,020737	1398	5,3
TRENTINO A.A.	2	0,1	434761	0,015776	127	0,5
VENETO	80	5,2	2126205	0,077154	1037	3,9
LIGURIA	77	5,0	793254	0,028785	2675	10,1
EMILIA ROMAGNA	65	4,3	1890192	0,068590	948	3,6
TOSCANA	70	4,6	1701798	0,061753	1134	4,3
MARCHE	34	2,2	695649	0,025243	1347	5,1
LAZIO	140	9,2	2488426	0,090298	1550	5,9
UMBRIA	6	0,4	394192	0,014304	419	1,6
ABRUZZI	23	1,5	608676	0,022087	1041	3,9
MOLISE	2	0,1	161585	0,005863	341	1,3
CAMPANIA	169	11,1	2748953	0,099752	1694	6,4
PUGLIA	139	9,1	1966977	0,071376	1947	7,4
BASILICATA	7	0,5	301571	0,010943	640	2,4
CALABRIA	73	4,8	1019944	0,037011	1972	7,4
SICILIA	163	10,7	2418801	0,087771	1857	7,0
SARDEGNA	92	6,0	814237	0,029546	3114	11,8
ESTERO	3	0,2				
Non indicato	7	0,5				
<b>TOTALE</b>	<b>1528</b>	<b>100,0</b>	<b>27557963</b>	<b>1,000</b>	<b>26486</b>	<b>100,0</b>

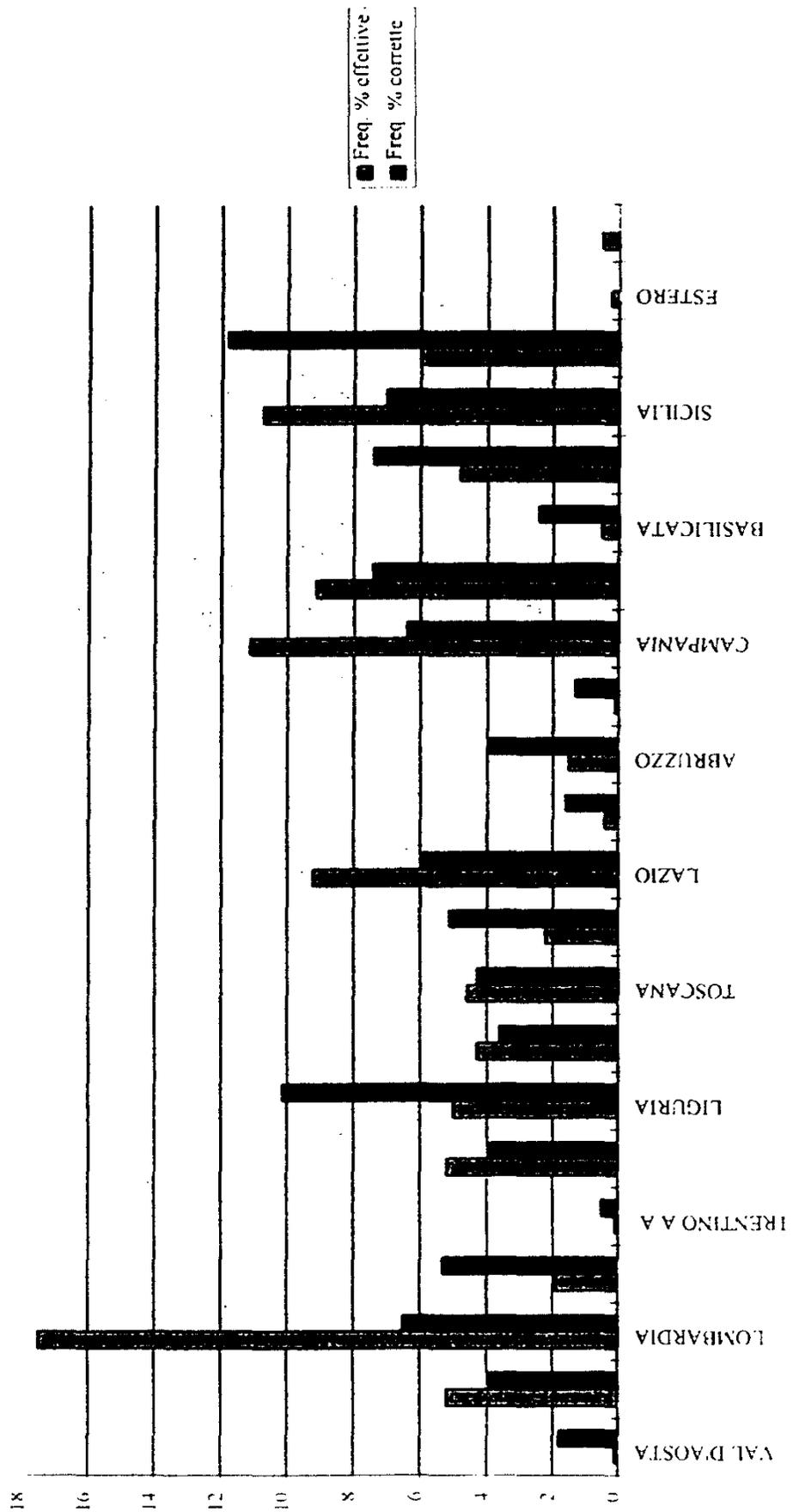
Tab.3 - Distribuzione dei tossicodipendenti secondo la Regione di residenza (Valori % effettivi e corretti in base alla popolazione regionale maschile residente al 13° Censimento 1991)

Le regioni maggiormente rappresentate risultano essere la Lombardia e quindi, con percentuali minori, la Campania, la Sicilia, il Lazio e la Puglia.

Tuttavia il dato deve essere valutato anche alla luce della popolazione residente nelle diverse regioni, la cui distribuzione presenta dei massimi proprio nelle regioni sopra indicate

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Graf.3 - Distr. dei sogg. secondo la Reg. di residenza (Val. % effettivi e corretti in base alla popolazione regionale maschile al 13° Censimento).



Periodo di prima assunzione di sostanze stupefacenti (Tabella e Grafico 4)

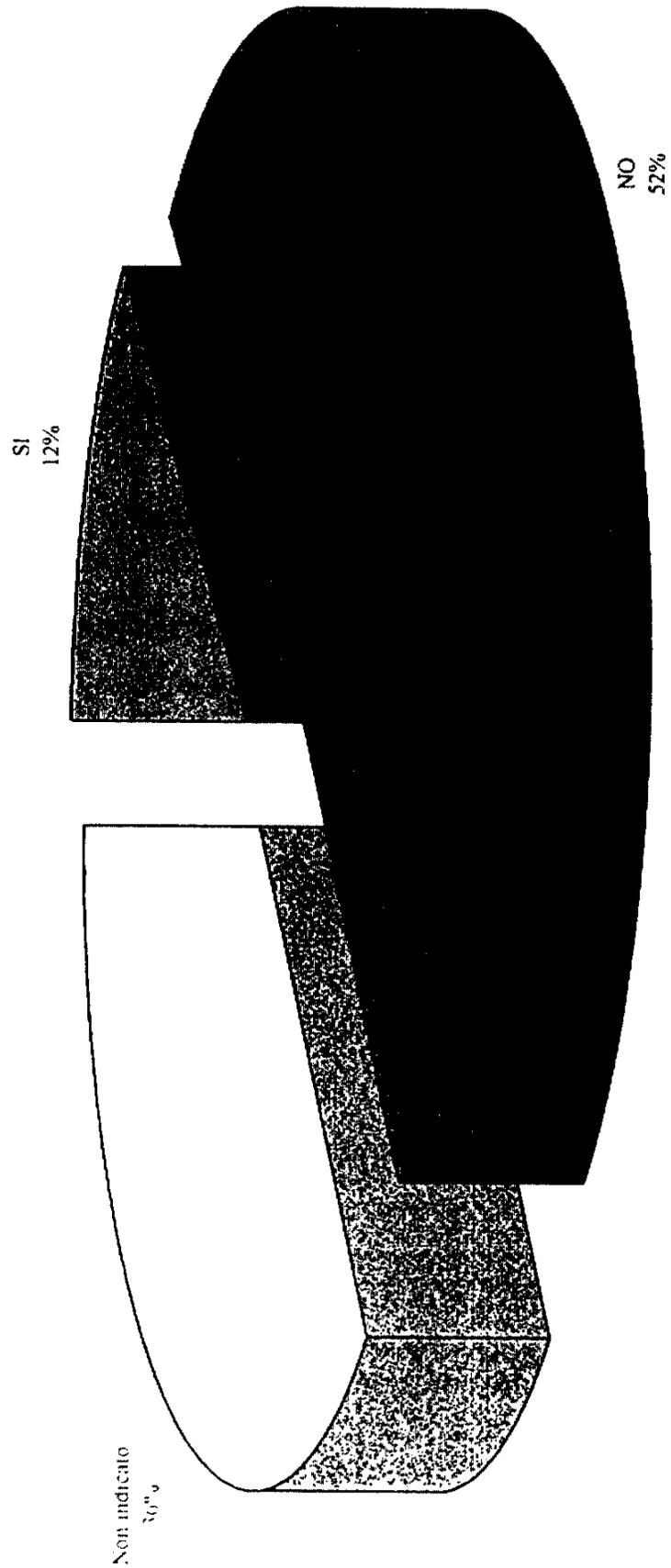
RISPOSTA	Freq.Ass.	Freq.%
SI	181	11,8
NO	795	52,0
Non indicato	552	36,1
<b>TOTALE</b>	<b>1528</b>	<b>100,0</b>

Tab. 4 - La prima assunzione è avvenuta dopo l'incorporamento ?

I soggetti che dichiarano di aver assunto per la prima volta sostanze stupefacenti durante il servizio militare costituiscono l'11,8% di quelli segnalati

Ciò sembra indicare che un'abitudine già contratta, quella dell'uso di droga, pur non essendo stata dichiarata o diagnosticata in sede di visita di leva, diviene manifesta durante la fase iniziale del servizio militare, allorquando il contatto quotidiano con il personale di inquadramento rende difficile la simulazione

Graf.4 - La prima assunzione è avvenuta dopo l'incorporamento



## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

**Distribuzione dei tossicodipendenti secondo l'età della prima assunzione ed il tipo di sostanza (Tabella 5)**

Età in anni	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	33	36	40	101	
Tipo di droga																							
Eraina		2	4	2	7	7	12	15	12	5	1	5	1	1	1			1					76
Oppio e deriv			1	2	1	2	2	8	2	2													20
Alcool				2			1		1				1										5
Altri sedativi										1													1
Anfetamine									1														1
Anoressanti				1																			1
Cocaina					3	1	2	1	3	2		2											14
Marijuana-hachish	6	26	44	81	133	218	237	214	211	104	44	21	6	1	1	8	3		1	1	1	1	1361
Olio di hachish							3																3
Allucinogeni			1																				1
TOTALE	6	28	50	88	144	228	257	238	230	113	46	28	8	2	2	8	3	1	1	1	1	1	1483

Tab.5 - Distribuzione dei tossicodipendenti secondo l'età alla prima assunzione ed il tipo di sostanza

Constatato che l'uso delle sostanze stupefacenti s'instaura prevalentemente in età scolare, ovvero prima del servizio militare di leva, e poiché la gran parte degli studenti diventerà successivamente militare, sarebbe auspicabile un più stretto rapporto tra istituzioni formative ed istituzioni militari, al fine di dare una continuità logica a tutte le iniziative educative e di prevenzione messe appositamente in atto. Ciò mediante lo sfruttamento delle sinergie emergenti dal lavoro in comune, valorizzando al massimo l'educazione alla salute (negli aspetti fisici e psichici) e la conoscenza reciproca del proprio ambito di provenienza

**Distribuzione dei provvedimenti medico-legali secondo la posizione di arruolato, incorporato od iscritto (Tabelle 6 e 6 bis e Grafico 5)**

PROVVEDIMENTO	Idone	Lic. inf. 3 mes	Lic. sup. 3 mes	Rivedibile	Riformato	Decedut	Trasl. altro osp.	TOTALE
POSIZIONE:								
Arruolato	105		188	101	122	91		608
Iscritto leva	18				232	124	1	375
Incorporato	143		302	10	2	82		543
TOTALE	266		490	111	356	297	1	1526

Tab. 6 - Distribuzione dei provvedimenti medico legali secondo la posizione di arruolato, incorporato od iscritto (Valori assoluti)

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

PROVVEDIMENTO	Idone	Lic. inf. 3 mes	Lic. sup. 3 mes	Rivedibile	Riformato	Decedut	Trasf. altro osp.	TOTALE
ARRUOLATO	17,3	30,9	16,6	20,1	15,0	0,0	0,2	100,0
ISCRITTO LEVA	4,8	0,0	0,0	61,9	33,1	0,3	0,0	100,0
INCORPORATO	26,3	55,6	1,8	0,4	15,1	0,0	0,7	100,0
TOTALE	17,4	32,1	7,3	23,3	19,5	0,1	0,3	100,0

Tab. 6 bis - Distribuzione dei provvedimenti medico legali secondo la posizione di arruolato, incorporato od iscritto (Valori %)

Sono stati analizzati i provvedimenti medico-legali adottati al termine degli accertamenti sanitari. Le tabb. 6 e 6 bis mostrano i risultati delle elaborazioni effettuate sui primi otto mesi del 1995.

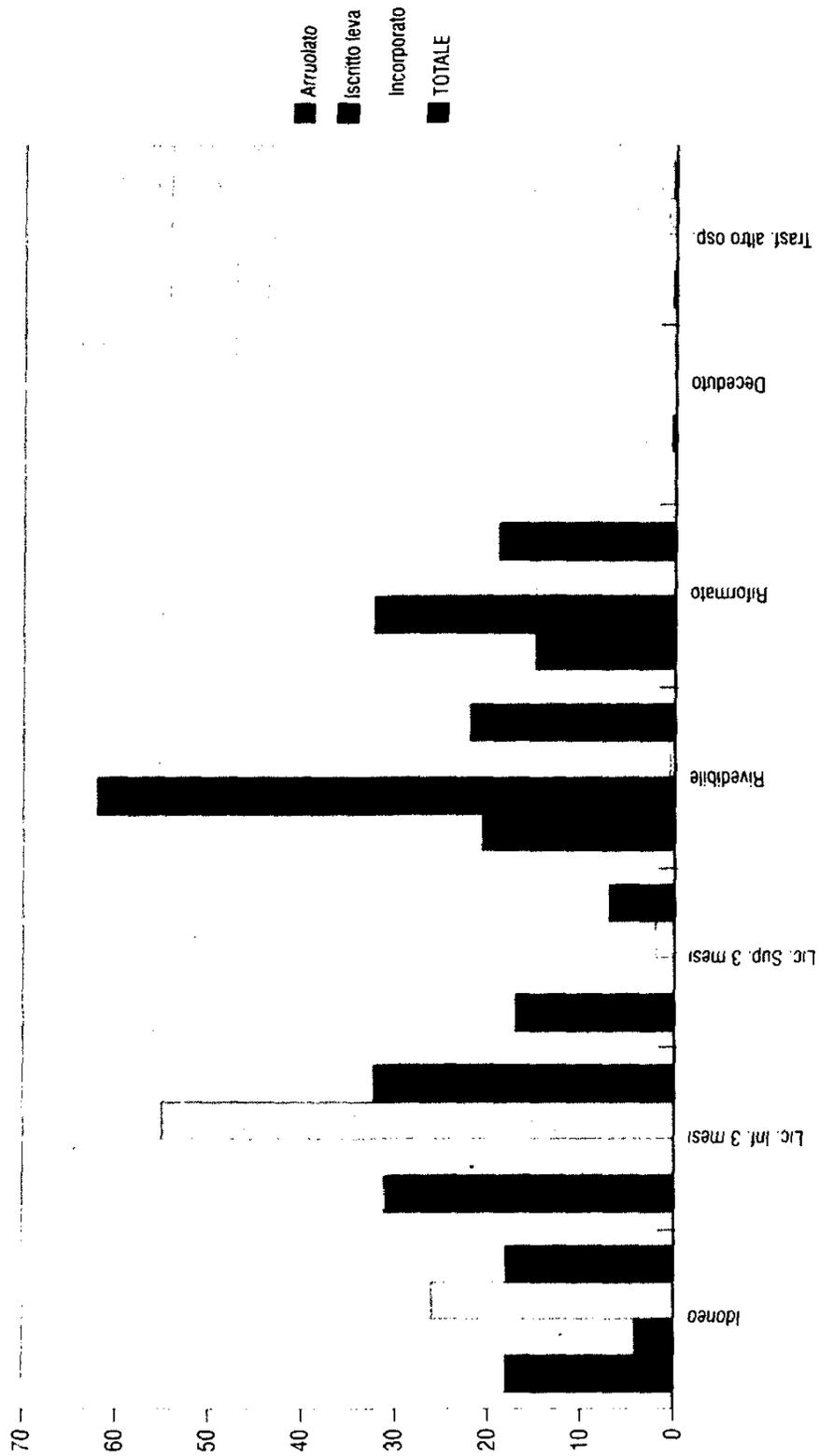
Il totale della tabella non comprende quei casi in cui non sono state fornite informazioni.

Il raffronto dei provvedimenti medico-legali con quelli adottati nei primi dieci mesi del 1994 evidenzia

- 1) l'aumento dei provvedimenti medico-legali di idoneità (266 idonei nel 1995 contro 178 idonei nel 1994),
- 2) la diminuzione del numero dei soggetti riformati (297 riforme nel 1995 contro 422 nel 1994),
- 3) la diminuzione delle licenze di convalida di durata inferiore a tre mesi (490 casi nel 1995 contro 716 nel 1994),
- 4) la netta diminuzione delle licenze di convalida di durata superiore a tre mesi (111 casi nel 1995 contro 329 nel 1994),
- 5) la lieve crescita dei provvedimenti medico-legali di rivedibilità (356 casi nel 1995 contro 315 nel 1994).

Con ogni probabilità i dati su riportati sono collegati con la sempre più puntuale segnalazione anche di casi di uso occasionale di sostanze stupefacenti.

Graf. 5 - Distribuzione dei provvedimenti medico-legali secondo la posizione militare (valori %).



## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

## Sostanze stupefacenti maggiormente utilizzate (Tabella 7)

TIPO DI DROGA	requenz	%
Eroina	15	3,2
Oppio e derivati	7	1,5
Metadone illegale	2	0,4
Metadone legale	9	1,9
Altri oppiacei	4	0,9
Alcool	41	8,8
Barbiturici	1	0,2
Altri sedativi ipnotici	10	2,1
Anfetamine	26	5,6
Anoressanti	4	0,9
Cocaina	67	14,3
Marijuana-hashish	228	48,8
Olio di hashish	15	3,2
Allucinogeni	31	6,6
Inalanti	4	0,9
Altri	3	0,6
TOTALE	467	100,0

Tab. 7 - Sostanze stupefacenti maggiormente utilizzate

Se la presenza di droghe "pesanti" rimane un fenomeno ancora quantitativamente limitato, non altrettanto si può dire per quelle "leggere" tipo marijuana ed hashish

## Età di assuefazione secondo il tipo di sostanze usate (Tabella 8)

Età in anni	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	43	TOT
Tipo di droga																			
Eroina	2	2		3	19	18	28	24	19	4	3	9	2	2	1	2	1	1	140
Oppio e deriv			1	4	3	4	2	9	3	2	1								29
Altri oppiacei				1															1
Alcool			3	10	6	8	6	13	8	1	1		1						57
Altri sedativi							1												1
Anfetamine			1					1	1	1									4
Cocaina		1	1		5	7	8	6	1	2	1	1				1			34
Marijuana-hashish	9	9	15	25	67	144	165	151	144	84	33	16	1	1	2	1	3		870
Olio di hashish							1		1	1	1								4
Allucinogeni					1														1
Altri							2												2
più di 5 sostanze	1		1	5	6	8	7	9	3		1								42
TOTALE	11	12	21	43	101	181	211	204	177	95	40	26	4	3	3	4	4	1	1141

Tab. 8 - Età di assuefazione secondo il tipo di sostanza usata

La tab 8, confrontata con la tab 5, ci informa sul tempo intercorso tra la prima assunzione di droga e la conseguente assuefazione: esso è piuttosto breve (1 anno circa), per

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

cui andrebbe fortemente contrastato l'uso sporadico di droga che, secondo alcuni, non darebbe luogo a conseguenze nel tempo

Dati di proiezione anno 1995 (Tabelle 1b, 2b, 3b, 4b)

Essendo le elaborazioni precedenti relative ai dati pervenuti nei primi due quadrimestri del 1995, si allegano, per meglio comprendere l'andamento globale del fenomeno, le proiezioni formulate per l'intero anno

FORZA ARMATA	Nr Soggetti			ANNO 1995	%
	I QUADR.	II QUADR.	III QUADR.		
ESERCITO	391	326	261	978	46,1
MARINA	281	310	339	930	43,8
AERONAUTICA	84	89	94	267	12,6
CARABINIERI	7	12	17	36	1,7
VARI	3	3	3	9	0,4
Non indic	55	-33	-121	-99	-4,7
TOTALE	821	707	593	2121	100,0

dati di proiezione

Tab.1b- Suddivisione dei tossicodipendenti secondo la Forza Armata di appartenenza

POSIZIONE	Nr Soggetti			ANNO 1995	%
	I QUADR.	II QUADR.	III QUADR.		
LEVA	550	495	440	1485	70,0
CPL	0	3	6	9	0,4
SPE	2	32	62	96	4,5
VOLONTARI	18	3	-10	12	0,6
Non indic	251	173	95	519	24,5
TOTALE	821	707	593	2121	100,0

dati di proiezione

Tab.2b - Distribuzione dei tossicodipendenti secondo la posizione militare

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE	Nr. Soggetti				%	F. % Teorica*
	I QUADR.	II QUADR.	III QUADR.	ANNO 1995		
VAL D'AOSTA	0	1	2	3	0,1	3,8
PIEMONTE	55	24	-7	72	3,4	2,5
LOMBARDIA	142	125	108	375	17,7	6,3
FRIULI V.G.	21	8	-5	24	1,1	3,0
TRENTINO A.A.	2	0	-2	0	0,0	0,0
VENETO	44	36	28	108	5,1	3,7
LIGURIA	34	43	52	129	6,1	11,7
EMILIA ROMAGNA	37	28	19	84	4,0	3,2
TOSCANA	42	28	14	84	4,0	3,6
MARCHE	23	11	-1	33	1,6	3,4
LAZIO	66	74	82	222	10,5	6,4
UMBRIA	4	2	0	6	0,3	1,1
ABRUZZI	10	13	16	39	1,8	4,6
MOLISE	0	2	4	6	0,3	2,7
CAMPANIA	92	77	62	231	10,9	6,0
PUGLIA	58	81	104	243	11,5	8,9
BASILICATA	4	3	2	9	0,4	2,1
CALABRIA	27	46	65	138	6,5	9,7
SICILIA	82	81	80	243	11,5	7,2
SARDEGNA	54	38	22	114	5,4	10,1
ESTERO	21	-18	-57	-34	-2,5	
Non indicato	3	4	5	12	0,6	
	821	707	593	2121	100,0	100,0

(\*) corretta in base alla popolazione regionale residente al 13° Censimento 1991

dati di proiezione

Tab.3b - Distribuzione dei tossicodipendenti secondo la Regione di residenza (Valori % effettivi e corretti in base alla popolazione regionale residente al 13° Censimento 1991)

RISPOSTA	Nr. Soggetti				%
	I QUADR.	II QUADR.	III QUADR.	ANNO 1995	
SI	112	69	26	207	9,8
NO	511	284	37	852	40,2
Non indicato	198	354	510	1062	50,1
TOTALE	821	707	593	2121	100,0

dati di proiezione

Tab. 4b - La prima assunzione è avvenuta dopo l'incorporamento ?

Epidemiologia delle patologie infettive correlate alla tossicodipendenza

Si riportano i dati concernenti le patologie infettive che più frequentemente sono correlate alla tossicodipendenza

- Epatite B                                    n 44 casi
- Epatite non A non B                    n 29 casi

Si precisa che i suddetti dati

- si basano sulle notifiche pervenute tra il 1° gennaio ed il 30 novembre 1995;
- si riferiscono a patologie per le quali la correlazione con la tossicodipendenza è da intendersi in linea generale come "fattore di rischio" e non come fatto accertato nel singolo caso

E' da sottolineare l'assenza di casi di epatite C, rilevati, seppure in quantità minimale, l'anno precedente e l'aumento degli altri due tipi di epatite ("B" e "non A non B")

Inoltre sono stati segnalati, al 30.12.95, n. 3 casi di soggetti portatori di infezione da HIV, non dipendenti però da uso di sostanze stupefacenti.

INIZIATIVE ED ATTIVITA' IN AMBITO AIDS  
Piano di formazione HIV per il personale della Difesa

Facendo seguito ad analoghe iniziative attuate negli anni 1990 e 1992, la Direzione Generale della Sanità Militare ha promosso un ampio piano di formazione HIV per il personale della Difesa, d'intesa con la Commissione Nazionale per la lotta all'AIDS e con l'Istituto Superiore di Sanità

Il piano si propone di formare operatori qualificati a svolgere attività educativa presso Enti Addestrativi e Reparti delle Forze Armate

Si articola in tre fasi

- I fase formazione di ufficiali medici quali docenti militari mediante specifico corso,
- II fase formazione di operatori militari di prevenzione (Ufficiali Medici, Cappellani Militari, Ufficiali di inquadramento) mediante corsi da svolgere presso DIFESAN, a cura dei docenti militari formati in fase I,
- III fase educazione sanitaria dei giovani che entrano nelle Forze Armate, a cura degli operatori formati in fase II

La I fase del piano si è svolta nel maggio u.s. La II fase avrà luogo nei primi mesi del '96 e ad essa seguirà, immediatamente dopo, la III fase

Programma, contenuto didattico e organizzazione del corso sono stati curati pariteticamente dalla Direzione Generale della Sanità Militare e dall'Istituto Superiore di Sanità

Screening HIV per il personale militare

Difesan ha formulato un articolato parere in merito al d.d.l. "Integrazione alle disposizioni di cui all'art. 5 L. 135/90 sull'accertamento dell'infezione da HIV", proponendo lo screening obbligatorio per i militari di leva e per i candidati all'arruolamento volontario o per lo Spe

Partecipazione ad organismi internazionali

Si ritiene rilevante sottolineare la presenza della Sanità Militare Italiana nella "Civil-Military Alliance to combat HIV and AIDS", nata per coordinare le politiche sanitarie contro l'AIDS in ambito militare e civile. Tale organismo ha sede in Washington D.C. e si propone di promuovere e coordinare le strategie di intervento contro l'infezione da HIV in ambito

militare e civile, a livello internazionale. Particolare attenzione, in questo quadro, è rivolta alle forze militari impegnate in operazioni di peace-keeping

#### Cessione Gratuita Profilattici

In ottemperanza alle disposizioni impartite dal Sig. Ministro della Difesa pro-tempore, a partire dal 1987, Difesan provvede all'approvvigionamento e alla distribuzione alle 3 FF AA di profilattici.

Il suddetto materiale viene raccolto presso lo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare per il successivo smistamento ai Magazzini Sanitari/Farmacie Militari che riforniscono gli Enti e Reparti delle FF.AA.

A tale livello, la distribuzione avviene a cura dei Servizi Sanitari. L'ultimo contratto (6 5 94) prevede la fornitura di 1.187.000 profilattici, attualmente in corso di distribuzione

#### Progetto dell'A.M. denominato "AIDS: fatti, non parole"

Le attività del progetto sono finalizzate a diffondere norme igieniche e comportamentali di educazione sanitaria nella collettività militare, mediante distribuzione di materiale didattico all'uopo realizzato, di facile ed immediata comprensione, a svolgere seminari curati da personale specialista militare e civile ed a distribuire presidi profilattici per combattere gravi patologie infettive a diffusione sessuale (HIV, HBV, HCV) che cominciano a circolare con preoccupante incidenza nelle fasce di età giovanili e che spesso costituiscono il risultato di pericolose commistioni fra le cosiddette "categorie a rischio" della popolazione e il resto della collettività

#### ASPETTI LEGISLATIVI

Il Testo Unico delle leggi in materia di tossicodipendenza (D.P.R. 9 10.1990 n° 309) contiene disposizioni relative alle Forze Armate negli articoli che vanno dal 107 al 112

Una ricognizione puntuale su quanto scaturito da 5 anni di applicazione degli articoli suddetti, porta alle seguenti considerazioni

- a l'art 107, composto dai commi 1 e 2, non ha trovato ostacoli interpretativi, per cui è stato adeguatamente reso operativo tramite iniziative promosse

dall'Amministrazione della Difesa ed attuato anche con l'ausilio del finanziamento di progetti ad hoc, gravanti sul Fondo Nazionale Antidroga.

- b. Quanto stabilito dai commi 1, 2 e 3 dell'art. 108 ha trovato puntuale attuazione e non necessita di alcuna modifica
- c. L'art. 109, invece, contiene elementi che sarebbe utile proporre per le eventuali modifiche al Testo Unico delle leggi in materia di tossicodipendenza. Tali elementi si concretizzano nel prevedere che i provvedimenti medico-legali che conducono ad una temporanea inidoneità alla prestazione del servizio militare, con diagnosi di tossicodipendenza, siano sempre subordinati alla disponibilità dell'interessato a sottoporsi a trattamenti di recupero sociosanitario. A tal fine sono necessarie alcune modifiche all'articolo 109 del T.U. (commi 1, 2, 5).

La modifica legislativa potrebbe consentire:

- di incentivare l'accesso a trattamenti di recupero di soggetti tossicodipendenti,
  - di istituzionalizzare il collegamento tra l'Amministrazione della Difesa e le strutture civili, pubbliche e private, che operano nell'attività di recupero dei tossicodipendenti.
- d. La formulazione dei 5 commi relativi all'art. 110 ha trovato pratica attuazione senza difficoltà alcuna
- e. L'art. 111, composto dai commi 1 e 2, è stato puntualmente applicato, anche se la rilevazione dei tossicodipendenti in ambito militare, cui fa espresso riferimento il comma 2, è stata più difficoltosa a seguito dell'entrata in vigore della legge 26 giugno 1990, n. 162. Tale legge ha infatti determinato la quantificazione del fenomeno soprattutto per via deduttiva, tramite l'analisi di provvedimenti medico-legali di varia natura, comunque connessi con l'uso di sostanze stupefacenti. I provvedimenti di permanente inidoneità, per la sola condizione di tossicodipendenza, sono oramai in via di estinzione e la legge li prevede, come possibilità, solo per iscritti ed arruolati di leva
- f. Da ultimo c'è da notare che anche la formulazione dell'art. 112 non ha posto particolari problemi interpretativi ed applicativi, in quanto un buon numero di obiettori di coscienza, che hanno espresso il desiderio di svolgere il proprio servizio

in strutture dedite al recupero ed all'assistenza dei tossicodipendenti, ha visto accolta tale richiesta.

#### CONCLUSIONI

Le iniziative attualmente in corso di realizzazione nelle Forze Armate, per la prevenzione delle tossicodipendenze, sono, come si è detto, piuttosto varie ed articolate.

Esse necessitano di un costante coordinamento, che viene assicurato dalla Sezione di Psicologia medica militare della Direzione Generale della Sanità Militare.

Tale Sezione, organo di coordinamento e controllo, con compiti altresì di ricerca, in rapporto alle incombenze istituzionali o emergenti cui deve sovrintendere, potrebbe sicuramente trarre giovamento da un potenziamento dell'organico, ottenibile anche attraverso un apposito finanziamento da parte del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga.

E' da sottolineare inoltre la necessità di addivenire ad un regolare apporto di stanziamenti da parte di tale Fondo, per svincolare la fase esecutiva delle pianificazioni dalle incertezze di copertura finanziaria e dai rigidi limiti degli EE FF che possono ingenerare difficoltà nella delicata fase di avvio o nella continuità delle iniziative.

Purtuttavia gli interventi appaiono globalmente promettenti per i possibili effetti di ricaduta sul benessere e la sicurezza dell'intera collettività militare e per le immancabili indirette ripercussioni sulla società civile.

*Ministero della Pubblica Istruzione*



*Ufficio Studi, Bilancio e Programmazione*

I dati analizzati costituiscono il proseguimento della rilevazione effettuata dall'Ufficio Studi negli anni scolastici 92/93 e 93/94 e curata, per l'elaborazione, dal Servizio Statistico.

Al fine di effettuare anche per il decorso anno scolastico 94/95 una ricognizione su tutto il territorio nazionale, sono state inoltrate agli uffici scolastici provinciali schede di rilevazione a consuntivo delle iniziative di prevenzione realizzate nelle scuole di ogni ordine e grado

Tali schede, integrate da una specifica, atta a rilevare la qualita' dei processi attivati a livello di singola istituzione scolastica, hanno permesso di verificare il grado di pervasivita' e di incisivita' dei progetti ( Giovani, Ragazzi, Arcobaleno, Genitori) nonche' il grado di partecipazione e le competenze impegnate

E' stato pertanto possibile operare una prima verifica sui tempi di realizzazione dei progetti (curricolare o extracurricolare) ed effettuare numerose aggregazioni, per provincia, per regioni e per aree geografiche, di tutte le attivita' di prevenzione Progetto Arcobaleno, Progetto Ragazzi 2000, Progetto Giovani 2000, Progetto Genitori e Centri di Informazione e Consulenza

Le tabelle che seguono rappresentano una sintesi significativa, che tende a darci un quadro organico di quanto le risorse impegnate abbiano prodotto in termini di iniziative educative e didattiche finalizzate a prevenire le tossicodipendenze e altre patologie ad esse correlate, attraverso la promozione di situazioni gratificanti di vita sociale e di apprendimento

## DATI STATISTICI

I dati contenuti nelle tabelle allegate, ripartiti territorialmente (Nord-Centro-Sud-Isole), forniscono un quadro complessivo sullo stato di attuazione delle attivita' di prevenzione previste dal D P R 309/90 e realizzate nell'anno 1995

Le prime tabelle si riferiscono al grado di adesione delle unita' scolastiche e di coinvolgimento degli alunni nei Progetti Arcobaleno, Progetto Ragazzi e Progetto Giovani 2000

La tabella riferita al solo PG 2000 esplicita i tempi di realizzazione dei progetti (curricolare e extracurricolare), nonché i casi in cui l'attuazione dello stesso coinvolge l'intero istituto

La tabella riferita al Progetto 20 studenti riporta i dati relativi al totale dei progetti e alla partecipazione di studenti e docenti.

Le tematiche affrontate nelle iniziative precedentemente indicate sono riportate nella tab. 6 dove per ogni progetto sono indicate le scelte operate a livello nazionale

I progetti nascono e si sviluppano all'interno delle finalità, delle norme e dei programmi vigenti la loro peculiarità consiste nel concentrare energie e risorse su obiettivi specifici per focalizzare aspetti della vita scolastica di volta in volta avvertiti come preminenti.

Se tra gli elementi favorevoli si riscontra la progressiva diffusione, nella scuola come nell'amministrazione, della cultura della progettazione educativa, verso l'esterno si assiste al graduale passaggio della scuola dalla sua tradizionale autoreferenzialità alla funzione di coordinamento della dimensione educativa delle politiche giovanili svolte nel territorio da altri Enti o Istituzioni

Assumono rilievo e significato in questa prospettiva

- i raccordi funzionali con il Ministero della Sanità per la promozione ed il coordinamento delle attività di educazione alla salute

- l'attivazione a livello provinciale di protocolli d'intesa volti a regolare i tempi e gli spazi di intervento degli operatori sociosanitari

- l'elaborazione di linee guida nazionali per l'educazione alla salute, successivamente acquisite e diffuse dall'OMS - REGIONE EUROPA

- il nuovo codice della strada che fa obbligo di svolgere attività di educazione stradale nelle scuole di ogni ordine e grado

- l'accordo di programma con il Ministero dell'Ambiente

- il giornale degli studenti che nasce in risposta alla richiesta formulata in tre convegni studenteschi tenutisi a Roma e Strasburgo dal 1993 al 1995.

- la convenzione con l'ETI (Ente teatro italiano) e con la Presidenza del Consiglio Sottosegretario allo Spettacolo ) per l'approfondimento della collaborazione fra enti che possono valorizzare il teatro nella scuola

Le tabelle 7 e 8 si riferiscono al progetto genitori

In particolare la tabella 7 fornisce indicazioni sul numero dei progetti realizzati nella scuola elementare, media e secondaria di 2° grado, e sul grado di partecipazione dei genitori ugualmente ripartito per ordine di scuola

Tale ultimo dato notevolmente piu' alto rispetto agli anni precedenti, vede complessivamente 852 768 genitori coinvolti nelle iniziative di prevenzione.

La tabella 9 aggrega i dati relativi ai Centri di informazione e consulenza previsti dall'art 106 del citato D.P.R. distinti in formalizzati e non

I primi, formalmente istituiti dal Provveditore agli Studi d'intesa con i Consigli d'Istituto e i Ser.T., assommano a 1 811 unita', i secondi, non ancora istituiti con decreto ma attivati con parere favorevole del Consiglio d'Istituto, a 736, per un totale di 2.547 centri sul territorio nazionale.

Il numero medio di alunni coinvolti nei diversi Progetti e' riportato nella tabella 10, che indica altresì il numero medio dei docenti sempre divisi per ordine di scuola

La tabella 11 correla il numero dei progetti con i docenti coinvolti e con i docenti referenti d'istituto per l'educazione alla salute, divisi per ordine di scuola e per ripartizioni territoriali

Nella successiva, la 12, e' operato un raffronto tra i docenti referenti formati con i corsi previsti dalle C.M. 66/91, C.M. 47/92, C.M. 120/94 per un totale di 18.591 unita', ed i docenti che alla fine dello scorso anno scolastico risultavano formati e operativi nelle rispettive sedi di servizio e precisamente 16 203. La tabella 13 riporta il numero dei corsi di formazione previsti dalla C.M. 120/94 e il numero dei partecipanti agli stessi

Completa il quadro delle attivita' la tabella 14 che individua i soggetti protagonisti del Progetto Giovani 2000

#### ANDAMENTO TRIENNALE

La tab. 15 permette un confronto delle attivita' di educazione alla salute nel triennio 92/93/ - 93/94 - 94/95

La mancanza di alcuni dati di riferimento è da attribuirsi all'approfondimento delle modalità di rilevazione che ogni anno ha permesso di ricavare un numero maggiore di informazioni sulle attività di prevenzione attuate

Inoltre vengono per la prima volta forniti i dati relativi alla scuola materna dove, dall'anno scolastico 1994/95, è attivo il Progetto Arcobaleno

### RIPETENZE E ABBANDONI

I dati relativi alla tabella 16 dimostrano come nel periodo di tempo durante il quale gli interventi per la prevenzione delle tossicodipendenze sono stati attuati, ci sia stato un miglioramento sia dei tassi di ripetenza che dei tassi di non valutazione e/o abbandono, la tabella suddetta dà la misura di tale andamento sia nella scuola dell'obbligo che nella scuola secondaria superiore

### LINEE DI TENDENZA

L'interpretazione dei dati globali può risultare complessa se non sostenuta dalle valutazioni contenute nelle relazioni prodotte dai Provveditorati agli Studi

Gli elementi di riflessione che seguono sono dedotti dalle citate relazioni e costituiscono tratti paradigmatici delle stesse

### PROGETTO ARCOBALENO

Le linee guida e le modalità di intervento necessitano di un'ulteriore focalizzazione, stante la novità della normativa di riferimento

Questo non ha impedito di trovare nei docenti della scuola materna un'attenzione ed una disponibilità che non è facilmente riscontrabile in altri ordini di scuola

I quadri prevalenti di riferimento tematico, in linea con gli Orientamenti del '91 vanno dall'accoglienza alla continuita', all'organizzazione degli spazi e dei tempi ed al dialogo con le famiglie

I risultati conseguiti rispetto ai bisogni rilevati, hanno comportato

- una condivisione di intenti educativi tra le figure adulte di riferimento,
- un consolidamento delle competenze educative e metodologiche,
- l'acquisizione di nuove chiavi di lettura e comprensione del bambino,
- la consapevolezza da parte degli adulti dell'incidenza delle emozioni sui processi di apprendimento,
- un miglioramento delle relazioni bambini-adulti ed una positiva ricaduta sull'immagine di se',
- la produzione di documentazione trasferibile in diverse realtà scolastiche

#### PROGETTO RAGAZZI 2000

I dati relativi a questa tipologia di progetto risultano indubbiamente quelli di piu difficile lettura, in quanto nella scuola dell'obbligo le attivita' rispondenti alle linee guida dell'Educazione alla salute sono ormai entrate nella programmazione curricolare

La maggioranza dei progetti finanziati ha affrontato aree di possibile miglioramento nella scuola, attraverso attivita' di ricerca-azione, docenti studenti e genitori hanno ricercato strategie, metodologie, contenuti volti al miglioramento della qualita' della vita a scuola

Consapevoli della valenza formativa delle discipline, ed attraverso una rivisitazione metodologica e contenutistica delle stesse si e provveduto a recuperare e valorizzare il ruolo dei docenti nella gestione e nella conduzione delle attivita' di prevenzione e di educazione alla salute

L'impiego di esperti esterni in orario curricolare, funzionale a soddisfare bisogni di informazione, si e innestato su una programmazione educativa che doverosamente resta di competenza dell'istituzione scolastica

La stragrande maggioranza dei Progetti Ragazzi 2000 approvati, si realizza in orario curricolare, nell'ambito pertanto dell'ordinario far scuola. In alcuni casi, piuttosto rari e ben motivati, gli stessi progetti implicano invece una dilatazione del tempo scuola attraverso l'offerta di iniziative extra-curricolari mirate a gruppi di ragazzi provenienti da varie classi, si tratta di contesti socio-culturali fortemente deprivati, rispetto ai quali l'attività acquista una valenza sociale, di aggregazione positiva nel territorio.

Il Provveditore di Bari riassume efficacemente le potenzialità formative espresse dal Progetto Ragazzi 2000 laddove evidenzia che lo stesso ha rappresentato lo sfondo integratore delle attività scolastiche, ha migliorato il clima scolastico e, collegandosi ai progetti sulla dispersione scolastica, ha favorito momenti di accoglienza nella scuola e di "uscita", ha privilegiato l'attenzione alle fasce deboli per conoscere, prevenire, contenere, ridurre i fattori di rischio e di disagio, a volte interni alla scuola ma, in alcune aree pericolosamente presenti nel territorio e che determinano comportamenti devianti.

Negli incontri interistituzionali è stata avviata un'esperienza sistematica di collaborazione e di interazione mirata ad individuare sinergie ed obiettivi comuni che sono in seguito sfociati in protocolli d'intesa funzionali anche alla presentazione di progetti speciali da parte di Enti Locali, associazioni e cooperative sulla base del D.P.R. n.309/90 e della legge n.216/91 con il concorso determinante delle istituzioni scolastiche

### PROGETTO GIOVANI 2000

L'effettivo coinvolgimento delle singole istituzioni scolastiche ha caratteristiche estremamente differenziate, passando da istituzioni dove le attività di prevenzione ed educazione alla salute sono progettate e realizzate, ad istituzioni dove pare esserci una adesione più formale che sostanziale.

Laddove le iniziative di prevenzione si sono inquadrate nello svolgimento ordinario dell'attività educativa e didattica gli alunni hanno potuto "godere di un clima realmente attento alle loro esigenze formative" ma "è proprio nella scuola secondaria superiore che stenta a decollare una rinnovata visione delle discipline, intese non come fine ma come strumento per perseguire l'obiettivo ultimo della scuola cioè la formazione dell'uomo e del

cittadino. Pertanto, l'educazione alla salute e tutto ciò che viene ad essa collegato è ancora considerata qualcosa in più rispetto agli impegni richiesti dallo svolgimento dei programmi, e *non parte integrante dell'impegno educativo*". Provveditore di La Spezia.

Un altro nodo problematico è costituito dal fatto che le attività di prevenzione finiscono per coinvolgere soprattutto quegli studenti che nell'ottica della normativa, non erano i destinatari prioritari degli interventi di prevenzione ed educazione alla salute, cioè gli alunni che in genere sembrano manifestare un rapporto sereno e proficuo con le istituzioni.

La flessione nel numero dei progetti, cui corrisponde un incremento delle adesioni, consegue ad una progressiva visione d'insieme capace di accogliere, elaborare, ridurre a

Sintesi, operativamente praticabile, le indicazioni normative, la proposta formativa e le diverse dimensioni di vita dei giovani.

Si deve tuttavia notare che da un lato il rischio di tossicodipendenza non è diagnosticabile a priori, dall'altro la mobilitazione di risorse studentesche intorno a temi qualificanti contribuisce a creare un clima positivo, in cui sono facilitate l'identificazione con l'istituzione scolastica e la solidarietà. Molte testimonianze dimostrano che anche in virtù dell'impegno di minoranze attive di docenti e studenti il clima e il vissuto di molte persone sono significativamente cambiati.

## INIZIATIVE 20 STUDENTI

L'esperienza di autonomia propositiva e di organizzazione e gestione risulta assai poco radicata o addirittura caratterizzata da progressiva atrofia.

Si possono avanzare ipotesi che vanno dalla mancata informazione su questa opportunità ad una difficoltà di propositività costruttiva da parte della componente studentesca, unita ad una presenza, all'interno dell'istituto, di un'ampia gamma di attività promosse dai docenti, tale da non fare avvertire l'esigenza di ulteriori progettazioni. Ma forse il peso maggiore l'hanno avuto due fattori, per alcuni aspetti divergenti, per altri convergenti in termini di incidenza: da un lato le agitazioni studentesche, con i loro momenti di autogestione, dall'altro i corsi integrativi. Queste due esperienze tendono infatti a sconvolgere

tempi e ritmi dell'anno scolastico, riducendo la possibilità di iniziative di carattere culturale coerenti con le finalità della legge 309/90.

## PROGETTO GENITORI

Sul piano quantitativo si registra una partecipazione limitata e sul piano qualitativo si evidenzia una impostazione del Progetto Genitori che lo qualifica più come occasione di approfondimento culturale del singolo che come reale momento di crescita, di rinforzo di ruolo e di "alleanza" tra scuola e famiglia.

Pertanto si avvertono due priorità:

- creare spazi di confronto interistituzionali sui problemi dei giovani non viziati da contesti di parte e non limitati a insegnanti e genitori, ma aperti ad operatori sociali e sanitari ed al personale che opera nelle associazioni per i giovani.

- riflettere tra insegnanti e discutere con i genitori delle aspettative reciproche per definire un vero e proprio "contratto" educativo che sia il risultato di una reciproca conoscenza e dell'impegno a collaborare per affiancare i ragazzi nel loro percorso di crescita.

A fronte di una contrazione del numero dei progetti attuati si riscontra un aumento delle adesioni dei genitori in quanto sempre più frequenti le progettazioni comuni tra scuola elementare e scuola media favorite da diversi elementi, in particolare dalla contiguità territoriale (istituzioni gravanti sullo stesso bacino di utenza) e dalla copresenza di rapporti consolidati o comunque implementati dalle disposizioni sulla continuità.

## C.I.C.( CENTRI DI INFORMAZIONE E CONSULENZA)

Nelle scuole i CIC si stanno connotando come nucleo progettuale, organizzativo e coordinativo di tutte le attività di educazione alla salute, in quanto vengono a costituire uno spazio anche oggettivo di riferimento.

Le reazioni degli studenti alla consulenza psicologica sono state generalmente positive: gli allievi hanno dimostrato interesse per il servizio che è diventato un'attività "normale", integrativa dell'offerta formativa della scuola. Inoltre gli Istituti nei cui C I C è stato fornito il servizio di consulenza psicologica hanno riconosciuto la positività di poter disporre di un esperto consulente estraneo alla scuola, che ha aiutato gli studenti ad affrontare con maggior serenità i problemi legati all'età. Le scuole hanno posto comunque molta attenzione ad evitare che il Centro si trasformasse in una semplice sede alternativa di erogazione di servizi già resi in altre sedi istituzionali (Ser T, ), rendendolo anche punto di riferimento per i giovani, luogo di progettazione e di aggregazione.

Il quadro emerso dai dati pervenuti è nel complesso positivo, come si evince anche dal fatto che l'istituzione del C I C ha determinato nella quasi totalità delle scuole solo miglioramenti: ci sono state positive ricadute sul clima generale, e, in particolare, i Centri hanno influito sulla qualità dei rapporti tra studenti e docenti ed hanno favorito negli studenti lo sviluppo del senso di appartenenza alla scuola.

Si rilevano però anche alcune difficoltà, legate soprattutto al limitato numero dei docenti coinvolti, al forte pendolarismo degli studenti, che ostacola la partecipazione in orario pomeridiano e allo svolgimento pomeridiano dei corsi di recupero, che hanno interferito con l'attività dei Centri.

Va sottolineato che diversamente dal Progetto Giovani, questo è stato il servizio cui hanno attinto proprio i ragazzi in difficoltà, che necessitavano prima di tutto di un aiuto personale per recuperare fiducia e autostima.

#### DOCENTI REFERENTI

Il loro ruolo nella scuola, riconosciuto anche dai dirigenti scolastici, è stato quello di promuovere un continuo processo di stimolo al cambiamento, grazie anche alle competenze acquisite, nei vari momenti formativi.

Se la logica della progettualità, così difficile per la scuola, inizia a diventare regola dell'organizzazione scolastica, va dato grande merito ai docenti referenti

La maggioranza dei docenti referenti oggi è anche collaboratore del Preside soprattutto nella scuola secondaria di II grado.

Costituisce, inoltre, un'avvertita e diffusa esigenza della scuola, pienamente condivisa dai docenti referenti, l'opportunità di ricondurre a reale unitarietà tutte le "nuove educazioni" che negli ultimi anni sono state proposte alla scuola, il tutto nel rispetto della sua funzione primaria e quindi nella ricerca di un giusto equilibrio tra azione didattico-disciplinare ed azione formativa e per definire in maniera più puntuale e precisa ruoli, ambiti di intervento, competenze e professionalità in relazione a potenziali risorse umane utilizzabili

### *ASPETTI LEGISLATIVI*

Il dettato normativo dell'art 105 D.P.R. 309/90 comma 8, nello statuire che "il Ministro della Pubblica Istruzione assegna annualmente ai Provveditori agli Studi, in proporzione della popolazione scolastica di ciascuno, fondi per le attività di educazione alla salute e di prevenzione dalle tossicodipendenze da ripartire tra le singole scuole sulla base dei criteri elaborati dai comitati provinciali, con particolare riguardo alle iniziative di cui all'art 106"

- prefigura una attribuzione di risorse in ragione della popolazione scolastica, indica, quindi, un criterio preciso e determinato,

- sottintende, nel contempo, un'autonomia didattica e di ricerca delle singole istituzioni scolastiche da raccordare, in tema di educazione alla salute, ai criteri elaborati dal Comitato Tecnico Provinciale in ordine alla valenza preventiva degli interventi.

Quanto sopra comporta

- una progettazione al massimo livello istituzionale di "contenitori" ideali programmatici ed organizzativi delle attività di prevenzione da realizzarsi da parte delle singole istituzioni scolastiche (vedi progetti Arcobaleno, Ragazzi 2000, Giovani 2000 ed i Centri di Informazione e Consulenza)

- lo strutturarsi di una perseverante sfasatura tra i tempi di presentazione dei piani annuali di intervento alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, la relativa valutazione, il conseguente stanziamento di risorse finanziarie e la pianificazione degli interventi nella scuola

- riflessi negativi sull'attività progettuale che la norma individua come obbligatoria ma che subisce di fatto "sospensioni e rinvii" con grave pregiudizio per l'efficacia degli interventi

- una pressante esigenza di adeguare le procedure affinché l'attribuzione dei fondi a valere sul D.P.R. 309/90 costituisca oggetto di assegnazione diretta ed annuale a questo Ministero

*ASPETTI INTERNAZIONALI**PROGETTO "HEALTH PROMOTING SCHOOL"*

L' Italia con impegno formale assunto dai Ministri della Sanità e della Pubblica Istruzione ha aderito all'iniziativa proposta dall'O.M.S., dall'U.E. e dal Consiglio d'Europa in merito all'istituzione di una rete europea di scuole per la promozione alla salute.

E' stato costituito un gruppo integrato Ministero della Sanità e Ministero della Pubblica Istruzione per rendere operativa la partecipazione del nostro Paese a tale rete e per garantirne il coordinamento a livello nazionale.

Sono state individuate le seguenti tematiche ed aree di progetto presso i sottoindicati Provveditorati agli Studi:

Cuneo Educazione alimentare

Lecce Prevenzione dal cancro

Grosseto Educazione alla sessualità

Vicenza Educazione alla sessualità

Roma Tematiche relative all'educazione alla salute utilizzando il metodo School Team Approach.

I Provveditori agli Studi hanno indicato una scuola elementare, una scuola media ed una secondaria superiore.

Il progetto che le scuole stanno predisponendo ha carattere triennale.

Sono state indicate quali condizioni per l'adesione le seguenti linee di indirizzo e di intervento.

- promuovere il sentimento di autostima di ciascun alunno, attraverso la consapevolezza che lo stesso può contribuire positivamente alla vita della scuola;
- favorire relazioni positive tra gli insegnanti e gli allievi e fra gli allievi stessi;
- partecipare agli insegnanti e agli allievi le finalità sottese al progetto pedagogico di prevenzione,
- offrire sollecitazioni stimolanti attraverso una vasta gamma di attività,
- utilizzare ogni opportunità per migliorare l'ambiente fisico della scuola;
- stabilire rapporti solidali tra la scuola la famiglia e la collettività;

---

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

---

- stabilire rapporti di continuità tra la scuola primaria e la scuola secondaria per pianificare un curriculum coerente di educazione alla salute,
- promuovere attivamente la salute e il benessere del personale della scuola,
- conferire agli insegnanti il ruolo di referenti per i problemi relativi alla salute,
- assumere la mensa scolastica come elemento qualificante nel programma di educazione alla salute,
- impegnare i servizi specialistici presenti nella comunità per attività di consulenza e sostegno nell'educazione alla salute,
- impegnare i servizi specialistici presenti nella comunità per attività di consulenza e sostegno nell'educazione alla salute,
- sviluppare il potenziale educativo dei servizi sanitari scolastici al di là delle visite di routine, verso un sostegno attivo al curriculum

Gli obiettivi dell'iniziativa sono i seguenti

- ◊ rendere effettiva la partecipazione dell'Italia alla rete europea di collegamento delle scuole che promuovono la salute "Health Promoting School" prevalentemente finalizzata ad ottenere giovani in grado di resistere alle dipendenze dalle sostanze d'abuso,
- ◊ usufruire del continuo aggiornamento che la partecipazione a tale rete europea comporta nelle metodologie comuni da utilizzare a livello centrale e periferico per la prevenzione delle tossicodipendenze,
- ◊ diffondere a livello delle strutture scolastiche nazionali coinvolte nel progetto europeo la documentazione internazionale tradotta in lingua italiana relativa alle suddette metodologie,
- ◊ attivare nelle scuole italiane coinvolte nella rete europea, iniziative concrete per la prevenzione della tossicodipendenza
- ◊ attivare una stretta e specifica collaborazione per tale attività tra gli organismi internazionali europei, il Ministero della Sanità, il Ministero della Pubblica Istruzione, i suoi organismi periferici (Provveditorati), gli istituti scolastici

*SEMINARIO EUROPEO DI ROMA*

Il Seminario europeo di Roma su "Educazione alla salute e prevenzione dall'HIV/AIDS nella scuola" si è proposto di realizzare i seguenti obiettivi.

- presentare e valutare interventi educativi significativi, rivolti alla modifica di comportamenti a rischio, in corso di attuazione nelle scuole dei 12 Stati Membri;

- organizzare scambi di informazione sulle iniziative di educazione alla salute in corso nelle scuole e nei vari Istituti di formazione professionale europei;

- promuovere scambi di esperti e di materiale didattico e attivare la cooperazione mediante organizzazione di seminari specifici, destinati in particolare ai formatori dei docenti e mirati alla diffusione delle nuove metodiche di educazione alla salute.

Al seminario hanno partecipato 154 persone in rappresentanza dei 12 Paesi membri dell'Unione Europea, comprendenti due alti dirigenti della pubblica amministrazione (per lo più dei Ministeri della Sanità e dell'Educazione) dei singoli Stati.

Tra questi, numerosi presidi e insegnanti di scuole dei 12 paesi che hanno realizzato iniziative di prevenzione dell'AIDS e di educazione alla salute nelle loro scuole o distretti,

i docenti responsabili del Servizio per l'educazione alla salute dei 13 Provveditorati italiani con maggiore popolazione studentesca, 29 studenti provenienti dai 12 paesi europei che hanno realizzato progetti di prevenzione, 10 rappresentanti di istituzioni sanitarie, centri studi e associazioni impegnate nella lotta all'AIDS, 6 rappresentanti delle associazioni degli insegnanti e dei genitori, 1 rappresentante dell'Unione internazionale dei sindacati degli insegnanti

Il seminario è stato pensato anche come un incontro tra presidi, insegnanti e operatori della sanità da un lato, e studenti dall'altro. Questi ultimi sono stati chiamati in qualità di relatori e di commentatori dei tre giorni di lavoro.

Gli studenti hanno avuto la possibilità di fornire i loro commenti e di fare le loro proposte quali "antenne sensibili" del seminario. Hanno inoltre rappresentato alcune situazioni di "counselling" e di "peer education" secondo le esperienze già acquisite nei propri Paesi

Coordinati da due pedagogisti, hanno partecipato ad alcune sessioni ufficiali del Seminario e hanno percorso un cammino parallelo di confronto, discussione ed elaborazione di idee e progetti

Questa metodologia ha presentato una serie di aspetti vantaggiosi:

- \* ha offerto agli adulti il punto di vista originale, immediato dei giovani;
- \* ha consentito agli studenti una piena conoscenza dei lavori del convegno;
- \* ha favorito la coesione e lo scambio tra gli studenti e offerto complessivamente un buon esempio di come elevare i livelli di comunicazione tra generazioni diverse, tra insegnanti e allievi, tra cittadini e istituzioni

*LA "CARTA EUROPEA" DI ROMA SULL'EDUCAZIONE ALLA SALUTE E LA PREVENZIONE  
DALL'HIV/AIDS NELLE SCUOLE*

I lavori del Seminario si sono conclusi con la discussione, coordinata dal rappresentante della Commissione Europea e dal presidente della Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS e dal direttore dell'Ufficio Studi del Ministero della Pubblica Istruzione, di una carta di intenti e raccomandazioni elaborata dai partecipanti al Seminario e indirizzata ai governi degli Stati membri dell'Unione Europea, alla Commissione Europea, ai responsabili dell'educazione e della salute dei 12 Paesi

Tale "Carta europea", partendo dal presupposto che l'evoluzione del concetto di educazione alla salute e la stessa emergenza AIDS obbligano la scuola a una collaborazione più stretta con altre istituzioni, in particolare quelle sanitarie, per condividere e integrare le competenze nella gestione di progetti e processi mirati a produrre salute e solidarietà, ha indicato gli impegni che la scuola europea e le autorità competenti devono assumersi per una strategia efficace di prevenzione da qui all'anno 2000

*PROGETTO DI EDUCAZIONE ALIMENTARE*

Il progetto "Educazione al consumo alimentare per la prevenzione dal cancro" è stato elaborato d'intesa tra l'Ufficio Studi, Bilancio e Programmazione di questo Ministero ed i Provveditorati di Roma, Ravenna, Milano, Caserta, Padova, USL 64 Monza.

- TARGET DIRETTO: Ragazzi e Docenti delle scuole elementari, medie e superiori
- PARTNERS ISTITUZIONALI: Provveditorati agli Studi, Enti locali, Istituti di ricerca, UU.SS.LL.
- PARTNERS OPERATIVI: Esperti di formazione e di comunicazione
- TARGET INDIRETTO: Popolazione ed Istituzioni.

Criteri ispiratori del Progetto:

- ◇ l'educazione alla salute calibrata sui soggetti, in conformità al momento di crescita degli stessi,
- ◇ l'attenzione ai bisogni personali, agli aspetti motivazionali e formativi capaci di favorire stili di vita sani e provveduti,
- ◇ la formazione di competenze per risolvere problemi di salute;
- ◇ la continuità e lo sviluppo a spirale del processo educativo- formativo.

Obiettivi raggiunti :

- ◇ la partecipazione attiva delle Scuole al dibattito sociale sull'educazione alla salute e la prevenzione, in raccordo con la Sanità, gli Istituti di Ricerca, gli Enti Locali, le Associazioni di consumatori,
- ◇ l'assunzione di responsabilità da parte dei giovani su temi d'interesse sociale, quali la difesa della salute, il benessere, la qualità della vita, con particolare riferimento alla prevenzione dal cancro;
- ◇ l'acquisizione da parte dei giovani di abitudini alimentari corrette;
- ◇ l'acquisizione di conoscenze d'uso e di saperi.

<b>TAB.1</b>		<b>PROGETTO ARCOBALENO</b>		
Unità scolastiche ed alunni coinvolti nelle scuole statali				
Anno scolastico 1994/95				
Ripartizioni Territoriali	<b>UNITA' SCOLASTICHE</b>			
	<b>MATERNE</b>			
	<b>Totali</b>	<b>Coinvolte</b>	<b>%</b>	
NORD	3.760	701	18.64	
CENTRO	2.722	394	14.47	
SUD	4.975	615	12.36	
ISOLE	2.039	207	10.15	
ITALIA	13.496	1.917	14.20	
Ripartizioni Territoriali	<b>ALUNNI</b>			
	<b>MATERNE</b>			
	<b>Totali</b>	<b>Coinvolti</b>	<b>%</b>	
NORD	231.129	74.269	32.1	
CENTRO	164.014	55.398	33.8	
SUD	342.550	77.144	22.5	
ISOLE	134.465	22.059	16.4	
ITALIA	872.158	228.870	26.2	

Ripartizioni Territoriali		PROGETTO RAGAZZI 2000					
		Unità scolastiche ed alunni coinvolti nelle scuole statali Anno scolastico 1994/95					
		UNITA' SCOLASTICHE					
		ELEMENTARI			MEDIE		
		Totali	Coinvolte	%	Totali	Coinvolte	%
NORD		1.941	1 113	57.34	2 353	1 690	71.82
CENTRO		862	614	71.23	1.061	808	76.15
SUD		1.430	693	48.46	1.781	1.140	64.01
ISOLE		621	395	63.61	822	582	70.80
ITALIA		4 854	2 815	57.99	6.017	4.220	70.13
Ripartizioni Territoriali		ALUNNI					
		ELEMENTARI			MEDIE		
		Totali	Coinvolti	%	Totali	Coinvolti	%
NORD		955 854	362 980	38.0	657 358	315 610	48.0
CENTRO		436 555	141 800	32.5	320.007	126 057	39.4
SUD		832 986	282 850	34.0	604.968	275.158	45.5
ISOLE		392.593	109 337	27.8	284 897	144 157	50.6
ITALIA		2 617 988	896.967	34.3	1.867 230	860 982	46.1

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Ripartizioni Territoriali	<b>PROGETTO GIOVANI 2000</b>					
	Unità scolastiche e studenti coinvolti nelle scuole statali -% - Anno scolastico 1994/95					
	UNITA' SCOLASTICHE			STUDENTI		
	Totali	Coinvolte	%	Totali	Coinvolti	%
NORD	1 456	1.083	74.4	931.245	458.010	49.2
CENTRO	820	615	75.0	497.812	174.191	35.0
SUD	1 084	700	64.6	738.009	251.141	34.0
ISOLE	503	284	56.5	327.380	83.711	25.6
ITALIA	3.863	2.682	69.4	2 494.446	967.053	38.8

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

**TAB.4**

**PROGETTO GIOVANI 2000 -Valori assoluti e %**  
Anno scolastico 1994/95

Ripartizioni Territoriali	ISTITUTI CON PROGETTO		PROG.ORARIO CURR		PROG.ORARIO EXTR.		PROG.ORARIO CURR.+EXTR.	
	v.a	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
NORD	617	57.0	1 273	60.3	876	59.1	1 028	42.3
CENTRO	199	32.4	458	21.7	357	24.1	700	28.8
SUD	216	30.9	258	12.2	170	11.5	456	18.8
ISOLE	113	39.8	121	5.7	79	5.3	247	10.2
ITALIA	1 145	42.7	2 110	100.0	1 482	100.0	2 431	100.0

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Ripartizioni Territoriali	PROGETTI		STUDENTI		DOCENTI	
	v a	%	v a	%	v a	%
NORD	210	36.5	13.637	30.0	725	29.4
CENTRO	65	11.3	12.131	26.7	610	24.8
SUD	61	10.6	5.643	12.4	417	16.9
ISOLE	240	41.7	14.034	30.9	710	28.8
ITALIA	576	100.0	45.445	100.0	2.462	100.0

TAB.5 PROGETTI DI 20 STUDENTI - ART.106 D.P.R. 309/90

Progetti, studenti e docenti coinvolti  
Anno Scolastico 1994/95

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TAB. 6 TEMATICHE	PROGETTO ARCOBALENO-PROGETTO RAGAZZI 2000-PROGETTO GIOVANI Principali tematiche ed attività Anno scolastico 1994/95						
	Progetto Arcobaleno	Prog.Rag 2000			Prog. Giov. Sec. Sup	Prop. 20 Studenti	
		Elementare	Media	Totale		Sec Sup.	Totale
Prevenzione Droga	10	215	1 073	1 288	801	54	855
Tabagismo	14	162	828	990	492	43	535
Alcolismo	7	133	791	924	493	47	540
Farmacodipendenza	13	68	446	514	295	30	325
Educ. rel. interper.	589	1 280	1 664	2 944	1 181	102	1 283
Prev. disper. scol.	49	181	455	636	386	28	414
Igiene del corpo	370	543	915	1 458	292	12	304
Educazione Sessuale	63	357	1 133	1 490	956	95	1 051
Prevenzione AIDS	10	34	591	625	832	83	915
Educ. Ambientale	531	1 088	1 764	2 852	678	68	746
Prev. incid. domest.	121	190	372	562	91	15	106
Educ. alim. e cons.	527	856	1 245	2 101	364	27	391
Temi rel. all'handicap	27	137	293	430	156	8	164
Educ. stradale	223	553	1 008	1 561	398	23	421
Educ. allo sport	67	335	663	998	473	36	509
Educ. all'immagine(*)	255	734	1 388	2 122	1 301	122	1 423
Educ. diritti umani	131	546	843	1 389	641	59	700
Educ. coop. e svil.	73	351	470	821	293	33	326
Orientamento	9	69	1 205	1 274	664	67	731
Parl. opportunità	20	131	364	495	306	35	341
Prob. scuola lavoro	4	77	409	486	494	56	550
Cultura della legalità	18	168	406	574	375	57	432
Giornalino scolastico	26	270	731	1 001	961	69	1 030
Educazione musicale	102	311	628	939	452	45	497
Altre	204	286	427	713	642	30	672
Totale	3 463	9 075	20 112	29 187	14 017	1 244	15 261

(\*) Comprensiva delle attività teatrali

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Ripartizioni Territoriali	PROGETTO GENITORI- Unità scolastiche, progetti e genitori coinvolti Anno scolastico 1994/95											
	SCUOLE ELEMENTARI		SCUOLE MEDIE		SCUOLE SECOND. SUPER.		SCUOLE ELEMENTARI		SCUOLE MEDIE		SCUOLE SECOND. SUPER.	
	Unità scol.	Progetti	Genitori	Unità scol.	Progetti	Genitori	Unità scol.	Progetti	Genitori	Unità scol.	Progetti	Genitori
NORD	998	1017	243266	1074	1036	164675	218	234	28155			
CENTRO	383	513	87820	442	564	68110	67	74	5736			
SUD	447	406	78521	598	580	81507	74	79	13452			
ISOLE	291	295	42102	410	395	38254	46	46	1170			
ITALIA	2119	2231	451709	2524	2575	352546	405	433	48513			

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TAB 8	PROGETTO GENITORI			
	Principali tematiche ed attività Anno scolastico 1994/95			
TEMATICHE	Scuola Elem	Scuola Media	Scuola Sec. Sup	TOTALE
L'età evolutiva e le problematiche connesse	765	999	130	1 894
La crisi adolescenziale	179	663	142	984
I bisogni dei bambini/ragazzi/adolescenti	555	639	86	1 280
Il disagio giovanile e le sue espressioni in famiglia, a scuola, nella società	376	849	224	1 449
Le dipendenze e i relativi comportamenti	193	367	94	654
Interventi educativi atti ad offrire ai ragazzi coraggio autostima e sviluppare capacità decisionali e senso di responsabilità	479	594	167	1 240
La comunicazione tra ragazzi/giovani e adulti nei contesti della vita quotidiana (famiglia, scuola, società)	765	1 007	195	1 967
Come favorire il rapporto tra giovani e adulti	378	687	189	1 254
Altre	419	386	72	877
Totale	4 109	6 191	1 299	11 599

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

**TAB. 9**

**CENTRI DI INFORMAZIONE E CONSULENZA**  
Anno Scolastico 1994/95

Ripartizioni Territoriali	FORMALIZZATI		NON FORMALIZZATI		TOTALE		DI CUI INTERNI		%
	v a	%	v a	%	v a.	%	v a.		
NORD	622	34.3	260	35.3	882	34.6	862	97.7	
CENTRO	364	20.1	189	25.7	553	21.7	546	98.7	
SUD	488	26.9	236	32.1	724	28.4	691	95.4	
ISOLE	337	18.6	51	6.9	388	15.2	385	99.2	
ITALIA	1 811	100.0	736	100.0	2.547	100.0	2.484	97.5	

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Ripartizioni Territoriali	PROGETTO ARCOBALENO - PROGETTO RAGAZZI - PROGETTO GIOVANI - PROGETTO 20 STUDENTI									
	Numero medio di alunni(studenti) e docenti coinvolti per progetto Anno Scolastico 1994/95									
	ALUNNI/STUDENTI					DOCENTI				
	Materna	Elementare	Media	Sec. Super	20 Stud.	Materna	Elementare	Media	Sec.Super	20 Stud.
NORD	112	194	114	147	65	11	20	11	7	3
CENTRO	144	169	86	115	187	13	16	7	5	9
SUD	142	371	200	258	93	14	30	20	14	7
ISOLE	120	278	226	186	58	11	36	23	12	3
ITALIA	129	232	138	160	79	12	23	13	8	4

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

**TAB.11** **PROGETTO ARCOBALENO - PROGETTO RAGAZZI 2000- PROGETTO GIOVANI - PROGETTO 20 STUDENTI**  
 Progetti attuati, Docenti coinvolti e Docenti formati e operativi  
 Anno Scolastico 1994/95

Ripartizioni Territoriali	SCUOLE MATERNE			SCUOLE ELEMENTARI			SCUOLE MEDIE			SCUOLE SEC SUPERIORI			PROG.20 STUDENTI	
	Progetti attuati	Docenti coinvolti	Progetti attuati	Docenti coinvolti	Docenti formati e operativi	Progetti attuati	Docenti coinvolti	Docenti formati e operativi	Progetti attuati	Docenti coinvolti	Docenti formati e operativi	Progetti attuati	Docenti coinvolti	
NORD	661	7 264	1 870	37 113	1 915	2 776	30 533	2 473	3 111	21 424	1 988	210	725	
CENTRO	384	5 149	838	13 301	1 011	1 461	10 601	1 129	1 514	7 676	1 085	65	610	
SUD	544	7 696	763	23 032	1 244	1 373	27 270	1 732	972	13 152	1 530	61	417	
ISOLE	184	1 967	393	14 022	626	638	14 380	902	449	5 521	568	240	710	
ITALIA	1 773	22 076	3 864	87 468	4 796	6 248	82 784	6 236	6 046	47 773	5 171	576	2 462	

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Ripartizioni Territoriali	DOCENTI REFERENTI FORMATI, DOCENTI REFERENTI FORMATI ED OPERATIVI									
	FORMATI					FORMATI ED OPERATIVI				
	Elementare	Media	Superiore	Totale	Totale	Elementare	Media	Superiore	Totale	Totale
NORD	2 301	2 956	2 502	7 759	1 915	2 473	1 988	6 376		
CENTRO	1 120	1 262	1 195	3 577	1 011	1 129	1 085	3 225		
SUD	1 375	1 843	1 618	4 836	1 244	1 732	1 530	4 506		
ISOLE	740	986	693	2 419	626	902	568	2 096		
ITALIA	5 536	7 047	6 008	18 591	4 796	6 236	5 171	16 203		

Anno Scolastico 1994/95

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

**TAB. 13** **CORSI DI FORMAZIONE (C.M. 120/94)**  
Anno Scolastico 1994/95

Ripartizioni Territoriali	NUMERO CORSI				NUMERO PARTECIPANTI			
	Docenti referenti	Personale Direttivo	Doc Sc.o bbl	Docenti C I C	Docenti referenti	Personale Direttivo	Doc Sc ob bl Oper	Docenti C I C
NORD	100	19	15	16	4367	1351	1527	675
CENTRO	59	23	14	23	2844	1055	603	1005
SUD	26	17	17	21	1906	999	1379	902
ISOLE	24	4	1	0	1373	160	160	20
ITALIA	209	63	47	60	10490	3565	3669	2602

<b>TAB. 14</b>	<b>PROGETTO GIOVANI</b>			
	Soggetti protagonisti dei progetti			
	Anno scolastico 1994/95			
Ripartizioni Territoriali	Studenti e Docenti	Stud.,Doc. e extrasc.	Stud.,Do c. e Genitori	Stud.,Doc., Genitori, extrasc.
NORD	1.490	790	554	265
CENTRO	751	469	148	146
SUD	418	288	144	184
ISOLE	267	99	44	36
ITALIA	2.926	1.646	890	631

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

**TAB.15 CONFRONTO SULLE ATTIVITA' DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE ATTUATE  
AI SENSI DEL D.P.R. 309 E SUCCESSIVE INTEGRAZIONI E MODIFICAZIONI  
TRA GLI ANNI SCOLASTICI 1993/94 E 1994/95.**

	1992/93	1993/94	1994/95	VAR. % 92/93-94/95	VAR. % 93/94-94/95
<b>UNITA' SCOLASTICHE COINVOLTE</b>	<b>1992/93</b>	<b>1993/94</b>	<b>1994/95</b>		
materne	-	-	1.917	-	-
scuole elementari	2.706	3.122	2.815	4.0	-9.8
scuole medie	4.224	4.499	4.220	-0.1	-6.2
scuole sec. super	3.053	2.829	2.682	-12.2	-5.2
<b>ALUNNI /STUDENTI COINVOLTI</b>	<b>1992/93</b>	<b>1993/94</b>	<b>1994/95</b>		
scuola materna	-	-	228.870	-	-
scuola elementare	794.279	895.619	896.967	12.9	0.2
scuola media	964.261	883.793	860.982	-10.7	-2.6
scuola sec. super.	1.159.233	961.570	1.012.498	-12.7	5.3
(di cui progetti 20 studenti)	225.704	159.130	45.445	-79.9	-71.4
<b>DOCENTI COINVOLTI</b>	<b>1992/93</b>	<b>1993/94</b>	<b>1994/95</b>		
scuola materna	-	-	22.076	-	-
scuola elementare	-	68.388	87.468	-	27.9
scuola media	-	72.834	82.784	-	13.7
scuola sec. super	-	49.832	50.235	-	0.8
(di cui progetti 20 studenti)	-	9.760	45.445	-	-74.8
<b>GENITORI COINVOLTI</b>	<b>1992/93</b>	<b>1993/94</b>	<b>1994/95</b>		
scuola materna	-	-	-	-	-
scuola elementare	235.770	312.239	451.709	91.6	44.7
scuola media	291.243	288.906	352.546	21.0	22.0
scuola sec. super	62.290	46.794	48.513	-22.1	3.7
<b>PROGETTI ATTUATI</b>	<b>1992/93</b>	<b>1993/94</b>	<b>1994/95</b>		
scuola materna	-	-	1.773	-	-
scuola elementare	-	4.441	3.864	-	-13.0
scuola media	-	8.015	6.248	-	-22.0
scuola second. superiore	-	9.335	6.622	-	-29.1
(di cui progetti 20 studenti)	-	1.645	676	-	-65.0
<b>PROGETTI GENITORI</b>	<b>1992/93</b>	<b>1993/94</b>	<b>1994/95</b>		
a) unità scolastiche coinvolte					
scuola materna	-	-	-	-	-
scuola elementare	-	2.446	2.119	-	-13.4
scuola media	-	3.097	2.524	-	-18.5
scuola second. superiore	-	509	405	-	-20.4
b) progetti attuati					
scuola materna	-	-	-	-	-
scuola elementare	-	2.300	2.221	-	-3.4
scuola media	-	2.990	2.575	-	-13.9
scuola second. superiore	-	566	433	-	-23.5
<b>DOCENTI REFERENTI FORMATI</b>	<b>1992/93</b>	<b>1993/94</b>	<b>1994/95</b>		
scuola materna	-	-	-	-	-
scuola elementare	4.508	4.747	5.536	22.8	16.6
scuola media	6.291	6.425	7.047	12.0	9.7
scuola second. superiore	5.671	5.791	6.008	5.9	3.7
<b>CENTRI DI INFORMAZIONE E CONSULENZA</b> (C I C formalizzati e non formalizzati)	<b>1992/93</b>	<b>1993/94</b>	<b>1994/95</b>		
	1.444	2.260	2.547	76.4	12.7

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TAB 16

## ALUNNI RIPETENTI PER 100 FREQUENTANTI NELLA SCUOLA DELL'OBBLIGO

	SCUOLA ELEMENTARE		SCUOLA MEDIA	
	1992/93	1994/95	1992/93	1994/95
NORD	0 35	0 32	4 66	4 01
CENTRO	0 34	0 32	5 40	4 82
SUD	0 63	0 57	6 38	5 50
ISOLE	1 02	1 14	9 45	8 86
ITALIA	0 54	0 52	6 03	5 39

## ALUNNI NON VALUTATI (1) NELLA SCUOLA DELL'OBBLIGO

	SCUOLA ELEMENTARE		SCUOLA MEDIA	
	1992/93	1994/95	1992/93	1994/95
NORD	0 06	0 04	0 20	0 13
CENTRO	0 06	0 04	0 35	0 21
SUD	0 17	0 14	1 70	1 24
ISOLE	0 23	0 10	2 56	2 00
ITALIA	0 11	0 08	1 07	0 75

SCUOLA SECONDARIA SUPERIORE - TASSI DI RIPETENZA NEL COMPLESSO  
E TASSI DI ABBANDONO NEL BIENNIO

	TASSI DI RIPETENZA NEL COMPLESSO		TASSI DI ABBANDONO NEL BIENNIO			
	1992/93	1993/94	1992/93		1993/94	
			I	II	I	II
NORD	7 5	7 1	14 1	6 6	12 9	4 8
CENTRO	7 8	7 4	13 8	5 0	12 5	4 5
SUD	8 0	8 2	17 2	5 3	15 5	5 3
ITALIA	7 7	7 6	15 3	5 8	13 9	4 9

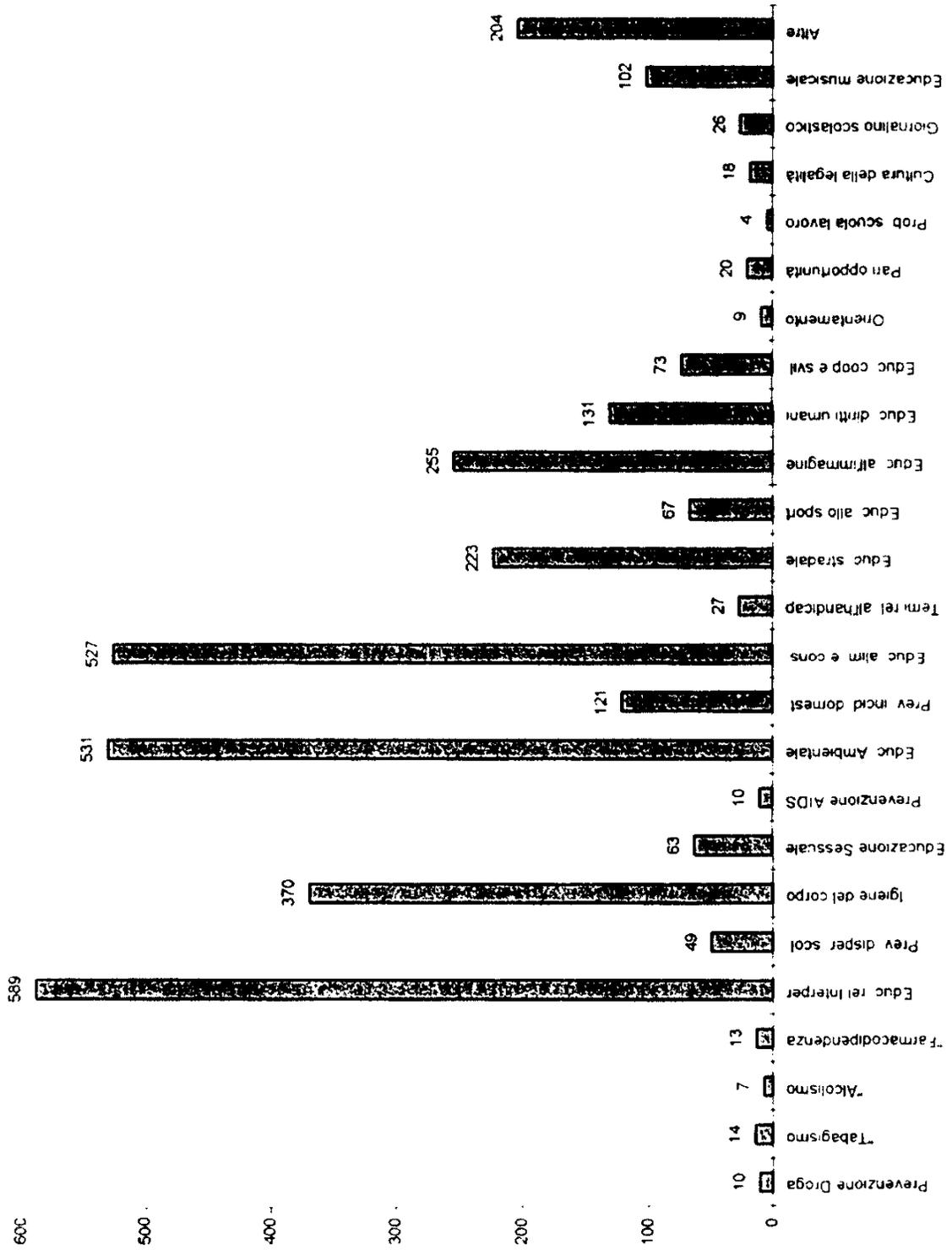
Fonte: elaborazioni su dati Ministero P I

(1) Non valutati agli scrutini finali perche' mai frequentanti, sebbene iscritti, oppure perche' hanno interrotto la frequenza in corso d'anno senza fornire alcuna motivazione

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tav. 8a

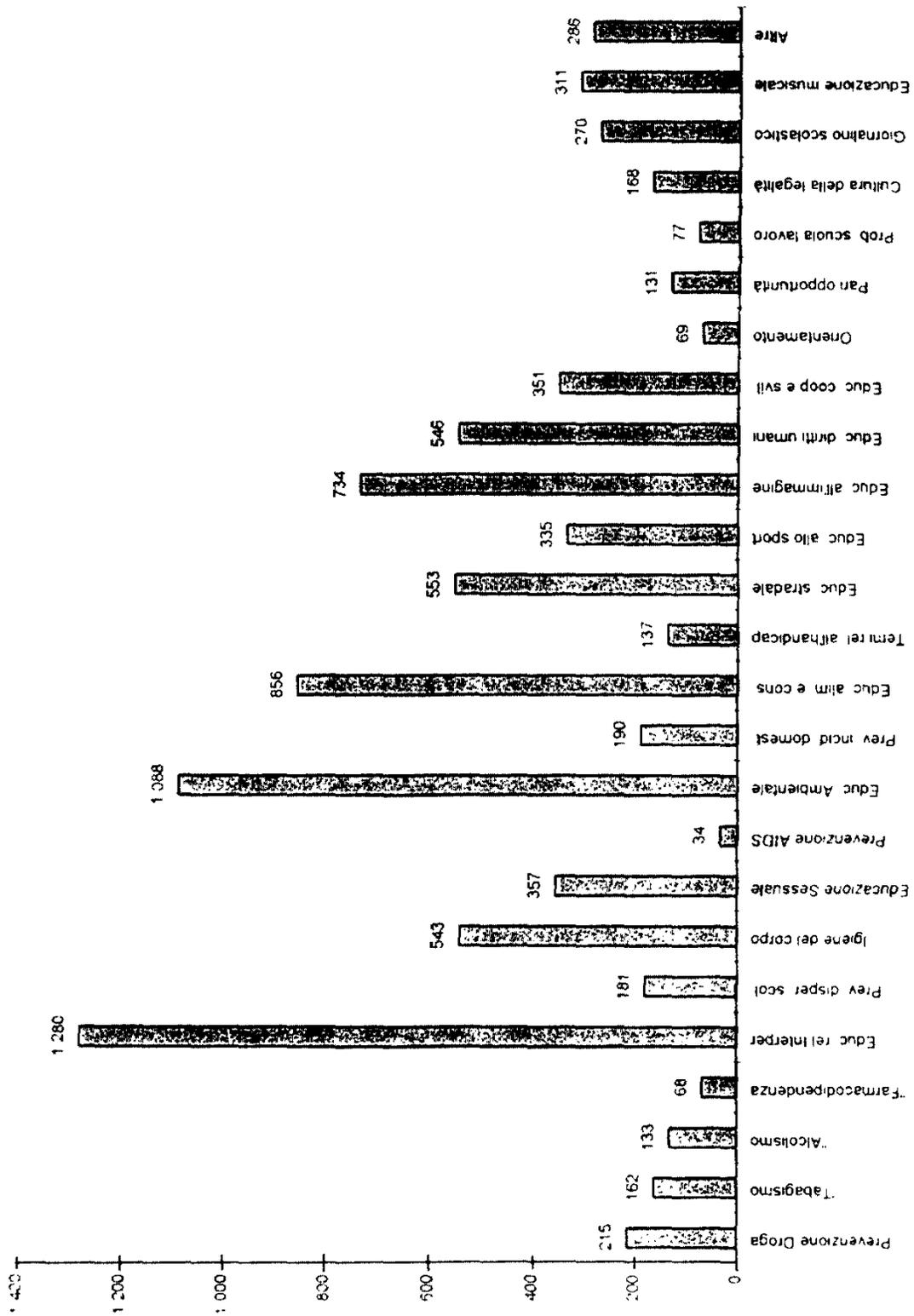
TEMATICHE PROGETTI U. ARCOBALENO



XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tav 8b

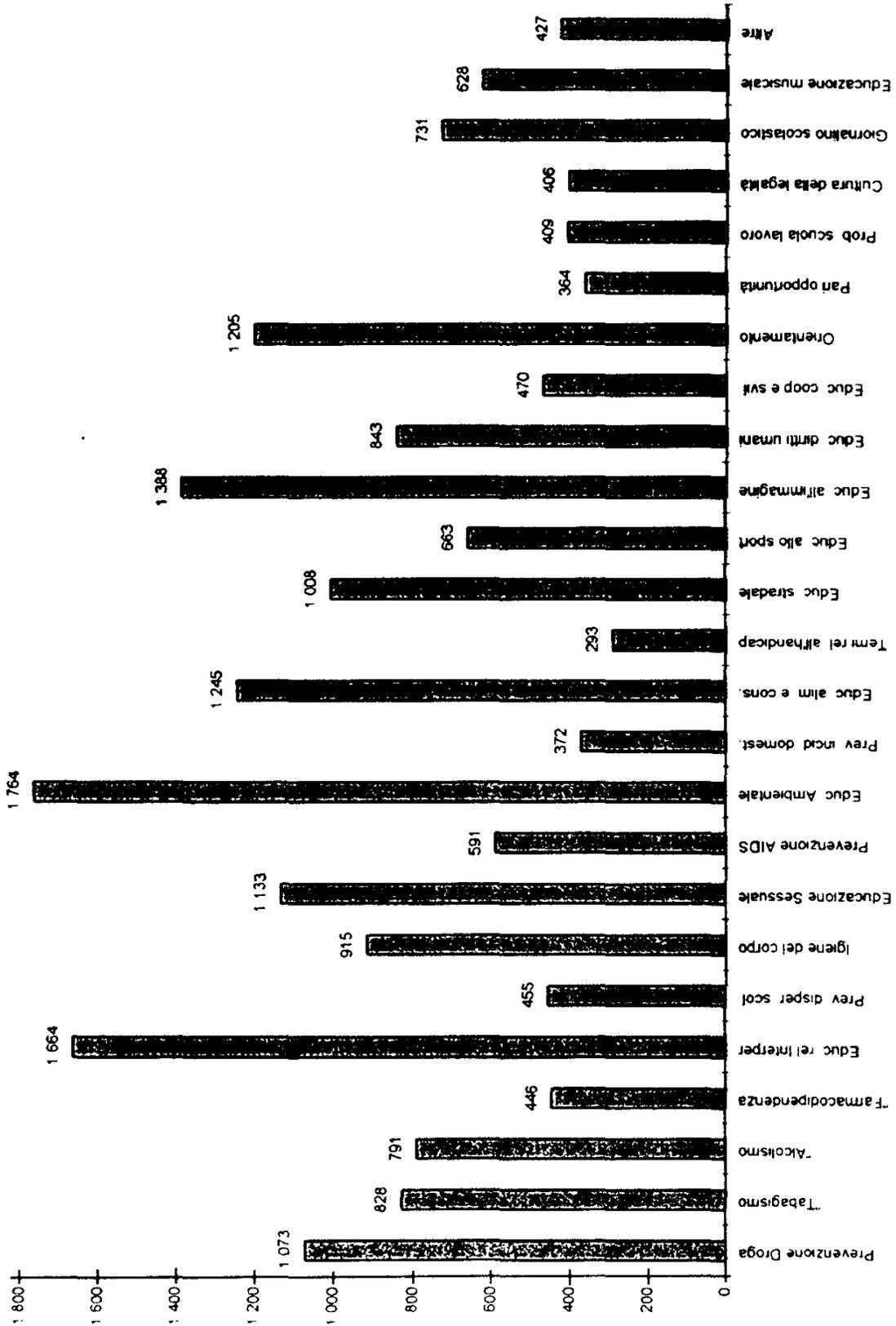
TEMATICHE PROGETTO RAGAZZI 2000 - SCUOLA ELEMENTARE



XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tav 8c

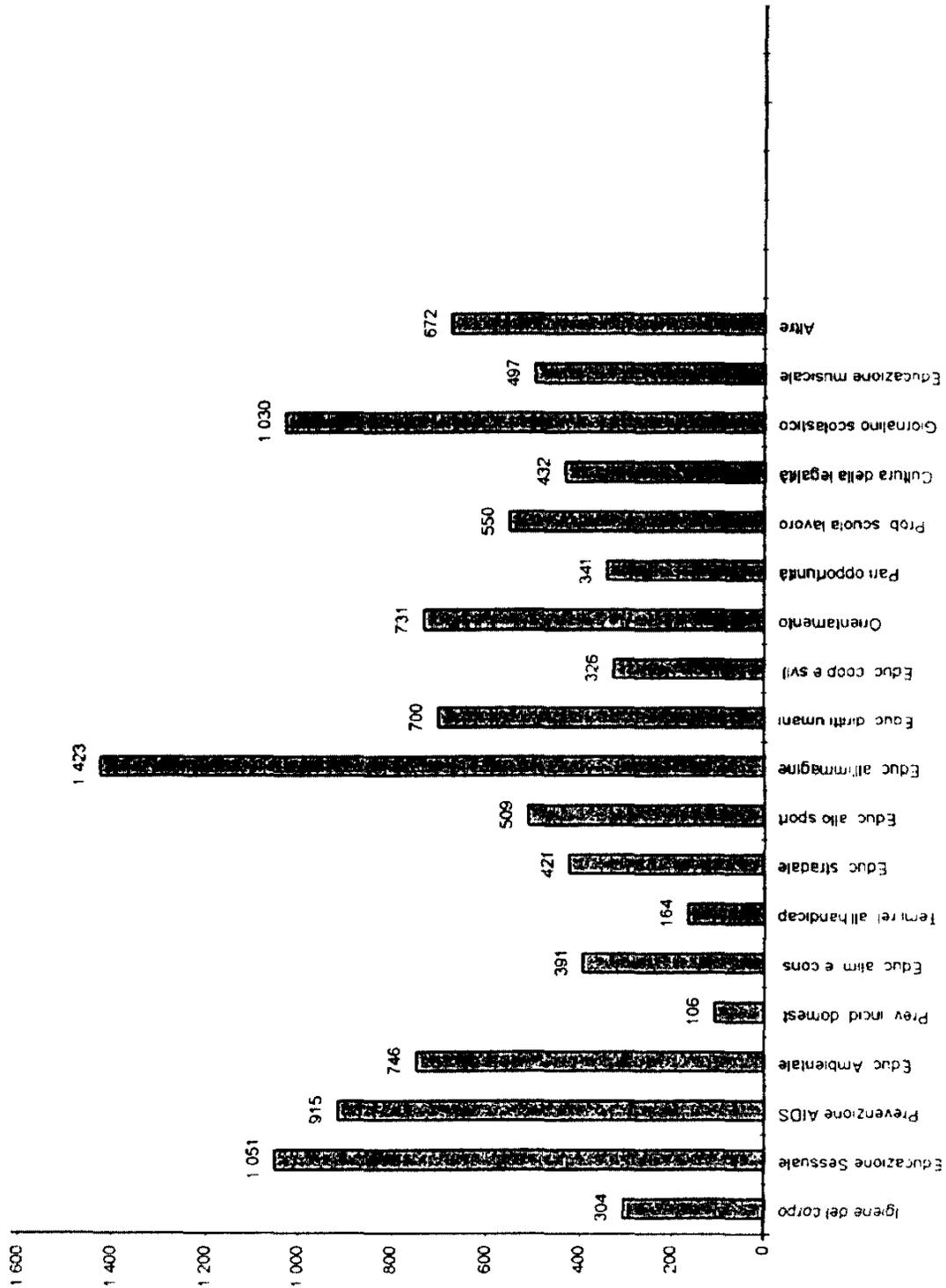
TEMATICHE PROGETTO RAGAZZI 2000 - SCUOLA MEDIA



XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tav 8d

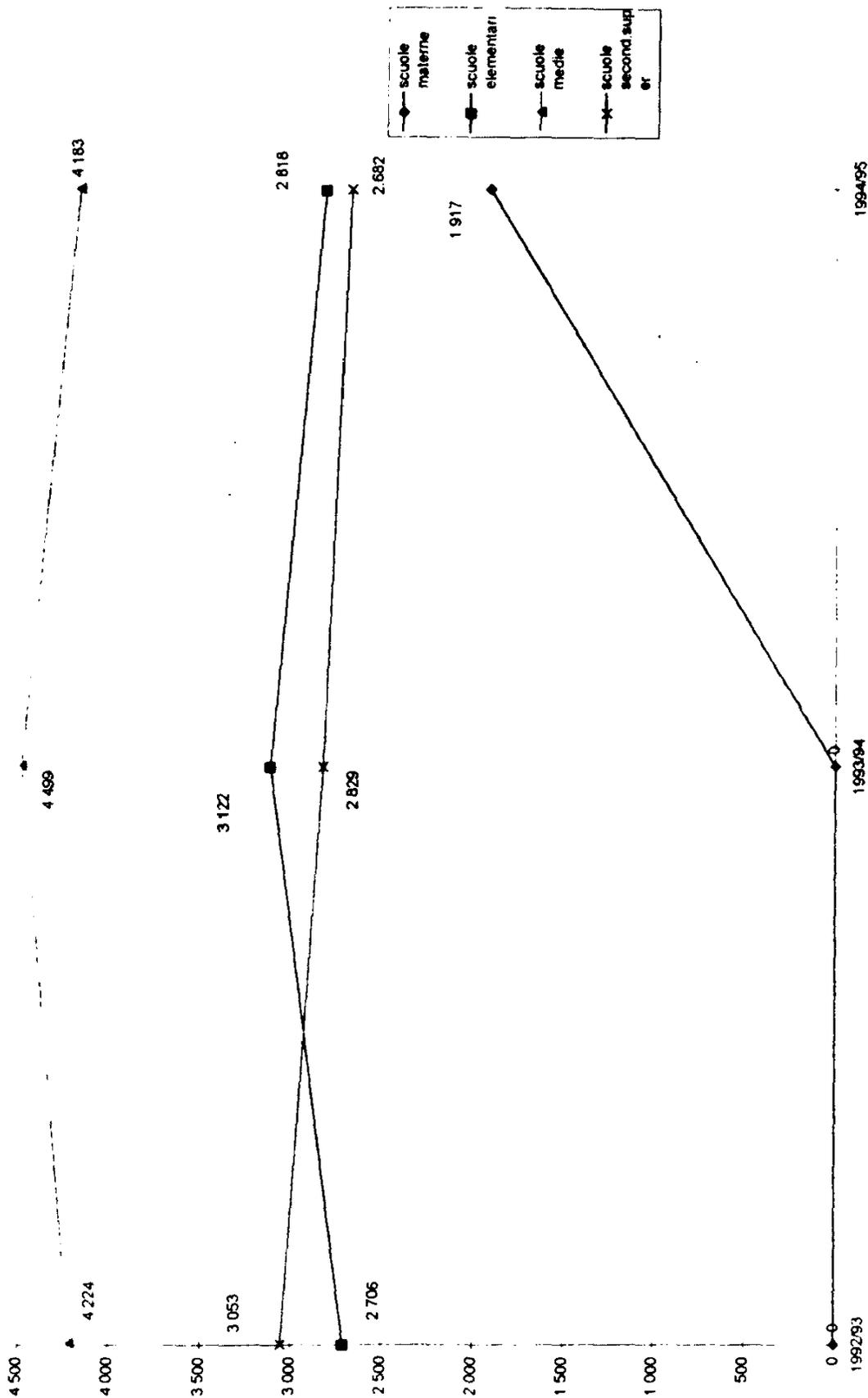
TEMATICHE PROGETTO GIOVANI - SCUOLE SECONDARIE SUPERIORI



XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tav. 9a

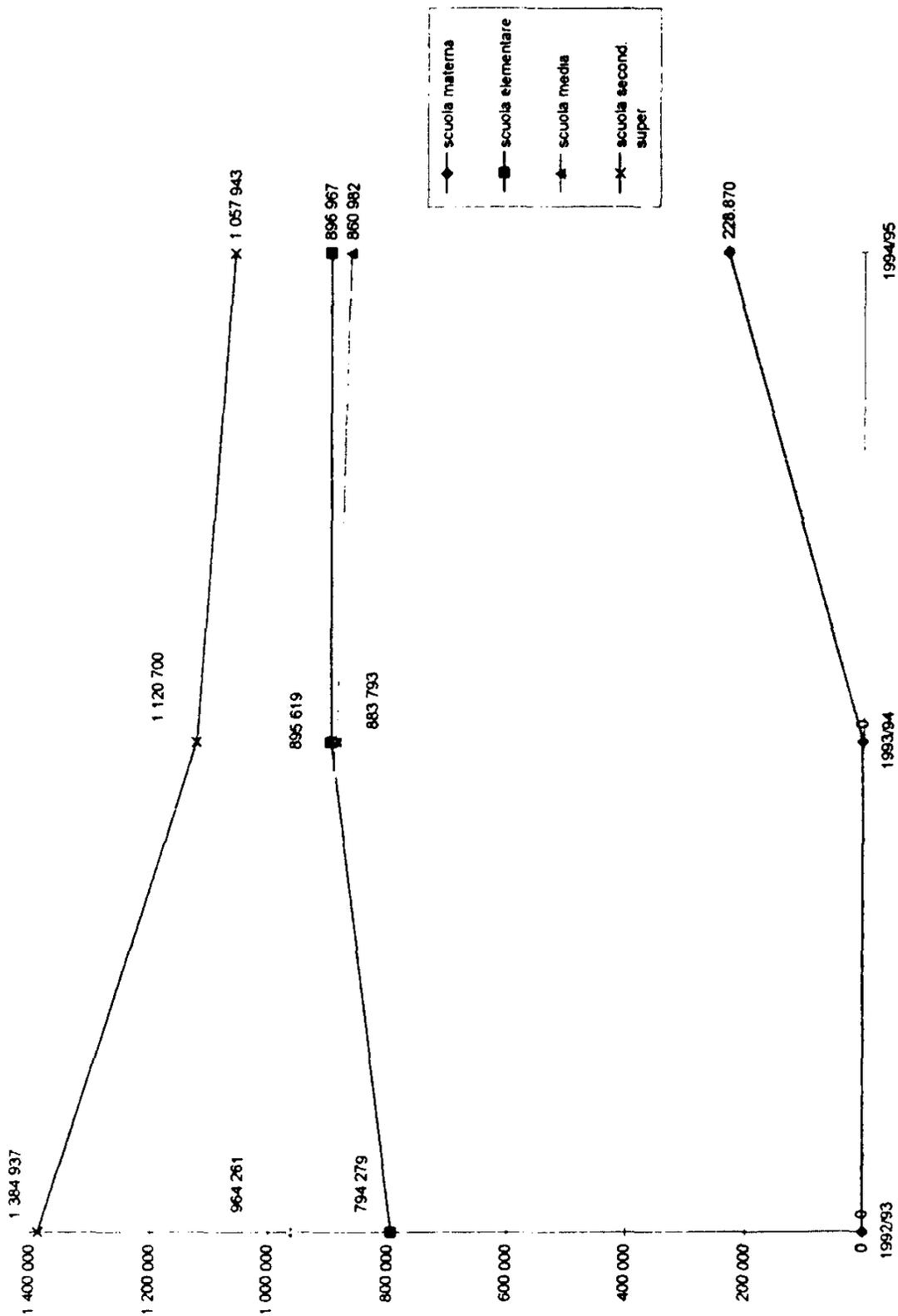
UNITA' SCOLASTICHE COINVOLTE - AA. SS. 1992/93 - 1993/94 - 1994/95



XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tav 9b

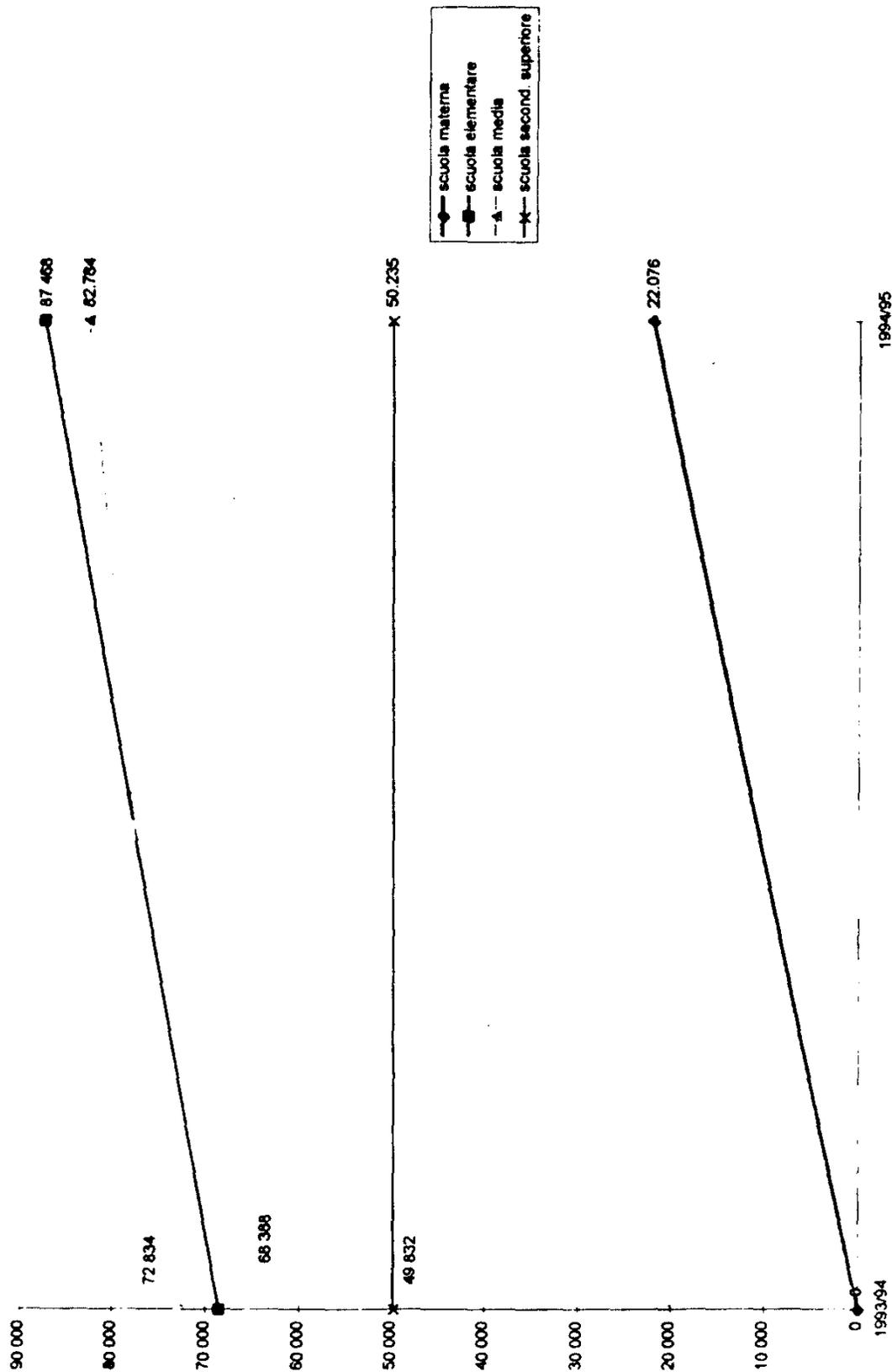
ALUNNI (STUDENTI) COINVOLTI - AA SS 1992/93 - 1993/94 - 1994/95



XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tav. 9C

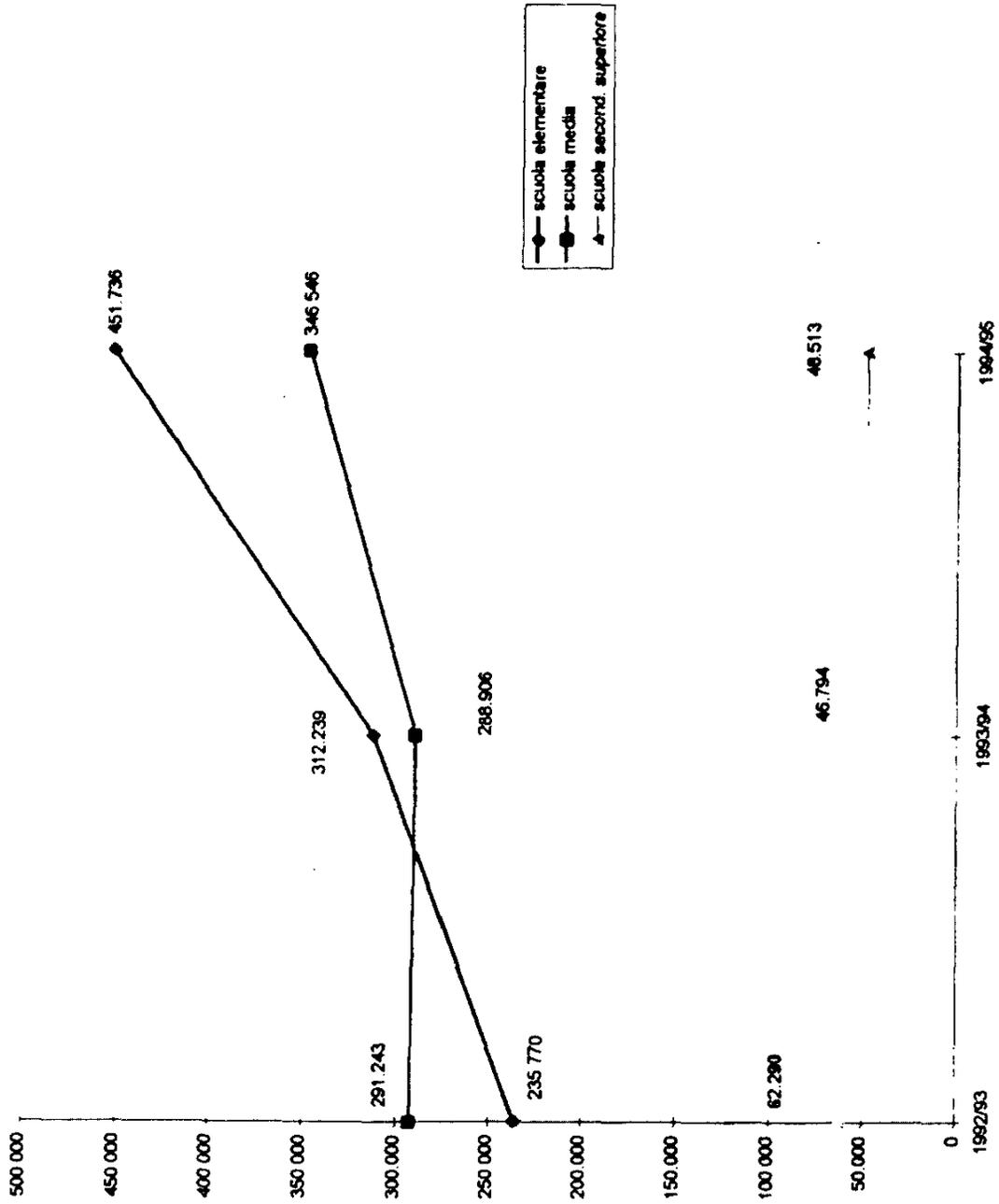
DOCENTI COINVOLTI - AA.SS. 1993/94 - 1994/95



XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tav. 9d

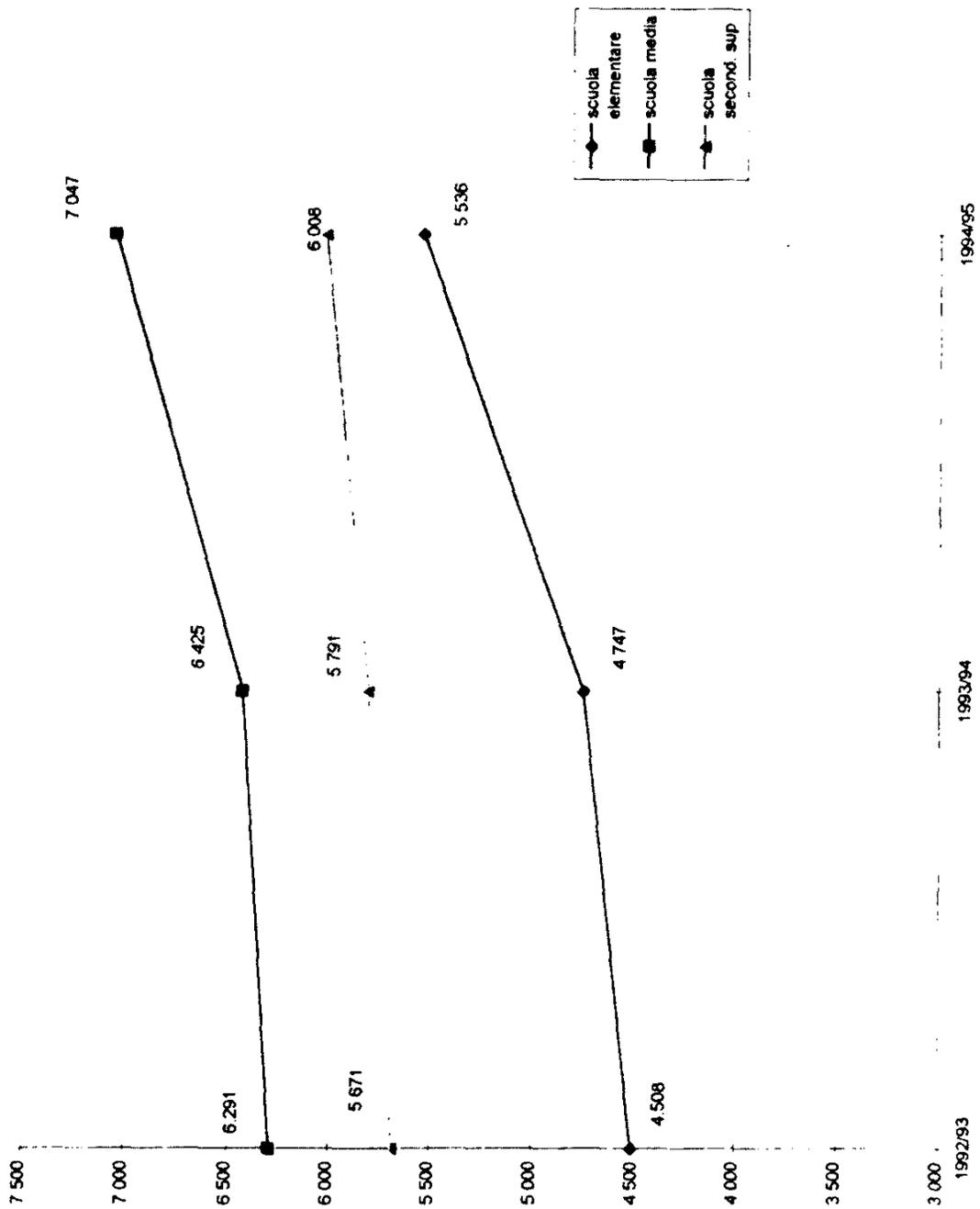
GENITORI COINVOLTI - AA. SS. 1992/93 - 1993/94 - 1994/95



XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tav 9e

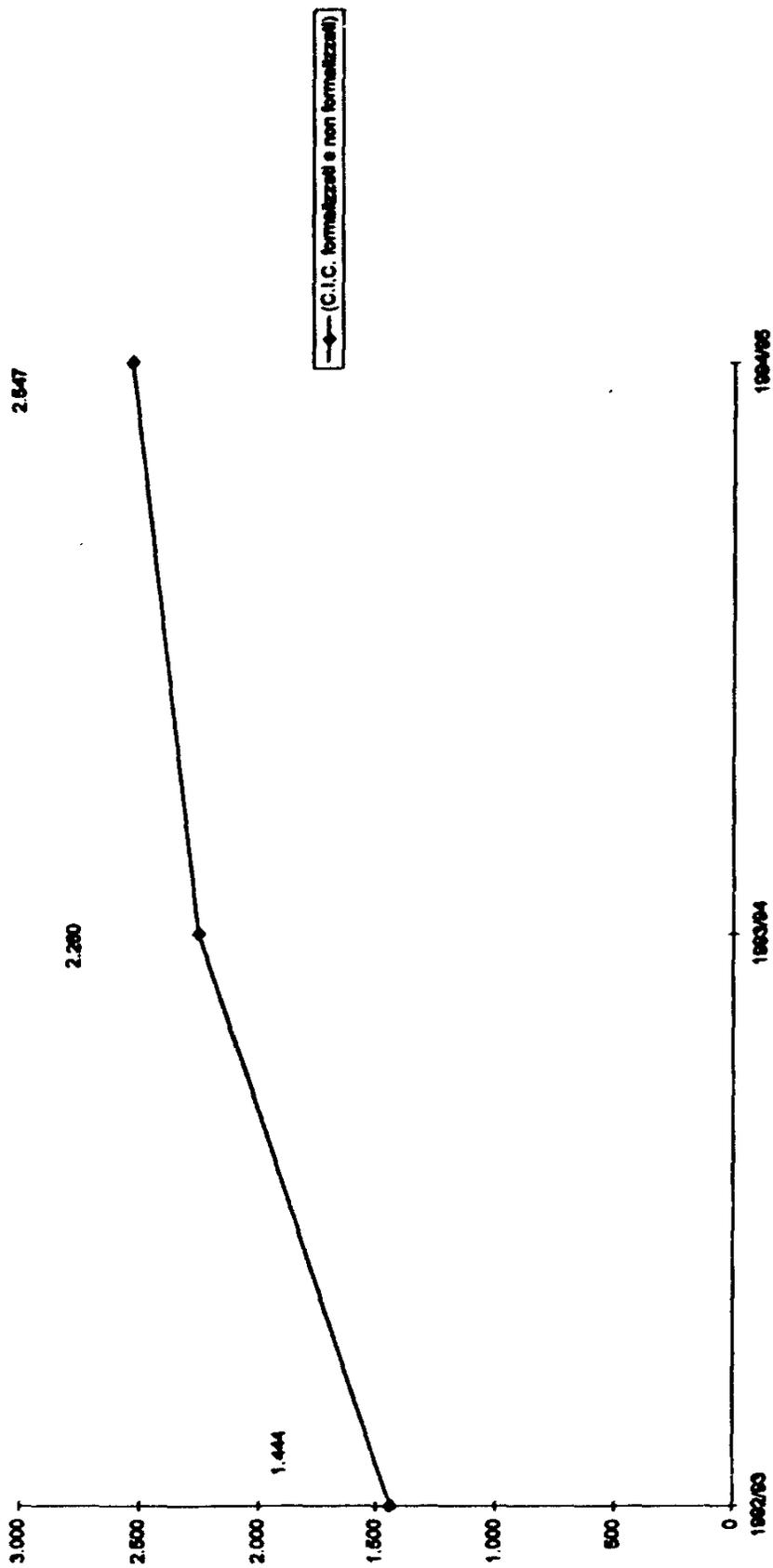
DOCENTI REFERENTI FORMATI - AA. SS. 1992/93 - 1993/94 - 1994/95



XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tav. 9f

CENTRI DI INFORMAZIONE E CONSULENZA AA. SS. 1992/93 - 1993/94 - 1994/95





*Ministero della Sanità*



*Servizio Centrale per le Dipendenze da Alcool  
e Sostanze Stupefacenti e Psicotrope*

Il Servizio Centrale per le Dipendenze da Alcool e Sostanze stupefacenti o psicotrope (Se Ce D A S ) è stato istituito dall'articolo 3 della legge 26 giugno 1990 n.162 ed articolato in cinque settori sulla base del D M 25 luglio 1990

Le competenze del Servizio sono individuabili, in linea generale ed in base agli articoli 2, 3, 4, del testo unico approvato con D P R. 9 ottobre 1990, n 309, nei compiti di indirizzo e coordinamento delle politiche di prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze da droga e da alcool ed in particolare nella determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative dei SerT (come previsto dal DM 30 novembre 1990, n 444), nell'indicazione delle modalità di redazione della relazione da trasmettere alle autorità giudiziarie (art 123), nella disciplina degli accertamenti preventivi e periodici sull'assunzione di droghe per talune categorie di lavoratori che svolgono attività che comportino rischi per la sicurezza di terzi (art 125), nell'elaborazione e nell'attuazione di progetti finalizzati alla prevenzione ed al recupero dei tossicodipendenti (art 127) e, infine, nella raccolta dei dati statistici ed epidemiologici

In materia di AIDS il Se Ce D A S cura le diverse attività previste dalla legge del 5 giugno 1990, n 135, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità ed affiancando l'opera del Centro operativo AIDS (COA)

Analogamente rientrano nelle attribuzioni del Servizio le funzioni relative alla prevenzione del tabagismo e le attribuzioni sulle dipendenze dall'alcool, che trovano fonte nello stesso testo unico

Per tutte le materie su riferite il Se Ce D A S mantiene anche i rapporti internazionali e comunitari

In attuazione della citata normativa il Ministero della sanità ha emanato specifici atti normativi

Tra gli altri, in particolare, si ricorda il D M 30 novembre 1990, n 444 "Regolamento concernente la determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze da istituire presso le unità sanitarie locali" Nel corso del 1995 si è voluto verificare, sulla base dei dati della rilevazione annuale riferita all'anno 1994,

quanto siano stati raggiunti gli standard definiti da suddetto D.M. per quel che riguarda il personale

I risultati non sono molto confortanti; tra i servizi ad alta e media utenza vi è una carenza di personale (calcolata sulla mediana del numero di operatori dichiarati nella rilevazione) di circa il 30 e il 45%, rispettivamente, particolarmente evidente a carico delle *figure professionali non appartenenti alle qualifiche di medico e psicologo*; solo leggermente migliore è la situazione per quanto riguarda i servizi a bassa utenza. Complessivamente, solo il 20,9 % dei servizi è dotato di personale conforme agli standard per l'utenza che viene dichiarata (la percentuale sale al 30,5% per gli psicologi e al 46,8% per i medici)

Le difficoltà di natura sia amministrativa che politica di applicazione in ambito regionale del D.M. 444/90 sono riconducibili alle singole realtà locali. Si è riscontrato che mentre le regioni del nord Italia e alcune del centro sono riuscite ad organizzare in tempi relativamente brevi i SERT in maniera sufficientemente rispondente al modello indicato dal decreto ministeriale, *alcune regioni meridionali sono a tutt'oggi notevolmente carenti*

L'applicazione della nuova normativa sanitaria - Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni - relativamente alla ristrutturazione delle UU SS LL. in Aziende Sanitarie Locali richiede, tra l'altro, anche una attenta riconsiderazione dell'organizzazione dei SERT che deve, comunque, contemplare la disponibilità in ogni singola Azienda di tutte le prestazioni assistenziali necessarie, con standard qualitativi concordati tra aziende e operatori e in progressivo miglioramento nel tempo.

In attuazione agli artt. 116 e 117 del D.P.R. n. 309 del 1990 sono stati definiti, mediante Atto di intesa nell'ambito della Conferenza fra Stato, regioni e province autonome, criteri e modalità uniformi per l'istituzione degli albi regionali delle strutture private per la riabilitazione e il reinserimento sociale dei tossicodipendenti ed è stato adottato lo schema-tipo di convenzione fra le unità sanitarie locali e tali strutture.

Le citate normative, pubblicate nella G.U. n. 55 (Suppl. n. 25) dell'8 marzo 1993 e nella G.U. del 22 marzo 1993, hanno per la prima volta disciplinato l'attività delle comunità terapeutiche in un contesto orientato, tra l'altro, al raggiungimento di un maggiore coordinamento con gli interventi dei servizi pubblici

L'art. 116 del D.P.R. 309/90 determina i "requisiti minimi" che le comunità terapeutiche devono possedere per ottenere l'iscrizione agli albi regionali e poter quindi svolgere attività riabilitativa, oltre che per accedere ai contributi previsti.

La sussistenza di tali requisiti, consistenti in particolare nella "disponibilità di locali e attrezzature adeguate al tipo di attività prescelta" nonché di "personale sufficiente ed esperto in materia di tossicodipendenza", deve essere accertata con modalità stabilite dalle regioni (le quali hanno, altresì, la facoltà di determinare ulteriori requisiti specifici).

Le disposizioni contenute nell'Atto d'intesa per la uniforme definizione dei criteri per l'iscrizione delle comunità terapeutiche agli albi ex art.116 T.U. prevedono anche che le comunità siano sottoposte a vigilanza, sotto il duplice profilo della "rispondenza ai requisiti igienico-sanitari ed edilizi imposti dalle vigenti normative" (verifica esplicitamente attribuita a comuni e Unità sanitarie ex comma 2, art.10) e del "rispetto dei diritti degli utenti" e della "permanenza delle condizioni e dei requisiti che hanno dato luogo all'iscrizione all'albo" (comma 1, art.10)

Inoltre, ai sensi del citato art 117, le convenzioni tra le UU.SS.LL. e le comunità "dovranno essere conformi allo schema-tipo predisposto dal Ministro della sanità", tale disposizione conferisce valore vincolante al medesimo schema, adottato con D.M. 19.2.93, anche ai fini delle modalità in base alle quali verranno esercitati i poteri ispettivi e di vigilanza previsti dalle norme vigenti. Lo schema di convenzione, infatti, affida ai SerT vari tipi di verifica e controllo, attinenti all'andamento del programma terapeutico" (art.3), ai "risultati conseguiti mediante i trattamenti attuati" (art 4), alla "relazione semestrale sull'attività complessiva svolta e sui risultati conseguiti" che le comunità sono tenute a redigere (art 7).

All'inizio del 1994, con D.M.18-2-1994 (G.U. 26-2-1994 n 47), è stato emanato un provvedimento integrativo dello schema-tipo di convenzione fra unità sanitarie locali ed enti ausiliari che operano nel settore delle tossicodipendenze al fine di superare le incertezze interpretative che si erano manifestate circa il diritto di scelta della comunità da parte degli interessati e gli effetti connessi agli albi regionali.

L'intento di tale provvedimento era di ribadire la facoltà di ogni soggetto interessato di esercitare il diritto di libera scelta su qualsiasi comunità convenzionata che dichiara la

disponibilità ad attuare il programma terapeutico, secondo quanto stabilito dall'art 22 del D P R n 309 del 1990 e che l'iscrizione delle comunità agli albi regionali è obbligatoria al solo fine dello svolgimento delle attività di collaborazione con le strutture pubbliche mediante stipula delle inerenti convenzioni.

Il Consiglio di Stato, in data 16-5-1995 (G.U. 16-5-1995 n.112), ha emesso, su istanza della Regione Emilia Romagna, un provvedimento di sospensione del su citato decreto; pertanto in attesa della pronuncia in merito, lo schema-tipo di convenzione applicabile attualmente dai soggetti interessati è quello approvato con D.M. 19-2-1993 (G U. 22-3-1993 n 67)

## ANDAMENTO DELLA TOSSICODIPENDENZA

Il D.P.R. 309 ha demandato al Se Ce D A S il compito di rilevare correntemente informazioni sugli aspetti epidemiologici della tossicodipendenza e sulle patologie correlate nonché sulle attività svolte dai Servizi pubblici per le tossicodipendenze (SERT) in materia di cura e riabilitazione dei soggetti con problemi di droga

A tal fine, con decreto ministeriale del 3 ottobre 1991, sono stati definiti i modelli per la rilevazione dei dati statistici relativi all'attività e alle caratteristiche strutturali dei SERT

Semestralmente, mediante un singolo modello di rilevazione, si raccolgono informazioni fondamentali per una fotografia dell'attività dei SERT e delle caratteristiche dell'utenza a due date precise dell'anno (15 giugno e 15 dicembre). Alla fine di ogni anno vengono inoltre rilevati dati sull'attività svolta durante tutto l'anno trascorso, informazioni demografiche ed epidemiologiche relative all'utenza affluita al servizio nel corso dell'anno, nonché i dati anagrafici dei servizi pubblici e le caratteristiche del personale ad essi assegnato.

Tali dati, trasmessi al Ministero della sanità tramite gli Uffici regionali competenti (generalmente su supporto cartaceo e nel 10% dei casi su supporto magnetico), sono memorizzati presso il Sistema informativo sanitario centrale ed elaborati, analizzati e pubblicati periodicamente dal Se Ce D A S.

In ottemperanza all'art 3 comma 2 lettera c) del T.U. approvato con D.P.R. n. 309 del 9 ottobre 1990 (G.U. n. 264 del 10/11/1993) in materia di tossicodipendenza è stata avviata dal mese di gennaio del 1995 una rilevazione statistica dell'utenza e delle attività delle strutture socio-riabilitative private che operano nel settore delle tossicodipendenze

Le informazioni relative ad un anno solare, raccolte tramite schede di rilevazione approvate con decreto ministeriale del 30 ottobre 1993, sono inviate dalle strutture alle Regioni e Province autonome tramite i Servizi pubblici per le tossicodipendenze entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello della rilevazione e pervengono al Ministero della sanità entro il mese successivo

L'acquisizione e l'elaborazione vengono eseguite presso il Se Ce D A S con modalità informatizzate al fine dell'analisi dei dati rilevati

*I LA RILEVAZIONE STATISTICA DELL'UTENZA E DELLE ATTIVITÀ' DEI SERVIZI PUBBLICI PER LE TOSSICODIPENDENZE: DATI AL 15/12/95 E ANNO 1995*

Risultati della rilevazione alla data del dicembre 1995

Alla data attuale hanno inviato la scheda compilata 350 Servizi, che rappresentano il 70,6% del totale dei SERT effettivamente operativi (n-496). In attesa che si completi l'acquisizione dei dati, al fine di fornire comunque elementi utili per un confronto nel tempo, è stata operata, per le regioni con una copertura di rilevazione superiore al 70% (Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo, Campania, Puglia), una proiezione del numero di utenti in carico presso i Servizi che devono ancora inviare i modelli sulla base dell'utenza da essi segnalata in occasione della precedente rilevazione al 15/12/1994. Per quelle regioni con copertura inferiore o nulla (Piemonte, provincia autonoma di Bolzano, Umbria, Lazio) sono stati riportati i valori corrispondenti allo stesso semestre dell'anno precedente, rilevati, cioè al 15/12/1994.

Gli utenti in trattamento ai SERT alla data della rilevazione sono stati così stimati pari a 75.487 relativamente a 496 servizi. Si noti che il numero dei SERT attivi è variato rispetto alle precedenti rilevazioni in relazione alle continue modifiche che in ogni regione si verificano nel relativo assetto. In particolare, a partire dal 1994 sono stati istituiti in Liguria 15 Servizi pubblici per le tossicodipendenze previsti dal D.M. n. 444 del 1990, che si sono fatti carico delle attività finora svolte in questa regione dai 20 servizi di salute mentale, in Lombardia, a seguito della trasformazione in aziende delle unità sanitarie locali, come previsto dal decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, ed il conseguente accorpamento dei SERT, si è passati dagli 83 Servizi rilevati al 1994 agli attuali 44 (cfr. dati elaborati dall'Osservatorio Permanente del Ministero dell'Interno).

Il numero medio di utenti per servizio è risultato pari, a livello nazionale, a 152 tossicodipendenti per ogni SERT, tale dato presenta un'estrema variabilità regionale oscillando tra 638 (Provincia autonoma di Trento) e 46 (Molise) (Tab. 1).

Confrontando il numero totale degli utenti con quello delle rilevazioni precedenti si nota una crescita continua. Inoltre la distribuzione regionale del numero di utenti indica

come, in termini assoluti, sia la Lombardia la regione con il numero più elevato di soggetti in trattamento (14 555), seguita da Piemonte, Puglia, Campania e Veneto (Tab 2).

Degli utenti in carico, il 19,78% (14 935 soggetti) risulta inserito in strutture socio-riabilitative, percentuale che sale al 34,56% in Emilia Romagna e con un valore minimo, pari al 6,91%, in Liguria (Tab.1)

#### Risultati della rilevazione annuale per il 1995

Il dato annuale rappresenta il flusso di soggetti che sono stati in carico ai SERT nel corso dell'anno 1995. Anche in tal caso, così come per la rilevazione semestrale, si è reso necessario completare per proiezione le informazioni.

I dati provvisori così stimati indicano che nel corso del 1995 sono stati in carico ai Servizi pubblici, sull'intero territorio nazionale, 120.962 tossicodipendenti ripartiti regionalmente secondo la distribuzione visualizzata nella tabella 3. Si nota inoltre come tale ammontare mostri un trend crescente negli anni in esame (1990-1995).

Di questi utenti, 105 436 (87,2%) sono stati trattati direttamente presso il SERT e 15526 (12,8%) inviati in comunità terapeutica (Tab 4, Graf 1). I dati comparativi indicano che la percentuale di soggetti inviati in strutture socio-riabilitative è diminuita negli anni passando dal 18,2% nel 1991 all'attuale 12,8%.

Il rapporto numero di utenti maschi su numero di utenti femmine è stato nel 1995 pari a 5/71, confermando che la dipendenza da droga è uno stato estremamente selettivo per sesso, tale rapporto, inoltre, dal 1991 ha assunto valori crescenti. Il dettaglio regionale mostra che al Sud il comportamento differenziale per sesso è molto più accentuato: il rapporto maschi/femmine è in genere superiore a 10 nelle regioni meridionali (Tab 5, Graf 2).

La distribuzione per età degli utenti mostra che il fenomeno interessa soprattutto i giovani di età compresa fra i 20 e i 30 anni. Nel tempo si nota una riduzione della quota di soggetti nelle fasce giovanili ed un aumento significativo della quota di utenti relativamente più anziani. In particolare nel 1995 tale "invecchiamento" dell'utenza è stato confermato con un nuovo decremento, rispetto al 1994, delle percentuali di soggetti in età 20-24 e 25-29 anni (21,99% e 32,76% nel 1995, 23,35% e 34,51% nel 1994) e con un ulteriore aumento della percentuale di soggetti di età superiore (Tab 6).

Il confronto fra i diversi anni della distribuzione degli utenti dei SERT per sostanza stupefacente d'abuso mette in evidenza che l'eroina, benché sia la sostanza più diffusa, è utilizzata in percentuale decrescente, mentre stanno acquistando un peso maggiore i cannabinoidi. In aumento è anche l'uso, come sostanza primaria, delle amfetamine. Particolare attenzione va, infine, rivolta all'aumento evidenziatosi nel 1995, rispetto agli anni precedenti, della percentuale di soggetti che assumono crack (Tab 7; Graf.3 e Graf.4).

Nel corso del 1995 il 36,9% dei soggetti trattati dagli operatori dei SERT sono stati introdotti in programmi esclusivamente psico-sociali e/o riabilitativi, prevalenti negli anni passati. Il metadone, in forma integrata, è utilizzato nel 40% dei casi (somma di 19,65 e 20,35%), in particolare l'uso del metadone assume un'importanza crescente nei programmi a lungo termine, essendo passato dal 9,31% nel 1991 al 20,35% nel 1995. I trattamenti a base di antagonisti sono utilizzati in poco più del 7% dei casi (Tab.8; Graf.5 e Graf.6).

Va sottolineata l'inversione di tendenza a partire dal giugno 1993 delle percentuali di soggetti trattati con metadone (programma protratto) e con sola terapia socio-riabilitativa, l'una in crescita, l'altra in contrazione, anche l'impiego dei farmaci non sostitutivi (integrati e non) è in lieve, ma evidente, diminuzione. Questo processo può interpretarsi come effetto, non tanto del voto referendario del 5 giugno 1993 (DPR n.171), sul quadro normativo relativo all'impiego dei farmaci sostitutivi nel trattamento delle tossicodipendenze, quanto dei più recenti orientamenti terapeutici volti alla riduzione del danno. Entrambi questi aspetti sono approfonditi nella circolare ministeriale del 30 luglio 1993 n 1100/II/D/F10/1862 e nelle successive "Linee guida per il trattamento della dipendenza da oppiacei con farmaci sostitutivi" diramate dal Ministero della sanità in data 30 settembre 1994.

## INIZIATIVE INTRAPRESE NEL SETTORE

### *1. BOLLETTINO PER LE FARMACODIPENDENZE*

Nel corso del 1995 sono stati editi e diffusi a 7 000 destinatari i seguenti due numeri del "Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcoolismo"

Nel n. 1/95 sono stati pubblicati gli atti della giornata di studio organizzata dall'Istituto Superiore della Sanità su "Amfetamine: uso e abuso. Problemi ed esperienze a confronto" (svoltasi a Roma il 15 dicembre 1994). Questo numero comprende, inoltre, recensioni e rassegne della letteratura internazionale riguardanti, in particolare, vari aspetti dell'uso di Ecstasy. Nella sezione "Epidemiologia" è stato inserito l'aggiornamento dei casi di AIDS notificati in Italia al 31 dicembre 1994, a cura dell'Istituto Superiore della Sanità e del Centro Operativo AIDS.

Si è, inoltre, pubblicato uno studio sugli esiti sociali di ex tossicodipendenti che hanno completato il programma di riabilitazione "Progetto Uomo" presso il Centro di Solidarietà di Firenze.

Nel n. 2/95 sono stati pubblicati interessanti articoli tra i quali, in particolare, una valutazione dell'efficacia e revisione della qualità (VRQ) degli interventi terapeutico-riabilitativi operati nei servizi per le tossicodipendenze e un aggiornamento sull'epatite da virus C (comunicazioni presentate alla VI conferenza sulla riduzione del danno legato alla droga - Firenze 26-30 marzo 1995). Si sono pubblicati, inoltre, aggiornamenti su normative e leggi in materia di farmacodipendenze ed, infine, un rapporto sui lavori della XXXVIII Sessione della Commissione Narcotici dell'ONU.

### *2. ORGANIZZAZIONE DI UN CONVEGNO IN TEMA DI TOSSICODIPENDENZE*

Il Ministero della Sanità, a quattro anni dalla Legge 26 giugno 1990 n. 162, ha ritenuto opportuno organizzare un convegno nazionale sul tema "Organizzazione e attività dei Servizi di assistenza per le tossicodipendenze: attualità e prospettive", quale occasione di incontro,

confronto e discussione tra rappresentanti delle Istituzioni Pubbliche centrali e regionali, dei SerT e delle Comunità terapeutiche, realtà maggiormente impegnate nella lotta alla droga

Il convegno, tenutosi a Roma il 15 e 16 marzo 1995, ha evidenziato l'importanza del ruolo svolto dai servizi per le tossicodipendenze anche in relazione alla loro funzione di punto di convergenza ed integrazione di attività istituzionali diverse.

### *3. INDAGINE CONOSCITIVA*

Allo scopo di verificare lo stato di funzionamento e di efficienza delle Comunità terapeutiche, operanti sul territorio nazionale e regolarmente iscritte agli Albi regionali, il Ministro pro tempore ha disposto, nel gennaio 1995, l'avvio di una attività ispettiva da parte di questo servizio presso le comunità stesse.

Tale attività ha avuto inizio nell'aprile 1995, a partire dalle Comunità operanti nel Lazio, in tale regione sono state visitate diciotto strutture residenziali iscritte all'albo.

L'indagine ha permesso di evidenziare, in alcune strutture, carenze nel funzionamento, approssimazione metodologica, e, talora, il mancato rispetto dei requisiti igienico-sanitari previsti. I problemi emersi sono stati prontamente segnalati alla Regione Lazio per i provvedimenti del caso. A partire dall'ottobre 1995 l'indagine è stata estesa a tutto il territorio nazionale.

### *4. PROMOZIONE DI STUDI E RICERCHE IN TEMA DI SOSTANZE STUPEFACENTI ED ALCOL*

Sono stati presentati, nel 1994 e nel 1995, per l'apposito stanziamento al Centro Studi del Ministero della sanità, ed approvati dal Comitato di Coordinamento, i seguenti progetti:

1) "Valutazione degli effetti sul sistema nervoso centrale di stimoli neurosensoriali multipli associati a droghe (alcol e psicostimolanti)" per la realizzazione del quale è stata

stipulata una convenzione con l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma - Istituto di Farmacologia

E' stata inoltre portata a termine una ricerca in tema di informazione alcolologica effettuata dall'Università degli studi di Bologna

E' stata seguita la prosecuzione di una ricerca in tema di monitoraggio di comportamenti a rischio di alcooldipendenza, da parte dell'Università degli studi de L'Aquila

2) "Tutela della salute mentale: valutazione, su scala nazionale, della organizzazione e dei rapporti tra i servizi territoriali per la salute mentale e le strutture di assistenza pubblica per tossicodipendenti ed alcolisti" per la realizzazione del quale è stata stipulata una convenzione con la Fondazione "Laboratori per le politiche sociali - Labos"

Nel corso del 1995 è stato inoltre autorizzato un progetto, finanziato su un capitolo di bilancio del Se.Ce.D.A.S., denominato: "Standardizzazione di un protocollo per gli accertamenti di inidoneità alla guida per influenza di droghe d'abuso e di farmaci psicostimolanti" per la realizzazione del quale è stata stipulata una convenzione con l'Università degli studi di Roma "Tor vergata".

## INIZIATIVE ED ATTIVITÀ IN AMBITO AIDS

### *1. CAMPAGNA INFORMATIVO-EDUCATIVA*

La 5ª Campagna informativo-educativa sull'Aids ha avuto inizio il 4 agosto 1995. L'attuazione, affidata, a seguito di gara internazionale, ad un raggruppamento di imprese, prevede le seguenti iniziative

#### Campagna generale

La campagna generale è incentrata, principalmente, sulla proiezione televisiva di spots finalizzati a richiamare l'attenzione sul rischio del contagio

Sono riaffermati, con vari mezzi di comunicazione, i dati relativi alla diffusione della malattia, alle misure di prevenzione, alla terapia, alla ricerca

Una presentazione grafica particolare è riservata ai temi della sieropositività, dei rapporti eterosessuali e della trasmissione verticale

#### Campagna giovani

Oltre alle attività di comunicazione attraverso i periodici, destinati ai soggetti di età più a rischio, è in corso di produzione materiale informativo da divulgare nelle discoteche, nei locali pubblici e di ritrovo del mondo giovanile e nei luoghi di aggregazione sportiva

Sono inoltre in corso di realizzazione altre tipologie di intervento quali azioni con emittenti radiofoniche e televisive nazionali "specializzate", in collaborazione con le associazioni di volontariato

#### Soggetti sieropositivi

Si prevede di affiancare al manifesto-cartellone, con testo attinente la tematica della condizione di sieropositività, una serie di azioni di comunicazione

- istituzione di un numero verde nazionale per i sieropositivi
- riproposizione del manuale di prevenzione secondaria delle precedenti campagne

#### Area della tossicodipendenza

Il progetto è stato articolato nelle seguenti azioni di comunicazione

---

**XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI**

---

- predisposizione di un opuscolo e di una locandina da distribuire in luoghi idonei (es. SerT)
- promozione delle attività di assistenza telefonica delle strutture operanti in questo campo; diffusione di numeri telefonici di riferimento per i soggetti tossicodipendenti
- incontri di formazione-informazione per gli operatori delle unità mobili e dei servizi telefonici

Soggetti omosessuali

E' prevista la realizzazione di un opuscolo informativo da distribuire nei luoghi di aggregazione specifici contenente anche informazioni sui centri specializzati e su quelli organizzati da associazioni.

E' in programma la predisposizione di servizi redazionali per le riviste specializzate del mondo omosessuale

Area della prostituzione

E' prevista la realizzazione di un pieghevole plurilingue con i messaggi previsti dal "briefing", centrati soprattutto sulle misure di prevenzione, e di un video, che, ove possibile, sarà fatto visionare presso le "unità mobili".

Campagna donne

Basata sulla cartellonistica e su una serie di azioni di comunicazione, comprende

- collaborazione con le testate femminili per il mantenimento di una costante attenzione sul problema AIDS
- coinvolgimento delle associazioni femminili
- distribuzione di materiale informativo nei consultori e negli ambulatori di ginecologia
- realizzazione di varie attività di informazione sul territorio

Campagna sulla donazione del sangue

Il progetto prevede un duplice obiettivo: incremento della quota di donatori a "basso rischio" per il ricevente (donatori volontari periodici), raggiungimento dell'autosufficienza non solo nazionale ma anche regionale

Le azioni di comunicazione previste si basano, principalmente, sulla cartellonistica e sulla divulgazione a mezzo stampa di messaggi per l'incentivazione alla donazione abituale

E' prevista, inoltre, una specifica azione mirata destinata ai sindaci dei comuni delle regioni non autosufficienti articolata nella distribuzione

- delle "linee guida per lo svolgimento di attività mirate di informazione e promozione della donazione di sangue nelle regioni che non hanno conseguito l'autosufficienza" (DM 1/9/95),
- di videocassette contenenti materiale audiovisivo sulla donazione del sangue e di altri materiali informativi

#### Programma scuola

Il progetto si realizza attraverso l'esecuzione di 40 seminari di due giorni ciascuno, da tenersi su tutto il territorio nazionale, nel periodo 6 novembre 1995/maggio 1996. Scopo dei seminari è quello di fornire agli insegnanti le conoscenze e gli strumenti per diventare veicolo di educazione/informazione nei confronti degli studenti

Si è provveduto, inoltre, all'allestimento di un "kit" di materiale informativo fornito direttamente agli insegnanti partecipanti per facilitare la prosecuzione delle attività nella propria sede di lavoro

Come nelle precedenti campagne informative si dovrà procedere ad una verifica, mediante idonei sondaggi, dei risultati ottenuti con il nuovo programma di iniziative educativo-informative

La realizzazione di tale verifica è stata affidata, a seguito di appalto concorso, ad un'agenzia specializzata nel settore

Tale attività è stata articolata prevedendo due indagini successive (PRE-Campagna e POST-Campagna) che permettano di valutare in maniera comparativa conoscenze, attitudini, comportamenti nei confronti della malattia prima e al termine della Campagna Informativa e quindi di definire eventuali modifiche conoscitive e comportamentali come effetto della Campagna stessa

Nel luglio del 1995 è stata realizzata la prima fase di ricerca (indagine PRE-Campagna) sono state effettuate 5350 interviste telefoniche attraverso un questionario

s'istrutturato rivolto ad un campione della popolazione italiana di età compresa tra i 14 e i 65 anni

L'analisi dei risultati ha consentito di valutare in maniera ben definita il livelli di conoscenza e i comportamenti della popolazione italiana nei confronti dell'AIDS

## *2. CONTRIBUTI A COMUNITÀ O ENTI ASSISTENZIALI, A COMUNITÀ TERAPEUTICHE E FINANZIAMENTI ALLE REGIONI*

Nel corso dell'anno 1995, sono stati stanziati contributi destinati a comunità o enti al fine di corrispondere alla necessità di incrementare le attività assistenziali in ambiente extraospedaliero, mediante la realizzazione di case alloggio o residenze collettive per malati di AIDS

Sono stati inoltre erogati contributi ad alcune Comunità terapeutiche ("Comunità Incontro" di Roma e al "Gruppo Abele" di Torino), secondo quanto previsto dal D M 21 12 90, per la realizzazione di iniziative finalizzate all'assistenza ai malati di AIDS e patologie correlate e per assicurare le indispensabili forme di collegamento e supporto alle strutture pubbliche

Per quanto riguarda, infine, l'attuazione di programmi informativi-educativi da parte delle associazioni di volontariato sono stati erogati finanziamenti a varie Regioni italiane, dietro approvazione di uno specifico programma per il sostegno alle attività di volontariato, secondo quanto previsto dal D M 21 12 93

## *3. CONVENZIONI CON ISTITUTI UNIVERSITARI ED OSPEDALIERI*

Per la realizzazione di programmi di ricerca sullo stato di salute degli immigrati da paesi extracomunitari

- L'Università di Roma "Tor Vergata" - Dipartimento di Sanità Pubblica ha realizzato l'indagine richiesta dalla convenzione nella provincia di Roma, su una

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

popolazione di stranieri con permesso di soggiorno e provenienti da paesi in via di sviluppo

- L'Università di Napoli "Federico II" - Istituto di Igiene e Medicina Preventiva ha realizzato una ricerca sullo stato di salute della popolazione immigrata nelle province di Napoli e Catanzaro

- L'Università di Genova - Istituto di Igiene e Medicina Preventiva ha condotto una indagine sullo stato di salute di una popolazione di extracomunitari dell'area del comune di Genova e di alcuni centri limitrofi

Per l'attuazione del programma di studi e ricerche per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS

- L'Università di Napoli "Federico II" - Istituto di Pediatria ha svolto compiti inerenti alla formazione del personale sanitario, con particolare riguardo ai corsi per pediatri di base, alla predisposizione di programmi e materiale didattico, alla realizzazione di un servizio di telematica di supporto tecnico scientifico per le strutture di primo e secondo livello, alla promozione di programmi di screening ed altre attività inerenti al settore della pediatria

- L'Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù" - Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico ha svolto compiti inerenti ai problemi della donna e del bambino con HIV e ad altre attività assistenziali nel settore. Per il raggiungimento degli obiettivi previsti è stato istituito, presso la Direzione Scientifica dell'I R C C S Ospedale Bambino Gesù, un Centro per le Attività assistenziali per gli infetti da HIV, il cui primo obiettivo è stato la verifica del modello organizzativo dell'assistenza per i soggetti con infezione da HIV, previsto dalla L. 135/90

- L'Ospedale "Lazzaro Spallanzani" - USL RM 10 ha svolto compiti inerenti alle acquisizioni scientifiche sul rischio occupazionale da HIV, attraverso l'istituzione di un "Centro per le attività di controllo del rischio professionale nelle infezioni da HIV"

- L'Ospedale "San Raffaele" di Milano - Fondazione Centro San Romanello del Monte Tabor ha svolto compiti inerenti l'analisi, la formulazione di

proposte e programmi, la consulenza scientifica per i problemi etici, giuridici e medico-legali, nonché per altre iniziative nel settore AIDS, quali la pubblicazione di un fascicolo quadrimestrale di aggiornamento e l'organizzazione di un convegno annuale di studio.

- L'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" ha avuto incarico di svolgere compiti inerenti la definizione dei protocolli, i controlli di qualità, la acquisizione e diffusione di tecniche per la diagnostica ed altre attività di lotta all'AIDS

#### *4 INTERVENTI NELLE SCUOLE*

L'iniziativa riguarda la realizzazione, a cura del Poligrafico dello Stato, la pubblicazione e la diffusione di un manuale di educazione alla salute destinato agli studenti delle scuole medie e superiori

L'orientamento del gruppo di lavoro congiunto, all'uopo costituito (Ministero della Sanità - Istituto Superiore di Sanità - Ministero della Pubblica Istruzione), inizialmente orientato verso la realizzazione di un manuale didattico-informativo, ha successivamente deciso di realizzare, con le stesse risorse finanziarie, una pubblicazione periodica. Tale pubblicazione è costituita da monografie veicolate dal giornalino della Pubblica Istruzione, inviato, dal novembre 1995, a tutte le classi delle scuole medie superiori, ai C.I.C., ai presidi, agli istituti referenti, etc. Le monografie sono raccolte, alla fine dell'anno, in un volume unico

## ATTIVITÀ DELL'UFFICIO CENTRALE STUPEFACENTI

L'Ufficio centrale stupefacenti, per quanto di competenza, in relazione a quanto disposto dall'art 2 del D P R 309 del 1990, ha provveduto, nel corso del 1995

- a partecipare con un proprio rappresentante ai lavori della Commissione stupefacenti delle nazioni Unite e di altre Organizzazioni internazionali (CEE, Consiglio d'Europa),
- a stabilire (decreto del 31 ottobre 1995-G U 273 del 23 novembre 1995), le quantità delle sostanze stupefacenti da fabbricare e mettere in vendita in Italia e all'estero nell'anno 1996,
- a redigere n 270 rendiconti sulla fabbricazione, impiego e commercio di tali sostanze
- a rilasciare n 4 autorizzazioni alla fabbricazione, n 64 all'impiego e n 286 al commercio all'ingrosso di stupefacenti e sostanze psicotrope, n 470 comunicazioni alla Prefettura di Roma per l'antimafia, n 332 autorizzazioni alla distribuzione, n 115 cambi di Direttore Tecnico, n 48 cambi di sede o di deposito, n 42 cambi di legale rappresentante, n 103 autorizzazioni per l'estensione dell'attività, n 61 cessazioni di attività, n 42 autorizzazioni di deroghe di 3 mesi per il Direttore tecnico, n 995 comunicazioni ai Carabinieri Antidroga, n 663 comunicazioni al Ministero dell'Interno, n 663 comunicazioni alla Guardia di Finanza, n 354 invii ai Comuni per le Notifiche, n 387 richieste di documentazione aggiuntiva o mancante
- a rilasciare n 1002 permessi di importazione e n 1737 permessi di esportazione delle stesse sostanze e relative preparazioni
- a rilasciare n 446 autorizzazioni all'impiego e alla detenzione delle stesse sostanze per uso di ricerca scientifica e sperimentazione
- a rilasciare n 213 permessi di esportazione di sostanze suscettibili di impiego per la fabbricazione di sostanze stupefacenti e psicotrope di cui all'art 79 del D P R sopracitato

---

**XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI**

---

- a pubblicare l'elenco aggiornato delle imprese autorizzate alla fabbricazione, impiego e commercio all'ingrosso delle sostanze in parola (G U n 118 del 23 maggio 1995)
- a fornire supporto organizzativo e di elaborazione ai lavori della Commissione che ha il compito di approfondire gli aspetti chimici, tossicologici e farmacologici delle sostanze stupefacenti
- a curare l'aggiornamento delle tabelle delle sostanze stupefacenti e psicotrope e loro preparazioni ai sensi dell'art 13 del D P R. 309/90 (Decreto Interministeriale 20 dicembre 1995)
- a richiedere il prescritto parere all'Istituto Superiore di Sanità con relazioni su numerose specialità da inserire nelle tabelle degli stupefacenti di cui all'art 13 del D.P.R. 309/90
- a convocare gli Assessorati Regionali alla Sanità per discutere la stesura del D.M. di cui all'art 45 sesto comma del D.P.R. 309/90. Su tale stesura sono state sentite anche le organizzazioni sindacali di categoria. L'elaborato è ora all'esame dell'Ufficio legislativo
- a fornire giornalmente chiarimenti sui vari quesiti formulati dalle organizzazioni di categoria, dagli Ordini Professionali e dagli apparati pubblici e privati circa l'applicazione precisa del D.P.R. nei vuoti d'interpretazione che sussistono

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab.1 - UTENTI DEI SERVIZI PUBBLICI PER LE TOSSICODIPENDENZE AL 15/12/95 (\*)

REGIONE	Numero di SERT		UTENTI IN CARICO		Numero medio di utenti
	totale	in strutture socio-riabilitative	%	Numero medio di utenti	
PIEMONTE	63	8408	1921	22,85	133
VALLE D'AOSTA	1	182	33	18,13	182
LOMBARDIA	44	14555	2833	19,46	331
PROV AUT BOLZANO	4	799	170	21,28	200
PROV AUT TRENTO	1	658	141	22,10	638
VENETO	38	6137	1516	24,70	162
FRILIV GIULIA	6	1451	111	7,65	242
LIGURIA	5	1823	126	6,91	365
EMILIA ROMAGNA	41	5862	2026	34,56	143
TOSCANA	41	5494	1215	22,12	134
UMBRIA	11	651	254	39,02	59
MARCHE	14	1676	357	21,30	120
LAZIO	47	3687	401	10,88	78
ABRUZZO	11	1881	370	19,67	171
MOLISE	6	276	26	9,42	46
CAMPANIA	36	6749	794	11,76	187
PUGLIA	55	7136	1203	16,86	130
BASILICATA	6	432	94	21,76	72
CALABRIA	13	1226	377	30,75	94
SICILIA	40	3323	591	17,79	83
SARDEGNA	13	3101	376	12,13	239
<b>ITALIA</b>	<b>496</b>	<b>75487</b>	<b>14935</b>	<b>19,78</b>	<b>152</b>

(\*) - Dati provvisori

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab. 2 - NUMERO DI UTENTI DEI SERVIZI NELLE RILEVAZIONI SEMESTRALI

REGIONE	15-giu-91	15-dic-91	15-giu-92	15-dic-92	15-giu-93	15-dic-93	15-giu-94	15-dic-94	15-giu-95	15-dic-95(*)
PIEMONTE	5003	6040	7046	7174	7073	7408	8080	8408	9148	8408
VALLE D'AOSTA	60	132	111	145	134	139	140	147	167	182
LOMBARDIA	6557	7628	10005	11629	11137	12275	12756	12919	14504	14555
PROV AUT BOLZANO	710	870	871	922	828	844	705	799	721	799
PROV AUT TRENTO	18	190	479	620	489	617	478	635	505	638
VENETO	2586	3900	4677	5222	4608	5530	5763	5787	5932	6137
FRIULI V GIULIA	682	761	819	869	932	984	1065	1207	1130	1451
LIGURIA	1906	2422	3024	3244	2902	2157	2292	1023	2074	1823
EMILIA ROMAGNA	4021	3934	5077	5003	5099	5462	5863	6045	6160	5862
TOSCANA	3162	2491	3361	3996	3964	4337	4619	5402	5102	5494
UMBRIA	551	455	912	912	809	655	652	651	807	651
MARCHE	664	731	993	852	855	677	862	1253	1577	1676
LAZIO	2683	4011	4046	4240	3433	3346	3544	3687	3598	3687
ABRUZZO	208	473	735	1117	1052	1321	1400	1735	1659	1881
MOLISE	42	46	143	128	105	120	155	219	176	276
CAMPANIA	1290	2468	3186	3873	3147	3438	3903	4558	4900	6749
PUGLIA	1003	3494	6313	7159	5864	6824	6459	6457	7059	7136
BASILICATA	142	129	541	294	352	396	380	357	306	432
CALABRIA	334	335	498	794	890	1085	869	993	1482	1226
SICILIA	921	1790	2087	2221	1906	2215	2650	2969	3315	3323
SARDEGNA	617	1545	2213	2588	2004	2753	2901	2908	2487	3101
ITALIA	33160	43845	57137	63002	57583	62563	65536	68159	72809	75487

(\*) = Dati provvisori

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab.3 - UTENTI DEI SERVIZI PUBBLICI PER LE TOSSICODIPENDENZE

REGIONE	1990	1991	1992	1993	1994	1995(*)
PIEMONTE	8008	10455	10347	10320	12022	12564
VALLE D'AOSTA	151	286	306	292	294	289
LOMBARDIA	12845	16157	17848	17847	18762	19608
PROV AUT BOLZANO	739	1060	1050	1004	756	790
PROV AUT TRENTO	370	480	621	613	646	657
VENETO	6151	8415	8076	8928	9821	10222
FRIULI V GIULIA	1658	1743	1919	1894	2119	2338
LIGURIA	3059	3724	4118	2914	1172	3586
EMILIA ROMAGNA	6380	6979	7558	7677	8289	8326
TOSCANA	3893	6673	6682	7986	9326	10034
UMBRIA	901	1299	2052	1742	2082	1877
MARCHE	1479	1848	2202	2134	2549	2378
LAZIO	4732	9698	10108	9580	9273	9691
ABRUZZO	1403	825	1450	2051	2801	2729
MOLISE	210	242	268	258	405	346
CAMPANIA	3142	5294	7750	7005	9476	10002
PUGLIA	5270	9067	10595	10828	10446	10543
BASILICATA	460	719	822	812	796	796
CALABRIA	1558	1084	1307	1787	2273	2637
SICILIA	2480	3613	4951	4943	5674	6311
SARDEGNA	1813	3192	3775	4532	5002	5238
ITALIA	66702	92853	103805	105147	113984	120962

(\*)=Dati provvisori

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab. 4 - UTENTI INVIATI IN STRUTTURE SOCIO-RIABILITATIVE

REGIONE	1991	1992	1993	1994	1995(*)
PIEMONTE	1407	1585	1929	1865	1649
VALLE D'AOSTA	53	54	49	50	58
LOMBARDIA	3520	3952	3583	3515	3108
PROV. AUT. BOLZANO	152	268	349	89	79
PROV. AUT. TRENTO	94	115	140	190	168
VENETO	1595	1625	1696	1714	1516
FRIULI V. GIULIA	226	239	260	201	178
LIGURIA	1978	497	371	38	34
EMILIA ROMAGNA	1658	1599	1668	2291	2026
TOSCANA	1128	1303	1326	1374	1215
UMBRIA	213	259	209	232	205
MARCHE	290	289	288	404	357
LAZIO	1150	930	656	833	737
ABRUZZO	114	263	352	419	370
MOLISE	35	49	42	30	27
CAMPANIA	505	791	697	898	794
PUGLIA	1319	1545	1678	1360	1203
BASILICATA	71	130	79	84	89
CALABRIA	381	290	514	426	377
SICILIA	481	741	777	866	780
SARDEGNA	572	686	438	629	556
ITALIA	16942	17210	17101	17508	15526

(\*)--Dati provvisori

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab.5 - RAPPORTO MASCHI/FEMMINE

REGIONE	1990	1991	1992	1993	1994	1995(*)
PIEMONTE	4,15	4,64	4,73	4,74	4,80	4,80
VALLE D'AOSTA	3,31	3,77	3,94	4,41	4,35	4,90
LOMBARDIA	4,19	4,84	5,05	4,84	4,79	4,79
PROV AUT BOLZANO	2,44	2,91	3,32	3,06	3,34	3,75
PROV AUT TRENTO	3,46	3,29	4,09	3,98	3,06	3,11
VENETO	4,28	4,87	5,00	5,00	5,07	5,12
FRIULI V GIULIA	2,83	3,09	3,26	3,92	3,38	3,39
LIGURIA	4,68	4,52	4,83	4,58	3,61	3,61
EMILIA ROMAGNA	3,57	3,59	3,70	3,65	3,80	4,13
TOSCANA	3,46	3,82	4,03	3,96	3,89	3,87
UMBRIA	3,98	3,88	3,29	4,06	4,19	4,09
MARCHE	4,12	3,93	3,56	4,81	4,15	4,63
LAZIO	4,76	5,11	5,16	5,20	5,54	5,54
ABRUZZO	6,93	6,57	5,47	4,51	4,75	7,01
MOLISE	7,08	9,08	8,24	8,92	9,38	11,36
CAMPANIA	11,77	12,68	12,20	14,13	10,06	10,79
PUGLIA	9,39	11,14	10,67	11,25	11,23	11,48
BASILICATA	9,95	10,98	11,27	12,10	11,25	10,06
CALABRIA	7,70	10,41	12,20	10,03	12,37	15,01
SICILIA	8,29	9,41	9,65	9,41	9,63	10,03
SARDEGNA	6,52	5,95	6,40	5,92	6,59	8,17
ITALIA	4,68	5,21	5,44	5,45	5,45	5,71

(\*) - Dati provvisori

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab. 6 - UTENTI DISTRIBUITI PER FASCE DI ETA'

ETA'	1990		1991		1992		1993		1994		1995(*)	
	numero	%	numero	%								
5-15	44	0,07	87	0,09	112	0,11	85	0,08	347	0,30	105	0,09
15-19	2976	4,46	4386	4,72	5021	4,84	4293	4,08	4000	3,51	4303	3,56
20-24	19632	29,43	26556	28,60	29435	28,36	26821	25,51	26619	23,35	26604	21,99
25-29	25907	38,84	34493	37,15	37965	36,57	17241	35,42	39333	34,51	39629	32,76
30-34	12200	18,29	18687	20,13	21030	20,26	23684	22,52	27701	24,30	30477	25,20
35-39	4403	6,60	6084	6,55	7499	7,22	9081	8,64	11071	9,71	13315	11,01
40	1540	2,31	2560	2,76	2743	2,64	3537	3,36	4913	4,31	6529	5,40
TOTALE	66702	100,00	92853	100,00	103805	100,00	105147	100,00	113984	100,00	120962	100,00

(\*) = Dati provvisori

Tab. 7 - UTENTI DISTRIBUITI PER SOSTANZA STUPEFACENTE D'ABUSO

Sostanza d'abuso	1991	1992	1993	1994	1995(*)
ALLUCINOGENI	0,05	0,04	0,07	0,25	0,10
AMFETAMINE	0,13	0,13	0,24	0,25	0,29
BARBITURICI	0,05	0,06	0,03	0,04	0,06
BENZODIAZEPINE	0,60	0,38	0,53	0,47	0,39
CANNABINOIDI	5,05	4,61	4,93	5,11	7,98
COCAINA	1,29	1,30	1,66	1,93	1,63
CRACK	0,31	0,12	0,32	0,10	1,50
EROINA	90,12	91,24	90,62	88,51	85,95
METADONE	0,45	0,28	0,18	0,39	0,42
MORFINA	0,02	0,04	0,05	0,11	0,49
ALTRO	1,94	1,80	1,37	2,84	1,19

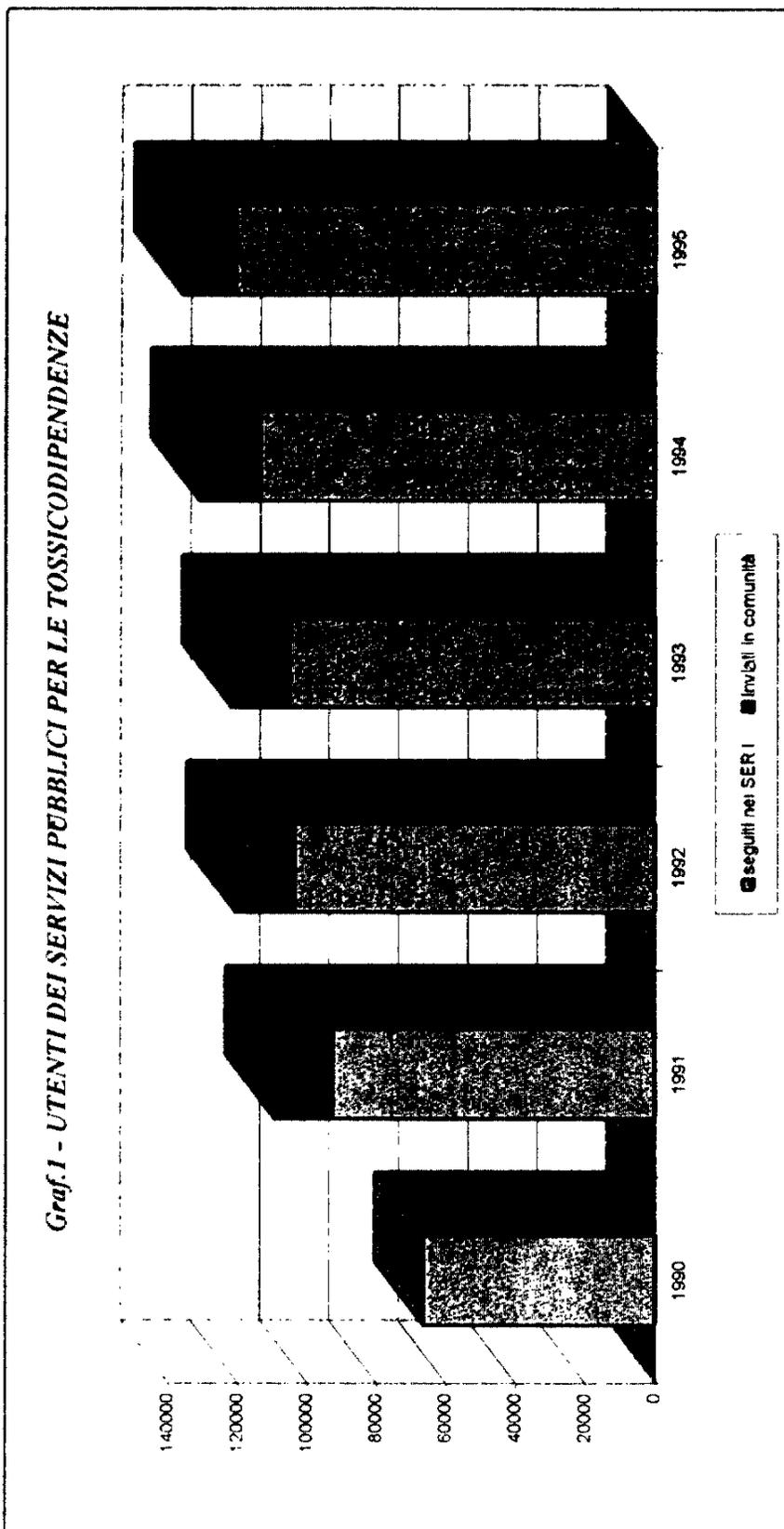
(\*)=Dati provvisori

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

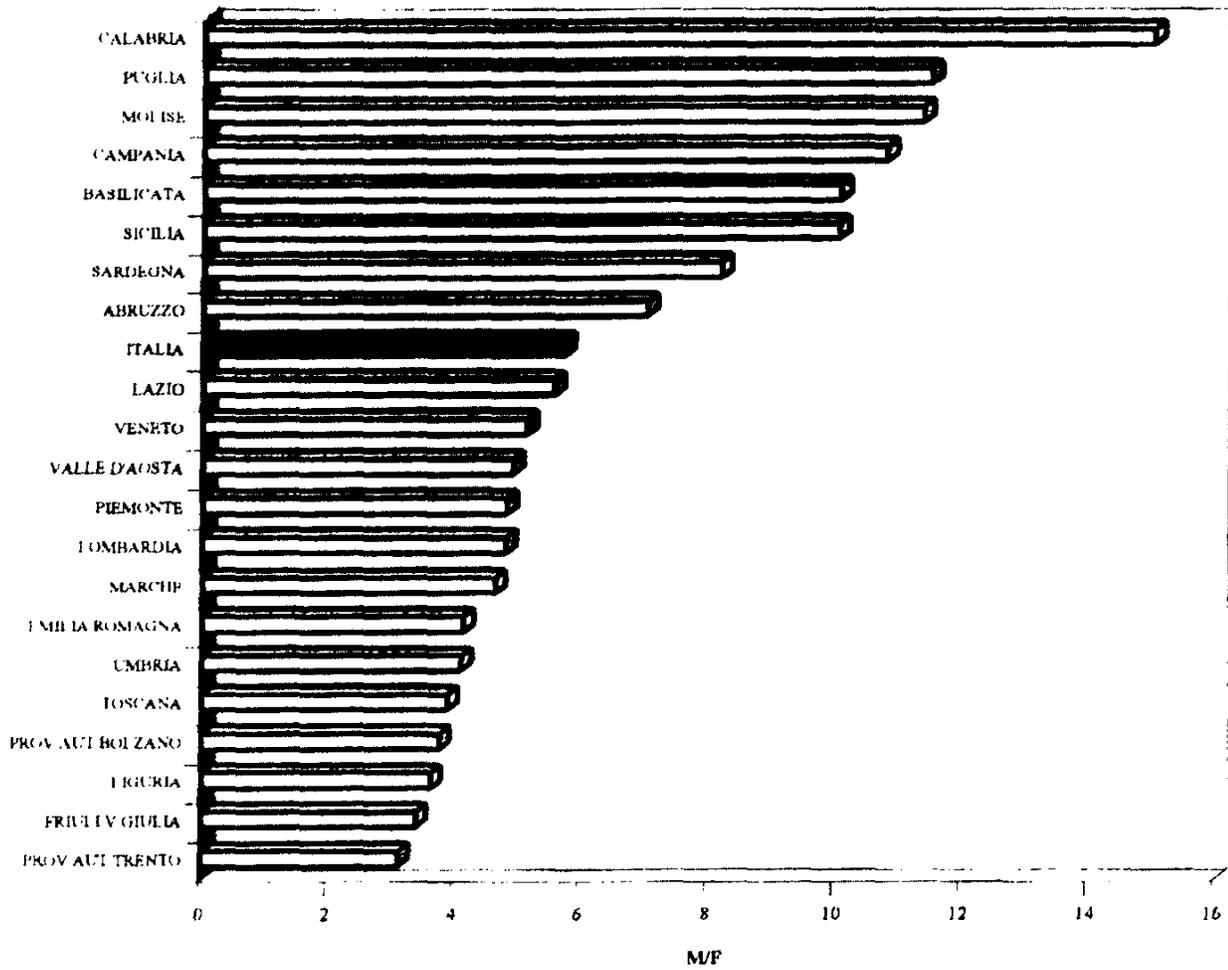
Tab. 8 - TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI PUBBLICI

TIPOLOGIE	% SOGGETTI TRATTATI				
	1991	1992	1993	1994	1995(*)
1) PSICO-SOCIALE E/O RIABILITATIVO	38,07	37,14	40,22	40,01	36,93
2) TRATTAMENTO A BREVE TERMINE (<=60 gg)					
a) metadone integrato	20,95	23,23	18,84	19,37	19,65
b) clonidina (sola o associata)	7,42	6,12	4,69	4,42	4,21
c) altri farmaci	8,98	7,79	5,54	4,99	4,71
3) TRATTAMENTO PROTRATTO (>60gg)					
a) metadone integrato	9,31	9,66	14,40	17,29	20,35
b) farmaci non sostitutivi (integrati)	2,92	3,45	3,05	2,15	1,96
c) farmaci non sostitutivi (non integrati)	1,11	0,93	0,67	0,65	0,46
4) TRATTAMENTO PROTRATTO CON ANTAGONISTI					
a) naltrexone integrato	6,31	6,87	6,69	6,61	6,54
b) naltrexone non integrato	1,39	1,69	0,94	0,79	0,96
c) altri antagonisti integrati	0,11	0,08	0,07	0,11	0,16
d) altri antagonisti non integrati	0,03	0,12	0,04	0,03	0,00
5) ALTRO	3,40	2,92	4,84	3,58	4,07

(\*)=Dati provvisori

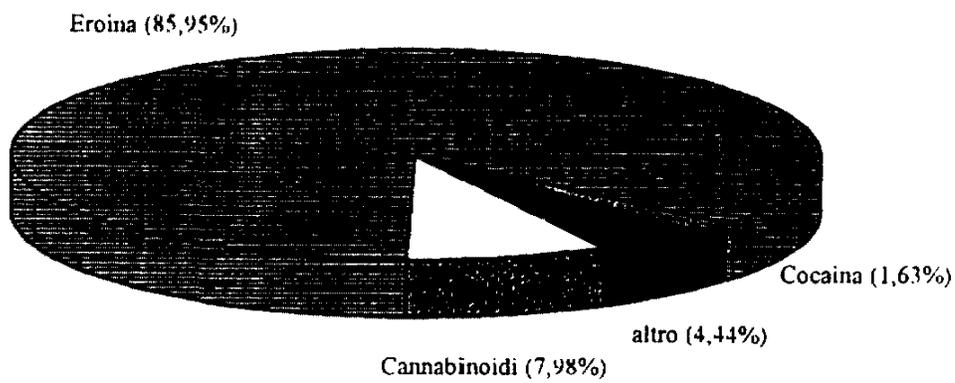


**Graf.2- DISTRIBUZIONE REGIONALE DEL RAPPORTO MASCHI/FEMMINE DEGLI UTENTI (1995\*)**



(\*)=Dati provvisori

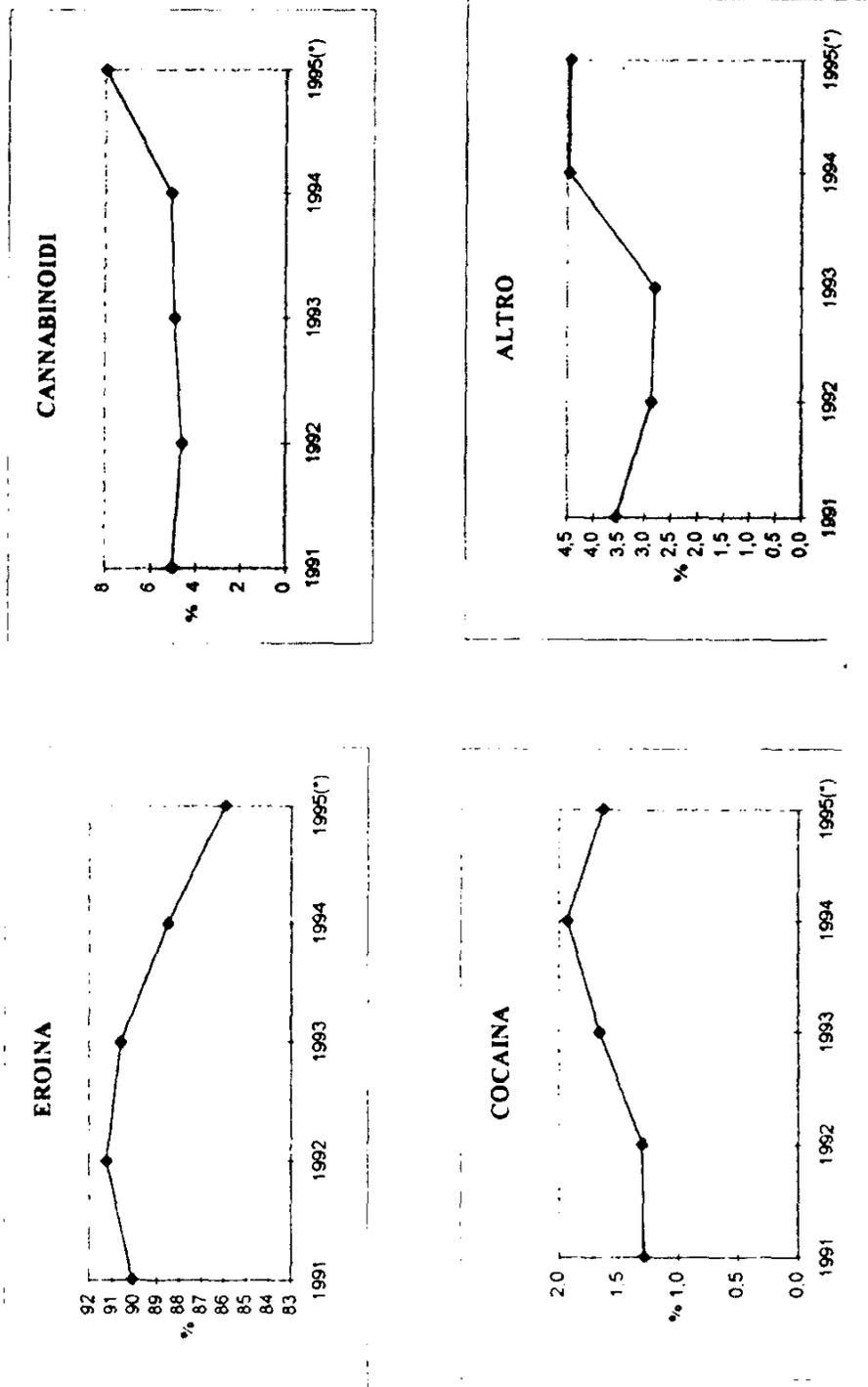
**Graf.3 - UTENTI DISTRIBUITI PER SOSTANZA D'ABUSO  
PRIMARIA (1995\*)**



(\*)=Dati provvisori

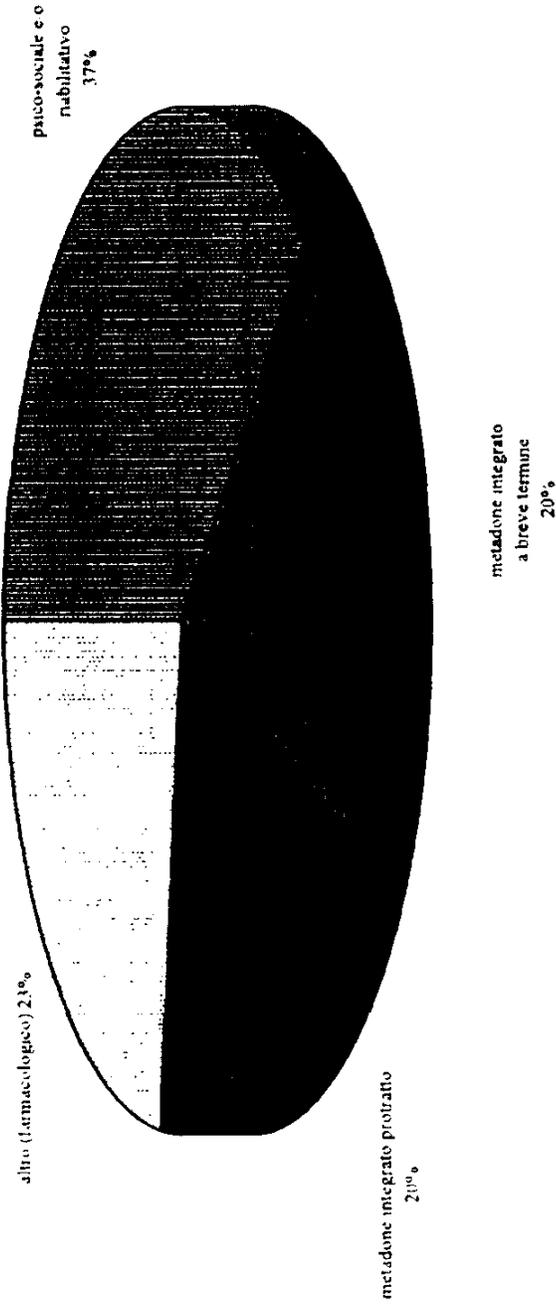
XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Graf.4 - UTENTI DISTRIBUITI PER SOSTANZA D'ABUSO



(\*)=Dati provvisori

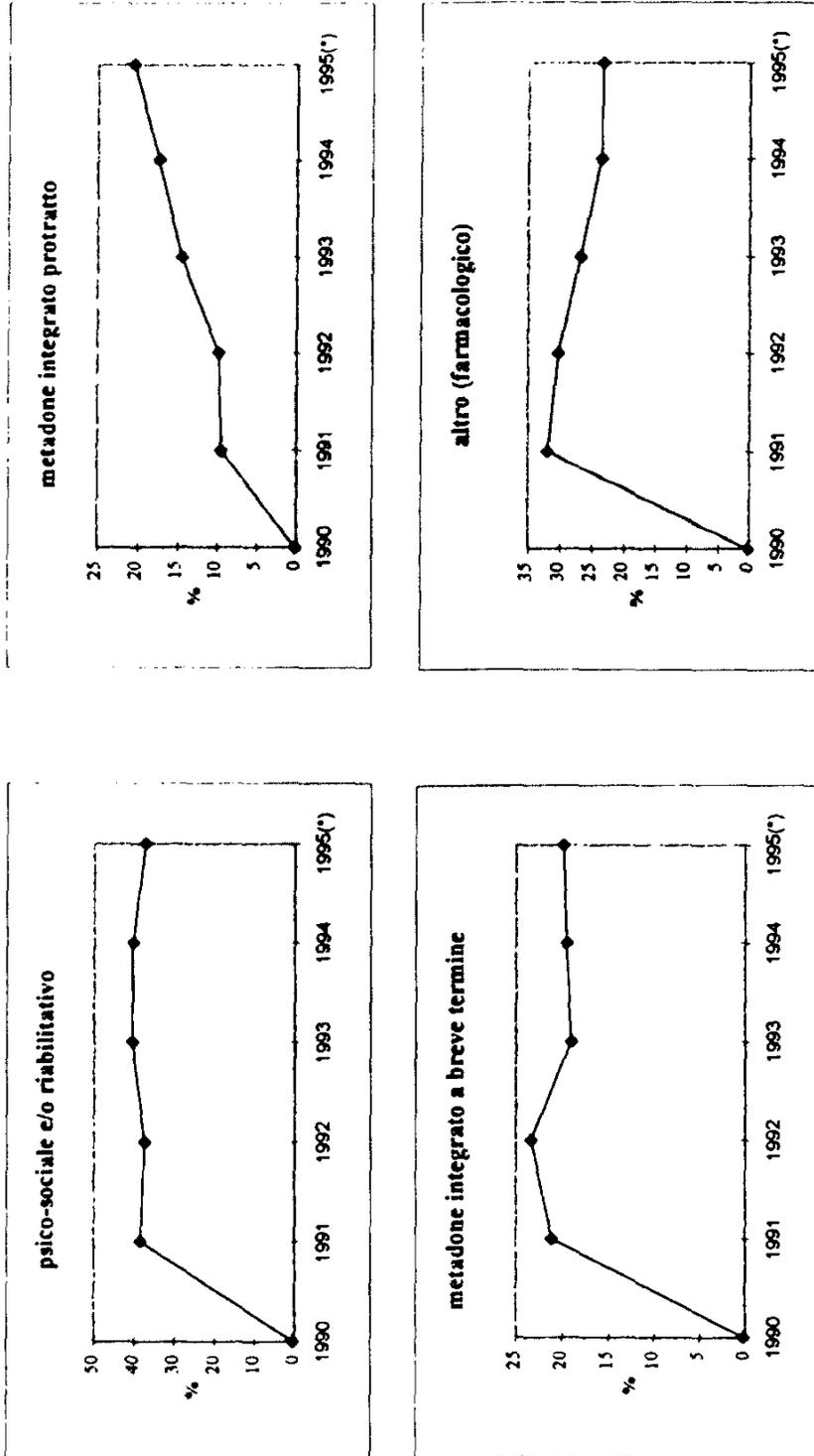
**Graf. 5 - UTENTI DISTRIBUITI PER TIPO DI TRATTAMENTO (1995)**



(\*)=Dati provvisori

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Graf. 6 - UTENTI PER TIPO DI TRATTAMENTO



(\*)=Dati provvisori

*Servizio per i rapporti internazionali*

*- D. A. C. C. -*



### *Servizio per i rapporti internazionali e le politiche comunitarie*

Nell'anno 1995 il Ministero della Sanità ha partecipato alle riunioni settimanali del Gruppo Sanità dell'U.E. a Bruxelles, finalizzate, tra l'altro, a concordare tra i rappresentanti dei 15 Stati membri il "Programma di azione comunitaria in materia di prevenzione della tossicodipendenza nel quadro di azione comunitaria nel campo della Sanità Pubblica".

Tale programma ha ricevuto un primo consenso di carattere generale dei 15 Ministri della Sanità dell'U.E. nella seduta del Consiglio dell'U.E. del 2 giugno 1995, ed è stato adottato con una "posizione comune" del Consiglio, da parte dei Ministri della Sanità, il 30 novembre 1995.

Detto programma potrà essere adottato definitivamente solo dopo la seconda lettura del Parlamento Europeo e l'accordo tra il Parlamento Europeo stesso ed il Consiglio, nel corso della Presidenza Italiana nel I semestre 1996.

### *D.A.C.C. Drug Abuse Comprehensive Centre - Centro collaboratore O.M.S. per la formazione, la documentazione e la ricerca sulle farmacodipendenze*

Il D.A.C.C., sorto nel 1992, è stato designato nel 1993 dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri come punto focale italiano sulla documentazione, dell'Osservatorio Europeo sulle droghe e designato, congiuntamente con l'Ufficio Studi, Bilancio e Programmazione del Ministero della Pubblica Istruzione, quale centro di supporto italiano per la rete europea (O.M.S. Europa, U.E., C.d'E.) delle scuole che promuovono la salute (*Health Promoting School H.P.S.*)

Operante nell'ambito del Servizio Rapporti Internazionali del Ministero della Sanità, si occupa in particolare a livello nazionale ed internazionale sia della raccolta e diffusione della documentazione dell'Unione Europea e di altri organismi internazionali, sia della formazione del personale operante nel settore, attraverso idonee strategie di formazione e la sperimentazione di specifici corsi-pilota, sulla base di preliminare lavoro di ricerca e documentazione

Tra le recenti iniziative attuate ed in corso figurano la ricognizione e descrizione dei centri italiani di documentazione che si occupano di tossicodipendenze, la elaborazione dei programmi per l'adesione dell'Italia al Progetto Europeo delle Scuole che promuovono la Salute (HPS), la sperimentazione di corsi-pilota per la prevenzione delle tossicodipendenze secondo le linee guida dell'Health Promoting School, nonché la traduzione in italiano dei relativi manuali, la elaborazione di curricula universitari post laurea nel settore delle tossicodipendenze, la valutazione dei trattamenti dei tossicodipendenti effettuati in regime di sospensione della sanzione amministrativa o della pena detentiva, la rielaborazione, l'aggiornamento e la diffusione, in ambito europeo, degli orientamenti di sanità pubblica per il trattamento degli eroinodipendenti, emanati dal Ministero della Sanità.

In tal modo, anche attraverso il collegamento con gli altri punti focali dell'Osservatorio Europeo presenti negli Stati membri dell'U.E., il D.A.C.C. vuole porsi come punto di riferimento nazionale ed internazionale, incoraggiando e facilitando lo scambio di informazioni tra gli Stati membri sia della C.E. che dell'O.M.S.

*Ministero dell'Università e ricerca scientifica e*

*tecnologica*

*- D. S. C. C. -*



Il Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica, nel corso del 1995, ha svolto una funzione di raccordo e coordinamento tra le Università e gli Enti scientifici e di ricerca che hanno elaborato iniziative ed interventi in materia di prevenzione e recupero delle tossicodipendenze che, ai sensi del D.P.R. 309/90, sono stati inoltrati alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli Affari Sociali, per la considerazione sul Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga

In questa ottica, sono da evidenziare

il progetto "Alter ego droghe e cervello" a cura dell'Università di Cassino, Centro della Diffusione della Cultura Scientifica,

il "Progetto prototipale per la realizzazione di programmi educativi multimediali di prevenzione dell'abuso di droga e delle devianze giovanili ad esso correlate" a cura del CNR

Questa Amministrazione ha inoltre curato la preparazione di alcune iniziative supportate operativamente da:

- ◊ - Università "La Sapienza" di Roma, Dipartimento di Medicina sperimentale e Patologia "Intervento integrato di accoglienza, trattamento, orientamento ed indirizzo per tossicodipendenti e soggetti a rischio"
- ◊ - Università "Tor Vergata" di Roma
  - "Sistema informativo di supporto alle decisioni per la valutazione dell'impatto sul territorio interessato all'erogazione di fondi previsti dal D.P.R. 309/90",
  - "Corso di formazione sulle tossicodipendenze per gli operatori di giustizia",
  - "Corso residenziale di formazione per il personale dei Centri trasfusionali il counselling prima e dopo il test",
  - "Corso di formazione per il personale medico delle carceri",
  - "Corso di prevenzione sulle tossicodipendenze per gli studenti universitari",
  - "Corso di formazione per il personale medico dei Ser T."



*Dipartimento per la Funzione Pubblica*



Il Dipartimento per la Funzione Pubblica, in attuazione dell'art.2, comma 7 e segg della Legge 24 dicembre 1993, n°537, già nel corso del 1994, aveva predisposto uno schema di regolamento di semplificazione concernente il procedimento per la concessione di contributi per la costruzione, l'ampliamento e il recupero di immobili destinati a sede di comunità terapeutiche, la cui attuale disciplina è contenuta nell'art 128 del D.P.R. 309/90, nonché in alcuni decreti del Ministero dei Lavori Pubblici.

Lo schema di regolamento, ricevuto il parere positivo del Ministero dei Lavori Pubblici nel mese di dicembre 1995, è stato regolarmente inviato, dopo la verifica da parte del Consiglio di Stato e i pareri positivi delle Amministrazioni competenti, all'Organo consultivo, per cui si prevede la sua imminente approvazione

Il provvedimento tende a ridurre i tempi lunghi derivanti dalla concentrazione presso l'Amministrazione centrale di tutti i procedimenti che riguardano la disponibilità e la utilizzabilità dei contributi in conto capitale destinati a sedi di comunità terapeutiche residenziali o diurne per tossicodipendenti, modificando la sequenza procedimentale delineata dalle norme in vigore che non rispondono, principalmente, al principio della distinzione tra indirizzo e controllo, e gestione, imponendo inoltre agli operatori che richiedono il contributo in esame, lunghi tempi di attesa e complesse procedure per la concessione e per l'effettivo utilizzo dei fondi, nonché per le modalità di realizzazione delle opere



*Le Regioni d'Italia*



## LE REGIONI D'ITALIA

In occasione della presentazione della Relazione sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia, sulle strategie adottate e sugli obiettivi raggiunti nel 1995, le Amministrazioni Regionali e le Province autonome di Trento e Bolzano hanno voluto dotarsi di una comune scheda di rilevazione al fine di consentire una più agevole comparazione delle diverse realtà locali. Tale lavoro è frutto dell'ormai consolidata collaborazione interregionale che ha portato, tra l'altro, alla stesura congiunta di importanti atti di indirizzo, con i vari Ministeri competenti, nella materia di cui trattasi.

Non s'è ritenuto, invece, opportuno elaborare un'unica relazione sulle varie situazioni territoriali per non appiattare la ricchezza di iniziative e proposte evidenziate da ciascuna Regione.

Qui di seguito, si riportano alcune considerazioni emerse durante i vari incontri del gruppo tecnico di coordinamento interregionale sulle tossicodipendenze.

### Ser.T.

I Ser.T. sono largamente presenti su tutto il territorio nazionale; non altrettanto si può dire sul completamento e mantenimento dei relativi organici, soprattutto per effetto delle disposizioni sul personale contenute nelle varie Leggi finanziarie e negli altri provvedimenti legislativi di riforma del S.S.N. che hanno determinato alcune situazioni di difficoltà.

Per quanto riguarda l'evoluzione delle caratteristiche organizzative e funzionali dei Servizi, va segnalata la necessità di adeguare la normativa di riferimento (D.M. 30 novembre 1990, n. 444) ai nuovi principi di riordino del S.S.N. (DD. lgs. n. 502/92 e 517/93) e ai provvedimenti legislativi regionali di attuazione.

In alcune Regioni sono stati costituiti i Dipartimenti per le dipendenze per migliorare il collegamento tra i Ser.T. e le altre strutture, pubbliche e private, che operano nel settore.

### Comunità Terapeutiche

L'intesa raggiunta sugli Albi Regionali degli Enti Ausiliari deve costituire il punto di partenza per continuare il dialogo tra i Ser.T. e le Comunità Terapeutiche e per aumentare le

rispettive capacità di intervento di fronte alla diffusione della tossicodipendenza e alla sua attuale evoluzione.

### **Strategie**

Molte Regioni stanno rivedendo le proprie politiche in materia per nuove strategie sempre più improntate verso forme di intervento flessibile, senza alcun preconetto sulle scelte terapeutiche praticate.

### **Formazione degli operatori**

Per consentire agli operatori di mantenere ed adeguare le proprie conoscenze professionali risultano fondamentali i finanziamenti a carico del "Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga", per progetti regionali di formazione ed aggiornamento: tali risorse non possono assolutamente venir meno, anzi dovranno consentire di incentivare forme di collaborazione interregionale per incrementare la circolazione dei "saperi" su tutto il territorio nazionale con il più ampio coinvolgimento del personale interessato.

### **Valutazione**

In molte realtà regionali sono state avviate iniziative per il monitoraggio delle attività dei Ser.T. e delle Comunità Terapeutiche. Le diverse cartelle cliniche informatizzate, a tale scopo predisposte, dovrebbero uniformarsi alle varie esigenze di rilevazione locale e nazionale per non appesantire il lavoro da parte degli operatori.

La valutazione dell'attività dei Servizi Pubblici e Privati ha ricevuto un notevole impulso attraverso le recenti disposizioni contenute nel D.L. n. 487/95 (ultimo, al momento della stesura della presente, di una serie di provvedimenti sempre reiterati), sui progetti finanziabili col "Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga". La possibilità di predisporre iniziative per la realizzazione di sistemi di verifica e di valutazione dell'efficacia degli interventi sul territorio ha permesso di avviare interessanti riflessioni sugli esiti dei trattamenti terapeutici dei Ser.T. e delle Comunità.

Le informazioni così ottenute dovrebbero consentire di riportare il dibattito entro i confini del confronto scientifico e soprattutto di tentare di giungere alla definizione comune del concetto di "risultato" per indirizzare, verso tale fine, le risorse complessive non più illimitate.

### **Conclusioni**

La situazione e l'evolversi del problema droga non coglie più di sorpresa il sistema, pubblico e privato, dei Servizi, tuttavia l'attuale condizione delle risorse complessive del Paese non consente più interventi settoriali o scollegati ma impone la più ampia partecipazione nella gestione del territorio, anche per non disperdere il patrimonio di esperienze e di proposte finora accumulato.

In questo senso le Regioni offrono la propria disponibilità assicurando momenti di confronto e collaborazione nazionali e locali.

**Regione Autonoma VALLE D'AOSTA****Quadro Normativo Regionale**

A) *Legge Regionale istituzione Ser.T.:* D.G.R. n. 7838 del 18 settembre 1987 "Direttive ed indirizzi per la costituzione e l'immediato avvio di una unità organizzativa o struttura per l'assistenza ai tossicodipendenti"; art. 4 L.R. 17 giugno 1988, n. 56 che istituisce l'Unità Operativa per l'Assistenza ai tossicodipendenti nello ambito dei Servizi dell'Unità Sanitaria Locale.

B) *Piano Sanitario Regionale (con riferimenti precisi in materia. Precisare se è già stato adottato o in corso di adozione dopo i DD lgs.vi 502/92 e 517/93):* in corso di adozione.

C) *Progetto obiettivo specifico per il settore (indicare, ove esistente, per punti, gli obiettivi ed altri aspetti significativi, eventuali risorse finalizzate):* Il Progetto obiettivo sulle tossicodipendenze si propone gli obiettivi generali della promozione della prevenzione, della cura e della riabilitazione degli stati di tossicodipendenza e, in modo più specifico, persegue la conoscenza delle problematiche delle dipendenze (dalle droghe illecite a quelle lecite) e la valutazione degli interventi, il supporto ai malati di infezione da HIV e ai casi di AIDS conclamato, il mantenimento dell'equilibrio psico-fisico dei soggetti, la limitazione della marginalità sociale degli stessi garantendo anche interventi alternativi alla detenzione.

Su queste basi sono state individuate alcune azioni, da specificare da parte dell'U.S.L. mediante piani operativi e da attuare sviluppando la integrazione con gli Enti Locali, la Regione ed il Volontariato, finalizzate al raggiungimento dei seguenti risultati:

- educazione della popolazione;
- realizzazione del sistema informativo del settore;
- formazione ed aggiornamento degli operatori.

L'esigenza da cui ci si muove consiste nell'elaborazione e sviluppo di una strategia che consenta di ottenere risultati significativi sui due versanti dell'intervento: quello della prevenzione e quello del bisogno emergente di assistenza, cura e riabilitazione.

Tale strategia non può che fondersi sul presupposto che, in quest'area del bisogno, il conseguimento del "benessere generale" dell'individuo non può essere risolto con il solo approccio sanitario ma richiede una rete di interventi socio-sanitari ottenibile solo mediante lo sviluppo di una integrazione funzionale tra i diversi Servizi ed apparati istituzionali e tutte le risorse della comunità, dal volontariato strutturato all'impresa sociale.

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- D) *Legge per Albo Enti Ausiliari*: D.G.R. n. 3433 del 29 aprile 1994 "Istituzione dell'Albo Regionale degli Enti Ausiliari che gestiscono, senza fini di lucro, strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti", ai sensi del D.P.R. 309/1990, art. 116.
- E) *Legge per Coop. Sociali*:  
L.R. 26 aprile 1993, n. 20 Norme di attuazione della Legge 8.11.1991, n. 381, recante "Disciplina delle Cooperative Sociali" e modificazioni della L.R. 1.6.1984, n. 16, concernente: "Disciplina dell'esercizio delle funzioni amministrative in materia di vigilanza e tutela sulle società cooperative e loro consorzi".  
Disegno di Legge n. 16 "Norme di attuazione della Legge 31.1.1992, n. 59 (Nuove norme in materia di società cooperative)".  
L.R. 4.5.1994, n. 15 "Norme di attuazione della Legge 31.1.1992, n. 59 (Nuove norme in materia di società cooperative)".
- F) *Legge per Volontariato*: L.R. n. 83 del 6.12.1993 "Disciplina del volontariato".

**Modello organizzativo**

- G) *Modello delmeato dalle Leggi Regionali nel settore (descrivere è inserito il Ser.T. ad es. se servizio autonomo o all'interno di altre strutture o servizi dipartimento dipendenze, attività sanitarie di comunità con articolazioni zonali, distrettuali di circa ..... mila abitanti, ecc. )*:  
Ser.T. previsti: n. 1; e funzionanti: n. 1  
Personale previsto: 25; effettivamente impegnato: 14.  
Strutture semiresidenziali pubbliche (attività diurna strutturata - centro diurno, day hospital, centro accoglienza a bassa soglia, centro crisi, ecc. ) n. .... utenti n. .... personale impegnato n. ....  
Strutture residenziali pubbliche n. .... utenti n. .... personale n. ....  
Strutture residenziali private (Comunità terapeutiche): n. 1; utenti n. 20; personale n. 28.  
Altro (definire): .....
- Spesa per rette: spesa complessiva per l'anno 1995 lire 298.225.200

*Problematiche rilevate (con particolare riferimento al riordino del S.S.N.):.....*

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

H) *Atto di intesa con il Ministero di Grazia e Giustizia - Intervento nelle carceri (indicare se è stato recepito):* Non è stato recepito

Convenzioni esistenti: Convenzione tra l'U.S.L. e il Ministero di Grazia e Giustizia per l'assistenza sanitaria e socio-riabilitativa ai detenuti tossicodipendenti ristretti nella casa circondariale di Brissogne

(strutture a custodia attenuata attivate): .....

Detenuti tossiciti negli Istituti Penitenziari della regione: n. 92 (presi in carico dal Ser.T. n.77)

Problemi rilevati nel modello organizzativo di intervento negli Istituti Penitenziari (*personale tipo di collaborazione*): I problemi rilevati sono da imputarsi soprattutto alla carenza di organico del Ser.T. che ha reso difficile la piena attuazione della convenzione in atto tra l'U.S.L. e il Ministero di Grazia e Giustizia.

I) *Strategie adottate (indicare se ci sono indicazioni strategiche definite, tipo riduzione del danno, interventi a bassa soglia, ecc...):*

adozione di progetti di prevenzione mirati (scambio siringhe, ecc..., uso preservativi, progetti per i detenuti, progetto per l'ospedale e altri Servizi);

appoggio ai HIV + ricoverati in ospedale (Malattie infettive);

attivazione di strutture per lo screening in anonimato,

attivazione di gruppi di auto-aiuto,

attivazione di interventi di sostegno psico-sociali e visite domiciliari;

attivazione di un progetto di ricerca epidemiologica, statistica centralizzata del fenomeno

L) *Sistema Informativo*

per Ser.T.: non attivato

per Enti Ausiliari: non attivato

*(indicare per entrambi se esiste e come è organizzato: rilevazione dati utenza, monitoraggio attività cartelle, clinica regionale, osservatorio regionale)*

M) *Attuazione e risultati iniziative finanziate dal Fondo Nazionale*

Formazione ed aggiornamento (specificare chi ha usufruito dell'attività e corsi realizzati):

Gli operatori del settore pubblico e privato.

Attività per operatori del Servizio Pubblico: .....

Attività per operatori del privato sociale: .....

---

**XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI**

---

Attività integrata pubblico-privata sociale: realizzazione di corsi di formazione integrata per gli operatori delle strutture socio-sanitarie della Regione Autonoma Valle D'Aosta su AIDS e Tossicodipendenza

Altre iniziative ed attività:

- Progetti di prevenzione e reinserimento adottati dagli Enti Locali e dagli Enti Ausiliari, dalla coop. sociali e dal volontariato finanziati dal Fondo Nazionale (*indicare se sono conosciuti, rilevati, monitorati*): Progetto Polo del Comune di Aosta; costruzione di interventi per il reinserimento lavorativo di soggetti tossicodipendenti dell'U.S.L. Valle d'Aosta; centri di ascolto-accoglienza e progetto casa/alloggio della Associazione "La Svolta Le Virage".

N) *Collegamento ad iniziative internazionali (indicare quali):* .....

O) *Incidenza del volontariato nel settore:* 20%.

### **Problemi generali aperti**

Difficoltà di una reale integrazione tra Servizio Pubblico e Servizi del privato sociale e del volontariato.

Difficoltà di omogeneizzare gli interventi ed indirizzarli verso uno scopo comune (il recupero psico-fisico sociale dei portatori di problematiche droga-alcocolcorrelate).

Difficoltà di costruzione di una rete di opportunità e di risorse che, in loco, possano dare risposte più efficaci possibili.

### **Proposte migliorative**

.....

**Provincia Autonoma di TRENTO****Quadro Normativo Provinciale**

- A) *Legge Provinciale istitutiva del Ser.T.*: n.15 di data 19.5.92 articolo 10.
- B) *Piano Sanitario Provinciale*: No
- C) *Progetto obiettivo specifico per il settore*: No
- D) *Legge per Albo Enti Ausiliari*: è istituito l'Albo Provinciale con deliberazione della Giunta Provinciale del settembre 1990. La Provincia con propria deliberazione ha adottato in data 15.12.95 lo schema tipo di convenzione ministeriale per l'attuazione dell'atto di intesa Stato-Regioni.

**Modello organizzativo**

- G) *L'entrata in vigore della L.P. n. 10 dd. 1.4.1993* ha determinato che il Ser.T., prima direttamente gestito dalla Provincia Autonoma di Trento, passasse all'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari. La stessa Azienda è stata avviata l'1.4.1995. Il Servizio Tossicodipendenze è inserito nella Direzione Cura e Riabilitazione dell'Azienda come Unità Operativa.
- E' stato previsto un solo Ser.T. ed è funzionante con sedi decentrate sul territorio provinciale.
- Personale previsto: 35; personale operante: 20 - 2 medici a consulenza.
- Strutture semiresidenziali pubbliche: non esistono
- Strutture residenziali pubbliche: non esistono
- Strutture residenziali private (Comunità terapeutiche): n.10; utenti n.380; personale n. 46.
- Spesa per retta: minima L. 38.000; massima L. 65.000.
- H) *Atto di intesa con il Ministero di Grazia e Giustizia - Intervento nelle carceri*: non è stato attuato.
- L'intervento nelle carceri viene svolto nella Casa Circondariale di Trento e Rovereto secondo una vecchia convenzione del 1986.
- Detenuti tossicodipendenti negli Istituti Penitenziari della provincia: n. 80.

I) *Strategie adottate*: da sempre si è adottato il criterio del prendersi cura dei tossicodipendenti senza peraltro dimenticare l'obiettivo della loro possibile guarigione. Secondo questa filosofia politica in questo ventennio si sono adottate tutte le modalità praticabili personalizzando ogni intervento. Ciò sia sul piano medico farmacologico sia sul piano psicologico e sociale.

L) *Sistema Informativo*: Il Ser.T. è dotato di un Personal Computer M250 con programmi DBIII Plus, EPI Info S.1 che viene utilizzato per:

- rilevazione annuale dei dati anagrafici, socio demografici e sanitari della nuova utenza e di quella già in carico;
- monitoraggio attività dei Ser.T. (terapie farmacologiche, ricoveri, invii in Comunità terapeutiche, interventi nelle Case Circondariali, programmi terapeutici approntati su segnalazione art. 121 e 75 del Commissariato del Governo, screening HIV, decessi);
- archivio

Non esiste un collegamento in rete con gli altri Enti Ausiliari.

M) *Formazione ed aggiornamento*

Non sono state organizzate nel corso del 1995, anche per il faticoso avvicendamento nel passaggio dalla Provincia all'Azienda, attività specifiche di formazione e aggiornamento.

Singoli operatori del Servizio hanno partecipato in orario di lavoro a seminari e corsi formativi.

Per il privato sociale non sono stati istituiti corsi specifici da parte della Provincia.

Progetti di prevenzione e reinserimento: nella Provincia sono stati adottati o proseguiti come continuità degli anni precedenti progetti mirati alla prevenzione e reinserimento finanziati dal Fondo Nazionale da parte del Comune di Trento, Rovereto, Arco, Mori, Mezzolombardo e Mezzocorona. Per tali progetti c'è stato anche un costante collegamento con il Servizio Tossicodipendenze.

N) *Collegamento ad iniziative internazionali*: Nessuno

O) *Incidenza del volontariato nel settore*: l'incidenza nel settore delle tossicodipendenze del privato sociale è molto alta, del volontariato è piuttosto contenuta.

**Provincia Autonoma di BOLZANO****Quadro Normativo Regionale**

- A) *Legge Regionale istituzione Ser.T.:* L.P. 7.12.78 n. 69 "serv. di prev., cura e riabilit. delle forme di devianza sociale, tossicodipendenza ed alcolismo;
- B) *Piano Sanitario Regionale (con riferimenti precisi in materia. Precisare se è già stato adottato o in corso di adozione dopo i DD Lgs. n. 502/92 e 517/93):* L.P. 18.8.88 n. 33 - piano sanitario prov.le 1988-91 - prorogato e tutt'ora in vigore
- C) *Progetto Obiettivo specifico per il settore (indicare, ove esistente, per punti, gli obiettivi ed altri aspetti significativi, eventuali risorse finalizzate):* settore tossicodip. ed alcolidip.: programma n. 12 del piano sanitario prov.le 1988-91 "prevenire le tossicomanie, assistere e reinserire i tossicodipendenti - interventi operativi"
- D) *Legge per Albo Enti Ausiliari:* applicato il DPR 309/90 con delibera della Giunta Prov.le n. 6202 del 5.10.90 e decreto assessore sanità n.498 del 26.8.93
- E) *Legge per Coop. Sociali:* L.P. 8.1.93 n. 1
- F) *Legge per Volontariato:* L.P. 30.4.91 n. 13

**Modello organizzativo**

- G) *Modello delineato dalle Leggi Regionali nel settore (descrivere e inserire il Ser.T. ad es. se è servizio autonomo o all'interno di altre strutture o servizi - dipartimento dipendenze - attività sanitarie di comunità - con articolazioni zonali, distrettuali di circa ..... mila abitanti ecc. -):* SERVIZIO specialistico nell'ambito dei Servizi zonali di ciascuna U.S.L.  
Ser.T. previsti: n. 4; e funzionanti: n. 4  
Personale previsto: n. 84; e effettivamente impegnato: n. 47  
Strutture semiresidenziali pubbliche (attività diurna strutturata - centro diurno day hospital - centro di accoglienza a bassa soglia, centro crisi, ecc. ): n. .... ; utenti n. .... , personale impegnato n. ....  
Strutture residenziali pubbliche: n. .... ; utenti n. .... ; personale n. ....

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- Strutture residenziali private (*Comunità terapeutiche*): n. 2 (di cui 1 per alcoldip.); utenti n. 35, personale n. 13.

Altro (*defunte*): .....

Spesa per rette: L. 750.000.000

Problematiche rilevate (*con particolare riferimento al riordino del S.S.N.*):

- progressiva diminuzione di utenti tossicodip. dovuta all'esistenza di un unico modello terapeutico (Progetto Uomo);  
difficoltà di reperimento di personale bilingue qualificato.

H) *Atto di intesa con il Ministero di Grazia e Giustizia - Intervento nelle carceri (indicare se è stato recepito):* Sì.

- Convenzioni esistenti: U.S.L. Centro-Sud - Casa Circondariale di Bolzano; (*strutture a custodia attenuata attivate: .....*).

- Detenuti tossicodip. negli Istituti Penitenziari della regione: n. 247

Problemi rilevati nel modello organizzativo di intervento negli Istituti Penitenziari (*personale, tipo di collaborazione*): .....

I) *Strategie adottate (indicare se ci sono indicazioni strategiche definite, tipo riduzione del danno, interventi a bassa soglia, ecc.):* i Ser.T. applicano la strategia della riduzione del danno; per gli interventi a bassa soglia e in fase di progettazione un centro di accoglienza per tossicodipendenti per i bisogni primari di sopravvivenza.

L) *Sistema Informativo:* in fase di attuazione. Attualmente rilevazioni statistiche manuali sia per la Provincia, sia per i Ser.T. e gli Enti Ausiliari

- per Ser.T.: .....

- per Enti Ausiliari: .....

(*indicare per entrambi se esiste e come è organizzato - rilevazione dati utenza - monitoraggio attività - cartella clinica regionale - osservatorio regionale*)

M) *Attuazione e risultati iniziative finanziate dal Fondo Nazionale*

- *Formazione ed aggiornamento (esplicitare chi ha usufruito dell'attività e corsi realizzati):*

Attività per operatori del Servizio Pubblico: .....

Attività per operatori del privato sociale: .....

Attività integrata pubblico-privata sociale: .....

Altre iniziative ed attività: .....

---

**XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI**

---

- Progetti di prevenzione e reinserimento adottati dagli Enti Locali e dagli Enti Ausiliari, dalle coop. sociali, dal volontariato finanziati con il Fondo Nazionale (*indicare se sono conosciuti, rilevati, monitorati*): .....
- N) *Collegamento ad iniziative internazionali (indicare quali)*: .....
- O) *Incidenza del volontariato nel settore*: Esigua

**Problemi generali aperti**

- Progetto di piano di interventi socio-sanitari per il settore tossicodipendenza in fase di elaborazione (idem per alcoldipendenze);
- Necessità di una seconda comunità terapeutica per tossicodip.ti. con progetto terapeutico alternativo al Progetto Uomo.

**Proposte migliorative**

Manca qualunque riferimento ai problemi e patologie alcolcorrelate e all'AIDS, valutare se è opportuno ed in quale modo inserirli.

**Regione FRIULI VENEZIA GIULIA****Quadro Normativo Regionale**

- A) *Legge Regionale istituzione Ser.T.:* D.G.R. n. 582 DD. 13.2.1992
- B) *Piano Sanitario Regionale (con riferimenti precisi in materia. Precisare se è già stato adottato o in corso di adozione dopo i DD. Lgs vi 502/92 e 517/93):* L.R. n. 28 DD. 18.7.1985
- C) *Progetto Obiettivo specifico per il settore (indicare, ove esistente, per punti, gli obiettivi ed altri aspetti significativi, eventuali risorse finalizzate):* Del. G.R. n. 1069 DD. 22.3.1991 "Progetto obiettivo" - Prevenzione delle tossicodipendenze e dell'alcolismo, cura e riabilitazione dei relativi stati di dipendenza"
- D) *Legge per Albo Enti Ausiliari:* La Regione FVG ha un Albo Provvisorio
- E) *Legge per Coop. Sociali:* L.R. 7.2.1992 n. 7
- F) *Legge per Volontariato:* L.R. 20.2.1995 n. 12

**Modello organizzativo**

- G) *Modello delineato dalle Leggi Regionali nel settore (descrivere e inserire il Ser.T. ad es. se è servizio autonomo o all'interno di altre strutture o servizi dipartimento dipendenze attività sanitarie di comunità con articolazioni zonali distrettuali di circa ..... mila abitanti ecc. ) È un servizio autonomo.*
- Ser.T. previsti: 6; e funzionanti: 6
  - Personale previsto: 129; e effettivamente impegnato: 116
  - Strutture semiresidenziali pubbliche (attività diurna strutturata, centro diurno day hospital, centro accoglienza a bassa soglia, centro crisi, ecc. ) n. .... ; utenti n. .... ; personale impegnato n. ....
  - Strutture residenziali pubbliche: n. .... ; utenti n. .... , personale n. ....
  - Strutture residenziali private (Comunità terapeutiche): n.7; utenti n. 104; personale n.37
- Alto (defunire)
- Spesa per rette: L. 2.289.050.000.

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- Problematiche rilevate (con particolare riferimento al riordino del S.S.N.): .....
- H) *Atto di Intesa con Ministero Grazia e Giustizia - Intervento nelle carceri (indicare se è stato recepito):* È stato recepito da 4 Aziende per i Servizi Sanitari su 6.
- Convenzioni esistenti: ..... (strutture a custodia attenuata attivate: .....)
- Detenuti tossiciti negli Istituti Penitenziari della regione: n. 275
- Problemi rilevati nel modello organizzativo di intervento negli Istituti Penitenziari (personale tipo di collaborazione): .....
- I) *Strategie Adottate (indicare se ci sono indicazioni strategiche definite, tipo riduzione del danno interventi, a bassa soglia, ecc.):* .....
- L) *Sistema Informativo:* È attivato (rilevazione dati dell'utenza)
- per Ser.T.: È attivato (rilevazione dati dell'utenza)
- per Enti Ausiliari: Non è attivato (rilevazione dati dell'utenza)
- (indicare per entrambi se esiste e come è organizzato: rilevazione dati utenza, monitoraggio attività, cartella clinica regionale, osservatorio regionale)
- M) *Attuazione e risultati iniziative finanziate dal Fondo Nazionale*
- Formazione ed aggiornamento (esplicitare chi ha usufruito dell'attività e corsi realizzati):
- Attività per operatori del Servizio Pubblico: .....
- Attività per operatori del privato sociale: .....
- Attività integrata pubblico-privata sociale: .....
- Altre iniziative ed attività: .....
- Progetti di prevenzione e reinserimento adottati dagli Enti Locali e dagli Enti Ausiliari, dalle coop. sociali, dal volontariato finanziati con il Fondo Nazionale (indicare se sono conosciuti, rilevati, monitorati): .....
- N) *Collegamento ad iniziative internazionali (indicare quali):* .....
- O) *Incidenza del volontariato nel settore:* .....
- Problemi generali aperti:** .....
- Proposte migliorative:** .....

**Regione PIEMONTE****Quadro Normativo Regionale**

- A) *Legge Regionale istituzione Ser.T.*: L.R. n. 62 del 23.12.1977
- B) *Piano Sanitario Regionale (con riferimenti precisi in materia. Precisare se è già stato adottato o in corso di adozione dopo i DD. Lgs. n. 502/92 e 517/93)*: L.R. 23.4.1990 n. 37 "Norme per la programmazione socio-sanitaria regionale e per il piano socio-sanitario regionale".
- C) *Progetto Obiettivo specifico per il settore (indicare, ove esistente, per punti, gli obiettivi ed altri aspetti significativi, eventuali risorse finalizzate)*: P.O. della suddetta L.R. "Prevenzione delle tossicodipendenze, riabilitazione e reinserimento dei tossicodipendenti".
- D) *Legge per Albo Enti Ausiliari*: Del. G.R. 18.10.1994 n. 906/13938; lett. circ. 26.5.1995 n. 2114/49
- E) *Legge per Coop. Sociali*: L.R. 9.6.1994 n. 18
- F) *Legge per Volontariato*: L.R. 29.8.1994 n. 38

**Modello organizzativo**

- G) *Modello delineato dalle Leggi Regionali nel settore (descrivere e inserire il Ser.T. ad es. se è servizio autonomo o all'interno di altre strutture o servizi: dipartimento dipendenze, attività sanitarie di comunità con articolazioni zonali, distrettuali di circa ..... mila abitanti, ecc. )*: Unità operativa autonoma in ogni azienda U.S.L., articolata in più sedi operative (attualmente n. 63)  
Delibera Giunta Regionale 18.9.1995 n. 69/1458  
Ser.T. previsti: n. 63; e funzionanti: n. 63.  
Personale previsto: n. 955; e effettivamente impegnato: n. 681.  
Strutture semiresidenziali pubbliche (attività diurna strutturata, centro diurno, day hospital, centro accoglienza a bassa soglia, centro crisi, ecc. ): n. 1; utenti n. 12; personale impegnato n. 11  
Strutture residenziali pubbliche: n. 3; utenti n. 21; personale n. 22

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- Strutture residenziali e semiresidenziali private (*Comunità terapeutiche*): n. 55 residenziali e n. 13 semiresidenziali; utenti: n. 1500; personale n. 621
  - Comunità per malati di AIDS: n. 5
  - Minialloggi per malati di AIDS: n. 2
  - Altro (*definire*): n. 2 residenze collettive per detenuti malati AIDS
  - Spesa per rette: .....
  - Problematiche rilevate (*con particolare riferimento al riordino del S.S.N.*): Ulteriore burocraticizzazione dei Ser.T. e, quindi, minore flessibilità nell'organizzazione delle attività, a seguito dell'accorpamento delle U.S.L.
- H) *Atto di intesa con il Ministero di Grazia e Giustizia - Intervento nelle carceri (indicare se è stato recepito):* Protocollo di intesa tra Ministero di Grazia e Giustizia e Regione Piemonte 4.12.1992 rep. n. 2324.
- Convenzioni esistenti: n. 7 esistenti su 14 Istituti di prevenzione e pena
  - Strutture a custodia attenuata attivate: n. 1
  - Detenuti tossiciti negli Istituti Penitenziari della regione: 1700 circa
  - Problemi rilevati nel modello organizzativo di intervento negli Istituti Penitenziari (*personale, tipo di collaborazione*): Difficoltà a sottoscrivere ed applicare convenzioni e protocolli operativi per carenza di organico nelle due Amministrazioni.
- I) *Strategie Adottate (indicare se ci sono indicazioni strategiche definite, tipo riduzione del danno interventi, a bassa soglia, ecc...):*
- Documento sulle strategie di riduzione del danno scaturito da 3 seminari;
  - Interventi a bassa soglia: n. 1 unità mobile in funzione a Torino e n. 1 in allestimento in provincia di Torino
  - n. 2 centri crisi in Torino
- L) *Sistema Informativo:*
- per Ser.T.: cartella clinica regionale computerizzata
  - per Enti Ausiliari: stessa cartella adattata
- (*indicare per entrambi se esiste e come è organizzato: rilevazione dati utenza, monitoraggio attività cartella clinica regionale, osservatorio regionale*)
- M) *Attuazione e risultati iniziative finanziate dal Fondo Nazionale*
- Formazione ed aggiornamento (*esplicitare chi ha usufruito dell'attività e corsi realizzati*):  
Attività per operatori del Servizio Pubblico: n. 23

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Attività per operatori del privato sociale: n. 3

Attività integrata pubblico-privata sociale: n. 13

Altre iniziative ed attività: già trasmesso rendiconto dettagliato con note 28.9.1995 n. 3844/49/54 e 5.1.1996 n. 110/49/54.

Progetti di prevenzione e reinserimento adottati dagli Enti Locali e dagli Enti Ausiliari, dalle coop. sociali, dal volontariato finanziati con il Fondo Nazionale: nonostante le richieste dell'amministrazione regionale, non tutti gli Enti hanno inviato copia dei progetti.

N) *Collegamento ad iniziative internazionali*: Progetto Horizon: formazione ed inserimento lavorativo di soggetti ex tossicodipendenti e/o sieropositivi (attraverso una rete di sostegno) finanziamento CEE.

O) *Incidenza del volontariato nel settore*:

Associazioni e gruppi (escluse le comunità): n. 11

Associazioni e famiglie: n. 10

Cooperative per il reinserimento: n. 5

### **Problemi generali aperti**

Strategie e programmi di intervento disomogenei sul territorio regionale, sia per ragioni storiche e ambientali sia per la diversa professionalità e disponibilità degli operatori.

Presenza di sedi e di attrezzature inadeguate al carico di lavoro e ai programmi di intervento.

Ritardo nella realizzazione del progetto del Ministero della Sanità per la dotazione di un computer a ogni Ser.T., che ha impedito l'adozione generalizzata della cartella informatizzata.

Mancata copertura degli organici dei Ser.T. - così come definiti dai provvedimenti regionali attuativi della Legge 135/90 e del D.M. 444/1990 - a seguito dei blocchi delle assunzioni imposti dalla normativa straordinaria vigente e conseguente impossibilità di garantire tutte le prestazioni necessarie, soprattutto ai detenuti tossicodipendenti e/o sieropositivi.

Scarsa adesione da parte delle Comunità per tossicodipendenti alle indicazioni dell'Atto di Intesa Stato-Regioni e al D.M. 19.2.1993.

Difficoltà nel coordinare in sede locale programmi di prevenzione tra Enti pubblici, privato sociale e volontariato, anche a seguito del mancato coinvolgimento delle Regioni fino al

1995, per il finanziamento di piani coordinati ed integrati dal Fondo Nazionale per la lotta alla droga.

### **Proposte migliorative**

- Proseguire e potenziare il coinvolgimento delle Regioni nella programmazione e nella stesura degli indirizzi nazionali nel settore.
- Definire indirizzi, anche a livello nazionale, per un reale coordinamento delle attività dei Servizi Pubblici, degli Enti Ausiliari, del privato sociale e del volontariato, al fine di assicurare in ogni zona programmi di intervento integrati e coordinati a livello sia preventivo che riabilitativo.
- Ridefinire i ruoli del Servizio Penitenziario e del Servizio Sanitario per l'assistenza ai detenuti tossicodipendenti e/o sieropositivi per HIV, in relazione sia all'evoluzione del fenomeno e dei riferimenti normativi, sia ai fondi disponibili in entrambe le Amministrazioni.
- Avviare la trattativa a livello nazionale (Ministeri/Regioni/Enti) per la disciplina delle attività svolte dal privato sociale non comprese nelle due tipologie di Comunità normate dall'Atto di Intesa Stato/Regioni del marzo 1993.

**Regione LOMBARDIA****Quadro Normativo Regionale**

- A) *Legge Regionale istituzione Ser.T.*: in attuazione della L. 26.6.1990 n. 162 L.R. 51/88 del 19.9.1988; D.C.R. V/152 del 20.3.1991.
- B) *Piano Sanitario Regionale*: non è stato adottato.
- C) *Progetto Obiettivo*: con D.G.R. 50562 del 23.1.1990 formulata proposta non adottata.
- D) *L.R. 51/88 del 19.9* "Organizzazione, programmazione e esercizio delle attività in materia di tossicodipendenza"; *D.G.R. 52617 del 13.3.1990* "Approvazione delle tipologie di intervento e degli standards e caratteri funzionali per le strutture che operano a favore di soggetti tossicodipendenti" (registrazione transitoria). Non avviato Albo Regionale.
- E) *L.R. 16 del 1.6.1993* "Attuazione dell'art. 9 Legge 8.11.1991 n.38 - Disciplina delle Cooperative sociali"
- F) *L.R. 22 del 24.7.1993* "Legge Regionale sul volontariato".

**Modello organizzativo**

I Ser.T. nella Regione Lombardia, prima della riforma sanitaria che ha aziendalizzato le U.U.S.S.LL. e ne ha ridotto il numero, erano 83 (uno per ogni U.S.L.) tutti funzionanti.

Con la riduzione del loro numero (in Regione Lombardia le U.U.S.S.LL. sono passate da 83 a 44), ed in attesa della Legge di riordino regionale che prevede l'introduzione del Dipartimento delle Dipendenze, ogni azienda U.S.L. si è organizzata in base a proprie linee interne. Attualmente quindi vi è un sistema organizzativo dei Ser.T. diversificato da U.S.L. ad U.S.L.

Alcune U.U.S.S.LL. hanno già fatto propria la proposta di costituzione del Dipartimento delle Dipendenze anche in assenza di normativa regionale, altre hanno introdotto unità operative trasversali con l'obiettivo di razionalizzare l'uso delle risorse. Sono stati attivati centri unici di distribuzione del metadone o centri crisi, altre ancora hanno lasciato tutto come prima. Con i vecchi ambiti territoriali sono rimasti i Ser.T. già esistenti in piena autonomia.

Per i Ser.T. della Lombardia, in base alle normative nazionali, è stato previsto un organico di 1447 unità. Nel 1994 risultavano in servizio 1211 operatori, mentre al 15.12.1995 risultavano in servizio 807 unità (i dati si riferiscono a 37 UU.SS.LL. su 44).

Attualmente sono attive 5 strutture semiresidenziali pubbliche con 40 trattati nel 1995 e 15 addetti impegnati.

Per quanto riguarda le strutture del privato sociale nel 1995 risultano essere iscritte all'Albo Provvisorio Regionale 202 strutture residenziali. In base ai dati degli anni passati, e non essendo ancora in possesso di quelli relativi all'anno 1995, si presume che la quota di utenti in trattamento presso tali strutture oscillerà attorno a 5000 unità.

La spesa per le rette nel 1994 è stata di circa 61 miliardi. Non si è in possesso del dato relativo al 1995.

L'andamento è in progressione decrescente.

#### *Atto di intesa con il Ministero di Grazia e Giustizia - Intervento nelle carceri*

- L'Atto di Intesa con il Ministero di Grazia e Giustizia è stato recepito dalla Regione Lombardia con D.G.R. 27.07.1994 n. V/55503.
- Attualmente (gennaio 1996) le convenzioni esistenti nel territorio lombardo sono complessivamente 62 di cui 15 stipulate con Istituti Penitenziari e 47 con il C.S.S.A. - Nessuna struttura di custodia autorizzata è stata attivata. Attualmente non è disponibile nessun dato a riguardo.
- Problemi che si possono verificare rispetto all'intervento negli Istituti Penitenziari: necessità di formazione degli operatori del Ser.T. data la peculiarità della realtà dell'istituzione carceraria; necessità di creare le condizioni per la massima circolarità di informazioni tra operatori al fine di evitare disorganiche sovrapposizioni di interventi da parte di operatori dell'équipe carceraria e di operatori del Ser.T.; per garantire continuità ed efficacia agli interventi sui soggetti tossicodipendenti detenuti si auspica la possibilità di prevedere allargamenti del personale in carica al Ser.T. attraverso il meccanismo di assunzioni di operatori con contratto a tempo determinato.

## Strategie adottate

### *Area Prevenzione*

#### *Strutture funzionali di coordinamento*

Come coordinamento delle risorse esistenti, di valorizzazione di istituzioni già operanti: D.G.R. n.57958 del 4.10.1994 "Definizione delle aree di intervento per la realizzazione di iniziative sperimentali in materia di tossicodipendenza" (ex art 16 L.R. 51/88)

#### *Interventi di riduzione danno*

a) interventi di strada

b) Unità Mobili

Progettazione, sviluppo, conduzione e valutazione di interventi di contrasto dell'insorgenza e della stabilizzazione di comportamenti devianti e della riduzione del rischio di patologie correlate: D.G.R. n. 57958 del 4.10.94 "Definizione delle aree di intervento per la realizzazione delle iniziative sperimentali in materia di tossicodipendenza" (ex art.16 L.R. 51/88), D.C.R. V/628 del 20.12.1992; D.G.R. 56261 del 3.8.1994 "Programmi di prevenzione dall'infezione da HIV nei tossicodipendenti e loro attuazione"

#### *Area del recupero*

- di mantenimento con metadone: D.G.R. n.5/65411 del 13.03.1995 "Linee guida e norme giuridiche per l'impiego di farmaci sostitutivi nel trattamento dei tossicodipendenti"
- Percorsi terapeutici a moduli diversificati

Risponde ad esigenze di tipo terapeutico-riabilitativo, a bisogno pedagogico-riabilitativo, nonché dare risposte assistenziali e di contenimento D.C.R. IV/1805 del 20.12.1989 "Definizione dei criteri per la concessione di contributi agli ERZ per i programmi di assistenza integrata finalizzata alla prevenzione e riabilitazione delle tossicodipendenze".

#### *Area socio-educativa*

Si tratta di interventi diversificati la cui combinazione porta al raggiungimento e/o mantenimento della situazione di drug-free, in particolare in situazioni di frequenti ricadute, di cronicità, di quadri patologici complessi, contribuendo alla modifica della percezione sociale del fenomeno stesso

- inserimento lavorativo negli interventi di riduzione danno
- gruppi di auto aiuto per utenti e familiari
- lavoro di rete e sviluppo di comunità

D.G.R. 57958 del 4.10.94 "Definizione delle aree di intervento per la realizzazione delle iniziative sperimentali in materia di tossicodipendenze (ai sensi dell'art.16 L.R. 51/88);

D.C.R. IV/1805 del 20.12.89 "Definizione dei criteri per la concessione di contributi agli ERZ per i programmi di assistenza integrata finalizzata alla prevenzione e alla riabilitazione delle tossicodipendenze (ex art. 15 L.R. 51/88)

#### *Sistema informativo*

Con il 1995 è stato adottato in Regione Lombardia un sistema di monitoraggio dei Servizi per le tossicodipendenze che permette di avere disponibili sia dati relativi ai pazienti trattati che di attività. Tale sistema si basa sull'introduzione di tre schede informatizzate, che vengono fornite dalla Regione e sostituiscono in parte la cartella clinica. Attualmente si sta sperimentando la parte del sistema relativa al monitoraggio clinico che permetterà di avere dati sintetici relativi alle diagnosi ed ai percorsi terapeutici, fondamentali per potere affrontare studi di comparazione tra trattamenti e quindi di efficacia. Il sistema di monitoraggio è in vigore solo per i Servizi Pubblici e verrà esteso anche ai Servizi del privato sociale.

Per la gestione del sistema di monitoraggio, è stato sviluppato un software di gestione che sarà distribuito a tutti i Servizi con il 1996. Tale prodotto, finalizzato alla gestione della prima parte del sistema, sarà integrato nel 1997 con la parte che permetterà di archiviare anche i dati relativi al monitoraggio clinico.

#### *Attuazione e risultati iniziative finanziate dal Fondo Nazionale*

##### *Formazione ed aggiornamento*

Corso di formazione integrata per operatori del sistema di intervento regionale pubblico e privato sociale nell'area tossicodipendenze.

Dal 1990	18 corsi	per 487 Partecipanti
Dal 1991 al 1994 (maggio)	32 corsi	per 898 Partecipanti

---

Totale	50	1385
--------	----	------

dal giugno '94 al novembre '95: 8 corsi per 202 partecipanti

##### *Aree contemplate*

Organizzazione Servizi

Integrazione pubblico e privato sociale

Lavoro in équipe

Nascita dei Ser.T. (nuovi operatori)

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Area sociale ed educativa (approccio educativo al paziente)

Lavoro di rete

Reinserimento (mondo del lavoro)

Sostegno progettazione (area sperimentale)

Area famiglia

Prevenzione (I e II livello)

Cura (interventi farmacologici e medicoclinici e pazienti Aids/Aspetti psicologici e psicoterapia)

*Indagine conoscitiva sui progetti dell'area prevenzione attivati sul territorio lombardo, in occasione della Settimana Europea della Prevenzione (15-22 ottobre 1994)*

*Incidenza del volontariato nel settore*

La Legge Regionale 51/88 "Organizzazione, programmazione e esercizio delle attività in materia di tossicodipendenze" prevede all'art. 15 la predisposizione di programmi annuali di assistenza integrata finalizzati alla prevenzione ed alla riabilitazione delle tossicodipendenze. La progettazione e la conduzione tecnica di tali programmi sono attuate a cura del Servizio per le Tossicodipendenze con il concorso e il coinvolgimento delle strutture di riabilitazione, residenziali e diurne (E.A.) nonché le strutture, i Servizi e le realtà di aggregazione, socializzazione ed integrazione ai fini preventivi.

Anno 1992-1993

Provvedimento	Finanziamenti	N° Progetti
26502/92	8.149.750.000	127
30909/92	5.519.200.000	101

Suddivisione per tipologia

Anno	A	B	C	D	E	Totale
1992	20	22	20	9	56	127
1993	7	16	27	1	50	101

Legenda

A = programmi riguardanti strutture residenziali e/o semi-residenziali (CD/CT)

B = iniziative finalizzate ad esperienze lavorative propedeutiche ad un inserimento stabile

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

C = programmi di sostegno psico-sociale al nucleo familiare

D = programmi di assistenza a detenuti tossicodipendenti

E = iniziative di prevenzione, formazione e informazione

Anno 1994 (attuazione 1995)

Provvedimento	Finanziamento	N° Progetti
62135/94 del 30.12.1994	6.168.970.000	93 per 43 UU.SS.LL.

Suddivisione per tipologia

A	B	C	D	E	Totale
16	15	16	16	30	93

La possibilità di porre carico del Fondo Sanitario Nazionale gli oneri per prestazioni a rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali ha consentito di estendere la possibilità di erogare i contributi nelle modalità sopra richiamate.

Ad una generale stabilizzazione dell'entità del contributo erogato (negli anni presi in osservazione) è corrisposta una forte accentuazione da parte dei Servizi di interventi nell'area della prevenzione secondaria e terziaria.

Altresì, la necessità di adozione di tecniche e strumenti di verifica e valutazione mirati risulta aver avuto particolarmente attenzione (numerosità dei progetti accolti, la quantità dell'investimento finanziario).

Con l'avvio delle aziende UU.SS.LL., avvenuto l'1.1.1995, l'assegnazione di quota capitaria del Fondo Sanitario parte corrente comprende ora la quota riferentesi anche a questi progetti.

**Regione del VENETO****Quadro Normativo Regionale**

- A) *Legge Regionale istituzione Ser.T.:* D.G.R. n.5346 del 26.9.1991 e successive;
- B) *Piano Sanitario Regionale (con riferimenti precisi in materia. Precisare se è già stato adottato o in corso di adozione dopo i DD. lgs.vi 502/92 e 517/93):* D.G.R. n. 4802 del 20.9.1995 "Adozione della proposta di Piano Socio-Sanitario regionale per il triennio 1995/1997" recentemente approvata dal Consiglio Regionale.
- C) *Progetto obiettivo specifico per il settore (indicare, ove esistente per punti, gli obiettivi ed altri aspetti significativi, eventuali risorse finalizzate):*
- Progetto "Alcoologia Veneto", attuativo del D.M. Sanità 3.8.1993, triennale, L. 480.000.000 per esercizio;
  - Progetto "Sulla relazione madre tossicodipendente e i propri figli", annuale, L. 410.000.000.
  - Progetto "La valutazione di risultato dei Ser.T. e le C.T.", biennale L. 192.780.000 per il primo anno e L. 194.208.000 per il secondo;
  - Progetto di prevenzione "Operatori di strada" pluriennale, conclusione,
  - Progetto "Sostanze psicoattive e sicurezza del lavoro", biennale, prima tranche L. 192.780.000,
  - Progetto "Abuso e iperprescrizione di farmaci psicoattivi", biennale, prima tranche L. 34.510.000
- D) *Legge per Albo Enti Ausiliari:* D.G.R. n. 4637 del 7.8.1992
- E) *Legge per Coop. Sociali:* L.R.n. 24/92 "Norme in materia di cooperazione sociale"
- F) *Legge per Volontariato:* L.R. n.40/1993 "Norme per il riconoscimento e la promozione delle organizzazioni di volontariato".

**Modello organizzativo**

- G) *Modello delineato dalle Leggi Regionali nel settore (descrivere è inserito il Ser.T., ad es. se è servizio autonomo o all'interno di altre strutture o servizi: dipartimento dipendenze, attività sanitarie di comunità, con articolazioni zonali, distrettuali di circa ..... mila abitanti, ecc...):* Prima della riforma del S.S.R. attuata con LL.RR. n. 55 e n. 56 del 1994 c'erano 36 Ser.T., uno per ciascuna U.L.S.S., attualmente le Aziende U.L.S.S. sono 22 e i Ser.T. sono in fase di riorganizzazione: è prevista una struttura dipartimentale con Servizi distrettuali.
- Ser.T. previsti: n. 36; e funzionanti: n. 36.
  - Personale previsto: 626; effettivamente impegnato: 565 (90%).
  - Strutture semiresidenziali pubbliche (*attività diurna strutturata: centro diurno, day hospital, centro accoglienza a bassa soglia, centro crisi, ecc.*) n.....; utenti n.....; personale impegnato n. ....: Utenti complessivamente in carico ai Ser.T. n. 9788.
  - Strutture residenziali pubbliche n. 7; utenti n.....; personale n.....; giornate di degenza residenziale n. 19.277 - Operatori n. 31.
  - Strutture residenziali private (*Comunità terapeutiche*): n.28 (15/A, 12/B, 1/C); utenti n.1.235 personale n. 180 dipendenti.
  - Altro (*definire*):
  - Spesa per rette: L. 25.398.830.520
- *Problematiche rilevate (con particolare riferimento al riordino del SSN):* Rideterminazione delle caratteristiche organizzative e funzionali dei Ser.T. nelle nuove Aziende/U.L.S.S. costituite con le LL.RR. n. 55 e n. 56 del 1994.
- H) *Atto di intesa con il Ministero di Grazia e Giustizia - Intervento nelle carceri (indicare se è stato recepito):* dalla fine degli anni ottanta è operante nel Veneto il protocollo d'intesa sottoscritto in data 29 luglio 1988.
- Convenzioni esistenti: tutti gli II.PP. e le UU.LL.SS.SS. interessate hanno sottoscritto le convenzioni per regolare i rapporti ex art. 96, 3° co., D.P.R. n. 309/90.
  - Strutture a custodia attenuata attivate: una presso l'ex Casa Lavoro di Venezia ed altre due in fase di realizzazione, rispettivamente presso gli II.PP. di Venezia, per detenute tossicodipendenti, e Padova.
  - Detenuti tossic.ti negli Istituti Penitenziari della Regione: 706 su 2055 (35%).
  - Problemi rilevati nel modello organizzativo di intervento negli Istituti Penitenziari (*personale, tipo di collaborazione*): Sviluppare l'integrazione tra il personale delle varie

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Amministrazioni che operano negli II.PP., mediante l'acquisizione di conoscenze e strumenti e la individuazione di metodi che consentano di perseguire l'obiettivo comune.

I) *Strategie adottate (indicare se ci sono indicazioni strategiche definite, tipo riduzione del danno interventi, a bassa soglia, ecc.):* Differenziate in ordine alle diverse realtà locali: diffusione della tossicodipendenza; fenomeni emergenti; risorse disponibili; collaborazione con altri soggetti, pubblici e privati, che operano nel settore.

L) *Sistema Informativo:*

- per Ser.T: Cartella socio-sanitaria informatizzata per il monitoraggio delle relative attività.

- per Enti Ausiliari: Cartella informatizzata per il monitoraggio delle relative attività.

*(indicare per entrambi se esiste e come è organizzato - rilevazione dati utenza, monitoraggio attività, cartella clinica regionale, osservatorio regionale)*

M) *Attuazione e risultati iniziative finanziate dal Fondo Nazionale*

- Formazione ed aggiornamento *(esplicitare chi ha usufruito dell'attività e corsi realizzati):*

Attività per operatori del Servizio Pubblico

Attività per operatori del privato sociale

Attività integrata pubblico-privata sociale

Nel corso del 1995 sono stati attuati i seguenti corsi per la formazione integrata degli operatori, finanziati, ai sensi dell'art. 127 del T.U. n. 309/90, col "Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga" (Esercizio finanziario 1992)

Corso sulla terapia familiare sistemica, L. 30.000.000;

Corso per educatori professionali animatori L. 25.000.000;

- Corso sulla assistenza carceraria, L. 25.000.000;

- Corso sulle tecniche e strumenti di gestione dei Servizi, L. 90.000.000 (in itinere);

- Corso sul check-up organizzativo dei Ser.T., L. 145.000.000 (in itinere);

- Corso per infermieri dei Ser.T., L. 15.000.000 (in itinere).

- Altre iniziative ed attività: provvedimento regionale di attuazione dell'art. 4 del D.L. 18.11.1995, n. 487.

- Progetti di prevenzione e reinserimento adottati dagli Enti Locali e dagli Enti Ausiliari, dalla coop. sociali e dal volontariato finanziati con Fondo Nazionale *(indicare se sono conosciuti, rilevati, monitorati):* Sono state attuate azioni di coordinamento regionale.

- N) *Collegamento ad iniziative internazionali (indicare quali):* Inserimento di BASIS (Centro Studi e Documentazione sulla Dipendenza da Sostanze Psicotrope della Regione del Veneto nella Rete Informatizzata Europea (REITOX) istituita dall'Osservatorio Europeo sulla Droga (OED).
- O) *Incidenza del volontariato nel settore:* Trattasi di risorsa insostituibile ed oramai integrata nella rete dei Servizi Pubblici e Privati che costituiscono il modello di intervento Veneto per la lotta alla droga.

### **Problemi generali aperti**

Ridefinizione del quadro normativo di riferimento (T.U. n. 309/90) in relazione alla riforma del S.S.R. Rideterminazione delle caratteristiche organizzative e funzionali dei Ser.T. alla luce delle nuove politiche regionali in materia.

### **Proposte migliorative**

Razionalizzazione degli interventi attuati da tutti i soggetti pubblici e privati che operano, a vario titolo, nel settore mediante la definizione dei rispettivi ambiti operativi e degli strumenti di coordinamento, entro logiche di flessibilità in grado di cogliere le trasformazioni in atto

**Regione LIGURIA****Quadro Normativo Regionale**

- A) *Legge Regionale istituzione Ser.T.*: 22.1.1992 n. 5.
- B) *Piano Sanitario Regionale*: in corso di predisposizione.
- C) *Progetto Obiettivo specifico per il settore*: pur non esistendo un progetto obiettivo specifico per il settore, si evidenzia che in data 7.2.1995 è stato adottato il Piano Triennale regionale per le tossicodipendenze per gli anni 1995-1997, il quale si propone i seguenti obiettivi.
- piena attuazione Ser.T. (istituzione del Servizio Alcolologico territoriale, potenziamento funzioni sociali del Ser.T., formazione del personale, inserimento lavorativo dei tossicodipendenti)
  - prosecuzione e sviluppo della cooperazione con gli Enti Ausiliari per le tossicodipendenze iscritti agli Albi regionali
  - elaborazione di un sistema di raccolta ed elaborazione dati che consenta di costituire la base di una attività di prevenzione, scientificamente fondata
  - avvio e prosecuzione nell'arco degli anni di una attività di riduzione del rischio e minimizzazione del danno tra tossicodipendenti e di prevenzione dell'infezione da HIV
  - costituzione e mantenimento di strutture proprie del Ser.T. per l'avvio del trattamento: la prima accoglienza e il trattamento di tossicodipendenti
  - creazione di strutture di ricovero per disintossicazione di soggetti per i quali non sia appropriato il ricovero in ospedale civile. Istituzione di un centro per la disintossicazione e di un centro per il trattamento di soggetti con "Doppia diagnosi" presso ogni U.S.L.
- D) *Legge per Albo Enti Ausiliari*. Deliberazione G.R. n. 5426 del 12.11.1993, di recepimento dell'atto di intesa tra Stato e Regioni, contenente criteri e modalità uniformi per l'iscrizione degli Enti Ausiliari per le tossicodipendenze nell'Albo di cui all'art.116 D.P.R. n.309/90
- E) *Legge per Coop. Sociali*: L.R. 1.6.1993 n. 23
- F) *Legge per Volontariato*: L.R. 28.5.1992 n. 15

**Modello organizzativo**

G) Il Ser.T. è una struttura organizzativa a carattere interdisciplinare, istituita presso ogni U.S.L. Ai sensi della L.R. 8.8.1994 n. 42, il Ser.T. è una unità operativa dell'area dipartimentale "attività di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e di riabilitazione". Si articola, per ogni U.S.L., in una sede centrale con funzioni di direzione amministrativa e in una o più unità operative territoriali, a seconda del bacino di utenza della U.S.L. cui afferisce.

- Ser.T. previsti: n. 5; e funzionanti: n. 5
- Personale previsto: 346 unità (L.R. n.5/95)
- Strutture semiresidenziali pubbliche: .....
- Strutture residenziali pubbliche: .....
- Strutture residenziali private (*Comunità terapeutiche*): n.12
- Spesa complessiva per rette (comprensiva dell'assistenza semiresidenziale): Lire 12.625.950.000.
- Problematiche rilevate (*con particolare riferimento al riordino del S.S.N*): .....

H) È stato recepito l'Atto di Intesa con il Ministero di Grazia e Giustizia per l'intervento nelle carceri. Tuttavia sussistono attualmente problemi nel modello organizzativo di intervento negli Istituti Penitenziari a causa della carenza di personale dei Ser.T. Tuttavia è sempre garantito l'intervento del personale dei Ser.T. ai tossicodipendenti ristretti.

I) *Strategie Adottate*: Interventi di riduzione del danno.

I.) *Sistema Informativo*:

- per Ser.T.: rilevazione dati utenza - Osservatorio epidemiologico regionale
- per Enti Ausiliari: .....

M) *Attuazione e risultati iniziative finanziate dal Fondo Nazionale*

Si indicano i progetti già attuati o di cui è prevista l'attuazione, a valere sul Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga:

- L. 201.000.000 = somma assegnata, nel 1991, per la realizzazione di un progetto regionale di formazione integrata degli operatori dei Servizi Pubblici e privati convenzionati, liquidata da questa Amministrazione come segue:

---

**XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI**

---

- L. 65.000.000 = all'IST (Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro) per la realizzazione del corso di formazione per operatori pubblici e privati delle tossicodipendenze "Le reazioni psicologiche all'AIDS nei pazienti e nei curanti", già effettuato.
- L. 70.000.000 = alla ex U.S.L. XV Ge-Val Bisagno-Val Trebbia per l'attuazione del corso per i referenti dei gruppi di lavoro per le tossicodipendenze organizzato dal Labos, già effettuato.
- L. 66.000.000 = alla ex U.S.L. XV Ge-Val Bisagno-Val Trebbia per l'attuazione del progetto relativo all'assegnazione di n. 12 borse di studio di perfezionamento professionale nel campo delle tossicomanie giovanili e dell'alcolismo. La Commissione incaricata dell'esame e valutazione delle domande pervenute si è riunita in data 8.11.95 - e la relativa graduatoria è stata approvata con deliberazione G.R. in data 20.12.1995.
- L. 300.000.000 = somma assegnata nel 1992, per la realizzazione del "Programma regionale di formazione ed aggiornamento di operatori pubblici e del volontariato per le tossicodipendenze" predisposto dall'E.N.A.I.P. (Ente Nazionale A.C.L.I. - Istruzione Professionale) e liquidata da questa Amministrazione alla ex U.S.L. XV GE-Val Bisagno-Val Trebbia; il corso è biennale ed è attualmente in esecuzione (nel mese di settembre '95 sono iniziati gli incontri zionali per la formazione decentrata degli operatori).
- L. 200.000.000 = somma assegnata nel 1994, per la realizzazione dell'iniziativa "Il gruppo come strumento di lavoro nella produzione di Servizi per le tossicodipendenze" organizzata dallo Studio di analisi psicosociologica di Milano - non ancora erogata
- L. 20.000.000 = somma assegnata nel 1994, per la realizzazione dell'iniziativa "Il ruolo terapeutico" organizzata dalla Scuola di formazione psicoterapeutica di Milano - non ancora erogata.
  
- Progetti di prevenzione e reinserimento adottati dagli Enti Locali e dagli Enti Ausiliari, dalle coop. sociali e dal volontariato finanziati con il Fondo Nazionale: non sono conosciuti.

N) *Incidenza del volontariato nel settore: rilevante.*

## **Regione EMILIA-ROMAGNA**

### **Quadro Normativo Regionale**

*Legge Regionale istituzione Ser.T.:* Deliberazione n.3228 del 30.7.91 "Direttiva alle U.S.L. per l'adeguamento del settore tossicodipendenze"

*Piano Sanitario Regionale:* Deliberazione n.15/90 "Piano Sanitario Regionale 1990-92" - Allegato U "Assistenza e recupero tossicodipendenti"

*Progetto Obiettivo specifico:* Deliberazione n.722/95 "Progetto regionale tossicodipendenze". Indirizzi programmatici e direttiva sull'organizzazione dei Servizi per le tossicodipendenze. Con la delibera si intende costituire il "Sistema dei Servizi", formato dai Ser.T., dagli Enti Ausiliari, dal volontariato. La realtà regionale e l'esperienza di collaborazione attuata in questi anni pongono la necessità di un rapporto più stretto e qualitativamente più intenso tra i Servizi Pubblici e il privato sociale, al fine di creare una rete di opportunità e di servizi più ricca ed omogenea, di razionalizzare, valorizzare e ottimizzare le risorse.

*Legge per Albo Enti Ausiliari:* Delibera n. 1857/94

*Legge per Coop. Sociali:* Delibera n.71/94

*Legge per Volontariato:* Delibera n. 26 del 31.5.1993

### **Modello organizzativo**

#### *Modello delineato dalle Leggi Regionali nel settore*

Le attività di recupero e cura degli stati di dipendenza sono di competenza dell'Azienda U.S.L., che la attua attraverso l'istituzione del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, articolato in Sezioni dipartimentali (Ser.T.) con funzioni operative e gestionali dell'intervento:

- Ser.T. previsti 28; e funzionanti 44
- Personale previsto 603; e effettivamente impegnato 398
- Strutture semiresidenziali pubbliche n. 10; utenti n. 100; personale n. 50
- Strutture residenziali pubbliche n. 4; utenti n. 50; personale n. 30
- Strutture residenziali private n. 63; utenti n. 2418; personale n. 225

- Spesa per rette:  
per il 1994, L. 22.606.472.084  
per il 1995, ancora in fase di assestamento.
- Problematiche rilevate: Carenze di personale, dovute ad inosservanza delle disposizioni amministrative nazionali.

*Atto di intesa con il Ministero Grazia e Giustizia - Intervento nelle carceri:* Recepito con Delibera 4043 del 21.11.1995, che istituisce anche convenzioni con D.A.P. e Direttori Istituti Penitenziari.

- Struttura a custodia attenuata: n. 1, presso l'Istituto di Rimini.  
Detenuti tossicodipendenti negli Istituti Penitenziari: n. 1400 detenuti, di cui 1000 utenti seguiti dai Ser.T. emiliano-romagnoli.  
Problemi rilevati nel modello organizzativo di intervento negli Istituti Penitenziari  
Carenza di personale di custodia e dell'area socio-educativa. Conseguenza ne è la difficoltà a collaborare su programmi congiunti.

*Strategie Adottate:* nel 1995, con delibera n.3830, si sono adottate linee di intervento in materia di riduzione del danno.

*Sistema Informativo.*

- Ser.T. In tutti i Ser.T. dell'Emilia Romagna, il sistema informativo è centrato sulla cartella informatizzata, entrata in uso nel 1993. Con questo strumento è possibile monitorare gli utenti in carico ai Servizi, i programmi terapeutici per loro intrapresi, le attività svolte dai Servizi. Il sistema informativo è in corso di parziale revisione, in parte per renderlo più semplice, in parte per divenire anche strumento di valutazione, ed in parte per divenire strumento in uso anche degli Enti Ausiliari. In ogni Ser.T. capoluogo di provincia è attivo l'Osservatorio Provinciale Tossicodipendenze. Presso la Regione, Ufficio Tossicodipendenze, è attivo l'Osservatorio Regionale Tossicodipendenze.
- Enti Ausiliari: In fase di ideazione.

*Attuazione e risultati iniziative finanziate dal Fondo Nazionale*

*Formazione ed aggiornamento:* Nel 1995 si sono svolti i seguenti seminari di formazione.

"La clinica delle Tossicodipendenze: il trattamento farmacologico", rivolto ad operatori dei Ser.T., biennale, con frequenza quindicinale, 40 operatori.

"La clinica delle Tossicodipendenze: La psicoterapia con tossicomani", rivolto ad operatori dei Ser.T., biennale, con frequenza quindicinale, 40 operatori.

---

**XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI**

---

- Seminario di formazione congiunto con il personale penitenziario - 18.19.20 settembre; 2.3.4 ottobre; circa 60 operatori dei Ser.T. e degli Istituti Penitenziari della Regione.
  - Seminario sull'attuazione della Direttiva - 25.26 Settembre 1995; circa 60 operatori dei Ser.T. e degli Enti Ausiliari della Regione.
  - Seminario sulle tematiche della prevenzione, con la Prof. Francescato; 18.19.20 settembre e 16.17.18 ottobre. Circa 80 operatori dei Ser.T. della Regione.
  - Seminario sulla Valutazione degli Interventi; 4.5.6 ottobre; circa 60 operatori dei Ser.T. della Regione.
  - Seminario di formazione sull'Alcoidipendenza, 3° modulo, 8.9.10 novembre 1995, circa 60 operatori dei Ser.T. della Regione.
  - Seminario su Metadone e Politiche di riduzione del danno; 27.28.29 novembre e 4.5.6 dicembre; circa 100 operatori dei Ser.T. della Regione.
  - *Formazioni équipe Ser.T.:* in ogni Ser.T. si sono svolti corsi di formazione e supervisione in cui sono stati coinvolti tutti gli operatori.
- 
- *Altro:* I progetti finanziati a Comuni e ai Servizi sono stati in gran parte avviati. Il ritardo nella assegnazione dei fondi sui progetti del 1993 ha determinato un forte ritardo nell'avvio dei progetti stessi.
  - *Collegamento ad iniziative internazionali:* In fase di studio con le regioni Pays de la Loire, Assia e Generalitat de Valencia.
  - *Incidenza del volontariato nel settore:* Ampia rete, con molte e qualificate Associazioni.

**Problemi generali aperti e proposte migliorative**

Necessità di rivedere la normativa di contrasto alla Tossicodipendenza, disgiungendola dalle normative sulla droga.

**Regione TOSCANA****Quadro Normativo Regionale**

- A) *Legge Regionale istituzione Ser.T.*: L.R. 51 del 9.9.1991
- B) *Piano Sanitario Regionale*:
- C) *Progetto obiettivo specifico per il settore*: approvati contestualmente dal Consiglio Regionale il 21.12.1995  
Si istituisce il Dipartimento Dipendenze in ogni azienda U.S.L., si precisa l'organizzazione per gli aspetti specifici (l'organizzazione dei Dipartimenti è definita nella Legge Regionale n. 1/95 che disciplina l'organizzazione e il funzionamento delle U.S.L. ai sensi degli artt. 3 e 4 D.L. 502/92 e succ.ve mod.ni); si individuano nei "livelli di assistenza" l'insieme delle prestazioni e delle attività da assicurare; si indica nel progetto obiettivo "Prevenzione delle dipendenze e assistenza alle persone tossicodipendenti e dipendenti da alcool" la finalità di conoscere, prevenire, contrastare e contribuire a ridurre il fenomeno delle dipendenze nella sua complessità, con obiettivi legati all'attivazione di adeguati sistemi informativi, ad assicurare le attività e gli interventi necessari per affrontare il fenomeno, a realizzare l'integrazione tra Servizi sanitari e sociali, settori del lavoro educativi, del tempo libero, soggetti pubblici e privati; si indicano nel dettaglio indirizzi operativi ed interventi prioritari per le aziende U.S.L.; si definisce nei criteri di riparto del fondo sanitario regionale di parte coerente il "peso percentuale" di 1,5 del totale, per ciò che riguarda il livello assistenziale "dipendenze".
- D) *Legge per Albo Enti Ausiliari*: Approvata, Albo Regionale relativo funzionante (L.R.T. n. 54/93); iscritti 18 Enti Ausiliari con 57 sedi operative
- E) *Legge per Coop. Sociali*: Approvata, Albo Regionale relativo funzionante (L.R.T. n. 13/94)
- F) *Legge per Volontariato*: Approvata, Registro Regionale relativo funzionante (L.R.T. n. 28/93).

**Modello organizzativo**

- G) *Modello delineato dalle Leggi Regionali nel settore*: il Ser.T. è una delle articolazioni zonali del Dipartimento delle dipendenze (l'U.S.L. ha dimensione provinciale, la zona corrisponde in linea di massima alle vecchie Unità Sanitarie Locali, il Dip.to Di.ze aggrega ed integra i Ser.T. e i gruppo operativi per l'alcolismo)
- Ser.T. previsti: n. 40; e funzionanti: n. 40.
  - Personale previsto: 681; effettivamente impegnato: 532 (al 30.6.1995) per l'utenza e le qualifiche previste dal D.M. 444/90.
  - Strutture semiresidenziali pubbliche: In molti Ser.T. è organizzata una attività diurna strutturata, con diverse modalità d'intervento che vedono impegnati direttamente operatori Ser.T. oppure la presenza di operatori di cooperative sociali convenzionate. I dati in nostro possesso, relativi agli anni '93 e '94, sono desunti dai bilanci consolidati dalle UU.SS.LL., e permettono di valutare l'incremento che tali attività hanno avuto da un anno all'altro e stanno avendo tuttora (vedi tabella 1).
  - Strutture residenziali pubbliche n. 4; utenti n. 56; personale n. 20.
    - 4 strutture sono a regime e pienamente funzionanti, 3 hanno la presenza di operatori nell'arco delle 24 h., 1 la reperibilità notturna. Una quinta struttura è stata inaugurata nel dicembre 1995 ed è in fase di definizione la convenzione con la cooperativa per la gestione. La spesa di tali strutture, comprensiva del personale e di beni e servizi, è stata di L. 1.198.000.000 per l'anno 1993 e di L. 1.797.532.000 per l'anno 1994.
  - Strutture residenziali private n.56 (sedi operative di 16 EE.AA. che hanno gestito a tutto il 1994 comunità terapeutiche)
    - utenti n. 1186 (anno 1994) \*
    - utenti n. 1264 (anno 1993)
    - utenti n. 1338 (anno 1992)
    - \* si segnala il decremento significativo delle presenze nelle strutture private convenzionate
    - personale n. .... : non rilevato
  - Altro: .....
  - Spesa per rette: L. 15.575.171.000.000 (anno 1994, dati di spesa desunti dai rendiconti UU.SS.LL.).
  - *Problematiche rilevate*: sul piano normativo la legislazione nazionale "specificata" sulle tossicodipendenze, riferita ai Servizi socio-sanitari, non sempre si accorda con l'organizzazione aziendale prevista dal D.L. 502/92 e con le competenze regionali in materia sanitaria; sul piano operativo la trasformazione in atto nella tipologia dell'utenza,

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

le modalità gestionali delle strutture residenziali convenzionate, le prestazioni richieste ed erogate, richiedono per un verso una maggiore attenzione e controllo sugli aspetti organizzativi e dall'altro una maggiore flessibilità dei modelli di intervento.

- H) *Atto di intesa con il Ministero di Grazia e Giustizia - Intervento nelle carceri:* È stato già stipulato un protocollo tra la Regione Toscana e il Ministero di Grazia e Giustizia, per l'intervento nelle carceri, che ha anticipato e compreso i contenuti dell'Atto di intesa.
- Convenzioni esistenti: dei 20 Istituti Penitenziari toscani, 15 hanno convenzioni con le U.S.I. per la presenza del Ser.T. all'interno del carcere.
- Le strutture a custodia attenuata che risultano attivate sono 5 su 18 sezioni per tossicodipendenti (di cui 1 per giovani fino a 25 anni).
- Detenuti tossiciti negli Istituti Penitenziari della regione: n. 1008 (di cui 277 nelle sezioni tossicodipendenti e 675 nelle sezioni comuni, le donne sono tutte nelle sezioni comuni), 952 uomini e 56 donne, sul totale dei detenuti di 3687 uomini e 122 donne presenti al 30.6.1995 in Toscana.
- Problemi rilevati nel modello organizzativo di intervento negli Istituti Penitenziari: il personale Ser.T. disponibile ad un lavoro nel carcere si riduce in relazione alla diminuzione complessiva del personale nei Ser.T. l'intervento richiesto dal carcere è sempre più spostato sul versante medico farmacologico con alto contenuto di controllo comportamentale e scarsa attenzione agli interventi psicologici e sociali e a quelli integrati, che comunque rimangono in numero significativamente più elevato (321 detenuti in trattamento terapeutico integrato rispetto a 228 detenuti in trattamento prevalentemente psicologico e 62 detenuti in trattamento prevalentemente farmacologico, sul totale di 514 tossicodipendenti trattati), ugualmente elevato il numero di 338 detenuti che non sono in trattamento terapeutico.
- Buona la collaborazione nelle strutture a custodia attenuata, di particolare interesse l'esperienza per i giovani (conosciuta come "Solliccianino").
- I) *Strategie adottate:* la Regione Toscana non ha dato indicazioni operative univoche sulle strategie d'intervento, la stessa indicazione di "riduzione del danno" assume significati e comporta interventi differenziati nei diversi Ser.T., in relazione alla "cultura" complessiva del Servizio e dei singoli operatori.
- L) *Sistema Informativo:* fino al 1994 la Regione ha richiesto ed elaborato, nell'ambito della relazione annuale sullo stato di salute, dati ed informazioni dai Servizi delle UU.SS.I.L.

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Attualmente si sta procedendo alla definizione di nuove modalità in relazione al diverso assetto organizzativo delle aziende UU.SS.LL.

per Ser.T.: Elaborazione dati utenza ed attività, schede semestrali ed annuale Sc.Ce.D.A.S., integrate da scheda regionale annuale.

per Enti Ausiliari: rilevazione presenze ed interventi su scheda elaborazione regionale

M) *Attuazione e risultati iniziative finanziate dal Fondo Nazionale*

Formazione ed aggiornamento: dal 1991 al 1995

Attività per operatori del Servizio Pubblico: attività formativa inizialmente organizzata per le diverse professionalità presenti nei Ser.T.-medici 45 part.; psicologi 40 aprt.; educatori professionali e sociologi 30 part.; assistenti sociali 45 part.

- Attività per gli operatori di uno stesso Servizio su tematiche specifiche (VQR-in tre Servizi toscani per un anno) e giornate di studio seminari per tutti gli operatori pubblici; Attività per operatori del privato sociale: Corso biennale per operatori di comunità per tossicodipendenti;
- Attività integrata con operatori degli Istituti Penitenziari: 70 partecipanti  
Attività integrata pubblico-privata sociale: con cooperative sociali ed Enti Ausiliari su problematiche legate alla prevenzione (progetti giovani, operatori di strada, ecc.).
- Altre iniziative ed attività: .....
- Progetti di prevenzione e reinserimento adottati dagli Enti Locali e dagli Enti Ausiliari, dalla coop. sociali e dal volontariato finanziati con Fondo Nazionale (*indicare se sono conosciuti, rilevati, monitorati*): .....

N) *Collegamento ad iniziative internazionali (indicare quali):* attività di singoli Ser.T. legate al Fondo Sociale Europeo (Progetto Euridice di inserimento lavorativo, in collaborazione con il sindacato)

O) *Incidenza del volontariato nel settore:* su 1456 associazioni iscritte nel registro regionale del volontariato, 26 svolgono la loro attività prevalente nel settore delle tossicodipendenze;

### **Problemi generali aperti**

Difficoltà di rapporto con i singoli Ministeri per i singoli provvedimenti specifici, disomogenei e non sempre coerenti con la stessa normativa nazionale e con le competenze regionali, in particolare con Ministero di Grazia e Giustizia, con riferimento al problema della salute e della cura nelle carceri dopo il D.L. 502/92 e succ.ve mod.ni;

Rapporti del Governo con il privato sociale che "bypassano" le Regioni e gli altri Enti, che poi sono i soggetti dei rapporti convenzionali e pagano attività e prestazioni del privato sociale medesimo (aspetto solo in parte risolvibile con il passaggio del Fondo per la lotta alla droga alle Regioni)

### **Proposte migliorative**

Coerenza tra i provvedimenti e le normative nazionali, dei diversi Ministeri, del Governo e del Parlamento con maggior coinvolgimento delle Regioni nella fase di preparazione dei provvedimenti.

Rispetto effettivo delle competenze regionali - soprattutto in materia di organizzazione dei Servizi socio-sanitari e degli Enti Locali,

aspetti legati alla formazione, alle qualifiche, al lavoro del personale del privato sociale (soprattutto degli Enti Ausiliari, cui si affidano persone per trattamenti terapeutici) omogenei e nelle norme generali della formazione per tutti i cittadini.

superamento, per gli aspetti amministrativi, della distinzione tra dipendenza da sostanze stupefacenti e psicotrope e dipendenza da sostanze alcoliche.

**Allegato 1****Tabella 1***Strutture semiresidenziali (diurne)*

(dati desunti dai rendiconti annuali UU.SS.LL.)

- a gestione diretta (con operatori Ser.T.)

	1993	1994
giornate di assistenza	n. 7.314	n. 57.000
utenti	n. 44	n. 93
personale impegnato	n. ....	n. 18
spesa per personale	.....	L. 1.061.000.000
beni e servizi	L. 404.000.000	L. 277.000.000

- a gestione convenzionata (cooperative sociali, Enti Ausiliari)

giornate di assistenza	n. 204.000	n. 53.000
utenti	n. 816	n. 376
spesa	L. 15.300.000.000	L. 4.700.000.000
(complessiva personale beni e servizi)		

**Regione MARCHE****Quadro Normativo Regionale**

- A) *Legge Regionale istituzione Ser.T.*: i Ser.T. sono stati istituiti con atto amministrativo n. 80 del 15.1.1992
- B) *Piano Sanitario Regionale*: in corso di adozione.
- C) *Progetto Obiettivo specifico per il settore*: è vigente un Programma triennale (Delib. amm. va n. 202/94) di interventi, centrato principalmente sulla riserva di posti per soggetti tossicodipendenti marchigiani presso Comunità terapeutiche convenzionate. Tale programma agevola e regola gli accessi e consente rapidi trasferimenti di risorse finanziarie alle Comunità (la liquidazione avviene trimestralmente attraverso una sola USL per ogni ente gestore di C.T.). Lo stesso programma prevede anche risorse finalizzate per attività varie dei Ser.T.
- D) *Legge per Albo Enti Ausiliari*: L.R. n. 1 del 9.1.1992.
- E) *Legge per Cooperative Sociali*: L.R. n. 50/95
- F) *Legge per Volontariato*: L.R. n. 48/95

**Modello organizzativo****G) Modello delineato dalle Leggi Regionali nel settore:**

Il Ser.T. è inserito nella Medicina di Base. I Ser.T. della Regione sono stati programmati tutti con un organico riferito alla bassa utenza. Il bacino di utenza di ogni Ser.T. è una media di circa 100.000 abitanti.

Ser.T. previsti: n. 14; e funzionanti: n. 14.

- Personale previsto: n. 186, effettivamente impegnato: n. 126 (si segnala la mancata assunzione degli educatori per carenza di normativa nazionale di riferimento).

Strutture semiresidenziali pubbliche (*attività diurna strutturata: centro diurno, day hospital, centro accoglienza a bassa soglia, centro crisi, ecc.*) n. ....; utenti n. ....; personale impegnato n. ....: Nessuna struttura

---

**XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI**

---

- Strutture residenziali pubbliche n.....; utenti n.....; personale n.....: Nessuna struttura.
  - Strutture residenziali private (*Comunità terapeutiche*): n. 6; utenti n.120; personale n. 39.
  - Strutture semiresidenziali pubbliche: n. 5; utenti n. 100; personale impegnato n.35.
  - Strutture residenziali pubbliche: n. 1; utenti n. 28; personale impegnato n. 9.
  - Strutture residenziali private: n. 33; utenti n. 605; personale impegnato n. 264.
  - Centri per la accoglienza e,la assistenza diurna: n.10.
  - Centri di ascolto, sostegno socio-riabilitativo e reinserimento sociale: n. 16.
  - Spesa per rette: L. 7.500.000.000 circa.
- *Problematiche rilevate*: Ser.T.: rivedere l'obbligo della apertura 24 ore su 24 e della reperibilità notturna; tale presidio non è assimilabile ad un Pronto Soccorso. Ricondurre l'attività del Ser.T. nell'ambito della rete assistenziale di base del Servizio Sanitario Nazionale. Evitare qualsiasi ipotesi che possa favorire rischi di corporativismo.
- H) *Atto di intesa con il Ministero di Grazia e Giustizia - Intervento nelle carceri*:
- Convenzioni esistenti: n. 1
  - Strutture a custodia attenuata attivate: .....
  - Detenuti tossiciti negli Istituti Penitenziari della regione: n. 220
  - Problemi rilevati nel modello organizzativo di intervento negli Istituti Penitenziari: non risultano chiare le procedure e le responsabilità circa l'approvvigionamento e la somministrazione del metadone nelle carceri.
- I) *Strategie adottate*: Si premette che nella regione non vi sono grandi agglomerati urbani e che pertanto non vi sono significativi fenomeni di emarginazione. Da diversi anni è stato privilegiato l'obiettivo teso a qualificare l'intervento curativo, preventivo e riabilitativo. In tale ottica sono stati attivati momenti di qualificazione attraverso la formazione permanente (supervisione) ed il potenziamento della attività dei C.I.C. Per ciò che concerne le nuove strategie di intervento ai fini della riduzione del danno sono stati attivati Corsi per "Operatori della strada". Inoltre si è cercato di qualificare anche l'intervento delle comunità terapeutiche di rilievo sanitario prevedendo, tra i requisiti delle stesse, per l'iscrizione all'Albo Regionale, la presenza di operatori con precise qualifiche come il medico e lo psicologo.
- L) *Sistema Informativo*: è stato attivato un gruppo di studio regionale che però negli ultimi tempi ha rallentato i lavori in attesa del software del Ministero della Sanità.

M) *Attuazione e risultati iniziative finanziate dal Fondo Nazionale:*

*Formazione ed aggiornamento*

Le iniziative sono state rivolte in modo integrato sia agli operatori pubblici che privati, in particolare sono state attivate le seguenti iniziative:

- Supervisione di tutte le équipes dei Ser.T. e delle Comunità terapeutiche convenzionate;
- Corsi di sensibilizzazione verso le varie ottiche psicoterapeutiche;
- Corso per operatori neo-assunti;
- Seminari vari informativi;
- Corsi per "Operatori della strada";
- Corso per formatori;
- Seminari sulla gestione di soggetti sieropositivi;
- Conferenze sui C.I.C.;
- Corsi per responsabili Ser.T. e C.T.;
- Tirocinio per operatori delle C.T.;
- Attività per la integrazione operativa Ser.T. ed Istituti Penitenziari;
- Preparazione dei Servizi di base alla prevenzione;

*Progetti di prevenzione e reinserimento adottati dagli Enti Locali ecc.:* non sono stati monitorati

N) *Collegamento ad iniziative internazionali:* non risulta

O) *Incidenza del volontariato:* il privato sociale è presente in modo significativo e rilevante. Il volontariato è presente attraverso alcune iniziative promosse per lo più da familiari.

**Proposte migliorative**

Prevedere un formale coinvolgimento del Ser.T. nella gestione delle alcooldipendenze. Riguardo ai C.I.C., al fine di evitare la ghetizzazione, prevedere chiaramente un coinvolgimento di tutte le risorse della U.S.L. (Consultori, medicina di base, Servizi psichiatrici ecc.) e non solo quelle del Ser.T.

**Regione UMBRIA****Quadro Normativo Regionale**

- A) *Legge Regionale istituzione Ser.T.*: Piano S.S.R. 1985-87 L.R. 21.3.1985 n.11 Piano S.S.R. 1989-91 L.R. 27.03.1990 n. 9 - Delibere G.R. 18.4.1991 n. 3704 e 9.10.1991 n. 9102.
- B) *Piano Sanitario Regionale (con riferimenti precisi in materia. Precisare se è già stato adottato o in corso di adozione dopo i DD. Lgs vi 502/92 e 517/93)*: Piano Sanitario Regionale in corso di adozione (Delibera G.R. 10.3.1995 n. 1663 Presa d'atto).
- C) *Progetto Obiettivo specifico per il settore (indicare, ove esistente, per punti, gli obiettivi ed altri aspetti significativi, eventuali risorse finalizzate)*: Nel P.S.R. non è previsto un Progetto Obiettivo ma gli obiettivi e gli aspetti significativi sono incentrati nella formazione degli operatori Ser.T. su problematiche relazionali, gestionali e di valutazione. Risorse. Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga.
- D) *Legge per Albo Enti Ausiliari*: Delibera G.R. 31.7.1990 n. 6589
- E) *Legge per Coop. Sociali*: L.R. 2.11.1993 n. 12
- F) *Legge per Volontariato*: L.R. 25.5.1994 n. 15

**Modello Organizzativo**

- G) *Modello delineato dalle Leggi Regionali nel settore (descrivere è inserito il Ser.T., ad es. se è servizio autonomo o all'interno di altre strutture o servizi: dipartimento dipendenze, attività sanitarie di comunità, con articolazioni zonali, distrettuali di circa 80 mila abitanti, ecc...)*: Servizio territoriale autonomo integrato con distretto (ora definito dal P.S.R. Centro di Salute).
- Ser.T. previsti: n. 11; e funzionanti: n. 11
  - Personale previsto: 157 unità; effettivamente impegnato: n. 113
  - Strutture semiresidenziali pubbliche (attività diurna strutturata, centro diurno dai ospitali, centro accoglienza a bassa soglia, centro crisi, ecc...): n. 2; utenti n. 20; personale n. 9

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- Strutture residenziali pubbliche: n. 4; utenti n. 58; personale n. 18 (3 sedi operative di Comunità Terapeutiche del Comune di Roma) ed 1 U.S.L. n. 3
  - Strutture residenziali private (*Comunità terapeutiche*): n. 37; utenti n. 1042; personale: in corso di rilevazione.
  - Altro (*definire*): .....
  - Spesa per rette: circa 4 miliardi
  - Problematiche rilevate (*con particolare riferimento al riordino del SSN*): Difficoltà di utilizzo del F.S.N. per le attività socio-sanitarie integrate (vedi proposte migliorative).
- H) *Atto di intesa con Ministero Grazia e Giustizia - Intervento nelle carceri (indicare se è stato recepito)* No
- Convenzioni esistenti: n. 4 (Istituti Penitenziari n. 4) (vedi proposte migliorative)  
strutture a custodia attenuata attivate: n. 1  
Detenuti tossiciti negli Istituti Penitenziari della regione: n. 193 (Tot. reclusi n. 772)  
Problemi rilevati nel modello organizzativo di intervento negli Istituti Penitenziari (*personale, tipo di collaborazione*): Collaborazione tra Ser T. e presidi san. degli Istituti Penit. concordati con protocolli d'intesa
- I) *Strategie Adottate (indicare se ci sono indicazioni strategiche definite tipo riduzione del danno, interventi a bassa soglia, ecc.)*: Formazione, riduzione del danno - counselling - formazione operatori di strada
- L) *Sistema Informativo*
- per Ser T.: secondo flussi Ministero della Sanità Se.Ce.D.A.S. e cartella clinica Reg.le
  - per Enti Ausiliari: secondo flussi Ministero della Sanità Se.Ce.D.A.S.
- (*indicare per entrambi se esiste e come è organizzato - rilevazione dati utenza, monitoraggio attività - cartella clinica regionale, osservatorio regionale*)
- M) *Attuazione e risultati iniziative finanziate dal Fondo Nazionale*
- Formazione ed aggiornamento (*specificare chi ha usufruito dell'attività e corsi realizzati*) nel 1995:
  - Attività per operatori del Servizio Pubblico: corso di aggiornamento per tutti gli operatori Ser.T. (conclusione febbraio 1996)
  - Attività per operatori del privato sociale: .....
  - Attività integrata pubblico-privata sociale: corso per operatori di strada ex U.U.L.L.S.S. 5 (già concluso)

- Altre iniziative ed attività: Definitiva iscrizione sedi operative C.T. all'Albo Enti Ausiliari in base ai requisiti dell'atto d'intesa Stato-Regione. Rinnovo Protocollo Gen.le Provv.ti Studi-Regione in materia di promozione ed educazione alla salute di prevenzione del disagio e rimozione dei fattori di rischio nella popolazione scolastica per la progettazione e realizzazione congiunta di itinerari operativi.
  - Progetti di prevenzione e reinserimento adottati dagli Enti Locali e dagli Enti Ausiliari, dalla coop. sociali e dal volontariato finanziati con Fondo Nazionale (*indicare se sono conosciuti, rilevati, monitorati*): Solo in parte per il passato. Sì per progettualità 1994-95.
- N) *Collegamento ad iniziative internazionali (indicare quali)*: No
- O) *Incidenza del volontariato nel settore*: notevole la presenza di Associazioni di Volontariato attive nell'area.

### **Problemi generali aperti**

Regionalizzazione del Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga per incertezze del quadro normativo di riferimento.

### **Proposte migliorative**

I provvedimenti emanati in materia normativa speciale per i tossicodipendenti (D.P.R. 309/90 e D.L. più volte reiterati) portano a richiedere una coerenza con le normative che regolano la Sanità (DD. Lgs. vi 502/92 e 517/93 e successive modifiche) in relazione a:

- l'organizzazione dei Ser.T. (superamento piante organiche con dotazione organiche di U.S.L.)
- rapporti con Enti Ausiliari ed Istituti Penitenziari (Superamento regimi convenzionali con accreditamento).

**Regione SARDEGNA****Quadro Normativo Regionale**

- A) *Legge Regionale istituzione Ser.T.*: Delibera Giunta Regionale n. 6/94 del 20.2.1987.  
*Programma di potenziamento Ser.T.*: Delibera Giunta Regionale n. 40/90 del 12.11.1991
- B) *Piano Sanitario Regionale (con riferimenti precisi in materia. Precettare se è già stato adottato o in corso di adozione dopo i DD. lgs vi 502/92 e 517/93)*: In corso di elaborazione affidata ad agenzia privata esterna all'Assessorato (privata).
- C) *Progetto obiettivo specifico per il settore (indicare, ove esistente, per punti, gli obiettivi ed altri aspetti significativi, eventuali risorse finalizzate)*: Non è stato adottato.
- D) *Legge per Albo Enti Ausiliari*: Decreto assessoriale n. 6688/43508 del 7.9.1990, D.G.R. n. 12 del 19.4.1994
- E) *Legge per Coop. Sociali*: No
- F) *Legge per Volontariato*: L.R. n.39 del 13.9.1993

**Modello organizzativo**

- G) *Modello delineato dalle Leggi Regionali nel settore (descrivere e inserire il Ser.T., ad es. se è servizio autonomo o all'interno di altre strutture o servizi: dipartimento dipendenze, attività sanitarie di comunità, con articolazioni zonali, distrettuali di circa ..... mila abitanti, ecc.)*: Legge Regionale n. 5 del 26.1.1995. Il Ser.T. è inserito nel dipartimento diagnosi cura e riabilitazione come Servizio autonomo.
- Ser.T. previsti: n. 15; e funzionanti: n. 14.
  - Personale previsto: 485; effettivamente impegnato: 250.
  - Strutture semiresidenziali pubbliche (attività diurna strutturata - centro diurno, day hospital - centro accoglienza a bassa soglia, centro crisi, ecc.) n.....; utenti n.....; personale impegnato n.....: Nessuna struttura.
  - Strutture residenziali pubbliche n.....; utenti n.....; personale n.....: Nessuna struttura.

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- Strutture residenziali private (*Comunità terapeutiche*): n. 15; utenti n. 378; personale n. 150.
  - Altro (*definire*): .....
  - Spesa per rette: L. 6.200.000.000 (seimiliardiduecentomilioni).
- .. *Problematiche rilevate (con particolare riferimento al riordino del S.S.N.):* al momento il problema delle tossicodipendenze non è considerato prioritario rispetto agli altri problemi posti dalla Legge di riordino, si resta in attesa del Piano Sanitario Regionale.
- H) *Atto di intesa con il Ministero di Grazia e Giustizia - Intervento nelle carceri (indicare se è stato recepito):* Attivate n. 2 convenzioni; attivate n. 3 protocolli operativi in attesa delle convenzioni.
- Convenzioni esistenti: n. 2
  - Detenuti tossicodipendenti negli Istituti Penitenziari della regione: dato non rilevato. Si stima che i tossicodipendenti siano circa il 30% dei detenuti. In alcune strutture carcerarie anche il 40%
  - Problemi rilevati nel modello organizzativo di intervento negli Istituti Penitenziari (*personale, tipo di collaborazione*): .....
- I) *Strategie adottate (indicare se ci sono indicazioni strategiche definite, tipo riduzione del danno interventi, a bassa soglia, ecc ...):* .....
- L) *Sistema Informativo:* Si è in attesa dell'attivazione del progetto ministeriale approvato dalla Corte dei Conti.
- per Ser.T.: .....
  - per Enti Ausiliari: .....
- (*indicare per entrambi se esiste e come è organizzato: rilevazione dati utenza, monitoraggio attività, cartella clinica regionale, osservatorio regionale*)
- M) *Attuazione e risultati iniziative finanziate dal Fondo Nazionale*
- .. *Formazione ed aggiornamento (esplicitare chi ha usufruito dell'attività e corsi realizzati):*
    - Attività per operatori del Servizio Pubblico: .....
    - Attività per operatori del privato sociale: .....
    - Attività integrata pubblico-privato sociale: .....
  - .. Altre iniziative ed attività: Partecipazione (pubblico e privato) a tutte le iniziative di formazione promosse dall'Istituto Superiore di Sanità.

Altre iniziative ed attività: chiesto per il 1995 il finanziamento per n. 2 corsi: formazione responsabili Ser.T. e operatori; valutazione qualità dei Ser.T.

Progetti di prevenzione e reinserimento adottati dagli Enti Locali e dagli Enti Ausiliari, dalla coop. sociali e dal volontariato finanziati con Fondo Nazionale (*indicare se sono conosciuti, rilevati, monitorati*): .....

N) *Collegamento ad iniziative internazionali (indicare quali):* ....

O) *Incidenza del volontariato nel settore:* Nel settore dato non rilevato

### **Problemi generali aperti**

Riorganizzazione dei Ser.T. alla luce delle nuove Leggi

### **Proposte migliorative**

Superare le Leggi di settore nell'ottica di una visione più articolata dei Servizi nel territorio: un più articolato rapporto tra i Servizi Sanitari con quelli sociali al fine di privilegiare iniziative di prevenzione

## Regione LAZIO

### Quadro Normativo Regionale

Nella Regione Lazio si è data attuazione al D.M. 444/90 ridefinendo le strutture funzionali dei Servizi per le tossicodipendenze.

I Ser.T. sono stati adeguati, nella quasi totalità, ad eccezione dei soli 3 Servizi. Tutto ciò è stato portato a termine utilizzando gli strumenti normativi nazionali.

In attuazione dell'articolo 116 del D.M. 309/90 si è ridefinito l'Albo Regionale degli Enti Ausiliari attraverso procedure di tipo esclusivamente amministrativo, facendo riferimento sia alle preesistenti disposizioni della normativa regionale che a quelli derivanti dal recepimento dell'Atto di intesa Stato/Regioni (D.M. 19.2.1993).

La Regione Lazio deve ancora definire il Piano Sanitario Regionale, mentre nel contempo ha dato attuazione alle disposizioni dei D.D. leg.vi 502/92 e 517/93 con le Leggi Regionali 18/94 e 19/94 e con atti amministrativi (Delibere di Giunta Regionale) sono state impartite disposizioni organizzative funzionali per le aziende UU.SS.LL. individuando nel contempo anche il numero delle aziende: 12 aziende ad ambito territoriale e 3 aziende Ospedaliere.

Non è stata elaborata nel 1995 una direttiva specifica sulle dipendenze dato che l'attività prevalente dell'Ufficio è stata rivolta a definire gli assetti organizzativi e funzionali dei Ser.T. e degli Enti Ausiliari in funzione delle Aziende UU.SS.LL., promuovendo anche l'attuazione delle convenzioni tra Istituti di Prevenzione Pena ed Aziende U.S.L. competenti per gli interventi ai detenuti in genere oltre ai tossicodipendenti e alcoolisti.

Nel 1996, definiti gli assetti di cui sopra, potrà essere elaborata una strategia di intervento sulle dipendenze con particolare riferimento al potenziamento degli interventi a favore dell'alcolismo avviando anche programmi specifici di qualificazione ed aggiornamento degli operatori pubblici e privati.

A livello Regionale è stata recepita la normativa Nazionale Legge 11 Agosto 1981 n. 266 sul volontariato con L.R. n. 29 del 28.6.93, è in corso di definizione la Legge di recepimento sulle cooperative sociali. L'Albo Enti Ausiliari, definito con atti amministrativi, nel caso di strutture di volontariato e/o di cooperative sociali, prevede un doppio riconoscimento.

### Modello organizzativo

La Regione con delibera del 13.4.95 n. 3140 nel disporre direttive per l'organizzazione e il funzionamento delle Aziende Unità Sanitarie Locali e di quelle Ospedaliere non ha posto vincoli per l'organizzazione dei Servizi per le tossicodipendenze, lasciando alle aziende stesse la possibilità, data la peculiarità tecnico-professionale dei Servizi Ser.T., di organizzare i servizi medesimi secondo modelli dipartimentali con alcune funzioni centralizzate quali i compiti di programmazione, gestione del budget economico, indirizzo e coordinamento, ed altre funzioni operative, decentrate a livello locale oppure di collegarli in ambiti distrettuali o interdistrettuali.

L'ipotesi dipartimentale è stata già attuata da parte di alcune aziende ed è vista come possibile modello di riferimento anche in altre aziende che stanno definendo il proprio assetto organizzativo.

Tale ipotesi consente, nella fase attuale, di garantire il servizio anche lì dove gli ambiti distrettuali non coincidano con quelli definiti per i Ser.T.; infatti il Ser.T. può essere un servizio sovraordinato rispetto al distretto quando sia chiamato ad erogare servizi in ambito territoriale più vasto.

Gli ambiti distrettuali, nella maggior parte delle proposte presentate dai Direttori Generali, coincidono con il territorio delle ex UU.SS.LL., fatta eccezione per la proposta dell'azienda U.S.L. di Frosinone, che avendo accorpato 10 UU.SS.LL., ha individuato solo 4 Distretti e dell'azienda di Rieti che da 3 ex UU.SS.LL. propone 4 distretti.

I Ser.T. previsti nella Regione sono 51 di cui 4 non funzionanti. Il personale previsto, in base agli organici di cui al D.M. 444/90 è di circa 900 unità ed il personale effettivamente in servizio è di circa 500 unità e rappresenta quindi il 55% sul totale delle dotazioni; tuttavia, alcuni Servizi risultano in rapporto all'utenza territoriale e quella derivante dagli istituti di pena oltre modo carenti ivi compresi i Ser.T. ad alta utenza.

Il problema delle carenze di personale è dovuto al concatenarsi di norme sempre più restrittive per le assunzioni, ivi comprese le disposizioni relative all'accesso in ruolo del personale sanitario (medici e psicologi) dell'ex 9° livello. La mobilità non ha prodotto alcun beneficio per i Ser.T., anzi in molti casi, ha avuto effetti deleteri in quanto alcuni profili professionali hanno utilizzato tale strumento per transitare in altri Servizi o per passare da Servizi periferici a quelli urbani.

Sono funzionanti due strutture semiresidenziali pubbliche, strutturate contestualmente come centri diurni e di accoglienza; a garantire il regolare svolgimento provvede il personale operante nei due Ser.T. classificati a media utenza.

L'unica struttura residenziale pubblica presente nel Lazio, gestita dal Comune di Roma, è stata chiusa per gravi motivi strutturali manifestati nei locali.

L'Albo Regionale degli Enti Ausiliari è stato ridefinito sia in base alle disposizioni della legislazione regionale che all'atto di intesa Stato e Regioni (D.M. 19.2.1993), integralmente recepito dalla Regione Lazio.

Con decreto del Presidente della Giunta sono state iscritte all'Albo 28 sedi operative che possono raccogliere, in regime residenziale, 401 unità e 356 unità, in regime semiresidenziale.

In particolare nell'area pedagogico-riabilitativa sono state riconosciute 20 sedi e 3 sedi nell'area terapeutico-riabilitativa, queste ultime offrono 84 posti in regime residenziale.

Alcuni Enti, riservano posti in regime residenziale per programmi terapeutici a favore di soggetti che possono fruire di misure alternative alla detenzione o agli arresti domiciliari.

Va sottolineato che alcuni Enti propongono anche programmi di intervento per minori ed adolescenti per un totale di 45 unità, di cui 6 per le misure alternative.

È in corso di perfezionamento l'istruttoria di 4 sedi operative che svolgono attività semiresidenziali; resta da accertare il possesso dei requisiti di dodici sedi operative di un Ente Ausiliario che, già iscritto precedentemente, frappone resistenze all'adeguamento delle disposizioni dell'Atto di Intesa Stato-Regioni.

Si sta definendo l'attribuzione delle tariffe a ciascuna sede operativa iscritta all'Albo in base all'accordo nazionale già recepito dalla Regione Lazio con propria deliberazione del 16 Maggio 1995 n. 4272 (BUR n. 25 del 9 settembre 1995).

La Regione dovrà costituire un Albo separato, che prevede la registrazione delle sedi operative degli Enti Ausiliari che svolgono attività non residenziali, la cui iscrizione è stata temporaneamente mantenuta, in attesa del riesame dei requisiti.

Nel Lazio c'è stata una leggera flessione (n. 362 unità) della popolazione carceraria complessiva; molto meno significativa la flessione della popolazione tossicodipendente (n. 44 unità)

### **Interventi nelle strutture penitenziarie**

Per ciò che attiene il protocollo di intesa "Interventi nel carcere" sottoscritto dal Ministero di Grazia e Giustizia e la Regione Lazio in data 18.4.94, pubblicato sul BUR del 30.5.95, la Giunta Regionale ha adottato anche un provvedimento per gli interventi sanitari nelle strutture carcerarie, ivi compresi quelli derivanti dalle disposizioni del D.P.R. 309/90, delibera della Giunta Regionale 11.5.94 n. 2677 (BUR del 30.8.1994 n. 24) e relativi protocolli tecnici

Le Aziende UU.SS.LL., dopo ripetuti solleciti da parte della Regione, hanno iniziato a stipulare le convenzioni con gli Istituti di Pena. Al momento sono pervenute 6 convenzioni e

ulteriori 7 sono in via di perfezionamento. Gli interventi previsti in campo sanitario, riguardano tutta la popolazione carceraria oltre i tossicodipendenti ed alcolisti.

Le difficoltà di garantire un adeguato intervento rispetto al numero dei detenuti tossicodipendenti e/o alcolisti deriva unicamente dalla carenza degli organici Ser.T., in quanto, come già detto, il blocco delle assunzioni ne ha impedito i necessari adeguamenti.

### **Sistema informativo sulle tossicodipendenze**

La Giunta Regionale, con propria deliberazione del 6 agosto 1991 n. 6967, ha istituito un sistema informativo al quale sono tenuti a rispondere i Servizi Pubblici Ser.T. della Regione e gli Enti Ausiliari.

Le disposizioni sono state ulteriormente integrate con atti della Giunta Regionale n. 5002/94 e 5003/94.

Tale sistema prevede una scheda nominativa individuale composta da quattro fogli. La scheda riguarda il soggetto tossicodipendente che abbia fatto uso di una o più sostanze stupefacenti negli ultimi trenta giorni.

L'invio delle schede da parte dei Ser.T. e degli Enti Ausiliari, chiunque si rivolga ai Servizi all'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio, avviene: mensilmente, per quanto riguarda i dati socio-anagrafici e i dati delle sostanze stupefacenti usate, semestralmente, per ciò che riguarda i programmi terapeutici intrapresi.

I dati pervenuti all'Osservatorio vengono elaborati 2 volte l'anno; nella prima stesura vengono presi in considerazione quelli relativi all'utenza nel primo semestre, mentre nella seconda, i dati di tutto l'anno.

**Sistema Informativo sulle tossicodipendenze del Lazio, 1995**

*Ser.T. funzionanti: 47. Rispondenza: 47 su 47 (100 %).*

*Enti Ausiliari (per tossicodipendenti) iscritti all'Albo Regionale (inclusi quelli iscritti provvisoriamente): 37. Rispondenza: 31/37 (84 %).*

Durante il 1995 si sono verificati 10486 contatti presso i Ser.T. e 2387 presso gli Enti Ausiliari, corrispondente ad un totale di 11656 soggetti tossicodipendenti rispetto agli 11563 soggetti nel 1994; il 49 % degli utenti dei Ser.T. è rappresentato da persone che non avevano contattato i Servizi nell'anno precedente. Tale proporzione è pari al 69 % per gli utenti degli Enti Ausiliari; la restante quota rappresenta persone già in trattamento l'anno precedente. L'incidenza e la prevalenza di tossicodipendenti aderenti ai Ser.T. e agli Enti Ausiliari e le loro caratteristiche, sono pressoché costanti dal 1992 al 1995. I soggetti in carico ai Servizi Pubblici e Privati della Regione Lazio sono nell'85% maschi, di età media 29,7 anni (28 anni per quelli che si rivolgono agli Enti Ausiliari e 30 per quelli dei Ser.T.). Il 93 % degli utenti dei Ser.T. usa eroina, come l'88% degli utenti degli Enti Ausiliari, mentre poco più del 5% usa cocaina. In ogni caso, il 67% degli utenti Ser.T. usa più di una sostanza mentre solo il 25% degli utenti degli Enti Ausiliari riferisce di usare altre sostanze e il 72% dei tossicodipendenti usa droghe per via endovenosa (una prevalenza lievemente più bassa rispetto agli anni precedenti).

I dati relativi alle indagini sierologiche e ai trattamenti si riferiscono al primo semestre del 1995; l'informazione sugli esami sierologici non è stata fornita per più del 60% dei soggetti che si sono rivolti alle strutture di assistenza pubbliche e private del Lazio nel primo semestre del 1995, pertanto i dati devono essere interpretati con molta cautela.

Circa il 29% dei tossicodipendenti sottoposti agli esami sierologici risulta sieropositivo per Hiv alla fine del primo semestre (33% degli utenti dei Ser.T. e 14% di quelli degli Enti Ausiliari). Circa il 63% dei soggetti sottoposti ad esami sierologici risultava positivo ai marker dell'epatite C (67% degli utenti dei Ser.T. e 48% degli Enti Ausiliari) e circa il 50% ai marker dell'epatite B (54% nei Ser.T. e 31% negli Enti Ausiliari).

Nel primo semestre del 1995 sono stati intrapresi nel Lazio 11578 piani terapeutici presso i Ser.T. e 1528 presso gli Enti Ausiliari.

L'offerta terapeutica è prevalentemente di tipo metadonico (84%), in particolare il 66% dei trattamenti intrapresi si riferisce a piani di disintossicazione e il 18% a piani di mantenimento. Circa il 9% dei trattamenti è di altro tipo farmacologico e il 7% di tipo psicosociale-riabilitativo. Il dosaggio massimo medio di metadone utilizzato è di circa 30 mg per i piani terapeutici di disintossicazione e di circa 40 mg per i programmi di mantenimento. I piani terapeutici di disintossicazione durano mediamente 155 giorni per coloro che intraprendono un solo trattamento durante il semestre, mentre per coloro che seguono più di un trattamento, la

durata media del primo è di circa 40 giorni e dei successivi di circa 20 giorni. Per coloro che intraprendono un solo programma di mantenimento con metadone, la durata media è considerevolmente più lunga (273 giorni); in questo caso la maggior parte degli utenti era già in trattamento dall'anno precedente, mentre per chi segue più trattamenti di mantenimento nel corso del semestre, la durata media del primo è di circa 85 giorni e dei successivi di circa 30 giorni. L'accesso ai Ser.T. è avvenuto nel 87,6% dei casi volontariamente, mentre il ricorso agli Enti Ausiliari è stato per il 53,1% di tipo volontario, per il 15,2% dovuto a trasferimenti da altri Enti Ausiliari o Ser.T. e per il 10,5% dei casi attraverso i familiari.

Una proporzione rilevante (circa il 30%) dei piani terapeutici intrapresi nel primo trimestre si è conclusa con esito negativo per rifiuto del trattamento, per inadempienza o per impossibilità a continuare il programma intrapreso, con differenze tra tipi di trattamento (il 35% dei trattamenti di disintossicazione con metadone, il 26% dei trattamenti psico-sociali ed il 15% dei trattamenti di mantenimento con metadone). Circa il 28% dei trattamenti intrapresi presso i Ser.T. e il 10% presso gli Enti Ausiliari è stato completato, mentre il 35% circa dei piani terapeutici risultavano ancora aperti presso i Ser.T. e il 54% presso gli Enti Ausiliari alla fine del primo semestre.

### **Epidemiologia dell'infezione Hiv nel Lazio**

Il dato epidemiologico più rilevante nell'evoluzione dell'epidemia di infezione Hiv, pur nel contesto di una complessiva diminuzione dell'incidenza di Hiv, dovuta all'esaurirsi della popolazione suscettibile di tossicodipendenza per via endovenosa, è che l'epidemia di infezione da Hiv è ormai in primo luogo dovuta a trasmissione sessuale in persone non tossicodipendenti che costituiscono il 54,5% dei soggetti con fattore di rischio noto, notificati nel 1995. Nella Regione Lazio, nel 1995, i due terzi (66,5%) delle nuove notifiche di infezione da Hiv nelle donne con fattore di rischio non riguardava soggetti che non sono, né sono mai stati tossicodipendenti per via endovenosa. L'epidemia si sta quindi trasferendo da un gruppo di dimensioni limitate ad alto rischio di infezione (tossicodipendenti) ad un gruppo di dimensioni molto maggiori (la popolazione generica). Dai modelli matematici dell'epidemia, elaborati dall'Osservatorio epidemiologico, si sa comunque che un'epidemia da trasmissione sessuale "para" tra non tossicodipendenti non potrebbe auto-sostenersi. Il 60% delle nuove infezioni da Hiv tra i maschi è dovuta infatti a rapporti sessuali con prostitute (in principal modo tossicodipendenti) a circa l'80% delle nuove infezioni tra le donne è dovuto a rapporti sessuali con maschi tossicodipendenti o ex-tossicodipendenti. Le priorità di prevenzione rimangono dunque concentrate sugli interventi pragmatici di riduzione del danno tra i tossicodipendenti

come suggerito anche dalla persistenza di comportamenti a rischio di infezione Hiv nei tossicodipendenti.

### **Comportamenti a rischio di infezione HIV nei tossicodipendenti a Roma**

Negli anni 1990, 1992 e 1995 sono state condotte a Roma tre indagini trasversali sui comportamenti a rischio di infezione Hiv nei tossicodipendenti. Sono stati intervistati complessivamente 487 tossicodipendenti nel 1990, 450 nel 1992 e 491 nel 1995, sia presso i Servizi Pubblici e Privati per le tossicodipendenze che "in strada". Nel 1995 il 17% degli intervistati hanno riferito di aver utilizzato una siringa già usata; tale percentuale era il 14% nel 1992 e il 24% nel 1990. La frequenza di scambio è aumentata nel tempo con una percentuale dell'81% nel 1995; tale percentuale era il 64% nel 1990 e il 63,5% nel 1992. Sebbene la maggior parte degli intervistati riferisce di pulire sempre la siringa già usata, si osserva una diminuzione di questo comportamento nel tempo (79% nel 1995 rispetto al 92% nel 1992 e al 86% nel 1990). Lo scambio di siringhe usate, è più frequente fra le donne in tutti e tre gli anni. Nel 1995 un minor numero di intervistati riferisce di avere un partner stabile non tossicodipendente: la proporzione, comunque elevata, è del 47% nel 1995; il 56% del 1990 e il 49% nel 1992. L'uso del profilattico è rimasto più o meno costante nel tempo: il 65% nel 1990, il 70% nel 1992 e il 67% nel 1995, riferiscono di non usare o usare solo occasionalmente il profilattico con il partner stabile. Al contrario, l'uso di condom con partner occasionali è aumentato considerevolmente nel tempo: il 35% degli intervistati nel 1990, il 45% nel 1992 e il 65% nel 1995 riferiscono di usare il profilattico sempre o quasi sempre con partner occasionali, sia tra gli uomini che tra le donne. La prevalenza di Hiv è del 27% nel 1990, 50% nel 1992 e 25% nel 1995.

### **Programma Integrato di Riduzione del Danno**

Il Consiglio Regionale del Lazio ha approvato all'unanimità, il Programma Integrato di Riduzione del Danno nei tossicodipendenti a Roma (DCR n. 810 del 23.9.1993), finanziandolo per 9 miliardi, per la durata di due anni su fondi vincolati Aids, coordinato dall'Osservatorio epidemiologico Regionale ai sensi dell'art. 5 della L.R. 68/88.

Il programma è destinato ai tossicodipendenti che non si rivolgono alle strutture esistenti o che abbandonano tali strutture, ed è finalizzato alla riduzione dei danni associati all'uso di droghe per via endovenosa.

Il programma è articolato in diverse componenti:

*3 Unità di Strada*, costituite da operai psico-sociali (tra i quali ex-tossicodipendenti), che contattano i tossicodipendenti di strada distribuendo loro: siringhe sterili e profilattici; trattamenti sostitutivi presso un Servizio Pubblico dedicato o una unità mobile (non ancora attiva); pronto soccorso medico per overdose ed altre emergenze; prima accoglienza diurna e notturna.

*3 centri di prima accoglienza diurna e notturna*: 1 Ser.T. di riferimento per le terapie sostitutive, sintomatiche, farmacologiche o psicologiche; 1 unità mobile di rianimazione e pronto intervento medico mirata principalmente ad assistere i casi di overdose; 1 unità mobile di terapia farmacologica sostitutiva (in via di attuazione); scambiatori di siringhe.

Nel primo anno di attività (agosto '94 - luglio '95) le tre unità di strada hanno effettuato 48652 contatti con 3024 tossicodipendenti. Delle 3024 persone contattate, 1077 dichiarano di non aver mai ricevuto prima un trattamento per la tossicodipendenza (corrispondente al 45,4% di coloro per i quali è disponibile l'informazione sul precedente trattamento). Sono state consegnate 64201 siringhe sterili, di cui 16.883 rese con un tasso di scambio del 26,3% a cui va aggiunto un totale di 10.000 siringhe scambiate attraverso le macchine scambiatrici.

Sono stati distribuiti 46.349 opuscoli informativi e 28.477 profilattici. Inoltre sono state inviate 232 persone al Ser.T. di riferimento e 469 ai centri di prima accoglienza diurni e notturni. L'unità di pronto intervento insieme alle 3 unità di strada ha effettuato 180 interventi per overdose.

Le caratteristiche dei tossicodipendenti contattati dai Ser.T. e dagli Enti Ausiliari differiscono da quelle dei tossicodipendenti contattati dalle Unità di Strada, che contattano una maggior proporzione di assuntori di droghe diverse dall'eroina (cocaina, ecstasy) e tossicodipendenti in grave stato di emarginazione (senza tetto e con recente esperienza di carcere) (vedi Tabella 1 e 2).

### **Mortalità dei tossicodipendenti**

Uno studio condotto su 4.200 tossicodipendenti arruolati presso alcuni Ser.T. di Roma tra il 1980 ed il 1988 e seguito fino al 1992, ha evidenziato un rischio di mortalità per tutte le cause rispetto alla popolazione generale dello stesso sesso ed età, circa 15 volte più alto tra i tossicodipendenti di sesso maschile e 30 volte più alto tra le femmine.

I tassi di mortalità per tutte le cause sono aumentati da 7,8 per 100 anni-persona nel biennio 1985-86 a circa 28 per 1000 anni-persona nel biennio 1991-92. Tale incremento è attribuibile in gran parte all'Aids ma, nello stesso periodo, sono aumentate anche la mortalità per overdose e

le altre cause specifiche, indicando che la mortalità per Aids si aggiunge e non compete con la mortalità per altre cause.

Sebbene più della metà dei decessi che si sono verificati nel periodo di follow-up sia dovuto ad overdose e Aids, è stato osservato un eccesso di mortalità per tutte le maggiori cause specifiche di morte (malattie infettive, malattie cardiovascolari, cirrosi, cause violente).

**Caratteristiche dei Tossicodipendenti contattati  
dalle Unità di Strada (Agosto 1994-Luglio 1995)  
dai Ser.T. ed Enti Ausiliari (Roma, 1994)**

	UDS (3024)		Ser.T. (6092)		EA (1577)	
	n.	%	n.	%	n.	%
<b>Maschi</b>	2508	82.9	4985	81.8	1310	83.0
<b>Età media (anni)</b>	(27.1)		(30.6)		(28.3)	
<b>Nazionalità non italiana</b>	314	10,3	295	4.8	43	2.7
<b>Sostanze d'uso</b>						
- solo eroina	713	23.6	3730	61.2	544	34.5
- eroina ed altro	1159	38.3	1935	31.8	808	51.2
- cannabis e alcool	315	10.4	49	0.8	4	0.3
- solo alcool	72	2.4	-	-	5	0.3
- altro	765	25.3	248	4.1	57	3.6
<b>Assunzione per via iniettiva</b>	1694	56.0	4379	71.2	1248	79.1

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

**Caratteristiche dei Tossicodipendenti  
contattati dalle Unità di Strada  
Agosto 1994-Luglio 1995**

	Unità di strada					
	1 (n.=895)		2 (n.=1568)		3 (n.=561)	
	n.	%	n.	%	n.	%
Iniziativa contatto avvicinamento effettuato dall'operatore	100	11.2	1128	71.9	59	10.5
Avvicinamento effettuato dall'utente	735	82.1	419	26.8	463	82.5
Età media (anni)	(28.5)		(25.6)		(30.5)	
Nazionalità non italiana	244	27.3	65	4.2	5	1.0
Senza alloggio	336	37.5	118	7.5	14	2.5 *
Nessun trattamento precedente	1694	56.0	4379	71.2	1248	79.1 *
Carcere	408	45.6	598	38.1	46	8.2 *
Eroina	694	77.5	870	55.5	308	54.9
Cocaina	137	15.3	563	35.9	11	2.0
Barbiturici	281	31.4	354	22.6	29	5.2
Ecstasy	35	3.9	334	21.3	13	2.3
LSA	22	2.5	268	17.8	2	0.0

\* &gt; 40% dato mancante

**Relazione sullo stato di attuazione dei progetti finanziati sul fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga.**

Dei finanziamenti relativi agli anni finanziari 1990, 1991, 1992, 1993 è stato possibile utilizzare soltanto i fondi dei primi due anni, non essendo gli altri stati trasferiti alla Regione

I fondi stanziati per l'anno 1991 sono stati interamente impegnati per una serie di corsi di formazione e di aggiornamento professionale del personale dei Ser.T. e degli Enti Ausiliari coordinati dalla Associazione SAMAN, che termineranno entro luglio 1996, rivolti ad operatori dei Ser.T. e degli Enti Ausiliari. I corsi hanno sviluppato e svilupperanno i seguenti temi:

- Sistemi di sorveglianza per le tossicodipendenze
- Metodologie organizzative per le Unità di Strada
- Strategie e metodi di approccio per gli operatori impegnati in unità di prima accoglienza
- I Servizi di assistenza per le tossicodipendenze, loro integrazione; il sistema di rete
- Analisi del ruolo degli operatori dei Ser.T.
- L'infezione Hiv nei tossicodipendenti
- Strategie di intervento per la tossicodipendenza
- Epidemiologia delle tossicodipendenze
- Tossicodipendenza ed infezione Hiv nelle carceri

I fondi stanziati per l'anno 1992 sono stati assegnati direttamente alle U.S.L. del Lazio e agli Enti Ausiliari per la formazione del personale dei Ser.T. e degli Enti Ausiliari nel campo della prevenzione dell'Aids e dei programmi di riduzione del danno nei tossicodipendenti. Una parte del finanziamento è stata utilizzata per organizzare un Corso di specializzazione in epidemiologia delle tossicodipendenze per operatori dei Ser.T. e degli Enti Ausiliari.

**Regione ABRUZZO****Quadro Normativo Regionale**

- A) *Legge Regionale 21 luglio 1993, n. 28*: "Disciplina delle attività di prevenzione e di recupero dei soggetti in stato di tossicodipendenza, in attuazione del T.U. delle Leggi in materia di tossicodipendenza 9.10.1990, n. 309. Istituzione dell'Albo Regionale degli Enti Ausiliari".
- B) *Legge Regionale 25 ottobre 1994, n. 72*: "Piano Sanitario Regionale 1994-1996" Il P.S. è stato adottato conformemente ai Decreti Legislativi 502/92 e 517/93.
- C) *Il P.S.R. 1994-96* contiene, al suo interno, il Progetto Obiettivo "Prevenzione, cura e recupero delle tossicodipendenze e interventi in materia di alcooldipendenza"  
Vengono recepiti, dal P.O. del P.S.R., le indicazioni dei vari Organismi interregionali e nazionali e internazionali, in particolare:
- Il punto 34 e il punto 35 del Programma di Azione Globale adottato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 23 febbraio 1990;
  - La Dichiarazione Politica del Vertice Mondiale sulla Riduzione della Domanda di Sostanze Stupefacenti, tenutosi a Londra nell'aprile 1990;
  - La Dichiarazione Politica della Conferenza Straordinaria dei Ministri del Gruppo Pompidou in seno al Consiglio d'Europa tenutosi a Londra nel maggio 1989.

Il P.S.R. prevede la riorganizzazione dei Servizi per le Tossicodipendenze con il perseguimento, fra l'altro, attraverso un trattamento multimodale e ove possibile integrato, dei seguenti obiettivi:

- 1) L'abolizione dell'uso di droghe. Ove questo obiettivo non fosse immediatamente perseguibile si considera l'obiettivo intermedio della riduzione dell'uso di droghe al fine:
  - di ridurre il rischio di overdose, AIDS, epatite;
  - di operare per rendere possibile il perseguimento dell'obiettivo primario.
- 2) Il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria per le patologie correlate;
- 3) Il miglioramento della qualità della vita del tossicodipendente.

Il trattamento multimodale, che permette di adottare il programma terapeutico alle esigenze del singolo paziente, si raggruppa indicativamente in tre filoni principali che si integrano fra di loro:

- Indirizzo farmacologico, con la possibilità di usare farmaci antiastinenziali, anticraving, sostitutivi ed antagonisti;
- Indirizzo psicoterapeutico;
- Indirizzo socio-riabilitativo, con trattamento residenziale o meno.

Sono stati previsti moduli formativi centrati, in virtù di una logica progettuale e non basate essenzialmente sulle prestazioni, soprattutto sui seguenti aspetti:

- Programmazione, ovvero individuazione degli obiettivi di un Servizio;
- Sistema informativo, inteso come maturazione di una cultura che faccia comprendere l'importanza degli strumenti adottabili per raggiungere l'obiettivo prescelto;
- Valutazione degli interventi intrapresi;
- Capacità di interazione interprofessionale ed interistituzionale.

D) *La Legge Regionale per l'Albo degli Enti Ausiliari* è la n. 28 del 21 luglio 1993;

E) *La Legge Regionale per le Cooperative Sociali* è la n. 85 dell'8 novembre 1994;

F) *La Legge Regionale per il Volontariato* è la n. 37 del 12 agosto 1993.

### **Modello organizzativo**

G) *Gli atti istitutivi dei Ser.T.* hanno previsto il loro inserimento come Servizio specifico della U.S.L., dotato anche di una propria struttura amministrativa, localizzato in ambito sovradistrettuale all'interno del Dipartimento per le Dipendenze, con la presenza di un Ser.T. ogni 100.000 abitanti.

I Ser.T. previsti e funzionanti sono 11 con la seguente dislocazione territoriale:

U.S.L. Avezzano-Sulmona	2 Ser.T.	(Avezzano e Sulmona)
U.S.L. Chieti	1 Ser.T.	(Chieti)
U.S.L. Lanciano-Vasto	2 Ser.T.	(Lanciano e Vasto)
U.S.L. L'Aquila	1 Ser.T.	(L'Aquila)
U.S.L. Pescara	2 Ser.T.	(Pescara e Popoli)
U.S.L. Teramo	3 Ser.T.	(Giulianova, Nereto e Teramo)

**Personale Ser.T.**

- A) Il personale previsto ammonta complessivamente a 139 unità.
- B) Il personale effettivamente impegnato alla data del 31.12.1995 è composto da 111 unità (24 medici, 22 assistenti sociali, 18 psicologi, 17 infermieri professionali, 6 sociologi, 8 assistenti sanitari, 6 amministrativi, 7 altro personale)

**Strutture Semiresidenziali pubbliche**

Non esistono specifiche strutture semiresidenziali pubbliche con personale apposito anche se, all'interno dei Ser.T., viene garantita un'attività riconducibile a quella di tali strutture.

**Strutture Residenziali Pubbliche**

È funzionante un'unica struttura residenziale pubblica, con 7 operatori di varie qualifiche, con 30 utenti in carico.

**Strutture Residenziali Private (Comunità terapeutiche)**

All'Albo Regionale degli Enti Ausiliari sono iscritte, ai sensi della L.R. 28/23, 14 Enti.

Sono operanti 13 Strutture residenziali (Comunità terapeutiche) e 5 strutture semiresidenziali per un totale di n. 230 operatori (a tempo pieno e a tempo parziale). Non sono disponibili i dati aggiornati al 31.12.1995 circa il numero degli utenti e il numero del personale.

**H) Atto di intesa con il Ministero di Grazia e Giustizia - Intervento nelle carceri**

L'Atto di intesa con il Ministero di Grazia e Giustizia e intervento nelle carceri è stato recepito e sono state date indicazioni alle UU.SS.LL.

Sono in corso di adozione le Convenzioni tra le Direzioni degli Istituti Penitenziari e le Unità Sanitarie Locali competenti per territorio.

In media sono presenti ogni giorno nelle carceri ubicate nella Regione Abruzzi circa 1.670 detenuti, di cui molti con problemi di uso/abuso di sostanze stupefacenti.

Interventi specifici e pluridirezionali sono previsti all'interno e in rapporto al carcere con i Ser.T., nel rispetto delle competenze istituzionali e professionali, tenendo costanti i seguenti obiettivi:

- evitare il fenomeno dell'abbandono del tossicodipendente in carcere;

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- evitare o almeno ridurre i danni fisici e morali che lo stato di tossicodipendenza in carcere produce o comporta;
- garantire l'opportunità di ingresso in un percorso terapeutico.

Tali obiettivi si esplicano attraverso varie funzioni atte ad informare tutti i detenuti che dichiarano di far uso/abuso di sostanze stupefacenti sulla presenza dei Servizi in carcere, garantendo la continuità terapeutica, assicurando risposte adeguate e promuovendo attività di educazione e promozione della salute relativamente alle patologie correlate alla tossicodipendenza

1) *Strategie adottate*

Nelle linee attuative del P S R, sono richiamati i seguenti obiettivi:

1. Sviluppare e rafforzare un sistema di Servizi, pubblici e del privato sociale, che costituisca punto di riferimento reale per tutti coloro che hanno problemi legati all'uso e/o abuso di sostanze stupefacenti e che sia in grado di rispondere, o concorrere a rispondere, o facilitare la risposta ai bisogni espressi da soggetti che si rivolgono ai Servizi stessi.
2. Sviluppare e rafforzare un sistema di Servizi in grado di conoscere i molteplici aspetti della dipendenza da sostanze, nei modi e nelle forme in cui si sviluppa in generale e in ambito territoriale, e in grado di cogliere tempestivamente le trasformazioni e i cambiamenti del fenomeno.
3. Sviluppare e rafforzare un sistema di Servizi in grado di informare e sensibilizzare sull'andamento della dipendenza da sostanze, e in grado di incidere sulla rappresentazione sociale del fenomeno
4. Attivare tutte le risorse presenti sul territorio, che in forma coordinata ed integrata, promuovano concretamente azioni di prevenzione volte alla conquista e/o consolidamento del benessere fisico, psicologico e sociale della popolazione di riferimento.

Attraverso la rete dei Servizi Pubblici riorganizzati, del privato sociale e del volontariato si attuano strategie specifiche in relazione alle diverse aree:

- Interventi nella dipendenza da sostanze (osservazione diagnosi);
- Interventi di sostegno a terapia psicologica;
- Interventi socio-educativi e di prevenzione (primaria, secondaria e terziaria).
- Interventi medico-farmacologici;
- Prevenzione e trattamento infezioni HIV;
- Dipendenza da alcool;

---

**XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI**

---

- Interventi semiresidenziali e residenziali;
- Attività di monitoraggio e di valutazione e verifica;
- Interventi nelle carceri.

Inoltre saranno previsti, in aggiunta al Gruppo di Lavoro già esistente (del. G.R. n. 5182 del 20.9.1993) un Gruppo Tecnico Consultivo Regionale e un Coordinamento Tecnico Territoriale.

**L) Sistema informativo**

Allo stato attuale il riferimento è al Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Sanità, sia per i Ser.T. che per gli Enti Ausiliari.

È prevista una informatizzazione dei Servizi ed una attività di monitoraggio, di epidemiologia e di ricerca nonché una valutazione e verifica di efficacia degli interventi.

**M) Attuazione e risultati iniziative finanziate dal Fondo Nazionale**

Dell'Attività di formazione e aggiornamento, previste nei corsi realizzati, hanno usufruito gli operatori del Servizio Pubblico e del privato sociale. Sono previste anche iniziative di formazione integrata pubblico-privato sociale, in parte già avviate.

In merito a progetti di prevenzione e reinserimento adottati dagli Enti Locali e dagli Enti Ausiliari, dalle cooperative sociali e dal volontariato finanziati con il Fondo Nazionale non esiste una mappa di rilevazione. Per i progetti relativi agli anni 1990-91-92-93. Per il 1994-1995 le Regioni, come è noto, hanno ricevuto copia dei Progetti presentati dagli organismi predetti.

**N) Collegamento di iniziative internazionali**

Allo stato attuale non vi è stato alcun collegamento con iniziative internazionali.

**O) Incidenza del volontariato nel settore**

Con la presenza di 14 Enti Ausiliari (con diverse sedi) si registra un'incidenza costante negli ultimi anni del Volontariato.

Alcune richieste sono pervenute nell'ultimo anno e sono attualmente in esame per la verifica dei requisiti di legge.

**Problemi generali aperti**

Alcuni problemi riguardano il non completamento degli organi dei Ser.T., soprattutto per quanto attiene certe figure professionali. Inoltre, con l'adozione del P.S.R. e la

riorganizzazione delle U.S.L. in Aziende U.S.L. (da 15 a 6) vi sono delle difformità nel territorio regionale in relazione alla presenza dei Ser.T..

**Proposte migliorative**

È stato predisposto un piano denominato "Linee attuative del Piano Sanitario Regionale sulla prevenzione, cura e recupero delle tossicodipendenze e alcooldipendenze" articolato dettagliatamente nei diversi ambiti di intervento.

**Regione CAMPANIA****Quadro Normativo Regionale**

- A) *Legge Regionale istituzione Ser.T.:* L.R. n. 1/88 – D.G.R. n. 86/91
- B) *Piano Sanitario Regionale (con riferimenti precisi in materia. Precisare se è già stato adottato o in corso di adozione dopo i DD Lgs vi 502/92 e 517/93):* L.R. n. 32/94
- C) *Progetto Obiettivo specifico per il settore (indicare, ove esistente, per punti, gli obiettivi ed altri aspetti significativi, eventuali risorse finalizzate):* .....
- D) *Legge per Albo Enti Ausiliari:* D.G.R. n. 62450 del 27.10.93 e n. 842 del 21.2.94
- E) *Legge per Coop. Sociali:* .....
- F) *Legge per Volontariato:* ....

**Modello organizzativo**

- G) *Modello delineato dalle Leggi Regionali nel settore (descrivere è inserito il Ser.T., ad es. se è servizio autonomo o all'interno di altre strutture o servizi: dipartimento dipendenze, attività sanitarie di comunità, con articolazioni zonali, distrettuali di circa ..... mila abitanti, ecc. ); vedere Allegato n.1.*
- Ser.T. previsti: n. 50; e funzionanti: n. 40 + 1 sovradistrettuale
  - Personale previsto: 1072; e effettivamente impegnato: 633
  - Strutture semiresidenziali pubbliche (attività diurna strutturata: centro diurno, day hospital, centro accoglienza a bassa soglia, centro crisi, ecc.): n. 2; utenti n. 60; personale impegnato n.28.
  - Strutture residenziali pubbliche: n. 1; utenti n. 6; personale n. 4.
  - Strutture residenziali private (Comunità terapeutiche): n. 17; utenti n. 345; personale n. 192.
  - Altro (definire): .....
  - Spesa per rette: L. 19.410.000
  - Problematiche rilevate (con particolare riferimento al riordino del S.S.N.): .....

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- H) *Atto di intesa con il Ministero di Grazia e Giustizia - Intervento nelle carceri (indicare se è stato recepito): Non recepito.*
- *Convenzioni esistenti: n. 4; (strutture a custodia attenuata attivate: .....)*
  - Detenuti tossiciti negli Istituti Penitenziari della regione: .....*
  - Problemi rilevati nel modello organizzativo di intervento negli Istituti Penitenziari (personale tipo di collaborazione): .....*
- I) *Strategie Adottate (indicare se ci sono indicazioni strategiche definite, tipo riduzione del danno interventi a bassa soglia ecc.): E: .....*
- L) *Sistema Informativo: no*  
*per Set T: .....*  
*per Enti Ausiliari: .....*  
*(indicare per entrambi se esiste e come è organizzato - rilevazione dati utenza - monitoraggio attività, cartella clinica regionale - osservatorio regionale)*
- M) *Attuazione e risultati iniziative finanziate dal Fondo Nazionale*  
*Formazione ed aggiornamento (esplicitare chi ha usufruito dell'attività e corsi realizzati):*  
*Attività per operatori del Servizio Pubblico: .....*  
*Attività per operatori del privato sociale: .....*  
*Attività integrata pubblico-privata sociale: .....*  
*- Altre iniziative ed attività: .....*  
*- Progetti di prevenzione e reinserimento adottati dagli Enti Locali e dagli Enti Ausiliari, dalle coop. sociali, dal volontariato finanziati con il Fondo Nazionale (indicare se sono conosciuti, rilevati, monitorati): .....*
- N) *Collegamento ad iniziative internazionali (indicare quali): .....*
- O) *Incidenza del volontariato nel settore: .....*

**Problemi generali aperti** .....

**Proposte migliorative** .....

**Legge Regionale 32/94***9. Area di coordinamento tossicodipendenze*

È importante sottolineare che la tossicodipendenza è un fenomeno in espansione non solo numerica, ma soprattutto relativamente alle più ampie problematiche connesse di salute pubblica (*diffusione delle malattie infettive e dell'HIV*) e sociale (*microcriminalità*).

I principi e le funzioni generali dell'Area Tossicodipendenze sono omologhi a quelli delle altre Aree. Nello specifico, oltre le funzioni già definite nell'allegato D.L.R. 32/94, l'Area deve:

- operare in coordinamento con medici di medicina generale prescrittori, con riferimento alla circolare regionale n. 20 del 30.9.1994 in collegamento con il Dipartimento Assistenza Sanitaria;
- garantire il ricovero per la disintossicazione dei soggetti che presentano problematiche mediche particolari, in collegamento con i presidi ospedalieri e le AA.OO.;
- contribuire alla istituzione dei C.I.C. nelle scuole secondarie superiori, ai sensi T.U. 309/90, con funzioni di agenzia formativa ed educativa, in collegamento con la Commissione per l'Educazione alla Salute dell'ASL;
- assicurare interventi finalizzati alla prevenzione delle malattie infettive, collegate agli stati di consumo di droghe, con particolare riferimento alla diffusione dell'HIV;
- garantire, all'interno anche degli interventi di riduzione del rischio e del danno, la definizione e l'attuazione dei percorsi terapeutici, privilegiando interventi per programmi e per progetti;
- gestire le strutture intermedie semiresidenziali, i centri diurni e le strutture residenziali, ove presenti;
- assicurare l'orientamento della domanda e la funzione di filtro per l'ingresso nelle comunità terapeutiche;
- inviare gli utenti nelle comunità terapeutiche, verificare e controllare gli Enti Ausiliari ai sensi del D.M. 19.2.1993;
- garantire l'assistenza ai detenuti tossicodipendenti negli Istituti di pena.

Tra i compiti della U.O. Tossicodipendenze-Ser.T. rientrano anche le attività di profilassi delle malattie infettive e diffusive, controllo dei fattori di rischio presenti, il trattamento diagnostico, curativo e riabilitativo delle condizioni morbose e delle inabilità in sede sia ambulatoriale che territoriale, a favore dell'utenza tossicodipendente.

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Per questi aspetti l'U.O. lavora in raccordo funzionale con l'U.O. Prevenzione Collettiva e con il Dipartimento di Prevenzione. Pertanto, le UU.OO. esplicano i seguenti compiti:

- sorveglianza dell'andamento delle malattie infettive per le quali la tossicodipendenza per via endovenosa costituisce un rischio specifico;
- sorveglianza sieroepidemiologica della diffusione dell'infezione da virus epatici b e c;
- sorveglianza sieroepidemiologica delle infezioni da HIV;  
verifica dell'adesione al trattamento anti-TBC;
- sorveglianza sieroepidemiologica e clinica della malattie sessualmente trasmesse;
- vaccinazioni anti-HBV;
- la distribuzione dei profilattici;  
la distribuzione di siringhe;  
trattamenti con farmaci sostitutivi,
- offerta attiva di: test HIV (Elisha 2 e WB); Markers epatici; IDR Mantoux; VDRL (+ test conferma);  
formulazione di un protocollo per collegamenti funzionali e consulenze con le altre unità specialistiche compreso il trattamento antivirale - Azt - che seguirà le indicazioni regionali;
- monitoraggio della sopravvivenza.

Le AA.SS.LL. dovranno opportunamente programmare le attività socio-riabilitative nel loro complesso, prevedendo la localizzazione, l'utilizzazione, le modalità di gestione e di coordinamento delle stesse, ivi compresi gli interventi di riduzione del danno (macchinette scambia-siringhe, distributori di preservativi, ecc. )

Le Strutture Intermedie Semiresidenziali - centri diurni, oltre a fornire un'area per l'attuazione del progetto riabilitativo, con la gestione della "quotidianità", vanno intesa come logica continuazione del lavoro sanitario ed in forte integrazione con l'attività ambulatoriale.

In questo contesto si devono prevedere i programmi di inserimento formativo, lavorativo ed occupazionale, anche in riferimento alla disciplina delle cooperative sociali L. 381/91.

Ogni U.O. che non realizza nel programma in proprio strutture semiresidenziali, può servirsi di quelle dell'Area, in accordo con il responsabile della U.O. che gestisce direttamente la struttura. Gli interventi riabilitativi possono avvalersi del volontariato sociale, ma anche di gruppi di pazienti in fase avanzata di recupero, di operatori, del mondo del lavoro.

Ogni U.O. presenta annualmente al Coordinatore dell'Area, tra l'altro, la programmazione specifica della funzione riabilitativa.

Per quanto riguarda le Strutture Residenziali si rimanda a quanto precedentemente detto, tenendo conto però della specificità dei bisogni dei tossicodipendenti. Sarà necessario

prevedere piccole strutture a breve e media residenzialità, finalizzata a rispondere a bisogni diversi (ad es. superamento di una crisi nel percorso terapeutico).

Talvolta, per alcuni pazienti, è necessario prevedere l'allontanamento dal nucleo familiare ed un trattamento residenziale di breve periodo.

L'esperienza di piccole strutture di 6-8 posti letto ha messo in evidenza la possibilità di una utilizzazione flessibile ed un interscambio con le risorse del territorio e della persona, familiari o amici.

L'équipe dell'U.O. nel caso rileva l'opportunità di inviare il paziente tossicodipendente presso una comunità terapeutica, dovrà individuare un progetto terapeutico individualizzato che tenga conto anche delle motivazioni espresse dal soggetto, attenendosi a quanto previsto dalle direttive nazionali in materia ed utilizzando gli Enti Ausiliari.

A tale scopo l'U.O. provvede:

- ad informare ed orientare l'utente tra le varie tipologie di comunità;
- a filtrare la domanda;
- a valutare l'idoneità del programma in relazione alla soddisfazione dei bisogni terapeutici e delle aspettative del paziente;
- ad adottare tutti gli strumenti tecnici finalizzati all'ingresso in comunità terapeutica;
- a istituire le procedure amministrative per l'impegno di spesa per le comunità terapeutiche convenzionate;
- a valutare periodicamente l'andamento del percorso terapeutico durante le varie fasi del trattamento;
- a collaborare con la comunità terapeutica nella gestione di una crisi nel corso del programma;
- a valutare i criteri di dimissioni del soggetto, attivando anche interventi integrati nella fase dell'inserimento sociale.

La L. 162/90, il T.U. 309/90 e successive integrazioni, D.P.R. 222/93 e successive integrazioni sono stati recepiti dalle linee di indirizzo dell'11.12.1992 in materia di prevenzione, cura e riabilitazione dei detenuti tossicodipendenti e alcool dipendenti coinvolti nell'area penale.

Il D.S.M. 444/90 istitutivo dei Ser.T. sul territorio nazionale ha previsto, inoltre, l'incremento di organico qualora provveda a stipulare convenzioni con Case Circondariali territorialmente competenti. Sembra pertanto opportuno provvedere quindi a sottoscrivere le convenzioni tra gli Istituti Penitenziari e le A.A.S.S.LL.

L'équipe che dovrebbe svolgere tale delicato compito deve essere composta almeno da 1 medico, 1 psicologo, 2 assistenti sociali ed 1 educatore professionale. Per realtà carcerarie in cui siano presenti molti tossicodipendenti, l'équipe va integrata con ulteriore personale.

È auspicabile una integrazione tra gli operatori Ser.T. individuati per svolgere tali compiti e gli operatori dell'Amministrazione penitenziaria.

È necessario prevedere un coordinamento tra Ser.T. territorialmente competente sul carcere e Ser.T. competente sull'utente ristretto, al fine di garantire continuità della prestazione informativa sulla procedura ed interventi congiunti preliminari all'atto del dispositivo giudiziario.

Le UU.OO. possono definirsi U.O. - Ser.T. solo se svolgono tutte le funzioni di cui all'allegato D, L.R. 32/94.

La U.O. - Ser.T. ha una sede centrale che va individuata nel Distretto, in stretto collegamento con gli altri presidi territoriali.

La U.O. - Ser.T. può essere distrettuale ed interdistrettuale.

L'U.O. - Ser.T. è dotata di una équipe unica - mobile - che si disloca nei Distretti di competenza in UU.OO. secondo le modalità specificate in un piano redatto dal responsabile dell'U.O., d'intesa con l'équipe degli operatori. Tale piano dovrà indicare, sulla base dello schema allegato, le modalità di funzionamento e collegamento delle UU.OO. con le UU.OO. - Ser.T., in modo da garantire l'unitarietà dell'intervento dal primo contatto al programma di disintossicazione, a quello socio-riabilitativo e di reinserimento sociale.

Nel piano si dovrà indicare anche, sulla base dello schema allegato, gli obiettivi in relazione ai livelli di assistenza, le modalità di funzionamento e le valutazioni utilizzate per determinare l'organizzazione programmata, anche in riferimento alle risorse ed ai presidi disponibili.

Nei casi in cui le UU.OO. - Ser.T. devono servire un territorio articolato in più distretti con scarse vie di comunicazione e che presenti bassa densità di popolazione, i coefficienti di cui all'allegato D in riferimento alle funzioni specifiche possono essere anche ridistribuiti, fermo restando il livello di assistenza.

Il Responsabile dell'U.O. Tossicodipendenze-Ser.T. è individuato ai sensi del D.M.S. 444/90.

**Schema del Piano dell'Area di Coordinamento Tossicodipendenze Ser.T.**

- a) Operatori:
- numero complessivo
  - qualifiche professionali
- b) Strutture:
- numero
  - tipologie per funzioni (*sanitarie: ambulatorio, day hospital ecc.; strutture intermedie: centro diurno, comunità terapeutiche ecc.*)
- c) Livelli di assistenza programmati
- d) Caratteristiche del territorio di competenza in relazione a:
- presenza di Istituti di pena per adulti e/o minori specificando il distretto corrispondente
  - presenza di comunità terapeutiche ed altri Enti convenzionati specificando i distretti corrispondenti
  - tipologie delle scuole (per ordine e grado), indicandone la distribuzione per distretto
  - le aree a rischio e di maggiore concentrazione dell'utenza
  - problemi principali ai quali l'organizzazione territoriale delle prestazioni deve far fronte.

Sulla base dei punti a), b), c) e d), il Dipartimento formulerà il proprio piano organizzativo che dovrà specificare:

- 1) quante UU.OO. distrettuali si prevede di istituire in relazione ai fabbisogni individuati ed alle risorse a disposizione;
- 2) i criteri seguiti nell'individuazione del numero delle UU.OO. e la loro localizzazione in rapporto ai distretti;
- 3) quali funzioni è in grado di garantire ciascuna U.O. e con quali operatori per numero e qualifica;
- 4) le attività riabilitative che si intende realizzare definendo:
  - le tipologie (*interventi di rete, di strade, strutture semiresidenziali/residenziali*);
  - le modalità di integrazione e collegamento con gli interventi sanitari e di disassuefazione;
  - altri progetti socio-riabilitativi rivolti a categorie a rischio per i quali viene proposta la somministrazione di metadone colidrato;
  - progetti di riduzione del danno o comunque orientati all'utenza sommersa;

- progetti di counseling, self help, orientati specificamente alla problematica della sieropositività e dell'AIDS;
- convenzioni con Enti del privato sociale;
- 5) i rapporti con gli Istituti di pena per gli utenti di competenza che sono soggetti a misure detentive o alternative alla detenzione;
- 6) i collegamenti con i medici di base per la somministrazione agli utenti di metadone consolidato;
- 7) progetti preventivi con le scuole e la popolazione;
- 8) le funzioni e i progetti interdistrettuali.

**Regione MOLISE**

La Regione Molise con L. R. 8 giugno 1992 n. 18 riguardante "Interventi sociali e sanitari per la prevenzione delle tossicodipendenze e dell'alcolismo e per il trattamento dei soggetti che fanno uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e psicotrope" ha individuato nei Ser.T. le strutture di riferimento delle UU.SS.LL. per i tossicodipendenti e per le loro famiglie, attribuendo agli stessi i compiti previsti dal decreto ministeriale n. 444/90.

Il numero dei Ser.T. previsti sono sei: uno per ciascuna U.S.L.

Tuttavia con la L. R. n. 2 del 13.1.95 sono stati ridimensionati gli ambiti territoriali ed istituite n. 4 UU.SS.LL.; di conseguenza la Regione si accinge a mettere a punto gli interventi ritenuti necessari per unificare a livello di ciascuna U.S.L. i servizi di che trattasi, tenendo in ogni caso presente che in alcune UU.SS.LL. gli organici non erano attivati a regime ai sensi del D.M. 444 del 30.11.90.

La dotazione organica di ciascun Ser.T. è quella riportata dalla tab. 1 allegata al D.M. 30.11.90, n. 444 dimensionata in relazione all'ipotesi di "bassa utenza".

Il personale effettivamente in servizio consiste in 33 unità di cui 11 presso la U.S.L. di Isernia, 11 presso la U.S.L. di Campobasso, 11 presso la U.S.L. di Termoli più 9 assunti presso la U.S.L. di Agnone a tempo determinato.

Nella ipotesi del Piano Sanitario Regionale '96 - '98, in fase di definizione, il Ser.T. è struttura operativa inserita nell'Area funzionale delle attività territoriali, mentre lo strumento organizzativo è il Dipartimento delle dipendenze con il compito di coordinare funzionalmente le unità operative interessate, il tutto nella strategia programmatica di coinvolgere in modo sinergico più strutture per la realizzazione delle azioni di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento dei soggetti interessati.

Ai sensi del definendo Piano Sanitario Regionale, l'efficacia dell'intervento programmatico nel settore di cui trattasi, sarà valutato sulla base di determinati elementi che verranno evidenziati dal sistema informativo delle Aziende UU.SS.LL.

Allo stato attuale i Ser.T., tra i propri compiti istituzionali, curano anche i rapporti con gli Istituti Penitenziari della Regione che rientrano nel proprio ambito territoriale mediante apposite convenzioni con il Ministero di Grazia e Giustizia e nel rispetto delle normative vigenti per la cura e la riabilitazione dei detenuti tossicodipendenti che, per l'anno 1995, risultano essere complessivamente di n. 190 di cui n. 58 a Isernia, n. 63 a Campobasso, n. 69 a Larino.

Per quanto attiene il privato si precisa che la Regione ha disciplinato il volontariato con apposita L.R. n. 3 del 1995; ha invece, con atto deliberativo n. 370 del 10 marzo 1993, regolamentato l'iscrizione all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali.

Per quanto riguarda in particolare l'Albo degli Enti Ausiliari di cui all'art. 116 del D.P.R. 309/90, lo stesso è stato istituito con Legge Regionale n. 18/92 e con atto deliberativo n. 5288 del 9 novembre 1992. La Giunta Regionale con atto deliberativo n. 4304 dell'11.11.1993 ha altresì recepito l'Atto di Intesa Stato - Regioni, per la definizione dei criteri e delle modalità per l'iscrizione degli Enti Ausiliari che gestiscono strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale di tossicodipendenti nell'Albo di cui sopra.

All'Albo di cui trattasi sono state iscritte, secondo i criteri e le modalità dell'Atto di Intesa n. 3 strutture residenziali (Comunità Terapeutiche) con capienza n. 38 e personale n. 19.

- 1) struttura operativa "La Valle" di Toro (CB), gestita dalla "Cooperativa Comunità Terapeutica Molise" con capienza n. 11 e personale n. 5,
- 2) struttura operativa "Girasole" di Rotello (CB) con capienza n. 15 e personale n. 5,
- 3) struttura operativa "Il Noce" di Termoli (CB) con capienza n. 12 e personale n. 4, gestita dall'Associazione Faced.

La Giunta Regionale con atto deliberativo n. 3130 del 25/7/1994 ha recepito l'accordo Nazionale per la definizione delle rette e con successivo provvedimento n. 4825 del 26/10/1994 ha stabilito in L. 37.000 la spesa per la retta da erogare alle 3 strutture citate, che sono convenzionate con le U.S.S.LL. competenti, ai sensi del D.M. 19/2/93.

Nel '95 è stato previsto un fondo regionale per l'attivazione da parte dei Ser.T. di interventi, in collaborazione anche con altri Enti, di riabilitazione, reinserimento sociale di tossicodipendenti ed alcolisti, nonché per le attività di prevenzione e di analisi delle cause di disagio familiare e sociale che, a livello locale, favoriscono il disadattamento e l'evasione scolastica.

Per quanto attiene il sistema informativo, la rilevazione dei dati riguardanti la utenza e l'attività dei Ser.T. e degli Enti Ausiliari è attuata mediante le apposite schede di rilevazione ministeriali che pervengono all'Osservatorio epidemiologico presso l'Assessorato alla Sanità.

Per le iniziative relative al Fondo Nazionale per la lotta alla droga, nel 1995 la Regione Molise ha proposto al competente Dipartimento degli Affari Sociali i seguenti Progetti:

- 1) Corso di formazione per operatori di prevenzione relativo all'anno 1995;
- 2) Corso di formazione di Terapia familiare ed intervento sistemico.

Per quanto riguarda infine i progetti di prevenzione e reinserimento adottati in passato dagli Enti Locali, dagli Enti Ausiliari, dalle Cooperative Sociali e dal volontariato con il "Fondo

Nazionale di intervento per la lotta alla droga", la Regione ha attivato un lavoro di ricognizione per conoscere quanto è stato in merito attuato nell'ambito del Territorio regionale, tenuto conto che in passato la presentazione dei progetti di che trattasi, com'è noto, avveniva senza il coinvolgimento diretto dell'Ente Regione.

**Regione BASILICATA****Quadro Normativo Regionale**

- A) *Legge Regionale istituzione Ser.T.*: Delibera Cons. Reg. n.708 del 27.10.1992
- B) *Piano Sanitario Regionale (con riferimenti precisi in materia. Precisare se è già stato adottato o in corso di adozione dopo i DD Lgs. n. 502/92 e 517/93)*: È in corso di adozione.
- C) *Progetto obiettivo specifico per il settore (indicare, ove esistente, per punti, gli obiettivi ed altri aspetti significativi, eventuali risorse finalizzate)*: Nessun progetto obiettivo specifico.
- D) *Legge per Albo Enti Ausiliari*: Delibera Cons. Reg. n. 1063 del 30.6.93
- E) *Legge per Coop. Sociali*: L.R. 39 del 20.6.93 e L.R. n. 54 del 3.11.93
- F) *Legge per Volontariato*: L.R. n.38/93

**Modello organizzativo**

- G) *Modello delineato dalle Leggi Regionali nel settore (descrivere e inserire il Ser.T. ad es. se è servizio autonomo o all'interno di altre strutture o servizi - dipartimento, dipendenze, attività sanitarie di comunità, con articolazioni zonali, distrettuali di circa ..... mila abitanti ecc. )*: Attività sanitaria di comunità con ubicazione n. 5 presso strutture ospedaliere e n. 1 sul territorio.
- Ser.T. previsti: n. 6; e funzionanti: n. 6.
  - Personale previsto: 65; effettivamente impegnato: 55.
  - Strutture semiresidenziali pubbliche (attività diurna strutturata - centro diurno, day hospital, centro accoglienza a bassa soglia, centro crisi, ecc. ) n. .... utenti n. .... personale impegnato n. ....: Nessuna struttura.
  - Strutture residenziali pubbliche n. .... utenti n. .... personale n. ....: Nessuna struttura.
  - Strutture residenziali private (Comunità terapeutiche): n.6; utenti n.120; personale n. 39.
  - Altro (definire): n. 1 comunità diurna.
  - Spesa per rette: L. 720.000.000 (circa 150 avvii).

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- *Problematiche rilevate (con particolare riferimento al riordino del S.S.N.): con l'accorpamento delle UU.SS.LL. in aziende vanno inevitabilmente riviste le piante organiche dei Ser.T.*
- H) *Atto di intesa con il Ministero di Grazia e Giustizia - Intervento nelle carceri (indicare se è stato recepito):* Recepito in pieno dalle Aziende sanitarie.
- *Convenzioni esistenti:* n. 3 con case circondariali (PZ - MT e Melfi); strutture a custodia attenuata attivate: n. 1 programmata a Irsinia (MT)
- *Detenuti tossiciti negli Istituti Penitenziari della regione:* n.75 circa su un totale di 400 detenuti
- *Problemi rilevati nel modello organizzativo di intervento negli Istituti Penitenziari (personale, tipo di collaborazione):* buoni i rapporti tra gli operatori. Qualche difficoltà sul piano amministrativo-contabile. Non vengono soddisfatte tutte le esigenze per carenza di personale
- I) *Strategie adottate (indicare se ci sono indicazioni strategiche definite, tipo riduzione del danno, interventi a bassa soglia, ecc.):* È stato predisposto un corso per operatori di strada (già finanziato).
- L) *Systema Informativo:* al momento il sistema è coordinato dall'ufficio per Ser.T. Sanità della Regione (è in fase di organizzazione l'Osservatorio Regionale) per Enti Ausiliari
- (indicare per entrambi se esiste e come è organizzato, rilevazione dati utenza, monitoraggio attività, attività clinica regionale, osservatorio regionale)*
- M) *Attuazione e risultati iniziative finanziate dal Fondo Nazionale*
- Formazione ed aggiornamento *(specificare chi ha usufruito dell'attività e corsi realizzati)*
- Attività per operatori del Servizio Pubblico: n.2 corsi congiunti (pubblico/privato) già attivati.
- Attività per operatori del privato sociale: .....
- Attività integrata pubblico-privata sociale: n.2 in fase di attuazione.
- Altre iniziative ed attività: Partecipazione (pubblico e privato) a tutte le iniziative di formazione promosse dall'Istituto Superiore di Sanità.
- Progetti di prevenzione e reinserimento adottati dagli Enti Locali e dagli Enti Ausiliari, dalla coop. sociali e dal volontariato finanziati con Fondo Nazionale *(indicare se sono conosciuti, rilevati, monitorati):* Nessun rapporto con la Regione.

N) *Collegamento ad iniziative internazionali (indicare quali):* Nessun collegamento

O) *Incidenza del volontariato nel settore:* Molto sentita la presenza del volontariato nella provincia di Potenza. Ridotta nel Materano.

### **Problemi generali aperti**

Va rivisto il ruolo dei Comuni e del privato sociale. Nel '96 le iniziative di questi ultimi devono rientrare nella programmazione regionale.

### **Proposte migliorative**

Indispensabile un'azione di coordinamento da parte della Regione.

**Regione PUGLIA****Quadro Normativo Regionale**

- A) *Legge Regionale istituzione Ser.T.:* Delibera di Cons. Reg.le n. 863 del 7.6.1994 di determinazione degli organici dei Ser.T. in esecuzione del D.P.R. 309/90 e D.M. 440/90
- B) *Piano Sanitario Regionale (con riferimenti precisi in materia. Precisare se è già stato adottato o in corso di adozione dopo i DD. Lgs.vi 502/92 e 517/93):* In fase di riordino
- C) *Progetto Obiettivo specifico per il settore (indicare, ove esistente, per punti, gli obiettivi ed altri aspetti significativi, eventuali risorse finalizzate):* Adozione del programma di formazione integrata con atto deliberativo di G.R. n. 5813 del 28.12.1993. Trasmesso alla Presidenza del Consiglio dei Ministri con nota Ass.le del 15.2.1994.
- D) *Legge per Albo Enti Ausiliari:* In fase di approvazione
- E) *Legge per Coop. Sociali:* Legge Reg.le 1.3.1993 n. 21
- F) *Legge per Volontariato:* Legge Reg.le 16.3.1994 n. 11

**Modello organizzativo**

- G) *Modello delineato dalle Leggi Regionali nel settore (descrivere è inserito il Ser.T., ad es. se è servizio autonomo o all'interno di altre strutture o servizi: dipartimento dipendenze, attività sanitarie di comunità, con articolazioni zonali, distrettuali di circa ..... mila abitanti, ecc.):* Adozione del programma di formazione integrata in parte di L. 1.588.800.000 con atto Delib. n. 4152 del 27.9.1995 trasmesso alla Presidenza del Consiglio dei Ministri con Nota Ass.le del 29.9.1995
- Ser.T. previsti: n. 112; e funzionanti: tutti (una per ogni A.U.S.L.).
  - Personale previsto: n. 438; e effettivamente impegnato: Non monitorato (in generale quasi tutti).
  - Strutture semiresidenziali pubbliche (attività diurna strutturata: centro diurno, day hospital, centro accoglienza a bassa soglia, centro crisi, ecc.): n..... ; utenti n..... ; personale impegnato n.....

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- Strutture residenziali pubbliche: n.....; utenti n.....; personale n.....
  - Strutture residenziali private (*Comunità terapeutiche*): n.....; utenti: n.....; personale n.....
  - Altro (*definire*): .....
  - Spesa per rette: L'Ass.re Reg.le alla Sanità entro il 31.10 di ogni anno, avvalendosi della commissione di cui al precedente art. 2, determina la misura, ovvero il sistema di riferimento per la copertura degli oneri.
  - Problematiche rilevate (*con particolare riferimento al riordino del S.S.N.*): .....
- H) *Atto di intesa con il Ministero di Grazia e Giustizia - Intervento nelle carceri (indicare se è stato recepito)*: Sì, Legge Reg.le "Criteri relativi alla regolamentazione dei rapporti con gli Enti Ausiliari che operano nel settore delle tossicodipendenze".
- Convenzioni esistenti: Tra Ministero di Grazia e Giustizia e Provveditorato Regionale
  - Strutture a custodia attenuata attivate: .....
  - Detenuti tossiciti negli Istituti Penitenziari della regione: .....
  - Problemi rilevati nel modello organizzativo di intervento negli Istituti Penitenziari (*personale tipo di collaborazione*): Non ancora monitorato
- I) *Strategie Adottate (indicare se ci sono indicazioni strategiche definite, tipo riduzione del danno interventi, a bassa soglia, ecc...)*: Con gli Istituti Penitenziari non sono in vigore convenzioni scadute e in corso di rinnovo. Si precisa che è in atto una stretta attività di collaborazione con i Servizi socio-sanitari dei penitenziari interessati.
- L) *Sistema Informativo*: Inesistente
- per Ser.T.: È di competenza delle A.U.S.L.
  - per Enti Ausiliari: .....
- (*indicare per entrambi se esiste e come è organizzato - rilevazione dati utenza - monitoraggio attività, cartella clinica regionale, osservatorio regionale*)
- M) *Attuazione e risultati iniziative finanziate dal Fondo Nazionale*
- Formazione ed aggiornamento (*esplicitare chi ha usufruito dell'attività e corsi realizzati*):
    - Attività per operatori del Servizio Pubblico: .....
    - Attività per operatori del privato sociale: .....
    - Attività integrata pubblico-privata sociale: sì.
  - Altre iniziative ed attività:
    - Attuazione progetti finanziati ai sensi del D.P.R. 309/90:

---

**XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI**

---

- 1) Finanziamenti ed erogazione alle A.UU.SS.LL. della quota di L. 1.300.000.000 per formazione integrata operatori Ser.T. ed Enti Ausiliari anno 1991 (Delib. di G.R. n. 5741 dell'8.8.94);
- 2) Finanziamento ed erogazione alle A.UU.SS.LL. della quota finanziaria di L. 1.650.000.000 per formazione integrata operatori Ser.T. ed Enti Ausiliari anno 1992 (Delib. di G.R. n. 8716 del 20.12.1994).

Progetti di prevenzione e reinserimento adottati dagli Enti Locali e dagli Enti Ausiliari, dalle coop. sociali, dal volontariato finanziati con il Fondo Nazionale *(indicare se sono conosciuti, rilevati, monitorati):.....*

N) *Collegamento ad iniziative internazionali (indicare quali)* Non monitorato

O) *Incidenza del volontariato nel settore:* Risultano iscritti al registro del volontariato n. 11 Enti Ausiliari, all'Albo Provvisorio Regionale risultano iscritti n. 67 Enti.

**Problemi generali aperti****Proposte migliorative**

Proposta di Legge per l'istituzione dell'Albo Regionale per gli Enti Ausiliari che gestiscono strutture per le tossicodipendenze. Formulazione delle osservazioni richieste a livello centrale a seguito di rilievi sulla proposta di Legge.

Manca qualunque riferimento ai problemi e patologie alcolcorrelate e all'AIDS, valutare se e opportuno e in quale modo inserirli.

- Disegno di Legge sulla istituzione del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche:

Avviso pubblico per finanziamento di iniziative della lotta all'A.I.D.S. tramite il volontariato.

## Regione CALABRIA

### Quadro Normativo Regionale

- A) *Legge Regionale istituzione Ser.T.*: 18 gennaio 1994 n. 6
- B) *Piano Sanitario Regionale (con riferimenti precisi in materia. Precisare se è già stato adottato o in corso di adozione dopo i DD. Leg. n. 50/292 e 517/93)*: L.R. 3,4 1995 n. 9
- C) *Progetto Obiettivo specifico per il settore (indicare, ove esistente, per punti, gli obiettivi ed altri aspetti significativi, eventuali risorse finalizzate)*: Azione programmata prevenzione e cura delle tossicodipendenze. Prevenzione, formazione, aggiornamento, riduzione del danno, istituzione unità da strada, équipe multidisciplinare integrata.
- D) *Legge per Albo Enti Ausiliari*: Delibera Giunta Regionale
- E) *Legge per Coop. Sociali*
- F) *Legge per Volontariato*

### Modello organizzativo

- G) *Modello delineato dalle Leggi Regionali nel settore (descrivere e inserire il Ser.T. sia esso servizio autonomo o all'interno di altre strutture o servizi, dipartimento dipendenze, attività sanitarie di comunità, con articolazioni zonali, distrettuali di circa ..... mila abitanti, ecc.)*
- Ser.T. previsti: n. 19; e funzionanti: n. 15.
- Personale previsto: n. 278, e effettivamente impegnato: n. 99
- Strutture semiresidenziali pubbliche (attività diurna strutturata, centro diurno, day hospital, centro accoglienza a bassa soglia, centro crisi, ecc.): n. ....; utenti n. ....; personale impegnato n. ....
- Strutture residenziali pubbliche: n. ....; utenti n. ....; personale n. ....
- Strutture residenziali private (Comunità terapeutiche): n. 21; utenti: n. 600, personale n. 134
- Altro (definire): .....
- Spesa per rette: .....
- Problematiche rilevate (con particolare riferimento al riordino del S.S.N.): .....

- H) *Atto di intesa con il Ministero di Grazia e Giustizia - Intervento nelle carceri (indicare se è stato recepito):* Solo da alcune aziende Sanitarie Locali.
- Convenzioni esistenti: .....
  - Strutture a custodia attenuata attivate: .....
  - Detenuti tossiciti negli Istituti Penitenziari della regione: .....
  - Problemi rilevati nel modello organizzativo di intervento negli Istituti Penitenziari (personale, tipo di collaborazione): .....
- I) *Strategie Adottate (indicare se ci sono indicazioni strategiche definite, tipo riduzione del danno interventi, a bassa soglia, ecc...):* Progetti, elaborati dai singoli Ser.T. e finanziati dalla Regione Calabria.
- L) *Sistema Informativo:* Rilevazione dati utenza a livello regionale
- per Ser.T.: .....
  - per Enti Ausiliari: .....
- (indicare per entrambi se esiste e come è organizzato: rilevazione dati utenza, monitoraggio attività, cartella clinica regionale, osservatorio regionale)*
- M) *Attuazione e risultati iniziative finanziate dal Fondo Nazionale*
- Formazione ed aggiornamento *(esplicitare chi ha usufruito dell'attività e corsi realizzati)*  
Attività per operatori del Servizio Pubblico: .....
  - Attività per operatori del privato sociale: .....
  - Attività integrata pubblico-privata sociale: sì.
  - Altre iniziative ed attività: n. 4 stages formativi su "Prevenzione delle T.D. e dell'AIDS in Calabria", n. 4 stages formativi su "Assistenza ai tossicodipendenti: il lavoro d'équipe".
  - Progetti di prevenzione e reinserimento adottati dagli Enti Locali e dagli Enti Ausiliari, dalle coop. sociali, dal volontariato finanziati con il Fondo Nazionale *(indicare se sono conosciuti, rilevati, monitorati):* NO.
- N) *Collegamento ad iniziative internazionali (indicare quali):* Istituzione servizio di accoglienza telefonica in collaborazione con la Fesat (Fondazione Europea Servizi Accoglienza Droga). Formazione dei formatori, Formazione degli operatori.
- O) *Incidenza del volontariato nel settore:* È in fase di strutturazione un progetto per operatori di strada con il coinvolgimento degli operatori del volontariato.

### **Problemi generali aperti**

Organici Ser.T., ubicazione dei Servizi in maniera adeguata, informatizzazione dei Servizi, valutazione degli interventi, formalizzazione dell'équipe multidisciplinare integrata.

### **Proposte migliorative**

Linee guida per tutto ciò che è inerente agli Enti Ausiliari anche in merito alla definizione delle rette

**Regione SICILIA****Quadro Normativo Regionale**

- A) *Legge Regionale istituzione Ser.T.*: Decreti assessoriali n. 94758 del 24.9.1991 e n. 233 del 29.6.1992
- B) *Piano Sanitario Regionale*: in corso di adozione.
- C) *Progetto obiettivo specifico per il settore*: Legge Regionale 21.8.1984 n. 64 "Piano contro l'uso non terapeutico delle sostanze stupefacenti o psicotrope. Primi interventi" (vedi allegato). Da parte di 70 Comuni della Sicilia sono pervenute istanze di finanziamento per la realizzazione di programmi di interventi rientranti nelle previsioni della citata Legge Regionale, e ne sono stati approvati e finanziati 25 per un totale di L. 2 miliardi e 220 milioni circa.
- D) *Legge per Albo Enti Ausiliari*: Legge Regionale 21.8.1984 n. 64
- E) *Legge per Coop. Sociali*: .....
- F) *Legge per Volontariato*: Legge Regionale 7.8.1994 n. 22 (CURS 8.6.1994 n. 28)

**Modello organizzativo**

- G) *Modello delineato dalle Leggi Regionali nel settore*: il Ser.T. è inserito nel settore Salute Mentale e tossicodipendenza.
- Ser.T. previsti: n. 52; e funzionanti: n. 47 circa (spesso con posti di organico non interamente coperti per i motivi evidenziati).  
Personale previsto: 705; effettivamente impegnato: 420.
  - Strutture semiresidenziali pubbliche: nessuna; utenti: n..... ; personale impegnato: n.....
  - Strutture residenziali pubbliche: nessuna; utenti: n..... ; personale impegnato: n.....
  - Strutture residenziali private (*Comunità terapeutiche*): n. 37; utenti: accertamenti in corso, personale: accertamenti in corso.

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Altro (*defmare*): .....

Spesa per rette: .....

*Problematiche rilevate*: necessità di procedere alla copertura di quei posti previsti negli organici dei Ser.T., finora non ricoperti anche per le limitazioni delle Leggi finanziarie.

H) *Atto di intesa con il Ministero di Grazia e Giustizia - Intervento nelle carceri*: sono state stipulate convenzioni da parte delle U.U.S.S.L.L.

Convenzioni esistenti: .....

(*strutture a custodia attenuata attivate*): .....

Detenuti tossiciti negli Istituti Penitenziari della regione: .....

Problemi rilevati nel modello organizzativo di intervento negli Istituti Penitenziari: .....

I) *Strategie adottate*: .....

L) *Sistema Informativo*

per Ser.T. Osservatorio Epidemiologico Regionale

per Enti Ausiliari: .....

M) *Attuazione e risultati iniziative finanziate dal Fondo Nazionale*

Formazione ed aggiornamento: è in fase di organizzazione un corso per gli operatori del settore, organizzato dalla Regione e finanziato dallo Stato ai sensi dell'art. 127 del D.P.R. 9/10/1990 n. 309

Progetti di prevenzione e reinserimento adottati dagli Enti Locali e dagli Enti Ausiliari, dalla coop. sociali e dal volontariato finanziati con Fondo Nazionale: vengono finanziati e realizzati senza interesse la Regione.

N) *Collegamento ad iniziative internazionali*: .....

O) *Incidenza del volontariato nel settore*: .....

### **Problemi generali aperti**

Copertura organici Ser.T.

### **Proposte migliorative**

La normativa statale dovrebbe consentire la copertura dei posti vacanti negli organici dei Ser.T., mai ricoperti, per le limitazioni previste dalle Leggi finanziarie.



MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA  
DIREZIONE GENERALE DEGLI AFFARI PENALI

MATERIALE DI DOCUMENTAZIONE SULLA LEGISLAZIONE  
IN MATERIA DI USO DELLE SOSTANZE STUPEFACENTI



## I. EVOLUZIONE DELLA LEGISLAZIONE ITALIANA IN MATERIA DI STUPEFACENTI CON RIFERIMENTO AL TRATTAMENTO RISERVATO AL CONSUMATORE.

### *1. La legge speciale del 1923 e le disposizioni del codice penale.*

In tema di stupefacenti la legislazione italiana, mentre ha costantemente previsto come reati la produzione e il traffico illecito, assoggettandoli a misure repressive e sanzionatorie mano a mano più incisive, con riferimento al trattamento del consumatore di stupefacenti ha invece proposto discipline sensibilmente differenti nel corso degli anni.

La prima disciplina degli stupefacenti si ha con la legge 18 febbraio 1923, n. 396, che si inserisce in un ambito politico-sociale in cui le caratteristiche del fenomeno erano radicalmente diverse da quelle attuali.

Il consumo di droga era considerato sostanzialmente un "vizio" che poteva rappresentare un pericolo per l'ordine pubblico. Così, ad esempio, la legge puniva il consumatore solo in quanto partecipasse ai convegni tenuti nelle c.d. fumerie o qualora venisse colto in grave stato di alterazione psichica per abuso di stupefacenti in luoghi pubblici.

La legge, inoltre, rivelava una totale indifferenza per la dimensione psico-sociale dell'uso personale degli stupefacenti, lasciando alla normativa in materia sanitaria l'intervento in chiave esclusivamente psichiatrico, a tutela dell'ordine e della moralità pubblica. Era infatti consentito il ricovero coatto in manicomio o in casa di salute del consumatore pericoloso per sé e per gli altri o di pubblico scandalo.

Il legislatore del codice Rocco assume la disciplina della materia in un'ottica codicistica, a comprova della dimostrata acquisizione che il fenomeno ha assunto un ben diverso carattere di possibile generalizzazione e durevolezza. Esso furisce plasticamente dagli ambienti chiusi delle fumerie e va bene al di là delle eccezionali ipotesi individuali di alterazioni psichiche, trattate in maniera identica (art. 93) a quelle determinate dall'ubriachezza sul piano della

imputabilità.

La disciplina tuttavia non si allontana granché da quella dettata nel 1923, - e tale circostanza viene confermata nella relazione del codice - posto che alla materia vengono dedicate solo quattro norme incriminatrici: due (art. 446 e 447) sotto il titolo dei delitti di comune pericolo mediante frode e due (artt. 729 e 730) nella sezione delle contravvenzioni concernenti la polizia sanitaria.

Merita soltanto di essere segnalato che, mentre l'individuazione delle sostanze vietate era affidata nella legge speciale ad appositi elenchi, nell'art. 444 c.p. 1930 viene rimessa all'opera interpretativa del giudice sulla base di un'ampia nozione proposta dalla norma.

## **2. La legge del 1954.**

La legge 22 ottobre 1954, n. 1041, interviene quando ormai il fenomeno del consumo delle droghe aveva già assunto dimensioni consistenti in Italia ed all'estero.

Con questa legge il consumatore di stupefacenti assume per la prima volta la qualità di "delinquente", attraverso una piena equiparazione con il produttore o lo spacciatore. La legge, infatti, prescinde completamente dalle caratteristiche soggettive, ma afferma la punibilità del consumatore in quanto tale, esclusivamente sulla base della relazione materiale con la sostanza. Nessuna distinzione viene operata tra consumatore occasionale, abituale, tossicofilo o tossicodipendente. Tale impostazione era d'altronde in ritardata esecuzione della Convenzione di Ginevra del 1936, che dettava la necessità di incriminazioni "a cascata", in maniera da evitare possibili lacune nella punizione di coloro che in qualunque modo entrassero a far parte, anche occasionalmente, del mondo della droga.

L'incremento dei reati in materia determinò all'inizio degli anni '70 una giurisprudenza - sia pure minoritaria - intesa a distinguere i consumatori dai trafficanti e dagli spacciatori, punibili tutti, secondo l'art. 6 della legge, con la reclusione da tre a otto anni e con la multa da L. 300.000 a 4 milioni. Tale tesi era favorita dall'espressione di chiusura "comunque detenga", che poteva essere tradotta non solo "drasticamente" a qualsiasi fine, ma anche "in qualsiasi

modo", lettura quest'ultima che lasciava uno spiraglio per un trattamento differenziato e benevolo del mero consumatore, specie se a fine terapeutico.

Tale giurisprudenza non fu certamente estranea alla revisione delle previsioni punitive.

### **3. La legge del 1975.**

Con la legge 22 dicembre 1975, n. 685, si verifica infatti, la svolta significativa della legislazione sugli stupefacenti, suggerita dalla Convenzione di Vienna del 1971, oltreché da quella di New York del 1961.

L'intera materia viene regolata su basi e principi nuovi, muovendo dalla fondamentale premessa che l'assuntore di sostanze stupefacenti sia un soggetto colpito da disadattamento sociale e che la dipendenza dalla droga costituisca una malattia sociale.

Conseguentemente la risposta punitiva viene ad essere considerata la meno adatta nei confronti di chi fa uso di droghe.

In sintesi il meccanismo previsto dalla normativa è il seguente:

- il sistema della disciplina penale rimane imperniato sulla incriminazione della detenzione di stupefacenti, senza operare alcuna distinzione di ordine puramente soggettivo;
- la detenzione continua a rimanere un fatto giuridicamente illecito;
- ma la legge prevede una ipotesi di non punibilità, caratterizzata da due elementi essenziali:
  - a) il primo, soggettivo, legato alla finalità dell'uso proprio non terapeutico; b) l'altro, oggettivo, costituito dalla modica quantità di sostanza detenuta;
- la causa di non punibilità può essere accertata solo in via giurisdizionale mediante un procedimento penale;
- il soggetto ritenuto modico detentore di droga non è assoggettato a pena, ma, qualora rifiuti le cure, può essere coattivamente sottoposto al ricovero ospedaliero o alle cure ospedaliere e domiciliari con provvedimento giurisdizionale.

#### **4. La legge del 1990.**

La legge del 1975 è stata sottoposta a critiche radicali, perché ritenuta inidonea a contrastare efficacemente il fenomeno della droga.

E' stato sostenuto che la maggiore responsabilità del fallimento della legge deve essere attribuito al meccanismo della causa di non punibilità collegata alla modica quantità. Si è ritenuto, infatti, che essa abbia creato una fascia di vera e propria impunità anche nell'area dell'attività di spaccio. Inoltre, si è criticata l'eccessiva larghezza con cui la giurisprudenza determinava in concreto la nozione di modica quantità e l'assenza di un preciso riferimento normativo sul punto.

Molto è stato scritto infatti sulla stessa difficoltà di identificazione della "modica quantità", dimenticandosi che il nostro legislatore rinvia spesso all'interprete la determinazione delle entità non quantificabili in via di astratta precisione (vedi, ad esempio, gli artt. 61 n.7, 62 n.4 e le varie leggi di condono edilizio).

L'introduzione della legge 26 giugno 1990, n. 163 (T.U. approvato con D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309) segna nuovamente una svolta nell'evoluzione legislativa italiana, ma questa volta in senso repressivo. Ferma restando la previsione in via generale di dare sanzioni più gravi per lo spaccio, il traffico e la produzione illegale, viene infatti eliminata la causa di non punibilità prevista dalla legge del 1975 e si afferma il divieto dell'uso personale delle sostanze stupefacenti.

Tutte le condotte collegate all'uso personale di droghe vengono però assoggettate non più alle sanzioni penali, ma alle sanzioni amministrative irrogate dal prefetto. Soltanto la reiterazione di tali condotte può portare all'irrogazione di sanzioni penali (artt. 75 e 76).

Inoltre, il consumatore di stupefacenti può evitare l'applicazione delle sanzioni (amministrative e penali) sottoponendosi ad un programma terapeutico e curativo, l'inosservanza del quale fa scattare nuovamente altre sanzioni.

Per l'individuazione dell'uso personale degli stupefacenti la legge introduce un sistema tabellare rigido, attribuendo all'amministrazione l'individuazione della dose media giornaliera

di stupefacente, la cui detenzione determina l'assoggettamento alle sole sanzioni amministrative (artt. 75 e 78). Non mancano tuttavia inevitabili riferimenti generici, come ad esempio nell'art. 73 comma 5, dove torna il concetto di "lieve entità" desumibile anche dalla quantità della sostanza rinvenuta.

### **5. Il decreto-legge n. 3 del 1993.**

La riforma del 1990 è stata fortemente criticata sin dai primi giorni di applicazione, soprattutto con riferimento al concetto di dose media giornaliera, ritenuto poco scientifico e foriero di conseguenze negative per gli stessi tossicodipendenti.

Il Governo nel gennaio del 1993 ha così emanato un decreto-legge con cui ha proposto un ammorbidimento dell'apparato sanzionatorio della legge del 1990, agendo proprio sul concetto di dose media giornaliera. Ferma restando la responsabilità amministrativa per la detenzione ad uso personale di quantità non eccedente tale dose, l'ambito applicativo delle sanzioni amministrative è stato esteso, ampliando il limite quantitativo con riferimento alla dose media.

Il decreto-legge n. 3/93 è però decaduto per mancata conversione ed il Governo non lo ha reiterato perché nel frattempo doveva avere luogo il referendum abrogativo su alcune norme della legge del 1990.

### **6. Il referendum del 1993.**

Con il referendum svoltosi il 18 e 19 aprile 1993 sono state abrogate alcune norme della legge del 1990 che caratterizzavano il nuovo sistema.

Tra le norme interessate vi è anche l'art. 72, comma 1, che proclamava il divieto dell'uso personale degli stupefacenti.

Sono state abrogate alcune disposizioni dell'art. 75, compresa quella contenente il riferimento alla dose media giornaliera, e l'intero art. 76, che prevedeva l'intervento del

giudice penale.

Inoltre, con l'abrogazione delle lettere b) e c) dell'art. 78 è stato di fatto eliminato ogni riferimento alla determinazione rigida della dose detenibile dal consumatore.

L'esito referendario ha radicalmente eliminato ogni forma di penalizzazione di condotte collegate all'uso personale di sostanze stupefacenti. Più precisamente ha lasciato integro il sistema di tutela amministrativa, azzerando i successivi passaggi che portavano il tossicodipendente inottemperante alle prescrizioni amministrative dinanzi al giudice penale.

La nozione di dose media giornaliera è stata superata ed ora il discrimine dalla condotta penalmente rilevante è costituito unicamente dalla circostanza dell'uso personale, senza alcun riferimento ad un prefissato parametro normativo. In sostanza l'uso personale potrà essere desunto da qualsiasi circostanza e non sarà legato soltanto al dato quantitativo di sostanza stupefacente detenuta.

## II. DISCIPLINA ATTUALE DEL TRATTAMENTO DEL CONSUMATORE.

### **1. Le novità della normativa a seguito degli effetti abrogativi del referendum.**

La lettura del sistema, in conseguenza delle intervenute abrogazioni, evidenzia la novità dell'approccio al problema del trattamento del consumatore di droga, rispetto alle scelte operate con la legge n. 162 del 1990.

Prima del referendum la detenzione per uso personale di stupefacenti poteva integrare, a seconda delle circostanze, un illecito sanzionato con provvedimenti di carattere amministrativo, cui poteva seguire l'irrogazione di misure e sanzioni (anche penali) inflitte dall'autorità giudiziaria, oppure il delitto previsto dall'art. 73. Il limite tra illecito amministrativo relativo al consumo e illecito penale relativo alle condotte di produzione e traffico era individuato attraverso il riferimento al concetto della dose media giornaliera, nel

senso che se la detenzione eccedeva la quantità cui tale nozione si riferiva, scattava l'illecito penale, prescindendosi da qualsiasi indagine circa la finalità della condotta; d'altra parte, la detenzione di quantità inferiori alla dose media costituiva illecito amministrativo, sempre che fosse finalizzata all'uso personale.

Oggi, invece, la detenzione di stupefacenti, se accompagnata da finalità di uso personale, costituisce sempre e solo illecito amministrativo, punito ai sensi dell'art. 75.

L'eliminazione del limite quantitativo costituito dalla dose media giornaliera e del complesso sistema di sanzioni giudiziarie, conseguenti all'inosservanza delle prescrizioni prefettizie, ha prodotto la sostanziale depenalizzazione dell'uso personale.

Si è trattato di una abolitio criminis particolare, in quanto il referendum non ha inciso direttamente su di una norma penale, ma ha prodotto l'effetto di un allargamento dell'operatività dell'illecito avente natura amministrativa (art. 75), a discapito della norma complementare che prevede un illecito penale (art. 73). In questo modo, quelle condotte che prima venivano ricomprese nella fattispecie penale di cui all'art. 73, comma 5 (ad es.: detenzione per uso personale di un quantitativo di sostanza stupefacente eccedente la dose media giornaliera), rientrano ora nell'ipotesi dell'art. 75.

L'ulteriore effetto derivante dalla abrogazione delle norme indicate è che la finalità dell'uso personale non sarà, come prima, affidata unicamente al dato meramente quantitativo della dose media giornaliera, ma potrà essere desunta da qualsiasi circostanza di fatto.

È stato osservato come l'abrogazione dell'art. 72, comma 1, contenente la declaratoria dell'illiceità dell'uso personale di stupefacenti, caratterizzi particolarmente il nuovo sistema, evidenziando l'intento di operare una netta differenziazione tra l'area del consumo, da quella di ogni altra utilizzazione di droghe.

In realtà, l'abrogazione della disposizione contenuta nella norma citata non ha inciso direttamente sulla repressione del fenomeno del consumo, che resta affidato all'art. 75, divenuto la norma cardine del trattamento sanzionatorio del consumatore.

La stessa Corte costituzionale, in sede di giudizio di ammissibilità del referendum, ha

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

precisato come la previsione dell'abrogazione del comma 1 dell'art. 72 non si ponga in contrasto con la ratio dell'iniziativa referendaria, "oggettivamente diretta a depenalizzare, ma non ad eliminare la illiceità della detenzione per uso personale delle sostanze, sì che non viene chiesta l'abrogazione delle disposizioni da cui deriva la punibilità di tali comportamenti con sanzioni amministrative". La Corte pertanto ha escluso che possa esservi "contraddizione tra il permanere della sanzione, sia pure solo di carattere amministrativo, per la detenzione di sostanze stupefacenti o psicotrope per uso personale, e l'abrogazione del divieto che ha come oggetto l'uso personale di tali sostanze, quale comportamento considerato in se stesso" (Corte cost., 4 febbraio 1993, n. 28).

In conclusione il sistema che deriva dagli effetti abrogativi del referendum può essere così sintetizzato:

- permane il divieto penalmente sanzionato di ogni attività concernente gli stupefacenti non volta all'uso personale, bensì alla destinazione delle sostanze a terzi;
- viene meno il divieto dell'uso personale non terapeutico contenuto nell'art. 72, comma 1, ma nello stesso tempo non si opta per la liberalizzazione dell'uso delle sostanze;
- il divieto delle attività di importazione, acquisto e detenzione di sostanze stupefacenti o psicotrope destinate all'uso personale viene sanzionato solo in via amministrativa, escludendo ogni penalizzazione di tali condotte;
- scompare il discrimine tra condotte di rilievo penale e di rilievo amministrativo rappresentato dal concetto di dose media giornaliera, pertanto la finalità dell'uso personale, comunque comprovata, esclude l'applicabilità di sanzioni penali e determina l'assoggettabilità delle relative condotte alle sanzioni amministrative irrogate dal prefetto.

E' stato sostenuto come gli effetti abrogativi del referendum non impongano necessariamente interventi integrativi della disciplina, in quanto anche con le profonde modifiche operate il tessuto normativo appare del tutto funzionante ed autosufficiente. In ogni caso, ogni intervento futuro dovrà tener conto della volontà espressa dal corpo elettorale, che ha inteso escludere l'eventualità che il consumatore di sostanze stupefacenti possa essere

sottoposto solo per questo fatto a sanzione penale.

In conclusione può certamente affermarsi che è stata sconfessata quella filosofia rigoristica, che in parte ha ispirato la riforma del 1990, sostenitrice della necessità di infliggere sanzioni penali anche ai consumatori di droga.

## **2. L'uso personale.**

Il referendum del 18-19 aprile 1993 ha eliminato la nozione di dose media giornaliera, cancellando uno degli elementi costitutivi della fattispecie prevista dall'art. 75 e abrogando le lettere b) e c) dell'art. 78, comma 1, che fissavano i criteri per la determinazione quantitativa.

Si è già visto come, prima del referendum, fosse proprio la nozione della dose media giornaliera a segnare il confine tra l'illecito amministrativo e l'illecito penale, nel senso che la detenzione di quantità in eccesso rispetto al limite indicato integrava automaticamente l'illecito penale, mentre la detenzione di quantità di stupefacente inferiore, qualora finalizzata ad un uso personale, costituiva illecito amministrativo.

La modifica conseguente agli esiti del referendum ha in realtà apportato profondi ed incisivi cambiamenti all'impianto della legge, in un aspetto, poi, particolarmente caratterizzante, che rappresentava il superamento della normativa del 1975, in materia di trattamento del consumatore di stupefacenti.

Attualmente, infatti, la finalità dell'uso personale continua a segnare il discrimine tra il momento della repressione penale e l'intervento puramente amministrativo, ma è ormai sganciata da qualsiasi parametro rigido prestabilito in via normativa.

Il dato quantitativo, che la norma abrogata identificava con la dose media giornaliera, non qualifica più la condotta di importazione, acquisto o detenzione, attribuendo ad esse una finalità di uso personale, ma viene in considerazione come uno dei possibili elementi di valutazione per definire quel certo comportamento come diretto o meno al consumo personale. In questo modo viene fortemente ridotto l'ambito applicativo della sanzione penale prevista dall'art. 73, scongiurando il pericolo, da molti temuto, che il semplice consumatore

sia sottoposto allo stesso trattamento del trafficante o dello spacciatore.

Tuttavia, il nuovo sistema comporta un maggior carico di incertezza nell'applicazione delle norme, in quanto la linea divisoria tra l'illecito penale e quello amministrativo diviene più evanescente, affidata ad elementi di natura eminentemente soggettiva, difettando nella disciplina degli stupefacenti un regime differenziato che tenga conto delle diverse situazioni in cui viene a trovarsi un consumatore occasionale, rispetto ad un consumatore abituale o ad un tossicofilo o, ancora, ad un tossicodipendente.

Le maggiori critiche alla legge n. 685 del 1975 hanno riguardato, come si diceva, il meccanismo della causa di non punibilità previsto dall'abrogato art. 80 della legge citata, collegato alla nozione della modica quantità, in quanto tale nozione era priva di un preciso riferimento normativo e si prestava a interpretazioni eccessivamente discrezionali ed estensive da parte della giurisprudenza, soprattutto dei giudici di merito. La legge del 1990 ha rappresentato la risposta a questo genere di obiezioni, con l'introduzione del concetto di dose media giornaliera che doveva sostituire le incertezze interpretative connesse alla definizione della modica quantità. Non può non sottolinearsi che, venuto meno ogni riferimento alla dose media prevista dal combinato disposto degli artt. 75 e 78, è spettato ancora una volta alla giurisprudenza dare concreto contenuto alla nozione di "uso personale", su cui oggi si concentra interamente il compito di discriminare le differenti condotte collegate al possesso di stupefacenti.

### **3. Problemi applicativi della normativa.**

Dal momento che il discrimine tra gli artt. 73 e 75 è costituito esclusivamente dalla finalità di uso personale, si pongono delicati problemi di accertamento probatorio.

In particolare, le maggiori difficoltà sono sorte nelle ipotesi in cui le modalità dell'assunzione non lascino tracce visibili, nonché nei casi in cui manchi la flagranza dello spaccio, di una condotta, cioè, inequivoca.

A questo proposito è stato suggerito il ricorso a quei dicta della giurisprudenza formati in

relazione al concetto di modica quantità di cui all'art. 80 della legge n. 685 del 1975, e a quegli orientamenti, che si sono già sviluppati, in tema di fatto di lieve entità, previsto dall'art. 73, comma 5.

In realtà il dato quantitativo continua ad essere il più importante elemento probatorio per valutare la destinazione della sostanza posseduta, ma accanto ad altri elementi, anche indiziari, ai quali va data uguale rilevanza, purché siano univoci. La presenza di quantitativi esorbitanti di sostanza stupefacente può essere, anche da sola, prova sufficiente che la droga non è certamente destinata all'uso personale esclusivo del detentore, ritenendo che, almeno in parte, sia destinata a terze persone. Diversamente, in presenza di una quantità non elevata di stupefacenti, ai limiti di quella che tradizionalmente viene ad integrare il fatto lieve di cui all'art. 73, comma 5, il solo elemento quantitativo non può essere considerato idoneo a formare la prova della destinazione a terzi della sostanza, dovendo, in tal caso, far ricorso ad altri elementi indiziari, ricavabili dalle concrete modalità della vicenda.

Tra gli elementi più importanti da prendere in considerazione per stabilire e provare l'uso personale rileva lo stato di tossicodipendenza del soggetto, eventualmente da accertare con le procedure previste dallo stesso art. 78, comma 1, lett. a).

Inoltre, possono avere rilievo altri elementi indiziari quali, ad esempio, le modalità di custodia o di frazionamento della sostanza, le circostanze di tempo e di luogo in cui l'accertamento è stato compiuto, il fatto che siano state rinvenute sostanze di diversa natura, con quantitativi di sostanze da taglio, nonché le stesse condizioni economiche del soggetto.

Potranno, in sostanza, essere valutate tutte quelle circostanze obiettive che, anche in base a presunzioni logiche, dimostrino che la droga sia destinata all'uso personale o, viceversa, destinata a terzi.

Si è rilevato che l'uso personale non risulta ulteriormente qualificato dalla legge come "non terapeutico", con la conseguenza dell'applicabilità dell'art. 75 anche nell'ipotesi di detenzione di una quantità di stupefacente destinata ad uso terapeutico, ma illecita, in quanto, ad esempio, non accompagnata dalla prescrizione medica.

Un problema definitorio che però presenta risvolti di carattere pratico è quello relativo alla configurabilità della finalità personale dell'uso quale causa di non punibilità, oppure quale elemento della fattispecie dell'illecito. Infatti, se si considera la finalità di uso personale quale elemento della ipotesi di illecito amministrativo previsto dall'art. 75, ogni elemento dovrà essere accertato *ex officio*; qualora, invece, si ritiene che la finalità in questione abbia valenza di causa di giustificazione rispetto alla fattispecie delittuosa di cui all'art. 73, allora l'onere probatorio graverà sul detentore.

Invero, può sostenersi che la destinazione della sostanza stupefacente all'uso personale costituisca un elemento dell'illecito amministrativo, così come, di contro, la destinazione della droga allo spaccio rappresenta uno degli elementi costitutivi dell'illecito penale di cui all'art. 73.

In linea con questa interpretazione sono le prime decisioni della Cassazione in tema di detenzione per uso personale di sostanze stupefacenti. In particolare, con riferimento ad un caso in cui l'imputato era stato condannato per il reato dell'art. 73 d.p.r. n. 309/90, risultando dagli atti che la detenzione era per uso personale e che si trattava di tossicodipendente, la Corte ha annullato senza rinvio la sentenza di condanna non in relazione alla sussistenza di una causa di non punibilità, ma ritenendo la irrilevanza penale della condotta dell'imputato e, quindi, in forza dell'art. 2 c.p. (Cass., Sez. un., 18 giugno 1993, De Bortoli; Cass., Sez. un., 18 giugno 1993, Gambacorta.). Sulla base di tale ricostruzione si è sostenuto che l'onere di escludere la destinazione all'uso personale della sostanza spetta agli organi inquirenti (polizia giudiziaria o pubblico ministero) e che in caso difetti tale elemento probatorio, non potrà che farsi applicazione delle sole sanzioni amministrative di cui all'art. 75.

Nel sistema ridisegnato a seguito dell'intervenuta eliminazione della dose media giornaliera i margini di discrezionalità di fatto attribuiti agli operatori sono divenuti davvero ampi. Sin dal primo atto di intervento la polizia giudiziaria è tenuta a compiere, sulla base di elementi di valutazione non sempre univoci, un accertamento circa la finalità della condotta di detenzione, per poi valutare se trasmettere gli atti all'autorità giudiziaria o al prefetto, nonché a verificare

se ricorrano i presupposti per procedere all'arresto del trasgressore. Proprio al fine di evitare incertezze nell'applicazione della normativa si è sostenuta la necessità di ricorrere ad una interpretazione estensiva dell'art. 75, da un lato facendovi rientrare tutti quei comportamenti, anche non espressamente considerati dalla norma, caratterizzati dalla finalità dell'uso personale della droga (coltivazione, esportazione), dall'altro applicando le sanzioni amministrative ogni qual volta difetti la prova di una destinazione diversa da quella personale.

#### **4. Le sanzioni amministrative.**

L'esclusione di ogni rilievo penale delle condotte volte al semplice uso personale di sostanze stupefacenti non si traduce, come si è visto, in un atteggiamento di indifferenza dello Stato rispetto al fenomeno del consumo di droghe, nemmeno sotto l'aspetto sanzionatorio. La normativa sugli stupefacenti, infatti, prevede un sistema di sanzioni amministrative che consistono nella sospensione della patente di guida, della licenza di porto d'armi e del passaporto o altro documento equipollente e, nei confronti dello straniero, nella sospensione del permesso di soggiorno per motivi di turismo oppure nel divieto di conseguire i detti documenti, qualora l'interessato non ne sia in possesso. Tali sanzioni possono essere irrogate per periodi diversi a seconda che si tratti di droghe pesanti, rientranti nelle tabelle I e III (da due a quattro mesi) o di droghe leggere, ricomprese nelle tabelle II e IV (da uno a tre mesi).

La competenza ad applicare le sanzioni amministrative è attribuita al prefetto che, in determinati casi, può anche limitarsi a rivolgere all'interessato un formale invito a non far uso di sostanze stupefacenti (questo provvedimento è utilizzabile nel caso si tratti di droghe leggere oppure nell'ipotesi in cui l'autore dell'illecito amministrativo sia minorenne).

Originariamente l'effettività dell'intervento del prefetto in prima battuta era assicurata da una serie di sanzioni progressivamente più gravi, fino alla tutela penale rappresentata dalla contravvenzione di cui all'art. 76, comma 12, considerata norma di chiusura del sistema.

L'eliminazione di ogni forma di giurisdizionalizzazione del procedimento e l'esclusione dell'irrogabilità di misure giudiziarie, nonché di sanzioni penali, se da un lato valorizza il

procedimento amministrativo ed il ruolo del prefetto, dall'altra pone un problema di efficienza del sistema di controllo del consumo di droga.

In realtà, si è sostenuto che con il voto del 18 e 19 aprile del 1993 il corpo elettorale si è pronunciato nel senso di escludere che il semplice consumatore di droga possa essere sottoposto per questo fatto a sanzione penale.

Il sistema così ridisegnato viene a privilegiare in maniera ancora più netta l'intervento dello Stato finalizzato al recupero e alla cura del tossicodipendente, non alla sua punizione, in una filosofia non dissimile da quella enunciata già dalla legge del 1975.

Il meccanismo di coercizione al patto terapeutico diviene più accettabile, in quanto lo stesso intervento del prefetto perde un po' della valenza intimidatrice, per riconquistare una dimensione persuasiva a favore della strada del recupero trattamentoale.

Tuttavia, deve tenersi presente che l'uso personale delle sostanze stupefacenti è ancora considerato illecito, seppure di natura amministrativa, per cui il ruolo del prefetto deve essere considerato anche nella sua dimensione sanzionatoria, verificando l'effettività del controllo sul fenomeno del consumo di droga.

A questo proposito si è osservato come i poteri attribuiti al prefetto si rivelino insufficienti dinanzi a condotte illecite recidivanti. Prima del referendum infatti la reiterazione delle condotte previste dall'art. 75 comportava il passaggio alla fase giudiziale, con possibilità di irrogazione di sanzioni più incisive, fino alla sanzione dell'arresto.

Attualmente la condotta recidivante del tossicodipendente viene sanzionata solo ed esclusivamente con le stesse misure stabilite dall'art. 75: l'intervento sanzionatorio è, per così dire, insensibile alla gravità delle condotte poste in essere.

Stesso discorso vale anche per le ipotesi di inottemperanza al programma terapeutico e riabilitativo: il prefetto deve limitarsi ad ammonire l'interessato, ma mentre prima il mancato rispetto del programma poteva comportare, anche in questo caso, l'applicazione delle misure giudiziali, oggi invece l'autorità amministrativa si limita ad applicare la sanzione amministrativa, oppure ad esperire altri tentativi di coinvolgimento del soggetto nel

trattamento.

La mancanza di una sostanziale capacità di reazione del sistema di fronte a condotte reiterate o inottemperanti ha fatto ritenere a qualcuno la opportunità di un intervento legislativo che assicuri maggiore effettività all'intervento amministrativo.

Tuttavia, qualunque intervento finalizzato a predisporre una tutela penale indiretta per i provvedimenti prefettizi, tale da comportare l'applicazione di una pena nei confronti del tossicodipendente, rischierebbe di porsi contro la volontà espressa dal corpo elettorale con il voto referendario.

### **5. Il programma terapeutico.**

Gli interventi terapeutici da attuare nei confronti del tossicodipendente e, in genere, per fronteggiare il fenomeno della droga sono stati previsti per la prima volta nella Convenzione di New York del 30 marzo 1961, ove era indicata la necessità che venissero prese in considerazione le misure da adottare per far curare i tossicodipendenti e garantire il loro reinserimento sociale. Nell'ordinamento italiano l'approccio terapeutico e riabilitativo al problema della droga avviene con la legge n.685 del 1975 e si completa con la riforma del 1990.

L'esplosione della tossicodipendenza come fenomeno diffuso ha posto in primo piano il problema della richiesta di interventi terapeutici per i soggetti coinvolti e la risposta del legislatore ha tenuto conto della necessità di affrontare tale fenomeno non solo in chiave repressiva, ma soprattutto in termini di prevenzione.

Il problema che si è posto è quello relativo alle modalità attraverso cui indurre il tossicodipendente alla cura.

Nella relazione illustrativa del disegno governativo n.1509 del 1989, da cui ha tratto origine la legge del 1990 sugli stupefacenti, viene affermato che la guarigione del tossicodipendente dipende in larga misura dalla volontà della singola persona e che il trattamento coattivo è sostanzialmente inutile.

Tuttavia, se inizialmente l'impostazione era nel senso di ritenere efficace l'intervento terapeutico solo in presenza di una spontanea e volontaria collaborazione del tossicodipendente, con la nuova legge sono stati introdotti sistemi, che la dottrina ha definito di "coercizione indiretta", che mirano ad indurre il tossicodipendente ad accedere al programma terapeutico nell'ambito di un procedimento sanzionatorio, in cui il trattamento terapeutico costituisce l'alternativa a sanzioni incidenti sulla stessa libertà personale del soggetto.

In realtà, l'esistenza di rapporti di interferenza tra momento repressivo e momento terapeutico sono ineliminabili anche in presenza di un sistema ispirato alla più netta separazione, ma è evidente che possano acquistare particolare rilievo in presenza di meccanismi che sollecitino il tossicodipendente alla scelta terapeutica.

Prima degli interventi modificativi apportati con il referendum, sebbene si riconosceva che, dal punto di vista formale, l'introduzione dell'istituto della sospensione del procedimento, collegato all'alternativa del programma terapeutico, rispettasse il principio della volontarietà della sottoposizione al programma, in quanto solo l'interessato aveva la facoltà di richiederlo, tuttavia si rilevava come sul piano sostanziale la spontaneità della richiesta era soltanto apparente e lo stesso consenso appariva "coartato", in presenza dell'alternativa tra libertà e contenzione.

In realtà, le critiche più radicali rivolte al meccanismo che porta il tossicodipendente ad accettare il trattamento terapeutico hanno un serio rilievo solo se riferite al sistema antecedente all'intervento abrogativo, in cui vi era una progressione sanzionatoria che arrivava fino alla penalizzazione delle condotte recidivanti collegate all'uso personale di droghe. Oggi, scomparse le sanzioni penali, l'alternativa che si offre all'autore dell'illecito amministrativo è senza dubbio meno traumatica.

Il meccanismo di innesto del programma terapeutico avviene nel corso del procedimento dinanzi al prefetto a richiesta dell'interessato e sulla base di una valutazione di opportunità fatta dallo stesso organo procedente.

In questo caso il Prefetto deve sospendere il procedimento sanzionatorio e disporre che il richiedente sia inviato presso il Servizio pubblico per le tossicodipendenze per la predisposizione e l'attuazione del programma, una volta concluso il quale il procedimento non potrà che definirsi con l'archiviazione degli atti, così come prevede espressamente il comma 11 dell'art. 75.

Il procedimento sanzionatorio amministrativo è finalizzato a rendere appetibile la scelta del programma terapeutico e la minaccia della punizione è in realtà tesa a convincere il consumatore a curarsi, piuttosto che a punirlo per l'infrazione commessa.

La legge dedica particolare attenzione agli interventi preventivi, curativi e riabilitativi forniti dal Servizio pubblico delle tossicodipendenze che deve essere istituito presso ogni unità sanitaria locale, prevedendo che la iniziativa della sottoposizione alla terapia possa avvenire: a) su richiesta volontaria di chi fa uso delle sostanze stupefacenti (art. 120); b) su segnalazione obbligatoria dell'autorità giudiziaria o del prefetto che nel corso del procedimento vengano a conoscenza di persone che fanno uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope (art. 121 comma 2).

Tale specifica procedura non si applica se non nei confronti dei tossicodipendenti, ma i problemi concreti che si pongono riguardano l'accertamento dello stato di tossicodipendenza e, soprattutto, la nozione stessa di tossicodipendenza.

La legge, infatti, non offre una definizione dei vari stadi di tossicodipendenza, né distingue i diversi gradi del consumo di droga. Così, nessuna distinzione risulta operata tra il consumatore occasionale (colui che si accosta alla droga occasionalmente ed eccezionalmente, spinto dalla curiosità e dall'emulazione), il consumatore abituale (colui che, pur assumendo droga con una certa frequenza, mantiene un autocontrollo sul suo equilibrio psicofisico) e il tossicodipendente (colui che si trova nello stato psichico e, talvolta fisico, caratterizzantesi per le modificazioni di comportamento, tra cui la pulsione a prendere la sostanza stupefacente in modo continuativo o periodico, al fine di ritrovare gli effetti psichici e, a volte, di evitare la sindrome di astinenza).

È stato sostenuto che, in taluni casi, non è neppure ipotizzabile il ricorso al "patto terapeutico", in quanto "nessuna collaborazione a fini di emenda e di liberazione dalla droga è concepibile per chi ad essa si sia avvicinato per curiosità o spirito di emulazione e comunque mantenendo un totale autocontrollo sulle sue scelte quotidiane e di fondo" (Pretura Roma, 5 novembre 1992, Sallusti).

In seguito alla sospensione del procedimento, la predisposizione del programma avviene secondo le stesse modalità seguite ad una spontanea presentazione del soggetto a norma art. 120, o alla segnalazione prevista dall'art. 121, con l'unica differenza rappresentata dalla previsione del termine di dieci giorni per la definizione del programma stesso. Il termine, che decorre dal momento della ricezione del provvedimento che dispone la sospensione, è di natura ordinatoria, non essendo previste conseguenze al suo mancato rispetto.

Per la formulazione del programma il Servizio pubblico per le tossicodipendenze svolge un'attività preliminare di verifica della situazione esistente e, soprattutto, sente l'interessato, il quale può farsi assistere da un suo medico di fiducia. Questi ha la facoltà di assistere agli accertamenti necessari, tra cui è compreso anche l'esame psico-fisico della persona interessata, che può comportare eventuali prelievi a fine di analisi, nonché l'acquisizione di documentazione sanitaria, compatibile con il segreto professionale.

Il programma è personalizzato, nel senso che deve modularsi sulle esigenze del tossicodipendente; inoltre, l'attuazione degli interventi di recupero sociale può essere svolta anche da altri organismi, diversi dal servizio delle tossicodipendenze, quali i centri specializzati gestiti dagli enti locali, le cooperative di solidarietà sociale o le associazioni di volontariato.

In ogni caso il programma deve essere formulato nel rispetto della dignità della persona, considerando le esigenze di lavoro, di studio, nonché le condizioni familiari e sociali dell'assuntore di droga. Tale disposizione segna il limite del trattamento terapeutico ed appare fondamentale se si considera che il programma può comportare, in situazioni di urgenza e necessità, il ricorso a terapie di disintossicazione ed a trattamenti psicosociali e farmacologici,

che possono tradursi in forme di trattamenti sanitari coattivi, incompatibili con l'art. 32 comma 2 Cost..

E' previsto che durante lo svolgimento del programma l'unità sanitaria locale, competente per territorio, su richiesta dell'autorità, che ha disposto la sospensione del procedimento, rediga una relazione sull'andamento del programma, sul comportamento del soggetto e sui risultati conseguiti a seguito dell'ultimazione del programma (art. 123). Le modalità di redazione della relazione sono state precisate con decreto del Ministero della sanità 29 dicembre 1990 n.448. Tale regolamento prevede che la relazione si articoli sui seguenti elementi: a) tipologia del programma, con riferimento ai tempi di inizio e di attuazione; b) collaborazione prestata dal tossicodipendente alla definizione del programma, con indicazione delle ragioni della eventuale non assiduità nell'adesione; c) partecipazione alla cura e alla previsione delle patologie correlate; d) ottemperanza alle prescrizioni del programma e compatibilità del comportamento del soggetto con la corretta esecuzione del programma stesso; e) informazioni relative ai rapporti con la famiglia, la scuola, il lavoro e, in generale, la vita di relazione del soggetto, in riferimento con lo stato di tossicodipendenza; f) stato attuale di dipendenza da sostanze stupefacenti o psicotrope in rapporto a quello iniziale; g) risultati conseguiti a seguito della ultimazione del programma. Sono infine previsti controlli analitici per verificare, successivamente alla ultimazione del programma, l'eventuale assunzione di stupefacenti.

Pertanto, è sulla base di questa relazione che l'autorità che ha disposto la sospensione del procedimento valuta la condotta del tossicodipendente, al fine di definire con provvedimento di archiviazione la procedura.

Non è richiesto, come si è visto, un risultato positivo del programma, con la piena disassuefazione dalle sostanze, ma è sufficiente che a conclusione del programma il soggetto abbia cessato di assumere sostanze stupefacenti.

### III. REPRESSIONE PENALE DELLE ATTIVITA' ILLECITE.

#### **1. I reati di produzione e traffico di stupefacenti.**

L'introduzione della legge 26 giugno 1990, n. 163 (T.U. approvato con d.p.r. 9 ottobre 1990, n. 309) segna una svolta nell'evoluzione legislativa italiana in materia di droga, in senso repressivo

La repressione penale delle attività illecite in materia di sostanze stupefacenti si articola in due gruppi fondamentali di fattispecie criminose. Da un lato, i reati consistenti nella produzione e commercio delle sostanze stupefacenti; dall'altro, i reati di agevolazione o istigazione all'uso di stupefacenti.

La repressione del traffico internazionale di droga è affidata ai reati di produzione e traffico di stupefacenti, la cui disciplina non si differenzia in modo sostanziale da quella precedente la riforma del 1990

Il sistema è costituito da due sottogruppi di fattispecie incriminatrici, che si distinguono a seconda che abbiano carattere individuale (art. 73, d.p.r. 9.10.1990, n. 309) o associativo (art. 74, d.p.r. 9.10.1990, n. 309).

In ciascuno dei sottogruppi esiste una bipartizione sanzionatoria che si basa sulla natura della sostanza stupefacente, a seconda cioè che si tratti di droghe pesanti (indicate nelle tabelle I e III, allegate al d.p.r. 309/90) oppure di droghe leggere (indicate nelle tabelle II e IV): la differenziazione fondata sulla natura della sostanza si ripercuote sul trattamento sanzionatorio, che per le condotte riguardanti le droghe pesanti è notevolmente più severo.

Nell'ambito delle fattispecie individuali sono enucleabili due tipi di condotte criminose: la prima consistente nell'esercizio di attività di produzione o di commercio in assenza di autorizzazione amministrativa; la seconda caratterizzata dal fatto che l'attività di commercio o di produzione viene svolta in presenza dell'autorizzazione amministrativa, ma violandone le prescrizioni.

Le condotte prese in considerazione dall'art. 73 d.p.r. 309/90 coprono tutte le possibili

ipotesi in cui la produzione ed il traffico di stupefacenti può concretamente manifestarsi: la norma punisce chiunque "coltiva, produce, fabbrica, estrae, raffina, vende, offre o mette in vendita, cede o riceve a qualsiasi titolo, distribuisce, commercia, acquista, trasporta, esporta, importa, procura ad altri, invia, passa o spedisce in transito, consegna per qualunque scopo" sostanze stupefacenti. E' infine punita anche la illecita detenzione, ovviamente fuori dalle ipotesi di utilizzazione di droga per uso personale: tale previsione sanzionatoria funziona come norma di chiusura del sistema repressivo, considerando che la condotta di detenzione è formula tendenzialmente omnicomprensiva.

Sono previste, inoltre, una serie di circostanze speciali, soprattutto aggravanti, che, ad esempio, prevedono un consistente aumento della pena in relazione a condotte di produzione o traffico riferite ad ingenti quantitativi di stupefacente o nei casi in cui il colpevole ha fatto uso di armi, circostanze aggravanti queste che trovano sovente applicazione nei casi di traffico internazionale di stupefacenti.

## **2. Le fattispecie associative.**

L'altro sottogruppo di reati è rappresentato dalla fattispecie prevista dall'art. 74 d.p.r. 309/90. Si tratta del delitto di associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti, che rispetto alla originaria norma incriminatrice, prevista dalla vecchia legge, si differenzia per un sensibile inasprimento delle pene detentive e per una migliore precisazione delle condotte criminose ricomprese nella formulazione. I minimi edittali sono stati portati a venti anni di reclusione per le condotte più gravi e a dieci anni per quelle di semplice partecipazione. La fattispecie presenta un ampio ventaglio di condotte associative sanzionabili e mira a colpire qualsiasi forma di intervento e di partecipazione nel traffico di sostanze stupefacenti. La norma incriminatrice si è rivelata particolarmente efficace nella repressione della produzione e del traffico della droga, soprattutto nei confronti delle grosse organizzazioni criminali che operano a livello internazionale.

La connotazione di fattispecie associativa, divenuta ormai frequente nella nostra

legislazione, si giustifica in ragione dell'allarme sociale e del pericolo per l'ordine pubblico e per la stessa salute dei cittadini che determina l'esistenza di una organizzazione criminosa dedita al traffico di droga.

D'altra parte, la stessa Convenzione delle Nazioni Unite adottata nel dicembre del 1988 a Vienna e ratificata dall'Italia con la legge 5.12.1990, n. 328, prevede tra le misure sanzionatorie da adottare, per una efficace lotta al traffico degli stupefacenti, il reato associativo, che in altre legislazioni normalmente riflette solo ipotesi tipiche.

### **3. Il "ravvedimento postdelittuoso".**

Particolarmente interessante è la previsione di una speciale circostanza attenuante che premia chi si sia adoperato efficacemente per evitare che l'azione delittuosa sia portata a conseguenze ulteriori o che assicuri le prove del reato. Si tratta di una fattispecie diretta ad incoraggiare il "ravvedimento postdelittuoso", che opera sia in relazione alle condotte previste dall'art. 73, sia in rapporto al reato associativo di cui all'art. 74. Nelle intenzioni del legislatore tale diminuzione è funzionale ad ottenere una maggiore efficacia nella repressione delle attività connesse al traffico di droga, sul presupposto che un sensibile sconto di pena favorisca la collaborazione operosa, minando le strutture delle associazioni criminali, particolarmente difficili da penetrare dall'esterno.

### **4. La disciplina processuale.**

Accanto alla disciplina penale sostanziale il legislatore ha previsto, per i reati in materia di stupefacenti, una serie di disposizioni processuali in grado di rendere più efficace la prevenzione e la repressione delle illecite attività collegate al traffico della droga.

Si tratta di norme che riguardano l'attività investigativa della polizia giudiziaria:

a) l'art. 97 d.p.r. 309/90 introduce nel nostro ordinamento la figura dell'agente provocatore, consentendo alla polizia giudiziaria di infiltrarsi clandestinamente all'interno del circuito

illecito, prevedendo, inoltre, la possibilità dell'acquisto simulato di droga, per acquisire elementi di prova in ordine ai reati previsti in materia di stupefacenti, senza incorrere in sanzioni penali;

b) l'art. 98 d.p.r. 309/90, sempre per la medesima finalità investigativa e probatoria, prevede la possibilità di ritardare o di omettere atti di cattura, di arresto o di sequestro, agevolando in questo modo l'individuazione dei centri del traffico illecito di stupefacenti;

c) l'art. 99 d.p.r. 309/90 disciplina la modalità di perquisizione e cattura delle navi ed aeromobili sospettati di essere adibiti al traffico di stupefacenti. La norma consente alla nave italiana da guerra o in servizio di polizia, che incroci in mare territoriale o in alto mare una nave nazionale, anche da diporto, sospettata di trasportare sostanze stupefacenti, di fermarla, sottoporla a visita e perquisizione del carico, catturarla e condurla in un porto italiano o nel porto estero più vicino, in cui risieda un'autorità consolare. Gli stessi poteri sono esercitabili su navi non nazionali nelle acque territoriali e, al di fuori di queste, nei limiti delle norme dell'ordinamento internazionale. La disposizione riguarda anche gli aeromobili. L'importanza di un tale potenziamento dei controlli attribuiti alle forze dell'ordine si giustifica in considerazione del fatto che l'Italia è paese importatore di sostanze stupefacenti e che tra i mezzi di trasporto più frequentemente utilizzati per questo tipo di traffico illecito, rientrano i natanti e gli aeromobili;

d) l'art. 103 d.p.r. 309/90 estende alla Guardia di Finanza i poteri di controllo e di ispezione negli spazi doganali inizialmente attribuiti alle sole autorità doganali; inoltre, attribuisce a tutti gli organi di polizia giudiziaria notevoli poteri di controllo, ispezione e perquisizione nell'ambito delle operazioni per la prevenzione e la repressione dei traffici illeciti di stupefacenti, anche al fuori degli spazi doganali. Si tratta di disposizioni che, indubbiamente, aumentano i poteri della polizia giudiziaria nell'attività di prevenzione finalizzata al rinvenimento di quantitativi di droga;

e) nell'ambito delle norme che disciplinano lo svolgimento dell'attività di polizia giudiziaria il legislatore ha inserito alcune disposizioni (artt. 100 e 101 d.p.r. 309/90) che consentono la

diretta utilizzazione, da parte della polizia, dei mezzi che sono stati destinati al compimento di attività illecite collegate ai reati in materia di droga.

Inoltre, sempre sul piano degli strumenti processuali, devono segnalarsi quelle disposizioni dirette a potenziare i poteri di indagine del pubblico ministero. Così, l'art. 51 comma 3-bis c.p.p. che attribuisce al procuratore distrettuale la legittimazione alle indagini quando il delitto per cui si procede è quello di associazione finalizzata al traffico di stupefacenti; le disposizioni del codice di procedura che prevedono termini più lunghi di durata delle indagini preliminari per i delitti di ingente traffico di stupefacenti e di associazione a ciò finalizzata; l'art. 275 comma 3 c.p.p. che prevede un meccanismo di "custodia obbligatoria" per gli imputati dei delitti di ingente traffico di stupefacenti e di associazione.

Per gli stessi delitti è previsto un trattamento penitenziario differenziato e particolarmente rigoroso, che esclude, in genere, il beneficio delle misure alternative alla detenzione e dei permessi premio.

Infine, una speciale misura di sicurezza regola i casi di espulsione dello straniero che sia stato condannato (o arrestato in flagranza) per alcuno dei reati previsti nel d.p.r. 309/90.

### **5. La disciplina penitenziaria del tossicodipendente.**

Nell'ambito del sistema repressivo penale delle condotte finalizzate alla produzione e traffico di stupefacenti l'ordinamento riserva un trattamento detentivo particolare al tossicodipendente, privilegiando l'aspetto del recupero e assecondando le scelte trattamentali e curative.

a) Così, tra le misure cautelari, diverse dalla custodia in carcere, che il giudice può emettere nei confronti del tossicodipendente possono rientrare gli arresti domiciliari nella comunità terapeutica o di riabilitazione, in quanto non incompatibili con il proseguimento del programma di recupero.

b) L'art. 89 d.p.r. 9 ottobre 1990, n. 309 (provvedimenti restrittivi nei confronti di

tossicodipendenti), vieta che il giudice possa disporre la custodia in carcere del soggetto tossicodipendente che abbia in corso un programma terapeutico di recupero la cui forzata interruzione possa pregiudicare la disintossicazione dell'imputato.

La disposizione non trova applicazione nel caso ricorrano esigenze cautelari di eccezionale rilevanza tali da imporre la custodia in carcere.

c) Gli artt. 90-93 d.p.r. 9 ottobre 1990, n. 309 (sospensione dell'esecuzione della pena detentiva) prevedono che nei confronti di persona condannata a pena detentiva superiore a tre anni per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendenza il tribunale di sorveglianza può sospendere l'esecuzione della pena per una durata di cinque anni, qualora accerti che la persona si è sottoposta o abbia in corso un programma terapeutico. La stessa norma prevede l'applicazione della sospensione anche per i reati previsti dall'art. 73, comma 5 (fatto di lieve entità), d.p.r. n. 309/90, quando le pene non superino i quattro anni.

d) L'art. 94 d.p.r. 9 ottobre 1990, n. 309 (affidamento in prova in casi particolari) inserisce l'istituto dell'affidamento in prova al servizio sociale nel complesso delle disposizioni dedicate alla repressione delle attività illecite connesse al traffico di stupefacenti. Presupposto dell'istituto è lo stato di tossicodipendenza; non è richiesto che la commissione del reato sia connessa allo stato di tossicodipendenza come per l'art. 90.

L'affidamento è subordinato ad un limite quantitativo di pena inflitta, che è fissato in tre anni di pena detentiva.

e) Il d.l. 14 maggio 1993, n. 139, convertito nella legge 14 luglio 1993, n. 222, contenente disposizione urgenti relative al trattamento di persone detenute affette da infezione da HIV e di tossicodipendenti, ha introdotto alcune importanti modifiche nel regime della detenzione per il tossicodipendente. Ha infatti modificato parzialmente l'art. 89, introducendo la possibilità di revocare la custodia cautelare già in fase di esecuzione quando il soggetto manifesti l'intenzione di sottoporsi ad un programma di recupero non ancora iniziato.

D'altro lato la disciplina della custodia cautelare per il tossicodipendente è stata uniformata ai più rigorosi criteri oggi vigenti per i reati più gravi indicati dall'art. 275, comma 3, c.p.p.,

prevedendo che per tali reati, tra cui anche quelli di produzione e di spaccio di stupefacenti, non sia possibile disporre provvedimenti cautelari personali diversi dalla custodia in carcere.

Il limite di pena detentiva prevista dall'art. 90 è stato innalzato a quattro anni, specificando che la sospensione dell'esecuzione di pena si applica anche in relazione alla pena residua da scontare.

Il limite di pena detentiva previsto dall'art. 94 è stato portato a quattro anni, precisando, anche qui, che l'istituto dell'affidamento in prova può trovare applicazione anche in relazione alla pena residua da scontare.

E' stato inserito l'art. 286-bis c.p.p. prevedendo il divieto di mantenere la custodia cautelare in carcere nei confronti di chi sia affetto da infezione da HIV, qualora ricorra una situazione di incompatibilità con lo stato di detenzione; inoltre, si è modificato l'art. 146 c.p., prevedendo il differimento dell'esecuzione della pena detentiva se deve aver luogo nei confronti di persona affetta da infezione da HIV.

#### **IV. OPZIONE PROIBIZIONISTA E CONVENZIONI INTERNAZIONALI.**

##### **1. *Gli obblighi internazionali.***

La soluzione proibizionista è imposta da accordi internazionali in materia di stupefacenti e, in particolare, dalla Convenzione unica adottata a New York il 30.3.1961 ed emendata dal Protocollo del 1972, dalla Convenzione sulle sostanze psicotrope del 1971 e dalla Convenzione di Vienna contro il traffico illecito di sostanza stupefacenti del 1988 (ratificata dall'Italia con la legge 5.11.1990, n. 328).

Il più importante di tali accordi è senz'altro quello di Vienna del 1988, che si differenzia per una maggiore analiticità e per una sicura presa di posizione in favore di un inasprimento della lotta al traffico di stupefacenti.

Le tre Convenzioni non riconoscono altro criterio per l'ammissibilità dell'uso personale non terapeutico che quello dell'"uso tradizionale" (es.: masticazione di foglie di coca in aree andine) e che pertanto l'adozione di qualsiasi diverso criterio porrebbe le legislazioni nazionali in contrasto con i dettami dei menzionati strumenti.

In ogni caso, la tendenza delle Convenzioni è verso una diversa considerazione delle condotte volte alla produzione e al traffico di droghe in genere, rispetto a quelle che riguardano il semplice consumo di stupefacenti, ma con una eguale attenzione ai problemi del trattamento riabilitivo.

In particolare, la Convenzione del 1988 sebbene si caratterizzi per un generale orientamento nel senso del potenziamento della risposta sanzionatoria, contiene anche importanti aperture favorevoli alle misure riabilitative.

In relazione ai reati di produzione e traffico di stupefacenti, ferme restando le previsioni di sanzioni penali efficaci, autorizza l'adozione di misure terapeutiche complementari all'intervento penale, prevedendo, inoltre, la possibilità di inserire misure terapeutiche anche sostitutive della sanzione penale nelle ipotesi minori di spaccio, il cui contenuto viene specificato.

In rapporto al consumo di droga la Convenzione all'art. 3 par. 2 impone di stabilire come "criminal offence" l'uso personale non terapeutico di droga, anche se nel successivo par. 4 let. d), attenua tale impostazione rigoristica, ammettendo la possibilità di prevedere, in aggiunta o in sostituzione alla sanzione penale, "misure di trattamento, educazione, assistenza post-carceraria, riabilitazione o reinserimento sociale "terapeutiche o riabilitative".

La Corte costituzionale, in relazione all'effetto di "depenalizzazione" provocato dall'esito referendario, ha esaminato l'ammissibilità del ricorso all'istituto referendario rispetto al limite rappresentato dalle leggi di autorizzazione alla ratifica dei trattati internazionali. In passato era stata dichiarata inammissibile la richiesta di referendum volta ad escludere dalle tabelle degli stupefacenti le droghe c.d. leggere. Allora la Corte aveva sostenuto che il quesito abrogativo era in contrasto insanabile con gli accordi internazionali che imponevano il

controllo anche sul consumo delle droghe leggere (Corte cost., 13 febbraio 1981, n. 30).

Diversamente, con il referendum del 1993 la Corte ha ritenuto che la depenalizzazione dell'illecito costituito dalla detenzione di stupefacenti per uso personale non è in contrasto con alcun accordo internazionale, in particolare né con la Convenzione unica sugli stupefacenti, adottata a New York nel 1961 ed il relativo Protocollo di emendamento adottato a Ginevra il 25 marzo 1972 (entrambi ratificati con la legge 5 giugno 1974, n. 412), né con la Convenzione di Vienna del 20 dicembre 1988. La Corte ha riconosciuto che tali accordi lasciano alla scelta discrezionale dello Stato contraente la possibilità di prevedere misure diverse dalla sanzione penale, come interventi di carattere rieducativo e di reinserimento sociale, nonché misure di trattamento terapeutico per i tossicomani, oppure misure sostitutive della pena o della condanna. L'aver previsto un sistema di controllo di rilievo esclusivamente amministrativo per le condotte di detenzione finalizzate all'uso personale non si pone in contrasto con le norme pattizie, che, come si è visto, riconoscono la facoltà per ogni Stato di prevedere misure diverse dalla sanzione penale per quelle infrazioni che presentano un minor grado di gravità (Corte cost., 4 febbraio 1993, n. 28).

Occorre rilevare, per completezza di informazione, che tale impostazione non è condivisa dall'INCB, l'organo di controllo delle nazioni Unite, che già più volte ha fatto notare che la normativa italiana dopo il referendum non è compatibile con l'obbligo convenzionale, che imporrebbe la penalizzazione delle condotte di semplice consumo.

Ancora, va ricordato che a favore della scelta proibizionista si è pronunciato anche il Parlamento europeo che ha approvato due risoluzioni (nel 1992 e nel febbraio del 1994) con cui viene escluso che un'eventuale forma di legalizzazione costituisca una soluzione praticabile del problema.

## **2. Le legislazioni dei principali Paesi europei.**

Può dirsi che il dato unificante delle diverse legislazioni sia rappresentato dal principio, tendenzialmente accettato, in base al quale l'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti è

vietato e colpito da sanzioni.

Tuttavia, rispetto a tale univocità di posizioni, esistono tendenze concorrenti che sono favorevoli a forme di legalizzazione delle droghe, dovendosi intendere con tale espressione la distribuzione controllata da enti statali ed a particolari condizioni di droghe (diversamente, per liberalizzazione si intende l'eliminazione di ogni divieto e libertà assoluta di commercio e consumo).

#### - FRANCIA

La legge francese del 31.12.1970, modificata nel 1987, prevede pene fino ad un anno di carcere per il possesso di droga e da due a dieci anni per il commercio (con le aggravanti la pena massima sale fino a venti anni).

Il consumatore può essere assoggettato a trattamento obbligatorio di cura, che sospende il processo penale. La medicalizzazione forzata è ribadita con riferimento a tutti coloro che fanno uso di droga in maniera illecita, con la previsione di controlli da parte dell'autorità sanitaria.

Per fronteggiare il fenomeno dell'AIDS è stata liberalizzata nel 1988 la vendita delle siringhe ed è stata potenziata la rete dei servizi (comunità terapeutiche, centri di accoglienza).

#### - GERMANIA

La messa in circolazione di droghe è punita con il carcere da tre a dieci anni; se si tratta di reati collegati al crimine organizzato la pena prevista è fino a quindici anni.

Il giudice può omettere la condanna se il colpevole detiene stupefacenti per uso personale in minima quantità, imponendo, in tal caso, il trattamento sanitario. Anche una condanna inferiore a due anni può essere sostituita con un programma di recupero.

#### - REGNO UNITO

Le droghe sono classificate in tre categorie: a) cocaina ed oppiacei; b) cannabis, allucinogeni, barbiturici, anfetamine; c) farmaci.

Per il traffico di stupefacenti la legge penale prevede, nei casi più gravi, anche l'ergasolo, qualora la sostanza rientri nelle categorie b) o c).

Per il possesso di droghe pesanti le pene arrivano anche a quattordici anni di arresto.

L'uso personale è proibito solo con riguardo all'oppio, come in Irlanda, per cui esso per le altre droghe è libero.

*Viene attuato il trattamento terapeutico obbligatorio. Il medico che ritiene un suo paziente tossicodipendente deve darne notizia alle autorità sanitarie.*

#### - SPAGNA

L'uso e la detenzione per uso personale non sono puniti (legge 24.3.1988). Per la produzione e il traffico di droghe pesanti la pena va da due a otto anni di carcere; la pena è contenuta nel limite che va da quattro mesi a quattro anni se si tratta di droghe leggere (in caso di organizzazioni criminali si arriva a ventitre anni).

*E' consentita la sospensione della pena fino a due anni se viene accettato il programma terapeutico. E' previsto anche il trattamento obbligatorio, con restrizioni alla libertà di movimento per i tossicodipendenti pericolosi.*

#### - OLANDA

Il possesso di droga è formalmente reato, ma nel caso di droghe leggere è consentito al procuratore di Stato di non iniziare il processo penale (attraverso questo meccanismo le condotte ritenute poco gravi non vengono punite).

La produzione ed il traffico di stupefacenti sono invece puniti con pene detentive fino a dodici anni per le droghe pesanti e fino a quattro anni per quelle leggere.

La rete dei servizi di assistenza è particolarmente estesa ed efficiente, inoltre è assicurata la distribuzione di siringhe.

#### - SVEZIA

*Il semplice consumo è di fatto depenalizzato, perchè punito con una sanzione pecuniaria; anche la condotta di cessione di droghe, quando è di poco conto, non è punita.*

Per i reati connessi al traffico di droghe le pene non sono particolarmente elevate; solo se il fatto è particolarmente grave si giunge a pene fino a dieci anni di carcere (criminalità organizzata, quantità di sostanza ingente, soggetto pericoloso).

La legge n. 870 del 1988, sulla cura dei tossicodipendenti, prevede che la prefettura può richiedere al tribunale che disponga il trattamento coatto nei confronti di un drogato; iniziata la cura il pubblico ministero può rinunciare a procedere contro l'interessato per i reati minori.

#### - ALTRI STATI

Anche negli altri Stati europei, la tendenza è quella di prevedere la punizione anche severa del traffico di stupefacenti, accompagnata da misure atte ad applicare una efficace terapia curativa per il tossicodipendente.

Le pene, con notevoli differenze, variano in rapporto al tipo di sostanza.

### **3. Prospettive.**

In conclusione può dirsi che anche attraverso le Convenzioni la comunità internazionale mantiene la scelta del proibizionismo e che in Europa la circolazione ed il consumo di droga sono in linea di massima sanzionati. Tuttavia, sono in aumento gli sforzi organizzativi finalizzati alla cura del tossicodipendente.

Le tendenze che stanno maturando in Europa possono così essere riassunte:

- una grande incertezza sulla punizione del consumatore di droga, ma una concordia di vedute sulla necessità di ampliare le possibilità di cura e di offrire concrete alternative tra punizione e trattamento;
- una più decisa repressione delle attività criminali connesse alla droga attraverso l'innalzamento delle pene e, soprattutto, la previsione di misure coercitive reali (sequestri, confische), nonché un rafforzamento della collaborazione internazionale di polizia e magistratura;
- una cauta apertura verso forme di depenalizzazione o anche di legalizzazione, limitate rigorosamente al campo delle droghe leggere.

Particolarmente interessanti sono, infine, quegli interventi di natura organizzativa, che nell'ambito della teoria della "harm reduction", sono finalizzati a limitare al minimo i danni prodotti dall'abuso di droghe, prescindendo dall'obiettivo principale della totale astinenza

dall'uso di tali sostanze.

In alcuni Paesi si è già sperimentata questa strategia di intervento, che agisce esclusivamente sul piano sanitario, ad esempio prevedendo programmi di controllo dei tossicodipendenti dal punto sanitario, distribuendo siringhe sterili, prevedendo somministrazioni sotto controllo medico di sostanze stupefacenti, inserendo una struttura di zona composta di assistenti sociali a sostegno dei tossicodipendenti.

Si tratta di tentativi che, nei diversi Paesi, hanno assunto aspetti molto divergenti.

In Italia la teoria della "riduzione del danno" è stata oggetto di attenta discussione alla Prima Conferenza nazionale sulla droga, organizzata dal Dipartimento per gli Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei ministri, tenutasi a Palermo il 24-26 giugno 1993, in cui si è riconosciuta attendibilità scientifica ed efficacia sanitaria a tale strategia di intervento. Successivamente a tale Conferenza sono state presentate proposte di legge sul tema specifico, che però non risulta siano state discusse (p.l. n. 649 del 1.6.1994; p.l. n. 634 del 31.5.1994; p.l. n. 608 del 26.5.1994).

Da ultimo, si segnala la presentazione, da parte di alcuni deputati, di una mozione con cui in un'ottica antiproibizionista si richiede che il Governo modifichi l'impostazione della politica di intervento in materia di droghe, riconoscendo la legittimità dell'uso di sostanze stupefacenti che corrisponda "ad una abitudine tradizionale" o sia "espressione della libertà individuale di ciascuno a condizione di non nuocere agli altri". Una modifica in questo senso si porrebbe in contrasto con le Convenzioni internazionali ed infatti, coerentemente, nella stessa mozione si è proposta la denuncia della Convenzione di Vienna del 1988 e sono stati presentati emendamenti alle altre Convenzioni in materia di stupefacenti.

Non risulta che la mozione sia stata discussa.

## V. INDAGINE STATISTICA SULLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE.

### *I dati.*

I dati che si forniscono, relativi alle imputazioni correlate col titolo del reato e non con le ipotesi minori contemplate nello stesso articolo di legge, sono stati raccolti nell'ambito dell'indagine conoscitiva concernente l'applicazione del D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 (testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza), è stata avviata nel gennaio del 1991 conformemente all'obbligo del Ministero di Grazia e Giustizia di trasmettere, con periodicità semestrale, alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, presso la quale è istituito il Comitato nazionale di coordinamento per l'azione antidroga, i dati relativi al numero e all'esito dei procedimenti penali indicati dalla legge citata al fine di relazionarne il Parlamento (art. 1, 8° comma, lett. g. e 9° comma, DPR n. 309/1990).

Per la trasmissione dei dati necessari al conseguimento di tale obiettivo sono stati interessati, tramite le rispettive Corti d'Appello e Procure Generali, tutti i competenti uffici giudiziari cui sono stati richiesti, in particolare, informazioni relative al numero dei procedimenti penali pendenti per delitti di produzione e traffico di stupefacenti in forma individuale e associata (artt. 73 e 74 D.P.R. 309/90), di agevolazione all'uso di sostanze stupefacenti (art. 79 D.P.R. cit.), di istigazione, proselitismo ed induzione al reato di persona minore (art. 82 D.P.R. cit.).

Prima dell'abrogazione parziale della normativa avvenuta con D.P.R. 5 giugno 1993, n. 171, a seguito di referendum popolare, costituivano ulteriore oggetto di rilevazione anche i procedimenti che, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. cit., erano stati avviati per interruzione del programma terapeutico (o sospesi per l'avvenuta scelta del programma terapeutico), nonché i procedimenti penali che conseguivano, ex art. 75, 12° comma, D.P.R. cit., alla inosservanza

delle sanzioni amministrative adottate dal prefetto (sospensione della patente di guida ecc.). Attualmente l'indagine prosegue su questo versante solo al fine di registrare i procedimenti ancora in corso che si riferiscono ad episodi verificatisi prima dell'entrata in vigore del D.P.R. n. 171 del 1993 e che sono destinati ad una rapida definizione processuale per intervenuta depenalizzazione.

Gli uffici giudiziari, secondo le loro specifiche competenze, sono inoltre tenuti all'invio di dati concernenti il numero dei provvedimenti restrittivi attinenti a reati di tossicodipendenza e/o emessi nei confronti di tossicodipendenti (misure cautelari, arresto, fermo), il numero delle espulsioni di persone straniere (*ex art. 86 D.P.R. cit.*), il numero delle sospensioni delle pene detentive disposte dal Tribunale di sorveglianza *ex artt. 90 e 93 D.P.R. cit.*, il numero dei provvedimenti di ritardo o omissione degli atti di cattura, di arresto o di sequestro che, ai sensi dell'art. 98 D.P.R. cit., l'autorità giudiziaria può adottare quando risulti necessario per acquisire rilevanti elementi probatori, ovvero per l'individuazione o la cattura dei responsabili dei delitti di cui agli artt. 73 e 74 della stessa legge.

Sul tema della libertà personale vanno, *peraltro*, segnalati alcuni interventi normativi che, con riferimento ai reati contemplati dal D.P.R. n. 309 del 1990, hanno introdotto alcune modifiche alla disciplina vigente in considerazione della specificità di talune fattispecie ivi previste. Si tratta della legge 5 ottobre 1991, n. 314 la quale ha introdotto la possibilità di arresto obbligatorio in flagranza per i delitti concernenti sostanze stupefacenti o psicotrope puniti a norma dell'art. 73 D.P.R. cit. (salvo che i fatti risultino di lieve entità) e del d.l. 13 maggio 1991 n. 152, convertito nella L. 12 luglio 1991, n. 203 (provvedimenti urgenti in tema di lotta alla criminalità organizzata). Quest'ultimo provvedimento (a sua volta modificato dal d.l. 9 settembre 1991 n. 292), intervenendo sul regime della custodia cautelare, ha inserito i delitti di cui agli artt. 73, limitatamente alle ipotesi aggravate ai sensi dell'art. 80, 2° comma, e 74 D.P.R. n. 309 del 1990, fra i reati per i quali deve essere disposta, sussistendone i presupposti e sempre che ricorrano esigenze cautelari, la custodia cautelare in carcere.

I prospetti allegati riguardano i dati dei procedimenti pendenti fino al 30 giugno 1995.

Infatti non è possibile prendere in considerazione anche i dati riferibili al 2° semestre 1995 perché, mentre 1° semestre 1995 gli uffici inadempienti sono in percentuale irrilevante (7%), non altrettanto può dirsi per il periodo successivo, in quanto le informazioni relative al secondo semestre finora pervenute sono pari al 25% del totale e non consentono di proporre valide analisi per dati omogenei.

Dalle tabelle allegate che illustrano i risultati della ricerca è possibile rilevare che al 30 giugno 1995 risultano in complesso pendenti presso le autorità giudiziarie dei vari distretti **42.614** procedimenti penali di cui **40.249** per produzione e traffico di stupefacenti in forma individuale (art. 73), **2.171** per produzione e traffico di stupefacenti in forma associata (art. 74), **149** per interruzione del programma terapeutico o per altre violazioni dell'art. 76 (artt. 75 e 76), **29** per agevolazione all'uso di sostanze stupefacenti (art. 79), **16** per istigazione, proselitismo ed induzione al reato di persona minore (art. 82).

Il grafico n. 5 mostra chiaramente l'andamento curvilineo formato nel tempo dalla pendenza dei reati suddetti ed il rapporto esistente fra la produzione e traffico in forma individuale e tutti gli altri.

L'area settentrionale risulta la più interessata dal fenomeno in oggetto con **20.577** procedimenti pendenti (pari al 48,30% del totale) la maggior parte dei quali, **19.756** riguardano produzione e traffico di stupefacenti in forma individuale. Questi ultimi investono, in particolare, i distretti di Milano (4.068), Torino (3.941), Bologna (3.795), Genova (2.605), Venezia (2.333). Quelli che invece riguardano la forma associata (**756**) vedono Bologna con 396 procedimenti, prima di Torino (138) e Milano (126). In questa area i procedimenti per interruzione del programma terapeutico risultano ormai pendenti quasi solo nel distretto di Venezia (48,80%) e Genova (28,80%).

Anche in termini assoluti, e come per gli anni immediatamente precedenti (23.778 procedimenti pendenti nel 1991; 24.647 procedimenti pendenti nel 1992; 17.825 procedimenti pendenti nel 1993 e 20.389 procedimenti pendenti nel 1994), l'area del nord d'Italia resta quella con la più alta percentuale di diffusione dei reati oggetto di osservazione.

Rilevante è pure il numero dei procedimenti pendenti nell'area centrale: **9.813** (pari al 23% del totale) di cui 9.229 per produzione e traffico in forma individuale. Si noti che ben 5.900 di essi si riferiscono al distretto di Corte d'Appello di Roma; ciò appare del tutto compatibile con l'andamento generale dei procedimenti che fa registrare picchi di massima concentrazione nelle aree metropolitane di grandi dimensioni; basta, infatti, confrontare tali dati con quelli emergenti in corrispondenza di altri centri assai simili a questo per densità demografica e realtà urbane per avere un immediato riscontro a tale affermazione (Milano, Bologna ed, in misura minore, Napoli).

Anche nell'area meridionale, dove il numero dei procedimenti pendenti **9.112** (pari al 21,38% del totale) è di poco inferiore a quello dell'area centrale, la massima concentrazione è stata registrata nel distretto di Napoli (4.057).

Di scarso rilievo è invece la pendenza di tali procedimenti nell'area insulare con **3.112** pari al 7,30% con i distretti di Palermo (1.006), Catania (717) e Cagliari (651) in evidenza rispetto agli altri.

In termini globali e per quanto concerne i reati di produzione e traffico di stupefacenti in forma individuale, la pendenza più elevata si è registrata in corrispondenza del 31 dicembre del 1992 (43.197 procedimenti rispetto ai 40.249 del 30 giugno 1995). Altalenante sembra il dato di pendenza relativo ai procedimenti per reati di produzione e traffico di stupefacenti in forma associata (2.171) rispetto alla precedente punta massima di 1.792 procedimenti del dicembre 1992. Sebbene con una certa flessione nei periodi intermedi il numero di tali reati tende a riproporre la pendenza precedentemente esposta (grafico 1).

Un'ultima considerazione riguarda il numero dei procedimenti per interruzione del programma terapeutico e per le altre violazioni dell'art. 76: il raffronto fra i dati del 1° e del 2° semestre del 1994 mostra una flessione notevole della pendenza in sé indicativa degli effetti derivanti dall'abrogazione del corrispondente articolo di legge a seguito del D.P.R. n. 171 del 1993. Tendenzia che si ripropone anche nel primo semestre 1995 con **149** procedimenti ancora pendenti (grafico n. 2)

Per quanto riguarda infine i provvedimenti specifici riferiti genericamente al fenomeno della tossicodipendenza il grafico n.3 evidenzia la diminuzione di quelli restrittivi ed attinenti a reati previsti nel Testo Unico (12.010 nel 1° semestre 1995 rispetto alla precedente punta massima del corrispondente periodo 1991) nonché la medesima tendenza per gli analoghi provvedimenti emessi nei confronti di tossicodipendenti (5.330 nell'ultimo periodo preso in considerazione, di contro a quelli emessi nel 1992).

Le espulsioni di stranieri nell'ultimo periodo considerato hanno invertito la linea ascensionale finora mostrata con una evidente flessione dei provvedimenti emessi (grafico n. 4) sia pure con un quantitativo superiore a quello degli anni precedenti al 1993.

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

## SCHEMA DI RIFERIMENTO

## LEGGE TRATTAMENTO DEL CONSUMATORE DI DROGA

- L. 396/23 il consumo di droga non è punito in quanto tale, ma solo in relazione a quelle condotte che possono creare pericolo per l'ordine pubblico o destare pubblico scandalo
- codice penale del 1930 il sistema non subisce particolari modifiche; viene incrementato l'aspetto sanzionatorio aumentando le pene edittali
- L. 1041/54 per la prima volta il consumo di droga in quanto tale viene colpito con sanzioni penali; la legge non fa distinzioni tra le diverse condotte di detenzione, assimilando il consumatore abituale con quello occasionale, con il tossicodipendente e il tossicofilo; l'assoggettamento alla sanzione penale avviene sulla base del semplice rapporto materiale con la sostanza
- L. 685/75 la detenzione di droga resta fatto penalmente rilevante, ma viene introdotta una causa di non punibilità la cui applicazione è subordinata da un lato all'uso personale della sostanza detenuta, dall'altro alla quantità della sostanza che deve essere "modica"; il concetto di modica quantità viene precisato dalla giurisprudenza
- L. 162/90 vengono riformulati i principi base della normativa in materia di droga.  
L'art. 72 contiene il principio del divieto dell'uso personale di sostanze stupefacenti e conseguentemente viene eliminata la causa di non punibilità collegata alla detenzione di modica quantità;  
il nuovo riferimento è alla dose media giornaliera che segna il discrimine tra la detenzione per uso personale e le altre condotte penalmente rilevanti. La detenzione per uso personale è punita con sanzioni amministrative irrogate dal prefetto e dall'autorità giudiziaria. Sanzioni penali sono pure previste in caso di reiterazione delle condotte e nell'ipotesi di inottemperanza alle prescrizioni del trattamento terapeutico al quale il consumatore si è sottoposto.  
La individuazione della dose media giornaliera è affidata al sistema tabellare ed è sottratta alla discrezionalità del giudice.

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

D.L. 3/93

L'impianto sanzionatorio viene ammorbidito e viene modificata la nozione di dose media giornaliera; il decreto-legge non viene convertito

Referendum del 1993

vengono abrogate alcune più significative norme della legge del 1990, tra cui gli artt. 72, 75 e 78 (in parte) e l'art. 76 (interamente).  
Scompare l'affermazione del divieto di far uso personale di sostanze stupefacenti;  
vengono abrogate le norme che richiamano il concetto di dose media giornaliera;  
l'eliminazione di ogni riferimento alla dose media giornaliera comporta che la finalità personale dell'uso può essere desunta da qualsiasi circostanza di fatto, non solo dalla quantità di sostanza detenuta.  
L'uso personale è punito ancora con sanzioni amministrative, ma viene eliminato ogni intervento del giudice penale e le norme che prevedevano sanzioni penali per il consumatore recidivo sono abrogate.

## INDICE

I EVOLUZIONE DELLA LEGISLAZIONE ITALIANA IN MATERIA DI STUPEFACENTI CON RIFERIMENTO AL TRATTAMENTO RISERVATO AL CONSUMATORE..... II

1. LA LEGGE SPECIALE DEL 1923 E LE DISPOSIZIONI DEL CODICE PENALE	II
2. LA LEGGE DEL 1954	III
3. LA LEGGE DEL 1975	IV
4. LA LEGGE DEL 1990	V
5. IL DECRETO-LEGGE N. 3 DEL 1993	VI
6. IL REFERENDUM DEL 1993	VI

II DISCIPLINA ATTUALE DEL TRATTAMENTO DEL CONSUMATORE..... VII

1. LE NOVITÀ DELLA NORMATIVA A SEGUITO DI GLI EFFETTI ABROGATIVI DEL REFERENDUM	VII
2. L'USO PERSONALE	X
3. PROBLEMI APPLICATIVI DELLA NORMATIVA	XI
4. LE SANZIONI AMMINISTRATIVE	XIV
5. IL PROGRAMMA TERAPEUTICO	XVI

III REPRESSIONE PENALE DELLE ATTIVITÀ ILLECITE..... XXI

1. I REATI DI PRODUZIONE E TRAFFICO DI STUPEFACENTI	XXI
2. LE ASSOCIAZIONI	XXII
3. IL "RAVVEDIMENTO POSSIBILITUOSO"	XXIII
4. LA DISCIPLINA PROCESSUALE	XXIII
5. LA DISCIPLINA PENITENZIARIA DEI TOSSICODIPENDENTI	XXV

IV OPZIONI PROIBIZIONISTE E CONVENZIONI INTERNAZIONALI..... XXVII

1. GLI OBIETTIVI INTERNAZIONALI	XXVII
2. LE LEGISLAZIONI DEI PRINCIPALI PAESI EUROPEI	XXIX
3. PROSPETTIVE	XXXII

V INDAGINE STATISTICA SULLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE..... XXXIV

1. PREMessa	
2. I DATI	XXXIV



XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

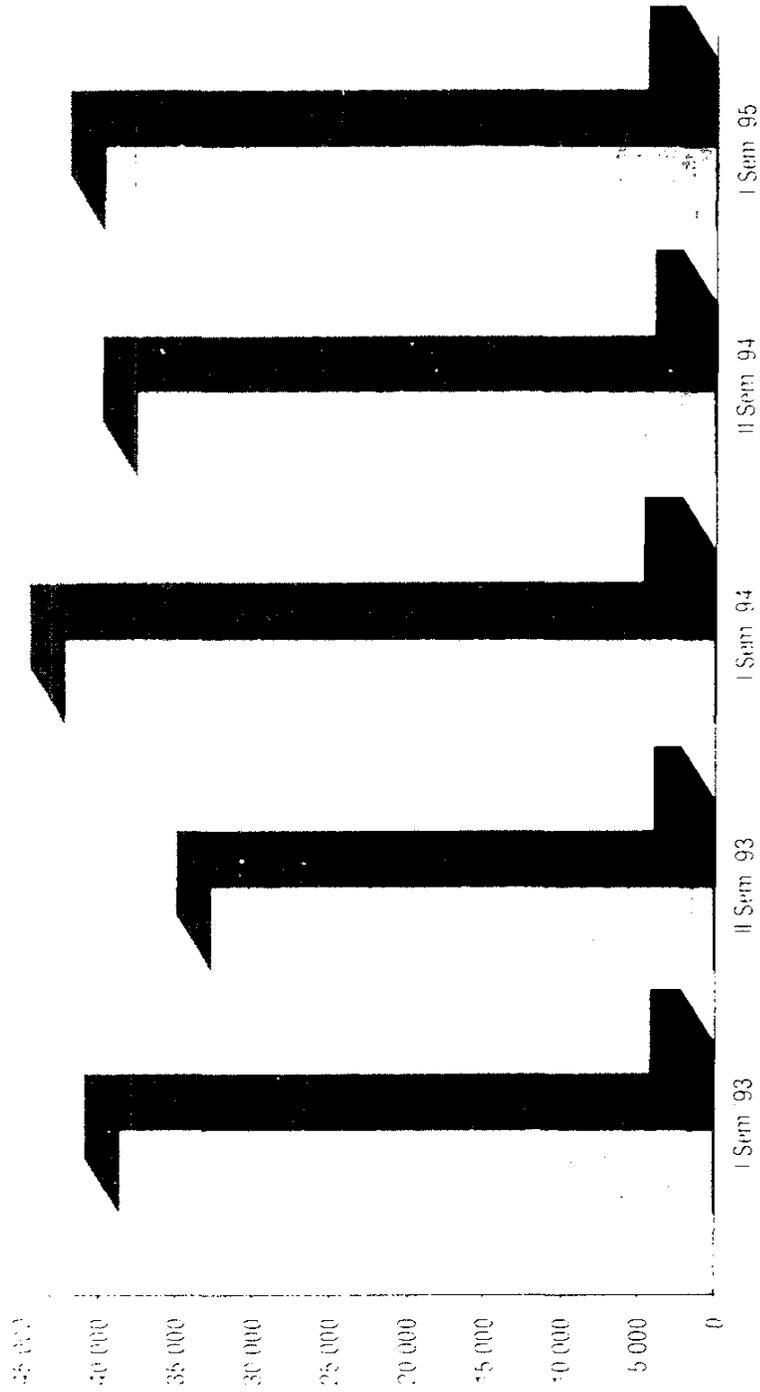
MINISTERO DI GIUSTIZIA E CIVILITA' - Direzione Generale degli Affari Penali  
Ufficio V - Ricerche, Documentazioni e Monitoraggio

RACCOLTA DI DATI PER LA RELAZIONE AL PARLAMENTO SU LO STATO DEI TUBICODIPENDENZE - periodo II semestre 1994

RESTRETTO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	NOMI PROC. PER PRODUZIONE E TRAFFICO DI STUPEFACENTI INDIVIDUALE ASSOCIATA (ART. 73)	NOMI PROC. PER PRODUZIONE E TRAFFICO DI STUPEFACENTI IN FORMA ASSOCIATA (ART. 74)	NOMI PROC. PER ADOLESCENZE ALL'USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI (ART. 75)	NOMI PROC. PER INTERDIZIONE PROIBIZIONE ED INDIZIONE AL RELATO DI PERSONA MINORE (ART. 81)	NOMI PROC. PER INTERDIZIONE PROGRAMMATA PER RAPRESENTAZIONE ALLE VOLSIZIONI (ART. 82)	NOMI PROC. PER REATTIVAZIONE ATTIVITA' TUBICODIPENDENZA (ART. 83)	NOMI PROC. PER REATTIVAZIONE ATTIVITA' TUBICODIPENDENZA (ART. 84)	NOMI PROC. PER REATTIVAZIONE ATTIVITA' TUBICODIPENDENZA (ART. 85)	NOMI PROC. PER REATTIVAZIONE ATTIVITA' TUBICODIPENDENZA (ART. 86)	NOMI PROC. PER REATTIVAZIONE ATTIVITA' TUBICODIPENDENZA (ART. 87)	NOMI PROC. PER REATTIVAZIONE ATTIVITA' TUBICODIPENDENZA (ART. 88)	NOMI PROC. PER REATTIVAZIONE ATTIVITA' TUBICODIPENDENZA (ART. 89)	NOMI PROC. PER REATTIVAZIONE ATTIVITA' TUBICODIPENDENZA (ART. 90)
TURINO	4.237	164	1	1	5	2.404	209	4	4	3	45	4	0
MILANO	2.791	78	14	12	2	379	0	0	0	9	112	5	0
GENOVA	2.229	132	7	4	42	981	468	3	1	66	0	0	1
BRESCIA	1.297	9	3	0	0	341	174	0	0	0	8	0	0
TRIESTE	622	6	0	0	0	161	85	0	0	22	1	0	0
VENEZIA	2.464	45	4	0	3	379	183	7	0	11	35	0	21
TREVI	705	6	0	0	0	141	14	0	0	7	0	0	0
BULGONA	4.962	223	1	2	1	614	805	0	0	100	4	0	0
TOTALE	19.604	643	36	19	53	5.357	2.510	14	5	218	206	9	22
AREA SETTEMERIDIONALE													
ANCONA	913	78	7	1	12	131	170	2	0	10	35	4	0
FIRENZE	1.823	82	6	0	11	278	212	13	0	10	104	5	0
PERUGIA	401	90	0	1	0	72	45	1	0	0	1	0	0
ROMA	5.431	211	11	0	37	2.070	46	0	0	20	38	0	0
TOTALE	8.548	441	34	2	60	2.553	474	16	0	40	178	9	0
AREA MERIDIONALE													
L'AQUILA	587	4	0	0	3	134	93	0	0	0	19	0	0
CAMPANIA	84	4	1	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0
NAPOLI	3.176	149	0	2	1	1.014	499	0	0	1	41	0	0
SALERNO	354	35	0	0	0	101	118	1	0	0	11	0	0
AVENZA	137	26	1	0	0	32	10	0	0	0	0	0	0
BARI	806	66	3	2	212	500	0	0	18	23	0	0	0
LECCE	1.167	92	20	1	2	560	729	0	0	0	283	0	0
TARANTO	32	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0
CATANZARO	439	96	4	0	13	45	28	1	1	0	0	0	0
REGGIO CAL.	126	19	0	0	4	25	2	0	0	0	0	0	0
TOTALE	7.212	492	39	5	28	2.152	1.771	2	1	19	384	0	0
AREA INSULARE													
MESSINA	213	1	0	0	0	21	65	0	0	0	4	0	0
CATANIA	527	31	1	0	20	164	145	2	0	0	1	0	0
CALTANISSETTA	164	26	0	0	1	24	0	0	0	0	3	0	0
PALESMO	942	49	2	0	3	317	272	0	0	5	66	0	0
CAGLIARI	664	1	0	0	0	14	25	0	0	0	0	0	0
SASSARI	154	12	0	0	0	38	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE	3.639	177	5	0	24	618	509	2	0	5	74	0	0
REPUBBLICA													
NORD	19.604	643	36	19	53	5.357	2.510	14	5	218	206	9	22
CENTRO	8.548	441	34	2	60	2.553	474	16	0	40	178	9	0
SUD	7.212	492	39	5	28	2.152	1.771	2	1	19	384	0	0
ISOLE	2.639	177	5	0	24	618	509	2	0	5	74	0	0
TOTALE NAZ.	38.143	1.743	84	26	167	10.678	5.262	34	6	282	842	18	22



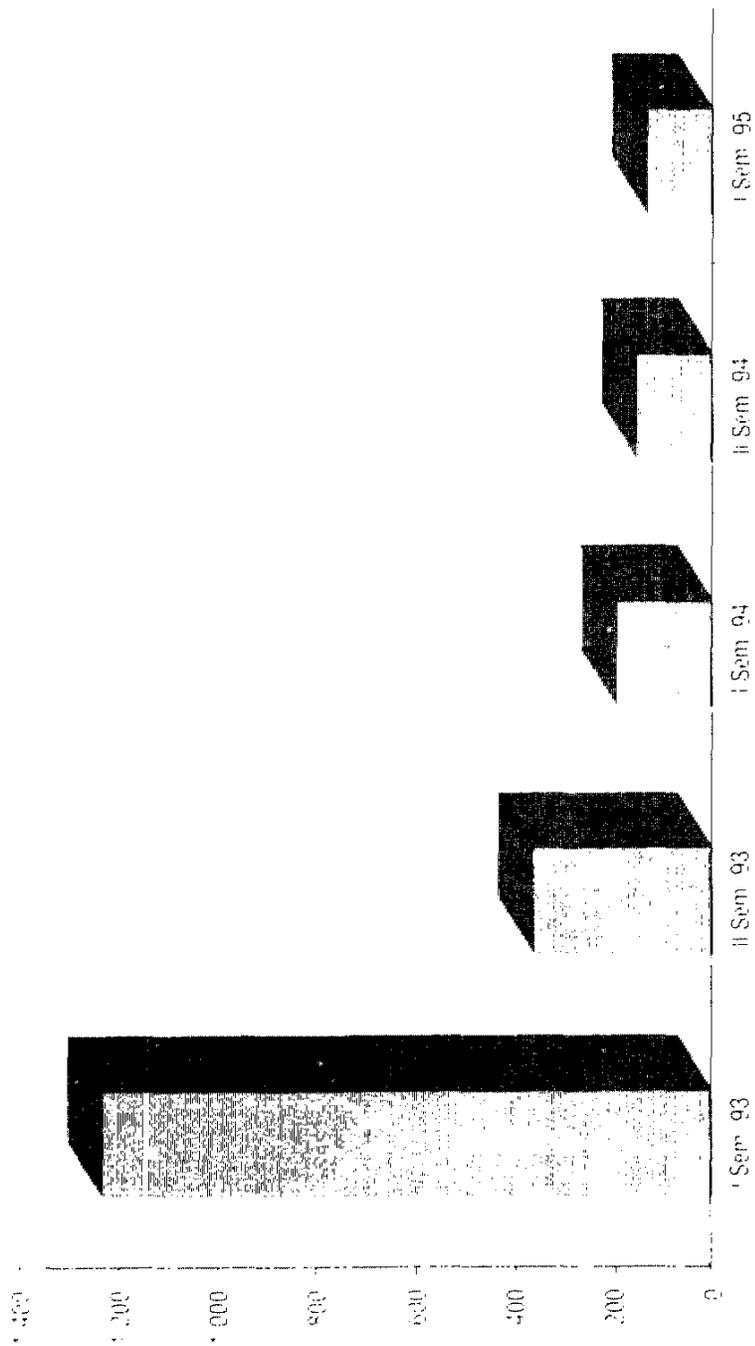
### Indagine sullo stato delle tossicodipendenze Numero Procedimenti Pendenti



- Art. 73: Produzione e traffico stupefacenti in forma individuale
- Art. 74: Produzione e traffico stupefacenti in forma associata

grafico 1

### Indagine sullo stato delle tossicodipendenze Numero Procedimenti Pendenti



Artt. 75, 76: Interruzione programma terapeutico o per altra violazione dell'art. 76

grafico 2

### Indagine sullo stato delle tossicodipendenze Provvedimenti restrittivi



■ Attinenti a reati di tossicodipendenza  
■ Nei confronti di tossicodipendenti

grafico 3

ALL'LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

INDAGINE SULLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE  
Espulsione di stranieri (art. 86)

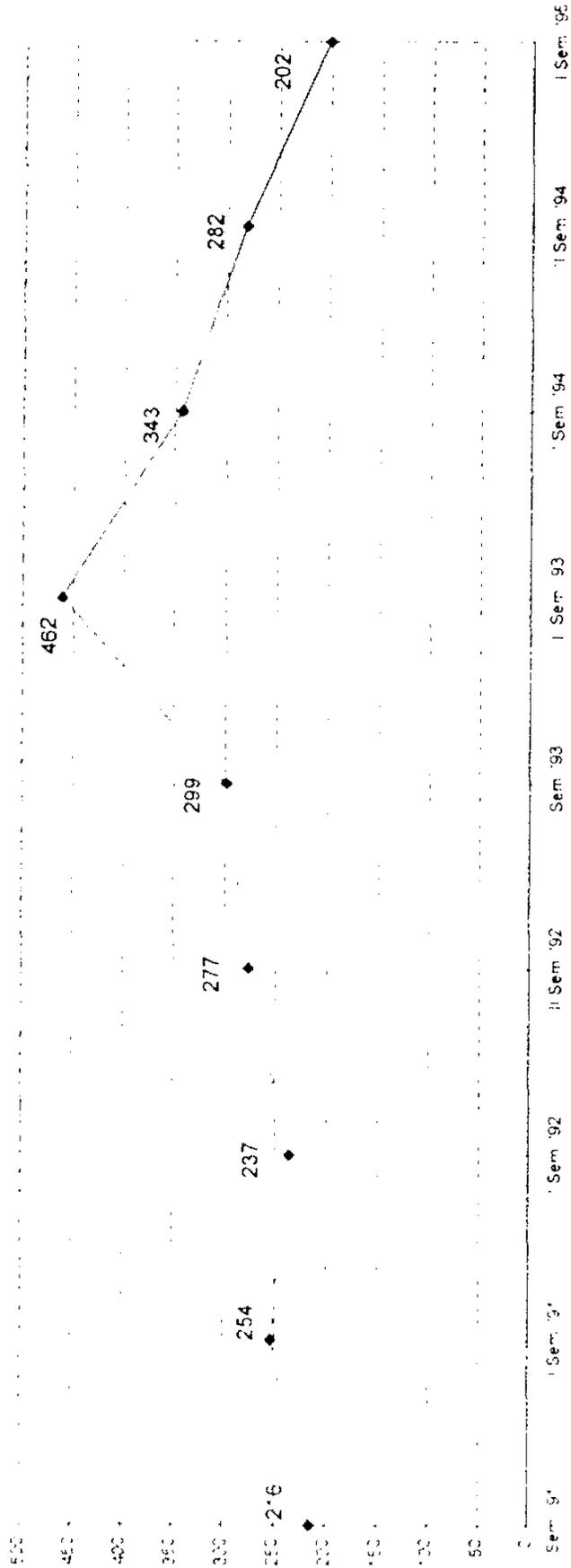
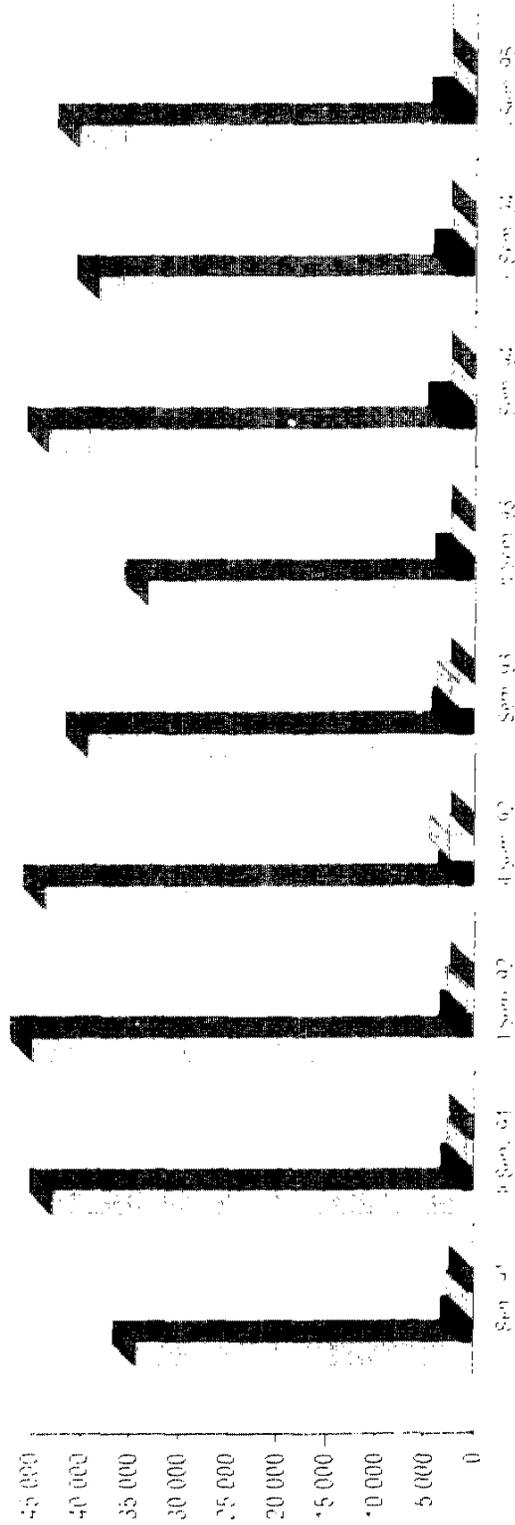


grafico 4

NELLE LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Indagine sullo stato delle tossicodipendenze



Qualificazione giudiziarie del fatto

art. 73
  art. 74
  art. 75 e 76
  art. 79
  art. 82