

ATTI PARLAMENTARI

XIII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. XXX

n. 1

RELAZIONE

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

(Anno 1996)

*(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 solidarietà sociale

(TURCO)

Trasmessa alla Presidenza il 12 giugno 1997

PAGINA BIANCA

INDICE

Introduzione del Ministro per la solidarietà sociale alla relazione annuale al Parlamento per il 1996 sulle tossicodipendenze	<i>Pag.</i>	7
I principali indicatori del fenomeno	»	9
Il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga	»	15
Trasferimento alle regioni del 75 per cento del fon- do nazionale di intervento per la lotta alla droga	»	17
L'attività svolta nel 1996 relativamente agli eser- cizi finanziari 1994 e 1995	»	19
Aspetti gestionali	»	23
Nucleo operativo	»	24
La campagna informativa contro le tossicodipen- denze	»	27
Il servizio «Drogatel»	»	31
Ministero degli affari esteri	»	43
Attività internazionale relativa alla lotta alla dro- ga, e alla tossicodipendenza	»	45
Ministero dell'interno	»	49
Osservatorio Permanente sul fenomeno droga	»	51
Direzione Generale dei servizi civili	»	66
Attività di contrasto del traffico e dello spaccio	»	67
Direzione Centrale servizi antidroga	»	77

Ministero della sanità	Pag.	123
Dipartimento della prevenzione	»	125
Ministero di grazia e giustizia	»	173
Situazione delle tossicodipendenze in Italia	»	174
Ministero della pubblica istruzione	»	227
Relazione sulle attività di educazione alla salute e prevenzione delle tossicodipendenze	»	229
Ministero della difesa	»	235
Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica	»	261
Progettualità ed iniziative	»	263
Ministero delle finanze	»	269
Attività svolta nel 1996 dalla Guardia di finanza e dalle dogane	»	271
Le regioni d'Italia	»	275

RELAZIONE
SUI DATI RELATIVI ALLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE
IN ITALIA, SULLE STRATEGIE ADOTTATE
E SUGLI OBIETTIVI RAGGIUNTI
(Anno 1996)

PAGINA BIANCA

Introduzione del Ministro per la solidarietà sociale alla Relazione annuale al Parlamento per il 1996 sulle tossicodipendenze

L'annuale Relazione al Parlamento sull'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze nel nostro Paese non è tanto un adempimento dovuto in quanto normativamente previsto, quanto un documento di conoscenza e di presa coscienza importante per impostare ed attuare strategie, programmi e progetti governativi e parlamentari. La compartecipazione delle principali Amministrazioni dello Stato e delle Autonomie alla raccolta ed all'elaborazione dei dati e delle informazioni su questo fenomeno è garanzia di serietà e di veridicità dagli eventi descritti.

Cionondimeno si avverte il bisogno di rendere questa opera di monitoraggio un impegno orientato anche verso una più compiuta analisi ed un più rigoroso studio. In altri termini sembra importante prevedere, accanto all'attività di raccolta di dati e di informazioni sugli utenti, sui servizi pubblici e del privato sociale, sulle sostanze e quant'altro, anche una funzione di carattere tecnico-scientifico che ne preveda gli orientamenti strutturali e congiunturali con riferimento anche alle modifiche delle tendenze e degli orientamenti dei giovani e delle opportunità sempre diverse offerte dal mercato degli stupefacenti. Su questi versanti infatti, quello delle cosiddette nuove droghe e quello degli stili di vita dei giovani, c'è ancora molto da lavorare.

Se fortunatamente la relazione per il 1996 denuncia che vi è una riduzione delle fasce di popolazione più giovani dedite all'uso di sostanze pesanti rispetto a quelle in età più matura, per altro verso essa evidenzia un maggior ricorso dei giovani agli anfetaminici, solo apparentemente meno pericolosi. Ciò dimostra che si sta modificando la propensione al consumo di sostanze pesanti, che comunque resta un fenomeno da non sottovalutare anche per il notevole numero di utenti ancora in trattamento, verso forme di dipendenza più episodiche ma non meno inquietanti. Ecco allora che diviene importante, accanto alla raccolta dei dati l'attività di prevenzione e di previsione rispetto alle attese dei giovani e lo studio tecnico scientifico sull'andamento dei fenomeni sociale, comportamentale e terapeutico.

Questa Relazione, ancorché più sintetica di quella che la precede, per accrescerne la fruibilità anche da parte dei non addetti ai lavori, si muove ancora, dal punto di vista strutturale, nel solco di quelle tracciate negli anni scorsi. La prossima dovrebbe subire una profonda modificazione in quanto gli Stati membri dell'Unione Europea dovranno conformare le proprie indagini, studi e rilevazioni ad un modello comune per consentire la stesura di un Rapporto annuale sull'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze in Europa. Sappiamo infatti quanto sia importante in questo campo un'attività di tipo comunitario.

Un altro impegno il Governo dovrà assumere per il prossimo futuro, di cui anche la presente Relazione testimonia l'urgenza: quello di rendere effettiva la funzione governativa di indirizzo e di coordinamento su questa materia ad evitare dispersione di risorse e di energie, soprattutto in un periodo di forte decentramento della spesa e delle responsabilità verso le Regioni.

Ciò per limitare le fughe in avanti di alcuni o ritardi di altri nel contrasto all'espansione del fenomeno.

La pluralità di attori e di modelli comportamentali, infatti, se denuncia da un canto una ricchezza di idee e di esperienze, può risultare dall'altro dispersiva e fuorviante rispetto al successo di strategie e di attuazione amministrativa in assenza di obiettivi politici, sociali, culturali, e tecnico scientifici comuni.

Affido queste riflessioni, oltre alle rilevazioni, analisi e suggerimenti contenuti nella Relazione, al Parlamento ed a tutti gli operatori pubblici e privati che operano con costanza, competenza e spirito di sacrificio, quale contributo per sanare questa orrenda ferita all'intelligenza ed alla dignità della persona.

Livia TURCO

I principali indicatori istituzionali del fenomeno

Per quanto riguarda gli aspetti internazionali il Ministero degli Esteri evidenzia la difficoltà di "governare" un fenomeno, qual è quello delle tossicodipendenze, così esteso da non poter essere ricondotto in ambito esclusivamente tecnico e settoriale e territorialmente delimitato. Già la Conferenza sulle droghe di Bruxelles del dicembre 1995 aveva posto le basi per il lavoro del 1996. Tutti i Paesi della Unione Europea hanno infatti firmato convenzione internazionali.

Nell'anno appena trascorso l'Italia ha avuto la Presidenza dell'Unione nel settore della droga ed in tale veste ha promosso l'elaborazione di un rapporto sull'America Latina ed i Caraibi con proposte di azione dell'Unione in tali regioni. Anche la Conferenza del 15 maggio 1996 dell' UNDCP alle Barbados avrebbe confermato la giustezza, per i Caraibi, delle azioni da intraprendere. Per l'America Latina il Consiglio dell'Unione ha predisposto un rapporto poi esaminato dal Consiglio Europeo di Dublino.

Altre iniziative hanno costellato il semestre di Presidenza del nostro Paese in Europa: dall'armonizzazione delle legislazioni in materia di droga a forme di collaborazione internazionale con i Paesi esteri particolarmente esposti quali quelli del Patto Andino.

Merita anche di essere ricordato un negoziato per un accordo con gli Stati Uniti in materia di precursori chimici.

Molto importante è il patto di Azione Comune che è stato siglato a Bruxelles nel novembre del 1996 con il quale i Paesi membri dell'U.E. si sono impegnati a cooperare nel campo della tossicodipendenza contro i flussi illeciti extracomunitari di droghe e contro le coltivazioni illecite di piante contenenti principi attivi, il narcoturismo e le produzioni illecite.

Il Consiglio Europeo di Dublino ha rinnovato l'invito per armonizzare le legislazioni e per aiutare i Paesi dell'Asia Centrale a combattere il narcotraffico.

Nello stesso anno sono stati rafforzati i rapporti con le nazioni Unite e con il Programma di lotta alle droghe di tale Organismo. Si ricordano, tra gli altri, i programmi finanziati in Colombia e Bolivia per il controllo dei precursori chimici usati nella produzione di eroina.

Il panorama internazionale si conclude con un cenno alle iniziative del Gruppo Pompidou composto da esperti in epidemiologia. Tra le altre è da segnalare un gruppo di lavoro, coordinato dall'Italia, sul problema della donna in relazione alla droga. Da questo gruppo è stato più che da altri evidenziata la rapida ascesa delle droghe sintetiche.

Il Ministero dell'Interno con un dettagliato rapporto del suo Osservatorio permanente sul fenomeno della droga della Direzione Centrale per la documentazione fornisce, assieme alla Direzione Generale per i Servizi Civili ed alla Direzione Centrale Antidroga, un panorama completo dei principali indicatori del fenomeno su strategie, obiettivi ed attività di contrasto.

L'Interno è stato impegnato per il 1996 per l'attuazione del progetto REITOX, l'istituzione di una rete informatica e telematica tra diverse Amministrazioni nazionali prima e comunitarie poi e quindi nella predisposizione del primo Rapporto europeo sulle tossicodipendenze.

Un terzo intervento è stato sviluppato nell'ambito del progetto multinazionale PHARE nei confronti dell'Albania, Bulgaria e Romania.

Per quanto riguarda l'andamento del fenomeno in campo nazionale l'Osservatorio attesta che si è registrato nel 1996 un incremento degli utenti dei servizi pubblici di quasi l'8% (da 83.911 a 90.577 unità) mentre l'incremento degli interventi in trattamento presso strutture socio - riabilitative private ha registrato un incremento di meno dell'1% (da 22.235 a 22.435 unità).

Le strutture hanno denunciato un andamento stazionario con 551 Servizi sanitari pubblici (SERT) e 1372 strutture socio - riabilitative private. Se facciamo un raffronto con gli anni '90 possiamo registrare un aumento del 6,6% dei SERT e del 45,8% delle strutture socio - riabilitative.

Altri dati riguardano: tossicodipendenti segnalati ai Prefetti per circa 140 mila cittadini negli anni dal 1990 al 1996. Colpisce l'età media molto bassa dei giovani di poco superiore ai 23 anni e l'altro dato significativo, che a fronte del 6,62% dei segnalati minorenni, il 12,64% dei segnalati supera i 30 anni. Ciò conferma il tendenziale "invecchiamento" della popolazione tossicodipendente. La rilevazione conferma anche la netta prevalenza dei tossicodipendenti maschi (93% del totale) sulle femmine (7%).

Un'altra importante tendenza rilevata nei colloqui con i Prefetti è il tendenziale incremento del consumo di droghe leggere (56% dei soggetti) rispetto ai consumatori di sostanze pesanti (42% dei soggetti) con un modesto 2% di sostanze promiscue.

Importante è l'informazione circa i soggetti tossicodipendenti che hanno accettato di sottoporsi ad un trattamento terapeutico e socio-riabilitativo, in oltre il 30% dei casi, con indici di completamento del programma di quasi la metà degli utenti.

La Direzione Centrale per i Servizi Antidroga stima che i decessi per cause dirette o correlate all'assunzione di droghe ha subito un incremento dal 1995 al 1996 da 1195 a 1394 decessi.

Altri dati ed informazioni, soprattutto relativi alla repressione del traffico di sostanze stupefacenti sono rinvenibili nel contributo del Ministero dell'Interno.

Il Ministro della Sanità ci fornisce stime dei tossicodipendenti in trattamento presso il SERT (106 mila unità) di poco superiori a quelli calcolati dal Ministro dell'Interno e di quelli trattati dalle Comunità del privato sociale (15.662 unità). Il Ministero dichiara un decremento nel numero dei tossicodipendenti in trattamento presso strutture private.

Più omogeneità di dati è invece evidenziabile tra i due Ministeri rispetto all'andamento del fenomeno con riferimento alle classi di età. Entrambi dichiarano una riduzione della percentuali di tossicodipendenti di età più giovane. La Sanità stima dal 43,3% del 1995 al 44,5% del 1996 l'incremento degli ultratrentenni. Anche sulle sostanze vi è concordia di analisi, con un andamento decrescente dell'eroina ed un aumento dei cannabinoidi. L'uso del metadone si conferma in crescita per la terapia di mantenimento e di recupero

soprattutto nei programmi a lungo termine (dal 9,3% del 1991 al 25,7% dal 1996). Ciò è anche frutto della terapia detta di riduzione del danno.

La tossicodipendenza è purtroppo collegata ad aspetti penalistici, vuoi per i connessi reati di cui i consumatori si macchiano, vuoi per la non risolta questione tra necessità di trattamento sociosanitario ed espiazione della pena in carcere.

In realtà, come afferma il Ministero di Grazia e Giustizia nel suo contributo a questa Relazione, la detenzione di sostanze stupefacenti per uso personale, quale illecito amministrativo non è penalmente perseguibile essendo stata depenalizzata dalla recente legislazione scaturita dall'esito referendario del 1993. In pratica però non sempre è agevole distinguere tale illecito amministrativo dallo spaccio e dal traffico illecito.

Per altri versi l'affollamento della popolazione carceraria composta in buona misura di tossicodipendenti, anche per reati connessi, rende urgente muovere verso una revisione della normativa penale che miri ad una "decarcerizzazione" verso un trattamento di recupero sociosanitario.

Tra le attività sperimentali del Ministro di Grazia e Giustizia condotte nell'anno 1996 sembra interessante quella che ha visto uno studio ed un principio di realizzazione di "sospensione" del procedimento penale e "di messa in prova" diretta ad una riconciliazione tra il reo e la vittima, alla riparazione del danno ed alla riduzione della conflittualità. Questo programma, che è stato sperimentato in alcune carceri, sembra avere buone prospettive di risultati positivi.

L'evoluzione del fenomeno di assuntori di sostanze stupefacenti, soprattutto tra i minori, non ha subito sostanziali modifiche rispetto all'anno 1995 e ciò conferma l'esigenza di azioni mirate sui giovanissimi proprio per ridurre le opportunità culturali e sociali che predispongono alla devianza. Per la specifica dei dati si rinvia al contributo del Ministero di Grazia e Giustizia.

Un elemento rilevante sembra essere nell'abuso di droghe da parte dei minorenni delle aree metropolitane più che delle zone rurali.

Anche questo Rapporto conferma lo spostamento dei consumi verso le cosiddette droghe leggere soprattutto tra i giovani. Da ciò il Ministero fa derivare l'esigenza "d'inquadrare l'attività di sostegno dei minori in ambito di prevenzione e formazione globale e non soltanto di riduzione del danno".

L'analisi si spinge fino a verificare uno spostamento degli assuntori abituali verso quelli occasionali, ad esempio verso quelli del "sabato sera". Nel complesso comunque il fenomeno non è in calo.

Interessante è l'esame che il Ministero conduce sugli effetti abrogativi del referendum del 1993 sul trattamento del consumatore di droga. Il confine tra illecito amministrativo e penale era individuato con riferimento alla dose media giornaliera. Dopo tale referendum la detenzione di stupefacenti con finalità uso personale non configura più un illecito penale ma solo un illecito amministrativo, depenalizzando sostanzialmente l'uso personale delle droghe.

Sulla disciplina penitenziaria delle tossicodipendenze la relazione evidenzia il divieto di disporre la custodia in carcere del soggetto tossicodipendente che abbia in corso un programma terapeutico di recupero così come la

facoltà dello stesso giudice di adottare misure cautelari diverse dalla custodia in carcere quale gli arresti domiciliari nella medesima Comunità.

Rilevante il fenomeno della tossicodipendenza in ambito penitenziario che, sebbene quantitativamente significativo, sembra mostrare un leggero decremento nel tempo passando dal 32,81% della fine del 1991 all'attuale 29,25% dei tossicodipendenti rispetto al totale della popolazione carceraria.

Altro dato significativo è nella frequenza delle fasce di età più numerose che risulta essere tra i 21 e i 39 anni.

E' ancora da rilevare che al 31 /12/1995 sulla popolazione carceraria di 46.525 unità i tossicodipendenti ammontavano a 13.488 pari al 28, 99% mentre la situazione al 31/12/1996 era, su una popolazione carceraria di 47.386 unità, di 13.859 tossicodipendenti, pari al 29,25%.

Sul piano degli interventi il Ministero di Grazia e Giustizia auspica una maggiore collaborazione con le strutture pubbliche e private sul territorio per l'attuazione dei progetti mirati.

Il Ministero della Pubblica Istruzione dichiara di aver mirato i propri interventi nel 1996 soprattutto nel settore della prevenzione e segnatamente in quello dell'educazione alla salute e della prevenzione dalle tossicodipendenze.

Un incremento vi sarebbe anche nel numero dei centri di informazione e di consulenza (C.I.C.) d'intesa con i servizi sociosanitari.

Gli interventi formativi si sono spinti anche alla informazione ai genitori collegata alla crescita dei giovani.

I Provveditorati agli studi hanno orientato l'impiego delle risorse finanziarie delle scuole sulla base di una direttiva centrale rispetto ai progetti ad alle attività meglio specificati nel contributo di tale Ministero.

Il Ministero della Difesa dichiara una notevole attività sviluppata nell'anno 1996, anche se inferiore all'anno 1995 per limitatezza di risorse finanziarie, effettivamente rese disponibili soltanto alla fine dell'anno scorso.

Le iniziative si sono sviluppate nelle tre Armi soprattutto nella prevenzione primaria e secondaria con conferenze per i militari di leva, attività di aggiornamento per gli ufficiali, servizi telefonici di informazione, approntamento di testi per la cura del "disagio psichico", collaborazione con il servizio telefonico a numero verde DROGATEL, convegni e conferenze.

Una ricca indagine statistica completa il contributo del Ministero della Difesa.

Il Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica ha seguito i progetti in materia approntati dall'Università e dagli Istituti di ricerca incentrati principalmente sulla valutazione degli interventi di prevenzione. L'analisi e lo stato di tali progetti è rinvenibile all'intervento di questa Relazione.

Il Ministero delle Finanze informa dell'attività svolta nel 1996 dalla Guardia di Finanza dalle Dogane. Considera lo sviluppo del fenomeno come favorito essenzialmente dalla continua ricerca di sbocchi per gli investimenti di risorse finanziarie di organizzazioni criminali. Riporta i dati sulle sostanze stupefacenti sequestrate nell'anno 1996 con le variazioni rispetto al 1995, tutte in aumento per le cosiddette droghe pesanti, in flessione per le altre. Registra infine le problematiche emerse in sede di attuazione del d.P.R. n°309/1990 e propone delle interessanti modifiche a tale normativa.

Da ricordare le ulteriori informazioni contenute in questa Relazione: dall'attività del Servizio telefonico DROGATEL, alla Relazione nel campo ispettivo del Nucleo operativo che, come vuole la legge, è allegata a questa Relazione ed una nota che concerne l'avvenuta VI Campagna informativa sulla prevenzione dalle tossicodipendenze.

Completano il panorama istituzionale alcuni contributi delle Regioni che diverranno, dalla prossima Relazione, più importanti, in quanto, come evidenziato nell'apposita sezione di questa Relazione, le Regioni, dal 1996, gestiscono la gran parte del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga. Ovviamente i primi risultati saranno registrati dalla prossima Relazione al Parlamento, dati i tempi tecnici di finanziamento dei progetti di tipo locale.

Tra i prodotti della ricerca finalizzata sostenuti con i finanziamenti di cui all'art.127 d.P.R. 309/90, si ritiene utile segnalare la terza edizione del Progetto TO.DI. (Diffusione dell'uso di oppiacei e di altre psicodroghe tra i giovani, 1994 Progetto TO.DI. III).

Con questo studio, avviato congiuntamente dal Dipartimento degli Affari Sociali e l'Istituto Superiore di Sanità, sono stati ampliati ed approfonditi in misura significativa alcuni caratteri, già percepibili attraverso le precedenti edizioni. Per la prima volta l'applicazione di metodologie dirette ed obiettive a studi epidemiologici sperimentali in campioni di popolazione generale (di sesso maschile) ha consentito, oltre la determinazione della prevalenza di uso di certe sostanze stupefacenti, l'emersione di notevoli modifiche incrociate o, quanto meno, associate con l'assunzione delle stesse sostanze nei profili socioculturali, nelle abitudini e nelle attitudini dei giovani nei riguardi di svariati parametri critici.

La caratterizzazione multiparametrica delle aree coinvolte ha messo a disposizione un ventaglio di criteri e un patrimonio di elementi conoscitivi utili a ulteriori approfondimenti. Per l'affidabilità degli indicatori il modello di indagine potrebbe risultare utile per valutare l'efficacia di eventuali interventi di prevenzione nei riguardi delle conseguenze dell'abuso di droga.

PAGINA BIANCA

Il Fondo Nazionale di Intervento per la lotta alla droga

PAGINA BIANCA

Trasferimento alle Regioni del 75% del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga

(Decreto Ministeriale 11 aprile 1996)

L'esigenza di trasferire alle Regioni gran parte del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga prende corpo nel 1996 a motivo della migliore distribuzione delle risorse in ambito territoriale decentrato.

Le Regioni infatti conoscono meglio le realtà locali del fenomeno e delle istituzioni e comunità deputate a combatterlo e possono quindi orientare in modo più efficace dello Stato centrale gli investimenti con i quali finanziare progetti di prevenzione e di recupero dalle tossicodipendenze.

In attuazione delle disposizioni recate dall'articolo 4 del decreto legge 19 marzo 1996 n.130, che dispone il trasferimento alle Regioni "in proporzione al numero degli abitanti ed alla diffusione delle tossicodipendenze" del 75 per cento delle disponibilità del Fondo, viene emanato il decreto 11 aprile 1996 del Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale, Prof. Adriano Ossicini, che viene pubblicato in Gazzetta Ufficiale, serie generale n°200, in data 27 agosto 1996.

Tale decreto approva le allegate tabelle di ripartizione e riparametrazione, trasferisce i finanziamenti per l'anno finanziario 1996, differisce il trasferimento, per la regione Val d'Aosta dietro sua richiesta, di un anno finanziario, quindi al 1997; tale possibilità è a mente dell'art.4, terzo comma, del decreto-legge 19 marzo 1996, n°130.

Per la predisposizione delle tabelle sono stati seguiti due indicatori principali:

- a) il numero degli abitanti
- b) la diffusione delle tossicodipendenze.

Ciò sulla base dei dati ISTAT per la popolazione e dei dati raccolti dall'Osservatorio permanente presso il Ministero dell'Interno per la diffusione delle tossicodipendenze.

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 recata dall'articolo 6, comma 1, lett. c del D.L. n. 20/1996, è stato previsto un nuovo servizio telefonico a numero verde, il "Drogatel", di ausilio ai tossicodipendenti per una spesa di 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 avendo la legge stabilito criteri numericamente significativi 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 degli utenti dei servizi 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 quindi, nel quadro di una programmazione regionale e nel rispetto di linee dettate dal Comitato nazionale di coordinamento per l'azione antidroga, pure pubblicate nella G.U. del 27 agosto 1996, provvedono ad erogare i finanziamenti ai soggetti pubblici e privati interessati ai progetti di prevenzione e di recupero nel termine di otto mesi 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.

Al momento della stesura di queste note è stata approvata la legge di sanatoria degli effetti prodotti dai decreti legge sulle tossicodipendenze decaduti, la legge 28 marzo 1997 n.86 (G.U. n.76 del 2 aprile 1997) che ha fatto salve, con l'art.1, comma 1, lettera d, le disposizioni relative al riparto ed al trasferimento alle Regioni degli stanziamenti in questione.

Appare evidente che, a causa, della "vacanza" normativa prodottasi dalla decadenza dell'ultimo decreto legge non reiterato dal Governo (n.476/1996), cioè dal 13 novembre 1996, all'entrata in vigore della nuova legge di sanatoria n.86/1997 (3 aprile 1997), il termine temporale di otto mesi per l'erogazione dei finanziamenti da parte delle Regioni per progetti di prevenzione e di recupero dalle tossicodipendenze subisce un equivalente slittamento di termini temporali.

Fondo Nazionale di Intervento per la lotta alla droga

L'attività svolta nell'anno 1996 relativamente agli esercizi finanziari 1994 e 1995

A seguito della seduta del 26 luglio 1996, il Ministro per la solidarietà sociale, sentito il Comitato Nazionale di coordinamento per l'azione antidroga, disponeva i finanziamenti per i progetti presentati dalle Regioni relativi agli esercizi 1994 e 1995.

Per quanto riguarda l'e.f. 1994, su un totale di 95 progetti presentati, 76 sono risultati approvati e 19 respinti.

A fronte di finanziamenti richiesti per Lit. 11.210.213.000, quelli erogati sono risultati per un importo di Lit. 7.364.413.000.

Per quanto riguarda l'e.f. 1995, su un totale di 102 progetti presentati, 82 sono risultati approvati e 20 respinti.

A fronte di finanziamenti richiesti per Lit. 13.742.144.400, quelli erogati sono risultati per un importo di Lit. 8.412.127.400.

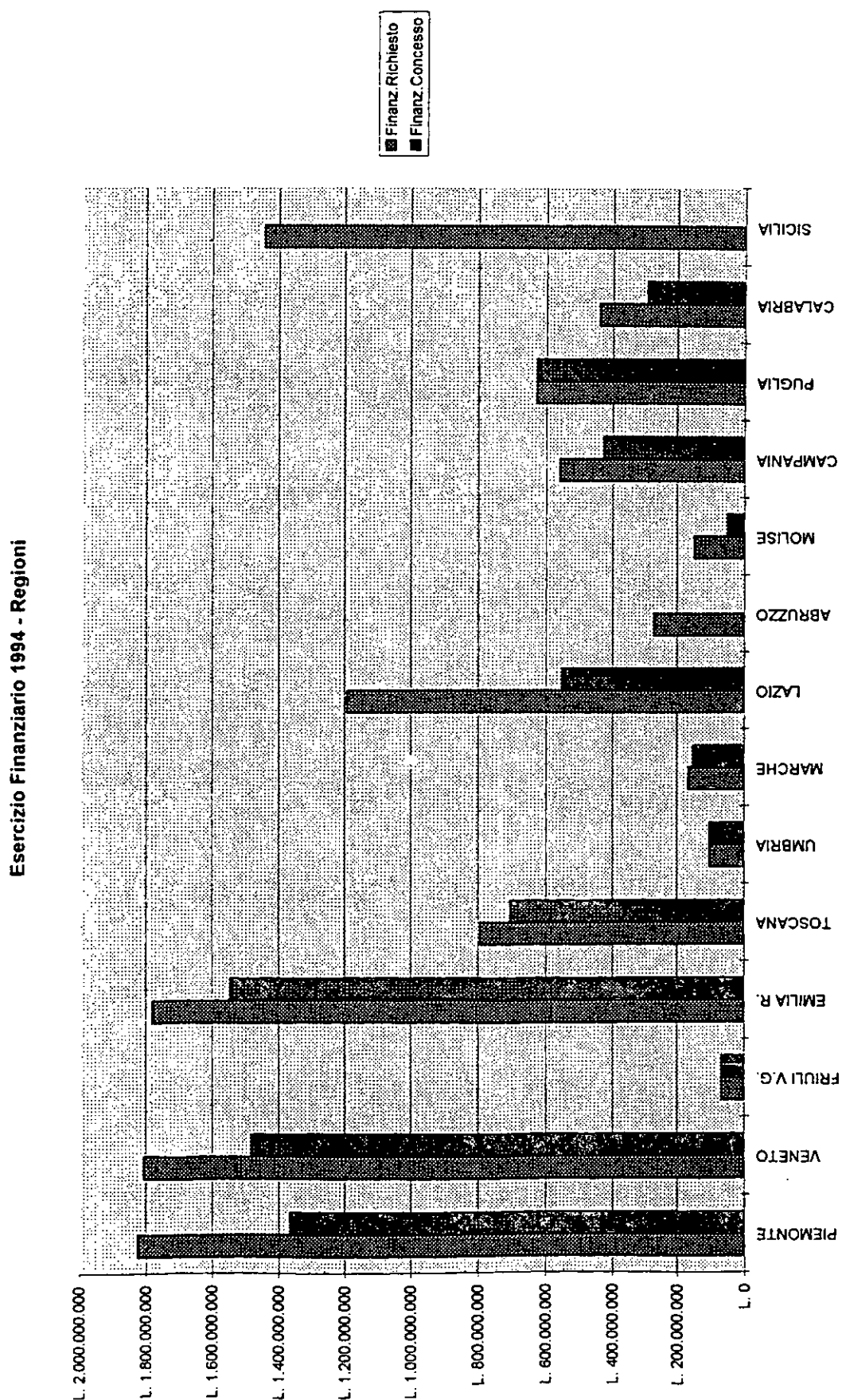
Complessivamente (e.f. 1994 + e.f. 1995), sono stati presentati 197 progetti per un totale richieste di Lit. 24.952.357.400 ; i progetti finanziati sono stati 158 per un finanziamento erogato di Lit. 15.776.540.400.

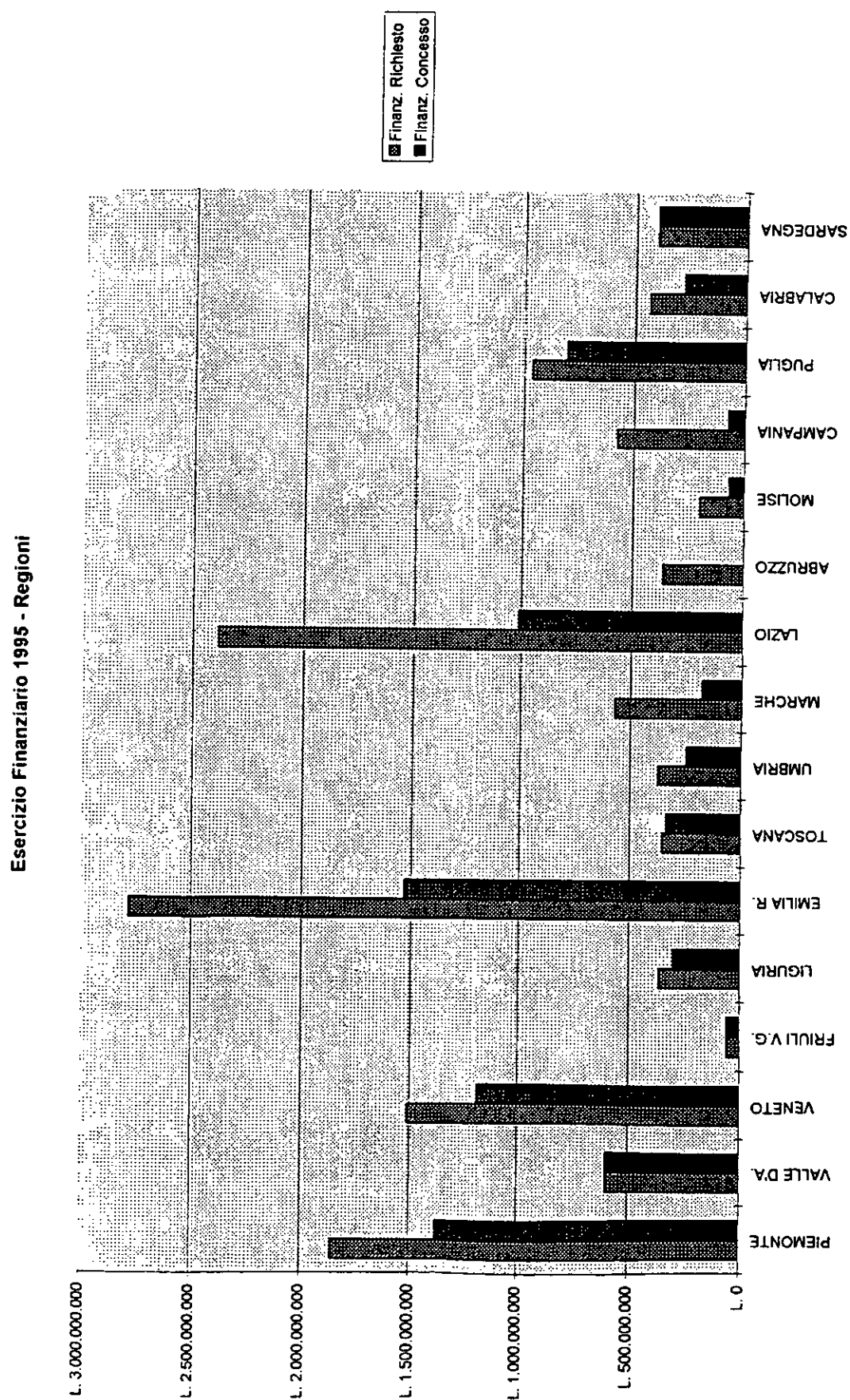
Si riporta di seguito il prospetto riassuntivo dei finanziamenti.

Quadro Riassuntivo Esercizi Finanziari 1994/ 1995 *Regioni*

<i>(e.f. 1994) Regione</i>	<i>Progetti Presentati</i>	<i>Finanz.to Richiesto</i>	<i>Finanz.to Concesso</i>
<i>Piemonte</i>	<i>45</i>	<i>1.824.325.000</i>	<i>1.364.265.000</i>
<i>Veneto</i>	<i>13</i>	<i>1.804.960.000</i>	<i>1.482.000.000</i>
<i>Friuli V.G.</i>	<i>2</i>	<i>66.780.000</i>	<i>66.780.000</i>
<i>E. Romagna</i>	<i>8</i>	<i>1.778.000.000</i>	<i>1.543.000.000</i>
<i>Toscana</i>	<i>6</i>	<i>792.894.000</i>	<i>706.894.000</i>
<i>Umbria</i>	<i>2</i>	<i>103.424.000</i>	<i>103.424.000</i>
<i>Marche</i>	<i>4</i>	<i>166.250.000</i>	<i>151.250.000</i>
<i>Lazio</i>	<i>6</i>	<i>1.191.000.000</i>	<i>550.000.000</i>
<i>Abruzzo</i>	<i>1</i>	<i>270.000.000</i>	<i>0</i>
<i>Molise</i>	<i>1</i>	<i>148.500.000</i>	<i>50.000.000</i>
<i>Campania</i>	<i>2</i>	<i>555.880.000</i>	<i>426.000.000</i>
<i>Puglia</i>	<i>1</i>	<i>628.800.000</i>	<i>628.800.000</i>
<i>Calabria</i>	<i>3</i>	<i>437.500.000</i>	<i>292.000.000</i>
<i>Sicilia</i>	<i>1</i>	<i>1.441.900.000</i>	<i>0</i>
<i>Totale</i>	<i>95</i>	<i>11.210.213.000</i>	<i>7.364.413.000</i>

<i>(e.f. 1995) Regione</i>	<i>Progetti Presentati</i>	<i>Finanz.to Richiesto</i>	<i>Finanz.to Concesso</i>
<i>Piemonte</i>	<i>45</i>	<i>1.850.080.000</i>	<i>1.376.980.000</i>
<i>Valle d'Aosta</i>	<i>1</i>	<i>594.238.400</i>	<i>594.238.400</i>
<i>Veneto</i>	<i>13</i>	<i>1.504.960.000</i>	<i>1.182.000.000</i>
<i>Friuli V.G.</i>	<i>1</i>	<i>56.243.000</i>	<i>56.243.000</i>
<i>Liguria</i>	<i>1</i>	<i>364.000.000</i>	<i>300.000.000</i>
<i>E. Romagna</i>	<i>13</i>	<i>2.776.200.000</i>	<i>1.523.700.000</i>
<i>Toscana</i>	<i>4</i>	<i>353.466.000</i>	<i>353.466.000</i>
<i>Umbria</i>	<i>2</i>	<i>374.278.000</i>	<i>245.000.000</i>
<i>Marche</i>	<i>2</i>	<i>568.000.000</i>	<i>178.000.000</i>
<i>Lazio</i>	<i>9</i>	<i>2.378.689.000</i>	<i>1.010.000.000</i>
<i>Abruzzo</i>	<i>1</i>	<i>360.000.000</i>	<i>0</i>
<i>Molise</i>	<i>1</i>	<i>196.000.000</i>	<i>65.000.000</i>
<i>Campania</i>	<i>2</i>	<i>570.990.000</i>	<i>70.500.000</i>
<i>Puglia</i>	<i>1</i>	<i>960.000.000</i>	<i>800.000.000</i>
<i>Calabria</i>	<i>3</i>	<i>435.000.000</i>	<i>275.000.000</i>
<i>Sardegna</i>	<i>3</i>	<i>400.000.000</i>	<i>400.000.000</i>
<i>Totale</i>	<i>102</i>	<i>13.742.144.400</i>	<i>8.412.127.400</i>





Aspetti gestionali

Per quanto riguarda gli aspetti gestionali del Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga c'è da registrare, per il 1996, una intensa attività intesa ad effettuare un monitoraggio a tutto campo sull'attuazione dei progetti a valere sul Fondo per gli anni dal 1990 al 1993.

Questa ricognizione si è dimostrata necessaria per due ordini di motivi :

uno per permettere all'Ufficio competente del Dipartimento di verificare il rispetto da parte degli enti beneficiari degli adempimenti attuativi dei progetti anche al fine di decidere l'ulteriore finanziamento di completamenti di progetti o di nuove iniziative a valere sul Fondo per gli anni 1994 e 1995, da erogare nel momento in cui il Parlamento avesse sanato gli effetti dei vari decreti legge in materia (cosa avvenuta con la legge n°86/1997) ; un altro, più specifico, atto a verificare la correttezza delle spese effettuate e gli eventuali residui, al fine di ricondurli all'interno del Fondo medesimo e permetterne il reimpiego.

Quest'ultimo aspetto del monitoraggio è stato anche sollecitato dalla Corte dei conti con decisione della sezione del controllo n°153/1996.

E' stata quindi rafforzata l'attività di gestione, soprattutto nella seconda metà del 1996, ed in particolare sono stati sottoposti a monitoraggio circa duemila progetti, ad iniziare dagli enti pubblici, per gli anni 1990/1993, di cui non si era a perfetta conoscenza, dell'impiego totale o parziale dei fondi disponibili e del raggiungimento degli obiettivi progettuali.

Questo screening, che si completerà nel corso dell'anno 1997, ha già permesso di raggiungere un parziale obiettivo di un recupero di somme non impiegate o residue per circa cinque miliardi da progetti di tipo regionale e per circa tredici miliardi per progetti di tipo locale.

Ma al di là degli aspetti finanziari, pure importanti, questa attività di verifica sta conducendo ad un più importante risultato, di rimettere in moto i meccanismi d'impiego dei fondi a vantaggio del recupero dei tossicodipendenti nelle ipotesi di progetti avviati ma interrotti per i più vari motivi (spesso per cambiamenti nella composizione dei governi locali).

Del complesso e dei risultati globali di questa attività i maggiori risultati si vedranno nel corso dell'anno 1997 per cui si fa riserva di una più puntuale informativa al Parlamento con la prossima Relazione aggiuntiva, appunto, all'anno appena menzionato.

Nucleo Operativo

Relazione sulle attività svolte nel corso del 1996

Come è noto, il ruolo svolto dal Dipartimento per gli Affari Sociali nella prevenzione delle tossicodipendenze, non si esaurisce con la erogazione dei finanziamenti.

Nell'intento di assicurare il controllo sulle modalità e sui tempi di spesa del denaro pubblico, il legislatore ha previsto la costituzione di un apposito organo deputato da un lato al monitoraggio delle attività realizzate dai destinatari dei finanziamenti, dall'altro all'effettuazione di puntuali verifiche sul territorio, in merito a quanto sviluppato nell'ambito dei progetti.

Questa relazione si pone in diretta continuazione della precedente centrata sulla fase in cui il progetto viene esaminato e approvato per il finanziamento.

Nell'ottica, quindi, di un riscontro della destinazione dei finanziamenti, nell'art. 5 del decreto-legge 13 settembre 1996 n. 476 (poi non convertito), era stata prevista l'istituzione di un nucleo operativo per la verifica sul territorio degli interventi nel settore della tossicodipendenza con i seguenti compiti:

a) verifica delle modalità di realizzazione dei progetti finanziari a valere sul Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga, anche al fine di accertare il rispetto del diritto all'autodeterminazione dei soggetti destinatari degli interventi (la verifica può avvenire anche su richiesta della Commissione Istruttoria di cui all'articolo 127, comma 6, del testo unico sulle tossicodipendenze, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309);

b) verifiche, su richiesta di altre amministrazioni dello Stato e delle regioni, relativamente ad interventi di competenza dell'amministrazione richiedente attinenti alle problematiche delle tossicodipendenze.

Il Nucleo Operativo, ricostituito nell'aprile del 1996, e reso concretamente operante nel giugno del 1996, ha immediatamente iniziato ad elaborare la propria metodologia e strategia d'intervento alla luce dei compiti e delle finalità istituzionali.

Un primo elemento significativo dell'attività è stato quello di inserirsi in modo funzionale, pur nella propria autonomia, nel percorso amministrativo-istituzionale dei progetti finanziati dal Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga. Tale raccordo è stato ottenuto attivando la collaborazione con gli uffici del Dipartimento ed in particolare modo con la Commissione Istruttoria, nella convinzione che l'esito delle verifiche deve produrre effetti interrelati fra loro, si da creare una sorta di "circolo virtuoso" tra tutti gli uffici che svolgono un ruolo nella gestione del Fondo.

Si sottolinea questo aspetto perchè l'operatività del Nucleo presuppone una diretta collaborazione con l'Ufficio IV supportando l'attività di routine dell'Ufficio stesso. Contemporaneamente l'esito delle verifiche deve ritornare alla Commissione per offrire elementi utili alla disamina dei progetti il cui esame, basato sulle schede delle domande, può dalla Commissione essere ritenuto insufficiente o sollevare dubbi sulla validità del progetto proposto.

In questi casi la Commissione può utilizzare l'apporto del Nucleo tenendo conto evidentemente del contesto in cui il Nucleo deve operare e della necessità di avviare lo scambio informativo.

Il Nucleo ha quindi sviluppato le proprie ipotesi di lavoro articolandole in due aree:

- a) quella della valutazione di routine dei processi e dei risultati conseguiti in relazione all'insieme dei progetti presentati, approvati e finanziati dal Fondo Nazionale;
- b) quella della valutazione "ad hoc" e quindi sul territorio di specifici progetti individuati autonomamente o su richiesta esterna come previsto dalla normativa vigente.

Descrizione Delle Attività Svolte

Nei circa 200 giorni di operatività il Nucleo ha valutato, tramite visite ispettive, 53 progetti finanziati nel periodo 1990-1993 per un importo complessivo di 16 miliardi.

Per avviare le visite ispettive, in una prima fase il Nucleo si è dotato di una strumentazione operativa così articolata:

- a) costruzione di una griglia di classificazione dei progetti a valere sul Fondo Nazionale, relativamente all'esercizio finanziario 1993 basata su alcuni parametri quali l'entità del finanziamento, la tipologia dell'intervento, l'area geografica interessata, la tipologia dell'Ente contraente/esecutore.

A tale proposito sono stati esaminati 2373 progetti finanziati nel 1993, classificandoli secondo un metodo che ha preso in considerazione l'entità dello scostamento del finanziamento richiesto rispetto alla media della categoria di Ente esecutore (Comuni, Aziende Sanitarie, Servizi del privato sociale, etc.).

Sono stati quindi individuati alcuni progetti che si discostavano dalle rispettive medie di gruppo per diversi ordini di grandezza, in merito ai quali il Nucleo ha attivato l'analisi presso il Dipartimento. E' stata quindi formulata l'ipotesi di ispezione programmata ad iniziare dai progetti finanziati ed attuati in ambiti comunali di grandi aggregati urbani di tutto il territorio nazionale. Tale ispezione si è concretizzata con le visite ispettive avvenute presso i Comuni di Roma, Napoli e Milano.

Sono stati considerati, ai fini di economia dei costi delle visite ispettive, l'insieme dei progetti per i quali l'Ente Comunale aveva chiesto di accedere al finanziamento del Fondo dal 1990 al 1993 e, mediante lettera, è stata richiesta la relativa documentazione (con particolare riferimento alla compilazione di un questionario adeguatamente predisposto) e stabilite le date e le modalità delle visite.

Per quanto concerne la metodologia di lavoro, il Nucleo ha prodotto un questionario atto a raccogliere elementi descrittivi delle fasi di attuazione e degli eventuali risultati raggiunti dai progetti finanziati (anche ai fini dell'attuazione di un sistema di classificazione dei processi e dei risultati, mediante indicatori di sintesi).

Dalle prime visite ispettive effettuate, si è potuto verificare l'utilità e la validità di questi questionari che sono risultati di aiuto per gli intervistati per seguire un percorso "coerente" e completo nella illustrazione dei risultati conseguiti.

Questo primo riscontro positivo ha permesso di predisporre l'invio di tale questionario ad un campione di progetti finanziati, statisticamente significativo, proprio per ottenere quanto sopra accennato e cioè un sistema di classificazione dei processi, dei percorsi e dei risultati, mediante indicatori di sintesi.

Altro elemento sostanziale della metodologia di lavoro messa a punto è quello della trasparenza e fruibilità delle informazioni disponibili mediante la creazione di una base di dati informatizzata relativa alle schede di rendicontazione e di valutazione.

I circa 200 giorni di operatività del Nucleo e i 53 progetti esaminati non permettono, per ora, di fare un bilancio complessivo rispetto al quadro generale così complesso e così articolato. Si ritiene comunque utile riportare alcuni dati dei 2373 progetti approvati. In particolare l'84% del totale dei progetti presentati è concentrato nelle prime due classi di finanziamento, cioè entro la cifra di 100 milioni; solamente il 16% dei progetti è distribuito nelle restanti due classi.

Elemento di nota è che su questo 16% poco meno di 400 progetti è concentrato il 48% del finanziamento totale del Fondo (circa 78 miliardi). Considerando un campione rappresentativo di 50 progetti permette di valutare le differenze tra entità di finanziamento richiesto e concesso e alla sequenza temporale: richiesta finanziamento - disponibilità fondi - chiusura attività.

In particolare, rispetto ai circa 15 miliardi richiesti, ne sono stati concessi solo 4 (27% circa); che l'intervallo medio fra richiesta e disponibilità di finanziamento è stato di 27 mesi, quindi più di due anni e il tempo di realizzazione dei progetti è stato in media di 28 mesi.

Un'ultima considerazione importante da fare nasce dalla verifica diretta del lavoro del Nucleo in relazione all'impianto generale del Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga.

La presenza di una struttura centralizzata dello Stato che svolge un compito di valutazione dell'insieme dei progetti finanziati dal Fondo costituisce uno strumento non solo di verifica dell'efficacia del Fondo stesso ma in futuro, anche di indirizzo e coordinamento specialmente quando i Fondi saranno direttamente gestiti dalle Regioni.

La Campagna informativa contro le Tossicodipendenze

Si tratta della VI campagna informativa per la dissuasione dall'abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope che si è sviluppata durante l'anno 1996 a partire dal mese di maggio.

La campagna, predisposta congiuntamente dai Dipartimenti degli affari sociali e dell'editoria della Presidenza del Consiglio dei Ministri con l'ausilio di esperti in materia di tossicodipendenza e quindi affidata, dopo l'espletamento di una gara pubblica, ad una società specializzata del settore, ha avuto come tema dominante un messaggio di autostima sintetizzato nello slogan " Tu sei più forte di qualunque droga". Tale messaggio, che taluni hanno anche voluto leggere in termini di sfida nei confronti dell'uso illecito delle sostanze-ma sono stati una minoranza- ha cercato di svegliare, soprattutto nei giovani, la capacità di resistere ai richiami della felicità artificiale, rafforzando la fiducia nelle proprie risorse e capacità personali.

L'intera campagna si è articolata in tre diverse fasi di strategia comunicativa:

A) una campagna generale di prevenzione orientata sui valori positivi e sulla solidarietà sociale, in modo differenziato ai giovani e agli adulti, tramite spot televisivi, messaggi radiofonici, affissione di manifesti, annunci su quotidiani e riviste.

B) una mostra itinerante realizzata utilizzando il materiale prodotto dai ragazzi delle scuole in occasione della IV Campagna informativa del 1992. L'esposizione degli elaborati (temi, disegni, video) ha attraversato l'Italia raggiungendo dieci città durante i mesi giugno luglio 1996 in concomitanza di eventi destinati ad un pubblico giovanile (concerti rock, manifestazioni sportive). La mostra è stata ospitata da una tensiostruttura allestita come punto informativo con la collaborazione di operatori del servizio Drogatel, rappresentanti e operatori delle strutture pubbliche e private presenti nel territorio. Ai visitatori sono state distribuite magliette, spille e adesivi insieme ad un questionario anonimo che, compilato da circa 10.000 partecipanti, potrebbe risultare utile ad una prossima campagna informativa.

C) la predisposizione di un pieghevole informativo, contenente istruzioni salvavita e numeri telefonici utili in caso di emergenza, stampato in 500.000 copie e distribuito capillarmente in tutta Italia. Tale iniziativa destinata ai tossicodipendenti attivi, e in particolare ai consumatori di eroina, si poneva l'obiettivo di dare informazioni utili a ridurre i rischi di morte e contagio.

Come previsto dal bando di gara, l'agenzia appaltatrice ha affidato a due società di ricerca una indagine valutativa sull'impatto della campagna massmediale di prevenzione sui cittadini in quanto a conoscenza, comprensione, su un target di cittadini scaglionati per età (14/18 anni, 19/24 anni, 30/45 anni 46/55 anni).

Meglio che un'analisi interna, sembra utile riportare le conclusioni alle quali è pervenuta una delle due società di monitoraggio: *In conclusione si può affermare, in accordo con le risultanze del copy test motivazionale, che la campagna contro le tossicodipendenze di cui abbiamo esaminato il gradimento in questa ricerca, pur essendo rivolta a due target, ha effetto positivo soltanto su quello adulto.*

L'impressione che si ricava analizzando le risposte dei soggetti è che la campagna in questione venga decodificata come un'operazione comunicazionale sostanzialmente "soft", che cerca di trasferire al campo della prevenzione delle tossicodipendenze l'impostazione pubblicitaria dei messaggi relativi ai beni di largo consumo. Secondo i nostri intervistati sia giovani che adulti si è cercato con questa operazione di non turbare troppo gli animi, di non provocare reazioni emotive di intensità elevata. Si è preferito battere la strada del messaggio rassicurante, tranquillizzante, rasserenante. Questa impostazione è apparsa in qualche misura distonica rispetto all'atteggiamento che sembra essersi strutturato nell'immaginario collettivo italiano a proposito di un problema come quello delle tossicodipendenze. Un problema che oramai ha assunto un tale livello di rilevanza da tendere a provocare reazioni negatorie, come accade a tutti i problemi fortemente ansiogeni (ad esempio il problema della morte). Proprio perché sono consapevoli dell'esistenza di questi meccanismi negatori, i nostri soggetti hanno avanzato la tesi secondo cui per fare comunicazione efficace sulla questione della droga oggi in Italia occorrerebbe agire in termini più dissuasivi che persuasivi. Un po' come una persona che, sentendo di stare per addormentarsi, si dà dei violenti pizzicotti per tenersi sveglia, così l'immaginario collettivo italiano sembra richiedere a gran voce che, sul problema delle tossicodipendenze, la comunicazione assuma un taglio più deciso. Questa è la configurazione generale dell'immaginario, anche se vi sono delle distinzioni da fare:

- *gli adulti continuano a preferire una trattazione fondamentalmente misurata nel messaggio, anche quando si parli di tossicodipendenze;*
- *i giovani invece, coerentemente con il generale innalzamento delle soglie di reattività che è avvenuto negli ultimi anni nella popolazione giovanile (in funzione del quale i giovani sembrano richiedere e volere "sempre di più", come si dice efficacemente in una canzone di Jovanotti), preferirebbero una trattazione del tema per mezzo di immagini più forti, emotivamente più cariche, in qualche modo anche più "scioccanti".*

Insomma, sul problema delle tossicodipendenze l'immaginario collettivo pare prossimo a virare verso una richiesta di maggiore impatto comunicazionale, di maggiore capacità di evocazione di intense reazioni emotive. L'impostazione soft e patinata della campagna è entrata in qualche modo in distonia con questo viraggio incipiente dell'immaginario collettivo. Questo discorso vale in particolare per il target giovanile, perché la popolazione adulta sembra comunque ancora ricettiva nei confronti di messaggi impostati in modo "soft".

In definitiva la campagna in questione parla efficacemente agli adulti, ai genitori, ma perde di incisività in relazione alla popolazione giovanile. Certo, la logica dello "schiaffo" non è facile da tradurre in una comunicazione pubblicitaria, oltretutto istituzionale, che sia esente dal rischio di provocare controreazioni di rigetto. D'altra parte l'indicazione che sale dai gruppi ci sembra abbastanza chiara: sia pure senza esagerare, evitando le cadute di tono e di gusto, è auspicabile che le prossime campagne assumano un taglio più emotivo, più dissuasivo. E' come se la nostra psicologia collettiva non avesse più una istanza normativa sufficientemente forte. Una versione migliorata della campagna testata in questa ricerca potrebbe dunque da

un lato mantenere il claim, che sicuramente è l'elemento di maggior richiamo presente nel messaggio, ma dall'altro dovrebbe giocare su una componente iconica più "coraggiosa", maggiormente capace di suscitare simbolismi forti. Con riferimento alla popolazione giovanile, il crescente successo di prodotti massmediologici come ad esempio "Dylan Dog" e "X-Files" è un segno di una effettiva tendenza, da parte della domanda giovanile, ad aggregarsi verso messaggi talvolta esplicitamente violenti, e quasi sempre con un contenuto almeno implicito di aggressività, di tensione, di dialettica tra vita e morte. Ecco perché l'utilizzo di immagini forti è considerato dai giovani più efficace rispetto all'impiego di immagini più soft e patinate.

Per l'impostazione di campagne future, coerentemente con tutte queste indicazioni bisognerebbe quindi innanzitutto puntare a "rompere le abitudini consolidate" nel target giovanile. Si tenga conto del fatto che, entro certi limiti, nei giovani esiste ormai una cultura della droga. Ad esempio alcune nuove droghe sono da molti giovani, anche "rispettabilissimi", concettualizzate come delle semplici forme di stimolanti o eccitanti: è il caso della pillola di Ecstasy, che per la sua modalità di assunzione poco minacciosa viene, sul piano del consumo, associata ad una "bravata qualsiasi", alla tradizionale "sbronza" del sabato sera. Questa cultura della droga è ormai un'abitudine consolidata, un elemento stabile dell'immaginario collettivo giovanile. Non è, pertanto, così ovvio poter parlare efficacemente di dannosità delle droghe. Che le droghe siano dannose sempre e comunque, anche se consumate occasionalmente o sporadicamente, va esplicitato, va provato, va reso "visivamente" in una società che ha fatto della comunicazione visiva l'unico vero linguaggio universale. Ecco perché, come indicazione emergente dai gruppi, sarebbe bene che eventuali successive campagne avessero un taglio iconico un po' più "strong".

PAGINA BIANCA

Il Servizio “Drogatel”

PAGINA BIANCA

Il Servizio “Drogatel”

Nell'ultimo anno di attività, il Telefono Verde Drogatel, Servizio nazionale di informazione telefonica, anonimo e gratuito per l'utente, iniziativa del Dipartimento Affari Sociali (DAS) della Presidenza del Consiglio dei Ministri in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), ha rappresentato un riferimento importante per ciò che concerne un'informazione scientifica, corretta e aggiornata sulla tossicodipendenza e sull'alcoldipendenza.

Il Drogatel ha sede presso il DAS e dispone di tre linee telefoniche attive dal lunedì alla domenica dalle ore 9.00 alle ore 21.00.

Le telefonate vengono codificate dagli operatori con un sistema di 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 psico-socio-sanitari, presenti sul territorio nazionale.

L'équipe del Drogatel, composta da 11 psicologi, 1 sociologo, 1 assistente sociale, 2 operatori sociali, 1 consulente medico, 1 consulente legale ed 1 operatore tecnico di segreteria, svolge quotidianamente attività di:

- informazione all'utenza sulle tematiche relative alla tossicodipendenza e all'alcoldipendenza;
- counseling telefonico mirato a ridefinire il problema posto dall'utente, prospettando una gamma di possibili soluzioni;
- selezione per l'invio dell'utente presso Centri e Strutture, pubbliche o convenzionate, adeguate al problema prospettato presenti sul territorio nazionale.

Gli operatori del Drogatel sono impegnati anche:

- nella gestione e nell'aggiornamento della banca dati computerizzata contenente informazioni relative a Centri di varie tipologie (Ser.T, Comunità, Consultori, ecc.);
- nell'attività di formazione e di aggiornamento sulle tematiche inerenti il problema droga nei suoi aspetti psico-sociali, medici e legali. A tal riguardo vengono periodicamente organizzati incontri con esperti di varie discipline;
- in riunioni di gruppo sui casi più significativi e problematici che si presentano durante l'attività telefonica, miranti a raggiungere una maggiore uniformità e qualità della risposta (supervisione tecnica indiretta e diretta condotta da esperti dell'ISS).

Attualmente gli esperti del Drogatel lavorano a diversi progetti di ricerca quali l'alcoldipendenza, l'abuso di sostanze anabolizzanti nella pratica sportiva non agonistica, l'ecstasy e nuove droghe, la cannabis.

Il Drogatel è coordinato da due referenti: uno del DAS e uno dell'ISS.

Iniziative ed accordi promossi dal Dipartimento degli Affari Sociali per lo sviluppo dell'attività del Drogatel

Varie iniziative sono state promosse dal Dipartimento per sviluppare e diffondere l'attività del servizio Drogatel. L'attenzione è rivolta in particolare ai giovani attraverso iniziative che permettono di raggiungerli nei loro luoghi e con le modalità adeguate ai loro stili di vita.

Di particolare rilevanza è la proposta di avviare una collaborazione con il Ministero della Pubblica Istruzione al fine di informare, con una campagna mirata, gli studenti delle scuole medie superiori sull'opportunità informativa e di sostegno offerta dal servizio Drogatel.

Vari sono i messaggi informativi inviati nei programmi Radiofonici che si rivolgono ai giovani. Si stanno valutando le possibilità di avviare collaborazioni con le più grandi discoteche per diffondere informazioni chiare sugli effetti e i rischi delle "nuove droghe".

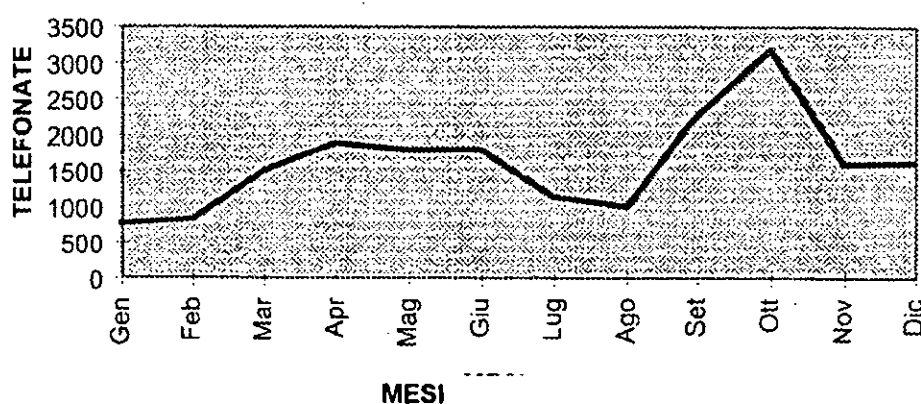
Si è avviato un accordo con il Ministero della Difesa per la distribuzione di materiale informativo sul numero verde in tutte le caserme delle tre armi militari e per la raccolta dei dati riferiti ai militari che telefonano al servizio; è prevista inoltre una collaborazione con i Consultori Militari.

Negli ultimi mesi in considerazione del limitato numero di richieste per problemi relativi all'uso di alcol si è deciso di precisare in tutti i messaggi informativi che il Drogatel risponde anche alle richieste di informazioni e consulenza sui problemi dell'alcolismo.

Presentazione Dei Dati Del 1996

Il Drogatel ha gestito, dal 1 gennaio 1996 al 31 Dicembre 1996, un totale di 19.517 telefonate di cui 9.122 (46,7%) da utenti di sesso maschile e 10.395 (53,3%) da utenti di sesso femminile.

L'andamento mensile delle telefonate è illustrato in Figura 1.

Figura 1. Andamento delle telefonate 1996

L'età media degli utenti è di 35,4 anni. La moda è di 30 anni.

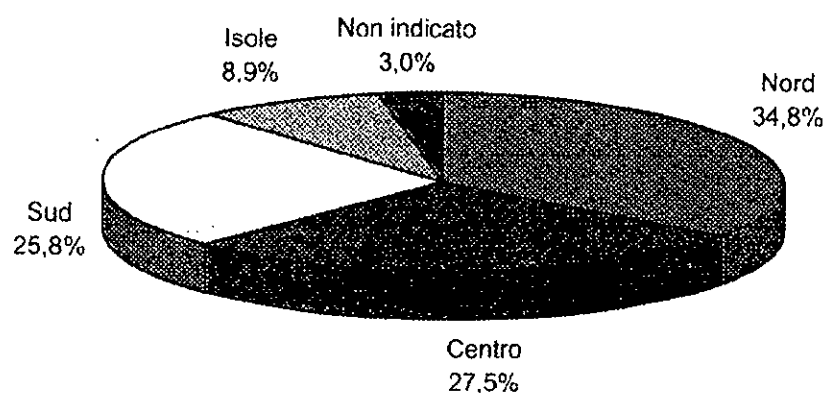
Per quanto riguarda la distribuzione per sesso e classi d'età, le fasce più rappresentate sono quelle che comprendono gli utenti tra i 20 e i 29 anni (27,2%) e quella tra i 30-39 anni (21,5%) (Tabella 1). Si può osservare come all'aumentare dell'età aumenti la differenza fra maschi e femmine.

Tabella 1 - Distribuzione per sesso e classi d'età.

Classi d'età	Maschi	Femmine	Totale	
				%
<20	1101	921	2022	10,4
20-29	2986	2324	5310	27,2
30-39	2135	2054	4189	21,5
40-49	885	2146	3031	15,5
50-59	708	1814	2522	12,9
>59	338	664	1002	5,1
Non Indicato	969	472	1441	7,4
Totale	9122	10395	19517	
%	46,7	53,3		100,0

Per quanto riguarda le aree geografiche di provenienza delle chiamate, queste sono pervenute per il 34,8% dal Nord, il 27,5 % dal Centro, il 25,8% dal Sud e l'8,9% dalle Isole. Questa informazione non si è resa disponibile nel 3% dei casi (Figura 2).

Figura 2. Distribuzione percentuale per aree geografiche

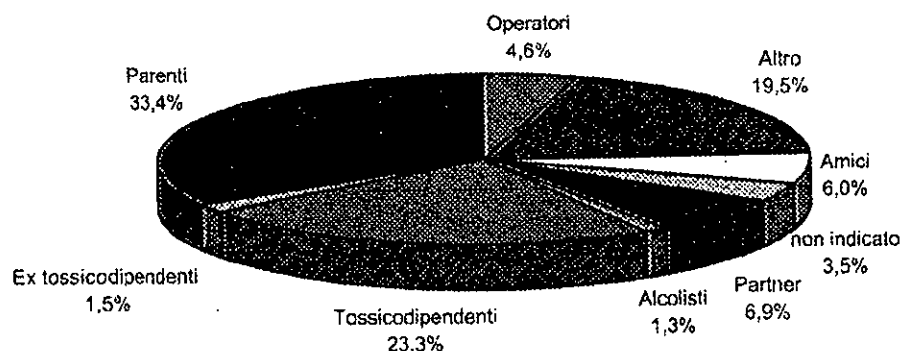


La Tabella 2, mostra la distribuzione percentuale delle telefonate per regione. Le regioni maggiormente rappresentate sono il Lazio (18,4%), la Campania (13,0%), la Lombardia (12,9%), il Piemonte (7,6%) e la Puglia (6,9%). La tabella mostra come le province capoluogo di queste regioni siano le più rappresentate.

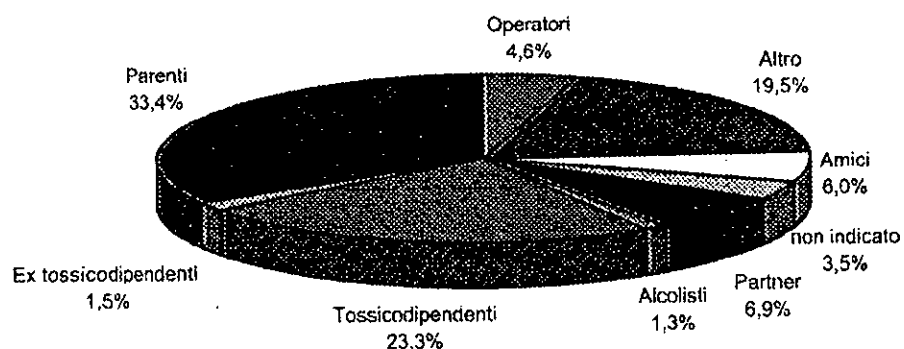
Tabella 2. Distribuzione percentuale per Regioni e province

Regioni	%
Piemonte	7,6
- Torino	4,8
Val d'Aosta	0,1
Lombardia	12,9
- Milano	7,1
Trentino Alto Adige	0,7
Veneto	4,3
Friuli Venezia Giulia	1,3
Liguria	3,0
Emilia Romagna	4,9
Toscana	5,6
Umbria	1,3
Marche	2,2
Lazio	18,4
- Roma	15,7
Abruzzo	2,0
Molise	0,4
Campania	13,0
- Napoli	8,6
Puglia	6,9
- Bari	2,7
Basilicata	1,1
Calabria	2,4
Sicilia	6,1
Sardegna	2,8
non indicato	3,0
TOTALE	100,0

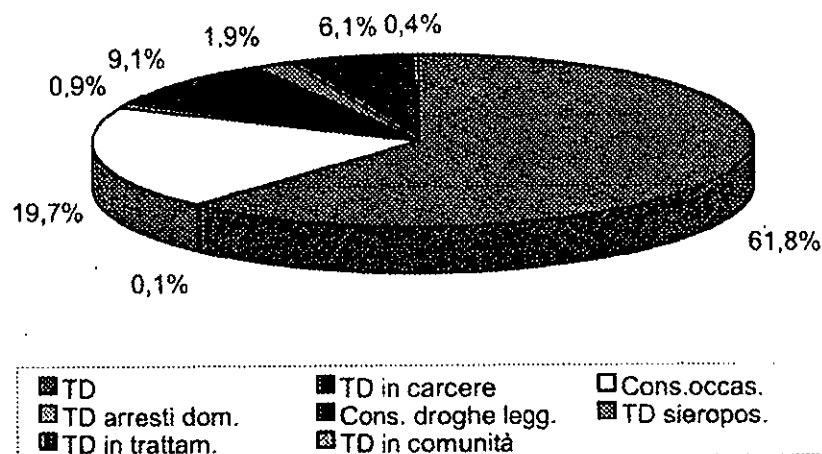
Il tipo di utenza che maggiormente ha usufruito del Servizio è rappresentato dai parenti di tossicodipendenti (TD), che corrispondono al 33,4% delle telefonate, seguiti dai TD con il 23,3%, dai "partner" con il 6,9%, dagli amici con il 6,0%, operatori del settore con il 4,6% e dagli alcol dipendenti con l'1,3%. Per il restante 19,5%, le telefonate sono arrivate da altri utenti coinvolti indirettamente nel problema delle tossicodipendenze, come insegnanti, volontari, studenti ed operatori delle forze dell'ordine (Figura 3).

Figura 3. Distribuzione percentuale per tipo di utente

Nel gruppo dei parenti di TD, le madri rappresentano il 52,3%, le sorelle il 14,5%, i padri il 13,7%, i parenti di altro grado il 12,9%, e i fratelli il 6,5% (Figura 4).

Figura 3. Distribuzione percentuale per tipo di utente

Nel gruppo dei TD, invece, il 61,8% è costituito da TD che utilizzano una o più sostanze, il 19,7% da consumatori occasionali, l'9,1% da consumatori di droghe leggere, il 6,1% da TD in trattamento, il 1,9% da TD affetti da HIV, lo 0,4% da TD in comunità e, infine, lo 0,9% da TD agli arresti domiciliari e lo 0,1 da TD in carcere (Figura 5).

Figura 5. Distribuzione percentuale per tipologia di tossicodipendenti

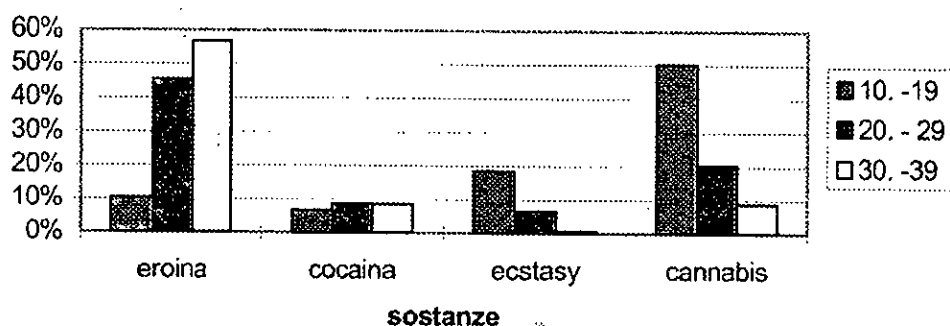
Nel gruppo dei TD non sono stati volontariamente inseriti gli alcoldipendenti per rendere più leggibile il fenomeno dell'alcolismo. La percentuale degli alcolisti che si è rivolta al nostro servizio è dell'1,3%. Nel gruppo dei tossicodipendenti il 2,1% associa l'alcol ad altre sostanze. La distribuzione percentuale delle sostanze (Tabella 3), mostra come l'eroina (40,8%) e la cannabis (22,7%) siano le sostanze maggiormente utilizzate.

Tabella 3. Sostanze utilizzate dai tossicodipendenti che si sono rivolti al Servizio

	Frequenze	%
eroina	2396	40,8%
cocaina	482	8,2%
crack	14	0,2%
LSD	148	2,5%
anfetamina	88	1,5%
ecstasy	414	7,1%
cannabis	1330	22,7%
oppiacei	28	0,5%
inalanti	6	0,1%
psicofarmaci	344	5,8%
metadone	350	5,9%
alcool	125	2,1%
altre droghe	36	0,6%
anabolizzanti	6	0,1%
non determin.	115	1,9%
TOTALE	5882	100,0%

La figura 6 riporta le sostanze più utilizzate dai tossicodipendenti suddivisi per classi di età. Si può notare che i consumatori di sostanze compresi nella fascia di età 10-19 anni usano principalmente cannabis e ecstasy; quelli compresi nella fascia di età 20-29 anni utilizzano soprattutto eroina e, ancora, cannabis; i consumatori compresi nella fascia di età successiva (30-39) usano eroina ma anche cocaina e cannabis in una proporzione inferiore. Si sottolinea comunque che questo tipo di consumatori è estremamente selezionato e con caratteristiche particolari.

Figura 6. Sostanze usate e classi di età



La distribuzione percentuale per numero di anni di droga del tossicodipendente (Tabella 4) mostra come al Drogatel si rivolgano maggiormente utenti alle prime esperienze con le droghe, che ne fanno cioè uso da pochi anni. Il 26,6% infatti usa sostanze da 1-2 anni, il 13,3% da 3-4 anni e il 11,4% da 5-6 anni.

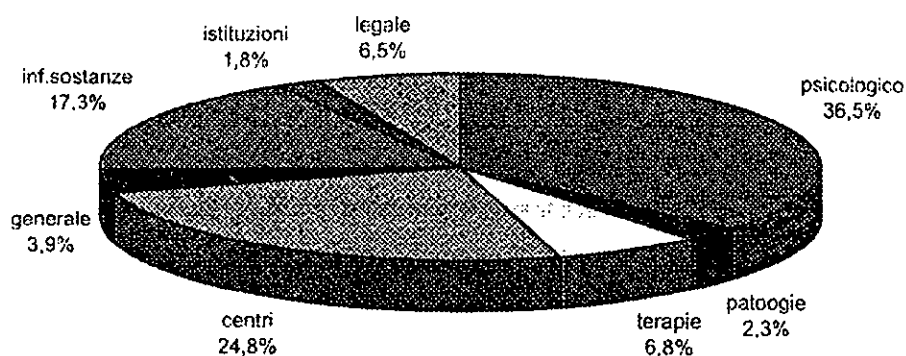
Tabella 4. Distribuzione percentuale per numero anni di droga del tossicodipendente

Anni di droga per classi	Frequenze	%
< 3	3614	26,6
3-4	1803	13,3
5-6	1548	11,4
7-8	923	6,8
9-10	1159	8,5
11-15	709	5,2
> 15	327	2,4
Non Ind.	3489	25,7

Gli operatori del Drogatel, in questo periodo, hanno risposto a 42.635 quesiti.

La Figura 7 mostra come gli argomenti affrontati con gli utenti siano principalmente: richieste di suggerimenti comportamentali e sostegno psicologico (36,5%); indicazioni su Centri e Strutture (24,8%); informazioni relative alle sostanze (17,3%); terapie (6,8%) e aspetti legislativi (6,5%).

Figura7. Distribuzione percentuale dei quesiti



CONSIDERAZIONI

Dall'analisi dei dati raccolti sulla attività del Servizio Drogatel emerge che:

☎ la pubblicizzazione del Numero Verde Drogatel, avvenuta negli ultimi 6 mesi di attività attraverso i mezzi di informazione televisivi, ha portato ad un rilevante aumento delle telefonate pervenute al Servizio. Questo dato, oltre che sottolineare l'utilità di campagne informative mirate, dimostra la necessità degli utenti di avere informazioni chiare ed un punto di riferimento reale per poter affrontare il problema delle tossicodipendenze;

☎ la categoria di utente che maggiormente usufruisce del Drogatel è quella dei parenti di TD, fra questi, le madri sono la categoria più rappresentata. Il Drogatel si configura quindi come un Servizio essenziale per fornire informazioni, contenimento dell'ansia e sostegno per fasce di popolazione che difficilmente afferiscono ai Servizi Pubblici o alle altre Strutture Socio Riabilitative, troppo spesso sovraccariche delle problematiche del solo tossicodipendente;

☎ la maggior parte degli utenti che si rivolgono al Drogatel usano sostanze stupefacenti da poco tempo. Il nostro Servizio rappresenta, quindi, una struttura di primo contatto per il tossicodipendente, in quanto "a bassa soglia", facilmente accessibile ed anonimo, dove il tossicodipendente con una breve storia di uso di sostanze può trovare informazioni utili, sostegno ed indicazioni sulle strutture per il trattamento delle tossicodipendenze;

☎ tra le sostanze utilizzate dagli utenti del Servizio, l'alcool si presenta con una percentuale molto bassa nonostante la riconosciuta diffusione dell'alcoldipendenza. Questo, presumibilmente, accade perché l'uso di alcool gode di una sorta di accettazione e giustificazione "culturale" per cui non è percepito come una vera e propria sostanza tossica. Spessissimo, inoltre, l'uso di alcol è associato a quello di altre droghe e non viene esso stesso considerato una sostanza d'abuso;

☎ le richieste legali pervenute al 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 significativa, 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, tutelarsi rispetto ai suoi debiti, ecc.;

☎ i principali temi affrontati dal consulente medico del Servizio durante l'anno, hanno riguardato: informazioni sulle sostanze (segni e sintomi di intossicazione acuta e cronica da oppiacei, stimolanti, psicofarmaci e cannabis); informazioni inerenti le patologie correlate alla tossicodipendenza (epatiti, AIDS, somatizzazioni, problemi in gravidanza e in crisi di dipendenza psicofisica). Sono diminuite le richieste di delucidazioni circa i protocolli attuati nei trattamenti ambulatoriali di disintossicazione da oppiacei ed aumentate le domande sulle sostanze d'abuso.

Ministero degli Affari Esteri

PAGINA BIANCA

Attività internazionale relativa alla lotta alla droga e alla tossicodipendenza

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 - se mai lo sono stati - 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.

La nostra attività si è svolta nel settore della riduzione sia della domanda che dell'offerta, nei vari fori nei quali la comunità internazionale affronta la questione, oltre che in via bilaterale.

1) Unione Europea.

L'unione Europea si occupa del fenomeno droga sulla base dell'art. 129 tit.X e dell'art. K1 del Trattato di Maastricht.

Nel Dicembre 1995 si è tenuta a Bruxelles la conferenza sulle droghe in Europa che ha avuto seguiti nel 1996 : in tale sede si è potuto constatare che, in generale, le legislazioni hanno molto in comune, come è del resto prevedibile, visto che tutti i Paesi hanno firmato le convenzioni internazionali.

E' stato osservato che vi è una serie di differenze tra la situazione legislativa dei singoli Stati membri e l'applicazione pratica. Tutti gli Stati hanno condiviso la necessità di una cooperazione più approfondita che dovrebbe condurre ad un ravvicinamento maggiore nella pratica e successivamente al ravvicinamento delle legislazioni.

Nel 1996 l'Italia ha avuto la Presidenza dell'Unione e, nel settore della droga, essa ha basato la sua azione cercando di promuovere coerenza e complementarità al lavoro sviluppato nei tre Pilastri. In questo contesto si è voluta garantire, in primo luogo, la continuità, traducendo in termini concreti le conclusioni del Consiglio europeo di Madrid, il rapporto del Gruppo esperti droga approvato dallo stesso Consiglio, il Piano d'Azione Unione Europea - Stati Uniti, la Conferenza di Bruxelles relativa alle politiche europee sulla droga e, infine, la Dichiarazione della Conferenza euro mediterranea di Barcellona.

Un'attenzione particolare è stata, altresì, riservata alle aree particolarmente esposte al problema della droga ed a specifiche situazioni in Paesi sensibili dove sono stati effettuati passi nel confronti delle Autorità locali.

Il proliferare di iniziative nel settore della lotta alla droga e la rilevanza che il tema ha assunto nei rapporti internazionali hanno posto in luce l'importanza di ricercare un approccio comune fra i Paesi membri per dare maggiore peso al ruolo dell'Unione Europea.

A questo obiettivo l'Italia ha ispirato la sua azione non solo in ambito PESC ma anche attraverso la correlata attività svolta dal Gruppo ad hoc America Latina - Caraibi e dal Gruppo esperti droga.

Durante la Presidenza è stato elaborato un rapporto sull'America Latina e i Caraibi contenente proposte d'azione dell'Unione in tali regioni. Essa ha trovato sostanziale conferma nelle conclusioni della conferenza della UNDCP alle Barbados del 15 maggio 1996, per la parte che riguarda i Caraibi; per quanto riguarda l'America Latina un gruppo di esperti europei ha elaborato un rapporto che individua gli aspetti salienti della problematica droga nell'area e sulla base di tale rapporto il Consiglio dell'Unione ha poi predisposto un documento trasmesso al Consiglio Europeo di Dublino che lo ha approvato.

Nell'ambito dell'attività della PESC è stato, altresì, fornito un contributo alla redazione del rapporto del Gruppo esperti droga relativo all'azione complessiva della Unione nel settore della droga, che è stato poi esaminato dal Consiglio Europeo di Dublino.

Fra le iniziative concrete attuate durante il Semestre merita di essere ricordato il Seminario sull'armonizzazione delle legislazioni in materia di droga promosso dalla Presidenza, dalla Commissione e dal Parlamento Europeo; l'incontro con i Paesi del Patto Andino per stabilire forme di collaborazione più efficace fra le forze di Polizia; il rilievo assunto dalla problematica della droga nelle dichiarazioni adottate al termine degli incontri ministeriali UE - Gruppo di Rio e UE - Mercosur.

Nel quadro del dialogo transatlantico si è inoltre mantenuto un rapporto di costruttiva collaborazione con le Autorità degli Stati Uniti sia per l'elaborazione del rapporto della situazione della droga nei Caraibi sia nelle fasi di negoziato per la definizione del testo di accordo fra Stati Uniti ed Unione Europea in materia di precursori chimici.

I Paesi del Mediterraneo hanno manifestato, alla riunione di Taormina l'11 e 12 giugno 1996, il desiderio d'intensificare il dialogo col l'Unione Europea nel settore della lotta alla criminalità organizzata.

Le conclusioni del Consiglio Europeo di Firenze hanno sottolineato la "vitale importanza" di una cooperazione rafforzata tra gli Stati membri nella lotta contro la droga e la criminalità organizzata, riconoscendo l'impatto altamente negativo che tali fenomeni hanno sulle nostre società e la necessità di perseguire un coordinamento efficace negli sforzi per debellarli.

Nel secondo semestre 1996 è stata firmata a Bruxelles (29.11) l'Azione Comune con la quale il Consiglio della UE invita gli Stati membri: a cooperare nel campo della tossicodipendenza, a lottare contro i flussi illeciti intracomunitari di prodotti stupefacenti, ivi compreso il c.d. turismo della droga, ad adottare misure per lottare contro la coltivazione illecita di piante contenenti principi attivi con proprietà stupefacenti.

Il Consiglio Europeo di Dublino, infine, ha ulteriormente rinnovato l'invito a continuare gli sforzi per giungere alla armonizzazione delle legislazioni ed ha auspicato una azione di sostegno alle Repubbliche dell'Asia Centrale per dotarle di mezzi e strutture per combattere il narcotraffico.

2) Nazioni Unite

La partecipazione italiana al "Programma" delle Nazioni Unite è di assoluto rilievo ; il nostro Paese, infatti, ricopre da tempo la posizione di maggior "donatore" dell'UNDCP.

L'impegno finanziario italiano è andato crescendo fino al triennio 1990-1992, quando il contributo volontario all'UNDCP ha raggiunto i 40 miliardi all'anno ; nel 1993 il contributo è stato di 26 miliardi ed è sceso a 20 nel 1994 ; negli ultimi due anni, a seguito della riduzione generale dei fondi per la cooperazione allo sviluppo il contributo è stato di circa 15 miliardi, rimanendo comunque uno dei più cospicui fra quelli versati dall'Italia ad organismi internazionali.

I progetti finanziati grazie a tale contributo sono formulati ed eseguiti dall'UNDCP sulla base di una serie di criteri di carattere geografico e settoriale, concordati con il Ministero degli Affari Esteri. In particolare è stato stabilito che il 70% del finanziamento possa essere liberamente utilizzato dall'UNDCP mentre per il restante 30%, una parte considerevole è stata riservata ai seguiti della Conferenza di Napoli sulla criminalità organizzata e il narcotraffico, che si sono concretizzati in un Programma Globale sul riciclaggio del denaro sporco, da eseguire in collaborazione con la Crime Prevention and Crime Justice Division delle Nazioni Unite a Vienna.

Specifici programmi sono stati finanziati in Colombia e Bolivia, dove l'UNDCP interviene nel controllo dei precursori chimici usati nella produzione della cocaina. In Colombia, inoltre è continuato il sostegno al Piano nazionale di sviluppo alternativo.

All'impegno sul Piano finanziario si è affiancata l'azione politica sviluppata dal nostro Paese volta a promuovere la razionalizzazione istituzionale del sistema delle Nazioni Unite nel settore della lotta alla droga, nonché l'adozione da parte di Paesi terzi delle Convenzioni internazionali in materia, tra le quali quella conclusa a Vienna nel 1988 relativa alla lotta al traffico internazionale di sostanze stupefacenti e sostanze psicotrope.

L'Italia va inoltre incoraggiando una azione di sensibilizzazione nei confronti degli altri Paesi donatori e di Agenzie delle Nazioni Unite affinché siano maggiormente coinvolti nell'attuazione dei programmi di lotta alla droga.

3) Gruppo di Dublino

Il Gruppo di Dublino è una struttura informale per il coordinamento dell'attività antidroga fra i principali Paesi che finanziano i programmi dell'ONU in questa materia : ne fanno parte i Quindici dell'U.E., USA, Canada, Giappone, Australia e inoltre l'UNDCP e la Commissione Europea.

Nel 1996 l'Italia ha mantenuto la Presidenza del sottogruppo "Europa Orientale, CIS, Paesi Baltici".

Presso tutti i Paesi dell'area le nostre Ambasciate hanno svolto una incessante azione di stimolo tendente a sviluppare una legislazione adeguata ad affrontare il fenomeno droga, ad organizzare efficaci strutture di

controllo per la prevenzione e la repressione, migliorare la preparazione professionale del Personale addetto a questa specifica attività.

I risultati di questa azione sono stati riferiti nel corso delle due riunioni plenarie del Gruppo, unitamente ai dati ricevuti dalle Autorità di ciascuno Stato, alle loro osservazioni e richieste.

4) Gruppo Pompidou

L'Italia è inserita operativamente in gran parte delle attività del Gruppo Pompidou proposte e coordinate dal "Gruppo di esperti nelle epidemiologie della droga". Questo gruppo opera con il necessario continuo supporto del Corrispondenti Permanenti di ciascun Paese e fornisce conoscenza scientifica e consulenza tecnica; esso lavora per sottogruppi tecnici, ciascuno dei quali concentra la sua attività sullo sviluppo metodologico - operativo di uno specifico problema o indicatore epidemiologico. Il nostro Paese è consistentemente coinvolto in queste attività e partecipa a diversi studi collaborativi su tematiche di rilievo.

Una specifica attenzione è stata recentemente posta sul problema *donna in relazione alla droga*. Questa esigenza è sorta dalle peculiarità del sesso femminile nei confronti delle droghe: dalla motivazione d'uso, al modo di procurarsela, alla relazione con altri assuntori, al diverso approccio al Servizio, al particolare status rappresentato dalla gravidanza ed alla relazione con la prole. Il gruppo di lavoro specifico è coordinato dall'Italia.

Altri settori di collaborazione riguardano la *prevenzione* nell'ambito della quale si stanno approntando schemi pilota per studi specifici. Ricerche collaborative europee hanno messo in luce un'elevata probabilità di espansione dell'uso di droga in tutti i Paesi, hanno rilevato profondi mutamenti nei comportamenti assuntivi, diversificazione delle sostanze (in rapida ascesa le sintetiche), sviluppo di sottoculture giovanili della droga.

Ministero dell'Interno

PAGINA BIANCA

L'attività del Ministero dell'Interno in materia di droga e tossicodipendenze si è articolata nei seguenti principali aspetti e settori:

- la conoscenza quantitativa e qualitativa del fenomeno a livello nazionale ed internazionale (attività seguita dalla Direzione Centrale per la Documentazione attraverso l'Osservatorio permanente sul fenomeno droga);
- l'applicazione dell'art. 75 del T.U. 309/90 (attività demandata per legge ai Prefetti);
- attività di prevenzione e formazione degli operatori (attività svolta sia dalla Direzione Generale dei Servizi Civili che dalla Direzione Centrale Antidroga);
- Attività delle Forze di Polizia in materia di prevenzione e repressione della diffusione delle sostanze stupefacenti (attività propria della Direzione Centrale Antidroga).

Osservatorio Permanente Sul Fenomeno Droga

a) Attività nazionale

L'Osservatorio permanente sul fenomeno droga del Ministero dell'Interno è stato istituito dal Comitato Nazionale di Coordinamento per l'Azione Antidroga, come struttura di servizio finalizzata - attraverso una sistematica e periodica attività di rilevazione - allo studio conoscitivo del fenomeno in tutti i suoi aspetti.

La struttura è stata creata nel 1984, in coincidenza con il repentino ed imprevisto espandersi del problema su tutto il territorio nazionale, al fine di colmare il vuoto informativo istituzionale fino ad allora esistente.

Dopo il 1984 il ruolo dell'"Osservatorio" è stato confermato e ribadito più volte, prima con la Legge 297/1985, che ne ha previsto la sua definitiva e formale istituzione ed, in seguito, con l'attuale normativa ed il successivo T.U. delle Leggi in materia di droga n. 309/1990, che lo hanno reso "strumento conoscitivo del Comitato Nazionale di Coordinamento per l'Azione Antidroga", affidandogli l'acquisizione dei dati sulle tossicodipendenze prodotti dalle Amministrazioni centrali e locali interessate.

Le informazioni che così confluiscono all'"Osservatorio" riguardano sia il profilo della prevenzione e socio-sanitario sia quello della repressione.

L'attività di documentazione viene anche svolta direttamente dallo stesso "Osservatorio", grazie all'organizzazione periferica del Ministero dell'Interno, le Prefetture.

L'"Osservatorio" cura infatti l'aggiornamento periodico delle seguenti indagini:

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

L'Osservatorio, inoltre, effettua un monitoraggio sull'applicazione dell'art. 75 del T.U. 309/90 (entità e distribuzione geografica dei consumatori e dei detentori di sostanze stupefacenti per uso personale segnalati ai Prefetti; tipo di sostanza usata - pesante o leggera -; numero di soggetti che hanno richiesto un programma

terapeutico; numero di procedimenti sanzionatori irrogati e numero di atti archiviati per conclusione del programma terapeutico).

In proposito bisogna precisare che, pur trattandosi di un monitoraggio continuo, la complessità delle fasi procedurali previste dall'art. 75 ed il numero di Organi coinvolti (Forze di Polizia, Ser.T., Prefettura e, fino al referendum abrogativo del 1993, anche Magistratura) rendono i dati consolidati solo dopo parecchi mesi dal periodo di riferimento.

Pertanto i dati del 1996 devono considerarsi provvisori.

In base all'art. 1 del citato T.U. 309/1990, l'Osservatorio contribuisce alla predisposizione della Relazione annuale che viene presentata dal Presidente del Consiglio dei Ministri al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, le strategie adottate e gli obiettivi raggiunti, nonché gli indirizzi da seguire nella futura azione di contrasto al fenomeno. Da sottolineare l'evoluzione contenutistica e grafica che la Relazione ha avuto, in particolare a partire dal 1994, nonché lo sforzo di sintesi e di coordinamento degli aspetti trattati.

Anche in base alle problematiche emerse in questi anni in sede di preparazione della Relazione - problemi riguardanti sia il coordinamento all'interno delle singole Amministrazioni che quello tra le diverse Amministrazioni e, quindi, l'interazione dei dati raccolti ed elaborati dalle diverse fonti - l'Osservatorio si è fatto promotore di un progetto di razionalizzazione dell'attuale sistema informativo, attraverso l'integrazione ed il miglioramento dei flussi informativi esistenti.

Il Progetto, elaborato nel corso del 1994 e del 1995 con la collaborazione dei Ministeri competenti (Grazia e Giustizia, Sanità, Difesa, Pubblica Istruzione) e con la supervisione del Dipartimento per gli Affari Sociali, è stato approvato e finanziato, nel febbraio 1996, con il Fondo Nazionale di Intervento per la Lotta alla Droga (esercizi finanziari 1994 e 1995) per un importo di 3.076.600.000.

Lo scopo principale del Progetto è di coordinare ed interconnettere i vari sistemi informativi, oggi esistenti, e di pervenire ad una chiave di lettura unitaria e globale dei dati raccolti, mediante una attività di studio condotta da un apposito Gruppo di esperti. Questo studio è propedeutico alla creazione di una Rete Informativa Nazionale Integrata, completamente informatizzata, alla cui sperimentazione parteciperanno le Amministrazioni citate ed alcune Regioni-pilota, indicate dalla Conferenza Stato-Regioni.

Il Progetto, dopo una prima fase di avvio (luglio-novembre 1996), è stato sospeso a causa dei problemi legati alla decadenza del decreto legge 13 settembre 1996, n. 476, che regolamentava anche gli stanziamenti del Fondo Nazionale di Intervento per la lotta alla droga. Attualmente, però, grazie all'approvazione della legge di sanatoria 28 marzo 1997, n. 86, il Progetto sta per ripartire.

Nel 1996, durante la sua fase di avvio, è stato costituito un Comitato interministeriale incaricato della gestione del Progetto stesso, che ha provveduto ad individuare le figure professionali previste per l'attività di studio, propedeutica alla realizzazione della rete informativa.

La necessità di migliorare gli attuali flussi informativi sulle tossicodipendenze è stata illustrata dal rappresentante dell'Osservatorio anche nel corso del 2° Meeting Internazionale Rainbow, tenutosi a S. Patignano nel mese di ottobre.

Sia il Progetto di razionalizzazione dei flussi informativi che il Progetto Reitox (esposto di seguito più in dettaglio) sono stati inoltre oggetto di esposizione sintetica durante il 3° Salone COM.P.A. (Comunicazione sulla Pubblica Amministrazione) svoltosi in settembre a Bologna.

Per questa manifestazione furono predisposti e presentati 2 cartelloni illustrativi dei Progetti in questione.

b) Attività internazionale

Nel maggio 1995 il Comitato Nazionale di Coordinamento per l'Azione Antidroga ha attribuito all'"Osservatorio" il ruolo di "Punto focale di riferimento e di coordinamento nazionale tecnico informativo" nei confronti dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e Tossicodipendenze (O.E.D.T.), istituito nel 1993 dall'Unione Europea.

In tale attività l'Osservatorio è supportato da un Gruppo di lavoro permanente costituito dai rappresentanti delle Amministrazioni pubbliche che operano nel settore (Dipartimento per gli Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri, i Ministeri di Grazia e Giustizia, Difesa, Sanità, Affari Esteri e Pubblica Istruzione, nonché Coordinamento Stato - Regioni).

Tra le iniziative adottate dall'EMCDDA per il raggiungimento di un patrimonio informativo comune agli Stati membri dell'Unione Europea, l'Italia collabora dal 1994 al Progetto Reitox (Rete Informatica Europea sulla Tossicodipendenza), finalizzato alla creazione di una rete informatica per l'interscambio di dati e notizie sul fenomeno tra i Paesi dell'Unione Europea e con l'EMCDDA.

Nell'ambito del Programma REITOX 1995-1996, sono stati definiti 6 Progetti, articolati in 15 sotto-progetti, riguardanti:

- l'aggiornamento della mappa sulle fonti informative esistenti in ciascun Paese Membro;
- la definizione comune dei vocaboli-chiave e dei loro equivalenti linguistici, nelle 11 lingue ufficiali dell'Unione Europea, nei settori dell'epidemiologia, statistica, attività di riduzione della domanda e di documentazione;
- il miglioramento degli indicatori-chiave, relativamente all'affidabilità dei dati raccolti con i sistemi che riferiscono sui risultati delle terapie di disintossicazione, alla comparabilità tra i sistemi stessi ed alla qualità e comparabilità dei dati sui decessi droga-correlati;
- lo sviluppo di uno schema di Rapporto Nazionale, valido per i 15 Paesi membri;
- lo sviluppo di una rete informatica di comunicazione dei dati.

Ciascuno Stato membro, è stato incaricato di coordinare un sotto-progetto, di partecipare obbligatoriamente al progetto relativo all'aggiornamento della mappa sulle fonti informative e, facoltativamente, agli altri sotto-progetti.

L'Italia, in considerazione dell'esperienza maturata a livello nazionale, ha ottenuto il coordinamento del sotto-progetto relativo alla definizione di uno schema di Rapporto Nazionale che, compilato da tutti Partners europei,

consentirà all'EMCDDA la stesura del Rapporto annuale sull'andamento delle tossicodipendenze nell'Unione Europea.

Lo schema di Rapporto Nazionale, approvato nel luglio 1996 dall'EMCDDA, si compone di 4 parti:

- la 1^a è dedicata alle politiche nazionali, alla normativa che regola il consumo personale, lo spaccio ed il traffico di sostanze stupefacenti, ed infine alla struttura organizzativa di ciascun Paese per l'azione di contrasto al fenomeno;
- la 2^a parte analizza i sistemi di monitoraggio esistenti e le fonti informative disponibili in ciascun Paese, il ruolo dei Punti Focali nazionali, i rapporti con le Organizzazioni internazionali;
- la 3^a sezione è dedicata alla descrizione dell'attuale situazione epidemiologica, agli aspetti sociali e culturali, ai problemi ed alle conseguenze derivanti dall'uso di droga, alle fonti di approvvigionamento;
- la 4^a parte riguarda gli interventi ed i programmi per la riduzione della domanda, adottati a livello nazionale, regionale ed europeo, il ruolo della formazione professionale e della ricerca in materia.

Ciascuna delle 4 parti contiene un capitolo sui cambiamenti verificatisi nel corso dell'anno in esame rispetto all'anno precedente.

Il Rapporto si chiude con un capitolo dedicato alle principali problematiche emerse, a livello informativo, ed ai fabbisogni informativi per il futuro.

In base allo schema approvato, tutte le Amministrazioni interessate hanno fatto pervenire all'"Osservatorio" i contributi richiesti per la compilazione del Rapporto italiano per il 1996.

Il Rapporto definitivo sarà presentato all'EMCDDA in lingua inglese nel 1997.

Per la realizzazione di tutto il Progetto l'Osservatorio ha ricevuto un finanziamento di circa 190 milioni di lire.

L'Osservatorio ha anche svolto un ruolo attivo nell'ambito del Progetto multinazionale PHARE per la lotta alla droga, finanziato dalla Comunità Europea per diffondere in Albania, Bulgaria e Romania la conoscenza sui sistemi informatici esistenti in Europa sulle tossicodipendenze e sull'organizzazione legislativa ed amministrativa dei Paesi membri dell'Unione Europea.

Nel settembre del 1996 si è tenuto a Sofia un Convegno al quale hanno preso parte, oltre ai rappresentanti dei 3 Stati dell'Est europeo, Italia, Francia ed Inghilterra. Nel corso di tale incontro sono state poste le basi per l'individuazione di un nucleo comune di informazioni da utilizzare per migliorare la lotta al traffico ed all'uso di droghe.

Nel corso del 1996 l'Osservatorio ha fornito, inoltre, il suo contributo ai lavori di vari organismi internazionali, il cui fine principale è quello di ridurre la domanda e l'offerta di droga. In tale linea ha partecipato attivamente, come ogni anno, alla preparazione dell'intervento italiano alla Conferenza Mondiale organizzata dalla Commissione Stupefacenti dell'UNDCP di Vienna.

PRINCIPALI DATI SULL'ANDAMENTO DEL FENOMENO E SULLE INIZIATIVE DI CONTRASTO*Tossicodipendenti in trattamento presso i servizi sanitari pubblici e le strutture socio-riabilitative - 1996 -*

DATA DI RILEVAZIONE	SERVIZI SANITARI PUBBLICI	STRUTTURE SOCIO-RIABILITATIVE (*)
31 Marzo 1996	85.007	22.235
30 Giugno 1996	90.278	22.632
30 Settembre 1996	93.832	22.165
31 Dicembre 1996	93.191	22.706

I dati illustrati riguardano i tossicodipendenti che, alle date indicate, hanno in corso un trattamento terapeutico. Le rilevazioni effettuate - alle quattro date fisse dell'anno - permettono, considerate globalmente, di valutare il flusso di tossicodipendenti che si accostano ai presidi pubblici e privati nell'anno in esame.

Nel corso del 1996, l'utenza dei servizi sanitari pubblici si è attestata sulle 90.577 unità di media, mentre presso le strutture socio-riabilitative si è registrata una media di 22.434 utenti.

Dal confronto di questi dati con quelli scaturiti dalle rilevazioni effettuate alle stesse date nel 1995, risulta che l'utenza dei servizi sanitari ha fatto registrare un aumento del 7,94%, atteso che la media degli utenti nel 1995 era di 83.911 unità.

Presso le strutture socio-riabilitative l'utenza, invece, è stata quasi stazionaria (incremento dello 0,90%), considerato che i soggetti censiti in queste strutture nel 1995 erano stati, in media, 22.235.

Nel corso degli anni si è registrato, seppure con oscillazioni diverse, un costante aumento degli utenti complessivamente in trattamento.

Per quanto concerne l'utenza delle sole strutture socio-riabilitative, a partire dal 1994 si è, invece, riscontrata una certa diminuzione. Il fenomeno sembra, però, attualmente in via di stabilizzazione.

(*) La classificazione utilizzata per le strutture socio-riabilitative è la seguente: strutture residenziali, semi-residenziali, ambulatoriali

I motivi della flessione registrata presso le strutture socio-riabilitative possono, in parte, essere collegati al contemporaneo aumento dell'utenza dei servizi sanitari pubblici che, negli ultimi anni, hanno dimostrato sempre maggiori capacità operative e programmatiche, nonché ad una accresciuta fiducia nelle attività offerte dagli stessi servizi pubblici.

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 e non più solo dalle strutture socio-riabilitative.

Anche 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 Ser.T. proprio a seguito del previsto colloquio con gli specialisti dei N.O.T. (Nucleo Operativo per le Tossicodipendenze), istituiti presso le Prefetture.

Al 31.12.1995 gli utenti presenti presso i 533 servizi censiti erano 84.636 (carico medio 158,79), mentre presso i 527 servizi sanitari pubblici censiti al 31.12.1996 erano presenti 93.191 utenti (carico medio 176,83).

Sul fronte delle strutture socio-riabilitative i dati mostrano una stazionarietà, sia nella loro diffusione che nell'utenza. Al 31.12.1995 le strutture socio-riabilitative esistenti risultavano 1.368, contro le 1.372 esistenti al 31.12.1996 (incremento dello 0,29%).

L'andamento di questi dati evidenzia la necessità di migliorare ulteriormente la sinergia e la complementarità tra Servizi Sanitari pubblici e Strutture socio-riabilitative.

Per quanto concerne la dislocazione geografica, la percentuale più alta di presidi - sia Ser.T. che strutture socio-riabilitative - è concentrata al Nord.

Il maggior numero di utenti, nel 1996, si è registrato in Lombardia, Piemonte, Puglia, Emilia Romagna e Toscana.

Il rapporto tra utenti maschi e femmine evidenzia una preponderante presenza maschile (oltre l'84%).

Situazione al 31.12.1996

Tossicodipendenti in trattamento presso:

- Servizi Sanitari Pubblici

- maschi	79.509
- femmine	13.682
TOTALE	93.191 (38.571 *)

- Strutture Socio-Riabilitative

residenziali	semi-residenziali	ambulatoriali
- maschi 12.643	- maschi 2.598	- maschi 3.916
- femmine 2.058	- femmine 432	- femmine 1.059
TOTALE 14.701	TOTALE 3.030	TOTALE 4.975

TOTALE 22.706

I dati sono stati forniti dalle seguenti strutture:

- Servizi Sanitari Pubblici	- Strutture Socio-Riabilitative
527 su 551 pari al 95,64%	1.305 su 1.372 esistenti pari al 95,11%

(*) La cifra tra parentesi indica i tossicodipendenti che vengono sottoposti ad una terapia farmacologica a base di sostanze sostitutive.

Distribuzione territoriale dei tossicodipendenti in trattamento

La distribuzione territoriale, disaggregata per aree geografiche, dei tossicodipendenti in trattamento nel 1996 è illustrata nella tabella seguente. Tra parentesi viene riportato il carico medio di utenti per servizio sanitario pubblico e strutture socio-riabilitative.

Nel corso del 1996 il carico medio per i servizi sanitari pubblici risulta complessivamente di circa 157, 167, 176, 177 utenti alle date del 31 marzo, 30 giugno, 30 settembre e 31 dicembre 1996, mentre quello per le strutture socio-riabilitative è di circa 17 utenti in tutte e quattro le rilevazioni dell'anno.

Il carico dei servizi sanitari pubblici è continuato a crescere, sia rispetto ai dati del 1995 che nel corso del 1996. Al contrario, il carico delle strutture socio-riabilitative è rimasto stazionario, sia rispetto al 1995 che nel corso del 1996.

31.03.1996

- presso i servizi sanitari pubblici

NORD:	43.691	in terapia presso n. 250 servizi	(174,76)
CENTRO:	15.697	in terapia presso n. 106 servizi	(148,08)
SUD:	19.785	in terapia presso n. 131 servizi	(151,03)
ISOLE:	5.834	in terapia presso n. 54 servizi	(108,04)

- presso le strutture socio riabilitative

NORD:	11.800	accolti presso n. 730 strutture	(16,16)
CENTRO:	5.348	accolti presso n. 248 strutture	(21,56)
SUD:	3.730	accolti presso n. 248 strutture	(15,04)
ISOLE:	1.357	accolti presso n. 88 strutture	(15,42)

al 30.06.1996***- presso i servizi sanitari pubblici***

NORD:	45.402	in terapia presso n. 247 servizi	(183,81)
CENTRO:	16.969	in terapia presso n. 105 servizi	(161,61)
SUD:	19.122	in terapia presso n. 128 servizi	(149,39)
ISOLE:	8.785	in terapia presso n. 62 servizi	(141,69)

- presso le strutture socio-riabilitative

NORD:	11.858	accolti presso n. 729 strutture	(16,27)
CENTRO:	5.491	accolti presso n. 240 strutture	(22,88)
SUD:	3.671	accolti presso n. 250 strutture	(14,68)
ISOLE:	1.612	accolti presso n. 94 strutture	(17,15)

al 30.09.1996***presso i servizi sanitari pubblici***

NORD:	46.122	in terapia presso n. 244 servizi	(189,02)
CENTRO:	17.361	in terapia presso n. 104 servizi	(166,93)
SUD:	21.000	in terapia presso n. 125 servizi	(168,00)
ISOLE:	9.349	in terapia presso n. 60 servizi	(155,82)

- presso le strutture socio riabilitative

NORD:	11.564	accolti presso n. 720 strutture	(16,06)
CENTRO:	5.517	accolti presso n. 251 strutture	(21,98)
SUD:	3.646	accolti presso n. 241 strutture	(15,13)
ISOLE:	1.438	accolti presso n. 92 strutture	(15,63)

al 31.12.1996***- presso i servizi sanitari pubblici***

NORD:	46.126	in terapia presso n. 236 servizi	(195,45)
CENTRO:	17.141	in terapia presso n. 100 servizi	(171,41)
SUD:	20.614	in terapia presso n. 131 servizi	(157,36)
ISOLE:	9.310	in terapia presso n. 60 servizi	(155,17)

- presso le strutture socio-riabilitative

NORD:	11.960	accolti presso n. 721 strutture	(16,59)
CENTRO:	5.448	accolti presso n. 249 strutture	(21,88)
SUD:	3.758	accolti presso n. 237 strutture	(15,86)
ISOLE:	1.540	accolti presso n. 98 strutture	(15,71)

Servizi sanitari pubblici e strutture socio-riabilitative

Alla data del 31 dicembre 1996 i servizi sanitari pubblici (Ser.T. - Servizi per le Tossicodipendenze - organizzati dalle A.S.L.) esistenti sul territorio risultano 551.

Rispetto ai 517 servizi esistenti al 30/06/1990, prima dell'entrata in vigore dell'attuale legge sulla disciplina degli stupefacenti, si registra un incremento del 6,6%.

La normativa del 1990 ha infatti indotto un notevole aumento del numero delle strutture, sia pubbliche che private, per la cura dei tossicodipendenti.

L'incremento maggiore si è verificato sul versante delle strutture socio-riabilitative, passate da 941 (30 settembre 1991) a 1.372 (31 dicembre 1996), con un incremento del 45,80%.

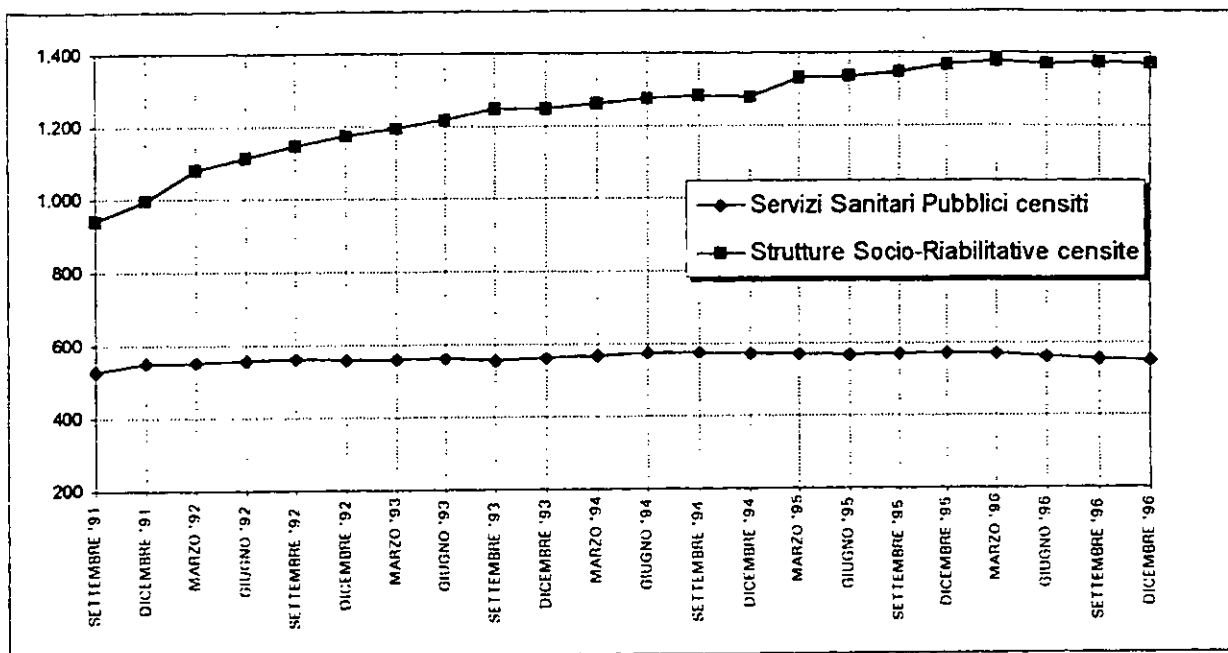
Per interpretare però correttamente l'andamento delineato bisogna considerare che, per quanto riguarda i Ser.T., il loro attuale numero complessivo risente della forte disomogeneità esistente a livello regionale circa la riorganizzazione dei Servizi che sta facendo seguito alla trasformazione delle UU.SS.LL. in A.S.L. e di un diverso modo di intendere la stessa unità di rilevazione che, in alcune regioni e province, è individuata nella sola unità organizzativa principale e, in altre, nelle singole sedi operative territoriali.

Relativamente alla distribuzione geografica, la presenza sia dei servizi sanitari che delle strutture socio-riabilitative non è omogenea sul territorio nazionale, ma è concentrata maggiormente al Nord, rispetto al Centro, al Sud ed alle Isole.

31.12.1996

	Servizi Sanitari Pubblici		Strutture Socio-Riabilitative	
	V.A.	%	V.A.	%
NORD	241	43,74	746	54,37
CENTRO	113	20,51	268	19,54
SUD	135	24,50	257	18,73
ISOLE	62	11,25	101	7,36
TOTALE ITALIA	551	100,00	1.372	100,00

OSSERVATORIO PERMANENTE SUL FENOMENO DROGA
SERVIZI SANITARI PUBBLICI E STRUTTURE SOCIO-RIABILITATIVE CENSITE (1991-1996)



Rapporto tra il numero medio degli utenti e la popolazione residente

REGIONI	NR. MEDIO UTENTI SER.T.	RAPPORTO SULLA POPOLAZIONE A RISCHIO (15-39 ANNI) (*)	NR. MEDIO UTENTI STRUTTURE SOCIO-RIABILITATIVE	RAPPORTO SULLA POPOLAZIONE A RISCHIO (15-39 ANNI) (*)
PIEMONTE	9.969	660,73	1.752	116,12
VALLE D'AOSTA	208	477,89	25	57,44
LOMBARDIA	14.607	438,92	3.750	112,68
TRENTINO A.A.	1.095	314,47	414	118,90
VENETO	6.725	399,17	1.798	106,72
FRIULI V.G.	1.491	359,31	237	57,11
LIGURIA	4.678	858,81	597	109,60
EMILIA R.	6.560	483,44	3.223	237,52
TOSCANA	7.860	649,73	1.526	126,14
UMBRIA	1.375	493,00	722	258,87
MARCHE	1.680	334,76	844	168,18
LAZIO	5.878	299,34	2.359	120,13
ABRUZZO	2.088	455,02	482	105,04
MOLISE	322	271,11	66	55,57
CAMPANIA	6.619	287,51	811	35,23
PUGLIA	8.527	530,60	1.571	97,76
BASILICATA	499	215,62	130	56,17
CALABRIA	2.076	259,91	641	80,25
SICILIA	4.979	257,55	853	44,12
SARDEGNA	3.341	497,78	633	94,31
ITALIA	90.577	425,14	22.434	105,30

(*) Rapporto tra tossicodipendenti e popolazione residente (nr. 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 ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 309/1990

I tossicodipendenti segnalati ai Prefetti dalle Forze di Polizia, per detenzione di sostanze stupefacenti per uso personale, risultano 139.331 (*) nel periodo che va dall'11.7.1990, data di entrata in vigore della normativa, al 31.12.1996.

L'età media degli assuntori è di 23,27 anni e la distribuzione per classi di età è la seguente:

Classe fino a 14 anni	0,42% dei casi
Classe 15-17	6,20% dei casi
Classe 18-20	25,65% dei casi
Classe 21-22	16,37% dei casi
Classe 23-25	18,82% dei casi
Classe 26-28	13,55% dei casi
Classe 29-30	6,35% dei casi
Classe oltre 30	12,64% dei casi

La tabella mostra la maggiore incidenza delle classi di età comprese tra i 18 ed i 30 anni (80,74%), a fronte del 6,62% dei segnalati minorenni e del 12,64% dei segnalati in età superiore ai 30 anni.

La percentuale, non irrilevante, dei segnalati in età superiore ai 30 anni mette in evidenza il progressivo invecchiamento della popolazione tossicodipendente.

Per quanto riguarda la distribuzione per sesso, la prevalenza di uomini (pari al 93% del totale) conferma il carattere nettamente maschile del fenomeno nel nostro Paese.

Relativamente al tipo di sostanza, 91.522 segnalazioni (pari al 56%) ha riguardato sostanze leggere; 68.643 (pari al 42%) ha riguardato sostanze pesanti e 3.156 (pari al 2% circa) sostanze pesanti più leggere.

(*) I dati provvisori, aggiornati alla data del 24 febbraio 1997, sono suscettibili di ulteriori aggiornamenti.

In questi ultimi anni di applicazione della Legge, la percentuale di segnalazioni per consumo di sostanze pesanti è diminuita rispetto a quella per consumo di sostanze leggere. Va però indicato che il dato riguardante il consumatori di sostanze sia pesanti che leggere deve essere letto come una suddivisione dei consumatori delle sole sostanze pesanti.

Le Regioni con il più alto numero di persone segnalate sono state, nell'ordine, la Lombardia (20.641 persone), il Lazio (16.213), la Toscana (14.208) e il Piemonte (11.466).

Relativamente all'attività dei Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze, risultano svolti 130.457 colloqui davanti al Prefetto, a seguito dei quali 55.607 soggetti (43% circa) sono stati invitati a non fare più uso di sostanze stupefacenti (ammonizione).

Rilevante è la percentuale dei soggetti che hanno richiesto di sottoporsi al trattamento terapeutico e socio-riabilitativo (42.029, pari al 32,21%). Di questi ultimi, 17.443 soggetti, pari al 41,5%, hanno già terminato il programma terapeutico.

Le sanzioni amministrative finora adottate dai Prefetti sono state 34.624, di cui 22.565 (pari al 65,17%) a seguito di colloquio presso il Nucleo Operativo Tossicodipendenze della Prefettura e 12.059 (pari al 34,83) per mancata presentazione alla convocazione davanti al Prefetto.

- Iniziative di contrasto alle tossicodipendenze adottate a livello provinciale

In base alle relazioni periodiche delle Prefetture sugli interventi di contrasto, intrapresi a livello provinciale, si è riscontrato l'ampliamento del ruolo svolto dal Comitato Provinciale per l'Ordine e la Sicurezza Pubblica (C.P.O.S.P.), istituito presso ogni Prefettura, espletatosi essenzialmente in una azione di coordinamento delle varie realtà, istituzionali e non, presenti sul territorio.

Di seguito si riportano alcune iniziative locali specifiche.

A Parma è stato costituito un Gruppo di lavoro che affronta la problematica della pubblica incolumità in materia di incidenti correlati all'uso di sostanze alcoliche e psicoattive.

E' proseguita l'attività del N.O.P. (Nucleo Operativo Provinciale) di Perugia costituito, per iniziativa della Prefettura, da soggetti pubblici e privati sul territorio della provincia, allo scopo di costituire un sistema informativo e di monitoraggio sul fenomeno droga.

Presso la Prefettura di Bari è stato organizzato e realizzato il 1° Corso di formazione interforze per la prevenzione delle tossicodipendenze.

A Teramo è stato istituito un servizio di Segretariato Sociale, rivolto a tutti i soggetti interessati ed in grado di indirizzare ogni richiesta verso le strutture operanti nel territorio della provincia.

Presso la Prefettura di Potenza è stato costituito un Gruppo di lavoro, composto da rappresentanti di vari organismi, con l'obiettivo di verificare i progetti presentati per le richieste di finanziamento.

A Trieste l'attenzione si è concentrata sull'ambito scolastico, con interventi mirati, di prevenzione, di informazione e di controllo, coordinati dalla Prefettura.

Un progetto sull'educazione alla salute e sulla prevenzione di stati di tossicodipendenza è stato ideato da un gruppo di lavoro operante presso la Prefettura di Pordenone per essere realizzato in una struttura militare della provincia.

Per quanto riguarda l'attività di vigilanza e repressione svolta dalle Forze dell'ordine, essa si è concentrata sul controllo dello spaccio e del consumo di droga, in particolare nelle zone "a rischio" (discoteche, località turistiche, valichi doganali, porti).

Sia nel settore informativo-preventivo che in quello di recupero e reinserimento lavorativo accanto alle iniziative di molte Istituzioni pubbliche (Case circondariali, Provveditorato agli Studi, Ser.T., Caserme) ruolo rilevante hanno avuto le Associazioni di Volontariato, il privato sociale, i gruppi informali costituiti sul territorio, cioè il variegato mondo del cosiddetto Terzo Settore. Si sono moltiplicate su tutto il territorio, anche se con una certa disomogeneità tra Nord e Sud, le iniziative che fanno riferimento a questo settore e che hanno molto spesso colmato vuoti di intervento pubblico.

Rispetto al recupero dei soggetti a rischio, va sottolineata l'apertura di laboratori artigianali di ogni genere, teatrali, culturali, musicali ed artistici; l'attivazione, fin nei piccoli centri, di sportelli "Informagiovani"; la costituzione, un po' ovunque, di cooperative di tossicodipendenti per progetti lavorativi, centri di ascolto, gruppi di auto-aiuto e la creazione, in collaborazione con i Servizi Pubblici, di occasioni lavorative, anche attraverso l'attribuzione di borse di lavoro e di formazione.

Molto interessante e di grande rilevanza sociale è l'attività di assistenza domiciliare a malati affetti da AIDS e le iniziative parallele di tipo informativo, attraverso la distribuzione di materiale divulgativo, siringhe monouso, materiale per la disinfezione di siringhe usate, profilattici, installazione di macchine scambiasiringhe.

Si è ampliato il numero delle Unità di Strada delle Unità mobili di rianimazione e di pronto intervento, che hanno proseguito la loro opera di offerta di forme di aiuto alternative o complementari ai classici trattamenti residenziali, soprattutto nelle zone più degradate ed a rischio delle aree urbane e nei confronti di quei tossicodipendenti che non si rivolgono alle strutture.

Da ultimo si sottolinea come da parte di tutti gli operatori del settore si riscontri ancora l'esigenza di una ulteriore programmazione delle iniziative, di un migliore coordinamento tra le Amministrazioni centrali e gli Enti locali e di un maggiore dialogo tra gli operatori pubblici e privati, al fine di superare gli ostacoli che rischiano di vanificare la tempestività e l'efficacia degli interventi.

DIREZIONE GENERALE DEI SERVIZI CIVILI

Nel corso del 1996, come negli anni precedenti, è proseguita la collaborazione con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli Affari Sociali, soprattutto per quanto concerne le indicazioni fornite alle Prefetture sulla gestione dei progetti finanziati dal Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga, ai sensi dell'art. 127 del D.P.R. 309/1990.

Il 21 dicembre 1995 il Comitato Nazionale di Coordinamento per l'Azione Antidroga, istituito ai sensi del citato D.P.R. 309/1990, ha approvato i progetti presentati dalle Prefetture di Bologna, Perugia, Pisa e Verona, per gli anni finanziari 1994 e 1995 e nel corso dell'anno 1996 questa Direzione ha collaborato assiduamente con le predette Prefetture per la migliore presentazione dei progetti stessi, che a seguito dell'entrata in vigore della legge 28 marzo 1997, n. 86, recante la sanatoria degli effetti prodotti dai decreti-legge adottati in materia di prevenzione e recupero della tossicodipendenza e di finanziamento dei Ser.T., potranno essere portati a compimento.

Si sono svolte, poi, nel corso dell'anno 1996, presso la Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno, le ulteriori 6 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 dei Servizi Civili.

Le predette edizioni, hanno riscosso molto apprezzamento, atteso il nuovo impianto e formulazione del corso e hanno dato l'opportunità ai componenti dei citati Nuclei di lavorare insieme e di risolvere problematiche concrete, in particolare quelle suscitate dall'interpretazione dell'art. 75 del D.P.R. 309/1990.

Sono, altresì, stati individuati nell'ambito dell'attività svolta nell'area sociale, i funzionari "referenti" in ciascuna Prefettura che fungono da collegamento sul territorio tra centro e periferia, anche per ciò che concerne le iniziative assunte nelle province in materia di tossicodipendenza.

Da ultimo, nel corso del 1996, è stato predisposto un ampio monitoraggio sulla attività e i modelli organizzativi dei Nuclei Operativi Tossicodipendenze presso le Prefetture, i cui risultati sono stati raccolti in un libro, pubblicato nella collana dei "Quaderni" della Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno, di prossima presentazione.

Attività di contrasto del traffico e dello spaccio

I risultati più importanti ottenuti nel 1996 dall'attività di contrasto della tossicodipendenza coordinata dalla D.C.S.A anche in ambito internazionale sono i seguenti:

1.-Sono stati sequestrati Kg.1.251 di eroina (nel 1995 ne furono sequestrati Kg.945).

L'incremento della sostanza stupefacente proviene principalmente dai paesi attraversati della rotta balcanica; sempre più spesso vengono impiegati come corrieri cittadini appartenenti alla ex-Jugoslavia.

E' evidente una netta diminuzione di trafficanti turchi, mentre sono in aumento gli albanesi che gestiscono autonomamente e per conto di organizzazioni italiane i traffici di eroina.

Importante, anche a livello mondiale, è il fenomeno riguardante i traffici di eroina ad opera di cittadini nigeriani che in questo momento, poichè presenti clandestinamente sul territorio italiano, sono difficili da individuare.

Nel 1996 sono stati sequestrati ai nigeriani circa Kg. 25 di eroina.

In tale ambito sono in atto importanti operazioni che riguardano tutte le forze di Polizia, coordinate dalla D.C.S.A., nei confronti di organizzazioni nigeriane che impiegano corrieri dal Sud-America verso l'Europa, in particolare l'Italia.

Finora nell'ambito di queste operazioni sono state sequestrate decine di Kg. di cocaina ed eroina.

2.La cocaina sequestrata ammonta a Kg.2.316.

In questo caso specifico si evidenzia una diminuzione della quantità di sostanze sequestrate (nel 1995 ne sono state sequestrate Kg.2596) ma si è concluso un maggior numero di operazioni che ha portato all'arresto di numerosi corrieri appartenenti a gruppi criminali internazionali.

3 La cannabis sequestrata ammonta complessivamente a Kg.5940.

Rispetto all'anno precedente non ci sono stati notevoli differenze per quanto riguarda l'hashish, ma il traffico di marijuana è considerevolmente aumentato(circa Kg. 5800).

Questo incremento del traffico proviene, in particolare,dall'Albania ed è dovuto strettamente al fenomeno dell'immigrazione clandestina albanese.

Il numero delle operazioni contro il traffico di sostanze stupefacenti nel 1996 ammonta a 19.914 evidenziando un calo complessivo in confronto al 1995; le persone colpite da informativa sono 36.827, di cui 22.064 in stato di arresto.

I risultati delle operazioni ed i numerosi arresti, avvenuti nell'ambito delle organizzazioni criminali in Italia ed all'estero, è dovuta anche alla cooperazione internazionale, in via bilaterale, nei rapporti con le analoghe Autorità di altre Paesi, con Funzionari ed Ufficiali che sono presenti in specifici gruppi di lotta al traffico di droga.

Questo contribuisce ad un ottimale coordinamento anche tra le varie Polizie ed all'apprendimento di nuove tecniche investigative, fornite, in particolare, dalla legge italiana antidroga del 1990 sulle attivazioni degli agenti sottocopertura e delle consegne controllate.

Le morti dei tossicodipendenti, dovute principalmente ad overdose di eroina, nel 1996 sono leggermente diminuite (563) in confronto all'anno precedente (661), confermando comunque che la maggior parte delle persone giovani non è più dedita all'uso di eroina, preferendo altri tipi di droga (marijuana ed amfetamine).

Cooperazione internazionale

Sempre più intensa ha continuato a svilupparsi l'attività di collaborazione e cooperazione internazionale, attraverso la partecipazione della Direzione Centrale alle riunioni degli Organismi internazionali e dei vari Gruppi di lavoro che si occupano del problema.

Oltre a riunioni previste dagli accordi multi e bilaterali nel settore, la Direzione Centrale ha partecipato:

- * nell'ambito ONU, ai lavori della 39^a sessione della Commissione Stupefacenti; alla riunione dell'ECOSOC sul traffico di droga; alla XIV Conferenza annuale dei Servizi antidroga (IDEC); ai lavori della Task Force UNDCP in favore degli Stati dell'Est Europeo e baltici;
- * in ambito U.E. ai lavori delle riunioni dei Gruppi "Europol", "Droga e Criminalità Organizzata", "ad hoc Caraibi/America Latina", "PESC", "Esperti droga", Coordinatori droga, nonché del "Comitato Precursori" del Forum per la sicurezza urbana" della Conferenza congiunta U.E./Patto Andino, dei Capi dei Servizi Antidroga; del Seminario sul riciclaggio, del Seminario sulla delinquenza urbana e droga della Conferenza di Sofia sulla "intelligence strategica e sulla cooperazione informatica e addestrativa delle Polizie Europee contro la diffusione della droga", della VI^a Riunione, in Danimarca, sul traffico delle sostanze psicotrope e dei precursori e dei prodotti chimici di base del Convegno Internazionale Trilaterale nell'ambito del programma PHARE;
- * in ambito "Gruppo di Dublino", alle riunioni dello stesso ed a quelle di alcuni "Minigruppi" regionali;
- * in ambito Consiglio d'Europa, alla 38^a Riunione dei Corrispondenti Permanenti del "Gruppo Pompidou";
- * in ambito "Accordo di Schengen", alle riunioni del "Gruppo Stupefacenti";
- * in ambito Interpol, ai lavori della 65^a sessione dell'Assemblea Generale dell'O.I.P.C.; del meeting "Rotta balcanica".
- * in ambito I.N.C.E., alla Conferenza dei Ministri responsabili della politica antidroga dei Paesi aderenti alla Iniziativa Europa Centrale;
- * alle Riunioni Informale Quadrangolare, di cui fanno parte anche gli U.S.A., la Francia ed il Canada;
- * in Bangkok, alla 2^a Conferenza operativa antidroga nei Paesi dell'Asia - Pacifico;
- * negli U.S.A. al Convegno Internazionale "Drug Abuse Resistance Education" organizzato dalla D.E.A. statunitense;

- * alla 31^a Sessione della Sottocommissione sul traffico illecito di droga nel Vicino e Medio Oriente;
- * alla Conferenza di Taskent sulla collaborazione regionale e internazionale tra i Paesi dell'Asia Centrale sul controllo del traffico di droga;
- * alla Conferenza sul contrasto dei reati connessi agli stupefacenti e commessi da cittadini dell'Africa occidentale, organizzato dal B.K.A. tedesco;
- * al Seminario internazionale, organizzato in Wiesbaden, sull'attività "sottocopertura" di polizia;
- * alla IV Conferenza, in Argentina, sul traffico di cocaina;
- * al Seminario internazionale "MINIPOL" tenutosi nel Qatar sulle novità tecnologiche;
- * alla XIX Sessione della C.I.C.A.D. (Inter American Drug Abuse Control Commission);
- * al Seminario, in Kirghizistan, sulle nuove sfide di droga e crimine.

E' proseguita, inoltre, la partecipazione della D.C.S.A. ai lavori di attuazione del progetto REITOX dell'U.E. per il potenziamento, la razionalizzazione e la standardizzazione dei flussi informativi sulla droga.

La D.C.S.A. ha mantenuto rapporti con le omologhe agenzie di polizia di numerosi Paesi stranieri. Infatti, hanno fatto visita alla D.C.S.A., per conoscerne la struttura organizzativa ed operativa, funzionari dei seguenti Stati: Santo Domingo, Albania, Francia, Lituania, Costa Rica, Nicaragua, Ucraina, Turchia, Thailandia, Marocco.

E' stata rafforzata la struttura di collegamento con Paesi stranieri, con l'istituzione degli uffici di Esperti antidroga di Buenos Aires, Mosca, Santo Domingo, Varsavia, Ankara e dell'ufficio di collegamento di Madrid e con quello previsto di San José (Costa Rica);

Si sono avuti incontri, con i responsabili dei corrispondenti organismi di polizia per uno scambio di informazioni in tema di lotta al narcotraffico, in Romania, Estonia, Russia, Macedonia (ex Jugoslavia), Libano, Nicaragua, Costa Rica, Repubblica Dominicana, Inghilterra, Polonia, U.S.A., Cipro, Brasile.

Sono stati attivati i collegamenti al sistema "Teledrug" con la Grecia e Cipro, che già avevano sottoscritto lo specifico accordo.

Attività didattica

Nell'anno trascorso è stata, infine svolta una intensa attività didattica, consistente nell'organizzazione di corsi di addestramento e specializzazione.

In particolare sono stati effettuati:

- corsi di aggiornamento per unità cinofile;
- corsi "sottocopertura" pianificati, organizzati e condotti da Ufficiali/Funzionari della D.C.S.A.;
- corsi per operatori informatici e realizzazione di una sala informatica con 5 postazioni di lavoro;
- partecipazione di personale della D.C.S.A. ad un corso sottocopertura presso la scuola delle dogane francesi;

- corsi di specializzazione alla simultanea per interpreti e traduttori;
- corsi di preparazione alle procedure sul sistema Teledrug e navigazione nella banche dati.

Intensa è stata l'attività relativa alle visite di delegazioni straniere volte ad approfondire lo scambio informativo sul fenomeno droga e sulla struttura della D.C.S.A. e sui metodi addestrativi e corsi di formazione posti in essere dalla Direzione medesima.

Nel settore della prevenzione della tossicodipendenza e della strategia di formazione e informazione sulle problematiche connesse è stato realizzato a Vibo Valentia dal 12 al 17 febbraio 1996, nel quadro del programma permanente di formazione degli operatori, un corso interforze di prevenzione delle tossicodipendenze, finanziato dalla Direzione Centrale per gli Istituti di Istruzione.

Informazione per la prevenzione delle tossicodipendenze

Nel settore dell'informazione sulle tossicodipendenze sono stati pubblicati gratuitamente dalla Presidenza del Consiglio, dato il rilievo istituzionale dell'iniziativa, gli "Atti" del Convegno sui derivati amfetaminici organizzato dalla Direzione Centrale e svoltosi a Roma il 29.11.1995.

E' stata inoltre curata la predisposizione di schede informative sulle caratteristiche e gli effetti delle varie droghe. Le schede sono state stampate gratuitamente dalla tipografia della Direzione Centrale della Polizia Criminale.

E' stata inoltre fornita in numerosissime occasioni informazione, consulenza, approfondimento sulle tematiche delle tossicodipendenza a studiosi, operatori dell'informazione, strutture pubbliche e private, scuole, istituzioni anche straniere e amministrazioni.

Funzionari della D.C.S.A. hanno inoltre partecipato a molti Convegni, conferenze, incontri di studio anche in qualità di relatori, in Italia e all'estero, portando contributo di informazione esauriente ed obiettiva.

Realizzazione di progetti finalizzati

La D.C.S.A. sta inoltre curando il coordinamento e la realizzazione di due progetti finalizzati finanziati dal Fondo nazionale di intervento sulle tossicodipendenze ai sensi dell'art. 127 del T.U. 309/90.

Un progetto è relativo alla individuazione, studio ed all'analisi delle eventuali correlazioni esistenti tra l'abuso di droga e i sinistri stradali mortali verificatisi in Italia, l'altro alla creazione di una banca dati centralizzata nella quale affluiranno i referti delle analisi sui campioni di droga sequestrati in modo da standardizzare le informazioni sulle analisi e renderle compatibili con quelle utilizzate negli altri Paesi dell'U.E..

Aspetti giuridico-legislativi

Anche per il 1996 non è intervenuta alcuna modifica legislativa della normativa antidroga, che continua ad essere disciplinata dal D.P.R. 309/90, così come modificato dal D.P.R. 5 giugno 1993, nr. 171.

Pertanto, le linee di condotta della polizia giudiziaria continuano ad essere improntate alle direttive emanate dal Ministero dell'Interno con circolari del 6 giugno e dell'11 settembre 1993 e a quelle eventualmente emanate dalle varie Procure della Repubblica nell'ambito delle rispettive giurisdizioni.

Restano, pertanto, valide le ipotesi di intervento legislativo in materia di lotta al traffico ed allo spaccio di stupefacenti, alcune delle quali già suggerite in passato. In particolare:

1. Sostituire, ovunque si incontri nel testo, l'allocuzione "Servizio Centrale Antidroga" con "Direzione Centrale per i Servizi Antidroga", giusto il disposto della L. 16/1991.
2. *Art. 1:* nel corso delle numerose riunioni internazionali a livello di Unione Europea sul tema della lotta alla droga, alle quali partecipa la DCSA sorgono sovente difficoltà derivanti dal fatto che non sempre risultano chiare e tempestive le linee guida di indirizzo e promozione della politica generale nazionale in materia di prevenzione e intervento contro la produzione e diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, tenendo soprattutto conto che spesso, in sede internazionale, vengono discusse iniziative con valore vincolante su aspetti nuovi, o comunque, non previsti e disciplinati dalla normativa vigente.

Si potrebbe ovviare a tali inconvenienti prevedendo una periodicità prefissata per le riunioni del Comitato Nazionale di Coordinamento per l'Azione Antidroga, nel quale affrontare in maniera tempestiva eventuali aspetti non previsti della problematica, che dovessero attenere alle responsabilità di indirizzo delle linee politiche generali sulla questione.

3. *Art. 9:* nell'ambito dell'attività di prevenzione del fenomeno delle tossicodipendenze, un valido ausilio potrebbe essere fornito anche dalle forze di polizia, al di là del proprio compito istituzionale di repressione dei fatti criminosi. Tali attività, nell'ambito delle proprie competenze e nel rispetto di quelle del settore socio-sanitario, potrebbero consistere nel cooperare istituzionalmente con le altre istanze di prevenzione delle tossicodipendenze, ad esempio: informando dei rischi, motivando alla terapia, indirizzando ai Sert, alle comunità, alle unità su strada, ai centri di informazione.

Si potrebbe così costituire un ponte tra distinti ed autonomi settori, (sicurezza e socio-sanitario) che elimini separatezze ormai non più sostenibili e garantisca un rafforzamento della rete di iniziative realizzate nell'ambito della politica della riduzione del danno.

Ne deriverebbe sia un valore aggiunto di sicurezza per il cittadino garantito dal diffondersi della criminalità da droga, sia un miglioramento del funzionamento delle garanzie a tutela dei diritti dello stesso non solo per quanto riguarda l'ordine pubblico, ma anche per i diritti morali, sociali e della salute.

Tali nuovi compiti potrebbe trovare una loro consacrazione giuridica in una nuova formulazione dell'articolo in argomento.

4. *Art. 10:* si sono verificate, talvolta, discordanze sul numero dei decessi dovuti a narcotismo acuto tra i dati, forniti da questa Direzione Centrale attraverso la pubblicazione dell'Annale Nazionale - i cui dati rientrano nelle statistiche ufficiali prodotte dal Sistema statistico nazionale ai sensi del d.lgs. 6 settembre 1989 nr. 322 - e quelli forniti da altri Enti o istituzioni che, a vario titolo, si occupano del fenomeno.

E' bene ricordare che la rilevazione della D.C.S.A. si basa fra l'altro, anche sulle segnalazioni provenienti dalle Prefetture e dagli Istituti di Medicina Legale eventualmente interessati, per gli esami autoptici, dall'autorità giudiziaria.

Poiché non sempre questi ultimi forniscono sollecito e puntuale riscontro, si ravvisa l'opportunità che un tale obbligo venga esplicitato attraverso una previsione normativa la quale, a titolo indicativo, potrebbe essere contenuta in una comma aggiuntivo dell'art. 10.

5. *Art. 13:* è stato posto all'attenzione degli organi competenti, durante i lavori del Seminario italiano di Studi sui derivati amfetaminici, svoltosi il 29 novembre 1995 a Roma, il problema del crescente consumo di tali sostanze. L'inserimento di nuove sostanze nocive nelle tabelle, attualmente disciplinato dall'art. 13, richiede procedure complesse e tempi molto lunghi (decreto del Ministro della Sanità di concerto con il Ministro di Grazia e Giustizia, sentito l'Istituto Superiore di Sanità e il Consiglio Superiore di Sanità).

Sarebbe opportuna una modifica della normativa con la previsione della richiesta del parere del Ministro dell'Interno, con lo snellimento della procedura, fissando tempi brevi (ad es. 1- 2 mesi al massimo) per l'inserimento nelle tabelle delle nuove sostanze nocive di abuso.

Ciò è in linea sia con quanto auspicato in sede di Unione Europea sia per contrastare sul nascere le nuove tendenze del mercato, impedendo ai trafficanti di sperimentare e consolidare canali e sistemi di procacciamento e vendita.

6. *Art. 75:* la possibilità di definire con norma di legge 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.

In sede di Unione Europea gli Stati Membri, mediante un'apposita Azione Comune, sono stati invitati a ravvicinare le norme e le prassi giudiziaria e di polizia nella specifica materia.

E' emerso, inoltre, un vuoto legislativo in ordine alle analisi che vengono compiute sui campioni di droga, sequestrata ai sensi di questo articolo. Il problema riguarda soprattutto gli accertamenti non ripetibili che comportano la distruzione della sostanza e che, quindi, non consentirebbero un adeguato diritto alla difesa da parte del soggetto passivo.

In tale caso potrebbe essere prevista, la procedura stabilita dall'art. 360 c.p.p. per gli accertamenti tecnici non ripetibili disposti dal p.m.

Inoltre, essendo sorte divergenze con il Servizio Sanitario in ordine al pagamento delle stesse, sarebbe opportuno l'inserimento di una norma che preveda su chi deve gravare l'onere.

Si ritiene che questo potrebbe gravare sul Ministero di Grazia e Giustizia qualora l'analisi venga disposta su delega del p.m.; mentre, ove si tratti di attività amministrativa inquadrabile nell'art. 75, l'onere potrebbe far carico alle Prefetture.

7. *Art. 88:* sarebbe opportuno una migliore specificazione della norma che prevede la possibilità, da parte della DCSA, di richiedere all'A.G. la consegna di campioni di sostanze stupefacenti sequestrate anche in quantità elevate (eventualmente quantificabili nel massimo), qualora l'entità del sequestro lo consenta, anche ai fini di addestramento dei cani antidroga delle forze di polizia.

In merito si sono registrate divergenze con alcuni p.m. perché tale impiego non risulta esplicitato nell'art. 88.

8. *Artt. 97- 98:* Alla luce dell'esperienza maturata in questi anni, la normativa che disciplina le operazioni speciali (acquisto simulato, consegna controllata, ritardo di atti di p.g.) ha messo in luce alcuni limiti, che potrebbero essere colmati con:

1. l'ampliamento dei poteri di operatività previsti per gli Ufficiali di polizia giudiziaria nel corso dell'attività sottocopertura e delle consegne controllate fino a ricomprendersi anche: trasporto di stupefacenti, porto d'armi senza ordinaria licenza, costituzione di società fittizie, fornitura di sostanze chimiche di base, ecc.;
2. il ricorso ad una necessaria documentazione di identità di copertura, condizione imprescindibile per la credibilità e la protezione dell'operatore di polizia;
3. una deroga all'obbligo della testimonianza in dibattimento, a salvaguardia delle più elementari norme di prudenza, ovvero la possibilità di parteciparvi sotto l'identità di copertura.

Da sottolineare, infine, come alcune recenti sentenze, sia della Corte Costituzionale che della Cassazione, abbiano cercato di chiarire quesiti e colmare lacune che la prassi operativa presenta.

Fra quelle di fondamentale importanza, si ricordano:

- la sentenza 360/95 con cui la Corte Costituzionale ha confermato la punibilità della coltivazione, anche minima, di piante da cui si estraggono sostanze stupefacenti.
- La sentenza 296/96 con la quale la Corte ha sancito che la cessione a terzi di sostanze stupefacenti continua ad essere un reato penalmente perseguibile, non considerando la fattispecie come propedeutica all'uso personale.
- Le due sentenze del 15 gennaio 1997 con le quali la Corte di Cassazione ha stabilito che non può essere considerato spacciatore e, come tale punibile ai sensi dell'art. 73, chi acquista più dosi di droga da consumarsi in gruppo e chi cede droga ad un gruppo di persone in cambio di una dose per uso personale.
- La sentenza della Corte di Cassazione del 30 gennaio 1997, secondo la quale non è da considerarsi spacciatore e quindi punibile come tale, colui che dimostra che il quantitativo di droga, di cui risulta in possesso, è detenuto per uso personale.

Strategie, obiettivi e indirizzi

Nel corso del 1997 l'Osservatorio permanente sul fenomeno droga, in collaborazione con la Direzione Centrale dei Servizi Antidroga e con le altre Amministrazioni centrali e locali interessate, si prefigge l'obiettivo di proseguire e migliorare la presenza italiana nelle attività che vengono intraprese a livello europeo ed internazionale e, più in particolare, di sviluppare la diffusione delle informazioni prodotte sia in Italia che negli altri Paesi europei sul versante epidemiologico, preventivo e repressivo.

Una diffusione più capillare e meglio selezionata delle informazioni attualmente disponibili, oltre ad avere validità in sé e per sé, creerebbe un miglior collegamento tra il settore pubblico e quello del "privato sociale", la cui complementarietà deve trovare ulteriori forme di incentivazione.

Anche il proseguimento del Progetto di razionalizzazione dei flussi informativi prodotti dalle Amministrazioni pubbliche terrà presente questo aspetto di complementarietà tra pubblico e privato, nonché l'obiettivo del raggiungimento di una informazione accessibile anche a livello del singolo utente.

La Direzione Generale dei Servizi Civili intende, per il 1997, previ accordi con la Direzione didattica della Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno, promuovere una formazione specifica del personale addetto al settore che svolge attività attinenti alle tossicodipendenze, attraverso seminari e corsi monotematici.

I destinatari della predetta attività di formazione saranno i funzionari "referenti" dell'area del sociale individuati presso ogni Prefettura, gli assistenti sociali coordinatori ed i funzionari componenti i nuclei operativi per le tossicodipendenze presso le Prefetture.

Nel corso del 1997, inoltre, sarà presentato il libro, pubblicato nella colonna dei "Quaderni" della Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno, dal titolo "Nuclei Operativi Tossicodipendenze presso le Prefetture. Attività e modelli organizzativi".

Tale pubblicazione sarà di grande utilità per gli operatori del settore, in quanto pone in evidenza sia le differenze organizzative dei Nuclei in argomento, sia le diversità di collegamento con gli altri enti istituzionali e del privato sociale, che operano in materia di prevenzione alle tossicodipendenze, nelle diverse aree geografiche del paese.

In secondo luogo, sarà curato l'informatizzazione a livello territoriale dei predetti Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze.

Alcune Prefetture hanno già predisposto un sistema informatizzato per la raccolta dei dati e l'obiettivo primario che la Direzione intende raggiungere è che tale sistema sia esteso a tutte le Prefetture, in modo tale da snellire e velocizzare le procedure e far circolare, il più rapidamente possibile, le informazioni attinenti all'attività relativa ai colloqui svolti ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 309/90.

La strategia e gli obiettivi perseguiti dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga hanno tenuto conto dei

cambiamenti avvenuti nel fenomeno droga. La situazione italiana del mercato e del consumo degli stupefacenti si inserisce nel più ampio contesto europeo e mondiale, sia per quanto riguarda l'andamento della domanda che l'offerta, in cui continua ad essere pressante l'iniziativa del narcotraffico, fortemente contrastato dalle Forze dell'Ordine con incisive azioni a livello nazionale ed internazionale, in collaborazione con le Polizie di altri Stati.

L'attività di lotta al narcotraffico condotta dalle Forze dell'Ordine coordinate dalla D.C.S.A. ha consentito di colpire con forza le organizzazioni criminali che, in parte scompaginate dall'opera investigativa e di contrasto, hanno accentuato la diversificazione dell'offerta, orientandola maggiormente verso le sostanze stimolanti, eccitanti ed allucinogene e contribuendo ad allargare le fasce di consumatori che non ricorrono alle droghe tradizionali.

Il livello del consumo di queste ultime, soprattutto di oppiacei, si è stabilizzato. Al contrario è in forte aumento il consumo di droghe disegnate o sintetiche, di evasione, che attraggono un vasto pubblico, soprattutto giovanile, che tende in gran parte a considerare l'ecstasy e gli altri derivanti amfetaminici o un prodotto non drogastico o una droga innocua.

L'azione delle Forze dell'Ordine nel settore del contrasto degli stimolanti, eccitanti ed allucinogeni, è resa più difficile dalla polverizzazione del mercato e dalla facilità di produzione, del reperimento ed occultabilità delle sostanze, cosa che rende indispensabile una sempre più forte collaborazione internazionale ed un raccordo più intensivo tra prevenzione, informazione ed attività investigativo-repressiva.

La D.C.S.A. è pertanto impegnata nella progettazione di gruppi di studio per monitorare il consumo di derivati amfetaminici, proseguendo nell'impegno assunto con il convegno sulle sostanze amfetaminiche organizzato dalla D.C.S.A. e svolto a Roma il 29.11.1995.

La strategia di contrasto del mercato vecchio e nuovo degli stupefacenti è realizzato dalla D.C.S.A. con l'interconnessione tra azione di ordine pubblico ed attività di prevenzione del consumo, di studio ed informazione.

E' sempre più intensa l'attività di intelligence ed investigativa, per tagliare i rifornimenti ed i collegamenti del narcotraffico in Italia ed all'estero, anche grazie al patrimonio informativo raccolto ed elaborato dagli esperti antidroga e dagli ufficiali di collegamento e trasmesso alla D.C.S.A., che lo raccorda con l'informazione acquisita dalle Forze dell'Ordine italiane, per poi metterla a disposizione delle strutture operative che svolgono la loro attività sul territorio nazionale.

Nel quadro dell'attività internazionale nel 1996 sono state avviate le pratiche per aprire quattro nuovi Uffici di Collegamento a Buenos Aires, Mosca, Santo Domingo e Varsavia (nel 1997 diventeranno operativi quelli di Mosca e Santo Domingo).

Nel 1996 è stato inoltre garantito un importante strumento di potenziamento della lotta al narcotraffico con la modifica dell'art. 70 del D.P.R. 309/1990, avvenuta con decreto legislativo 12.4.1996, n. 258, che ha

raccordato la normativa italiana con quella dell'U.E. in materia di precursori, migliorando gli strumenti della cooperazione internazionale e rafforzando la collaborazione tra aziende ed autorità di Polizia, con la previsione dell'obbligo delle prime di segnalare le transazioni commerciali.

L'assidua presenza di funzionari ed ufficiali della D.C.S.A. in convegni, riunioni informative ed operative, gruppi europei ed istituzioni internazionali garantisce un proficuo raccordo tra gli aspetti nazionali ed internazionali del narcotraffico e del consumo degli stupefacenti e contribuisce ad orientare l'attività antidroga italiana nel più ampio contesto di quella internazionale.

Direzione Centrale Per I Servizi Antidroga

BREVE COMPENDIO STATISTICO SULL'ATTIVITÀ ANTIDROGA SVOLTA DALLE FORZE DI POLIZIA NEL 1996

L'attività antidroga svolta dalle Forze di polizia, spesso in cooperazione tra loro e con altri omologhi organismi esteri, viene coordinata a livello nazionale, e rilevata statisticamente, dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga.

Il presente, sintetico compendio statistico prende in considerazione, per il 1996:

- quantità di stupefacenti sequestrate raffrontate con quelle relative agli anni precedenti e nei diversi ambiti, loro provenienza, procacciamento e transito accertati;
- operazioni antidroga e loro tipologia in relazione alle più ricorrenti ipotesi delittuose, con particolare riguardo alla nazionalità delle persone oggetto di informativa di reato;
- operazioni speciali (consegne controllate ed acquisti simulati);
- decessi tossicologicamente correlati all'uso di stupefacenti;
- quadro riepilogativo delle attività delle Forze di polizia nel settore degli stupefacenti con disaggregazione regionale.

Va precisato che i dati statistici relativi al 1996 sono stati elaborati al 1° marzo 1997 per la redazione dell'Annale Nazionale 1996 e debbono considerarsi non ancora definitivamente consolidati perchè soggetti ad aggiornamento giornaliero in relazione a quanto comunicato dalle Forze di polizia e dalle Dogane, nelle ulteriori segnalazioni conseguenti al prosieguo delle indagini.

Tutti i dati debbono considerarsi "*di polizia*" vale a dire acquisiti ed immessi nella *banca dati* della D.C.S.A. - Sezione D.A.D.E., sulla base delle segnalazioni di polizia.

A fattor comune va sottolineato che i volumi dei sequestri non sono comprensivi dei micro-quantitativi intercettati in occasione di procedimenti amministrativi davanti al Prefetto ex artt. 75 e 121 T.U. 309/90.

Per quanto riguarda invece la statistica dei *decessi tossicologicamente correlati all'uso di stupefacenti* l'elaborazione è stata effettuata alla data del 16 aprile 1997 in quanto la particolare natura del dato ed il riscontro delle segnalazioni iniziali di polizia effettuato attraverso contatti con le Procure della Repubblica, le Prefetture competenti e gli Istituti di Medicina Legale a livello nazionale, richiede maggiori tempi tecnici, comunque necessari per trasformare un dato presunto e talora empirico in elemento informativo caratterizzato e basato, ove disponibile, sull'esito di esami medico-legali, sia autoptici che tossicologici.

SEQUESTRI DI STUPEFACENTI

Il prospetto di sintesi del dato nazionale 1996, raffrontato col 1995, esprime sinteticamente il bilancio delle attività di contrasto svolte dalle Forze di polizia.

QUADRO DI SITUAZIONE: CONFRONTO 1996/1995

SETTORI DI RILEVAZIONE		1996 (1)	% + -	1995 (1)
TOTALE SOSTANZE SEQUESTRATE (2)	kg.	15.324,436	-20,06	19.170,663
{	Nr.	737.128	11,24	662.664
di cui:				
Eroina	kg.	1.251,651	31,20	953,983
Cocaina	kg.	(3) 2.336,650	-10,23	2.602,983
Cannabis, in totale, di cui:	kg.	11.639,018	-24,38	15.391,913
. hashish	kg.	5.940,022	-60,19	14.922,321
. marijuana	kg.	5.698,779	1.117,00	468,263
. hashish liquido	kg.	0,217	-83,67	1,329
. piante	nr.	491.390	15,10	426.918
Amfetaminici, di cui:				
. amfetamine	kg.	2,023	84,07	1,099
. amfetamine	nr.	4.969	-37,04	7.892
. M.D.M.A.	nr.	148.395	-4,62	155.591
. M.D.E.A.	nr.	-	-	6.297
. M.D.A.	nr.	1.940	-	-
Allucinogeni:				
. L.S.D.	nr.	14.194	-57,78	33.619
. Khat aedulis	kg.	61,214	-71,38	213,890
ALTRI TIPI	{ kg.	33,880	398,60	6,795
	nr.	(4) 44.284	110,73	(5) 21.014

OPERAZIONI CONTRO

**LA PRODUZIONE, IL TRAFFICO,
LO SMERCIO ED ALTRI REATI**

nr.

19.948	-1,95	20.344
--------	-------	--------

**PERSONE OGGETTO DI
INFORMATIVA DI P.G. (6)**

di cui, in totale:

• arrestati:

• minori

• minori in stato d'arresto

nr.	32.903	0,79	32.644
nr.	22.083	0,82	21.904
nr.	1.007	-15,16	1.187
nr.	477	-19,96	596

**PERSONE OGGETTO DI INFORMATIVA
DI P.G. PER REATI CONNESSI ALLA
DROGA**

nr.	5.103	5,37	4.843
-----	-------	------	-------

**DECESSI TOSSICOLOGICAMENTE
CORRELATI**

nr.	(7) 1.394	16,65	(8) 1.195
-----	-----------	-------	-----------

- (1) Dati consolidati al 1° marzo 1997. (6) Non sono comprese le segnalazioni ex artt. 75 e 121 T.U. 309/90.
- (2) Non sono compresi i micro-quantitativi alla base delle segnalazioni ex artt. 75 e 121 T.U. 309/90. (7) Di cui nr. 3 connazionali deceduti all'estero (1 in Colombia, 1 in Germania ed 1 in Slovenia), nr. 36 cittadini stranieri e nr. 3 persone di cittadinanza non nota deceduti in Italia.
- (3) Comprendono gr. 52 di crack, nonché 207 dosi e / o compresse dello stesso stupefacente. (8) Di cui nr. 8 connazionali deceduti all'estero (2 in Colombia, 2 in Guatemala, 1 in Francia, 1 in Perù, 1 in Spagna ed 1 in Thailandia), nr. 36 cittadini stranieri e nr. 8 persone di cittadinanza non nota deceduti in Italia.
- (4) Comprendono 15.503 piante di papaver somnifer.
- (5) Comprendono 8.609 piante di papaver somnifer.

Fig. 1

Variazioni Percentuali Sul Dato Nazionale Sequestri:

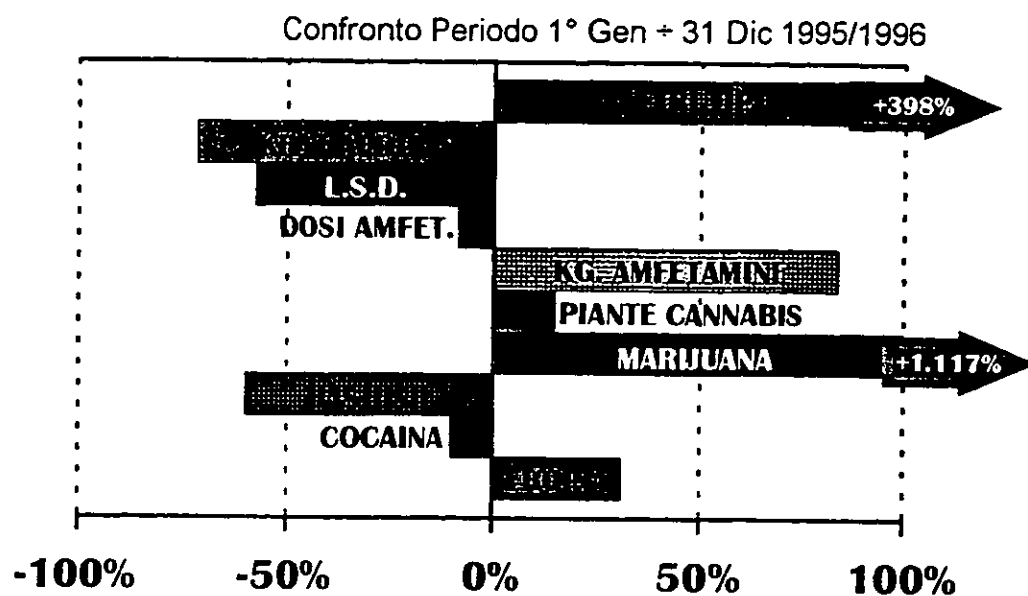


Fig. 2

VARIAZIONI PERCENTUALI SUL DATO NAZIONALE:

CONFRONTO PERIODO 1° GEN + 31 DIC 1995/1996

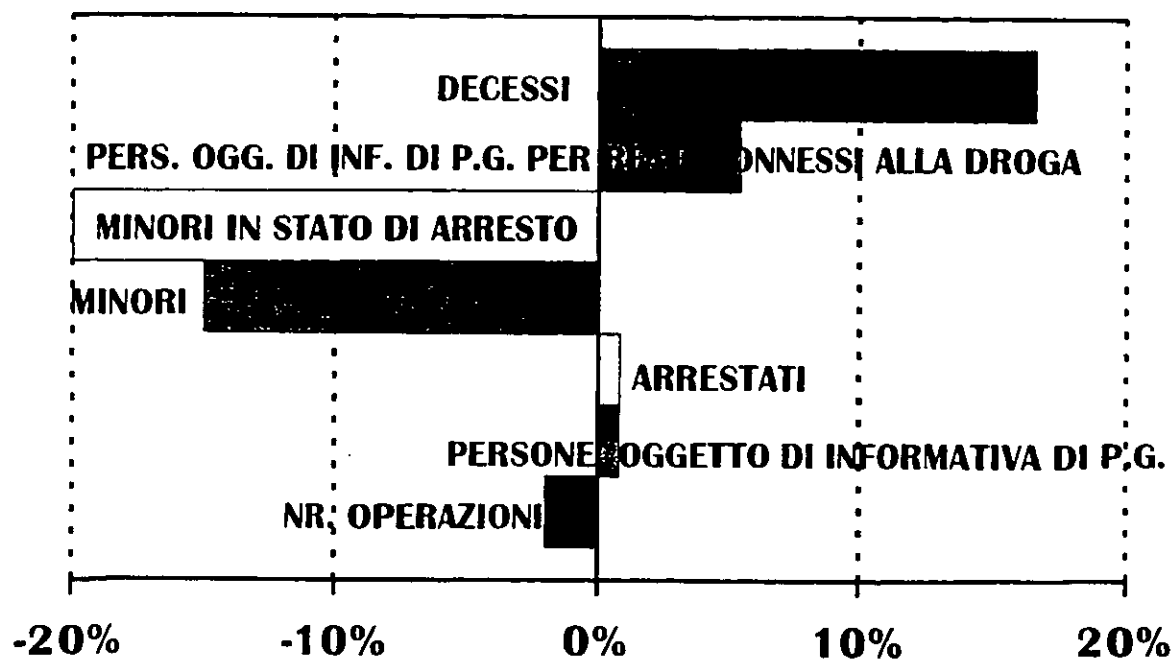


Fig. 3

I grafici che seguono rappresentano gli andamenti dei sequestri effettuati in Italia, dal 1986 al 1996, per ogni principale tipo di stupefacente.

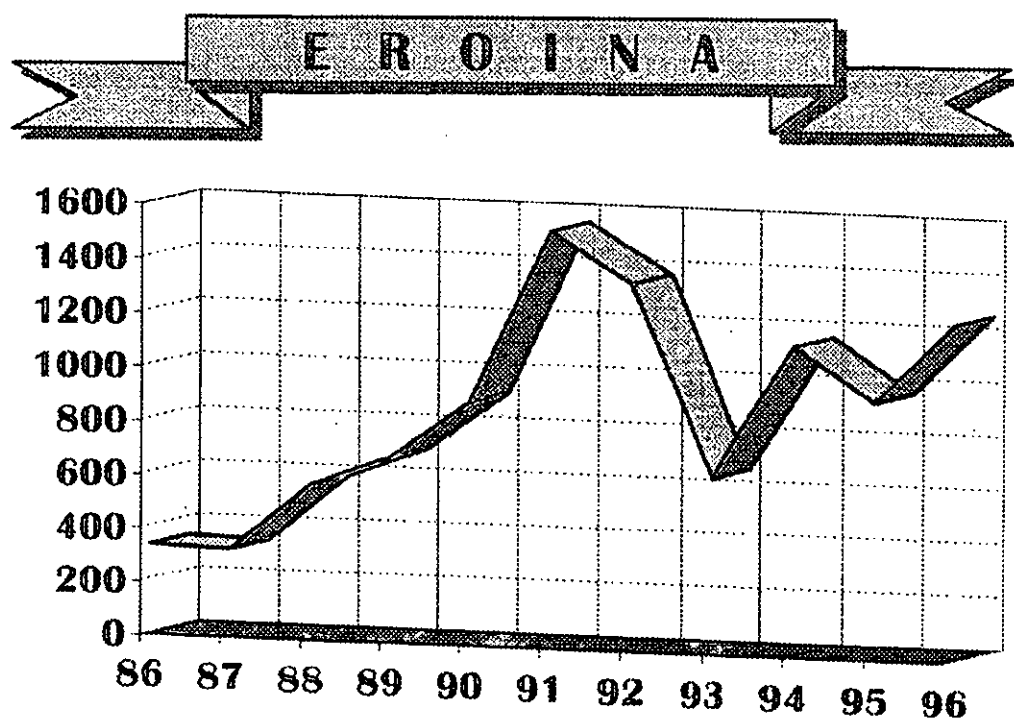


Fig. 4

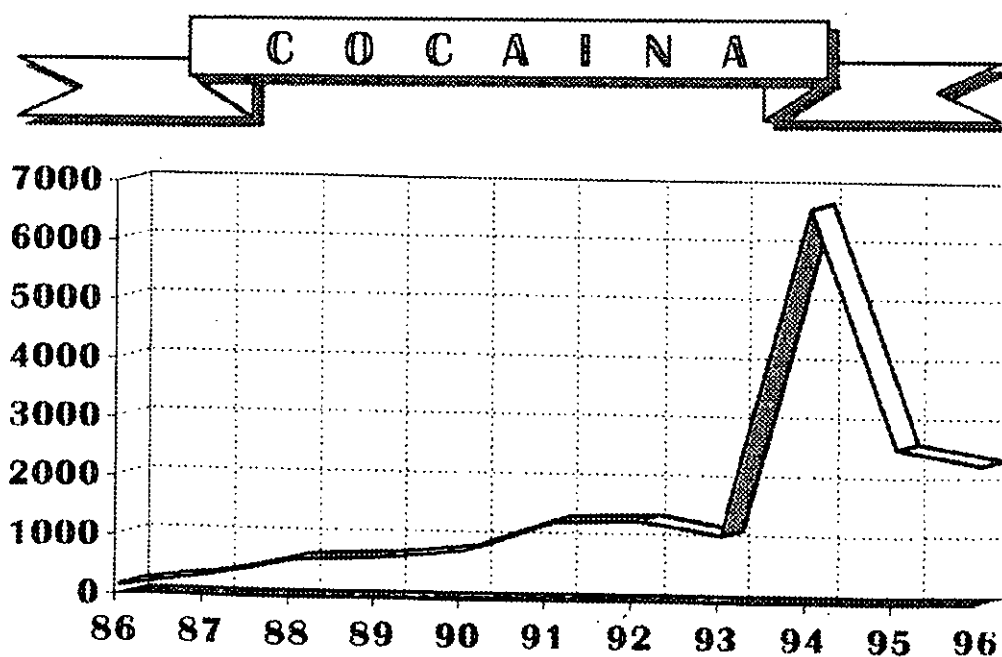


Fig. 5

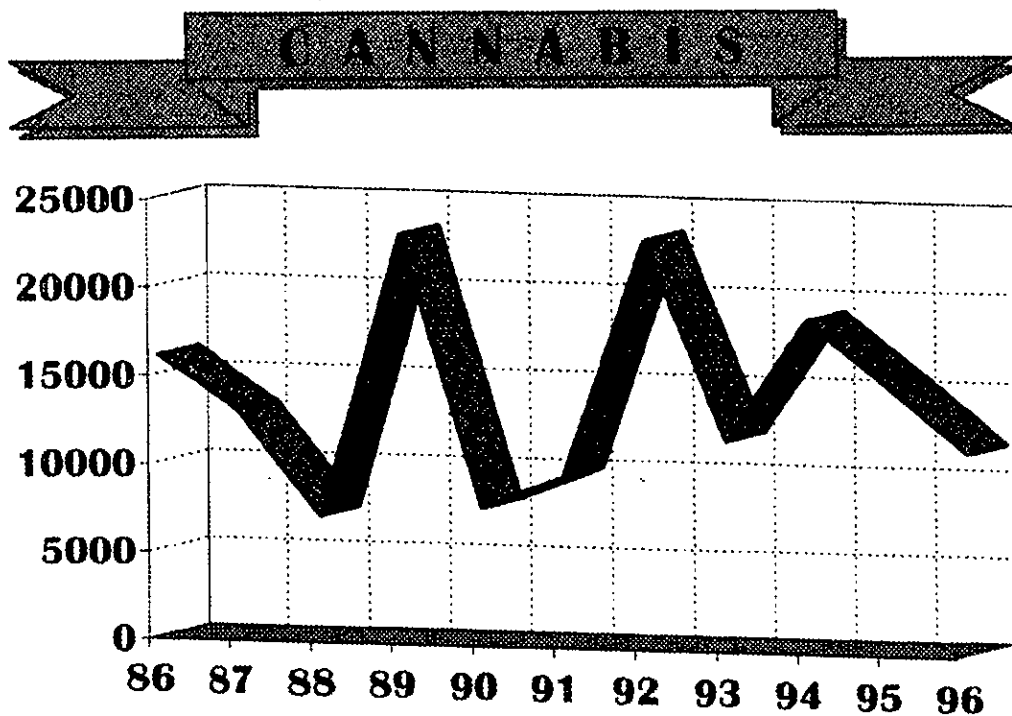


Fig. 6

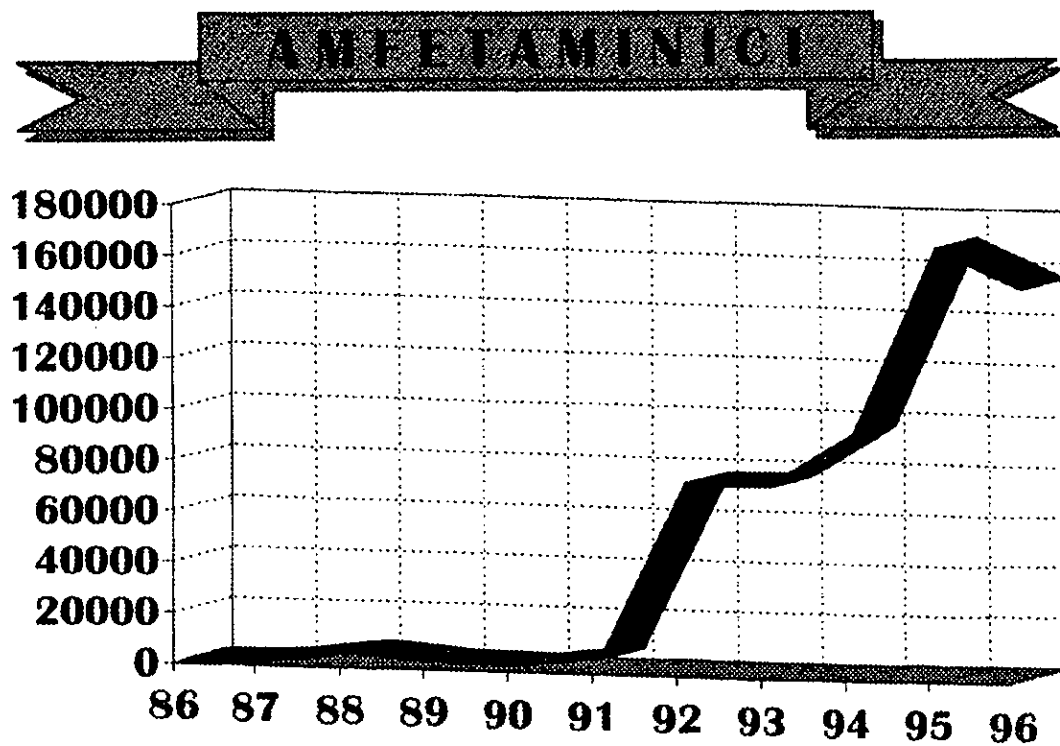


Fig. 7

Le tabelle (figg. 8, 9, 10, 11 e 12) che seguono riassumono, sempre per ogni principale tipo di stupefacente, le più rilevanti operazioni di polizia del 1996.

SEQUESTRI RILEVANTI DI EROINA

ANNO 1996

Data operazione	Quantità sequestrata (in kg.)	Località del sequestro	Nazione di produzione e/o provenienza	NOTE	Indagati Italiani	Indagati Stranieri
04.05	217,060	Venezia	Turchia		-	1
30.06	84,194	Napoli	Turchia	(*)	-	1
26.12	60,000	Bari	Bulgaria		-	1
25.10	49,066	Roma	-		-	6
04.04	44,641	Napoli	Turchia		-	4
28.02	42,000	Milano	Turchia		2	3
29.12	40,000	Brescia	Turchia		1	-
14.05	37,142	Sestri Levante (GE)	Turchia		3	2
13.01	36,780	Venezia	Turchia		-	1
27.11	36,000	Napoli	Turchia	(*)	3	1
13.06	27,950	Albignasego (PD)	Bulgaria		4	1
15.07	26,067	Roma	-		2	-
29.05	22,670	Milano	-		1	-
17.10	22,600	Napoli	Turchia		7	-
06.11	22,000	Milano	-		1	-

(*) Operazioni collegate.

Fig. 8

SEQUESTRI RILEVANTI DI COCAINA

ANNO 1996

Data operazione	Quantità sequestrata (in kg.)	Località del sequestro	Nazione di produzione e/o provenienza	NOTE	Indagati Italiani	Indagati Stranieri
22.11	324,000	Cologno Monzese (MI)	-		<i>rinven</i>	<i>imento</i>
07.11	226,454	Genova	Venezuela	(*)	<i>rinven</i>	<i>imento</i>
02.12	200,000	Livorno	-		<i>rinven</i>	<i>imento</i>
16.09	160,000	Genova	Brasile		-	2
20.11	150,608	Genova	Venezuela	(*)	<i>rinven</i>	<i>imento</i>
06.08	85,000	Milano	Colombia	(*)	-	3
06.09	55,590	Milano	Argentina		<i>rinven</i>	<i>imento</i>
14.07	45,600	Como	Germania		1	-
04.03	31,376	Roma	Colombia		-	1
11.09	28,200	Roma	Colombia		1	-
22.02	25,000	Genova	Colombia		<i>rinven</i>	<i>imento</i>
21.09	23,000	Tortona (AL)	-		2	2
20.01	21,000	Roma	Venezuela		<i>rinven</i>	<i>imento</i>
06.08	19,000	Milano	-		-	1
13.11	18,400	Roma	Colombia		<i>rinven</i>	<i>imento</i>

(*) Operazioni collegate.

Fig. 9

SEQUESTRI RILEVANTI DI HASHISH

ANNO 1996

Data operazione	Quantità sequestrata (in kg.)	Località del sequestro	Nazione di produzione e/o provenienza	NOTE	Indagati Italiani	Indagati Stranieri
20.09	740,000	Piancogno (BS)	-		3	6
24.09	625,000	Casoria (NA)	-		1	-
18.11	455,000	Bovisio Masciago (MI)	Marocco		5	1
02.06	418,000	Civitavecchia (RM)	Spagna		1	-
22.09	400,000	Buggerru (CA)	Marocco		<i>rinven</i>	<i>imento</i>
08.08	396,000	Dormelletto (NO)	Marocco		3	-
12.08	275,000	Casale Monferrato (AL)	Marocco		2	-
10.02	181,470	Pieve di Teco (IM)	Spagna	(*)	2	-
07.01	152,700	Desenzano del Garda (BS)	-		2	-
11.04	150,000	Cellatica (BS)	-		1	-
14.02	79,342	Napoli	-		<i>rinven</i>	<i>imento</i>
11.10	70,000	Rivalta di Torino (TO)	-	(*)	3	-
14.03	56,000	Roma	-		4	1
16.03	56,000	Prato	-		3	-
15.01	53,000	Milano	Marocco		4	-

(*) Operazioni collegate.

Fig. 10

SEQUESTRI RILEVANTI DI MARIJUANA

ANNO 1996

Data operazione	Quantità sequestrata (in kg.)	Località del sequestro	Nazione di produzione e/o provenienza	NOTE	Indagati Italiani	Indagati Stranieri
07.12	200,000	Rapallo (GE)	-		<i>rinven</i>	<i>imento</i>
21.12	191,350	Lecce	-		<i>rinven</i>	<i>imento</i>
24.12	180,000	Otranto (LE)	Albania		-	1
07.12	174,500	Lecce	Albania	(*)	<i>rinven</i>	<i>imento</i>
18.12	164,750	Lecce	Albania		-	1
23.10	148,000	Crema (CR)	Albania		1	2
09.08	142,700	Lecce	Albania		<i>rinven</i>	<i>imento</i>
08.12	112,000	Lecce	Albania	(*)	-	1
27.06	103,350	Otranto (LE)	Albania		-	1
14.12	101,500	Bitonto (BA)	Albania		-	3
30.10	99,316	Ancona	Albania		-	1
05.09	97,000	Otranto (LE)	-		-	1
08.12	90,000	Lecce	Albania	(*)	-	4
09.11	80,000	Lecce	Albania		<i>rinven</i>	<i>imento</i>
08.05	75,000	Prato	-		2	3

(*) Operazioni collegate.

Fig. 11

SEQUESTRI RILEVANTI DI M.D.M.A

ANNO 1996

Data operazione	Quantità sequestrata (in nr.)	Località del sequestro	Nazione di produzione e/o provenienza	NOTE	Persone Implicate	
					Italiani	Stranieri
18.12	9.221	Como	-		2	-
09.10	8.000	Novara	-		-	1
08.11	8.000	Seregno (MI)	-		2	-
11.10	5.883	Domodossola (VB)	-		2	-
12.04	5.229	Novara	Olanda		3	-
21.05	5.000	Padova	-		1	-
02.06	5.000	Fiorenzuola d'Arda (PC)	-		3	-
23.06	4.995	Brennero (BZ)	Olanda		2	-
07.07	4.000	Nervesa della Battaglia (TV)	-		3	-
30.01	3.900	Dalmine (BG)	-		1	-
04.06	3.000	Zogno (BG)	-		5	-
25.09	3.000	Milano	-		3	-
06.12	3.000	Catania	-		4	-
27.07	2.700	Firenze	-		3	-
03.04	2.659	Cortazzone (AT)	-		<i>rinven</i>	<i>imento</i>

Fig. 12

I grafici (figg. 13, 14, 15 e 16) che seguono evidenziano, con lo stesso criterio, l'andamento dei sequestri osservato mensilmente nel 1996.

Distribuzione Mensile Sequestri Di Sostanze Stupefacenti 1996

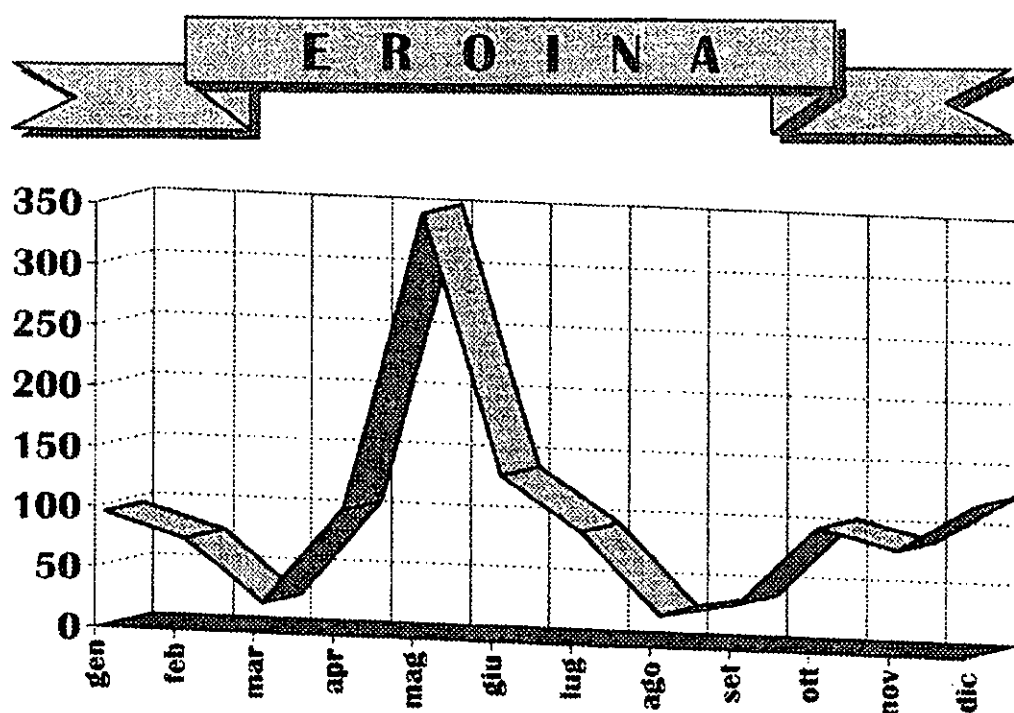


Fig.13

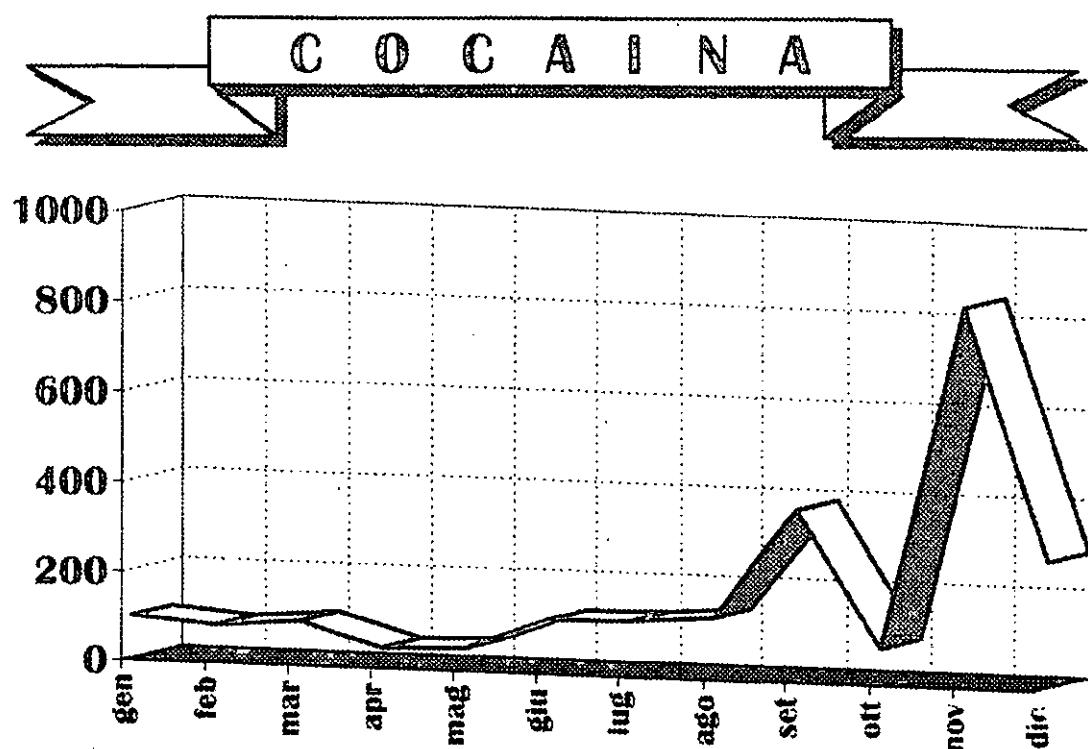


Fig. 14

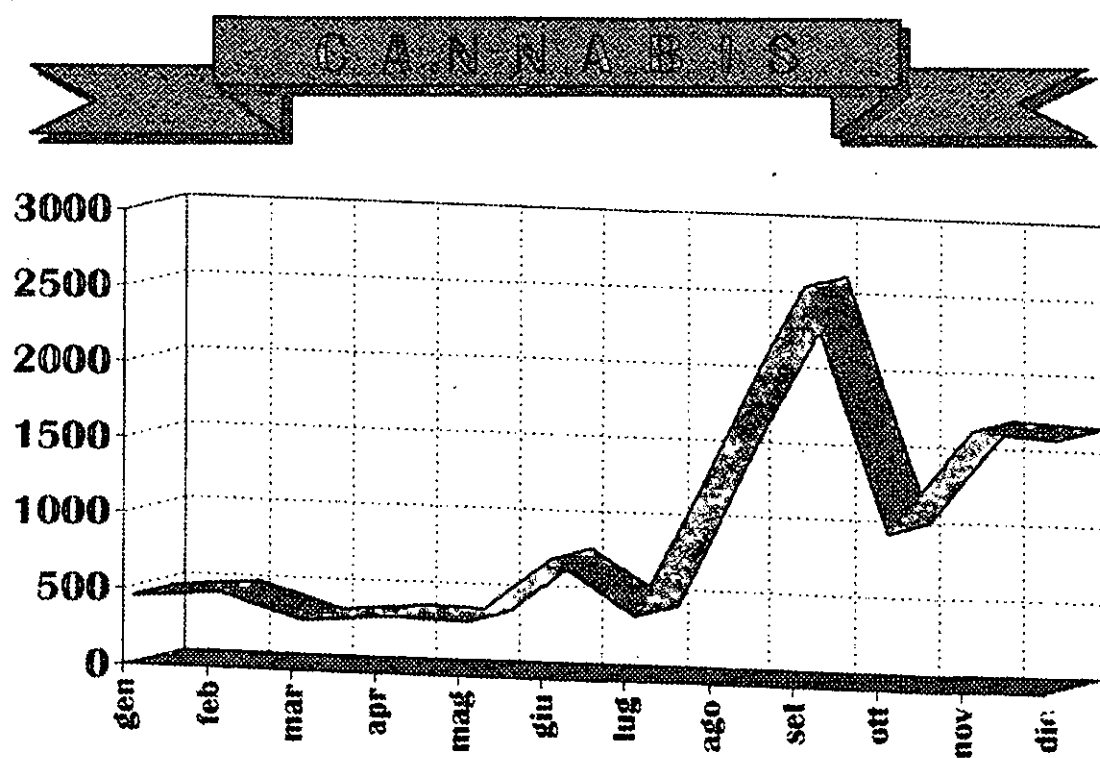


Fig. 15

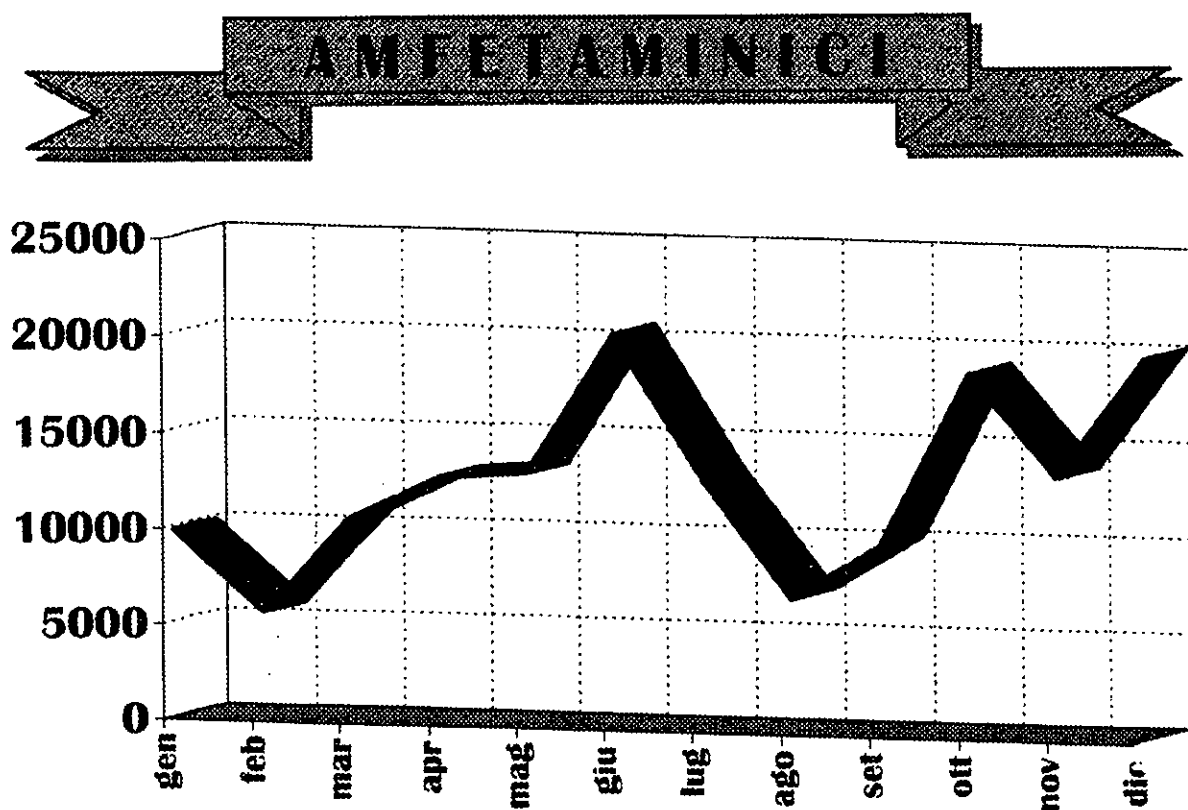


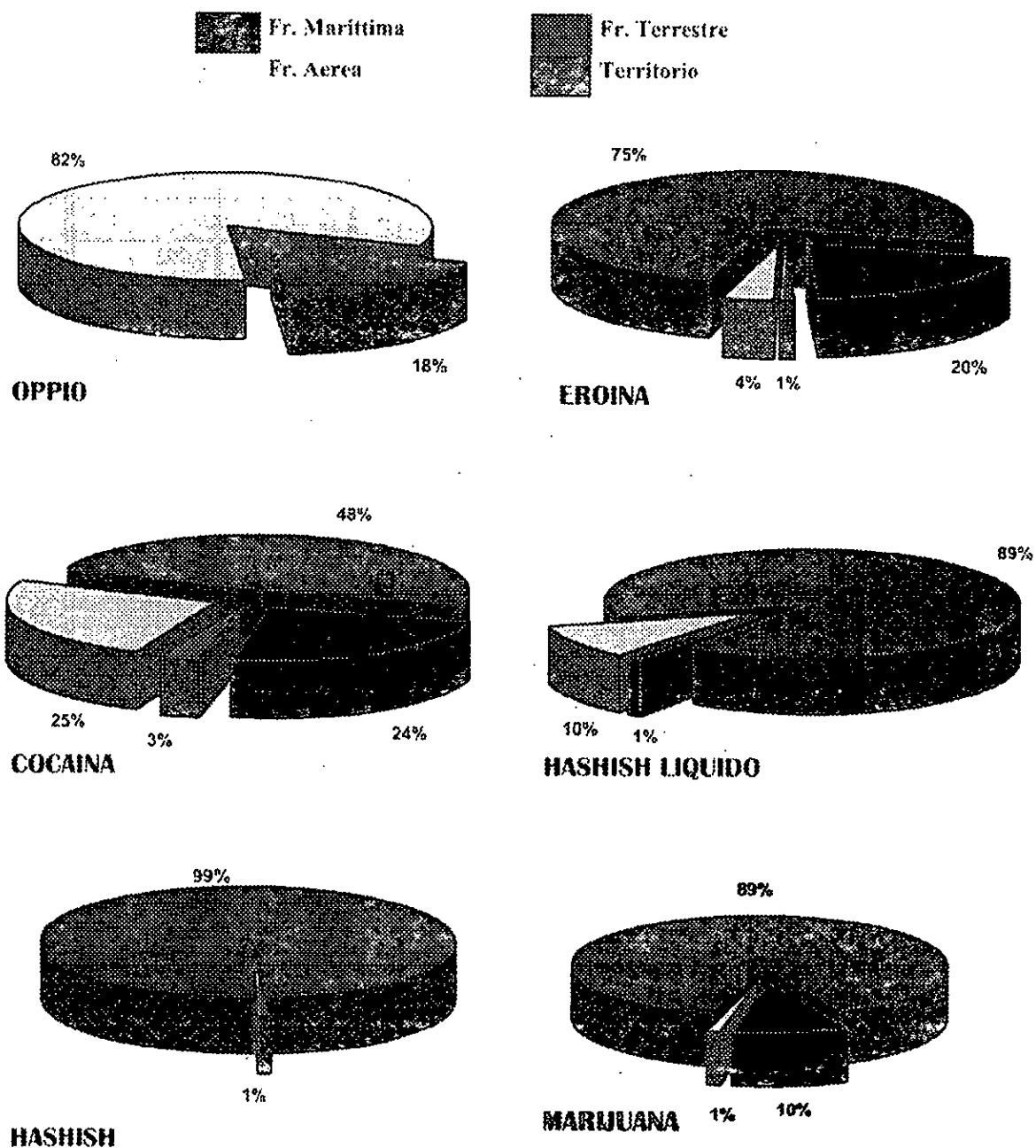
Fig. 16

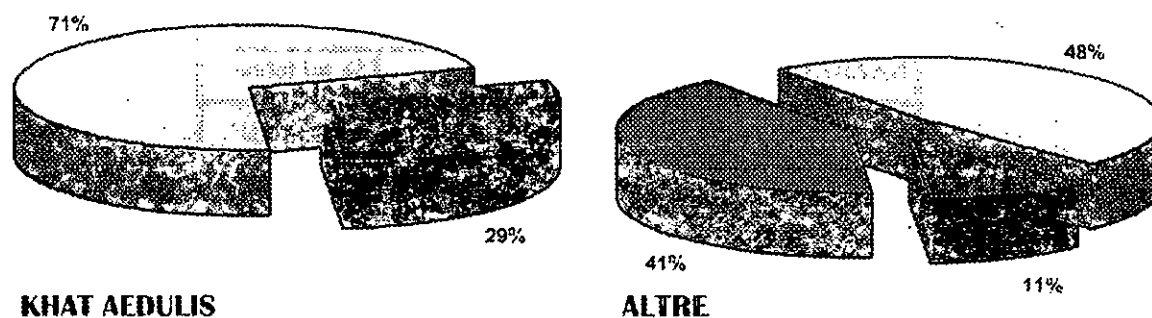
La tavola di fig. 17 confronta, per ogni tipo di stupefacente, le quantità in kg. sequestrate nel 1995 e nel 1996, nei differenti ambiti di frontiera (marittima, terrestre, aerea, interna) e nel territorio.

QUANTITATIVI SEQUESTRATI (in kg.)							
DROGHE	Frontiera marittima	Frontiera terrestre	Frontiera aerea	Frontiera interna	Totale Frontiera	Territorio	TOTALE
1996			0,504		0,504	0,113	0,617
Oppio							
1995		0,012			0,012	0,092	0,104
1996	257,337	9,190	45,557		312,084	939,568	1.251,652
Eroina							
1995	163,466	13,931	92,920		270,317	683,666	953,983
1996	561,323	72,803	593,308		1.227,434	1.109,216	2.336,650
Cocaina							
1995	853,485	29,566	447,288		1.330,339	1.272,644	2.602,983
1996	0,003		0,022		0,025	0,192	0,217
Hashish liquido							
1995	0,002	0,008			0,010	1,319	1,329
1996	12,887	36,852	28,432		78,171	5.861,851	5.940,022
Hashish							
1995	7.773,014	565,482	14,671		8.353,167	6.569,154	14.922,321
1996	593,459	6,848	42,794	4,785	647,886	5.050,893	5.698,779
Marijuana							
1995	45,626	3,868	64,924		114,418	353,845	468,263
1996			43,650		43,650	17,564	61,214
Khat aedulis							
1995			213,890		213,890		213,890
1996	0,012	14,507	17,059		31,578	3,708	35,286
Altre							
1995	0,006	0,332	3,331		3,669	4,121	7,790
1996	1.425,021	140,200	771,326	4,785	2.341,332	12.983,105	15.324,437
TOTALE							
1995	8.835,599	613,199	837,024		10.285,822	8.884,841	19.170,663

Fig. 17

I grafici di fig. 18 rappresentano visivamente le relative incidenze percentuali per il solo 1996.





Le tavole seguenti (figg. 19, 20, 21, 22 e 23) evidenziano i Paesi di provenienza, procacciamento e transito, ove accertato nelle indagini, delle partite di stupefacenti intercettate nel 1996. Viene altresì rappresentata la percentuale sul totale dei sequestri per ogni principale tipo di droga.

PROVENIENZA, PROCACCIAMENTO E TRANSITO DELLE SOSTANZE STUPEFACENTI SEQUESTRATE IN ITALIA NEL 1996

NAZIONE	Quantità sequestrate in kg.	
	Eroina	% sul totale
Turchia	659,532	52,693
Bulgaria	87,950	7,027
Macedonia	7,711	0,616
Germania	5,100	0,408
Jugoslavia-Serbia-Montenegro	4,963	0,397
Pakistan	3,100	0,248
Albania	2,280	0,182
Nigeria	1,660	0,133
Francia	1,100	0,088
Hong-Kong	0,987	0,079
Thailandia	0,408	0,033
Emirati Arabi Uniti	0,350	0,028
Olanda	0,302	0,024
Grecia	0,030	0,002
Slovenia	0,021	0,002
Portogallo	0,002	
sconosciuta	476,155	38,042
TOTALE	1.251,651	

Fig. 19

NAZIONE	Quantità sequestrate in kg.	
	Cocaina	% sul totale
Venezuela	515,678	22,069
Colombia	442,661	18,944
Brasile	236,769	10,133
Argentina	57,692	2,469
Germania	48,311	2,068
Perù	23,183	0,992
Spagna	22,835	0,977
Ecuador	21,716	0,929
Panama	20,453	0,875
Uruguay	11,600	0,496
Costarica	5,686	0,243
Guatemala	5,397	0,231
Belgio	5,000	0,214
Cile	4,280	0,183
Paraguay	3,629	0,155
Nigeria	2,900	0,124
Svizzera	1,500	0,064
Cuba	1,192	0,051
U.S.A.	1,166	0,050
Olanda	0,764	0,033
Croazia	0,505	0,022
Polonia	0,244	0,011
Bolivia	0,172	0,008
Thailandia	0,100	0,004
sconosciuta	903,217	38,655
TOTALE	2.336,650	

Fig. 20

NAZIONE	Quantità sequestrate in kg.	
	Hashish (*)	% sul totale
Marocco	1.682,982	28,332
Spagna	599,490	10,092
Albania	75,987	1,279
India	8,000	0,135
Francia	1,901	0,032
Algeria	1,000	0,017
Pakistan	0,224	0,004
Olanda	0,084	0,001
Svizzera	0,064	0,001
Grecia	0,028	0,001
Portogallo	0,018	
Germania	0,016	
Ungheria	0,004	
Filippine	0,002	
sconosciuta	3.570,440	60,106
TOTALE	5.940,240	

(*) Comprende l'hashish liquido.

Fig. 21

NAZIONE	Quantità sequestrate in kg.	
	MARIJUANA	% sul totale
Albania	2.317,428	40,665
Siria	17,000	0,299
Nigeria	15,342	0,269
Ghana	11,902	0,209
Grecia	8,506	0,149
Jugoslavia-Serbia-Montenegro	0,200	0,003
Olanda	0,119	0,002
Svizzera	0,079	0,001
Thailandia	0,039	0,001
Germania	0,022	0,001
Madagascar	0,015	0,001
Cuba	0,009	
Francia	0,004	
Colombia	0,004	
Slovenia	0,002	
Regno Unito	0,001	
Slovenia	0,001	
sconosciuta	3.328,106	58,400
TOTALE	5.698,779	

Fig. 22

NAZIONE	Quantità sequestrate in nr.	
	M.D.M.A.	% sul totale
Olanda	14.541	9,799
Belgio	246	0,166
sconosciuti	133.608	90,035
TOTALE	148.395	

Fig. 23

OPERAZIONI DI POLIZIA

La tabella ed il grafico di fig. 24 e 25 rappresentano la serie storica del numero delle operazioni di polizia condotte in Italia dal 1986 al 1996, finalizzate alla prevenzione e repressione delle violazioni alla legge antidroga.

ANNO	NR OPERAZIONI
1986	8.931
1987	12.105
1988	16.759
1989	16.173
1990	16.606
1991	21.190
1992	24.506
1993	20.180
1994	21.713
1995	20.344
1996	19.948

Fig. 24

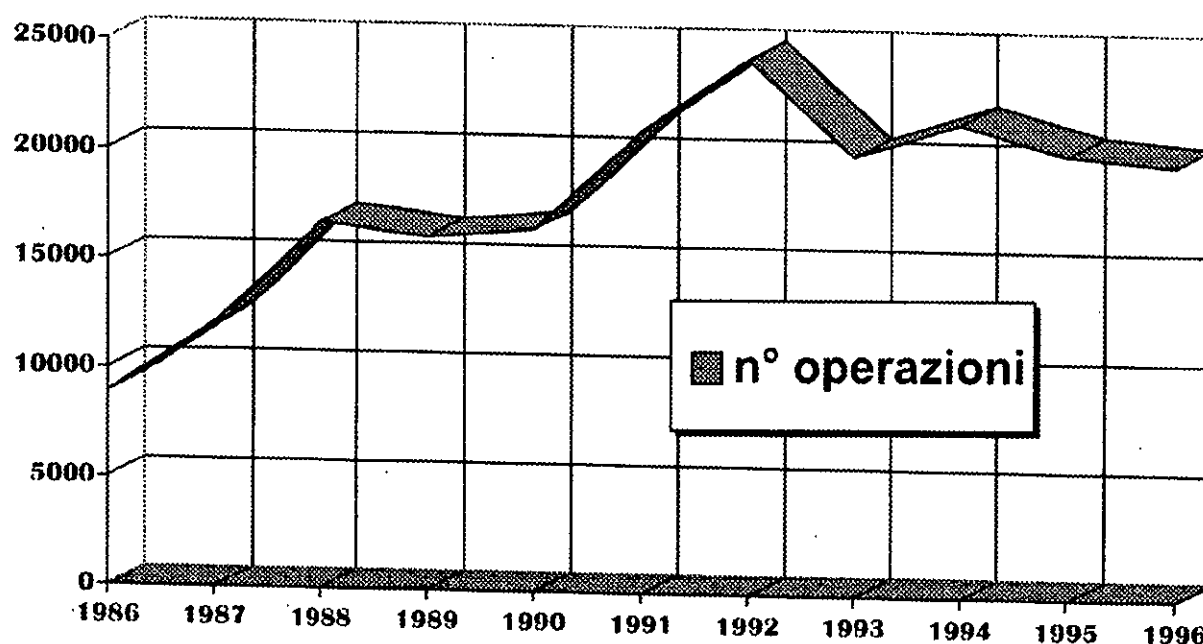


Fig. 25

In materia di violazioni al T.U. approvato con D.P.R. 9.10.1990 n. 309 sono ricorrenti e significative le ipotesi di cui agli articoli:

- 73, 1°, 2°, 3°, 4° e 6° comma: produzione e traffico;
- 73, 5° e 6° comma: attività di vendita e smercio.

Gli altri reati sono stati considerati in una categoria unica, e così i *rinvenimenti* che corrispondono ai sequestri effettuati a carico di *ignoti*. La tabella ed il grafico di fig. 26 e 27 rappresentano la frequenza statistica della tipologia di operazioni antidroga per ogni principale stupefacente, nonché la rispettiva incidenza percentuale sul totale delle operazioni.

FREQUENZA DELLA TIPOLOGIA OPERAZIONI ANTIDROGA PER SINGOLA SOSTANZA STUPEFACENTE - ANNO 1996

TIPOLOGIA OPERAZIONI	NR. OPERAZIONI						
	Eroina	Cocaina	Hashish	Marijuana	Altri	TOTALE	% sul totale
Contro traffico	707	652	308	212	90	1.969	9,87
Contro smercio	6.750	1.431	5.180	1.703	1.114	16.182	81,12
Contro altri reati	4	-	7	-	51	62	0,31
Rinvenimenti	215	231	658	384	247	1.735	8,70
TOTALE	7.676	2.314	6.157	2.299	1.502	19.948	

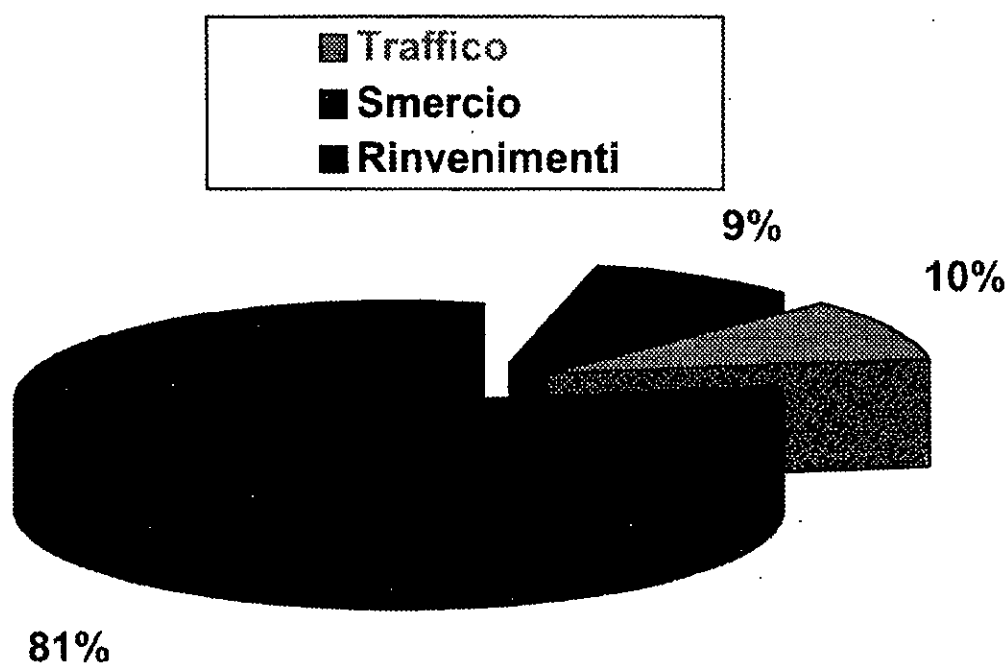


Fig. 27

Un ulteriore confronto, sempre in relazione alle ipotesi più ricorrenti (avuto anche riguardo ai reati associativi finalizzati alla produzione, traffico e smercio di stupefacenti), è reso possibile dalla tabella di fig. 28 che rapporta nel 1995 e nel 1996 la rispettiva incidenza statistica in percentuale sul totale delle informative di polizia giudiziaria.

TIPOLOGIA DELLE INFORMATIVE DI POLIZIA GIUDIZIARIA PER REATI DI DROGA

INFORMATIVE DI P.G.		1996		% + -	1995	
		Inf. tive nr.	% su totale informativ e		Informativ e nr.	% su totale inform ative
per produzione e traffico (art. 73, 1°, 2°, 3°, 4° e 6° comma)	nr.	3.631	11,03	5,06	3.456	10,59
per attività di vendita (art. 73, 5° e 6° comma)	nr.	26.015	79,07	0,35	25.923	79,41
per associazione finalizzata al traffico (art. 74)	nr.	2.960	9,00	14,06	2.595	7,95
per associazione finalizzata allo smercio (combinato disposto art. 74, c. 6° ed artt. 416-416 bis C.P.)	nr.	215	0,65	-55,94	488	1,49
per altri reati previsti dalla specifica normativa	nr.	82	0,25	-54,94	182	0,56
TOTALI	nr.	32.903		0,79	32.644	

Fig. 28

La tabella ed il grafico seguenti (figg. 29 e 30) illustrano la serie storica del numero di informative di polizia giudiziaria per i reati connessi alla diffusione degli stupefacenti in genere, dal 1986 al 1996.

ANDAMENTO NUMERO INFORMATIVE DI POLIZIA GIUDIZIARIA PER REATI CONNESSI ALLA DIFFUSIONE DI SOSTANZE STUPEFACENTI DAL 1986 AL 1996

NR. PERSONE INDAGATE				
ANNO	ARRESTATE	A PIEDE LIBERO	IRREPERIBILI	TOTALE
1986	14.857	2.778	417	18.052
1987	19.373	3.201	391	22.965
1988	23.320	4.962	403	28.685
1989	20.582	5.167	367	26.116
1990	18.343	6.038	254	24.635
1991	22.966	7.554	242	30.762
1992	27.617	10.437	330	38.384
1993	23.522	9.328	293	33.143
1994	25.957	9.676	492	36.125
1995	21.904	10.394	346	32.644
1996	22.083	10.487	333	32.903

Fig. 29

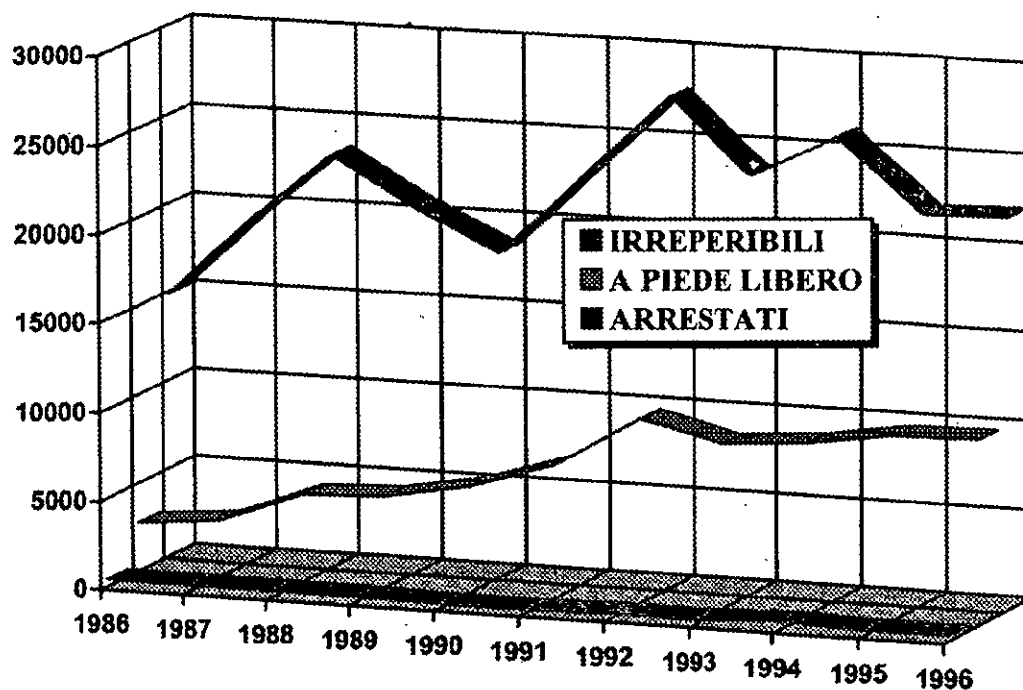


Fig. 30

Le figg. 31 e 32, distintamente per cittadini italiani e stranieri (in stato di arresto, "a piede libero" ed irreperibili), mostrano l'andamento del numero di indagati per reati di droga, sempre negli anni dal 1986 al 1996.

ANDAMENTO NUMERO INDAGATI, ITALIANI E STRANIERI, IN STATO DI ARRESTO, LIBERTÀ, IRREPERIBILITÀ, DAL 1986 AL 1996

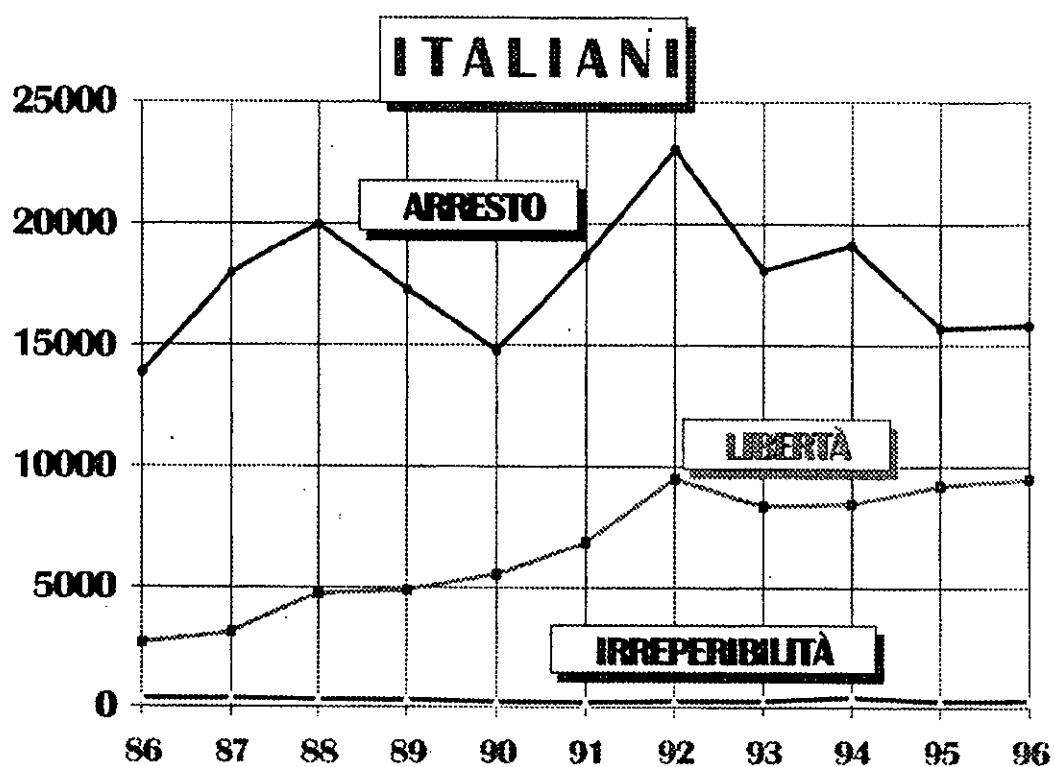


Fig. 31

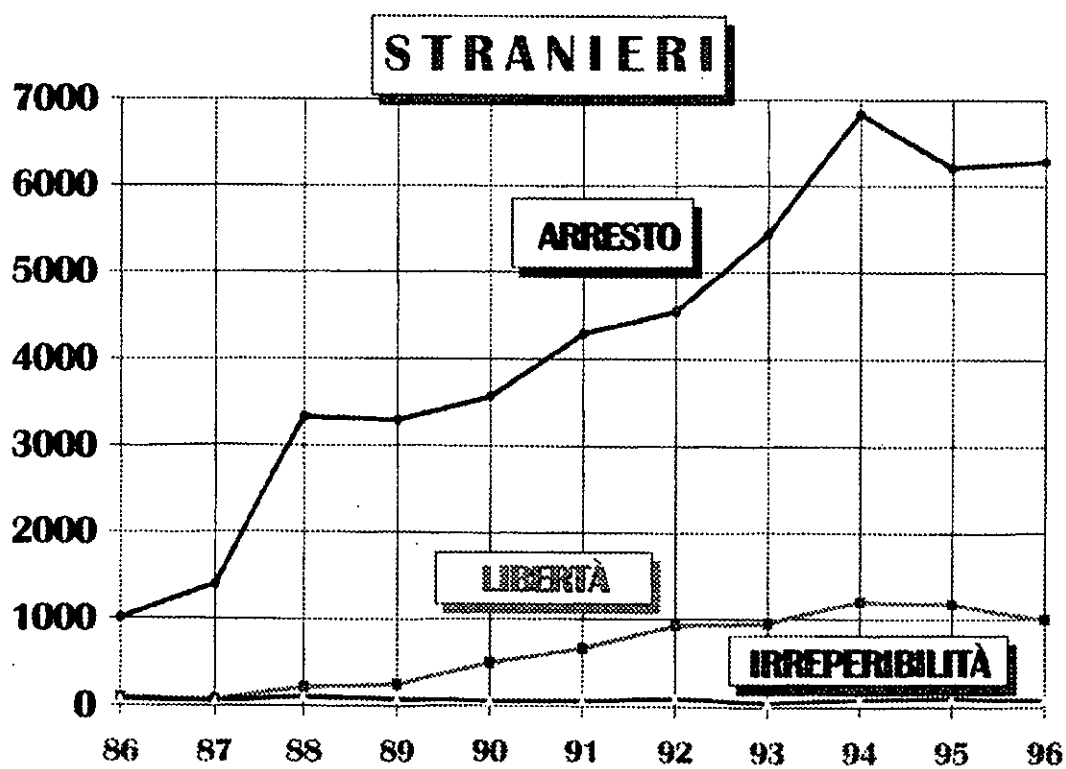


Fig. 32

In particolare la tabella di fig. 33 consente l'analitico confronto della nazionalità e del numero di stranieri indagati in Italia per fatti di droga dal 1989 al 1996.

**NAZIONALITÀ STRANIERI INDAGATI IN ITALIA PER TRAFFICO E SMERCO DI STUPEFACENTI
DAL 1989 AL 1996**

NAZIONE	Unità	ANNO 1989	ANNO 1990	ANNO 1991	ANNO 1992	ANNO 1993	ANNO 1994	ANNO 1995	ANNO 1996	TOTALI
Afghanistan	nr.	1								1
Albania	nr.			3	10	14	49	100	415	591
Algeria	nr.	143	148	164	220	462	769	727	693	3326
Alto Volta	nr.			2		1				3
Angola	nr.	3		2		4	6		1	16
Arabia Saudita	nr.					3	4			7
Argentina	nr.	12	21	18	32	17	29	18	17	164
Australia	nr.		4	2	3	2	8	8	5	32
Austria	nr.	20	17	19	26	38	17	19	12	168
Bahamas (Isole)	nr.			1		1			1	3
Bangladesh	nr.			2			2		1	5
Barbados (Isole)	nr.	4	2	5	3	1		1		16
Belgio	nr.	7	8	17	20	23	19	23	16	133
Benin	nr.	1		2	5	3	5	6	2	24
Bielorussia	nr.								1	1
Birmania	nr.								1	1
Bolivia	nr.	1	4	4	9	7	4	17	2	48
Bosnia	nr.				1	4	12	16	22	55
Brasile	nr.	26	28	42	52	58	25	43	24	298
Bulgaria	nr.		2		1	2	4	4	7	20
Burkina Faso	nr.				3	2	3	3		11
Burundi	nr.					3	2	6	7	18
Camerun	nr.	2	1	3	4	7	13	15	18	63
Canada	nr.	6	2	2	6	3	9	7	3	38
Capoverde (Isole)	nr.				4		5	1	2	12
Ceca Rep.	nr.						1	5	11	17
ex-Cecoslovacchia	nr.			4	11	6	8			29

XIII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Centro Africa Rep.	nr.			1		1	1	1		4
Ciad	nr.		1	1	1	2	7	2	2	16
Cile	nr.	22	26	24	38	19	5	14	15	163
Cina Popolare	nr.				2	1		1	1	5
Colombia	nr.	108	81	157	126	69	95	116	143	895
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	38	34	198
Costarica	nr.	4	3	3	4	4			3	21
Croazia	nr.				3	15	44	17	25	104
C.S.I.	nr.	1	1	1	4	2	4	1	2	16
Cuba	nr.					1		1	3	5
Danimarca	nr.	4	5	4	3	6	10	2	1	35
Dominica	nr.	2	2			1		1	15	21
Dominicana Rep.	nr.	2		1	7	12	8	8		38
Ecuador	nr.	2		4	11	5	3	5	1	31
Eritrea	nr.			1	1				1	3
Etiopia	nr.	8	4	10	19	24	17	17	11	110
Filippine	nr.	13	6	4	1	6	1	11	15	57

NAZIONE	Unità	ANNO 1989	ANNO 1990	ANNO 1991	ANNO 1992	ANNO 1993	ANNO 1994	ANNO 1995	ANNO 1996	TOTALI
Finlandia	nr.	1	3		2	1		1		8
Francia	nr.	89	141	148	137	95	90	71	52	823
Gabon	nr.						1	3	2	6
Gambia	nr.	22	17	30	48	33	109	56	45	360
Germania	nr.	95	134	142	223	218	288	198	133	1431
Ghana	nr.	32	42	46	70	50	67	67	51	425
Giamaica	nr.		2	7	2	5	7	5	13	41
Giappone	nr.	1	4	3	1				1	10
Gibilterra	nr.								1	1
Gibuti	nr.		2							2
Giordania	nr.	5	4	9	1	7	9	10	2	47
Grecia	nr.	10	16	10	27	15	22	13	12	125

Guatemala	nr.		1		1			2	6	10
Guinea	nr.		1	1	2	7	15	8	4	38
Guyana	nr.		4		1		1			6
Honduras	nr.				1	1	2	1	1	6
Hong Kong	nr.	1		2		1				4
India	nr.	17	17	6	5	7	5	27	26	110
Iran	nr.	12	6	5	7	13	7	5	9	64
Iraq	nr.	8	4	3	2	6	8	9	6	46
Irlanda	nr.	2	3	3	1	3	3	2	2	19
Israele	nr.	11	7	12	16	29	16	9	13	113
Jug.-Serb.-Mont.	nr.	41	41	91	107	76	91	83	104	634
Kenya	nr.	5	10	8	7	16	12	19	10	87
Kuwait	nr.		1	1	1		2			5
Lesotho	nr.		2							2
Lettonia	nr.					1				1
Libano	nr.	46	28	29	92	73	63	62	51	444
Liberia	nr.			2	2	8	56	65	37	170
Libia	nr.	4	7	14	12	24	31	15	25	132
Liechtenstein	nr.					1				1
Lussemburgo	nr.		1		4	1	1			7
Macedonia	nr.						5	11	33	49
Madagascar	nr.						1			1
Myanmar	nr.						1			1
Malawi	nr.					2				2
Malaysia	nr.	2	1						2	5
Mali	nr.		1	1	10	6	6	12	9	45
Malta	nr.			2	3	1	1	3		10
Marocco	nr.	380	478	1.037	1.293	2.042	3.170	2.798	2.539	13.737
Mauritania	nr.	1	1	3	3	2	5	8	1	24
Mauritius (Isole)	nr.	1	3	5	2	1		3	1	16
Messico	nr.	1	2		2		4	6	1	16
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	5	39
Nigeria	nr.	290	233	121	102	136	139	174	256	1451
Norvegia	nr.		1		2	1			1	5
Nuova Guinea	nr.	1		1	1					3
Nuova Zelanda	nr.				3				1	4
Olanda	nr.	11	11	16	26	38	26	23	24	175
Pakistan	nr.	5	7	9	4	4	11	31	12	83

(segue)

NAZIONE	Unità	ANNO 1989	ANNO 1990	ANNO 1991	ANNO 1992	ANNO 1993	ANNO 1994	ANNO 1995	ANNO 1996	TOTALI
Palestina	nr.	20	24	20	43	77	113	100	82	479
Panama	nr.	1	3	3		3	1		2	13
Paraguay	nr.			2						2
Perù	nr.	12	25	6	12	8	12	15	33	123
Polonia	nr.	2	3	8	11	4	21	26	33	108
Portogallo	nr.	5	7	10	9	11	14	4	8	68
R.A.U. (Egitto)	nr.	79	72	90	83	85	123	102	66	700
Regno Unito	nr.	32	54	56	58	51	73	46	40	410
Rhodesia	nr.	1								1
Romania	nr.		1	1	4	6	19	16	13	60
Ruanda	nr.						9	14	5	28
Russia (vds. C.S.I.)	nr.									
El Salvador	nr.	1			1	2		2	1	7
Samoa Occidentale	nr.								1	1
San Marino	nr.			2	1	1		5	2	11
Senegal	nr.	87	77	122	104	107	150	167	182	996
Seychelles (Isole)	nr.		1			1	1			3
Sierra Leone	nr.	2		2	1	1	4	12	3	25
Singapore	nr.	2	2		1		1		1	7
Siria	nr.	16	8	8	12	11	7	8	9	79
Slovacchia	nr.							3		3
Slovenia	nr.				3	14	23	44	27	111
Somalia	nr.	7	5	22	30	30	34	44	27	199

Spagna	nr.	37	96	107	123	86	62	83	52	646
Sri Lanka	nr.	24	11	21	12	4	9	7	23	111
Sud Africa	nr.			3	2	4	13	8	9	39
Sudan	nr.	8	8	10	18	21	12	14	9	100
Svezia	nr.		1	3	2	5	2	2	3	18
Svizzera	nr.	180	99	92	133	113	100	102	67	886
Tanzania	nr.	24	50	45	50	69	48	28	21	335
Thailandia	nr.	1		1	1	2	1		1	7
Togo	nr.	4	2	6	2	5	1	4		24
Trinidad	nr.	1		1	3	1	1	1	3	11
Tunisia	nr.	1.390	1.809	1.953	1.794	1.800	1.561	1.410	1.441	13.1 58
Turchia	nr.	39	54	55	75	33	57	26	32	371
U.S.A.	nr.	32	30	39	43	30	47	42	34	297
Ucraina	nr.					1	3		2	6
Uganda	nr.	5	7	3	2	2	5	5	1	30
Ungheria	nr.	2	2	1	7	1	4	2	3	22
Uruguay	nr.	11	4	4	10	5	4	9	7	54
Venezuela	nr.	16	9	17	18	16	17	44	63	200
Vietnam	nr.			1	2		3			6
Yemen	nr.					3	1			4
Zaire	nr.	8	1	5	2	5	5	4	4	34
Zambia	nr.	4	2	1		3	4	2		16
Zimbabwe	nr.				1		1		1	3
Zanzibar	nr.	1						1		2
Apolidi	nr.	2	7	1		2	1		1	14
Ignoti	nr.	78	30	21	21	33	34	27	23	267
TOTALI GENERALI	nr.	3.638	4.122	5.022	5.574	6.443	8.128	7.489	7.359	47.7 75

Fig. 33

OPERAZIONI SPECIALI

Per operazioni speciali si intendono quelle effettuate a norma degli artt. 97, 98 e 99 del T.U. 309/90 distinte in:

- consegne controllate:
 - sul territorio nazionale;
 - dall'Italia verso l'estero;
 - dall'estero verso l'Italia.
- acquisti simulati.

Le operazioni speciali (acquisti simulati, consegne controllate e ritardo di atti) hanno avuto, nel 1995 e 1996, l'andamento riportato nella seguente tabella di Fig. 34:

Operazioni Speciali (1)											
Consegne Controllate sul territorio nazionale			Consegne Controllate dall'Italia verso l'estero			Consegne Controllate dall'estero verso l'Italia			Acquisti Simulati		
1996	%	1995	1996	%	1995	1996	%	1995	1996	%	1995
174	58,18	110	2	-	-	30	100,00	15	30	25,00	24

(1) Dati provvisori suscettibili ancora di incrementi per il 1996 per operazioni in corso

Fig. 34

Il tipo e le quantità delle sostanze stupefacenti sequestrate in dette operazioni sono indicate in Fig. 35.

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.)	
	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995
EROINA	18,393	95,457	-	-	113,950	0,853	15,653	9,574
COCAINA	223,632	149,374	(1) 3	-	51,141	28,764	15,255	0,977
CANNABIS	45,320	65,693	-	-	1,968	-	100,604	0,580
ALTRI TIPI	0,597	1,612	-	-	0,057	-	-	-
		(1) 6492			(1) 91		(1) 1872	(1) 4376

(1) n. = fiale, dosi, compresse ecc.

Fig. 35

In Fig. 36 viene, invece, indicato il numero delle persone indagate in dette operazioni distintamente per italiani ('I') e stranieri ('S').

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	
	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995
SOSTANZA								
EROINA	I=2	I=12	I=-	I=-	I=9	I=2	I=2	I=18
	S=20	S=26	S=-	S=-	S=6	S=-	S=12	S=8
	T=22	T=38	T=-	T=-	T=15	T=2	T=14	T=26
COCAINA	I=126	I=62	I=-	I=-	I=16	I=13	I=3	I=16
	S=67	S=26	S=3	S=-	S=16	S=5	S=7	S=3
	T=193	T=88	T=3	T=-	T=32	T=18	T=10	T=19
CANNABIS	I=11	I=23	I=-	I=-	I=-	I=-	I=15	I=2
	S=17	S=9	S=-	S=-	S=-	S=-	S=3	S=-
	T=28	T=32	T=-	T=-	T=-	T=-	T=18	T=2
ALTRI TIPI	I=5	I=14	I=-	I=-	I=-	I=-	I=-	I=6
	S=4	S=3	S=-	S=-	S=-	S=-	S=-	S=-
	T=9	T=17	T=-	T=-	T=-	T=-	T=-	T=6

I=Italiani S=Stranieri T=Totale

Fig. 36

Le tabelle che seguono (figg. 37 e 39) sintetizzano le consegne controllate effettuate nel 1996 riportando, in dettaglio per ciascuna operazione, le informazioni più significative. Per le consegne controllate dall'estero verso l'Italia, a titolo di confronto, sono evidenziati (Fig. 38) gli stessi dati relativi al 1995.

Consegne controllate dall'estero verso l'Italia
Anno 1996

<i>Consegna Controllata</i>							
INIZIO	FINE	TIPO DROG A	PESO IN KG.	PROVENIENZA E/O PROCACCIAMEN TO	PAESE DI TRANSIT O	PERSONE IMPLICATE (Nazionalità)	MODUS OPERANDI
11 gennaio	11 gennaio	Cocaina	0,545	Ecuador	Germania	Italia 2	In prodotti artigianali
12 gennaio	15 febbraio	Cocaina	1,005	-	Svizzera	Italia 2 Olanda 2 Svizzera 1	Sulla persona
19 gennaio	22 gennaio	Hashish Amfetami na	0,002 0,057	Filippine	Lussemburg o	Filippine 5	Pacco postale
23 gennaio	-	Cocaina	2,150	Venezuela	-	Italia 1	Sulla persona
15 febbraio	-	Cocaina	1,357	Perù	Inghilterra	Perù 5	In profilattici
18 marzo	10 aprile	Cocaina	0,245	Colombia	Germania	Italia 3	Pacco postale
23 marzo	5 agosto	Cocaina	13,965	Panama	Olanda	Italia 7	In bagaglio
28 marzo	3 aprile	Cocaina	0,214	Brasile	Inghilterra	Italia 1	In copertina album fotografico
5 aprile	-	Cocaina	1,060	Ecuador	-	Italia 3	Interno bobina fonica pacco posta privata

7 maggio	-	Cocaina	0,172	Bolivia	Germania	Italia 1	In prodotti artigianali
16 maggio	16 maggio	Eroina	0,350	Thailandia	Inghilterra	Camerun 1 Nigeria 1	Pacco postale
23 maggio	-	Cocaina	0,211	Perù	Germania	Perù 2	Pacco postale
30 maggio	-	Cocaina	0,335	Ecuador	Germania	Colombia 1	Pacco postale
10 giugno	20 giugno	Cocaina	0,255	Colombia	Germania	Italia 1	Pacco postale
18 giugno	-	Cocaina	1,235	Colombia	Germania	Colombia 1	-
1 luglio	-	Cocaina	0,200	Colombia	-	-	Interno bobina fonica
16 luglio	-	Cocaina	2,100	Colombia	Germania	Colombia 2	Ingerita
27 luglio	2 agosto	Marijuana	1,962	Nigeria	Inghilterra	Italia 2 Nigeria 1	Pacco postale
31 luglio	-	Eroina	21,000	Turchia	Svizzera	Turchia 4 - Italia 1 Jugoslavia 1	-
18 settembre	-	Cocaina	0,972	Ecuador	Germania	Italia 1	Interno barattoli
4 ottobre	-	Cocaina	1,540	Panama	Germania	Italia 1	In pezzo meccanico
12 ottobre	15 novembre	Eroina	10,000	-	Svizzera	Italia 3	-
17 ottobre	-	Eroina	22,600	Turchia	Romania Ungheria	Italia 7	-

(segue)

Consegna Controllata

INIZIO	FINE	TIPO DROG A	PESO IN KG.	PROVENIENZA E/O PROCACCIAMEN TO	PAESE DI TRANSIT O	PERSONE IMPLICATE (Nazionalità)	MODUS OPERANDI
24 ottobre	-	Cocaina	0,992	Colombia	Germania	-	Interno libri
30 ottobre	-	Cocaina	3,154	Colombia	Germania	Colombia 1	In bagaglio
16 novembr e	16 novembr e	Cocaina	14,600	-	Germania	Italia 3	Doppiofondo serbatoio autovettura
20 novembr e	-	Cocaina	1,300	Guatemala	Olanda Germania	Italia 3	Sulla persona
22 novembr e	-	Cocaina	0,498	-	Germania	-	Pacco postale
25 novembr e	-	Cocaina	2,997	Cocaina	Colombia	Colombia 1	Doppiofondo bagaglio
26 dicembr e	-	Eroina	60,000	Bulgaria	-	Bulgaria 1	Doppiofondo cassone camion

Fig. 37

Consegne controllate dall'estero verso l'Italia
Anno 1995

Consegna Controllata							
INIZIO	FINE	TIPO DROG A	PESO IN KG.	PROVENIENZA E/O PROCACCIAMEN TO	PAESE DI TRANSIT O	PERSONE IMPLICATE (Nazionalità)	MODUS OPERANDI
3 aprile	4 aprile	Cocaina	0,664	Uruguay	Germania	-	Interno doppiofondo quadri legno
14 aprile	14 aprile	Cocaina	1,000	Colombia	Panama Inghilterra	-	Interno scatola metallica
10 maggio	10 maggio	Cocaina	2,650	Argentina	Spagna	Francia 1	In aereo interno doppiofondo bottiglia
29 maggio	29 maggio	Cocaina	0,300	Uruguay	Inghilterra	Uruguay 2	In aereo
26 luglio	26 luglio	Cocaina	4,380	Germania	Imprecisato	-	-
31 agosto	31 agosto	Eroina	0,853	Thailandia	Inghilterra	Italia 2	Interno statuetta di legno
20 agosto	20 agosto	Cocaina	6,700	Imprecisato	Imprecisato	Italia 1	Interno frigo portatile
27 agosto	28 agosto	Cocaina	2,800	Brasile	Germania	Brasile 1	In aereo interno pancera indossata
5 settembr e	5 settembr e	Cocaina	0,200	Ecuador	Germania	-	In aereo interno pacco
2 settembr e	2 settembr e	Cocaina	0,314	Panama	Inghilterra	Ignota 1 Italia 1	In aereo interno pacco
13 ottobre	13 ottobre	Cocaina	2,500	Colombia	Austria	Italia 8	-

15 novembr e	15 novembr e	Cocaina	2,080	Inghilterra	Imprecisato	-	In aereo interno pacco
7 dicembr e	15 dicembr e	Cocaina	1,990	Ecuador	U.S.A. Germania	-	In aereo interno doppiofondo pacco
22 dicembr e	22 dicembre	Cocaina	0,486	Colombia	Imprecisato	Italia 1	Interno pacco
21 dicembr e	21 dicembr e	Cocaina	2,700	Colombia	Panama U.S.A.	Italia 4	In aereo interno 14 statuine di legno

Fig. 38

Consegne controllate dall'Italia verso l'estero
Anno 1996

Consegna Controllata								
INIZIO	FINE	TIPO DROGA	PESO IN KG.	PAESE RICHIEDENT E	DESTINAZION E DROGA	PROVENIENZA E/O PROCACCIAMENT O	PERSONE IMPLICATE (Nazionalità)	MODUS OPERANDI
17 Maggio	-	Cocaina	(*)	Italia	Inghilterra	Brasile	Inghilterra 1	Doppiofondo bagaglio
29 Maggio	-	Cocaina	(*)	Italia	Olanda	Venezuela	Olanda 2	Doppiofondo bagaglio

(*) Peso non sconfezionato.

Fig. 39

Decessi Tossicologicamente Correlati All'uso Di Stupefacenti

La Direzione Centrale per i Servizi Antidroga colleziona i dati relativi ai *decessi tossicologicamente correlati all'uso di stupefacenti* comunicati dalle Forze di polizia operanti sul territorio. Tali decessi sono strettamente correlati a causa tossicologica diretta e non, ad esempio, a sinistri stradali, a complicanze patologiche (epatiti, AIDS) o altri fatti (suicidi, incidenti sul lavoro etc.).

Gli elementi informativi vengono ulteriormente riscontrati dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga che interpella, caso per caso, le Prefetture, gli Istituti di Medicina Legale e le Autorità Giudiziarie competenti per materia e/o territorio.

Anche a livello periferico l'acquisizione scientifica del dato, supportato da specifico riscontro medico legale (esami autoptici e tossicologici), normalmente presenta particolari difficoltà ed ha tempi tecnici necessari non sempre comprimibili.

Nel 1996, per esempio, a tutto il 16 aprile 1997, nonostante le ripetute richieste da parte della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, non hanno fornito riscontro di sorta:

- nr. 6 Prefetture su 103,
- nr. 18 Istituti di Medicina Legale su 27.

Per quanto precede, i dati sui decessi consolidati al 16 aprile 1997, debbono considerarsi provvisori e, verosimilmente, suscettibili di ulteriori, significative variazioni in aumento.

E' stata avanzata, tramite il competente Ufficio Legislazione del Ministero dell'Interno, proposta di modifica all'Art. 10 del T.U. 309/90, al fine di costituire e regolamentare l'obbligo giuridico della comunicazione, a richiesta del Ministero dell'Interno Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, di tutti i dati disponibili circa l'attività antidroga (compresi i decessi di assuntori) svolta da, o comunque nota ad Articolazioni ed Organi dell'Amministrazione Pubblica, Istituti di Medicina Legale ed Enti Privati: ciò allo scopo di disporre di statistiche attendibili ed aggiornate per la compiuta informazione alle Autorità di Governo ed al Parlamento.

Il grafico di Fig. 40 evidenzia, con i rispettivi valori, l'andamento dei decessi tossicologicamente correlati all'uso di stupefacenti dal 1986 al 1996.

DECESSI TOSSICOLOGICAMENTE CORRELATI ALL'USO DI STUPEFACENTI
DAL 1986 AL 1996

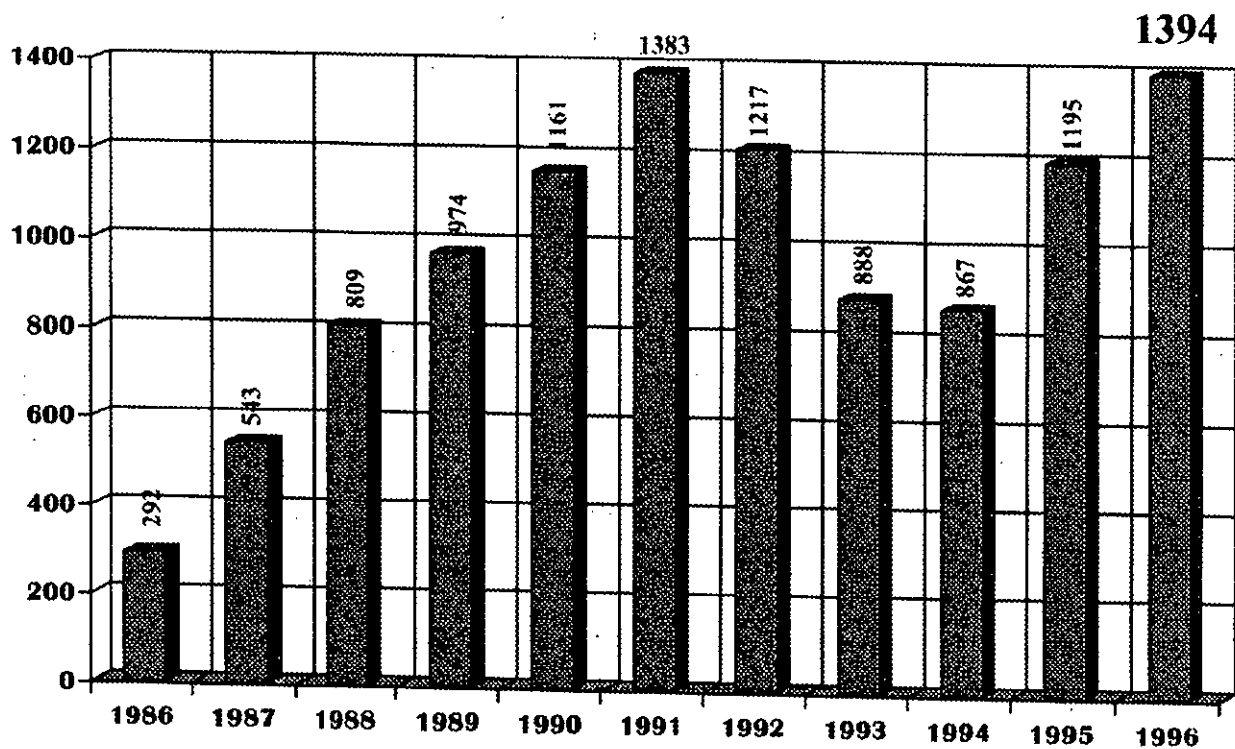


Fig. 40

La tabella di fig. 41 espone i dati disaggregati per Regione e Provincia, per fascia di età e sesso, e per nazionalità delle persone decedute, si ripete, solo a causa - tossicologicamente diretta - dell'assunzione di stupefacenti.

DECESSI TOSSICOLOGICAMENTE CORRELATI ALL'USO DI STUPEFACENTI DISAGGREGATI PER
REGIONE E PROVINCIA, FASCE DI ETÀ E SESSO E NAZIONALITÀ ITALIANA E STRANIERA
ANNO 1996

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.18	L'Aquila			1								1		1
	Chieti			1			1	1		1		4		4
	Pescara			1		2		5				8		8
	Teramo			1		4						5		5
BASILICATA NR.5	Potenza			1		1		1	1			4		4
	Matera					1						1		1
CALABRIA NR.25	Catanzaro			2		1		1		1		5		5
	Cosenza			1		1		8		3		13		13
	Crotone									1		1		1
	Reggio Calabria					1		3		1		5		5
	Vibo Valentia							1				1		1
CAMPANIA NR.124	Napoli			16		27		43	2	5		90	3	93
	Avellino					1		4				5		5
	Benevento					1		2	1			4		4
	Caserta			1		3		4		1		9		9
	Salerno			3		3		6		1		12	1	13

EMILIA ROMAGNA NR.152	Bologna			5	1	9	3	16	2	4	1	38	3	41
	Ferrara					3		7		1		11		11
	Forlì						1	2				3		3
	Modena			4	2	13	1	14	3	1		36	2	38
	Parma			1		3	1	9	1		1	16		16
	Piacenza			2				5	1			8		8
	Ravenna			1		2	1	5				9		9
	Reggio Emilia			5		3	1	2				11		11
	Rimini			5	1	2		6		1		15		15
FRIULI V.G. NR.17	Trieste			2				2				4		4
	Gorizia									1		1		1
	Pordenone			2		2		2				6		6
	Udine			1				4			1	6		6
LAZIO NR.178	Roma			17	4	31	3	72	10	17	2	150	6	156
	Frosinone			1		1		3				5		5
	Latina			2		6		3		2		13		13
	Viterbo					1		2	1			4		4
LIGURIA NR.98	Genova			11		19	4	25	6	7		68	4	72
	Imperia			3		1		2		1		6	1	7
	La Spezia			1	1	4		5				11		11
	Savona			1		5		1		1		8		8

(segue)

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					
			MF	M	F	M	F	M	F	M	F			
LOMBARDIA NR.225	Milano		15	1	27	2	49	5	2	1	95	7	102	
	Bergamo		6	3	6		10	3			27	1	28	
	Brescia		1	1	5		10	1	4		21	1	22	
	Como		6		4	1	2		1		14		14	
	Cremona				2	1	3		2		8		8	
	Lecco				1		5				6		6	
	Lodi				1		1				2		2	
	Mantova		1		1		1				2	1	3	
	Pavia	1			4		8				13		13	
	Sondrio		1	1	1	1	3				7		7	
	Varese		4		6		8		2		20		20	
MARCHE NR.25	Ancona				2		3				5		5	
	Ascoli Piceno		4	1	5		2				12		12	
	Macerata		1		1		2				4		4	
	Pesaro				1		2		1		4		4	
MOLISE NR.2	Campobasso		1				1				2		2	
PIEMONTE NR.160	Torino		12	2	33	1	38	4	6		92	4	96	
	Alessandria		1		3	1	4	1	1		11		11	
	Asti		4				2				6		6	
	Biella		1		2	2	4				9		9	
	Cuneo		3		4	1	7				14	1	15	
	Novara		1		2		7				10		10	
	Verbania				3	1	2	1			7		7	
	Vercelli				3		2		1		6		6	

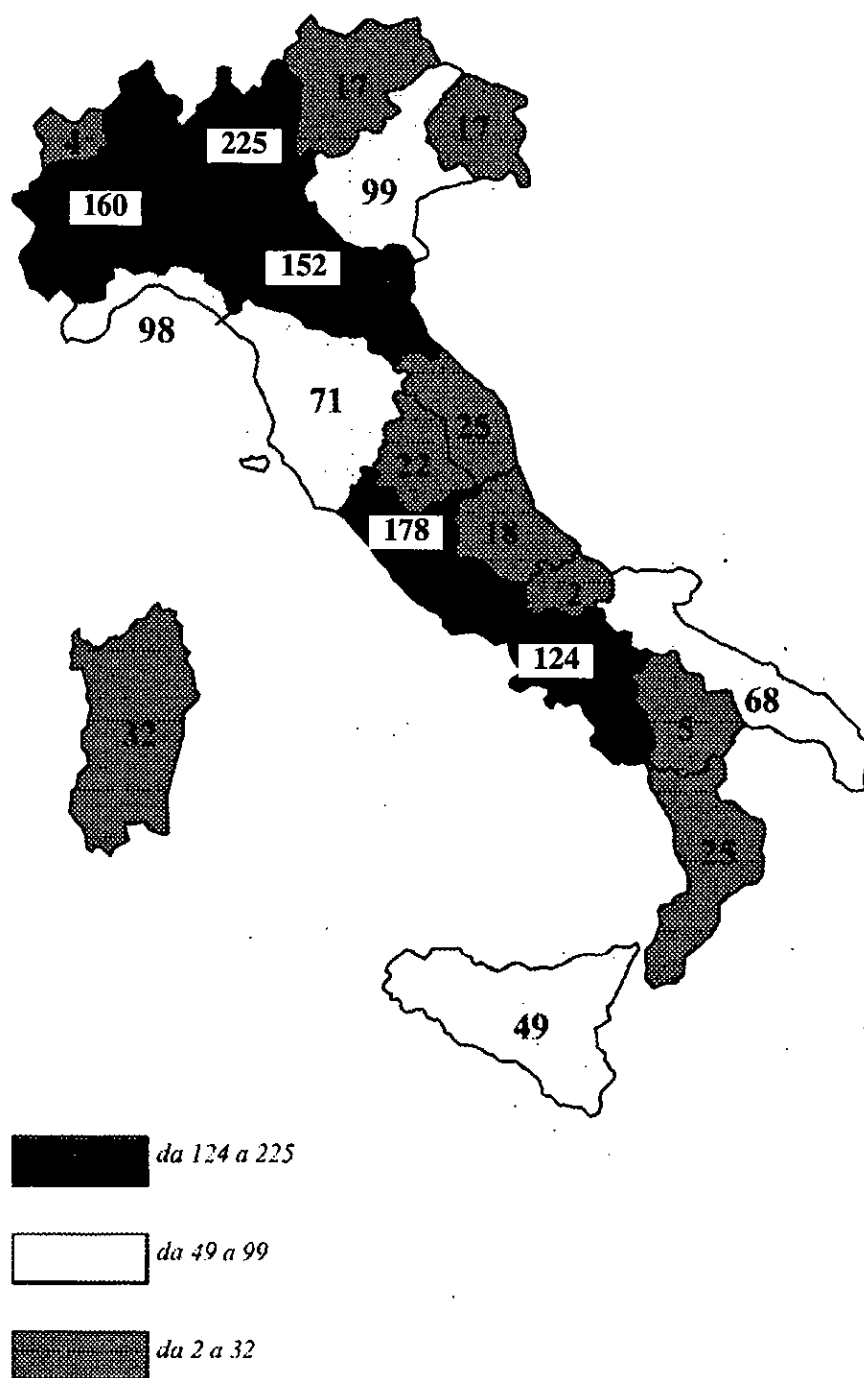
PUGLIA NR.68	Bari			4				1		1	1	7		7
	Brindisi			2		3		4		2		11		11
	Foggia			3		3		12				18		18
	Lecce			3		7		6		1		17		17
	Taranto			1		6		5	1	2		15		15
SARDEGNA NR.32	Cagliari			2	1	7		8		1	1	19	1	20
	Oristano							1				1		1
	Sassari			1		2	1	6		1		11		11
SICILIA NR.49	Palermo			4		5		4				13		13
	Agrigento			1				1				2		2
	Catania	1		4		2		2		2		11		11
	Caltanissetta			1		2		1				4		4
	Enna			1								1		1
	Messina			2		2		2				6		6
	Ragusa			1								1		1
	Siracusa			1		2		3				6		6
	Trapani				1			4				5		5
REGIONE	PROVINCI A	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			
TOSCANA NR.71	Firenze			2	1	5		15	1	1		25		25
	Arezzo					2		5		1		8		8
	Grosseto	1		1		2						4		4
	Livorno					3		4	1	1		7	2	9
	Lucca			1		1		2	1			5		5
	Massa					1						1		1
	Pisa			1	1			3				5		5
	Prato			1		1		3		1		6		6
	Pistoia			1				1	1			3		3
	Siena			2		1		2				5		5

TRENTINO NR.17	Bolzano Trento			1		3		5				9		9
						4		3	1			8		8
UMBRIA NR.22	Perugia Terni			3		5		8		1		17		17
				1		1		1	2			5		5
VENETO NR.99	Venezia	1		2		2		9	1	2		17		17
	Belluno			2		1				1		4		4
	Padova			1		9		16	1			26	1	27
	Rovigo			1				1				2		2
	Treviso			5	1	4		6		1		17		17
	Verona			2		5		12	1	3		23		23
	Vicenza			2		1	1	5				9		9
Valle D'A. NR.4	Aosta			1	1			2				4		4
ESTERO NR.3	Colombia							1				1		1
	Germania							1				1		1
	Slovenia			1								1		1
TOTALE Nr.1394		4		216	24	360	29	607	54	91	9	1355	39	1394
	%	0,28		17,22		27,90		47,42		7,17		97,2		2,80

Fig. 41

Il cartogramma di fig. 42 dà i valori assoluti della distribuzione regionale dei decessi osservati nel 1996.

CARTOGRAMMA DISTRIBUZIONE REGIONALE DEI DECESSI TOSSICOLOGICAMENTE CORRELATI ALL'USO DI STUPEFACENTI (VALORI ASSOLUTI) ANNO 1996



Ministero della Sanità

PAGINA BIANCA

Dipartimento Della Prevenzione

Ufficio Dipendenze da Farmaci e Sostanze d'abuso e AIDS (Ex Se.Ce.D.A.S.)

L'Ufficio Dipendenze da Farmaci e Sostanze d'abuso e AIDS del Dipartimento della Prevenzione (già Se.Ce.D.A.S.) istituito dall'articolo 3 della legge 26 giugno 1990 n.162 e regolamentato con D.M. 25 luglio 1990, si articola in cinque settori.

Il I settore si occupa degli Affari Generali; il II settore è impegnato nelle attività legate alla tossicodipendenza e alla prevenzione delle infezioni da HIV e delle altre patologie correlate alla tossicodipendenza; il III e il IV settore si occupano rispettivamente delle problematiche connesse all'alcolismo e al tabagismo; il V settore, infine, è deputato alla raccolta e diffusione dei dati statistici ed epidemiologici connessi alle dipendenze.

Le competenze dell'Ufficio 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 vengono curate 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 vengono mantenuti 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".

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 vincente 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).

Nel corso dell'anno 1996 hanno avuto ulteriore applicazione i principi contenuti nei provvedimenti di riforma del Servizio Sanitario Nazionale: la legge 421/92, il D.l.vo 502/92 e il D.l.vo 517/93. Conseguentemente è emersa, tra l'altro, la necessità di adeguare ad essi la normativa vigente nel settore tossicodipendenze: D.P.R. 309/90 per gli articoli 113 e seguenti e il D.M. 444/90. In tal senso si è inteso indirizzare l'attività di questo Ufficio in considerazione del ruolo che avranno le regioni nell'ambito dell'applicazione del D.l.vo 502/92 e successive modifiche e integrazioni, in ordine alla formulazione dei criteri di accreditamento che devono essere posseduti dagli enti operanti nel settore in esame.

Stato di attuazione dei progetti finalizzati alla prevenzione e al recupero delle tossicodipendenze finanziati dal fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga

Relativamente ai progetti approvati negli anni passati dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri e finanziati con le risorse del Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga, ai sensi dell'art. 127, questo Ufficio ha svolto nel corso dell'anno 1996 le attività di seguito riportate:

1. "Programma di sorveglianza delle tossicodipendenze e di informatizzazione dei Servizi per le tossicodipendenze (SERT)".

Stanziamento: £ 4.500.000.000 (3,5 mld. a.f.1990 e 1 mld. a.f.1992)

Per la realizzazione di questo progetto, a seguito di gara d'appalto internazionale, questa Amministrazione ha stipulato in data 1.4.1996 un contratto con la Società Siemens Nixdorf Informatica per un importo di lire 3.761.344.027 per la fornitura di 610 Personal Computer ai SERT e agli Uffici per le tossicodipendenze degli Assessorati Regionali per la gestione dei dati relativi ai tossicodipendenti.

La distribuzione dei 610 computer su tutto il territorio nazionale si è conclusa nel dicembre 1996 e nel mese di febbraio 1997 si darà avvio ai corsi di formazione per gli operatori per l'uso del software ai fini della rilevazione dei dati di attività dei servizi.

2. "Formazione dei medici di Medicina Generale per l'attuazione di trattamenti terapeutici per le tossicodipendenze".

Stanziamento: £ 3.900.00.000 (Es. fin. 1991)

In conseguenza dell'abrogazione di alcuni articoli o parte di essi del D.P.R. 309/90, a seguito dell'esito del referendum popolare, si è reso necessario provvedere alla formazione professionale dei medici di base ai fini dell'attuazione di trattamenti terapeutici anche con l'utilizzo di farmaci sostitutivi, mediante la realizzazione di 90 corsi di formazione destinati a 4500 medici di medicina generale.

Questa Amministrazione, a seguito di gara d'appalto internazionale, ha stipulato un contratto, in data 23.12.1995, con la S.E.M.G. (Società Europea di Medicina Generale) per un importo di L. 3.390.796.470.

Si è conclusa la preparazione, stampa e diffusione del materiale didattico per i 60.000 medici di base e sono da poco iniziati i 6 corsi masters di formazione cui seguiranno i 180 corsi a livello provinciale destinati a circa 4.500 medici di base interessati all'approfondimento delle problematiche terapeutiche legate alla tossicodipendenza.

3. "Potenziamento dei laboratori di analisi dei presidi multizonali di prevenzione delle unità sanitarie locali e altre strutture locali per gli adempimenti previsti dal D.P.R. 309/90".

Stanziamento: £ 10.100.000.000 (Es. fin. 1990 e 1991)

Il progetto si articola in più fasi.

La prima, finalizzata al miglioramento funzionale dei laboratori periferici, è stata realizzata mediante assegnazione di fondi alle regioni, per un importo complessivo di lire 8 miliardi.

Detto decreto fissa, fra l'altro, le modalità dell'erogazione subordinando il pagamento del primo 50% alla presentazione da parte delle singole regioni di idoneo programma attuativo, coerente con le indicazioni e gli obiettivi del progetto, da sottoporre all'esame di apposita Commissione ministeriale per l'approvazione; l'importo relativo al saldo verrà erogato, viceversa, previa acquisizione della documentazione conclusiva sull'attività svolta e sui risultati conseguiti.

Allo stato attuale risultano pervenuti n.17 programmi da parte di altrettante regioni: di queste soltanto 11 (Piemonte, Trento, Valle d'Aosta e la Prov. Aut. di Bolzano, Emilia Romagna, Marche, Toscana, Molise, Veneto, Puglia e Sardegna) hanno ottenuto il parere favorevole previsto.

La seconda fase prevedeva la fornitura di attrezzature (gascromatografi ecc.) per l'effettuazione dei controlli di qualità delle analisi di laboratorio effettuate sui liquidi biologici per l'individuazione di sostanze stupefacenti da destinare, in comodato d'uso, a 7 istituti universitari, convenzionati con il Ministero della sanità, che costituiscono un' rete nazionale di riferimento.

A tal fine questa Amministrazione, a seguito di gara d'appalto internazionale, in data 23.12.1995, ha stipulato un contratto con la Società fornitrice Hewlett Packard Italiana S.p.A. per un importo di L. 1.814.271.880.

E' terminata, peraltro, la consegna dei gas-cromatografi ai sette Istituti universitari di medicina legale deputati al controllo previsto e, nei mesi di gennaio e febbraio 1997, si procederà al loro collaudo presso le sedi universitari di Milano, Padova, Modena, Roma, Napoli, Bari e Palermo, con le quali sono state stipulate in data 28.12.1995 sette convenzioni per un importo complessivo di lire 261.638.000.

Le sette convenzioni saranno esecutive successivamente al collaudo delle attrezzature fornite presso le sedi universitarie suindicate.

4. "Sperimentazione ed avvio di una rete di rilevamento epidemiologico nazionale sulla gravidanza di tossicodipendenti e sullo sviluppo di figli di madre tossicodipendente".

Stanziamento: £ 500.000.000 (Es. fin. 1991)

L'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma - Istituto di Clinica Pediatrica ha concluso la ricerca entro i termini stabiliti.

Il progetto è stato articolato su due linee distinte:

1. la ricerca del meconio di tutti i neonati dei centri di Ostetricia del Policlinico A. Gemelli, del Columbus, dell'Ospedale S. Filippo Neri e dell'Ospedale Cristo Re di Roma. A partire dal 1996 è stato incluso anche il Reparto di Terapia Intensiva neonatale Pediatrico Bambino Gesù di Roma.

I campioni raccolti ed esaminati tra giugno 1994 e giugno 1996 sono stati 1746; quelli positivi sono stati inviati all'Istituto di Medicina Legale dell'Università Cattolica. Non è stata dimostrata nessuna correlazione significativa tra quantità di stupefacenti, peso neonatale ed età gestazionale.

2. la ricerca di eventuali effetti neuropsichici, cognitivi e comportamentali, secondari all'esposizione del feto a sostanze stupefacenti.

Si è concluso che l'esposizione a stupefacenti in gravidanza comporta per il neonato un rischio elevato di morte in culla, apnee e disturbi del sonno. Si sono inoltre riscontrati, dal punto di vista comportamentale alterazioni del tipo: irritabilità, ipereccitabilità, difficoltà di adattamento e orientamento.

Allo scopo di valutare gli effetti a lungo termine dell'assunzione passiva di sostanze stupefacenti, sono stati intrapresi due protocolli di studio.

Il primo ha previsto l'analisi dello sviluppo neuropsicologico, cognitivo e dei profili di apprendimento, attraverso la somministrazione di test intellettivi, proiettivi e di analisi della personalità, al fine di esplorare le funzioni corticali superiori, in una coorte di 25 bambini di età compresa tra i 5 e i 12 anni, esposti all'azione di sostanze stupefacenti nel corso della gravidanza (15 ad eroina, 6 ad eroina, metadone e cannabinoidi, 4 a cocaina e cannabinoidi).

La ricerca non ha rilevato differenze statisticamente significative, rispetto alla media, per età; tuttavia, nel gruppo di bambini viventi in "ambiente tossicomaniaco", 4 bambini sono risultati con Q.I. nettamente al di sotto della norma. I test neuropsicologici (perceptivo-spaziali e di memoria) mostrano invece cadute significative, evidenziando un deficit in accordo con l'ipotesi di un effetto diretto dell'esposizione alle sostanze d'abuso, indipendentemente dall'esposizione ambientale.

Per quanto riguarda il secondo obiettivo, è stata presa in considerazione una popolazione di bambini di età compresa tra i 6 e i 12 anni, allo scopo di individuare tutti i soggetti con Q.I. inferiore alla norma, disturbi di apprendimento o del comportamento. Tali aspetti sono stati indagati attraverso un'intervista semistrutturata, mirata ad approfondire le problematiche sociali, educative e relazionali; ai genitori sono stati somministrati questionari di personalità evolutiva, al fine di esplorare le caratteristiche psicologiche e gli stili di vita del bambino.

Dei 232 bambini osservati, 57 (24,5%), 37 maschi e 20 femmine, presentavano disturbi di apprendimento in assenza di una chiara compromissione cognitiva e di patologie neuroorganiche o psichiatriche maggiori.

5. "Programma sperimentale di attivazione di gruppi di operatori della strada ai fini della prevenzione dell'AIDS tra i tossicodipendenti".

Stanziamiento: £ 600.000.000 (Es. fin. 1991)

Il progetto, mirato alla prevenzione delle malattie correlate agli stati di tossicodipendenza, è stato realizzato dalla A-USL 20 di Verona, in collaborazione con il Centro "La Tenda" di Napoli e la A-USL 4 di Parma, impegnate da anni nel settore. Obiettivo del programma è stato quello di entrare il più precocemente possibile in contatto con i tossicodipendenti, al fine di fornire informazioni e counselling relativamente alle norme preventive ed incentivare l'invio ai programmi di cura e reinserimento.

L'Unità Operativa di Verona ha svolto il ruolo di coordinatrice, provvedendo ad articolare il progetto in due fasi.

Durante la prima fase si è provveduto alla definizione del modello di intervento e alla formazione degli operatori di strada, attraverso lo svolgimento di tre corsi: il primo, destinato ai responsabili dell'Unità Operativa di Verona, di Napoli e di Parma, si è tenuto a Verona dal 15 al 21 maggio 1994; il secondo, mirato alla formazione degli operatori selezionati, si è tenuto a Napoli dal 12 al 15 dicembre 1994; il terzo svolto sempre a Verona ha concluso la formazione degli operatori.

Gli interventi su strada hanno puntato soprattutto a sviluppare abilità pratiche e a coinvolgere e stimolare il tossicodipendente, attraverso il counselling, la distribuzione di materiale informativo, siringhe e profilattici.

Le esperienze e i risultati hanno portato alla realizzazione di un manuale, le cui tematiche, di grande attualità ed utilità pratica, rappresentano un valido ausilio soprattutto per gli operatori dei SERT.

6. "Ampliamento del programma sperimentale di attivazione di gruppi di operatori della strada ai fini della prevenzione dell'AIDS tra i tossicodipendenti (POS2)".

Stanziamiento: £. 1.000.000.000 (Es. fin. 1992)

A partire dal gennaio 1996 il programma sperimentale di attivazione di gruppi di operatori della strada si è esteso dall'unità di coordinamento A-USL 20 di Verona ad altre cinque unità operative, coinvolgendo i SERT, le Comunità terapeutiche delle AA-USL di Cagliari, Torino, Catanzaro, Bari, Pescara.

Il primo corso di formazione Master si è svolto a Verona dal 6 al 9 maggio 1996 ed ha coinvolto 65 partecipanti, di cui 43 discenti e 21 docenti.

Il secondo corso, tenutosi a Cagliari, ha visto la partecipazione di 48 discenti e 20 docenti. Nell'ambito del secondo corso di formazione ha avuto luogo un incontro tra i responsabili delle Unità operative, nel quale è stato concordato il piano d'azione per l'intervento su strada.

7. "Definizione e diffusione di una metodica di valutazione dei diversi tipi di trattamento della tossicodipendenza secondo modalità comparabili con schemi di valutazione internazionale".

Stanziamiento: £ 300.000.000 (Es. fin. 1992)

La realizzazione del progetto, affidata all'Università degli Studi di Roma "La Sapienza", sulla base di una convenzione dell'importo di L. 300.000.000, richiedeva la definizione di un approccio scientifico e pragmatico

al problema delle tossicodipendenze con l'obiettivo di una concreta valutazione degli effetti dei procedimenti terapeutici adottati.

Sono state individuate le variabili soggettive, demografiche e comportamentali maggiormente rappresentative nelle scelte di vita dei tossicodipendenti; attraverso idonee procedure psicobiologiche sono state, inoltre, evidenziate altre variabili specifiche, che permettono di comparare tra loro i diversi soggetti.

Sono state, altresì, descritte, in questa prima fase del progetto, la situazione di abuso di droghe in Italia e l'analisi della situazione internazionale.

La scadenza per la presentazione dei risultati finali è prevista entro maggio 1997.

8. "Sperimentazione e avvio di un sistema di controllo di qualità delle determinazioni nei liquidi biologici di sostanze stupefacenti e psicotrope nella Regione Emilia Romagna e altre"

Stanziamiento: £ 358.900.000 (es. fin. 1992)

Il contratto stipulato in data 24.12.1993 con l'Università degli studi di Modena - Cattedra di Tossicologia, per un importo di L. 358.900.000, prevede la durata di anni 2. E' stata concessa una proroga che fissa la scadenza al 3 maggio 1997.

Il progetto prevede uno sviluppo in quattro tempi, di cui il primo relativo al coinvolgimento dei laboratori interessati, il secondo consistente nell'invio di campioni di liquidi biologici, contenenti i principali analiti, ai laboratori coinvolti; il terzo ed il quarto prevedono, rispettivamente, l'esecuzione del controllo di qualità nei laboratori che utilizzano tecniche cromatografiche per il riconoscimento degli analiti ed un eventuale controllo per i test di conferma.

Durante la prima fase è stato inviato, ai laboratori della Regione Emilia Romagna e ai cinque laboratori collegati di altre regioni, un questionario, la cui raccolta ha permesso di acquisire l'adesione al programma di un primo gruppo di laboratori.

E' stato, inoltre, evidenziato che le metodiche utilizzate per la ricerca degli analiti sono in maggioranza immunochimiche e che solo pochi centri effettuano test di conferma con tecniche cromatografiche. In questa fase è stato possibile, infine, definire il cut-off cui fare riferimento nello svolgimento del progetto.

9. "Programma per il funzionamento a regime del Centro Interdisciplinare sulle Farmacodipendenze"

Stanziamiento: £ 600.000.000 (es. fin. 1992)

La realizzazione di questo progetto ha consentito la regolare pubblicazione del Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo, che il Se.Ce.D.A.S. invia in 7000 copie, con scadenza trimestrale, a tutte le strutture pubbliche centrali e periferiche che si occupano di tossicodipendenze.

In data 12.12.1995, a seguito di appalto concorso, è stato stipulato un contratto con l'UNICRI per un importo di L. 392.018.130.

Tuttavia, per consentire la regolare pubblicazione del Bollettino, in data 23.10.95 è stata stipulata una convenzione a trattativa privata sempre con l'UNICRI, per un importo di L. 158.414.100, che prevedeva per l'appunto la pubblicazione e distribuzione del fascicolo n. 4/95 e il fascicolo speciale della raccolta legislativa nazionale ed internazionale in materia di tossicodipendenze.

10. "Valutazione dei trattamenti con metadone nelle tossicodipendenze da oppiacei ed effetti di uno studio controllato per la valutazione dell'efficacia di farmaci alternativi al metadone".

Stanziamento: £ 400.000.000 (Es. fin. 1994)

L'Università degli Studi di Cagliari, Istituto di Farmacologia, selezionata a seguito di appalto-concorso ha avviato nel maggio 1995 la fase operativa della sperimentazione dei trattamenti con buprenorfina, in conformità alla convenzione stipulata il 22.12.1994, per un importo di L. 151.131.000.

L'avanzamento dei lavori è in ritardo rispetto ai tempi programmati in quanto si sono verificate difficoltà nel reclutamento dei soggetti per il trattamento "in doppio cieco".

Il Dipartimento della Prevenzione (già Se.Ce.D.A.S.), sentita la Commissione Unica del Farmaco, dovrà considerare la possibilità di concedere una modifica al protocollo di sperimentazione come richiesto dall'Istituto suddetto, per consentire il superamento delle difficoltà incontrate.

Le procedure di trasferimento delle risorse relative ai finanziamenti per gli anni 1994 e 1995 del Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga al Ministero della sanità hanno richiesto tempi tecnici al di là di ogni pessimistica previsione. Pertanto, questo Ufficio ha potuto disporre delle somme assegnate solo a partire dal mese di ottobre 1996 e si è trovato nella necessità di procedere ai relativi impegni di spesa entro e non oltre il 31.12.1996.

Si sono quindi attivate immediatamente le procedure per l'utilizzo delle risorse, al fine di giungere al perfezionamento degli atti di impegno delle somme entro il termine previsto.

11. "Indagine campione, sul territorio nazionale, per l'analisi e la valutazione delle attività svolte dalle comunità di recupero per tossicodipendenti".

Stanziamento: £ 500.000.000 (Es. fin. 1994)

Sono stati coinvolti nella realizzazione del progetto i più rappresentativi raggruppamenti di Comunità terapeutiche, con le quali si è proceduto ad elaborare un programma comune.

Sulla base di detto programma sono state stipulate n. 8 convenzioni tra il Ministero della sanità e C.N.C.A., Gruppo Abele, Associazione Nazionale Enti Pubblici Gestori di Comunità Terapeutiche per tossicodipendenti, Fondazione Exodus, Comunità papa Giovanni XXIII, Associazione COVEST, C.E.I.S. (tutte per un importo di lire 45.000.000) e la F.I.C.T., con funzioni di capofila, per un importo di lire 142.100.000, per la gestione

amministrativa delle parti comuni del progetto medesimo (riunioni, stampa materiali, eventuali collaborazioni di esperti, ecc.).

Con DD.DD. 30.12.1996 sono state approvate e rese esecutive le convenzioni suddette ed impegnate le somme per un importo complessivo di L. 457.100.000 tuttora in corso di registrazione da parte degli organi di controllo.

12. "Attivazione di una rete nazionale di Centri per la valutazione delle attività dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze".

Stanziamento: £ 3.000.000.000 (Es. fin. 1994)

Il progetto, sulla base di un documento tecnico-programmatico concordato con le regioni, prevede un livello regionale e un livello nazionale con compiti di coordinamento.

Detto documento stabilisce, fra l'altro, i criteri per la ripartizione della somma disponibile che destina lire 700.000.000 a favore delle regioni Emilia Romagna e Lazio, rispettivamente nella misura di 300.000.000 e di 400.000.000, per l'attivazione del coordinamento nazionale che curerà prevalentemente gli aspetti amministrativi del programma, mentre la rimanente somma viene ripartita tra tutte le regioni e province autonome con il seguente criterio:

30% diviso in quote uguali;

30% diviso in base alla popolazione residente nella regione;

40% diviso in base alla numerosità dell'utenza dei SERT.

Le regioni e province autonome dovranno presentare idonei programmi entro la data del 30 aprile 1997 per l'approvazione da parte di apposito Comitato, al fine di riutilizzare, in mancanza di essi, la somma impegnata per analoga finalità.

Il D.D. in data 30.12.1996, con il quale viene autorizzata la spesa complessiva di 3.000.000.000 è in corso di registrazione presso i competenti organi di controllo.

13. "Sperimentazione di un farmaco sostitutivo a lunga durata di azione (L-Alfa acetil-metadolo) quale alternativa al metadone per il trattamento della dipendenza da oppiacei".

Stanziamento: £ 1.050.000.000 (es. fin. 1995)

Per la realizzazione di questo progetto sono state coinvolte le università italiane attive nel campo della sperimentazione e dell'assistenza ai soggetti tossicodipendenti, con le quali si è proceduto, sentito anche il parere della Commissione Unica del Farmaco, alla stipula di 6 convenzioni, per un importo complessivo di L. 867.100.000, con le seguenti istituzioni: Università degli Studi di Pisa, Università Cattolica S.Cuore di Roma, Università di Firenze, Università di Modena, Università di Cagliari, Università di Siena.

Tutti i relativi decreti di impegno sono in corso di registrazione presso gli organi competenti.

Per la realizzazione di questo progetto era stata coinvolta anche l'Università di Roma "La Sapienza" che purtroppo, a causa di difficoltà amministrative, non è stata in grado di perfezionare nei tempi previsti la documentazione richiesta per la stipula della convenzione.

14. Prosecuzione del "Progetto interdisciplinare sulle farmacodipendenze - U.N.I.C.R.I. (Drug Abuse Comprehensive Project)".

Stanziamiento: £ 400.000.000 (es. fin. 1995)

La realizzazione di questo progetto consentirà la regolare pubblicazione del Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo per l'anno 1997.

In data 9.12.1996, a seguito di appalto concorso, è stato stipulato un contratto con l'UNICRI, per un importo di L. 294.489.300, il cui decreto di impegno è tuttora in corso di registrazione alla Ragioneria Centrale.

Tuttavia, per consentire la regolare pubblicazione del Bollettino, in data 25.11.96, è stata stipulata una convenzione a trattativa privata sempre con l'UNICRI, per l'importo di L. 105.062.125, che prevede per l'appunto la pubblicazione e distribuzione del fascicolo n. 1/97.

Il D.D. 16.12.96 di approvazione della convenzione è stato registrato alla Ragioneria Centrale il 31.12.1996.

15. "Sviluppo ed applicazione di metodologie innovative a costo ridotto per il monitoraggio dell'uso di droghe illecite".

Stanziamiento : £ 210.000.000 (es. fin. 1995)

Sono state utilizzate le procedure previste per l'appalto concorso, mediante invito alle più significative istituzioni operanti sui temi specifici ed a conclusione delle stesse si è stipulata, in data 21.12.1996, una convenzione con l'Università degli studi di Pavia per un importo di L.190.400.000, il cui decreto di approvazione è in corso di registrazione presso gli organi di controllo.

Dati statistici sull'andamento della tossicodipendenza e sull'attività dei servizi pubblici per la tossicodipendenza

1. Rilevazione annuale e semestrale dell'attività dei servizi pubblici per le tossicodipendenze

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 sono trasmessi al Ministero della sanità dai SERT e dagli Uffici regionali competenti (attualmente nella maggior parte su supporto cartaceo e nel 10% dei casi su supporto magnetico) e memorizzati presso il Sistema informativo sanitario centrale ed elaborati, analizzati e pubblicati periodicamente dal nostro Ufficio.

Nel corso del 1996 è stato avviato il progetto d'informatizzazione del sistema di rilevazione descritto, che consentirà di migliorare la raccolta delle informazioni e "velocizzare" la circolazione del flusso informativo. In particolare ogni SERT (circa 600) ed ogni Assessorato regionale per le tossicodipendenze sono stati dotati di personal computer e di software specifico per la gestione automatizzata delle informazioni delle schede di rilevazione, da collegare tramite modem con le regioni e con questo Ufficio.

E' prevista anche la formazione degli operatori dei SERT, responsabili della rilevazione, all'uso del software predisposto da questo Ministero per la gestione automatizzata delle informazioni sull'utenza e del sistema di comunicazione tra i SERT, le regioni e il Ministero della sanità. Tale formazione si svolgerà attraverso corsi della durata di una giornata rivolti agli operatori dei SERT individuati dalle regioni (1 o 2 per ogni SERT), fino ad un massimo di 40 soggetti, e ai responsabili degli uffici regionali per le tossicodipendenze degli Assessorati regionali tenuti presso la sede del Ministero. Inoltre si procederà alla realizzazione del collegamento delle postazioni di lavoro distribuite sul territorio nazionale e gli uffici regionali per le tossicodipendenze con un server presso il Ministero della sanità.

La rilevazione descritta ha consentito di acquisire informazioni sull'utenza afferente ai Servizi e sulle attività da essi svolte dal 1991 ad oggi sull'intero territorio nazionale in maniera sempre più esaustiva e qualitativamente migliore nel tempo.

Tuttavia nel corso degli anni è manifestata da più parti (operatori dei SERT, responsabili degli Uffici regionali per le tossicodipendenze, ricercatori e studiosi del fenomeno tossicodipendenza) l'esigenza di revisionare i

modelli di rilevazione suddetti eliminando le informazioni rivelatesi poco utili o non attendibili (ad es. analisi delle urine), modificando le modalità richieste per alcuni tipi di informazioni (tipologia di trattamento: tipo di sostanza stupefacente d'abuso) e introducendo informazioni importanti al fine di una migliore valutazione dell'attività dei Servizi (ad es.: soggetti "appoggiati"; personale in rapporto "a convenzione") o di una più adeguata conoscenza del fenomeno tossicodipendenza (ad es.: uso primario per via endovenosa; positività epatite virale C). Inoltre è emersa diffusamente la necessità di corredare i modelli di rilevazione di un maggior numero di note esplicative al fine di limitare quanto più possibile gli errori di interpretazione.

Per tale motivo nel corso del 1996 un gruppo di lavoro composto da funzionari di questo Ufficio e da funzionari regionali ha definito nuovi modelli di rilevazione dell'attività dei SERT che saranno nel 1997 sottoposti all'approvazione della Conferenza Stato regioni e quindi pubblicati in Gazzetta Ufficiale.

Risultati della rilevazione alla data del 15 dicembre 1996

Alla data attuale hanno inviato la scheda compilata 466 Servizi, che rappresentano il 91% del totale dei SERT effettivamente operativi (n=512). E' da notare che il numero dei SERT attivi è variato rispetto alle precedenti rilevazioni in relazione alle continue modifiche che in ogni regione si verificano in base a quanto previsto dal D.M. n.444 del 1990 e in seguito nella nuova normativa sanitaria (decreto legislativo 30 dicembre 1992 n.502 e successive modificazioni ed integrazioni) relativamente alla ristrutturazione delle unità sanitarie locali in Aziende.

L'utenza afferente ai SERT alla data della rilevazione, pari a 81.813, risulta solo leggermente aumentata rispetto alla rilevazione precedente (+0.7%), indicando che il numero degli utenti, fortemente crescente negli anni precedenti, mostra attualmente una tendenza alla stabilizzazione. Il numero medio di utenti per servizio è risultato pari, a livello nazionale, a 160 tossicodipendenti per ogni SERT; tale dato presenta un'estrema variabilità regionale oscillando tra 672 (Provincia autonoma di Trento) e 61 (Basilicata). A livello regionale si evidenzia che, in termini assoluti, è la Lombardia la regione con il numero più elevato di soggetti in trattamento (14.536), seguita da Piemonte, Toscana e Puglia.

Degli utenti in carico, il 15.1% (12.390 soggetti) risulta inserito in strutture socio-riabilitative, percentuale che sale al 24.8% nella Provincia autonoma di Trento (Tab.1-2).

Risultati della rilevazione annuale per il 1996

Il numero di soggetti che sono stati in carico ai SERT nel corso dell'anno 1996 risulta pari a 121.667 tossicodipendenti ripartiti regionalmente secondo la distribuzione visualizzata nella tabella 3. Si nota inoltre come tale ammontare, crescente fino al 1995, risulta nel 1996 diminuito dell'1.7%. Tale diminuzione non è al momento valutabile poiché può, almeno in parte, essere causata dalla non totale copertura della rilevazione (472 SERT su 512 esistenti).

Di questi utenti, 106.005 (87.1%) sono stati trattati direttamente presso il SERT e 15662 (12.9%) 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 12.9%.

Il rapporto numero di utenti maschi su numero di utenti femmine è stato nel 1996 pari a 5.8, confermando che la dipendenza da droga è uno stato estremamente selettivo per sesso. 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 1996 tale "invecchiamento" dell'utenza è stato confermato con un nuovo incremento, rispetto al 1995, delle percentuali di soggetti in età superiore a 30 anni (43.3% nel 1995; 44.5% nel 1996) (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, presenta nel tempo un andamento decrescente, mentre acquistano un peso maggiore i cannabinoidi. In aumento è anche l'uso, come sostanza primaria, delle amfetamine (Tab.7; Graf.3 e Graf.4).

Nel corso del 1996 il 37,7% 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 40,6% dei casi (somma di 14,9 e 25,7%); in particolare l'uso del metadone assume un'importanza crescente nei programmi a lungo termine, essendo passato dal 9,3% nel 1991 al 25,7% nel 1996. I trattamenti a base di antagonisti sono utilizzati nel 7,4% 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 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/IV/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.

Tab. 1 - UTENTI DEI SERVIZI PUBBLICI PER LE TOSSICODIPENDENZE AL 15/12/95 (*)

REGIONE	Numero di SERT	UTENTI IN CARICO			Numero medio di utenti
		in strutture			
		totale	socio-riabilitative	%	
PIEMONTE	63	9.355	1461	15,62	148
VALLE D'AOSTA	1	211	22	10,43	211
LOMBARDIA	44	14.536	2486	17,10	330
PROV. AUT. BOLZANO	3	188	38	20,21	63
PROV. AUT. TRENTO	1	672	167	24,85	672
VENETO	36	5.840	1294	22,16	162
FRIULI V. GIULIA	6	1.015	78	7,68	169
LIGURIA	4	1.704	148	8,69	426
EMILIA ROMAGNA	44	6.378	1489	23,35	145
TOSCANA	40	7.499	916	12,21	187
UMBRIA	11	1.140	247	21,67	104
MARCHE	14	1.590	236	14,84	114
LAZIO	48	5.412	2	0,04	113
ABRUZZO	11	1.999	336	16,81	182
MOLISE	5	358	20	5,59	72
CAMPANIA	41	6.185	793	12,82	151
PUGLIA	56	7.448	1153	15,48	133
BASILICATA	6	367	72	19,62	61
CALABRIA	15	1.457	282	19,35	97
SICILIA	49	4.621	601	13,01	94
SARDEGNA	14	3.838	549	14,30	274
ITALIA	512	81.813	12390	15,14	160

(*)=dati provvisori

Tab. 2 - NUMERO DI UTENTI DEI SERT 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	15-giu-96	15-dic-96
PIEMONTE	5.003	6.040	7.046	7.174	7.073	7.408	8.080	8.408	9.156	9.215	9.669	9.355
VALLE D'AOSTA	60	132	111	145	134	139	140	147	167	182	213	211
LOMBARDIA	6.557	7.628	10.005	11.629	11.137	12.275	12.756	12.919	14.504	14.555	13.947	14.536
PROV.AUT.BOLZANO	710	870	871	922	828	844	705	799	721	139	158	188
PROV.AUT.TRENTO	18	190	479	620	489	617	478	635	505	638	562	672
VENETO	2.586	3.900	4.677	5.222	4.608	5.530	5.763	5.787	5.932	6.356	6.473	5.840
FRIULI V.GIULIA	682	761	819	869	932	984	1.065	1.207	1.130	1.451	1.201	1.015
LIGURIA	1.906	2.422	3.024	3.244	2.902	2.157	2.292	1.023	2.074	1.823	2.397	1.704
EMILIA ROMAGNA	4.021	3.934	5.077	5.003	5.099	5.462	5.863	6.045	6.160	6.675	6.771	6.378
TOSCANA	3.162	2.491	3.361	3.996	3.964	4.337	4.619	5.402	5.102	5.623	7.643	7.499
UMBRIA	551	455	912	912	809	635	652	651	807	817	944	1.140
MARCHE	664	731	993	852	855	677	862	1.253	1.577	1.212	1.159	1.590
LAZIO	2.683	4.011	4.046	4.240	3.433	3.346	3.544	3.687	3.598	3.868	3.995	5.412
ABRUZZO	208	473	735	1.117	1.052	1.321	1.400	1.735	1.659	1.915	1.853	1.999
MOLISE	42	46	143	128	105	120	155	219	176	276	327	358
CAMPANIA	1.290	2.468	3.186	3.873	3.147	3.438	3.903	4.558	4.900	6.803	7.401	6.185
PUGLIA	1.003	3.494	6.313	7.159	5.864	6.824	6.459	6.457	7.059	7.223	6.762	7.448
BASILICATA	142	129	541	294	352	396	380	357	306	432	477	367
CALABRIA	334	335	498	794	890	1.085	869	993	1.482	1.239	1.796	1.457
SICILIA	921	1.790	2.087	2.221	1.906	2.215	2.650	2.969	3.315	3.734	4.166	4.621
SARDEGNA	617	1.545	2.213	2.588	2.004	2.753	2.901	2.908	2.487	3.101	3.289	3.838
ITALIA	33.160	43.845	57.137	63.002	57.583	62.563	65.536	68.159	72.817	77.277	81.205	81.813

(*)=dati al 15 12 96
provvisori

Tab.3 - UTENTI DEI SERVIZI PUBBLICI PER LE TOSSICODIPENDENZE

REGIONE	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996(*)
PIEMONTE	8008	10455	10347	10320	12022	12723	12179
VALLE D'AOSTA	151	286	306	292	294	289	341
LOMBARDIA	12845	16157	17848	17847	18762	19309	15158
PROV.AUT.BOLZANO	739	1060	1050	1004	756	304	301
PROV.AUT.TRENTO	370	480	621	613	646	657	686
VENETO	6151	8415	8076	8928	9821	9682	9933
FRIGIULI V. GIULIA	1658	1743	1919	1894	2119	2338	2264
LIGURIA	3059	3724	4118	2914	1172	3068	2244
EMILIA ROMAGNA	6380	6979	7558	7677	8289	8654	8943
TOSCANA	3893	6673	6682	7986	9326	9982	9313
UMBRIA	901	1299	2052	1742	2082	2701	2811
MARCHE	1479	1848	2202	2134	2549	2614	3619
LAZIO	4732	9698	10108	9580	9273	11118	9864
ABRUZZO	1403	825	1450	2051	2801	3443	3145
MOLISE	210	242	268	258	405	461	535
CAMPANIA	3142	5294	7750	7005	9476	9925	11625
PUGLIA	5270	9067	10595	10828	10446	11033	11539
BASILICATA	460	719	822	812	796	796	982
CALABRIA	1558	1084	1307	1787	2273	2677	3491
SICILIA	2480	3613	4951	4943	5674	6896	7255
SARDEGNA	1813	3192	3775	4532	5002	5158	5439
ITALIA	66702	92853	103805	105147	113984	123828	121667

(*)=dati
provvisori

Tab. 4 - UTENTI INVIATI IN STRUTTURE SOCIO-RIABILITATIVE

REGIONE	1991	1992	1993	1994	1995	1996 (*)
PIEMONTE	1407	1585	1929	1865	1918	2007
VALLE D'AOSTA	53	54	49	50	58	50
LOMBARDIA	3520	3952	3583	3515	3308	2273
PROV. AUT. BOLZANO	152	268	349	89	35	29
PROV. AUT. TRENTO	94	115	140	190	168	169
VENETO	1595	1625	1696	1714	1943	1457
FRIULI V. GIULIA	226	239	260	201	126	168
LIGURIA	1978	497	371	38	79	105
EMILIA ROMAGNA	1658	1599	1668	2291	2256	2400
TOSCANA	1128	1303	1326	1374	1283	1149
UMBRIA	213	259	209	232	115	341
MARCHE	290	289	288	404	341	425
LAZIO	1150	930	656	833	334	11
ABRUZZO	114	263	352	419	372	423
MOLISE	35	49	42	30	26	35
CAMPANIA	505	791	697	898	747	1441
PUGLIA	1319	1545	1678	1360	1482	1239
BASILICATA	71	130	79	84	89	91
CALABRIA	381	290	514	426	424	460
SICILIA	481	741	777	866	866	718
SARDEGNA	572	686	438	629	598	687
ITALIA	16942	17210	17101	17508	16768	15662

(*)=dati
provvisori

Tab.5 - RAPPORTO MASCHI /FEMMINE

REGIONE	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996 (*)
PIEMONTE	4,15	4,64	4,73	4,74	4,80	4,98	4,53
VALLE D'AOSTA	3,31	3,77	3,94	4,41	4,35	4,90	4,68
LOMBARDIA	4,19	4,84	5,05	4,84	4,79	4,91	5,39
PROV.AUT. BOLZANO	2,44	2,91	3,32	3,06	3,34	3,75	4,79
PROV.AUT. TRENTO SÜDTIROL	3,46	3,29	4,09	3,98	3,06	3,11	3,51
VENETO	4,28	4,87	5,00	5,00	5,07	5,09	5,14
FRIULI V. GIULIA	2,83	3,09	3,26	3,92	3,38	3,39	3,48
LIGURIA	4,68	4,52	4,83	4,58	3,61	1,48	3,30
EMILIA ROMAGNA	3,57	3,59	3,70	3,65	3,80	3,98	4,06
TOSCANA	3,46	3,82	4,03	3,96	3,89	3,87	4,04
UMBRIA	3,98	3,88	3,29	4,06	4,19	4,04	4,44
MARCHE	4,12	3,93	3,56	4,81	4,15	4,82	4,63
LAZIO	4,76	5,11	5,16	5,20	5,54	5,67	5,50
ABRUZZO	6,93	6,57	5,47	4,51	4,75	5,86	5,66
MOLISE	7,08	9,08	8,24	8,92	9,38	11,13	12,38
CAMPANIA	11,77	12,68	12,20	14,13	10,06	11,66	10,35
PUGLIA	9,39	11,14	10,67	11,25	11,23	11,78	13,02
BASILICATA	9,95	10,98	11,27	12,10	11,25	10,06	10,16
CALABRIA	7,70	10,41	12,20	10,03	12,37	13,16	15,47
SICILIA	8,29	9,41	9,65	9,41	9,63	10,14	8,90
SARDEGNA	6,52	5,95	6,40	5,92	6,59	7,11	7,84
ITALIA	4,68	5,21	5,44	5,45	5,45	5,46	5,89

(*)=dati
provvisori

Tab.6 - UTENTI DISTRIBUITI PER FASCE DI ETA'

ETA'	1990		1991		1992		1993		1994		1995	
	numero	%	numero	%	numero	%	numero	%	numero	%	numero	%
<15	44	0,07	87	0,09	112	0,11	85	0,08	347	0,30	89	0,07
15-19	2976	4,46	4386	4,72	5021	4,84	4293	4,08	4000	3,51	3880	3,13
20-24	19632	29,43	26556	28,60	29435	28,36	26821	25,51	26619	23,35	25752	20,80
25-29	25907	38,84	34493	37,15	37965	36,57	37241	35,42	39333	34,51	40550	32,75
30-34	12200	18,29	18687	20,13	21030	20,26	23684	22,52	27701	24,30	32278	26,07
35-39	4403	6,60	6084	6,55	7499	7,22	9081	8,64	11071	9,71	14436	11,66
>40	1540	2,31	2560	2,76	2743	2,64	3537	3,36	4913	4,31	6843	5,53
TOTALE	56702	100,00	92833	100,00	102345	100,00	101155	100,00	113984	100,00	131873	100,00

(*)=dati
provvisori

Tab. 7 - UTENTI DISTRIBUITI PER SOSTANZA STUPEFACENTE D'ABUSO PRIMARIA (%)

Sostanza d'abuso	1991	1992	1993	1994	1995	1996 (*)
ALLUCINOGENI	0,05	0,04	0,07	0,25	0,13	0,20
AMFETAMINE	0,13	0,13	0,24	0,25	0,27	0,42
BARBITURICI	0,05	0,06	0,03	0,04	0,05	0,06
BENZODIAZEPINE	0,60	0,38	0,53	0,47	0,42	0,59
CANNABINOIDI	5,05	4,61	4,93	5,11	5,92	6,08
COCAINA	1,29	1,30	1,66	1,93	1,63	1,84
CRACK	0,31	0,12	0,32	0,10	0,64	0,56
ERODINA	90,12	91,24	90,62	88,51	89,15	87,98
METADONE	0,45	0,28	0,18	0,39	0,23	0,33
MORFINA	0,02	0,04	0,05	0,11	0,55	0,04
ALTRO	1,94	1,80	1,37	2,84	1,02	1,90

(*)=dati
provvisori

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 questo Ufficio, con modalità informatizzate al fine dell'analisi dei dati rilevati.

La rilevazione attuata nel 1996, in riferimento ai dati di attività dell'anno 1995, ha evidenziato problemi, analogamente a quanto si è verificato nel 1995, sia per la copertura della rilevazione (solo il 50% delle strutture previste ha risposto), sia per la qualità delle informazioni raccolte che spesso sono risultate incomplete, inattendibili e non facilmente interpretabili.

Per tale motivo, al fine di acquisire informazioni più complete ed attendibili, è stata svolta nel corso del 1996 una attività di sensibilizzazione verso le regioni sull'importanza di tale rilevazione e sull'obbligatorietà del suo adempimento.

Inoltre per migliorare la qualità della rilevazione è stato iniziato nel 1996, con la collaborazione delle regioni, un lavoro di revisione della scheda di rilevazione rispetto alle modalità di raccolta, alla tipologia delle informazioni richieste e alla struttura generale del modello di rilevazione.

3. Progetto di razionalizzazione

Il Ministero della sanità ha partecipato nel corso del 1996, in qualità di corresponsabile, all'attuazione del "Progetto di razionalizzazione dei flussi informativi prodotti dalla Pubblica Amministrazione che affluiscono, ai sensi del T.U. 309/90, all'Osservatorio permanente sul fenomeno droga del Ministero dell'Interno", approvato dal Comitato Nazionale di Coordinamento per l'Azione Antidroga nella seduta del 21/12/95, predisposto dall'Osservatorio permanente sul fenomeno droga del Ministero dell'Interno in collaborazione con la Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento Affari Sociali, il Ministero della sanità-Dipartimento della Prevenzione (già Se.Ce.D.A.S.), il Ministero di Grazia e Giustizia, il Ministero della Difesa, il Ministero della Pubblica Istruzione e il Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale.

4. Le attività “non convenzionali” dei SERT: Risultati preliminari di una indagine nazionale

Premessa

Da alcuni anni il flusso di informazioni sull'utenza dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze ha raggiunto un buon livello di regolarità e affidabilità e consente di fornire un quadro sufficientemente chiaro degli interventi attuati nel campo dei trattamenti.

Non è disponibile, invece, un quadro organico nazionale degli ulteriori interventi che i Servizi attuano (al proprio interno o, più frequentemente, in collaborazione con realtà esterne) in alcuni settori solo di recente entrati - spesso neppure in modo ufficiale - nel loro ambito di competenze (“community programmes”, riduzione del danno, problematiche delle donne, ecc.). Tale situazione è legata, in primo luogo, ad un elemento strutturale, cioè il carattere dei finanziamenti del Fondo nazionale per la lotta contro la droga, attivo presso la Presidenza del Consiglio, al quale, almeno sino al recente passato, hanno potuto accedere, in gran parte, realtà di livello locale (Comuni, SERT, Unità sanitarie locali), della attività delle quali non è semplice trovare riscontro a livello nazionale, se non attivando specifici strumenti di rilevazione. Anche i dati di tipo amministrativo che, seppure di limitata utilità epidemiologica, potrebbero essere ricavati dalle rendicontazioni di utilizzo dei fondi sono al momento difficilmente disponibili, a causa del notevole ritardo con il quale sono stati erogati i finanziamenti relativi agli ultimi esercizi finanziari.

Posto che la soluzione definitiva alla carenza di questi importanti elementi di conoscenza che riguarda, tra l'altro, tematiche ed esperienze molto accesamente dibattute e sulle quali si sono spesso indirizzate notevoli risorse umane ed economiche, può essere risolta solo con l'attivazione di un flusso di dati su base routinaria (per il quale il Ministero della sanità ha già avviato un primo informale contatto con i referenti regionali per le tossicodipendenze, sulla base anche di sollecitazioni provenienti dal contesto internazionale (Osservatorio europeo sulla droga e le tossicodipendenze di Lisbona- EMCDDA) il Dipartimento della prevenzione (Ufficio ex. Se.Ce.D.A.S.), in collaborazione con una rappresentanza del Coordinamento delle regioni italiane sulla tossicodipendenza ha deciso di effettuare una rapida rilevazione di dati tramite una scheda autosomministrata, che è stata inviata a tutti i Servizi pubblici per le tossicodipendenze.

In tale scheda venivano richieste informazioni sulla presenza di programmi dei SERT in un certo numero di settori ed attività (venti in totale), così come sul numero degli utenti e degli operatori coinvolti in questi programmi, sulle dimensioni dell'intervento (USL, provincia, regione, ecc.), la collaborazione con associazioni del volontariato per i suddetti programmi, la pubblicazione di materiali (divulgativi o scientifici), la presenza di una valutazione quantitativa dei risultati.

Hanno risposto al questionario un totale di 282 SERT, pari al 54,8 del totale dei servizi censiti dal Ministero della sanità. Per quanto riguarda la distribuzione regionale si va da un minimo del 27,3% dell'Umbria fino ad un massimo dell'83,3% del Friuli Venezia Giulia (escluse le regioni e province con un unico SERT).

I limiti di questa rilevazione sono evidenti e riguardano 1) la scheda di rilevazione che, per poter essere utilizzabile ai fini del rapporto nazionale, è stata allestita utilizzando, seppure parzialmente adattate alla realtà

italiana, le terminologie previste dall'EMCDDA, le quali talora risultano generiche, ovvero parzialmente oscure; 2) la attendibilità dei dati ricavabili dal campione dei SERT che hanno risposto, il quale, anche se numeroso e proveniente dall'intero territorio nazionale, potrebbe presentare vizi di selezione nell'uno o nell'altro senso; 3) la mancata standardizzazione della fase di compilazione, sia per quanto concerne alcune terminologie (peraltro ben note nell'ambiente dei Servizi) che, soprattutto, la metodologia di quantificazione richiesta per alcune variabili.

Non di meno, lo spaccato rilevabile da questi dati, che, per la prima volta, forniscono un'immagine relativa all'intero territorio nazionale, si presenta adatto ad interessanti riflessioni, che saranno sicuramente oggetto di adeguata attività informativa per le istituzioni e gli interessati non appena terminata l'elaborazione, tuttora in corso.

Di seguito vengono riportati alcuni risultati preliminari, accompagnati da un rapidissimo commento; in particolare, visto l'interesse che normalmente si concentra su questa tematica, ci si sofferma più a lungo sulla parte relativa ai programmi di riduzione del rischio.

Risultati preliminari

a) Programmi di riduzione del rischio

Sono state richieste informazioni su una serie di interventi molto diversi fra loro (attivazione di centri di prima accoglienza, attività per la prevenzione dell'HIV - test sierologico e counseling, distribuzione di siringhe e profilattici, attivazione di gruppi di discussione/informazione, consulenza al partner- interventi in strada, attività di prevenzione delle overdose).

Per quanto riguarda i tipi di attività, il dato nazionale evidenzia una forte discrepanza tra le percentuali di attivazione degli interventi più generici e, comunque, ormai considerati "competenza istituzionale" del SERT, quali il counseling e il test HIV, per il quale viene riferita l'attivazione di programmi nel 94.2% dei casi, e gli interventi più specifici e "discussi" (scambio siringhe, unità di strada, ecc.), solitamente necessitanti di collaborazioni esterne al Servizio e/o di finanziamenti. Si segnala che la maggior parte dei servizi ha riportato l'intervento anche se svolto da istituzioni collegate (Comuni, USL, ecc.). A livelli intermedi si collocano, poi, gli interventi di prevenzione dell'overdose.

Anche il numero di operatori e di utenti coinvolti nei programmi appare nettamente al di sotto di quelli coinvolti nei servizi "tradizionali" dei SERT.

Per quanto riguarda le dimensioni dell'intervento, si conferma quanto riportato in premessa circa la assoluta prevalenza degli interventi di livello locale. La collaborazione con associazioni del volontariato è spesso presente, ma con percentuali diverse da un tipo di intervento all'altro.

Un dato positivo (anche se da valutare attentamente alla luce di quanto detto in premessa) è l'aumento della percentuale di interventi sottoposti a valutazione quantitativa, quasi sempre superiore al 50%.

La disamina di massima della distribuzione regionale degli interventi, pur se da recepire con cautela in ragione dei limiti già ricordati nella premessa, sembra documentare una maggiore prevalenza dei programmi "caratterizzanti" nell'Emilia Romagna e nel Friuli Venezia Giulia.

In ogni caso, le dispute politiche e le incertezze nel flusso dei finanziamenti che hanno caratterizzato questi ultimi anni sembrano aver prodotto il classico fenomeno della attivazione di interventi "a macchie di leopardo", già ben noto per quanto riguarda altri tipi di programmi (es. i trattamenti sostitutivi).

b) Attività di prevenzione primaria

Tralasciate - volutamente - le attività che i SERT svolgono a livello di scuole e di CIC in particolare (sulla quale sono attivi altri flussi informativi), sono stati indagati tre ambiti di interventi:

- 1) programmi di sensibilizzazione della comunità ("Community programmes");
- 2) programmi specifici per i giovani non scolarizzati;
- 3) programmi per i consumatori occasionali.

Il quadro nazionale evidenzia un'elevata percentuale di attivazione di interventi dei primi due tipi (forse anche a causa della genericità della definizione), mentre limitate sono le esperienze del terzo gruppo: in molte regioni non risulta attivato nessun programma.

Discretamente rappresentata risulta la voce riguardante la produzione di materiali divulgativi, mentre a livelli intermedi si collocano le attività di valutazione e la collaborazione con le associazioni del volontariato.

c) Attività di trattamento

Sono state richieste informazioni su due tematiche di rilievo, entrambe, per la verità, per nulla "nuove", ma caratterizzate, notoriamente, da difficoltà di vario genere per quanto riguarda la effettiva attivazione da parte dei Servizi.

Per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri finalizzati alla detossificazione (tradizionale) si conferma la notevole diffusione dell'offerta di questo intervento (oltre l'80% a livello nazionale e il 100% in molte regioni), ma, contemporaneamente, si evidenzia anche il basso numero di utenti (circa 10 l'anno) che ne usufruiscono; resta da chiarire se ciò sia legato a precise scelte terapeutiche o, più verosimilmente, alla difficoltà di reperire i posti letto necessari per la esecuzione del trattamento.

Passando, invece, alla attivazione di gruppi di auto-aiuto, si ripropone nuovamente una mappa "a macchie di leopardo", con una percentuale nazionale che non raggiunge il 50%. Questo dato andrà, comunque, valutato nell'ambito di un programma di studio che indaghi più a fondo le attività svolte dai Servizi nel campo delle varie forme di trattamento non farmacologico.

d) Attività di supporto sociale

Le due voci indagate (reinserimento post-trattamento e supporto per i genitori dei tossicodipendenti) risultano, in assoluto, le più rappresentate nei Servizi. Questo dato - pur con tutte le cautele necessarie - è, ovviamente, da considerare positivamente, specialmente tenuto conto della carenza cronica dei SERT per quanto riguarda le figure professionali specificamente destinate a queste attività.

Colpisce anche la discreta percentuale di collaborazioni con il volontariato e di attività di valutazione che caratterizza le attività di reinserimento sociale, che, però, inaspettatamente, figurano in percentuale molto inferiore nel contesto degli interventi per i genitori.

e) Attività specifiche per le donne

Un gradito riscontro è la buona percentuale di risposte positive alle domande concernenti gli interventi specifici per le donne (prevenzione MST, supporto alla gravidanza, assistenza alle madri), espressione di una crescente sensibilità per un problema che, in molti Paesi esteri, è una priorità assoluta nel campo della assistenza ai tossicodipendenti; tuttavia l'utenza di questi interventi è ancora molto bassa, probabilmente per una scarsa conoscenza dell'offerta da parte delle donne o, più probabilmente, per la competizione in questo settore di servizi o centri di trattamento afferenti ad altre specializzazioni.

A questo proposito, sarà indispensabile completare la raccolta di informazioni sul problema anche a livello delle altre possibili fonti informative, onde poter consentire anche una corretta programmazione di questi interventi sul territorio.

SERVIZI PUBBLICI PER LE TOSSICODIPENDENZE RILEVATI

REGIONE	attivi (*)	rilevati	% SERT rilevati
PIEMONTE	63	38	60,3
VALLE D'AOSTA	1	1	100,0
LOMBARDIA	44	25	56,8
PROV. AUT. BOLZANO	4	3	75,0
PROV. AUT. TRENTO	1	1	100,0
VENETO	36	17	47,2
FRIULI V. GIULIA	6	5	83,3
LIGURIA	5	4	80,0
EMILIA ROMAGNA	41	20	48,8
TOSCANA	41	21	51,2
UMBRIA	11	3	27,3
MARCHE	14	8	57,1
LAZIO	49	26	53,1
ABRUZZO	11	8	72,7
MOLISE	6	3	50,0
CAMPANIA	43	27	62,8
PUGLIA	55	30	54,5
BASILICATA	6	3	50,0
CALABRIA	13	5	38,5
SICILIA	52	26	50,0
SARDEGNA	13	8	61,5
ITALIA	515	282	54,8

(*) = dato al 31 12 1995

ATTIVITA' DI RIDUZIONE DELLA DOMANDA*Valore medio nazionale del numero di fruitori e del numero di operatori coinvolti*

ATTIVITA'	Percentuale di SERT che hanno svolto attività (*)	Valori mediani	
		fruitori	operatori
<i>Programmi di prevenzione primaria in sede extra scolastica</i>	56,6	150	4
<i>Attività di sensibilizzazione dirette all'intera comunità</i>	61,7	350	5
<i>Interventi su gruppi di consumatori occasionali</i>	28,4	40	4
<i>Interventi in strada</i>	21,4	70	4
<i>Gestione centri di prima accoglienza</i>	12,8	30	6
<i>Attività specifiche di prevenzione dell'HIV:</i>			
a) counseling e test HIV	94,2	103	4
b) scambio o distribuzione siringhe	24,2	100	4
c) distribuzione profilattici	24,3	120	5
d) gruppi di discussione/informazione	48,4	55	3
e) consulenza al partner	82,7	20	4
<i>Ricoveri ospedalieri di tossicodipendenti per detossificazioni</i>	81,5	10	3
<i>Gruppi di auto aiuto nel SERT</i>	45,7	30	3
<i>Attività per la prevenzione dell'overdose</i>	51,9	100	4
<i>Attività di reinserimento sociale post-trattamento</i>	87,1	20	4
<i>Attività specifiche per donne tossicodipendenti:</i>			
a) prevenzione MST	60,5	20	4
b) gravidanza e IVG	60,5	4	4
c) supporto a madri tossicodipendenti	76,0	5	4
<i>Attività di supporto psicosociale per i genitori di tossicodipendenti</i>	92,1	50	5

(*)=calcolata sul totale dei SERT rilevati

RIEPILOGO NAZIONALE (%)

ATTIVITA'	Attività		Dimensioni dell'intervento				Coinvolgimento ONG		Valutazione risultati	
	NO	SI	USL	PROV.	REG.	NAZ.	NO	SI	NO	SI
Programmi di prevenzione primaria in sede extra scolastica	43,4	56,6	82,8	12,3	3,3	1,6	58,8	41,2	44,1	55,9
Attività di sensibilizzazione dirette all'intera comunità	38,3	61,7	73,8	20,8	2,3	3,1	54,1	45,9	53,0	47,0
Interventi su gruppi di consumatori occasionali	71,6	28,4	87,3	9,1	1,8	1,8	63,3	36,7	50,0	50,0
Interventi in strada	78,6	21,4	80,5	9,8	0,0	9,7	45,2	54,8	31,3	68,7
Gestione centri di prima accoglienza	87,2	12,8	70,8	20,8	4,2	4,2	41,2	58,8	22,2	77,8
Attività specifiche di prevenzione dell'HIV:										
a) counseling e test HIV	5,8	94,2	86,6	11,9	0,5	1,0	89,1	10,9	26,7	73,3
b) scambio o distribuzione siringhe	75,8	24,2	80,9	12,8	2,1	4,2	71,4	28,6	34,9	65,1
c) distribuzione profilattici	75,7	24,3	88,2	9,8	2,0	0,0	65,7	34,3	46,5	53,5
d) gruppi di discussione/informazione	51,6	48,4	90,7	8,3	1,0	0,0	77,8	22,2	48,1	51,9
e) consulenza al partner	17,3	82,7	89,0	9,8	0,6	0,6	86,9	13,1	55,4	44,6
Ricoveri ospedalieri di tossicodipendenti per detossificazioni	18,5	81,5	80,5	11,0	6,1	2,4	91,7	8,3	28,2	71,8
Gruppi di auto aiuto nel SERT	54,3	45,7	89,3	8,6	2,1	0,0	49,1	50,9	40,0	60,0
Attività per la prevenzione dell'overdose	48,1	51,9	85,0	13,0	1,0	1,0	78,4	21,6	44,6	55,4
Attività di reinserimento sociale post-trattamento	12,9	87,1	89,1	8,0	1,8	1,1	50,0	50,0	32,9	67,1
Attività specifiche per donne tossicodipendenti:										
a) prevenzione MST	39,5	60,5	88,1	11,0	0,0	0,9	88,9	11,1	54,8	45,2
b) gravidanza e IVG	39,5	60,5	88,4	8,0	3,6	0,0	87,5	12,5	54,9	45,1
c) supporto a madri tossicodipendenti	24,0	76,0	91,6	6,3	1,4	0,7	77,5	22,5	57,6	42,4
Attività di supporto psicosociale per i genitori di tossicodipendenti	7,9	92,1	87,0	10,3	1,7	1,0	72,2	27,8	50,0	50,0

Iniziative intraprese nel settore

1. Bollettino per le farmacodipendenze

Nel corso del 1996 sono stati editi e diffusi a 7.000 destinatari quattro numeri del "Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcoolismo", più un supplemento al n.4 del 1995 contenente una raccolta nazionale ed internazionale della normativa in tema di tossicodipendenza, alcoolismo e tabagismo.

Nel n. 1/96 sono stati pubblicati alcuni articoli relativi a differenti metodiche di disintossicazione in tempi brevi di pazienti oppioido-dipendenti, nonché al trattamento metadonico protratto. Questo numero comprende, inoltre, un'analisi dei riferimenti normativi di pertinenza medico-legale in tema di tossicodipendenza e patente di guida automobilistica.

Il n.2/96 è stato dedicato prevalentemente alla pubblicazione della relazione sulle attività dei SERT nell'anno 1995 ed all'aggiornamento, al 31 marzo 1996, dei casi di AIDS conclamato in Italia.

Nel n.3/96 sono stati pubblicati alcuni articoli dedicati alla relazione tra problematiche familiari ed adolescenziali e dipendenza da droghe, nonché un lavoro sui complessi rapporti tra i genitori tossicodipendenti e i loro figli. Questo numero comprende, inoltre, l'aggiornamento, al 30 giugno 1996, dei casi di AIDS conclamato in Italia.

Il n.4/96 pubblica un articolo dedicato alle cosiddette droghe del sabato sera e due riflessioni sui rapporti tra tossicodipendenza, carcerazione, abuso di sostanze in detenuti extracomunitari, nella città di Bologna. Nel fascicolo è inserita, inoltre, una relazione, attraverso i dati del Laboratorio di Tossicologia forense dell'Istituto di Medicina Legale dell'Università Cattolica, sulle sostanze stupefacenti sequestrate sul mercato di Roma.

Tutti i fascicoli contengono, inoltre, rassegne critiche bibliografiche, aggiornamenti normativi in tema di dipendenze, recensioni di pubblicazioni, segnalazioni di convegni e congressi.

2. Indagini conoscitive

Nel corso dell'anno 1996, questo Ufficio ha proseguito l'attività conoscitiva delle comunità terapeutiche operanti sul territorio nazionale e regolarmente iscritte agli Albi regionali, allo scopo di verificarne lo stato di funzionamento e di efficienza.

Tale attività ha avuto inizio nell'aprile dell'anno 1995, nell'ambito della Regione Lazio dove sono state visitate diciotto strutture residenziali.

Il nucleo di valutazione, è stato per il primo semestre dell'anno 1996 composto da due medici ed uno psicologo di questo Ufficio, coadiuvato, inoltre, dai Carabinieri del R.O.A.D..

Durante questo primo periodo sono state visitate sette comunità terapeutiche, scelte a campione nell'ambito della Regione Umbria.

Successivamente, a seguito dello scioglimento del nucleo del R.O.A.D., (confluito nel comando dei Carabinieri per la sanità), nel secondo semestre dell'anno l'indagine è stata proseguita dai soli funzionari del Dipartimento nelle regioni Sardegna (dove sono state visitate quattro comunità) e Campania (in cui sono state visitate tre comunità). L'attività è stata, quindi, sospesa in attesa di disposizioni del Ministro.

L'indagine conoscitiva come nell'anno precedente, ha verificato l'osservanza dei dispositivi legislativi (anche in relazione ai requisiti igienico-sanitari ed edilizi), le caratteristiche dei programmi terapeutici sia per le comunità dell'area pedagogico-riabilitativa, che per quelle dell'area terapeutico-riabilitativa, oltre che l'osservanza del rispetto della dignità dei residenti.

Iniziative per lo studio dell'alcooldipendenza

1. Promozione di studi e ricerche in tema di sostanze stupefacenti ed alcool

Rientrano nelle competenze di questo settore l'indirizzo e il coordinamento di prevenzione, trattamento e riabilitazione degli stati di dipendenza da alcool, le iniziative per la realizzazione di programmi informativo-educativi nonché studi e ricerche nel settore.

Attività giuridico amministrativa

- Revisione art. 186 del Codice della strada al fine di promuovere controlli casuali e routinari.

Si sono conclusi, nel maggio del 1996, i lavori della Commissione per la formulazione di proposte e iniziative in materia di accertamenti della guida sotto l'influenza di alcool e sostanze stupefacenti e psicotrope. La Commissione ha elaborato un documento di revisione degli art. 186 e 187 del Codice della strada al fine di rendere più efficaci i controlli dello stato di ebbrezza da alcool e di alterazione psicofisica dovuta all'uso di sostanze stupefacenti nei soggetti alla guida di autoveicoli. Tale documento, inviato alla apposita Commissione interministeriale per la revisione del nuovo Codice della strada costituita presso il Ministero dei Lavori pubblici e da questa pressoché interamente approvato, non ha peraltro avuto alcun seguito a causa della scadenza, nel frattempo sopravvenuta, della delega concessa dal Parlamento al Governo per la emanazione del Decreto legislativo di modifica del Codice stesso, ai cui fini la suddetta Commissione interministeriale era stata costituita.

A prosecuzione e completamento dei lavori della citata Commissione ministeriale sono state pertanto attivate le procedure per la costituzione di un gruppo di studio interministeriale per la elaborazione di proposte e iniziative coordinate fra le varie amministrazioni interessate in materia di accertamenti della guida sotto l'influenza delle sostanze d'abuso. In data 27 novembre 1996 è stato firmato dal Ministro il decreto costitutivo di tale gruppo di lavoro.

- Inserimento della alcooldipendenza nell'ambito dell'area problematica della tossicodipendenza contemplata nei livelli uniformi di assistenza relativi al Piano sanitario nazionale ed elaborazione di un relativo "progetto obiettivo".

Sono stati presi i necessari contatti con il competente servizio della programmazione sanitaria cui è stata illustrata con apposito documento l'opportunità dell'iniziativa, anche in relazione con la sopravvenuta adesione dell'Italia alla Carta europea sull'alcool promossa e sostenuta dall'Organizzazione mondiale della sanità nell'ambito del Piano di azione europeo sull'alcool.

- Promozione di un intervento legislativo per la costituzione di un fondo di finanziamento per interventi di lotta all'alcooldipendenza.

Sono stati sostenuti, con adeguati pareri espressi all'Ufficio legislativo, i disegni di legge presentati nella XIII legislatura nei quali si prevede uno specifico stanziamento di fondi per il finanziamento della lotta all'alcooldipendenza (A.C. 1205-Nardini; A.C. 423-Caccavari e al.; A.C. 93-Calderoli; A.C. 108-Procacci).

- Promozione di un intervento legislativo in materia di pubblicità delle bevande alcoliche.
- Emanazione di linee guida per la prevenzione, il trattamento e la riabilitazione della alcooldipendenza e per la prevenzione dell'uso inadeguato di bevande alcoliche, per la elaborazione di parametri per la definizione del "consumo sicuro" e del consumo a rischio, per la omogeneizzazione di alcune definizioni ai fini della confrontabilità dei dati epidemiologici.

A seguito della approvazione nell'ambito della Conferenza di Parigi della Carta europea sull'alcool come completamento della prima fase del Piano di azione europeo per l'alcool promosso dalla O.M.S., si è ritenuto opportuno inserire questi interventi nel quadro generale di un programma di attuazione, nell'ambito del territorio italiano, della Carta medesima. A tale scopo sono state avviate e completate le procedure per la costituzione di una Commissione interministeriale per la formulazione di proposte e iniziative per la attuazione degli obiettivi e delle strategie indicati nella Carta europea sull'alcool, cui vengono chiamati a partecipare i rappresentanti di tutti i ministeri interessati ai vari problemi posti dal l'alcool nonché una rappresentanza delle regioni. La finalità della Commissione è quella di attivare, in armonia con gli obiettivi e le strategie indicati nella citata Carta, interventi ad ampio raggio che richiedono il coordinamento delle varie amministrazioni interessate, al livello centrale e regionale.

2. Rilevazione dei servizi pubblici e privati nel settore dell'alcooldipendenza

Nel corso del 1996 è stata predisposta, da un gruppo tecnico di lavoro costituito da funzionari regionali e del Ministero della sanità, una rilevazione, da attuare in collaborazione con le regioni e le province autonome, delle attività delle strutture pubbliche e private che si occupano del trattamento e recupero dei soggetti con problemi di alcoolismo.

A seguito dell'approvazione della Conferenza Stato-regioni è stato emanato il Decreto del Ministro della sanità 4 settembre 1996, pubblicato sulla GU del 22 ottobre 1996, con il quale viene approvato il modello di rilevazione ed avviata la rilevazione annuale delle attività dei servizi pubblici e privati che operano nell'ambito del SSN per la prevenzione, la cura, e la riabilitazione dell'alcooldipendenza. Attualmente sono in fase di acquisizione i modelli relativi all'attività svolta nell'anno 1996.

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, a seguito di gara internazionale, è stata affidata al raggruppamento di imprese WellComm, I-Mage e Cia-Medianetwork.

La programmazione della quinta campagna, pur confermando la validità delle idee guida che hanno caratterizzato le campagne precedenti, ha risposto alla necessità di adeguare i messaggi al contesto sociale, caratterizzato da una minore "tensione ideologica", ma anche da una minore attenzione dell'opinione pubblica nei confronti del problema AIDS.

Inoltre, è stata valutata con attenzione la mutata situazione epidemiologica, caratterizzata da un aumento del numero dei casi di infezione legati alla trasmissione eterosessuale, specialmente fra donne.

La compiuta definizione degli indirizzi programmatici della quinta campagna ha avuto luogo, come nelle precedenti occasioni, con l'autorevole consenso della Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS e nel rispetto delle strategie contenute nel Progetto obiettivo AIDS (1994-1996).

La programmazione della quinta campagna ha inteso ulteriormente accentuare il carattere di intervento mirato delle singole attività ed ha previsto le seguenti iniziative:

Popolazione generale

I programmi di informazione per la popolazione generale hanno inteso mantenere elevata l'attenzione dell'opinione pubblica sui problemi dell'epidemia e sui possibili interventi di prevenzione. I principali strumenti realizzati sono stati:

- la diffusione a livello nazionale e locale, di alcuni spot televisivi e radiofonici con noti personaggi del mondo dello sport e dello spettacolo;
- una campagna nazionale di affissione di manifesti e cartelloni con le immagini dei medesimi personaggi;
- la pubblicazione di annunci-stampa sulle principali testate nazionali;
- la realizzazione di un opuscolo informativo concernente le principali tematiche dell'infezione e del test HIV, distribuito presso le strutture delle unità sanitarie locali.

Adolescenti e giovani

Particolare attenzione, alla luce dei dati epidemiologici nazionali ed internazionali, è stata dedicata alla fascia di età compresa fra i 14 e i 24 anni.

Difatti l'intera campagna è stata orientata al mondo dei giovani, sia nella scelta delle tematiche, che degli strumenti (ad esempio l'utilizzo di "testimonial" a loro graditi, l'impiego per la proiezione degli spot delle fasce orarie più specifiche, la selezione delle testate e delle emittenti radiofoniche più adatte).

Inoltre sono stati realizzati:

- una agendina illustrata, contenente le informazioni più rilevanti per la prevenzione;
- un opuscolo dedicato ai giovani sportivi, realizzato in collaborazione con il CONI.

Persone sieropositive

L'iniziativa di maggiore rilievo è stata la pubblicazione di un annuncio stampa dedicato a questi soggetti.

Inoltre è stata realizzata una locandina destinata all'affissione nelle strutture sanitarie e rimarcante i doveri dei sanitari nei confronti dei sieropositivi.

Area della tossicodipendenza

La campagna in questo settore è consistita nella attivazione, in varie città italiane, di unità di strada, finalizzate al contatto dei tossicodipendenti più emarginati e composte da operatori del volontariato.

Omosessuali

L'attività principale ha riguardato la distribuzione di materiale informativo appositamente realizzato, effettuata con l'ausilio delle unità mobili e delle associazioni operanti nel mondo omosessuale.

Area della prostituzione

L'attività in questo settore ha portato alla produzione di materiale informativo in lingua italiana e in alcune straniere, scelte in modo da consentire il suo utilizzo presso le numerose prostitute extra-comunitarie.

Donne in età fertile e gravide

E' stato distribuito un opuscolo informativo, prodotto ad alta tiratura, tramite le strutture sanitarie ed allegato a un settimanale femminile.

Strutture carcerarie

Di intesa con l'Amministrazione penitenziaria, è stato prodotto materiale informativo per i reclusi e per il personale di sorveglianza.

E' stato inoltre organizzato, quale evento conclusivo della campagna, un concerto promozionale, che si è svolto in ambiente carcerario ed è stato trasmesso da una rete radiofonica nazionale.

Programma per la scuola

L'intervento più significativo è consistito nella organizzazione di quaranta seminari formativi, ai quali hanno preso parte ben quattromila docenti referenti per l'educazione alla salute delle scuole secondarie superiori, realizzato in stretta collaborazione con il Ministero della Pubblica Istruzione e con l'Istituto superiore di sanità e finalizzato ad orientare i docenti ad un metodo di educazione globale alla salute e alla sessualità.

Campagna per la donazione del sangue

Tradizionalmente svolta parallelamente a quella sull'AIDS, la campagna sangue (spot televisivi e radiofonici, affissione di cartelloni sui mezzi di trasporto, pubblicazione di annunci stampa, azione di promozione-informazione destinata ai Sindaci) quest'anno ha inteso promuovere la donazione del sangue intero e lo sviluppo dell'associazionismo nelle regioni non autosufficienti per la raccolta.

Valutazione della Campagna

Parallelamente alle iniziative della quinta Campagna informativo-educativa sull'AIDS è stata prevista un'attività di ricerca finalizzata ad evidenziare elementi valutativi sull'efficacia degli interventi di comunicazione realizzati.

Tale attività è stata articolata prevedendo due indagini successive (pre-Campagna e post-Campagna) per 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.

Tali indagini sono state effettuate, rispettivamente, nel luglio nel 1995 e nel luglio del 1996 attraverso 5350 interviste telefoniche e i risultati sono stati elaborati ed analizzati dalla società ATESIA.

Nei questionari utilizzati nell'indagine pre-Campagna e post-Campagna le tematiche obiettivo dell'indagine sono state formulate in modo perfettamente confrontabile; inoltre sono state inserite domande simili a quelle previste in analoghe ricerche di valutazione effettuate in occasione di precedenti Campagne informative del Ministero della sanità. E' stato seguito tale criterio per garantire, ai fini della valutazione dell'efficacia informativa della V Campagna, una adeguata confrontabilità dei risultati delle indagini condotte precedentemente e successivamente alla Campagna, nonché di quest'ultimi con quelli di indagini precedenti.

L'attività di valutazione svolta dalla società ATESIA è stata condotta mettendo a confronto i risultati ottenuti nelle due fasi di ricerca pre-Campagna e post-Campagna ed indicando la significatività statistica delle differenze riscontrate tra i due periodi.

Per alcuni dati è stata effettuata anche una analisi temporale esaminando l'andamento, ove il dato fosse disponibile, dal 1988 (Prima Campagna informativa) ad oggi.

Di seguito si riportano schematicamente i risultati più rilevanti ottenuto dallo studio della valutazione dell'efficacia della Campagna.

La Quinta Campagna sembra aver rafforzato uno scenario caratterizzato da:

- quasi la totalità della popolazione conosce la malattia (99.9%)
- l'AIDS viene considerata la patologia più grave, anche rispetto ai tumori e alle malattie cardiovascolari: la Campagna ha contribuito a modificare la percentuale di soggetti che indicano l'AIDS come la malattia più rischiosa per la salute (64% e 72%, rispettivamente, prima e al termine della Campagna)
- la convinzione, soprattutto tra i giovani, che il fenomeno AIDS riguarda tutti gli strati della popolazione e che non sia circoscritto ad alcune specifiche categorie sociali riguarda, al termine della Campagna, il 61% della popolazione, mentre all'inizio della Campagna era pari al 50%. Questo dato è particolarmente importante se si considera che il concetto di "universalità" del problema AIDS è stata particolarmente sottolineato dalla Campagna con messaggi quali: "l'AIDS ci riguarda tutti" o "l'AIDS non guarda in faccia a nessuno"
- una acquisita conoscenza delle modalità di trasmissione della malattia individuate principalmente nei rapporti sessuali (rapporti eterosessuali) e nello scambio delle siringhe
- una coerenza a livello informativo tra le modalità di trasmissione e le misure preventive da adottare. Risultano, infatti, maggiormente citati l'uso di profilattici (59% e 74%, rispettivamente, prima e al termine della Campagna) e l'evitare rapporti occasionali (19% e 9%, rispettivamente, prima e al termine della Campagna)
- una stabilità temporale, anche analizzando i risultati di indagini condotte per precedenti Campagne, della quota di coloro che dichiarano di aver modificato i propri comportamenti in funzione del rischio della malattia, pari al 15% della popolazione
- un forte ricordo di iniziative informative ministeriali sull'AIDS (71% della popolazione). In particolare, per la Quinta Campagna, il ricordo è relativo ad alcuni testimonial (Fiorello, Signori, De Filippi) cioè a personaggi particolarmente graditi ai giovani. Risulta, inoltre, molto forte il ricordo di elementi relativi alla Seconda e Terza Campagna (immagini con aloni fucsia e il messaggio: "AIDS: se lo conosci lo eviti")
- si stima che il 20% della popolazione ricorda elementi ascrivibili esclusivamente alla Quinta Campagna informativa
- la popolazione decodifica i contenuti delle campagne informative principalmente per trarne indicazioni su misure preventive (usare il preservativo, proteggersi, evitare il sesso occasionale, evitare lo scambio delle siringhe). messaggio che ha avuto particolare rilevanza soprattutto nella Quinta Campagna

- una sempre più chiara identificazione degli organismi delegati ad informare la popolazione sull'AIDS (scuola e Ministero della sanità)

2. Altre iniziative

- Contributi a Comunità terapeutiche
- Incentivi per la produzione, commercializzazione e pubblicizzazione delle siringhe monouso autobloccanti di cui alla legge 25.1.1990, n. 8.
- Contributi a comunità o enti assistenziali per la realizzazione di case alloggio o residenze collettive
- Realizzazione a cura del Poligrafico dello Stato di un manuale destinato agli studenti delle scuole medie superiori
- Finanziamenti alle regioni per l'attuazione di programmi informativi-educativi da parte delle associazioni di volontariato
- Contributo all'associazione ARCHE per la realizzazione di una casa alloggio per bambini malati di AIDS e loro madri
- Distribuzione di materiali informativi-educativi predisposti nella 5° Campagna AIDS
- Affissione negli spazi pubblicitari nell'ambito delle stazioni ferroviarie su tutto il territorio nazionale di un messaggio informativo-educativo in tema di AIDS
- Contributo ad un ente assistenziale per la realizzazione di una casa alloggio
- Ristampa opuscoli 5° Campagna Informativo-educativa
- Finanziamenti alle regioni al fine di favorire la ristrutturazione o l'adeguamento strutturale di case alloggio per malati di AIDS
- Iniziative nell'ambito della 9° giornata mondiale di lotta contro l'AIDS

Un contributo tecnico alla discussione sulla cannabis

Non è semplice affrontare il problema della “cannabis” esclusivamente dal punto di vista tecnico, particolarmente in questo momento in cui l'accesso dibattito sulla legalizzazione tende ad assegnare una differente importanza anche ai dati apparentemente oggettivi, a seconda della prospettiva con la quale vengono esaminati.

D'altra parte, come è noto a tutti, anche se è del tutto scorretto che gli elementi scientifici (farmacologici, epidemiologici, psicologici) vengano spesso sottaciuti - e talora distorti - non di meno, il problema della legalizzazione non può essere risolto unicamente nell'ambito delle valutazioni tecniche. Infatti, le opzioni in un senso o nell'altro rappresentano sintesi culturali che ambiscono ad andare oltre il problema specifico della sostanza, e ad affrontare, più in generale, le problematiche sociali ed economiche in cui il fenomeno stesso si inserisce.

Questa riflessione, pertanto, volutamente non entra nelle problematiche politiche, consapevole dei propri limiti, ma con la speranza di poter ugualmente essere uno strumento di riflessione per chi (specie se non addetto ai lavori) vuole farsi un'opinione più documentata sull'argomento. Ulteriori, ben più ampie e documentate trattazioni sono state realizzate recentemente dalla Società Italiana di farmacologia, dalla Società italiana di medicina delle tossicodipendenze, dalla Scuola Europea di medicina generale, oltre, ovviamente, a numerosi contributi provenienti dall'Estero.

Aspetti farmacologici

Le preparazioni più diffuse della “cannabis”, almeno nel mondo occidentale, sono la marijuana e l'hashish. Entrambe contengono, come tutte le preparazioni naturali, una quantità di composti, non tutti perfettamente noti, ma il principio attivo più importante per quanto riguarda l'effetto psicotropo è il *delta-9 tetraidrocannabinolo* (spesso indicato noto con la sigla *THC*). La marijuana contiene, mediamente una percentuale di *THC* non superiore al 15% (normalmente tra lo 0,5 e il 5%), mentre l'hashish contiene una percentuale di principio attivo fino al 30%; preparazioni a più alto contenuto di *THC* (olio di hashish) sono inusuali nel mercato illecito del nostro paese.

Ovviamente, la percentuale di principio attivo della singola dose o preparazione non sono facilmente apprezzabili senza analisi di laboratorio (anche se sono generalmente ben conosciute ai responsabili del traffico illecito).

Quando si parla, pertanto della azione (immediata) di queste sostanze, ci si riferisce sempre, pertanto, ad un effetto “medio”, influenzato anche, come per molte delle sostanze stupefacenti, sia da fattori strettamente farmacologici (dose e via di assunzione, età, metabolismo e abitudini dell'assuntore, contemporanea assunzione di altre sostanze psicotrope, ecc.) che da elementi del tutto diversi (il contesto ambientale e

psicologico dell'individuo in generale e al momento dell'assunzione, lo scopo dell'assunzione - effetto sedativo, euforizzante, o altro - le pregresse esperienze, ecc.).

Con queste precisazioni, gli effetti sfavorevoli "acuti" più comuni sono il calo della concentrazione, difficoltà nella memoria a breve termine, modificazioni dell'orientamento temporale, e, specie nel corso delle prime assunzioni, ansietà disforia e senso di panico. Tutti questi effetti avvengono a livelli incompatibili con la guida di autoveicoli o l'attuazione di altri compiti che richiedano l'adozione di atti specificamente coordinati. L'intossicazione acuta è difficilmente verificabile e quindi di scarsa rilevanza epidemiologica e clinica; la dose letale per l'uomo è ritenuta essere circa 30 mg/kg di THC per via inalatoria (la dose abitualmente usata a scopo psicotropo è di 15-20 mg, mentre a dosaggi intorno a 200-250 mg si possono verificare effetti psicotossici e allucinazioni).

Il problema della tolleranza non è stato ancora chiarito. Clinicamente si nota che consumatori abituali controllano, a parità di dose, con più facilità gli effetti comportamentali tipici indotti dall'assunzione rispetto ai consumatori occasionali; tuttavia, una tendenza ad aumentare la dose generalmente esiste. L'uso a lungo termine può comportare anche la perdita del "controllo" sull'uso della sostanza, anche se raramente si configura una "dipendenza" secondo le classiche definizioni internazionali.

Altri effetti riportati a lungo termine, ma non sempre con evidenze indiscutibili, riguardano danni all'apparato respiratorio (dalla bronchite al cancro - con uno spettro simile a quello del fumo di tabacco) e possibili effetti mutageni.

Per quanto riguarda il sistema nervoso centrale sono stati riportati danni allo sviluppo cognitivo e comportamentale, nonché disturbi di tipo psichiatrico; di tutti questi possibili effetti non esiste, però, una prova certa e, almeno per quel che riguarda la patologia psichiatrica, occorre ricordare che l'uso di sostanze psicoattive può spesso essere il sintomo, più che la causa, di una preesistente e misconosciuta situazione psicotica.

Aspetti epidemiologici

Per quanto importanti siano i discorsi sugli effetti farmacologici sfavorevoli di una sostanza, il problema più sentito, sia da parte degli esperti che dell'opinione pubblica, è quello della diffusione (tecnicamente definita "prevalenza") della sostanza stessa e degli effetti individuali e sociali sfavorevoli collegati al suo uso. Anche per quanto riguarda il tema della legalizzazione, uno degli aspetti più dibattuti è quello dell'impatto degli eventuali provvedimenti sui vari indici di prevalenza e, senza alcun dubbio, si impone, al di là del discorso politico, un monitoraggio epidemiologico degli effetti provocati dalla adozione di una determinata strategia di intervento.

Purtroppo, il nostro paese è tradizionalmente carente di studi di prevalenza nazionali accurati e riproducibili e, pertanto, non è semplice nemmeno proporre una sintesi di quanto ci è noto.

In occasione della Conferenza di Napoli sono stati resi noti i dati preliminari dell'unico studio di prevalenza di ambito nazionale, realizzato dal Ministero della Difesa in un vasto campione di giovani di leva, al quale si rimanda. Al di fuori di questo studio, i cui risultati peraltro non sono estensibili in modo diretto alla popolazione generale (e al sesso femminile in particolare), sono disponibili solo diversi "indici" di prevalenza, le informazioni provenienti dai quali non sono facilmente integrabili fra loro e ancor meno consentono estrapolazioni di più ampio respiro.

In sintesi, la situazione italiana si presenta più difficilmente monitorizzabile di altre (se si utilizzano metodologie scientificamente indiscutibili) dal punto di vista del rapporto tra strategie politiche e consumo di droga (*cannabis* inclusa).

Ancor più difficile è ipotizzare l'evoluzione della prevalenza dell'uso di droga e dei problemi ad essa correlati che si verificherebbe in caso di una diversa impostazione legale del problema.

Le similitudini alle quali si ricorre sono, a tale proposito, di dubbia utilità. Infatti:

a) l'unica esperienza di "liberalizzazione" della *cannabis* nel mondo occidentale è quella olandese, realizzata con uno strumento giuridico inapplicabile in Italia (la discrezionalità della azione penale da parte del pubblico ministero), in un clima sociale -rispetto al problema della droga- abbastanza differente da quello italiano e monitorizzata con strumenti epidemiologici tecnicamente discutibili (e, infatti, oggetto, di dispute politiche);

b) l'esempio delle sostanze "legali" (alcol e tabacco) non può essere applicato facilmente in quanto

b.1 - si tratta di sostanze il cui uso (e talora abuso) solo da poco tempo e incostantemente viene considerato sfavorevolmente dal punto di vista della cultura sociale e dei cui pericoli per la salute una parte della popolazione è tuttora poco consapevole;

b.2 - si tratta di sostanze (specialmente l'alcol) per le quali i confini tra uso, uso scorretto e abuso sono sufficientemente variabili da falsare molte considerazioni.

Pur con tutte queste riserve, l'opinione diffusa tra gli esperti è che un regime più liberale di controllo di una certa sostanza determini un innalzamento (almeno a breve termine) della prevalenza dell'uso, incremento che non raggiunge livelli drammaticamente elevati se permane una "pressione culturale" sfavorevole alla sostanza stessa. Ovviamente, occorre tener conto che inasprimenti e allentamenti nel controllo legale sono spesso la conseguenza essi stessi di un mutamento nell'atteggiamento culturale della società nei confronti di una determinata sostanza.

Un problema dibattutissimo è quello della possibile funzione della "*cannabis*" come "droga di avvio" ("gateway") nei confronti delle sostanze considerate più tossiche (eroina, cocaina, ecc.).

Ovviamente, questo problema presenta risposte molto differenti se si guarda alla anamnesi tossicologica dei soggetti con eroino-dipendenza (in cui l'uso/abuso di *cannabis* figura quasi regolarmente fra le esperienze pregresse e spesso anche fra quelle in atto), ovvero se si dà più importanza al rapporto fra la prevalenza -stimata- dei consumatori di *cannabis* e quella -meglio conosciuta- dei dipendenti da oppiacei (dato che sembrerebbe dimostrare che la assunzione di *cannabis* nella assoluta maggioranza dei casi non è un comportamento evolutivo verso più gravi forme di tossicomania).

L'unica certezza è che anche l'alcool e il tabacco funzionano assai bene da "gateway drugs" sia per le sostanze pesanti che per la *cannabis* stessa, dato che, peraltro, si può anche spiegare sulla base del carattere lecito dell'uso di queste sostanze piuttosto che non attribuendolo a loro peculiari caratteristiche farmacologiche.

Aspetti giuridici

Anche se esulano dalla sfera strettamente medica e dovrebbero essere facilmente risolvibili nell'ambito di un eventuale processo di revisione normativa, non di meno anche i problemi tecnici di carattere giuridico dovrebbero essere meglio conosciuti e valutati, mentre, al contrario, sono spesso totalmente ignorati nel dibattito. In questa sede riassumiamo brevemente alcune delle principali questioni, anche se è, ovviamente, difficile trattare l'argomento in generale e occorrerebbe parlare di specifiche proposte legislative.

a) L'ipotesi di una regolamentazione meno repressiva del commercio delle sostanze stupefacenti ha quale obiettivo la supposta riduzione dei problemi sociali causati dall'approvvigionamento e uso delle sostanze stesse in regime di illegalità e, in particolare, prevede che si possano ottenere dei cambiamenti nelle seguenti direzioni:

a.1 - la riduzione del traffico criminale delle sostanze, dei relativi guadagni e delle implicazioni legate alla esistenza di considerevoli ricchezze illegali;

a.2 - il miglioramento della qualità dei prodotti al consumo, particolarmente in termini di riduzione delle contaminanti pericolose per la salute;

a.3 - la minore problematicità della condizione dei consumatori, sia dal punto di vista sociale (coinvolgimento criminale, ecc.) che da quello della salute individuale (comportamenti a rischio).

Questo tipo di considerazioni non si applicano necessariamente alla sola *cannabis*, ma, in teoria anche alle altre sostanze: il fatto che il dibattito sia limitato alla sola *cannabis* è legato al timore che le modificazioni del quadro legislativo portino ad effetti sociali sfavorevoli ed imprevisti, verosimilmente più limitati se i cambiamenti non riguardassero le sostanze più pericolose. Ovviamente, la permanenza nel contesto della illegalità di tutta una serie di sostanze limita in partenza la teorica possibilità di conseguire pienamente gli obiettivi sopra descritti.

b) La *cannabis* e i suoi derivati sono sostanze sottoposte a controllo internazionale (il *THC* è in tabella I e i derivati grezzi in tabella II) e non sembra, almeno al momento, esistere alcun disegno internazionale per modificare questa situazione. Di fatto, ove venisse ammessa sul territorio nazionale la possibilità di vendere e acquistare determinate quantità di derivati della *cannabis*, oltre a verificarsi una situazione di contrasto tra la legislazione nazionale e quella internazionale (fonte di possibili e probabili controversie con alcuni Paesi occidentali molto proibizionisti), gli eventuali acquirenti/commercianti nazionali della *cannabis* si troverebbero nella seguente alternativa:

b.1 - acquistare comunque il prodotto dal mercato criminale, con i rischi e le conseguenze del caso (perdurante guadagno economico per la malavita e possibilità di pesanti condanne - in altri Stati- per traffico internazionale);

b. 2 - produrre in proprio la sostanza sul territorio nazionale (come avvenuto in Olanda), possibilità esclusa dalla maggior parte delle proposte legislative finora presentate in Parlamento e che, comunque, ridurrebbe le residue possibilità di un monitoraggio/controllo del consumo e del commercio sul territorio e creando le premesse per trasformare, seppure in una evoluzione-limite, il nostro Paese in esportatore della *cannabis* - con evidenti conseguenze.

Se queste attività venissero svolte direttamente dallo Stato (in un regime simile a quello dei tabacchi), potrebbe anche essere introdotto un regime di controlli sulla qualità e nocività del prodotto (es.: livelli di principio attivo), ma non verrebbe risolto il problema del commercio internazionale, e si introdurrebbero una serie di trafilé e costi burocratici che costituirebbero una fonte potenziale di persistenza del mercato illegale. Analoghi effetti potrebbero avere altre opportune misure di controllo, quali il divieto di vendita ai minori, la limitazione delle quantità acquisibili, ecc.

c) la soppressione di alcune norme specifiche sul commercio della *cannabis* lascerebbe intatti altri disposti legislativi che, seppure in diverso modo, contribuiscono a penalizzare l'uso della sostanza. In particolare, le norme del Codice della strada (che riguardano anche l'uso durante la guida di sostanze legali come l'alcool), se non emendate, riproporrebbero quelle stesse sanzioni che costituiscono - almeno per una parte considerevole dei consumatori di *cannabis*- le uniche misure autenticamente repressive della legislazione attuale. Peraltro, è ovvio che la possibilità di tollerare l'uso della *cannabis* in situazioni rischiose per altri individui - come la guida degli autoveicoli- è socialmente e politicamente molto meno accettabile e non figura, infatti, in alcuna proposta di legge fra quelle presentate in Parlamento.

Considerazioni finali e prospettive future

1. TOSSICODIPENDENZA

Dopo il notevole impegno, nei primi anni '90, del Ministero della sanità nell'ambito della definizione degli assetti normativi e organizzativi della assistenza ai soggetti tossicodipendenti e della standardizzazione delle informazioni statistico-epidemiologiche, si apre ora una fase nuova, all'interno della quale tutto il settore sanitario (Ministero e Amministrazioni regionali in particolare) è chiamato ad un rinnovato sforzo di riflessione e di progettualità.

Ciò implica un superamento delle inopportune confusioni dei ruoli e dei livelli di discussione che ha caratterizzato il passato, anche recente, con conseguenti divisioni di campo e carenza di valutazione delle esperienze, puntando, al contrario, sulla individuazione pragmatica delle metodologie idonee a trattare i vari problemi così come sulla ricerca di una maggiore sinergia fra le forze disponibili.

Esempi tipici di questa situazione del passato sono le divisioni basate sugli ambiti professionali (sociale verso sanitario), sulla struttura di lavoro (pubblica - privata), sulle strategie del trattamento (farmacologico - psicosociale).

La collaborazione tra le diverse realtà si rende necessaria anche in relazione alla restrizione delle risorse che, con tutta probabilità, coinvolgerà, in prima battuta, quei settori dello stato sociale ove si appalesano incertezze nella programmazione e contrasti sulle strategie operative.

Pur apprezzando il valore delle diverse esperienze, ricchezza da non disperdere, si deve tentare, però, una riduzione delle disomogeneità non tecnicamente motivate, spesso eredità storica di modelli teorici troppo rigidamente attuati.

Il ruolo del Servizio sanitario nazionale e del sistema assistenziale

L'elevato successo di utenza dei servizi pubblici, anche se non garantisce la soluzione dei problemi, costituisce, comunque, un irrinunciabile punto di partenza per i programmi futuri, nei quali occorre tener conto che il mantenimento dei risultati conseguiti dipende sia dalla disponibilità di adeguate risorse e di un impegno di tutti i livelli decisionali (nazionale, regionale e locale) a dare una priorità alta al problema della droga.

Non di meno, alcuni limiti evidenziati dalla esperienza di questi anni relativamente all'intervento pubblico e privato, così come le modifiche dell'assetto normativo complessivo del SSN impongono l'avvio di un processo di revisione del sistema assistenziale, problematica sulla quale il Ministero della sanità intende sollecitare le regioni verso la ricerca di una comune prospettiva nazionale.

A tale proposito le due ipotesi di lavoro, non alternative, ma complementari, sulle quali il Ministero intende costruire il processo di riforma sono:

- la costituzione dei Dipartimenti (o Unità dipartimentali), evoluzione dei vecchi servizi pubblici, finalizzata da un lato ad una maggiore articolazione e flessibilità dell'intervento nel campo delle tossicodipendenze, dall'altro alla razionalizzazione dell'offerta sul territorio e ad una migliore interazione con le realtà private e/o del campo non sanitario;

- la costruzione della "rete dei servizi" quale nuovo modello di interazione tra il pubblico e il privato, basato su un maggiore equilibrio fra i reciproci diritti e obblighi e sull'inserimento di tutte le realtà nell'ambito della più vasta programmazione dei bisogni assistenziali.

In entrambi i casi si tratta di processi né brevi né semplici, che richiedono chiare determinazioni politiche e amministrative a tutti i livelli decisionali.

Prevenzione e trattamenti

Il settore della prevenzione è riconosciuto da tutti come quello di maggiore importanza. ma, purtroppo, prevalgono ancora spontaneismi, approssimazione metodologica diffusa e carenza di valutazioni. Conseguentemente, il dibattito sulla prevenzione è fortemente ideologizzato, mentre occorre ricondurlo (specialmente per quel che riguarda la prevenzione secondaria) ai rigorosi criteri richiesti dalle conoscenze tecniche.

Una iniziativa volta alla riduzione dell'eccessiva disomogeneità delle strategie di prevenzione e trattamento consisterà nell'allestimento di un documento tecnico di livello nazionale, sotto forma di "Linee-guida per la attuazione degli interventi"; costruite con il maggior contributo possibile da parte degli operatori e, in ogni caso, a partire dalle esperienze già sperimentate e validate, si ritiene che queste linee di indirizzo potranno, ad un tempo, colmare alcuni "vuoti culturali" legati alla carenza del settore formativo e, contemporaneamente, costituire una base comune di riferimento per i comportamenti liberamente e responsabilmente assunti dai centri di cura e dai professionisti.

Un ulteriore aspetto che il Ministero sta attualmente seguendo con particolare interesse ed impegno è quello della valutazione dell'offerta terapeutica, sia in termini di efficacia delle differenti tipologie di trattamento, ma anche in base ad altre considerazioni, come la facilità e rapidità di accesso ai programmi (riduzione delle liste di attesa e/o attivazione di programmi provvisori), qualità del programma stesso, al di là degli aspetti strettamente terapeutici (corretto inquadramento diagnostico, monitoraggio dei risultati, idoneità degli interventi di supporto ed integrazione, ecc.).

Formazione

Un aspetto fondamentale per tutti i livelli di gestione delle problematiche della droga (non solo di quelle sanitarie) è quello della formazione, finalizzata sia all'accrescimento della base culturale comune a tutti i professionisti coinvolti (non soltanto degli operatori dei servizi specialistici), sia al miglioramento della qualità

degli interventi più specifici. Particolare importanza riveste la istituzionalizzazione di alcuni curricoli formativi, particolarmente di quelli dei medici e degli psicologi. La formazione va intesa e realizzata nelle forme idonee a garantire, oltre ad una buona preparazione teorica, un adeguato "training" professionale.

Considerato il fatto che attualmente compete alle regioni il ruolo più importante nell'ambito della formazione degli operatori già in servizio, il Ministero intende avviare un lavoro congiunto con tali Amministrazioni per giungere ad una sintesi nazionale delle esperienze già validamente realizzate.

Contemporaneamente si provvederà ad una ripresa delle iniziative di studio e di discussione, con le Amministrazioni competenti, sui curricula formativi di base e specialistici dei professionisti che aspirano ad inserirsi nel settore della assistenza ai tossicodipendenti.

Problemi emergenti

La comparsa delle cosiddette "nuove droghe", e di tutta una serie di problemi emergenti richiedono ulteriori sforzi di progettualità per iniziative diverse dai tradizionali programmi di intervento.

L'esperienza in questo campo, infatti, è ancora limitata e, di conseguenza, il taglio di questi interventi deve essere decisamente sperimentale ed improntato ad una più rigorosa valutazione di efficacia, rispetto agli altri programmi.

Fra le priorità spicca il problema del carcere per la complessità dei suoi risvolti e per la necessità di garantire le condizioni di salute e le possibilità di recupero dei soggetti tossicodipendenti.

2. ALCOOLDIPENDENZA

Le stime della mortalità alcoolcorrelata degli ultimi anni fanno riferimento a cifre comprese fra i 16.000 e i 18.000 morti l'anno. Dietro questa mortalità stanno pertanto enormi problemi di morbidità e di costi sociali e umani.

In Italia si è registrato un calo dei consumi di bevande alcoliche di più del 30% dagli anni '80 in poi, ma il consumo annuo pro capite di alcool puro (8,4 litri nel 1991) è ancora lontano da quello ritenuto compatibile dall'O.M.S con l'attesa di un buon livello di salute nella popolazione.

E' pertanto importante completare quel lavoro di costruzione di risposte istituzionali alle problematiche poste dall'alcooldipendenza che il Ministero della sanità ha intrapreso col Decreto 3 agosto 1993 in attuazione di quelle competenze di indirizzo e coordinamento del settore che il D.P.R. 309/90 gli aveva per la prima volta assegnato.

Si ritengono ancora validi gli orientamenti di fondo del decreto ministeriale, e la necessità, in esso sancita, di predisporre risposte istituzionali almeno a livello di ciascuna U.S.L., con articolazione in rete di presidi e servizi da stabilirsi a livello regionale, a seconda delle esigenze rilevate nei diversi territori, e della configurazione dei diversi bacini di utenza. Nonché di dare a queste risposte un carattere integrato sia sul piano

disciplinare che su quello della attività dei servizi, utilizzando anche il contributo, in questo settore attivissimo e portante, dell'associazionismo volontario e del mutuo aiuto. Le regioni devono essere vincolate a contemplare queste problematiche nell'ambito della programmazione sociosanitaria ai diversi livelli, ossia in relazione alla promozione della salute, alla prevenzione, al trattamento, alla ricerca, alla formazione e aggiornamento professionale, alla rilevazione epidemiologica.

Sarà necessario perfezionare le modalità di finanziamento di tali interventi, sia di quelli aventi specifica valenza sanitaria che di quelli più orientati sul versante sociale.

Oltre agli aspetti più specificamente sanitari, rimangono da affrontare altri aspetti importanti per i quali sarà utile operare in maniera coordinata con altre amministrazioni e autorità competenti: la regolamentazione della pubblicità; la regolamentazione della vendita (e in particolare la vendita ai minori); il più puntuale controllo della guida in stato di ebbrezza.

Valide linee guida da seguire nella programmazione degli interventi potranno essere, nel rispetto delle caratteristiche socio culturale del nostro Paese, due documenti O.M.S. cui l'Italia ha recentemente aderito, il Piano di azione europeo per l'alcool e la "Carta europea per l'alcool".

PAGINA BIANCA

Ministero di Grazia e Giustizia

Situazione Delle Tossicodipendenze In Italia

(1996)

Indice

I. - Evoluzione Della Legislazione Italiana In Materia Di Stupefacenti Con Riferimento Al Trattamento Riservato Al Consumatore.

1. - La legge speciale del 1923 e le disposizione del codice penale.
2. La legge del 1954.
3. La legge del 1975.
4. La legge del 1990.
5. Il decreto-legge n. 3 del 1993.
6. Il referendum del 1993.

II. - Disciplina Attuale Del Trattamento Del Consumatore.

1. Le novità della normativa a seguito degli effetti abrogativi del referendum.
2. Problemi applicativi della normativa.

III. - Repressione Penale Delle Attività Illecite.

1. I reati di produzione e traffico di stupefacenti.
2. Le fattispecie associative.
3. Il "ravvedimento postdelittuoso".
4. La disciplina processuale.

IV. - Disciplina Penitenziaria Del Tossicodipendente.

1. Cenni sulla disciplina penitenziaria.
2. Dati sulla popolazione detenuta (aggiornati al 31.12.1996).
3. La gestione dei detenuti e degli internati: a) l'assistenza sanitaria.
4. La gestione dei detenuti e degli internati: b) interventi trattamentali.
5. Le misure alternative alla detenzione.
6. La formazione del personale.
7. L'edilizia penitenziaria.
8. Studi e ricerche: a) attività internazionale.
9. Studi e ricerche: b) attività nazionale.

V. - Fenomeno Dell'uso Di Droghe Da Parte Dei Minori.

1. Premessa.
2. Aspetti giuridico-legislativi.
3. Andamento statistico anno 1996.
4. Progetti di miglioramento organizzativo e metodologico.

I. - EVOLUZIONE DELLA LEGISLAZIONE ITALIANA IN MATERIA DI STUPEFACENTI CON RIFERIMENTO 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 durezza. Esso furiesce 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 notizia 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, oltretutto 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.

Molto è stato scritto inoltre sulla 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).

4. La legge del 1990.

La legge del 1975 è stata sottoposta a critiche radicali, perchè 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.

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.

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 perchè 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.

E' 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 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. 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 minima 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, purchè 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.

Da ultimo devono segnalarsi alcune sentenze della Cassazione che hanno limitato le interpretazioni eccessivamente rigoristiche: si è infatti sostenuto che a seguito del referendum del 1993, la coltivazione di piante da sostanze stupefacenti destinata ad uso personale non possa considerarsi penalmente rilevante, dovendo essere assoggettata alle sole sanzioni amministrative (Cass., sez. VI, 3 maggio 1994, Polisenà); così come si è affermata l'irrelevanza penale di condotte di consumo di gruppo con cessione gratuita, sul presupposto che si trattasse di condotte finalizzate al solo uso personale (Cass., sez. VI, 19 dicembre 1996, Di Stefano; Cass., sez. IV, 23 novembre 1994, Matrone).

III. - Repressione Penale Delle Attività 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 criminose, 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;
- c) 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;
- d) 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.

IV. - La Disciplina Penitenziaria Del Tossicodipendente.

1. Cenni sulla disciplina penitenziaria.

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.

2. Dati sulla popolazione detenuta (aggiornati al 31.12.1996).

Al fine di una corretta analisi dello stato delle tossicodipendenze in ambito penitenziario, occorre preliminarmente muovere dalla valutazione dei dati statistici relativi alla popolazione detenuta per l'anno 1996.

Il fenomeno della tossicodipendenza in ambito penitenziario presenta un andamento decrescente a far data dal 31.12.1991. La percentuale dei tossicodipendenti rispetto al totale dei presenti mostra un costante decremento passando dal 32,81 del 31.12.1991 all'attuale 29,25.

Al costante aumento della popolazione detenuta (47.386 presenti) e del numero dei detenuti tossicodipendenti (13.859), non ha fatto riscontro un aumento del numero dei detenuti affetti da HIV.

La percentuale dei detenuti sieropositivi accertati in seguito agli screening effettuati presso gli istituti in relazione al totale dei presenti è progressivamente scesa dal 9,73% del 31.12.1990 al 4,44% attuale.

Il valore assoluto dei detenuti affetti da HIV è sceso a 2.104 unità. Va tuttavia sottolineato che tali dati devono essere letti tenendo conto sia della nuova normativa sull'incompatibilità derivante dal combinato disposto della disciplina di cui alla L. 222/1993 ed alle sentenze della Corte Costituzionale nn. 438 e 439/1995, ma anche della circostanza relativa alla accertata diminuzione della percentuale dei detenuti che si sono sottoposti al test volontario per l'accertamento del virus HIV (dal 49,44% sul totale dei *nuovi giunti* del 1991 si è passati al 36,28% del 1996).

Del tutto singolare è la distribuzione per aree geografiche della percentuale di detenuti sottoposti a screening volontario per l'HIV sul totale dei *nuovi giunti*: si va dal 51,55% del Nord al 26,26% del Sud e delle isole, passando per il 28,18% del Centro.

Ancora più rimarchevole è la differenza per regione ed addirittura per istituto; sotto il primo profilo, la percentuale degli screening effettuati oscilla tra un minimo dell'11,21% della Campania ad un massimo del 78,72% della Sardegna: per quanto concerne, invece, i singoli istituti, a fronte di alcuni istituti nei quali lo screening è stato effettuato sulla totalità dei *nuovi giunti* (Ancona, Agrigento NC, Genova Pontedecimo, Tolmezzo, Vigevano ed altri minori) o comunque su un'elevata percentuale (Genova Marassi, Torino Le

Vallette, Cagliari, Padova, Taranto), risulta significativo il dato relativo ad altri istituti nei quali detta percentuale non raggiunge nemmeno il valore del 10%.

E' altresì rilevante il dato relativo al progressivo aumento negli ultimi anni del numero percentuale dei detenuti sieropositivi non tossicodipendenti rispetto al totale dei detenuti sieropositivi (anche se il dato relativo al 1996 è in leggerissima controtendenza rispetto all'anno precedente: 11,60% contro il 12,10%).

Si è già accennato alla non obbligatorietà della sottoposizione al test per l'accertamento dell'HIV; fatta tale premessa, è interessante osservare come la percentuale dei soggetti risultati positivi rispetto al numero dei detenuti testati tenda progressivamente a decrescere, passando dal 14,70% del 1991 al 5,96% dell'anno 1996.

Soltanto in via di estrema approssimazione, tenendo presente che su un campione di 29.125 detenuti presenti al 31.12.1996, 14.738 sono stati sottoposti al test e 1.039 sono risultati positivi, per una percentuale pari a poco più del 7%, e che sul totale di *nuovi giunti* entrati dalla libertà nel 1996 sono risultati positivi circa il 6%, può stimarsi presente al 31.12.1996 un contingente di circa 3.350 detenuti sieropositivi.

Per ciò che concerne invece le tipologie delittuose, nel corso del 1996 su un totale di 92.411 *nuovi giunti*, circa il 37% (34.316) sono stati ristretti per reati connessi alla produzione, il traffico o lo spaccio di sostanze stupefacenti (art. 73 DPR 309/1990); tra questi, più del 40% (14.694) erano tossicodipendenti; dei rimanenti soggetti entrati per reati diversi (58.095), i tossicodipendenti ammontavano a poco più del 20% (13.562).

Si è altresì rilevato che la percentuale dei nuovi giunti stranieri per art. 73 DPR 309/1990 (10.418 pari al 42,25%) è stata, come negli anni precedenti, superiore alla corrispondente percentuale che si riscontra per i nuovi giunti nel loro complesso.

Assolutamente significativa è anche l'analisi degli effetti delle note sentenze della Corte Costituzionale nn. 438 e 439/1995: detti effetti sono stati immediati: nel 1996 è stato scarcerato per incompatibilità un numero assai inferiore di soggetti rispetto agli anni precedenti (nel 1995 1.338 scarcerazioni: 312 revoche di custodia cautelare, 519 concessioni di arresti domiciliari e 507 rinvii di esecuzione pena; nel 1996 889 scarcerazioni: 208 revoche di custodia cautelare, 310 concessioni di arresti domiciliari e 371 rinvii di esecuzione pena).

I detenuti in gravi condizioni di salute presenti al 31.12.1996 che potrebbero in teoria usufruire della normativa speciale risultano essere 304, di cui 74 affetti da AIDS conclamata, 72 con grave immunodeficienza ($CD4 < 100$) e 158 con deficienza immunitaria rilevante ($CD4 > 100 < 200$).

L'archivio della popolazione detenuta tossicodipendente, messo a punto dal CED del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria nell'anno 1993, ha evidenziato - tramite ricerca condotta su un significativo campione di detenuti - che le fasce di età più numerose risultano essere quelle comprese tra i 30 ed i 39 anni e tra i 21 ed i 29 anni, comprendendo ben 7.058 soggetti su 8.999, pari a più dell'83%. Anche considerando l'insieme della popolazione detenuta, la fascia di età compresa tra i 21 ed i 39 anni risulta essere comunque la più numerosa, ma con minore incidenza percentuale (68%).

Tornando al campione, può essere utile riscontrare come nel tempo la fascia di età più numerosa si sia progressivamente spostata dall'intervallo 21-29 anni a quello 31-39, in ciò ricalcando quanto avvenuto nella

società esterna dove si assiste, sin dal 1990, al fenomeno dell'invecchiamento dell'utenza delle strutture socio-riabilitative per tossicodipendenti.

Riguardo alle sostanze assunte, pur non essendo stata la raccolta delle informazioni completa, gli assuntori di droghe pesanti (eroina e cocaina) ammontano a 7.834 persone (pari a più del 92% dei soggetti); gli assuntori di cannabinoidi risultano essere circa il 3%.

Il grado di istruzione dei soggetti tossicodipendenti costituenti il campione di riferimento corrisponde in larga parte a quello dell'intera popolazione detenuta. Nel campione, considerando unicamente i soggetti che hanno comunicato il grado di istruzione, risulta che quasi l'83% è provvisto di licenza elementare o di scuola media inferiore.

Riguardo alle posizioni giuridiche, quasi il 70% dei soggetti esaminati rivestono la qualità di condannato a pena definitiva; gli internati sono il 2,3% e gli imputati il 27,73%.

3. - La gestione dei detenuti e degli internati: a) l'assistenza sanitaria.

Al fine di proseguire l'attività proficuamente svolta a partire dall'anno 1991, anche per il 1996 è stato disposto il rinnovo delle convenzioni con il personale medico e infermieristico necessario per il funzionamento degli specifici presidi sanitari, istituiti in attuazione dei programmi previsti dall'art. 135 del T.U. 309/90.

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 - voluta dal legislatore sul 1990 - fra i servizi penitenziari e i servizi socio sanitari del territorio, nonché a instaurare una dialettica, fra i due sistemi, caratterizzata maggiormente da aspetti collaborativi.

Nel corso dell'anno 1996 sono stati stipulati ulteriori 8 accordi convenzionali con le Aziende sanitarie 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. Quest'ultima, già dal 1987, anno della sua costituzione, programma e regola le linee di intervento a favore della popolazione tossicodipendente detenuta.

L'attuale regolamentazione dei rapporti con le Aziende UU.SS.LL. è la seguente:

- su 208 istituti penitenziari, 55 sono convenzionati con i locali SERT con rapporti ancora regolamentati da vecchi schemi, usati nel precedente assetto legislativo e pertanto ormai inadeguati al crescente numero dei tossicodipendenti detenuti;
- n. 111 istituti hanno stipulato accordi qualitativamente adeguati ai principi e alle nuove linee d'intervento previsti dal legislatore del 1990 (di cui 32 secondo lo schema elaborato dalla Commissione consultiva nell'anno 1994) risultano tuttora privi di convenzione n. 45 istituti penitenziari distribuiti in particolare nel Sud del territorio nazionale;

- ulteriori 7 istituti intrattengono rapporti collaborativi con le Aziende sanitarie locali, in assenza di formali stipule.

Al fine di rendere più stringente e fattiva la collaborazione fra l'Amministrazione penitenziaria, le Regioni, i Comuni e le Aziende sanitarie locali, il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria ha diramato a fine 1996 una direttiva ai propri Provveditorati regionali affinché curino direttamente la stipula delle convenzioni per l'assistenza sanitaria, la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei detenuti tossicodipendenti.

Risulta che permane una forte correlazione epidemiologica fra l'infezione 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 sieropositivi, compresi, ovviamente, coloro che si trovano in stato di detenzione. La predetta Commissione ha approvato alla fine dell'anno 1996 le linee guida per le terapie anti-AIDS con inibitori della proteasi; terapie che, allo stato, non sono attivate nei confronti dei detenuti HIV positivi in attesa che il Ministero della Sanità indichi le modalità e le procedure affinché le unità operative AIDS prescrivano i farmaci o e attuino un monitoraggio appropriato dei trattamenti con inibitori della proteasi, che non possono essere autonomamente prescritti dal Servizio sanitario penitenziario.

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 e 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 psico-sociali 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 dall'infezione da HIV per i quali la competente Autorità abbia disposto il piantonamento. Provvedimento assolutamente parziale rispetto alla dislocazione degli istituti penitenziari sul territorio nazionale e del quale si è richiesto al Ministero della Sanità l'opportuna integrazione e completamento.

In attesa di un intervento del legislatore a seguito delle note decisioni della Corte Costituzionale nn. 438 e 439/1995 e di una più adeguata puntualizzazione del concetto di incompatibilità delle condizioni di salute di persone affette da AIDS o con grave immunodeficienza (avuto anche riguardo a parametri clinici più attuali

rispetto alla conta dei CD4), l'Amministrazione penitenziaria ha destinato alla cura di tali soggetti un reparto dei Centri Clinici di Milano-Opera, Napoli-Secondigliano e Genova-Marassi.

4. - La gestione dei detenuti e degli internati: b) interventi trattamentali.

Va preliminarmente evidenziato che anche per l'anno 1996 è proseguita l'attività di carattere prevalentemente trattamentale presso gli istituti cosiddetti *a custodia attenuata*, la cui valenza sperimentale è oramai matura per essere considerata quale esperienza da poter porre a fondamento di un programma di maggiore respiro, quantomeno sotto il profilo della diffusione territoriale.

Con i fondi a disposizione per l'anno 1996 sul capitolo 2120 del bilancio dello Stato (interventi in favore dei detenuti tossicodipendenti e di quelli affetti da infezione HIV, recupero e reinserimento dei tossicodipendenti, convenzioni con strutture esterne), si è proseguito nelle realizzazioni 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, e allestiti corsi di formazione professionale e 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 a 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 alle esigenze di movimento e di espressività che si manifestano 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.

La loro tipologia è prevalentemente individuata in relazione alle esigenze del mercato esterno, al fine di agevolare il reperimento di una occupazione all'esterno una volta espiata la pena. In tale ottica sempre più impulso è dato ai corsi d'informatica che risultano particolarmente graditi ad una categoria di detenuti prevalentemente appartenenti ad una fascia giovane.

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.

Si può affermare dunque che le strutture periferiche si sono appropriate delle tecniche amministrativo-contabili che sottendono all'erogazione dei fondi a disposizione dei tossicodipendenti, in particolare di quelli erogati ai sensi dell'art. 127 del D.P.R. 309/90.

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 continua a consolidarsi attraverso un processo di crescita da parte di tutti i soggetti interessati.

Per l'anno 1996 a fronte di una previsione di spesa di £. 4.365.240.000, la somma posta a disposizione dell'Ufficio Centrale Detenuti e Trattamento - Divisione III del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, ai sensi dell'art. 135 del D.P.R. 309/90, è stata di £. 2.000.000.000.

Tale importo è stato utilizzato fino alla concorrenza di £. 1.895.724.000 soddisfacendo in toto le richieste di fondi effettuate dai Provveditorati Regionali dell'Amministrazione Penitenziaria occorrenti per le esigenze degli istituti penitenziari dipendenti.

Per quanto concerne l'art. 127 del D.P.R. 309/90 si fa presente che la Presidenza del Consiglio dei Ministri ha disposto nell'anno 1996 con D.M. del 12.2.96 uno stanziamento di £. 9.000.000.000 sul capitolo 2120 a favore della div. III di questo ufficio, sulla base dei progetti finalizzati per tossicodipendenti, presentati nell'anno 1995. La suddetta somma è stata ripartita in £. 3.500.000.000 per lo svolgimento di attività culturali, ricreative e sportive e in lire 5.500.000.000 per le attività artigianali e per l'attivazione di corsi di qualificazione professionale.

Lo stanziamento in questione purtroppo si è reso disponibile soltanto alla fine del 1° semestre del '96 per cui è stato parzialmente utilizzato fino alla concorrenza di £. 3.763.889.000.

La rimanente cifra di £. 5.236.111.000 sarà utilizzata nel corrente anno '97 così come previsto dalla L. 28/3/97 n. 86 pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 2/4/97 n. 76 che consente il trasporto delle somme non impegnate sul capitolo 2120 nell'esercizio corrente.

L'intendimento di questa Amministrazione per il futuro è quello di coinvolgere un numero sempre maggiore di tossicodipendenti affinché la detenzione possa costituire un momento di rottura nell'ambito di situazioni esistenziali prive di sbocchi e prospettive. Le condizioni strutturali del sistema penitenziario ed i finanziamenti fino ad oggi concessi non hanno consentito la realizzazione di tale progetto in tempi brevi. Per l'anno 1996 però il finanziamento concesso, abbastanza consistente, fa presupporre di poter realizzare gran parte delle attività programmate anche se mancando il requisito della tempestività dell'assegnazione dei fondi e della continuità finanziaria risulta difficile dare l'avvio a progetti di intervento lavorativo che potrebbero rivelarsi a tempo determinato. Al proposito si rinvia alle diverse modalità di erogazione degli stanziamenti previsti ai sensi dell'art. 135 e dell'art. 127 del D.P.R. 309/90.

Si auspica, pertanto, che l'intero finanziamento a favore dei tossicodipendenti possa divenire per così dire "ordinario", anche in considerazione del fatto che ormai questa Amministrazione ha acquisito le regole ed i modelli di riferimento cui attenersi per la predisposizione dei progetti finalizzati, ed in tal senso sarebbe opportuna una modifica normativa.

5. - Le misure alternative alla detenzione.

La Divisione IV dell'Ufficio Centrale Detenuti e Trattamento del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, competente per le "Misure alternative alla detenzione", ha registrato nel 1996 un incremento degli Affidamenti al servizio sociale ex art. 47 bis dell'Ord. Pen., pari al 8,88 % complessivo.

C'è da sottolineare che dei 4.486 soggetti tossicodipendenti che hanno beneficiato di detta misura, ben 3.780 provenivano dalla libertà (incremento rispetto al 1995 del 13,51%), mentre solo 706 provenivano dallo stato detentivo.

Tale rilevazione quantitativa si riferisce in atto ai casi aperti nel 1996 e pertanto non è comprensiva dei casi aperti nei precedenti anni e rimasti tuttora in essere nell'anno considerato.

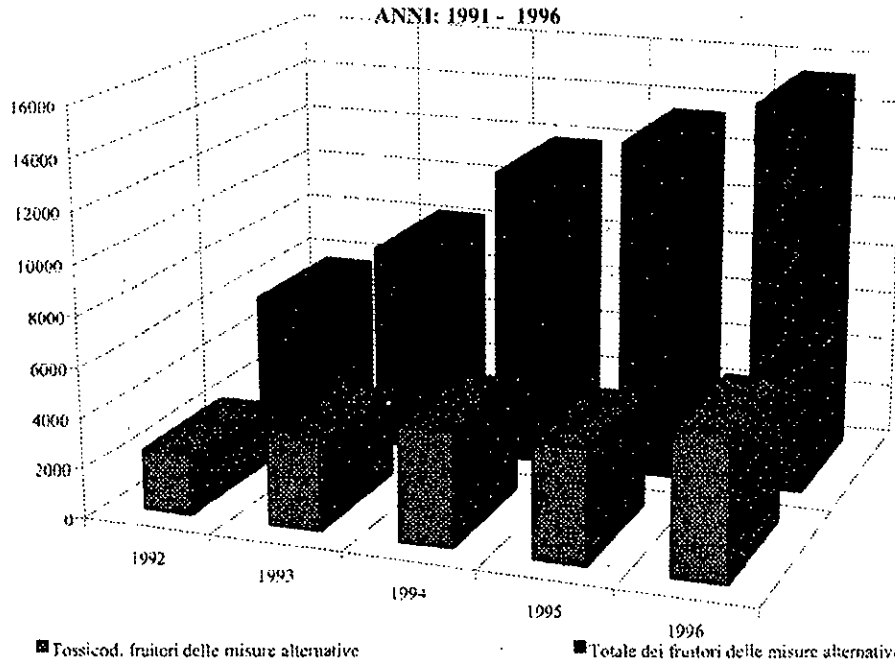
Tabella 5

ATTIVITÀ DEI CENTRI DI SERVIZIO SOCIALE AI SENSI DEGLI ARTT. 47, 47 bis e 47 ter L. 354/75

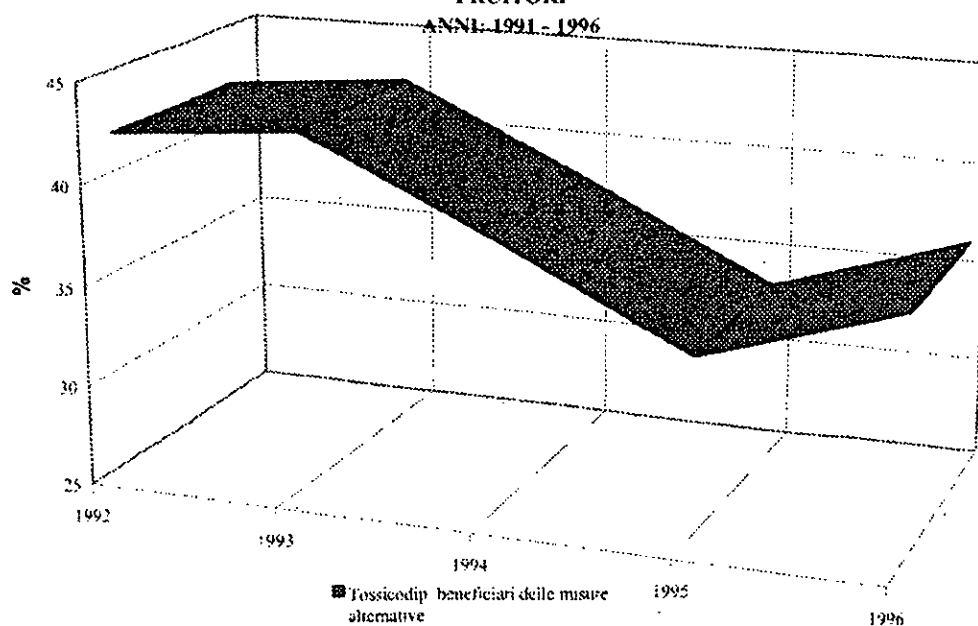
Riepilogo per annualità

Periodo Rilevamento	Casi pervenuti ai Centri di Servizio Sociale											Totale tossicod. fruttori delle misure alternative	%	Rispetto al totale dei fruttori	Totale fruttori delle misure alternative
	Affidamento in Prova al S.S.			Detenzione domiciliare				Detenzione domiciliare							
	Art. 47 bis			Art. 47				Art. 47 ter							
	Tossicod.	Alcool. dipendenti	Totale	Tossicod.	Alcool. dipendenti	Altre categorie	Totale	Tossicod.	Alcool. dipendenti	Altre categorie	Totale				
1992	1.798	39	1.837	483	78	2.837	3.398	105	5	349	459	2.386	41,90	5.694	
1993	2.769	57	2.826	571	101	4.007	4.679	174	22	529	725	3.514	42,70	8.230	
1994	3.849	77	3.926	509	73	6.436	7.018	183	13	696	892	4.541	38,37	11.834	
1995	4.062	121	4.183	399	69	7.847	8.315	73	52	807	932	4.534	33,76	13.430	
1996	4.438	152	4.590	1.058	121	8.530	9.709	160	24	880	1.064	5.656	36,82	15.363	

**NUMERO DEI SOGGETTI CHE HANNO FRUITO DELLE MISURE
ALTERNATIVE
AI SENSI DEGLI ARTT. 47 - 47 bis E 47 ter L. 354
ANNI: 1991 - 1996**



**PERCENTUALE DEI SOGGETTI TOSSICODIPENDENTI FRUITORI DELLE
MISURE ALTERNATIVE
PREVISTE DAGLI ARTT. 47 - 47 bis E 47 ter RISPETTO AL TOTALE DEI
FRUITORI
ANNI: 1991 - 1996**



Relativamente all'anno 1997, si ritiene di poter assicurare un maggior numero di dati quantitativi e qualitativi sull'utenza "tossico/alcooldipendenti", essendosi avviati, tramite l'informatizzazione dei 53 Centri di servizio sociale per Adulti, nuovi e più accurati sistemi di rilevazione.

L'informatizzazione di cui si fa cenno è stata avviata nel 1995, in virtù di un finanziamento ottenuto dal Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga, ex art. 127 T.U. 309/90. Il progetto, resosi indispensabile per la rilevanza della problematica, con particolare riferimento ai soggetti che non passano dal circuito penitenziario, è stato ad oggi realizzato relativamente a:

- Creazione di una rete ISDN tra tutti i Centri di servizio sociale e contestuale installazione di un *helpdesk* presso l'Ufficio Centrale Detenuti e Trattamento e assegnazione ai servizi periferici di 66 *work-stations*, 19 *servers*, 68 stampanti. Sono stati inclusi nella rete anche nove istituti penitenziari, nella prospettiva di sperimentare la "comunicazione" tra il servizio sociale e l'area pedagogica degli istituti, e per creare un archivio comune su tossicodipendenti ed alcool dipendenti.
- Corsi di formazione informatica realizzati nel 1996 dall'Ufficio Centrale della Formazione in favore di complessive 213 unità.
- Progressivo avvio presso tutti i Centri dell'applicativo "AMICA" finalizzato alla gestione del protocollo relativo ai detenuti ed alla creazione di archivi per la specifica tipologia di utenza (tossicodipendenti ed alcooldipendenti) con rilevazione oltre che dei dati anagrafici, anche di tutte le notizie relative alla situazione di ciascun soggetto in riferimento al nucleo familiare, alla scolarità, alle pregresse occupazioni lavorative, alla storia e tipologia della dipendenza, alle condizioni di salute.

Altro aspetto che verrà opportunamente rilevato riguarda l'esito del trattamento intra od extramurario nonché le risultanze del percorso riabilitativo in misura alternativa.

I progetti di inserimento lavorativo di soggetti tossicodipendenti, alcoolisti e malati di AIDS in esecuzione penale esterna, hanno preso l'avvio nel 1993, in virtù del finanziamento del Fondo Nazionale per la Lotta contro la droga.

La valutazione complessiva dei risultati nel triennio 93/96 è senz'altro intrinsecamente positiva oltre che significativa sotto il profilo trattamentale.

Tali progetti hanno infatti reso possibile - ove realizzati e compatibilmente con i Fondi disponibili sul cap. 2120 - dare contenuto all'esecuzione penale in affidamento in prova al servizio sociale dei soggetti tossicodipendenti, finalizzando l'impegno assunto dagli stessi in termini di concretezza immediata, a breve e a medio termine.

Le diversificate ipotesi previste da detti progetti hanno in particolare riguardato, nel corso del 1996, un totale di 92 soggetti tossicodipendenti, suddivisi tra beneficiari di borse di studio, di borse di lavoro, di corsi di formazione teorico-pratici, di attività socialmente utili, nonché di fruitori di contributi per l'avvio di attività artigianali.

Nel 1996 sono state definite ulteriori 92 convenzioni tra 15 CSSA ed le ASL dei territori di rispettiva competenza, secondo lo schema approvato nel 1994 dalla Commissione Nazionale consultiva e di coordinamento per i rapporti tra Stato e Regioni,

In particolare c'è ancora da rilevare una notevole difficoltà a carico delle Aziende sanitarie a definire dette convenzioni ed i relativi protocolli.

6. - La formazione del personale.

Come è noto, in attuazione del DPR 309/1990, la Commissione Nazionale Consultiva e di Coordinamento per i rapporti tra il Ministero di Grazia e Giustizia, le Regioni e gli Enti Locali, ha approvato nel 1994 un documento per la cura e la riabilitazione dei tossicodipendenti e alcooldipendenti coinvolti nell'area penale. Questo documento che contiene linee di indirizzo, schemi di convenzione e di protocolli operativi, si è proposto di realizzare modalità operative integrate ed omogenee tra i servizi specifici delle Aziende sanitarie locali, i SERT, gli istituti penitenziari e i Centri di Servizio Sociale.

L'attuazione di questo importante accordo operativo è fortemente condizionato oltre che dalle difficoltà strutturali ed organizzative delle Aziende Sanitarie Locali, dalla ineludibile necessità di predisporre interventi integrati nell'ottica, da un lato della prevenzione primaria e secondaria e dell'altro del trattamento e reinserimento dei detenuti tossicodipendenti.

Le difficoltà di integrazione e di comunicazione possono e debbono essere superate attraverso lo strumento della formazione. D'altro canto, proprio nella formazione, in relazione alla problematica della tossicodipendenza, questa Amministrazione ai sensi degli artt. 135 e 127 del citato Decreto ha attivato varie iniziative. Queste sono state, negli anni, numerose e differenziate seguendo una prospettiva di graduale approfondimento del problema che qualificasse sempre di più l'intervento degli operatori penitenziari.

Si è quindi passati da una fase a carattere essenzialmente informativo ad una fase orientata all'approfondimento dei livelli sanitari, normativi, relazionali e soprattutto trattamentali, coinvolgendo ed investendo nella partecipazione gli operatori del territorio.

L'obiettivo più qualificante raggiunto con questa proposta formativa è stato proprio quello di preparare e/o migliorare i presupposti per il lavoro di rete con il territorio.

Per quanto riguarda nello specifico le attività realizzate ai sensi dell'art. 135, D.P.R. 309/90 nel corso del 1996 sono stati realizzati 15 corsi di formazione rivolti agli operatori sia penitenziari che del territorio che a vario titolo intervengono nel trattamento del detenuto tossicodipendente.

Tali corsi erano stati istituiti ed avviati nel 1995 e complessivamente questa attività, nel biennio 1995-1996, ha raggiunto 763 operatori penitenziari, prevalentemente di polizia penitenziaria.

Quanto ai progetti finalizzati ex art. 127 dello stesso Decreto ed approvati dal Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga, si precisa che nell'ambito del Progetto dell'Ufficio IV "Sviluppo di un'applicazione dedicata alla informatizzazione dei C.S.S.A. - Dotazione di P.C. collegati in rete locale" - era prevista una parte dedicata alla formazione del personale dei C.S.S.A..

Sono stati realizzati, quindi, nel decorso anno sei edizioni di un corso di formazione e addestramento della durata di 36 ore per complessivi cinque giorni.

L'attività formativa ha interessato i 55 Centri di Servizio Sociale per Adulti e nove istituti penitenziari, facenti parte della sperimentazione integrata del progetto per l'informatizzazione delle aree educative, raggiungendo complessivamente 213 operatori ripartiti in varie qualifiche.

La limitata partecipazione è stata determinata oltre che dalle risorse finanziarie a disposizione, anche dalla disponibilità di sole 32 postazioni lavoro (con personal computer) nell'aula multimediale della Scuola di Formazione per un costo complessivo di lire 124 milioni.

Ciononostante, grazie alla formazione integrata è stato possibile dotare ogni sede di un nucleo operativo idoneo e preparato ad assicurare la funzionalità della rete realizzata.

Il progetto formativo, inoltre, intendeva raggiungere un obiettivo complementare, per assicurare operatività efficace al sistema creato, consistente nel mobilitare le diverse professionalità interagenti nelle strutture periferiche interessate.

Hanno poi visto la conclusione i "Corsi pilota interprofessionali sulla comunicazione iniziati nel 1995 per il personale impegnato nel trattamento, recupero e reinserimento di detenuti tossicodipendenti e alcooldipendenti.

L'iniziativa ha interessato 481 operatori penitenziari e 53 operatori del territorio (SERT, volontariato, privato sociale) coinvolgendo 46 istituti e 28 Centri di Servizio Sociale.

I docenti incaricati sono stati 52 individuati tra professori universitari ed esperti di Scuole specializzate sulla comunicazione.

I corsi, svolti in 12 Regioni individuate in base alla maggiore presenza di detenuti tossicodipendenti, erano articolati in 3 moduli di 3 giorni ciascuno con cadenza minima bimestrale ed hanno avuto avvio tra novembre e dicembre 1995.

E' stata data valenza formativa anche al periodo intercorrente tra un modulo e l'altro con *homeworks* finalizzati alla raccolta di elementi, dati, situazioni che avrebbero arricchito e meglio contestualizzato i moduli successivi.

E' stata anche impostata una verifica sulla ricaduta operativa dell'azione formativa condotta nelle sedi di servizio per un periodo di sei mesi successivi al termine dell'ultimo modulo.

Tale verifica si è conclusa, in quasi tutte le sedi, nel dicembre '96 ed è ancora in atto la raccolta dei risultati finali.

Ogni corso ha visto la partecipazione di circa 30 operatori penitenziari (più esterni) di due o tre realtà operative per facilitare lo scambio di esperienze.

La composizione dei gruppi provenienti da ogni istituto è stata determinata in modo da comprendere tutte le figure professionali dell'équipe di osservazione e trattamento allargata e comunque in numero sufficientemente significativo per indirizzare l'attenzione anche al gruppo come soggetto.

L'obiettivo generale dei corsi era quello di migliorare negli operatori la capacità di instaurare

rapporti di valida comunicazione con i soggetti tossicodipendenti, nonché di stabilire relazioni umane e professionali soddisfacenti e tecnicamente adeguate, favorendo una maggiore integrazione delle diverse figure professionali coinvolte, spesso in conflitto tra loro.

Questo obiettivo, peraltro ambizioso, è stato ampiamente raggiunto - anche se in misura differente - in tutte le sedi.

I risultati sono stati molto interessanti e possono essere riassunti in:

- migliore capacità di leggere il contesto in cui si opera;
- aumento dell'autostima professionale per la percezione più chiara e consapevole del ruolo proprio ed altrui;
- diminuzione della frustrazione per la condivisione con gli altri operatori della "responsabilità" dell'intervento ed anche per la capacità di individuare obiettivi che siano raggiungibili.

L'esperienza è stata inoltre talmente significativa che da molte sedi è stato richiesto un *follow up* per riprendere i risultati della verifica operativa e dai responsabili periferici dei corsi è stata rappresentata la necessità di estendere questo tipo di formazione a tutti gli operatori.

L'Ufficio Centrale della Formazione, a seguito della valutazione estremamente positiva, superando il carattere sperimentale, ha inserito i corsi sulla comunicazione nella programmazione ordinaria della attività di formazione (si allega opuscolo descrittivo).

Tale programmazione generale, scaturita da una ricognizione generale delle attività formative realizzate dal 1992 e da una analisi dei bisogni realizzata su tutto il territorio tramite i Provveditorati Regionali, individua dei percorsi formativi differenziati che tengono conto delle specificità territoriali e della esperienza già realizzata.

Nel corso del 1996 il Provveditorato Regionale dell'Umbria ha realizzato, nell'ambito di questa programmazione generale, il piano formativo individuato per Istituti e Servizi della Regione che si è articolato in un ciclo di conferenze a carattere informativo, un corso sull'integrazione delle figure professionali e le strategie di intervento nei confronti dei soggetti tossicodipendenti, un corso sulla comunicazione e un corso sulle donne tossicodipendenti.

Gli altri Provveditorati Regionali realizzeranno nel corso del 1997 i propri piani formativi nell'ambito della programmazione generale che però subirà limitazioni attuative, a causa della ridotta disponibilità finanziaria sul Cap. 2120.

7. - Edilizia Penitenziaria.

Nel corso dell'anno 1996 con il capitolo 7006 si è proceduto all'assegnazione di fondi esclusivamente in termini di cassa per effettuare i pagamenti dei lavori in corso negli istituti sotto specificati, interessati a lavori di ristrutturazione ed adeguamento per renderli idonei alla custodia di detenuti tossicodipendenti.

Si evidenzia che gli stanziamenti assentiti con la legge 162/1990 sono stati totalmente esauriti e che pertanto l'attività di questo Dipartimento relativamente al capitolo 7006 si limita all'assegnazione di fondi in

termini di cassa ai Provveditorati alle Opere Pubbliche per il pagamento degli stati di avanzamento dei lavori già appaltati.

Questo il dettaglio degli interventi:

C.R. Padova

- Oggetto: Lavori di ristrutturazione
- Decreto di impegno n. 537228 del 2/8/93 di £. 1.649.567.000
- Pagamenti effettuati nel 1996: £. 500.155.070
- Stato di esecuzione: i lavori sono stati ultimati il 15/11/1996

C.C. Torino "Le Nuove"

- Oggetto: Lavori di ristrutturazione della III sezione
- Decreto di impegno n. 525126 del 29/3/93 di £. 1.420.000.000
- Pagamenti effettuati nel 1996: £. 30.000.000
- Stato di esecuzione: i lavori sono ultimati

Seconda C.C. Firenze Sollicciano

- Oggetto: Lavori di ristrutturazione
- Decreto di impegno n. 557336 del 6/5/93 di £. 1.200.000.000
- Pagamenti effettuati nel 1996: £. 500.000.000
- Stato di esecuzione: i lavori sono ultimati in attesa del collaudo

C.C. N.C. Roma Rebibbia

- Oggetto: Lavori di ristrutturazione del reparto G. 11
- Decreto di impegno n. 552356 del 9/12/93 di £. 7.301.000.000
- Pagamenti effettuati nel 1996: £. 2.500.000.000
- Stato di esecuzione: i lavori sono in corso

C.C. Napoli Poggioreale

- Oggetto: Lavori di ristrutturazione del reparto colloqui
- Decreto di impegno n. 551409 del 2/8/93 di £. 1.499.000.000
- Pagamenti effettuati nel 1996: £. 626.593.820
- Stato di esecuzione: i lavori sono in corso

Per quanto riguarda il capitolo 2120/res. 95 sono stati assegnati i fondi ai sotto elencati che hanno provveduto a ripartirli agli istituti penitenziari per la manutenzione ordinaria e straordinaria dei reparti destinati alla custodia di detenuti tossicodipendenti:

• Napoli	£.	911.000.000
• Messina	£.	600.000.000
• Torino	£.	<u>10.000.000</u>
	£.	1.521.000.000

8. - Studi e ricerche: a) attività internazionale.

Si segnala la prosecuzione delle attività connesse al Progetto Reitox (rete europea di informazione sulle droghe e sulle tossicodipendenze), curato dall'Unione Europea.

Nel corso del 1996 è stata curata in particolare l'elaborazione di un progetto, per il miglioramento qualitativo dei Rapporti periodici nazionali, coinvolgente anche Svezia, Paesi Bassi, Germania, Francia, Irlanda e Austria e finalizzato alla stesura del I° Rapporto Annuale dell'Osservatorio Europeo sulle droghe e tossicodipendenze (O.E.D.T.) sulla situazione del fenomeno in Europa.

9. - Studi e ricerche: b) attività nazionale.

L'Ufficio Centrale Studi, Ricerche, Legislazione e Documentazione del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria ha partecipato all'elaborazione di un "Progetto di razionalizzazione ed implementazione dei flussi informativi prodotti dalla pubblica Amministrazione" che affluiscono all'Osservatorio permanente sul fenomeno droga del Ministero dell'Interno, ai sensi del citato T.U. 309/90.

Il Progetto in argomento è stato predisposto dalla Direzione Centrale per la documentazione con i Dicasteri competenti in materia (Grazia e Giustizia, Difesa, Sanità e Pubblica Istruzione) e con la supervisione del Dipartimento per gli Affari Sociali che ha assegnato lo stanziamento necessario per la sua realizzazione.

L'iniziativa, propedeutica alla creazione di una Rete informativa comune integrata, si propone, fra l'altro, di eliminare le duplicazioni e le sovrapposizioni tuttora esistenti nel sistema informativo nazionale.

Sono proseguite alcune attività già avviate dall'Osservatorio Nazionale sul fenomeno della tossicodipendenza, HIV e sindromi correlate in ambito penitenziario e sugli interventi riabilitativi, costituito in seno a questo Ufficio.

Si segnala, in particolare, la prosecuzione dei lavori relativi all'elaborazione di una sorta di "testo unico" delle disposizioni relative alla custodia e al trattamento socio-riabilitativo dei detenuti tossicodipendenti.

E' stato, altresì, elaborato un documento riguardante le linee-guida e i criteri per l'individuazione del circuito penitenziario della custodia attenuata.

V. - Fenomeno Dell'uso Di Droghe Da Parte Dei Minori.**1. - Premessa.**

Il fenomeno dell'uso di droghe da parte dei minori transitati per i servizi penali nel corso del 1996 è stato fronteggiato mediante una linea d'indirizzo tendente essenzialmente al potenziamento dell'azione congiunta tra Servizi penali della Giustizia Minorile e Servizi socio-sanitari territoriali degli Enti locali, linea a

suo tempo tracciata dalla Commissione Nazionale consultiva e di coordinamento per i rapporti con le Regioni e gli Enti locali e imposta, nell'ambito del processo penale, dal D.P.R. 22 settembre 1988, n. 448.

L'azione è stata sostenuta dall'impulso e dalla propulsione data da questo Ufficio all'esercizio dei diritti dei minori attraverso l'apposita circolare d'indirizzo e di coordinamento del 10 giugno 1996, n. 40789.

Su questi presupposti d'orientamento le attività connesse alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione degli stati di tossicodipendenza hanno trovato concreta applicazione a due livelli d'intervento:

- a) organizzazione dell'intervento integrato avvalendosi delle forme di collaborazione e del clima favorevole indicate e agevolate dai protocolli operativi stipulati e dai seminari formativi congiunti, eseguiti a livello interistituzionale;
- b) realizzazione dell'intervento specifico partendo dalla rilevazione della condizione di "consumatore di droghe" e agendo, con azione concordata tra Servizi della Giustizia e SERT, prevalentemente sull'aspetto socio-sanitario del problema.

La esecuzione dei programmi individuali formulati in tal senso in sede ambulatoriale ed in sede residenziale ha tenuto conto dei particolari istituti giuridici entro cui si colloca l'intervento penale, utilizzando nei limiti della più ampia possibilità discrezionale, il regime delle misure alternative alla detenzione.

2. - Aspetti giuridico-legislativi.

Nel contesto operativo la condizione di consumatore e di tossicodipendente in sede penale registra ancora la presenza della dialettica, mai sopita, tra necessità di trattamento socio-sanitario ed esigenze di carattere penale. Tuttavia, il fenomeno del consumo, pur restando sostanzialmente stabile a livello statistico, sposta l'interesse verso quei comportamenti legati alla detenzione e al consumo "per uso personale", depenalizzati dalla recente legislazione scaturita dall'esito referendario, ora sanzionati per illecito amministrativo.

E' da ritenere che ciò abbia potenziato le ipotesi di illecito previste dall'art. 75 del T.U. 9 ottobre 1990, n. 309 (sanzioni amministrative), la cui applicazione è di competenza prefettizia, ma è certo che a livello penale non si è verificata la riduzione del fenomeno, essendo presenti nelle fattispecie concrete di reato la sussistenza della condizione di spaccio o di traffico illecito.

Pertanto, l'ordinamento penale minorile, le cui strutture portanti sono identificabili nel Codice Penale, nel D.P.R. 448/88, nella Legge 354/75 e successive modifiche, ha diretto 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 intendono sottoporsi ad un programma curativo 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 compiuto il diciottesimo anno di età ma non ancora i 21 anni;
- 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 tiene conto, anche, per le eventuali prescrizioni riguardanti lo stato di tossicodipendenza, dei criteri di idoneità, proporzionalità, adeguatezza, e delle esigenze di non interrompere i processi educativi in atto, stabilendo, altresì, i necessari controlli di cui all'art. 89 del D.P.R. 309/90.

Nel contesto applicativo delle misure cautelari sono stati realizzati interventi diretti alla condizione di tossicodipendenza. In particolare, per le prescrizioni e per la permanenza in casa, che necessitano di potenziamento nell'utilizzazione, è prevista 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 stati 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 in casi particolari.

Ciò è dovuto all'esiguo numero di ragazzi presenti negli istituti penali per minorenni in espiazione di pena detentiva o in carico agli uffici di servizio sociale per l'esecuzione di misure alternative alla pena detentiva.

Si sono verificate invece le ipotesi previste dall'art. 73 del T. U. Citato per quanto attiene il traffico di sostanze stupefacenti e psicotrope.

Sul piano applicativo si sono registrati problemi per i minori extracomunitari presenti sul territorio nazionale 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, è stata rappresentata a questo Ufficio dai Tribunali per i Minorenni la difficoltà di poter intervenire su soggetti non identificabili sia per quanto attiene la nazionalità, sia per quanto riguarda gli altri dati anagrafici.

Questa Amministrazione ha promosso un intervento presso il Ministero degli Esteri e il Ministero degli Interni per ricercare, congiuntamente, coinvolgendo anche in particolare le Autorità consolari dei Paesi nord-africani, possibili sbocchi amministrativi diretti a superare le denunciate difficoltà relative alla identificazione dei minori interessati.

Allo stesso tempo si è adoperato perché fosse recepita l'esigenza di prevedere contesti che limitassero i movimenti per il tempo necessario all'identificazione dei minori extracomunitari in posizione irregolare, nell'ambito della normativa in materia di immigrazione, esigenza che è stata recepita nello specifico articolato del disegno di legge al momento all'esame del Parlamento.

Sul piano organizzativo delle attività destinate agli extracomunitari con problemi di tossicodipendenza presenti nei Servizi penali minorili, è stata prevista l'utilizzazione di mediatori culturali con il compito di avviare e sviluppare una relazione di aiuto e di sostegno sia in rapporto alle esigenze linguistiche, sia in relazione all'utilizzo pieno di tutte le opportunità, anche specifiche, che i Servizi stessi hanno messo a disposizione dell'utenza.

Tale figura di mediatore ha permesso di ridurre gli stati ansiogeni dei soggetti interessati e di stabilire un canale di comunicazione con le Autorità consolari dei Paesi di appartenenza e, in qualche caso, con la identificazione del nucleo originario di provenienza.

Nel corso dell'anno è stato realizzato inoltre uno studio teso a verificare la possibilità di realizzare un sistema di intervento in materia di mediazione giudiziaria penale nel quadro degli spazi interpretativi resi possibili dalla vigente normativa penale ed in particolare del D.P.R. 448/88. In sostanza, prendendo spunto dalla specifica disposizione contenuta nell'art. 28 (sospensione del procedimento penale e messa alla prova) del sopracitato D.P.R., che promuova un'azione diretta alla riconciliazione del reo con la vittima, questo Ufficio ha inteso valutare la possibilità di utilizzare altre specifiche norme destinate ai minorenni che potrebbero permettere un intervento teso alla riconciliazione con la vittima, alla riparazione del danno e alla riduzione della conflittualità sociale.

Tale studio ha fornito risposte favorevoli che si auspica possano permettere nel corso del 1997 l'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 avviata nel corso dell'anno nelle sedi di Torino, Bari, Milano riguarda anche casi interessati al programma di cure e riabilitazione per tossicodipendenti.

Sul piano legislativo, infine, è stato rinnovato il finanziamento della L. 19 luglio 1991, 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, gestita dal Ministero dell'Interno, e alla prevenzione secondaria, gestita dal Ministero di Grazia e Giustizia.

3. - Andamento statistico anno 1996.

L'evoluzione del fenomeno dell'assunzione di sostanze stupefacenti tra i minori che entrano nel circuito penale, ha fatto registrare un andamento sostanzialmente conforme a quello degli anni precedenti. Le poche variazioni, di ampiezza limitata, all'andamento consolidatosi negli ultimi tre anni non sono, infatti, significative sul piano statistico.

Sul piano metodologico, sono stati seguiti i criteri e le modalità operative applicati in precedenza. I dati raccolti, quindi, sono stati rilevati attraverso un'apposita scheda compilata dagli operatori addetti al momento dell'ingresso del singolo minore nel servizio. I risultati complessivi del rilevamento effettuato riguardano in particolare:

- a) la distribuzione territoriale dei minori assuntori di droga nei servizi della giustizia minorile (Tabb. 1-3);
- b) i reati commessi dai minori assuntori di droga (Tabb. 4-6);
- c) le sostanze delle quali questi minori fanno uso (Tabb. 7-9);
- d) il livello di dipendenza dalla sostanza usata (Tabb. 19-21);
- d) le modalità di rilevazione della condizione di assuntore (occasionale, abituale, dipendente) di tali sostanze (Tabb. 10-12);
- e) gli interventi effettuati nel corso della permanenza del minore all'interno del circuito penale e penitenziario (Tabb. 13-15);
- f) le attività di collaborazione tra i servizi della giustizia minorile e quelli degli enti territoriali (Tabb. 16-18).

Come già si fece in occasione delle precedenti relazioni, è necessario premettere al commento dei dati relativi al 1996 un'avvertenza relativa al fenomeno della cosiddetta "dispersione" delle risposte nelle varie fasi di elaborazione, trasmissione e interpretazione dei risultati. Tale rischio, sempre presente nei rilevamenti a mezzo di schede-questionario, è stato tenuto sotto controllo attraverso l'applicazione delle consuete procedure di trattamento dei dati e la dispersione finale è risultata nella norma.

Nel complesso il numero di minori assuntori di droghe nei servizi della giustizia minorile è rimasto quasi invariato nel 1996 rispetto al 1995. Si è registrata una riduzione di dimensioni estremamente ridotte e non significative sul piano statistico, che potrebbe essere vista come una variazione contingente, non connessa a motivazioni strutturali. Occorrerebbe attendere il suo consolidamento nel tempo per una sua più precisa interpretazione. Allo stato attuale non si può escludere, infatti, che essa sia legata semplicemente alle periodiche fluttuazioni che si registrano nell'applicazione in sede giudiziaria delle varie misure a disposizione per la sanzione ed il sostegno dei minori che commettono atti di devianza. E', al contrario, da rilevare il fatto che l'uso di sostanze non diminuisce sostanzialmente, nonostante gli sforzi messi in atto dai servizi istituzionali.

Per quanto concerne la distribuzione dei minori assuntori di droga, si osserva agevolmente che la maggior parte di essi è seguita od ospitata nelle strutture delle aree metropolitane, segno anche questo della

particolare diffusione che il fenomeno del commercio e dell'uso di sostanze stupefacenti assume nelle grandi agglomerazioni urbane, nelle quali le manifestazioni di marginalità e di disagio giovanili sono più marcate che altrove. Il dato è, come risulta evidente, legato alla diffusione dell'uso di sostanze stupefacenti nel nostro Paese e, di conseguenza, non desta sorpresa; occorre precisare, peraltro, che la distribuzione territoriale è, in questo caso, influenzata da altri fattori, quali l'attività di controllo e repressione del commercio di sostanze stupefacenti svolta dalle forze di polizia e l'attività degli organi giudiziari minorili.

I reati commessi dai minori assuntori di droga sono, nella massima parte, circa il 70%, rappresentati da violazioni della legge 309/90 sugli stupefacenti, furti e rapine. Il dato riguardante specificamente le violazioni della legge 309/90 è significativo, in quanto evidenzia una realtà ormai consolidata, vale a dire la "sovrapposizione" parziale del fenomeno dell'uso di sostanze stupefacenti e di quello dello spaccio di tali sostanze. Un numero rilevante di soggetti che fanno uso di stupefacenti è pure coinvolto nel loro traffico. Questa realtà, che caratterizza il mondo della devianza adulta, da alcuni anni si va radicando anche in quello della devianza minorile. Tra le spiegazioni che sono state avanzate in campo criminologico per comprendere il fenomeno una delle più accreditate individua nello spaccio uno dei comportamenti che caratterizzano la condizione di dipendenza dalla sostanza; la continua necessità di procurarsi la "dose" di cui ha bisogno spinge il tossicodipendente ad orientare l'intera vita quotidiana in questa direzione e, quindi, a mettere in atto condotte devianti tra le quali lo spaccio è la più adatta al soddisfacimento immediato del bisogno. La diffusione di questo fenomeno tra i minori richiama l'attenzione sull'esigenza di una risposta specifica ed adeguata sul piano formativo, in grado, soprattutto nel momento della prevenzione, di attuare interventi efficaci in vista di un riorientamento del soggetto che, data la giovane età, può ancora sottrarsi, se sostenuto adeguatamente, alla condizione della dipendenza dalla sostanza.

Quanto è stato detto fin qui vale anche per reati in apparenza "non specifici", quali il furto e la rapina, che in molti casi sono, tuttavia, anch'essi legati all'assunzione di droghe; una parte rilevante dell'utenza dei servizi della giustizia minorile risulta, in effetti, legata ad un tipo di devianza caratterizzata dall'uso di sostanze stupefacenti.

E' pure significativo che si sia ormai consolidato anche il numero di minori stranieri assuntori di droghe che entrano nel circuito penale e penitenziario. Si tratta, nella totalità dei casi, di minori appartenenti alle minoranze nomadi o provenienti dai Paesi nordafricani. L'incidenza percentualmente maggiore della violazione della legge 309/90 tra questi minori, rispetto agli italiani, è indicativa del forte coinvolgimento degli extracomunitari nelle attività di spaccio di sostanze stupefacenti. Se si considera il fatto che la cultura d'origine di questi minori, sia nel caso dei nomadi, sia in quello dei nordafricani, è caratterizzata da preclusioni fortissime nei confronti non solo delle sostanze stupefacenti, ma anche dell'alcool, risultano evidenti il potenziale di attrazione che queste sostanze assumono tra i giovani immigrati (sia per quanto riguarda l'uso personale, sia per quanto riguarda il coinvolgimento nelle organizzazioni dedite al traffico di stupefacenti), anche a causa, presumibilmente, della condizione di anomia e di marginalità socio-culturale, oltre che economica, nella quale vivono.

Per quanto riguarda il tipo delle sostanze assunte, anche nel 1996 la più diffusa è risultata la cannabis. Il dato è indicativo di un livello di abitudine nell'assunzione di droghe ancora iniziale, tipico dell'età adolescenziale. Da ciò deriva l'esigenza di inquadrare l'attività di sostegno di questi minori in un ambito di prevenzione e di formazione globale, e non soltanto di "riduzione del danno". L'elemento che emerge più nettamente dai dati raccolti sul tipo di sostanze usate è, comunque, il notevole incremento rispetto all'anno 1995 del numero di minori assuntori di due o più sostanze. Questo dato è chiaramente indicativo del diffondersi della pratica del cosiddetto "cocktail di sostanze" anche tra i più giovani assuntori di droghe. E' quasi ovvio sottolineare la gravità del fenomeno, per le conseguenze che ha sul piano fisico e su quello psichico di un numero crescente di giovani. Tale gravità è acuita anche dal fatto che il "cocktail" è una pratica ormai diffusa non soltanto tra gli assuntori di lunga data, ma anche tra quelli alle prime esperienze o, comunque, non ancora giunti alla condizione di dipendenza. Il fatto che il numero degli assuntori di più sostanze sia percentualmente più rilevante negli istituti penali, rispetto alle altre strutture della giustizia minorile, può essere considerato un indice attendibile anche di una maggiore pericolosità sociale delle condotte devianti di questi soggetti. Questi dati sono da collegare anche, in un contesto più ampio, accanto ad un altro fenomeno in crescita, quello delle cosiddette "droghe del sabato sera", che, pur riguardando una fascia della popolazione giovanile diversa dall'utenza dei servizi penali minorili, è da stimare come uno degli aspetti nuovi dell'abuso di sostanze in età adolescenziale.

Gli accertamenti sul livello di assuefazione alla sostanza hanno messo in rilievo che la maggior parte dei minori segnalati si trova nella condizione di assuntore abituale. Sono peraltro quasi altrettanto numerosi gli assuntori occasionali. A questo riguardo si deve osservare che si è verificata una fluttuazione delle percentuali riguardanti i minori assuntori occasionali e abituali ospitati in C.P.A. (in particolare) e in I.P.M. (in misura meno marcata) dal 1995 al 1996: il numero degli assuntori classificati come occasionali è aumentato, mentre quello degli assuntori abituali è calato. Il dato può essere, tuttavia, riferito almeno in parte anche al margine di soggettività che caratterizza le nozioni di consumo occasionale o abituale. Non è un caso, infatti, che, nonostante questa fluttuazione, il dato sui tossicodipendenti sia rimasto stabile nei due anni.

Occorre rilevare anche la forte presenza di minori tossicodipendenti negli istituti penali minorili. Questo dato, già segnalato negli anni scorsi, indica che anche nel quadro del disagio minorile l'ambito della devianza e quello dell'abuso di droghe assumono contorni e tendenze parzialmente sovrapponibili; in particolare, ad una più grave assuefazione all'uso di stupefacenti corrisponde anche, sul piano statistico, una maggiore pericolosità sociale che si manifesta in forme più eclatanti di devianza e riceve una più rigida risposta istituzionale.

Nel rapporto tra i minori e gli operatori delle strutture, anche nel 1996 è stato registrato un elemento che può essere assunto come indicatore indiretto dell'instaurarsi di una positiva relazione per quanto riguarda le problematiche dell'assunzione di droga: la rilevazione dell'uso è avvenuta, infatti, in oltre due terzi dei casi, attraverso la dichiarazione volontaria da parte del minore e solo in un numero ristretto di casi sono state necessarie analisi cliniche o visite mediche, se non per l'acquisizione, ovviamente, di notizie più approfondite

sullo stato di salute dell'interessato. Anche in questo caso non appare inopportuno porre in evidenza questo dato, utile per valutare le prime fasi dell'inserimento del minore nel circuito penale e penitenziario.

Sul piano degli interventi, è utile segnalare la netta prevalenza delle attività di sostegno psicologico rispetto a quelle di tipo puramente farmacologico. Il dato, che corrisponde a quello degli anni precedenti, è riconducibile sia alla limitata diffusione tra soggetti ancora di minore età della condizione di dipendenza dalla sostanza, sia all'esigenza di applicare, nelle strutture minorili, strategie di trattamento che vadano oltre la mera riduzione del danno e che si caratterizzino in senso formativo e relazionale. Parimenti significativo in questa prospettiva è il dato relativo agli istituti penali minorili, nei quali l'intervento farmacologico, quando si rivela necessario, è quasi sempre applicato congiuntamente a quello psicologico e di sostegno. L'intervento farmacologico risulta, invece, più praticato nei centri di prima accoglienza (pur essendo, anche in queste strutture, limitato ad un numero ristretto di casi), nei quali è, evidentemente, più rilevante l'esigenza di intervenire su situazioni di improvvisa astinenza e su condizioni psicologiche particolarmente stressanti per soggetti assuntori di droghe. Occorre, peraltro, precisare che l'intervento farmacologico nei servizi della giustizia minorile si sostanzia nella somministrazione di farmaci e non di altri mezzi terapeutici, quali, ad es., il metadone. L'intervento avviene più sul versante delle crisi psicologiche derivanti dalla limitazione della libertà, che su quello del trattamento specifico delle condizioni di dipendenza dalla sostanza.

Uno degli elementi di maggiore difficoltà presenti nell'attività delle strutture della giustizia minorile con i minori assuntori di droga è ancora quello della ristrettezza degli spazi disponibili per la collaborazione con le strutture del territorio. Tale difficoltà è rilevabile anche dal numero alquanto limitato di collaborazioni segnalate dai servizi per l'attuazione di programmi d'intervento sui minori da essi ospitati o seguiti. Se un numero ridotto di collaborazioni è un dato comprensibile per quanto riguarda i centri di prima accoglienza, dato il breve periodo di tempo che i minori trascorrono in queste strutture subito dopo l'arresto (o il fermo) e in attesa delle prime determinazioni del giudice, appare, invece, preoccupante il fatto che nella netta maggioranza dei casi seguiti dai servizi sociali minorili o ospitati negli istituti penali minorili non si attivi alcuna forma di collaborazione.

Quando si attiva la collaborazione, essa si concretizza, peraltro, nell'intervento dei servizi ambulatoriali delle U.S.L.. Questa situazione è determinata, ovviamente, dall'attuale strutturazione dei servizi territoriali e delle attività di prevenzione e trattamento delle tossicodipendenze. Sarebbe auspicabile che, nell'ambito della riorganizzazione in atto dei servizi non residenziali gestiti dalle organizzazioni del privato sociale, trovino ulteriore spazio le collaborazioni con i servizi della giustizia minorile, in quanto, pur riguardando in particolare il trattamento residenziale in comunità, le maggiori organizzazioni che operano in questo campo sono, tuttavia, in grado di attivare anche interventi nel campo del trattamento non residenziale e della prevenzione primaria e secondaria.

Infine, per quanto concerne la diffusione delle patologie connesse all'infezione da virus HIV, i dati relativi al 1996 appaiono alquanto positivi, essendo stato rilevato soltanto un caso di sieropositività nel corso dell'intero anno (gli accertamenti eseguiti sono stati complessivamente 194). Non sono stati registrati casi di

AIDS conclamata. Se questo risultato può apparire quasi ottimale, occorre tuttavia segnalare anche come le attuali conoscenze scientifiche su questa patologia non siano ancora in grado di garantire previsioni epidemiologiche certe. Non si può escludere, quindi, la possibilità di un'evoluzione della situazione anche nelle strutture della giustizia minorile. Occorre peraltro notare che le caratteristiche dei minori assuntori di droga (in particolare il numero ristretto di tossicodipendenti) consentono di valutare come molto basso, allo stato attuale, il rischio di un consistente aggravamento della situazione, la quale peraltro continua ad essere oggetto di un adeguato monitoraggio sanitario.

4. - Progetti di miglioramento organizzativo e metodologico.

Nel corso del 1996 è stata portata a compimento l'esecuzione dei progetti finanziati con il Fondo nazionale antidroga gravanti sull'esercizio di bilancio del 1993, di cui si è data ampia informativa con la relazione dell'anno 1995.

Nello stesso anno sono stati presentati ed approvati, con finanziamento relativo agli esercizi di bilancio 1994/1995, i seguenti tre progetti:

1) Potenziamento degli interventi istituzionali. Inserimenti in comunità terapeutiche di minori tossicodipendenti con provvedimenti penali. Ammesso con finanziamento di £. 1.260.000.000, esercizio finanziario 1994.

Il Progetto intende sostenere iniziative di natura curativa e riabilitativa per i minorenni imputati o condannati per reati diversi in stato di tossicodipendenza, nei cui confronti l'Amministrazione è tenuta ad attivarsi mediante programmi e percorsi d'intervento specifico.

Intende altresì sostenere iniziative adeguate e specifiche per minori sottoposti a provvedimenti penali che prevedano l'inserimento in comunità per necessità terapeutiche o per applicazione del D.P.R. 448/88, relativamente ai soggetti impegnati in un programma terapeutico-riabilitativo.

In particolare l'iniziativa è destinata

- ◆ ai minori nei cui confronti è stato applicato l'art. 22 del D.P.R. 22 settembre 1988, n. 448 che prevede l'inserimento in comunità come misura cautelare non detentiva;
- ◆ ai minori nei cui confronti è applicato l'art. 28 (sospensione del processo e messa alla prova) da eseguirsi in comunità per esigenze terapeutiche o perché il progetto di reinserimento predisposto dai Servizi della Giustizia contempla l'obbligo della permanenza in tali strutture;
- ◆ ai minori con problemi di droga a cui viene applicata la misura di sicurezza nella forma esecutiva del collocamento in comunità.

Il progetto si inserisce nel contesto della risposta giudiziaria che tiene conto, salvaguarda e privilegia l'esercizio del diritto alla salute, offrendo, allo stesso tempo, opportunità di riabilitazione e di reinserimento sociale.

2) Adozione di metodologie sperimentali interistituzionali in merito agli interventi avviati nei servizi penali. Finanziamento gravante sull'esercizio di bilancio relativo al 1994 per l'importo di £. 174.750.000.

Il progetto è sostenuto dalla constatazione che il trattamento terapeutico avviato nei confronti dei minorenni con problemi di droga in carico ai servizi penali minorili non trova prosecuzione nell'ambiente di vita una volta che il soggetto esce dal circuito penale.

Compito del progetto è, quindi, di creare rapporti interistituzionali, in particolare con i servizi dell'Ente Locale, duraturi che siano in grado di affrontare le problematiche connesse allo stato di tossicodipendenza fin dal momento della formulazione del relativo programma per i casi coinvolti in situazione penale.

Ciò pure allo scopo di portare a compimento il trattamento anche dopo l'esaurirsi dell'intervento penale e di valutare i risultati per verificarne l'efficacia e validarne il metodo.

Ciò permetterà di costituire gruppi di operatori appartenenti a diverse istituzioni interessate in grado di sperimentare l'azione comune e di stabilizzare, nella prospettiva, l'efficacia e la prontezza dell'intervento comune.

Il programma attuativo del progetto prevede:

- ♦ composizione di gruppi di lavoro integrati (Milano, Roma, Napoli);
- ♦ acquisizione di conoscenze diverse tra servizi della Giustizia, degli Enti Locali, del Lavoro;
- ♦ definizione di una comune metodologia integrata per l'intervento conseguente;
- ♦ individuazione delle risorse del territorio utilizzabili e disponibili per l'attività di sperimentazione;
- ♦ realizzazione di iniziative sperimentali nelle sedi prescelte per l'esecuzione del progetto.

Per le verifiche tecniche (intermedia e finale) e per la valutazione dei risultati è previsto il coinvolgimento di una Agenzia specializzata, ancora da identificare, con la quale sarà stipulata apposita convenzione.

Il progetto rientra nella strategia del miglioramento organizzativo dei servizi nell'ambito della specifica risposta, adeguata ed efficace, da dare alla condizione dei minorenni che fanno uso di sostanze stupefacenti e psicotrope.

3) Stages di formazione finalizzati alla verifica della validità e dell'efficacia dei risultati della formazione attuata per i progetti dell'esercizio 1993. Il relativo finanziamento, gravante sull'esercizio di bilancio 1995, è stato approvato per l'importo di £. 65.000.000.

Scopo del progetto è quello di procedere ad una verifica dei risultati della formazione sotto il profilo dell'integrazione degli interventi in gruppi interprofessionali e negli interventi di pronto soccorso. La verifica riguarda l'analisi e la valutazione dei progetti attuati nel corso del 1994/95, finanziati con i fondi di bilancio del 1993, in materia di addestramento e di riqualificazione del personale appartenente a diverse istituzioni cointeressate a fronteggiare il fenomeno delle tossicodipendenze.

Il progetto si propone di attivare un ciclo di incontri presso le tre Scuole di formazione del personale per i minorenni della Giustizia Minorile, rivolti a gruppi misti interprofessionali, con la partecipazione di direttori, operatori tecnici (assistenti sociali, educatori, consulenti) e personale di polizia penitenziaria che abbiano partecipato alle precedenti iniziative.

Sono previsti non meno di tre incontri, della durata di 2 giorni ciascuno, durante i quali, con appropriata metodologia di rilevazione, verifica e autovalutazione, detti gruppi siano chiamati a valutare gli effetti della precedente qualificazione.

Inoltre, nell'ambito dello stesso progetto, è previsto un ciclo seminariale di formazione/animazione, finalizzato a preparare gli operatori dei Servizi minorili nella predisposizione di strumenti di informazione e sensibilizzazione in favore dei minori sulla questione droga, fornendo a tali operatori conoscenze e abilità tecniche nel creare laboratori, emeroteche, videoteche, ecc.

I tre progetti sono stati avviati ad esecuzione nello scorso mese di settembre, ma lo svolgimento delle relative attività è stato poco dopo sospeso per effetto della mancata conversione in legge del Decreto-Legge 13 settembre 1996, n. 476 che ne sosteneva il finanziamento. L'attività esecutiva riprenderà non appena saranno ripristinate le condizioni normative che ne permetteranno lo svolgimento.

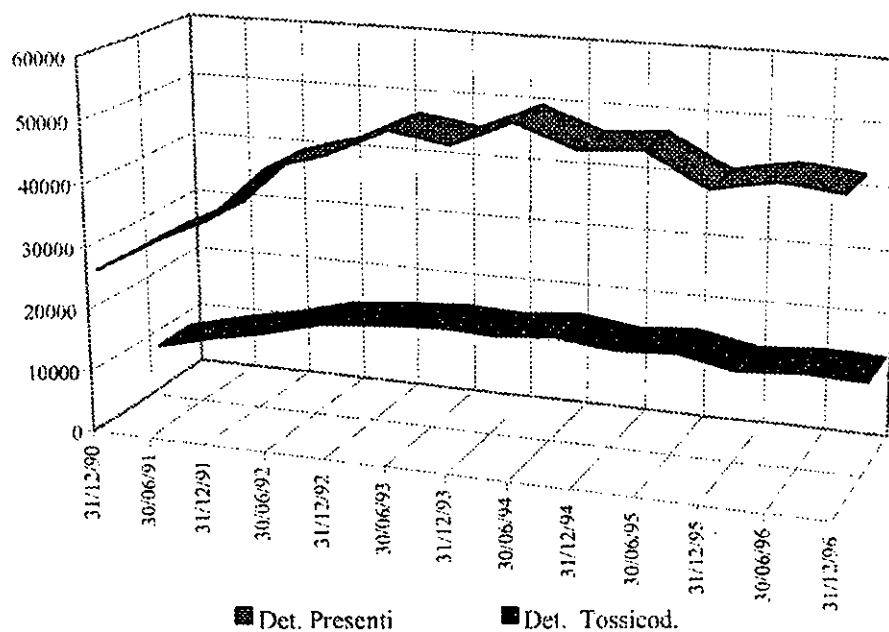
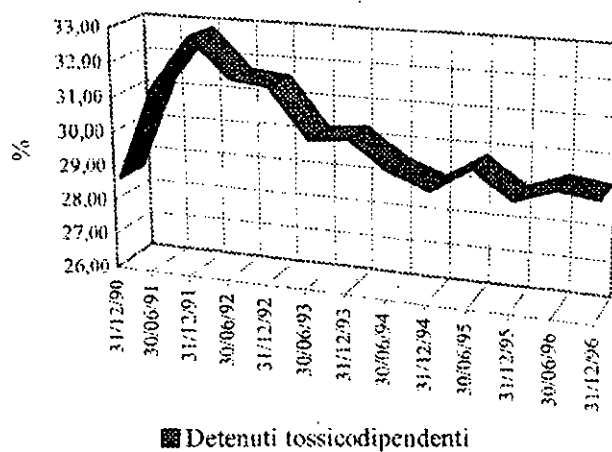
XIII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

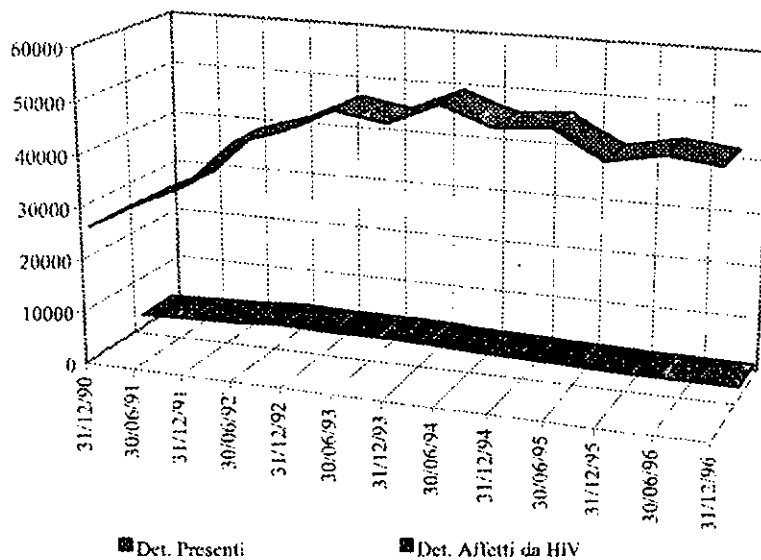
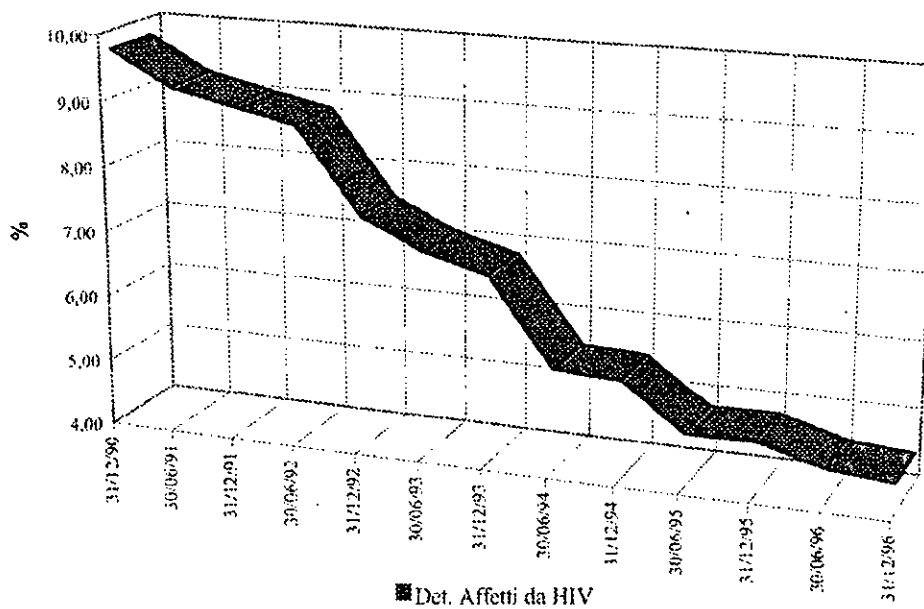
Tabella 1

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

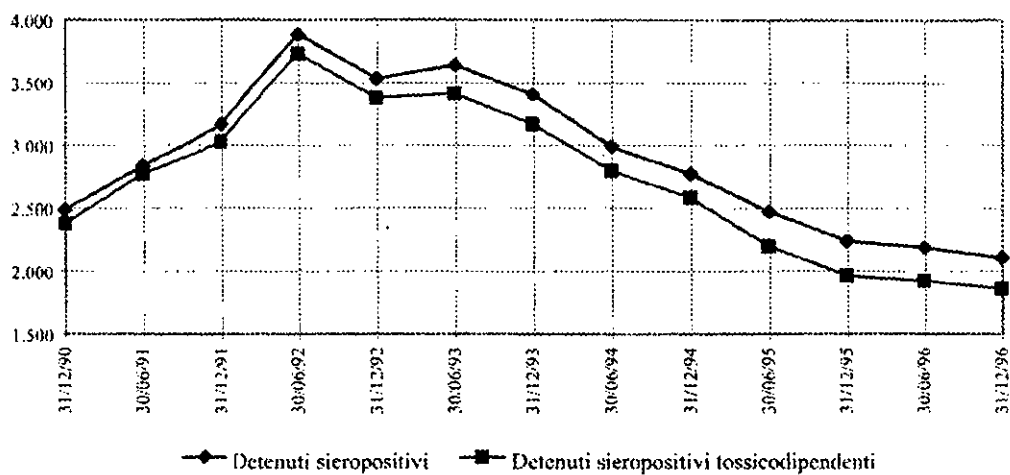
Serie storica

	Tot. Presenti	Tot. Tossicod.		Tot. Sieropos.		Tot. Sieropos. non toss.		Tot. Sieropos. toss.		Tot. Sieropos. non toss.		Tot. Sieropos. toss.	
		% Resp. ai Pres.		% Resp. ai Pres.		% Resp. ai Tossic.	% Resp. al tot. detenuti Sieropos.	% Resp. ai Det. Presenti non toss.		% Resp. al tot. detenuti Sieropos.		% Resp. ai det. Sieropos.	
31/12/90	25.573	7,299	28,54	2.489	9,73	2.378	32,58	93,54	111	0,61	4,46	39	1,57
30/06/91	30.774	9.623	31,27	2.838	9,22	2.770	28,79	97,60	68	0,32	2,40	48	1,69
31/12/91	35.168	11.540	32,81	3.169	9,01	3.030	26,26	95,61	139	0,59	4,39	84	2,65
30/06/92	44.108	13.970	31,67	3.884	8,81	3.731	26,71	96,06	153	0,51	3,94	84	2,16
31/12/92	46.968	14.818	31,55	3.530	7,52	3.377	22,79	95,67	153	0,48	4,33	50	1,42
30/06/93	51.513	15.531	30,15	3.638	7,06	3.413	21,98	93,82	225	0,63	6,18	58	1,59
31/12/93	49.983	15.135	30,28	3.407	6,82	3.170	20,94	93,04	237	0,68	6,96	86	2,52
30/06/94	54.098	15.957	29,50	2.987	5,52	2.797	17,53	93,64	190	0,50	6,36	50	1,67
31/12/94	50.723	14.742	29,06	2.772	5,46	2.583	17,52	93,18	189	0,53	6,82	30	1,08
30/06/95	51.530	15.336	29,76	2.469	4,79	2.194	14,31	88,86	275	0,76	11,14	35	1,42
31/12/95	46.525	13.488	28,99	2.232	4,80	1.962	14,55	87,90	270	0,82	12,10	62	2,78
30/06/96	48.348	14.216	29,40	2.184	4,52	1.922	13,52	88,00	262	0,77	12,00	110	5,04
31/12/96	47.386	13.859	29,25	2.104	4,44	1.860	13,42	88,40	244	0,73	11,60	74	3,52

**DETENUTI PRESENTI E DETENUTI TOSSICODIPENDENTI
ANNI: 1990 - 1996****PERCENTUALE DETENUTI TOSSICODIPENDENTI
RISPETTO AI PRESENTI
ANNI: 1990 - 1996**

**DETENUTI PRESENTI E DETENUTI AFFETTI DA HIV
ANNI: 1990 - 1996****PERCENTUALE DETENUTI AFFETTI DA HIV RISPETTO AI
PRESENTI
ANNI: 1990 - 1996**

**TOTALE DETENUTI SIEROPOSITIVI E DETENUTI
SIEROPOSITIVI TOSSICODIPENDENTI
ANNI: 1990 - 1996**



**PERCENTUALE DETENUTI TOSSICOMANI SIEROPOSITIVI
RISPETTO AL TOTALE DEI SIEROPOSITIVI**

ANNI: 1990 - 1996

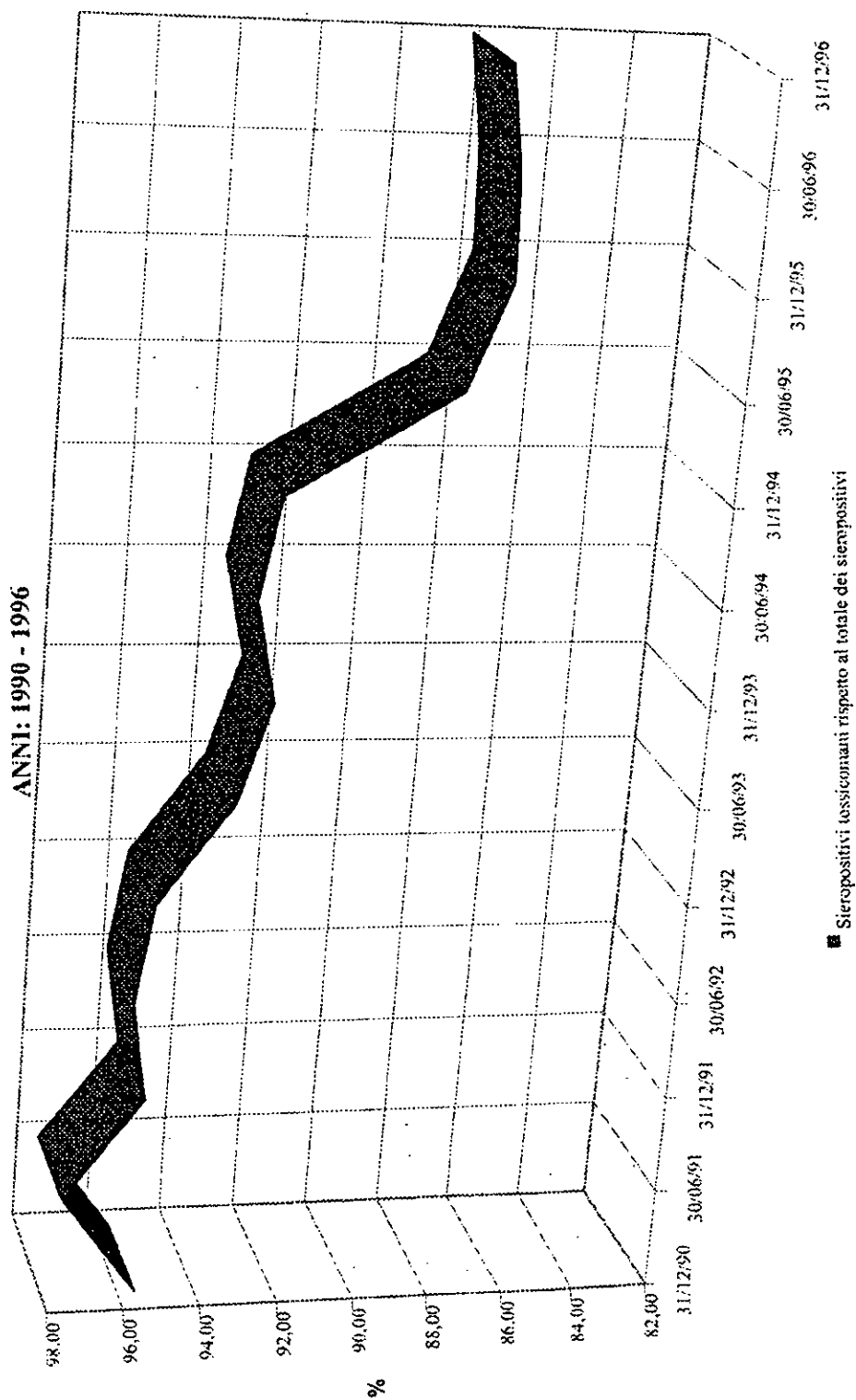


Tabella 2

MISURE ADOTTATE NEI CONFRONTI DI PERSONE DETENUTE AFFETTE DA HIV

Serie storica

PERIODO DI RILEVAMENTO	IMPUTATI		CONDANNATI (art. 146 C.P.) RINVIO ESECUZIONE PENA	TOTALE
	MISURE ADOTTATE PER GLI IMPUTATI (art. 286 bis cpp)			
	REVOCHE MISURA CAUTELARE	ARRESTI DOMICILIARI		
13/07/92 - 01/11/92	18	37	56	111
01/11/92 - 13/10/93	153	275	412	840
14/10/93 - 31/12/93	53	76	123	252
01/01/94 - 10/05/94	113	129	166	408
11/05/94 - 31/12/94	145	205	296	646
01/01/95 - 30/06/95	144	315	270	729
01/07/95 - 31/12/95	168	204	237	609
01/01/96 - 30/06/96	113	142	161	416
01/07/96 - 31/12/96	95	168	210	473
TOTALE	1.002	1.551	1.931	4.484

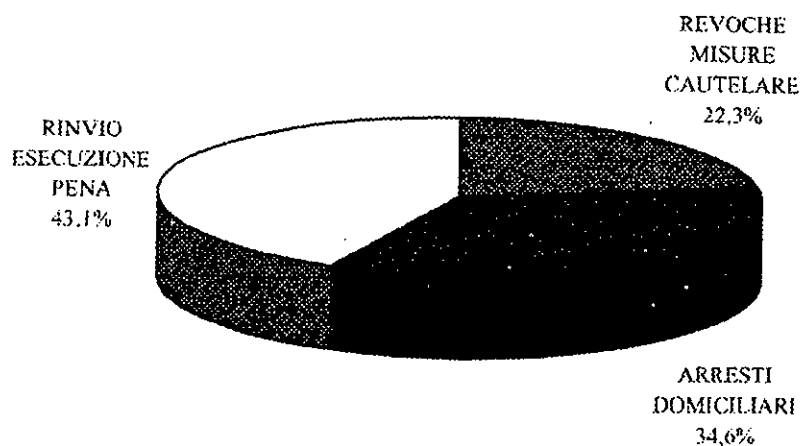
MISURE ADOTTATE NEI CONFRONTI DI DETENUTI AFFETTI DA HIV**PERIODO: 13/7/1992 - 31/12/96**

Tabella 3/Anni

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

	Nuovi giunti	Detenuti testati	% Risp. ai Nuovi Giunti	Detenuti risultati positivi	% Risp. ai det. testati	Uomini	Donne	Totale	% Rispetto ai det testati	% Rispetto ai det sierop.
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	91.783	34.628	37,73	3.042	8,78	239	11	250	0,72	8,22
1996	92.411	33.531	36,28	2.000	5,96	162	25	187	0,56	9,35

Tabella 4/Anni

TOTALE DEI DETENUTI ENTRATI DALLA LIBERTÀ SUDDIVISI PER TIPOLOGIA DI REATO**Riepilogo per annualità**

Periodo Rilevamento	Ristretti per art. 73 T.U. 309/90				Ristretti per altri reati				Totale Nuovi Giunti
	Tossicodip.	Non Tossicod.	Totale	% Sul Tot. Nuovi Giunti	Tossicodip.	Non Tossicod.	Totale	% Sul Tot. Nuovi Giunti	
	(a)				(b)				
1991	15.640	16.514	32.154	40,83	13.194	33.401	46.595	59,17	78.749
1992	18.898	18.002	36.900	39,10	14.302	43.161	57.463	60,90	94.363
1993	16.406	16.463	32.869	33,05	16.147	50.432	66.579	66,95	99.448
1994	16.430	21.085	37.515	37,45	15.035	47.629	62.664	62,55	100.179
1995	13.867	19.198	33.065	36,03	13.662	45.056	58.718	63,97	91.783
1996	14.694	19.622	34.316	37,13	13.562	44.533	58.095	62,87	92.411

Tabella 4_Stranieri

TOTALE DEI DETENUTI STRANIERI ENTRATI DALLA LIBERTÀ SUDDIVISI PER TIPOLOGIA DI REATO**Riepilogo per annualità**

Periodo Rilevamento	Ristretti per art. 73 T.U. 309/90				Ristretti per altri reati			Totale Nuovi Giunti (a+b)
	Tossicodip.	Non Tossicod.	Totale	% Sul Tot. Nuovi Giunti	Tossicodip.	Non Tossicod.	% Sul Tot. Nuovi Giunti	
	(a)				(b)			
1992	3.111	4.749	7.860	48,77	1.534	6.721	8.255	16.115
1993	2.584	4.833	7.417	36,50	1.920	10.982	12.902	20.319
1994	3.355	6.854	10.209	40,90	2.215	12.535	14.750	24.959
1995	3.228	6.053	9.281	39,71	2.068	12.025	14.093	23.374
1996	4.253	6.165	10.418	42,25	2.368	11.870	14.238	24.656

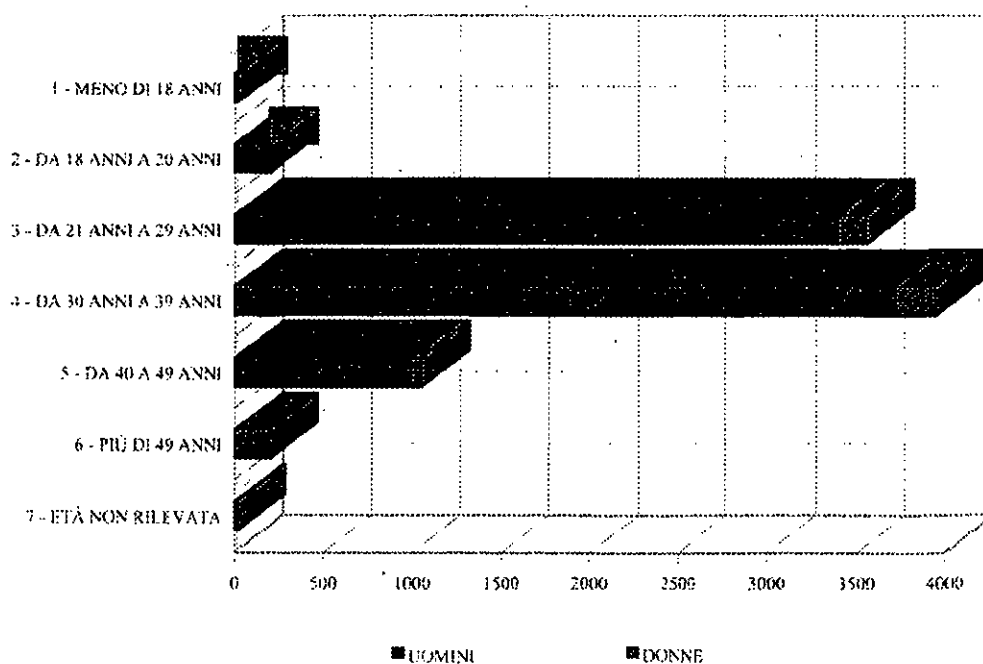
Tabella Ced_1

INDAGINE A COPERTURA PARZIALE

**SCHEDE TRASMESSE AL C.E.D. RELATIVE AI DETENUTI TOSSICODIPENDENTI PRESENTI AL 31/12/96
SUDDIVISI PER SESSO E CLASSI DI ETÀ**

CLASSI DI ETÀ	DONNE		UOMINI		TOTALE	
		%		%		%
1 - MENO DI 18 ANNI	1	0,22	22	0,26	23	0,26
2 - DA 18 ANNI A 20 ANNI	1	0,22	197	2,31	198	2,20
3 - DA 21 ANNI A 29 ANNI	157	34,58	3.401	39,80	3.558	39,54
4 - DA 30 ANNI A 39 ANNI	231	50,88	3.719	43,52	3.950	43,89
5 - DA 40 A 49 ANNI	51	11,23	1.001	11,71	1.052	11,69
6 - PIÙ DI 49 ANNI	11	2,42	190	2,22	201	2,23
7 - ETÀ NON RILEVATA	2	0,44	15	0,18	17	0,19
TOTALE	454	100	8.545	100	8.999	100

**CAMPIONE DETENUTI TOSSICODIPENDENTI PRESENTI IN DATA 31/12/1996
CLASSIFICAZIONE PER SESSO E CLASSI DI ETÀ**



CAMPIONE DETENUTI TOSSICODIPENDENTI PRESENTI AL 31/12/96
SUDDIVISI SECONDO LA SOSTANZA ASSUNTA PREVALENTEMENTE

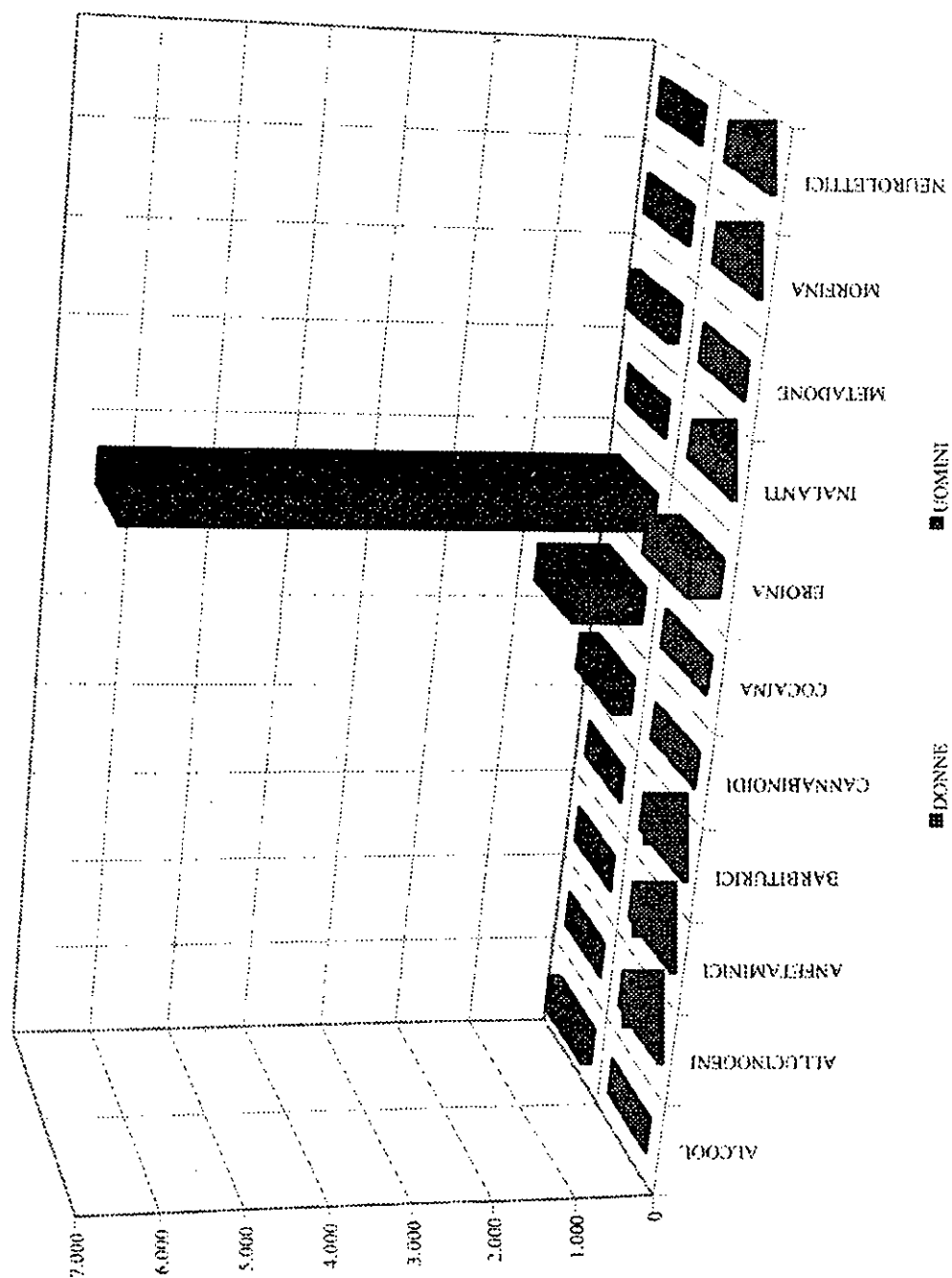


Tabella C.ed_3

INDAGINE A COPERTURA PARZIALE

DETENUTI TOSSICODIPENDENTI SECONDO IL GRADO DI ISTRUZIONE

SITUAZIONE AL 31/12/96

GRADO DI ISTRUZIONE	1 - MENO DI 18 ANNI			2 - DA 18 A 20 ANNI			3 - DA 21 A 29 ANNI			4 - DA 30 A 39 ANNI			5 - DA 40 A 49 ANNI			6 - PIÙ DI 49 ANNI			7 - BTÀ NON RILEV.			TOTALE		
	D.	U.	TOT.	D.	U.	TOT.	D.	U.	TOT.	D.	U.	TOT.	D.	U.	TOT.	D.	U.	TOT.	D.	U.	TOT.	D.	U.	TOT.
NON COMUNICATO	0	2	2	0	33	33	14	712	726	28	841	869	10	248	258	4	49	53	1	10	11	57	1.895	1.952
LAUREA	0	1	1	0	0	0	0	12	12	6	21	27	0	9	9	0	2	2	0	0	0	6	45	51
DIPLOMA MEDIA SUP.	0	0	0	0	2	2	18	43	61	42	91	133	10	32	42	1	7	8	0	0	0	71	175	246
DIPLOMA SCUOLA PROFES.	0	0	0	0	2	2	14	65	79	13	121	134	3	42	45	0	14	14	0	0	0	30	244	274
LICENZA MEDIA INF.	1	0	1	0	56	56	70	1.171	1.241	103	1.428	1.531	17	326	343	4	50	54	0	0	0	195	3.031	3.226
LICENZA ELEMENTARE	0	16	16	0	61	63	33	1.116	1.149	30	984	1.014	11	305	316	1	59	60	1	3	4	76	2.546	2.622
PRIVO TITOLO DI STUDIO	0	1	1	1	40	41	8	255	263	7	203	210	0	31	31	1	5	6	0	2	2	17	517	554
ANALFABETA	0	2	2	0	1	1	0	27	27	2	30	32	0	8	8	0	4	4	0	0	0	2	72	74
TOT. COMPLESS.	1	22	23	1	197	198	157	3.401	3.558	231	3.719	3.950	51	1.001	1.052	11	190	201	2	15	17	454	8.545	8.999

CAMPIONE DETENUTI TOSSICODIPENDENTI PRESENTI IN DATA 31/12/96
SECONDO IL GRADO DI ISTRUZIONE

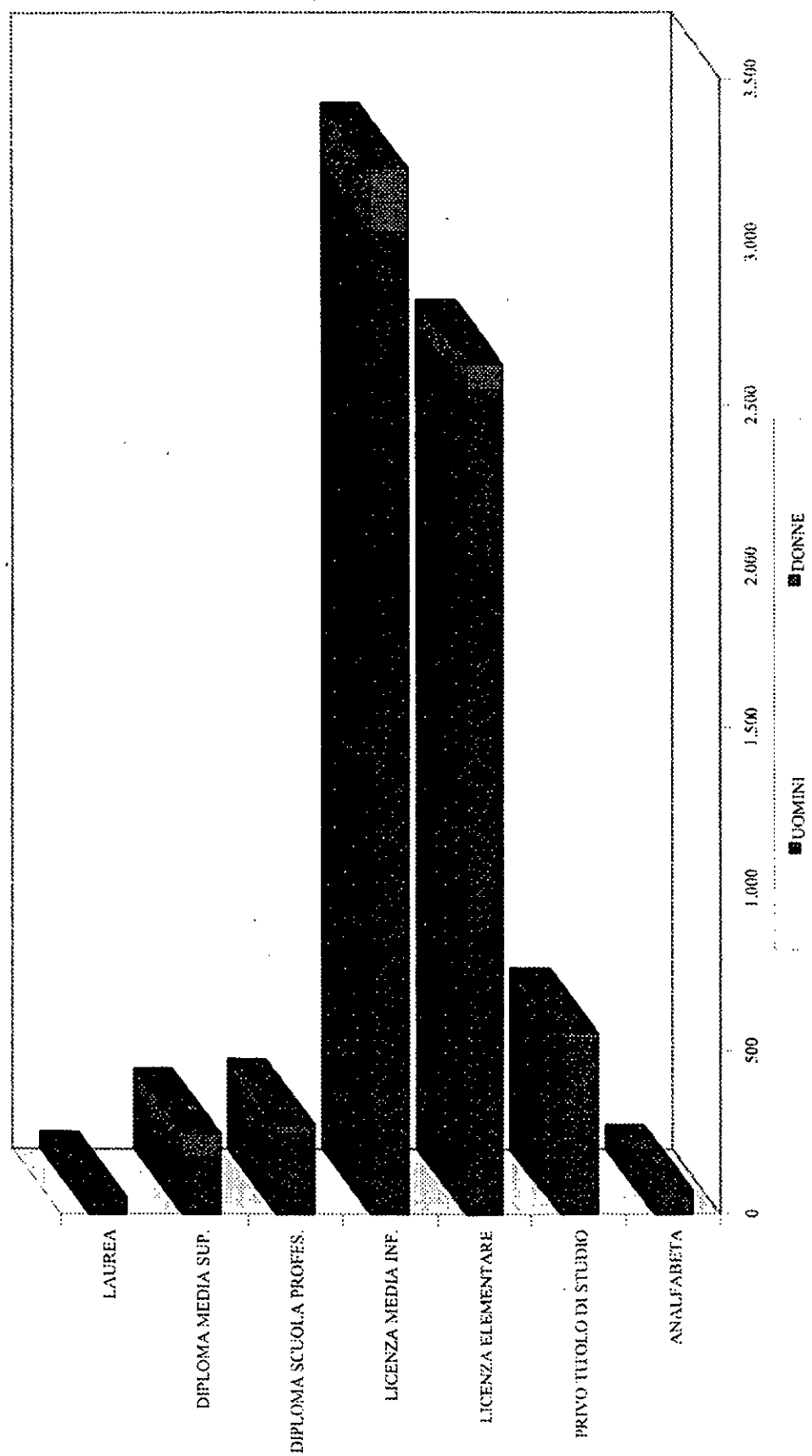


Tabella Ced_4

INDAGINE A COPERTURA PARZIALE

DETENUTI TOSSICODIPENDENTI SECONDO LE POSIZIONI GIURIDICHE

SITUAZIONE AL 31 DICEMBRE 1996

POSIZIONI GIURIDICHE	1 - MENO DI 18 ANNI			2 - DA 18 A 20 ANNI			3 - DA 21 A 22 ANNI			4 - DA 23 A 24 ANNI			5 - DA 25 A 29 ANNI			6 - PIÙ DI 30 ANNI			7 - ETÀ NON RILEV.			TOTALE		
	D.	U.	TOT.	D.	U.	TOT.	D.	U.	TOT.	D.	U.	TOT.	D.	U.	TOT.	D.	U.	TOT.	D.	U.	TOT.	D.	U.	TOT.
ATTESA AL GIUDIZIO	1	14	15	1	86	87	12	559	588	19	444	463	1	89	90	1	11	12	0	3	3	42	1.216	1.259
APPELLANTE	0	3	3	0	34	34	24	382	406	16	324	340	4	80	84	0	7	7	0	9	9	44	839	883
RICORRENTE	0	0	0	0	0	0	4	145	149	4	150	154	1	43	44	1	3	4	0	0	0	10	345	355
DEFINITIVO	0	5	5	0	71	71	110	2.370	2.380	188	2.704	2.892	41	747	788	8	148	156	2	3	5	349	5.948	6.297
INTERNATO	0	0	0	0	1	1	0	30	30	4	91	95	4	41	45	1	20	21	0	0	0	9	183	192
INT. PROVVISORIO	0	0	0	0	1	1	0	5	5	0	6	6	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	14
TOT. COMPLESS.	1	22	23	1	197	198	157	3.401	3.658	231	3.719	3.950	51	1.001	1.052	11	190	201	2	15	17	454	8.545	8.999

CAMPIONE DETENUTI TOSSICODIPENDENTI PRESENTI IN DATA 31/12/96
SECONDO IL GRADO DI ISTRUZIONE

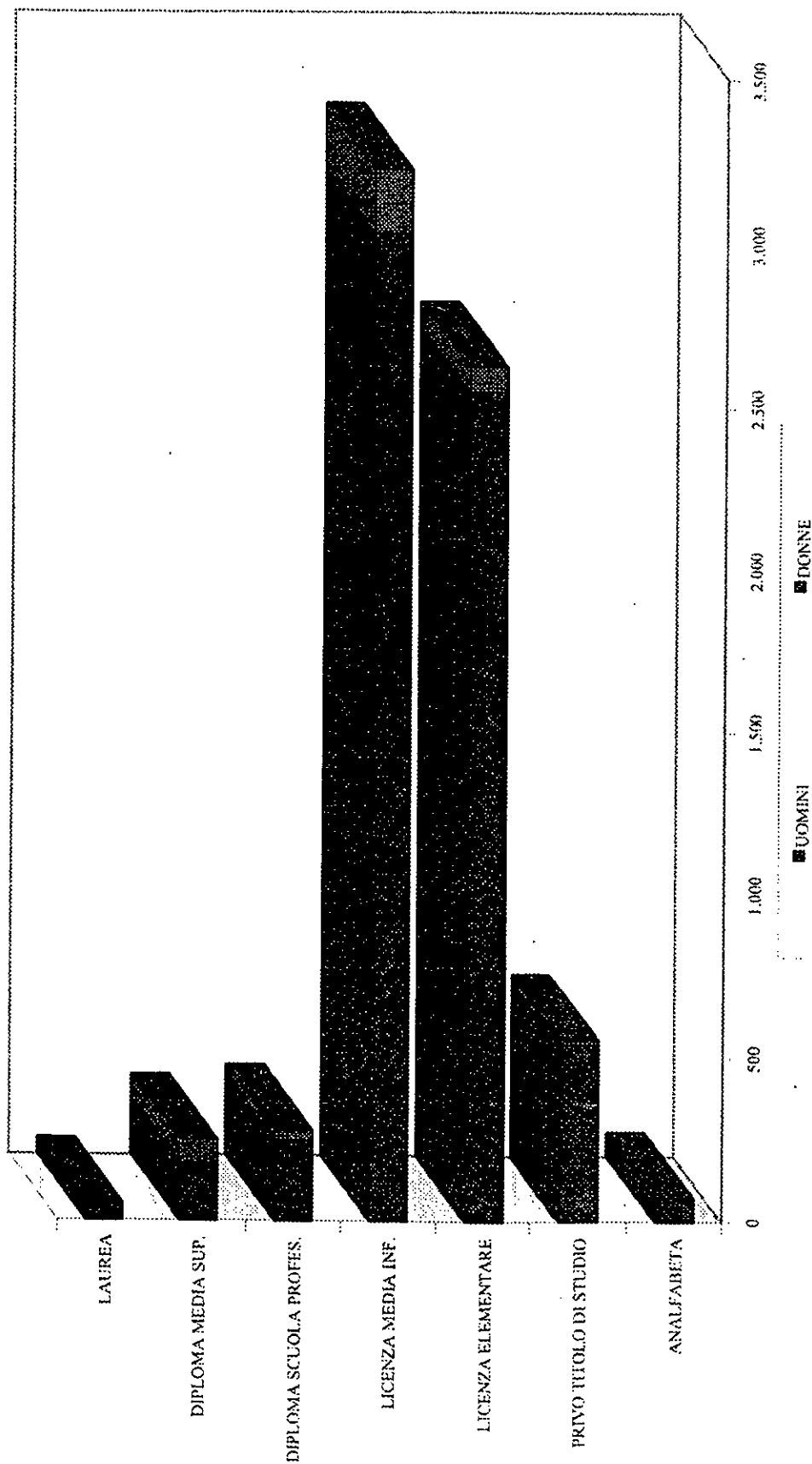


Tabella 5

ATTIVITÀ DEI CENTRI DI SERVIZIO SOCIALE AI SENSI DEGLI ARTT. 47, 47 bis e 47 ter L. 354/75

Riepilogo per annualità

Periodo Rilevamento	Costi sostenuti ai Centri di Servizio Sociale										Totale tossicod. fruttori delle misure alternative	% Rispetto al totale dei fruttori	Totale fruttori delle misure alternative	
	Affidamento in Prova al 3.3			Detenzione domiciliare				Detenzione domiciliare						
	Art. 47 bis			Art. 47				Art. 47 ter						
	Tossicod. dipendenti	Alcool- dipendenti	Totale	Tossicod.	Alcool- dipendenti	Altre categorie	Totale	Tossicod.	Alcool- dipendenti	Altre categorie				Totale
1992	1.798	39	1.837	483	78	2.837	3.398	105	5	349	459	2.386	41,90	5.694
1993	2.769	57	2.826	571	101	4.007	4.679	174	22	529	725	3.514	42,70	8.230
1994	3.849	77	3.926	509	73	6.436	7.018	183	13	696	892	4.541	38,37	11.854
1995	4.062	121	4.183	399	69	7.847	8.315	73	52	807	932	4.534	33,76	13.430
1996	4.438	152	4.590	1.038	121	8.330	9.709	160	24	880	1.064	5.656	36,82	15.343

Ministero della Pubblica Istruzione

PAGINA BIANCA

Relazione Sulle Attività Di Educazione Alla Salute E Prevenzione Delle Tossicodipendenze - Anno 1996

Per effettuare l'annuale ricognizione su tutto il territorio nazionale delle iniziative di educazione alla salute e prevenzione delle tossicodipendenze, sono state inoltrate dall'Ufficio studi, bilancio e programmazione di questo Ministero, agli Uffici scolastici provinciali, le schede di rilevazione a consuntivo, i cui dati sono riportati in apposite tabelle che forniscono un quadro organico sullo stato di attuazione delle iniziative educative e didattico - formative finalizzate alla prevenzione delle tossicodipendenze e previste dal d.P.R. 309/90.

I progetti realizzati entro il 30/5/1996 hanno utilizzato i fondi residui relativi all'anno finanziario 1993. Il numero dei progetti realizzati, nonostante la scarsità delle risorse disponibili, dimostra come la scuola, in questa fase di transizione, abbia saputo innestare le attività di prevenzione nell'ordinarietà della vita scolastica e significativamente in tutti i segmenti dell'ordinamento scolastico.

La scuola inoltre, d'intesa con i servizi sociosanitari, non solo ha garantito la funzionalità dei centri di informazione e consulenza ma ne ha incrementato il numero.

Un dato di notevole rilievo è costituito dal numero complessivo dei progetti genitori attuati: tale dato testimonia nel contempo l'avvertita esigenza dei genitori di approfondire le tematiche legate alla crescita dei giovani, nonché la scelta della scuola come luogo di naturale approfondimento e dibattito sui problemi evolutivi.

Con direttiva n° 600 del 23 settembre 1996, il Ministro della pubblica istruzione ha fornito linee di indirizzo per la presentazione, attuazione monitoraggio e valutazione degli interventi di educazione alla salute e prevenzione delle tossicodipendenze, destinati alle scuole di ogni ordine e grado, finanziati dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento affari sociali.

Per la realizzazione dei suddetti interventi, con apertura di credito a carico dei capitoli 1146 - 1147 - 1148, disposta con i decreti del Direttore Generale del Personale -23/10/1996 -, sono stati attribuiti i finanziamenti ai provveditori agli studi, in relazione alla popolazione studentesca.

Sulla base dei criteri indicati dalla citata direttiva, ciascuna scuola predispone un progetto comprensivo di tutte le attività che intende realizzare e presenta i progetti al provveditore agli studi che, sentito il comitato tecnico provinciale, con proprio motivato parere adotta il piano provinciale degli interventi ove sono indicati i progetti approvati ed i relativi finanziamenti accordati.

I Progetti E Le Attività

Gli interventi di cui al precedente art.1 si articolano nei progetti e nelle attività di seguito indicati:

1. progetto Arcobaleno per la scuola materna;
2. progetto Ragazzi 2000 per la scuola dell'obbligo;

3. progetto Giovani e altre attività giovanili;
4. centri di informazione e consulenza;
5. progetto Genitori;
6. corsi di aggiornamento e richiamo per i docenti della scuola dell'obbligo.

Oltre ai progetti e alle attività citati, con i fondi dell'art.1 sono finanziate le seguenti iniziative :

- a) lo studio di caso sui giovani nella scuola secondaria superiore nella provincia di Piacenza ;
- b) il progetto health promoting school (hps) nelle provincie di Cuneo, Grosseto, Lecce, Roma, Vicenza.

Incidenza E Rilevanza Dell'educazione Alla Salute Nel Processo

Formativo

Analisi delle Carte dei Servizi (DPCM 7/6/1995)

Dalla analisi delle Carte dei Servizi, che dovrebbero raccogliere, sintetizzare, certificare l'intera programmazione gestionale ed educativa d'istituto, e che sono pervenute nel 1996 al Dipartimento della funzione pubblica, si evincono i contenuti che le qualificano.

E' facile riscontrare che la prevenzione e l'educazione alla salute costituiscono gli elementi più ricorrenti.

Le attività di promozione della salute, che per tanta parte concorrono a soddisfare i bisogni della persona in formazione, riescono ad esplicitare la piena valenza formativa quando si raccordano con gli interventi di prevenzione dell'insuccesso scolastico e si integrano nel complessivo progetto culturale e formativo della scuola secondo le linee di sviluppo di seguito indicate.

Linee Di Sviluppo Per Una Collaborazione Integrata Scuola- Sanita'

- a) Inserimento della cultura della promozione della salute come orientamento di fondo nelle politiche sociosanitarie e scolastiche. Questo orientamento presiede sia alla introduzione di elementi di promozione della salute nell'ordinarietà scolastica, sia all'assunzione di un'ottica promozionale nella progettazione ed erogazione dei servizi.
- b) Collocazione, in questo quadro, dell'educazione alla salute entro la più vasta accezione di "qualità della vita ". In questo senso vengono promossi obiettivi quali:
 - promuovere atteggiamenti e stili di vita favorenti l'autotutela e conservazione della salute e la prevenzione delle malattie;
 - accrescere la consapevolezza dell'interazione tra processi di sviluppo sociale e qualità della salute ;

- migliorare l'interazione tra cittadino e sistema sanitario;
 - accrescere la capacità di lettura dei bisogni;
 - promuovere e generalizzare una cultura positiva della salute che faccia appello al complesso delle risorse bio-psicosociali;
 - superare una cultura negativa della salute che facilita l'equazione unilaterale tra malattia - disturbo e intervento biomedico o chimico/farmacologico anche di fronte a forme di disagio più complesse sul piano bio/psicosociale.
- c) Gli interventi devono essere strutturali e funzionali, non episodio ne straordinari e, proprio per assicurare tale carattere, gli stessi vanno inseriti nella normale programmazione didattica.

Modelli Attuati Per Una Progettazione Unitaria

L'emergenza pressante di far interagire e integrare tutte le risorse professionali e finanziarie destinate alla prevenzione del disagio, alla promozione della salute, agli interventi didattici integrativi per il successo formativo hanno indotto le scuole ad individuare e realizzare modelli operativi di intervento declinati sulle coordinate concettuali organizzativi e gestionali.

Formazione Degli Insegnanti

Riguardo alla formazione degli insegnanti, l'analisi dei bisogni formativi espressi rileva come costanti le richieste di approfondimento mirate a:

- conoscere meglio il proprio interlocutore, l'adolescente nelle sue fasi evolutive, nel suo sviluppo cognitivo, psicologico ed emotivo;
- comprendere, nell'ambito delle nuove teorie della conoscenza e dell'apprendimento, come esistano diversi modi di conoscere (analogici e non solo sequenziali, etc.) e diversi stili di apprendimento (visivo, uditivo, cinestesico, etc.) e quale ruolo svolga in essi la motivazione soggettiva;
- imparare metodologie, e tecniche didattiche attive che valorizzino le diversità e le risorse degli studenti;
- comprendere l'importanza dei fattori emotivi nel processo di insegnamento - apprendimento ed il ruolo che in esso svolge la relazione tra gli studenti e con i docenti, nel contesto classe;
- diventare consapevoli che il loro lavoro consiste anche nella gestione di un grande gruppo, la classe, ed acquisire la necessaria competenza;
- imparare ad individuare e ad affrontare collegialmente "i casi difficili" che si presentano e ove necessario chiedere aiuto ai servizi competenti;

- imparare che sulla classe agisce un gruppo di docenti e che l'efficacia del processo didattico dei singoli è influenzata dal ruolo di tutti e più in generale dal clima educativo che si respira nell'istituto;
- imparare a lavorare in gruppo e a gestire anche il gruppo dei pari (docenti).

I Centri Di Informazione E Consulenza E Le Intese Con I Servizi Sociosanitari .

Un primo livello di intesa piuttosto generalizzato è rappresentato da una capillare "interistituzionalità fine" che sostanzia la collaborazione a livello dei singoli istituti e dei servizi. Il luogo formale di tale microistituzionalità è da un lato quello dei decreti provveditorati sui C.I.C. (che presuppongono, secondo il dettato legislativo, l'intesa tra istituto e Ser.T) e, da un punto di vista più sostanziale, quello della progettazione degli interventi e delle collaborazioni su specifiche iniziative.

Questa interistituzionalità fine, d'altra parte, non caratterizza esclusivamente il territorio della salute e della prevenzione delle tossicodipendenze, ma costituisce un tratto stabile, anche in altri ambiti, come quello dell'integrazione degli alunni handicappati, quello della prevenzione della dispersione scolastica e dell'intervento comune sulle marginalità sociali (nomadi, immigrati, ecc.). La collaborazione a livello di istituto sul versante della prevenzione e della promozione della salute tuttavia si propone come ambito particolarmente avanzato e strategico perché porta esplicitamente in primo piano e localizza la relazione strutturale tra gli obiettivi di prevenzione e di intervento nell'area del disagio, soprattutto a livello adolescenziale e giovanile, tra i compiti intrinseci alla formazione scolastica (orientamento, successo formativo, promozione dello sviluppo integrato della persona nel proprio contesto culturale e sociale).

Questa collaborazione riguarda (talora in modo esplicitamente normalizzato e talora sotto forma di collaborazioni sistematiche, benché non formalizzate) la grande maggioranza delle scuole di ogni ordine e grado. Nelle scuole superiori la collaborazione tende ad intervenire soprattutto, ma non esclusivamente, entro i contesti formalizzati dei CIC e si concretizza in modi molto differenziati anche in rapporto al carattere dei CIC e, in generale, alle linee di azione presenti a livello delle singole istituzioni scolastiche in ordine alla prevenzione e all'educazione alla salute. Ad una ricognizione parziale, i modelli prevalenti sembrano in proposito orientarsi verso le seguenti forme :

- * consulenza - ascolto individuale su problemi di salute
- * ambito di progettazione di interventi informativi sulle tematiche di salute e di prevenzione rivolte agli studenti, soprattutto in tema di informazione ed educazione sui temi dell'affettività e della sessualità, della relazione, delle patologie legate ai comportamenti a rischio
- * ambito di progettazione di iniziative più o meno esplicitamente finalizzate alla prevenzione e promozione della salute da parte degli studenti (ad es. giornale studentesco, animazione teatrale, ecc.)

- * intervento a supporto del disagio scolastico, soprattutto sui fattori sociali, motivazionali e metacognitivi

In linea generale la proliferazione delle iniziative, dei modelli e della progettualità che hanno animato i CIC in questi anni ha contribuito a chiarire che ogni soluzione efficace dei compiti di informazione e consulenza previsti dall'art. 105 della L. 162/90, passa anzitutto per la loro appropriazione costruttiva e creativa da parte dei protagonisti della vita scolastica.

Si avverte tuttavia l'esigenza di consolidare e generalizzare tali conquiste. Questo obiettivo va perseguito valorizzando la capacità delle diverse esperienze nei C.I.C. di costituirsi come analizzatore interno della vita scolastica, della domanda formativa e del disagio, capace di tenere conto della complessa disposizione dei bisogni giovanili e ponendoli a fondamento della progettazione degli interventi educativi. Ciò comporta pertanto uno stretto e coordinato rapporto con il progetto di istituto ed un costante riferimento delle attività dei CIC nell'azione collegiale nelle sue diverse espressioni.

Va allora ribadito che i momenti dell'aggregazione, della progettualità, dell'ascolto non sono momenti chiusi in se stessi, in una dimensione ripiegata dello "star bene", ma sono la forma mediante cui le funzioni di informazione e di consulenza si avviano a diventare dimensioni strategiche e intrinseche al servizio scolastico.

Capace di riconoscere e anticipare le tendenze presenti nella fisionomia dei bisogni, il CIC stabilisce un rapporto attivo tra l'informazione stessa e l'azione progettuale volta a promuovere cambiamenti negli atteggiamenti e negli stili di vita che ostacolano i processi di crescita personale e sociale e che espongono tra l'altro al rischio di diffusione di comportamenti dipendenti.

D'altra parte i bisogni legati alla salute nella età scolare vanno ristrutturandosi in forme di disagio sempre meno caratterizzate sul piano "biomedico", ma più, polverizzate attorno a zone di "confine" bio - psicosociale che richiedono una più articolata strategia di risposta e dispositivo che ricongiungano processualmente i blocchi logici dell'analisi della domanda e delle differenziate fisionomie d'intervento. Gli analizzatori interni alla scuola e quelli esterni possono ricongiungersi e il punto di incontro risiede in una programmazione integrata fortemente ancorata ai bisogni e alle risorse del territorio e attenta alle sinergie istituzionali.

La fisionomia del rapporto tra gli operatori dei servizi (Ser.T) e la scuola, previsto dal dispositivo della legge 162/90, non va pertanto inteso come affidamento a competenze esterne alla scuola delle funzioni di informazione e consulenza, ma deve rispondere a un modello interattivo, che può essere sintetizzato nello schema riprodotto nella figura. Gli operatori intervengono nel sistema, partecipano alla costituzione del gruppo, intervengono nelle dinamiche di comunicazione tra sottosistemi e contribuiscono alla valutazione degli esiti dei processi avviati. Gli operatori sanitari non sono in questo schema destinatari di una delega o erogatori esterni di interventi, ma agenti di progettazione chiamati ad interagire con le componenti scolastiche presenti nei CIC secondo una definizione dei ruoli flessibile e contestuale al percorso. La scuola d'altra parte potrà mettere a disposizione il proprio patrimonio di conoscenze e le competenze formative per contribuire

all'autonoma progettazione, da parte delle aziende sanitarie locali, delle più appropriate forme di intervento "entro i servizi" sui problemi di salute nella pre-adolescenza e nella adolescenza, contribuendo così a raccordare la propria azione formativa con la programmazione dei servizi di prevenzione e tutela della salute nel territorio. Le forme di questa collaborazione ad ampio raggio potranno opportunamente raccordarsi in mirati accordi di programma, secondo le sensibilità ed i tempi di maturazione che caratterizzano le singole realtà territoriali.

Ministero della Difesa

PAGINA BIANCA

1. Premessa

Le Forze Armate, sempre più impegnate anche sul versante delle problematiche sociali generali del Paese, hanno sviluppato un'attenzione particolare verso i problemi attinenti al disagio giovanile ed al disturbo psichico in senso lato, ritenuti possibili precursori della diffusione e dell'uso di sostanze stupefacenti.

Conseguentemente sono state poste in essere varie strategie operative, finalizzate al contenimento prima ed alla riduzione poi dei problemi in questione. Esse si estrinsecano attraverso le seguenti attività:

- ricerca ed evidenziazione precoce di soggetti tossicofili o tossicodipendenti mediante 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 competenze e le attitudini dei giovani nonché le loro reali risorse adattive al contesto militare;
- promozione e sviluppo di una corretta informazione ed educazione sullo specifico problema droga; le attività sono inserite nel più ampio settore inerente l'educazione alla salute nella sua totalità;
- 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;
- attività specialistica di supporto psicologico, tramite i Consulenti Psicologici ed i Servizi di Psicologia attivi in tutti gli Stabilimenti Sanitari Militari;
- preparazione ed aggiornamento del personale impegnato nei Servizi preposti alla prevenzione delle tossicodipendenze, mediante specifici corsi di formazione;
- mantenimento di una proficua collaborazione con le analoghe strutture civili deputate al recupero dei tossicodipendenti;
- incentivazione della ricerca psicosociale in ambito militare, finalizzata al chiarimento delle correlazioni esistenti tra disadattamento giovanile, disagio psichico e tossicodipendenza;
- raccolta, elaborazione e valutazione dei dati statistici attinenti all'area 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 nell'area, suddividendolo nei tre seguenti resoconti: iniziative intraprese nel settore, servizi attivati allo scopo ed andamento della tossicodipendenza in ambito militare.

2. Iniziative Intraprese Nel Settore

Tutte le iniziative avviate o proseguite nel 1996, senz'altro di numero inferiore a quelle degli anni precedenti a causa della mancata erogazione dei contributi previsti dal Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga,

possono essere comprese in attività di prevenzione primaria o secondaria: la prevenzione terziaria, infatti, in considerazione della norma di legge in vigore, non rientra tra i compiti dell'Amministrazione della Difesa.

A. Prevenzione Primaria

(1) ESERCITO

(a) Conferenze

Sono continuate le conferenze per i militari di leva, tenute da Ufficiali medici, con l'ausilio di audiovisivi, aventi per argomento il problema della droga inserito nel più ampio contesto dell'educazione alla salute.

(b) Servizio telefonico informativo

Ha continuato la sua attività il servizio "Telefono Amico Militare" presso il Consultorio Psicologico del Policlinico militare di Roma.

E' da precisare comunque che, a seguito del diminuito flusso di conversazioni registrate, dovuto probabilmente all'insostituibilità del contatto diretto tra le persone in "crisi" e gli operatori del settore, il servizio in questione è stato sospeso a decorrere dal 31 dicembre 1996.

(c) 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.

(d) 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. (Allievi Ufficiali di Complemento).

(e) Attività di aggiornamento

Si sono svolti, presso la Scuola di Sanità Militare di Firenze, vari corsi di aggiornamento per gli Ufficiali medici Capi Servizio/Dirigenti dei Consultori Psicologici.

Sono stati affrontati e discussi, in tali occasioni:

- suggerimenti e proposte inerenti la diagnostica, il trattamento e la gestione del soggetto a rischio o già facente uso saltuario di sostanze stupefacenti, nel tentativo di trovare delle linee guida tali da uniformare l'intervento in ogni Consultorio Psicologico;
- riflessioni ed ipotesi operative riguardanti l'attività svolta dal Servizio di supporto psicologico del Contingente Italiano impegnato nell'ambito dei territori dell'ex-Yugoslavia.

L'attività è stata organizzata dal Comando del Corpo di Sanità dell'Esercito, in accordo con lo Stato Maggiore dell'Esercito.

(f) Consulenza telefonica

La linea verde Telecom (tel. 1678/61232; Fax 1678/61233), attivata dalla Scuola di Sanità Militare nell'ambito del progetto "SANIMILES", ha regolarmente funzionato, continuando a costituire un importante punto di riferimento come centro di informazione, di consulenza tecnico-scientifica e di studio per gli Ufficiali medici, per gli Psichiatri e per gli Psicologi civili convenzionati con l'Amministrazione della Difesa e per gli Ufficiali d'arma Consiglieri.

(g) Distribuzione Manuale d'Igiene Mentale

Dopo il completamento del Testo di Igiene Mentale, è stata avviata la fase di distribuzione dello stesso a tutti gli Enti ed i Reparti operativi.

Il Manuale ha come finalità quella di rivolgersi, in primo luogo, a tutti gli operatori non sanitari facenti parte della collettività militare; ciò per rendere comprensibile, anche ai non esperti del settore, come si evidenzia ed in quale modo possa essere prevenuto ed eventualmente curato il "disagio psichico" che tanta responsabilità ha nel favorire l'uso di sostanze voluttuarie.

(h) Fornitura e produzione di sussidi professionali

La Scuola di Sanità Militare, con i fondi assegnati dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha acquistato dei testi ad uso degli Ufficiali Consiglieri, per perfezionare la loro formazione professionale.

Inoltre ha realizzato un fascicolo, di prossima divulgazione, denominato "Regolamentazione per l'Ufficiale Consigliere", nel quale sono state raccolte norme di legge, circolari in vigore e sintesi varie riguardo le principali attività dell'Ufficiale Consigliere.

(i) Promozione del servizio "Drogatel"

E' stata curata dal Comando del Corpo di Sanità dell'Esercito la diffusione del materiale divulgativo del Numero Verde Nazionale "DROGATEL", gestito dal Dipartimento Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri e destinato ad accogliere tutte le domande ed a fornire le opportune risposte sulle problematiche legate all'uso di sostanze stupefacenti. Sono state impartite ai dipendenti Comandi del Servizio Sanitario di Regione Militare, le opportune disposizioni affinché il materiale informativo venisse esposto presso le infermerie, gli ospedali militari ed i luoghi di aggregazione dei militari, al fine di consentire i seguenti obiettivi:

- aumento delle possibilità di "aggancio" dei militari con problematiche di natura psicologica e tossicologica;
- diffusione più capillare della conoscenza di servizi appositi per i militari.

(l) Attività di socializzazione

Sono state organizzate da parte di molti Enti e Reparti, con l'ausilio degli Ufficiali Consiglieri e dei Cappellani militari, attività d'incontro e culturali, finalizzate ad una migliore integrazione dei militari di leva nel tessuto sociale del luogo in cui i giovani alle armi prestano servizio.

(m) Attività seminariale

Presso la Scuola di Guerra di Civitavecchia è stata realizzata una giornata di studio sul tema "Il Trattamento integrato Psichiatrico nei Dipartimenti di Salute Mentale". La Sanità Militare ha partecipato con alcuni dei suoi rappresentanti, i quali hanno fornito un'ampia panoramica degli interventi di prevenzione del disagio psichico dei giovani chiamati alle armi.

(n) Attività congressuale

Si è svolto, con la partecipazione di alcuni degli Ufficiali medici maggiormente impegnati nell'attività di prevenzione delle forme di abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope, il II Congresso Nazionale della Società Italiana per lo Studio dei Comportamenti di Abuso e delle Dipendenze (Acireale - Catania 16-22 Giugno 1996). La partecipazione a tale Congresso, oltre che occasione di esperienza formativa per gli Ufficiali medici presenti, si è dimostrata rilevante sotto il profilo strettamente scientifico, costituendo un'occasione prestigiosa per dar lustro e risalto alle attività che da molteplici anni vengono realizzate dalla Sanità Militare dell'Esercito nella prevenzione primaria e secondaria dei comportamenti d'abuso.

(2) MARINA

(a) Drug Testing Program

E' continuata l'attuazione del suddetto programma presso l'Accademia Navale di Livorno, le Scuole Sottufficiali, il Collegio Navale Morosini ed a bordo delle Unità Navali. Tale programma di prevenzione, attraverso il riscontro di laboratorio di un campione di urine, esercita un incisivo effetto dissuasivo verso il contatto con sostanze stupefacenti, per le ricadute disciplinari e medico-legali connesse alla "positività". E' richiamata così 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.

(b) Conferenze

E' continuata la 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.

(c) Attività didattica

E' proseguito il corso di insegnamento di Psicologia ed Igiene Mentale, che include, tra l'altro, specifici riferimenti agli aspetti legislativi e medico-legali più aggiornati relativi alle tossicodipendenze. Il corso è riservato agli 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 e ad affinare la capacità di gestione dei casi pervenuti alla diretta osservazione.

(d) Banca dati

Presso la Sezione di Psicologia militare dell'Ispettorato di Sanità della Marina Militare è proseguita l'implementazione della banca dati sui casi di consumo di sostanze stupefacenti, accertati in ambito Marina Militare, al fine di monitorizzare alcuni aspetti del fenomeno e di indirizzare adeguatamente le strategie preventive.

(3) AERONAUTICA

(a) Promozione di attività ricreative e sportive

A cura dei vari Comandi sono state implementate iniziative, diversificate in base alle specifiche realtà locali, al fine di creare una migliore socializzazione fra i militari ed un positivo impegno psicofisico nei momenti di libertà dal servizio, ovvero allorché maggiore è il rischio per fenomeni di degrado psicologico. Tra le varie iniziative, si segnalano:

- visite istruzionali presso Istituzioni di interesse socio-culturale;
- allestimento di spettacoli di vario genere;
- disponibilità di impianti sportivi militari (palestre, saune, piscine, campi sportivi, tavoli da biliardo) per l'uso da parte di tutto il personale e corsi istruzionali in varie discipline con relativi tornei;
- distribuzione gratuita di biglietti ed abbonamenti per spettacoli pubblici di vario genere, da parte delle Sezioni P.Um.S.S..

(b) Reiterazione periodica dell'attività educativa preventiva

E' stata riproposta, ad intervalli di tempo, l'attività educativa preventiva a cura di Ufficiali medici, Cappellani militari, personale militare preposto all'inquadramento, con dibattiti, incontri e proiezioni di filmati in tema di droga, AIDS, malattie infettive a trasmissione sessuale, riservati a tutti i militari di leva o di recente assegnazione. Contestualmente negli Enti addestrativi è stata perfezionata, a cura dei Dirigenti sanitari, la fase III del piano di formazione ed informazione in materia di HIV e sindromi correlate, promosso dalla Direzione Generale della Sanità Militare.

Nell'ambito delle iniziative di collaborazione avviate con il Dipartimento di Scienze delle Comunicazioni Umane dell'Università di Napoli Federico II, è stata reiterata, per l'anno 1996, a titolo completamente gratuito, l'attività specifica formativa del personale ed informativa a favore degli Allievi dell'Accademia Aeronautica di Pozzuoli.

(c) Distribuzione di opuscoli, pubblicazioni specifiche e presidi di profilassi

E' stata attivata, a far data dal mese di Novembre u.s., presso i Comandi di Regione Aerea, la distribuzione di locandine, opuscoli e adesivi relativi all'iniziativa "DROGATEL", promossa dal Dipartimento Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri ed alla quale la Direzione Generale della Sanità Militare ha voluto dare degno risalto.

Nel corso dell'ultimo semestre inoltre è stata condotta a termine la distribuzione al personale di leva, a cura del Comando II Regione Aerea, degli opuscoli "AIDS: fatti, non parole", prodotti sulla scorta di un progetto finalizzato, ammesso al finanziamento del Fondo Nazionale di Intervento per la lotta contro la droga nel 1995.

B. Prevenzione Secondaria

(1) ESERCITO

(a) Supporto Psicologico

E' proseguita l'attività di supporto psicologico attraverso l'operato dei Consulenti 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 di supportare l'operato degli Ufficiali Consiglieri.

Questi ultimi, Ufficiali d'Arma, svolgono la loro attività "ad incarico esclusivo" nei Reggimenti Addestramento Reclute e presso le Scuole e ad "incarico abbinato" negli altri Enti.

(b) 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.

(c) 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.

(d) 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.

(2) MARINA**(a) Diagnosi precoce e supporto psicologico**

Sono state mantenute d'attualità la diagnosi precoce e il supporto psicologico nei riguardi di militari che presentano situazioni personologiche, 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 della Marina in data 1° gennaio 1987: detta attività è coordinata, a livello centrale, dalla sezione di Psicologia Militare dell'Ispettorato di Sanità della Marina Militare.

(b) Esami specialistici e di laboratorio

E' stata ulteriormente valorizzata l'esecuzione di esami specialistici e di laboratorio nei confronti del personale di leva ed in ferma di leva prolungata, presso i Maricentro di Taranto e La Spezia, al fine di evidenziare soggetti tossicofili.

(3) AERONAUTICA**(a) Consultori Psicologici**

L'attività dei Consultori Psicologici dell'Aeronautica Militare, avviata negli anni passati con fondi assegnati dal Fondo Nazionale di Intervento per la Lotta contro la droga e bruscamente interrotta nel primo semestre del 1996 per il mancato accreditamento dei finanziamenti previsti, non è potuta riprendere e pertanto i militari in condizioni di disadattamento psichico o tossicofilia sono stati, per necessità, avviati a similari Servizi istituiti dalle altre Forze Armate., con evidente disagio per l'utenza.

Solo l'Infermeria Presidiana del Comando della I^a Regione Aerea di Milano ha mantenuto in attività un Consultorio psicologico, gestito da professionisti civili convenzionati.

(b) Aggiornamento dei dati relativi all'entità della popolazione tossicodipendente

E' 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 nell'ambito delle attività correlate all'Osservatorio permanente, ai sensi del comma 8, art. 1, Legge n.162/90. A tal fine si precisa come le segnalazioni dei casi di sospetta tossicodipendenza o tossicofilia siano state effettuate dai competenti Organi Medico-Legali (Ospedali Militari, Istituti Medico-Legali dell'Aeronautica

Militare), ai quali spetta, fra l'altro, l'attivazione del previsto flusso informativo anche per gli eventuali casi di consumo occasionale riscontrato incidentalmente.

3. SERVIZI ATTIVATI ALLO SCOPO

a. Direzione Generale della Sanità Militare Sezione di Psicologia Medica Militare

b. Esercito

(1) Comando del Corpo di Sanità dell'Esercito:

- Sezione di Psicologia Medica Militare.

(2) Consultori 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, CMML 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

c. Marina

(1) Ispettorato di Sanità della Marina Militare:

- Sezione di Psicologia Militare

(2) Consultori 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.

d. Aeronautica

(1) Ispettorato Logistico dell'Aeronautica Militare - 5° Reparto - Servizio di Sanità:

- 3° Ufficio (Igiene e Assistenza Sanitaria)

(2) Consulenti Psicologici presso:

- Infermeria Presidiaria di Milano

(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

4. ANDAMENTO DELLA TOSSICODIPENDENZA IN AMBITO MILITARE

a. Dati statistici sull'andamento della tossicodipendenza relativi all'anno 1996

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 dicembre 1996.

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 1992 schede relative a 1978 soggetti.

Il numero dei soggetti segnalati (1978) 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.

Il numero assoluto dei soggetti assuntori di droghe nel 1996 (n.1978), confrontato con quello dell'anno precedente (n.2586), mostra un andamento decisamente in calo del fenomeno.

b. Suddivisione dei tossicodipendenti secondo la Forza Armata di appartenenza(Tabella e Grafico 1)

Per l'anno 1996 si è verificato un incremento delle segnalazioni in ambito Esercito (46,5% contro il 39,6% del 1995), una diminuzione nell'area Marina (42,7% contro il 45,7% del 1995) ed un incremento in ambito Aeronautica (9,9% contro 6,7% del 1995).

Il dato non si presta a facili interpretazioni, in considerazione del fatto che la Forza bilanciata dei militari in leva ordinaria per l'anno 1996 prevede l'80% di personale dell'Esercito, il 12% dell'Aeronautica e l'8% della Marina.

E' però probabile che il dato si possa collegare con le più puntuali segnalazioni di assunzione di sostanze stupefacenti connesse al Drug Testing Program attuato in ambito Marina e di cui si è detto al paragrafo 2.a.(2)(a).

FORZA ARMATA	Nr. soggetti	Freq. %
ESERCITO	920	46,5
MARINA	845	42,7
AERONAUTICA	195	9,9
CARABINIERI	14	0,7
VARI	4	0,2
Non indicata	0	0,0
TOTALE	1978	100,0

Tab.1 - Suddivisione dei tossicodipendenti secondo la Forza Armata di appartenenza.

c. Distribuzione dei tossicodipendenti secondo la posizione militare (Tabella e Grafico 2)

Pur essendo ancora alto il numero di coloro che non hanno indicato la loro posizione militare (761), si deduce ugualmente che i soggetti maggiormente coinvolti rimangono quelli di leva (1122, ovvero il 56,7%), siano essi già alle armi o ancora iscritti di leva, cioè quelli più giovani e probabilmente meno motivati. Le quantità relative alle altre categorie di militari tendono rispettivamente:

- a rimanere costanti (5 del complemento - C.P.L. - contro 4 dell'anno precedente);
- ad aumentare (72 in Servizio permanente effettivo - S.P.E. - contro 60 dell'anno precedente);
- a diminuire (18 volontari contro 29 dell'anno precedente).

POSIZIONE	Nr. soggetti	Freq. %
LEVA	1122	56,7
CPL	5	0,3
SPE	72	3,6
VOLONTARI	18	0,9
Non indicato	761	38,5
TOTALE	1978	100,0

Tab.2 - Distribuzione dei tossicodipendenti secondo la posizione militare

d. Distribuzione dei tossicodipendenti secondo la Regione di residenza (Tabella e Grafico 3)

Le Regioni maggiormente rappresentate risultano essere la Sicilia e quindi, con percentuali minori, la Campania, il Lazio, la Puglia e la Lombardia.

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.

La distribuzione dei tossicodipendenti, secondo la Regione di residenza, calcolata sui valori corretti in base alla popolazione maschile residente al Censimento del 1991, evidenzia infatti come le Regioni maggiormente interessate dal fenomeno siano nell'ordine: la Sardegna, la Liguria, la Sicilia, la Puglia, la Campania ed il Lazio.

REGIONE	Nr. soggetti	Freq.%	Popolazione	%	F.Ass.Teor.	F.% Teor.
VAL D'AOSTA	2	0,1	57354	0,002081	961	2,7
PIEMONTE	113	5,7	2083866	0,075618	1494	4,2
LOMBARDIA	166	8,4	4280057	0,155311	1069	3,0
FRIULI V.G.	44	2,2	571465	0,020737	2122	5,9
TRENTINO A.A.	5	0,3	434761	0,015776	317	0,9
VENETO	81	4,1	2126205	0,077154	1050	2,9
LIGURIA	95	4,8	793254	0,028785	3300	9,2
EMILIA ROMAGNA	83	4,2	1890192	0,068590	1210	3,4
TOSCANA	103	5,2	1701798	0,061753	1668	4,6
MARCHE	41	2,1	695649	0,025243	1624	4,5
LAZIO	229	11,6	2488426	0,090298	2536	7,0
UMBRIA	13	0,7	394192	0,014304	909	2,5
ABRUZZI	24	1,2	608676	0,022087	1087	3,0
MOLISE	6	0,3	161585	0,005863	1023	2,8
CAMPANIA	255	12,9	27448953	0,099752	2556	7,1
PUGLIA	194	9,8	1966977	0,071376	2718	7,6
BASILICATA	4	0,2	301571	0,010943	366	1,0
CALABRIA	85	4,3	1019944	0,037011	2297	6,4
SICILIA	273	13,8	2418801	0,087771	3110	8,6
SARDEGNA	135	6,8	814237	0,029546	4569	12,7
ESTERO	7	0,4				
Non Indicato	20	1,0				
TOTALE	1978	100,0	27557963	1,000	35986	100,0

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)

e. Periodo di prima assunzione di sostanze stupefacenti (Tabella e Grafico 4)

I soggetti che dichiarano di aver assunto per la prima volta sostanze stupefacenti durante il servizio militare costituiscono il 2.6% di quelli segnalati.

Al dato peraltro non è attribuibile alcun significato, in considerazione dell'elevatissima percentuale di mancate risposte (92,6%).

RISPOSTA	Freq.Ass	Freq. %
Si	51	2,6
No	96	4,9
Non Indicato	1831	92,6
TOTALE	1978	100,0

Tab.4 - La prima assunzione è avvenuta dopo l'incorporamento?

f. Distribuzione dei tossicodipendenti secondo l'età della prima assunzione ed il tipo di sostanza (Tabella 5)

(1) Le sostanze utilizzate presentano le seguenti frequenze percentuali:

marijuana-hashish	92,83%
eroina	5,30%
cocaina	0,69%
oppio e derivati	0,63%
amfetamine	0,26%
alcool	0,10%
allucinogeni	0,05%
altre	0,05%
più di tre sostanze	0,05%

(2) 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, è auspicabile un sempre 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.

[illegible]

Tab.5 - Distribuzione dei tossicodipendenti secondo l'età alla prima assunzione ed il tipo di sostanza

g. Distribuzione dei provvedimenti medico-legali secondo la posizione di arruolato, incorporato od iscritto (Tabella 6 e 6 bis e Grafico 5)

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, sia in termini assoluti che percentuali, relativi all'intero 1996.

Il totale della tabella non comprende quei casi in cui non sono state fornite informazioni.

Il raffronto dei provvedimenti medico-legali con quelli adottati nel 1995 evidenzia:

- la lieve diminuzione dei provvedimenti medico-legali di idoneità (357 idonei nel 1996 contro 376 idonei nel 1995);
- la netta diminuzione del numero dei soggetti riformati (369 riforme nel 1996 contro 512 nel 1995);
- la sostanziale stabilizzazione delle licenze di convalida di durata inferiore a tre mesi (742 casi nel 1996 contro 754 nel 1995);

- la netta diminuzione delle licenze di convalescenza di durata superiore a tre mesi (22 casi nel 1996 contro 175 nel 1995);
- la consistente diminuzione dei provvedimenti medico-legali di rivedibilità (468 casi nel 1996 contro 773 nel 1995).

Con ogni probabilità i dati su riportati sono collegati con la sempre più puntuale segnalazione anche di casi di uso occasionale di sostanze stupefacenti.

Provvedimento		Lic. Inf.	Lic. Sup.			Trasf. altro	
Posizione	Idoneo	3 mesi	3 mesi	Rivedibile	Riformato	Osp.	Totale
Arruolato	24	30	8	295	137	2	496
Iscritto leva	20				67		260
Incorporato	313	712	14	173	165	12	1216
Totale	357	742	22	468	369	14	1972

Tab.6 - Distribuzione dei provvedimenti medico-legali secondo la posizione di arruolato, incorporato od iscritto (valori assoluti)

Provvedimento		Lic. Inf.	Lic. Sup.			Trasf. altro	
Posizione	Idoneo	3 mesi	3 mesi	Rivedibile	Riformato	Osp.	Totale
Arruolato	4,8	6,0	1,6	59,5	27,6	0,5	100,0
Iscritto leva	7,7			66,5	25,8		100,0
Incorporato	25,7	58,6	1,2		13,5	1,0	100,0
Totale	18,1	37,6	1,2	23,7	18,7	0,7	100,0

Tab.6 bis - Distribuzione dei provvedimenti medico-legali secondo la posizione di arruolato, incorporato od iscritto (valori %)

5. 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. 17 casi (di cui 1 in Obiettore di Coscienza)
- Epatite non A non B n. 13 casi (di cui 1 in Vigile del Fuoco)

- Infezione HIV n. 7 casi

Si precisa che i suddetti dati:

- si basano sulle notifiche pervenute nel 1996;

- 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, già non presenti nell'anno precedente, la diminuzione degli altri due tipi di epatite (B e non A non B) e la presenza, seppur contenuta, d'infezioni da HIV.

6. INIZIATIVE IN AMBITO AIDS

a. Attività generali di prevenzione

Dando seguito ad analoghe iniziative attuate negli anni 1990, 1992 e 1995, 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, impostato secondo il modello "a cascata", ha portato a costituire in ogni Ente addestrativo/Istituto di formazione un team preposto all'attività educativa e di prevenzione a favore dei giovani che entrano nel mondo militare. La I Fase del piano di formazione HIV si è svolta nel 1995 ed ha interessato 32 Ufficiali Medici destinati a svolgere il ruolo di docenti nella successiva II fase; gli atti del corso sono stati raccolti nel volume speciale del Giornale di Medicina Militare che ha costituito testo didattico per la II fase. La II Fase, finalizzata alla qualificazione dei suddetti team, si è rivolta alle figure professionali più idonee a svolgere un'efficace azione preventiva dell'infezione da HIV, in ragione del loro incarico ma, soprattutto, della loro autorevolezza e della loro possibilità di contatto con i giovani che entrano nel mondo militare.

Si è scelto, volutamente, di organizzare l'attività riunendo operatori di diversa estrazione culturale (Ufficiali Medici, Ufficiali d'Arma, Cappellani Militari), perché l'infezione da HIV non è solo un problema medico e la sua prevenzione, in particolare, coinvolge il comportamento e, quindi, il sistema di valori e di riferimenti della persona.

I frequentatori hanno ricevuto una preparazione specifica partecipando ad un corso e ricevendo il fascicolo monografico del Giornale di Medicina Militare contenente un'equilibrata e aggiornata trattazione della materia.

Per ogni Ente, inoltre, è stato distribuito un pacchetto didattico (30 diapositive) da impiegare come sussidio audiovisivo all'attività di educazione e prevenzione.

Complessivamente sono stati svolti sette corsi nel periodo Aprile-Giugno 1996, per un totale di 198 frequentatori provenienti da 71 Enti Militari delle tre Forze Armate, dell'Arma dei Carabinieri e della Guardia di Finanza. La valutazione dell'apprendimento mediante questionario anonimo ha dato un coefficiente di efficacia pari a 48.43. Obiettivo collaterale dell'attività della II Fase è stata la formazione specifica in materia

di HIV di 72 Sottufficiali Allievi Infermieri Professionali dell'Esercito i quali sono stati aggregati ai corsi della II Fase. Detto personale, destinato ad operare presso le strutture sanitarie di Forza Armata, potrà costituire ulteriore punto di riferimento per lo sviluppo delle attività di prevenzione.

Attualmente è in corso la III Fase in cui i team svolgono presso i rispettivi Reparti il compito cruciale di trasmettere il messaggio di prevenzione, sia con le consuete tecniche di comunicazione collettiva (riunioni, conferenze) sia in ogni altra occasione propizia che si presenti nel quotidiano contatto con i giovani.

Allo scopo di assicurare la permanenza dell'iniziativa, la Direzione Generale della Sanità Militare ha formalizzato con gli Stati Maggiori/Comandi Generali l'inserimento stabile dell'attività in argomento nei piani di addestramento e formazione. I risultati preliminari sulla III Fase, relativi a un campione di 10.000 militari, hanno dato un coefficiente di efficacia di 50,32.

b. Iniziative specifiche per la prevenzione dell'HIV nei contingenti per operazioni fuori area

Nel corso del 1996, la Direzione Generale della Sanità Militare ha intrapreso le seguenti iniziative:

- cura dell'edizione italiana di un opuscolo, predisposto dal Dipartimento operazioni Peace-Keeping dell'ONU, sulla prevenzione dell'infezione da HIV. L'opuscolo è stato stampato e distribuito ai Reparti interessati;
- avvio di una indagine epidemiologica, mediante questionario anonimo, per valutare la effettiva consistenza di comportamenti a rischio e predisporre quindi più mirati interventi preventivi;
- estensione (in corso) del Piano di Formazione HIV ai Reparti di maggiore consistenza organica.

7. SERVIZIO CIVILE SOSTITUTIVO DEL SERVIZIO MILITARE DI LEVA

Per quanto riguarda lo stato di attuazione dell'art.110, primo comma, del T.U. 09.10.'90 n.309, si fa presente che, nel corso del 1996, alla Direzione Generale della Leva sono pervenute n.1 domande di giovani che, ai sensi del citato articolo, hanno chiesto di continuare a prestare, come servizio civile, la propria attività volontaria per un periodo pari alla durata del servizio militare, onde adempiere così agli obblighi di leva.

Hanno iniziato il servizio presso le Comunità da loro indicate ed aventi i requisiti di cui all'art.116 del T.U. n.2 giovani per i quali nel corso del 1995 sono state definite le relative pratiche.

Si rammenta che l'art.110, primo comma, del T.U. 09.10.'90 n.309 prevede che il soggetto tossicodipendente che, al termine del trattamento di recupero, sia nelle condizioni di essere chiamato a svolgere il servizio militare di leva, possa, su sua richiesta e su parere conforme della Direzione della Comunità Terapeutica, continuare a prestare come servizio civile la sua attività volontaria presso la Comunità, per un periodo pari alla durata del servizio militare.

Per quanto concerne i dati relativi ai soggetti di cui all'art.112 del T.U. in oggetto, si fa presente che gli obiettori di coscienza ammessi ai benefici della legge 772/72 che, nell'anno 1996, hanno prestato servizio

sostitutivo civile presso Enti convenzionati con il Ministero della Difesa, operanti esclusivamente nel campo della tossicodipendenza, sono stati 486.

Altri 4625 obiettori di coscienza sono stati assegnati presso Enti che svolgono varie attività tra cui quella in favore dei tossicodipendenti, ma tra questi non si conosce l'esatto numero di coloro che hanno effettivamente operato in tale settore.

8. CONCLUSIONI

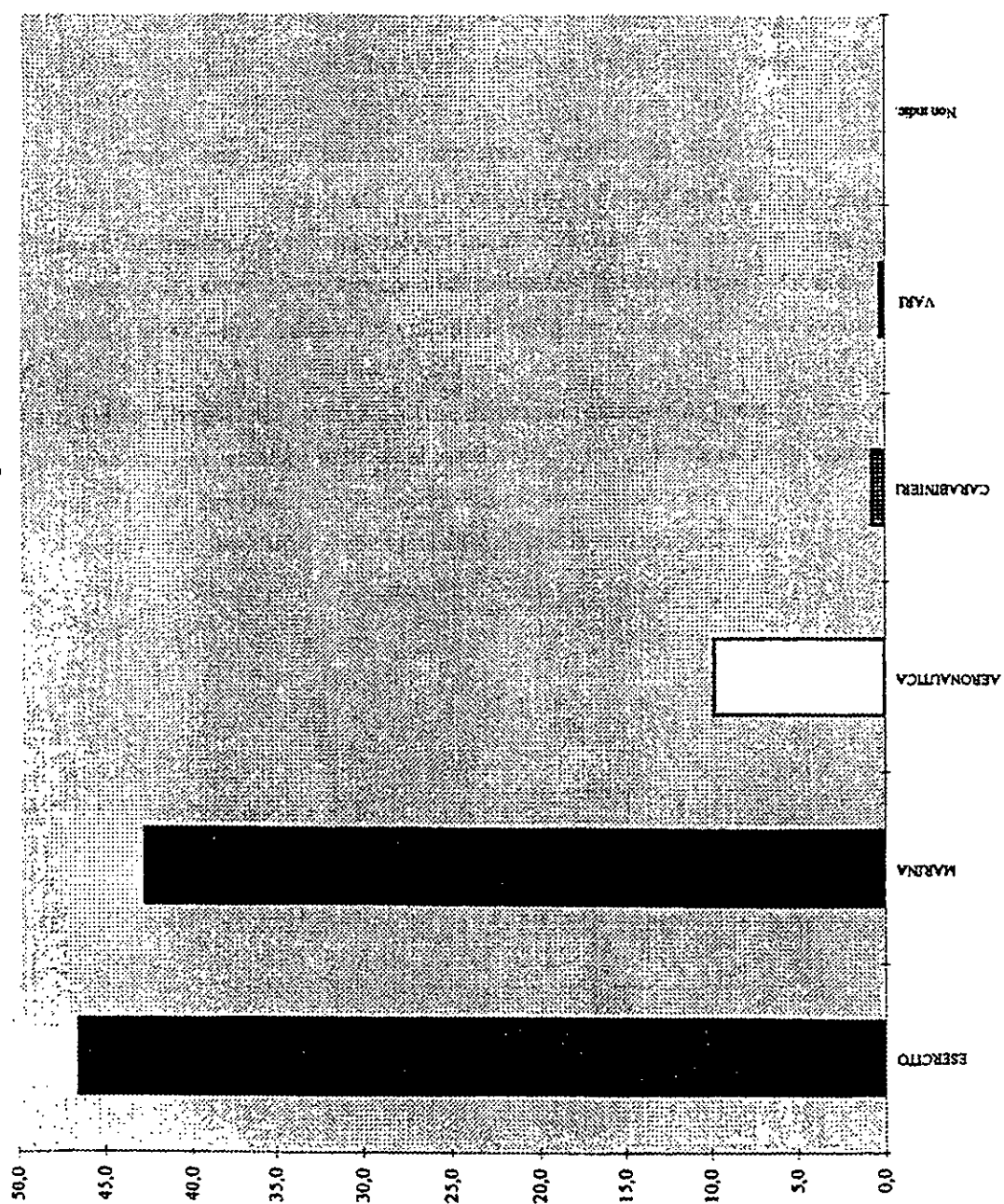
Le iniziative attualmente in corso di realizzazione nelle Forze Armate, per la prevenzione delle tossicodipendenze, sono, come si è detto, piuttosto varie ed articolate: esse necessitano di un costante coordinamento, che viene assicurato dalla sezione di Psicologia medica militare della Direzione Generale della Sanità Militare.

Un deciso incremento alle attività del settore è certamente derivato, negli anni passati, dagli appositi finanziamenti elargiti dal Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga.

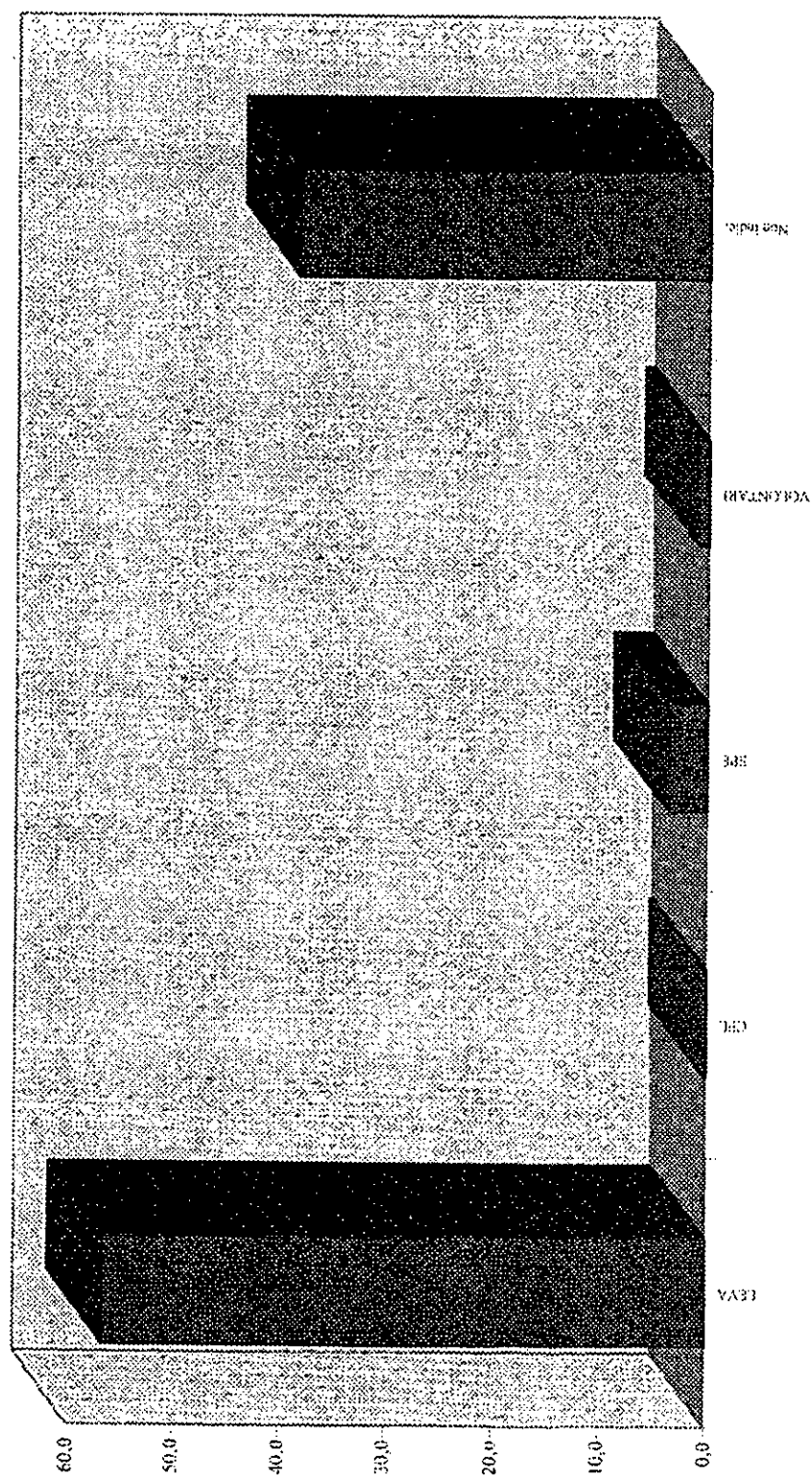
E' da sottolineare, però, la necessità di addivenire ad un regolare apporto di stanziamenti da parte di tale Fondo, per svincolare la fase esecutiva delle pianificazioni dalle incertezze di copertura finanziaria e dai rigidi limiti degli Esercizi Finanziari che possono ingenerare difficoltà nella delicata fase di avvio o nella continuità delle iniziative.

Purtuttavia gli interventi appaiono globalmente promettenti per i già sperimentati positivi effetti di ricaduta sul benessere e la sicurezza dell'intera collettività militare e per le possibili indirette ripercussioni sulla società civile, che potranno essere tanto più efficaci, quanto migliore sarà il coordinamento delle iniziative attivate dalle Pubbliche Amministrazioni che operano nel settore della prevenzione delle tossicodipendenze.

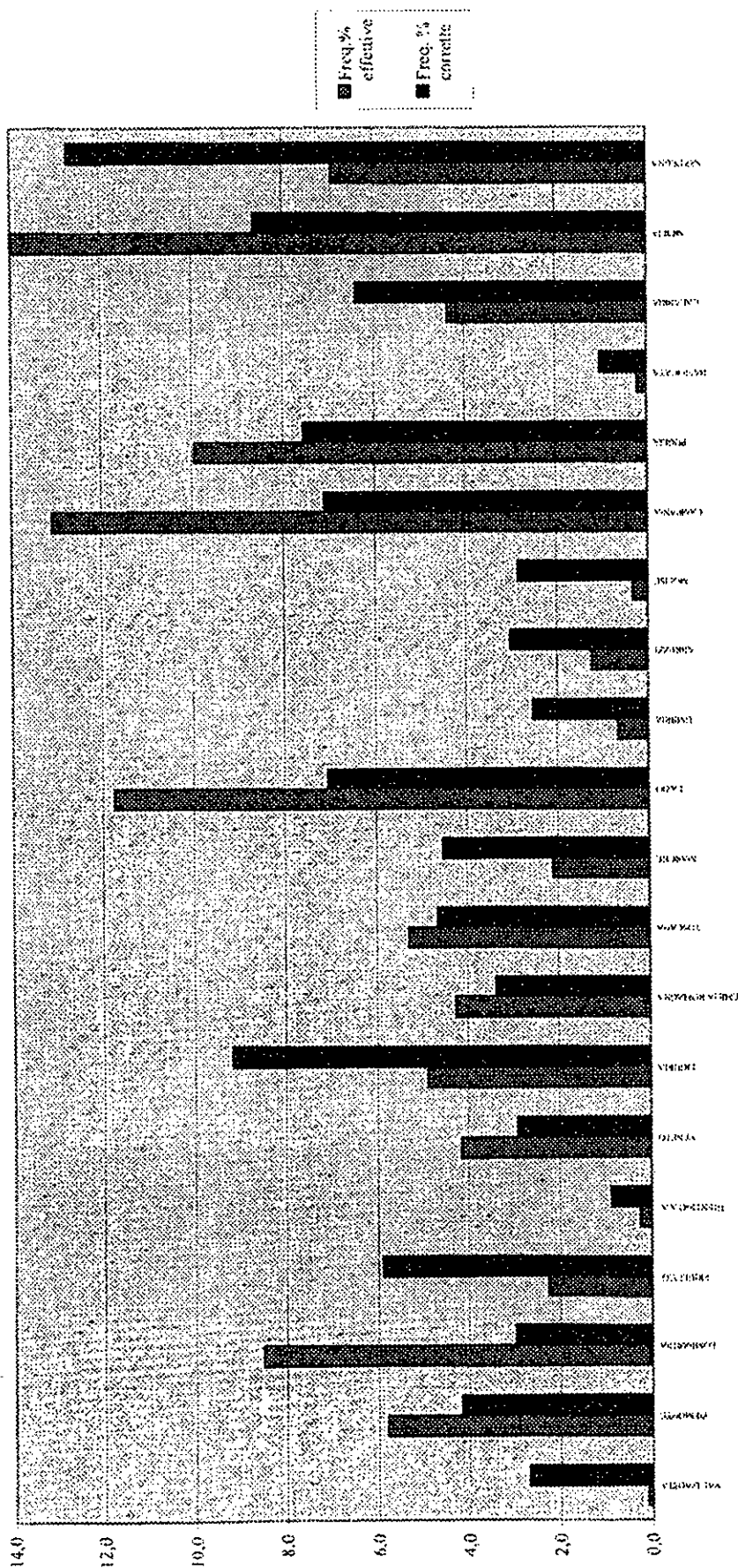
Graf.1 - Suddivisione dei tossicodipendenti secondo la Forza Armata - Gen/Dic 96 (valori %)



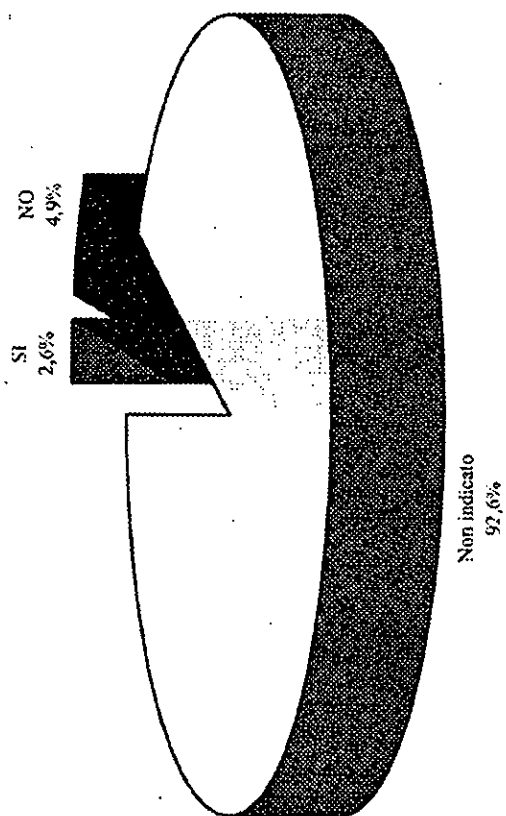
Graf.2 - Distribuzione dei tussicodipendenti secondo la posizione militare - Gen/Dic. 1996 (valori %)



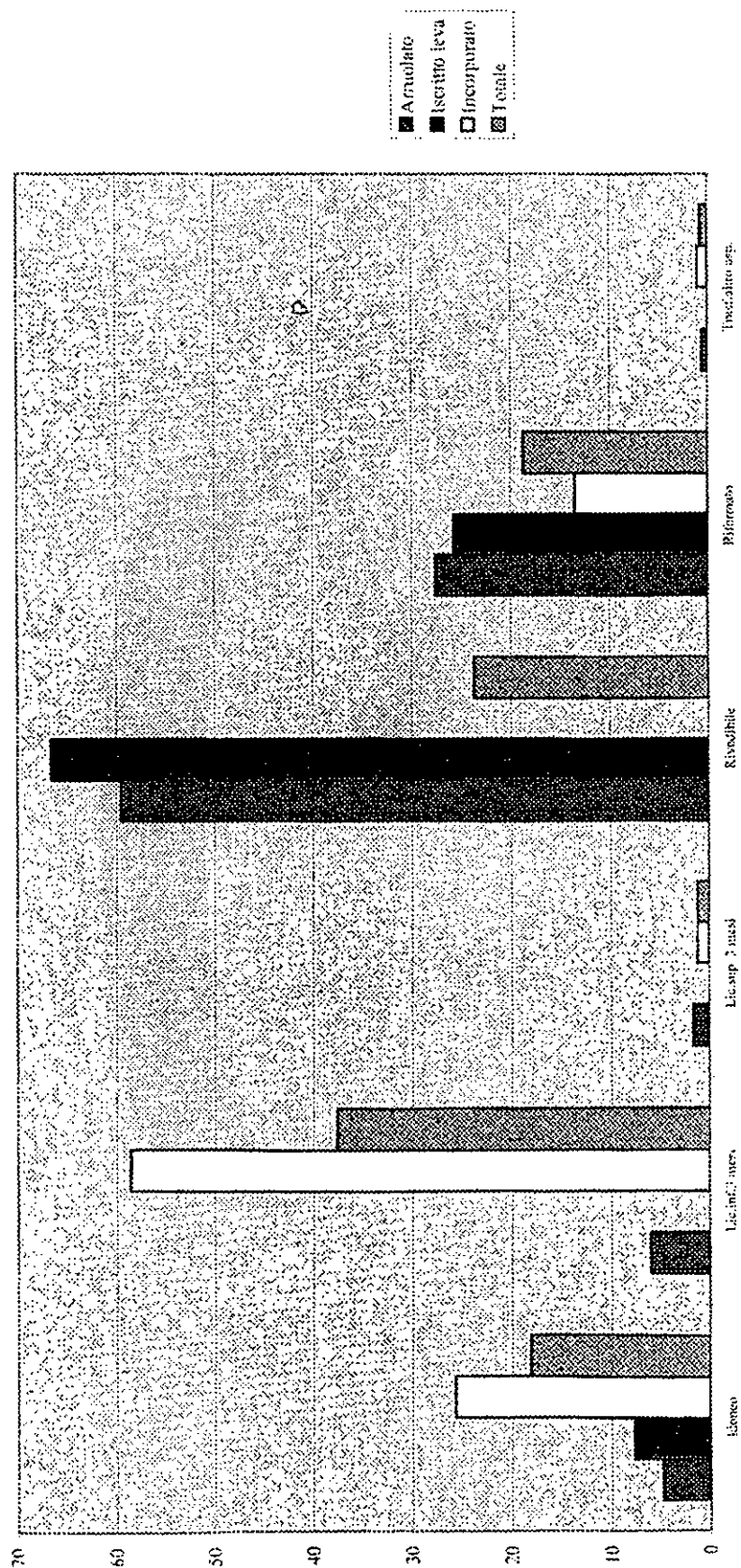
Crat.3 - Distr. dei soggetti secondo la Reg. di residenza Cens/Dic 96 (Val. effettivi e corretti in base alla pop. reg. maschile al 1° Cens.)



Graf. 4 - La prima assunzione è avvenuta dopo l'incorporamento?



Graf.5 - Distribuzione dei provvedimenti medico-legali secondo la posizione militare (valori %)



Ministero dell'Università e Ricerca scientifica e Tecnologica

PAGINA BIANCA

Progettualità ed iniziative

Il Ministero non ha assunto dirette iniziative in proposito, ma ha raccolto specifici progetti, di seguito indicati, inoltrati da Università ed Enti, secondo le vigenti disposizioni.

- Università degli Studi di Roma Tor Vergata - Progetto "Sistema informativo di supporto alle decisioni per la valutazione dell'impatto sul territorio interessato dall'erogazione di fondi previsti dal T.U. 309/1990".
- Università "La Sapienza" di Roma - Progetto "Intervento di accoglienza, trattamento, orientamento ed indirizzo per tossicodipendenti e soggetti a rischio".
- Istituto Europeo di Formazione e Consulenza Sistemica di Roma (I.E.F.Co.S.) di Roma - Progetto "Integrazione e sviluppo in Italia dell'azione COST A6 dal titolo: Valutazione delle azioni contro l'abuso di sostanze in Europa".

Per la realizzazione dei progetti sono stati concessi finanziamenti rispettivamente: di L. 411.000.000 per l'Università di Tor Vergata, di L. 1.834.000.000 per l'Università La Sapienza e per l'Istituto Europeo di Formazione e Consulenza Sistemica di Roma di L. 662.168.000.

L'iter procedurale richiesto per la formalizzazione di atti convenzionali attraverso i quali si è inteso disciplinare la realizzazione dei progetti ha implicato lo slittamento dell'avvio delle relative attività all'anno 1997.

Di conseguenza l'Amministrazione scrivente si riserva di fornire in seguito ulteriori notizie sullo stato di attuazione dei progetti medesimi di cui sinteticamente si riportano i contenuti.

Il primo dei progetti sopra indicati di attribuzione all'Università di "Tor Vergata" prevede la realizzazione di una metodologia di valutazione quantitativa economico-finanziaria dell'impatto delle politiche di prevenzione, recupero e trattamento di soggetti tossicodipendenti ai fini di verificare i costi sociali nel contesto legislativo definito dal T.U. 309/90.

In questo ambito è prevista la definizione di una serie di indicatori del fenomeno tossicodipendenza e delle sue implicazioni allo scopo di pervenire alla descrizione di una mappa "spazio-temporale" delle situazioni a rischio sulla quale valutare le varie possibilità d'intervento con finalità di monitoraggio e di produrre informazioni al cittadino mediante uno sportello ad esso dedicato.

La ricerca è suddivisa in cinque fasi attuate, di seguito indicate e si svolgerà nell'arco temporale di 18 mesi.

1) PREPARAZIONE DELLA RICERCA (tre mesi)

- studio della letteratura esistente
- definizione della metodologia di raccolta dei dati
- raccolta dati
- realizzazione della base-dati
- definizione del modello economico-finanziario

- definizione del modello quantitativo
- confronto con ricercatori italiani e stranieri.

2) ANALISI DEI DATI (sei mesi)

- verifica qualità dei dati
- definizione metodologia statistica di trattamento dei dati
- analisi esplorativa
- analisi multivariata di aggregazione
- analisi multivariata dei fattori.

3) REALIZZAZIONE DELLA MAPPA (due mesi)

- analisi territoriale
- definizione del livello di dettaglio territoriale
in cui i dati risultano significativi
- applicazione dei risultati.

4) MODELLO DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO (quattro mesi)

- definizione delle ipotesi di lavoro
- verifica delle ipotesi
- applicazione del modello ai dati
- simulazione di diverse politiche
- conclusioni.

5) REALIZZAZIONE DEL SISTEMA DI MONITORAGGIO (tre mesi)

- progettazione del monitoraggio
- progettazione dello sportello al cittadino.

Il progetto - di durata biennale - presentato dall'Università "La Sapienza" di Roma, si propone la finalità di sperimentare nella struttura sanitaria del Policlinico universitario un modello assistenziale di accoglienza, trattamento orientamento ed indirizzo di soggetti tossicodipendenti o a rischio di tossicodipendenza o comunque emarginati, attraverso la realizzazione di un collegamento funzionale tra le specifiche competenze già attive all'interno della struttura medesima e le principali realtà territoriali operanti nel settore.

Il progetto si attuerà nelle seguenti cinque fasi:

A FASE ORGANIZZATIVA

- formazione del personale dedicato (metodologie di lavoro del progetto)
- creazione della rete (integrazione funzionale delle strutture ospedaliere e territoriali e collegamenti telematici)
- sensibilizzazione, informazione, aggiornamento alle tematiche del progetto degli operatori sanitari delle strutture coinvolte.

B FASI DELL'INTERVENTO**1. FASE DELL'URGENZA**

- 1a. accoglienza del paziente presso le strutture di emergenza/accettazione
- 1b. creazione di un registro riservato contenente una cartella clinica personalizzata
- 1c. valutazione medica ed eventuale trattamento d'urgenza.

2. FASE VALUTATIVA

- 2a. valutazione psicologica (consulenza e tests psico-diagnostici)
- 2b. valutazione psichiatrica (consulenza)
- 2c. valutazione farmacologica (dosaggio di droga, alcool e farmaci).

3. FASE DELL'INVIO IN RETE

- 3a. invio ai servizi partecipanti al progetto per trattamenti farmacologici, psicoterapeutici, ecc.
- 3b. invio in strutture territoriali funzionalmente collegate al progetto.

C FASE DELLA VERIFICA

- controllo della metodologia di lavoro nelle varie fasi effettuato da personale dedicato
- controllo del raggiungimento degli obiettivi intermedi e finali per singolo paziente
- valutazione globale dei risultati ed elaborazioni statistico-epidemiologiche.

D ELABORAZIONE FINALE

di un prodotto metodologico da esportare in altre realtà ospedaliere.

Il progetto presentato dall'Istituto Europeo di Formazione e Consulenza Sistemica (I.E.F.Co.S.) riguarda la ricerca nel settore delle Scienze sociali ed in particolare gli aspetti sociali dell'Abuso di Droghe.

Lo stesso che si propone come obiettivo la valutazione dell'azione contro la Droga, si articola in tre sottoprogetti predisposti al fine di integrare e sviluppare sul territorio nazionale programmi già approvati nell'ambito di una intesa di cooperazione europea definita COST (Cooperation Europeenne dans les Science e

la Tecnologie) siglata tra 25 paesi membri e mirata al coordinamento, al livello europeo, delle attività di ricerca svolte nei medesimi paesi in determinati settori: nel caso specifico, quello relativo alle Scienze Sociali a cui precisamente è riferito il progetto in esame.

Sintetizzando i suddetti programmi riguardano essenzialmente:

- la valutazione degli interventi di prevenzione primaria al fine di realizzare tra l'altro l'omogeneizzazione degli interventi preventivi in Italia sulla scorta di quanto prodotto a livello europeo, la divulgazione delle metodologie di prevenzione e della loro valutazione.
- la valutazione dei trattamenti mediante la creazione di un Network italiano tra le strutture deputate alla valutazione degli interventi terapeutici individuati con l'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio, l'Ufficio Tossicodipendenze della Regione Veneto, Nucleo di valutazione del Ministero Affari Sociali, SECEDAS del Ministero della Sanità, Osservatorio Epidemiologico Regione Lombardia.
- la validazione e diffusione nella realtà italiana di due strumenti di valutazione sperimentati a livello europeo: l'uno "l'EURO-ASI" finalizzato alla omogeneizzazione della descrizione dei soggetti sottoposti a trattamento e definizione di un indicatore di efficacia; l'altro rivolto alla standardizzazione della scheda di descrizione e classificazione delle strutture di trattamento.

Ai fini dell'aggiornamento dei dati e contenuti già espressi nella relazione dell'anno 1995, si forniscono le seguenti notizie.

L'Università di Cassino ha curato la realizzazione del progetto "Alter Ego: droghe e cervello", dando la massima diffusione dei supporti didattico-scientifici del progetto stesso, mediante la divulgazione del catalogo "Alter Ego" e delle videocassette "Alter Ego e Tossicodipendenza" presso scuole, associazioni di volontariato e culturali, comunità; l'allestimento di una mostra itinerante ospitata anche presso fiere, congressi a carattere nazionale ed internazionale; l'ultimazione del filmato della mostra "Alter Ego" dal titolo "Droghe, dal rito al mercato nero" che illustra la storia e la botanica delle droghe; la traduzione degli atti per la versione inglese e francese del filmato; la realizzazione di programmi televisivi nella trasmissione ABEDO, nel TG delle scienze "Leonardo"; l'allestimento di tavole rotonde su problemi relativi alle tossicodipendenze.

L'attività dell'Istituto di Fisiologia clinica del CNR relativa alla realizzazione del programma denominato "Progetto prototipale per la realizzazione di programmi educativi multimediali di prevenzione dell'abuso di droghe e delle devianze giovanili ad esso collegate", si è attuata mediante l'individuazione, il reperimento e la valutazione di materiali e programmi software attinenti o propedeutici, nonché alla realizzazione del prototipo multimediale del progetto.

Il predetto Istituto ha altresì attivato contatti con gli Organi centrali e periferici del Ministero della P.I. che hanno portato alla individuazione del campione di scuole partecipanti al progetto.

Nella realizzazione della seconda fase del progetto stesso sono stati evidenziati gli elementi di base su cui sono strutturati in altri paesi, i principali progetti di prevenzione primaria del disagio giovanile, per la promozione di stili di vita e per il raggiungimento della condizione di "benessere" nell'accezione che dà, a questo termine, l'Organizzazione mondiale della Sanità.

Con tale fase è stata possibile la formazione degli insegnanti, la dotazione di apparecchiature multimediali delle scuole che hanno partecipato alla realizzazione del progetto, l'adottamento dei materiali per le prevenzioni individuate nella prima fase del progetto e lo sviluppo di nuovi materiali in relazione alle caratteristiche della scuola e della popolazione studentesca italiana. E' stato realizzato un pacchetto didattico-preventivo integrato nelle normali attività della scuola elementare con meccanismi di supervisione collegati.

E' stato provveduto successivamente alla sperimentazione del pacchetto di cui sopra su un campione di scuole dell'Italia meridionale, alla valutazione della sua applicabilità, ad una stima dell'impatto in termini di prevenzione primaria del disagio giovanile e del comportamento di dipendenza dalla droga.

PAGINA BIANCA

Ministero delle Finanze

PAGINA BIANCA

Attività Svolta Nel 1996 Dalla Guardia Di Finanza E Dalle Dogane In Attuazione Delle Disposizioni Previste Dal Testo Unico Sulle Tossicodipendenze Approvato Con D.P.R. 309/1990.

1. Considerazioni generali sul fenomeno.

Il traffico illegale di sostanze stupefacenti caratterizza e nello stesso tempo preoccupa la società contemporanea e dà la misura del costante impegno che si richiede alle Forze di Polizia per contrastarlo con tutti i mezzi disponibili.

Il fenomeno interessa in maniera massiccia il nostro Paese: la posizione geografica dell'Italia e la presenza di organizzazioni criminali -prime fra tutte la Mafia, la Camorra, la 'Ndrangheta e la Sacra Corona Unita-, collegate con i cartelli internazionali di narcotrafficienti, hanno fatto sì che il nostro territorio divenisse una delle principali aree di transito delle sostanze stupefacenti, oltre che terreno fertile per lo sviluppo di un mercato di consumo.

Il volume di denaro sporco derivante dal traffico di droghe ha aumentato la forza di penetrazione nell'imprenditoria sana attraverso l'utilizzo di meccanismi di riciclaggio sempre più sofisticati e difficilmente individuabili.

Lo sviluppo abnorme del fenomeno è favorito essenzialmente dalla continua ricerca di sbocchi per gli investimenti delle enormi liquidità accumulate in breve tempo dalle organizzazioni criminali.

Al riguardo, assurgono a posizione di assoluto rilievo le formazioni calabresi che gestiscono l'importazione e la distribuzione di ingenti partite di droga nei mercati delle regioni centro-settentrionali, soprattutto della Lombardia.

Anche le attività delle potenti organizzazioni siciliane continuano a svilupparsi in maniera preoccupante nelle regioni del Nord grazie alle grandi capacità imprenditoriali, finanziarie e logistiche di cui le stesse dispongono.

Per contro, i clan della camorra non sembrano inseriti nel traffico internazionale di stupefacenti ai livelli delle formazioni siciliane e calabresi.

Per quanto riguarda le organizzazioni della "sacra corona unita", si registrano preoccupanti collegamenti con trafficanti dell'Albania, del Montenegro e di altri paesi dell'Est.

Le "piazze" delle grandi aree metropolitane settentrionali costituiscono uno dei più importanti snodi delle dinamiche di integrazione della società criminale.

2. Linee di intervento del Corpo della Guardia di Finanza e risultati conseguiti.

L'attività della Guardia di Finanza nel settore si articola secondo le seguenti direttrici fondamentali:

- a. vigilanza sul mare, nel contesto di altre finalità di polizia tributaria e marittima in genere.
- b. presenza "statica" alle frontiera di militari addetti al controllo delle merci e delle persone.

I Reparti preposti alla vigilanza dei confini dello Stato si trovano ad operare, a volte, con l'ausilio di cani antidroga:

- negli scali aeroportuali;
- lungo il confine marittimo;
- lungo il confine terrestre, ovvero ai valichi stradali e ferroviari.

c. azione "dinamica" all'interno del territorio nazionale.

L'attività repressiva nei confronti dei traffici di sostanze stupefacenti è affidata prioritariamente ai Gruppi Operativi Antidroga.

I GG.OO.A sviluppano, nell'assetto ordinativo attuale, un'azione fondamentale nella lotta alla droga e costituiscono in tale settore i referenti principali degli altri Reparti del Corpo.

Le particolari unità intervengono direttamente nell'accertamento e nella repressione dei traffici illeciti di stupefacenti con l'esecuzione di indagini spesso di rilievo internazionale.

Al riguardo assume rilevanza il servizio di pubblica utilità "117" che, pur finalizzato all'accertamento e alla repressione delle violazioni in materia fiscale, prevede tra i diversi moduli operativi quello concernente la repressione del traffico di stupefacenti.

Nel corso del 1996 la Guardia di Finanza ha accertato 11.396 violazioni alla normativa sugli stupefacenti di cui:

- 3.009 per i delitti previsti dall'articolo 73 T.U. 309/90;
- 51 per il delitto di associazione a delinquere finalizzata ai traffici di sostanze stupefacenti;
- 7.548 per illecito uso personale ex articolo 75;
- 788 per i rimanenti reati.

Sono stati verbalizzati 13.978 soggetti;

Rispetto al 1995, si sono registrate le seguenti significative variazioni:

d. in aumento:

- violazioni riscontrate (+2065);
- casi di detenzione per uso personale (+1641);
- soggetti complessivamente verbalizzati (+2292);
- soggetti segnalati al Prefetto (+2151);
- sequestri di cocaina (+91 kg);
- sequestri di eroina (+ 133 kg);
- sequestri di canapa indiana (+ 206.670 piante)

- sequestri di stupefacenti-altri semi (+ 320.009 semi)
- numero dei mezzi sequestrati (+16);
- e. in diminuzione:
- sequestri di hashish e marijuana (-829 kg);
- sequestri di stupefacenti-altre piante (- 2.069 piante);
- sequestri di altre sostanze (- 312 Kg circa).

3. Attività svolta dalle Dogane e risultati conseguiti.

Nel corso del 1996 l'Amministrazione doganale italiana si è ulteriormente impegnata nello specifico settore della lotta contro il traffico illecito di stupefacenti, portando avanti un processo di potenziamento delle proprie strutture all'uopo preposte.

L'attività operativa svolta dai Servizi Antifrode doganali nel corso dell'anno 1996 ha portato al sequestro, entro gli spazi doganali, di rimarchevoli quantità di sostanze stupefacenti.

Durante il periodo considerato, sono state trattate in arresto per gli illeciti in questione 90 persone.

Da tempo è in atto una intensa azione con le forze di Polizia, a livello di Amministrazioni centrali, per promuovere un'interazione di mezzi e professionalità adeguati al contrasto di ogni fenomeno fraudolento, compreso il traffico di droga.

Si stanno intensificando i contatti con la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'interno per coordinare in maniera ottimale gli interventi operativi da effettuare nell'ambito degli spazi doganali e sono allo studio normative utili per migliorare la tecnica delle consegne controllate.

Si sta valutando la portata degli artt. 98 e 103 del T.U. delle leggi in materia di stupefacenti, approvato con D.P.R. 9 ottobre 1990 nr. 309, al fine di attuare l'auspicato processo di armonizzazione delle procedure di intervento tra le forze di polizia e le Dogane.

Per quanto riguarda gli aspetti più propriamente operativi, va segnalato 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, in particolare con l'UCLAF (Unità di Coordinamento Lotta Anti Frode).

E' opportuno evidenziare l'intensa attività svolta nel settore dei precursori e dei prodotti chimici di base al fine di evitarne il dirottamento verso la produzione illegale di stupefacenti; in tale contesto le Dogane, oltre ad effettuare un attento controllo dei prodotti in questione all'atto dell'entrata nel territorio nazionale e dell'uscita dallo stesso, assicurano un efficace coordinamento con le Forze di Polizia fornendo i necessari elementi di informazione relativi alla movimentazione dei citati prodotti.

4. Problematiche emerse in sede di applicazione del D.P.R. 309/1990 e proposte di modifica della normativa.

Per quanto concerne le problematiche di carattere operativo emerse in applicazione delle disposizioni del Testo Unico sulle tossicodipendenze, si ritiene opportuno segnalare:

a. la necessità di un intervento legislativo che definisca la quantità di droga detenuta per uso esclusivamente personale che legittima la polizia giudiziaria a procedere in via amministrativa.

Venuto meno il limite quantitativo massimo di sostanza stupefacente detenibile, la detenzione costituisce sempre, potenzialmente, un illecito penale, quindi, gli agenti operanti sono tenuti a comunicare “senza ritardo” la *notitia criminis* al Procuratore della Repubblica e depositare in cancelleria la sostanza sequestrata.

Ne consegue che, in assenza di apposite direttive emanate in sede locale dall'Autorità giudiziaria, gli operatori di polizia devono:

- procedere al sequestro penale delle sostanze stupefacenti;
- acquisire ogni elemento utile per l'accertamento dello scopo della detenzione;
- evidenziare, nell'informativa all'A.G., tutti gli elementi e le circostanze utili ai fini probatori;
- procedere, in linea di massima, alla denuncia a piede libero in caso di detenzione di quantità limitate, tenuto conto del tipo di sostanza.

Nel contempo non si può procedere autonomamente alla contestazione immediata del fatto e al rapporto all'Autorità prefettizia ai sensi del 5° comma dell'articolo 75.

A meri fini esemplificativi, vengono indicati quali possibili “indici” della detenzione non finalizzata all'uso personale i seguenti elementi oggettivi e soggettivi:

- modalità di detenzione della droga (ad esempio: confezionamento in più dosi pronte all'uso);
- la presenza di sostanze da taglio, di materiale idoneo al confezionamento delle dosi, di bilancini di precisione etc;
- rinvenimento a carico del soggetto di più tipi di droghe;
- eventuale possesso di cospicue somme di denaro;
- personalità e profili soggettivi dell'indagato.

Non assume rilevanza, invece, la verifica dello stato di tossicodipendenza;

b. alcuni limiti insiti nelle operazioni di acquisto simulato.

Relativamente alle operazioni di acquisto simulato ex articolo 97, l'attività operativa ha evidenziato una serie di limiti oggettivi ai quali si potrebbe far fronte:

- ricomprendendo fra le attività “scriminate” dalla norma anche le attività strumentali (quali la fornitura di sostanze da taglio, di prodotti chimici essenziali alla raffinazione ecc. diverse dal mero acquisto), in modo da rendere più credibile il soggetto infiltrato;
 - assicurando una migliore protezione giudiziaria e pratica dell'agente sotto copertura.
- c. l'esigenza di una norma interpretativa in relazione all'articolo 100 del D.P.R. 309/90 inerente la destinazione dei beni sequestrati o confiscati a seguito di operazioni antidroga.

Le Regioni d'Italia

PAGINA BIANCA

Regione Basilicata

Quadro normativo regionale

- A) Legge Regionale istituzione Ser.T.: Delibera Consiglio Regionale n. 708 del 27.10.1992
- B) Piano Sanitario Regionale: Delibera Consiglio Regionale 30 dicembre 1996 n. 478 Piano Sanitario Regionale 97/99.
- C) Progetto obiettivo specifico per il settore: Piano Sanitario Regionale Prevenzione Delle Dipendenze Riabilitazione E Reinserimento.

Situazione esistente.

Al 31.12.1995 sono attivi in Regione n.6 Ser.T., distribuiti in tutte le A.U.S.L..

Il numero complessivo di utenti in carico ai Ser.T. alla data del 31.12.1995 è di 791 unità.

La distribuzione regionale del numero di utenti indica che, nella A.U.S.L. n. 4 di Matera c'è il numero più elevato di soggetti in trattamento (278), seguita dalla A.U.S.L. n. 1 (175), A.U.S.L. n. 5 (155), A.U.S.L. n. 2 (101+38), A.U.S.L. n. 3 (44).

La distribuzione secondo il numero di utenti in carico mostra che il 30% dei Ser.T. ha una utenza inferiore a 100 soggetti, il 50% tra i 100 e i 200 ed il 10% oltre 200 unità.

Degli utenti in carico, il 24% (76 soggetti) risulta inserito in strutture socio-riabilitative. (Dati 1995)

Dal giugno 1993 la percentuale dei soggetti inviati in comunità terapeutiche è andata nettamente diminuendo, pur permanendo sui livelli piuttosto elevati in molte altre regioni.

Il rapporto maschi/femmine è dell'8,56% ed il fenomeno droga sembra essere più diffuso tra i maschi.

Tra gli utenti dei Servizi Pubblici, la sostanza stupefacente maggiormente utilizzata è l'eroina (80%) seguita dai cannabinoidi (18%), mentre la cocaina è assunta dal 2% dei soggetti.

Questo dato è condizionato dal tipo di economia regionale ed è un dato sottostimato in quanto il tossicodipendente da cocaina non si rivolge al servizio pubblico per il trattamento (non esistono trattamenti sostitutivi per questa droga, come il metadone per l'eroina).

Un dato da considerare è il consumo di "altro", cioè sostanze non immediatamente classificabili nelle categorie codificate dalla scheda di rilevazione.

Relativamente ai trattamenti, la quota dei soggetti sottoposti a trattamenti integrati (metadone+trattamento psico-sociale) raggiunge i 60% del totale; il ricorso a terapie solo psico-sociali e/o riabilitative arriva al 40%; a partire dal giugno 1993 si è verificata una inversione in tendenza delle percentuali di soggetti trattati con metadone e terapia socio-riabilitativa; quale effetto di diversi orientamenti terapeutici e maggiore qualificazione del personale.

Dal 1987 presso il Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) è gestito in collaborazione con le regioni, un sistema di sorveglianza della Sindrome di Immunodeficienza Acquisita (AIDS).

Il tasso di incidenza di AISA per 100.000 abitanti e in Basilicata pari al 2,9 a fronte del tasso di incidenza più elevato d'Italia del 21,7 registrato in Lombardia.

Il numero di casi di AIDS al 31.12.1995 è di 86.

Per gli altri fattori di dipendenza sono state promosse varie iniziative e sostenute quelle dei gruppi di auto-aiuto che hanno facilitato l'inserimento dell'alcol dipendente e della sua famiglia nei CAT (ARCAT Potenza, CAT Policoro, CAT Matera).

Obiettivi generali

I Ser.T., vista la natura complessa delle aree d'intervento: nucleo operativo per l'alcolismo, nucleo operativo intramurario presso il carcere, day-hospital per la gestione della detossificazione, etc., devono sperimentare nuovi modelli organizzativi e conseguire l'autonomia organizzativa, funzionale e budget.

Nel periodo di vigenza del piano sanitario regionale devono essere perseguiti i seguenti obiettivi:

- a) qualificazione professionale con azioni di formazione permanente degli operatori del Ser.T. e aggiornamento. Va posta attenzione non solo agli aspetti conoscitivi ma anche all'acquisizione della consapevolezza del ruolo del Ser.T. ("mission") e del ruolo degli operatori anche in termini d'identità;
- b) attivazione del day hospital, nell'ambito degli ospedali sedi di PSA per la disassuefazione e disintossicazione dei tossicodipendenti e alcol dipendenti in crisi acuta, la cui gestione dovrà essere affidata al Responsabile del Ser.T.;
- c) organizzazione, nell'ambito del Ser.T., del Servizio di Alcologia (D.M. del 3.8.1993), finalizzato alla costituzione di un polo operativo capace di coordinare ed attivare le iniziative indispensabili a rispondere adeguatamente ai bisogni dell'utenza coinvolta in problematiche alcol correlate (realizzazione di una rete di interventi in collaborazione con associazioni, servizi, distretti, ospedali);
- d) prevenzione primaria delle dipendenze (droga, alcool) soprattutto con riferimento alle fasce giovanili, ponendo particolare attenzione agli stili di vita e rischio e alle nuove sostanze stupefacenti di sintesi (es. ecstasy): intervento dei Ser.T. nell'attivazione dei Centri di Informazione e Consulenza delle Scuole secondarie superiori, in stretta collaborazione con i Provveditori agli studi. I CIC come luogo fondamentale di prevenzione primaria delle dipendenze (d.P.R. 309/90 art. 105 e 106);
- e) realizzazione di una rete di Osservatori socio-epidemiologici sul fenomeno delle dipendenze. Attivare presso il Ser.T. di ogni azienda sanitaria un Osservatorio. Particolare attenzione va posta alle nuove tendenze e caratteristiche della tossicodipendenza. Tale rete è coordinata con l'OER. Ogni Osservatorio comprende al suo interno il sistema informativo di servizio;
- f) coinvolgimento, assieme ai medici di base, delle farmacie in quanto rete territoriale di presidi nel campo delle informazioni, della prevenzione e della strategia di riduzione del danno, rispetto alle problematiche delle dipendenze;
- g) attivazione presso i Ser.T. nel cui territorio hanno sede case circondariali d'apposite équipe intramurarie;

- h) costituzione di una struttura permanente di coordinamento regionale tra i Ser.T. (formata dai coordinatori dei Ser.T. articolata in gruppi di lavoro per aree tematico-professionali) con la funzione di individuare parametri comuni di intervento (prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione) e di strategie di azione;
- i) attivazione di interventi di riduzione del danno;
- j) realizzare un sistema informativo regionale integrato con i sistemi informativi dei singoli Ser.T.

Risultati attesi

Entro il primo anno di vigenza del Piano Sanitario Regionale le A.U.S.L. devono:

- aprire un ambulatorio alcolologico nell'ambito del Ser.T., costituito da una micro-équipe, con funzioni di osservazione, diagnosi e monitoraggio delle problematiche alcolcorrelate;
- promuovere corsi residenziali di formazione e qualificazione del personale dei Ser.T., prevedendo la supervisione;
- organizzare la rete di risorse pubbliche e private in grado di formulare e attuare interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria integrati delle dipendenze (droga, alcool), con particolare attenzione alle problematiche AIDS e alle patologie alcolcorrelate;
- promuovere corsi di formazione e qualificazione per i Medici di Medicina Generale rispetto alla problematica della tossicodipendenza e dell'alcoldipendenza, per il raggiungimento di una operatività... integrata con i Servizi pubblici e privati impegnati nel settore;
- sperimentare ed attuare un sistema di verifica, valutazione e monitoraggio dell'attività... dei servizi pubblici e degli enti ausiliari convenzionati, della qualità... delle prestazioni e degli interventi, avvalendosi della struttura di coordinamento regionale dei Ser.T. e della rete degli Osservatorio socio-epidemiologici.

Successivamente:

- informatizzare e collegare tra loro i Ser.T., mediante sistema informativo comune per la rilevazione, la documentazione e la classificazione dei dati;
- attuare campagne di sensibilizzazione sul disagio a vari livelli istituzionali;
- incrementare l'attività... preventiva nelle scuole di ogni ordine e grado.

D) Legge per Albo Enti Ausiliari:

Delibera Consiglio Regionale 30 luglio 1993.

(È stato recepito l'atto d'intesa Stato/Regioni sugli standard strutturali e funzionali).

E) Legge per Coop. Sociali:

L.R. 39/93 - Norma attuazione L. 381/91.

L.R. 54/93 - Nuova norma.

F) Legge per Volontariato:

- Legge Regionale 16 luglio 1993 n. 38.

Norma per la promozione del volontariato.

- Legge Regionale 03 gennaio 1997 n. 2.

Modifiche alla L.R. 38/93.

G) Modello organizzativo.

Il Ser.T. è inserito nel Servizio di assistenza di base. Nell'Azienda Sanitaria n. 2 di Potenza c'è un'articolazione zonale (Val d'Agri).

- Ser.T. previsti: n. 6; e funzionanti: n. 6

- Personale previsto: n. 65; effettivamente impegnato: n. 55.

- Strutture residenziali private (Comunità... terapeutiche): n. 6; utenti n. 120; personale n. 32 dipendenti.

- Spesa per rette: 2 miliardi e 500 milioni circa.

- Problematiche rilevate (con particolare riferimento al riordino del S.S.N.):

- Necessità... di creare struttura a livello di distretto;

- I Ser.T. esistenti non coincidono con le Aziende Sanitarie.

H) Atto di intesa con il Ministero di Grazia e Giustizia - Intervento nelle carceri:

- Convenzioni esistenti: n. 3 con Case Circondariali di Potenza, Matera e Melfi;

- Strutture a custodia attenuata attivate: è stata programmata una a Irsina (MT). Non ancora attivata per difficoltà rappresentate dal Ministero Grazia e Giustizia;

- Detenuti tossicodipendenti negli Istituti Penitenziari della Regione su una popolazione di 480 detenuti, n. 80 sono i tossicodipendenti;

- Problemi rilevati nel modello organizzativo di intervento negli Istituti Penitenziari (personale, tipo di collaborazione): buoni i rapporti con il personale delle tre Case Circondariali. Per ristrettezza degli organici si assicurano solo n. 2 ore alla settimana.

I) Strategie adottate: Nessuna strategia adottata.

L) Sistema Informativo:

- per Ser.T.: rilevazione come da decreti;

- per Enti Ausiliari: rilevazione come da decreti.

È stato istituito l'Osservatorio Regionale con legge regionale n. 27 del 10.6.1996 con la supervisione dell'Istituto Mario Negri di Milano (previsto dal Piano Sanitario Regionale).

M) Attuazione e risultati iniziative finanziate dal Fondo Nazionale - Formazione ed aggiornamento :

Sono stati già realizzati n. 2 corsi di formazione a cura dell'Istituto di Roma.

Hanno beneficiato gli operatori del Ser.T. dei consultori familiari, delle Comunità Terapeutiche e del volontariato.

Sono in programma per gli stessi operatori n. 3 corsi (counselling sieropositività).

- Altre iniziative ed attività:

Partecipazione a corsi nazionali gestiti dall'Istituto Superiore di Sanità:

- Progetti di prevenzione e reinserimento adottati dagli Enti Locali e dagli Enti ausiliari, dalle Coop. sociali e dal volontariato finanziati con fondo nazionale:

I progetti di prevenzione fino all'anno 1995 sono stati prodotti e presentati direttamente alla Presidenza Consiglio Ministri direttamente dagli interessati.

N) Collegamento ad iniziative internazionale:

O) Incidenza del volontariato nel settore:

Molto attivo il volontariato in Basilicata, specie nel potentino.

Problemi generali aperti:

Urge una gestione a livello regionale del fondo nazionale lotta alla droga ed una revisione degli organici dei Ser.T. nonché la istituzione dei Dipartimenti delle dipendenze.

Proposte migliorative:

Promuovere azioni di coordinamento "livello centrale (Regioni, Ministero della Sanità)".

Gruppi di lavoro permanenti su problematiche delle tossicodipendenze.

Regione Calabria

Quadro normativo regionale

A) Legge Regionale istituzione Ser.T : Legge n° 6 del 18.2.1994

B) Piano Sanitario Regionale : Legge regionale n° 9 del 3.4.1995 -Piano Sanitario regionale 1995/97

C) Progetto obiettivo specifico per il settore:

Azione programmata - Prevenzione e cura delle tossicodipendenze

Riferimenti normativi

- Andamento epidemiologico

- Attività di prevenzione

- Riduzione del danno

- Programma integrato di riduzione del danno

- Momento organizzativo -istituzione Unità da strada-

- Il volontariato -Gli Enti Ausiliari-

D) Legge per Albo Enti Ausiliari: Delibera di recepimento del D M 18.2.1993

E) Legge per Coop. Sociali : =====

F) Legge per volontariato : =====

G) Modello Delineato dalle Leggi Regionali nel settore : Legge Regionale n° 2/199

Area Sanitaria Territoriale

- SER.T. previsti n°19, funzionanti n° 15

Personale previsto n°268 ,effettivamente impegnati n°125

- Strutture semiresidenziali pubbliche =====

- Strutture residenziali pubbliche =====

- Strutture residenziali pubbliche n°14

H) =====

I) =====

L) Sistema Informativo

per SER.T. : rilevazione dati come da scheda ministeriale cartella clinica utenti per Enti ausiliari.

M) Attuazione e risultati iniziative finanziate dal Fondo Nazionale:

-Formazione ed aggiornamento:

Sono stati realizzati tre progetti di formazione rivolti agli operatori delle strutture pubbliche (Ser.T., Consultori familiari, Prefetture, Ministero Grazia e Giustizia) e delle organizzazioni non governative che operano nel campo delle tossicodipendenze (comunità terapeutiche, associazioni di volontariato, cooperative sociali). Ogni progetto ha coinvolto nella formazione circa 250 operatori.

- Altre iniziative ed attività

Istituzione di una Linea verde di accoglienza telefonica per le tossicodipendenze

Progetto sanitario sperimentale " Symbios " per soggetti sieropositivi HIV con problemi di tossicodipendenza.

N) Collegamento ad iniziative internazionali: Progetto di valutazione e verifica delle attività di accoglienza telefonica sulle tossicodipendenze tra i servizi presenti nei Paesi della Comunità Economica Europea ,coordinato dalla F.E.S.A.T. (Fondazione Europea Servizi Accoglienza Telefonica Droghe).

O) =====

Problemi generali aperti: -Rapporti con i Comuni -Riduzione del danno -Droghe leggere -Nuove droghe - Alcolismo

Proposte migliorative:

-Scheda unica concordata fra i vari Ministeri per la rilevazione dei dati relativi ai Servizi presenti sul territorio.

- Continuità e congruità del Fondo Nazionale per la lotta alla droga da trasferire alle regioni.

Regione Campania

QUADRO NORMATIVO REGIONALE

a) Legge Regionale istituzione SER.T.

La Regione Campania, in ossequio alla L. 162/90, con delibera di Giunta Regionale 086/91, ha istituito n° 18 nuovi SER.T. e n° 10 équipes di collegamento, che affiancati agli ex 33 CAOT, hanno coperto tutto il territorio regionale, facendo in modo che in ogni ex U.S.L. ci fosse un SER.T.

Successivamente, il Consiglio regionale con provvedimento n° 94/3 del 25/06/92 ha approvato la deliberazione regionale di cui sopra.

b) Piano Sanitario Regionale

Con legge regionale n° 32 del 03/11/1994 è stato predisposto il riordino del Servizio Sanitario regionale.

c) Non è stato ancora effettuato un Progetto Obiettivo specifico.

d) Legge per Albo Enti Ausiliari.

La Regione Campania ha adottato i provvedimenti nn° 6245/93 e 842/94 con i quali istituisce l'Albo Regionale degli EE.AA.

Con successivi atti deliberativi, esecutivi:

-n° 7760/94 si sono definiti i titoli richiesti di cui all'art. 5 dello Schema di Atto di Intesa del 09/02/93;

-n° 112/95 si sono definite le rette di ospitalità per i soggetti campani ricoverati negli EE.AA. iscritti all'Albo di cui sopra;

-n° 8556/94 sono stati definiti i requisiti minimi previsti per l'iscrizione all'Albo Regionale degli EE.AA.;

-n° 10439/96 è stato aggiornato l'Albo Regionale di cui sopra.

e) Legge per Cooperative Sociali.

La competenza specifica è attribuita al Settore Assistenza Sociale con L.R. 9/93.

f) Legge per Volontariato.

La competenza specifica è del Settore Assistenza Sociale a mezzo LL.RR. 9/93 e 18/93.

MODELLO ORGANIZZATIVO

g) La Regione Campania con L.R. 32/94 ha

- definito l'assistenza sanitaria in base a livelli analitici :

1) medicina generale

2) assistenza specialistica semiresidenziale suddivisa in sublivelli "a" "b" "c" e "d" di cui il livello "b" prevede l'assistenza ai tossicodipendenti costituita da visite, prestazioni specialistiche diagnostico-terapeutiche e riabilitative erogate mediante i SER.T. ed in regime semiresidenziale;

3) assistenza sanitaria residenziale con l'obiettivo di promuovere, tra l'altro, mediante trattamenti sanitari in regime residenziale, il recupero ed il reinserimento sociale dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope.

Il SER.T. e' inserito, quale Unita' Operativa, nel Distretto Sanitario che si articola secondo un modello funzionale dipartimentale deputato alla costruzione di reti e servizi, all'integrazione ed alla organizzazione delle strutture, tra le diverse Unita' Operative dello stesso Distretto, Unita' Operative di diversi distretti e Unita' Operative e gli altri presidi delle AA.SS.LL. e la Azienda Ospedaliera.

-Il SER.T. risponde, ai sensi della L.R. 32/94 ai seguenti parametri:

STANDARD di personale	FUNZIONI	LIVELLO di assistenza
0.02 oper. x 1000 ab.	Assistenza domic.	2
0.15 " "	SER.T. Ambul.	3
0.08 " "	CENTRO diurno	3
0.20 " "	Comunita' Therapeut.	5

-SER.T. previsti n° 51 + 10 équipes di collegamento

-SER.T. funzionanti n° 39 + 1 sovradistrettuale

-Personale previsto n° 180 per i SER.T.+23 per Equipes di collegamento + 792 per ex

CAOT

-Personale effettivamente impegnato n° 591

-Utenti complessivi in carico ai SER.T. n° 7125

-Strutture semiresidenziali pubbliche n° 02 (centro diurno)

utenti n° 60

pers.imp. n° 8 privat.soc.-3 pubb.

-Strutture residenziali pubbliche n° 01

utenti n° 06

pers. imp. n° 02

gg. degenza n° 120

operatori n° 00

-Strutture residenziali private n° 18

utenti n° 381

pers.imp. n° 147

-Strutture semiresidenziali private n° 09

utenti n° 252

pers.imp. n° 68

-Spesa per rette :

Sono suddivise a seconda dell'Area di appartenenza della struttura:

a) Area pedagogica riabilitativa (semiresidenziale) L. 25.875

(residenziale) L. 40.900

b) Area Terapeutico riabilitativa (semiresidenziale) L. 38.295

(residenziale) L. 64.170

-Problematiche rilevate.

Allo stato non sorgono particolari problematiche.

H) Atto intesa Ministero Grazia e Giustizia

-Convenzioni esistenti

-Le convenzioni esistenti sono quelle stipulate tra gli Istituti di Prevenzione e Pena e le ex UU.SS.LL.

-EX U.S.L. n. 4 per la CC di Avellino

" 5 per la CC di Benevento

" 13 per la CR di Carinola (CE)

" 15 per la CCF di Caserta

" 18 per la CC di S. Maria Capua Vetere

" 20 per l'OPG di Aversa (CE)

" 22 per la CCF di Pozzuoli (NA)

" 44 per l'OPG di Napoli

" 53 per la CC di Salerno

NA 1 Dis 45 per l'istituto per minori di Nisida (NA)

- Strutture a custodia attenuata attivate

- Struttura attivata a custodia attenuata di EBOLI (SA)

-Detenuti tossicodipendenti negli Istituti Penitenziari della Regione

- Allo stato non si è in grado di fornire dati relativi al numero dei soggetti tossicodipendenti detenuti negli istituti regionali né altre informazioni specifiche circa il modello organizzativo di intervento negli stessi ed eventuali strategie adottate (riduzione danno, interventi a bassa soglia, ecc..) in quanto, benché richiesti, non è ancora pervenuti.

Sistema informativo.

-Per il SER.T. : la Giunta regionale della Campania ha adottato la deliberazione concernente la attivazione di un sistema informativo tra l'Ufficio regionale ed i SER.T. della Regione Campania.

-Per Enti Ausiliari allo stato non e' stato ancora prevista l'informatizzazione, pero' esiste la rilevazione dati utenza e monitoraggio regionale.

m)Attuazione e risultati iniziative finanziate dal fondo Nazionale

La Regione Campania ha adottato la deliberazione concernente la formazione del personale, pubblico e privato, impegnato nelle attivita' di tossicodipendenza

Regione Emilia-Romagna

Quadro normativo regionale

Legge regionale istituzione SERT

Deliberazione 3228/91 "Direttiva alle USL per l'adeguamento del settore tossicodipendenze"

Piano Sanitario Regionale

Deliberazione n. 15/90 "Piano Sanitario Regionale 1990-92" Allegato O "Assistenza e recupero tossicodipendenti"

Progetto obiettivo specifico

Deliberazione 722/95 "Progetto regionale tossicodipendenze. Indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dei Servizi per le tossicodipendenze"

Legge per Albo Enti Ausiliari

Delibera 1857/94

Legge per Coop Sociali

L.R. 7/94 modificata da L.R. 6/97

Legge per il Volontariato

L.R. 37/96

Leggi nel settore tossicodipendenze

Deliberazione 3830/95 in tema di riduzione del danno

Deliberazione 1639/96 in tema di alcolismo

Deliberazione 2527/96 - Istituzione del Gruppo Tecnico Consultivo Regionale

Deliberazione 2567/96 in tema di prostituzione

Leggi per Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga

Deliberazione 428/96 "Criteri e modalità per il riparto delle quote del fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga trasferita alla Regione Emilia-Romagna"

Deliberazione 2648/96 "Termini e modalità di accesso al finanziamento dei progetti di intervento sulle tossicodipendenze e alcoldipendenze correlate per l'anno 1996"

Deliberazione 3442/96 "Nomina componenti gruppo di lavoro per l'esame di progetti d'intervento sulle tossicodipendenze e alcoldipendenze correlate"

Modello organizzativo

Le attività di recupero e cura degli stati di dipendenza sono di competenza dell'Azienda USL che le attua attraverso l'istituzione del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, articolato in Sezioni dipartimentali (SERT) con funzioni operative e gestionali dell'intervento.

SERT previsti: 28 - SERT funzionanti 44; utenti in carico: 8979

Personale previsto: - 603 Effettivamente impegnato: 450

Strutture semiresidenziali pubbliche n. 10; 100 utenti; 50 operatori.

Strutture residenziali pubbliche n. 4; 50 utenti; 30 operatori

Strutture residenziali private n. 64; 1343 utenti; 220 operatori

Strutture semiresidenziali private n. 14; 250 utenti; 75 operatori

Spesa per le rette:

anno 1996: lire 21.660.029.489

Atto d'intesa con Ministero di Grazia e Giustizia

Delibera 4043/95, che istituisce convenzioni con DAP e Direttori Istituti Penitenziari

Strutture a custodia attenuata: 1, presso l'istituto di Rimini

Al 31.12.1996 erano presenti negli istituti penitenziari 1008 detenuti dichiaratisi tossicodipendenti.

Nel corso dell'anno sono stati seguiti dai SERT emiliano-romagnoli 1.000 soggetti ristretti.

Sistema informativo

In tutti i SERT dell'Emilia-Romagna il sistema informativo è centrato sulla cartella informatizzata, entrata in uso nel 1993 ed aggiornata nel 1996. Con questo strumento è possibile monitorare gli utenti in carico ai Servizi, i programmi terapeutici per loro intrapresi, le attività svolte. La cartella informatizzata sarà estesa nel corso dell'anno anche agli Enti Ausiliari del territorio regionale. In ogni SERT capoluogo di provincia è attivo l'Osservatorio Provinciale Tossicodipendenze. Presso la Regione, Ufficio Tossicodipendenze, opera l'Osservatorio Regionale Tossicodipendenze.

Attuazione e risultati iniziative finanziate dal fondo nazionale

Nel 1996 si sono svolte le seguenti iniziative:

- "La Clinica delle Tossicomanie: La Psicoterapia coi tossicomani" rivolto a 40 operatori dei SERT, biennale, cadenza quindicinale.
- "La Clinica delle Tossicomanie: Il trattamento farmacologico" rivolto a 40 operatori dei SERT, biennale, cadenza quindicinale.
- Seminario sul "Sistema dei Servizi" rivolto a 100 responsabili dei SERT e degli Enti Ausiliari, 14.15 dicembre 1996

- Supervisione sulle tematiche della prevenzione primaria con la Prof.ssa Francescato, rivolto a 30 operatori dei SERT, 6 incontri nel corso dell'anno.
- Seminario sulla valutazione degli interventi, rivolto a 70 operatori dei SERT, 25.26 novembre 1996
- Seminario sulla valutazione degli interventi, rivolto a 60 operatori degli Enti Ausiliari, 4.5 novembre 1996
- Seminario sulle tematiche sociali ed educative, rivolto a 60 operatori dei SERT, 17/19.4.96 e 20/22.4.96
- Corso di formazione per operatori sanitari rivolto a 60 operatori dei SERT, 6 incontri nel corso dell'anno (maggio/ottobre)
- Conferenza Internazionale "Ecstasy e sostanze psichedeliche" - Bologna, 18-19 novembre 1996
- Formazione équipe SERT: in ogni SERT si sono svolti corsi di formazione e supervisione in cui sono stati coinvolti tutti gli operatori.

Problemi generali aperti e proposte migliorative

Necessità di addivenire ad una distinzione tra Fondo Sanitario e Sociale nel campo della tossicodipendenza. Revisione dell'atto d'intesa più aderente ai bisogni ed alle strutture oggi operanti, all'interno del Sistema dei Servizi.

Regione Lazio

Quadro Normativo Regionale

La Regione Lazio non ha adottato una propria legge per l'istituzione dei Ser.T ma ha dato attuazione al DM 444/90 ridefinendo così le strutture funzionali dei servizi per le tossicodipendenze.

I Ser.T sono stati adeguati nella quasi totalità utilizzando gli strumenti normativi nazionali.

La Regione Lazio non ha ancora definito il Piano Sanitario Regionale ha quindi dato attuazione alle disposizioni dei D.D. leg.vi 502/92 e 517/93 recependo le leggi regionali 18/94 e 19/94. Con la delibera di Giunta regionale del 13 Aprile 1995 n. 3140 sono state impartite disposizioni per l'organizzazione e il funzionamento delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende Ospedaliere. Non è stato elaborato alcun progetto obiettivo specifico per il settore.

Con deliberazione di G.R. n. 7731 del 13.10.93 è stato recepito l'atto d'intesa tra Stato e regioni per la definizione di criteri uniformi d'iscrizione agli albi degli Enti Ausiliari che gestiscono strutture di riabilitazione per tossicodipendenti di cui all'art. 116 del decreto del Presidente della repubblica n. 309/90. A livello regionale è stata recepita la normativa Nazionale Legge 11 Agosto 1991 n. 266 sul volontariato con L.R. n. 29 del 28.06.93 ed è stata recepita la legge quadro 381/91 sulle cooperative sociali con legge regionale n. 24/96.

MODELLO ORGANIZZATIVO

La Regione con delibera del 13.04.95 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 collocarli in ambiti distrettuali o interdistrettuali.

L'ipotesi dipartimentale è stata già attuata da parte di alcune aziende.

La Regione Lazio con propria deliberazione n. 597 del 18.02.97 ha approvato il progetto Dipartimento per il Disagio, la Devianza e le Dipendenze (Dipartimento 3D).

Per la sperimentazione triennale di tale Dipartimento è stata individuata l'azienda USL di Frosinone.

Data l'importanza che il progetto riveste si ritiene opportuno fornire una analitica descrizione.

I Ser.T previsti nella regione sono 51 di cui 4 non funzionanti. Il personale previsto, in base agli organici di cui al DM 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 i servizi risultano pertanto 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 come centri diurni e di accoglienza.

L'Albo regionale degli Enti Ausiliari è stato aggiornato sia in base alle disposizioni della legislazione regionale che all'atto di intesa Stato e regioni (D.M. 19.02.1993), integralmente recepito dalla Regione Lazio.

Con decreto del Presidente della Giunta sono state iscritte all'Albo 32 sedi operative che possono raccogliere in regime residenziale 526 unità e 386 in regime semiresidenziale.

In particolare nell'area pedagogico-riabilitativa sono state riconosciute 26 sedi e 3 sedi nell'area terapeutico-riabilitativa, queste ultime offrono 64 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.

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 in data 18.04.94, pubblicato sul BUR del 30.05.95, la Giunta regionale ha adottato anche un provvedimento per gli interventi sanitari nelle strutture carcerarie, ivi compresi quelli derivanti dalle disposizioni del DPR 309/90, Delibera della Giunta regionale 11.05.94 n. 2677 (BUR del 30.08.1994 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. Ad oggi sono a noi pervenute 9 convenzioni e sono in via di perfezionamento le rimanenti. 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 dei Ser.T, in quanto, come già detto, il blocco delle assunzioni ne ha impedito i necessari adeguamenti.

I dati, pervenuti all'Osservatorio vengono elaborati 2 volte l'anno, nella prima stesura vengono presi in considerazione quelli relativi all'utenza nel I semestre, nella II i dati di tutto l'anno.

STRATEGIE ADOTTATE

Il Consiglio regionale del Lazio ha approvato con Delibera n. 810/93 un programma Integrato di riduzione del Danno per i tossicodipendenti a Roma per la durata di due anni.

Tale programma era destinato ai tossicodipendenti che non si rivolgono alle strutture esistenti o che abbandonano tali strutture ed era finalizzato alla riduzione dei danni associati all'uso di droghe per via endovenosa.

Nel 1996 il Consiglio regionale con delibera n. 220 del 11.09.96 ha emanato le linee di indirizzo alle aziende UU.SS.LL. in tema di riduzione del danno.

In sintesi le Aziende UU.SS.LL. dovrebbero poter garantire, attraverso servizi pubblici e privati talune prestazioni minime es. Unità di strada, trattamenti con farmaci sostitutivi, distribuzione profilattici, scambio di siringhe, interventi sanitari, educazione sanitaria, sale di ritrovo diurno, centri crisi, interventi Centri residenziali e semiresidenziali per "storici", interventi socio-assistenziali e di accoglienza, prevenzione delle cause di morte.

PROGETTI FINANZIATI CON IL FONDO NAZIONALE DI INTERVENTO PER LA LOTTA ALLA DROGA

Dai 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 sono terminati nel luglio 1996, rivolti ad operatori dei Ser.T e degli Enti Ausiliari, I corsi hanno sviluppato 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 integrazioni, 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 UU.SS.LL. 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;

Il corso ha durata biennale, ad oggi è stato completato il I anno di attività con lo svolgimento di tutti i moduli di epidemiologia e statistici di base.

Sono stati inoltre definiti i singoli progetti di ricerca assegnati ad ogni studente partecipante al corso.

LINEE ORGANIZZATIVE INSEDIAMENTO COMPRENSORIO 3D

Modello metodologico organizzativo

Il Dipartimento 3D, istituito con Delibera del Consiglio regionale del Lazio n. 597 del 16.01.97, costituisce un progetto pilota per il trattamento delle problematiche di Disagio Devianza Dipendenza.

La necessità di prevedere ed articolare un tale progetto sperimentale, monitorato dalla regione Lazio, nasce dalla constatazione di due principali fenomeni: da un lato il divulgarsi e l'ampliarsi di una condizione adolescenziale e giovanile "non protetta" che versa in situazione di rischio o di patologia (fenomeno questo che tende a minare i presupposti per uno sviluppo sano ed equilibrato di cospicua parte di una generazione); dall'altro la frammentarietà, la disomogeneità se non l'inesistenza di proposte operative e di risposte sociosanitarie (soprattutto locali e mirate) che contrastino tale tendenza disgregante.

Nelle dichiarazioni degli Organismi internazionali viene sempre più ribadita l'importanza di una politica sociosanitaria in favore della prevenzione e del trattamento globale delle condizioni di svantaggio e di rischio della popolazione giovanile, con particolare riguardo a tutte le situazioni facilitanti il diffondersi di stati di dipendenza e di devianza. A tal proposito, ad esempio il Programma delle Nazioni Unite sul Controllo Internazionale degli Stupefacenti e degli Psicofarmaci del 1996 specifica alcune misure particolari per l'articolazione di programmi di "riduzione della domanda". In una direzione analoga vanno le indicazioni della Comunità Europea, anche con il tentativo di censire e valutare le differenti iniziative intraprese in tal senso dai vari Stati membri nei singoli territori nazionali(EMCDDA).

Anche nella normativa italiana e, in particolare per quanto riguarda il nostro territorio le Linee guida della Regione Lazio, contenute nella Deliberazione n. 3140 del 13.03.95, raccomandano analoghi obiettivi di politica sociosanitaria.

Tali linee di indirizzo costituiscono il riferimento di base e lo spirito attivatore di tutta la programmazione e della configurazione organizzativa del Dipartimento 3D.

La globalità degli interventi costituisce il principio conduttore della progettazione del Dipartimento 3D: con tale globalità si intende la creazione di una rete di servizi e risorse, interagenti tra loro, che abbiano in comune una programmazione, un coordinamento e indirizzo ed una valutazione dei risultati ottenuti. Al fine di proporre un livello di servizi consoni a tali obiettivi, il Dipartimento 3D prevede la confluenza di tutte le risorse locali che operano nel medesimo campo e che si prefiggano mete comuni. Pertanto il Dipartimento 3D prevede l'integrazione tra pubblico e privato sociale che, nel rispetto delle singole competenze e specificità, operano in collaborazione ad ogni livello di intervento previsto. Questo punto, che rappresenta elemento peculiare di innovazione e sperimentazione del progetto, si prefigge di ottimizzare le risorse esistenti nel territorio, offrendo ad ognuna pari dignità in una politica di trasparenza reciproca. Si ritiene infatti che l'antagonismo che per lungo tempo ha contrapposto le azioni degli Enti pubblici a quelle degli Enti o Associazioni private sia stata anche determinata dalla difficoltà di confronti rigorosi, ma sereni e dalla difficoltà di riconoscere ad ogni agente di cambiamento sociale un suo specifico, utile, differenziato compito di intervento.

Predisporre una organizzazione dipartimentale che favorisca la capacità di utilizzare tutte le risorse disponibili, di ricercare le strategie ottimali, di verificare l'efficacia e l'efficienza delle singole azioni, ha comportato programmare un modello organizzativo dipartimentale che sia al tempo stesso strutturato e altamente flessibile. Tale modello del Dipartimento, si muove su linee progettuali in cui è prevista un'organizzazione a matrice degli interventi.

La matrice del Dipartimento 3D è articolare in un sistema di rete la cui il livello verticale è rappresentato da "Aree omogenee", ed il livello orizzontale da "Unità Organizzative". Le "Aree omogenee" elaborano gli obiettivi e le strategie di intervento, promuovono il coordinamento ed il confronto tra gli operatori offrendo supposti teorico-metodologici per il lavoro realizzato dalle singole "Unità Organizzative", che attuano attraverso azioni mirate i compiti prefissati. Le "Unità Organizzative" lavorano su progetti, si riferiscono a target di popolazione definita e sono composte a loro volta da "Unità operative" più specifiche che raggruppano singole équipe di lavoro e realizzano gli interventi operative.

Nel modello proposto particolare rilievo è dato alla possibilità di verifica metodologica degli interventi e della stessa struttura organizzative; per questo assume importanza centrale la fase di ricerca e di valutazione costante delle strategie e dei risultati clinici ottenuti. In questo ambito interagisce inoltre il compito di monitoraggio del Progetto Sperimentale del Dipartimento 3D, che la Regione Lazio svolgerà per i primi tre anni, al termine dei quali valuterà l'opportunità di estendere all'intero territorio regionale medesime metodologie organizzative e funzionali.

Ulteriore rilevanza viene data alla funzione di formazione permanente di tutti gli operatori, sia interni alla Azienda Sanitaria che Esterni del Privato Sociale o di altre Strutture collaboranti al Dipartimento. La funzione di formazione permanente non verrà svolta, in via prioritaria, tramite i consueti corsi o seminari,

bensi attraverso il lavoro di programmazione, coordinamento, verifica promosse dalle Aree Omogenee del Dipartimento stesso.

Attualmente le attività Dipartimentali vengono svolte in diversi Centri del territorio della Provincia di Frosinone. Fermo restando la presenza capillare di Unità Operative Dipartimentali su tutto il territorio, nella prospettiva del miglioramento e piena realizzazione di tutte le attività previste dal Progetto, si è ritenuta opportuna l'individuazione di un "luogo fisico" centrale.

In conclusione, obiettivo prioritario che il Dipartimento 3D si pone è la riduzione del rischio e della patologia a Disagio, Devianza e Dipendenza attraverso capillari azioni sociosanitarie che incidano sulla cultura dei soggetti bersaglio e dei loro contesti di riferimento. Sono stati individuati singoli obiettivi per ogni progetto delle Unità Operative, esplicitati in indicatori di facile verifica.

Ulteriore obiettivo, su più larga scala, è poter offrire un contributo alla costruzione di una cultura comune europea che possa tradursi in metodologie ed interventi operativi e legislativi omogenei nell'ambito della Comunità Europea.

Per quanto sopra esplicitato si ritiene opportuna la possibilità che la Comunità Economica Europea offra attenzione al Progetto Pilota (o nelle modalità che la CEE riterrà più adeguate) per la sua particolare importanza nella sperimentazione di strategie e metodologie innovative in campo sociosanitario.

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 Alcoolologico territoriale, potenziamento funzioni sociali del Ser.T., formazione del personale, miglioramento sedi, 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;
- 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";

D) Albo Enti Ausiliari per le tossicodipendenze: Deliberazione G.R. n. 5426 del 12. 11. 1993, con la quale è stato recepito l'atto di intesa Stato e Regioni D.M.S.19. 2. 1993, Deliberazione della Giunta Regionale n. 3920 del 22. 11. 1996, con la quale sono state fornite le indicazioni sulle modalità di iscrizione, tenuta e funzionamento dell'Albo Regionale previsto dall'art. 8 della L.R. n. 14 del 12. 3. 1984 e successive modificazioni e integrazioni, nonché sugli eventuali rapporti convenzionali tra le UU.SS.LL. e i soggetti iscritti all'Albo medesimo.

E) Cooperative Sociali: L.R. n. 23 del 1.6.1993 (Norme di attuazione per la promozione e lo sviluppo delle Cooperative sociali), L.R. n.7 del 30.1.1995 (Norme per il finanziamento della L.R. n.23/93)

F) Volontariato: L.R. n.15 del 28.5.1992

MODELLO ORGANIZZATIVO

G) Ai sensi dell'art. 1 della L.R. n. 5 del 28.1.1992, il Ser.T. è una struttura organizzativa a carattere interdisciplinare, istituita e resa operativa presso ogni U.S.L.. Ai sensi della L.R. n.42 del 8.8.1994, è una unità operativa dell'area dipartimentale "attività di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e di riabilitazione". Si articola

in ogni U.S.L., in una sede centrale con funzioni di direzione amministrativa e in sedi operative territoriali, a seconda del bacino di utenza della U.S.L. cui afferisce.

- Ser.T. previsti: 5, operanti 5, con 15 sedi operative;
- Personale previsto: 350 unità; effettivamente impegnato: 215 unità;
- Strutture semiresidenziali pubbliche: /
- Strutture residenziali pubbliche: /
- Strutture residenziali private (Comunità terapeutiche) : n.11 (sedi legali); utenti n. 430 (posti accreditati); personale dipendente: dato non immediatamente disponibile, ma comunque superiore rispetto ai parametri previsti dall'atto d'intesa;
- Strutture semiresidenziali private: n.6; posti accreditati n. 137;
- Spesa per rette (comprensiva di residenziale, semiresidenziale ed extraterritoriale) L. 13.498.087.528;

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: è stato recepito;

- convenzioni esistenti: con gli Istituti di Pena delle UU.SS.LL. 1, 2, 4, 5, non ancora stipulata dalla U.S.L. 3 Genovese con gli Istituti penitenziari di Marassi e Pontedecimo, purtroppo il Ser.T. 3 opera con proprio personale all'interno del carcere di Marassi;

- Detenuti tossicodipendenti negli Istituti penitenziari della Regione: U.S.L. 1 n.382, U.S.L. 2 n.65, U.S.L. 3, Casa Circondariale di Marassi n. 587 (con una flessione del 20% circa rispetto all'anno precedente), U.S.L. 4, n. 75; U.S.L. n.5, n. 126; totale n.1235. Il numero è stato fornito dai Ser.T., non dall'Amministrazione Carceraria ed è relativo ai detenuti tossicodipendenti trattati dai servizi all'interno degli Istituti di Pena.

- Strutture a custodia attenuata: attivate due sezioni presso il carcere di Sanremo.

- Problemi rilevati nel modello organizzativo di intervento negli Istituti Penitenziari: In generale difficoltà organizzative dovute alla carenza di personale dei Ser.T., ciò non impedisce l'erogazione del servizio; in generale buona la collaborazione col personale carcerario nonostante la riduzione delle ore di incarico degli addetti, si segnalano problemi in due istituti di Pena circa la distribuzione del metadone; Per quanto attiene gli ambienti, si segnala il forte degrado rilevato nella Casa Circondariale di Marassi, che incide sul servizio, in generale gli operatori dei Ser.T. vengono ospitati nelle infermerie o nelle stanze degli educatori.

I) Strategie adottate: interventi di riduzione del danno, interventi a bassa soglia, unità di strada.

L) Sistema informativo: pur non essendo ancora adottata una cartella clinica regionale, i Ser.T. forniscono trimestralmente i dati relativi all'utenza e alle prestazioni proprie e degli Enti Ausiliari; è stato adottato il sistema informativo fornito dal Ministero della Sanità. Prima di procedere alla scelta definitiva del sistema informativo regionale, è stato ritenuto utile promuovere attività di ricerca che consentano verifiche e validazioni mirate alle reali esigenze del territorio.

M) Attuazione e risultati iniziative finanziate dal Fondo Nazionale:

- formazione ed aggiornamento:

- “Programma regionale di formazione ed aggiornamento di operatori pubblici e del volontariato per le tossicodipendenze”, finanziamento di L. 300.000.000. assegnato nel 1992, predisposto dall'E.N.A.I.P. (Ente Nazionale A.C.L.I. - Istruzione Professionale), liquidato alla ex U.S.L.15, attuale U.S.L. 3 Genovese, il corso biennale, ha avuto inizio nel settembre 1995 e sta proseguendo.
- “Il gruppo come strumento di lavoro nella produzione di servizi per le tossicodipendenze”, finanziamento L. 200.000.000. assegnato nel 1994, predisposto dallo Studio di analisi psicologica di Milano, a gestione diretta di questa Amministrazione, in via di attivazione.
- “Il ruolo terapeutico”, finanziamento L. 20.000.000. assegnato nel 1994, predisposto dalla Scuola di formazione psicoterapeutica di Milano, a gestione diretta di questa Amministrazione, in via di attivazione.
- “Progetto per la realizzazione di un osservatorio epidemiologico regionale per le tossicodipendenze”, finanziamento L. 300.000.000. assegnato nel 1996, predisposto dal C.N.R. di Pisa, Istituto di Fisiologia Clinica, Reparto di Epidemiologia, a gestione diretta di questa Amministrazione, in via di attivazione.
- “Progetto di valutazione degli interventi realizzati dai Servizi pubblici per l'assistenza ai tossicodipendenti”, finanziamento L. 76.776.647. assegnato nel 1996, predisposto dal Ministero della Sanità, a gestione da destinarsi, in via di attivazione.

- Altre iniziative ed attività: Allestimento nelle 4 province liguri della mostra itinerante “Alter ego, droga e cervello”, avente come particolare obiettivo nella lotta alla droga il momento della prevenzione, che passa necessariamente attraverso momenti di pubblicizzazione ad ampie fasce della popolazione. La mostra ha raccolto un alto gradiente da parte del pubblico.

- Progetti di prevenzione e reinserimento adottati dagli Enti Locali e dagli Enti Ausiliari, dalle coop. sociali e dal volontariato finanziati con Fondo Nazionale: sono conosciuti solo quelli più significativi, non sono stati monitorati né rilevati.

N) Collegamento ad altre iniziative internazionali: /

O) Incidenza del volontariato nel settore: Rilevante.

PROBLEMI GENERALI APERTI: In primo luogo si evidenzia il sottodimensionamento degli organici dei Ser.T., e in alcune UU.SS.LL. l'inadeguatezza delle sedi, anche se si pensa di raggiungere parziale soluzione già nel corrente anno. Tali problemi hanno fatalmente rallentato la costituzione di centri per l'Alcoologia e l'approccio in termini clinici alle problematiche portate dalle nuove droghe. Si lamenta ancora mancanza di strutture di ricovero per la disintossicazione, sono altresì inadeguate le strutture idonee all'accoglienza di pazienti affetti da “Doppia diagnosi”. E' sentita come prioritaria l'attivazione di un servizio epidemiologico in grado di fornire dati aggiornati e facilmente classificabili e organizzabili.

PROPOSTE MIGLIORATIVE: L'assenza di conflitti significativi tra i servizi pubblici e gli enti ausiliari costituisce, a nostro avviso una buona base per la soluzione delle problematiche emergenti. a livello politico si evidenzia grande disponibilità ad affrontare e risolvere in tempi rapidi i problemi relativi a personale e sedi dei Ser.T., si ritiene che la regionalizzazione dei Fondi per la lotta alla droga costituisca un momento importante per una maggior razionalizzazione delle risorse economiche e progettuali della regione nel settore delle tossicodipendenze.

Regione Lombardia

Quadro Normativo Regionale

A) Legge Regionale istituzionale Sert

LR 51/88 DEL 19.8.88

DCR VI/152 DEL 20.3.91

B) Piano Sanitario Regionale

Nell'anno 1996 risultava in corso di elaborazione

C) Progetto Obiettivo con Dgr 50562 del 23.1.1990 formulata proposta ma non adottata.

D) E' rimasto in vigore il regime transitorio che trova fondamento nella deliberazione del Consiglio regionale VI/1033/93 e nelle successive deliberazioni della Giunta Regionale (ultima in ordine di tempo DGR 23926 del 30.12.1996).

Sopravvenuta normativa di carattere generale (es. Albo professionale psicologi e psicoterapeuti) hanno portato a ulteriori richieste in fase di istruttoria.

I requisiti previsti, richiesti in autocertificazione, sono quelli indicati nella dgr 52617/90, riferiti allo standard minimo transitorio.

E) LR 16 del 1.6.1993

F) LR 22 del 24.7.1993

Modello Organizzativo

I sert in Regione Lombardia, prima della riforma sanitaria che ha aziendalizzato le USSL e ne ha ridotto il numero, erano 83 (uno per ogni USSL) tutti funzionanti.

Con la riduzione del loro numero (in Regione Lombardia le USSL sono passate da 83 a 44), ed in attesa della legge di riordino regionale ogni azienda USSL si è organizzata in base a proprie linee interne.

Talune istituendo il dipartimento delle dipendenze o unità operative trasversali con l'obiettivo di razionalizzare l'uso delle risorse. In alcuni casi invece tutto è rimasto come prima mantenendo ad ogni ex vecchio SERT la sua autonomia.

Per i SERT della Lombardia, in base alle normative nazionali, è stato previsto un organico di 1447 unità.

Al 31.12.1996 risultano in servizio 1436 operatori con utenza di 15643 soggetti (i dati si riferiscono a 35 su 44 Aziende).

A far data dal secondo semestre 1996 risultano attive n. 9 strutture semiresidenziali pubbliche con 82 utenti trattati nell'anno e 23 operatori impegnati.

Per quanto riguarda le strutture del privato sociale nel 1996 risultano essere iscritte all'albo provvisorio regionale 176 enti articolati in 424 unità d'oggetta. di cui :

Residenziali	Comunità Psicoergoterapiche	116
	Comunità Ergoterapiche	56
	Associazioni Famiglie	1
	Comunità Alloggio	6
	Centri di prima accoglienza	15
	Gruppi di Auto-aiuto	-
Semiresidenziali	Centri Diurni Psicoergoterapici	36
	Centro diurni ergoterapici	51
	Gruppi di auto -aiuto	3
Non residenziali	Centri Filtro	35
	Centri Psicoterapici	14
	Centri Ascolto	31
	Centri di consultazioni	3
	Associazioni Famiglie	6
	Gruppi Auto-aiuto	17
	Centri Prevenzione e	
	Documentazione	34

Nel periodo transitorio in termini quantitativi è possibile verificare la presenza di n. 1 operatore a tempo pieno ogni 10 utenti presenti.

Il dato relativo agli utenti inseriti in Comunità risulta rielaborato per l'anno 1995 in :

tossicodipendenti inseriti in strutture residenziali 5816

tossicodipendenti in strutture semiresidenziali 254

Per l'anno 1996 il dato disponibile si riferisce al totale degli utenti inseriti presso le strutture terapeutiche (sia residenziali che semiresidenziali) in n. 6444.

La spesa per la retta è aggiornata al 1995 (consuntivo rilevato dalle rendicontazioni delle Aziende USSL della Lombardia) per £ 53.089.589.884 di cui £ 42.901.904.282 per utenti inseriti in strutture ubicate in Lombardia e £ 10.187.694.602 per utenti inseriti in strutture ubicate fuori regione.

L'ammontare della retta prodie, riconosciuta per l'anno 1996:

Area psicoergoterapica residenziali £ 67.000

semiresidenziali £ 36.000

Area ergoterapica residenziali £ 57.000

semiresidenziali £ 29.000

Area psicoterapica terapia individuale (per seduta) £ 31.000

terapia di gruppo (per seduta) £ 36.000

La stima per l'anno 1996 è di £ 67.004.780.000. (dato approssimativo per elaborazione in corso).

Atto Di Intesa Con Ministero Di Grazia E Giustizia E Intervento Nelle Carceri

L'atto di intesa con il Ministero di Grazia e Giustizia è stato recepito dalla Regione Lombardia con Dgr 27.7.1994 n. V/55503.

Tutte le 44 Aziende USSL lombarde hanno stipulato le convenzioni per la presa in carico, cura e riabilitazione dei tossicodipendenti e alcooldipendenti coinvolti nell'area penale, sia con gli Istituti penitenziari che con i CSSA.

Nessuna struttura di custodia attenuata è stata attivata.

La situazione carceraria al 31.1.1996 era la seguente:

ISTITUTI n. 19 di cui 1 O.P.G. e 1 C.M.

DETENUTI PRESENTI N. 6425

DETENUTI TOSSICODIPENDENTI N. 1948 di cui 164 donne e 1784 uomini

DETENUTI IN TRATTAMENTO METADONICO N. 83 di cui 63 uomini e 20 donne

DETENUTI ALCOOLDIPENDENTI N. 49 di cui 48 uomini e 1 donna

Strategie Adottate

Le strategie definite dalla normativa regionale emanata nel corso dell'anno 1995, nell'anno 1996 hanno trovato applicazione come segue:

1- Interventi Di Riduzione Del Danno**a- Programmi di prevenzione dell'infezione da hiv nei tossicodipendenti**

Dgr 20505 del 15.11.1996 Attuazione dei percorsi di Unità Mobili in area metropolitana

Finanziamenti di n. 2 progetti, del percorso formativo e attivazione del coordinamento regionale degli interventi di educazione di strada.

£ . 330.000.000.

2- Programmi Di Prevenzione

n. progetti 22 finanziamento complessivo £ 1.611.490.000.

Si rivolgono alla comunità territoriale, ad interlocutori privilegiati (adulti, mondo del lavoro..), al mondo adolescenziale (gruppo informale, dei pari) e al mondo scolastico (preadolescente e adolescente).

n. 2 progetti relativi all'area delle nuove droghe per £ 532.500.000.

Si rivolgono sia ai giovani (pluriconsumatori o saltuari) che al loro territorio, al fine di definire ipotesi progettuali diverse a partire da un lavoro integrato di rete.

3- Area Recupero**a- Programmi a bassa soglia**

Progetti n. 8 per un finanziamento complessivo di £ 1.146.400.000.

b- Programmi nell'area penale

Progetti n. 4 per un finanziamento complessivo di £ 422.000.000.

c- Attivazio e di modelli di intervento integrato

Progetti n. 3 per un finanziamento complessivo £ 574.000.000. Tali ipotesi di intervento sono volti a migliorare i livelli di prestazione offerte, garantendo un primo concorso di ciascuno nel rispetto del proprio ruolo.

4- Area Socio-Educativo

a- Programmi di intervento rivolte a forme di cronicità, quadri patologici complessi e degenerativi e implicazioni psichiatriche

Progetti n.2 per un finanziamento complessivo di £ 259.000.000.

b- Strutture di reinserimento socio-lavorativo

Progetti n. 15 per un finanziamento complessivo di £ 1.399.900.000. Rivolte prevalentemente a persone al termine di un proprio percorso terapeutico o alla fine di un detenzione, o che non hanno rotto completamente il loro rapporto con le sostanze, o che assumono metadone. In particolare lo strumento sperimentato è rappresentato dalla figura del "tutoring".

Nel 1996 si è provveduto altresì a definire le procedure per il Riparto del fondo per la lotta alla droga regionalizzato.

Vengono in tale contesto riconfermati gli obiettivi strategici definiti precedentemente, come segue:

Area Prevenzione

-Interventi che si focalizzano su fattori rischio inerenti i fenomeni di dipendenza giovanile e volti a mantenere la persona in uno stato di benessere fisico,psichico e sociale.

-Interventi complessivi e sinergici capaci di diversificazione nelle unità di offerta nonché nella coerenza e titolarità dei percorsi intrapresi a fronte di una estrema eterogeneità dei soggetti coinvolti per l'età, estrazione sociale, appartenenza ad un gruppo, problematiche individuali, motivazioni e sostanze di consumo.

-Interventi finalizzati al sostegno della persona e alla riduzione del rischio per il singolo e per la collettività in un ottica di contatto con il sommerso.

Area Recupero

-Programmi riguardanti il miglioramento organizzativo del "servizio" nelle varie forme di attività terpaeutiche, sia esso struttura pubblica e/o privata, nel rispetto delle problematiche che caratterizzano attualmente la domanda di assistenza e di conseguenza richiedono diverse e nuove forme di risposta nell'ambito della tossicodipendenza e dell'alcoldipendenza correlata.

-Programmi che favoriscono un più ampio accesso e fruizione del "servizio" sia esso pubblico e/o privato, sviluppando modalità innovative rispetto a quanto già attuato, al fine di una organizzazione del "servizio" flessibile ed articolata sia per quanto concerne le strutture che le prestazioni, con attenzione che non vi sia sovrapposizione con funzioni correnti già coperte dalla spesa sanitaria.

-Programmi di sostegno psicosociale al nucle familiare coinvolto nel processo di recupero dalla tossicodipendenza, ivi comprese le famiglie affidatarie di minori tossicodipendenti o figli di tossicodipendenti, o genitori tossicodipendenti con figli minorenni.

- Progetti finalizzati alla riabilitazione di tossicodipendenti coinvolti nell'area penale.

Dgr 30 Dicembre 1996 N. 6/23592

Vengono individuate altresì le modalità per il coordinamento degli interventi progettuali con

Dgr 24 Maggio 1996 N. 13543, nella quale si identificano alcuni strumenti significativi per l'attuazione graduale di un "sistema integrato di intervento" che coinvolge SERT (AZIENDE USSL)

COMUNI, ENTI AUSILIARI, COOPERATIVE SOCIALI.

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 la cartella clinica. Nel 1996 è conclusa la sperimentazione della parte del sistema relativa al monitoraggio clinico.

Attualmente il sistema di monitoraggio è in vigore solo per i servizi pubblici. Con il 1996 è stato distribuito a tutti i servizi un software di gestione. Tale prodotto, finalizzato alla gestione della prima parte del sistema, sarà integrato nel 1997 con la parte che permetterà di archiviare i dati relativi al monitoraggio clinico.

Attuazione Di Iniziative Finanziate Dal Fondo Nazionale

Nel corso dell'anno 1996 non sono state attivate iniziative di formazione

La Giunta Regionale ha approvato il "progetto formativo del personale ed gli enti ausiliari, iscritti agli albi di cui all'art.116 del dpr 309/90, ai fini dell'acquisizione del riconoscimento regionale per lo svolgimento delle attività ai sensi del disposto di cui all'Atto di intesa tra Stato e Regioni approvato con dm 19 febbraio 1993.

DGR 12548 DEL 3.5.1996

L'attuazione è prevista per il 1997 in n. 2 percorsi formativi, uno per il riconoscimento della funzione educativa svolta da operatori non in possesso di titolo di studio idoneo (corso di 260 ore) e l'altro per operatori che possono accedere alla qualifica in servizio ottenendo il diploma di educatore professionale)

Collegamento Ad Iniziative Internazionali

Nel giugno 1996 (con il Comune di Milano): Seminario europeo sui servizi di accoglienza telefonica per le tossicodipendenze nell'ambito del progetto Servizi di Accoglienza telefonica per le tossicodipendenze della Fondazione Europea, sostenuto dalla Commissione dell'Unione Europea.

Incidenza Del Volontariato Nel Settore

Si riconferma quanto già dichiarato nell'anno precedente circa l'impotenza assunta dal settore del privato sociale (Volontariato.Cooperative ed enti ausiliari).

In particolare si evidenzia per l'anno 1996 alcune tappe significative:

1- Organizzazione della Commissione Consultiva Regionale (nell'ambito del coordinamento degli interventi di cui all'art.127 del dpr 309/90 e indicazioni circa l'avvio del coordinamento territoriale.

2- Attuazione attività sperimentali in forma diretta per n. 22 percorsi progettuali nonchè di iniziative integrate su aree diverse.

Regione Marche

Quadro Normativo Regionale:

A) Legge Regionale istituzione Ser.t:

Deliberazione Amministrativa n. 80/92

B) Piano Sanitario Regionale (con riferimenti precisi in materia.

In corso di adozione

C) Progetto obiettivo specifico per il settore :

Non esistente.

D) Legge per Albo Enti Ausiliari:

Legge Regionale n. 1 del 2.1.1992

E) Legge per Coop. sociali:

Legge Regionale n. 50 del 13.4.1995

F) Legge per Volontariato:

Legge Regionale n. 48 del 1995

Modello organizzativo

G) Il SERT opera in più distretti. Il Distretto è l'area di riferimento delle attività .

- Ser.t previsti: n. 14; funzionanti: n. 14

- Personale previsto: 186; effettivamente impegnato: n.120 di cui: medici n.32; infermieri prof.li n.21; psicologi n.28; assistenti soc. n.26; ammin.vi n.4; altri n.9.

- Strutture semiresidenziali pubbliche (attività diurna strutturata: Centro Diurno, Day Hospital, centro accoglienza a bassa soglia, centro crisi, ecc.) n. 6 ;

utenti n. 100; personale impegnato n. 40 ; utenti complessivamente in carico ai Ser.t n. 3867.

- Strutture residenziali pubbliche n. 1; utenti n. 27 ; personale n. 12 ; giornate di degenza residenziale n. 8395.

- Strutture residenziali private (Comunità terapeutiche): n. 19; posti letto n. 374; personale n. 200 dipendenti.

- Altro (definire):

- Spesa per rette: circa 9.000.000.000=

- Problematiche rilevate (con particolare riferimento al riordino del S.S.N.): nessuna.

H) Atto di intesa con il Ministero di Grazia e Giustizia - Intervento nelle carceri:

- Convenzioni esistenti: n.3 su n.6

- Strutture a custodia attenuata attivate: nessuna

- Detenuti tossiciti negli Istituti Penitenziari della Regione: n. r.

- Problemi rilevati nel modello organizzativo di intervento negli Istituti Penitenziari (personale, tipo di collaborazione): nessuno

I) Strategie adottate (riduzione del danno, interventi a bassa soglia, ecc.):

Nell'utilizzo della quota del Fondo Lotta alla Droga sono state privilegiate le attività rivolte alla riduzione del danno.

L) Sistema Informativo:

- per Se.t: intesa di attivazione secondo le indicazioni del Ministero e con alcune integrazioni
- per Enti Ausiliari: allo studio

E' previsto un osservatorio regionale ed una cartella clinica regionale.

M) Attuazione e risultati iniziative finanziate dal Fondo Nazionale - Formazione ed aggiornamento :

E' stata promossa la supervisione dei casi clinici seguiti presso i SERT (tutti/ e presso le Comunità terapeutiche convenzionate (escluse le Comunità terapeutiche Incontro).

Attivazione vari seminari monotematici rivolti ad operatori vari.

- Altre iniziative ed attività: Aggiornamento Responsabili dei SERT e delle Comunità terapeutiche
- Progetti di prevenzione e reinserimento adottati dagli Enti Locali e dagli Enti Ausiliari, dalle Coop. sociali e dal volontariato finanziati con Fondo Nazionale: Non conosciuti in modo completo

N) Collegamento ad iniziative internazionali :

Assistenza prostitute: USL interessate: Ascoli Piceno, S. Benedetto, Fermo e Civitanova - Progetto "NOW" - finanziamento CEE, gestito dall'Associazione "On the road" di Colonnella (Teramo).

O) Incidenza del volontariato nel settore: diffusa ma comunque presenza non utile.

Problemi generali aperti: Attuazione gestione SERT da parte del Distretto

Proposte migliorative: Attivazione Sezione Diagnosi e Cura in alcuni Ospedali ovvero posti letti presso Reparti da individuare

Regione Piemonte

QUADRO NORMATIVO REGIONALE:

A) Legge Regionale istituzione SER.T.:

L.R. 23.12.1977 n. 62; D.G.R. 69-1458 del 18.9.1995.

B) Piano Sanitario Regionale:

L.R. 23.4.1990 n. 37 "Norme per la programmazione socio-sanitaria regionale e per il Piano socio sanitario regionale". E' in via di approvazione il Piano Sanitario regionale per il triennio 1996-98.

C) Progetto Obiettivo specifico per il settore:

il P.O. tossicodipendenze è ricompreso nella Legge Regionale 37/1990.

Per l'anno 1996 gli obiettivi prioritari perseguiti sono stati la riduzione del danno, la prevenzione della diffusione dell'HIV e l'attivazione di due Unità di strada (Torino e Provincia di Torino).

D) Legge per Albo Enti Ausiliari:

Delibera Consiglio Regionale 18.10.1994 n. 906-13938 e lettera circolare 26.5.1995 n. 2114/49

E) Legge per Cooperative 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:

Unità operativa autonoma in ogni Azienda USL, articolata in più sedi operative (attualmente 63 per 22 Aziende USL), con articolazioni distrettuali di circa 70-80.000 abitanti (tale modello operativo è delineato dalla D.G.R. 69-1458 del 18.9.1995).

- SER.T. previsti: n. 63; funzionanti: n. 63

- Personale previsto: 955; effettivamente impegnato: 681

- Strutture semiresidenziali pubbliche: n. 1; utenti n. 12; personale impegnato n. 11

Utenti complessivamente in carico ai SER.T.: 13.282

- Strutture residenziali pubbliche n. 3; utenti n. 30; personale n. 22

- Strutture residenziali private (Comunità terapeutiche): n. 54 residenziali e n. 9 semiresidenziali; utenti n. 2.150; personale n. 700.

- Altro: Comunità per malati di AIDS: n. 5

Minialloggi per malati di AIDS: n. 2

Centri Crisi: n. 2

Residenze collettive per detenuti malati di AIDS: n. 2

- Spesa per rette: £. 24.000.000.000 circa

- Problematiche rilevate: necessità di ridefinire l'assetto organizzativo dei S.E.R.T. a seguito dell'aziendalizzazione

H) Atto di intesa con Ministero Grazia e Giustizia e intervento nelle carceri: Protocollo di intesa tra Ministero di Grazia e Giustizia e Regione Piemonte 4.12.1992 rep. n. 2324.

- Convenzioni esistenti: 9 convenzioni più 1 limitatamente alla sezione a custodia attenuata su 14 istituti di prevenzione e pena.

- Strutture a custodia attenuata attivate: 1

- Detenuti tossicodipendenti negli istituti penitenziari della regione: n. 1.760 circa

- Problemi rilevati nel modello organizzativo di intervento negli istituti penitenziari: difficoltà nel realizzare i protocolli per carenze di organico di ambedue le amministrazioni. Necessità di ridefinire le possibili competenze a seguito dell'avvio delle Aziende sanitarie.

I) Strategie adottate:

Interventi a bassa soglia: due unità mobili, di cui una in funzione a Torino ed una nella Provincia di Torino.

Due Centri Crisi in funzione a Torino.

L) Sistema Informativo:

- per S.E.R.T.: cartella clinica regionale computerizzata

- per Enti Ausiliari: stessa cartella adattata

M) Attuazione e risultati iniziative finanziate dal Fondo Nazionale formazione ed aggiornamento:

Attività per operatori del servizio pubblico: n. 7 corsi (formati circa 170 operatori)

Attività integrata pubblico-privato sociale: n. 3 corsi (formati circa 120 operatori)

(V. nota 775/54/49 del 25.2.1997 per rendicontazione e relazione dettagliata.)

- Progetti di prevenzione e reinserimento adottati dagli Enti Locali e dagli Enti Ausiliari, dalle coop. sociali e dal volontariato finanziati con Fondo Nazionale: non sono monitorati.

O) Incidenza del volontariato nel settore:

Associazioni e gruppi (escluse Comunità) n. 11

Associazioni di famiglie n. 10

Cooperative per il reinserimento n. 5

Problemi generali aperti

- Scarsa copertura organici S.E.R.T.

- Difficoltà nella stipula delle "convenzioni tipo" fra Aziende Sanitarie ed Istituti di Prevenzione e Pena

- Carenza di attrezzature e sedi idonee per i S.E.R.T.

- Inquadramento del personale medico nella disciplina delle Farmacotossicodipendenze

Proposte migliorative:

- 1) Ridefinire i ruoli del Servizio Penitenziario e del Servizio Sanitario per l'assistenza ai detenuti tossicodipendenti in relazione sia ai riferimenti normativi sia ai fondi disponibili in entrambe le Amministrazioni.
- 2) 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 d'intesa Stato-Regioni del marzo 1993.
- 3) Proseguire e potenziare il coinvolgimento delle Regioni nella programmazione e nella stesura degli indirizzi nazionali nel settore.

Provincia Autonoma di Bolzano

Quadro normativo provinciale

a) legge provinciale istituzione SERT:

- L.P. 7.12.78 n.69 „servizio di prevenzione, cura e riabilitazione delle forme di devianza sociale, tossicodipendenza ed alcolismo“

b) piano sanitario provinciale:

- L.P. 18.8.88 n.33 „piano sanitario provinciale 1988-91. E' in fase di definizione il nuovo piano sanitario

c) progetto obiettivo specifico per il settore:

- potenziamento delle attività di prevenzione delle tossicomanie ivi comprese le alcoldipendenze ed il tabagismo
- adeguamento delle risorse impegnate nella rete dei servizi di assistenza sanitaria ai tossicodipendenti ed agli alcolisti
- integrazione funzionale dei servizi socio-assistenziali finalizzati al recupero ed al reinserimento sociale dei tossicodipendenti e degli alcoldipendenti

d) albo enti ausiliari:

- delibera Giunta Prov.le 15.10.90 n.6202, ai sensi della legge 162/90 art.93
- decreto assessore sanità 26.8.93 n.498, ai sensi dell'atto di intesa Stato/Regioni

e) legge per cooperative sociali: /

f) legge per il volontariato: - L.P. 1.7.93 n.11 „Disciplina del volontariato“

g) modello organizzativo:

Il SERT fa parte dell'area funzionale ed organizzativa di medicina sociale e salute mentale dell'USL. Per l'adempimento dei suoi compiti si avvale delle strutture distrettuali, ospedaliere e terapeutiche.

Situazione al 31.12.96:

SERT previsti: 4

SERT funzionanti: 4

personale previsto: 84

personale effettivamente impegnato: 54

n. utenti in carico ai SERT (solo tossicodipendenti) 890 + alcolisti

strutture residenziali/semiresidenziali pubbliche: /

strutture residenziali private: 2 di cui 1 per tossicodipendenti e 1 per alcolisti (comunità terapeutica)

altro: casa di cura privata: 1 per tossicodipendenti

personale n.: dipendenti

n. utenti: 54 tossicodipendenti, 23 alcoldipendenti presenti (ricoverati ca. 80)

spese per rette: tossicodipendenza: L. 1.302.185.920 alcoldipendenza: L. 305.519.884

h) atto di intesa con il Ministero di Grazia e Giustizia

- convenzioni esistenti: USL Centro-Sud/SERT

- strutture a custodia attenuata attivate: /

- detenuti tossicodipendenti negli istituti penitenziari della Provincia:

75% dei detenuti: dato numerico non fornito

- problemi rilevati nel modello organizzativo di intervento negli istituti penitenziari (personale, tipo di collaborazione): /

i) strategie adottate:

i SERT attuano la strategia della riduzione del danno

l) sistema informativo:

per SERT: in fase di attuazione la informatizzazione; attualmente solo

(rilevazioni dati utenza. Prevista la cartella clinica prov.le e

per enti ausiliari: l'osservatorio prov.le nel 1998.

m) attuazione e risultati iniziative finanziate dal Fondo Nazionale:

- formazione ed aggiornamento:

iniziative previste solo con il 1997

- altre iniziative ed attività:

previste solo con il 1997

- progetti di prevenzione e reinserimento adottati dagli enti locali e dagli enti ausiliari, dalle cooperative sociali e dal volontariato finanziati con Fondo Nazionale:

previsti solo con il 1997

n) collegamento ad iniziative internazionali (indicare quali): /

o) incidenza del volontariato nel settore: 40%

Provincia Autonoma di Trento

A) Legge Provinciale Istituzione Sert

Con L.P. 29 aprile 1983, n. 12 (recante "Nuovo ordinamento dei servizi e del personale della Provincia Autonoma di Trento") come modificata con L.P. 19 maggio 1992, n. 15, il Sert è stato istituito quale servizio della Provincia Autonoma di Trento.

Peraltro, con L.P. 1 aprile 1993, n. 10 (recante "Nuova disciplina del Servizio sanitario provinciale") come modificata con L.P. 28 agosto 1995, n. 10, è stata istituita l'Azienda provinciale per i servizi sanitari e il Sert è divenuto struttura organizzativa dell'Azienda stessa.

B) Piano Sanitario Provinciale

Il Piano sanitario provinciale 1993-1995, approvato con la L.P. 6 dicembre 1993, n. 38, al Capitolo 3, paragrafo 2, subparagrapho 4 si occupa di "Prevenzione delle tossicomanie, recupero e assistenza sanitaria dei tossicodipendenti".

Attualmente è in corso il procedimento di adozione del Piano sanitario provinciale 1996-1998.

C) Progetto Obiettivo Specifico Per Il Settore

Nel campo delle tossicodipendenze si mira a raggiungere i seguenti obiettivi:

1. consolidamento di un'ottica di coordinamento intersettoriale e interdisciplinare che permetta di perseguire una prevenzione coordinata, che può concretizzarsi anche in progetti specifici territoriali e locali caratterizzati da un'effettiva continuità ed efficacia e in un costante raccordo con il mondo della scuola;
2. potenziamento di attività ambulatoriale volta alla prevenzione e alla cura delle patologie correlate a stato tossicodipendenze;
3. informatizzazione del Sert e dell'Assessorato alla sanità della Provincia Autonoma di Trento, in modo da realizzare una rete di conoscenze e di collaborazione sia tra questi due soggetti sia tra le sedi operative del Sert stesso;
4. analisi della qualità delle prestazioni fornite dal Sert e dagli enti ausiliari convenzionati con l'Azienda provinciale per i servizi sanitari, i quali propongono e offrono interventi terapeutici-riabilitativi e promuovono attività volte al reinserimento sociale-riabilitativo dei tossicodipendenti.

D) Legge Per Albo Enti Ausiliari

Con deliberazione di Giunta provinciale n. 10900 di data 7 settembre 1990 è stato istituito l'Albo provinciale degli enti gestori di strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti, ai sensi dell'art. 93 della legge n. 685/9175 come sostituito con l'art. 28 della legge n. 162/1990 (e con art. 115 del D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309).

E) Legge Per Cooperative Sociali

L.R. 22 ottobre 1988, n. 24 (c.m. con L.R. 1 novembre 1993, n. 15) recante "Norme in materia di cooperazione di solidarietà sociale"

F) Legge Per Volontariato

L.P. 13 febbraio 1992, n. 8 "Valorizzazione e riconoscimento del volontariato sociale"

G) Modello Organizzativo

Nella Provincia Autonoma di Trento è previsto ed è effettivamente funzionante un unico Servizio per le tossicodipendenze.

In base alla L.P. 1 aprile 1993, n. 10, come modificata con L.P. 28 agosto 1995, n. 10, il Sert è considerato struttura dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari e, nell'ambito dell'Azienda, esso costituisce un'unità operativa all'interno della Direzione Cura e Riabilitazione.

Il Sert è così strutturato:

- sede centrale: - Trento - Via Malta n. 6
- sedi periferiche: - Rovereto - Via della Terra n. 49
- Riva del Garda - Largo Marconi n. 2
- recapiti quindicinali - Borgo Valsugana - Via Roma n. 12
- Cavalese - Via Roma n. 4
- Cles - Via Sieli
- Tione - c/o Ospedale

Il personale del Sert previsto (in base alla deliberazione di Giunta provinciale n. 7541 di data 14 giugno 1991) e quello effettivamente impegnato è il seguente:

	PERSONALE PREVISTO	PERSONALE EFFETTIVAMENTE IMPEGNATO
Medici	5	3 (di cui 1 con funzioni di Dirigente)
Psicologi	8	7 (di cui 2 in maternità)
Sociologi	3	1 (assente con mandato politico)
Assistenti sociali	11	6
Infermieri o assistenti sanitari visitatori	2	1
Educatori professionali o di comunità	4	1
Operatori amministrativi	2	3

- Nel territorio della Provincia Autonoma di Trento non esistono né strutture residenziali pubbliche né strutture semiresidenziali pubbliche.
- Le strutture private iscritte all'albo provinciale degli enti ausiliari che svolgono attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento dei tossicodipendenti sono 8 e precisamente:

ENTE AUSILIARIO GESTORE	COMUNITA' GESTITE	PERSONALE DIPENDENTE
Centro Antidroga	- Comunità residenziale di Accoglienza (Varignano d'Arco, Trento)	6
	- Comunità residenziale Terapeutica di Camparta (Camparta di Meano, Trento)	7
	- Comunità residenziale di Reinserimento Piero Agostini (Lamar di Gardolo, Trento)	2
Centro Trentino di Solidarietà (C.T.S.)	- Comunità semiresidenziale di Accoglienza (Villa S. Nicolò, Ravina, Trento)	5
	- Comunità residenziale Terapeutica Villa Speranza (Nomi, Trento)	6
	- Comunità residenziale di Rientro (Via alla Busa, 6, Trento)	3
Voce Amica	- Casa di accoglienza residenziale di Villa Lagarina	4
Centro Relazioni Umane	- Centro Residenziale di Prabubolo di Ala (Trento)	5
Comunità Incontro	- Comunità Terapeutica residenziale Maso Bottesi (Loc. S. Massenza di Vezzano, Trento)	3

Comunità San Patrignano	- Comunità Terapeutica residenziale San Patrignano 3 (S.Vito di Pergine, Trento)	1
Convento S. Antonio dei Padri Francescani	- Casa di Accoglienza residenziale di Cles (TN)	-
Associazione Famiglie Tossico- dipendenti (A.F.T.) Via Torre Vanga. 11 -Trento		2
TOTALE		44

- Dall'1 aprile 1996 risultano convenzionate con l'Azienda provinciale per i servizi sanitari il Centro Antidroga, il Centro Trentino di solidarietà (CTS) e Voce Amica, e quindi, per quanto riguarda le comunità site sul territorio della provincia di Trento, il Sert invia utenti solo a questi 3 enti ausiliari. Nel 1996 le giornate di presenza registrate da queste Comunità per quanto riguarda gli utenti inviati dal Sert sono le seguenti:
 - ♦ Centro Antidroga: 19.460
 - ♦ C.T.S. 11.861
 - ♦ Voce Amica 1.974
- La spesa sostenuta per le rette e finanziamenti erogati alle comunità, site sia in provincia di Trento sia in altre località italiane, convenzionate con l'Azienda provinciale per i servizi sanitari o con altre Aziende sanitarie, alle quali il Sert ha inviato utenti, è stimabile in L. 2.325.000.000

H) Atto Di Intesa Con Il Ministero Di Grazia E Giustizia - Intervento Nelle Carceri

Con deliberazione n. 4108 di data 12 aprile 1996 la Giunta provinciale ha recepito lo schema di convenzione tra il Ministero di Grazia e Giustizia e le UU.SS.LL. per la cura e la riabilitazione dei detenuti tossicodipendenti e/o alcooldipendenti ristretti negli Istituti di pena, predisposto in attuazione delle "Linee di indirizzo in materia di prevenzione, cura e riabilitazione dei detenuti tossicodipendenti e/o alcooldipendenti coinvolti nell'area penale" approvate dalla Commissione nazionale consultiva e di coordinamento per i rapporti con le Regioni e gli Enti locali in data 11 dicembre 1992 e ratificate in data 10 marzo 1994.

Con deliberazione 1696 di data 29 agosto 1996 il Direttore Generale dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari ha approvato la convenzione con la Casa Circondariale di Trento per l'erogazione dell'assistenza ai soggetti tossicodipendenti e/o alcooldipendenti detenuti, convenzione che in data 30

agosto 1996 è stata sottoscritta dal Direttore dell'Istituto e dal Direttore Generale dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari.

Contestualmente alla convenzione sono stati adottati anche due protocolli operativi per la disciplina degli interventi assistenziali nei confronti dei detenuti tossicodipendenti e alcooldipendenti nell'ambito dell'Istituto di pena di Trento.

Sia la convenzione che i protocolli operativi sopra citati risultano ora in corso di attuazione.

Nella Provincia Autonoma di Trento non esistono strutture a custodia attenuata.

Il numero dei detenuti tossicodipendenti negli Istituti Penitenziari della Provincia Autonoma di Trento è il seguente:

- Casa circondariale di Trento: 221 tossicodipendenti
- Casa circondariale di Rovereto: 40 tossicodipendenti (dato rilevato al 31.12.96)

Di questi tossicodipendenti, il Sert nel 1996 ne ha seguiti 94.

I) Strategie Adottate

Tra le strategie adottate per far fronte al fenomeno tossicodipendenze la prevalente è quella integrata, cioè quella che prevede un intervento sia medico sia psicologico sia assistenziale.

Si è adottata anche la strategia della riduzione del danno e, precisamente, si è dato luogo all'utilizzo del metadone nell'ambito di trattamenti a mantenimento, anche se con dosaggi medio-bassi (da 20 a 40 mg) e nei confronti di un numero molto limitato di tossicodipendenti (circa l'1% di tutti quelli ammessi al trattamento con farmaco sostitutivo)

L) Sistema Informativo

Non esiste un sistema informativo specifico in materia di tossicodipendenze nè per il Sert, nè per l'Assessorato alla Sanità della Provincia Autonoma di Trento, nè per gli enti ausiliari.

Il Sert attualmente utilizza il sistema "EPI INFO 5.1" per la rilevazione dei dati relativi all'utenza e per il monitoraggio dell'attività.

M) Attuazione E Risultati Iniziative Finanziate Dal Fondo Nazionale

Non è stata attuata nessuna iniziativa con finanziamenti desunti dal Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga.

N) Collegamento Ad Iniziative Internazionali

Non c'è stato nessun collegamento con iniziative internazionali.

O) Incidenza Del Volontariato Nel Settore

Nella realtà trentina la presenza del volontariato nell'ambito degli interventi volti alla lotta alle tossicodipendenze non è molto incidente.

Si può ricordare che in tale campo opera un'associazione che risulta iscritta all'albo delle associazioni di volontariato e che si propone quali obiettivi principali il supporto psicologico nei confronti delle famiglie dei tossicodipendenti, la prevenzione e il reinserimento degli stati di tossicodipendenze.

Regione Puglia

Quadro normativo regionale

A) Legge Regionale istitutiva dei Ser.T.:

Deliberazione di Giunta Regionale del 4 e 5 febbraio 1992 n.121 relativa alla determinazione degli organici dei Ser.T. approvata dal Consiglio Regionale; in corso di approvazione il d.d.l. " Istituzione e disciplina del Dipartimento delle dipendenze patologiche nelle tossicodipendenze ".

B) Piano Sanitario Regionale (con riferimenti precisi in materia. Precisare se e' gia' stato adottato o in corso di adozione dopo i DD.lgs.vi 502/92 e 517/93):

Tra le " azioni programmate" del Piano Sanitario Regionale in corso di adozione dopo i citati DD.L.vi e' compresa: Prevenzione e cura delle tossicodipendenze.

C) Progetto obiettivo specifico per il settore (indicare, ove esistenti, per punti, gli obiettivi e gli altri aspetti significativi, eventuali risorse finanziarie).

D) Legge per Albo Enti Ausiliari:

L.R. 9.9.96 n.22 " Criteri relativi alla regolamentazione dei rapporti con gli Enti Ausiliari che operano nel settore delle tossicodipendenze".

E) Legge per Cooperative Sociali:

L.R. 1.9.93 n.21 " Iniziative regionali a sostegno delle cooperative sociali e misure attuative della l.8.11.91 n.381 " Disciplina delle Cooperative Sociali".

F) Legge per il Volontariato:

L.R. 16.3.94 n.11 " Norme di attuazione della legge-quadro sul volontariato ".

Modello organizzativo

G) Modello delineato dalle Leggi Regionali nel settore :

Dipartimento ad ambito sovradistrettuale disciplinato con legge in corso di approvazione, con articolazioni distrettuali.

- Ser.T. previsti: n.12 Dipartimenti articolati in n.25 Sezioni dipartimentali.(A seguito della definizione degli ambiti territoriali delle ASL che si sono ridotte da 55 a 12).

- Ser.T. funzionanti: n.55

- utenti complessivamente in carico ai Ser.T.: n.11.033

- Strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche:-----

- Personale previsto: n.438 unita'; effettivamente impegnate n.359 (totalmente) e n.120 (parzialmente).

- Strutture residenziali private: Comunita' terapeutiche n.68 (Sedi operative ed Enti Ausiliari).

- Spese per rette,i relativi oneri gravano sul Fondo di parte corrente assegnato alle ASL ai sensi del D.lgs 502/92.

- Problematiche rilevate (con particolare riferimento al riordino del S.S.N.): accorpamento territoriale delle vecchie strutture in nuovi Ser.T.

H) Atto di intesa con il Ministero di Grazia e Giustizia. Intervento nelle carceri

: Portato a conoscenza delle ASL

-Convenzioni esistenti:

sono in atto convenzioni con diverse ASL

- Strutture a custodia attenuata attivate:-----

- Detenuti tossicodipendenti negli Istituti Penitenziari della Regione:

e' in corso la relativa rilevazione

1) Strategie adottate (indicare se ci sono indicazioni strategiche definite, tipo riduzione del danno, interventi a bassa soglia, ecc...):

esistono esperienze sul territorio per il momento non codificate

L) Sistema Informativo:

- per il Ser.T.: nell'ambito del progetto di informatizzazione avviato dal Ministero della Sanita'

- per Enti Ausiliari:

(Indicare per entrambi se esiste e come e' organizzato: rilevazione dati utenza, monitoraggio attivita', cartella clinica regionale, Osservatorio Regionale)

Rilevazione dati utenza:e' in fase di attivazione

M) Attuazione e risultati iniziative finanziate dal Fondo Nazionale -Formazione ed aggiornamento (esplicitare chi ha usufruito dell'attivita' e corsi realizzati):

Attivita' di formazione ed aggiornamento destinate agli operatori dei Servizi pubblici e privati realizzate dalle ASL della Regione a valere sul Fondo Sanitario Nazionale ex art.127 DPR 309/90 anni 1991-1992.

- Altre iniziative ed attivita': -----

- Progetti di prevenzione ed inserimento adottato dagli Enti Locali e dagli Enti Ausiliari, dalle coop. sociali e dal volontariato finanziati con Fondo Nazionale :

Per l'anno 1996 sono stati definiti i criteri di utilizzo dei fondi (Deliberazione del Consiglio Regionale 8.10.96, n.143 " Modifica ed integrazione delle deliberazione del Consiglio Regionale del 9.7.96, n.110, avente ad oggetto< Criteri e modalita' per l'attribuzione dei finanziamenti relativi alla quota regionale del fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga".

Attualmente e' in corso l'esame dei progetti. Non sono, pertanto, allo stato, rilevabili.

N) Collegamento ad iniziative internazionali (indicare quali): -----

O) Incidenza del volontariato nel settore:

Il volontariato incide in misura rilevante nell'ambito del reinserimento e recupero sociale dei soggetti tossicodipendenti.

- Problemi generali aperti:

carenze strutturali e di personale nei Servizi pubblici. Problematiche varie circa l'applicazione dell'Atto d'intesa e della L.R. 22/96.

- Proposte migliorative:

potenziamento dei Ser.T. sia per gli aspetti logistico-organizzativi sia per le piante organiche.

Regione Sardegna**A) Legge Regionale istituzione Ser.t. :**

DGR n. 6/94 del 20-2-87 (piano regionale sulle tossicodipendenze)

DGR n. 40/90 del 12-11-91 (programma potenziamento Sert e adeguamento organico)

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 507/93):

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 in fase di definizione, sarà inserito nel piano sanitario regionale.

D) Legge per Albo Enti Ausiliari

DAIS n. 6688/43508 del 7/9/90

DGR 12/11 del 19/4/94

E) Legge per Cooperative sociali:

In corso di approvazione al Consiglio Regionale.

F) Legge per Volontariato:

L.R. 39 del 13/9/93

MODELLO ORGANIZZATIVO**G) Modello delineato dalle Leggi regionali nel settore:**

La legge regionale del 26 gennaio 1995 n.5 "Norme di riforma del servizio sanitario regionale" inserisce i Ser.t. all'interno del "Dipartimento diagnosi, cura e riabilitazione" quale servizio autonomo

-Sert previsti: n.15; funzionanti: n.14

-Personale previsto: n. 242; effettivamente impegnato: 291

-Strutture semiresidenziali pubbliche (attività diurna strutturata: centro diurno, day-hospital, Centro accoglienza a bassa soglia, centro crisi, ecc..) n.../.... utenti n.../... personale impegnato.../...

Utenti complessivamente in carico ai Ser.t. n. 5723

- Strutture residenziali pubbliche n.../....utenti n.../.....personale n.../... giornate di degenza residenziale n.../.... operatori n.../....

- Strutture residenziali private (Comunità terapeutiche): n. 15; utenti n. 480; personale n. 215 dipendenti

- Altro (definire): .../...

- Spesa per rette: L. 6.992.3245.000

- 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).

-Convenzioni esistenti

n. 2 convenzioni

n. 3 proptocolli operativi operativi sulla base delle convenzioni.

-Strutture a custodia attenuata attivate:

n. 1

- Detenuti tossicodipendenti negli I. P. della Regione

Non è stato rilevato

-Problemi rilevati nel modello organizzativo di intervento negli Istituti Penitenziari (personale, tipo di collaborazione):

Sono state adottate le indicazioni previste dalla convenzione

I) Strategie adottate (indicare se ci sono indicazioni strategiche definite, tipo riduzione del danno, interventi a bassa soglia,ecc.....)

Nel 1996 sono state realizzate iniziative di riduzione del danno (2 unità di strada, centri di pronta accoglienza,telefono verde) curati da Asl e Comuni finanziate col fondo per la lotta alla droga.

L) Sistema Informativo:

-per Sert : in fase di definizione il progetto del Ministero della Sanità

-per enti ausiliari: No

M) Attuazione e risultati iniziative finanziate dal Fondo Nazionale

-Formazione ed aggiornamento (esplicitare chi ha usufruito dell'attività e corsi realizzati)

Il Dipartimento per gli Affari Sociali ha approvato n. due corsi di formazione per operatori e di valutazione dei servizi da realizzare con lo svincolo dei fondi.

-Altre iniziative ed attività:

Predisposizione atti per regionalizzazione fondi 309/90 L.4.800.000.000

Adesione progetto nazionale valutazione qualità dei servizi

Programma attività per l'alcolismo

- Progetti di prevenzione e reinserimento adottati dagli enti locali e dagli enti ausiliari , dalle coop. Sociali e dal volontariato finanziati col fondo nazionale:

L'Assessorato della sanità - settore tossicodipendenze - dispone di copia dei progetti presentat al Dipartimento per gli Affari sociali:

39 progetti presentati dai Comuni, 2 dalle province, 7 dalle ASL, 1 dai privati

N) Collegamento ad iniziative internazionali

Nessuna

O) Incidenza del volontariato nel settore / problemi generali aperti:

Riorganizzazione del modello operativo dei sert in base alla normativa regionale e nell'ottica di un intervento a rete sul territorio.

Regione Toscana

QUADRO NORMATIVO REGIONALE

A) Legge regionale istituzione SERT: L.R. 51 del 9.9.1991

B) Piano Sanitario Regionale

C) Progetto Obiettivo 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 successive modificazioni); 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, curare 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 i 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 corrente 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 Cooperative Sociali: approvata, albo regionale funzionante (L.R.T. n. 13/94);

F) Legge per il Volontariato: approvata, registro regionale relativo funzionante (L.R.T. 28/93).

MODELLO ORGANIZZATIVO

G) Modello delineato dalle leggi regionali nel settore: il SERT 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 dipartimento dipendenze aggrega ed integra il SERT e i gruppi operativi per l'alcolismo);

- SERT previsti n. 40 e funzionanti n. 40

- Personale previsto n. 681 e effettivamente n. 530 per l'utenza e le qualifiche previste dal D.M. 444/90.

- Strutture semiresidenziali pubbliche: in molti SERT è organizzata una attività diurna strutturata, con diverse modalità d'intervento che vedono impegnati direttamente operatori SERT oppure la presenza di operatori di cooperative sociali convenzionate.

- Strutture residenziali pubbliche n. 5

utenti n. 5 personale n. 22 giornate degenza 8090

La spesa di tali strutture, comprensiva del personale e di beni e servizi, è stata di L. 198.000.000 per l'anno 1993 e di L. 1.797.532.000 per l'anno 1994 e di L. 1.535.000 per l'anno 1995.

- Strutture residenziali private n. 56 (sedi operative di 16 EE.AA.

utenti n. 909 (anno '95)

" n. 1186 (anno '94)

" n. 1254 (anno '93)

" n. 1338 (anno '92)

Si segnala il decremento significativo delle presenze nelle strutture private convenzionate.

personale n° non rilevato

- Altro ____ / _____

- Spesa per rette: L. 15.576.171.000.000 (anno '95 - dati di spesa desunti dai rendiconti UU.SS.LL.) L. 18.710.144.000.

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, 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 Ministero di Grazia e Giustizia e intervento nelle carceri: in Regione Toscana esiste un protocollo con il Ministero di Grazia e Giustizia per l'intervento nelle carceri, che anticipa e comprende i contenuti dell'Atto di intesa.

- Convenzioni esistenti: dei 20 istituti penitenziari toscani, 15 hanno convenzioni con le USL per la presenza del SERT all'interno del carcere.

Le strutture a custodia attenuata che risultano sono 5 su 18 sezioni per tossicodipendenti (di cui 1 per giovani fino a 25 anni). nell'anno passato è stata aperta una struttura a custodia attenuata per detenuti ad Empoli - Firenze. che prevede una ospitalità fino ad un massimo di 30 soggetti con pregressa tossicodipendenza.

- Detenuti tossicodipendenti ed alcolisti negli istituti penitenziari della regione al 31.12.1996 n. 895 uomini e 72 donne, sul totale detenuti di 3599 uomini e 124 donne presenti.

- Problemi rilevati nel modello organizzativo di intervento negli istituti penitenziari: il personale SERT disponibile ad un lavoro nel carcere si riduce in relazione alla diminuzione complessiva del personale nei SERT ed al contestuale incremento nella attività generale.

I) STRATEGIE ADOTTATE: la Regione Toscana non ha dato indicazioni operative univoche sulle strategie d'intervento, molti servizi seguono indicazione di "riduzione del danno" che significati e comporta interventi differenziati nei diversi SERT, in relazione alla "cultura" complessiva del servizio e dei singoli operatori.

L) SISTEMA INFORMATIVO: fino al '94 la Regione ha richiesto ed elaborato, nell'ambito della relazione annuale sullo stato di salute, dati ed informazioni dai servizi delle UU.SS.LL.. Attualmente si sta procedendo alla definizione di nuove modalità in relazione al diverso assetto organizzativo delle aziende UU.SS.LL.

- per SERT: elaborazione dati utenza ed attività, schede semestrali ed annuale SE.CE.DAS, 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 1996

Attività per operatori del servizio pubblico: attività formativa inizialmente organizzata per le diverse professionalità nei SERT-

medici 45 part.

psicologi 40 "

educatori prof. e sociologi 30 "

assistenti sociali 45 "

Attività per gli operatori di uno stesso servizio su tematiche specifiche

(VRQ-in sei 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-privato 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, dalle cooperative sociali e dal volontariato finanziati con il Fondo Nazionale: conosciuti, non monitorati;

N) COLLEGAMENTO AD INIZIATIVE INTERNAZIONALI: attività di singoli SERT legate al Fondo Sociale Europeo (Progetto Euridice di inserimento lavorativo, in collaborazione con il sindacato)

O) INCIDENZA DEL VOLONTARIATO NEL SETTORE: su 1450 associazioni iscritte nel registro regionale del volontariato, 26 svolgono la loro attività prevalente nel settore delle tossicodipendenze;

PROPOSTE MIGLIORATIVE:

Adeguare i livelli assistenziali e le risposte operative ad un'intensa multiproblematica che afferisca ai servizi doppia diagnosi,

polidipendenza, età avanzata, nuclei familiari;

- 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;

- effettiva realizzazione degli interventi;

1) Valorizzazione delle competenze regionali in materia di organizzazione dei servizi e degli EE.LL.;

2) Impegno significativo ai fini della formazione del personale del servizio pubblico e degli enti ausiliari.

Regione Autonoma Valle D'aosta

QUADRO NORMATIVO REGIONALE

- A) Con 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" è stata istituita l'Unità Operativa per l'Assistenza ai Tossicodipendenti nell'ambito del Servizio Assistenza Sanitaria di base dell'U.S.L. Valle d'Aosta.
- B) Il PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE è stato adottato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 3451 del 02.08.1996 ed in seguito dal Consiglio regionale in data 06.03.1997.
- C) PROGETTO OBIETTIVO sulle tossicodipendenze delle Regione Valle d'Aosta.

Generalità e principi ispiratori

- 1) Tale progetto-obiettivo ha la finalità di riordinare gli interventi globali (prevenzione, cura, riabilitazione) sulle tossicodipendenze e le alcol dipendenze tenendo conto delle esperienze maturate, della realtà del fenomeno nel nostro contesto regionale, dello stato di Servizi e delle risorse disponibili.
- 2) La filosofia di intervento in questo campo presuppone la necessità di fornire all'utenza tutti i possibili presidi terapeutici in un'ottica bio-psico-sociale, con il coinvolgimento di tutti i Servizi preposti.
- 3) Nasce quindi la necessità di sviluppare, in maniera organica, una rete di interventi strutturati.
- 4) Tale progetto dovrà essere condiviso da tutti i Servizi Pubblici, dal privato sociale e dal volontariato e quindi fornire un'integrazione funzionale degli interventi e delle risorse.
- 5) Il coordinamento e la Responsabilità dell'intero progetto spetterà al SERT dell'U.S.L. della Valle d'Aosta.
- 6) All'interno di tale piano si dovranno chiarire, il più possibile, i ruoli e le funzioni di ogni Servizio affinché ognuno abbia il suo riconoscimento in seno all'intera globalità del progetto.
- 7) Il modello di intervento proposto è soprattutto indicativo-pragmatico e andrà sviluppato in ogni sua parte sotto ogni aspetto teorico e pratico.
- 8) Tutti i Servizi coinvolti dovranno saper affrontare le problematiche legate alle tossicodipendenze da droghe illecite, all'alcolismo, alle dipendenze diverse e complicate (dalla sieropositività ai disturbi psichiatrici), al disagio giovanile ed a tutte le situazioni a rischio di cadere nei comportamenti di dipendenza.

Coordinamento generale

E' la funzione deputata allo sviluppo delle politiche di raccordo e di intervento in rete a livello regionale. Deve promuovere ed orientare i diversi interventi e fare da referente ai livelli dirigenziali dell'Assessorato alla Sanità Regionale e della Direzione Generale dell'Azienda U.S.L. Dovrà inoltre verificare e valutare gli effettivi risultati raggiunti nei diversi settori di intervento previsti dal progetto-obiettivo. Si identifica, con le opportune integrazioni di altri componenti, con il Gruppo Tecnico Regionale sulle Tossicodipendenze (Delibera Regionale n. 6833 del 25/8/95).

Sarà tale gruppo quindi a coordinare tutte le politiche di intervento.

Questi sarà anche l'organo ufficiale di rappresentanza e di riferimento per tutte le politiche sulle tossico-alcol-dipendenze.

Si riunirà a scadenze fisse e, a seconda delle necessità, presso l'Assessorato della Sanità ed Assistenza Sociale della Regione Valle d'Aosta.

Informazione/Sensibilizzazione

E' la funzione preposta ad informare, sensibilizzare, sia la popolazione a rischio, sia la popolazione generale sia i Servizi sanitari ed assistenziali dell'U.S.L., della Regione, degli Enti Locali ed in genere di tutte le realtà locali significative, sui problemi delle dipendenze (da droghe sia illecite che lecite) sui Servizi e le modalità che si sono organizzate per affrontarlo. Ha inoltre l'obiettivo a lungo termine di sviluppare una cultura diversa sulle tossicomanie.

Per chi

Popolazione interessata ed a rischio, popolazione generale.

Diversi Enti ed organismi locali (Comuni, Comunità Montane, Parrocchie, Biblioteche, ecc..) Associazioni giovanili e sportive, Servizi Pubblici e del privato sociale, particolari realtà di aggregazione comunitaria (caserme, carcere, ospedale). Scuole ed ambienti di lavoro diversi.

Finalità

Informare correttamente riguardo a tutte le problematiche legate alla tossicodipendenza, riguardo ai servizi preposti, ai possibili percorsi terapeutici per uscirne. Sensibilizzare l'opinione pubblica nei confronti di tale problematica e di quale sia la sua importanza nella realtà locale.

Incentivare la presa di coscienza dei problemi delle tossicodipendenze con finalità preventive.

Chi lo segue

Operatori del SERT. Operatori delle Cooperative e Associazioni del privato sociale. Operatori di altri Servizi opportunamente preparati a secondo dei diversi progetti di intervento.

Chi coordina

Gruppo Tecnico Regionale sulle tossicodipendenze (supportato da figure ad hoc).

Modalità

Conferenze, seminari, dibattiti pubblici.

Corsi di informazione sui danni delle sostanze d'abuso.

Sensibilizzazione verso categorie a rischio ed i consumatori occasionali. Corsi di aggiornamento ed informazione più strutturati rivolti a diverse categorie (volontari, operatori dei servizi pubblici e privati, scuole per infermieri, medici di base, guardie mediche, farmacisti, assistenti domiciliari, insegnanti e alunni di diverse scuole, ecc..)

Informazione tramite l'attivazione dei mass-media rivolte ai servizi alla popolazione, agli Enti locali, ecc..

Programmi di educazione sanitaria ed alla salute agli utenti e ai loro congiunti, alla popolazione a rischio, alla popolazione generale.

E' chiaro che in ogni ambito di intervento (es. scuole, caserme, ecc...) dovranno essere predisposti programmi specifici di sensibilizzazione.

Quando

In giorni ed orari da stabilire a seconda dei diversi progetti.

Sedi

In ogni realtà locale ove si individua possibile ed utile l'intervento.

Sedi di progetti di sensibilizzazione - informazione andranno senz'altro considerati i seguenti luoghi: scuole di ogni ordine, caserme, ospedali (reparto di Pronto soccorso), carcere, luoghi di ritrovo a "rischio", discoteche, associazioni giovanili, parrocchie, biblioteche nei Comuni, sedi degli Enti locali.

Prevenzione

E' la funzione deputata a progettare e poi attuare i diversi interventi di prevenzione della diffusione delle tossicomanie. Dovrà prevedere interventi a diversi livelli (primari, secondari e terziari). Particolare attenzione dovrà essere rivolta ai progetti di riduzione dei danni e alle modalità per poter raggiungere ed intervenire anche sul fenomeno del "sommerso".

Attenzioni andranno rivolte anche alle situazioni di grave disagio sociale, alle famiglie multiproblematiche, alle diverse situazioni a rischio di sviluppare una qualche forma di tossicodipendenza.

Per chi

Popolazione e gruppi a rischio di tossicodipendenza: sui gruppi dei consumatori abituali, sui tossicodipendenti attivi ma che non si rivolgono ai Servizi. Per i partners ed i familiari dei tossicodipendenti.

Finalità

Attuare progetti specifici ed incisivi per le diverse realtà ed i diversi targets di popolazione a cui ci si vuole rivolgere.

Chi lo segue

- Operatori del SERT in collaborazione con altri operatori del Servizio Pubblico;
- Operatori degli Enti Ausiliari convenzionati;
- Operatori convenzionati ad hoc;
- Possibile utilizzazione di ex-tossicodipendenti e volontari opportunamente preparati.

Chi coordina

Un gruppo apposito formato da operatori del SERT e del privato sociale con il coordinamento generale del Responsabile del SERT.

Modalità

- Interventi sui luoghi di ritrovo (bar, piazze, discoteche)
- Istituzione degli operatori da strada (tenendo conto della realtà locale)

- Interventi di riduzione dei danni (distribuzione e scambio di siringhe, distribuzione profilattici, ambulatori medici a bassa soglia, prevenzioni overdose, ecc.).
- Programmi di screening, anche in anonimato per le maggiori patologie infettive dei tossicodipendenti.
- Programmi di prevenzione sanitaria per i tossicodipendenti, familiari, conviventi (ad es. vaccinazioni).
- Diversi interventi di prevenzione primaria e secondaria andranno pensati in ambiti specifici vedi Scuole (in collaborazione con il Provveditorato agli Studi) caserme, carceri, ospedali, ritrovi giovanili, ecc..
- Interventi primari sul disagio giovanile, gli abbandoni scolastici, le famiglie multiproblematiche.
- Interventi su situazioni particolari (ad es. extracomunitari, emarginazione sociale).

Quando

A seconda dei progetti in orari adatti.

Sedi

Ogni luogo sul territorio individuato utile dai diversi progetti.

Accoglienza e Orientamento

E' la funzione di accogliere, decodificare ed orientare le domande di aiuto, di informazione, di supporto, ecc.. Deve avere l'obiettivo prioritario di offrire disponibilità e motivare l'utente o chi chiede supporto a continuare la richiesta di aiuto. Deve saper indirizzare gli utenti ad avere la risposta più appropriata ed utile per un "aggancio" alle loro esigenze. Deve chiarire e saper indirizzare le richieste verso i servizi in loco preposti alla presa in carico attivando e coinvolgendo tutte le risorse utili allo scopo e disponibili. Le modalità di accoglienza e l'iter delle risposte che si daranno dovranno essere omogenee ed uguali in ogni ambito di ascolto previsto. Si dovranno prevedere punti di accoglienza diversi sul territorio regionale.

L'accoglienza deve terminare orientando già una prima risposta o verso i programmi a bassa soglia o, se possibile verso programmi con una completa presa in carico.

Quando nessun intervento sarà stato possibile avviare gli operatori dell'accoglienza dovranno prevedere anche delle strategie di "riaggancio" e di rimotivazione.

Per chi

- Tossico - alcol-dipendenti e le loro famiglie
- Soggetti a rischio e coinvolti in qualche modo nel problema

Finalità

Accogliere le richieste, dare le prime risposte, indirizzare ai servizi più adatti per rispondere ai diversi bisogni.

Chi lo esegue

- Operatori del SERT
- Operatori di cooperative e associazioni appositamente convenzionate in collaborazione con gli operatori dei servizi consultoriali e territoriali
- I medici di base e le guardie mediche
- Il Pronto Soccorso e i medici ospedalieri
- I volontari appositamente preparati su specifici progetti.

Chi coordina

Responsabile SERT o suo delegato

Modalità

- Segreteria telefonica con passaggio di chiamata verso le sedi aperte;
- Ascolto empatico delle richieste, loro decodifica, passaggio di informazioni sui servizi preposti (accompagnato da materiale cartaceo utile);
- Facilitazione del contratto con i Servizi individuati come utili a dare delle risposte tramite telefonate, fissando appuntamenti, al bisogno accompagnando direttamente l'utente;
- Orientare ed avviare le prime risposte possibili;
- Strategie di riaggancio e di rimotivazione alle cure.

Quando

Copertura oraria, tutti i giorni, il più estesa possibile.

Le diverse sedi dovranno avere opportune e diverse fasce orarie (con preferenza per le fasce orarie serali e notturne).

Sedi

- Sede centrale del SERT di Aosta
- Sedi dei Poliambulatori territoriali (Donnas, Chatillon, Morgex)
- Altre eventuali sedi consultoriali
- Sedi appositamente individuate da Cooperative ed Associazioni convenzionate e/o dai volontari.

Programmi a bassa soglia

Si devono attivare in un'ottica di riduzione dei danni sia sanitari che psico-sociali particolari programmi indirizzati ai tossicodipendenti che ancora non vogliono o non sono in grado di iniziare un programma vero e proprio di recupero e di cambiamento. Saranno quindi programmi che avranno un'ottica soprattutto di prevenzione secondaria e terziaria anche se, gli operatori che vi lavoreranno, dovranno sempre avere presente la possibilità di poter, una volta agganciato l'utente, convincerlo e motivarlo a seguire programmi diversi con finalità di cambiamento. Tali programmi inoltre saranno pensati anche per coloro il cui comportamento è divenuto cronico e apparentemente senza via d'uscita anche per evidenti ed oggettive difficoltà sia sanitarie che sociali.

Per chi

- Tossicodipendenti non coinvolgibili in programmi di cambiamento
- Tossicodipendenti che hanno fallito più programmi e che si trovano in condizioni di cronicità e di incapacità a cambiare.

Finalità

- Prevenire e limitare al massimo i danni che derivano dal permanere nelle condizioni di tossicodipendenza.
- Dare comunque una risposta, anche se limitata, quando per diversi motivi (dipendenti dell'utente, dal contesto, dai Servizi stessi) non può essere effettuata una presa in carico completa.

Chi lo esegue

- Operatori del SERT
- Operatori delle cooperative e associazioni del privato sociale convenzionati
- Volontari opportunamente preparati

Chi coordina

Responsabile del SERT o suo delegato

Modalità

Tra i diversi interventi a bassa soglia che andranno previsti vi sono:

- Distribuzione semplice e senza particolari vincoli di metadone a soggetti dipendenti dagli oppiacei (comunque secondo i parametri previsti dalle leggi vigenti e secondo precise regole che impediscano la cronicizzazione)
- Orari del Servizio di accoglienza accessibili e più estesi possibile
- Particolare attenzione agli aspetti sanitari (visite mediche senza prenotazione, prelievi in anonimato, vaccinazioni quanto possibile, ecc..)
- Distribuzione di siringhe (solo però in regime di scambio) o direttamente o tramite macchine scambiatrici
- Distribuzione di preservativi
- Inserimenti rapidi presso il centro crisi a tempo determinato
- Distribuzione buoni pasto per un tempo limitato
- Interventi di assistenza sociale a bassa soglia
- Rientrano in tali programmi tutte le attività che gli "operatori da strada" individueranno utili per "agganciare" il "sommerso".

Quando

In orari appropriati per poter avere un accesso ai suddetti programmi il più alto possibile.

Sedi

- Per la distribuzione farmacologica e l'ambulatorio medico a bassa soglia occorre una sede a sè stante (senz'altro staccata da quella ufficiale del SERT) che abbia modalità di funzionamento adatte a tale programma.
- Altre sedi eventualmente legate ai diversi progetti.

La presa in carico - progetti terapeutici

E' l'impostazione e la realizzazione di un progetto terapeutico personalizzato che viene predisposto dopo aver fatto un'accurata diagnosi della situazione complessiva dell'utente tramite i criteri ritenuti più opportuni (naturalmente tenendo conto anche di tutti gli elementi che si sono venuti a conoscenza durante la fase dell'accoglienza).

Tutti i programmi terapeutici sono predisposti e coordinati dal SERT. Nel portare avanti tali programmi sul territorio è necessario inoltre pensare a precisi protocolli di intesa che chiariscano gli ambiti di intervento, con tutte le diverse risorse pubbliche e private che dovranno parteciparvi. Tutti i diversi aspetti dei programmi

sottoelencati dovranno essere disponibili e realizzabili tramite i Servizi U.S.L. direttamente o con l'ausilio di altre risorse provenienti dagli Enti Ausiliari e del volontariato convenzionati.

I programmi che fanno parte di una presa in carico sono:

- 1) sorveglianza sanitaria generica e specifica
- 2) programmi farmacologici
- 3) programmi per la disintossicazione e la disassuefazione
- 4) programmi di supporto psicologico
- 5) programmi di intervento sociale ed educativi
- 6) gruppi di sostegno e di auto-aiuto
- 7) programmi comunitari (residenziali e semiresidenziali)

Una presa in carico deve prevedere:

- 1) Obiettivi
- 2) Strumenti
- 3) Condizioni dei programmi
- 4) Tipologia degli interventi
- 5) Verifiche periodiche andamento dei programmi
- 6) Valutazione e follow-up

Per chi

Utenti tossico-alcoldipendenti che richiedono ed accettano un programma terapeutico personalizzato di cambiamento.

Finalità

Impostare ed eseguire un programma terapeutico di cambiamento attraverso tutti gli interventi disponibili (vedi sopra)

Chi lo esegue

- Operatori del SERT
- Operatori delle cooperative e associazioni convenzionati
- Collaborazione con altre realtà del pubblico e del privato su specifici interventi concordati.

Chi coordina

Referente delle prese in carico del SERT

Modalità

Il programma terapeutico di presa in carico avviene attraverso le modalità proprie previste dai diversi interventi: sanitari, farmacologici, psicologici, socio-educativi, comunitari, ecc..

La presa in carico verrà costruita e modificata in itinere e a seconda della risposta degli utenti.

Quando

Negli orari previsti di funzionamento dei diversi interventi.

Sedi

- Sede centrale del SERT
- Sedi territoriali distaccate
- Sedi delle diverse strutture previste nei programmi.

A) Sorveglianza sanitaria generica e specialistica

Ha come obiettivo principale di avviare gli utenti verso una maggiore attenzione e responsabilizzazione per la propria condizione di salute.

Si attua attraverso visite mediche generali ed invio, al bisogno, verso strutture mediche specialistiche. Si invita l'utente ad uno screening sanitario e, tramite un'educazione sanitaria, lo si invita a realizzare atti concreti di prevenzione e di cura.

Per chi

Tutti gli utenti tossico-alcolodipendenti che vengono in contatto con i Servizi per l'impostazione di un programma terapeutico.

Finalità

- Attenzione e cura appropriate per le condizioni di salute
- Supporto ai programmi di presa in carico
- Verifiche epidemiologiche sanitarie.

Chi lo esegue

Medici del SERT in collaborazione con i medici di base ed i medici specialistici ospedalieri.

Chi coordina

Referente medico del SERT

Modalità

- Prelievi di screening sanitario
- Visite mediche
- Educazione sanitaria (con materiale informatico adeguato da distribuire: opuscoli, video, ecc...)
- Medicazione, terapie
- Atti concreti di prevenzione per la salute (es. vaccinazioni)
- Raccolta dati epidemiologici sulle patologie riscontrate (es. HIV, epatiti, MST).

Quando

Durante le ore di apertura degli ambulatori e su appuntamento

Sedi

Sede centrale del SERT

Sedi territoriali

Studi medici di base

Ospedali e ambulatori U.S.L. (per ricoveri per visite specialistiche).

B) Programmi farmacologici

Devono essere prese in considerazione tutte le terapie farmacologiche disponibili ed utili per coadiuvare i programmi terapeutici:

- 1) farmaci sostitutivi degli oppiacei (metadone)
- 2) farmaci antagonisti degli oppiacei (naltrexone) e farmaci "anticraving"
- 3) farmaci per risolvere specifici disturbi correlati (ansia, depressione, ecc..)
- 5) consulenze di tipo farmacologico e tossicologico presso l'Ospedale e altri Servizi.

Per chi

Tossicodipendenti con problemi di ordine fisico e di dipendenza

Finalità

Coadiuvare i diversi programmi terapeutici di presa in carico

Chi lo esegue

- Medici del SERT
- Collaborazione con i medici di base ed i medici ospedalieri
- Infermieri del SERT e dei Poliambulatori

Chi coordina

Medico referente del SERT

Modalità

Prescrizioni secondo le indicazioni proprie di ogni farmaco e secondo i rispettivi protocolli d'uso concordati all'interno del SERT.

Si devono associare a tali programmi i controlli sulle urine per la ricerca di sostanze stupefacenti, come valutazione dei programmi stessi e come verifica oggettiva del loro andamento.

Quando

Negli orari di apertura del Servizio medico-infermieristico del SERT e degli ambulatori collegati e/o di eventuali altre sedi.

Gli orari dovranno essere più ampi possibile.

Sedi

- Sede centrale del SERT
- Sedi consultoriali collegate sul territorio
- Quando concordato anche presso i medici di base, i reparti ospedalieri, il Pronto Soccorso
- Nelle farmacie (come previsto dall'apposito protocollo di intesa)
- Altre sedi (centro crisi, comunità) su specifici protocolli di intesa
- A domicilio

C) Programmi per la disintossicazione e la disassuefazione

Sono le azioni indirizzate a portare velocemente il soggetto dipendente alla disintossicazione fisica e quindi all'astinenza completa.

Per chi

Tutti i soggetti dipendenti fisicamente da sostanze tossiche.

Finalità

Completare, in maniera veloce e protetta una disintossicazione fisica come preparazione per altri interventi terapeutici (es. inserimento in Comunità Terapeutica, assunzione di una terapia con antagonisti).

Chi lo esegue

Medici ed infermieri del SERT in collaborazione con i medici ospedalieri (reparto di medicina) o con gli operatori del centro crisi (per i programmi di pronta accoglienza).

A domicilio anche in collaborazione con volontari ed operatori degli Enti ausiliari.

Chi coordina

Medico referente del SERT

Modalità

- Ricovero in ospedale (secondo apposito protocollo di intesa)
- Ricovero presso il centro crisi (secondo apposito protocollo di intesa)
- Interventi a domicilio del paziente.

Quando

Quando, nella gestione dei programmi terapeutici, se ne evidenzia la necessità.

Sedi

- Reparto di medicina interna
- Centro crisi
- A domicilio

D) Programmi psicologici e psicoterapie

Sono tutti i trattamenti psicologici - psichiatrici che vanno attivati per supportare i programmi di presa in carico e che vanno resi disponibili. Sono i seguenti:

- colloqui psicologici conoscitivi e di appoggio
- psicodiagnostica
- consulenze psicologiche
- psicoterapia individuale
- psicoterapia di gruppo
- psicoterapia di coppia e familiare
- visite, consulenze e trattamenti psichiatrici.

Per chi

Utenti tossico-alcoldipendenti e loro familiari

Finalità

Integrare i programmi terapeutici di presa in carico con gli aspetti spicologici-psicoterapeutici e psichiatrici.

Chi lo esegue

- Psicologi del SERT

- Psicologi dei distretti territoriali (su particolari programmi)
- Psicologi del Servizio Psichiatrico (su programmi di interesse psichiatrico)
- Psicologi convenzionati appartenenti agli Enti Ausiliari
- Psicologi convenzionati su specifici progetti
- Psichiatri del SERT o in collaborazione con il Servizio Psichiatrico.

Chi coordina

Referente psicologo del SERT

Modalità

Colloqui psicologici conoscitivi; consulenze psicologiche ambulatoriali o presso diverse sedi; esecuzione test psicodiagnostici; psicoterapie individuali e di gruppo e familiari; diversi approcci psicoterapici (es. comportamentali); visite e trattamenti psichiatrici, conduzione di gruppi di utenti e familiari; visite domiciliari di supporto.

Quando

In orari di servizio

Sedi

- Ambulatorio SERT di Aosta
- Sedi dei poliambulatori territoriali
- Altre sedi individuali al bisogno (ospedale, comunità, carcere, ecc..)

E) Programmi di intervento sociale ed educativi

Sono tutti gli interventi ed i trattamenti di supporto di tipo socio-educativi ai programmi terapeutici di presa in carico.

Questi sono:

- 1) Segretariato sociale e colloqui di consulenza e di sostegno sociali
- 2) Raccolta di dati sociali utili ai programmi di intervento
- 3) Visite domiciliari
- 4) Collegamento - coordinamento con la rete dei servizi territoriali
- 5) Rapporti e collegamento con gli altri SERT nazionali
- 6) Rapporti e collegamento con tutte le strutture ed i Servizi degli Enti ausiliari e del volontariato
- 7) Rapporti e collegamento con il carcere, il CSSA, il Servizio sociale minori
- 8) Richieste o gestione di sussidi economici - assistenziali
- 9) Richieste di sistemazioni alloggiative a carattere d'urgenza
- 10) Gestione dei buoni pasto
- 11) Interventi di supporto sociale (es. richieste invalidità, ecc..)
- 12) Appoggio e ricerca di situazioni lavorative, gestione borse lavoro e di laboratori protetti, ecc..
- 13) Corsi di formazione lavoro, inserimenti in cooperative di lavoro
- 14) Accompagnamento inserimenti comunitari e presso strutture diverse

- 15) Progetti di riabilitazione e di reinserimento sociale
- 16) Accompagnamenti educativi nei diversi progetti terapeutici
- 17) Conduzione di gruppi in collaborazione con altri operatori
- 18) Fare relazioni sui programmi di presa in carico raccogliendo i vari aspetti dei programmi di tipo sanitario, psicologico, sociale
- 19) Gestione dei programmi della Prefettura (art. 75 DPR 309/90)
- 20) Gestione delle segnalazioni per uso di sostanze stupefacenti (art. 121 DPR 309/90)
- 21) Gestione misure alternative alla carcerazione.

Per chi

Utenti del Servizio, familiari, popolazione a rischio, Servizi diversi in collegamento.

Finalità

Integrare i programmi di presa in carico con tutti gli interventi socio-educativi

Chi lo esegue

Assistenti sociali ed educatori professionali del SERT in collaborazione, su progetti specifici, con le Assistenti sociali dei distretti territoriali, del Comune di Aosta, dell'Assessorato della Sanità ed Assistenza Sociale della Regione Valle d'Aosta.

Chi coordina

Referente sociale del SERT

Modalità

Si devono garantire tutti gli interventi previsti in questo settore (vedi elenco sopra) con le modalità proprie di ogni intervento, le regole, i protocolli di funzionamento concordati.

Quando

In orario di apertura dei Servizi

Sedi

- Ambulatorio centrale del SERT
- Sedi dei poliambulatori territoriali
- Altre sedi presso i diversi contesti sociali in cui si possono attivare i suddetti interventi.

Gruppi di sostegno e di auto-aiuto

Sono tutti gli interventi che vedono nella costituzione di gruppi di utenti e/o di famiglie coinvolte nel problema un mezzo utile per supportare i programmi terapeutici che si attuano nei diversi Servizi e contesti.

Dovrà essere agevolata ed incentivata la formazione dei gruppi di auto-aiuto e con i gruppi già costituiti si dovrà prevedere una stretta collaborazione ed eventualmente anche delle convenzioni.

Per chi

Utenti e loro familiari. Si possono individuare lo sviluppo dei seguenti gruppi:

- 1) gruppi per tossicodipendenti in terapia con metadone a mantenimento
- 2) gruppi per tossicodipendenti in terapia con naltrexone

- 3) gruppi per tossicodipendenti sieropositivi e in AIDS
- 4) gruppi per familiari dei tossicodipendenti di sostegno ed orientamento
- 5) gruppi per tossicodipendenti usciti dalle Comunità Terapeutiche e/o in fase di reinserimento

Finalità

Avere a disposizione un importante strumento di supporto per le famiglie e tutte le persone coinvolte nella tossicodipendenza.

Chi lo esegue

- Volontari opportunamente preparati
- Operatori dei Servizi pubblici e degli Enti ausiliari

Chi coordina

Un responsabile competente individuato dai gruppi stessi

Un referente psico-sociale del SERT

- Modalità
- riunioni di gruppo con o senza dei conduttori
 - patronage

Quando - In orari favorevoli alla partecipazione (ore serali)

- Sedi
- In diversi luoghi e sedi dove si riesce ad aggregare le persone
 - Sedi individuate dai gruppi stessi o messe a disposizione dagli Enti

locali, ecc..

Servizi Strutture e Programmi Comunitari

Sono tutti i Servizi e le strutture (pubbliche e degli Enti ausiliari) che gestiscono programmi sia ambulatoriali sia comunitari (direttamente da parte dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta o convenzionati) per l'assistenza e la cura dei tossico-alcolodipendenti. Le strutture comunitarie potranno essere di diverso tipo (residenziali, semiresidenziali, speciali) e con programmi diversificati. Nella nostra Regione il fabbisogno di strutture per tossico-alcolodipendenti dovrà prevedere almeno:

- 1) Una struttura ambulatoriale centrale ad Aosta (SERT)
- 2) Tre sedi distaccate presso i poliambulatori di Morgex, Chatillon, Donnas
- 3) Una comunità residenziale con massimo di 20 posti per tossico e alcol dipendenti
- 4) Centri diurni (due al massimo) per 10 posti (in Aosta e in bassa Valle) con programmi per tossicodipendenti ed eventualmente alcolodipendenti.
- 5) Un centro di prima accoglienza o di crisi con 8 posti al massimo con programmi particolari:
 - per disintossicazione protetta per tossicodipendenti
 - per disintossicazione protetta per alcolodipendenti
 - per iniziare programmi particolari (es. invii in CT)
 - per programmi solo notturni
 - per programmi di particolari urgenze sociali
 - per programmi con trattamenti intensivi

- 6) una casa-alloggio autogestita per il reinserimento con massimo 6 posti
- 7) una casa-alloggio a lungo termine per tossicodipendenti con gravi patologie organiche (es.: AIDS)
- 8) laboratori protetti e lavori presso cooperative sociali
- 9) appoggi presso i reparti ospedalieri (medicina, gastroenterologia, psichiatria) per il ricovero di tossicodipendenti e alcolodipendenti con programmi particolari intensivi di disintossicazione e di cura.

N.B. Per evitare sovrapposizioni e sprechi di opportunità e per sfruttare al massimo tutte le risorse si potranno prevedere l'accorpamento, quando possibile, in una unica struttura anche di più programmi comunitari (ad es. il centro crisi ed il centro diurno per tossicodipendenti oppure un unico centro per alcolodipendenti con programmi residenziali, semiresidenziali, notturni e particolari).

Tutti i programmi che verranno impostati in tali strutture seguiranno un unico e comune progetto-obiettivo a carattere residenziale. Tali programmi dovranno essere l'espressione di una reale integrazione tra le risorse del Servizio Pubblico e quelle degli Enti Ausiliari. Saranno quindi necessari dei precisi protocolli di intesa riguardanti i programmi che verranno svolti nelle diverse strutture in cui si declineranno le diverse competenze, i singoli ruoli e le modalità di intervento.

Per chi

Utenti tossicodipendenti e alcolodipendenti

Finalità

Avere dei programmi comunitari efficaci ed efficienti per tutte le esigenze dei tossico-alcolodipendenti

Chi lo esegue

- Operatori del SERT
- Operatori convenzionati degli Enti Ausiliari e delle Associazioni
- Volontari

Chi coordina

Responsabili delle diverse strutture insieme ed in collaborazione con gli operatori referenti del SERT

Modalità

Secondo i diversi programmi impostati nelle diverse strutture ed i relativi protocolli di intesa

Quando

A seconda dei programmi comunitari

Sedi

Al minimo si deve prevedere:

- una sede per CT residenziale per TD
- una sede per il Centro crisi ed il Centro diurno per tossicodipendenti
- una eventuale sede per un altro centro diurno in bassa Valle
- una sede per programmi per alcolisti (residenziali e semiresidenziali)

Interventi in Carcere - Misure alternative alla carcerazione

Sono tutti gli interventi di sostegno e di cura per i detenuti tossico ed alcol dipendenti ristretti presso la casa circondariale di Brissogne (AO).

Per tutti gli aspetti operativi si farà riferimento alla convenzione ed al relativo protocollo di intesa tra il Sert e la Direzione della Casa Circondariale di Brissogne (AO).

Per chi

Detenuti tossico e alcol dipendenti

Finalità

Assistenza cura e riabilitazione dei detenuti tossico-alcol dipendenti avviare misure alternative alla carcerazione

Chi lo esegue

- Operatori del Sert (assistenti sociali, psicologi, medici, infermieri)
- Operatori del Carcere (dipendenti del ministero di Grazia e Giustizia)
- Operatori degli Enti Ausiliari
- Volontari

Chi coordina

Responsabili e referenti del Sert

Modalità

Secondo le direttive concordate nel protocollo di intesa tra il SERT e la Direzione del carcere. Si prevedono quindi screening sanitari, visite e terapie medico-farmacologiche, colloqui psicosociali, gruppi di detenuti, iniziative di socializzazione e di sostegno, programmi di recupero in collegamento anche con le realtà esterne

Sede

Durante la detenzione dei tossico-alcol dipendenti nel carcere di Brissogne (AO)

Riabilitazione e Reinserimento Sociale

Vengono qui considerati tutti gli interventi, di diversa natura, che hanno la precipua finalità di proporre al tossico-alcol dipendente che ha superato un preciso programma terapeutico, sia comunitario che ambulatoriale, una serie di iniziative di riabilitazione e di reinserimento sociale.

E' una fase molto delicata e decisiva per il mantenimento dei risultati raggiunti con i diversi programmi terapeutici. Si devono pensare programmi che prevedono l'inserimento nella famiglia, nel lavoro, nella società allargata

Per chi

Tossico-alcol dipendenti che hanno terminato positivamente il loro percorso terapeutico di uscita dalle dipendenze e devono consolidare tali risultati.

Finalità

Aiutare ed agevolare l'inserimento psico-sociale in ogni contesto di vita del dipendente con difficoltà di reinserimento nella sua comunità locale.

Chi lo esegue

- Operatori del SERT

- Operatori dei Servizi territoriali consultoriali
- Operatori degli Enti Ausiliari convenzionati
- Volontari
- Altri operatori delle diverse agenzie collaboranti su specifici progetti (ad es. Agenzia Regionale del lavoro, Assessorato alle Politiche Sociali dei diversi comuni ecc..)

Chi coordina

Operatore referente del SERT

Modalità

Si devono pensare a:

- Centri per il reinserimento (casa alloggio autogestita)
- Laboratori protetti inserimenti presso cooperative sociali
- Borse formazione lavoro
- Inserimenti lavorativi
- Contratti formazione lavoro e corsi di formazione professionali
- Programmi di lavori socialmente utili
- Completamento educazione scolastica e di cultura generale
- Accoglienze presso nuclei familiari sostitutivi
- Accompagnamenti per l'inserimento in contesti sociali favorevoli e normalizzati
- Inserimenti presso gruppi di auto-aiuto con l'obiettivo del reinserimento nella comunità locale

Quando

Secondo le esigenze dei diversi progetti

Sedi

Dove verranno espletati i diversi progetti

Formazione e aggiornamento del personale

E' la funzione di preparare gli operatori del Servizio Pubblico e di quelli del Privato Sociale ad operare, nel campo delle dipendenze, con più professionalità, competenze e quindi per essere più efficaci negli interventi.

Rimane prioritario l'obiettivo di avere uno stile di lavoro più uniforme avendo gli stessi punti di riferimento e la stessa, per quanto possibile, filosofia di intervento.

Per chi

Tutti gli operatori del SERT, degli Enti Ausiliari, delle Associazioni e del volontariato che operano nel campo delle tossico-alcoldipendenze; altri operatori dei servizi pubblici eventualmente coinvolti in specifici progetti, personale del carcere che segue i tossico-alcoldipendenti.

Finalità

Avere uno stile di lavoro più coerente ed in linea con gli obiettivi del piano di programma regionale di lotta alle dipendenze ed una maggiore professionalità di intervento per tutte le figure professionali che lavorano in tale ambito.

Chi lo esegue

Un gruppo appositamente formato di operatori del SERT e del privato Sociale che si possono avvalere della consulenza e della supervisione di esperti esterni e di altre agenzie.

Chi coordina

Responsabile del SERT o suo delegato

Modalità

- Corsi di formazione e di aggiornamento su temi specifici
- Convegni, seminari, giornate di studio
- Partecipazione ad iniziative formative presso altre realtà
- Possibilità di scambio e di tirocini lavorativi presso le diverse realtà che sono attive nel campo delle tossico-alcoldipendenze nella Regione Valle d'Aosta
- Scuole territoriali di sensibilizzazione e aggiornamento sui problemi delle dipendenze
- Incontri periodici tra operatori per confrontarsi sul proprio operare

Quando

A seconda dei diversi progetti

Sedi

Tutte quelle che verranno individuate utili per i diversi progetti

Rilevazioni epidemiologiche e statistiche sul fenomeno delle tossico-alcoldipendenze

E' la funzione che ha il compito di rilevare tutti i dati sul fenomeno delle tossico-alcoldipendenze in maniera puntuale e precisa raccogliendo informazioni da tutte le realtà regionali che vi lavorano.

Dovrà anche raccogliere tutti i dati sugli interventi che vengono eseguiti dalle diverse strutture e anche dovrà avere sempre monitorato la realtà dei diversi Servizi pubblici e privati.

Dovrà essere in grado di produrre tutti di dati utili per la descrizione del fenomeno e dei servizi che vi lavorano nella nostra Regione.

Dovrà produrre inoltre modalità coerenti di raccolta dati (istituendo un osservatorio epidemiologico permanente) e dovrà avere la capacità di elaborazione statistica dei dati impostando anche ricerche epidemiologiche.

Tale lavoro prevederà anche un ritorno operativo verso gli stessi operatori.

Per chi

Tutte le agenzie interessate (Assessorato alla Sanità, U.S.L., Enti locali, Ministero Sanità, Ministero degli Interni ecc..)

La popolazione generale e quella interessata.

Tutti gli operatori del settore.

Finalità

Disporre di dati epidemiologici e statistici coerenti, precisi, utilizzabili

Chi lo esegue

Forniscono i dati tutti gli operatori che lavorano nel campo delle tossico-alcoldipendenze.

Elaborano i dati un ufficio apposito dell'Assessorato alla Sanità.

Chi coordina

Gruppo tecnico Regionale di programmazione.

Modalità

Si dovranno predisporre:

- Apposite cartelle per la raccolta dati
- Avere una strumentazione informatica adeguata
- Istituire una modalità di raccolta dati tramite un osservatorio Epidemiologico Regionale
- Apposite cartelle cliniche con dati uniformi da riportare in ogni realtà operativa
- Schede di rilevazione per i diversi fenomeni ed attività da monitorare.

Si dovrà infine provvedere alla pubblicizzazione dei dati alla loro divulgazione e restituzione.

Quando

Durante le normali attività di lavoro

Sede

Presso l'Ufficio Regionale per le tossico-alcoldipendenze verranno accentrati, raccolti ed elaborati tutti i dati provenienti dai diversi Servizi.

Valutazione degli interventi

E' quella importante funzione che dovrà verificare la validità e la efficacia degli interventi terapeutici e/o di sostegno e/o assistenziali attuati nei confronti dei tossico-alcoldipendenti. Si dovranno valutare i diversi tipi di intervento, tramite opportuni indicatori di riferimento, e la loro efficacia secondo diversi parametri.

I risultati di efficacia qualitativi e quantitativi dovranno servire per modulare e perfezionare eventualmente le modalità di organizzazione dei Servizi e di intervento dei programmi terapeutici.

Per chi

Ad uso di tutti gli operatori del settore e dei responsabili dell'Assessorato alla Sanità e dell'U.S.L.

Finalità

Poter valutare qualitativamente tutti i Servizi e gli interventi, di diverso genere, che si attuano per le dipendenze e così programmare anche le iniziative future di politica sanitaria.

Chi lo esegue

Un gruppo apposito di operatori del SERT e degli Enti Ausiliari supportati tecnicamente da esperti esterni.

Chi coordina

Il Gruppo Tecnico Regionale di programmazione degli interventi sulle tossico-alcoldipendenze.

Modalità

Si useranno tutti gli strumenti che la ricerca nel campo indicherà come utili:

- Schede di follow-up

- Schede di valutazione con appositi indicatori
- Ricerche indirizzate su specifici argomenti
- Programmi di elaborazione statistica appropriati

Quando

Durante le ore di normale attività

Sedi

E' consigliabile l'accentramento dei dati e delle ricerche di valutazione, la loro elaborazione presso l'Ufficio Regionale per le tossico-alcoldipendenze

Aspetti di integrazione tra i servizi dipartimento delle dipendenze

Per l'intero funzionamento armonico ed integrato dei diversi Servizi coinvolti nella lotta alle tossico-alcoldipendenze e per mettere in pratica le diverse funzioni previste nel progetto obiettivo Regionale nella maniera più efficiente ed efficace possibile occorre impostare una modalità dipartimentale di lavoro. Sarà indispensabile poter giungere, con i Servizi più importanti coinvolti negli interventi di lotta alle dipendenze, a dei protocolli di intesa nei quali si declineranno le reciproche competenze ed i reciproci ambiti di intervento.

L'integrazione a cui si dovrà arrivare, a seconda dei progetti individuati, andrà da una semplice consulenza ad effettive integrazioni operative di lavoro in comune e su comuni ambiti di intervento.

Le agenzie ed i Servizi individuati con i quali si imposterà una qualche collaborazione sono:

- 1) Reparti ospedalieri, psichiatria e servizi di Igiene Mentale, Pronto Soccorso
- 2) Medici di base, guardie mediche, farmacie
- 3) Poliambulatori e macrodistretti (Servizi territoriali)
- 5) Carcere. CSSA, magistratura
- 6) Forze dell'ordine, autorità militari
- 7) Enti Ausiliari
- 8) Cooperative del privato sociale
- 9) Volontari e Associazioni sportive e/o religiose (Caritas, S. Vincenzo, parrocchie)
- 10) Enti locali (biblioteche, associazioni culturali, assessorati alle politiche giovanili, progetti giovani)
- 11) Assessorati alle politiche sociali (es. del Comune di Aosta)
- 12) Scuole e Provveditorato agli studi (gruppo CIC)
- 13) Agenzia del lavoro regionale
- 14) Commissione patenti dell'U.S.L.
- 15) Altri SERT nazionali
- 16) Gruppi di opinione (es. consulta regionale femminile, consulta giovanile)
- 17) Gruppi di auto-aiuto

Per chi

Tutti i Servizi coinvolti

Finalità

Reale integrazione nel lavoro e negli obiettivi tra i diversi Servizi ed ambiti di intervento.

Chiarezza sui reciproci ruoli e funzioni

Chi esegue

I Servizi coinvolti con i rispettivi referenti

Chi coordina

Responsabile del Seri

Modalità

Giungere ad un vero ed efficiente lavoro dipartimentale tramite opportuni protocolli di intesa

Quando

A seconda delle esigenze

Sedi

Dove avverrà il lavoro di integrazione tra i Servizi

D) Con D.G.R. n. 3433 del 29 aprile 1994 si è provveduto all'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. 309/90, art. 116.

E) Leggi per Cooperative 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. 01.06.1994, n. 16, concernente: "Disciplina dell'esercizio delle funzioni amministrative in materia di vigilanza e tutela sulle società cooperative e loro consorzi".

- 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 il volontariato:

- L.R. 6.12.1993, n. 83 "Disciplina del volontariato".

MODELLO ORGANIZZATIVO

Il Servizio di Assistenza ai Tossicodipendenti dell'U.S.L. della Regione Autonoma Valle d'Aosta è l'unico presidio pubblico dell'U.S.L. Valle d'Aosta con competenza istituzionale rispetto alla prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza.

Le direttive e gli indirizzi per la sua costituzione sono contenuti nella deliberazione di Giunta n. 7838 del 18.9.1987 ed il Servizio è funzionante dal 15 settembre 1988.

Gli ambiti di intervento sono molteplici, secondo il dettato del Testo Unico n. 309/90 in materia di tossicodipendenza, e si muovono non solo nell'ottica della gestione del caso dal punto di vista terapeutico, di assistenza sociale, di accompagnamento e del reinserimento sociale, ma anche nel favorire e coordinare un'organizzazione di rete dei servizi presenti sul territorio regionale.

A tal fine il Servizio si propone come punto di riferimento di altre strutture, pubbliche e private, che a diverso titolo si occupano di differenti aspetti della tossicodipendenza e delle problematiche sociali e sanitarie ad essa connesse.

E' compito del Servizio pubblico pertanto non solo stabilire le modalità di collegamento con la Comunità Terapeutica e i Centri di prima accoglienza, ma anche facilitare la collaborazione con i Consultori, con l'Ospedale, con la Scuola, con il Carcere, per la realizzazione di una rete di interventi tesi alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione.

Il fenomeno della Tossicodipendenza da qualche anno appare saldamente presente anche nella nostra realtà intrecciata con altri problemi sociali gravi, uno dei quali l'alcolismo (la delibera citata, n. 7838 in data 18.09.1987 affida, come già espresso, competenze al Servizio anche rispetto alla cura e alla riabilitazione dell'alcolismo).

Funzioni del Servizio Assistenza Tossicodipendenti

In linea con il Decreto del Ministero della Sanità 30 novembre 1990, n. 444, il Servizio si occupa di:

- a) attuare interventi di primo sostegno ed orientamento per i tossicodipendenti e le loro famiglie;
- b) attuare interventi di informazione e prevenzione particolarmente nei confronti delle fasce giovanili di popolazione;
- c) accertare lo stato di salute psicofisica del soggetto anche con riferimento alle condizioni sociali
- d) certificare lo stato di tossicodipendenza;
- e) definire i programmi terapeutici individuali (farmacologici, psico-sociali, integrati);
- f) realizzare direttamente o in convenzione con le strutture di recupero sociale il programma terapeutico e socio-riabilitativo;
- g) attuare interventi di prevenzione della diffusione delle infezioni da HIV e delle altre patologie correlate alla tossicodipendenza, sia nei confronti dei soggetti in trattamento presso il Servizio medesimo, sia nei confronti dei soggetti in trattamento presso le strutture convenzionate e presso altre strutture di riabilitazione;
- h) valutare periodicamente l'andamento e i risultati del trattamento e dei programmi di intervento sui singoli tossicodipendenti in riferimento agli aspetti di carattere clinico, psicologico, sociale, nonché in termini di cessazione di assunzione di sostanze stupefacenti;
- i) non ultimo, operare il coordinamento funzionale dei servizi, pubblici e privati, ai tossicodipendenti.

E' stata inoltre affidata al SERT come già precisato, la competenza in ordine agli interventi riabilitativi e di recupero degli alcolisti.

Personale in forza al Servizio Assistenza Tossicodipendenti in data 31.12.1996

n. 3 medici

n. 4 infermieri

n. 0 psicologi

n. 3 assistenti sociali

n. 1 educatore professionale

n. 2 amministrativi

Totale personale effettivamente impegnato n. 13.

Adeguamento dell'Organico del Servizio

In attuazione di quanto previsto dall'art. 118 del T.U. delle leggi in materia di tossicodipendenza (D.P.R. 9.10.1990, n. 309), adottato di concerto tra il Ministero della Sanità e il Ministero per gli Affari Sociali, è stato approvato il regolamento per la determinazione delle caratteristiche organizzative e funzionali dei Servizi per le tossicodipendenze (SERT).

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

In relazione a quanto suddetto è stato previsto, con deliberazione della Giunta regionale n. 3903, in data 19.04.1991, l'adeguamento dell'organico del Servizio secondo il seguente prospetto:

MAPPA DEGLI AMBITI DI INTERVENTO ATTIVATI DAL SERVIZIO ASSISTENZA TOSSICODIPENDENTI E SUOI REFERENTI

Funzione diagnostica, terapeutica e riabilitativa	- Le diverse équipe con i suoi operatori
Accoglienza e filtro	- Amministrativi + Educatori Prof.
Gestione pratiche burocratiche	- Amministrativi
Organizzazione del Servizio Protocolli di funzionamento	- Responsabile del Servizio
Gestione raccolta dati e ricerca epidemiologica	- Amministrativi + Responsabile
Gruppo integrazione dei Servizi sulle	- Medico + Psicologo

le tossicodipendenze in Valle

Educazione Sanitaria	- Medico
Screening medico preventivo	
Supporto soggetti HIV positivi e malati di AIDS. Gruppo di auto-aiuto per HIV positivi	- Medico + Assistente Sociale
Rapporti reparto malattie infettive	- Medico
Rapporti con il carcere (Brissogne) e gruppo comitato cultura carcere	- Assistente sociale + Medico + Educatore Professionale
Rapporti magistratura e misure alternative alla carcerazione	- Tutti gli operatori interessati
Rapporti Comunità Terapeutica "E. Désaymonet" di Talapè (AO)	- Assistente Sociale + Educatore Professionale
Rapporti Associazione "La Svolta" Rapporti CEIS	- Assistente Sociale + Educatore Professionale
Rapporti centro diurno "Bourgeon de Vie"	- Educatore Professionale + Assistente Sociale
Rapporti uffici regionali Assessorato Sanità e Assistenza Sociale	- Responsabile
Rapporti Provveditorato agli Studi e Scuole	- Assistente Sociale + Psicol.
Rapporti autorità militari	- Medico
Formazione - Aggiornamento del Personale	- Responsabile
Rapporti Pronto Soccorso, altri reparti ospedalieri	- Medico

Rapporti medici di base - Farmacie	- Medico
Gestione Centro documentazione	- Amministrative + Responsabile
Rapporto Commissione Patenti	- Responsabile
Programmi Prefettura (Art. 75 t.u.)	- Operatori interessati
Gruppo permanente tecnico regionale per gli interventi sulle tossicodipendenze	- Responsabile
Rapporti con i Servizi Sociali regionali e comunali e con i Consultori socio-sanit.	- Assistente Sociale + Educatore Professionale

ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO TOSSICODIPENDENTI

Nel lavoro svolto con gli utenti in questi anni ci si è accorti della necessità di avere un'équipe fissa di riferimento che, composta da un medico, un infermiere, uno psicologo, un'Assistente sociale, un educatore professionale, imparasse a lavorare insieme per dare risposte sempre più efficaci e coerenti all'utenza. Naturalmente il lavoro sarà quello della équipe che coinvolgerà su un progetto comune la diversa competenza dei singoli operatori. Si è così diviso il bacino di utenza del SERT (in pratica l'intera Valle d'Aosta) in due zone distinte. Ad ognuna di queste zone è stata assegnata una diversa équipe di lavoro (équipe A - équipe B).

Queste équipe lavoreranno quindi in un'ottica muldimodale e per quanto riguarda i rapporti con l'esterno in una dimensione di rete avendo infatti come punto di riferimento i Servizi socio-sanitari del territorio di competenza. Ogni équipe si riunisce ufficialmente almeno un giorno alla settimana oltre naturalmente al necessario lavoro quotidiano sui casi che avverrà, a seconda delle esigenze, di volta in volta. In questa riunione si procederà alla raccolta delle informazioni generali sui casi presi in carico e sugli avvenimenti occorsi durante la settimana, sulle problematiche eventualmente incontrate e si deciderà il programma di intervento sui singoli casi. Ad ogni fine mese una parte della riunione sarà dedicata alla revisione delle prese in carico per aggiornare gli archivi. L'organizzazione del Servizio prevede inoltre sempre, una volta alla settimana, una riunione generale del Servizio cui parteciperanno tutti gli operatori.

Tale riunione avrà queste finalità:

- 1) discussione problemi gestionali ed organizzativi che interessano l'intero Servizio;
- 2) discussione in équipe e supervisione di casi clinici portati dalle diverse équipe.

Si prevede l'alternanza settimanale di queste due iniziative.

Riunione generale del Servizio: martedì dalle ore 8.30 alle ore 10.30

Riunione équipe A: giovedì dalle ore 8.30 alle ore 11.00
Riunione équipe B: martedì dalle ore 10.30 alle ore 13.00

ORARIO DI FUNZIONAMENTO

GIORNI	ORE
Lunedì	7.00-13.30 / 15.00-18.30
Martedì	7.00-13.30 / 15.00-17.30
Mercoledì	7.00-13.30 / 15.00-18.30
Giovedì	7.00-14.00
Venerdì	7.00-14.00
Sabato	7.00-13.00
Domenica	8.00-11.00

STRUTTURE RESIDENZIALI PRIVATE

Si premette che nessuna Associazione e/o Cooperativa agisce solo di propria iniziativa, vi è una stretta collaborazione tra le medesime e l'unico Servizio pubblico dell'U.S.L. Valle d'Aosta nell'ottica di integrare le diverse risorse in un programma generale regionale d'intervento sulle tossicodipendenze.

ASSOCIAZIONE "LA SVOLTA - LE VIRAGE"

Fraz. La Remise, 51

11010 SARRE AO - Tel: 0165/257967

Gestisce un centro diurno, semiresidenziale, di accoglienza per le tossicodipendenze e segue il programma ideato da M. Picchi nel "Progetto Uomo" del CEIS. L'Associazione è associata e si appoggia al programma terapeutico-educativo del Centro Torinese di solidarietà e fa seguire ai ragazzi tutto un complesso iter di recupero che parte dalle fasi dell'accoglienza, del recupero educativo, alle fasi del reinserimento sociale. Un programma quindi completo e che prende in considerazione ogni aspetto dell'esistenza dei ragazzi tossicodipendenti compreso soprattutto la loro vita di relazione e le problematiche delle loro famiglie di origine. Gli utenti seguiti nel corso del 1996 sono stati n. 41. Il personale dipendente n. 4 più numerosi volontari (n. 86).

COOPERATIVA "SAN GRATO"

Reg: Talapé - Loc. Champlan

11100 AOSTA AO

Tel: 0165/51112 - Fax: 0165/51203

Gestisce l'unica comunità terapeutica residenziale della Regione e segue le linee programmatiche del CNCA (Coordinamento Nazionale delle Comunità di Accoglienza). Principi fondamentali del loro intervento sono la crescita dell'individuo attraverso il ripristino delle normali relazioni interpersonali, l'accettazione volontaria e responsabile delle regole del programma e della vita comunitaria, grande importanza viene attribuita all'ergoterapia.

L'organizzazione dello staff degli operatori e del loro intervento così come la collaborazione con il Servizio pubblico rivolge molta attenzione alla formazione del personale ed alla supervisione del lavoro con gli utenti. Il programma della Comunità terapeutica si suddivide in 5 fasi: la fase di accoglienza; 2a fase di disintossicazione e di normalizzazione psico-fisica; 3a fase di responsabilizzazione; 4a fase di verifica; 5a fase di risocializzazione. La durata complessiva del programma varia da 1 anno a 2 anni.

Gli utenti seguiti nel corso del 1996 sono stati n. 37. Il personale dipendente è in n. di 13 + vari volontari.

COOPERATIVA "BOURGEON DE VIE"

Fraz. Mazod. 1

11020 NUS AO - Tel. 0165/767171

Gestisce un centro diurno semiresidenziale. Le finalità del Centro sono essenzialmente quelle di intervenire nelle difficili fasi dell'accoglienza e della disintossicazione non trascurando, ove possibile, l'obiettivo finale del completo recupero del tossicodipendente. La metodologia di lavoro si impernia sul tentativo di creare un ambiente "sano" in cui i ragazzi con il problema della tossicodipendenza possono relazionare e distaccarsi dal loro precedente mondo di valori negativi soprattutto attraverso l'inserimento in piccole attività lavorative di tipo creativo, in attività ludiche e sportive, mantenendo nello stesso tempo i contatti con il proprio contesto sociale di vita e prevedendo sempre l'accompagnamento dei ragazzi nel loro inserimento lavorativo esterno. Gli obiettivi dell'intervento si possono quindi sintetizzare in tre aspetti:

- recupero dei tossicodipendenti da avviare, dopo apposito programma ai diversi programmi delle Comunità terapeutiche residenziali;
- recupero sul territorio dei soggetti per i quali si intravede una possibilità di inserimento sociale senza bisogno di altri, più lunghi, percorsi riabilitativi;
- accoglienza di soggetti con particolari problematiche sociali e/o personali per un periodo di "riflessione" e di "ripensamento" in modo da permettere una diagnosi precisa sul soggetto e quindi l'elaborazione di più adatti programmi di intervento.

Gli utenti seguiti nel corso del 1996 sono stati n. 10. Il personale dipendente n. 5 + volontari.

H) L'ATTO DI INTESA con il Ministero di Grazia e Giustizia e intervento nelle Carceri non è stato recepito, ma è stata stipulata una 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 (AO).

I detenuti tossicodipendenti ristretti nella Casa Circondariale di Brissogne (AO) presi in carico con un programma di recupero sono stati 71 nel 1996 di cui 39 casi con un trattamento solo psico-sociale e 32 con un trattamento solo farmacologico. Dei 71 soggetti presi in carico nel 1996 dal SERT il 46% ha avuto almeno una carcerazione negli ultimi anni.

Si allega copia della convenzione stipulata tra la Casa Circondariale di Brissogne (AO) e l'U.S.L. Valle d'Aosta.

I problemi rilevati nell'attuazione dell'intervento nella Casa Circondariale sono da imputarsi soprattutto alla carenza di organico del SERT, motivo che ha reso difficile la piena attuazione della convenzione in atto.

I) Rispetto alle STRATEGIE ADOTTATE si rimanda al P.O. di cui al punto C) della presente relazione.

L) La realizzazione del SISTEMA INFORMATIVO è in corso di strutturazione facendo riferimento anche al Progetto di informatizzazione avviato dal Ministero della Sanità.

M) Per quanto concerne l'ATTUAZIONE DI INIZIATIVE FINANZIATE DAL FONDO NAZIONALE, si avviano alla conclusione i progetti di formazione integrata per operatori pubblici e privati, finanziati negli anni 1992/1993 che prevedevano un percorso di circa 3 anni.

Altre iniziative ed attività non sono state avviate in quanto gli esercizi finanziari 1994/1995 del Fondo Nazionale, come noto, sono stati bloccati.

N) L'INCIDENZA DEL VOLONTARIATO NEL SETTORE è di circa il 20%.

I PROBLEMI GENERALI che purtroppo rimangono tutt'oggi aperti concernono:

- 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-alcolcorrelate);
- difficoltà di costruzione di una rete di opportunità e di risorse che, in loco, possano dare risposte più efficaci possibili.

Regione Veneto

Quadro Normativo Regionale

A) Legge Regionale istituzione Ser.T:

D.G.R. n. 5346 del 26.09.1991 e D.G.R. n. 4932 del 18.10.1994.

B) Piano Sanitario Regionale (con riferimenti precisi in materia. Precipare se è già stato adottato o in corso di adozione dopo iDD. lgs.vi 502/92 e 517/93):

L.R. 3 febbraio 1996 n. 5 "Piano Socio-Sanitario regionale per il triennio 1996/1998".

C) Progetto obiettivo specifico per il settore (indicare, ove esistente, per punti, gli obiettivi ed altri aspetti significativi, eventuali risorse finalizzate):

- Progetto-obiettivo "Prevenzione e cura delle tossicodipendenze" in corso di approvazione.

- Progetto "Alcoologia Veneto", attuativo del D.M. Sanità 3.8.1993.

- Progetto "Sulla relazione madre tossicodipendente e i propri figli".

- Progetto "La valutazione di risultato dei Ser.T. e le C.T."

D) Legge per Albo Enti Ausiliari:

D.G.R. n. 4637 del 7.8.1992 e D.G.R. n. 246 del 28.01.1997.

E) Legge per Coop. Sociali:

L.R. n. 24/92 "Norme in materia di cooperazione sociale".

F) Legge per Volontariato:

L.R. n. 40/93 "Norme per il riconoscimento e la promozione delle organizzazioni di volontariato".

Modello organizzativo

G) Modello delineato dalle Leggi Regionali nel settore (descrivere come è inserito il Ser.T., ad es. se è servizio autonomo o all'interno di altre strutture o servizi : dipartimentodipendenze, attività sanitarie di comunità, con articolazioni zonali, distrettuali di circamila abitanti, ecc. ...): Nell'ambito delle Aziende/ULSS, definite dalla riforma attuata con LL.RR. n. 55 e n. 56 del 1994, sono presenti 38 Ser.T. -Sempre con L.R. n. 56/94 è stato istituito il Dipartimento delle Dipendenze in corso di attivazione.

- Ser.t. previsti: n. 38 e funzionanti: n. 38.

- Personale previsto: 626; effettivamente impegnato: 565 (90%)

- Utenti complessivamente in carico ai Ser.t. n. 9435

- Strutture semiresidenziali pubbliche: n. 7; giornate assistenza: 16.549; personale n. 49

- Strutture residenziali pubbliche: n. 1; giornate di degenza residenziale n. 6034; operatori n. 8

- Strutture residenziali private (Comunità terapeutiche): n. 27; utenti n. 1927; personale n. 180

- Spesa per rette: L. 27.449.653.683 (C.T. private); L. 1.200.000.000 (C.T. pubbliche)

- Problematiche rilevate (con particolare riferimento al riordino del S.S.N.): 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, con riferimento all'istituendo Dipartimento delle Dipendenze e all'organizzazione complessiva dell'assistenza territoriale.

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. negli Istituti Penitenziari della Regione: n. 708 su 1915 (37%)

- Problemi rilevati nel modello organizzativo di intervento negli Istituti Penitenziari (personale, tipo di collaborazione): Necessità di sviluppare l'integrazione tra il personale delle varie 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.

- Con D.G.R. n. 1500 del 16.4.1996 è stato istituito "L'Osservatorio regionale sui problemi della popolazione carceraria".

I) Strategie adottate (indicare se ci sono indicazioni strategiche definite, tipo riduzione del danno, interventi a bassa soglia, ecc.):

E' in fase di definizione il "Sistema integrato preventivo-assistenziale" articolato in quattro livelli: bassa soglia; medio - lungo termine a carattere socio-riabilitativo, psicoterapico e farmacologico integrato; medio-lungo termine in ambito socio-riabilitativo e psicoterapico; reinserimento post-terapia.

L) Sistema Informativo:

- per Ser.t.: Cartella socio-sanitaria informatizzata.

- per Enti Ausiliari: Cartella informatizzata.

M) Attuazione e risultati iniziative finanziate dal Fondo Nazionale

- Formazione ed aggiornamento (esplicitare chi ha usufruito dell'attività e corsi realizzati):

Nel corso dell'anno 1996 sono stati realizzati i seguenti corsi:

1) Corso di formazione per responsabili dei Servizi per le tossicodipendenze (conclusione).

2) Corso di aggiornamento per infermieri dei SER.T. (conclusione).

3) Corso di formazione per operatori di Comunità terapeutica II° anno.

4) Corso di formazione per operatori di strada II° anno.

Nel corso del 1996 era prevista, altresì, la realizzazione dei Corsi di formazione ed aggiornamento degli operatori delle tossicodipendenze a valere sull'esercizio finanziario 1993 a carico del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga, la cui utilizzazione è sospesa per la mancata conversione in legge del D.L. n. 476 del 11.4.1996.

Il pacchetto formativo, già approvato dal Dipartimento per gli Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri, prevede i seguenti Corsi:

1. Corso di formazione seminariale in tema di prevenzione, trattamento e riabilitazione dalla dipendenza da sostanze psicoattive.
2. Corso di formazione per operatori di comunità terapeutica.
3. Corso di formazione per operatori di strada.
4. Corso di formazione per assistenti sociali delle tossicodipendenze.
5. Corso di formazione per medici delle tossicodipendenze.
6. Corso di formazione per psicologi.
7. Corso di formazione per infermieri.

- Altre iniziative ed attività: definizione, con provvedimento n. 6683 del 18.12.1995 e successivi, del procedimento per la gestione del Fondo nazionale per la lotta alla droga, trasferito alle Regioni.

- Progetti di prevenzione e reinserimento adottati dagli Enti Locali e dagli Enti Ausiliari, dalle Coop. sociali e dal Volontariato, finanziati con Fondo Nazionale (indicare se sono conosciuti, rilevati, monitorati): Le iniziative sono sospese in attesa dei finanziamenti statali del Fondo nazionale per la lotta alla droga, relativi agli esercizi 1994, 1995 e 1996.

N) Collegamento ad iniziative internazionali :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:

L'apporto insostituibile del volontariato è stato confermato dal progetto-obiettivo "Prevenzione e cura delle tossicodipendenze" in corso di approvazione.

Problemi generali aperti

Ridefinizione del quadro normativo di riferimento (T.U. n. 309/90), concernente i Ser.T. e le C.T., in relazione alla riforma del S.S.R..

Proposte migliorative

Approvate dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni in data 13.02.1997, e presentate alla Seconda Conferenza Nazionale sulla Droga.