

ATTI PARLAMENTARI
XIII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. XXX
n. 2

RELAZIONE

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

(ANNO 1997)

*(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 26 giugno 1998

PAGINA BIANCA

INDICE

Introduzione del Ministro per la solidarietà sociale	Pag.	5
I PARTE - SITUAZIONE GENERALE	»	7
1.1 Politiche nazionali	»	7
1.2 Aspetti normativi e amministrativi	»	14
1.3 Cooperazione internazionale	»	26
1.4 Budget a disposizione per la lotta alle tossicodipendenze	»	34
II PARTE - FONTI INFORMATIVE E SISTEMI DI MONITORAGGIO	»	41
2.1 Fonti e sistemi informativi e di monitoraggi	»	41
2.2 Esigenze informative a livello europeo ed internazionale	»	51
III PARTE - SITUAZIONE EPIDEMIOLOGICA	»	53
3.1 <i>Soggetti in trattamento e non</i>	»	53
3.1.1 Caratteristiche dei consumatori e modelli di consumo	»	53
3.1.2 Comportamenti «a rischio»	»	108
3.1.3 Mortalità	»	109
3.1.4 Morbilità	»	113
3.1.5 Stima del consumo complessivo di droga	»	123
3.2 <i>Il traffico di droga e la riduzione dell'offerta</i>	»	125
3.3 <i>Droghe sintetiche</i>	»	138
IV PARTE - RIDUZIONE DELLA DOMANDA	»	145
4.1 <i>Interventi di riduzione della domanda</i>	»	145
4.1.1 In ambito scolastico	»	145
4.1.2 In ambito militare	»	154
4.1.3 Interventi nell'ambito della giustizia minorile ..	»	160
4.1.4 Campagne pubblicitarie e linee di assistenza telefonica	»	161

4.2 <i>Tipologia di trattamenti</i>	Pag. 169
4.2.1 Attività di prevenzione dall'infezione da HIV .	» 169
4.2.2 Trattamenti sostitutivi di mantenimento e disintossicazione	» 171
4.2.3 Programmi di post-terapia/riabilitazione	» 175
4.2.4 Tossicodipendenza e prevenzione da HIV in ambito penitenziario ed in esecuzione penale esterna ..	» 180
4.3 <i>Valutazione</i>	» 188
V PARTE - FORMAZIONE	» 191
VI PARTE - CONVEGNI E SEMINARI, STUDI E RICERCHE	» 199
VII PARTE - CONTRIBUTI DELLE REGIONI	» 221
VIII PARTE - CONCLUSIONI: STRATEGIE, OBIETTIVI ED INDIRIZZI	» 285

Introduzione del Ministro per la Solidarietà Sociale

Come evidenziato lo scorso anno, la Relazione annuale al Parlamento 1997 sulle tossicodipendenze è stata sottoposta a profonde modifiche strutturali e, in parte, di contenuto.

La nuova impostazione si è resa necessaria ed urgente per predisporre, a partire da quest'anno, un documento conforme al rapporto nazionale che ciascun Paese europeo è tenuto a presentare all'Osservatorio di Lisbona ai fini della redazione del Rapporto annuale europeo.

In secondo luogo, si è cercato di raggiungere l'obiettivo, altrettanto sentito e condiviso, di offrire un documento più organico, di più semplice consultazione, in grado di fornire un'informazione completa e omogenea.

L'ulteriore impegno nella collaborazione fornito dalle parti istituzionali coinvolte ha consentito la stesura di una relazione che, in considerazione dell'attuale anno di transizione, avrà carattere "sperimentale", suscettibile di modifiche migliorative per gli anni successivi.

La II Conferenza nazionale sulle tossicodipendenze, che si è svolta a Napoli dal 13 al 15 marzo 1997, ha rappresentato un importante momento di dibattito, fervido di suggerimenti e di indicazioni, un vero e proprio "laboratorio" di idee e di possibili soluzioni.

Il Governo ha già iniziato a lavorare su alcune delle molte indicazioni emerse in quella sede, conseguendo i primi interessanti risultati, di cui si occupa in dettaglio la Relazione.

Tuttavia, le forti e, a volte, inconciliabili divergenze a livello politico e ideologico, rappresentano un grave ostacolo ad una ragionevole ed obiettiva riflessione su una realtà che è cresciuta e cambiata; è necessario che le iniziative legislative, a cominciare dalle modifiche ed integrazioni al Testo Unico del 1990, siano approvate rapidamente: in tema di tossicodipendenze, come in ogni ambito caratterizzato da forte disagio sociale, l'esperienza insegna che le divisioni non pagano.

Le risorse messe a disposizione in questi anni dal "Fondo nazionale per la lotta alla droga" hanno contribuito alla crescita, organizzativa ed operativa, di molte realtà diffuse sul territorio nazionale che hanno profondamente modificato la geografia dell'Italia in questo campo.

E' tuttavia indispensabile garantire regolarità e rapida erogazione dei finanziamenti che, spesso, rappresentano le uniche fonti disponibili per la progettazione e l'attuazione di interventi innovativi non altrimenti realizzabili.

Il decentramento in atto delle competenze e delle risorse economiche potrà porre rimedio a questo aspetto negativo e servire da stimolo agli enti territoriali per operare programmando una maggior integrazione a livello locale, basata sui bisogni reali ed emergenti del territorio.

Se il panorama degli interventi è mutato parallelamente alla accresciuta capacità di "fare", è ora giunto il momento di leggere, interpretare, valutare quanto è stato realizzato: per indirizzare al meglio risorse che, pur notevoli, non sono illimitate e per rispondere all'esigenza di monitorare, coordinare, indirizzare il vasto campo di attività offerto dai vari soggetti operanti nel settore.

In linea con quanto già avvenuto presso altri Paesi europei, è prioritario dotare di maggior ufficialità un unico punto di monitoraggio governativo, rafforzandone la capacità operativa, la visibilità, l'effettiva possibilità di coordinare la raccolta dei dati e delle informazioni a livello nazionale ed europeo con il coinvolgimento delle fonti istituzionali e del settore del privato sociale.

E' stata recentemente costituita presso il Dipartimento per gli Affari Sociali la "Consulta nazionale degli operatori pubblici e privati sulle tossicodipendenze", organismo di supporto tecnico alle politiche governative, che lavorerà celermente, attraverso quattro gruppi di lavoro, su alcuni dei temi di maggior urgenza scaturiti dalla Conferenza di Napoli.

In particolare:

- "I nuovi fenomeni, le nuove droghe e l'alcooldipendenza" per mettere a punto i suggerimenti per le strategie d'intervento riferite ai vari ambiti, parallelamente alla realizzazione della VII Campagna di prevenzione dedicata interamente all'informazione sul tema;
- "Le politiche di prevenzione" per approfondire la necessità di coordinare e valutare l'efficacia degli interventi realizzati ponendo al centro l'attenzione alla vita dei giovani in un contesto relazionale ricco e significativo;
- "I soggetti marginali, le marginalità più dure, le strategie di riduzione del danno" per affrontare la realtà dei fenomeni di marginalità sociali connessi con la tossicodipendenza anche considerando gli aspetti legati all'immigrazione e alla popolazione carceraria;
- "Inserimento lavorativo e sociale delle persone tossicodipendenti" per predisporre, anche in questo caso, un monitoraggio delle esperienze già avviate e suggerire nuove proposte operative.

Affido queste riflessioni, unitamente alle analisi e alle informazioni contenute nella Relazione al Parlamento 1997, agli amministratori pubblici, agli operatori pubblici e privati e, più in generale, alla pubblica opinione, affinché ciascuno, nell'ambito delle rispettive competenze, responsabilità e, giova sottolinearlo, sensibilità sociale, si animi della determinazione e del coraggio civile e partecipi al "progetto" di lotta alle tossicodipendenze.

I PARTE

SITUAZIONE GENERALE

1.1 POLITICHE NAZIONALI

Premessa

Il 1997 può essere considerato a ragione un anno importante per la lotta alle tossicodipendenze, non tanto per i risultati raggiunti -sarebbe illusorio ritenere consolidata la lieve flessione di qualche indicatore, dovuto magari a circostanze occasionali- quanto per i segnali "forti" lanciati dalla Conferenza di Napoli.

Su questi messaggi si è registrata una vasta convergenza per l'accresciuta consapevolezza che per combattere efficacemente le tossicodipendenze sia giunto il momento di dare vita innanzi tutto ad una vera e propria mobilitazione culturale per favorire un maggiore impegno verso il sociale, il rispetto dei diritti delle persone, responsabilità ed accoglienza verso gli altri, inclusione civile e sociale dei più deboli e degli emarginati.

Si tratta di portare avanti, mediante politiche mirate, la riforma dello Stato sociale, assicurando pari opportunità di partenza nella "corsa alla vita" soprattutto ai più deboli ed ai portatori di particolari bisogni, prevenendo il disagio con interventi relazionali sulla famiglia e la scuola, costruendo una forte alleanza fra le generazioni per distribuire ai giovani una maggiore quota delle risorse disponibili.

Prevenire il fenomeno della tossicodipendenza significa aiutare i giovani, fin dalla adolescenza, a costruire un proprio progetto di vita, a sviluppare capacità creativa e decisionale, a consolidare legami sociali significativi.

Il fenomeno della tossicodipendenza

Nel 1997 hanno trovato ulteriore conferma le principali linee di tendenza del fenomeno:

1) l'aumento del consumo delle "nuove droghe", stupefacenti sintetici ad azione euforizzante, stimolante e per alcuni ad azione allucinogena, a cui soprattutto i più giovani ricorrono direttamente nei luoghi dove trascorrono la loro vita quotidiana.

L'incremento del consumo di questi prodotti rappresenta il problema più serio e preoccupante, se non altro perché sono cambiati molti dei paradigmi con i quali si analizzava e si combatteva il fenomeno;

2) la tossicodipendenza "classica", quella da eroina soprattutto, sembra stabilizzarsi su una linea di tendenza gradualmente e lentamente regressiva; si

assiste ad un progressivo invecchiamento dell'utenza, mentre la fascia di età maggiormente interessata coinvolge i giovani in età compresa tra i 25 e i 30 anni;

3) il "mondo" della tossicodipendenza continua a presentarsi fortemente differenziato: gruppi ad alta emarginazione, persone integrate nel contesto sociale e lavorativo; extracomunitari illegali; minori coinvolti nella tossicodipendenza; minori con genitori tossicodipendenti; tossicodipendenti che vanno ripetutamente in carcere;

4) consistente è la popolazione di tossicodipendenti che non utilizza i servizi pubblici e le comunità;

5) permane rilevante la presenza di tossicodipendenti nelle carceri, detenuti soprattutto per la produzione, il traffico e la vendita di sostanze stupefacenti.

L'assetto istituzionale per la lotta alle tossicodipendenze

Nella Conferenza di Napoli, da molte parti è stata evidenziata l'esigenza di rendere possibile, con adeguati interventi di carattere normativo ed organizzativo lo svolgimento di una sistematica attività d'indirizzo e promozione della politica generale di prevenzione e d'intervento - coordinando secondo un indirizzo unitario l'attività delle amministrazioni e la realizzazione dei progetti presentati per il finanziamento, compresi quelli delle Regioni; - svolgendo, con il supporto di un unico punto pubblico di monitoraggio, una sistematica verifica dei risultati conseguiti in rapporto alle risorse utilizzate.

La lotta al traffico di droga

Le politiche in atto per contrastare il traffico nazionale ed internazionale di stupefacenti sono basate sulla netta distinzione fra vittime e sfruttatori, fra trafficanti e consumatori.

Sono stati predisposti interventi, coordinati a livello internazionale, per attaccare le organizzazioni criminali che controllano il traffico e di sostegno ai Paesi produttori disponibili alla conversione delle colture e di lotta al riciclaggio del denaro sporco.

In ambito europeo, l'Italia partecipa alle attività dell'Osservatorio sulle tossicodipendenze di Lisbona. Nel corso del 1997, a causa della preoccupante diffusione fra i giovani delle nuove droghe sintetiche, è stato avviato il progetto per la creazione di un "sistema di allerta rapido sulle nuove droghe sintetiche", secondo il piano d'azione comune con *Europol* e con i contributi e le informazioni dei Punti focali nazionali.

I servizi per la prevenzione, il recupero ed il reinserimento dei tossicodipendenti. L'obiettivo di una rete integrata

L'Italia vanta una ricca rete di servizi pubblici e privati (aumentati di numero negli ultimi anni, pur permanendo un forte squilibrio territoriale tra Nord e Sud) per la prevenzione, il recupero ed il reinserimento dei tossicodipendenti.

Dal 1993 al 1997 si è registrato un aumento del numero degli utenti presso i servizi pubblici (Ser.T.), i quali, peraltro, sono passati da un intervento fortemente caratterizzato in senso sanitario ad un graduale recupero di figure professionali sociali ed educative.

Una lieve diminuzione si evidenzia nel numero di tossicodipendenti ospitati nelle strutture socio-riabilitative che, peraltro, hanno continuato ad arricchire e diversificare i metodi di trattamento e di recupero.

Nel 1997, i servizi pubblici e privati hanno nel complesso fornito positive risposte ad una domanda sempre più incalzante e complessa.

I maggiori successi, in termini di efficacia ed efficienza, sono stati registrati quando si è riusciti ad operare in sinergia.

La molteplicità dei bisogni in continuo mutamento e la conseguente complessità dei trattamenti della tossicodipendenza determinano l'esigenza di risposte diversificate e complementari.

Presupposto fondamentale è la insostituibilità del volontariato, del privato sociale, delle comunità terapeutiche e, quindi, della pari dignità fra pubblico e privato sociale, senza però trascurare l'esigenza di interventi di coordinamento, di verifica della esistenza dei requisiti richiesti e di valutazione dell'efficacia ed utilità delle prestazioni erogate.

L'obiettivo da raggiungere è una rete integrata di servizi che si ponga le seguenti finalità:

- rendere omogenea la presenza dei servizi sul territorio nazionale
- sviluppare l'aggiornamento e l'arricchimento professionale degli operatori dei servizi pubblici e privati
- ripensare la funzione dei SERT
- realizzare una sinergia tra interventi sociali e sanitari
- sviluppare e dare riconoscimento giuridico alle strutture di accoglienza non assimilabili a quelle residenziali o semiresidenziali come: centri di prima accoglienza a "bassa soglia", unità di strada mobili o fisse, centri di aggregazione e di ascolto, luoghi per il coinvolgimento delle famiglie, progetti di reinserimento sociale e lavorativo
- rendere sistematico e continuo il lavoro di quelle unità di strada sperimentate con successo, regolamentando in modo flessibile, ma comunque più chiaro, il rapporto con la rete dei servizi
- promuovere forme incisive di coordinamento sul territorio delle attività dei servizi che fanno capo a più amministrazioni

- riconoscere ai Comuni un ruolo specifico nella promozione di servizi e progetti integrati di prevenzione e cura delle persone tossicodipendenti.

Per sviluppare la formazione e l'aggiornamento degli operatori, è urgente:

- introdurre nei corsi di medicina delle Università competenze sulle tossicodipendenze
- istituire corsi di perfezionamento e dottorati di ricerca
- istituire scuole di specializzazione *post laurea*
- definire profili formativi per gli ex tossicodipendenti che lavorano nelle comunità terapeutiche e nelle unità di strada.

Le politiche di prevenzione dalle tossicodipendenze

Nella famiglia, promuovendo un'organizzazione della vita quotidiana che favorisca l'incontro tra le famiglie ed i servizi per la prevenzione ed il recupero, tra le famiglie e la scuola, tra il tempo di lavoro ed i tempi della vita familiare.

Inoltre, quando è stato imboccato il tunnel della droga, si deve puntare, per sviluppare interazione, sulla partecipazione e sul coinvolgimento dei familiari durante il trattamento dei tossicodipendenti.

Anche i servizi, soprattutto quelli pubblici, devono realizzare la "presa in carico" dei familiari dei tossicodipendenti per offrire loro informazioni, orientamento, sostegno, a prescindere dal percorso terapeutico.

Nella scuola, che può giocare un ruolo fondamentale nella prevenzione della tossicodipendenza, a condizione che:

- sia profondamente rinnovata nei contenuti culturali e sappia realizzare un progetto complessivo di educazione, compresa la salute e la cura della vita;
- enfatizzi la positività e la fecondità del comportamento costruttivo. Soprattutto nella scuola dell'obbligo è necessario rafforzare l'identità, individuare le vie della gratificazione, stimolare la consapevolezza del proprio valore, proporre modelli convincenti e, per contro, stimolare il giudizio critico su comportamenti distruttivi;
- sia in grado di restituire motivazioni, di combattere la noia, di dotare chi la frequenta di strumenti per capire il presente, sia capace di offrire una vasta gamma di opportunità culturali e formative; che dialoghi con le famiglie e consenta ai giovani di compiere esperienze lavorative;
- sappia rendere gli studenti protagonisti, interlocutori diretti, responsabili della realizzazione dei progetti e delle iniziative che li riguardano o da loro stessi proposti;
- investa molto sugli insegnanti e sulla loro formazione, non tanto professionale ma di relazione.

Nell'ambiente lavorativo, per favorire il reinserimento delle persone con percorsi di tossicodipendenza in corso o di ex tossicodipendenza.

Misure in tale direzione sono già state adottate in sede di rinnovo di alcuni contratti collettivi nazionale di lavoro.

Si prevede, ad esempio, che i lavoratori a tempo indeterminato in accertata condizione di tossicodipendenza da parte dei SERT, che intendano accedere a programmi terapeutici e riabilitativi abbiano diritto alla conservazione del posto di lavoro senza assegni per il tempo in cui la sospensione delle prestazioni lavorative è dovuta all'esecuzione del trattamento riabilitativo, fino ad un massimo di tre anni.

Altri contratti prevedono l'adozione di misure atte a facilitare il reinserimento del lavoratore tossicodipendente a conclusione dell'intervento riabilitativo ed anche l'estensione ai familiari del diritto di assenza non retribuita con mantenimento del posto di lavoro, per concorrere al programma di recupero.

Al di là, comunque, dei predetti casi, certamente significativi, occorrono nuove politiche di inserimento lavorativo dei tossicodipendenti, fondate sulla promozione delle attività e che sappiano favorire lo sviluppo delle capacità dei soggetti nell'utilizzare gli strumenti del mercato del lavoro.

Nel mondo dell'informazione, operando affinché i media, che spesso trattano del fenomeno senza alcun approfondimento culturale, come mero fatto di cronaca possibilmente spettacolare, possano utilizzare materiale informativo attendibile ed aggiornato sul problema delle droghe e sulle conseguenze dell'abuso.

L'Osservatorio permanente sulla droga del Ministero dell'Interno si è fatto promotore di un progetto di razionalizzazione dell'attuale sistema informativo sul fenomeno, sviluppando l'integrazione e la razionalizzazione dei flussi informativi esistenti, in vista della creazione di una Rete informativa nazionale integrata, completamente informatizzata, con la partecipazione delle amministrazioni centrali dello Stato e delle Regioni.

Parimenti interessante è il progetto REITOX, promosso dall'Osservatorio europeo sulle tossicodipendenze, finalizzato alla creazione di una rete informatizzata per l'interscambio di informazioni e notizie strutturate sul fenomeno fra i quindici Paesi membri dell'U.E.

Nel tempo libero. Occorre riempire il tempo libero di senso e di contenuti: tempo per sé, tempo per gli altri, tempo della convivialità e del dono, tempo dell'ozio, tempo dello studio e della creatività.

E' necessario far sorgere nelle grandi città centri polifunzionali per i giovani, rendere più sicure le discoteche, creare capillarmente sul territorio opportunità diverse per vivere con intelligenza e coinvolgimento il tempo libero, lavorare per dare risposta ai bisogni di socializzazione dei giovani e per fare emergere le loro potenzialità espressive.

Le strategie di riduzione del danno

All'interno della rete integrata di servizi e nell'ottica di una strategia globale di recupero delle persone tossicodipendenti, acquistano sempre maggiore rilievo le strategie di riduzione del danno, da intendersi come sistema coerente di interventi rivolti ai tossicodipendenti con finalità di tutela della salute, attraverso un sostegno terapeutico, sia preventivo che curativo e di integrazione sociale del tossicodipendente.

Risorsa fondamentale delle strategie di riduzione del danno è la capacità dell'operatore, sia esso sanitario che psico-sociale, di offrire al tossicodipendente un ruolo relazionale per metterlo in condizione di riscoprire la propria persona, sperimentare e condividere la solidarietà e l'interesse da parte di altre persone nei suoi confronti.

Si è già cominciato ad operare affinché le strategie di riduzione del danno siano riconosciute normativamente, inserite nei progetti di recupero dalle tossicodipendenze, fatte interagire con le altre istanze e con i servizi pubblici e del privato sociale.

La tossicodipendenza nelle carceri

Il carcere non è strutturalmente la risposta idonea ai problemi della tossicodipendenza, anche se l'elevata presenza di popolazione tossicodipendente (oltre 15 mila, di cui 8 mila non hanno commesso reati di droga, ma solo reati di non grave entità connessi allo stato di tossicodipendenza) richiede interventi immediati ed una riflessione di fondo.

Il Governo si accinge a presentare al Parlamento una serie di modifiche al Testo Unico del 1990 sulle tossicodipendenze, con il fine di intervenire sulla disciplina degli stupefacenti per ridurre il numero dei tossicodipendenti in carcere.

In particolare, le modifiche proposte riguardano:

- la razionalizzazione delle procedure per l'applicazione delle misure alternative alla detenzione (in particolare per l'affidamento in prova al servizio sociale);
- la depenalizzazione delle condotte di semplice detenzione finalizzata all'uso personale, tenendo conto del prevalente indirizzo giurisprudenziale in tema di cosiddetta coltivazione domestica e di consumo collettivo, eventualmente procedendo ad una riformulazione meno casistica dell'articolo 73 del D.P.R. n. 309/90 (Testo unico), per migliorare la determinazione della fattispecie;
- la revisione del sistema sanzionatorio amministrativo, individuando nuove sanzioni finalizzate al recupero e alla cura del tossicodipendente. Tali sanzioni potrebbero prevedere: il divieto di frequentare i locali pubblici o aperti al pubblico ai consumatori abituali di droghe, l'obbligo per i tossicodipendenti di svolgere un'attività non retribuita a favore della collettività per finalità sociali o di pubblica utilità (organizzazioni di assistenza sociale e di volontariato, di protezione civile, di tutela del patrimonio ambientale e culturale), la possibilità di fare frequentare ai consumatori occasionali corsi d'informazione sui danni derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope, nonché sulle patologie correlate;

- l'ampliamento dell'utilizzo del modello di trattamento penitenziario attualmente in atto, nei confronti dei tossicodipendenti, negli Istituti a "custodia attenuata";
- la creazione in ciascun Istituto di un punto di riferimento stabile per la verifica della posizione di ciascun soggetto, anche ai fini della fruizione delle possibili alternative, già utilizzabili (e utilizzate);
- l'introduzione di una nuova ipotesi di sospensione della esecuzione, riferita a un tetto di pena elevato (fino a sei anni di reclusione di pena residua), legata però alla positiva conclusione di un programma terapeutico e alla provata volontà di reinserimento sociale, quando quest'ultimo potrebbe essere pregiudicato dalla nuova carcerazione.

1.2 ASPETTI NORMATIVI ED AMMINISTRATIVI

Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga

LEGGE del 28 marzo 1997, n. 86 - "Sanatoria degli effetti prodotti dai decreti legge adottati in materia di prevenzione e recupero dalle tossicodipendenze e di funzionamento dei Ser.T."

La legge di "sanatoria" risolve l'esigenza di:

- far salvi gli interventi realizzati dalle Comunità terapeutiche, dalle Associazioni, dai Ser.T., dagli Enti Locali, dalle Regioni e dalle Amministrazioni dello Stato fino al 31 dicembre dell'esercizio finanziario 1996;
- salvaguardare gli effetti prodotti dai numerosi decreti legge che si sono succeduti dal luglio 1993 al settembre 1996, "bloccati" dalla sentenza n. 360 del 1996 della Corte Costituzionale, per non creare un vuoto legislativo che avrebbe prodotto risvolti drammatici e, specificatamente, impedito di utilizzare finanziamenti e innovazioni in corso.

DECRETO LEGGE n. 438 del 19 dicembre 1997, convertito nella legge n. 26 del 19 febbraio 1998 - "Proroga dei termini per assicurare il finanziamento di progetti in materia e recupero dalle tossicodipendenze"

DECRETO del Ministro per la Solidarietà Sociale del 18 aprile 1997, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.98 del 29 aprile 1997 - "Termini e modalità di presentazione delle domande di finanziamento di progetti da parte delle amministrazioni centrali dello Stato e degli enti pubblici e privati operanti nel suo territorio, a valere sul Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga per l'esercizio finanziario 1996 e criteri d'esame"

Il decreto è stato emanato in attuazione della legge 28 marzo 1997, n. 86 di "Sanatoria degli effetti prodotti dai decreti legge adottati in materia di recupero e di prevenzione dalle tossicodipendenze", con la quale è stato definitivamente disciplinato il trasferimento del 75% del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga alle Regioni, per l'esercizio finanziario 1996, e riguarda:

- i criteri di assegnazione dei Fondi alle Regioni connessi al numero di abitanti e alla diffusione delle tossicodipendenze;
- la definizione delle tipologie dei progetti, i termini e le modalità di presentazione degli stessi da parte delle Amministrazioni dello Stato, della Regione Autonoma Valle d'Aosta, degli enti locali e delle unità sanitarie locali, degli enti, delle organizzazioni di volontariato, delle cooperative sociali ed dei privati, sempre della Regione Autonoma Valle d'Aosta.
- l'indicazione delle linee guida per l'elaborazione dei progetti ed il loro esame e per il riconoscimento dei progetti di maggior rilievo, per i casi di limitazione e/o esclusione dal finanziamento.

CIRCOLARE del Dipartimento per gli Affari Sociali del 19 dicembre 1997 n. DAS/IV/2926/PROG/GEST, pubblicata su Gazzetta Ufficiale n.298 del 23 dicembre 1997 - "Lettera circolare sulle richieste di variazioni di progetti di prevenzione e recupero dalle tossicodipendenze finanziati con il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga (art.127 del decreto del Presidente della Repubblica n. 309/90).

La circolare ha consentito l'avvio dei progetti finanziati dal Fondo autorizzando le variazioni che non snaturavano la progettualità delle iniziative finanziate e che assicuravano il rispetto degli obiettivi e delle finalità dei progetti stessi.

CIRCOLARE del Dipartimento per gli Affari Sociali del 19 dicembre 1997, pubblicata su Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n.290 del 13 dicembre 1997 - "Chiusura contabilità per l'anno finanziario 1997"

Fornisce chiarimenti e precisazioni in merito ai finanziamenti erogati per la realizzazione dei progetti per la lotta alla tossicodipendenza riferiti agli esercizi finanziari 1993, 1994 e 1995 ed inutilizzati al 31 dicembre 1997.

DISEGNO DI LEGGE A.C. 2756 ter - "Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga".

Riguarda modifiche ed integrazioni al "Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza" (D.P.R. 309/90) per adeguare la normativa sulla tossicodipendenza alle risultanze della Conferenza di Napoli e alle mozioni Buttiglione, Comino e Fioroni, approvate alla Camera dei Deputati.

Nel disegno di legge, inoltre:

- si dispone il riesame dell'atto d'intesa Stato-Regioni sui criteri minimi degli enti ausiliari che accedono ai contributi pubblici (devono avere i requisiti minimi per essere autorizzate all'esercizio delle attività sanitarie, mentre per operare in regime di accreditamento devono rispondere a requisiti maggiori);
- si definiscono i criteri di istituzione presso il Dipartimento per gli affari sociali di una Consulta degli esperti e degli operatori sociali sulle tossicodipendenze;
- si inseriscono "disposizioni transitorie e finali", riguardanti la necessità di idonei percorsi formativi ed abilitativi;
- si prevede un condono edilizio per le strutture abusive realizzate dalle comunità che operano nel settore della tossicodipendenza.

Disciplina del trattamento del consumatore

In ambito penale.

Nel 1997 non sono state presentate proposte di modifiche legislative in materia, anche se il problema della tossicodipendenza in carcere continua ad essere di eccezionale rilevanza. Il 30% circa della popolazione carceraria risulta consumatore o dipendente dall'uso di sostanze stupefacenti. Dopo la Conferenza di Napoli, il Ministero di Grazia e Giustizia ha costituito una commissione di lavoro per esaminare le problematiche riguardanti il trattamento processuale e penitenziario dei tossicodipendenti, degli alcooldipendenti e delle persone affette da HIV.

A conclusione della prima fase di attività la Commissione ha evidenziato la necessità di integrare e coordinare la vigente disciplina sanzionatoria in materia di stupefacenti sotto l'aspetto penale ed amministrativo.

Di seguito il problema viene riproposto in estrema sintesi, rimandando alla relazione 1996 per un approfondimento delle specifiche problematiche:

- permane il divieto penalmente sanzionato di ogni attività concernente gli stupefacenti non volta all'uso personale, bensì alla destinazione delle sostanze a terzi;

- è venuto 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;

- è scomparso 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.

Nell'ambito della Giustizia minorile

Nel corso del 1997, non si sono verificate modifiche al sistema legislativo tali da configurare nuove fattispecie giuridiche per l'utenza di competenza della Giustizia penale minorile. Le uniche variazioni riguardano l'aspetto organizzativo e metodologico dell'intervento, conseguente, in parte, agli orientamenti emersi dalla seconda Conferenza di Napoli in materia di depenalizzazione e di decarcerizzazione per soggetti sottoposti a misure limitative e privative della libertà, ed in parte ad un larvato senso pedagogico latente nella cultura e nelle scelte politiche di contrasto nei confronti della tossicodipendenza.

Ciò ha determinato un atteggiamento di maggiore disponibilità verso il trattamento e la cura da realizzare in ambienti specializzati, fuori dai Servizi

penali (v. aumento di trattamenti in comunità terapeutica) e verso la realizzazione di interventi di prevenzione.

Le categorie di minori considerate

Dal punto di vista organizzativo, l'attenzione è stata maggiormente posta nei confronti di categorie di minori emergenti, quali gli immigrati e nell'affrontare problemi nuovi di risposta, legati in prevalenza al tipo di sostanza assunta (cocktail).

Allo scopo di chiarire meglio l'andamento del fenomeno in relazione alle caratteristiche dei soggetti, è opportuno ricordare che le categorie giuridiche, già individuate per l'Osservatorio europeo delle tossicodipendenze, sono riferite alla seguente tipologia d'utenza :

- 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 penale 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 misure 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 dell'esecuzione della misura penale hanno compiuto il diciottesimo anno di età, ma non ancora 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 DPR 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 DPR 309/90.

E' opportuno, a completamento di quanto detto finora, fare riferimento anche alle segnalazioni di cui all'art. 75 del T. U. 309/90. Da questi dati risulta un numero notevole di segnalazioni riguardanti minorenni (6322 nella fascia d'età 15-17 anni e persino 463 casi di infraquattordicenni per il periodo luglio 1990-dicembre 1995). Si tratta di un numero rilevante di soggetti, molti dei quali passano anche attraverso i servizi della giustizia minorile. I rilevamenti al riguardo non consentono di individuare questo duplice passaggio nei singoli casi, in quanto le attività di rilevazione al riguardo non sono coordinate; l'esperienza empirica, tuttavia, consente di affermare che a tali segnalazioni segue il colloquio e l'invito al

minore e alla famiglia a cessare l'abuso di sostanze, in vari casi informando gli organi sanitari competenti e predisponendo programmi d'intervento.

Le procedure per l'attivazione dei servizi penali per minor

Sul piano procedurale, i servizi penali sono attivati dalla competente magistratura o si muovono in autonomia al momento della rilevazione della condizione di consumatore. La segnalazione del minorenne colpito da un provvedimento di limitazione o privazione della libertà viene inviata, da parte dei Servizi della giustizia, alla rete dei Servizi interessati del territorio regionale con cui si formula congiuntamente il programma terapeutico, e se ritenuto più utile, anche l'attuazione dell'intervento necessario.

Il Ser.T. può essere attivato anche direttamente dalla magistratura; ne consegue per tale Servizio l'obbligo di chiamata del minorenne segnalato e la definizione di un programma terapeutico e socio-riabilitativo (art. 121, comma 2 e 3, DPR 309/90).

Se trattasi di minore di anni 14 non imputabile, il giudice comunica ai Servizi sociali degli Enti locali e al Ser.T. la situazione e le informazioni in suo possesso per la conseguente presa in carico del minore.

Se trattasi invece di minorenne di età maggiore di 14 anni, imputabile, la presa in carico è direttamente dei Servizi della Giustizia, per la condizione giuridica di imputato o di condannato del minore, i quali attivano i servizi sociosanitari del territorio per la definizione del programma d'intervento legato allo stato di consumatore di droga o di tossicodipendente.

Sullo stato applicativo delle specifiche norme contenute nel citato DPR che detta norma in materia di prevenzione, cura e nobilitazione degli stati di tossicodipendenza, va rilevato che nel corso dell'anno non si è verificato alcun caso ipotizzato dagli artt. 91, 92 e 94, non essendo intervenuto alcun atto sospensivo della pena detentiva o l'applicazione della misura dell'affidamento in prova previsto dall'art. 94.

Sono stati, invece, registrati casi rientranti nelle ipotesi dell'art. 73 del Testo Unico n. 309/90, in particolare per i minori extracomunitari presenti nei Servizi, per quanto attiene il traffico di sostanze stupefacenti e psicotrope.

Circa il trattamento dei minori immigrati, si sono presentati anche nel 1997 problemi d'intervento specifico legati all'assenza di punti di riferimento familiari ed istituzionali, che non permettono l'applicazione dell'art. 37 della legge 4 maggio 1983 n. 184 sull'affidamento dei minori.

Attività e prospettive

La recente approvazione da parte del Parlamento della legge sugli immigrati potrà risolvere per il futuro gran parte dei problemi attualmente irrisolti, almeno per quanto riguarda la più ampia possibilità di prendere contatto e di identificare i soggetti interessati.

Per i minori, nel corso dell'anno è stato avviato un intervento di sperimentazione in materia di mediazione penale nel quadro degli spazi permessi dall'attuale normativa sul processo penale minorile, in particolare dall'art. 28 del

DPR 448/88 (sospensione del processo e messa alla prova), applicabile anche alle ipotesi di intervento per reati legati all'uso e alla detenzione di sostanze stupefacenti e psicotrope o ad esigenze terapeutiche dei soggetti interessati indipendentemente dal reato commesso.

L'intervento, oltre al trattamento specifico dello stato di tossicodipendente, tende alla riconciliazione con la vittima, alla riparazione del danno e alla riduzione della conflittualità sociale.

La sperimentazione è tuttora attiva presso le sedi di Torino e Bari ed è in fase di avvio a Milano, Trento, Roma e Catanzaro.

Sul versante della prevenzione della criminalità organizzata in cui vengono coinvolti i minorenni, sono stati eseguiti progetti finanziati dalla Legge 19 Luglio 1991, n. 216, i cui fondi sono confluiti recentemente nel fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, istituito dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri e recepito dalla legge finanziaria 1998.

Tale possibilità permette di fronteggiare più adeguatamente e, si spera, con maggiore efficacia il fenomeno della tossicodipendenza legato al traffico della criminalità, di cui molti minorenni sono veicolo di spaccio, e alla conoscenza dei soggetti consumatori bisognosi di specifico intervento.

In merito all'intervento operato nel quadro del trattamento penitenziario detentivo, i Servizi hanno tenuto conto delle possibilità previste da talune norme dell'Ordinamento penitenziario vigente per rendere adeguatamente applicabile nei confronti dei consumatori di droga, i benefici ritenuti utili ai fini della prevenzione, della cura e del rientro degli stati di tossicodipendenza. In particolare, sono stati attivati gli artt. 21 (lavoro all'esterno) e 27 (attività culturali, ricreative e sportive) della legge luglio 1975, n. 354 e successive modifiche, pur nei limiti della praticabilità degli spazi interpretativi possibili per minorenni assoggettati alle misure della custodia cautelare.

In prospettiva si dovrà tenere nella dovuta considerazione l'intervento nei confronti dei minori che hanno rapporti con la droga, nel quadro della programmata definizione del regolamento di esenzione delle misure penali nei confronti dei minorenni, le cui linee di indirizzo tendono a limitare gli interventi di carattere detentivo.

In ambito amministrativo

Nel corso del 1997, sono state emanate dalla Direzione generale per l'amministrazione generale e per gli affari del personale del Ministero dell'Interno due circolari, inviate ai Prefetti, riguardanti la definizione di altrettante tematiche concernenti l'applicazione dell'art. 75 del D.P.R. 309/90, relativo all'uso personale di sostanze stupefacenti.

Con la prima (n. 39 del 29 maggio 1997), è stato precisato il tipo di sanzioni amministrative irrogabili, ai sensi dell'art. 75, agli stranieri comunitari ed extracomunitari; con la seconda (n. 56 del 14 luglio 1997), sono state fornite indicazioni intese ad escludere l'applicabilità dell'art. 75 ai tossicodipendenti trovati in stato di intossicazione acuta (overdose).

Esistono, peraltro, altre problematiche relative all'applicazione dell'art. 75, la cui soluzione richiederebbe un intervento normativo.

Si ritiene, in particolare, necessaria una specifica previsione legislativa che legittimi la continuazione a regime del trattamento dei dati personali sensibili relativi ai consumatori e detentori per uso personale di sostanze stupefacenti, in relazione a quanto previsto dagli artt. 22 e 27 della legge 675/96 sulla tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali. Ciò in quanto, allo scadere del periodo transitorio di ammissibilità del trattamento, previsto dall'art. 41, comma 5, della stessa legge 675, potrebbero insorgere dubbi applicativi sulla persistenza delle condizioni che legittimano tale attività di rilevazione.

Altro tema che suscita ancora perplessità operative è la difficoltà di distinguere in modo chiaro tra la fattispecie prevista dall'art. 73 del D.P.R. 309/90 (produzione e traffico illecito di sostanze stupefacenti - di rilievo penale -) e quella prevista dall'art. 75 (uso personale di sostanze stupefacenti di rilievo solo amministrativo).

Continua infatti a verificarsi in modo non irrilevante il fenomeno della "doppia segnalazione" all'autorità giudiziaria e a quella amministrativa, dovuto all'incertezza nutrita, talvolta, dagli organi di polizia in sede di accertamento della violazione stessa.

Sulla questione, è indispensabile un intervento normativo chiarificatore volto a meglio orientare l'attività della polizia giudiziaria nel settore. A tal fine, importanti appaiono le seguenti sentenze della Corte di Cassazione emanate nel 1997:

- le due sentenze del 15 gennaio 1997 con le quali la Corte di Cassazione ha stabilito che non può essere considerato spacciatore punibile ai sensi dell'art. 73 del D.P.R. 309/90 chi acquista più dosi di droga da consumarsi in gruppo e chi ceda droga ad un gruppo di persone in cambio di una dose personale;
- la sentenza del 30 gennaio 1997, secondo la quale non è da considerarsi spacciatore colui che dimostra che il quantitativo di droga, di cui risulta in possesso, è detenuto per uso personale.

Contrasto al traffico illecito

La sperimentata attuazione delle speciali tecniche di indagine e di repressione previste dal Testo Unico 309/90 ha consentito di migliorare sensibilmente l'attività di contrasto al traffico illecito di sostanze stupefacenti sia sul piano qualitativo che quantitativo e di realizzare una serie di operazioni di elevato spessore. Ci si riferisce in particolare:

- all'art. 97, che ha introdotto nell'ordinamento la figura dell' "agente sotto copertura", consentendo alla polizia giudiziaria di procedere all'acquisto simulato di droga per acquisire elementi di prova in ordine ai reati previsti in materia di stupefacenti;
- all'art. 98, che ha previsto, sempre per le stesse finalità investigative e di acquisizione di elementi probatori, la possibilità di *ritardare* o di *omettere atti di cattura, di arresto e di sequestro*;

- all'art. 99, che consente la perquisizione e la cattura di navi ed aeromobili sospettati di essere adibiti al traffico di sostanze stupefacenti;
- all'art. 103, che estende alla Guardia di Finanza i poteri di controllo e di ispezione negli spazi doganali, in precedenza previsti solo per le autorità doganali, assegnando, nel contempo, importanti poteri di controllo, ispezione e perquisizione nel corso di operazioni per la prevenzione e la repressione del traffico illecito di stupefacenti.

Più nel dettaglio, l'acquisto simulato e la consegna controllata si sono rivelate procedure investigative estremamente incisive e proficue nella repressione delle attività criminali di organizzazione del commercio illecito di sostanze stupefacenti.

Infatti, attraverso l'infiltrazione negli ambienti criminali da parte degli agenti sotto copertura e la possibilità di ritardare gli atti di arresto e/o sequestro senza interrompere l'attività criminosa in essere, è stato possibile acquisire più significativi elementi di prova a carico dei responsabili e penetrare più profondamente nell'organizzazione criminale, rendendo nettamente più agevole l'individuazione ed il perseguimento dei "livelli superiori" del traffico illecito.

Problematiche emerse ed eventuali proposte di modifica alla normativa vigente.

E' necessario in particolare definire, in termini ponderali certi di principio attivo, la quantità di droga detenuta per uso esclusivamente personale che legittima la polizia giudiziaria a procedere in via amministrativa.

Si ricorda, infatti, che prima del referendum popolare del 18 aprile 1993 la detenzione, l'importazione e l'acquisto di sostanze stupefacenti per l'uso personale in quantità non superiori alla dose giornaliera non comportava l'applicazione di sanzioni penali.

Quando la quantità di sostanza detenuta appariva compatibile con il parametro della "dose media giornaliera", si procedeva alla contestazione del fatto e al sequestro amministrativo delle sostanze, le quali venivano successivamente inviate al laboratorio per l'esatta determinazione della percentuale di principio attivo; contestualmente, l'attività svolta veniva riferita al Prefetto. Solo se dall'esame di laboratorio risultava il superamento del limite quantitativo massimo, si procedeva alla comunicazione della notizia di reato alla competente Procura della Repubblica.

Venuto meno il limite quantitativo massimo di sostanza stupefacente detenibile, la detenzione costituisce, potenzialmente, sempre un illecito penale e, di conseguenza, gli agenti operanti sono tenuti a comunicare "senza ritardo" la "notitia criminis" al Procuratore della Repubblica e a depositare in Cancelleria la sostanza sequestrata.

Spetta, infatti, esclusivamente al pubblico ministero, sulla base degli elementi di prova in suo possesso, stabilire se la detenzione sia avvenuta per uso personale e, in caso positivo, richiedere al G.I.P. l'archiviazione.

Soltanto dopo il decreto di archiviazione gli atti e la sostanza saranno trasmessi al Prefetto per l'applicazione delle sanzioni amministrative.

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, partendo dal presupposto che esse siano illecitamente detenute;
- acquisire ogni elemento utile per l'accertamento dello scopo della detenzione, assumendo informazioni (anche dalla persona interessata) ed effettuando ispezioni, rilievi e ogni altra operazione tecnica prevista dal c.p.p.;
- 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 quantitativi limitati, 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. Non è possibile, infatti, instaurare contemporaneamente le due procedure, quella penale e quella amministrativa, perché fino all'accertamento da parte dell'Autorità Giudiziaria della sussistenza della causa di non punibilità dell'uso personale, non è istruibile, per lo stesso fatto, il procedimento amministrativo per l'irrogazione delle sanzioni.

La mancata indicazione dei quantitativi oltre i quali la detenzione non può più ritenersi finalizzata all'uso personale, determina pertanto la necessità di fare riferimento alle direttive emanate in sede locale dall'Autorità Giudiziaria.

Al riguardo, l'Autorità Giudiziaria adotta diversi criteri per accertare l'esistenza o meno del fine dell'uso personale e stabilire, conseguentemente se il fatto della detenzione vada perseguito penalmente ovvero in via amministrativa.

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 e altri strumenti atti allo scopo;
- il rinvenimento a carico del soggetto di più tipi di droghe, considerato che è assai difficilmente sostenibile la destinazione al consumo personale di droghe aventi diversa natura;
- eventuale possesso di cospicue somme di denaro (specie se di piccolo taglio) o di valori in genere;
- personalità e profili soggettivi dell'indagato (precedenti di polizia, status socio-economico, legami con organizzazioni notoriamente dedite al traffico e allo spaccio di sostanze stupefacenti).

Non assume importanza, invece, la verifica dello stato di tossicodipendenza; tale circostanza, infatti, non rileva ai fini probatori, giacché la condizione di tossicodipendente non esclude di per sé quella di spacciatore.

Per quanto concerne l'indicazione dei quantitativi oltre i quali la detenzione non può più ritenersi finalizzata all'uso personale, non esistono al momento indicazioni univoche da parte delle Autorità Giudiziarie.

Lo stesso dicasi per la determinazione dei limiti quantitativi sulla base dei quali si deve procedere all'arresto in flagranza, ovvero alla denuncia a piede libero.

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 anche quelle 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 (ad esempio dotando il personale operante di documenti di riconoscimento a "copertura totale" al fine di occultarne l'identità; eliminando l'obbligo della pubblica testimonianza in dibattimento per l'agente sotto copertura o, quanto meno, evitando nel corso della stessa la rivelazione della sua vera identità).

Occorre, inoltre, una norma interpretativa dell'articolo 100 del D.P.R. 309/90 inerente la destinazione dei beni sequestrati o confiscati a seguito di operazioni antidroga.

L'attività operativa ha, infatti, consentito di riscontrare un diverso comportamento delle Autorità giudiziarie allorché vengono inoltrate le richieste di affidamento in custodia o assegnazione di tali beni.

In particolare, il rigetto viene talvolta motivato nella considerazione che gli autoveicoli, per essere assegnati alle Forze di Polizia, devono essere stati direttamente utilizzati per il trasporto dello stupefacente.

Per contro, la portata della norma sembra essere più ampia, laddove si fa riferimento ai "mezzi sequestrati nel corso di operazioni di polizia giudiziaria antidroga", ricomprendendo in tal senso e secondo una interpretazione ritenuta più consona allo spirito della disposizione, anche mezzi che non necessariamente trasportano lo stupefacente ma che siano, per altri motivi, coinvolti o, comunque, utilizzati nei traffici illeciti.

Disciplina degli aspetti sanitari delle tossicodipendenze e delle alcooldipendenze

Progetto obiettivo tossicodipendenze - Riorganizzazione del sistema di assistenza sanitaria ai tossicodipendenti ed alcolisti

Il profondo mutamento che ha interessato, negli ultimi anni, il settore delle dipendenze ha determinato la necessità di elaborare nuovi programmi e sistemi di intervento, sia per quanto riguarda la prevenzione sanitaria che le attività assistenziali e riabilitative. L'inclusione delle problematiche legate all'abuso di sostanze nell'ambito del Piano Sanitario Nazionale (1998-2000), il cui obiettivo prioritario è la promozione della salute attraverso adeguati comportamenti e stili di

vita, rende necessaria la predisposizione di un "Progetto obiettivo sulle tossicodipendenze" che definisca le attività di prevenzione ed educazione alla salute, nonché gli interventi terapeutico-riabilitativi realizzabili nel Paese.

La riforma del Servizio sanitario nazionale (D.Lg.vo 502/92 e successive modificazioni) impone, inoltre, la necessità di inquadrare i Servizi per le tossicodipendenze nel contesto del nuovo assetto del SSN, sia per quanto riguarda le competenze e l'organizzazione all'interno delle Aziende che la definizione dei livelli di assistenza da garantire agli utenti, ridefinendo la tipologia e la numerosità delle professionalità coinvolte, nonché i rapporti fra Servizio pubblico e realtà private.

L'esigenza di revisione dell'assetto organizzativo del settore sanitario delle dipendenze, emersa anche durante la Conferenza di Napoli, ha reso necessaria la costituzione di un gruppo di lavoro, composto da rappresentanti del Ministero della sanità e delle Regioni, che ha affrontato questo complesso problema. Tavoli di lavoro ristretti hanno esaminato tematiche particolari quali la definizione delle principali attività assistenziali, la formazione degli operatori, la razionalizzazione dei flussi informativi.

A seguito di numerose riunioni, svoltesi tra aprile e dicembre 1997, si è giunti alla elaborazione di una proposta di nuovo assetto del sistema di assistenza sanitaria, che si basa sulla realizzazione di un modello organizzativo "dipartimentale" che affronti tutti gli aspetti sanitari connessi con l'abuso di sostanze.

Il Dipartimento, configurato come entità aziendale e diretto da un esperto del settore di livello dirigenziale -individuato normalmente tra i responsabili delle unità operative ad esso afferenti- gestisce le risorse e coordina i centri di responsabilità coinvolti nell'area della dipendenza. Sono stati prospettati due possibili modelli di Dipartimento: un modello tecnico-funzionale, privo di una specifica configurazione gerarchico-amministrativa e un modello strutturato, dotato di piena autonomia gestionale.

Sono state avanzate ipotesi relative sul ruolo e sulle "prestazioni minime" delle unità operative (SerT) afferenti al Dipartimento, sulla realizzazione di un nuovo rapporto di collaborazione ed integrazione con le strutture del privato sociale, sulla programmazione e sul coordinamento extra-aziendale degli interventi.

Particolare risalto è stato dato al problema, di estrema attualità, delle nuove droghe sintetiche comparse sul mercato illecito, ribadendo la necessità di appropriati interventi di informazione e di prevenzione primaria e secondaria. I lavori si concluderanno con la elaborazione di una proposta definitiva, condivisa dalle Regioni.

Revisione dei rapporti con gli Enti e Associazioni del volontariato e privato sociale (Comunità terapeutiche ed ex Enti ausiliari)

Nella Conferenza sulle tossicodipendenze di Napoli è emersa l'unanime esigenza di revisione dell'assetto organizzativo del settore delle dipendenze che ha vissuto, negli ultimi anni, profonde trasformazioni per la comparsa di nuove sostanze e di differenti forme d'abuso che impongono la necessità di fornire

interventi il più possibile diversificati per rispondere in maniera completa alle diverse esigenze degli utenti.

La riforma del Servizio sanitario nazionale, che ha introdotto la procedura dell'accreditamento e la necessità di ottenere una maggiore integrazione e una più produttiva modalità di collaborazione tra i diversi Servizi, ha reso necessaria anche la revisione dei rapporti tra servizio pubblico, privato sociale e volontariato.

Sono stati convocati i rappresentanti del Coordinamento permanente delle Regioni, dei Coordinamenti regionali delle Comunità terapeutiche e delle principali Associazioni che operano nel settore delle dipendenze, al fine di giungere alla revisione dell'Atto d'intesa fra Stato e Regioni del 9 febbraio 1993 che definisce i criteri per l'iscrizione delle diverse strutture all'albo degli Enti Ausiliari.

Nel corso degli incontri è emersa, in primo luogo, l'esigenza di superare l'attuale distinzione tra comunità pedagogiche e terapeutico-riabilitative.

Si è anche evidenziata la necessità di stabilire percorsi formativi comuni e riconosciuti in tutto il Paese per il personale operante nelle diverse strutture. Sono stati esaminati infine i criteri per l'accreditamento delle strutture operative e per la valutazione e la periodica verifica dei requisiti e dei programmi riabilitativi.

Allo stato, si è giunti alla stesura di un documento che sarà sottoposto, per la definitiva approvazione, all'esame delle Amministrazioni enti ed associazioni interessate.

Revisione del regolamento di attuazione dell'art. 186 del Nuovo codice della strada e attuazione dell'art. 187 del codice medesimo

E' stata svolta un'attività di studio e di elaborazione di proposte per la revisione del Nuovo Codice della strada e del relativo Regolamento di attuazione, ai fini del miglioramento delle procedure di accertamento del tasso alcolemico nei soggetti alla guida di autoveicoli, finalizzato a una più puntuale prevenzione degli incidenti stradali, nonché per l'attuazione dell'art. 187 del Codice medesimo.

Sono stati prodotti documenti che dovranno accompagnare le proposte di innovazione, da presentare all'approvazione del Consiglio superiore di Sanità prima della elaborazione dei relativi atti normativi o organizzativi.

Per le sostanze stupefacenti, l'esame del Consiglio superiore di sanità sarà richiesto per una bozza di decreto interministeriale che riguarda la regolamentazione degli accertamenti dello stato di alterazione fisica e psichica correlata con l'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope, in attuazione di quanto previsto dall'art. 187 del nuovo Codice della strada.

1.3 COOPERAZIONE INTERNAZIONALE

Nel corso del 1997 è proseguita la partecipazione italiana alle iniziative intraprese nel campo della cooperazione, comunitaria ed internazionale, in materia di lotta alle tossicodipendenze, sulla base della esigenza di affrontare il fenomeno droga in modo flessibile e "globale".

Il concetto di "globalità" va inteso in una duplice accezione:

- necessità di stimolare il coinvolgimento e l'accordo del maggior numero di Paesi nelle azioni di contrasto;
- pluralità di settori su cui operare contemporaneamente.

I principali campi di azione individuati attengono alla:

- informazione
- prevenzione
- repressione
- ricerca scientifica
- armonizzazione delle legislazioni nazionali
- partecipazione a programmi specifici ed assistenza a Paesi terzi.

L'Italia ha partecipato attivamente alle attività svolte dai seguenti Organismi:

- UNDCP (Programma delle Nazioni Unite per il controllo della droga), svolgendo un'azione volta a stimolare un approccio concertato su scala mondiale, senza distinzione tra Paesi produttori, di transito o di consumo;
- INCB (*International Narcotics Control Board*), che ha il compito è quello di raccogliere dati e documentazione sulla legislazione dei vari Paesi in materia di droga e sull'uso lecito di sostanze stupefacenti, per scopi medici e scientifici;
- GRUPPO DI DUBLINO, che si propone di attuare un più stretto coordinamento tra i Paesi dell'U.E. e USA, Canada, Giappone, Australia, Norvegia, Svezia, in tema di formazione del personale, adeguamento delle legislazioni antidroga alle Convenzioni internazionali, attività di prevenzione per la riduzione della domanda.
- GRUPPO POMPIDOU, per lo studio e lo sviluppo di metodologie e protocolli, con finalità prevalentemente epidemiologiche.
- GAFI (Gruppo Azione Finanziaria) e CATF (Gruppo Azione Chimica), istituiti a Parigi nel 1989 nell'ambito dei Paesi G7. I due gruppi si occupano, rispettivamente, del riciclaggio dei proventi del narcotraffico e del controllo dei precursori chimici.
- CICAD, emanazione dell'Organizzazione degli Stati Americani, per i problemi connessi alla droga.
- UNIONE EUROPEA - L'Italia partecipa in particolare all'attività del terzo Pilastro del Trattato dell'Unione Europea, che riguarda la cooperazione tra gli Stati membri nel campo della giustizia e degli affari interni.
- G7/P8 - Gruppo di esperti sulla criminalità organizzata, che ha avuto dal "Vertice" di Halifax il mandato di esaminare gli accordi esistenti in materia

criminale, ivi comprese le questioni attinenti al narcotraffico, per identificarne le principali lacune e proporre azioni concrete per colmarle.

- UDE EUROPOL - Ufficio di Polizia istituito con il trattato di *Maastricht* per il coordinamento dell'attività di contrasto.

- OSSERVATORIO EUROPEO SULLE DROGHE E SULLE TOSSICODIPENDENZE (O.E.D.T.) Organismo dell'Unione Europea che si occupa della standardizzazione e diffusione dei flussi informativi prodotti dai Paesi dell'Unione.

In ambito bilaterale, l'Italia sviluppa una rete di accordi con vari Paesi interessati al fenomeno, sia sotto l'aspetto della produzione che del traffico e del consumo. Sono al momento operativi accordi con Albania, Arabia Saudita, Argentina, Austria, Bielorussia, Bulgaria, Cile, Cipro, Croazia, Egitto, Francia, Germania, Gran Bretagna, Grecia, Israele, Malta, Marocco, Messico, Perù, Romania, Russia, Slovenia, Spagna, Stati Uniti, Turchia, Ucraina, Ungheria, Venezuela.

Cooperazione nell'area dell'informazione

L'"Osservatorio permanente sul fenomeno droga" del Ministero dell'Interno ha proseguito, a livello comunitario, l'attività in qualità di Punto Focale dell'Osservatorio sulle Droghe e le tossicodipendenze di Lisbona. per il Progetto REITOX, finalizzato alla creazione della Rete Europea Informativo-Informatica sulle tossicodipendenze, avviata nel 1995. Nell'ambito del programma di lavoro per il 1997 ha, in particolare, svolto - su direttive dell'O.E.D.T. - i seguenti compiti:

- redazione del primo Rapporto nazionale sull'andamento del fenomeno droga, aggiornato al 1996 (sulla base dello schema di Indice già predisposto dal Punto Focale Italiano ed approvato dall'O.E.D.T.);

- aggiornamento al 1996 della mappa sulle fonti informative esistenti, a livello nazionale, nel campo dell'epidemiologia, della riduzione della domanda e sui centri di documentazione operanti nel settore;

- adeguamento strutturale al Progetto I.D.A. (finalizzato allo scambio di dati tra le pubbliche amministrazioni dell'Unione Europea);

- partecipazione alla creazione di un Sistema di Allerta sulle nuove droghe sintetiche in Europa (denominato "*Early Warning System on new synthetic drugs*");

- preparazione, con l'ausilio di un gruppo di esperti, di uno studio di fattibilità sull'attivazione, a livello nazionale, di un "Sistema di monitoraggio rapido sulle droghe sintetiche", in attuazione di una delibera del Consiglio dell'U.E. che ha previsto un'azione comune tra gli Stati membri per lo scambio rapido di informazioni sulle nuove droghe sintetiche e la valutazione dei rischi connessi;

- adesione all'avvio della seconda fase di fattibilità del Progetto E.D.D.R.A. relativo alla costituzione di una Banca Dati europea sulle iniziative adottate nei 15 Paesi membri nel campo della riduzione della domanda di droga, al fine di favorire lo scambio di esperienze fra professionisti ed operatori del settore;

- partecipazione al Progetto "Banca Dati europea sulle legislazioni nazionali in materia di tossicodipendenza";
- partecipazione alle riunioni del Consiglio di Amministrazione dell'E.M.C.D.D.A.;
- partecipazione alle riunioni operative del programma annuale del Progetto REITOX e organizzazione di "meeting" e seminari. In particolare, quello relativo allo studio comparativo delle tipologie dei Servizi di cura e trattamento esistenti in Europa, coordinato dal Punto Focale Greco e quello organizzato dall'Osservatorio Nazionale il 17 dicembre 1997 su "Strumenti epidemiologici e flussi informativi", nel corso del quale sono stati posti a confronto i Sistemi informativi realizzati dall'O.E.D.T. e da altri Stati membri;
- diffusione della documentazione prodotta da altri Paesi membri e dall'O.E.D.T.

Cooperazione nell'area della prevenzione

Dal gennaio 1997, l'Italia collabora, mediante il Ministero della Sanità, al "Programma di azione comunitaria per la prevenzione della tossicodipendenza".

Le attività del programma comprendono:

- partecipazione alle riunioni plenarie del Comitato che presiede al funzionamento del programma, nonché ai Gruppi di lavoro che redigono il programma annuale e verificano la coerenza e complementarietà rispetto ad altre azioni comunitarie (Progetti AIDS, cancro, Reitox, Biomed, ecc.) delle iniziative adottate;
- collaborazione alle richieste di informazioni della Commissione Europea sui partner italiani dei progetti europei e sulla valutazione di qualità dei progetti stessi;
- partecipazione, anche, alle iniziative transnazionali specifiche del programma, coadiuvate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli Affari Sociali.

Su proposta della Commissione europea e decisione del Consiglio, è stata promossa la terza Settimana europea di prevenzione delle tossicodipendenze che si svolgerà presso ogni Paese dell'Unione dal 16 al 22 novembre 1998. A partire dal mese di settembre 1997, hanno avuto luogo a Lussemburgo le riunioni dei coordinatori nazionali presiedute da funzionari della Commissione europea. E' in corso di definizione il programma nazionale delle attività previste, secondo il tema condiviso a livello europeo: "Pluridisciplinarietà e prevenzione delle tossicodipendenze: sensibilizzazione della società civile e partenariato".

Una particolare attenzione verrà dedicata alle iniziative relative alla famiglia, alla scuola, al lavoro, alle unità di strada, allo sport, al tempo libero, alla formazione ed all'informazione, alle nuove droghe sintetiche.

La coincidenza dello svolgimento della Settimana europea con la realizzazione della settima Campagna informativa promossa dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri offrirà l'occasione di utilizzare al meglio la comunicazione in materia di prevenzione delle tossicodipendenze in campo nazionale, grazie alle

numerose iniziative che verranno realizzate in integrazione fra i soggetti coinvolti ai vari livelli pubblici e del privato sociale.

Cooperazione nel settore della repressione

La cooperazione internazionale, nel contesto della lotta al narcotraffico ed al riciclaggio del denaro da questo derivante, si è sviluppata mediante una sempre più intensa collaborazione tra le Forze di Polizia dei vari Paesi, sia con riferimento allo sviluppo delle investigazioni che attraverso la partecipazione di personale qualificato della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (D.C.S.A.) del Ministero dell'Interno, alle riunioni degli Organismi e dei vari Gruppi di lavoro internazionali che si occupano del problema.

Oltre agli incontri, previsti da accordi multi e bilaterali nel settore, la D.C.S.A. ha partecipato:

- in ambito ONU: ai lavori della 40^a sessione della Commissione Stupefacenti; alla 32^a Sessione della Sottocommissione dell'U.N.D.C.P. sul traffico illecito di droga nel Vicino e Medio Oriente ed alla 8^a riunione dell'HONLEA - America Latina/Caraibi;
- in ambito U.E.: ai lavori dei Gruppi "Droga e Criminalità Organizzata", "Comitato Precursori", "Orizzontale Droga" ed alle riunioni di EDU-Europol sulle organizzazioni criminali turche e sudamericane;
- in ambito "Gruppo di Dublino": alle riunioni plenarie e ad alcuni "Minigruppi" regionali;
- in ambito Consiglio d'Europa: alla 39^a ed alla 40^a riunione dei Corrispondenti Permanenti del "Gruppo Pompidou", nonché alla riunione annuale del Gruppo di Concertazione dei Servizi di controllo antidroga degli aeroporti europei, che si è tenuta ad Istanbul;
- in ambito "Accordo di Schengen": alle riunioni del "Gruppo Stupefacenti";
- in ambito Interpol: ai lavori della 66^a sessione dell'Assemblea Generale dell'O.I.P.C.; alla 23^a riunione europea dei Capi Nazionali antidroga; alla 3^a Conferenza Internazionale sull'Eroina di Genova, organizzata dalla stessa Direzione Centrale per i Servizi Antidroga;
- in ambito I.N.C.E.: alla Conferenza dei Ministri responsabili della politica antidroga dei Paesi aderenti alla iniziativa dell'Europa Centrale;
- alla XV^a Conferenza annuale dei Capi dei Servizi Antidroga (IDEC XV);
- alle riunioni preparatorie della Conferenza Quadrangolare, di cui fanno parte, oltre all'Italia, gli U.S.A., la Francia ed il Canada;
- alla Conferenza ministeriale su "Stupefacenti nel Mediterraneo occidentale";
- alla 3^a Conferenza delle attività di polizia nell'area asiatica e del Pacifico (ADEC III);
- alla riunione dei Capi delle Forze di Polizia, organizzata dal Gruppo di Cooperazione economica del Mar Nero;

- al Seminario sullo scambio di esperienze tra le Forze di Polizia dell'U.E. e quelle dei Paesi Andini e del Brasile.

La Direzione Centrale per i Servizi Antidroga ha, inoltre, mantenuto rapporti con le omologhe Agenzie di polizia di numerosi Paesi stranieri. Hanno fatto visita alla D.C.S.A., per conoscerne la struttura organizzativa ed operativa o per partecipare a corsi di formazione, funzionari dell'Arabia Saudita, Giordania, Francia, Colombia, Danimarca, Russia, Germania, Lituania, Brasile, Marocco e Argentina.

Nell'ambito dell'attività svolta dal Ministero delle Finanze a livello di Unione Europea, in base ai principi di cooperazione doganale previsti dal Titolo VI del Trattato di Maastricht, si è svolta nel maggio 1997 l'operazione sul transito aereo denominata "Pegasus 97". Si tratta di una delle esercitazioni congiunte organizzate ogni anno per contrastare i transiti verso altri scali europei di sostanze stupefacenti provenienti da zone geografiche "a rischio". In questa occasione, hanno formato oggetto di controllo i voli provenienti dal Sud-America e dai Caraibi. Vi hanno partecipato i Servizi dei principali aeroporti dell'U.E. (per l'Italia sono stati interessati gli aeroporti di Roma e Milano).

Nel mese di settembre 1997 è stata effettuata in tutti i Paesi dell'U.E. (con sbocco sul mare) e nella Norvegia l'operazione "Seahorse", un'operazione di controllo a carattere annuale sulle imbarcazioni fino a 1000 tonnellate di stazza, sospettate di trasportare sostanze stupefacenti e/o tabacchi lavorati. La base operativa era situata a Rotterdam in Olanda (nel 1998 sarà in Italia). Nel nostro Paese l'operazione è stata gestita congiuntamente dal Dipartimento delle Dogane del Ministero delle Finanze e delle II.II. e dal Comando Generale della Guardia di Finanza.

Particolare rilievo, per quel che concerne la cooperazione internazionale, assumono, inoltre, gli accordi intergovernativi di mutua assistenza amministrativa in materia doganale, conclusi dall'Italia con altri Stati, applicabili anche ai fini dell'azione di contrasto del traffico illecito di sostanze stupefacenti.

La Direzione Generale degli Affari Penali del Ministero di Grazia e Giustizia ha preso parte alle iniziative di cooperazione, partecipando:

- ai lavori della Commissione Stupefacenti delle Nazioni Unite (1997), quale organo preparatorio della Sessione Speciale dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite sulla droga, prevista nel mese giugno 1998;
- alla Sessione VI (1997) della Commissione delle Nazioni Unite per la prevenzione del crimine e della giustizia penale;
- ai lavori del Gruppo del G7/P8 sul crimine organizzato;
- ai lavori dell'Unione Europea ("III Pilastro"), per l'elaborazione e l'esecuzione del Piano d'azione contro la criminalità organizzata.

Cooperazione nel settore della ricerca scientifica

L'evento caratterizzante del 1997 è stato la partecipazione di rappresentanti del nostro Paese all'organizzazione ed allo svolgimento della Conferenza svoltasi a Tromsø, in Norvegia.

E' stato posto l'accento sulle esigenze emergenti nel settore, sia per quanto riguarda il problema delle nuove droghe sintetiche che per l'evoluzione nel consumo delle sostanze "classiche". Sono stati anche ricordati i pregevoli risultati ottenuti in negli ultimi anni dai Servizi italiani di assistenza, pubblici e privati. Nel corso della Conferenza è stato infine presentato il nuovo modello organizzativo dell'assistenza, in corso di definizione.

Il Ministero della Sanità ha collaborato alle attività routinarie del Gruppo Pompidou, fornendo informazioni e suggerimenti per la redazione del Rapporto Annuale ed ha partecipato ad alcuni progetti di ricerca nel campo dell'epidemiologia e della raccolta-dati, nonché alla realizzazione di un manuale per la valutazione degli interventi di prevenzione.

L'Italia è stata inserita operativamente in gran parte delle attività del Gruppo Pompidou, proposte e coordinate dal "Gruppo di esperti delle epidemiologie della droga", che opera con il continuo supporto dei corrispondenti permanenti di ciascun Paese e fornisce conoscenza scientifica e consulenza tecnica. Il gruppo lavora per sottogruppi tecnici, ciascuno dei quali concentra la propria attività sullo sviluppo metodologico-operativo di uno specifico problema o indicatore epidemiologico. L'Italia è coinvolta in queste attività e partecipa a diversi studi collaborativi su tematiche di rilievo, quali:

- Validità ed utilità dei sistemi di rilevazione dei trattamenti - Sono stati studiati e, successivamente, utilizzati protocolli europei standardizzati per la registrazione delle richieste e prime richieste di trattamento. Lo studio sulle prime richieste di trattamento, cui partecipano 15 città europee, si rivela interessante prezioso per l'interpretazione di andamenti insoliti del fenomeno, sia in termini di nuove sostanze (specie sintetiche), che di rischi associati.

- Lo studio Multi-City - E' uno studio comparativo sull'andamento del fenomeno droga condotto in 13 capitali europee, attraverso l'aggiornamento annuale dei principali indicatori epidemiologici.

Tutta un'altra serie di studi mira a sviluppare metodologie per raggiungere e studiare gruppi sommersi di assuntori difficilmente raggiungibili (es. lo *Snow-Ball* per la stima della diffusione dell'abuso di cocaina e sostanze psicostimolanti sintetiche) o per rilevare l'uso problematico di droga (indicatore "Emergenze non fatali").

Una specifica attenzione è stata posta sul problema donna in relazione alla droga, dettata 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.

Altri settori di collaborazione riguardano la prevenzione, per la quale si stanno approntando schemi-pilota per studi specifici.

All'interno delle collaborazioni di ricerca con l'UNDCP, sono stati sviluppati studi su aspetti psico-farmacologici e preventivo-educazionali delle sostanze di abuso (ad es. lo studio sul rapporto tra sostanze psicoattive ed aggressività), approfondite problematiche correlate all'analisi chimico-tossicologica delle sostanze stupefacenti ed effettuati e coordinati progetti e corsi per l'addestramento di tossicologi forensi europei ed extraeuropei.

Cooperazione nel settore dell'armonizzazione delle legislazioni nazionali

Nel corso del 1997, l'Italia ha mantenuto la presidenza del sottogruppo "Europa Orientale" e "Asia Centrale" nell'ambito del Gruppo di Dublino per il coordinamento delle attività antidroga fra i principali Paesi che finanziano i programmi dell'O.N.U. in materia. Ne fanno parte i 15 Paesi dell'Unione Europea, U.S.A., Canada, Giappone, Australia, l'U.N.D.C.P. e la Commissione Europea.

Presso tutti i Paesi dell'Europa Orientale e dell'Asia Centrale, le Ambasciate italiane hanno svolto un'incessante azione di stimolo, per rimarcare l'esigenza di una legislazione adeguata ad affrontare il fenomeno droga; ad organizzare efficaci strutture di controllo per la prevenzione e la repressione, a migliorare la preparazione professionale del personale addetto a questa specifica attività.

Cooperazione nel settore della partecipazione a programmi specifici nell'ambito della cooperazione ed assistenza a Paesi terzi

L'Italia ha attivamente partecipato alle riunioni CODRO, all'interno dell'Unione Europea, che hanno riguardato, in particolare, la preparazione della Sessione speciale dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite sulla droga.

L'Italia, in cooperazione con gli altri Paesi membri, ha anche delineato i tratti salienti della partecipazione europea al Gruppo di Dublino, che si propone di sviluppare attività di cooperazione ed assistenza verso Paesi terzi nel settore della lotta alla droga.

Un'attenzione particolare è stata dedicata al dialogo con l'America Latina; l'Italia, con la Spagna, ha svolto un ruolo trainante per la creazione di un meccanismo di cooperazione tra l'U.E., l'America Latina e i Caraibi, che tenga conto delle direttive dei Consigli Europei di Madrid, Firenze e Dublino.

Sempre in tale ambito, nel corso del 1997 l'Italia ha operato per la creazione di un meccanismo di stretta cooperazione tra U.E. e Gruppo di Rio, mediante la costituzione di un Comitato di Alto Livello, al quale per partecipare le Autorità dei Paesi membri che si occupano della lotta alla droga.

La partecipazione italiana al "Programma" delle Nazioni Unite è di assoluto rilievo ricoprendo da tempo la posizione di uno dei maggiori "donatori" dell'U.N.D.C.P. (Il contributo per il 1997 è stato di 12 miliardi).

I progetti finanziati grazie a tale contributo sono predisposti e realizzati dall'U.N.D.C.P. sulla base di criteri di carattere geografico e settoriale concordati con il Ministero degli Affari Esteri.

All'impegno sul piano finanziario si è affiancata l'azione "politica" sviluppata dal nostro Paese, volta a promuovere la razionalizzazione dell'attività istituzionale delle Nazioni Unite nel settore della lotta alla droga, nonché l'adozione, da parte di Paesi terzi, delle Convenzioni internazionali in materia.

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

1.4 BUDGET A DISPOSIZIONE PER LA LOTTA ALLE TOSSICODIPENDENZE

Erogazioni nel 1997 del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga per i finanziamenti dei progetti finalizzati alla prevenzione e recupero delle tossicodipendenze.

Progetti presentati da Enti Locali ed UU.SS.LL.

A seguito della emanazione del decreto ministeriale del 5 maggio 1995 riguardante *"termini e modalità di presentazione delle domande di finanziamento di progetti a valere sul Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga per gli anni 1994 e 1995"*, sono pervenute nei termini prescritti al Dipartimento per gli Affari Sociali circa 5300 domande di finanziamento di progetti predisposti da Enti Locali (Province, Comuni, Comunità Montane) e da UU.SS.LL., per un importo globale di L. 251.267.336.000.

Sono stati dichiarati ammissibili e sottoposti alla competente Commissione per l'esame istruttorio 3.233 progetti.

Ai sensi dell'art.1 del decreto del Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale del 6.12.1995, la disponibilità originaria per il finanziamento dei progetti presentati dagli Enti locali e dalle UU.SS.LL., determinata in misura non superiore al 44% dello stanziamento totale del Fondo, ammontava a L. 84.744.000.000 per il 1994 e a L. 86.653.600.000 per il 1995.

Detti importi, ai sensi del decreto del Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale del 12.3.1996, sono stati integrati per l'esercizio finanziario 1994 con lire 617.940.971 e di conseguenza la disponibilità totale per il 1994 è ammontata a L. 85.361.940.971.

A seguito dell'esame da parte della Commissione Istruttoria, sentito il Comitato nazionale di coordinamento per l'azione antidroga nella seduta del 13.6.1997, sono stati disposti i finanziamenti, così suddivisi:

**Progetti finalizzati alla prevenzione e recupero delle persone tossicodipendenti,
presentati per gli esercizi 1994 e 1995 da Enti locali e Aziende Sanitarie locali e
approvati per il finanziamento a carico del Fondo Nazionale di Intervento per la lotta
alla droga
Anno 1997**

REGIONI	N° progetti presentati da Enti locali	N° progetti presentati da Asl	Totale progetti presentati	Finanziamenti concessi
Abruzzo	83	7	90	4.290.130.000
Basilicata	59	7	66	1.613.130.000
Calabria	185	25	210	5.975.540.000
Campania	204	22	226	11.721.200.000
Emilia Romagna	213	132	345	13.640.547.500
Friuli Venezia Giulia	31	15	46	3.545.990.000
Lazio	208	51	259	14.775.360.000
Liguria	86	9	95	5.119.700.000
Lombardia	274	109	383	32.707.220.000
Marche	121	23	144	5.820.970.000
Molise	23	6	29	1.157.850.000
Piemonte	168	109	277	14.883.690.000
Puglia	229	34	263	12.634.042.200
Sardegna	159	16	175	4.970.330.000
Sicilia	125	14	139	11.451.995.500
Toscana	130	52	182	10.125.055.400
Trentino Alto Adige	11	2	13	1.145.265.400
Umbria	81	6	87	2.857.920.000
Valle d'Aosta	2	1	3	195.410.000
Veneto	144	57	201	14.134.076.168
Totale	2536	697	3233	172.765.422.168

Progetti presentati da Enti, organizzazioni di volontariato, cooperative e privati

A seguito del citato decreto del 5 maggio 1995, sono pervenute, nei termini prescritti, al Dipartimento per gli Affari Sociali, complessivamente 1.400 progetti presentati da Enti, organizzazioni di volontariato, cooperative e privati, per un importo globale pari a L.166.048.716.375 per il 1994 e 185.218.619.945 per il 1995.

Sono stati dichiarati ammissibili e sottoposti alla competente Commissione per l'esame istruttorio 984 progetti.

La disponibilità originaria per il finanziamento di tali progetti, determinata nella misura non superiore al 25% dello stanziamento totale del Fondo, ammontava a 48.150.000.000 per il 1994 e a 49.235.000.000 per il 1995.

A seguito dell'esame da parte della Commissione Istruttoria, sentito il Comitato nazionale di coordinamento per l'azione antidroga nella seduta del 20 novembre 1997, sono stati disposti finanziamenti per L. 48.094.418.673 per l'esercizio finanziario 1994 e per L. 48.759.825.931 per l'esercizio finanziario 1995, così suddivisi:

**Progetti finalizzati alla prevenzione, recupero e reinserimento sociale delle
persone tossicodipendenti, presentati da Enti, Organizzazioni di
volontariato, Cooperative e privati, e approvati per il finanziamento a carico
del Fondo Nazionale di Intervento per la lotta alla droga**

Anno 1997

REGIONI	N° progetti presentati	Finanziamenti concessi
Abruzzo	22	2.562.279.749
Basilicata	10	1.697.430.000
Calabria	28	2.797.634.980
Campania	46	6.044.491.200
Emilia Romagna	77	6.066.430.103
Friuli Venezia Giulia	21	1.497.308.260
Lazio	79	15.337.433.896
Liguria	34	3.795.657.561
Lombardia	168	16.333.531.793
Marche	48	3.506.690.354
Molise	1	
Piemonte	104	7.412.585.242
Puglia	80	8.260.557.927
Sardegna	13	2.031.871.258
Sicilia	78	6.805.822.356
Toscana	72	4.997.917.336
Trentino Alto Adige	11	380.363.108
Umbria	19	2.339.605.399
Valle d'Aosta	3	268.871.408
Veneto	70	4.537.762.675
Totale	984	96.674.244.605

Trasferimento di parte delle disponibilità del Fondo alle Regioni

A seguito della emanazione del decreto del Ministro per la Solidarietà Sociale in data 11 aprile 1996, è stato trasferito alle Regioni ed alle Province autonome, a decorrere dal 1.1.1996, il 75% della disponibilità del Fondo (L. 146.250.000.000) e della entrata in vigore della legge n.86/97 - art.1, comma 1- lettera d). Il Dipartimento per gli Affari Sociali ha effettuato verifiche sulle procedure e sui criteri di utilizzazione delle risorse ad esse assegnate.

Alcune Regioni hanno provveduto nel 1997 ad erogare i finanziamenti di propria competenza a soggetti pubblici e privati, altre sono in procinto di farlo. Ove l'approvazione dei progetti antidroga e l'erogazione dei relativi finanziamenti non dovessero essere completati entro il 31 luglio 1998, si darà attuazione, per le Regioni inadempienti, alle disposizioni normative sull'attivazione dei poteri sostitutivi.

Distribuzione delle quote -relative all'esercizio 1996- del Fondo nazionale per la lotta alla droga trasferite alle Regioni

Regioni	Importo in lire
Abruzzo	3.349.125.000
Basilicata	1.440.562.500
Calabria	4.482.562.500
Campania	13.279.500.000
Emilia - Romagna	10.464.187.500
Friuli - Venezia Giulia	2.866.500.000
Lazio	13.710.937.50
Liguria	5.674.500.000
Lombardia	22.310.437.500
Marche	3.707.437.500
Molise	862.875.000
Piemonte	11.758.500.000
Puglia	10.369.125.000
Sardegna	4.870.125.000
Sicilia	10.771.312.500
Toscana	9.674.437.500
Trentino - Alto Adige	2.742.187.500
Umbria	2.595.937.500
Valle d'Aosta	621.562.500
Veneto	10.698.187.500
Totale	146.250.000.000

Progetti presentati dalle Amministrazioni centrali dello Stato

A seguito della pubblicazione del decreto del Ministro per la Solidarietà Sociale in data 18.4.1997, riguardante la definizione i "Termini e Modalità di presentazione delle domande di finanziamento di progetti da parte delle Amministrazioni centrali dello Stato, a valere sul Fondo nazionale per l'esercizio 1996", sono pervenute, nei termini prescritti, al Dipartimento per gli Affari Sociali 80 domande, per un importo di L. 83.399.766.246.

La disponibilità originaria per il finanziamento di tali progetti, determinata in misura non superiore al 25% dello stanziamento totale del Fondo, ammontava a L. 48.750.000.000.

La Commissione Istruttoria ha dichiarato ammissibili al finanziamento 63 progetti, utilizzando l'intera disponibilità della quota parte del Fondo 1996.

**Progetti finalizzati alla prevenzione e recupero delle persone
tossicodipendenti presentati da amministrazioni statali per l'esercizio 1996
ed approvati per il finanziamento a carico del Fondo nazionale per la lotta
alla droga**

Ministeri	Importi in lire
Difesa	3.685.177.000
Grazia e Giustizia	14.922.298.000
Interno	5.116.878.000
Pubblica Istruzione	19.757.613.000
Sanità	5.268.034.000
Totale	48.750.000.000

Il Dipartimento per gli Affari Sociali ha attivato verifiche sulla concreta attuazione delle attività progettuali e sull'esito dei finanziamenti erogati attraverso il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga negli anni che vanno dal 1990 al 1992, per quanto riguarda l'aspetto strettamente economico-contabile.

Sono state recuperate L. 25.310.048.175 per la mancata realizzazione degli interventi da parte di Regioni ed Enti locali.

In considerazione della progressiva diffusione delle iniziative finanziate sul territorio nazionale, si è reputato necessario, a partire dall'esercizio finanziario 1993, effettuare in modo omogeneo anche la valutazione e la verifica dei progetti in termini di costi/benefici. E' stato predisposto e trasmesso ai soggetti titolari dei finanziamenti uno schema di relazione che rende possibile effettuare l'elaborazione delle informazioni sotto il profilo conoscitivo e gestionale.

I progetti finanziati nel 1993, essendosi conclusi nel dicembre 1997, si prestano ad una valutazione *ex-post*.

Particolare attenzione richiederà la valutazione delle attività dei progetti presentati dagli Enti del privato sociale per il tramite delle Prefetture, per la prima volta gestiti dal Dipartimento per gli Affari Sociali.

Una scheda predisposta dal Dipartimento di Matematica dell'Università di Tor Vergata, in sinergia con il Dipartimento per gli Affari Sociali, è stata inviata alle Prefetture, che hanno monitorato gli interventi.

Le schede, compilate dalle relative Prefetture, stanno affluendo al Dipartimento per gli Affari Sociali che le valuterà congiuntamente al Dipartimento di Matematica attuatore del progetto *"Sistema informatico di supporto alle decisioni per la valutazione dell'impatto sul territorio"*.

**Finanziamenti posti a carico del Fondo nazionale per la lotta alla droga
dall'esercizio finanziario 1990 all'esercizio 1996.**
(in migliaia di lire)

Esercizi	Ministeri	Regioni	Enti locali e ASL	Associazioni e Comunità del Privato sociale	TOTALE
1990	79.632.400	7.488.756	36.323.329		123.444.085
1991	73.983.000	13.739.000	92.792.170		180.514.170
1992	53.898.950	11.759.160	102.331.706		167.989.816
1993	49.860.000	5.362.000	103.153.200	56.195.509	213.570.709
1994	47.096.751	7.364.413	172.765.426 (*)	96.674.244(*)	323.900.834 (*)
1995	49.378.181	8.412.127			57.790.308
1996	48.750.000	146.250.000(**)			195.000.000
TOTALE					1.262.209.752

(*) dati cumulati per gli esercizi 1994 e 1995

(**) il 75% del Fondo è stato trasferito alle Regioni, che lo hanno utilizzato per finanziare progetti presentati da Comuni, ASL e associazioni del privato sociale

Osservatorio permanente sul fenomeno droga

L'Osservatorio permanente sul fenomeno droga del Ministero dell'Interno ha ricevuto nel 1997 dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e sulle Tossicodipendenze un finanziamento di L. 133.547.000 per la partecipazione, in qualità di Punto Focale Nazionale, al programma triennale 1995-1997 dell'Osservatorio Europeo e per l'attuazione del programma annuale relativo alla sub-task 4.1 (Progetto di razionalizzazione, miglioramento e standardizzazione dei rapporti periodici nazionali).

La frammentarietà e la incompletezza delle fonti di documentazione sulle risorse finanziarie disponibili per la lotta alle tossicodipendenze rendono necessaria l'attivazione di una specifica metodologia di rilevazione dell'ammontare delle risorse medesime. Il Dipartimento per gli Affari Sociali, in accordo con le Amministrazioni interessate, attuerà nel 1998 tali iniziative.

PAGINA BIANCA

II PARTE

FONTI INFORMATIVE E SISTEMI DI MONITORAGGIO

2.1 FONTI E SISTEMI INFORMATIVI E DI MONITORAGGIO

Il Testo Unico in materia di tossicodipendenze (D.P.R. 309/90) ha individuato nell' "Osservatorio permanente sul fenomeno droga" del Ministero dell'Interno l'organo di informazione ufficiale del Governo, deputato al coordinamento dei flussi informativi sulle tossicodipendenze prodotti dalle varie amministrazioni pubbliche.

Attualmente all' "Osservatorio permanente sul fenomeno droga" affluiscono, ai sensi dei commi 8,9,10 e 14 dell'art. 1 del T.U. 309/90 i dati e le informazioni prodotti, con specifici sistemi di monitoraggio, dalle seguenti Amministrazioni:

- Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli Affari Sociali;
- Ministero dell'Interno;
- Ministero di Grazia e Giustizia;
- Ministero delle Finanze;
- Ministero della Difesa;
- Ministero della Pubblica Istruzione;
- Ministero della Sanità.

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI - Dipartimento per gli Affari Sociali

Ufficio per il coordinamento delle attività di prevenzione e recupero delle tossicodipendenze.

Svolge il monitoraggio dei progetti finanziati dal Fondo Nazionale per la lotta alla droga, dei quali rileva annualmente le caratteristiche, gli importi (richiesti e concessi) e gli Enti beneficiari.

MINISTERO DELL'INTERNO

Osservatorio permanente sul fenomeno droga.

Questa struttura individuata quale unico "punto di riferimento e di coordinamento nazionale tecnico-informativo" nei rapporti con l'Osservatorio Europeo sulle Droghe e Tossicodipendenze di Lisbona, fornisce un costante supporto informativo, sia mediante la raccolta di dati ed informazioni provenienti dalle amministrazioni coinvolte nel fenomeno, che attraverso rilevazioni curate direttamente, con il tramite delle Prefetture.

Esse riguardano:

- il censimento dei servizi sanitari pubblici e delle strutture socio-riabilitative (fino al 1997) con l'indicazione della denominazione, indirizzo e distribuzione geografica. Per le sole strutture socio-riabilitative, viene indicata la natura giuridica (privata o pubblica); la tipologia (residenziale, semi-residenziale, ambulatoriale); l'iscrizione all'Albo degli Enti ausiliari e le convenzioni stipulate con enti pubblici (rilevazione annuale);
- il numero dei tossicodipendenti in trattamento, rilevato a quattro date fisse dell'anno (fino al 1997), presso le strutture pubbliche e private, con l'indicazione del sesso, della distribuzione geografica e del trattamento a base di sostanze sostitutive (rilevazione semestrale ed annuale);
- l'analisi dei dati sui decessi per "overdose", sulla base delle informazioni fornite dalla Direzione Centrale dei Servizi Antidroga (rilevazione semestrale);
- le iniziative di contrasto al fenomeno avviate in sede locale da parte di Enti pubblici e privati (rilevazione annuale o biennale).

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

A partire dal 1998, a seguito di accordi intervenuti con il Ministero della Sanità, l'Osservatorio non raccoglie più direttamente i dati relativi ai Servizi sanitari pubblici (Ser.T.). Sarà il Ministero della Sanità, attraverso le Regioni, a raccogliere ed elaborare i dati sui Ser.T.

Le rilevazioni curate dall'Osservatorio costituiscono statistiche ufficiali, inserite nel Sistema Statistico Nazionale.

Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (D.C.S.A.)

La Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (D.C.S.A.) dirige e coordina le attività di polizia volte alla prevenzione e repressione del traffico illecito delle sostanze stupefacenti e psicotrope.

L'Ufficio, istituito con la legge 15 gennaio 1991 n. 16, è composto dalle tre Forze di Polizia e dipende direttamente dal Capo della Polizia.

La D.C.S.A. raccoglie "ad horas" i dati sulle operazioni di polizia in tema di sostanze stupefacenti. L'archivio elettronico D.A.D.E. (Direzione Antidroga Data Entry) è parte integrante, - anche se gestito autonomamente - della Banca Dati Nazionale Interforze.

L'archivio comprende anche dati anagrafici "di polizia", secretati per esigenze di lotta al traffico degli stupefacenti.

Fonti dei dati sono:

- le Forze dell'Ordine;
- gli Uffici Doganali interni;

- gli Uffici Consolari all'estero;
- gli Uffici degli Esperti ed Ufficiali di collegamento all'estero della D.C.S.A.;
- le Prefetture;
- gli Istituti di Medicina Legale (per i riscontri autoptici circa i decessi).

La tipologia dei dati raccolti concerne:

- le informazioni sulle operazioni di repressione della produzione, spaccio e traffico delle sostanze stupefacenti, cioè sul tipo di droga sequestrata, peso, purezza, quantità, provenienza, tipo di operazione, organo segnalante;
- il numero e la località dei decessi per "overdose" (cioè i decessi in cui la morte è attribuita in via diretta all'assunzione di droga).

MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA:

Direzione Generale degli Affari Penali

Rilevazione semestrale:

- del numero di procedimenti penali pendenti per produzione e traffico di stupefacenti, per agevolazione all'uso di sostanze stupefacenti, per istigazione, proselitismo e induzione al reato di persona minore;
- del numero dei provvedimenti restrittivi attinenti a reati connessi alla tossicodipendenza;
- del numero di espulsioni di persone straniere;
- del numero di sospensioni delle pene detentive di soggetti tossicodipendenti, conseguenti alla realizzazione di trattamenti di disassuefazione;
- del numero di provvedimenti di ritardo o omissione degli atti di cattura, di arresto o di sequestro.

Le informazioni sono fornite dai Distretti di Corti di Appello (Procure Generali, Uffici Giudiziari).

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (D.A.P.)

L'Amministrazione penitenziaria si avvale di due flussi di dati della tossicodipendenza e dell'infezione da HIV negli istituti penitenziari: uno completamente informatizzato, l'altro di natura cartacea. I due flussi si completano e si integrano a vicenda.

Tramite il flusso informatizzato vengono acquisiti dati dettagliati sul singolo soggetto, ivi compresi i dati sanitari, sullo stato di tossicodipendenza (sostanza assunta, trattamento in corso, trattamento disintossicante, trattamento sanitario, intervento del Ser.T.), e sullo stato di infezione da HIV (compreso l'accertamento dell'infezione, su base volontaria).

La scheda informatica è stata elaborata di concerto con i rappresentanti dei medici che operano negli Istituti penitenziari e consente di conoscere - sempre nel rispetto dell'anonimato - una serie di informazioni che, se incrociate con quelle

presenti nella scheda matricolare, rendono note anche le classi di età, le posizioni giuridiche, il grado di istruzione ed i reati associati ai detenuti tossicodipendenti.

Il rilevamento cartaceo, attuato con cadenza semestrale, riguarda:

- detenuti presenti e detenuti tossicodipendenti, con l'indicazione di quelli in trattamento metadonico;
- detenuti affetti da HIV, distinti in tossicodipendenti e non e secondo la fascia della immunodepressione;
- scarcerazioni di detenuti affetti da HIV per gravi motivi di salute;
- detenuti entrati negli Istituti penitenziari per violazione della legge sulla droga;
- detenuti presenti alla fine del semestre, suddivisi a seconda che siano ristretti per violazione della legge sulla droga o per altri reati;
- detenuti stranieri presenti, tossicodipendenti e affetti da HIV;
- attività dei Centri di servizio sociale a favore dei detenuti tossicodipendenti ed alcooldipendenti: casi in corso alla fine del semestre;
- attività dei Centri di servizio sociale a favore dei detenuti tossicodipendenti ed alcooldipendenti: casi pervenuti durante il semestre.

Ufficio Centrale per la Giustizia Minorile

Svolge opera di monitoraggio, relativamente alla popolazione minorile che transita presso le proprie strutture (Istituti Penali per Minorenni (IPM), Centri di Prima Accoglienza (CPA) e Uffici di Servizi Sociali Minorili (USSM)).

Il processo coinvolge:

- minori di età compresa tra i 14 e i 18 anni;
- ragazzi che, nel corso dell'esecuzione della misura penale, hanno compiuto il 18° anno di età ma non ancora i 21 anni;
- persone per le quali l'esecuzione della misura ha inizio dopo il compimento del 18° anno di età, per pena erogata prima della maggiore età.

Attraverso l'azione di monitoraggio vengono accertati:

- la distribuzione territoriale dei minori assuntori di droga che transitano nei servizi della giustizia minorile;
- i reati commessi dai minori assuntori di droga;
- le sostanze delle quali i minori fanno uso;
- il livello di dipendenza dalla sostanza usata;
- le modalità di rilevazione della condizione di assuntore di tali sostanze;
- gli interventi effettuati nel corso della permanenza del minore all'interno del circuito penale e penitenziario;
- le attività di collaborazione tra i servizi della giustizia minorile e quelli degli enti territoriali.

Inoltre, se il soggetto è consenziente, viene applicato il test per la verifica dell'eventuale sussistenza dell'infezione da virus HIV.

Le rilevazioni sono svolte dalle strutture attraverso il servizio sanitario e gli operatori dell'area tecnica. Le rilevazioni avvengono mediante la compilazione di schede cartacee individuali, al momento dell'accertamento della condizione di assuntore di droga. Le schede sono successivamente inviate all'Ufficio Centrale che cura l'elaborazione dei dati.

MINISTERO DELLE FINANZE:

Direzione Centrale dei servizi doganali.

Lo scambio di informazioni attualmente è il mezzo più efficace e diretto su cui si fonda prevalentemente la collaborazione tra i soggetti preposti all'attività di contrasto al narcotraffico.

Nell'ambito dei sistemi informativi, un richiamo particolare merita il sistema MAR-INFO, istituito dal 1987, che prevede il collegamento tra le Dogane marittime dei grandi porti europei, per l'interscambio di informazioni riguardanti principalmente i traffici illeciti di stupefacenti e successivamente esteso anche ai traffici di sigarette e prodotti alcoolici.

In origine, il sistema comprendeva soltanto i porti del Nord-Europa, a partire dal 1990 sono stati inseriti anche i porti dei Paesi del Mediterraneo e si è venuto così ad instaurare un doppio sistema - MAR-INFO NORD e MAR-INFO SUD.

Essi fanno capo rispettivamente all'Amministrazione di Criminologia Doganale di Colonia (Zoll Kriminal Amnt) ed alla Direzione Generale delle Dogane francesi a Parigi, dove sono stati costituiti appositi centri verso cui confluiscono e da dove vengono diramate le informazioni concernenti i traffici in questione.

Il sistema prevede che le amministrazioni doganali dei Paesi partecipanti costituiscano presso i porti principali squadre di funzionari altamente specializzati nell'esame preventivo, per via informatica, dei documenti commerciali delle navi, al fine di individuare spedizioni sospette, per procedere a controlli mirati ed approfonditi nei propri porti, oppure segnalarne l'arrivo alla Dogana del porto di destinazione finale o di scarico delle merci.

Le informazioni vengono scambiate secondo uno schema di messaggio prestabilito ed anche i criteri di selezione dei containers da sottoporre a controllo formano oggetto di approfondito esame, alla luce delle più aggiornate metodologie di analisi dei rischi.

Preziosa è la collaborazione offerta dalle Compagnie di navigazione e dalle Agenzie marittime, che forniscono preventivamente, sia pure a livello informale, utili informazioni circa la natura delle merci iscritte a manifesto e caricate su navi provenienti da Paesi a rischio.

Il sistema MAR-INFO si sta rivelando, man mano che si affinano le tecniche di ricerca e si intensifica l'interscambio di informazioni, un efficace mezzo di contrasto ai traffici illeciti via mare, tanto che si sta valutando la possibilità di estendere il sistema ad altri Paesi dell'area mediterranea che ne hanno fatto richiesta.

E' inoltre previsto che nel corso del 1998 si faccia ricorso all'utilizzo della rete informatica SCENT, a cui è collegata anche l'Amministrazione doganale italiana, per rendere ancora più efficace l'interscambio di informazioni.

MINISTERO DELLA DIFESA

Direzione Generale della Sanità Militare

I compiti riguardano l'indirizzo della normativa generale in materia di medicina preventiva e legale nei riguardi delle tossicodipendenze in ambito militare, in base al D.P.R. 18 novembre 1965, n. 1478 - Art. 27, al D.M. 26 giugno 1980 - Art. 1 ed al D.M. 5 maggio 1994 - Art. 1.

A tal fine, viene effettuata una rilevazione generale sistematica dell'entità del fenomeno all'interno delle Forze Armate.

Inoltre, la Direzione svolge compiti di coordinamento e di proposizione presso gli Ispettorati di Sanità militare per la prevenzione del disagio psichico e della tossicodipendenza in ambito militare, oltre all'aggiornamento delle norme aventi risvolti medico-legali nel settore.

Le fonti dei flussi informativi sono gli Ospedali Militari che ricoverano o emettono provvedimenti medico-legali.

L'indagine svolta riguarda gli accertamenti di natura medico-legale finalizzati a certificare l'idoneità a prestare il servizio militare.

A partire dal 1° gennaio 1997, è stato modificato ed ampliato il sistema informativo in vigore. Allo stato attuale le informazioni disponibili sono:

- numero complessivo delle schede individuali per farmacodipendenza;
- distribuzione dei consumatori di sostanze stupefacenti e psicotrope secondo la regione geografica di residenza, lo stato civile, l'attività lavorativa prima dell'incorporamento;
- l'attività in atto o pregressa del padre, l'attività lavorativa in atto o pregressa della madre, la distribuzione dei consumatori riguardo anche il livello di istruzione (comprensivo dell'ultima classe frequentata con esito positivo), le condanne penali riportate, la Forza Armata di appartenenza, la posizione di leva, la posizione militare, la diagnosi accertata, l'esito, ovvero, il provvedimento medico-legale riportato, gli interventi di supporto psicologico ricevuti o previsti, l'età di prima assunzione ed il tipo di sostanza usata, il momento della prima assunzione di droga (prima o dopo l'incorporamento) e, se avvenuta dopo l'incorporamento, anche secondo i motivi che l'hanno indotta, l'età di inizio dell'uso continuativo e secondo il tipo di sostanza, la frequenza d'uso.

I dati sono forniti in valori assoluti e distinti in base a tre gruppi di consumatori individuati (tossicodipendenti, tossicofili e consumatori occasionali).

Le schede individuali per farmacodipendenza vengono inviate alla Direzione Generale della Sanità Militare e sono trasferite su supporto informatico.

Le aggregazioni statistiche sono elaborate dall' "Ufficio Centrale per l'Organizzazione, i Metodi, la Meccanizzazione e la Statistica" del Ministero della Difesa.

Nel corso del 1998, verrà presumibilmente completato il progetto di automazione della raccolta e dello scambio dati sul fenomeno tossicodipendenza, che conservi il trasferimento, per via telematica, del contenuto delle schede individuali per farmacodipendenza dagli Enti Sanitari periferici alla Direzione Generale della Sanità Militare.

MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE

In base agli artt. 104 e 105 del D.P.R. 309/1990 promuove e coordina le attività di educazione alla salute sulla base di programmi annuali o pluriennali proposti dal Comitato tecnico scientifico ed approvati dal Ministero stesso.

Annualmente, il Ministero della Pubblica Istruzione assegna i fondi per queste attività ai Provveditorati agli Studi, che li ripartiscono alle singole scuole sulla base dei criteri elaborati dai Comitati Tecnici Provinciali.

L'Ufficio fornisce dati su:

- partecipazione degli studenti e dei docenti nel contesto del "Progetto Ragazzi 2000" e "Progetto Giovani";
- partecipazione dei genitori nell'ambito del "Progetto Genitori";
- partecipazione ed coinvolgimento progettuale degli studenti nell'ambito del "Progetto 20 studenti";
- istituzione dei Centri di Informazione e Consulenza (C.I.C.);
- numero dei docenti referenti formati;
- consistenza dei flussi finanziari.

Le fonti di rilevazione sono le Unità scolastiche, che inviano le informazioni ai Provveditorati agli Studi. Successivamente gli Uffici scolastici provinciali inoltrano i dati, sintetizzati per tipo e grado di istruzione, all'amministrazione centrale.

MINISTERO DELLA SANITA'

Dipartimento della Prevenzione (ex Se.Ce.D.A.S.) - - -

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

Il D.P.R. 309/1990 ha demandato al Ministero della Sanità il compito di rilevare informazioni sugli aspetti epidemiologici della tossicodipendenza e sulle patologie correlate, nonché sulle attività svolte dai Servizi pubblici per le Tossicodipendenze (Ser.T.) in materia di cura e riabilitazione dei soggetti con problemi di droga.

Con decreto ministeriale del 3 ottobre 1991 sono stati definiti i modelli per la rilevazione dei dati statistici relativi all'attività ed alle caratteristiche strutturali dei Ser.T.

Semestralmente, a due date dell'anno (15 giugno e 15 dicembre), vengono raccolte informazioni fondamentali per una rilevazione dell'attività dei SERT e delle caratteristiche dell'utenza. Alla fine di ogni anno vengono rilevati dati

sull'attività svolta; 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.

I dati sono trasmessi periodicamente al Ministero della Sanità dai SERT e dagli Uffici regionali competenti.

Con il decreto ministeriale del 20 settembre 1997-*"Modifica delle schede di rilevamento dei dati relativi alle attività dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze (SERT)"* -sono stati definiti nuovi modelli di rilevazione, in vigore a partire dalla rilevazione al 15 dicembre 1997.

Tale ridefinizione si è resa opportuna per migliorare ulteriormente la qualità della rilevazione ed adattarla maggiormente alle esigenze informative sul fenomeno della tossicodipendenza.

Progetto di informatizzazione dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze

Nel corso del 1997, è stato reso attivo il sistema di posta elettronica SERT - Regioni - Ministero della Sanità, realizzato nell'ambito del progetto finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Fondo nazionale per la lotta alla droga, denominato *"Programma di sorveglianza delle tossicodipendenze e di informatizzazione dei Servizi per le tossicodipendenze (Ser.T.)"* (stanziamento: £ 4.500.000.000 - 3,5 mld. esercizio finanziario 1990 e 1 mld. Esercizio finanziario 1992).

Il progetto è stato realizzato negli anni 1996 e 1997, distribuendo a tutti i SERT attivi presenti sul territorio nazionale e agli Assessorati alla sanità regionali un personal computer, corredato di stampante e di dispositivo modem-fax, oltre al software necessario per attivare le funzioni di comunicazione tra le postazioni di lavoro situate presso i SERT, gli assessorati regionali alla sanità ed il Ministero.

Inoltre, ogni computer è stato dotato di un software specifico per la gestione automatizzata, in generale, delle informazioni sugli utenti afferenti ai servizi e, specificatamente, delle informazioni richieste dai modelli di rilevazione dell'attività dei SERT.

Il sistema di comunicazione è stato realizzato collegando i personal computer presenti nei SERT e negli assessorati attraverso una normale linea telefonica, con il "server" di comunicazione sito presso il Ministero della Sanità, che svolge funzioni di Ufficio centrale di posta elettronica e punto di raccolta dei modelli di rilevazione.

Rilevazione dell'attività delle strutture socio-riabilitative che operano nel settore delle tossicodipendenze

In ottemperanza all'art. 3 comma 2, lettera c) del DPR 309/90 in materia di tossicodipendenza, è stata avviata dal mese di gennaio del 1995 la rilevazione statistica dell'utenza e delle attività delle strutture socio-riabilitative private che operano nel settore delle tossicodipendenze.

Le informazioni annuali, raccolte tramite schede di rilevazione, 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 seguente.

L'acquisizione e l'elaborazione sono effettuate con modalità informatizzate.

Le rilevazioni effettuate fino al 1997 hanno evidenziato problemi sia per la copertura (solo circa il 50% delle strutture previste ha risposto), che per la qualità delle informazioni raccolte, spesso incomplete, inattendibili e non facilmente interpretabili.

Per migliorare la qualità della rilevazione sono state attivate nel 1997 le procedure per revisionare la scheda di rilevazione rispetto alle modalità di raccolta, alla tipologia delle informazioni richieste e alla struttura generale del modello di rilevazione.

Tale attività di ridefinizione dei flussi informativi sulle attività delle strutture socio-riabilitative è strettamente collegata alla revisione, iniziata nel 1997, dell'atto di intesa Stato-Regioni per l'iscrizione all'albo degli Enti ausiliari.

Progetto di razionalizzazione ed implementazione dei flussi informativi prodotti dalla Pubblica Amministrazione che affluiscono, ai sensi del D.P.R. 309/90, all'Osservatorio permanente sul fenomeno droga del Ministero dell'Interno

Il progetto di razionalizzazione dei flussi informativi, finanziato con il Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga, è stato promosso e diretto dall'Osservatorio permanente sul fenomeno droga, in collaborazione con il Dipartimento per gli Affari Sociali, i Ministeri di Grazia e Giustizia, Difesa, Pubblica Istruzione, Sanità, Lavoro e Previdenza Sociale e con il Coordinamento delle Regioni.

Il progetto, iniziato nel 1996 e proseguito nel 1997, è stato ideato per migliorare la qualità e la quantità delle informazioni ufficiali disponibili.

La realizzazione della prima fase ha destato vivo interesse e ha fatto sorgere numerose aspettative circa la possibilità di una migliore integrazione e di un maggiore sfruttamento delle informazioni prodotte, sia da parte delle amministrazioni centrali dello Stato che delle Regioni e del privato sociale.

Nel corso del 1997, il progetto ha raggiunto i seguenti obiettivi:

- analisi del fabbisogno informativo dell'Osservatorio nazionale attraverso lo studio e la valutazione dei flussi informativi esistenti e l'individuazione del nuovo fabbisogno informativo. Lo studio, condotto da sei esperti di varie discipline, individuati dal Comitato interministeriale di gestione del progetto, ha sottolineato le principali carenze esistenti nell'attuale sistema informativo, rappresentando possibili soluzioni e nuove ipotesi di sviluppo del sistema informativo stesso;

- organizzazione di tre seminari di studio;
- definizione dello studio di fattibilità di un sistema informatico integrato.

Dall'analisi dei flussi informativi esistenti è emerso che le amministrazioni svolgono attualmente una preziosa opera di documentazione e raccolta di dati statistici, ma il materiale è poco utilizzato ai fini della comprensione scientifica del problema.

I dati raccolti dalle amministrazioni sono rivolti soprattutto alla documentazione dell'attività svolta e mancano, spesso, di indicatori scientifici e di riferimenti statistici circa la popolazione interessata. In questo modo, è difficile cogliere le dinamiche interne del fenomeno.

E' quindi necessario attivare, accanto agli attuali flussi quantitativi, flussi informativi di tipo qualitativo, necessari per l'analisi ed interpretazione delle tendenze del fenomeno.

Per raggiungere un sufficiente livello di comparabilità dei dati a livello nazionale ed internazionale - così come richiesto dall'Osservatorio Europeo - il progetto ha evidenziate le seguenti necessità:

- adozione di una terminologia comune a tutti i soggetti coinvolti, con la specifica delle definizioni usate e l'armonizzazione dei criteri di identificazione e registrazione dei "casi";
- incentivazione di una "cultura del dato" presso gli operatori del settore e verifica delle metodologie usate per la raccolta e registrazione;
- sviluppo di un sistema che eviti o limiti il più possibile il doppio conteggio dei soggetti all'interno di una stessa struttura o fra strutture differenti;
- adeguamento delle procedure agli standards europei;
- maggior coordinamento ed integrazione dei sistemi informativi delle singole Amministrazioni, per la parte di non esclusiva competenza.

2.2 ESIGENZE INFORMATIVE A LIVELLO EUROPEO ED INTERNAZIONALE

Per lo svolgimento dell'attività di coordinamento dei flussi informativi nazionali diretti all' "Osservatorio Europeo" e di progetti e studi finanziati con fondi europei, l'Osservatorio nazionale sulle tossicodipendenze -Punto Focale Nazionale- è stato coadiuvato da un gruppo interministeriale, costituito da rappresentanti del Dipartimento per gli Affari Sociali, dei Ministeri dell'Interno (Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, Osservatorio permanente sul fenomeno droga e Direzione Generale dei Servizi Civili), Grazia e Giustizia (Direzione Generale Affari Penali, Dipartimento Amministrazione Penitenziaria), Difesa, Pubblica Istruzione, Sanità (Istituto Superiore di Sanità), Lavoro e Previdenza Sociale e del Coordinamento delle Regioni.

Nel corso del 1997, il Punto Focale ha svolto le seguenti attività informative, in risposta a specifiche richieste dell'Osservatorio Europeo e di altri Organismi Internazionali:

- Realizzazione, in lingua italiana ed inglese, del Rapporto Nazionale sulle Tossicodipendenze - Anno 1996- per l'Osservatorio Europeo, secondo uno schema standardizzato, valido per tutti i Paesi dell'U.E.. Lo schema, elaborato dall'Italia nell'ambito del precedente programma REITOX, è stato attualmente adottato, con i necessari adattamenti, anche per la Relazione al Parlamento.

Il Rapporto 1996 è stato aggiornato, rispetto a quello dell'anno precedente, per quanto concerne la parte dei dati statistici e le modifiche intervenute nell'indirizzo delle politiche e nella struttura organizzativa ed informativa nazionale.

Insieme alla stesura del Rapporto Nazionale, si è proceduto alla revisione ed aggiornamento della "Mappa delle fonti informative sulle tossicodipendenze", che ha consentito di censire i più importanti Centri di documentazione e ricerca esistenti in Italia sotto il profilo quantitativo e qualitativo.

- Adesione e partecipazione alla seconda fase del Progetto Europeo E.D.D.R.A. (*Exchange of data on Demand Reduction Activities*). Il progetto prevede la creazione, presso l'O.E.D.T., di una Banca-dati informatica per la raccolta sistematica delle informazioni sugli interventi e le iniziative di riduzione della domanda realizzati nei 15 Stati membri, al fine di soddisfare e favorire lo scambio di esperienze fra professionisti ed operatori del settore.
 - L'Osservatorio europeo ha avviato il Progetto nel 1996, con una prima fase sperimentale. Nel 1997, il Punto Focale Italiano ha provveduto all'inserimento dei primi cinque progetti nazionali nel Data-Base Centrale, così come richiesto dal programma 1997/1998, relativo alla seconda fase di fattibilità. Allo stato attuale, i progetti inseriti nel Data-Base centrale sono circa un centinaio.
 - Partecipazione - in attuazione di una delibera del Consiglio dell'Unione Europea, che ha previsto un'azione comune tra gli Stati membri - al "Sistema di allerta per lo scambio rapido di informazioni sulle nuove droghe sintetiche", attualmente non elencate nelle tabelle previste dalla Convenzione delle Nazioni Unite del 1971.
1. Al fine di ampliare il controllo su queste nuove sostanze, il Punto Focale Nazionale ha preparato, con l'ausilio di un gruppo operativo di esperti

nazionali, uno studio di fattibilità sull'attivazione di un "Sistema di monitoraggio rapido sulle droghe sintetiche (c.d. Early warning system on new synthetic drugs - EWS).

- Si è constatata infatti la necessità di ottenere informazioni tempestive, pertinenti ed attendibili sulle nuove tendenze di consumo poichè, allo stato attuale, gli indicatori tradizionali non riescono a cogliere i cambiamenti con la indispensabile tempestività. Da ciò consegue l'urgenza di individuare una nuova serie di indicatori, in cui l'analisi farmacologica e chimica dei campioni di droga sia parte integrante di un sistema di monitoraggio rapido "ad hoc".
- La mancanza di dati attendibili - sia di tipo qualitativo che quantitativo sulla tossicodipendenza ed il mondo del lavoro, ha portato alla realizzazione di un primo studio ricognitivo sul settore, affidato all' "ISFOL", i cui risultati verranno inseriti nell'aggiornamento del Rapporto Nazionale 1997, inviato all'Osservatorio Europeo. In tal modo, si è cominciato a colmare uno dei vuoti informativi nazionali.
- Presentazione - per il finanziamento sull'esercizio finanziario 1996 del Fondo Nazionale di Intervento per la lotta alla Droga - di un "progetto sperimentale di organizzazione di un sistema di diffusione territoriale delle informazioni sulle droghe e tossicodipendenze", al fine di creare un'Unità di documentazione nazionale antidroga computerizzata, in grado di raccordare le strutture pubbliche e private deputate alla produzione e/o raccolta di documentazione in questo settore che, allo stato attuale, risulta molto frammentato. Anche tale progetto rientra nel processo di adeguamento alle richieste informative dell'Osservatorio Europeo.
- Primo obiettivo del progetto sarà il censimento generale dei centri di documentazione esistenti a livello nazionale in materia di tossicodipendenza.
- Realizzazione delle verifiche e degli studi necessari per procedere all'omologazione, a livello europeo, delle infrastrutture nazionali hardware e software, così come previsto dal Progetto europeo I.D.A. (Interchange of Data between Public Administrations), di cui è parte integrante il progetto della Rete Informativa Europea sulle Tossicodipendenze (REITOX).
- Compilazione annuale del questionario informativo diramato dall'UNDCP - il Programma mondiale di controllo e contrasto alla droga, che fa capo all'ONU, con sede a Vienna - effettuata raccogliendo e coordinando le risposte delle amministrazioni interessate.

III PARTE - SITUAZIONE EPIDEMIOLOGICA

3.1 Soggetti in trattamento e non

3.1.1 Caratteristiche dei consumatori e modelli di consumo

Caratteristiche dei soggetti trattati per abuso di droga presso i servizi pubblici per le tossicodipendenze (fonte: Ministero della Sanità)

Alla data del 15 dicembre 1997 hanno inviato la scheda di rilevazione 474 Servizi, pari al 91.5% del totale dei SERT operativi (518).

L'utenza afferente ai SERT alla data della rilevazione è pari a 85.714 unità. Confrontando tale dato con il corrispondente al 15/12/96 (pressoché identico è il numero dei Ser.T. considerati) appare evidente, dopo anni di forte crescita, una sostanziale stabilità. A livello regionale, in termini assoluti, è la Lombardia la Regione con il numero più elevato di soggetti in trattamento (13.607), seguita da Piemonte, Campania e Lazio.

Il numero medio di utenti per Servizio è pari, a livello nazionale, a 181 soggetti trattati.

Degli utenti in carico ai Ser.T. il 14.1% (12.109 soggetti) è inserito in strutture socio-riabilitative: si conferma l'esistenza di un trend decrescente della percentuale di utenti trattati presso le strutture rispetto al totale (al 15/6/93 era pari al 25.8%).

Analizzando l'utenza per sesso, si nota che il rapporto "utenti maschi/utenti femmine" è pari a 5.9 (73.320 maschi; 12.394 femmine); tale indice risulta sostanzialmente stabile nel tempo.

Per quanto riguarda la tipologia di sostanza d'abuso primaria, a livello nazionale gli utenti sono soprattutto eroinomani (89.5%); i cannabinoidi e la cocaina sono assunte, rispettivamente, dal 4.9% e dal 2.1% dei soggetti in carico. Nel tempo, le percentuali d'uso di tali sostanze da parte degli utenti dei SERT mostrano valori decrescenti per l'eroina, crescenti per i cannabinoidi e la cocaina.

Nel corso del 1997, sono risultati in carico ai Servizi pubblici per le tossicodipendenze che hanno partecipato all'indagine (491 su 518 attivi) 131.717 soggetti tossicodipendenti. Viene, così, confermata l'esistenza di un trend crescente delle utenze, iniziato nel 1991: nel periodo, il numero di utenti dei Servizi è aumentato di oltre il 40%.

L'incremento è dovuto ad una serie di fattori:

- capillare distribuzione territoriale e migliore capacità recettiva dei Servizi;
- accresciuta conoscenza e fiducia nelle possibilità da essi offerte;
- miglioramento della qualità e maggiore copertura del sistema di rilevazione.

Mediamente, in ogni Servizio vengono seguiti 268 tossicodipendenti, valore ancora una volta in aumento rispetto agli anni precedenti.

A livello regionale, tale indicatore presenta una forte variabilità non facilmente interpretabile, essendo in gran parte dovuta alla disomogeneità esistente a livello territoriale nella riorganizzazione dei Servizi a seguito della trasformazione in Aziende delle Unità Sanitarie Locali (decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502) e, più in generale, delle loro caratteristiche organizzative e funzionali. La disomogeneità è presente, inoltre, anche nei criteri di rilevazione che, in alcuni casi, sono riferiti all'unità organizzativa, in altri alle singole sedi operative territoriali.

Analizzando l'utenza distinta per sesso si evidenzia che circa l'86% degli utenti è di sesso maschile (utenti maschi=113.344; utenti femmine=18373), con un rapporto "utenti maschi/utenti femmine" pari a 6.2, valore sostanzialmente stabile nel tempo e tendenzialmente crescente solo dal 1995, a conferma dell'ipotesi che la dipendenza da droga sia uno stato estremamente selettivo per sesso. Territorialmente, tale indice presenta una forte variabilità: assume valori meno elevati nelle Regioni del nord-centro, ed è superiore nelle regioni del Sud, dove il comportamento differenziale per sesso è molto più accentuato.

La distribuzione per età degli utenti evidenzia che il fenomeno interessa prevalentemente le fasce tra i 20 e i 34 anni (74.7%); in particolare, il 30.2% degli utenti ha tra i 25 e i 29 anni.

Nel tempo, si assiste ad un progressivo "invecchiamento" dell'utenza: la quota di soggetti di età più giovane (<25 anni) si è ridotta, in confronto al 1991, di 12 punti percentuali (33.4 nel 1991; 21.2 nel 1997), mentre si ha un incremento significativo della quota di ultratrentenni, passati dal 29.5% del 1991 al 48.4% del 1997.

A conferma del fenomeno di "invecchiamento", si osserva che l'età media degli utenti, pari a 27.6 anni nel 1991, assume il valore di 30.0 anni nel 1997; tale aumento è evidenziabile anche analizzando l'utenza distinta per sesso e per "anzianità" di rapporto con il servizio.

Inoltre, l'età media nei "nuovi utenti" (quelli cioè che si sono rivolti per la prima volta al Servizio nell'anno di riferimento) è, in entrambi i sessi, più bassa di circa due anni rispetto a quella calcolato in riferimento agli utenti già in carico dagli anni precedenti.

La distribuzione degli utenti per sostanza stupefacente d'abuso primario evidenzia che nel 1997 sono maggiormente utilizzate l'eroina (86.7%), i cannabinoidi (6.7%) e la cocaina (2.3%).

Nel periodo 1991-97, le caratteristiche dell'utenza in base alla sostanza d'abuso primario si sono modificate: l'uso di eroina è, tendenzialmente, in lieve flessione, essendo passato dal 91.2% nel 1992 all'attuale 86.7%; sempre più utenti fanno uso di cannabinoidi (4.6% nel 1992; 6.7% nel 1997) e, tendenzialmente, di cocaina (1.3% nel 1991; 2.3% nel 1997).

Con riferimento alla sostanza di uso secondario usata come alternativa abituale alla sostanza assunta in via primaria, il 40.4% dei soggetti ricorre ai cannabinoidi, il 15.9% alle benzodiazepine e il 15.1% alla cocaina; inoltre, il 14.2% degli utenti fa uso, secondariamente, di alcool.

La popolazione degli utenti dei Ser.T. riguarda in gran parte assuntori di eroina per via endovenosa. L'uso secondario di altre droghe è frequente.

Dal momento che la gravità dei quadri clinici associati al consumo di eroina è maggiore, il dato di per sé indica semplicemente che è maggiore il bisogno di assistenza e trattamento da parte degli eroino-dipendenti rispetto agli utilizzatori di altre sostanze, ma non è significativo del livello di diffusione di queste.

Gli studi di prevalenza, ed in particolare il Progetto TO.DI 3, hanno mostrato come circa lo 0,4% dei campioni urinari utilizzati risultasse positivo per eroina, lo 0,3% per cocaina, oltre il 5% dei campioni esaminati fosse positivo per i cannabinoidi.

La cocaina viene per lo più sniffata; l'uso di crack è poco o niente documentato, mentre non è frequente (ma viene comunque riportata) l'utilizzazione della cocaina stessa per via iniettiva.

E' altresì diffuso il fenomeno dei cosiddetti "drug users" o "week-enders", che però sfugge alla rilevazione dei Ser.T., non trattandosi di persone strettamente dipendenti dall'uso di sostanze stupefacenti.

Si è rilevato, infine, un invecchiamento della popolazione di eroinomani, mentre cambiano le caratteristiche sociali dei nuovi assuntori, con uno spostamento verso l'uso di droghe psicostimolanti e la poliassunzione di sostanze stupefacenti ("politossicodipendenza").

**Distribuzione per Regione del numero di utenti dei servizi pubblici per le
tossicodipendenze rilevati al 15/12/97**

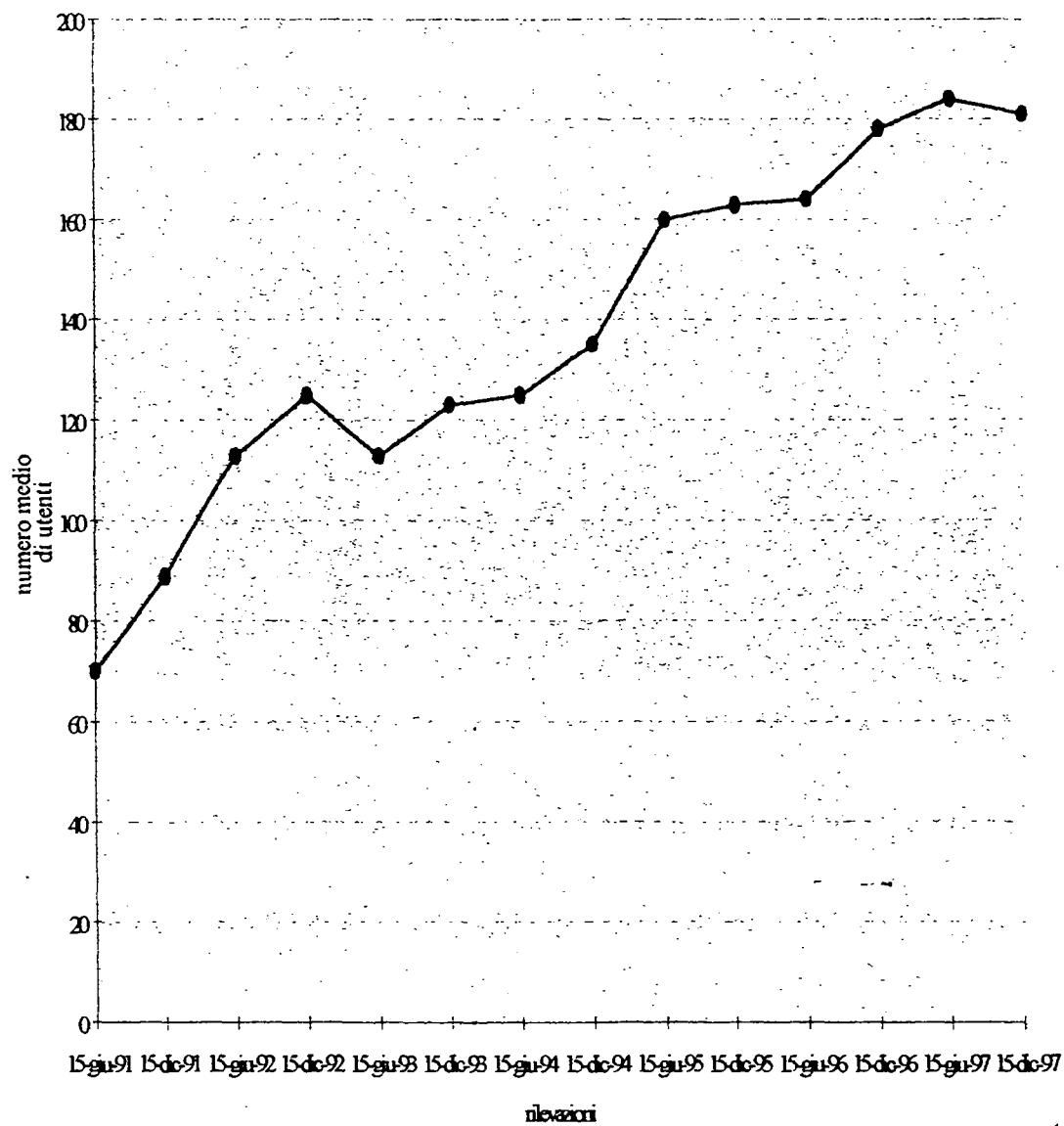
REGIONE	Numero di Ser.T.	Utenti in carico ai Ser.T.			Numero medio di utenti per Ser.T.
		Totale	Di cui inviati alle strutture socio- riabilitative	%	
PIEMONTE	63	10.723	1.692	15,8	170
VALLE D'AOSTA	1	215	35	16,3	215
LOMBARDIA	38	13.607	2.200	16,2	358
PROV.AUT. BOLZANO	3	214	50	23,4	71
PROV.AUT. TRENTO	1	653	213	32,6	653
VENETO	34	5.191	1.026	19,8	153
FRIULI V.GIULIA	5	998	143	14,3	200
LIGURIA	3	1.460	73	5,0	487
EMILIA ROMAGNA	44	7.156	1.190	16,6	163
TOSCANA	37	6.568	604	9,2	178
UMBRIA	10	1.266	223	17,6	127
MARCHE	12	1.515	303	20,0	126
LAZIO	42	8.064	85	1,1	192
ABRUZZO	11	2.356	394	16,7	214
MOLISE	5	294	20	6,8	59
CAMPANIA	34	8.069	1.045	13,0	237
PUGLIA	52	6.975	979	14,0	134
BASILICATA	5	513	51	9,9	103
CALABRIA	16	1.935	492	25,4	121
SICILIA	45	4.774	611	12,8	106
SARDEGNA	13	3.168	680	21,5	244
ITALIA	474	85.714	12.109	14,1	181

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Distribuzione per Regioni del numero di utenti dei servizi pubblici per le tossicodipendenze, rilevato semestralmente dal 1991 al 1997

REGIONE	15/6/91	15/12/91	15/6/92	15/12/92	15/6/93	15/12/93	15/6/94	15/12/94	15/6/95	5/12/95	15/6/96	15/12/96	15/6/97	15/12/97
PIEMONTE	5.003	6.040	7.046	7.174	7.073	7.408	8.080	8.408	9.156	9.215	9.669	10.234	10.810	10.723
VALLE D'AOSTA	60	132	111	145	134	139	140	147	167	182	213	211	211	215
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	14.963	13.607
PROV. AUT. BOLZANO	710	870	871	922	828	844	705	799	721	139	158	188	200	214
PROV. AUT. TRENTO	18	190	479	620	489	617	478	635	505	638	562	672	556	653
VENETO	2.586	3.900	4.677	5.222	4.608	5.530	5.763	5.787	5.932	6.356	6.473	6.226	7.380	5.191
FRIULI V. GIULIA	682	761	819	869	932	984	1.065	1.207	1.130	1.451	1.201	1.015	1.276	998
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	4.720	1.460
EMILIA ROMAGNA	4.021	3.934	5.077	5.003	5.099	5.462	5.863	6.045	6.160	6.675	6.771	7.077	6.943	7.156
TOSCANA	3.162	2.491	3.361	3.996	3.964	4.337	4.619	5.402	5.102	5.623	7.643	7.670	6.507	6.568
UMBRIA	551	455	912	912	809	635	652	651	807	817	944	1.140	1.142	1.266
MARCHE	684	731	993	852	855	677	862	1.253	1.577	1.212	1.159	1.714	1.594	1.515
LAZIO	2.683	4.011	4.046	4.240	3.433	3.346	3.544	3.687	3.622	3.869	3.995	5.412	4.951	8.064
ABRUZZO	208	473	735	1.117	1.052	1.321	1.400	1.735	1.659	1.915	1.853	1.999	2.124	2.356
MOLISE	42	46	143	128	105	120	155	219	176	276	327	358	376	294
CAMPANIA	1.290	2.468	3.186	3.873	3.147	3.438	3.903	4.558	4.900	6.803	7.401	6.599	9.018	8.069
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	8.069	6.975
BASILICATA	142	129	541	294	352	396	380	357	306	432	477	367	500	513
CALABRIA	334	335	1.498	794	890	1.085	869	993	1.482	1.239	1.796	1.457	1.697	1.935
SICILIA	921	1.790	2.087	2.221	1.906	2.215	2.650	2.969	3.315	3.734	4.166	4.621	4.712	4.774
SARDEGNA	617	1.545	2.213	2.588	2.004	2.753	2.901	2.908	2.487	3.101	3.289	3.838	3.796	3.168
ITALIA	33.160	43.845	57.137	63.002	57.583	62.563	65.538	68.159	72.841	77.278	81.203	84.486	91.545	85.714
Numero SERT rilevati	475	495	505	503	509	507	525	505	455	474	495	475	497	474
Numero medio di utenti	70	89	113	125	113	123	125	135	160	163	164	178	184	181

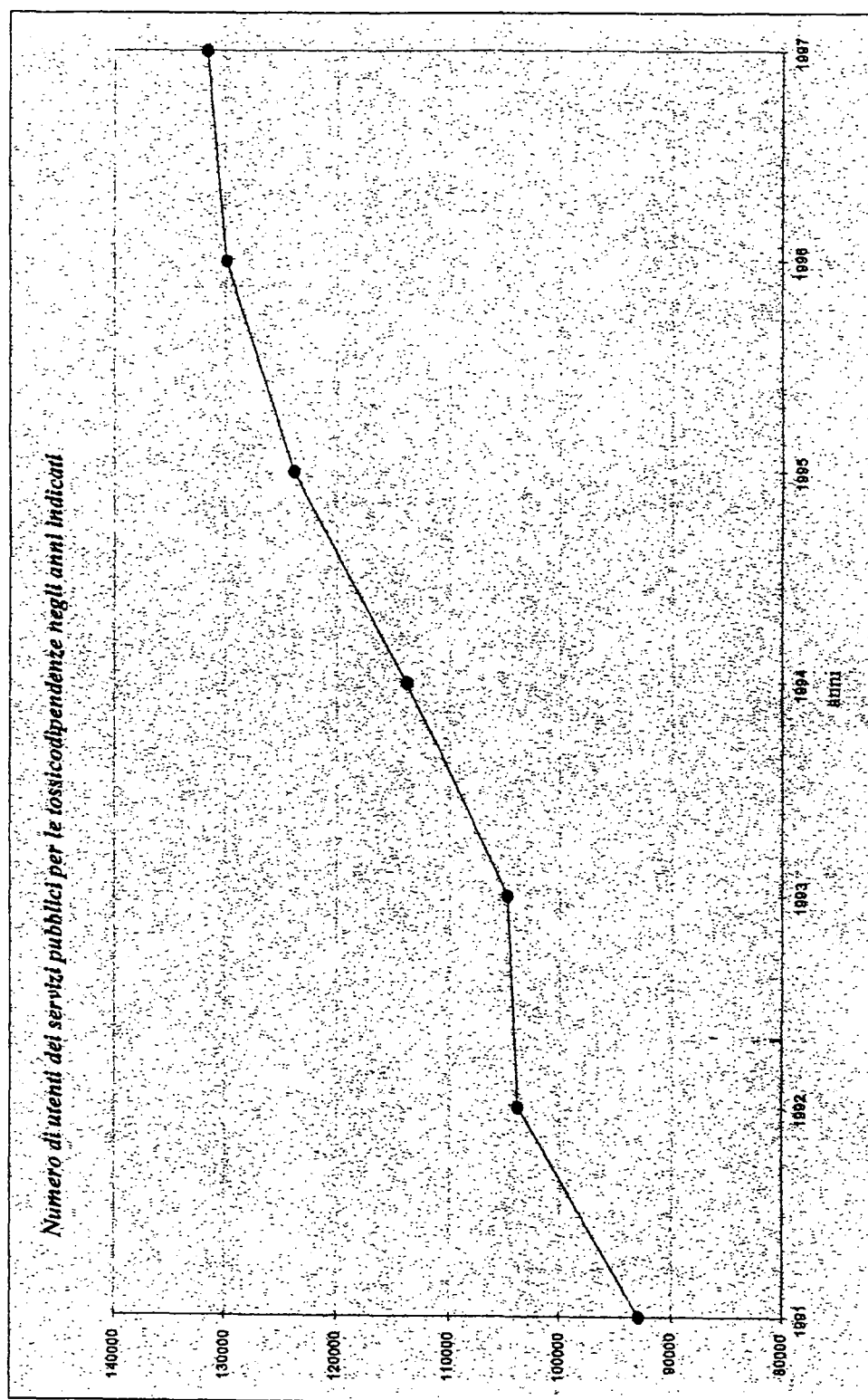
Numero medio di utenti dei servizi pubblici per le tossicodipendenze



XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Distribuzione per Regione ed anno del numero complessivo di utenti trattati dai servizi pubblici per le tossicodipendenze

REGIONE	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
PIEMONTE	10.455	10.347	10.320	12.022	12.723	13.248	13.717
VALLE D'AOSTA	286	306	292	294	289	341	337
LOMBARDIA	16.157	17.848	17.847	18.762	19.309	20.666	19.511
PROV.AUT.BOLZANO	1.060	1.050	1.004	756	304	301	348
PROV.AUT.TRENTO	480	621	613	646	657	686	509
VENETO	8.415	8.076	8.928	9.821	9.682	10.438	9.950
FRIULI V.GIULIA	1.743	1.919	1.894	2.119	2.338	2.264	2.421
LIGURIA	3.724	4.118	2.914	1.172	3.068	2.244	2.631
EMILIA ROMAGNA	6.979	7.558	7.677	8.289	8.654	8.943	8.787
TOSCANA	6.673	6.682	7.986	9.326	9.982	9.611	9.243
UMBRIA	1.299	2.052	1.742	2.082	2.701	2.811	3.102
MARCHE	1.848	2.202	2.134	2.549	2.614	3.869	3.325
LAZIO	9.698	10.108	9.175	9.273	11.118	9.864	11.493
ABRUZZO	825	1.450	2.051	2.801	3.443	3.145	3.331
MOLISE	242	268	258	405	461	535	552
CAMPANIA	5.294	7.750	7.005	9.476	9.925	11.625	11.964
PUGLIA	9.067	10.595	10.828	10.446	11.033	11.539	13.240
BASILICATA	719	822	812	796	796	982	922
CALABRIA	1.084	1.307	1.787	2.024	2.677	3.491	3.322
SICILIA	3.613	4.951	4.943	5.674	6.896	7.842	7.814
SARDEGNA	3.192	3.775	4.532	5.002	5.158	5.439	5.198
ITALIA	92.853	103.805	104.742	113.735	123.828	129.884	131.717



XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Numero medio di utenti nei servizi pubblici per le tossicodipendenze

REGIONE	1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997	
	Ser.T. rilevati(*)	n. medio utenti	Ser.T. rilevati(*)	n. medio utenti	Ser.T. rilevati(*)	n. medio utenti	Ser.T. rilevati(*)	n. medio utenti	Ser.T. rilevati(*)	n. medio utenti	Ser.T. rilevati(*)	n. medio utenti	Ser.T. rilevati(*)	n. medio utenti
PIEMONTE	63	166	63	164	63	164	63	191	63	202	63	210	63	218
VALLE D'AOSTA	1	286	1	306	1	292	1	294	1	289	1	341	1	337
LOMBARDIA	83	195	83	215	82	218	82	229	44	439	44	470	40	488
PROV. AUT. BOLZANO	4	265	4	263	4	251	3	252	3	101	3	100	3	116
PROV. AUT. TRENTO	1	480	1	621	1	613	1	646	1	657	1	686	1	509
VENETO	34	248	34	238	35	255	36	273	35	277	37	282	36	276
FRIULI V. GIULIA	11	158	12	160	6	316	6	353	6	390	6	377	6	404
LIGURIA	19	196	18	229	14	208	4	293	3	1.023	4	561	3	877
EMILIA ROMAGNA	41	170	41	184	41	187	41	202	41	211	44	203	43	204
TOSCANA	36	185	37	181	39	205	38	245	37	270	37	260	39	237
UMBRIA	9	144	11	187	11	158	11	189	11	246	10	281	11	282
MARCHE	14	132	12	184	13	164	15	170	11	238	14	276	12	277
LAZIO	42	231	42	241	43	213	40	232	49	227	46	214	45	255
ABRUZZO	7	118	10	145	11	186	11	255	11	313	11	286	11	303
MOLISE	4	61	4	67	4	65	5	81	5	92	5	107	5	110
CAMPANIA	23	230	30	258	29	242	31	306	33	301	35	332	37	323
PUGLIA	53	171	52	204	53	204	48	218	53	208	52	222	54	245
BASILICATA	6	120	6	137	6	135	6	133	6	133	6	164	6	154
CALABRIA	4	271	4	327	9	199	13	156	12	223	13	269	15	221
SICILIA	26	139	32	155	32	154	36	158	44	157	45	174	46	170
SARDEGNA	11	290	12	315	13	349	13	385	12	430	13	418	14	371
ITALIA	492	189	509	204	510	205	504	226	481	257	490	265	491	268

(*) = Servizi che hanno fornito informazioni sulle caratteristiche degli utenti in trattamento

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Utenti dei servizi pubblici per le tossicodipendenze distribuiti per fasce d'età

Età	1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997	
	N° utenti	%	N° utenti	%	N° utenti	%	N° utenti	%	N° utenti	%	N° utenti	%	N° utenti	%
<15	87	0,1	112	0,1	85	0,1	98	0,1	89	0,1	118	0,1	105	0,1
15-19	4.386	4,7	5.021	4,8	4.293	4,1	4.000	3,5	3.880	3,1	4.181	3,2	4.274	3,2
20-24	26.556	28,6	29.435	28,4	26.821	25,6	26.619	23,4	25.752	20,8	24.820	19,1	23.610	17,9
25-29	34.493	37,1	37.965	36,6	37.241	35,5	39.333	34,6	40.550	32,7	40.923	31,5	39.829	30,2
30-34	18.687	20,1	21.030	20,3	23.684	22,6	27.701	24,4	32.278	26,1	34.170	26,3	35.090	26,6
35-39	6.084	6,6	7.499	7,2	9.081	8,7	11.071	9,7	14.436	11,7	15.823	12,2	17.697	13,4
>40	2.560	2,8	2.743	2,6	3.537	3,4	4.913	4,3	6.843	5,5	9.849	7,6	11.112	8,4
TOTALE	92.853	100,0	103.805	100,0	104.742	100,0	113.735	100,0	123.828	100,0	129.884	100,0	131.717	100,0

Età media degli utenti dei servizi pubblici per le tossicodipendenze

Anno	Nuovi Utenti		Già in carico	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
1991	26,1	25,9	28,5	27,9
1992	26,3	26,2	28,4	28,1
1993	27,3	27,1	28,7	28,4
1994	27,4	27,5	29,2	28,9
1995	28,1	28,0	29,8	29,8
1996	28,0	27,5	30,3	30,2
1997	28,6	27,7	31,0	30,3

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

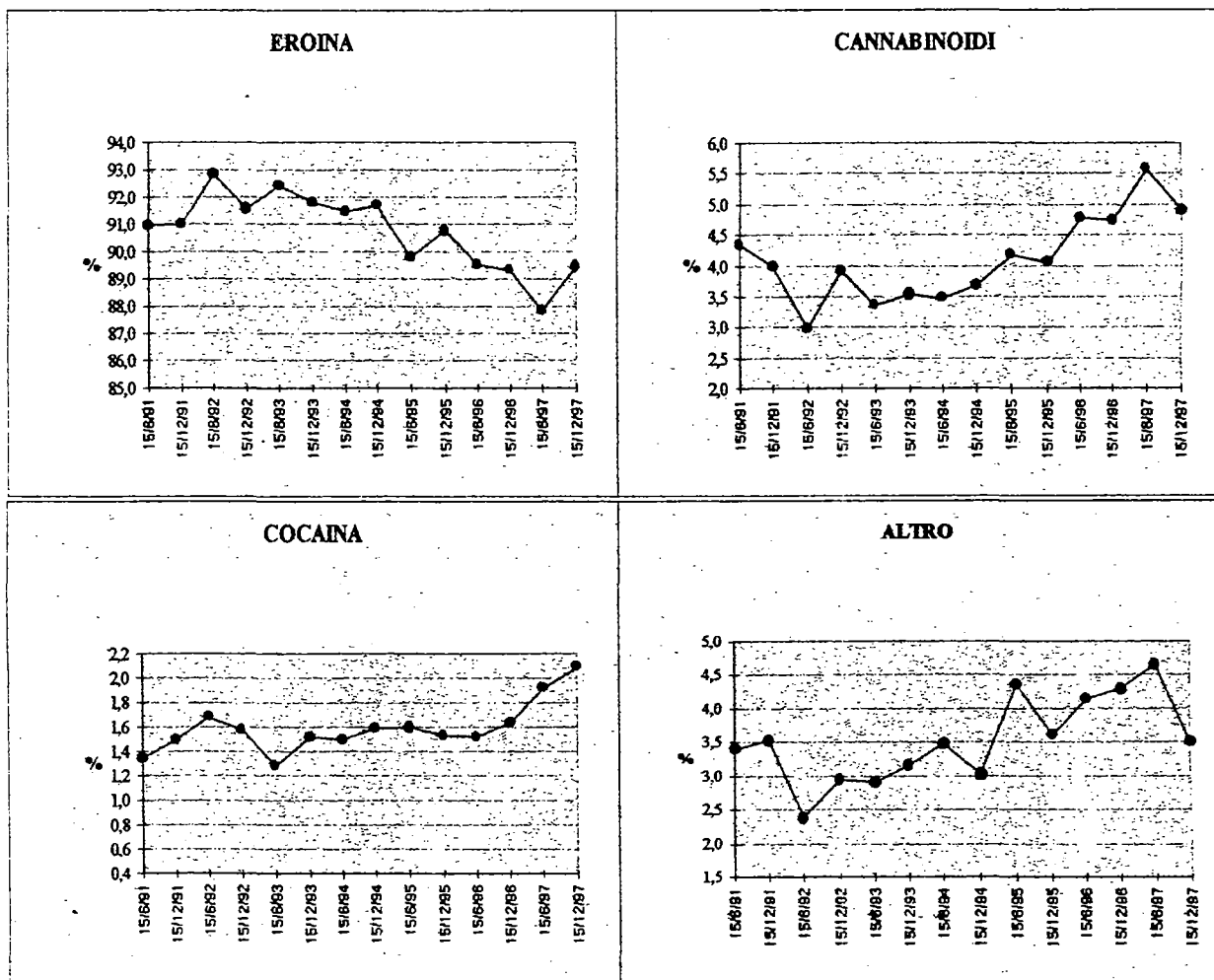
apporto maschi/femmine degli utenti dei servizi pubblici per le tossicodipendenze

REGIONE	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
PIEMONTE	4,6	4,7	4,7	4,8	5,0	4,6	5,0
VALLE D'AOSTA	3,8	3,9	4,4	4,3	4,9	4,7	4,6
LOMBARDIA	4,8	5,1	4,8	4,8	4,9	5,3	5,4
PROV.AUT.BOLZANO	2,9	3,3	3,1	3,3	3,8	4,8	3,9
PROV.AUT.TRENTO	3,3	4,1	4,0	3,1	3,1	3,5	3,6
VENETO	4,9	5,0	5,0	5,1	5,1	5,2	5,3
FRIULI V.GIULIA	3,1	3,3	3,9	3,4	3,4	3,5	4,0
LIGURIA	4,5	4,8	4,6	3,6	1,5	3,3	4,8
EMILIA ROMAGNA	3,6	3,7	3,6	3,8	4,0	4,1	4,2
TOSCANA	3,8	4,0	4,0	3,9	3,9	4,0	4,5
UMBRIA	3,9	3,3	4,1	4,2	4,0	4,4	4,9
MARCHE	3,9	3,6	4,8	4,1	4,8	4,7	5,0
LAZIO	5,1	5,2	5,2	5,5	5,7	5,5	6,1
ABRUZZO	6,6	5,5	4,5	4,8	5,9	5,7	6,1
MOLISE	9,1	8,2	8,9	9,4	11,1	12,4	9,8
CAMPANIA	12,7	12,2	14,1	10,1	11,7	10,4	11,3
PUGLIA	11,1	10,7	11,2	11,2	11,8	13,0	11,2
BASILICATA	11,0	11,3	12,1	11,2	10,1	10,2	10,4
CALABRIA	10,4	12,2	10,0	12,4	13,2	15,5	12,6
SICILIA	9,4	9,6	9,4	9,6	10,1	9,1	9,4
SARDEGNA	6,0	6,4	5,9	6,6	7,1	7,8	7,8
ITALIA	5,2	5,4	5,5	5,4	5,5	5,8	6,2

Distribuzione per Regione e per percentuali di
sostanze d'abuso primarie del numero degli
utenti dei servizi pubblici per le

REGIONE	Eroina	Cannabinoidi	Cocaina	Altro
PIEMONTE	93,7	1,2	0,8	4,3
VALLE D'AOSTA	99,1	0,0	0,9	0,0
LOMBARDIA	92,3	2,7	2,9	2,1
PROV.AUT.BOLZANO	93,5	3,7	0,0	2,8
PROV.AUT.TRENTO	96,0	1,5	1,5	0,9
VENETO	87,3	6,7	2,1	3,9
FRIULI V.GIULIA	89,8	4,1	1,4	4,7
LIGURIA	92,8	1,2	0,3	5,7
EMILIA ROMAGNA	87,1	4,5	2,9	5,4
TOSCANA	88,4	6,1	2,7	2,8
UMBRIA	86,0	9,8	1,5	2,7
MARCHE	78,6	9,5	2,5	9,5
LAZIO	94,4	2,5	1,8	1,3
ABRUZZO	80,8	5,2	3,1	10,8
MOLISE	94,2	3,7	2,0	0,0
CAMPANIA	84,2	9,0	2,7	4,1
PUGLIA	87,6	7,9	2,5	2,1
BASILICATA	93,0	5,7	1,0	0,4
CALABRIA	76,1	21,4	1,6	1,0
SICILIA	88,9	5,2	1,0	4,9
SARDEGNA	97,1	0,7	0,1	2,1
ITALIA	89,5	4,9	2,1	3,5

Rilevazioni semestrali per percentuali di sostanze d'abuso primarie degli utenti dei servizi pubblici per le tossicodipendenze.



Percentuale di utenti dei servizi pubblici per le tossicodipendenze per sostanza stupefacente d'abuso

Sostanza d'abuso	USO PRIMARIO							USO SECONDARIO						
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
ALLUCINOGENI	0,1	0,0	0,1	0,3	0,1	0,2	0,2	0,9	0,7	0,9	1,0	1,0	1,0	0,8
AMFETAMINE	0,1	0,1	0,2	0,3	0,3	0,4	0,3	1,9	1,7	2,2	2,6	3,2	3,7	2,1
ECTASY E ANALOGHI*	---	---	---	---	---	---	0,4	---	---	---	---	---	---	2,5
BARBITURICI	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	1,4	1,7	0,9	0,9	0,9	0,6	0,6
BENZODIAZEPINE	0,6	0,4	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4	23,9	22,2	20,1	19,2	19,3	17,3	15,9
CANNABINOIDI	5,0	4,6	4,9	5,1	5,9	5,8	6,7	41,5	40,5	40,8	41,1	41,5	41,8	40,4
COCAINA	1,3	1,3	1,7	1,9	1,6	1,8	2,3	11,7	12,8	14,5	12,7	13,5	13,6	15,1
CRACK	0,3	0,1	0,3	0,1	0,6	0,5	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
EROINA	90,1	91,2	90,6	88,5	89,1	88,7	86,7	1,3	1,7	2,2	1,8	2,2	3,2	2,2
METADONE	0,5	0,3	0,2	0,4	0,2	0,3	0,6	0,8	0,9	0,8	0,8	0,7	0,6	2,4
MORFINA	0,0	0,1	0,1	0,1	0,6	0,0	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2
ALTRI OPPIOIDEI*	---	---	---	---	---	---	0,1	---	---	---	---	---	---	0,5
INALANTI*	---	---	---	---	---	---	0,0	---	---	---	---	---	---	0,1
ALCOOL**	---	---	---	---	---	---	---	12,6	14,8	14,8	15,4	14,9	15,0	14,2
ALTRO	1,9	1,8	1,4	2,8	1,1	1,7	2,1	3,7	2,7	2,5	4,3	2,5	2,8	2,9

*=Informazioni contenute nei nuovi modelli di rilevazione (D.M. 20 settembre 1997) in vigore dal 1997

**=viene rilevato solo l'uso secondario

Caratteristiche dei soggetti trattati per abuso di droga presso le strutture socio-riabilitative (fonte: Ministero dell'Interno)

L'Osservatorio permanente sul fenomeno droga svolge dal 1984 una rilevazione trimestrale, a quattro date fisse dell'anno, sui tossicodipendenti in cura presso le strutture socio-riabilitative, i cui risultati permettono, considerati globalmente, di valutare il flusso dei tossicodipendenti che si accostano ai presidi privati.

Numero di tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative

- Anno 1997 -

Data della rilevazione	Numero di utenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative
31 - marzo 1997	22.615
30 - giugno 1997	22.805
30 - settembre 1997	21.904
31 - dicembre 1997	22.176
Media 1997	22.375

Nel corso del 1997, presso le strutture socio-riabilitative si è registrata una media di utenti pari a 22.375 soggetti.

Dal confronto di questi dati con quelli delle rilevazioni effettuate alle stesse date nel 1996 (22.435), risulta che l'utenza delle strutture socio-riabilitative continua a rimanere pressoché stazionaria (-0,26%), pure a fronte di una diminuzione del numero di strutture esistenti.

La diminuzione registrata nell'utenza delle strutture socio-riabilitative negli anni 1994-1995 sembra aver lasciato il posto ad una fase di stazionarietà.

Il maggior numero di utenti è stato registrato in Lombardia, Piemonte, Puglia, Emilia-Romagna e Veneto.

Il rapporto tra utenti maschi e femmine evidenzia una preponderante presenza maschile (oltre l' 85,4%).

Strutture Socio Riabilitative

<i>Date di Rilevazione</i>	<i>Esistenti</i>	<i>Censite</i>	<i>Numero di utenti</i>
30.09.91	941	888	21.063
31.12.91	996	932	24.561
31.03.92	1.081	1.021	26.219
30.06.92	1.114	1.065	28.360
30.09.92	1.147	1.070	25.991
15.12.92	1.175	1.095	28.544
31.03.93	1.195	1.110	28.448
30.06.93	1.219	1.097	25.925
30.09.93	1.248	1.177	25.289
31.12.93	1.249	1.189	25.267
31.03.94	1.262	1.212	25.580
30.06.94	1.276	1.198	23.948
30.09.94	1.283	1.229	24.426
31.12.94	1.279	1.173	22.339
31.03.95	1.332	1.270	22.970
30.06.95	1.336	1.259	21.418
30.09.95	1.349	1.307	22.392
31.12.95	1.368	1.276	22.161
31.03.96	1.378	1.314	22.235
30.06.96	1.371	1.313	22.632
30.09.96	1.376	1.304	22.165
31.12.96	1.372	1.305	22.706
31.03.97	1.378	1.310	22.615
30.06.97	1.369	1.279	22.805
30.09.97	1.360	1.289	21.904
31.12.97	1.348	1.253	22.176

Fino al 30.6.91, l'Osservatorio ha censito solo le Comunità terapeutiche. A partire dal settembre '91, l'Osservatorio ha censito tutte le strutture socio-riabilitative, delle quali le Comunità terapeutiche fanno parte. A partire dal marzo '95, l'Osservatorio ha utilizzato la seguente classificazione:

- Strutture residenziali
- Strutture semiresidenziali
- Strutture ambulatoriali

**Distribuzione regionale dei tossicodipendenti in
trattamento presso strutture socio riabilitative alla data
del 31 dicembre 1997 e percentuale di incidenza sul
totale nazionale**

<i>Regione</i>	<i>Numero di tossicodipendenti in trattamento</i>	<i>Incidenza percentuale sul totale nazionale</i>
Piemonte	2.022	9.12
Valle d'Aosta	31	0.14
Liguria	538	2.43
Lombardia	4.071	18.36
P.A. di Bolzano	52	0.23
P.A. di Trento	350	1.58
Veneto	1.722	7.77
Friuli V.G.	224	1.01
Emilia Romagna	3.046	13.74
Marche	786	3.54
Toscana	1.616	7.29
Umbria	678	3.06
Lazio	2.290	10.33
Campania	721	3.25
Abruzzo	465	2.10
Molise	72	0.32
Puglia	1.448	6.53
Basilicata	138	0.62
Calabria	560	2.53
Sicilia	662	2.99
Sardegna	684	3.08
Totale nazionale	22.176	100.00

**Distribuzione per tipo di strutture e per sesso dei
tossicodipendenti in trattamento al 30.9.1997 presso
strutture socio riabilitative**

<i>Residenziali</i>		<i>Semiresidenziali</i>		<i>Ambulatoriali</i>	
Maschi	12.420	Maschi	2.408	Maschi	3.723
Femmine	1.910	Femmine	468	Femmine	975

TOTALE 21.904

**- I dati riguardano 1.289 strutture socio riabilitative su 1360, pari al
94.78% -**

**Distribuzione e ripartizione territoriale dei numero dei
tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio
riabilitative al 31.12.1997**

<u>Nord</u>	12.056 accolti presso 701 strutture (17.20%)
<u>Centro</u>	
<u>Sud</u>	5.370 accolti presso 236 strutture (22.75%)
<u>Isole</u>	3.404 accolti presso 227 strutture (14.99%)
	1.346 accolti presso 89 strutture (15.12%)

Tra parentesi è riportato il carico medio di utenti per struttura socio-riabilitativa.

Caratteristiche dei consumatori di sostanze stupefacenti segnalati ai Prefetti ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 309/90 (fonte: Ministero dell'Interno)

Dal 1990, l'Osservatorio per le tossicodipendenze del Ministero dell'Interno svolge un monitoraggio sull'applicazione dell'art. 75 del D.P.R. 309/90, riguardante i consumatori e detentori di sostanze stupefacenti per uso personale segnalati ai Prefetti.

Dai dati riferiti al periodo dall' 11 luglio 1990 (data di entrata in vigore della normativa) al 31 dicembre 1997, risulta che i tossicodipendenti segnalati ai Prefetti dalle Forze di Polizia ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 309/90 per detenzione di sostanze stupefacenti per uso personale sono stati complessivamente 174.066.

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

	MASCHI		FEMMINE		TOTALE	
Classi fino a 14	670	0,41%	60	0,51%	730	0,43%
Classe 15-17	10.963	6,76%	690	5,84%	11.653	6,69%
Classe 18-20	43.159	26,60%	2.552	21,59%	45.711	26,26%
Classe 21-22	26.896	16,58%	1.769	14,97%	28.665	16,47%
Classe 23-25	29.677	18,29%	2.309	19,54%	31.986	18,37%
Classe 26-28	20.823	12,83%	1.715	14,51%	22.538	12,95%
Classe 29-30	9.826	6,06%	861	7,28%	10.687	6,14%
Oltre 30	20.233	12,47%	1.863	15,76%	22.096	12,69%
TOTALE	162.247	100,00%	11.819	100,00%	174.066	100,00%

La tabella mostra la maggiore incidenza del fenomeno nelle classi di età comprese tra i 18 ed i 30 anni (80,19%), a fronte del 7,12% di segnalati minorenni e del 12,69% in età superiore ai 30 anni.

In aumento, rispetto allo scorso anno, sia la percentuale di segnalati minorenni (che lo scorso anno era del 6,62%) che quella dei segnalati in età superiore a 30 anni (che lo scorso anno era del 12,64%).

Per quanto riguarda la distribuzione per sesso, la netta prevalenza degli uomini (93,21%) sulle donne è rimasta pressochè invariata rispetto allo scorso anno (93%).

Nel periodo in esame, le segnalazioni effettuate sono state 206.152 (una stessa persona può essere segnalata più volte).

Relativamente al tipo di sostanza assunta, 121.174 segnalazioni (pari al 58,78%) riguardano sostanze cosiddette leggere, 80.955 (pari al 39,27%) sostanze cosiddette pesanti e 4.023 (pari all'1,95%) sostanze "pesanti più leggere".

Le Regioni con il più alto numero di soggetti sono state, nell'ordine, la Lombardia (27.055 casi), il Lazio (18.493), la Toscana (18.245) e la Campania (14.837).

Le Regioni con il minor numero di persone segnalate sono state il Molise (574 casi) e la Valle d'Aosta (690 casi).

Il numero complessivo di colloqui svolti davanti al Prefetto è stato di 163.295. A seguito dei colloqui, 72.295 soggetti sono stati invitati a non fare più uso di sostanze stupefacenti (ammonizione) e 50.130 segnalati (pari a 30,70%) hanno richiesto di essere avviati ai Servizi per le tossicodipendenze per il trattamento terapeutico.

Di questi ultimi, 21.986 (pari al 43,86%) hanno già terminato il programma terapeutico.

Le sanzioni amministrative adottate dai Prefetti sono state 43.203, di cui 29.093 (pari al 67,34%) a seguito di colloqui presso il Nucleo Operativo Tossicodipendenze della Prefettura e 14.110 (pari al 32,66%) per mancata presentazione al colloquio stesso.

Le sostanze usate dai segnalati sono state ripartite secondo l'indicazione della specifica sostanza utilizzata, laddove inserita nel programma computerizzato.

La ripartizione, sintetizzata nello schema che segue, potrà essere oggetto di successive analisi e confronti con i dati forniti dal Ministero della Sanità sulle sostanze usate dagli utenti in trattamento presso i Ser.T.

E' necessario però specificare che, in parecchi casi, non è stato possibile risalire all'esatta indicazione delle sostanze e che, quindi, la ripartizione è necessariamente incompleta.

**Distribuzione delle sostanze usate dai tossicodipendenti
segnalazioni ai prefetti ai sensi dell'art. 75 del DPR 309/90**

Sostanza Sesso	Eroina	Metadone	Morfina	Oppiacei	Cocaina	Anfetamine	L.S.D.	Ectasy, MDMA, analoghi	Cannab.di	Altre sostanze*
Maschi	59248	579	264	2317	9516	438	420	2748	126720	765
Femmine	7127	113	40	292	684	27	41	221	6364	82
Totale	66375	692	304	2609	10200	465	461	2969	133084	847

*La maggior parte delle sostanze inserite in questa categoria appartiene al gruppo delle Benzodiazepine

**Caratteristiche dei consumatori di sostanze stupefacenti in ambiente militare
(fonte: Ministero della Difesa)**

I dati che descrivono l'andamento della tossicodipendenza in ambito militare (n°2.947 nel 1997, n°1.978 nel 1996, con una variazione positiva del 49%) si riferiscono alle schede individuali per farmacodipendenza pervenute alla Direzione Generale della Sanità Militare nel periodo dal 1° gennaio al 31 dicembre 1997.

Le schede sono state compilate presso le strutture sanitarie militari che ricoverano e/o emettono provvedimenti medico-legali, comunque connessi all'uso di sostanze stupefacenti.

La distribuzione dei consumatori secondo le modalità e la frequenza d'uso permette di distinguere tra:

- **Tossicodipendenza:** modalità patologica di uso della sostanza psicoattiva da parte di soggetti che presentano la seguente triade sintomatologica:
 - compulsione: desiderio irrefrenabile ad assumere la droga;
 - tolleranza: necessità di aumentare sempre più la dose per ottenere l'effetto desiderato;
 - dipendenza fisica: caratterizzata dal corteo sintomatologico legato alla mancata assunzione delle sostanze stupefacenti o psicotrope.
- **Abuso di sostanze stupefacenti o psicotrope:** modalità patologica di uso della sostanza psicoattiva con almeno una delle seguenti condizioni:
 - uso continuo malgrado la consapevolezza da parte del soggetto di avere un problema (persistente o ricorrente, di natura sociale, lavorativa, psichica o fisica), che è causato o accentuato dall'uso della sostanza psicoattiva;
 - uso ricorrente in situazioni fisicamente rischiose.

Alcuni sintomi del disturbo persistono da almeno un mese o si sono manifestati ripetutamente in un periodo di tempo più lungo.

- **Tossicofilia:** modalità di uso abituale di sostanze psicoattive, in genere non uncinanti, caratterizzata da:

- assenza della triade sintomatologica descritta a proposito della tossicodipendenza;
- disponibilità ad altre esperienze per acquisita abitudine alla fuga dalla realtà mediante droghe non uncinanti.
- **Consumo occasionale:** modalità di uso sporadico, rare esperienze di droga per "provare", per curiosità, per mimetismo di gruppo, per pressione di gruppo; non disponibilità ad altre esperienze.

I tossicodipendenti (4,6%) ed i soggetti che abusano di sostanze stupefacenti o psicotrope (4,7%), ovvero coloro che presentano una modalità patologica d'uso di sostanze stupefacenti, sono stati successivamente inclusi in un unico gruppo.

I tossicofili (34,7%) ed i consumatori occasionali (48,9%) formano invece gruppi distinti.

La distribuzione dei consumatori secondo la Forza Armata di appartenenza indica che il 62,2% dei soggetti che usano sostanze psicoattive fanno parte dell'Esercito, il 24% della Marina ed il 12,3% dell'Aeronautica Militare.

Le schede individuali per farmacodipendenza sono compilate soprattutto per soggetti già alle armi - incorporati - (64,8%). Si tratta di 1909 soggetti, ovvero dell'1,19% della forza bilanciata di militari di truppa, in leva ordinaria, per il 1997, pari a 160.164 soggetti.

Sono soprattutto i giovani in servizio di leva (81,1%) a far uso di sostanze stupefacenti.

Le diagnosi che più frequentemente si associano all'uso di sostanze stupefacenti, sono:

- disturbo da uso di sostanze psicoattive (46,8%);
- disturbo non organico di personalità (16,2%);
- disturbo dell'adattamento (11,5%);
- diagnosi non psichiatriche (11,4%).

Gran parte dei consumatori di sostanze stupefacenti usufruisce di un provvedimento di temporanea non idoneità al servizio militare (53,1%), mentre il 19,9% se giudicato permanentemente non idoneo.

I Consulenti psicologici quintuplicano la loro attività di supporto psicologico tra il periodo che precede il ricovero ospedaliero (5,6%) e quello che lo segue (25,8%).

Risalta quindi in tutta evidenza l'importante attività di prevenzione secondaria in materia di tossicodipendenza posta in essere dai Consulenti psicologici militari.

La frequenza d'uso di sostanze psicoattive è giornaliera per il 13,1% dei soggetti segnalati, mentre un altro 26% di soggetti consuma sostanze stupefacenti qualche volta la settimana.

Le sostanze stupefacenti maggiormente utilizzate, risultano nell'ordine :

- | | |
|------------------------|--------|
| - marijuana ed hashish | 79,4% |
| - eroina | 7,8%; |
| - cocaina | 5,8%; |
| - oppio e derivati | 2,2 %; |
| - alcool | 1,5 %; |
| - ecstasy | 1,2%. |

Il 18,6% dei soggetti che consumano sostanze stupefacenti ha dichiarato di averne effettuato la prima assunzione dopo l'incorporamento.

I motivi che più frequentemente, secondo le dichiarazioni degli interessati, conducono alla prima assunzione di sostanze stupefacenti durante il periodo del servizio militare, sono:

- | | |
|---------------------|--------|
| - curiosità | 41%; |
| - spirito di gruppo | 29%; |
| - disagi personali | 14,4%. |

La distribuzione dei consumatori secondo l'attività lavorativa prima dell'incorporamento, relativa al gruppo dei 275 soggetti tossicodipendenti o che abusano di sostanze stupefacenti o psicotrope, messa a raffronto con i dati relativi alla distribuzione dei consumatori secondo l'attività lavorativa prima dell'incorporamento, relativa all'intero campione dei soggetti segnalati, evidenzia come la disoccupazione costituisca un fattore predisponente all'uso problematico di sostanze stupefacenti.

La distribuzione dei consumatori secondo il titolo di studio, relativa al gruppo dei 275 soggetti tossicodipendenti o che abusano di sostanze stupefacenti o psicotrope, messa a confronto con la distribuzione dei consumatori secondo il titolo di studio, relativa all'intero campione dei soggetti segnalati, evidenzia come la minore scolarizzazione predisponga all'uso problematico di sostanze stupefacenti.

I dati relativi al gruppo dei 275 soggetti tossicodipendenti o che abusano di sostanze stupefacenti o psicotrope e quelli relativi all'intero campione dei soggetti segnalati, pone in rilievo come i consumatori problematici di droghe abbiano riportato condanne penali in percentuale tre volte superiore rispetto all'intero campione dei soggetti segnalati.

Il confronto tra i dati relativi al gruppo dei 275 soggetti tossicodipendenti o che abusano di sostanze stupefacenti o psicotrope e quelli relativi all'intero campione dei soggetti segnalati, evidenzia come i consumatori problematici di sostanze stupefacenti appartengano soprattutto all'Esercito (80,7% contro il 62,2% dell'intero campione dei soggetti segnalati).

Il confronto tra i dati relativi al gruppo dei 275 soggetti tossicodipendenti o che abusano di sostanze stupefacenti o psicotrope e quelli relativi all'intero campione dei soggetti segnalati pone in rilievo il fatto che il consumo problematico di sostanze stupefacenti si associa a provvedimenti medico-legali di permanente non idoneità (45,1%), comprensibilmente molto più frequenti rispetto all'intero campione dei soggetti segnalati (19,9%).

Il confronto tra i dati relativi al gruppo dei 275 soggetti tossicodipendenti o che abusano di sostanze stupefacenti o psicotrope e quelli relativi all'intero campione dei soggetti segnalati evidenzia come, nel consumo problematico di sostanze stupefacenti, quelle maggiormente utilizzate siano:

- marijuana ed hashish	45,4%,	contro il 79,4% dell'intero campione dei soggetti segnalati		
- eroina	27,4%	"	il 7,8%	"
- cocaina	10,9%	"	il 5,8%	"
- oppio e derivati	4,9%	"	il 2,2%	"
- ecstasy	3,7%	"	l'1,2%	"

Il raffronto tra i dati relativi al gruppo dei 275 soggetti tossicodipendenti o che abusano di sostanze stupefacenti o psicotrope e quelli relativi all'intero campione dei soggetti segnalati mette in evidenza come il consumo problematico di sostanze stupefacenti inizi dopo l'incorporamento in una percentuale di casi (10,9%) inferiore rispetto all'intero campione dei soggetti segnalati (18,6%) che hanno incominciato ad utilizzare sostanze stupefacenti dopo l'ingresso nella comunità militare.

E' peraltro da rilevare come l'inizio del consumo problematico di sostanze stupefacenti dopo l'incorporamento si colleghi a disagi psicologici (20%) e pressioni psicologiche (13,3%) più frequentemente, di quanto non avvenga nell'intero campione dei soggetti segnalati (rispettivamente 14,4% e 4,2%).

Il confronto fra i dati relativi al gruppo dei soggetti tossicofili e dei consumatori occasionali di sostanze stupefacenti e quelli dei soggetti tossicodipendenti o che abusano di sostanze stupefacenti o psicotrope (consumatori problematici) conferma le considerazioni in precedenza esposte.

In particolare, si osserva che i soggetti tossicofili (n. 1022, ovvero 34,7% dell'intero campione dei soggetti segnalati) presentano una quota di disagio personale elevato (28,7% contro il 14,4% dell'intero campione dei soggetti segnalati) che li conduce ad utilizzare per la prima volta sostanze stupefacenti dopo l'incorporamento.

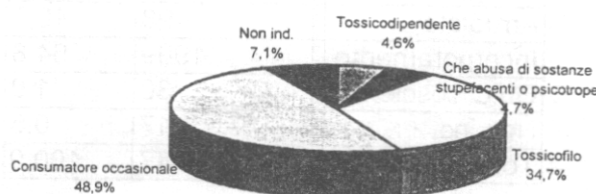
I consumatori occasionali (n. 1440, ovvero 48,9% dell'intero campione dei soggetti segnalati) presentano rispetto all'intero campione:

- maggiore scolarizzazione;
- minore frequenza di condanne penali;
- maggiore frequenza di appartenenza alla Marina ed all'Aeronautica Militare e minore all'Esercito;
- maggiore assistenza presso i Consulenti psicologici militari dopo la dimissione dall'Ospedale;
- uso di sostanze stupefacenti quasi esclusivamente limitato a marijuana ed hashish (92,8%);
- prima assunzione dopo l'incorporamento più frequente (25,1% contro il 18,6% dell'intero campione dei soggetti segnalati), per motivi prevalenti quali lo spirito di gruppo (30,7%) e la curiosità (47,9%).

Distribuzione dei consumatori secondo le modalità e la frequenza d'uso

Tipo soggetto	Nr.	Freq. %
Tossicodipendente	136	4,6
Che abusa di sostanze stupefacenti o psicotrope	139	4,7
Tossicofilo	1022	34,7
Consumatore occasionale	1440	48,9
Non ind.	210	7,1
Totale delle schede	2947	100,0

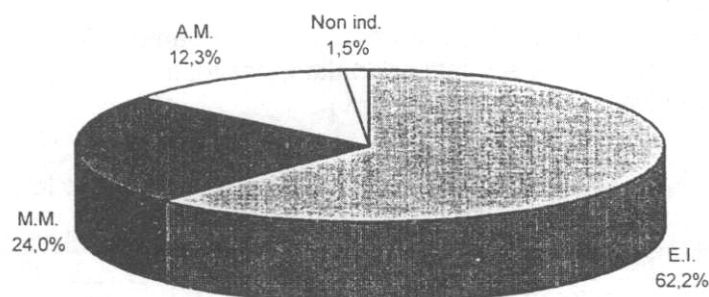
Consumatori secondo le modalità e la frequenza d'uso



Distribuzione dei consumatori secondo la F.A. di appartenenza

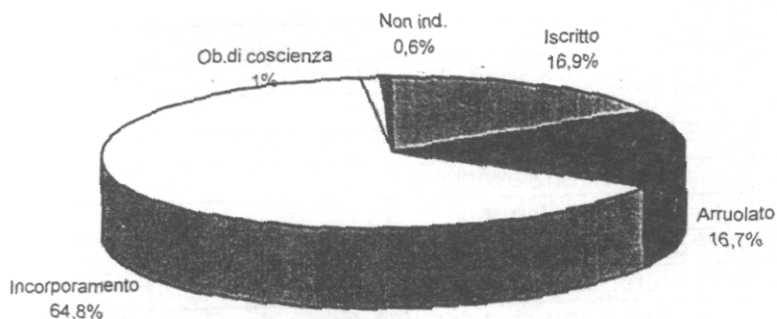
F.A.	n° soggetti	%
E.I. (*)	1832	62,2
M.M.	707	24,0
A.M.	363	12,3
Non ind.	45	1,5
Totale	2947	100,0
(*) di cui 18 appartenenti CC.		

Consumatori secondo la Forza Armata

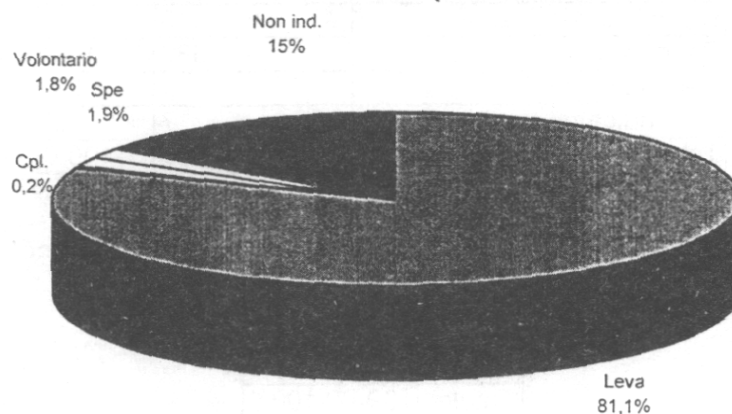


Distribuzione dei consumatori secondo la posizione di leva

Posizione leva	n° soggetti	%
Iscritto	498	16,9
Arruolato	493	16,7
Incorporamento	1909	64,8
Ob.di coscienza	30	1,0
Non ind.	17	0,6
Totale	2947	100,0

Consumatori secondo la posizione di leva**Distribuzione dei consumatori secondo la posizione militare**

Posizione militare	n° soggetti	%
Leva	2390	81,1
Cpl.	5	0,2
Volontario	52	1,8
Spe	57	1,9
Non ind.	443	15,0
Totale	2947	100,0

Consumatori secondo la posizione militare

Distribuzione dei consumatori secondo la diagnosi accertata

Diagnosi	n° soggetti	%
art.29 - ritardo mentale	3	0,1
art.30a - disturbi dell'adattamento	338	11,5
art.30b - disturbi contro impulsi	23	0,8
art.30c - disturbi della sessualità	4	0,1
art.30e - disturbi funz.evacuative	1	0,0
art.30g - disturbi del sonno	1	0,0
art.30h - disturbi dell'eloquio	1	0,0
art.31 - disturbi da uso di sost.psicoattive	1379	46,8
art.32 - disturbo organico di personalità	21	0,7
art.33 - disturbo non org. di personalità	477	16,2
art.34 - disturbi nevrotici	200	6,8
art.35 - disturbi psicotici	8	0,3
art. non psichiatrico	335	11,4
Non indicato	156	5,3
Totale	2947	100,0

Distribuzione dei consumatori secondo l'esito

Esito	n° soggetti	%
Idoneo	762	25,9
Lic.di convalesc. < 3 mesi	1157	39,3
Lic.di convalesc. > 3 mesi	105	3,6
Lic.di convalesc. fino al cong	4	0,1
Trasferito ad altro ospedale	26	0,9
Rivedibile per 1 anno	296	10,0
Rivedibile per 2 anni	3	0,1
Riformato	586	19,9
Deceduto	1	0,0
Non indicato	7	0,2
Totale	2947	100,0

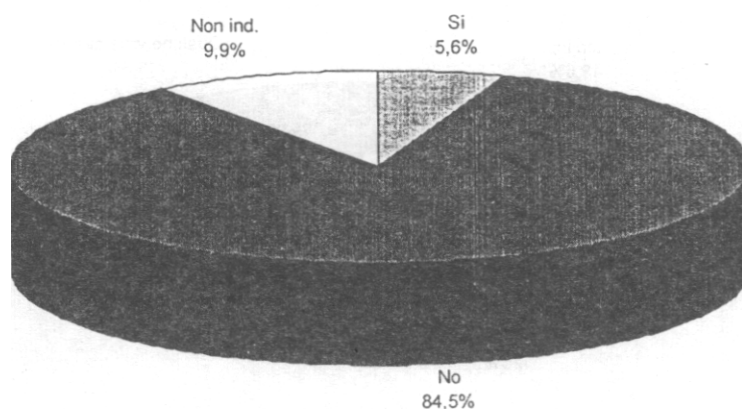
Interventi presso il Consultorio psicologico prima del ricovero

Si	164	5,6
No	2491	84,5
Non ind.	292	9,9
Totale	2947	100,0

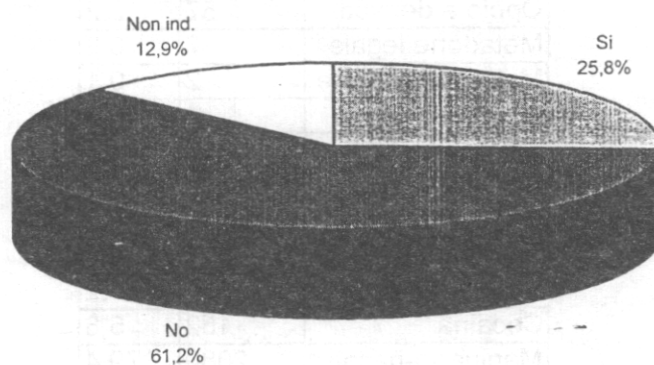
Interventi previsti presso il Consultorio Psicologico dopo la dimissione dall'ospedale

Si	761	25,8
No	1805	61,2
Non ind.	381	12,9
Total	2947	100,0

Interventi presso il Consultorio Psicologico prima del ricovero



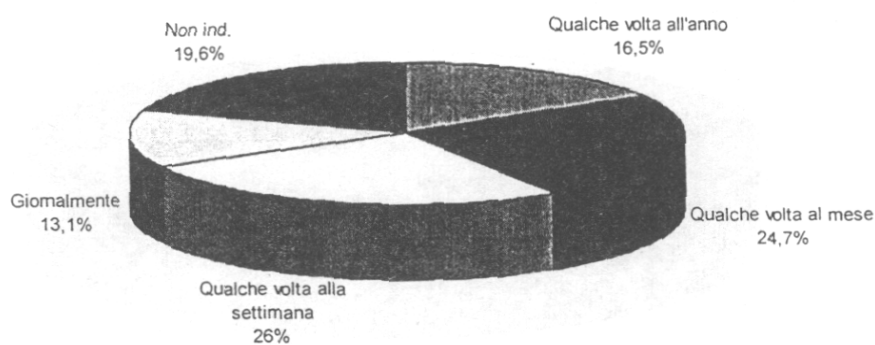
Interventi previsti presso il Consultorio Psicologico dopo la dimissione dall'ospedale



Distribuzione dei consumatori secondo la frequenza d'uso

	n° soggetti	%
Qualche volta all'anno	486	16,5
Qualche volta al mese	729	24,7
Qualche volta alla settimana	766	26,0
Giornalmente	387	13,1
Non indicato	579	19,6
Totale	2947	100,0

Consumatori secondo la frequenza d'uso

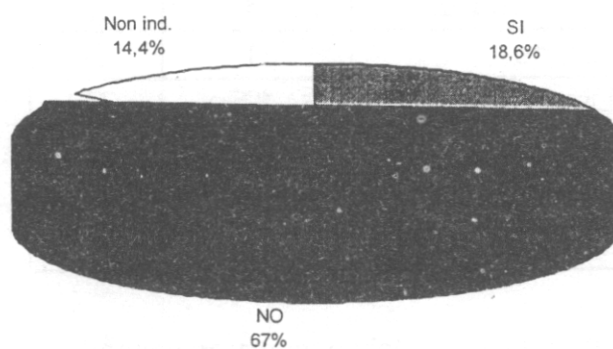
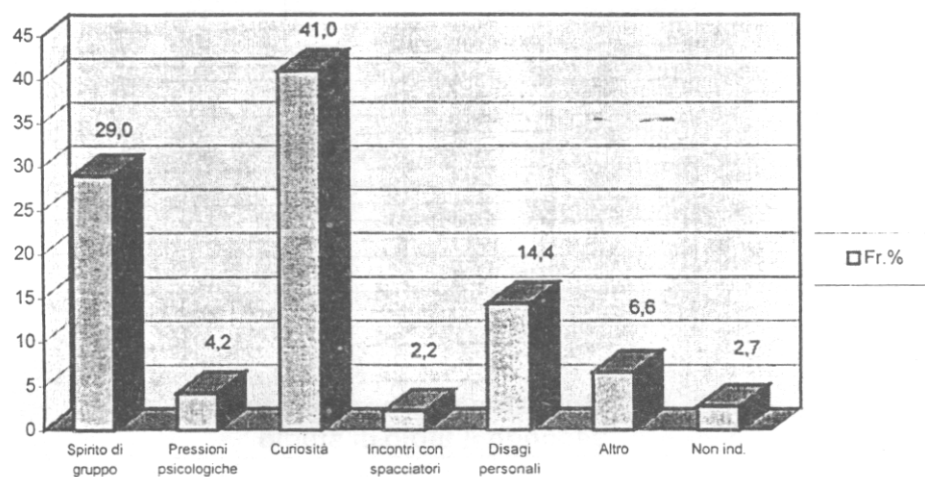


Sostanze stupefacenti maggiormente utilizzate

Tipo droga	Val.Ass.	%
Eroina	205	7,8
Morfina	3	0,1
Oppio e derivati	57	2,2
Metadone legale	7	0,3
Metadone illegale	2	0,1
Altri oppiacei	1	0,0
Alcool	39	1,5
Barbiturici	2	0,1
Sedativi ipnotici	2	0,1
Anfetamine	11	0,4
Ecstasy	32	1,2
Cocaina	152	5,8
Marijuana-hashish	2080	79,4
Olio di hashish	5	0,2
Allucinogeni	15	0,6
Crack	4	0,2
Inalanti	1	0,0
Altro	2	0,1
Totale	2620	100,0

La prima assunzione è avvenuta dopo l'incorporamento?

SI	549	18,6
NO	1975	67,0
Non ind.	423	14,4
Totale	2947	100,0

La prima assunzione è avvenuta dopo l'incorporamento?**Se sì, per quale motivo?**

Distribuzione dei consumatori secondo l'attività lavorativa prima dell'incorporamento

Attività lavorativa	n° soggetti	%
Studente	37	13,5
Operaio	91	33,1
Impiegato	4	1,5
Lav. Autonomo	13	4,7
Lib. professionista	3	1,1
Dirigente	1	0,4
Disoccupato	105	38,2
Altro	21	7,6
Non indicato	0	0,0
Totale	275	100,0

Distribuzione dei consumatori secondo l'attività lavorativa prima dell'incorporamento

Attività lavorativa	n° soggetti	%
Studente	465	15,8
Operaio	1069	36,3
Impiegato	94	3,2
Lav. Autonomo	129	4,4
Lib. professionista	53	1,8
Dirigente	2	0,1
Imprenditore	7	0,2
Disoccupato	826	28,0
Altro	297	10,1
Non indicato	5	0,2
Totale	2947	100,0

Distribuzione dei consumatori secondo il titolo di studio

Titolo di studio	n° soggetti	%
Analfabeta	4	1,5
Lic. Elementare	57	20,7
Lic. Media	169	61,5
Diploma	44	16,0
Non indicato	1	0,4
Totale	275	100,0

**Distribuzione dei consumatori
secondo il titolo di studio**

Titolo di studio	n° soggetti	%
Analfabeta	12	0,4
Lic.Elementare	412	14,0
Lic.Media	1989	67,5
Diploma	515	17,5
Laurea breve	2	0,1
Laurea	2	0,1
Non indicato	15	0,5
Totale	2947	100,0

Condanne penali

Si	342	11,6
No	2455	83,3
Non ind.	150	5,1
Totale	2947	100,0

**Distribuzione dei consumatori secondo la
Forza Armata di appartenenza**

Forza Armata	n° soggetti	%
E.I.(*)	222	80,7
M.M.	34	12,4
A.M.	14	5,1
Non indicato	5	1,8
Totale	275	100,0
(*) di cui 3 appartenenti CC.		

**Distribuzione dei consumatori secondo la
Forza Armata di appartenenza**

Forza Armata	n° soggetti	%
E.I.(*)	1832	62,2
M.M.	707	24,0
A.M.	363	12,3
Non indicato	45	1,5
Totale	2947	100,0
(*) di cui 18 appartenenti CC.		

Distribuzione dei consumatori secondo l'esito

Esito	n° soggetti	%
Idoneo	11	4,0
Lic.di convalesc. < 3 mesi	107	38,9
Lic.di convalesc. > 3 mesi	15	5,5
Rivedibile per 1 anno	15	5,5
Rivedibile per 2 anni	3	1,1
Riformato	124	45,1
Totale	275	100,0

Distribuzione dei consumatori secondo l'esito

Esito	n° soggetti	%
Idoneo	762	25,9
Lic.di convalesc. < 3 mesi	1157	39,3
Lic.di convalesc. > 3 mesi	105	3,6
Lic.di convalesc. fino al congedo	4	0,1
Trasferito ad altro ospedale	26	0,9
Rivedibile per 1 anno	296	10,0
Rivedibile per 2 anni	3	0,1
Riformato	586	19,9
Deceduto	1	0,0
Non indicato	7	0,2
Totale	2947	100,0

**Sostanze stupefacenti
maggiormente utilizzate**

Tipo droga	Val.Ass.	%
Eroina	111	27,4
Morfina	0	0,0
Oppio e derivati	20	4,9
Metadone legale	7	1,7
Metadone illegale	1	0,2
Altri oppiacei	1	0,2
Alcool	7	1,7
Barbiturici	2	0,5
Sedativi ipnotici	0	0,0
Anfetamine	3	0,7
Ecstasy	15	3,7
Cocaina	44	10,9
Marijuana-hashish	184	45,4
Olio di hashish	0	0,0
Allucinogeni	7	1,7
Crack	1	0,2
Inalanti	0	0,0
Altro	2	0,5
Totale	405	100,0

Sostanze stupefacenti maggiormente utilizzate

Tipo droga	Val.Ass.	%
Eroina	205	7,8
Morfina	3	0,1
Oppio e derivati	57	2,2
Metadone legale	7	0,3
Metadone illegale	2	0,1
Altri oppiacei	1	0,0
Alcool	39	1,5
Barbiturici	2	0,1
Sedativi ipnotici	2	0,1
Anfetamine	11	0,4
Ecstasy	32	1,2
Cocaina	152	5,8
Marijuana-hashish	2080	79,4
Olio di hashish	5	0,2
Allucinogeni	15	0,6
Crack	4	0,2
Inalanti	1	0,0
Altro	2	0,1
Totale	2620	100,0

*La tossicodipendenza e l'infezione da HIV negli istituti penitenziari
(fonte: Ministero di Grazia e Giustizia)*

Il fenomeno della tossicodipendenza in ambito penitenziario presenta un andamento relativo, cioè rapportato al complesso dei detenuti, decrescente a far tempo dal 31/12/91. Infatti, la percentuale dei tossicodipendenti rispetto ai presenti mostra un progressivo, anche se non lineare, decremento, passando dal 32,81% del 31/12/91 al 29,19% in occasione dell'ultima rilevazione (31/12/97).

Considerando i valori assoluti, si può affermare che alla generale crescita della popolazione detenuta avvenuta negli anni '91 - '95 ha fatto riscontro un corrispondente aumento del numero dei detenuti tossicodipendenti, che è andato progressivamente aumentando dopo l'applicazione della normativa di cui al T.U. 309/90, toccando in data 30/6/94 il picco massimo di 15.957 unità.

In termini percentuali a causa del contemporaneo aumento delle due variabili (n°14.074 soggetti nel 1997, n°13.819 nel 1996, incremento dell'1,55%), il rapporto detenuti tossicodipendenti - detenuti presenti si è mantenuto in un intervallo compreso tra il 28,54% e il 32,81%, con la tendenza, come già osservato, verso il decremento e con valori che non hanno mai raggiunto, dal 30/6/94, la quota del 30%.

Incidenza di detenuti con infezioni da Hiv

Al costante aumento della popolazione detenuta e del numero dei detenuti tossicodipendenti non ha fatto riscontro, come da più parti si temeva, un aumento del numero dei detenuti affetti da Hiv.

La percentuale dei detenuti sieropositivi accertati in seguito agli screening effettuati presso gli Istituti rispetto ai presenti, è progressivamente scesa dal 9,73% (31/12/90) al 3,81% in occasione dell'ultima rilevazione.

Anche il valore assoluto dei detenuti affetti da Hiv, dopo aver raggiunto un picco di 3.884 unità al 30/6/92, è sceso a 1.838 unità al 31 dicembre scorso.

Presumibilmente, questo andamento è stato influenzato da una parte dalla diminuzione della percentuale dei detenuti che si sottopone al test volontario per l'accertamento del virus HIV e dall'altra dagli effetti della normativa di cui alla legge 222/93, che ha consentito la scarcerazione dei malati gravi.

L'incidenza della predetta normativa, peraltro, non pare determinante nel provocare in modo sostanziale tale decremento, in quanto nelle rilevazioni effettuate finora la percentuale dei malati gravi rispetto al totale dei sieropositivi è oscillata in un intervallo compreso tra il 9,23 ed il 19,45. In occasione dell'ultimo rilevamento, è stato registrato un valore pari al 18,33%.

Indagine campionaria

E' stata effettuata un'indagine volta a raccogliere informazioni sulla tossicodipendenza in ambito carcerario tramite una scheda informatizzata che prevede la memorizzazione e la trasmissione in tempo reale dei dati.

La scheda è stata elaborata di concerto con i rappresentanti dei medici che operano negli Istituti penitenziari e consente, tra l'altro, sempre nel rispetto e nella garanzia dell'anonimato dei detenuti, di conoscere il tipo di sostanza assunta, l'eventuale sottoposizione del soggetto ad un trattamento disintossicante in Istituto, il tipo di intervento medico sul soggetto, gli screening effettuati e così via.

Questi dati possono essere collegati con quelli della scheda matricolare, permettendo di conoscere tutta una serie di aspetti desumibili dall'incrocio dei due quadri: ad esempio, le classi di età, le posizioni giuridiche, il grado di istruzione ed i reati associati ai detenuti tossicodipendenti.

Per motivi tecnici connessi ai tempi di accertamento dello stato di tossicodipendenza e al non tempestivo inserimento dei dati tale rilevamento non riesce a coprire in un certo momento storico tutti i detenuti presenti.

Tuttavia, l'archivio è di fondamentale importanza per fornire, seppure a campione, dati sulle caratteristiche della popolazione detenuta tossicodipendente.

Dall'esame del campione, la fascia di età più numerosa risulta essere quella compresa tra i 30 e i 39 anni, seguita da quella compresa tra i 21 e i 29 anni; insieme, comprendono 6.450 soggetti su 7.825 in totale, pari all'82,43%.

Anche considerando l'insieme complessivo della popolazione detenuta, la fascia di età compresa tra i 21 e i 39 anni risulta essere quella più numerosa ma con una minore incidenza percentuale (67,63%). Nel tempo, la fascia di età più numerosa si è progressivamente spostata dall'intervallo 21-29 anni a quella 30-39 anni.

Riguardo alle sostanze assunte, gli assuntori di droghe pesanti (eroina e cocaina) risultano essere in numero di 6.733, costituendo il 91,96% del campione considerato (la percentuale è stata calcolata escludendo le 503 unità per le quali l'informazione della sostanza assunta non è stata rilevata).

Gli assuntori di cannabinoidi (hashish) risultano essere il 3,63%.

Tutte le altre tipologie nel loro complesso ammontano al 4,41% del totale.

Il grado di istruzione dei soggetti tossicodipendenti costituenti il campione di riferimento corrisponde in misura notevole a quello dell'intera popolazione detenuta.

Considerando esclusivamente i soggetti che hanno comunicato il grado di istruzione, risulta che l'83,42% è provvisto di licenza elementare o di licenza di scuola media inferiore. Nella popolazione detenuta complessiva la corrispondente percentuale è del 79,95%.

Riguardo alle posizioni giuridiche dei soggetti esaminati, risulta che il 70,90% si trova nella condizione di definitivo; gli imputati nel loro complesso costituiscono il 26,59% e gli internati il 2,50%.

Rapporto detenuti entrati dalla libertà detenuti sottoposti a screening.

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

Tendenzialmente si assiste, a partire dall'anno 1991, ad una progressiva diminuzione della percentuale di detenuti testati rispetto ai nuovi giunti, passata dal 49,44% al 36,28% nell'anno 1996; in occasione dell'ultima rilevazione (che ha interessato l'anno 1997) tale valore ha mostrato un lieve incremento rispetto all'anno precedente, attestandosi al 37,74%.

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

Considerando le aree geografiche la situazione degli screening effettuati nell'anno 1997, risulta essere la seguente:

	<u>Nuovi giunti</u>	<u>Screening</u>	<u>%</u>
Nord	36.981	19.300	52,19
Centro	20.281	5.891	29,05
Sud e Isole	35.176	9.695	27,56
Italia	92.438	34.886	37,74

A livello regionale, la percentuale degli screening effettuati oscilla in un intervallo molto ampio, tra un minimo del 13,89% (Valle d'Aosta) ad un massimo dell'82,00% (Piemonte).

Analizzando la situazione dei singoli Istituti, si riscontra un discreto numero di casi in cui lo screening è stato effettuato sulla totalità dei nuovi entrati (Alessandria CR, Ancona CC, Montelupo OPG, Parma CR, Reggio Emilia OPG, Tolmezzo CC ed altri Istituti minori).

Di notevole interesse sono anche le situazioni di alcuni Istituti di notevoli dimensioni, nei quali l'accertamento del virus Hiv è stato eseguito sulla quasi totalità degli entrati dalla libertà durante l'anno 1997:

- Genova CC:	1.916 screening su 1.928 nuovi ingressi	(99,38%);
- Cagliari CC:	878 screening su 891 nuovi ingressi	(98,54%);
- Taranto CC:	1.331 screening su 1.379 nuovi ingressi	(96,52%);
- Torino Le Vallette:	5.033 screening su 5.223 nuovi ingressi	(96,36%);
- Modena CC	794 screening su 851 nuovi ingressi	(93,30%);
- Padova CC:	1.359 screening su 1.536 nuovi ingressi	(88,48%);

Accanto a tali situazioni, se ne evidenziano altre meno favorevoli che fanno scendere la media nazionale al 37,74 %.

Screening effettuati e presenza di detenuti sieropositivi

L'attuale legislazione non contempla lo screening obbligatorio, per cui l'accertamento dell'infezione da Hiv riguarda solo una parte della popolazione detenuta.

Esaminando i dati degli ultimi otto anni, si osserva come la percentuale dei soggetti risultati positivi rispetto al numero dei detenuti testati tenda a decrescere progressivamente, passando dal 14,70% nell'anno 1990 al 5,96% nell'anno 1996 per poi risalire lievemente nel corso dell'anno 1997, attestandosi sul valore del 6,65%.

In considerazione del fatto che lo *screening*, come già detto, viene effettuato esclusivamente sui detenuti che si sottopongono volontariamente al *test*, è interessante stimare il numero dei detenuti sieropositivi effettivamente in carcere ad una certa data.

Tale stima è però da considerare come mero valore indicativo per le argomentazioni che verranno espresse in seguito.

Si premette che le attuali rilevazioni prevedono la raccolta dei dati relativi all'accertamento sierologico del virus HIV solo sui flussi di ingresso.

Non è possibile, pertanto, conoscere quanti detenuti tra quelli presenti in data 31/12/97 siano stati sottoposti a *screening*.

Da una ricerca effettuata sui dati acquisiti via CED è emerso, tuttavia, che su un campione di 26.478 detenuti presenti al 31/12/97, 13.014 sono stati sottoposti a screening e di questi sono risultati positivi 849 soggetti, per una percentuale pari al 6,52%.

Tale percentuale è abbastanza simile a quella relativa ai soggetti entrati dalla libertà durante l'anno 1997, risultati positivi allo *screening*, che è stata pari al 6,65%

Qualora, quindi, la percentuale del 6,52% fosse significativa per l'insieme complessivo della popolazione detenuta presente in data 31/12/97 negli Istituti penitenziari (48.209 unità), si avrebbe un contingente stimato di 3.143 detenuti

sieropositivi. (Si rammenta che i detenuti sieropositivi accertati in data 31/12/97 sono 1.838).

Va, ovviamente, specificato che tale stima deve intendersi per eccesso, essendo presumibile che il peso riferibile ai soggetti non testati sia inferiore a quello dei detenuti che si sono sottoposti volontariamente al test in quanto è lecito ritenere che questi ultimi si sentano, ed in effetti siano, più a rischio degli altri.

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

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

Dal 1991 al 1997, la percentuale dei soggetti che hanno fatto ingresso in Istituto ai sensi dell'art. 73 (produzione, traffico e vendita di sostanze stupefacenti) è oscillata in un intervallo compreso tra il 40,83 % (anno 1991) e il 33,05% (anno 1993), con una media del 37,10%.

L'andamento della percentuale dei detenuti entrati per violazione della legge sulla droga mostra un trend discendente dal 1991 al 1993, passando come già visto dal 40,83% al 33,05%; successivamente si osserva un incremento dei valori, che hanno raggiunto nell'anno 1997 la quota del 37,78%.

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

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

La percentuale dei tossicodipendenti entrati ex-art. 73 del DPR 309/90 rispetto ai tossicomani entrati per altri reati è stata in media del 52,91%, posizionandosi sempre sopra il valore del 50%.

Rapporto detenuti stranieri entrati dalla libertà ex-articolo 73 del T.U. 309/90 detenuti stranieri entrati per altri reati.

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

In tutti le rilevazioni effettuate, la percentuale dei nuovi giunti stranieri ex-art. 73 è costantemente superiore alla corrispondente percentuale che si riscontra per i nuovi giunti in complesso.

Considerando il periodo 1992-1997, la percentuale è in media pari al 41,80% per gli stranieri ed al 36,76% per la popolazione complessiva detenuta.

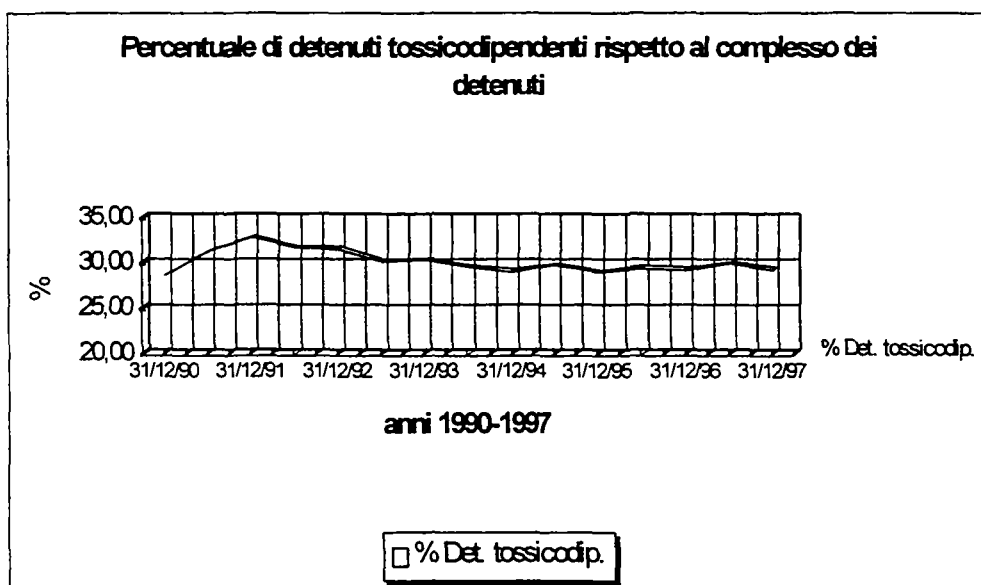
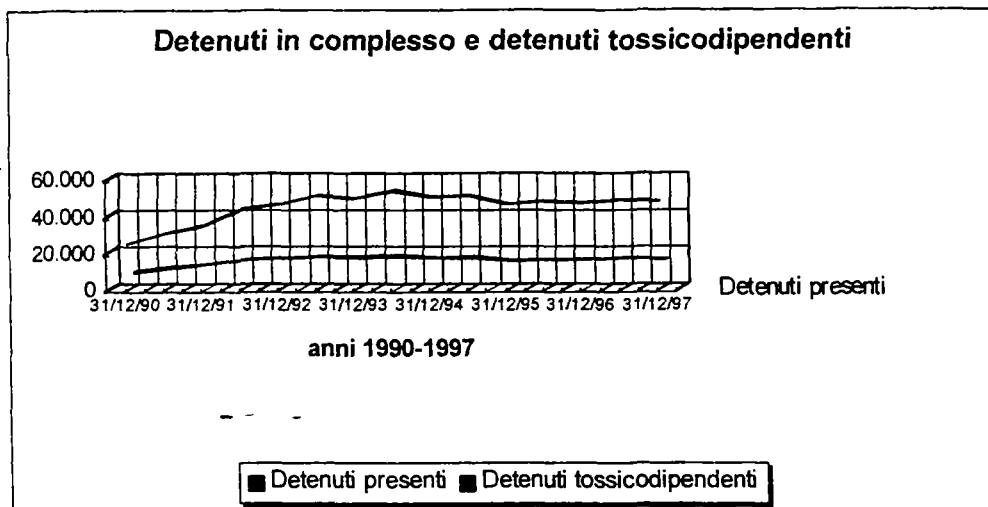
Per quanto riguarda i detenuti stranieri tossicodipendenti, considerando le rilevazioni effettuati, la percentuale di coloro che sono ristretti art. 73 rispetto al totale degli stranieri tossicodipendenti è in media pari al 61,85%; il corrispondente

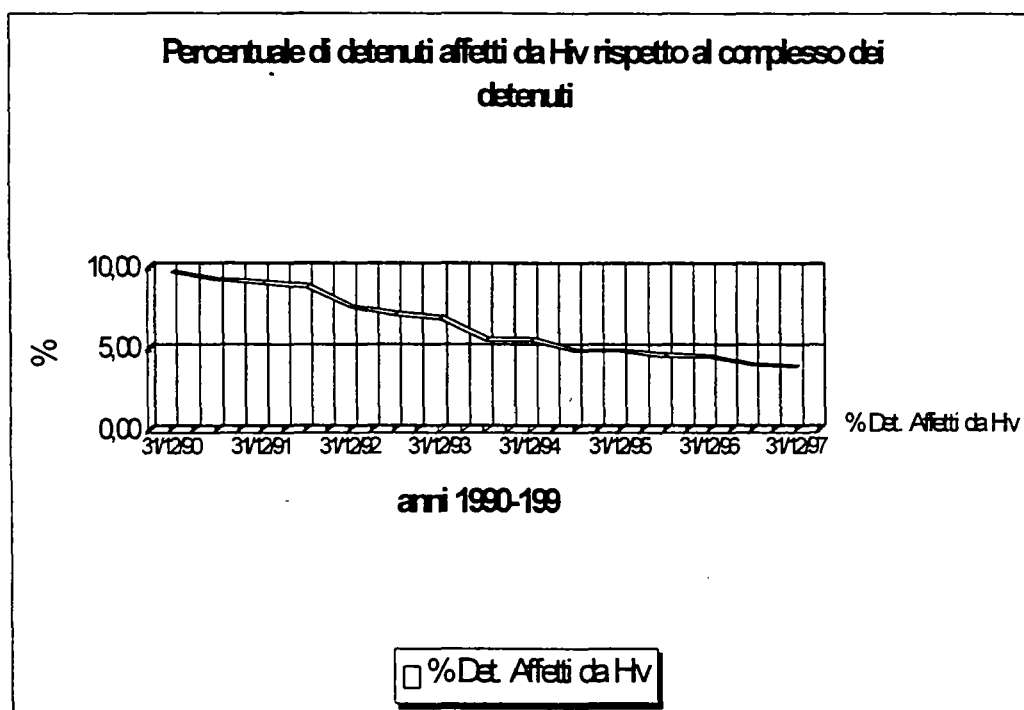
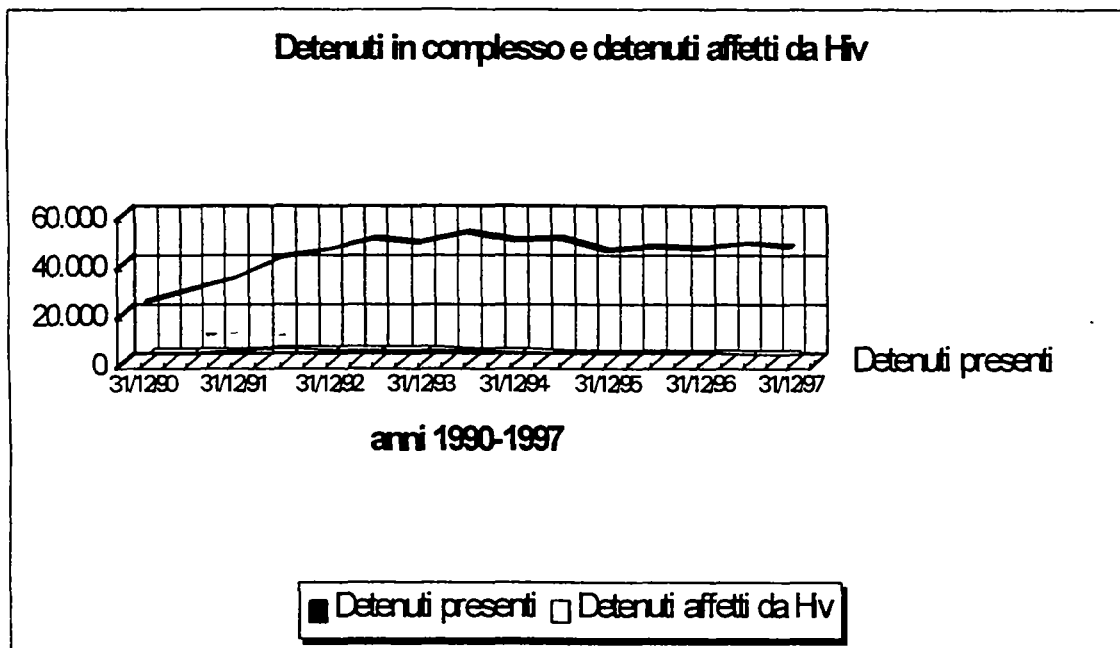
dato riferito al totale della popolazione detenuta (e cioè la percentuale dei tossicodipendenti entrati per art. 73 rispetto al totale dei tossicodipendenti entrati) è in media del 52,91%.

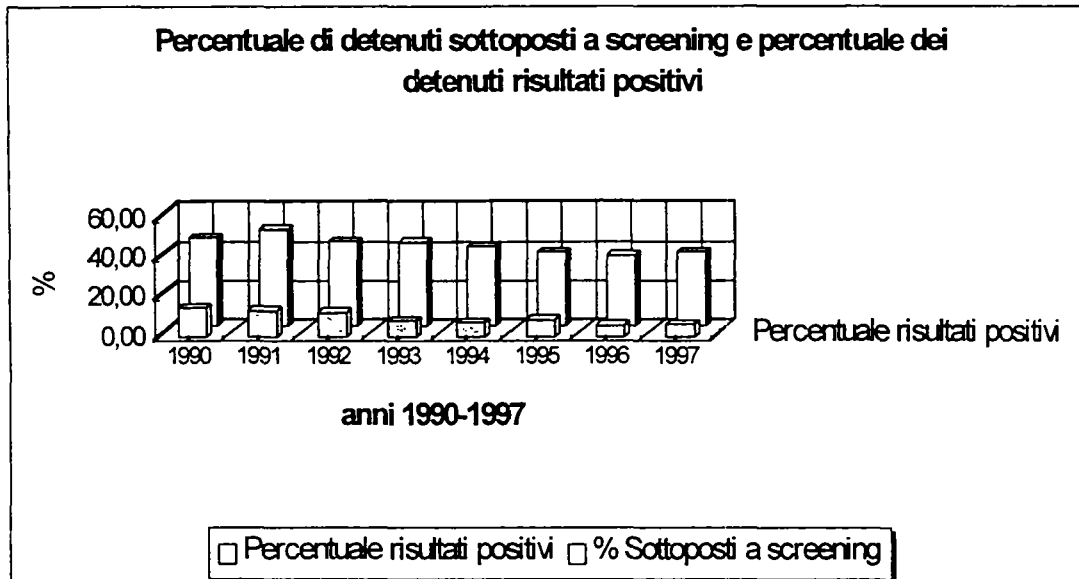
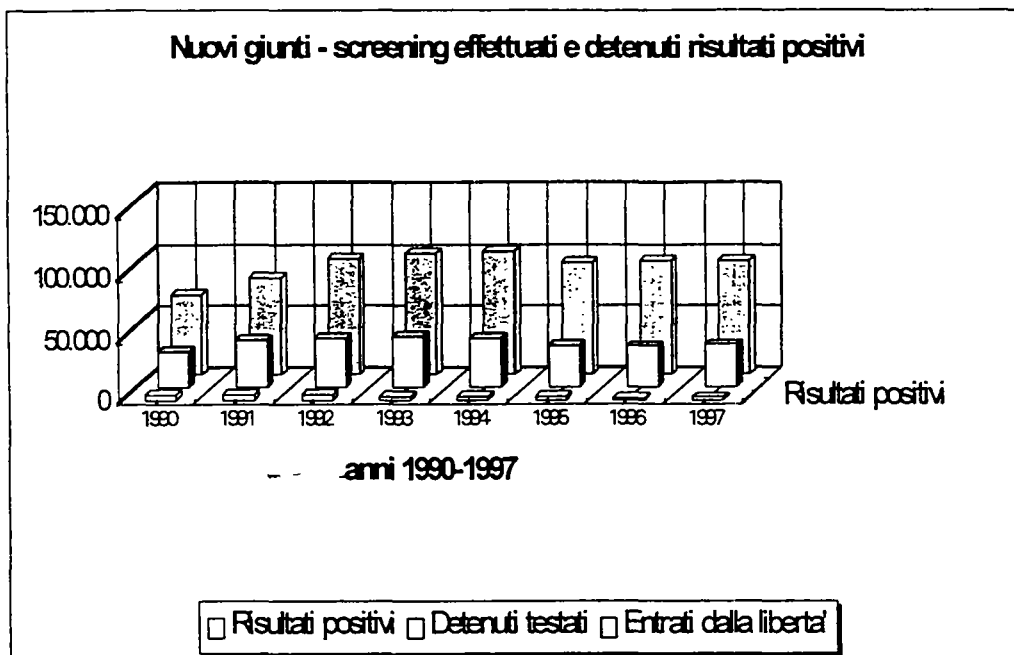
Il numero dei detenuti stranieri tossicodipendenti ristretti ex-articolo 73 è stato costantemente superiore a quello degli stranieri tossicodipendenti ristretti per altri reati; la relativa percentuale non è mai scesa al di sotto del 57% toccando la punta massima nel 1992 quando è stata pari al 66,98%.

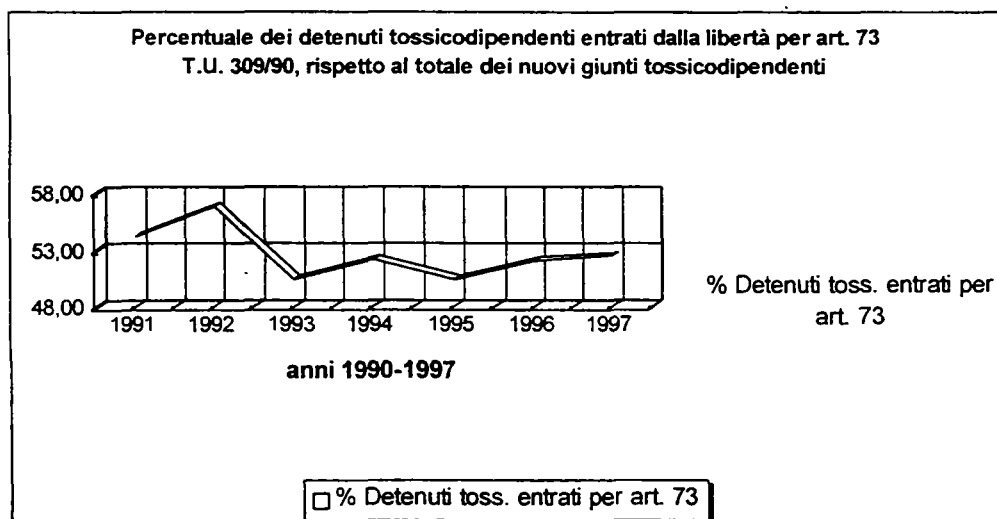
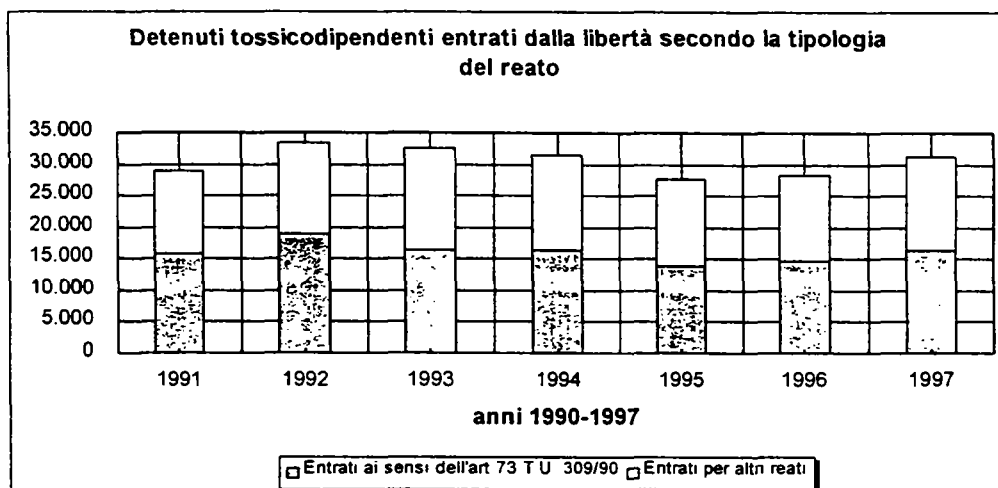
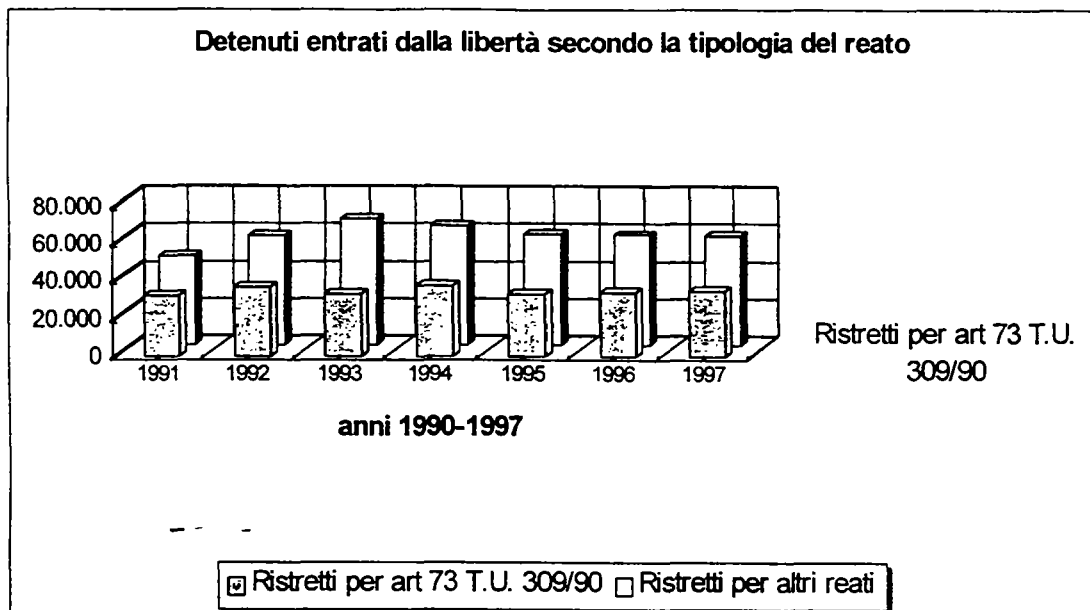
Misure adottate nei confronti di persone detenute affette da HIV

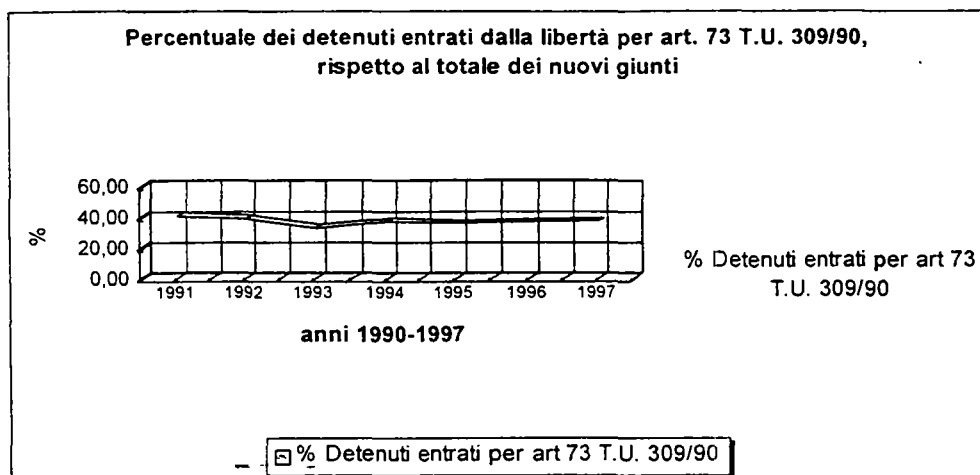
Periodo Di Rilevamento	Misure adottate per gli imputati (art. 286 bis ccp)		Imputati condannati (art. 146 C.P.) Rinvio esecuzione pena	Totale
	Revoche misura cautelare	Arresti Domiciliari		
13/07/92 - 01/11/92	18	37	56	111
01/11/92 - 13/10/93	153	275	412	840
14/10/93 - 31/12/93	53	76	123	252
01/01/94 - 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
01/01/97 - 30/06/97	86	180	225	491
01/07/97 - 31/12/97	60	134	149	343
TOTALE	1.148	1.865	2.305	5.318





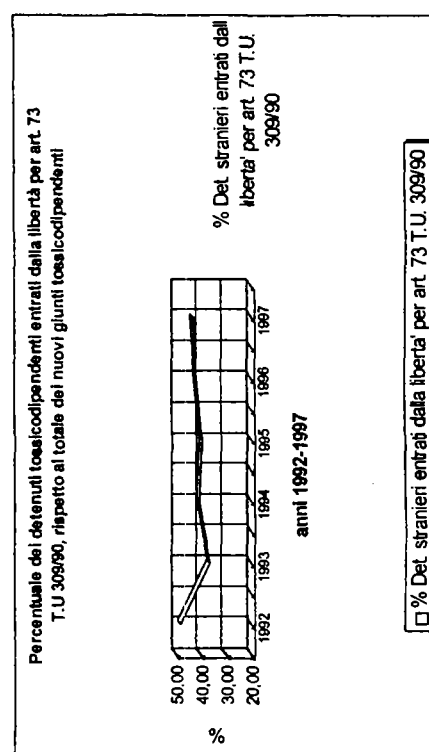
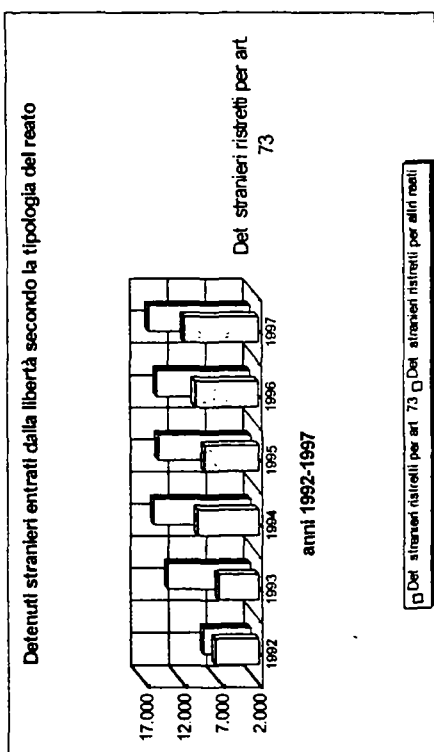
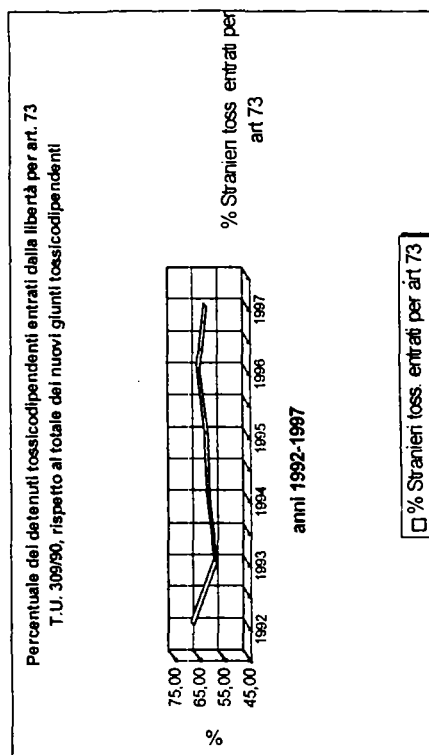
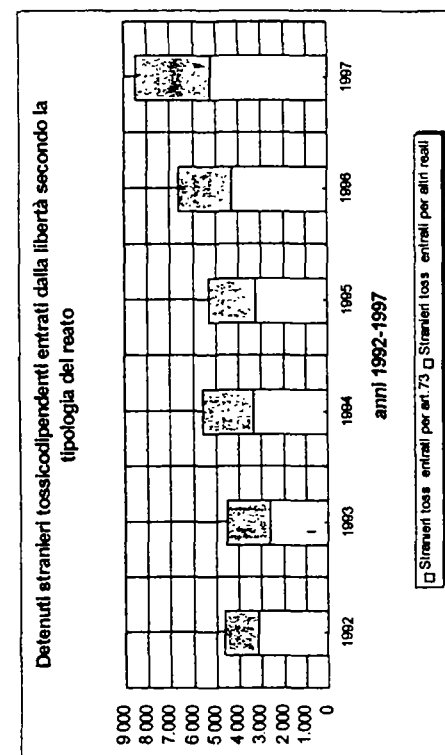






XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Totale dei detenuti stranieri entrati dalla libertà suddivisi per tipologia di reato - Riepilogo per annualità									
Periodo di rilevamento	Ristretti per art. 73 T.U. 309/90				Ristretti per altri reati				Totale nuovi giunti (a+b)
	Tossicodip.ti	Non Tossicodip.ti	Totale (a)	% su totale nuovi giunti	Tossicodip.ti	Non Tossicodip.ti	Totale (b)	% su totale nuovi giunti	
1992	3.111	4.749	7.860	48,77	1.534	6.721	8.255	51,23	16.115
1993	2.584	4.833	7.417	36,50	1.920	10.982	12.902	63,50	20.319
1994	3.355	6.854	10.209	40,90	2.215	12.535	14.750	59,10	24.959
1995	3.228	6.053	9.281	39,71	2.068	12.025	14.093	60,29	23.374
1996	4.253	6.165	10.418	42,25	2.368	11.870	14.238	57,75	24.656
1997	5.210	6.667	11.817	43,67	3.284	12.036	15.320	56,33	27.197



L'Ufficio Centrale Giustizia Minorile conduce annualmente un monitoraggio per acquisire informazioni su:

- distribuzione territoriale degli assuntori di droga;
- tipologie dei reati commessi;
- tipologie delle sostanze assunte e livello di dipendenza;;
- accertamenti compiuti;
- interventi effettuati e collaborazioni inter-Servizi ed interistituzionali.

I dati complessivi raccolti (1.291 nel 1997, 1.173 nel 1996, incremento del 1,10%) mostrano una sostanziale stabilità rispetto agli anni precedenti, con limitati scostamenti nelle distribuzioni percentuali non connesse a motivazioni strutturali. Già negli anni precedenti si è sottolineato come, allo stato attuale, non sia possibile escludere che esse siano legate semplicemente alle periodiche fluttuazioni che si registrano nell'applicazione delle varie misure a disposizione per la sanzione ed il sostegno dei minori che commettono atti di devianza.

E', al contrario, da rilevare, come elemento strutturalmente costante delle rilevazioni effettuate, il fatto che l'uso di sostanze non diminuisce sostanzialmente, nonostante gli sforzi messi in atto dai Servizi.

Relativamente alle differenze tra primo e secondo semestre, l'analisi statistica dei dati rilevati non ha messo in rilievo mutamenti rilevanti e sostanziali rispetto all'andamento del semestre precedente.

Le poche variazioni registrate non sono significative sul piano statistico, date le dimensioni limitate assunte in un arco temporale ristretto.

Per lo più si tratta di variazioni relative alla distribuzione territoriale dei casi, ad una temporanea variazione in più o in meno del numero di minori seguiti dai singoli servizi. Tali variazioni sono determinate da circostanze contingenti, che non modificano le tendenze complessive e che, in particolare, non riguardano le dimensioni più specifiche del fenomeno (dalla tipologia delle sostanze impiegate al livello dell'assuefazione, ecc.).

Come ogni anno, occorre fornire preliminarmente alcune precisazioni in merito alla validità dei dati e delle conclusioni raggiunte.

Anzitutto, è opportuno avvertire che le cifre riportate nelle tabelle delle pagine seguenti si riferiscono esclusivamente alla particolare popolazione dei Servizi della giustizia minorile, composta da soggetti entrati nel circuito penale ai quali sono state applicate misure (dalla pena detentiva all'affidamento al servizio sociale) che richiedono l'intervento del personale di tali Servizi; restano fuori dalla rilevazione tutti i minori che, pur denunciati, non sono stati oggetto di tali provvedimenti; per conseguenza, è opportuno tenere in considerazione la particolarità della popolazione di riferimento, qualora si intendesse considerare i dati riportati come rappresentativi di un fenomeno diffuso nell'area della devianza minorile nel suo complesso.

Un altro elemento da considerare è la presenza, nei Servizi in generale e negli Istituti penali minorili in particolare, di ultradiciottenni e di soggetti extracomunitari privi di documenti d'identità, la cui età anagrafica è registrata sulla base delle dichiarazioni rese da loro stessi e giudicate attendibili senza esami medici specifici.

Inoltre, si deve osservare che la procedura osservata fin dall'inizio del monitoraggio (nel 1991), ha attribuito ai Servizi periferici il compito di registrare ed inviare i dati, organizzando in autonomia il lavoro interno di raccolta ed anche la loro prima collocazione rispetto alla griglia classificatoria proposta. Questa procedura è risultata la più valida sul piano dell'ottimizzazione delle risorse; si è manifestata, nel corso del tempo, una diversificazione, da Servizio a Servizio, delle figure addette a tali compiti (educatori, medici, responsabili della custodia), che non si può escludere possa avere parzialmente influenzato anche la scelta dei criteri per la prima classificazione dei dati.

Minori assuntori di sostanze stupefacenti - anno 1997

Strutture	Italiani	Stranieri	In complesso
Centri di Prima Accoglienza	366	125	491
Istituti Penali Minorili	293	87	380
Uffici di servizio sociale per minorenni	412	8	420
Totale	1.071	220	1.291

In secondo luogo, occorre precisare che in ambito minorile le differenziazioni tra assuntori abituali e tossicodipendenti possono indurre a sovrapposizioni o, comunque, ad una non sempre chiara delimitazione delle peculiarità dell'uno e dell'altro stato.

Anche qui non si può prescindere dalla considerazione dell'elemento di soggettività presente in valutazioni basate, spesso, oltre che sugli accertamenti clinici, anche sulle dichiarazioni volontarie degli interessati, che peraltro in molti casi risultano essere l'elemento di conoscenza più rilevante considerato dai compilatori delle schede di monitoraggio.

Composizione demografica e distribuzione geografica

Una delle prime risultanze da segnalare riguarda le peculiarità della distribuzione geografica degli assuntori di droga nei Servizi della giustizia minorile, concentrati in netta prevalenza nelle aree metropolitane. Ad esempio, i Centri di prima accoglienza di Milano, Firenze, Roma e Palermo hanno registrato ciascuno circa il 15 % del totale degli ingressi su scala nazionale; nei C.P.A. di queste quattro città è entrato circa il 60 % del totale dei minori transitati nella prima accoglienza.

Analogo discorso vale per gli Istituti penali minorili, anche se la distribuzione appare meno concentrata che nei C.P.A., a causa della presenza in alcune regioni nevralgiche (Campania, Puglia, Sicilia) di più Istituti.

Per quanto riguarda gli Uffici di Servizio Sociale, Milano e Napoli sono, in assoluto, le metropoli in cui è stato seguito il maggior numero di minorenni assuntori di droghe.

Si segnala, rispetto agli anni scorsi, un incremento relativamente marcato del numero di assuntori nelle maggiori strutture del Sud (Napoli e Palermo in particolare). Occorre attendere la stabilizzazione nel medio periodo di questo dato per poter oltrepassare l'ambito descrittivo e affermare che questo andamento sia significativo di una trasformazione in atto nel mondo della devianza minorile del Meridione.

E', comunque, degno di menzione il fatto che il numero complessivo di assuntori di sostanze stupefacenti entrati nei Centri di prima accoglienza e negli Istituti penali minorili di Napoli, Palermo e Bari rappresenti ormai oltre il 30 % del totale nazionale.

Possibili interpretazioni dei risultati, con particolare riferimento ad alcuni aspetti particolari del fenomeno

In linea generale, la concentrazione degli assuntori di droga nelle grandi città corrisponde ad una distribuzione geografica del fenomeno complessivo dell'abuso di sostanze stupefacenti tra i minori che vede le aree metropolitane molto più interessate della provincia da questa forma di malessere sociale, a sua volta indice del disagio giovanile, della marginalità dei gruppi giovanili rispetto ad un'organizzazione sociale segnata da una sfavorevole congiuntura economica e da processi di ristrutturazione del rapporto scuola-lavoro che ritardano l'ingresso dei minori nella vita attiva e professionale e tendono a vanificare per molti l'aspettativa di una concreta autonomia al termine del percorso formativo.

Questi fattori certamente non esauriscono la complessità del fenomeno, ma possono essere assunti validamente anche nella comprensione di altre manifestazioni, quali ad esempio la parziale sovrapposizione del mondo della devianza e di quello dell'abuso di sostanze stupefacenti, evidente nel mondo della criminalità adulta, meno appariscente in quello della devianza minorile, ma comunque alquanto marcato, almeno all'interno della popolazione deviante che ogni anno entra nei Servizi della giustizia minorile.

Un altro aspetto significativo da segnalare anche nel 1997 è la ridotta presenza di soggetti di sesso femminile.

Non si tratta, anche in questo caso, di un dato riguardante solo i casi d'assunzione di sostanze stupefacenti; il numero delle minorenni che commettono reati è infatti estremamente ridotto rispetto a quello dei coetanei maschi.

Rispetto alla distribuzione per sesso della delinquenza adulta, la presenza femminile tra i minorenni devianti è, comunque, ancora più rara. Nei casi di abuso di sostanze, le ragazze risultano essere per lo più di nazionalità italiana e la loro presenza risulta limitata a non più del 3 % del totale.

Tra gli stranieri, sono state rilevate solo 15 presenze nei Centri di prima accoglienza; si tratta essenzialmente di ragazze nomadi, dedite agli scippi, che in genere restano nel circuito dei Servizi della giustizia minorile per periodi assai brevi.

In genere, la presenza di minori stranieri assuntori di sostanze stupefacenti è concentrata nelle grandi città del Centro-Nord, è pressoché inesistente al Sud. Questo dato è spiegabile sia ponendolo in relazione con la ridotta presenza di minori stranieri devianti al Sud, sia con il maggiore coinvolgimento nelle regioni centrosettentrionali degli stranieri nelle organizzazioni criminali, particolarmente in quelle finalizzate al traffico ed allo spaccio di sostanze stupefacenti.

Significativo, da questo punto di vista, è il dato di una città come Firenze, nella quale si registra la più alta percentuale di minori stranieri assuntori di sostanze (il Centro di prima accoglienza di questa città ha visto entrare oltre la metà del totale nazionale di minori stranieri assuntori di droghe entrati nei C.P.A. quest'anno).

La composizione del gruppo di minori stranieri vede, anche quest'anno, quasi nella totalità dei Servizi una massiccia presenza di minori appartenenti alle minoranze nomadi o provenienti dai Paesi nordafricani.

L'incidenza percentualmente maggiore di violazione della legge 309/90 tra questi minori, rispetto agli italiani, è indicativa del forte coinvolgimento degli extracomunitari e in particolare di nordafricani nelle attività di spaccio di sostanze stupefacenti.

La cultura d'origine di questi minori è caratterizzata da preclusioni fortissime nei confronti non solo delle sostanze stupefacenti ma anche dell'alcool, eppure il potenziale di attrazione che queste sostanze assume tra i giovani immigrati (sia per quanto riguarda l'uso personale, sia per quanto riguarda il coinvolgimento nelle organizzazioni dedite al traffico di stupefacenti), a causa, presumibilmente, della condizione di anomia e di marginalità socioculturale oltre che economica nella quale vivono, pone a chi osserva il fenomeno delicate questioni di carattere etico, oltre che professionale.

E', infatti, evidente che questo fenomeno, per quanto numericamente contenuto rispetto ad altri, può essere assunto come significativo delle gravi problematiche connesse alla condizione dei migranti nelle nostre società ed alla tutela dei minori figli di migranti, in particolare alla tutela del loro diritto ad una formazione rispettosa delle tradizioni e dei valori culturali d'origine e ad una condizione di vita non penalizzante, quando non sia, addirittura, precaria e inadatta a garantire la sopravvivenza.

Reati commessi

Si segnala la consistenza del numero di minori che commettono reati connessi alla propria condizione di assuntori di droghe o in violazione della stessa normativa sullo spaccio di stupefacenti. Il mondo dell'abuso e quello del commercio di sostanze tendono a sovrapporsi anche nell'adolescenza e nella prima età adulta, segno per certi versi inquietante di un precoce coinvolgimento dei minori nelle organizzazioni dedite allo spaccio in corrispondenza di un'altrettanto precoce iniziazione all'uso di sostanze dannose e ad alto rischio di assuefazione.

Si tratta, del resto, di un risultato che corrisponde pienamente ad una caratteristica generale della devianza e della criminalità, non solo minorile; la grande maggioranza dei reati compiuti in Italia è costituito da furti e rapine.

E' significativo, peraltro, che le violazioni del DPR 309/90 rappresentino il 57 % dei reati contestati a minori seguiti dagli Uffici di Servizio Sociale, percentuale che si attesta al 45 % per i minori che transitano nei Centri di prima accoglienza e scende sensibilmente (21 %), per quelli detenuti negli Istituti penali. Questa notevole variazione percentuale è indicativa della diffusione dell'uso di sostanze anche nel mondo della devianza primaria, per la quale la risposta di giustizia non giunge alle forme più nette di privazione della libertà; il valore relativamente basso registrato negli Istituti penali, invece di essere indicativo di una inversione di tendenza, conferma che l'assunzione di sostanze si collega organicamente alle forme più gravi di devianza e di delinquenza, dato confermato, come si vedrà in seguito, anche dalla diversa distribuzione degli assuntori occasionali, di quelli abituali e dei tossicodipendenti nei vari tipi di Servizio.

Da segnalare anche il dato non trascurabile delle imputazioni per rapina aggravata, segno della forte carica di aggressività che caratterizza la devianza di una parte numericamente non trascurabile di minori assuntori di droghe.

Tra le spiegazioni avanzate in campo criminologico per comprendere il fenomeno, una delle più accreditate individua in questi reati (spaccio, furti, rapine, "scippi") 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 funzionali al soddisfacimento immediato del bisogno, consentendo al singolo soggetto di procurarsi in poco tempo le somme di denaro necessarie per l'acquisto della droga.

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.

Tipo di sostanze assunte e livello di assuefazione

Anche nel 1997 la più diffusa è risultata la cannabis. Il dato oscilla tra il 46 % di assuntori negli Istituti penali ed il 67% registrato nei Centri di prima accoglienza. Altro dato rilevante è il numero relativamente limitato di assuntori di oppiacei: solo il 6,5 % degli entrati in C.P.A. e circa il 13 % dei detenuti negli I.P.M. e dei minori seguiti dai Servizi sociali minorili.

Questi dati sono indicativi di un livello di abitudine nell'assunzione di droghe ancora iniziale, tipico dell'età adolescenziale.

Si ribadisce, quindi, l'esigenza espressa anche negli anni scorsi 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 emerso nettamente nel 1996 dai dati raccolti sul tipo di sostanze usate, vale a dire il notevole incremento del numero di minori assuntori di due o più sostanze, è stato confermato anche nel 1997, nel quale si è constatata la stabilizzazione dei valori percentuali raggiunti l'anno prima.

La spiegazione possibile del fenomeno può essere probabilmente individuata nella diffusione della pratica del cosiddetto "cocktail di sostanze" anche tra i più giovani assuntori di droghe, con conseguenze gravi, potenzialmente letali, 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.

Anche quest'anno il numero degli assuntori di più sostanze è percentualmente più rilevante negli Istituti penali, rispetto alle altre strutture della giustizia minorile; si tratta di un indice parzialmente indicativo della connessione tra una condizione di dipendenza da pratiche d'abuso e la maggiore pericolosità sociale delle condotte devianti di questi soggetti.

Questi dati sono collegabili anche al fenomeno delle cosiddette "droghe del sabato sera", che, pur riguardando una fascia della popolazione giovanile diversa dall'utenza dei servizi penali minorili, si stima 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. Si tratta del 50-51 % dei minori entrati in C.P.A. o in I.P.M. e di oltre il 25 % dei minori seguiti dagli U.S.S.M. (in queste ultime strutture il 51 % dei minori è stato classificato come assuntore occasionale).

Si osserva che, mentre fino al 1996 il numero di assuntori abituali era pressoché corrispondente a quello degli assuntori occasionali, quest'anno oltre la metà dei minori è stata classificata tra gli assuntori abituali. Il dato, che l'anno scorso si ipotizzava potesse essere riferito almeno in parte anche al margine di soggettività che caratterizza le nozioni di consumo occasionale o abituale, appare quest'anno dotato di una valenza oggettiva ed indicativo di un radicarsi dell'uso di sostanze tra i minori che entrano nel circuito penale.

Occorre rilevare anche la forte presenza di minori tossicodipendenti negli Istituti penali minorili (22,4 % circa, contro il 5,9 % nei C.P.A. e il 13,5 % negli U.S.S.M.).

Questo dato, già segnalato negli anni scorsi, appare in maniera molto netta nel 1997 ed indica che probabilmente anche nel quadro del disagio minorile l'ambito della devianza e quello dell'abuso di droghe assumono contorni e tendenze parzialmente sovrapponibili; in particolare, come s'è detto a più riprese in passato e s'è già accennato, ad una più grave assuefazione all'uso di stupefacenti sembra sempre più corrispondere, sul piano statistico, una maggiore pericolosità sociale manifesta in forme più evidenti di devianza che ricevono una più rigida risposta istituzionale. Il dato va, in effetti, posto in relazione con altri elementi di mutazione nella struttura della popolazione carceraria minorile: vale a dire, in particolare, con l'aumento dei minori alle soglie dell'età adulta, o ultradiciottenni, che ormai costituiscono la maggioranza dei soggetti detenuti o ristretti in queste strutture e con l'ormai consolidata differenziazione qualitativa delle fattispecie di reato di cui sono imputati questi ultimi rispetto ai coetanei che transitano per gli altri Servizi (Centri di prima accoglienza ed Uffici di servizio sociale).

Un aspetto particolare da rilevare, nell'ambito della giustizia minorile è il numero dei minori che hanno ricevuto un trattamento terapeutico di tipo residenziale presso strutture convenzionate con l'Amministrazione, che risulta essere stato alquanto superiore a quello degli anni scorsi; nell'arco di due anni, dal 1995 al 1997, il numero di minori che hanno ricevuto questo tipo di trattamento è passato complessivamente da 68 a 107.

Si nota che mediamente il periodo di permanenza in Comunità ha avuto una durata di circa 80 giorni, anche se si constatano facilmente variazioni considerevoli da distretto a distretto: ad esempio, la durata media nei distretti di Milano e di Palermo è pressoché doppia di quella generale, mentre in quello di Napoli è di poco superiore alla metà. In quest'ultimo distretto si è registrato il più massiccio ricorso al trattamento in Comunità, tanto che circa un terzo del totale nazionale dei minori ospitati in queste strutture appartiene al territorio campano.

Al di là delle differenziazioni locali, occorre comunque sottolineare che l'incremento registrato globalmente appare interpretabile, anche se in termini provvisori, come indicatore di una maggiore sensibilità verso l'esigenza di un trattamento non soltanto farmacologico della tossicodipendenza negli anni giovanili, sensibilità che può forse derivare da un nuovo atteggiamento "culturale".

D'altra parte, il dato finale può suscitare anche l'impressione di una sorta di aggravamento della condizione dei minori dediti all'uso di droghe, che orienterebbe in tal modo le Autorità competenti ad un ricorso maggiore che in passato alle strutture specialistiche residenziali.

Va pure aggiunto, peraltro, che una permanenza media di ottanta giorni circa, qualora non sia connessa ad un progetto di trattamento di più ampio respiro, che vada al di là delle misure assunte nel corso dell'esecuzione penale, difficilmente è compatibile con interventi non solo "contenitivi", ma anche risolutivi.

E' infine da segnalare che il più ampio spostamento di minori dai Servizi penali alle Comunità terapeutiche è frutto delle strategie e delle linee d'indirizzo avviate fin dallo scorso anno, che hanno impegnato maggiormente i Servizi in un'azione programmatico-terapeutica finalizzata al trattamento specifico dei singoli casi, nelle forme più incisive e continuative e nella costante ricerca di metodologie appropriate.

Ciò si è reso possibile per la determinata politica d'integrazione dell'azione messa in atto dai Servizi penali dipendenti e dai Servizi degli enti locali, pur nel quadro delle difficoltà rappresentate in altra parte della presente relazione.

Dichiarazioni volontarie e accertamenti diagnostici

Un elemento sempre indicato come significativo dell'instaurarsi di una positiva relazione tra i minori e gli operatori delle strutture per quanto riguarda le problematiche dell'assunzione di droga è stato anche nel 1997 la prevalenza della rilevazione dell'uso attraverso la dichiarazione volontaria da parte del minore (questa modalità di rilevazione è stata registrata nell'86,6 % dei casi in C.P.A., nell'84,7 % dei casi in I.P.M. e nel 78,3 dei casi negli U.S.S.M. 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. I dati mostrano che soltanto nel 10-11 % di casi si è ricorso a visite ed altri accertamenti diagnostici in CPA e in IPM, mentre la percentuale si riduce all'1 % nei servizi sociali.

Interventi e collaborazioni

Sul piano degli interventi, si segnala la netta prevalenza, ricorrente ogni anno (e questo è un dato confortante e positivo) delle attività di sostegno psicologico (44, % nei C.P.A., 69,4 negli I.P.M., 74,5 negli U.S.S.M.) rispetto a quelle di tipo puramente farmacologico (rispettivamente: 7,9 %; 6,8 %; 0,5 %). Ciò si può ricondurre alla limitata diffusione della condizione di dipendenza dalla sostanza tra soggetti ancora di minore età.

Si segnala l'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.

Negli anni scorsi, l'intervento farmacologico risultava 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.

Quest'anno la percentuale degli interventi di tipo farmacologico nei C.P.A. è ancora maggiore di quella registrata negli altri Servizi, ma il divario è notevolmente ridotto. L'intervento sugli assuntori avviene, nella generalità delle strutture minorili, 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 stata, anche nel 1997, la 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. Le collaborazioni attivate sono state solo il 7 % nei C.P.A., il 28 % negli I.P.M. e il 40 % negli U.S.S.M.; nella quasi totalità dei casi si tratta di accessi ai servizi ambulatoriali delle Aziende Sanitarie Locali.

Un numero ridotto di collaborazioni può essere 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, ma appare preoccupante il fatto che nella netta maggioranza dei casi seguiti dai servizi sociali minorili (oltre il 60 %) o ospitati negli istituti penali minorili (circa il 70 %) non si attivi alcuna forma di collaborazione.

Questa situazione è determinata, ovviamente, dall'attuale strutturazione dei servizi territoriali e delle attività di prevenzione e trattamento delle tossicodipendenze.

Negli anni scorsi si auspicava che, nell'ambito della riorganizzazione in atto dei servizi non residenziali gestiti dalle organizzazioni del privato sociale, trovassero 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.

Quest'anno si può sottolineare l'esigenza che i nuovi assetti rinvenuti nell'azione governativa per l'organizzazione dei servizi socio-assistenziali territoriali ottengano positive ricadute già dal prossimo anno nel campo del trattamento dei casi di minori assuntori di droga entrati nel circuito penale.

3.1.2 Comportamenti "a rischio"

La modalità di assunzione dell'eroina di gran lunga più utilizzata è quella endovenosa. Un numero limitato di eroinomani tende anche ad iniettarsi cocaina che, normalmente, viene invece sniffata.

Studi comportamentali eseguiti in diverse città italiane (Roma, Napoli, Milano, Verona e Cagliari) hanno mostrato come oltre il 90% di tossicodipendenti dichiara di aver scambiato almeno una volta la siringa con altri tossicodipendenti nel corso della dipendenza, mentre solo il 10% lo riferisce relativamente agli ultimi sei mesi. I risultati di questi studi confermano anche quanto già rilevato in progetti condotti in altri Paesi: i tossicodipendenti sono in grado di modificare i comportamenti relativi alle pratiche iniettive, meno per quanto riguarda quelle sessuali (es. uso del preservativo).

Gli stessi studi non evidenziano differenze significative nei comportamenti dei tossicodipendenti reclutati sulla strada, in confronto con quelli in trattamento. Anche la prevalenza di infezione da HIV è simile nei due gruppi.

Le modalità di assunzione delle sostanze stupefacenti espongono gli utilizzatori al rischio di contrarre diverse infezioni a trasmissione parenterale. In particolare, studi effettuati in diverse città italiane negli anni '80 hanno mostrato come la quasi totalità degli assuntori di eroina usassero la via iniettiva, per lo più endovenosa, e che la quasi totalità di questi avesse scambiato siringhe con altri, almeno una volta nel corso della propria storia di tossicodipendenza. Indagini più recenti hanno però evidenziato un cambio dei comportamenti, tale da ridurre a circa il 10% la proporzione di tossicodipendenti che riferiscono lo scambio di siringhe utilizzate.

La durata della tossicodipendenza sembra essere un'importante determinante di infezione; infatti, il rischio di contrarre un'infezione da HIV è molto maggiore nei primi due anni dopo l'inizio dell'assunzione di eroina rispetto alla successiva storia di droga.

Il contrario sembra avvenire per l'overdose, laddove sono i soggetti più anziani a presentare un rischio più elevato.

E' comunque importante ricordare come, per quanto attiene al rischio di infezione da HIV, esista anche un rischio attribuibile a comportamenti sessuali e che questo sembra essere rilevante soprattutto nel sesso femminile. La maggior parte dei dati sinora disponibili ha infatti evidenziato come il rischio di infezione da HIV sia più elevato nelle donne rispetto agli uomini tossicodipendenti.

3.1.3 Mortalità

I tossicodipendenti presentano un tasso di mortalità superiore alla popolazione generale della stessa fascia d'età e sesso

Decessi tossicologicamente correlati all'uso di stupefacenti (fonte: Ministero dell'Interno)

La Direzione Centrale per i Servizi Antidroga elabora 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 interpellando, caso per caso, le Prefetture, gli Istituti di Medicina Legale e le Autorità Giudiziarie competenti per materia e/o territorio.

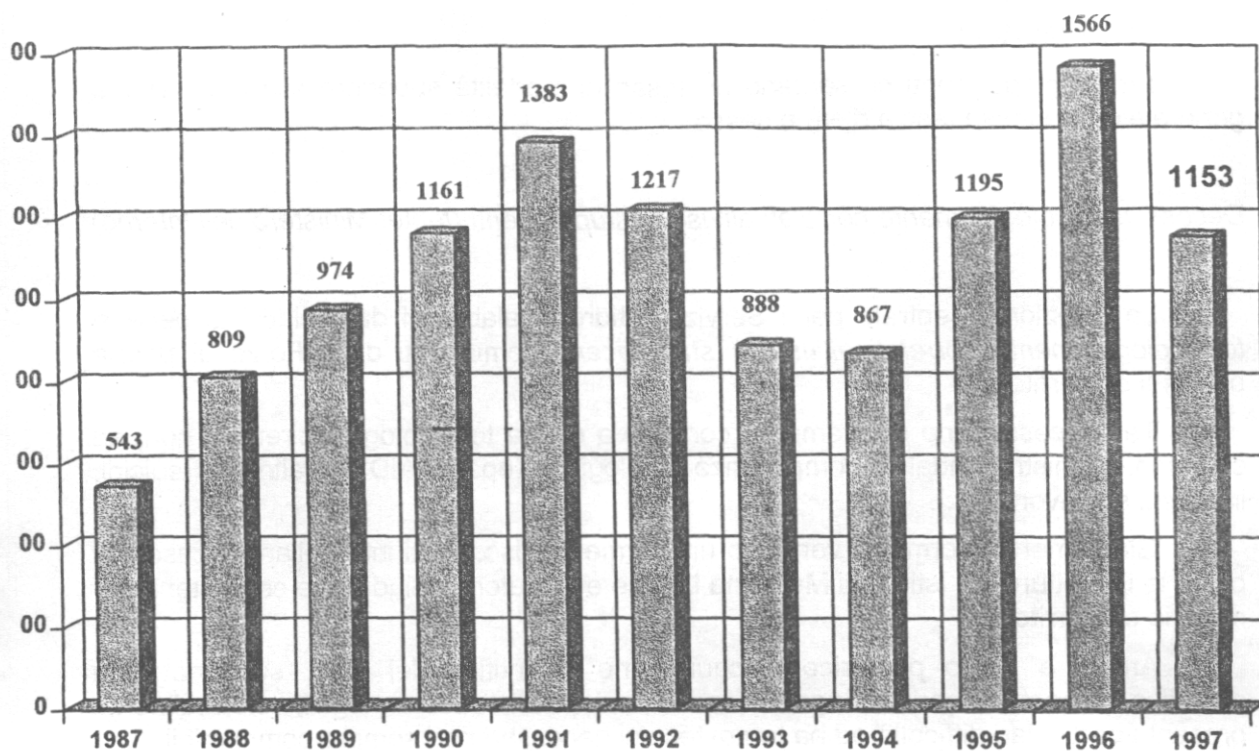
Anche a livello periferico, l'acquisizione scientifica del dato, supportato da specifico riscontro medico legale (esami autoptici e tossicologici), normalmente presenta particolari difficoltà ed ha tempi tecnici necessari non sempre comprimibili.

Alla data della rilevazione nel 1997, nonostante le ripetute richieste, non tutti gli Enti, le Autorità Giudiziarie e gli I.M.L. hanno fornito riscontro, per cui, i dati sui decessi consolidati debbono considerarsi provvisori e, verosimilmente, suscettibili di ulteriori significative variazioni in aumento.

Comunque, sono stati rilevati nel 1997 n°1.153 decessi, con una flessione di 413 decessi, pari al 26,37%.

Esiste una proposta di modifica all'art. 10 del T.U. 309/90, al fine di costituire e regolamentare l'obbligo giuridico della comunicazione, 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.

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI



Decessi tossicologicamente correlati all'uso di stupefacenti**Anno 1997 - Fasce di età e sesso**

	Fasce di età e sesso												
Regioni	1		2		2		3		3		>_		Numero
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Piemonte	2	1	9	4	38	4	27	2	17	2	11	1	118
Valle d'Aosta	0	0	0	0	3	0	1	0	1	1	0	0	6
Lombardia	2	0	22	2	59	2	38	3	27	2	11	3	171
Di cui stranieri	0	0	1	0	4	0	1	0	0	0	2	0	8
Trentino A. A.	0	0	2	0	5	1	3	0	3	0	1	0	15
Veneto	1	0	9	4	18	2	24	2	15	5	7	2	89
Di cui stranieri	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3
Friuli V.G.	1	0	5	0	2	0	8	0	2	2	1	0	21
Di cui stranieri	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	1	0	8	0	15	0	16	0	14	1	4	0	59
	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	3
E. Romagna	2	3	19	0	37	2	34	1	18	0	8	0	124
Di cui stranieri	0	0	3	0	3	0	1	0	2	0	1	0	10
	1	0	6	0	15	5	20	3	10	1	4	1	66
	0	0	1	0	0	0	2	0	1	0	0	0	4
Umbria	0	0	1	1	1	0	5	0	4	0	1	0	13
	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Marche	1	0	4	1	6	0	5	0	3	0	1	0	21
Lazio	1	1	19	1	34	1	44	1	17	5	2	23	149
	0	0	0	1	1	1	3	1	0	0	2	0	9
Abruzzo	0	0	3	0	6	2	4	1	1	0	1	0	18
	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Molise	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Campania	4	1	19	0	29	0	25	0	15	0	6	0	99
	0	0	1	0	2	0	2	0	0	0	0	0	5
Puglia	0	0	11	0	17	0	13	2	9	0	3	0	55
	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Basilicata	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	3
Calabria	0	0	1	1	5	0	5	0	2	0	3	0	17
Sicilia	0	0	9	0	9	0	7	1	4	0	4	0	34
Sardegna	0	1	3	0	5	1	9	0	6	0	2	0	27
	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Totale	16	7	156	15	317	21	298	18	172	19	74	30	1153
					1								
Di cui stranieri	0	0	9	1	16	1	10	2	5	0	5	0	49

Decessi tossicologicamente correlati all'uso di stupefacenti, disaggregati per Regione, Fasce di età e sesso, nazionalità italiana e straniera - anno 1997

DISTRIBUZIONE REGIONALE
DEI DECESSI TOSSICOLOGICAMENTE
CORRELATI ALL'USO DI STUPEFACENTI
(VALORI ASSOLUTI) ANNO 1997



da 33 a 92

da 0 a 28

3.1.4 Morbilità (fonte: Ministero della Sanità)

I comportamenti associati all'uso endovenoso di sostanze stupefacenti determinano un eccesso di morbosità e di mortalità attribuibile a diverse cause. Le malattie da infezione rappresentano senz'altro il capitolo più importante nell'ambito delle patologie correlate alla tossicodipendenza. Queste possono essere trasmesse attraverso lo scambio di siringhe contaminate e, in misura minore, attraverso i rapporti sessuali (es. infezione da HIV ed epatiti), o esser dovute a scarsa igiene nelle pratiche iniettive, il che non implica necessariamente una riutilizzazione di siringhe già usate da altri (es. endocardite, ascessi).

Tossicodipendenza e infezione da HIV.

Secondo i dati del Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità, il 65.5% dei casi di AIDS segnalati in Italia nel 1997 è attribuibile a comportamenti correlati all'uso di droga per via endovenosa; la percentuale era del 40% nel 1996.

L'HIV venne di fatto introdotto molto precocemente nell'area metropolitana di Milano (almeno nel 1979) e, uno o due anni dopo, in altre città italiane.

Studi effettuati su sieri congelati hanno evidenziato l'incremento della prevalenza di infezione da HIV verificatosi nella prima metà degli anni '80 in diverse aree urbane. Verso la fine del decennio, si assisteva invece ad una stabilizzazione dei tassi di prevalenza di infezione da HIV nei tossicodipendenti afferenti ai Ser.T.

In particolare, nel 1990 la prevalenza di infezione da HIV nei tossicodipendenti afferenti ai SERT risultava in Italia pari a 30.8% e presentava una forte variabilità regionale.

Successivamente, sempre esaminando l'informazione relativa ai tossicodipendenti in trattamento presso i SERT, si nota un andamento decrescente: si è passati da una prevalenza a livello nazionale di 28.8 nel 1991 al valore attuale del 16.0%.

Tale tendenza è evidente anche stratificando gli utenti in base al sesso ed all'anzianità di rapporto con il SERT (nuovi utenti e utenti già in carico).

E', inoltre, evidente una forte variabilità territoriale di tale valore: analizzando la situazione al 1997, si notano alcune regioni con percentuali di positività molto al di sopra del valore nazionale (Lombardia=28.2%; Liguria=24.6%; Emilia Romagna=24.0%), mentre in altre meno del 5% degli utenti testati risulta positivo (Valle d'Aosta=1.2%; Molise=4.0%; Campania=3.7%).

L'"anzianità" dell'utenza, e quindi indirettamente l'età, essendo i nuovi utenti mediamente più giovani e il sesso risultano essere importanti fattori di discriminazione: la proporzione, infatti, di soggetti infetti, comunque in diminuzione, è più bassa nei nuovi ingressi di sesso maschile e più elevata nei vecchi utenti di sesso femminile.

Le differenze riscontrate trovavano una possibile spiegazione nella minore durata dell'esposizione dei tossicodipendenti più giovani, che hanno presumibilmente una storia più breve di droga e quindi di esposizione al rischio di infezione da HIV, e/ o nella modifica dei comportamenti verificatasi nel corso del tempo, in particolare in coloro che hanno iniziato a far uso di droga per via endovenosa a partire dalla seconda metà degli anni ottanta, avendo avuto a disposizione una maggiore informazione sul rischio di infezione da HIV.

Informazioni diverse da quelle fornite dalle indagini di prevalenza possono derivare da studi specifici eseguiti al fine di stimare l'incidenza di nuove infezioni in soggetti inizialmente sieronegativi.

Diversi studi sono stati condotti in alcune città italiane a partire dalla seconda metà degli anni '80. Nell'area metropolitana di Milano, l'incidenza annuale di nuove infezioni si aggirava sul 7 per 100 anni-persona nel 1987-88, pur con ampie variazioni a seconda della zona considerata e scendeva a poco più del 3% nell'ultimo triennio.

Uno studio condotto a Roma rivelava un tasso di nuove infezioni pari al 9% anni-persona nel periodo 1985-87, che scendeva al 5% nel triennio 1987-89 ed al 4% nel triennio successivo. In queste città si assisteva, nella prima metà degli anni '90, ad una sostanziale stabilizzazione dell'incidenza di nuove infezioni.

A Napoli il tasso di incidenza restava inferiore all'1 per 100 anni-persona durante tutto il periodo dello studio. Il bilancio fra incidenza di nuove sieroconversioni e l'uscita dalla scena della droga di persone con infezione da HIV affette da AIDS determinava, nelle stesse città, le modificazioni e gli assestamenti nella prevalenza di anticorpi anti-HIV precedentemente descritti.

E' doveroso sottolineare, al riguardo, come i tossicodipendenti afferenti ai servizi possano non essere rappresentativi di tutti i tossicodipendenti italiani, e che possibili distorsioni (es.: "bias" di selezione) potrebbero essere determinati da differenze nella modalità di accesso ai centri e dai servizi da essi offerti (es. metadone, test sierologico, etc.).

Studi condotti su tossicodipendenti non in trattamento non hanno però evidenziato differenze significative rispetto agli utenti dei servizi pubblici in termini di prevalenza di infezione da HIV, validando i risultati delle indagini effettuate nella popolazione afferente ai Ser.T.

Altre infezioni virali (epatiti virali e infezioni da altri retrovirus, papillomavirus umano).

Le epatiti da virus B e C rappresentano un rilevante problema di sanità pubblica, riconoscendo nei tossicodipendenti il principale serbatoio di infezione. Mentre per l'epatite virale B è disponibile un vaccino sicuro ed efficace, per l'epatite da virus C non esiste alcuna possibilità di prevenzione al di fuori del cambio dei comportamenti.

I dati del Sistema Epidemiologico Integrato per l'Epatite Virale Acuta (SEIEVA), gestito dall'Istituto Superiore di Sanità, che copre il territorio di 261 A.S.L. corrispondenti al 40% della popolazione italiana, mostrano una tendenza alla diminuzione dei tassi di incidenza di nuovi casi di epatite virale (da 30/100.000 nel 1985 a 12/100.000 nel 1994).

In particolare, per l'epatite B si è passati da un tasso di incidenza di nuovi casi di 12/100.000 a un valore di 3/100.000.

Relativamente allo stato di tossicodipendenza, è risultato che la proporzione media di casi riportata in tossicodipendenti nel periodo considerato era del 21% e che, nello stesso periodo, non si evidenziava un chiaro andamento tendenziale (la proporzione di casi in tossicodipendenti è salita dal 15% nel 1986 ad un massimo di 29% nel 1990, per poi ridiscendere al 19% nel 1994).

Analizzando i dati rilevati dal Ministero della sanità a partire dal 1991, risulta che nel periodo 1991-97, la proporzione di tossicodipendenti infetti (presenza di almeno un "marker" di epatite da virus B) sia piuttosto elevata ma in evidente diminuzione: nel 1991 era pari al 50.9% ed è diminuita costantemente nel corso degli anni, fino al valore di 43.8 rilevato nel 1997.

Questa tendenza è confermata anche considerando l'utenza distinta per sesso e in base all'"anzianità" (nuovi utenti e utenti già in carico) .

A livello territoriale si rileva un'ampia variabilità nelle percentuali di utenti positivi al test dell'epatite virale B: si oscilla da un valore di 56.7% per il Friuli al valore di 24.8% per la Liguria.

Come per l'HIV, si conferma l'importanza del fattore "anzianità" di tossicodipendenza: l'infezione è meno diffusa (minore del 15-20% circa) tra i nuovi utenti rispetto agli utenti già in carico.

Si nota, inoltre, che nel corso degli anni l'andamento dell'infezione si è andato differenziando per sesso: mentre in passato nei due sessi si avevano percentuali di positività simili, dal 1994 le femmine presentano valori più bassi rispetto ai maschi, soprattutto tra i nuovi utenti.

Tale differenza è particolarmente evidente dal 1996 e risulta confermata anche nel 1997 solo tra i nuovi utenti: per le femmine si rileva una proporzione di positivi di circa 6 punti percentuali più bassa dei maschi (29.2% maschi; 23.6% femmine).

Dal 1997, il Ministero della sanità rileva l'informazione relativa all'infezione da epatite virale B tra gli utenti dei SERT distinguendo gli utenti che sono vaccinati, cioè i soggetti che hanno regolarmente completato il ciclo di somministrazioni vaccinali e che hanno eseguito un successivo controllo sierologico che ha confermato la risposta al vaccino.

Dall'analisi dei dati, risulta che solo una percentuale piuttosto bassa di soggetti (circa il 6%) si è sottoposto con esito positivo alla vaccinazione, mentre piuttosto elevate sono le percentuali dei soggetti che non hanno eseguito il test (circa 27%) e dei soggetti per i quali il dato sull'infezione non è disponibile (circa il 19%).

Anche per l'epatite C, i dati del SEIEVA mostrano una tendenza alla diminuzione dei tassi di incidenza di nuovi casi, ma meno evidente di quella rilevata per l'epatite B (da 5/100.000 nel 1985 a 2/100.000 nel 1994).

Per questa infezione, la proporzione di casi riportata in tossicodipendenti (valore medio del periodo=22%) risultava in costante aumento (dal 14% del 1986 al 25% del 1994).

Il problema dell'infezione da virus dell'epatite C è anche più importante di quanto si rilevi dai dati relativi ai soli casi sintomatici segnalati al SEIEVA. Ad

esempio, uno studio eseguito a Napoli, un'area urbana a bassa occorrenza di HIV, evidenziava un tasso di incidenza di nuove infezioni da virus C in tossicodipendenti pari a 30 per 100 anni-persona.

Ciò a fronte di una prevalenza di infezione decisamente superiore al 50%.

L'importanza di tale infezione nei tossicodipendenti emerge anche dall'analisi dell'informazione sull'infezione dal virus dell'epatite C tra gli utenti dei SERT rilevata dal 1997 dal Ministero della sanità : a livello nazionale ben il 67.1% dei soggetti sottoposti al test per l'accertamento della positività presenta l'infezione.

E' rilevata una discreta variabilità regionale: si passa dal valore di 45.9% della Campania, al 91.0% della Liguria .

Analizzando la proporzione di infetti per sesso e per "anzianità" si rileva, analogamente all'epatite B, l'importanza di quest'ultimo fattore: nei maschi gli utenti già in carico presentano percentuali di positività più elevate di oltre 20 punti; nelle femmine tale differenza raggiunge il 30%. Non sembra, viceversa, esistere una differenziazione per sesso.

Infine, vale la pena ricordare come altre infezioni virali emergenti possano circolare velocemente fra i tossicodipendenti. In particolare, alcuni ricercatori di Roma e di Milano hanno riscontrato prevalenze di infezione da HTLV-II variabili fra il 5% ed il 10%.

Questo dato è di notevole interesse anche se l'espressività clinica di questo retrovirus non è nota e sembra essere comunque bassa. Inoltre, alcune infezioni virali, quale quella da virus del papilloma umano, sembrano essere di più frequente riscontro nei tossicodipendenti, come evidenziato da una ricerca in corso presso l'Istituto Superiore di Sanità.

Infezioni batteriche

I tossicodipendenti che assumono stupefacenti per via endovenosa hanno un rischio piuttosto elevato di contrarre endocardite batterica.

Il germe più spesso chiamato in causa è lo stafilococco, ma non sono da escludere diversi agenti infettivi batterici e fungini (es. Candida). Uno studio eseguito a Roma ha mostrato come circa il 60% dei decessi per endocardite sia attribuibile alla tossicodipendenza.

Purtroppo, non sono disponibili dati accurati sull'incidenza delle endocarditi in questo gruppo di popolazione.

Fra le patologie infettive caratterizzate da bassa incidenza ed elevata letalità, sicuramente il tetano merita una particolare menzione.

La valutazione dei casi verificatisi in Campania negli ultimi cinque anni ha infatti evidenziato che circa la metà di questi era stata osservata in tossicodipendenti, per lo più in età avanzata.

Ciò sembra essere la conseguenza dell'invecchiamento delle coorti di tossicodipendenti, la maggior parte dei quali presenta vene sclerotiche che aumentano il rischio di "fuori-vena" e la formazione di ascessi cutanei e sottocutanei nei quali si crea un ambiente anaerobio che facilita la crescita del germe a partire dalle spore eventualmente inoculate con la dose.

Un'indagine sulla copertura vaccinale potrebbe essere auspicabile ai fini di eventuali strategie preventive.

Conclusioni

I dati presentati confermano che l'epidemia da HIV ha un enorme impatto sulla popolazione dei tossicodipendenti italiani.

Allo stesso tempo, però, è doveroso sottolineare come altre infezioni virali, in particolare l'epatite C, rappresenti un rilevante problema individuale e di sanità pubblica. Infine, non bisogna dimenticare il ruolo delle infezioni batteriche che, anche nei tossicodipendenti HIV-negativi, presentano una incidenza piuttosto elevata.

I problemi infettivi correlati all'uso di droga per via endovenosa costituiscono un fenomeno importante che richiede l'adozione di adeguati interventi; è, inoltre, da tener presente come gli interventi finora adottati abbiano favorito il cambio di comportamenti correlati all'uso di droga, mentre più difficile appare modificare le pratiche sessuali.

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TEST SIEROLOGICO ANTI-HIV: percentuale di test positivi sul totale dei test eseguiti

REGIONE	1991 (numero esami = 51256)	1992 (numero esami = 61401)	1993 (numero esami = 59826)	1994 (numero esami = 67901)	1995 (numero esami = 69941)	1996 (numero esami = 73513)	1997 (numero esami = 73784)
PIEMONTE	21,7	19,1	19,7	17,2	15,1	14,5	12,9
VALLE D'AOSTA	15,8	12,7	2,8	0,5	3,1	11,2	1,2
LOMBARDIA	42,3	39,2	36,8	37,3	32,2	29,7	28,2
P.A. BOLZANO	31,2	17,3	18,0	16,9	6,6	7,3	7,3
P.A. TRENTO	26,3	14,2	29,0	23,7	23,4	21,9	20,7
VENETO	25,7	14,7	18,4	16,8	14,2	13,1	14,1
FRULI V. GIULIA	14,0	13,3	11,1	12,5	12,2	11,5	8,6
LIGURIA	38,4	33,3	27,5	29,0	21,0	34,0	24,6
EMILIA ROMAGNA	40,7	34,2	29,0	28,2	26,6	23,2	24,0
TOSCANA	21,6	20,9	17,1	14,6	13,7	9,8	11,8
UMBRIA	30,6	21,5	12,9	12,9	12,0	10,4	9,6
MARCHE	30,0	23,2	22,8	17,8	21,3	16,6	13,9
LAZIO	28,5	30,1	33,6	25,1	28,3	24,7	22,5
ABRUZZO	14,4	9,6	8,8	13,4	7,2	7,0	5,8
MOLISE	9,7	5,2	7,8	6,5	3,4	3,0	4,0
CAMPANIA	5,8	5,0	7,0	5,0	4,4	3,3	3,7
PUGLIA	12,5	10,8	12,8	13,0	11,2	9,2	8,5
BASILICATA	22,1	14,3	23,3	16,6	13,1	14,5	10,7
CALABRIA	30,3	24,0	25,9	16,5	10,5	8,4	9,0
SICILIA	10,9	8,4	11,3	9,3	11,3	6,5	7,4
SARDEGNA	34,6	15,7	17,3	26,2	22,2	20,9	20,1
ITALIA	28,8	23,6	23,0	21,3	19,4	16,9	16,0

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

**PERCENTUALE DI UTENTI POSITIVI
AL TEST SIEROLOGICO ANTI-HIV**

ANNO	NUOVI UTENTI		GIÀ IN CARICO	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
1991	15,3	19,8	33,8	41,0
1992	10,4	16,7	28,1	35,5
1993	12,2	17,8	25,4	32,2
1994	9,0	15,3	24,0	30,2
1995	9,5	17,3	20,8	29,3
1996	6,4	11,7	18,4	26,8
1997	6,5	9,9	16,6	27,2

TEST EPATITE VIRALE B: percentuale di test positivi sul totale dei test eseguiti (*)

REGIONE	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
	(numero esami = 46700)	(numero esami = 56258)	(numero esami = 54526)	(numero esami = 62853)	(numero esami = 62955)	(numero esami = 69092)	(numero esami = 66623)
PIEMONTE	56,9	53,1	61,0	54,5	52,5	50,9	52,4
VALLE D'AOSTA	49,4	47,6	50,0	29,9	7,4	29,8	43,6
LOMBARDIA	60,8	57,2	56,8	58,9	56,1	53,6	54,2
P.A. BOLZANO	66,5	52,1	52,3	56,7	39,6	60,2	43,1
P.A. TRENTO	7,4	4,6	7,9	8,1	5,8	4,8	38,7
VENETO	46,0	47,7	49,8	46,4	42,8	49,2	48,2
FRIULI V. GIULIA	51,7	52,7	55,4	57,5	51,4	54,3	56,7
LIGURIA	49,9	51,3	51,4	-	61,8	47,3	24,8
EMILIA ROMAGNA	60,5	60,1	55,0	51,4	52,7	47,5	50,0
TOSCANA	43,0	43,1	49,5	44,9	37,5	32,3	43,6
UMBRIA	41,4	46,1	49,1	25,7	28,3	25,2	27,7
MARCHE	46,9	36,6	45,0	43,3	33,4	33,7	25,8
LAZIO	49,9	51,4	19,4	62,9	15,1	25,0	40,6
ABRUZZO	50,6	57,7	44,8	36,8	35,8	32,2	27,4
MOLISE	51,0	50,4	38,7	33,8	23,4	32,9	28,6
CAMPANIA	52,3	41,2	37,1	36,1	39,1	44,4	35,9
PUGLIA	38,8	37,4	42,9	41,9	41,0	37,3	37,5
BASILICATA	46,4	38,7	55,0	38,5	32,1	33,8	39,2
CALABRIA	45,6	66,9	46,3	56,6	36,9	48,9	30,6
SICILIA	28,3	31,0	34,2	32,3	38,8	29,0	26,8
SARDEGNA	51,4	44,1	50,1	41,3	46,5	41,2	49,8
ITALIA	50,9	48,7	48,6	48,3	44,1	43,8	43,8

(*)=la percentuale di positività è calcolata sul totale dei test eseguiti

**UTENTI PER CONDIZIONE RISPETTO ALL'INFEZIONE
DEL VIRUS DELL' EPATITE B (%) - ANNO 1997**

	NUOVI UTENTI		GIÀ IN CARICO	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
SOGGETTI TESTATI RISULTATI POSITIVI*	12,1	10,5	22,3	22,6
SOGGETTI TESTATI RISULTATI NEGATIVI	29,9	36,4	29,4	28,7
SOGGETTI VACCINATI	4,4	6,9	5,9	6,5
SOGGETTI CHE NON HANNO ESEGUITO IL TEST**	30,4	23,8	27,2	26,0
SOGGETTI PER I QUALI NON E' DISPONIBILE IL DATO SULL'INFEZIONE	23,2	22,4	15,2	16,3

*= rispetto al totale degli utenti dei SERT

**= appartengono a tale gruppo i soggetti che non hanno mai eseguito il test e coloro che, essendo risultati negativi ad un test effettuato in precedenza, non lo hanno ripetuto nel corso dell'ultimo anno

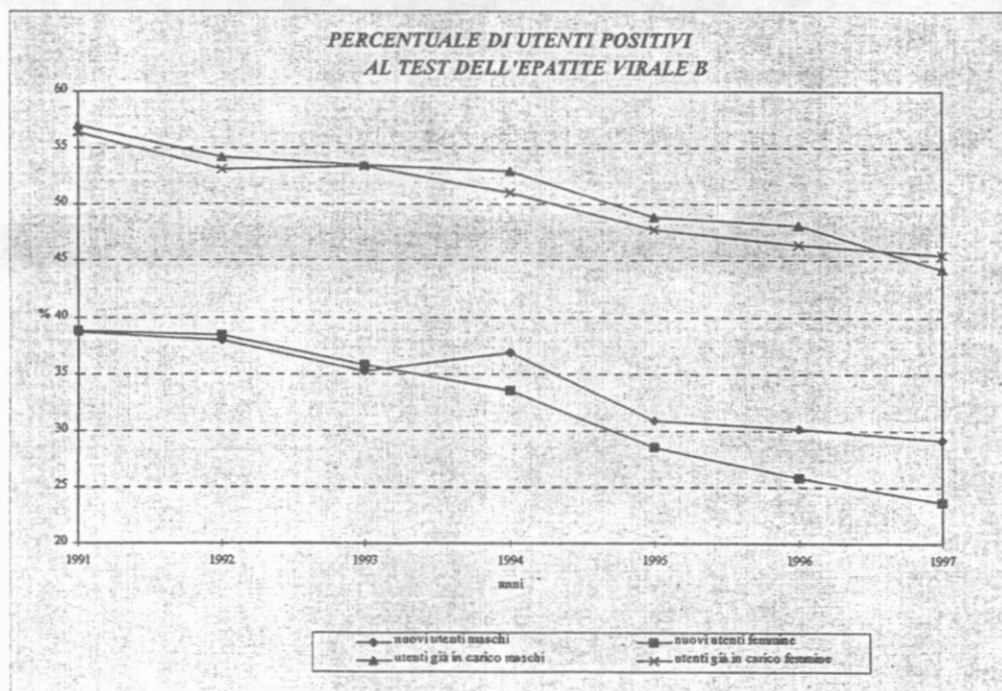
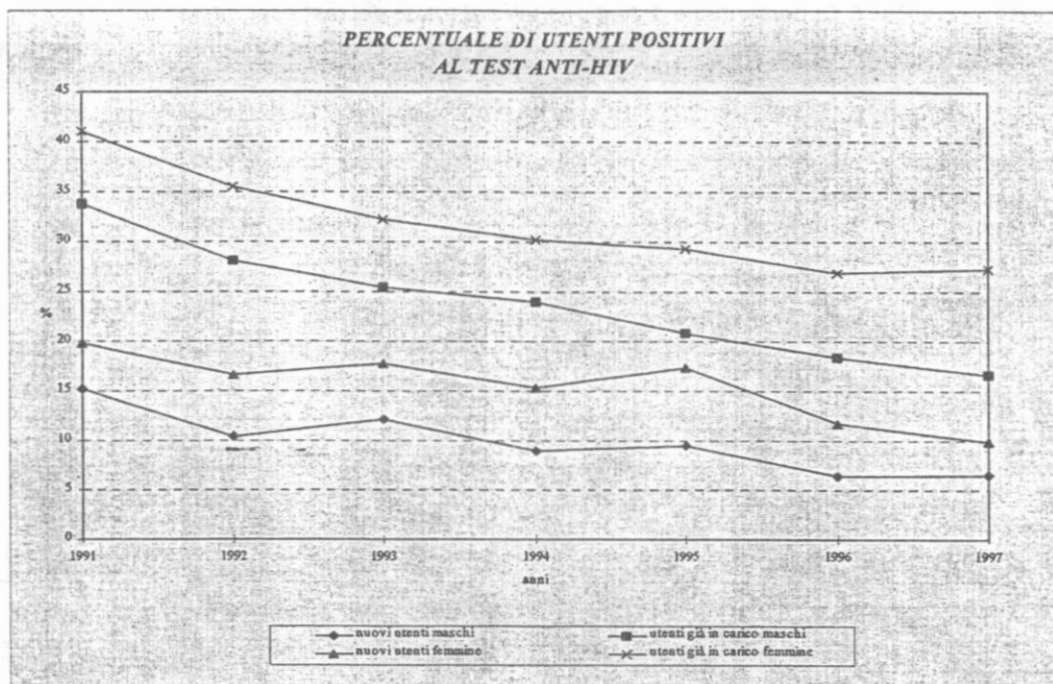
TEST EPATITE VIRALE C: percentuale di test positivi sul totale dei test eseguiti (anno 1997)

REGIONE	numero esami	% di esami positivi
PIEMONTE	7217	66,4
VALLE D'AOSTA	155	69,7
LOMBARDIA	16282	73,5
PROV.AUT.BOLZANO	109	86,2
PROV.AUT.TRENTO*	-	-
VENETO	5308	73,1
FRIULI V.GIULIA	1491	78,7
LIGURIA	818	91,0
EMILIA ROMAGNA*	-	-
TOSCANA	3373	73,2
UMBRIA	1564	77,6
MARCHE	1943	65,9
LAZIO	4213	66,0
ABRUZZO	1564	59,5
MOLISE	289	58,5
CAMPANIA	7691	45,9
PUGLIA	5674	61,1
BASILICATA	450	70,0
CALABRIA	1600	50,9
SICILIA	3564	68,0
SARDEGNA	2606	80,7
ITALIA	65911	67,1

*="dato non rilevato"

PERCENTUALE DI UTENTI POSITIVI AL TEST EPATITE VIRALE C - anno 1997

	NUOVI UTENTI		GIA' IN CARICO	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Percentuali di positivi	47,0	43,5	71,9	73,6



3.1.5. Stima del consumo complessivo di droga

L'affluenza ai Servizi per le tossicodipendenze è l'indicatore maggiormente utilizzato per monitorare il fenomeno delle tossicodipendenze.

Un incremento della domanda di assistenza non è però la necessaria conseguenza di un aumento della popolazione di tossicodipendenti, essendo diverse le variabili che possono determinare un maggiore afflusso di soggetti ai Servizi. Inoltre, esiste un periodo di latenza fra l'inizio dell'uso di eroina e la richiesta di trattamento di almeno 5 anni. Solamente una raccolta di dati dinamica, sull'anno di inizio dell'uso di eroina potrebbe fornire utili informazioni sul reale andamento dell'epidemia.

I dati raccolti dal Ministero della Sanità vengono utilizzati congiuntamente a quelli forniti da altre amministrazioni (Ministero dell'Interno, Ministero di Grazia e Giustizia e Ministero della Difesa), allo scopo di interpretare l'andamento temporale del fenomeno tossicodipendenza, ma non a fornire una stima diretta delle dimensioni. In particolare, i dati raccolti dalle diverse fonti ufficiali non rendono possibile quantificare la parte "sommersa".

Esistono perciò metodi che permettono di effettuare stime basate su presupposti metodologici, che possono essere utilizzati solo se si hanno informazioni di base sul fenomeno. Ad esempio, conoscendo il tasso di mortalità per overdose ed il numero di decessi verificatisi, si può utilizzare la "multiplier formula" (formula moltiplicatrice), che assume una relazione costante e lineare fra la prevalenza dell'uso di droga ed il numero dei decessi.

In Italia, il rapporto fra il numero medio di decessi per sospetta "overdose", verificatisi nel periodo 1984-88 ed il tasso medio di mortalità per "overdose" (di poco superiore al 3/1000) riscontrato negli stessi anni in un campione di tossicodipendenti romani seguito dall'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio (OER), portava a stimare un numero di circa 150.000 eroinomani (prevalenza stimata 0,5% nelle fasce di età 15-49 anni) per la seconda metà degli anni '80. Si deve però tener presente che tale coorte di tossicodipendenti romani poteva non essere rappresentativa del complesso dei tossicodipendenti italiani.

La stima sopra riportata non differiva molto, comunque, da quella effettuata dal Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) di Pisa sommando la parte emergente del fenomeno droga con la quota "sommersa", valutata mediante una proiezione al 1986 dei valori ricavati dagli studi campionari TO.DI del 1980-82.

Da questa si ricavava infatti un numero di tossicodipendenti oscillante fra i 130.000 ed i 170.000 (suggerendo un aumento nel numero dei tossicodipendenti dai circa 28.000 del 1977 a circa 150.000 alla fine degli anni '80).

Stando alle successive stime dell'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio (OER) ed assumendo che l'andamento del fenomeno sia stato lo stesso nell'ambito di questa Regione e nel resto del Paese, si sarebbe verificato un aumento del numero di tossicodipendenti all'inizio degli anni '90 che avrebbe superato quota 200.000.

Questo andamento non sembra essere coerente con i dati del Progetto TO.DI. 3, che indica una tendenza alla diminuzione della proporzione di persone positive alla ricerca di metaboliti urinari delle sostanze oppiacee rispetto agli studi precedentemente condotti.

E' però da tener presente che la popolazione considerata era composta per lo più da giovani di età non superiore ai 19 anni e che i campioni utilizzati in epoche diverse non sono del tutto confrontabili fra di loro.

E' opportuno sottolineare la necessità di interpretare con cautela i dati presentati, in quanto si tratta di stime e non di eventi osservati e misurati direttamente.

Negli ultimi anni, la necessità di una maggiore disponibilità, a livello nazionale, di una serie di informazioni di carattere epidemiologico sul fenomeno della tossicodipendenza, non rilevate e comunque non rilevabili con i sistemi informativi esistenti, la carenza delle quali risulta particolarmente penalizzante nell'ambito degli scambi con i paesi partner dell'Unione Europea, è diventata sempre più evidente.

Il Ministero della Sanità nel 1997 ha preso accordi con le amministrazioni regionali per definire, oltre ai flussi informativi di tipo "istituzionale", previsti da leggi o dai relativi regolamenti di attuazione, tra le unità del SSN e le Amministrazioni regionali, una attività di ricerca epidemiologica, con il coinvolgimento di Enti ed organismi centrali di ricerca (Istituto superiore di sanità, CNR, Università, ecc.) e dei centri periferici (SERT in particolare), finalizzata a soddisfare ulteriori e specifici bisogni informativi sul fenomeno tossicodipendenza.

In particolare, è prevista l'acquisizione di elementi conoscitivi, generalmente attraverso indagini campionarie ed indagini "ad hoc", sulle tematiche di seguito sottoelencate:

- Attivazione di un sistema rapido di allerta sulla prevalenza d'uso delle droghe sintetiche
- Monitoraggio della prevalenza dell'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope
- Valutazione dell'idoneità del sistema di sorveglianza della infezione da HIV tra i TD in trattamento
- Definizione della prevalenza dell'infezione tubercolare e delle sue manifestazioni cliniche nei tossicodipendenti

3.2 Il traffico di droga e la riduzione dell'offerta (fonte: Ministero dell'Interno)

Il traffico illegale di sostanze stupefacenti presenta un incremento pressoché esponenziale che interessa indiscriminatamente aree metropolitane, centri urbani minori e insediamenti rurali.

In Italia il fenomeno risulta ulteriormente amplificato dalla presenza di numerose organizzazioni criminali, collegate da strettissimi rapporti con i cartelli internazionali, le quali fanno del narcotraffico non solo un "moltiplicatore" di delinquenza strumentale (primi fra tutti i reati commessi per procurare i mezzi di acquisto degli stupefacenti), ma soprattutto una importantissima fonte di autofinanziamento dell'"industria del crimine".

Infatti, l'enorme volume di denaro "sporco" derivante dal traffico di droghe è utilizzato per accrescere la forza di penetrazione nell'economia legale attraverso metodi di reimpiego e di "*money laundering*" sempre più sofisticati e difficilmente individuabili.

La proliferazione di prodotti finanziari adattabili ad ogni esigenza e la crescente mobilità dei capitali in un contesto mondiale tendente alla globalizzazione, ha incrementato e reso più agevole il riciclaggio di capitali illeciti.

L'andamento del fenomeno indica, comunque, che le "piazze" delle grandi aree metropolitane settentrionali, a causa della posizione strategica per il commercio di droghe pesanti e leggere, costituiscono uno dei più importanti snodi delle dinamiche di integrazione della società criminale.

Infatti, come avviene nelle "aree tradizionali", anche nelle regioni del Nord il processo di unificazione dei mercati illegali si struttura non solo attraverso la formazione di comuni interessi fra i gruppi criminali di diversa origine, ma anche secondo una direttrice verticale che vede l'insorgere di rapporti di subordinazione fra i soggetti della criminalità locale ed esponenti di gruppi di stampo mafioso.

L'attività svolta dalle Forze di Polizia

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.

Vengono rilevate le seguenti informazioni:

- quantità di stupefacenti sequestrate raffrontate con quelle relative agli anni precedenti e nei diversi ambiti, 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).

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.

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 del T.U. 309/90.

SEQUESTRI DI STUPEFACENTI

	1997 (1)	% +/-	1996 (1)
Operazioni Antidroga	20.183	0,98	19.987

PERSONE DEFERITE ALLE AA.GG.	32.999	0,04	32.985
a. in stato di:			
arresto	22.705	2,41	22.171
libertà	9.973	-4,83	10.479
irreperibilità	321	-4,18	335
b. dati parziali:			
minori (totali)	1.232	22,10	1.009
minori (in stato di reato)	622	29,58	480
Stranieri (totali)	9.271	25,62	7.380
stranieri (in stato di arresto)	7.797	23,72	6.302

STUPEFACENTI SEQUESTRATI	kg.	62.071,439	297,59	15.612,037
	nr.	752.332	27,09	591.957
a. EROINA	kg.	471,709	-62,86	1.270,151
b. COCAINA	kg.	1.593,517	-33,01	2.378,854
c. CANNABIS, in totale, di cui:	kg.	59.764,638	403,59	11.867,730
- hashish	kg.	14.740,746	147,56	5.954,436
- hashish liquido	kg.	6,259	2.784,33	0,217
- marijuana	kg.	45.017,633	661,32	5.913,076
- piante	nr.	379.851	-26,10	514.023
d. AMFETAMINICI				
- in peso	kg.	0,370	-81,71	2,023
- in dosi	nr.	169.830	9,39	155.244
di cui ecstasy	nr.	161.216	12,89	142.807
e. L.S.D.	nr.	7.973	-43,84	14.197
f. ALTRE SOSTANZE				
- in peso	kg.	241,205	158,58	93,279
- in dosi	nr.	23.425	-58,13	55.948
Decessi Per Abuso Di Sostanze Stupefacenti	n	(2) 1.153	-26,37	(3) 1.566

(1) Dati provvisori elaborati il 15 aprile 1998.

(2) Di cui nr. 1 connazionale deceduto all'estero (Colombia).

(3) Di cui nr. 4 connazionale deceduto all'estero (1 in Colombia, 1 in Germania, 1 in Olanda ed 1 in Slovenia).

SEQUESTRI RILEVANTI DI EROINA - ANNO 1997

Quantità sequestrata (in kg.)	Località del sequestro	Nazione di produzione e/o provenienza
31.070	Melegnano (MI)	-
20,000	Melegnano (MI)	-
20,000	Ventimiglia (IM)	-
17,750	Trezzano sul Naviglio (MI)	Turchia
12,994	Assago (MI)	-
11,465	Milano	-
11,000	San Nicola la Strada (CE)	-
10,583	Genova	Turchia
10,500	Torino	Turchia
10,000	Milano	-
10,000	Trezzano sul Naviglio (MI)	-
10,000	Varese	Turchia
9,000	Milano	Turchia
8,684	Milano	Turchia
8,165	Brescia	Turchia

SEQUESTRI RILEVANTI DI COCAINA - ANNO 1997

Quantità sequestrata (in kg.)	Località del sequestro	Nazione di produzione e/o provenienza
287,289	Genova	Colombia
202,000	Feletto (TO)	-
112,000	Livorno	Colombia
55,500	Roma	Colombia
40,000	Castel Gandolfo (RM)	- Spagna
30,000	Roma	-
23,500	Roma	Colombia
21,121	Melegnano (MI)	-
15,767	Roma	Colombia
15,500	Roma	Colombia
15,000	Roma	-
15,000	Roma	Colombia
15,000	Roma	Colombia
14,304	Roma	Venezuela
13,000	Roma	Colombia

SEQUESTRI RILEVANTI DI HASHISH - ANNO 1997

Quantità sequestrata (in kg.)	Località del sequestro	Nazione di produzione e/o provenienza
3.915,000	Acque Internazionali	Marocco
2.208,000	Acque Internazionali	Marocco
1.091,000	Binasco (MI)	Marocco
990,000	Milano	Marocco
500,000	Albenga (SV)	
443,000	Roma	Marocco
364,700	Genova	Marocco
363,100	San Zenone all'Ambro (MI)	Marocco
360,000	Civitavecchia (RM)	Marocco
346,000	Aosta	Spagna
298,250	Varedo (MI)	
270,000	San Pietro in Gu (PD)	Spagna
244,000	Roma	Marocco
195,000	Cuneo	
180,000	Bologna	Spagna

SEQUESTRI RILEVANTI DI MARIJUANA - ANNO 1997

Quantità sequestrata (in kg.)	Località del sequestro	Nazione di produzione e/o provenienza
17.080,000	Genova	Colombia
872,000	Lecce	Albania
617,000	Castrignano del Campo (LE)	Albania
594,000	Vernole (LE)	Albania
529,030	Ancona	Albania
424,000	Matino (LE)	
420,000	Patù (LE)	
392,000	San Vito lo Capo (TP)	Albania
378,500	Lecce	Albania
360,000	Lecce	Albania
340,000	Lecce	Albania
321,000	Lecce	Albania
315,000	Opera (MI)	
293,780	San Pietro Vermotico (BR)	
291,000	Acireale (CT)	

SEQUESTRI RILEVANTI DI M.D.M.A - ANNO 1997

Quantità sequestrata (in kg.)	Località del sequestro	Nazione di produzione e/o provenienza
40.370	Arzignano (VI)	Olanda
13.740	Avigliana (TO)	
10.300	Roma	
10.000	La Spezia	Olanda
6.000	Trezzo sull'Adda (MI)	Germania
5.578	Milano	Olanda
4.700	Como	
3.240	Riccione (RN)	
3.080	Milano	
3.036	Napoli	
2.000	Albignasego (PD)	
2.000	Riccione (RN)	
1.965	Barbarano Vicentino (VI)	
1.865	Sustinente (MN)	
1.700	Civate al Piano (BG)	

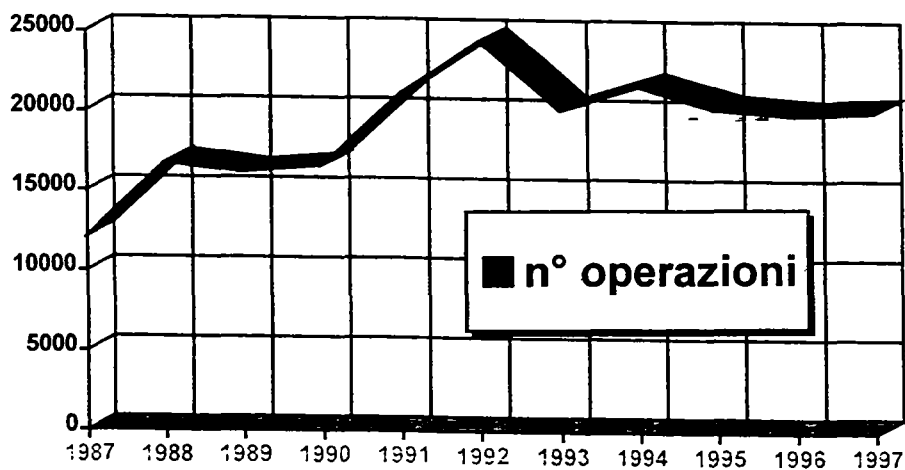
QUANTITATIVI SEQUESTRATI (in kg.)

DROGHE	Frontiera marittima	Frontiera terrestre	Frontiera aerea	Frontiera interna	Totale Frontiera	Territorio	TOTALE
1997		2,054	5,064		7,11	2,70	9,82
Oppio							
1996			0,504		0,50	0,11	0,61
1997	14,124	5,480	19,372		38,97	432,73	471,70
Eroina							
1996	257,337	9,190	45,558		312,08	958,06	1.270,15
1997	409,899	16,445	517,264	0,00	943,61	649,90	1.593,51
Cocaina							
1996	561,322	72,803	593,355		1.227,48	1.151,37	2.378,85
1997						6,25	6,25
Hashish liquido							
1996	0,003		0,022		0,02	0,19	0,21
1997	6.147,313	66,137	47,840	0,11	6.261,40	8.479,34	14.740,74
Hashish							
1996	12,887	36,859	28,432		78,17	5.876,25	5.954,43
1997	19.079,223	5,838	8,905	0,10	19.094,07	25.923,56	45.017,63
Marijuana							
1996	593,459	6,848	42,815	4,78	647,90	5.265,16	5.913,07
1997		22,800	0,600		23,40	157,00	180,40
Khat aedulis							
1996			43,650		43,65	17,56	61,21
1997	0,004	0,028	0,052		0,08	51,26	51,35
Altre							
1996	0,014	14,003	17,056		31,07	2,39	33,47
1997	25.650,563	118,782	599,097	0,21	26.368,65	35.702,78	62.071,43
TOTALE							
1996	1.425,022	139,703	771,392	4,78	2.340,90	13.271,13	15.612,03

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 1987 al 1997, finalizzate alla prevenzione e repressione delle violazioni alla legge antidroga.

ANNO	NR. OPERAZIONI
1987	12.105
1988	16.759
1989	16.173
1990	16.606
1991	21.190
1992	24.506
1993	20.182
1994	21.713
1995	20.345
1996	19.987
1997	20.183



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 seguenti rappresentano la frequenza statistica della tipologia di operazioni antidroga per i principali stupefacenti, nonché la rispettiva incidenza percentuale sul totale delle operazioni.

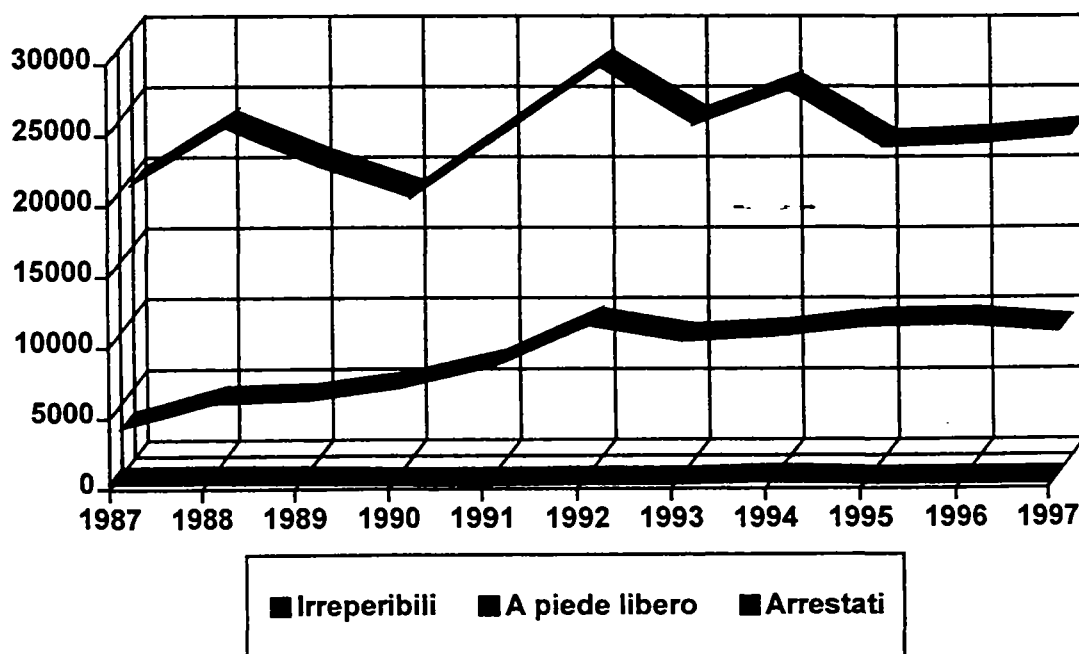
**FREQUENZA DELLA TIPOLOGIA DI OPERAZIONI ANTIDROGA PER
SINGOLA SOSTANZA STUPEFACENTE - ANNO 1997**

TIPOLOGIA OPERAZIONI	NR. OPERAZIONI						
	Eroina	Cocaina	Hashish	Marijuana	Altri	TOTALE	% sul totale
Contro traffico	440	622	234	502	81	1.879	9,31
Contro smercio	6.106	1.764	4.527	3.223	921	16.541	81,96
Contro altri reati	3	-	4	2	5	14	0,07
Rinvenimenti	156	200	550	641	202	1.749	8,66
TOTALE	6.705	2.586	5.315	4.368	1.209	20.183	

La tabella ed il grafico seguenti illustrano la serie storica del numero di informative di polizia giudiziaria per i reati connessi alla diffusione degli stupefacenti in genere, dal 1987 al 1997.

**NUMERO DI INFORMATIVE DI POLIZIA GIUDIZIARIA PER REATI
CONNESSI ALLA DIFFUSIONE DI SOSTANZE STUPEFACENTI DAL 1987 AL
1997**

ANNO	NR. PERSONE INDAGATE			
	ARRESTATE	A PIEDE LIBERO	IRREPERIBILI	TOTALE
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	23.525	9.328	293	33.146
1994	25.957	9.676	492	36.125
1995	21.913	10.394	345	32.652
1996	22.171	10.479	335	32.985
1997	22.705	9.973	321	32.999



Attività svolta dalla Guardia di Finanza

L'avvertita esigenza di contribuire con crescente efficacia allo sforzo globale di contrasto del fenomeno ha indotto la Guardia di Finanza ad intensificare la propria azione nel settore secondo le tradizionali strategie di intervento:

- vigilanza sul mare, nel contesto di altre finalità di polizia tributaria e marittima in genere, con l'impiego di unità navali, supportate da mezzi aerei;
- presenza "statica" alle frontiere di militari addetti al controllo delle merci e delle persone, che concretizza una compressione del fenomeno nelle aree a rischio, attuata contestualmente all'espletamento di compiti di vigilanza di natura doganale.

I reparti preposti alla vigilanza dei confini dello Stato si trovano ad operare a volte con l'ausilio di cani antidroga:

- negli scali aeroportuali, con compiti di controllo dei passeggeri e delle spedizioni;
- lungo il confine marittimo;
- lungo il confine terrestre, ovvero ai valichi stradali e ferroviari.
- azione "dinamica" all'interno del territorio nazionale.

L'attività repressiva nei confronti dei traffici di sostanze stupefacenti è affidata prioritariamente ai Gruppi Operativi Antidroga, che sviluppano un'azione fondamentale nella lotta alla droga e costituiscono, in tale settore di servizio, i referenti principali degli altri Reparti del Corpo.

Oltre ai GG.OO.A., un particolare apporto nell'accertamento e nella repressione degli illeciti in materia è dato dalle Sezioni Stupefacenti presenti in alcuni Nuclei Provinciali pt, le quali condividono con i peculiari Gruppi regionali lo stesso obiettivo e sono impegnate prioritariamente sul territorio a svolgere il conseguente servizio.

L'azione di contrasto attuata dalle predette Sezioni, tenuto conto della competenza provinciale e delle più ridotte forze a disposizione, ha proiezioni locali finalizzate soprattutto al contrasto dello spaccio di stupefacenti nel capoluogo e negli altri centri urbani, riconducibile alle associazioni criminali che controllano la minuta vendita.

Gli altri Reparti del Corpo (Compagnie, Nuclei Provinciali pt, Tenenze e Brigate) esercitano azione di contrasto del traffico di sostanze stupefacenti in connessione con lo svolgimento di prioritari compiti d'istituto mediante i quali si realizzano, sovente, forme di controllo del territorio particolarmente efficaci.

L'attività svolta dal Corpo è stata indirizzata principalmente a:

- assicurare il contrasto al traffico di approvvigionamento;
- colpire in profondità le organizzazioni criminali e ad individuarne i promotori;
- neutralizzare il traffico minore, anche per i riflessi che ne derivano all'espansione del fenomeno di consumo;
- contrastare il reimpiego e il riciclaggio dei capitali mediante un'osmosi info-operativa realizzata dallo SCICO - e dai dipendenti GICO - e dal Nucleo Speciale di Polizia Valutaria.

Nel 1997, i Reparti della Guardia di Finanza hanno accertato 12.992 violazioni alla normativa sugli stupefacenti, di cui:

- 3.438 per i delitti previsti dall'articolo 73 T.U. 309/90;
- 54 per il delitto di associazione a delinquere finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti;
- 8.638 per illecito uso personale ex articolo 75 T.U. 309/90;

Sono stati verbalizzati 16.602 soggetti di cui:

- 9.661 segnalati al Prefetto;
- 2.216 in stato di arresto;
- 3.318 denunciati in stato di arresto;
- 1.407 ignoti.

Sono stati sottoposti a sequestro:

- 42.595 chilogrammi di hashish e marijuana;
- 664 chilogrammi di cocaina;
- oltre 181 chilogrammi di eroina;
- oltre 87 chilogrammi di altre sostanze.

I mezzi sequestrati sono stati 301.

Rispetto al 1996, si sono registrate le seguenti significative variazioni in aumento;

- violazioni riscontrate (+ 1.596);
- casi di detenzione per uso personale (+ 1.135);
- soggetti complessivamente verbalizzati (+ 2.624);
- soggetti segnalati al Prefetto (+ 2.485);
- sequestri di hashish e marijuana (+ 34.596 Kg).
- numero dei mezzi sequestrati (+16);

L'analisi a livello regionale dei risultati di servizio conseguiti nel 1997 indica che le Regioni maggiormente interessate al fenomeno sono state:

- per l'Italia Settentrionale:
 - la Lombardia (2.073 violazioni riscontrate e 2.639 soggetti verbalizzati);
 - la Liguria (972 violazioni riscontrate e 1.083 soggetti verbalizzati);
 - l'Emilia Romagna (738 violazioni riscontrate e 965 soggetti verbalizzati);
 - il Veneto (549 violazioni riscontrate e 744 soggetti verbalizzati);
 - il Friuli Venezia Giulia (485 violazioni riscontrate e 809 soggetti verbalizzati);
 - il Trentino Alto Adige (106 violazioni riscontrate e 133 soggetti verbalizzati);
 - il Piemonte (786 violazioni riscontrate e 1.187 soggetti verbalizzati).
- per l'Italia Centrale:
 - il Lazio (2.109 violazioni riscontrate e 2.496 soggetti verbalizzati);

- la Toscana (1.013 violazioni riscontrate e 1.195 soggetti verbalizzati);
- la Sardegna (655 violazioni riscontrate e 695 soggetti verbalizzati);

per l'Italia Meridionale:

- la Sicilia (1.217 violazioni riscontrate e 1.636 soggetti verbalizzati);
- la Calabria (688 violazioni riscontrate e 951 soggetti verbalizzati);
- la Campania (520 violazioni riscontrate e 654 soggetti verbalizzati);
- la Puglia (603 violazioni riscontrate e 887 soggetti verbalizzati).

L'analisi dell'andamento dei sequestri operati non ha di per sé valore scientifico e di rilievo sotto il profilo delle prevenzione e repressione di polizia e non costituisce un elemento informativo per individuare una strategia di contrasto.

Infatti, i fattori che contribuiscono a determinare le dinamiche dei flussi del narcotraffico sono molteplici e non trovano comparazione con gli andamenti dei mercati di consumo che, viceversa, sono caratterizzati da picchi periodici.

D'altra parte, la conduzione delle attività di "intelligence" e le linee strategiche di polizia vanno continuamente adeguate in funzione dell'evoluzione globale del fenomeno. A livello internazionale, questo presenta aspetti complessi per l'influenza di macro organizzazioni criminali - spesso contigue ai poteri politici e militari dei paesi produttori - in grado di influenzare il quadro economico-finanziario di intere aree continentali.

Per quanto concerne la situazione nazionale del volume delle sostanze stupefacenti e psicotrope intercettate e sequestrate, il consumo di sostanze come la cocaina, i prodotti anfetaminici e gli allucinogeni - in massima parte sommerso e per lo più sconosciuto a ragione della ancor poca incidente visibilità sociale del fenomeno -, costituisce in prospettiva il pericolo con il quale i Paesi Occidentali, e fra questi l'Italia, devono confrontarsi anche per l'inadeguatezza complessiva del sistema di recupero terapeutico e riabilitativo, sinora organizzato e finalizzato esclusivamente sul fronte degli oppiacei (eroina) e dei morfinosimili.

Attività svolta dall'amministrazione doganale

Nel corso del 1997, l'amministrazione doganale italiana ha ulteriormente incrementato ed ampliato l'impegno nella lotta alla droga- "mercato" in preoccupante espansione -, proseguendo nel processo di potenziamento delle proprie strutture e di definizione dei compiti ad esse assegnati.

Tale processo si rende necessario soprattutto in ragione dei nuovi obblighi derivanti dagli impegni assunti dal nostro Paese a livello internazionale nell'ambito della cooperazione, anche su base volontaria, tra i Paesi interessati dal fenomeno.

L'attività operativa svolta dai Servizi nel corso del 1997 ha portato al sequestro, entro gli spazi doganali, delle seguenti quantità di sostanze stupefacenti:

- | | | |
|-------------|-------|-------------|
| - marijuana | circa | kg. 18.570; |
| - hashish | circa | kg. 108; |
| - eroina | circa | kg. 19; |
| - cocaina | circa | kg. 552, |

per un totale di circa kg. 19.240 di sostanze, sequestrate in 1.923 operazioni.

Durante il periodo considerato, 248 persone sono state tratte in arresto e 961 persone denunciate.

Per fronteggiare incisivamente gli illeciti, l'amministrazione doganale ha posto particolare attenzione alla formazione del personale, intensificando anche gli scambi diretti di notizie ed informazioni tra il personale operante negli uffici periferici ed il personale dell'amministrazione centrale che funge da punto di coordinamento nelle indagini e di raccordo con i servizi dell'Unione Europea e degli altri Stati comunitari interessati al particolare settore.

Si è reso necessario oltre che proficuo, intensificare l'azione già da tempo in atto con le Forze di Polizia, a livello di amministrazioni centrali nonché con la Direzione centrale per i Servizi Antidroga, al fine di promuovere le sinergie volte ad ottimizzare gli interventi operativi in modo da conseguire il massimo risultato.

Per quanto riguarda il delicato e sensibile settore dei precursori e dei prodotti chimici di base destinati alla fabbricazione illecita di droga, fenomeno che ha raggiunto dimensioni preoccupanti e verso il quale è rivolta una speciale attenzione da parte degli Stati interessati, occorre considerare l'intensa attività che richiede il sistema di sorveglianza instaurato sulla movimentazione di tali sostanze.

Il suddetto sistema di controllo va ampliandosi sempre di più con maggiori incombenze di carattere operativo per gli uffici doganali derivanti da accordi stipulati nella materia dall'Unione Europea con taluni Paesi (Paesi del Patto Andino, Messico, USA), nonché dall'estensione della lista dei prodotti e dei Paesi considerati a rischio - che molte volte richiedono assistenza spontanea - quindi, sottoposti a sorveglianza stretta.

In tal senso, si sta cercando di dare nuovo impulso ad un efficace coordinamento con le altre amministrazioni interessate (Ministero della Sanità a Ministero dell'Interno), al fine di riorganizzare e rendere più determinata ed immediata, anche attraverso una precisazione più puntuale dei compiti di spettanza, la lotta al narcotraffico per allinearsi ai canoni comunitari di intervento.

3.3 Droghe sintetiche

La crescente importanza della tematica relativa alle "nuove" droghe sintetiche, che anche nel nostro Paese si avvia a divenire uno dei principali problemi nel già complesso settore dell'abuso di sostanze, impone una seria riflessione.

Basti ricordare le peculiari caratteristiche di queste sostanze per quanto riguarda la produzione (facilmente realizzabile in piccoli laboratori locali), la distribuzione (spesso collegata a particolari circuiti di attività giovanili e ricreative e normalmente distinta da quelle delle droghe classiche), il consumo e gli effetti (anch'essi molto differenti dai classici modelli della tossicodipendenza).

Ciò comporta l'adozione di nuovi modelli di intervento, sia per il contrasto dello spaccio che le azioni di prevenzione primaria, di trattamento e riabilitazione.

Il 1997 ha rappresentato, probabilmente, un anno decisivo in tal senso.

Dal livello europeo a quello nazionale, fino alle azioni locali è apparsa evidente la priorità data a questo fenomeno, come pure la volontà di dare urgentemente una serie di risposte.

Per l'Italia gli eventi di maggior rilievo sono stati:

La realizzazione e/o la pubblicazione di studi epidemiologici di valutazione delle dimensioni, caratteristiche e correlazioni del consumo, a volte di ampio respiro e parte di progetti internazionali (come quelli realizzati dai gruppi di ricerca ESPAD e IREFREA Italia), ovvero di ampie iniziative nazionali (come lo studio TO.DI. del Ministero della Difesa-Istituto superiore di sanità), più spesso elementi di un'azione locale da parte di semplici servizi pubblici o associazioni del privato sociale.

Ancorché finalizzati ad una prima presa di contatto con la realtà, piuttosto che ad una conoscenza approfondita e basati più su tecniche qualitative che su rigorose procedure di quantificazione, questi studi consentono di avere maggior consapevolezza del quadro di riferimento; si conferma la sostanziale somiglianza del fenomeno italiano con altre situazioni europee (l'età, la condizione e rappresentazione sociale dei consumatori, il collegamento con ambienti della cultura, della musica e dell'intrattenimento giovanile); viene, però, anche evidenziata una percentuale significativamente più elevata, anche se non in termini assoluti, di forme di consumo "problematico" delle sostanze (uso ripetuto, prolungato, eccessivo o associato con altre droghe), come pure la presenza di atteggiamenti culturali potenzialmente rischiosi (scarsa conoscenza del contenuto delle pillole, sottovalutazione degli effetti e dei pericoli, ecc.).

Le iniziative di natura istituzionale, esemplificate dal lavoro svolto durante la Conferenza di Napoli, nell'ambito della quale è stata di fatto lanciata una nuova strategia della prevenzione, mirata a nuove esigenze di cui il consumo di droghe sintetiche rappresenta l'esempio più evidente e dalle iniziative successive, in particolare l'ideazione e programmazione della Campagna informativa, per la prima volta totalmente centrata sul problema delle nuove sostanze.

A livello internazionale, la priorità del problema è evidente nelle iniziative di recente intraprese dall'Unione Europea.

Nel giugno 1997, il Consiglio dei Ministri dell'Unione Europea ha approvato all'unanimità, su proposta della presidenza olandese, l'adozione di una "Azione comune" sul problema delle nuove droghe sintetiche, che impegna gli Stati membri ad un maggiore coordinamento ed all'adozione di specifiche misure su questa tematica, da tutti giudicata di rilevante importanza sociale e sanitaria.

Infatti, la crescente prevalenza dei consumi, unita alle note difficoltà del controllo legale delle sostanze stesse (legate alla macchinosità delle procedure previste dalle convenzioni internazionali), rende quanto mai importante il perfezionamento della cooperazione fra i Paesi membri, con la messa in comune delle conoscenze e dei programmi.

Fulcro di questa azione è l'attivazione di un "Sistema rapido di allerta", fondato sulla implementazione di una rete europea di monitoraggio, coordinata, a livello sovranazionale, dall'Osservatorio Europeo sulle droghe e le Tossicodipendenze di Lisbona (OEDT) e dal Coordinamento europeo delle Forze di polizia (EUROPOL) e caratterizzato dalle seguenti finalità:

- la circolazione e diffusione "in tempo reale" tra gli Stati membri delle informazioni relative alla comparsa di nuove sostanze;
- la valutazione, per quanto possibile rapida, dei rischi associati alle sostanze identificate e la relativa programmazione delle più idonee modalità di contrasto; in particolare, sarà condotta una analitica disamina della efficacia e del rapporto costo-beneficio sia delle misure repressive che di quelle improntate alla prevenzione e alla riduzione dei rischi;
- l'accelerazione e standardizzazione delle procedure di controllo legale delle sostanze medesime, ove ritenuto utile e necessario.

Sulla base di questa decisione politica, l'OEDT ha proposto agli Stati membri un progetto di implementazione del Sistema rapido di allerta, richiedendo contestualmente ai Punti Focali nazionali la realizzazione di uno studio di fattibilità del progetto medesimo a livello dei singoli Paesi.

Tale richiesta è stata soddisfatta per l'Italia nel 1997 con la realizzazione di un rapporto tecnico, redatto da un gruppo di lavoro composto da rappresentanti del Ministero dell'Interno (Direzione Centrale Servizi Antidroga e Osservatorio permanente sul fenomeno droga), dei Ministeri di Grazia e Giustizia e Sanità, dell'Istituto Superiore di Sanità, del Coordinamento delle Regioni e dell'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio.

Il rapporto è stato redatto sulla base delle linee-guida dell'OEDT e delle informazioni acquisite da varie fonti, istituzionali e non, oltre a confermare la nota carenza di informazioni raccolte sul fenomeno dalle fonti istituzionali, solo in parte e di recente compensata con studi ed esperienze di istituti ed enti di ricerca, servizi pubblici e del privato sociale, ha posto in evidenza una serie di ostacoli di tipo normativo, regolamentare e organizzativo che si frappongono al conseguimento degli obiettivi richiesti dall'azione europea e, più in generale, al buono sviluppo delle conoscenze e degli interventi da perseguire.

Tra i principali problemi rilevati si segnalano:

- le difficoltà e/o i rischi penali connessi all'acquisizione diretta dal "mercato" - anche a titolo gratuito e per quantità minime - di preparazioni "grezze" di sostanze stupefacenti - o presunte tali - da parte di istituti universitari, singoli ricercatori o operatori, per la realizzazione delle analisi di laboratorio rapide o complesse, indispensabili per un reale monitoraggio "in tempo reale" dell'andamento e delle caratteristiche dei consumi;
- gli ostacoli giuridici posti ai laboratori di analisi anche rispetto alla detenzione di campioni di materiali sequestrati dall'autorità giudiziaria e di polizia, persino nei casi di reperti apparentemente privi di sostanze stupefacenti tabellate;

- la notevole complessità e disarticolazione organizzativa delle sedi di analisi, legata da un lato alla mancanza di un regolamento sui requisiti di accreditamento dei laboratori stessi e dall'altro alla mancanza di indicazioni cogenti per l'avvio del materiale da parte delle varie fonti di acquisizione.

Tale complessità sembra destinata ad accrescersi in considerazione del possibile trasferimento della più importante rete di strutture tossicologiche, quella dei Presidi multizonali di prevenzione (PMP) dalla competenza delle Aziende del Servizio sanitario nazionale alle istituite o istituende Agenzie regionali per l'ambiente.

Per ovviare ai problemi evidenziati, il rapporto ha ipotizzato le seguenti soluzioni:

- una interpretazione più estensiva dell'art. 49 del D.P.R. 309/1990, che consenta l'acquisizione di sostanze stupefacenti per finalità di ricerca scientifica da parte degli istituti di ricerca;
- la definizione di criteri di accreditamento dei laboratori del settore, che consenta ai Ministeri interessati di emanare disposizioni vincolanti per le sedi periferiche, per quanto riguarda l'assegnazione delle perizie sui campioni sequestrati. Analogamente dovrebbero essere specificate indicazioni tecniche, finalizzate a standardizzare le procedure per paragonare e riprodurre dati prodotti in sedi diverse;
- l'emanazione di norme cogenti per tutti gli attori del settore, per quanto riguarda la conservazione dei campioni analizzati e per quanto attiene alla creazione di una banca centrale dei dati; l'attivazione di flussi informativi diretti ad una struttura di coordinamento nazionale scelta fra quelle già operanti nel settore.

Produzione, traffico, operazioni e sequestri di "nuove droghe".

Le "nuove droghe" sono diffuse sotto forma di compresse o di capsule, in massima parte di fabbricazione clandestina, sempre più raramente di derivazione farmaceutica. Le più diffuse sono le sostanze entattogene (come l'ECSTASY, EVE, LOVE DRUG, TNT, LSD, DMT 2-CB, NEXUS, CRAK etc.) che hanno la peculiare caratteristica di favorire la comunicazione intrapersonale, una sorta di empatia accompagnata da positive modificazioni dell'umore.

Solitamente, sono assunte con altre droghe o con alcool nelle discoteche, i rave, gli *after hour* e *after tea* e lo stadio. Tale stile di vita abbraccia una generazione giovanile italiana di circa 85.000 ragazzi d'età compresa fra i 15 e i 25 anni.

Il contesto di assunzione delle nuove droghe è connotato da:

- scarsa informazione del grado di tossicità;
- diffusa convinzione che si tratti di droghe leggere e pulite;
- possibilità di conciliare l'uso di tali sostanze con uno stile di vita normale ed integrato;
- pervasività del mercato, che riesce ad invadere i normali luoghi di incontro e di intrattenimento giovanile.

Le sostanze semisintetiche e sintetiche si ottengono a seguito di processi chimici nei quali intervengono alcune sostanze che:

- entrano a far parte del processo chimico, rimanendo, per così dire, incorporate nella molecola del prodotto finale, che è la sostanza stupefacente. In questo caso le sostanze

chimiche sono denominate "precursori" (ad esempio l'acido lisergico per la produzione dell'l.s.d. o l'anidride acetica per la produzione dell'eroina);

-facilitano il processo chimico, ma non divengono parte del prodotto finito.

Si tratta di "sostanze chimiche di base", quali i "solventi" o i "reagenti" e i "catalizzatori".

Ove si consideri che tali prodotti chimici, specialmente quelli di base, sono largamente impiegati nel settore industriale (per esempio nel settore farmaceutico o per la produzione di coloranti, profumi, ecc.) e la relativa facilità di produzione, rispetto a quelle tradizionali, delle droghe di sintesi, insieme al fatto che queste non sono soggette a particolari vincoli, sia per la produzione che per la detenzione, si può comprendere il grado di pericolosità che rivestono e la necessità sempre sentita della Comunità internazionale di prevedere regole uniformi di controllo per rendere più incisivo il contrasto alla produzione e al traffico internazionale di sostanze stupefacenti, fondato essenzialmente su un sistema di autorizzazioni connesso all'esercizio di attività comunque inerenti alla produzione ed al commercio di detti prodotti, nonché su forme di controllo e destinazione delle sostanze medesime.

I produttori - raffinatori di droga necessitano, infatti, di ingenti quantitativi di prodotti chimici di base e tali sostanze vengono fabbricate prevalentemente in Nord-America, in Europa, in Giappone ed in Corea, oltre che in alcuni paesi dell'Est europeo. Appare, dunque, di primaria importanza il controllo del traffico internazionale di dette sostanze per impedire stomi illegali.

Peraltro, va aggiunto che il traffico di queste sostanze genera profitti molto elevati, che oscillano tra il 700 ed il 1000%, con costi aggiuntivi limitati e riferibili per lo più a quelli del viaggio per il Paese di produzione, con rischi abbastanza contenuti, per la facilità con la quale queste sostanze possono essere occultate nei doppiopondi ricavati nelle autovetture, in treno ed anche sulla persona.

Per quanto riguarda le amfetamine, le Repubbliche Baltiche, la Repubblica Ceca ed in misura maggiore la Polonia sono le principali nazioni produttrici, grazie anche alla presenza ed alla "operosità" di molti chimici disoccupati, colà residenti, disponibili a prestarsi a qualsiasi attività pur di procurarsi i mezzi di sussistenza.

L'Olanda rimane uno dei principali Paesi di produzione delle amfetamine, mentre non minore importanza sta assumendo la Polonia, la cui produzione è indirizzata principalmente verso i paesi del nord-Europa.

Il principale Paese di approvvigionamento per l'Italia rimane l'Olanda, ove si ipotizza confluisca buona parte della produzione degli Stati dell'Europa orientale.

Non è poi da sottovalutare il ruolo della Germania e del Regno Unito, dove sono stati individuati e smantellati numerosi laboratori clandestini.

Anche la Russia, secondo quanto affermato dall'ufficio preposto alla lotta al narcotraffico di Mosca, si evidenzia come Paese in cui si registra una crescita della produzione e dell'assunzione di questi stupefacenti.

Quanto al consumo, si è registrato un declino delle meta-amfetamine, quali l'M.D.A. e l'M.D.E.A. ed un aumento dell'M.D.M.A. (ecstasy).

Per quanto riguarda gli allucinogeni, e fra questi soprattutto l'L.S.D., la diffusione è in aumento in tutta Europa, compresa l'Italia, con picchi notevoli nel Regno Unito. Consistenti sequestri sono stati operati anche in Australia e in Nuova Zelanda, talché il fenomeno viene

da talune parti valutato alla stregua di un nuovo "rinascimento" dell'acido lisergico, sulla scia di quanto avvenuto nel mondo negli anni '60 e '70.

In Europa la produzione dell'acido lisergico è localizzata principalmente nei Paesi Bassi, anche se la Spagna ed il Belgio appaiono interessati a questa produzione.

Si è constatato che la nazionalità della maggior parte dei trafficanti di questa sostanza è, nell'ordine, britannica, tedesca, olandese e italiana, mentre per negli Stati Uniti la domanda di mercato è soddisfatta dalla produzione locale che ha in California la base principale.

I prodotti amfetaminici provenienti dall'est-europeo, nonché gli allucinogeni, sono in genere ad alta percentuale di principio attivo e raggiungono un elevato tasso di purezza. In Italia, dopo il "boom" della diffusione registratosi tra il 1993 ed il 1994, si è evidenziata una stabilizzazione del mercato.

La sostanza preferita rimane comunque l'ecstasy (M.D.M.A.) proveniente in buona parte dall'Olanda ed introdotta su territorio nazionale quasi unicamente da trafficanti italiani.

I sequestri presentano un andamento in notevole e costante crescita dal 1990 al 1995. Successivamente la situazione si è stabilizzata.

Per l'M.B.D.B., nel 1995 e nel 1996 sono stati effettuati cinque sequestri anche se allora l'M.B.D.B. non rientrava tra le sostanze sottoposte a controllo ai sensi del D.P.R. 309/90.

Successivamente, dopo l'inserimento di tale stupefacente nelle tabelle di cui al citato D.P.R., non si sono più segnalati sequestri, nel senso che dalle analisi chimiche effettuate sugli amfetaminici sequestrati, nessuna di esse ha fornito indicazioni in tal senso.

Dalla Guardia di Finanza sono stati sequestrati i seguenti quantitativi di sostanze:

- 1996, oltre 80 Kg.
- 1997, oltre 87 Kg.

Innumerevoli sono state le operazioni condotte sul territorio dalle Forze di polizia che, anche con la collaborazione delle Forze dell'ordine di altri paesi europei, soprattutto di Olanda e Germania, hanno consentito, grazie anche all'impiego di Ufficiali di P.G. operanti *sotto copertura* (undercover) attraverso operazioni cc.dd. *speciali* previste e disciplinate dalla legge 309/90, il raggiungimento di lusinghieri risultati.

In Italia, non sono stati scoperti veri e propri laboratori, ove per laboratorio s'intende un luogo attrezzato per la produzione chimica della sostanza psicotropa, il che, ovviamente, è qualcosa di diverso dal semplice assemblaggio della polvere con l'eventuale stampigliatura del logo.

Strategie di repressione e prevenzione delle nuove droghe.

L'eliminazione delle frontiere interne dei paesi aderenti all'U.E., ha fatto registrare, tra l'altro, un considerevole incremento di traffici illeciti, attuati sia con metodologie intranspettive che extraispettive. A tale recrudescenza dei fenomeni criminosi non è sicuramente estraneo il settore dei precursori delle droghe che normalmente, le industrie chimiche occidentali forniscono ai produttori di sostanze stupefacenti le sostanze chimiche necessarie, la cui identificazione crea non pochi problemi agli organi preposti al controllo in fase di produzione, di circolazione e deposito.

Se non è possibile valutare con esattezza la qualità dei prodotti chimici destinati ad usi illeciti, dato il carattere clandestino dell'attività, è però evidente che la crescita di produzione di droghe implica un continuo aumento dei fabbisogni dei prodotti chimici.

A livello nazionale, le principali problematiche relative ai precursori chimici attengono ai seguenti aspetti:

- armonizzazione delle norme interne relative alla fabbricazione e all'immissione in commercio delle sostanze suscettibili di impiego nella fabbricazione di sostanze stupefacenti e psicotrope;
- previsione di misure concrete per la realizzazione di un'efficace cooperazione tra le autorità competenti e gli operatori, con la determinazione di obblighi di comunicazione ed informazione delle operazioni effettuate, nonché delle operazioni sospette;
- predisposizione delle necessarie modifiche ed integrazioni al Testo Unico 309/90 in materia di sostanze stupefacenti, prevedendo sanzioni penali ed amministrative;
- istituzione dell'obbligo di un'adeguata etichettatura delle sostanze e di idonea documentazione della movimentazione;
- utilizzazione di strumenti per il tempestivo recepimento delle modifiche ed integrazioni delle tipologie delle sostanze suscettibili di impiego nella fabbricazione di stupefacenti e sostanze psicotrope, nonché delle altre misure tecniche adottate in sede Comunitaria;
- inserimento nell'ordinamento nazionale di disposizioni integrative dei Regolamenti CEE n. 3677/90, n. 900/92 e n. 3769/92, recanti misure intese a scoraggiare la diversione di talune sostanze verso la fabbricazione illecita di stupefacenti e sostanze psicotrope.

A livello internazionale, la problematica concerne la non uniformità della disciplina relativa al controllo tra i Paesi comunitari e Paesi extra-comunitari. La normativa vigente in questi ultimi presenta, infatti, carenze sfruttate dai trafficanti, agevolate anche dalle notevoli difficoltà che gli operatori addetti al controllo incontrano ai fini dell'identificazione dei carichi sospetti.

Solo in parte soccorrono le analisi di rischio svolte sulla base di indici di sospetto elaborati, per esempio, con riferimento a:

- Paese da cui origina la spedizione;
- itinerario seguito;
- false generalità o indirizzi fittizi o incompleti dello spedizioniere e/o del consegnatario;
- economicità del trasporto, specie se eccessivo rispetto al valore del carico trasportato;
- modalità di pagamento, specie se la spedizione è prepagata o saldata in contanti;
- tipo del carico o dell'imballaggio, in particolare se sussiste l'idoneità ad occultare sostanze chimiche.

In prospettiva, oltre al perseguimento dell'omogeneizzazione delle legislazioni nazionali, lo sforzo della comunità internazionale deve tendere:

1. alla valorizzazione su base informatica delle strutture informative in relazione alla "banca dati PREXCO", installata presso la Direzione Generale XXI della

Commissione Europea, ed al sistema doganale SCENT, importante strumento nel settore della cooperazione doganale;

2. al continuo e sistematico monitoraggio delle importazioni ed esportazioni a rischio e dei dati e notizie formulate dagli operatori commerciali;
3. alla ricerca specifica nella consapevolezza che i trafficanti possano impiegare prodotti classificati, idonei alla produzione di sostanze stupefacenti.

IV PARTE

RIDUZIONE DELLA DOMANDA

4.1 INTERVENTI DI RIDUZIONE DELLA DOMANDA

4.1.1 In ambito scolastico

Il Ministero della Pubblica Istruzione ha promosso e coordinato nel 1997 le attività di educazione alla salute e di prevenzione dell'alcoolismo, del tabagismo e dell'abuso di sostanze psicoattive.

L'educazione alla salute, considerata elemento strutturale e non opzionale della formazione della persona, è stata inserita con maggiore determinazione nello svolgimento ordinario dell'attività educativa e didattica.

In continuità con le iniziative previste dai programmi degli anni precedenti, le scuole hanno proposto e realizzato un elevato numero di progetti specifici.

Il comitato tecnico scientifico provinciale (art.105 DPR 309/90), composto da operatori scolastici, esperti nel campo dell'educazione alla salute, del recupero dalle tossicodipendenze e rappresentanti dei genitori, ha interagito con le scuole proponendo orientamenti e suggerimenti pratici, valutazioni delle attività, occasioni di formazione per gli insegnanti; lo stesso comitato ha proposto, anche durante il 1997, le priorità d'intervento e i criteri di accesso ai fondi che, assegnati ai Provveditorati dal Ministero della Pubblica Istruzione, sono stati ripartiti tra le singole scuole in relazione ai progetti presentati.

Ha inoltre favorito la trasformazione delle iniziative di educazione alla salute, da semplici adesioni ai programmi nazionali, a progettazioni autonome delle scuole, che, recependo gli orientamenti complessivi adeguano i loro progetti alle reali esigenze dei giovani e dell'ambiente.

I progetti di educazione alla salute nella scuola hanno perseguito come obiettivi generali l'autostima e la considerazione di sé, l'esplicazione delle potenzialità personali, l'incremento della capacità di autonomia e l'assunzione di responsabilità; un'attenzione particolare è stata posta per individuare e prevenire le condizioni "a rischio", per incentivare il senso di appartenenza alla comunità e alle istituzioni quale fattore protettivo rispetto al vuoto valoriale e allo sradicamento, per modulare il clima del gruppo-classe e facilitare le relazioni interpersonali.

Alcuni progetti in particolare hanno accentuato le linee d'intervento che conducono allo sviluppo delle capacità critiche, della resistenza alle pressioni del gruppo dei pari e ad una visione "non mitizzata" delle sostanze d'abuso e dell'alcool.

Per evitare il rischio di far percepire l'attività di prevenzione come un'incombenza aggiuntiva per la scuola, o di attuare interventi di educazione alla

salute senza radici valoriali e culturali, la promozione della salute è divenuta sempre più parte costitutiva dell'offerta formativa: il sapere, non trasmesso in modo passivo, ma occasione di coinvolgimento forte nel rapporto educativo, offre risorse importanti per le strategie di promozione della salute, sia dal punto di vista motivazionale che tecnico-informativo.

I progetti realizzati sono caratterizzati da una ridotta propensione al ricorso ad esperti esterni: tale modalità di intervento ha consentito di meglio integrare i progetti nella realtà scolastica ordinaria, evitando che l'esperto fosse vissuto dagli studenti come elemento estraneo e perciò non incisivo nell'indurre cambiamenti negli stili di vita. L'intervento degli esperti è stato riservato alla formazione degli insegnanti e alla valutazione delle attività.

L'educazione alla salute ha agito inoltre da catalizzatore di una collegialità d'intervento che non si è limitata a favorire l'acquisizione di elementi pragmatico-informativi, ma ha assunto e dato risposta ai problemi connessi alla globalità della crescita della persona.

PROGETTI ATTUATI

Arcobaleno

Raccoglie le attività di educazione alla salute realizzate nell'area della scuola materna e rivolte ai bambini di età compresa tra i 3 e i 5 anni. Queste attività sono state effettuate in oltre 2400 circoli didattici, coinvolgendo circa 400.000 bambini (43.9% del totale) e 35.000 insegnanti.

Sono state avviate collaborazioni prevalentemente con enti pubblici (41.9%) e liberi professionisti (28.4%); risultano ancora di scarso peso i progetti consorziati o realizzati con reti di scuole (17.6%).

Le tematiche maggiormente sviluppate sono: educazione alle relazioni interpersonali (18.4%), educazione ambientale (17.3%), educazione alimentare (14.9%), educazione all'immagine (9.9%).

Ragazzi 2000 (scuola elementare)

Le attività di educazione alla salute sono state realizzate in più di 3.000 circoli didattici (72.3%) con 4.270 progetti che hanno coinvolto oltre un milione di alunni, pari al 43.4% della popolazione scolastica complessiva della fascia dell'istruzione elementare. Il numero di progetti realizzati in consorzio tra scuole sul totale dei progetti rimane ancora su livelli decisamente bassi (12%); abbastanza significative le collaborazioni con enti pubblici (43.%) e con liberi professionisti (26.2%).

Le tematiche maggiormente affrontate nell'attuazione delle attività di prevenzione sono: relazioni interpersonali (15.3%), educazione ambientale (15.8%), educazione all'immagine (10.5%).

Ragazzi 2000 (scuola media)

Per questo segmento formativo valgono le stesse considerazioni espresse per i progetti della scuola elementare; le poche differenze che si riscontrano si possono individuare in un più consistente numero di progetti realizzati (7.400) che coinvolgono in percentuale un numero superiore di alunni (56.0%).

Molto più bilanciata appare la situazione riguardo alla scelta delle tematiche, assumendo maggior peso le attività finalizzate all'educazione sessuale (7.2%), orientamento e prevenzione delle tossicodipendenze.

Giovani 2000

Nel 75% degli istituti scolastici della scuola secondaria superiore sono state realizzate attività di educazione alla salute, che hanno coinvolto 864.000 studenti (35.4% del totale) e circa 40.000 docenti, avviando più di 6.000 progetti.

In questa area si raggiunge il valore massimo del numero di progetti per scuola (2,3) e il minimo numero di progetti realizzati in consorzio con altre scuole (8.6% sul totale dei progetti).

Nella realizzazione delle attività sono state maggiormente approfondite: educazione all'immagine (10.3%), educazione alle relazioni interpersonali (8.8%), produzione di un giornale scolastico (7.1%), prevenzione delle tossicodipendenze (6.5%), educazione alla sessualità (6.4%).

Centri di informazione e consulenza

Le attività d'informazione e consulenza, concordate dagli organi collegiali della scuola con i Servizi Tossicodipendenze (SerT) e con gli enti ausiliari del territorio, hanno continuato ad essere proposte attraverso i Centri d'Informazione e Consulenza (CIC).

Queste realtà, istituite in un numero sempre crescente di scuole, hanno assunto una struttura estremamente variegata e articolata, anche se necessitano di maggiore impegno ideativo e progettuale.

In alcune aree, il CIC è stato centrato sulla struttura di "counselling" supportata da esperti esterni (psicologo, ginecologo, medico farmaco-tossicodipendenze); in altre scuole, gli insegnanti, con il supporto degli esperti o autonomamente, costituiscono un "luogo umano" capace di dialogare con gli studenti e di raccogliere le aspettative dei soggetti portatori di disagio; in altre ancora, la struttura si limita ad essere un luogo di aggregazione o servizio per la distribuzione di materiali.

A livello nazionale, il numero dei CIC funzionanti ha raggiunto il 74% delle istituzioni scolastiche; l'80% di tali Centri è utilizzato anche come strumento di analisi della domanda formativa e del disagio a livello individuale e collettivo.

Riguardo alle collaborazioni sviluppate e sostenute nel territorio, le più efficaci sono quelle avviate con gli operatori dei servizi sociosanitari (64.6%) e degli enti locali; trovano spazio anche le collaborazioni con le organizzazioni del volontariato (34%). E' incoraggiante osservare che almeno la metà dei CIC istituiti (49.5%) ha attivato forme di intervento a carattere interistituzionale sui problemi di educazione alla salute.

Dovranno, naturalmente, essere sostenute le iniziative finalizzate a rafforzare i CIC come strutture per i servizi di documentazione per gli utenti del territorio (studenti, famiglie, altri centri).

Genitori

L'attività progettuale ha riguardato la continuazione del lavoro formativo intrapreso negli anni precedenti: un notevole numero di corsi è stato attuato per aumentare la competenza e la sensibilità pedagogica dei genitori, fornire

informazioni per la loro attivazione nel campo della prevenzione del disagio e delle dipendenze, creare una intesa solidale e permanente fra genitori e insegnanti.

Le tematiche più frequentemente inserite nei progetti riguardano le problematiche dell'età evolutiva e dell'adolescenza; in particolare, il disagio giovanile, la comunicazione, il rapporto adulto-ragazzo

Formazione di docenti referenti

I "docenti referenti" per l'educazione alla salute sono stati ulteriormente preparati, con corsi di formazione e *stages* residenziali, a costituire una vera e propria rete di sostegno ai processi di informazione e di formazione sottesi all'attuazione dei programmi di educazione alla salute.

Gli stessi referenti hanno assunto nella maggior parte dei casi l'onere della attivazione e della tenuta dei CIC.

Una strategia d' intervento integrativo delle politiche di promozione delle salute è costituita dall'attivazione delle iniziative complementari e delle attività integrative nella scuola secondaria superiore, legittimate dal DPR 567/96 e specificatamente finanziate a partire dall'anno scolastico 1996/97.

Attraverso la gestione di appropriati ambiti di interlocuzione e di proposta, gli studenti hanno sperimentato un diverso senso di appartenenza alla scuola, alla comunità locale e alle istituzioni, un più intenso rapporto con gli insegnanti, spazi per la valorizzazione personale e per l'assunzione di fiducia in se stessi; anche l'apparato motivazionale nei confronti delle attività *curricolari* trova nelle attività integrative un incentivo naturale capace di coinvolgere proprio i soggetti più a rischio rispetto all'abbandono della scuola.

L'istituzione della consulta provinciale degli studenti nella scuola superiore ha offerto uno strumento, ancora parzialmente utilizzato, per la prevenzione, ma che potrà rivelarsi estremamente importante per l'azione di informazione, contatto e coinvolgimento dei soggetti a rischio attraverso attività pensate e realizzate dai giovani per i giovani.

La possibilità di far partecipare i giovani all'animazione della vita scolastica, ascoltarne le esigenze profonde, far loro apprezzare il sapere non come un "oggetto cristallizzato", ma come un processo dinamico e coinvolgente, "qualcosa che interessa l'esistenza reale", apre spazi sinora non utilizzati per rivitalizzare e dare senso alla scuola: la condizione amotivazionale di ampie fasce del mondo giovanile, terreno così fecondo per l'inizio dell'assunzione di sostanze psicoattive, può essere contrastata anche dalla proposta preventiva di gruppi di coetanei che trovi riferimento in iniziative culturali e sociali sostenute a livello provinciale dalla consulta degli studenti.

ATTIVITA' DI PREVENZIONE REALIZZATE NEL 1997**PROGETTO ARCOBALENO****Definizioni**

Numero circoli didattici coinvolti nella realizzazione dei progetti	2.460
% circoli didattici coinvolti sul totale	54,1
Numero progetti realizzati	2.659
Numero alunni coinvolti	400.689
% alunni coinvolti sul totale	43,9
Numero alunni per progetto	151
Numero docenti coinvolti	35.486
Numero alunni per circolo didattico	163
Numero progetti per circolo didattico	1,1
% progetti fra scuole associate sul totale progetti	17,6
Spesa media per progetto (L.)	1.547.781
% sul totale della collaborazioni realizzate con:	
Enti pubblici	41,9
Enti privati	7,5
Liberi professionisti	28,4
Cooperative di servizi	8,7
Altro	13,5

Tematiche ed attività**Numero iniziative**

Prevenzione droga	24
Tabagismo	23
Alcolismo	9
Farmacodipendenza	13
Educazione alle relazioni interpersonali	624
Attività specifiche per la prevenzione di specifici fenomeni	
Igiene del corpo	287
Educazione sessuale	53
Prevenzione AIDS	13
Educazione ambientale	587
Prevenzione incidenti domestici	73
Educazione alimentare ed al consumo	505
Temi relativi all'handicap	19
Educazione stradale	165
Educazione allo sport	73
Educazione all'immagine	335
Educazione ai diritti umani e alla pace	129
Educazione alla cooperazione e allo sviluppo	57
Orientamento	10
Pari opportunità	36
Problemi scuola-mondo del lavoro	6
Cultura della legalità	27
Giornalino scolastico	31
Educazione musicale	93
Altre	153
TOTALE	3.395

PROGETTO RAGAZZI 2000- SCUOLA ELEMENTARE

Definizioni

Numero circoli didattici coinvolti nella realizzazione dei progetti	3.103
% circoli didattici coinvolti sul totale	72,3
Numero progetti realizzati	4.270
Numero alunni coinvolti	1.041.194
% alunni coinvolti sul totale	43,4
Numero alunni per progetto	244
Numero docenti coinvolti	95.840
Numero alunni per circolo didattico	336
Numero progetti per circolo didattico	1,4
% progetti fra scuole associate sul totale progetti	12,0
Spesa media per progetto (L.)	734.756
% sul totale della collaborazioni realizzate con:	
Enti pubblici	43,7
Enti privati	11,5
Liberi professionisti	26,2
Cooperative di servizi	7,0
Altro	11,6

Tematiche ed attività

Numero iniziative

Prevenzione droga	135
Tabagismo	86
Alcolismo	80
Farmacodipendenza	22
Educazione alle relazioni interpersonali	1.000
Attività specifiche per la prevenzione di specifici fenomeni	215
Igiene del corpo	234
Educazione sessuale	181
Prevenzione AIDS	29
Educazione ambientale	1.030
Prevenzione incidenti domestici	130
Educazione alimentare ed al consumo	580
Temi relativi all'handicap	72
Educazione stradale	306
Educazione allo sport	249
Educazione all'immagine	686
Educazione ai diritti umani e alla pace	335
Educazione alla cooperazione e allo sviluppo	211
Orientamento	38
Pari opportunità	82
Problemi scuola-mondo del lavoro	17
Cultura della legalità	148
Giornalino scolastico	172
Educazione musicale	213
Altre	287
TOTALE	6.538

PROGETTO RAGAZZI 2000 -SCUOLA MEDIA**Definizioni**

Numero scuole medie coinvolte nella realizzazione dei progetti	3.917
% scuole medie coinvolte sul totale	73,6
Numero progetti realizzati	7.474
Numero alunni coinvolti	993.683
% alunni coinvolti sul totale	56,0
Numero alunni per progetto	133
Numero docenti coinvolti	94.766
Numero alunni per scuola media	253
Numero progetti per scuola media	1,7
% progetti fra scuole associate sul totale progetti	12,2
Spesa media per progetto (€.)	754.756
% sul totale della collaborazioni realizzate con:	
Enti pubblici	43,7
Enti privati	11,5
Liberi professionisti	26,2
Cooperative di servizi	7,0
Altro	11,5

Tematiche ed attività**Numero iniziative**

Prevenzione droga	740
Tabagismo	574
Alcolismo	458
Farmacodipendenza	272
Educazione alle relazioni interpersonali	1.397
Attività specifiche per la prevenzione di specifici fenomeni	510
Igiene del corpo	521
Educazione sessuale	1.065
Prevenzione AIDS	371
Educazione ambientale	1.381
Prevenzione incidenti domestici	277
Educazione alimentare ed al consumo	944
Temi relativi all'handicap	188
Educazione stradale	732
Educazione allo sport	389
Educazione all'immagine	1.220
Educazione ai diritti umani e alla pace	618
Educazione alla cooperazione e allo sviluppo	298
Orientamento	896
Pari opportunità	205
Problemi scuola-mondo del lavoro	220
Cultura della legalità	271
Giornalino scolastico	506
Educazione musicale	348
Altre	410
TOTALE	14.811

Progetto giovani 2000**Definizioni**

Numero scuole coinvolte nella realizzazione dei progetti	2.685
% scuole coinvolte sul totale	75,1
Numero progetti realizzati	6.132
Numero alunni coinvolti	864.288
% alunni coinvolti sul totale	35,4
Numero alunni per progetto	141
Numero docenti coinvolti	40.402
Numero alunni per scuola	322
Numero progetti per scuola	2,3
% progetti fra scuole associate sul totale progetti	8,6
Spesa media per progetto (f.)	909.085
% sul totale della collaborazioni realizzate con:	
Enti pubblici	44,6
Enti privati	12,2
Liberi professionisti	29,1
Cooperative di servizi	5,2
Altro	8,9

Tematiche ed attività**Numero iniziative**

Prevenzione droga	723
Tabagismo	409
Alcolismo	403
Farmacodipendenza	215
Educazione alle relazioni interpersonali	969
Attività specifiche per la prevenzione di specifici fenomeni	391
Igiene del corpo	174
Educazione sessuale	709
Prevenzione AIDS	686
Educazione ambientale	543
Prevenzione incidenti domestici	71
Educazione alimentare ed al consumo	344
Temi relativi all'handicap	94
Educazione stradale	298
Educazione allo sport	295
Educazione all'immagine	1.140
Educazione ai diritti umani e alla pace	359
Educazione alla cooperazione e allo sviluppo	234
Orientamento	571
Pari opportunità	224
Problemi scuola-mondo del lavoro	304
Cultura della legalità	301
Giornalino scolastico	791
Educazione musicale	372
Altre	448
TOTALE	11.068

CENTRI D'INFORMAZIONE E CONSULENZA (C.I.C.)**Istruzione secondaria di II Grado**

Numero CIC funzionanti	2.649
di cui:	
-utilizzati come strumento di analisi della domanda formativa e del disagio a livello individuale e collettivo	2.136
-che hanno promosso cambiamenti negli atteggiamenti e negli stili di vita di singoli o gruppi di studenti	1.776
-che hanno sviluppato e sostenuto la collaborazione fra:	
• le scuole	711
• gli operatori degli enti locali	1.176
• gli operatori dei servizi socio-sanitari (SERT)	1.710
• le organizzazioni del volontariato	900
-che hanno attivato adeguate forme d'intervento a carattere interistituzionale sui problemi di educazione alla salute	1.310
-che rappresentano una struttura per i servizi di documentazione dei quali possono fruire anche in via telematica:	
• gli altri centri	196
• le scuole	272
• gli studenti	511
• le famiglie	375

PROGETTO GENITORI

Definizioni	Elementare	Media	Secondaria Superiore
Numero scuole coinvolte	2.369	2.593	739
% scuole coinvolte sul totale	52,1	48,7	20,7
Numero progetti realizzati	2.126	2.462	705
Numero genitori coinvolti	500.629	39.065	82.417
Numero genitori per progetto	235	159	117
Numero genitori per scuola	211	151	112
Numero progetti per scuola	0,9	0,9	1,0

Tematiche ed attività**NUMERO INIZIATIVE**

	(Istruzione elementare)	(Istruzione media)	(Istruzione secondaria superiore)
L'età evolutiva e le problematiche connesse	636	780	146
La crisi adolescenziale	84	471	156
I bisogni dei bambini/ragazzi/adolescenti	420	283	43
Il disagio giovanile e le sue espressioni in famiglia, a scuola, nella società	224	549	197
Le dipendenze e i relativi comportamenti	119	176	112
Interventi educativi atti a fornire ai ragazzi coraggio, autostima ed a sviluppare capacità decisionali e senso di responsabilità	293	340	126
La comunicazione fra ragazzi/giovani e adulti nei contesti della vita quotidiana (famiglia, scuola, società)	565	699	276
Come favorire il rapporto fra giovani e adulti	182	368	154
Altre	245	283	53
TOTALE	2.768	3.949	1.263

4.1.2 In ambito militare

Le Forze Armate, 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 dell'uso di sostanze stupefacenti.

Conseguentemente, sono state poste in essere varie strategie operative, finalizzate al contenimento ed alla riduzione di questi problemi, che si estrinsecano attraverso le seguenti attività:

- ricerca ed evidenziazione di soggetti tossicofili o tossicodipendenti mediante indagini sanitarie, integrate da approfonditi esami della personalità dei giovani iscritti nelle liste di leva e 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 risorse adattive al contesto militare;
- sviluppo di progetti di prevenzione della tossicodipendenza, per i quali vengono richiesti finanziamenti al Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga;
- promozione e sviluppo di una corretta informazione ed educazione sul problema della droga; le attività sono inserite nel più ampio contesto dell'educazione alla salute;
- diffusione, ad ogni livello operativo, dell'attività di sostegno psicologico;
- attività specialistica di supporto psicologico, tramite i consultori 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 altre Istituzioni che operano nel campo della prevenzione delle tossicodipendenze, anche attraverso la partecipazione ad appositi comitati interministeriali;
- 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.

Prevenzione primaria

ESERCITO

Attività di sensibilizzazione

E' stata incentivata la progettazione, la promozione e lo sviluppo di una corretta campagna informativa ed educativa sul problema droga, inserita nel più

ampio contesto dell'educazione alla salute. 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 funzioni di medico militare.

Attività didattica

E' proseguita presso la Scuola di Sanità Militare di Firenze la formazione rivolta ai Sottotenenti medici di complemento assegnati ai battaglioni addestramento reclute ed alle scuole.

In particolare, sono stati organizzati, come negli anni precedenti, corsi di psicologia per gli Ufficiali medici provenienti dai Corsi A.U.C. (Allievi Ufficiali di Complemento).

Attività di aggiornamento

Si sono svolti presso la Scuola di Sanità Militare di Firenze corsi di aggiornamento per Ufficiali medici Capi Servizio/Dirigenti dei Consultori Psicologici, durante i quali si è anche discusso dell'organizzazione di sessioni informative ed eventualmente di corsi propedeutici per la gestione del disagio psichico in operazioni fuori area, sulla base dell'esperienza maturata dagli operatori sanitari impegnati nelle recenti missioni italiane all'estero.

Al fine di completare la formazione del personale militare impegnato nella prevenzione del disagio giovanile e dell'uso di sostanze stupefacenti nella collettività militare, la Scuola di Sanità Militare ha provveduto alla distribuzione, presso gli Enti ed i Reparti Operativi, di alcuni testi ad uso degli Ufficiali d'arma qualificati consiglieri.

Conferenze

Sono state promosse conferenze, tenute da Ufficiali medici e destinate a militari di leva, per divulgare le molteplici attività realizzate dalla Sanità militare nel campo della prevenzione della tossicodipendenza.

Lo scopo di tale attività è stato anche quello di responsabilizzare i giovani militari al mantenimento del proprio stato di salute.

Promozione del servizio "DROGATEL" del Dipartimento Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri

Si è svolta attraverso la diffusione di materiale divulgativo del Numero Verde nazionale "Drogatel" in tutti i luoghi di aggregazione dei militari delle tre Forze Armate, anche al fine di garantire una diffusione più capillare della conoscenza degli appositi servizi militari.

Attività di socializzazione

Sono state incentivate, con l'ausilio di Ufficiali medici, Ufficiali consiglieri e Cappellani militari, le occasioni di incontro, sia culturali che sportive, finalizzate ad una migliore integrazione dei militari di leva nel tessuto sociale del luogo in cui i giovani prestano servizio.

Attività di ricerca psicosociale in ambito militare

Ha avuto lo scopo di chiarire le correlazioni esistenti tra disadattamento giovanile, disagio psichico e tossicodipendenza.

Riduzione dei fattori di rischio per il disadattamento alla vita militare

Si è operato per la creazione di un contesto ambientale rassicurante, basato sul rispetto reciproco e sulla disponibilità soprattutto nel rapporto comandante-subalterno: contesto in cui siano valorizzate le potenzialità individuali del singolo, sperimentate le capacità di resistenza alle frustrazioni e incentivate le occasioni di socializzazione.

Il numero verde

Attivato dalla Scuola di Sanità Militare, nell'ambito del progetto "SANIMILES 1", è diventato un importante punto di riferimento come centro di informazione, di consulenza tecnico-scientifica e di studio per gli Ufficiali medici, gli Psichiatri e gli Psicologi civili convenzionati con l'amministrazione e gli Ufficiali consiglieri.

MARINA

"Drug Testing Program"

E' continuata l'attuazione del programma di prevenzione presso l'Accademia Navale di Livorno, le Scuole Sottufficiali, il Collegio Navale Morosini ed a bordo delle Unità Navali.

Questo programma, attraverso il riscontro in laboratorio di un campione di urina, 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.

Indicatori statistici offrono un riscontro confortante sulla efficacia del *Drug Testing Program* nel prevenire l'avvicinamento alle sostanze stupefacenti.

Conferenze

Sono state riproposte, con frequenza periodica, 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'uso di sostanze stupefacenti, all'abuso di alcool e tabacco ed ai comportamenti che espongono al contagio da virus HIV.

Corsi di psicologia ed igiene mentale

Sono proseguiti i corsi di insegnamento di Psicologia ed Igiene mentale, con riferimenti ad aspetti legislativi e medico-legali relativi alle tossicodipendenze, per gli Ufficiali medici in Spe e di complemento presso la Scuola di Sanità della Marina Militare di Livorno; del ciclo di lezioni è finalizzato a sviluppare negli Ufficiali medici una maggiore sensibilità per le problematiche legate all'igiene mentale e alle tossicodipendenze, affinando le capacità di gestione dei casi pervenuti alla diretta osservazione.

Sistema reti neurali

E' stato avviato il progetto per la previsione della vulnerabilità da eroina con sistema a reti neurali, presso l'Ospedale principale della Marina Militare di La Spezia.

Il progetto consiste nell'acquisizione di un supporto informatico di intelligenza artificiale che consente, con attendibilità testata intorno al 98%, di prevedere la vulnerabilità da eroina.

L'obiettivo è l'attivazione di un piano di lavoro per prevedere il tasso di vulnerabilità da eroina dei soggetti testati, aprendo innovativi scenari di attività di studio e controllo clinico.

AERONAUTICA

Promozione di attività ricreative e sportive

Sono state implementate numerose iniziative volte a facilitare i processi di aggregazione e socializzazione dei militari di leva nel tempo libero, con l'intento di limitare possibili situazioni di disagio legate a momenti di inattività psicofisica:

- promozione di attività sportive con facilità di accesso agli impianti sportivi militari per l'uso individuale e collettivo da parte del personale;
- disponibilità di abbonamenti teatrali, di biglietti per manifestazioni cinematografiche, culturali e sportive;
- promozione di visite e gite ricreativo-istruzionali.

Attività di indottrinamento e di educazione preventiva

Sono stati organizzati periodici incontri-dibattito con il coinvolgimento del personale di leva o neo incorporato di carriera, sui temi riguardanti la prevenzione delle tossicodipendenze, delle malattie sessualmente trasmesse, con particolare riguardo agli aspetti medico-legali e giudiziari.

Nel quadro di queste attività è da rimarcare la reiterazione, presso l'Accademia aeronautica di Pozzuoli, dei seminari educativi e di formazione sulle tematiche in argomento, svolti a cura del Dipartimento di Scienze delle Comunicazioni Umane dell'Università di Napoli.

Distribuzione di opuscoli e pubblicazioni specifiche

Sono state distribuite presso i Comandi di Regione aerea le locandine relative al servizio "Drogate".

Prevenzione secondaria

ESERCITO

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.

Questi Centri, istituiti a livello di 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.

Quando il disagio psicologico non può essere gestito a livello locale perché di più stretta competenza specialistica, il soggetto viene inviato presso i Consulenti psicologici degli Stabilimenti Sanitari Militari dove operano Ufficiali medici specialisti nel settore, coadiuvati da psichiatri e psicologi civili.

Diagnosi precoce di stati di tossicofilia o tossicodipendenza

E' stato costantemente assicurato un accurato controllo dei militari durante la visita di leva, quella d'incorporamento e quelle quindicinali periodiche, allo scopo di individuare precocemente soggetti tossicofili o tossicodipendenti e di procedere al loro avvio presso gli Stabilimenti sanitari militari per accertamenti ed eventuali provvedimenti medico-legali.

Esami specialistici e di laboratorio

Gli Stabilimenti sanitari militari hanno continuato a svolgere attività di ricerca dei cataboliti dei cannabinoidi, oppiacei e cocaina nell'urina dei militari posti all'incarico di autista militare.

Attività psicodiagnostica

Presso i Reggimenti Addestramento Reclute è stata regolarmente effettuata la reiterazione del test di personalità M.M.P.I. nella forma abbreviata per individuare sia i soggetti non idonei al servizio militare sia, soprattutto, quelli con possibili difficoltà di inserimento nel contesto militare.

MARINA

Diagnosi precoce e supporto psicologico

E' proseguita l'attività di diagnosi precoce e di 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.

L'attività è coordinata, a livello centrale, dalla sezione di Psicologia Militare dell'Ispettorato di Sanità della Marina Militare.

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.

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 gli aspetti del fenomeno e indirizzare adeguatamente le strategie preventive.

AERONAUTICA

Consultori psicologici

E' stata avviata nuovamente l'attività dei Consultori Psicologici, sostenuta, in passato, con i fondi assegnati dal Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga.

E' continuato l'aggiornamento dei dati relativi all'entità della popolazione tossicodipendente nell'ambito dell'Aeronautica militare.

L'iniziativa è stata implementata attraverso l'acquisizione di dati dagli Enti tecnicamente dipendenti allo scopo di predisporre adeguate azioni correttive, nell'ambito delle attività correlate dall'Osservatorio permanente nella droga.

Iniziative di prevenzione secondaria caratterizzate dalla ricerca dei cataboliti urinari di sostanze stupefacenti

I controlli vengono effettuati con scadenze periodiche su personale di leva automobilista durante le fasi della selezione medica nel corso degli arruolamenti, occasionalmente su personale che abbia dichiarato spontaneamente l'assunzione di droghe o che sia stato segnalato ai servizi sanitari di reparto per comportamenti anomali, presumibilmente collegabili all'abuso di sostanze stupefacenti.

Il riscontro di positività urinaria nel corso degli accertamenti effettuati presso i servizi sanitari periferici assume connotazioni di orientamento diagnostico e comporta, a garanzia dell'interessato, l'invio dello stesso presso gli organi medico-legali di Forza Armata o presso gli Ospedali Militari per una valutazione definitiva del caso, sostenuta da qualificati interventi diagnostici polispecialistici. Lo "screening" consente di seguire l'andamento del fenomeno sia sul piano quantitativo che su quello qualitativo.

Finanziamento di progetti a valere sul Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga

ESERCITO

"Potenziamento delle attività dei Consulteri Psicologici deputati al supporto psicologico dei militari tossicofili o consumatori occasionali" (progetto del Comando del Corpo di Sanità dell'Esercito - ROMA):

Finanziamenti concessi per £. 3.800.000.000

"Prevenzione e trattamento dei militari tossicofili della Regione Militare Nord-Est" (progetto del Comando del Servizio Sanitario della Regione Militare Nord -Est - VERONA):

Finanziamenti concessi per £. 1.560.477.928

"Droga: informazione, sensibilizzazione, formazione" (progetto del Comando del Servizio Sanitario della Regione Militare Nord-Est - VERONA):

Finanziamento concesso per £. 25.600.000

"Sensibilizzazione sul consumo di sostanze psicoattive nella popolazione militare" (progetto dell'Ospedale Militare di Medicina Legale di Genova):

Finanziamento concesso per £. 80.990.000

"Corso di formazione e aggiornamento per il riconoscimento e la gestione del disagio psichico, rivolto ai Dirigenti del Servizio Sanitario (D.S.S.) degli Enti del bacino d'utenza del Consultorio Psicologico dell'Ospedale Militare di Bologna" (progetto dell'Ospedale Militare di BOLOGNA):

Finanziamenti concessi per £. 184.000.000

"Sanimiles 3" (progetto della Scuola di Sanità Militare di FIRENZE):

Finanziamento concesso per £. 73.000.000

"Progetto pilota per la formazione e l'intervento nelle caserme, per la prevenzione del disadattamento e della tossicofilia" (progetto dell'Ospedale Militare Medicina Legale di ROMA):

Finanziamenti concessi per £. 139.289.500

"Progetto di intervento territoriale preventivo e terapeutico della tossicofilia in ambito militare" (progetto dell'Ospedale Militare di BARI):

Finanziamento concesso per £. 292.106.000

"Psicologi in caserma" (progetto dell'Ospedale Militare di PALERMO):

Finanziamenti concessi per £. 150.000.000

MARINA

"Potenziamento delle attività degli undici Consultori/Servizi Psicologici della Marina Militare deputati al supporto psicologico dei militari tossicofili o consumatori occasionali" (progetto dell'Ispettorato di Sanità della Marina Militare - ROMA):

Finanziamenti concessi per £. 578.490.814

"Corso quadriennale di formazione in psicodiagnostica Rorschach ed altre tecniche della personalità" (progetto dell'Ispettorato di Sanità della Marina Militare - ROMA):

Finanziamenti concessi per £. 76.116.000

"Progetto per la previsione della vulnerabilità da eroina con sistema a reti neurali" (progetto dell'Ispettorato di Sanità della Marina Militare - ROMA):

Finanziamento concesso per £. 127.809.600

AERONAUTICA

"Consultori psicologici dell'Aeronautica Militare" (progetto dell'Ispettorato Logistico dell'Aeronautica Militare - 5° Reparto - Servizio di Sanità - ROMA):

Finanziamento concesso per £. 300.000.000

"Drugscreen. Determinazione epidemiologica del fenomeno droga in ambito militare" (progetto dell'Ispettorato Logistico dell'Aeronautica Militare - 5° Reparto - Servizio di Sanità - ROMA):

Finanziamento concesso per £. 150.000.000

4.1.3 Interventi nell'ambito della giustizia minorile

Progetti relativi agli esercizi 1994 e 1995

- £ 1.260.000.000 per finanziamento del progetto denominato "Potenziamento degli interventi istituzionali per inserimento in Comunità terapeutica di minori tossicodipendenti con provvedimento penale".
- £ 174.750.000 per finanziamento del progetto denominato "Adozione di metodologie sperimentali interistituzionali in merito agli interventi terapeutici avviati nei servizi penali minorili".

- £ 65.000.000 per finanziamento progetto denominato "Stages di formazione finalizzati alla verifica della validità ed efficacia della formazione attuata per il progetto dell'esercizio 1993".

Progetti relativi all'esercizio 1996

- £. 1.842.480.000 per il finanziamento del progetto "Intervento a favore di minori tossicodipendenti che entrano in contatto con il sistema della giustizia minorile" con l'obiettivo di:
 1. a lungo termine, sviluppare e consolidare una cultura della valutazione tra gli operatori per migliorare l'efficacia degli interventi nel campo delle tossicodipendenze;
 2. a medio termine, organizzare in maniera più razionale e sistematica le informazioni a disposizione al fine di rendere più puntuale ed adeguato il tipo di intervento;
 3. a breve termine, incentivare il lavoro di rete con i Servizi territoriali ed il privato sociale anche al fine di attivare programmi individuali finalizzati all'avvio del minore verso strutture comunitarie e/o verso servizi specialistici del territorio;
- £. 300.000.000 per il finanziamento del progetto "Il coinvolgimento di minori italiani e stranieri nell'abuso e nel traffico di droga e loro sfruttamento da parte delle organizzazioni criminali" con l'obiettivo di avviare uno scambio interdisciplinare di informazioni tra differenti culture e creazione all'interno dell'Unione Europea di reti di scambio e di cooperazione;
- £. 192.900.000 per il finanziamento del progetto "La gestione dei minorenni tossicodipendenti. Percorso di formazione e intervento per operatori socio-educativi dei servizi minorili" con l'obiettivo di offrire agli operatori un supporto formativo tendente a promuovere risposte articolate e complesse al problema della delinquenza di minori tossicodipendenti e di avviare processi d'integrazione verso una progettualità educativa integrata.

4.1.4 Campagne pubblicitarie e linee di assistenza telefonica

Campagna informativa sulle tossicodipendenze

Il Testo Unico sulle tossicodipendenze (DPR 309/90), art. 1, comma 12, dispone che "Il Presidente del Consiglio dei Ministri, d'intesa con i Ministri della Sanità, della Pubblica Istruzione, della Difesa e per gli Affari Sociali, promuove campagne informative sugli effetti negativi sulla salute derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope, nonché sull'ampiezza e sulla gravità del fenomeno criminale e del traffico di tali sostanze".

Per la realizzazione di tali campagne ci si avvale di una quota annuale del "Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga".

Dal 1990 ad oggi sono state realizzate sei edizioni della Campagna, seguendo un percorso di strategia comunicativa attento all'evoluzione del fenomeno e rivolto ai giovani, agli adulti/educatori ed anche ai due *target* contemporaneamente. Nella sesta campagna, svoltasi nel 1996, oltre alla diffusione di messaggi impostati su valori positivi di responsabilizzazione e

solidarietà, si è tentato un primo approccio verso i tossicodipendenti attivi, mediante la stampa e la distribuzione di un opuscolo contenente informazioni utili per ridurre i rischi di morte e di contagio.

La campagna 1996, articolata in tre diversi segmenti, è stata successivamente sottoposta ad indagine valutativa, relativamente all'impatto massmediale registrato.

Il confronto con le risposte degli intervistati evidenzia che il messaggio comunicazionale di tipo sostanzialmente "soff", l'utilizzo di uno slogan positivo teso a rafforzare la fiducia nelle proprie risorse e capacità personali - "Tu sei più forte di qualunque droga" -, le immagini rassicuranti proposte negli spot televisivi e nei poster con l'obiettivo di rafforzare l'importanza del dialogo intergenerazionale, della comprensione, della solidarietà, pur cercando di raggiungere i due target (giovani e adulti), si sono rivelati efficaci solo sul target adulti/genitori.

Mentre gli adulti, suddivisi in due fasce d'età, continuano a preferire una trattazione fondamentalmente misurata del linguaggio, anche quando si parli di tossicodipendenze, i giovani intervistati preferirebbero l'utilizzo di immagini più forti, emotivamente più cariche, in qualche modo anche scioccanti.

Alla generale tendenza di un innalzamento delle soglie di reattività, avvenuto negli ultimi anni nella popolazione giovanile, si deve aggiungere la nuova cultura della droga, sorta con la crescente diffusione delle droghe sintetiche, spesso concettualizzate come semplici forme di stimolanti.

Sulla base di queste considerazioni, ma anche di dati indicativi sulla diffusione del fenomeno e delle considerazioni emerse dalla Conferenza di Napoli del marzo 1997, è stata impostata la settima Campagna informativa.

Dal mese di giugno 1997, un gruppo di lavoro ha avviato la preparazione del documento base da fornire al Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria per la presentazione del bando di gara alle agenzie di comunicazione.

Il tema scelto è stato le cosiddette "nuove droghe" sintetiche, sostanze psicoattive, stimolanti ed allucinogene che circolano tra i giovani e gli adolescenti soprattutto nel tempo dello svago e del divertimento, durante il consumo collettivo di musica, associate nella maggior parte dei casi all'alcool, alla stanchezza e, peggio, ad altre droghe.

L'obiettivo centrale della settima Campagna è la riduzione della domanda e, insieme, quello di fornire le informazioni necessarie per evitare l'abuso di tali sostanze e ridurre i danni e i rischi provocati dall'assunzione occasionale o continuativa.

Il target primario individuato fa riferimento ai giovani e agli adolescenti. Gli strumenti comunicazionali hanno conseguentemente assunto un taglio specifico, innovativo, non allarmistico né tantomeno criminalizzante ma incisivo, chiaro, in linea con il linguaggio giovanile.

Per la prima volta si è scelto di affidare una parte dell'intera Campagna alla realizzazione di eventi sul territorio nazionale.

Tramite l'utilizzo di un "camper" attrezzato verranno organizzate iniziative presso le discoteche, gli stadi, le scuole e in collegamento con eventi spettacolari musicali e ricreativi.

E' prevista la somministrazione di un questionario da parte di operatori del settore a circa 2.000 giovani.

Oltre agli spot televisivi, ai messaggi radiofonici, alle inserzioni su alcune testate giornalistiche, si è provveduto alla pubblicazione di materiali informativi differenziati rivolti alla popolazione giovanile, ai giovani a rischio, agli operatori del mondo giovanile.

Il gruppo degli esperti, che comprendeva professionisti del settore, operatori del servizio pubblico e delle associazioni di volontariato, esperti del linguaggio e delle nuove tendenze nel mondo di giovani e adolescenti, ha fornito all'agenzia aggiudicataria dell'appalto indicazioni e informazioni indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

La settima Campagna informativa è stata lanciata sui mezzi televisivi a fine aprile 1998, l'articolazione dei numerosi eventi proseguirà fino al mese di novembre in concomitanza con la realizzazione della terza Settimana europea di prevenzione delle tossicodipendenze.

Il Servizio "Drogatel"

Il Servizio telefonico nazionale "Drogatel", anonimo e gratuito per l'utente, istituito per iniziativa del Dipartimento degli Affari Sociali (DAS) della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha proseguito nel 1997 l'attività di "counselling" e di informazione sulle problematiche relative alle tossicodipendenze e all'alcooldipendenza.

"Drogatel" dispone di quattro postazioni telefoniche: le telefonate ricevute sono 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 di "Drogatel", composta da 12 psicologi, 1 sociologo, 1 assistente sociale, 2 operatori sociali, 1 consulente medico, 1 consulente legale, 1 operatore tecnico di segreteria ed una coordinatrice, svolge quotidianamente attività di:

- informazione sulle tematiche relative alla tossicodipendenza e all'alcooldipendenza;
- *counselling* telefonico mirato a ridefinire il problema posto dall'utente, prospettando una gamma di possibili soluzioni;
- orientamento ed invio presso strutture pubbliche o convenzionate presenti sul territorio, adeguate al problema prospettato.

Gli utenti hanno la possibilità di accedere al servizio pubblico completamente gratuito tutti i giorni dalle ore 09.00 alle 21.00, compresi i festivi.

Le finalità del servizio

"Drogatel" svolge la sua attività, come linea verde nazionale, dal settembre 1993. Dopo cinque anni di esperienza si può confermare che il Servizio esercita un preciso ruolo all'interno dell'azione di prevenzione all'uso e all'abuso di sostanze stupefacenti.

Un telefono anonimo e gratuito rappresenta per il cittadino un punto di riferimento di facile consultazione per qualsiasi esigenza informativa e di immediato sostegno in momenti di crisi, ansia, difficoltà.

Dall'esperienza di "counselling" telefonico e dai relativi dati elaborati emerge il desiderio dei genitori ed anche dei giovani di ottenere informazioni precise ed aggiornate sugli effetti e sui danni provocati dalle sostanze stupefacenti e di essere orientati ai servizi di riferimento.

Chi si rivolge a "Drogatel" è immediatamente accolto da consulenti esperti e disponibili all'ascolto delle richieste e dei "vissuti". Il rapporto che si sviluppa tra l'utente e l'operatore telefonico si può definire prevalentemente di tipo empatico, una modalità relazionale che favorisce l'instaurarsi di un clima di fiducia tale da motivare e rinforzare nel cittadino il contatto con i servizi del territorio.

Iniziative ed accordi promossi dal Dipartimento degli Affari Sociali per lo sviluppo di Drogatel

L'attenzione è rivolta in particolare ai giovani attraverso iniziative che permettono di raggiungerli nei luoghi di maggiore frequenza e con modalità adeguate ai loro stili di vita.

Di particolare rilevanza è stata la collaborazione con il Ministero della Pubblica Istruzione, finalizzata ad informare con una campagna mirata gli studenti delle scuole medie superiori sull'opportunità informativa e di sostegno offerta da "Drogatel".

Vari sono i messaggi informativi inviati nei programmi radiofonici per i giovani.

Innovativo è l'accordo di collaborazione avviato con il SILB (Sindacato Italiano Locali da Ballo) volto alla sensibilizzazione degli operatori delle discoteche sul problema delle nuove droghe e sulla diffusione di materiale informativo nelle discoteche di "tendenza".

E' stato avviato un accordo con il Ministero degli Interni per informare le Forze dell'Ordine del "drogate".

E' in corso di definizione un protocollo d'intesa tra il Dipartimento per gli Affari Sociali e gli Assessori ai Servizi Sociali e Sanitari delle Regioni per l'utilizzo di "Drogatel" come servizio di rilievo.

La proposta di offrire piena collaborazione a "Drogatel" nasce dalle seguenti finalità perseguite:

- razionalizzazione del servizio di informazione ai cittadini,
- riduzione dei punti di comunicazione telefonica, con risparmio per le Regioni e limitazione della possibile confusione e sovrapposizione dei servizi per i cittadini,
- semplificazione organizzativa per le stesse Regioni, con possibile utilizzo di una realtà già consolidata, riconosciuta e competente.

Parallelamente a tale accordo, è stata avviata un'attività di coordinamento nazionale delle linee telefoniche che trattano i problemi delle dipendenze, per favorire un confronto sulle tecniche del colloquio telefonico e sulla rilevazione dei dati e per concertare modalità di collaborazione.

Drogatel nel 1997

"Drogatel" ha gestito nell'anno 1997 un totale di 15.714 telefonate, di cui 6.836 (43,2%) da utenti di sesso maschile e 8.878 (56,8%) di sesso femminile.

L'età media degli utenti è 34,5 anni, con una deviazione standard pari a 13,5.

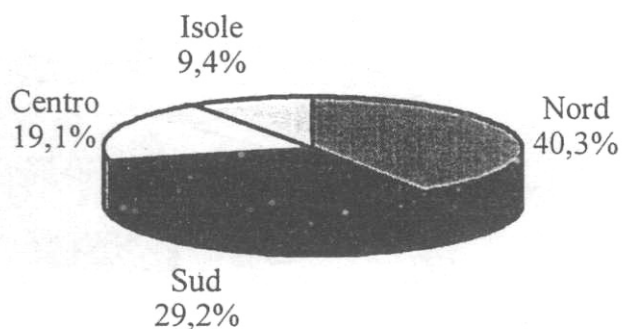
Le fasce di età più rappresentate sono quelle che comprendono gli utenti tra i 21 ed i 30 anni (28,9%) e quella tra i 31 ed i 40 anni (19,7%).

Distribuzione percentuale degli utenti "Drogatel" per sesso e classi d'età

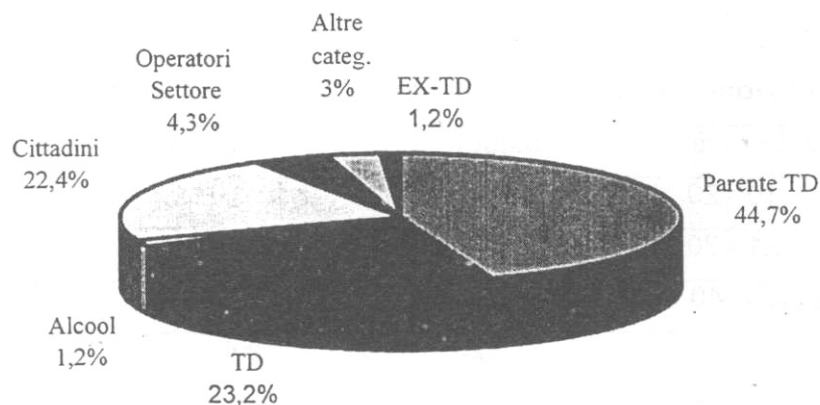
Classi di età	Maschi	Femmine	Totali
10 - 20	8.4	7.3	15.7
21 - 30	15.4	13.5	28.9
31- 40	8.5	11.2	19.7
41- 50	4.2	12.4	16.6
51- 60	2.9	7.7	10.6
> 60	1	1.9	2.9
Non indicato	2.8	2.8	5.6
Totali	43.2	56.8	100

Le chiamate telefoniche sono pervenute per il 40,3% dal Nord, il 29,2% dal Sud, il 19,1% dal Centro ed il 9,4% dalle Isole. Questa informazione non si è resa disponibile nel 2% dei casi.

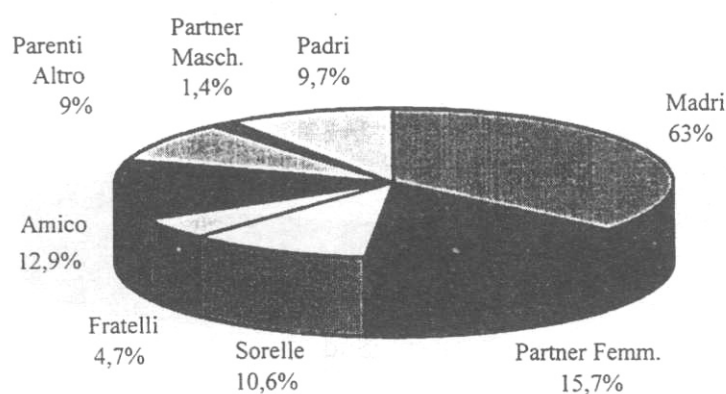
Distribuzione percentuale delle telefonate a "Drogatel" per aree geografiche



L'utenza che ha contattato con maggiore frequenza "Drogatel" è rappresentata da parenti di tossicodipendenti (44,7% delle telefonate), dai consumatori di sostanze (23,2%), da alcol dipendenti (1,2%), da operatori sociali (4,3%), da altre categorie generiche (3%) ed infine da ex-tossicodipendenti (1,2%). Il restante 22,4% delle telefonate riguarda cittadini coinvolti nel problema delle tossicodipendenze, che richiedono informazioni generali sulle sostanze e sui loro effetti, unitamente a suggerimenti comportamentali rispetto a situazioni che potrebbero essere a rischio di uso e/o abuso.

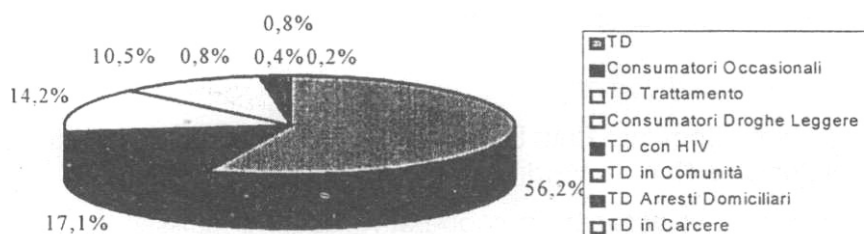
Distribuzione percentuale delle telefonate a "Drogatel" per tipologia di utenza

Nel gruppo dei parenti di tossicodipendenti che telefonano a "Drogatel", le madri rappresentano il 36%, le partner femminili il 15,7%, gli amici il 12,9%, le sorelle il 10,6%, i padri il 9,7%, i parenti di altro grado il 9%, i fratelli il 4,7% ed i partner maschili l'1,4%.

Distribuzione percentuale dei parenti di tossicodipendenti che hanno telefonato a "Drogatel"

Nel gruppo dei consumatori di sostanze, il 56,2% delle telefonate a "Drogatel" è costituito da tossicodipendenti che utilizzano una o più sostanze, il 17,1% da consumatori occasionali, il 14,2% da tossicodipendenti in trattamento presso Servizi territoriali preposti alla presa in carico dell'utente, il 10,5% da consumatori di droghe leggere, lo 0,7% da tossicodipendenti affetti da HIV, lo 0,4% da tossicodipendenti in comunità, 0,7% da tossicodipendenti agli arresti domiciliari e lo 0,2% da tossicodipendenti in carcere.

**Distribuzione percentuale per tipologie di consumatori che
hanno telefonato a "Drogatel"**



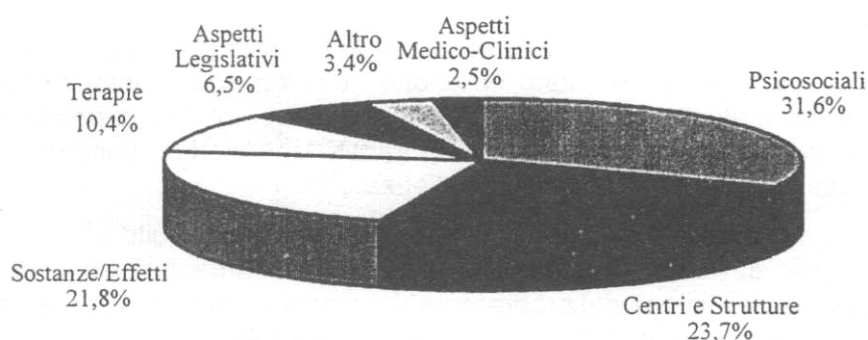
Tra i tossicodipendenti, non sono stati volontariamente inseriti gli alcolodipendenti per rendere maggiormente visibile il fenomeno.

Sul totale delle telefonate riguardanti l'alcool, il 36% si riferisce a consumatori di alcool, il 64% a parenti e/o amici di consumatori.

Nel gruppo dei consumatori, il 54,8% è alcolista, per il restante 45,2% l'alcool è una sostanza di abuso in una condizione di poliassunzione.

Gli argomenti affrontati con gli utenti riguardano principalmente le richieste di suggerimenti comportamentali e di sostegno psicologico (31,6%), indicazioni su Centri e strutture (23,7%), informazioni sulle sostanze (21,8%), terapie (10,4%), aspetti legislativi (6,5%), altre informazioni (3,5%) ed infine patologie correlate (2,5%).

Distribuzione percentuale dei quesiti posti a "Drogatel"



La maggioranza dei quesiti legislativi riguarda la materia strettamente legata alla tossicodipendenza, ovvero la legislazione contemplata dal D.P.R. 309/90 (T.U.).

Non irrilevante è l'incidenza della richiesta di informazioni su norme non direttamente inerenti le disposizioni legislative sulla tossicodipendenza, (Diritto civile, Diritto di famiglia, obbligazioni, successioni, ecc. e, nell'ambito del Diritto penale, denunce, lotta al traffico, lesioni, 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) e quelle inerenti le patologie correlate alla tossicodipendenza (epatiti, AIDS, somatizzazioni, problemi in gravidanza e in crisi di dipendenza psicofisica). Sono diminuite le richieste di delucidazioni sul contenuto dei protocolli attuati nei trattamenti ambulatoriali di disintossicazione da oppiacei.

Altre linee di assistenza telefonica

Presso molti Comuni, Enti Locali e Ser.T. sono state attivate linee di assistenza telefonica e Numeri Verdi

Associazioni di volontariato e cooperative operanti nel settore dispongono di personale in grado di offrire informazioni e aiuto specifico.

L'Italia partecipa inoltre alla rete europea FESAT (Federazione Europea dei Servizi di Assistenza Telefonica).

Il Comune di Milano e la Regione Calabria sono i maggiori referenti per il circuito.

Attività di informazione ed educazione sull'AIDS

I dati epidemiologici hanno evidenziato come la trasmissione dell'HIV legata all'assunzione intravenosa di sostanze stupefacenti, tramite scambio delle siringhe, costituisca una delle cause fondamentali dell'epidemia. E' stata, pertanto, rivolta una particolare attenzione a questa problematica all'interno delle "Campagne nazionali di informazione-educazione sulle tossicodipendenze e sull'uso di droghe".

Le cinque campagne svoltesi dal 1988 al 1995 con il finanziamento e il coordinamento del Ministero della Sanità sono state caratterizzate dalla multimedialità degli interventi informativi e, nel corso del tempo, dal passaggio da un carattere "generalistico" delle azioni (basate sull'utilizzo prevalente dei mass-media) ad uno più "mirato" nei confronti delle persone e dei gruppi a maggior rischio di trasmissione.

Per gli interventi rivolti a soggetti tossicodipendenti, nell'ultima campagna, in particolare, è stato prodotto un opuscolo informativo, centrato sulle problematiche e sulla prevenzione delle patologie correlate all'uso di droghe, distribuito sul territorio nazionale tramite operatori di "unità mobili" in varie città ad alta prevalenza di tossicodipendenza.

Presso il Ministero della sanità è stato costituito un comitato tecnico per lo studio di nuove strategie e di più efficaci strumenti di educazione e prevenzione per la definizione del programma delle attività da realizzare nell'ambito della nuova campagna programmata per il biennio 1998-99.

Compito del comitato è anche quello di prevedere iniziative di informazione ed educazione da realizzarsi in attesa dell'avvio della sesta Campagna, dal momento che quest'ultima, per i tempi tecnici ed amministrativi necessari, non potrà iniziare prima dell'autunno del 1988.

Linea di assistenza telefonica

Il telefono verde AIDS è un Numero Verde (167-861061) anonimo e gratuito, accessibile da tutt' Italia, la cui gestione è curata dal Centro operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità.

In circa dieci anni di attività, sono pervenute oltre 300.000 telefonate (per un totale di circa 720.000 quesiti); attualmente vengono ricevute circa 200 chiamate al giorno oltre a numerose richieste scritte.

Il servizio telefonico funziona dal lunedì al venerdì dalle ore 13:00 alle 18:00. L'équipe è composta da 10 operatori (Psicologi, Medici, Sociologi, Operatori Socio-Sanitari), alcuni dei quali rispondono anche in inglese, francese, spagnolo e portoghese.

Oltre all'attività di informazione e di "counselling" telefonico, l'impegno dell'équipe si estende anche nell'ambito della ricerca sociale sia a livello nazionale che internazionale, in collaborazione con altre *Help-Lines* europee (un progetto italiano è stato finanziato dalla U.E., DG 5).

E' stata inoltre finanziata una linea di ricerca sulla comunicazione sociale nell'ambito del progetto sociale AIDS dell'ISS-Ministero Sanità.

Il Numero Verde AIDS dispone di un software specifico per la gestione di un archivio computerizzato, contenente informazioni su circa 9.000 centri di varie tipologie presenti sul territorio nazionale e per la raccolta di dati relativi alle chiamate (età, sesso, dell'utente, provenienza della chiamata, gruppo di rischio, ecc.), al fine di valutare le variazioni della domanda di informazione della popolazione in relazione alla Campagna nazionale informativa e di indirizzare adeguatamente il messaggio preventivo.

4.2 TIPOLOGIA DI TRATTAMENTI

4.2.1 Attività di prevenzione dall'infezione da HIV

Il Ministero della Sanità, in collaborazione con le Regioni, ha svolto una indagine al fine di rilevare informazioni sulle attività di riduzione della domanda svolte presso i SERT.

Per le attività specifiche di prevenzione dell'HIV, si è evidenziata una forte discrepanza tra le percentuali di attivazione degli interventi più generici e, comunque, ormai considerati "competenza istituzionale" del Ser.T., quali il "counselling" 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" di riduzione del rischio (scambio di siringhe, distribuzione di profilattici), generalmente realizzati mediante collaborazioni esterne al Servizio e/o finanziamenti, per i quali il dato nazionale sull' attivazione non ha raggiunto il 25%.

Anche il numero di operatori e di utenti coinvolti nei programmi è risultato nettamente al di sotto di quelli coinvolti nei "tradizionali" servizi dei Ser.T.

Per quanto riguarda le dimensioni dell'intervento, si è avuta la conferma dell'assoluta prevalenza degli interventi a livello locale (AUSL e, molto meno frequentemente, provincia).

La collaborazione con associazioni del volontariato è risultata spesso presente, ma con percentuali diverse da un intervento all'altro.

La politica di riduzione del danno, in seguito alla diffusione dell'infezione da HIV, ha trovato un progressivo consenso sia tra le forze politiche che tra gli operatori.

Ciò ha portato alla maggiore diffusione dei trattamenti metadonici di mantenimento a dosi adeguate, nonché allo sviluppo delle "unità di strada". Iniziative di riduzione del danno sono sorte a livello di singole ASL e su base nazionale.

La politica di riduzione del danno è stata formalmente accettata nell'ambito della Conferenza di Napoli per far parte delle linee-guida sulla prevenzione stilate dalla Commissione Nazionale AIDS per il Progetto Obiettivo triennale messo a punto a fine anno.

Diversi sono i programmi attivati in diverse aree geografiche del Paese, anche se l'articolazione sul territorio nazionale non appare ancora omogenea e strutturata.

La Regione Lazio ha elaborato, finanziato e condotto un proprio programma denominato "Programma Integrato di riduzione del danno nei tossicodipendenti a Roma", con un finanziamento di 9 miliardi (parte di tali risorse sono vincolate a progetti sull'AIDS), della durata di due anni. E' già conclusa la valutazione dei risultati ottenuti.

Il programma è destinato ai tossicodipendenti che non si rivolgono alle strutture di assistenza esistenti o che abbandonano tali strutture e si articola in diverse componenti (distribuzione di siringhe sterili e profilattici; offerta di trattamenti sostitutivi; interventi di pronto soccorso medico; prima accoglienza di carattere non sanitario o trattamento di tipo psico-sociale presso un centro di una organizzazione di volontariato), realizzate attraverso l'attivazione di "Unità di strada". Alcune strutture coinvolte nel programma continuano ancora a svolgere attività di riduzione del danno.

Progetti di riduzione del rischio infettivo sono stati finanziati dal Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e dall'Istituto superiore di Sanità.

Fra questi, si ricordano i programmi di formazione, consulenza e verifica di interventi di auto-aiuto nel campo della prevenzione dell'HIV e della limitazione del danno, i programmi di validazione ed applicazione di indicatori di qualità degli interventi di unità di strada per la prevenzione su soggetti a rischio di infezione da HIV

Il Ministero della Sanità ha ricevuto un finanziamento dal Fondo nazionale per la lotta alla droga finalizzato all'attuazione del progetto *"Ampliamento del programma sperimentale di attivazione di gruppi di operatori della strada ai fini della prevenzione dell'AIDS tra i tossicodipendenti (POS2)"* (stanziamento: £. 1.000.000.000).

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 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.

Durante il 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.

Il programma è in corso di completamento, essendo giunto alla fase di valutazione dei risultati.

Nell'ambito di tale valutazione verrà discussa la possibilità:

- di un inserimento stabile del modello formativo sperimentato all'interno dei programmi *routinari* di formazione organizzati dalle Regioni;
- di effettuare uno studio di follow-up per verificare gli effetti degli interventi di prevenzione intrapresi a distanza di tempo maggiore, valutando, in particolare, l'efficacia delle azioni volte a incrementare la capacità di autoprotezione (modifica dei comportamenti a rischio, ad es.) degli utenti. -

Nell'ambito delle iniziative di prevenzione dell'infezione da HIV del Ministero della Difesa, la Direzione Generale della Sanità Militare ha proseguito il piano di formazione HIV per il proprio personale, a suo tempo definito d'intesa con la Commissione nazionale per la lotta all'AIDS e con l'Istituto Superiore di Sanità.

Il piano, autorizzato dagli Stati Maggiori di Forza Armata e dai Comandi Generali dell'Arma dei Carabinieri e della Guardia di Finanza, è stato inserito, come attività permanente, nei programmi addestrativi presso gli Enti di incorporamento, per raggiungere tutto il personale che accede alla carriera militare.

I dati disponibili indicano un coefficiente di efficacia di oltre il 50%, valutato in termini di incremento delle conoscenze specifiche sul tema.

Ulteriore sviluppo del piano è stato rappresentato dalla estensione dell'attività formativa in alcuni Istituti di alto livello come l'Accademia Militare dell'Esercito, l'Accademia Navale, l'Accademia Aeronautica, l'Accademia della Guardia di Finanza e l'Istituto Superiore di Stato Maggiore Interforze.

Presso tali Enti, esperti della Direzione Generale della Sanità Militare hanno tenuto specifiche conferenze al fine di accrescere la consapevolezza e la sensibilità sul problema HIV nei futuri quadri dirigenti delle Forze Armate.

4.2.2 Trattamenti sostitutivi, di mantenimento e di disintossicazione (fonte: Ministero della Sanità)

I dati riferiti ai trattamenti attuati dai SERT indicano che, nel corso del 1997, il 37.7% dei soggetti trattati presso i SER.T. è stato introdotto in programmi di tipo esclusivamente psico-sociale e/o riabilitativo, mentre i trattamenti con metadone ammontano al 47.2% (12.3% con programma a breve termine; 10.9% con programma a medio termine; 24.0% con programma a lungo termine).

Relativamente ad altri trattamenti farmacologici, è stato trattato con clonidina il 5.1% dei soggetti.

Analizzando il dato, rilevato dal 1997, relativo al trattamento psico-sociale per tipologia, risulta che, del totale degli utenti trattati ricorrendo a programmi esclusivamente psico-sociali e/o riabilitativi, il 35.4% è stato sottoposto a sostegno psicologico, il 13.0% a psicoterapia e il 51.6% ad interventi di servizio sociale.

Dal 1997 viene rilevata anche l'informazione relativa alla sede nella quale il trattamento viene effettuato. E' risultato che, del totale dei soggetti in carico ai SERT, l'86.2% viene trattato presso il Servizio, il 6.8% presso strutture riabilitative e il 7.0% in carcere.

Analizzando temporalmente la distribuzione dei soggetti per tipologia di trattamento, si nota una leggera ripresa della percentuale di soggetti trattati con programmi solo psico-sociali e/o riabilitativi e un ulteriore aumento della quota di soggetti trattati con metadone (30.3% nel 1991; 47.2% al 1997), soprattutto con programmi a lungo termine.

TIPOLOGIE DI TRATTAMENTO**(Anno 1997)**

% SOGGETTI TRATTATI

Tipologie Di Trattamento	nei servizi pubblici	nelle strutture riabilitative	in carcere	in totale
1) PSICO-SOCIALE E/O RIABILITATIVO	27,4	5,8	4,5	37,7
2) FARMACOLOGICO				
a) METADONE				
- breve termine (<= 30 gg)	10,6	0,4	1,4	12,3
- medio termine (tra 30 gg e 6 mesi)	10,3	0,2	0,4	10,9
- lungo termine (> 6 mesi)	23,7	0,1	0,2	24,0
b) naltrexone	5,7	0,1	0,0	5,8
c) clonidina	3,2	0,0	0,0	3,3
d) altri farmaci non sostitutivi	5,3	0,2	0,5	6,0
TOTALE	86,2	6,8	7,0	100,0

TIPOLOGIE DI TRATTAMENTO PSICO-SOCIALE
(Anno 1997)

% SOGGETTI TRATTATI

Tipologie Di Trattamento Psico-Sociale/ Riabilitativo	nei servizi pubblici	nelle strutture riabilitative	in carcere	in totale
SOSTEGNO PSICOLOGICO	28,7	3,4	3,3	35,4
PSICOTERAPIA	11,6	1,1	0,2	13,0
INTERVENTI DI SERVIZIO SOCIALE	37,8	6,9	7,0	51,6
TOTALE	78,1	11,4	10,5	100,0

TIPOLOGIE DI TRATTAMENTO (anni 1991-97)

% SOGGETTI TRATTATI

Tipologie	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
1) PSICO-SOCIALE E/O RIABILITATIVO	38,1	37,1	40,2	40,0	35,8	36,5	37,7
2) FARMACOLOGICO							
a) metadone:	30,3	32,9	33,3	36,7	43,0	43,0	47,2
- breve termine (<=60 gg)*	21,0	23,2	18,9	19,4	17,5	15,7	-
- protratto (>60 gg)*	9,3	9,7	14,4	17,3	25,5	27,3	-
- breve termine (<=30gg)**	-	-	-	-	-	-	12,3
- medio termine (tra 30 gg e 6 mesi)**	-	-	-	-	-	-	10,9
- lungo termine (>6 mesi)**	-	-	-	-	-	-	24,0
b) naltrexone	7,7	8,6	7,6	7,4	6,7	6,8	5,8
c) clonidina	7,4	6,1	4,7	4,4	4,0	3,8	3,3
d) altri farmaci	16,5	15,3	14,2	11,5	10,5	9,9	6,0

* = Tipologia di trattamento metadonico rilevata fino al 1996 (DM 3.10.1991)

** = Tipologia di trattamento metadonico rilevata nel 1997 (DM 20.9.1997)

L'analisi dei dati conferma, anche per il 1997, l'aumento del ricorso al trattamento protratto con metadone e, viceversa, la diminuzione della quota di soggetti sottoposti a trattamenti di disintossicazione (metadone a breve termine, clonidina). E' comunque da sottolineare una forte variabilità regionale nella scelta della tipologia di programma terapeutico.

In riferimento ai trattamenti sostitutivi sta per essere proposta l'esperienza del LAAM come alternativa alla terapia sostitutiva metadonica nei SERT.

Il Ministero della Sanità ha ricevuto un finanziamento dal Fondo nazionale per la lotta alla droga finalizzato all'attuazione del progetto *"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).

Per la realizzazione di questo progetto sono state coinvolte 6 università italiane (Pisa, Firenze, Modena, Cagliari, Siena, Roma- Cattolica S. Cuore) attive nel campo della sperimentazione e dell'assistenza ai soggetti tossicodipendenti, con le quali si è proceduto alla stipula di apposite convenzioni.

Il progetto ha subito una temporanea interruzione a causa della avvenuta registrazione europea del farmaco che ha richiesto un adeguamento degli obiettivi e dei protocolli.

L'Università di Cagliari, incaricata di redigere il protocollo, presenterà entro la fine di febbraio del 1998 il programma definitivo di studio e la documentazione richiesta dal Dipartimento della Prevenzione del Ministero della sanità.

Il Ministero della Sanità ha curato anche la realizzazione del progetto: *"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).

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. E' stato recentemente completato il reclutamento dei pazienti ed è attesa per il mese di aprile 1998 la relazione conclusiva sui risultati del progetto.

In tal modo, si potrà alleggerire il carico di lavoro dei SERT e quindi favorire l'integrazione con altri strumenti terapeutici e l'inserimento sociale dei soggetti trattati.

L'impiego del Naltrexone, farmaco antagonista, è limitato nei Servizi a un numero esiguo di pazienti e risulta in lieve diminuzione.

L'indicazione iniziale, ristretta a una cerchia di pazienti motivati e socialmente integrati, è stata allargata nel corso della concreta esperienza clinica di questo farmaco nei SERT: l'antagonista si rivela utile anche per breve periodo dopo la disassuefazione, nella fase di diagnostica e in attesa di programmi più strutturati.

In riferimento ai trattamenti di disintossicazione, oltre a quelli classici raccolti dal sistema di sorveglianza, nel 1997 sono state avviate le prime esperienze di utilizzo del sistema UROD e delle significative varianti.

Anche se la sperimentazione ufficiale del trattamento, promossa dall'I.R.C.S. San Raffaele di Milano e finanziata dal Ministero della Sanità, non ha dato

risultati confortanti, soprattutto in riferimento agli effetti a lungo termine, vari Servizi pubblici hanno deciso di intraprendere l'utilizzo in pazienti selezionati di trattamenti rapidi basati su regimi più blandi e quindi attuabili con minore impiego di personale specializzato e di attrezzature.

E' difficile una valutazione di queste esperienze, tra loro piuttosto eterogenee e non sempre condotte secondo un autentico protocollo di studio.

4.2.3 Programmi di post-terapia/riabilitazione (fonte: Ministero dell'Interno)

Dal 1985, l'Osservatorio permanente sul fenomeno droga cura l'elenco delle strutture socio-riabilitative, la cui ripartizione è la seguente:

- strutture residenziali (con ospitalità e attività residenziale)
- strutture semiresidenziali (con ospitalità e attività quotidiane di almeno 8 ore per 5 giorni la settimana o di almeno 40 ore settimanali variamente distribuite)
- strutture non residenziali/ambulatoriali (con ospitalità ed attività per un totale inferiore a 40 ore settimanali).

La scelta della residenzialità e semi-residenzialità quale principio discriminante rispecchia il criterio di iscrizione delle strutture negli albi regionali e provinciali degli Enti ausiliari che gestiscono centri per la riabilitazione ed il reinserimento sociale di soggetti tossicodipendenti, così come stabilito dall'Atto di intesa fra Stato, Regioni e Province autonome, in attuazione delle disposizioni recate dagli artt. 116 e 117 del D.P.R. 309/90.

La maggior parte delle strutture è articolata in organizzazioni di tipo federativo (FICT -Federazione Italiana delle Comunità Terapeutiche- C.E.I.S. - Centro Italiano di Solidarietà- C.N.C.A. -Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza; Associazione "Comunità Incontro"; Associazione "Comunità Emmanuel"; Associazione "Saman"; Fondazione "Exodus"; Associazione "Papa Giovanni XXIII").

Quasi tutte le comunità terapeutiche prevedono nei loro programmi una fase finale che può avere durata variabile, in cui il soggetto che ha già subito un trattamento di disintossicazione ed un intervento di psicoterapia e sostegno psicologico, comincia gradualmente a riappropriarsi della propria autonomia con contatti esterni sempre più frequenti (famiglia, amici).

Questa fase è la più delicata perché -al di fuori dell'ambiente protetto della comunità- la persona deve cominciare di nuovo a proiettare se stessa nel mondo; la prima tappa da affrontare è la ricerca del lavoro.

Esiste al riguardo una oggettiva difficoltà dovuta al fatto che si tratta per la maggior parte di soggetti che, avendo vissuto un lungo periodo di emarginazione, non hanno avuto esperienze di lavoro o non possiedono idonee capacità professionali e tecniche, ed alle difficoltà congiunturali del mercato del lavoro.

A tale scopo, i programmi delle comunità spesso prevedono attività lavorative artigianali (ad esempio falegnameria, tessitura) oppure l'istituzione di corsi scolastici e di formazione professionale.

In alcune comunità terapeutiche, la fase di reinserimento si svolge prevalentemente all'esterno presso un appartamento condiviso da un gruppo di persone, messo a disposizione dalla Comunità, in modo che i soggetti riabilitati ricomincino ad autogestirsi ed a organizzare la propria vita su base autonoma. Tale gruppo viene supervisionato e seguito da uno o più operatori.

A volte, nella fase di reinserimento, gli ex-tossicodipendenti seguono gruppi di psicoterapia tornando in comunità solo per queste attività, ma vivendo separati da essa per il resto del tempo.

Al di fuori delle comunità terapeutiche, numerose sono le iniziative pubbliche intraprese a livello locale (Comuni, Ser.T) attraverso i progetti finanziati dal Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga, riguardo alla formazione professionale ed al reinserimento lavorativo dei tossicodipendenti, sia nelle imprese locali che attraverso la costituzione di cooperative di lavoro.

Programmi di reinserimento sociale e lavorativo sono attivi in più dell'87% dei Ser.T., frequentemente anche in collaborazione con associazioni e cooperative sociali, anche se il numero medio di utenti che ne usufruiscono è piuttosto basso.

A partire dal 1984, l'Osservatorio per le tossicodipendenze acquisisce trimestralmente informazioni sull'utenza e sulla distribuzione geografica delle strutture socio-riabilitative.

Le strutture socio-riabilitative risultano:

1.378 al 31.3.1997;
1.369 al 30.6.1997;
1.360 al 30.9.1997;
1.348 al 31.12.1997, con una flessione dell'1,75% rispetto alle 1.372 strutture esistenti al 31.12.1996.

Numero di strutture socio-riabilitative

Dicembre 1993	1.249
Dicembre 1994	1.279
Dicembre 1995	1.368
Dicembre 1996	1.372
Dicembre 1997	1.348

Numero dei Ser.T. attivi

Numero dei Ser.T. attivi nel 1996: 512
Numero dei ser.T. attivi nel 1997: 518

Distribuzione geografica delle strutture socio-riabilitative al 31.12.1997

STRUTTURE SOCIO-RIABILITATIVE					
Aree geografiche	Residenziali	Semi Residenziali	Ambulatoriali	Totale	%
NORD	457	141	139	737	54,67
CENTRO	161	50	52	263	19,51
SUD	140	42	71	253	18,77
ISOLE	64	14	17	95	7,05
TOTALE ITALIA	822	247	279	1.348	100

La percentuale più alta di strutture è concentrata a nord, in particolare in Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna, come si evince dalla tabella successiva.

Distribuzione per Regione delle strutture socio-riabilitative e relativa percentuale di incidenza sul totale nazionale al 31.12.1997

MARCHE	67	4,97
TOSCANA	100	7,42
UMBRIA	20	1,48
LAZIO	76	5,64
CAMPANIA	49	3,64
ABRUZZO	39	2,89
MOLISE	6	0,45
PUGLIA	105	7,79
BASILICATA	12	0,89
CALABRIA	42	3,12
SICILIA	58	4,30
SARDEGNA	37	2,74
TOTALE ITALIA	1.348	100,00

Nel 1997, l'Osservatorio ha curato l'aggiornamento dell'indirizzario delle strutture socio-riabilitative.

I dati disponibili si riferiscono a 1.159 strutture su 1.378, così distinte:

- 741 strutture residenziali (pari all'88,42%)
- 209 strutture semi-residenziali (pari al 79,16%)
- 209 strutture ambulatoriali (pari al 75,72%).

Natura giuridica ed iscrizione all'Albo

Sotto il profilo giuridico, le strutture sono per lo più private; le pubbliche rappresentano solo il 3,02% del totale censito (=35 strutture).

La quasi totalità delle strutture pubbliche è gestita dalle A.S.L. (31 strutture), talvolta in collaborazione con associazioni o cooperative private.

Solo in 4 casi l'ente giuridico responsabile è il Comune.

Relativamente all'iscrizione delle strutture operative all'Albo degli Enti ausiliari, 866 hanno dichiarato di essere iscritte.

Per le restanti 293 strutture censite (pari al 25,28%), la dichiarazione di non iscrizione è da intendersi come procedimento non ancora perfezionato o definitivo o come iscrizione non richiesta o rigettata.

STRUTTURE SOCIO-RIABILITATIVE AL 31.12.1997

	N.
Residenziali	838
Semi-residenziali	264
Ambulatoriali	276

CONVENZIONI

	N.
<u>Residenziali</u>	
A.S.L.	306
Min. Grazia e Giustizia	38
Comune	4
Regione e Provincia autonoma	3
ASL + altro	91
Min. Grazia e Giustizia + altro	92
Min. Grazia e Giustizia +A.S.L. + altro	4
<u>Semi-residenziali</u>	
A.S.L.	90
Min. Grazia e Giustizia	3
Comune	14
Regione e Provincia autonoma	2
ASL + altro	26
Min. Grazia e Giustizia + altro	27
Min. Grazia e Giustizia +A.S.L. + altro	8
<u>Ambulatoriali</u>	
A.S.L.	43
Min. Grazia e Giustizia	5
Comune	12
Regione e Provincia autonoma	5
ASL + altro	23
Min. Grazia e Giustizia + altro	9
Min. Grazia e Giustizia +A.S.L. + altro	

Convenzioni

Si evidenzia un dato contraddittorio tra le strutture che hanno dichiarato di avere in atto convenzioni con Aziende Sanitarie e la circostanza della loro non iscrizione all'Albo.

Il D.M. 19 febbraio 1993, riguardante l'approvazione dello schema-tipo di convenzione tra Unità Sanitarie Locali ed Enti che gestiscono strutture per la riabilitazione dei soggetti tossicodipendenti prevede, infatti, - come requisito

necessario per la stipula di convenzioni - l'iscrizione all'Albo della sede operativa per la quale l'ente privato richiede la convenzione.

Nel caso in cui una stessa struttura abbia affermato di avere in corso convenzioni simultanee con differenti soggetti pubblici, le convenzioni sono state accorpate in caselle specifiche.

Nonostante ciò ed indipendentemente dal tipo di struttura (residenziale o meno), la convenzione più frequentemente osservata è quella con le Aziende U.S.L.

4.2.4 Tossicodipendenza e prevenzione da HIV in ambito penitenziario ed in esecuzione penale esterna.

Al Ministero di Grazia e Giustizia -Dipartimento per l'Amministrazione Penitenziaria- è affidato il compito di predisporre il quadro istituzionale entro il quale i detenuti possono essere destinatari del trattamento sanitario e socio-riabilitativo previsto dal T.U. 309/90. Numerose sono le attività poste in essere nell'assolvimento di detto compito nelle varie aree e secondo linee di intervento che si attengono anche alle conclusioni della Conferenza Nazionale di Napoli.

Attività trattamentali intramurarie (lavoro e formazione professionale)

Nel corso del 1997, si è proseguito nella realizzazione agli interventi che ormai hanno trovato attuazione nella quasi totalità degli istituti penitenziari nazionali, idonei a delineare un percorso di reinserimento sociale per i detenuti tossicodipendenti.

L'intendimento per il futuro è di coinvolgere tutti gli istituti penitenziari, che ormai ospitano, sia pure in misura diversa, detenuti tossicodipendenti, affinché la detenzione possa costituire un momento di rottura nell'ambito di situazioni esistenziali prive di sbocchi e prospettive.

Si ritiene, infatti, che il carcere possa costituire, nell'ambito dei presidi che contrastano la diffusione dell'uso di sostanze stupefacenti, un'occasione per recuperare quella fascia di soggetti che pure sfugge alla prevenzione ed al controllo sociale.

Le condizioni strutturali del sistema penitenziario ed i finanziamenti concessi non hanno consentito la totale realizzazione di tale progetto in tempi brevi.

L'amministrazione è permanentemente impegnata a sostenere un ruolo attivo in tale settore e a porre in campo tutti i mezzi di cui dispone per attuare le previsioni del D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309.

In tale ottica, s'intende ampliare il numero degli istituti o delle sezioni a custodia attenuata per coinvolgere il maggior numero di soggetti tossicodipendenti in programmi di trattamento finalizzati a preparare e a consentire un concreto reinserimento sociale.

Assistenza sanitaria

Si è provveduto al rinnovo delle convenzioni con il personale medico ed infermieristico occorrente per il funzionamento dei presidi sanitari istituiti in attuazione dei programmi previsti dall'art. 135 del D.P.R. 309/1990.

Nel corso del 1997, sono stati stipulati ulteriori 10 accordi convenzionali con le ASL in aderenza alle linee di indirizzo emanate nel 1994 dalla Commissione nazionale consultiva e di coordinamento per i rapporti tra questo ministero, le regioni e gli enti locali. La situazione delle convenzioni è pertanto così definita:

- su 208 istituti penitenziari, sono ancora in vigore 46 "vecchie" convenzioni, non più adeguate all'attuale assetto normativo;
- n. 120 istituti hanno stipulato accordi qualitativamente adeguati ai principi ed alle linee di intervento previsti dal T.U. del 1990 (tra questi, 39 accordi rispondono allo schema elaborato dalla commissione consultiva nel 1994);
- n. 38 istituti penitenziari risultano privi di convenzione;
- alcuni istituti intrattengono rapporti collaborativi con le AASSLL in assenza di formali accordi convenzionali.

Iniziative ed attività relative al problema dell'infezione da HIV

In attuazione dell'implicito obbligo scaturente dalle motivazioni delle sentenze della Corte Costituzionale nn. 438 e 439/1995, si è proseguito nell'opera di predisposizione in ambito penitenziario di strutture sanitarie ove far risiedere, anche temporaneamente, i detenuti e gli internati affetti da HIV che necessitano di particolari cure o accertamenti clinici.

In tal senso, ai già esistenti presidi presso i centri clinici e chirurgici di Milano Opera e Napoli Secondigliano si sono aggiunti il reparto speciale istituito presso il centro clinico della casa circondariale di Genova Marassi ed una sezione a destinazione sanitaria istituita presso la casa circondariale di Roma Rebibbia (Nuovo Complesso). Presso la casa circondariale delle Vallette di Torino, continua l'iniziativa di natura sanitario-trattamentale avviata con buoni risultati negli anni precedenti.

Sono state diffuse negli istituti penitenziari le "linee guida per il trattamento dell'infezione da HIV" elaborate dalla Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS nel novembre 1996 (Principi di terapia antiretrovirale dell'infezione da HIV).

Tali linee guida prevedono, ricorrendo determinate condizioni patologiche, il trattamento con farmaci inibitori della proteasi; questa categoria di farmaci, essendo inserita nella cosiddetta fascia H, può essere utilizzata soltanto presso determinate unità ospedaliere o universitarie di malattie infettive o presso le altre unità operative accreditate a tale particolare trattamento secondo i piani regionali per l'assistenza ai casi di AIDS.

Difficoltà pratiche si sono riscontrate nella gestione sanitaria dei soggetti detenuti o internati con infezione da HIV che, a parere dei sanitari, necessitano di trattamento specifico con farmaci inibitori della proteasi, non potendosi provvedere

direttamente alla prescrizione ed alla somministrazione in ambito penitenziario (salve le ipotesi in cui dette terapie siano già in corso al momento in cui la persona entra in istituto dalla libertà: dal momento che un'eventuale interruzione della terapia comprometterebbe le condizioni cliniche del paziente, in tali casi viene direttamente autorizzata la continuazione della terapia in ambito penitenziario).

Per ovviare alle citate difficoltà operative (cui attualmente si pone rimedio accompagnando i pazienti interessati alle unità operative accreditate alla prescrizione dei farmaci e provvedendo direttamente soltanto alla materiale somministrazione degli stessi all'interno di idonei istituti penitenziari), si è curata la predisposizione di un provvedimento amministrativo, mediante il quale saranno approvati degli schemi di accordi contrattuali volti a regolare i rapporti tra istituti penitenziari ed aziende ospedaliere o universitarie accreditate al trattamento di casi di AIDS, al fine di assicurare (non soltanto di fatto ma anche normativamente) ai detenuti ed agli internati tutti gli occorrenti specifici accertamenti diagnostico-terapeutici e controlli sanitari, consentendo la materiale somministrazione dei farmaci inibitori della proteasi negli istituti penitenziari sulla base di prescrizioni operate in ambito carcerario dai medici delle unità operative accreditate al trattamento dei casi di AIDS.

E' in fase di definizione un nuovo provvedimento normativo sui malati di AIDS, che affronta e cerca di superare i problemi aperti dalle sentenze costituzionali 438 e 439/95, prevedendo la possibile ammissione dei malati a misure alternative alla detenzione, che li impegnino nel seguire quelle cure che hanno attualmente effetti particolarmente positivi.

Istituti a Custodia Attenuata (I.C.A.T.T.)

Dalla fine degli anni '80, in conseguenza della sempre più massiccia presenza negli istituti penitenziari di giovani tossicodipendenti, l'amministrazione penitenziaria ha ipotizzato la creazione di un particolare circuito di detenzione che trattasse in maniera specializzata questo fenomeno emergente ed a predisporre un primo progetto di struttura penitenziaria alternativa definita a "custodia attenuata".

In questo tipo di istituto è privilegiato, rispetto alla sicurezza, l'aspetto trattamentale/terapeutico, una esecuzione della pena finalizzata al recupero dalla tossicodipendenza e al reinserimento nell'ambiente esterno.

Tale progetto, elaborato nell'89 ha fissato i criteri dell'istituto a custodia attenuata: le caratteristiche dell'edificio penitenziario, le attività terapeutiche riabilitative, il personale dei diversi ruoli specificamente formato, la collaborazione con gli Enti Locali e i servizi territoriali. In attuazione del progetto, sono stati aperti gli Istituti di Sollicciano e la Se.A.T.T. (struttura a custodia attenuata) di Rimini e predisposto un programma di apertura di altri Istituti in tutte le Regioni. In seguito alla entrata in vigore della legge 162/90 e del T.U. 309/90, il principio di pena incentrata soprattutto sulla cura e riabilitazione è stato recepito pienamente dal legislatore.

Il progetto di Istituto a custodia attenuata è stato aggiornato in base alla predetta normativa ed è stato predisposto uno schema di convenzione da stipularsi tra il singolo Istituto e la A.S.L./Ser.T competente, sulla base di quanto

approvato dalla Commissione nazionale consultiva e di coordinamento per i rapporti con le regioni e gli Enti Locali (10.3.1994).

La Commissione ha fissato anche le caratteristiche operative dei vari possibili scenari penitenziari coinvolti nella gestione dei tossicodipendenti:

- area penale esterna;
- area penale ordinaria;
- area penale a custodia attenuata.

In particolare, sono state dettagliatamente indicate le caratteristiche operative della custodia attenuata, prevedendo che quest'ultima potesse assumere la forma di Istituto o di Sezione, in ogni caso dotata di autonomia operativa.

Tra le caratteristiche di rilievo spiccano:

- la bassa capienza;
- la capacità della struttura edilizia di favorire le esigenze trattamentali e terapeutiche socio-riabilitative rispetto a quelle custodiali;
- la presenza di ampi spazi per le attività trattamentali, formative, occupazionali, espressive e ludiche;
- l'organizzazione delle sale-colloquio senza vetri divisorii, così da favorire i rapporti con i familiari e consentirne l'uso anche per le attività trattamentali;
- la predisposizione di sistemi di sicurezza che non interferiscano con la prevalente funzione terapeutico-riabilitativa e trattamentale;
- particolare formazione e aggiornamento del personale di Polizia Penitenziaria che è parte attiva nel processo di trattamento;
- scelta di Istituti situati in aree verdi in cui i soggetti possano lavorare e vivere all'aperto con un contatto più stretto con la natura e le sue risorse;
- diverso clima dei rapporti tra operatori penitenziari e del Ser.T. e popolazione detenuta, e stretta integrazione con gli organismi locali.

Il tutto finalizzato a motivare il soggetto verso un processo di cambiamento fondato su valori profondi, in grado di favorire l'elaborazione di un modello di vita estraneo ai comportamenti tossicomani.

Le linee di indirizzo hanno approfondito anche gli aspetti della custodia attenuata riguardanti in particolare le modalità di accesso alle strutture, le caratteristiche dei detenuti fruitori, nonché la formazione professionale degli operatori penitenziari e il sistema dei controlli.

E' stato pertanto previsto che:

- i detenuti debbano essere selezionati tra coloro che si mostrano particolarmente motivati al recupero e accettino volontariamente il programma di trattamento per essi previsto, conformandosi alle regole di vita proprie del progetto;

- i detenuti debbano presentare le seguenti caratteristiche:
 - età compresa preferibilmente tra i 18 e i 25 anni;
 - posizione giuridica: definitiva;
 - avvenuta disintossicazione;
 - basso indice di pericolosità;
 - provenienza dal distretto regionale ove è situata la struttura stessa;
- formazione professionale degli operatori penitenziari particolarmente curata attraverso la partecipazione ad appositi corsi di riqualificazione;
- attività delle strutture a custodia attenuata sottoposta a verifica periodica, circa lo stato di attuazione degli interventi, da parte del Comitato previsto dall'art. 2 della convenzione medesima.

L'esperienza maturata in questi anni ha consentito di definire, in modo più concreto, un modello di Istituto a custodia attenuata considerato come momento di passaggio tra la detenzione e la fase del reinserimento esterno, capace di fornire già durante l'esecuzione penale un iniziale trattamento psico-socio-riabilitativo dei soggetti interessati e gettare inoltre le basi per un proficuo proseguo del lavoro con operatori degli Enti pubblici e/o privati territorialmente preposti a ciò.

Le iniziative in corso sono state potenziate, mentre altre strutture si sono aggiunte a quelle preesistenti, tanto che si può ormai ritenere superata con risultati lusinghieri la fase sperimentale: i tempi sono maturi per la istituzionalizzazione di un modello operativo di custodia attenuata a contenuto generale, da adattare alle diverse e peculiari esigenze di ciascun istituto interessato.

In tal senso, presso la Casa circondariale di Torino Le Vallette, la sezione a custodia attenuata è stata trasferita in un altro padiglione più grande, ove potrà essere aumentato il numero degli utenti accogliendo eventualmente anche detenute donne; è stato aperto un istituto a custodia attenuata femminile ad Empoli; è stato predisposto presso la sezione di Rimini un nuovo modello operativo maggiormente adeguato alle esigenze trattamentali dell'utenza; è stata aperta una nuova sezione a custodia attenuata presso l'Istituto penitenziario di Napoli-Secondigliano.

In sintesi, si può affermare che le strutture penitenziarie a custodia attenuata si prefiggono due finalità sostanziali:

- non peggiorare il soggetto, offrendo un luogo detentivo dove il giovane non subisca influenze negative e dove si avvii verso il superamento degli stili di vita e di comportamenti tipici degli ambienti devianti;
- avviare un progetto di recupero delle potenzialità di ciascun utente fornendo strumenti di riflessione capaci di stimolare il cambiamento nonché riattivare un rapporto costante e costruttivo tra il soggetto ed il suo sociale esterno (famiglia, mondo del lavoro, comunità terapeutiche, SERT, etc.)

Presupposto essenziale per il raggiungimento di tali finalità è la creazione con gli Enti Locali, con le A.S.L., con l'Associazionismo, con il Volontariato e cioè con il territorio, di un rapporto concreto ed efficace, garantendo la più ampia

partecipazione di tali organi alla vita dell'Istituto e coinvolgendoli per quanto possibile nell'attuazione degli interventi trattamentali.

Un gruppo di lavoro -istituito nell'ambito dell' "Osservatorio Nazionale sul fenomeno della tossicodipendenza, HIV e sindromi correlate in ambito penitenziario"-, ha recentemente provveduto ad analizzare la situazione della custodia attenuata, elaborando uno studio che rappresenta un compendio operativo, sulla base di tutte le disposizioni impartite per il predetto circuito.

L'obiettivo principale è di elaborare una sorta di "testo unico" onnicomprensivo delle disposizioni sulla custodia per i detenuti tossicodipendenti, arricchita dalle esperienze maturate in questi anni.

Sul piano dell'organizzazione della rete degli Istituti le linee di intervento dell'amministrazione penitenziaria si orientano in due direzioni:

- sviluppo nelle singole Regioni di Istituti o Sezioni a custodia attenuata a maggiore valenza trattamentale;
- interventi, negli ordinari circuiti penitenziari, che valgano a favorire l'avvio e lo sviluppo di percorsi di riabilitazione per i tossicodipendenti: sia negli stessi Istituti di ordinaria detenzione, sia attraverso il passaggio alle aree di custodia attenuata, sia, infine, attraverso l'ammissione a misure alternative alla detenzione.

Esecuzione penale esterna

Un'area della esecuzione penale al di fuori del carcere, consistente in misure alternative alla detenzione, riguarda in modo consistente le persone tossicodipendenti (e, in misura decisamente minore, alcooldipendenti), ammessi alle misure alternative per attuare programmi riabilitativi dalla tossicodipendenza.

La gestione delle misure alternative alla tossicodipendenza riguarda i Centri Servizio Sociale Adulti, organi penitenziari che dipendono dall'Amministrazione penitenziaria.

I suddetti Centri (CSSA), informati dai SER.T. sullo svolgimento dei programmi, seguono l'andamento complessivo dell'inserimento sociale della persona.

Le valutazioni dei due Servizi costituiscono la base per gli interventi della Magistratura di Sorveglianza.

Quando i programmi riabilitativi si svolgono in una Comunità terapeutica, la gestione dei programmi appartiene alla comunità e compiti di controllo appartengono, in tali casi, sia ai SER.T. che ai CSSA.

Il costante aumento dei soggetti tossicodipendenti in esecuzione penale e la particolare complessità della problematica ha determinato, negli ultimi anni, nell'ambito anche dei finanziamenti previsti dal Fondo nazionale per la lotta contro la droga, l'avvio di diversi progetti relativi ad attività di ricerca e di studio, a momenti di addestramento e formazione degli operatori, alla creazione ed attivazione di concrete risorse per il recupero, ed il reinserimento dei soggetti tossicodipendenti in esecuzione penale esterna.

Sono proseguite, in particolare, le attività di programmazione, coordinamento e monitoraggio delle iniziative in atto ed in particolare, nel corso dell'anno 1997:

- Monitoraggio dei **“Progetti di inserimento lavorativo di soggetti tossicodipendenti, alcoolisti e malati di AIDS, in esecuzione penale esterna”**, che prevedono a beneficio dei soggetti in questione, attraverso il Fondo Nazionale della Lotta contro la Droga, il finanziamento di borse lavoro, borse di studio, corsi di formazione teorico-pratici, di attività socialmente utili, nonché contributi per l'avvio di attività artigianali.

Questa iniziativa è risultata di indubbia validità sia in riferimento all'utenza, per la valenza ed i contenuti trattamentali, che al Servizio sociale per adulti, sotto l'aspetto operativo e per la crescita professionale.

Nel triennio 93/96 si è registrato un progressivo incremento e nell'anno 1997 una flessione per carenza di fondi.

E' stata avviata un'analisi delle modalità di realizzazione dei suddetti progetti, soprattutto per quanto concerne le convenzioni con il privato sociale, finalizzata ad omogeneizzare gli interventi, pur tenendo conto delle singole realtà territoriali, in termini di risorse e vincoli esistenti.

- Avvio del progetto **“L'esecuzione penale degli affidati al Servizio Sociale presso le comunità terapeutiche: verifica e ridefinizione delle strategie di riabilitazione”**: in particolar modo si è proceduto alla ridefinizione del progetto medesimo in relazione all'ammontare del finanziamento concesso rispetto a quello richiesto.

E' previsto lo studio e l'analisi della qualità degli interventi relativi ai casi di affidati in prova al Servizio sociale, inseriti presso comunità terapeutiche.

La finalità, così come per le precedenti iniziative di ricerca e formazione ad esso strettamente connesse, è di giungere all'individuazione di una comune ed appropriata metodologia operativa nel settore delle tossicodipendenze.

Il progetto avrà la durata di circa 12 mesi e coinvolgerà 17 Centri di Servizio Sociale per adulti, scelti in base al bacino di utenza relativo all'art. 47 bis e l'ampiezza territoriale, così ripartiti:

NORD - Milano, Como, Genova, Venezia, Bologna e Novara;

CENTRO - Roma, Firenze, Ancona, Perugia e Pescara;

SUD - Napoli, Bari, Salerno, Reggio Calabria, Palermo e Cagliari.

Sono previsti specifici momenti formativi sugli aspetti giuridici e metodologici che coinvolgeranno sia gli assistenti sociali dei CSSA che gli operatori delle Comunità terapeutiche.

- E' continuata la realizzazione del **“Progetto d'informatizzazione dei dati relativi ai tossicodipendenti ed alcooldipendenti in esecuzione penale”**, avviato nel 1995 in virtù di un finanziamento ottenuto sempre dal Fondo Nazionale per la lotta contro la droga.

Gli obiettivi generali del progetto sono quelli di realizzare una banca dati circa le caratteristiche degli utenti tossicodipendenti in carico ai C.S.S.A.,

condannati in esecuzione penale esterna ed interna al carcere e di ottimizzare i tempi di lavoro al fine di garantire interventi di qualità.

L'obiettivo specifico è la informatizzazione dei dati relativi ai tossicodipendenti ed alcooldipendenti in esecuzione penale esterna, rilevati secondo specifici indicatori e variabili che permettano la gestione e l'elaborazione dei dati stessi. In particolare nel 1997 si è provveduto:

- nella prima fase, alla dotazione della strumentazione informatica a tutti i Centri di Servizio sociale e all'effettuazione dei collegamenti di rete con tutti i CSSA, al fine di verificarne il funzionamento e di fornire le istruzioni necessarie all'installazione dell'Applicativo "AMICA";

- nella seconda fase, considerate le difficoltà operative dei Centri, per quanto concerne l'avvio dell'informatizzazione, le attività dell'*Help Desk* sono state prevalentemente orientate alla:

- raccolta e risoluzione dei problemi rappresentati dai CSSA;
- rilevazione dei dati inerenti l'utenza degli archivi di ciascun Centro;
- consulenza informatica di vario genere, anche con interventi in loco;
- verifica dell'uso dell'applicativo "AMICA".

La realizzazione del progetto ha incontrato numerose difficoltà da parte dei CSSA, per le gravi carenze di organico e la fase di avvio ha richiesto un investimento di energie e tempi superiori alle previsioni. Pertanto, nel corso dell'anno non è stato possibile disporre di un'ampia e completa banca dati sui soggetti tossicodipendenti e si ipotizza che ciò potrà realizzarsi nel 1998.

A livello periferico, i Centri di Servizio sociale per adulti operano nell'ambito della tossicodipendenza attraverso compiti strettamente trattamentali e di programmazione, progettazione ed integrazione con le risorse del territorio, pubbliche o private.

La misura alternativa dell'**affidamento in prova al Servizio sociale ex art. 47 bis** dell'Ordinamento penitenziario che nel corso degli anni ha subito un evidente incremento, rappresenta sicuramente un percorso riabilitativo e rieducativo, anche in termini di riduzione della domanda, considerato che il piano trattamentale prevede l'adesione del soggetto tossico/alcooldipendente ad un programma terapeutico, che si realizza in un'ottica di integrazione tra il Centro di Servizio sociale per adulti ed il Servizio per le tossicodipendenze delle Aziende sanitarie locali.

Tale modalità di integrazione si realizza sia per i progetti individuali che di tipo collettivo; infatti i Centri, seppure con difficoltà, hanno proseguito nella stipula delle **Convenzioni per il trattamento e la cura dei soggetti tossico-alcooldipendenti in misura alternativa**, con le Aziende sanitarie locali territorialmente competenti.

4.3 Valutazione

L'istituzione del Fondo nazionale per la lotta alla droga, con il quale sono stati finanziati negli anni 1990/96 circa 12.000 progetti d'intervento, ha reso urgente e prioritaria la necessità di sviluppare una metodologia di valutazione dei risultati conseguiti, anche al fine di orientare le scelte terapeutiche nel settore delle tossicodipendenze in modo organico, basandosi su criteri di efficacia nota.

Le verifiche previste per legge, condotte dal Dipartimento per gli affari sociali, hanno finora riguardato solo valutazioni di carattere amministrativo e non già, come sarebbe indispensabile l'impatto del progetto in termini di benefici ottenuti.

Si ricorda che è sempre più urgente adeguare sia a livello quantitativo che qualitativo le informazioni che l'Italia, come gli altri Paesi membri, è tenuta a fornire agli organismi dell'Unione Europea, primo tra tutti l'Osservatorio sulla droghe e le tossicodipendenze di Lisbona.

In riferimento ai progetti finanziati dal Fondo nazionale, numerose amministrazioni centrali, Regioni, Enti locali e organizzazioni del privato sociale hanno predisposto negli ultimi anni progetti di ricerca e valutazione dei trattamenti e dei programmi di intervento e di prevenzione.

Nella presente Relazione al Parlamento non è stato possibile presentare in modo completo ed aggregato le iniziative in corso, poiché, spesso, indicazioni e riferimenti su attività legate ai programmi di valutazione sono parte integrante dei singoli capitoli del rapporto.

E' da segnalare il progetto denominato "Cost A6 Italia" finanziato dal Fondo nazionale al Ministero per l'Università e la Ricerca Scientifica che si pone prioritariamente l'obiettivo di fissare, secondo i criteri definiti dall'Osservatorio europeo, le linee guida per la valutazione delle azioni di prevenzione e dei trattamenti.

Tramite il MURST, il Fondo ha finanziato all'Università di Roma "Tor Vergata" il progetto "Sistema informatico di supporto alle decisioni per la valutazione dell'impatto sul territorio".

Sull'analisi di una scheda predisposta in sinergia con il Dipartimento per gli affari sociali, verrà effettuato il monitoraggio dei progetti finanziati dal Fondo alle strutture del privato sociale.

Si riporta il contributo sull'argomento ricevuto dal Ministero della Sanità riguardante l'avvio nel 1997 dei progetti di valutazione di livello nazionale, finanziati dal Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga:

- progetto di valutazione delle attività dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze (stanziamento di £3.000.000.000);
- progetto di valutazione dei programmi di trattamento offerti dalle Comunità terapeutiche (stanziamento di £500.000.000)

Il primo progetto è stato predisposto nelle fasi esecutive e verrà realizzato con il coinvolgimento diretto delle autorità regionali preposte alla amministrazione sanitaria e/o e dei servizi sociali; a sua volta, è stato suddiviso in due studi con metodologie differenti:

- uno studio sulla sopravvivenza dei tossicodipendenti in trattamento presso i servizi pubblici, coordinato dall' Osservatorio epidemiologico della Regione Lazio e dall' Università di Torino, del quale è già stata effettuata una prima fase pilota;
- uno studio per la costruzione del "profilo di qualità" degli interventi, che è coordinato dalla Regione Emilia Romagna e il cui obiettivo è la messa a punto delle dimensioni e degli indicatori della qualità in stretta cooperazione con gli operatori del territorio.

Il secondo progetto prevede uno studio campionario su circa 40 strutture comunitarie ed è stato impostato insieme alle principali associazioni di comunità terapeutiche attive in Italia, oltreché con il contributo delle autorità regionali; lo studio, che avrà una fase di messa a punto degli indicatori e degli strumenti e una fase di *follow-up*, inizierà nei primi mesi del 1998.

PAGINA BIANCA

V PARTE

FORMAZIONE

E' tuttora riscontrabile una forte carenza di formazione di base per le figure professionali impegnate nel settore della riduzione della domanda di droga. A livello di formazione universitaria dei medici, tranne alcune sporadiche iniziative, non è stato ancora formalizzato uno specifico "curriculum" in materia di tossicodipendenze.

Non sono previste scuole di specializzazione "post lauream" né l'istituzione di un master specifico. Parimenti insoddisfacente risulta nel complesso la formazione di base di assistenti sociali, personale paramedico e infermieristico.

Gli operatori del volontariato e del privato sociale acquisiscono, spesso, una formazione "sul campo" o strettamente legata al modello d'intervento tipico della struttura nella quale prestano servizio.

La previsione di specifiche risorse finanziarie nell'ambito del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga ha consentito alle Regioni di attivare progetti formativi, anche se in modo territorialmente non omogeneo.

Tali iniziative vengono, sempre più frequentemente, rivolte contemporaneamente ad operatori del settore pubblico e del volontariato.

Data l'oggettiva necessità di formazione e aggiornamento, sono molto frequenti corsi ed iniziative locali, anche diretti all'acquisizione di competenze per progetti specifici (nuove droghe, disintossicazione, intervento in carcere, psicoterapia, interventi di prevenzione e altro).

Un modello molto frequente di aggiornamento è quello della supervisione o accompagnamento, nel quale tutti gli operatori di un servizio pubblico o di un centro privato sono seguiti nella discussione dei casi da un supervisore, generalmente esterno.

In questi anni, il Ministero della Sanità ha ricevuto dal Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga finanziamenti per progetti di formazione, di cui vengono riportati in sintesi gli obiettivi:

Progetti realizzati

"Formazione di personale operante presso il Ministero della Sanità e altre amministrazioni per l'espletamento dei nuovi compiti del Ministero in materia di tossicodipendenze"

Stanziamento: £. 364.400.000

L'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" ha svolto 4 corsi ai quali hanno partecipato 120 funzionari delle amministrazioni statali interessate.

Obiettivo principale dei corsi è stata la formazione del personale di varie amministrazioni centrali (Dipartimento per gli Affari Sociali e Ministeri della Sanità, della Difesa, di Grazia e Giustizia, della Pubblica Istruzione, del Lavoro, ecc.) in materia di tossicodipendenze.

L'attività di formazione è stata indirizzata a due categorie di personale (personale amministrativo e tecnico/laureato; personale amministrativo e tecnico/diplomato), ad ognuna delle quali è stato rivolto uno specifico corso.

Le lezioni hanno affrontato i principali aspetti relativi all'epidemiologia, alla prevenzione, al trattamento e alla riabilitazione delle tossicodipendenze e le problematiche psicologiche, sociologiche e medico-legali ad esse connesse; particolare attenzione è stata dedicata allo studio della legislazione vigente e della organizzazione dei servizi sanitari.

"Studio per la definizione istituzionale della formazione universitaria post-laurea di medici e psicologi destinati ad operare nei Ser.T"

Stanziamiento: £. 80.000.000

L' " Università Cattolica del Sacro Cuore " di Roma, incaricata di realizzare lo studio di un programma organico di formazione *post-laurea* per medici e psicologi per la specifica formazione sul piano dei trattamenti clinici e sull'organizzazione e gestione del lavoro istituzionale dei Ser.T., ha proposto di articolare un corso nell'arco di un triennio.

Il corso:

- presenta una soddisfacente integrazione tra gli insegnamenti in ambito clinico e quelli in materia di direzione e gestione di gruppi operativi;
- è volto a fornire, oltre alle conoscenze scientifiche di base, anche addestramenti particolari a fini preventivi e terapeutici, nonché nozioni di organizzazione di sistemi integrati, attraverso la previsione di *stages* e tirocini.

"Formazione dei medici di medicina generale per l'attuazione di trattamenti terapeutici per le tossicodipendenze"

Stanziamiento: £. 3.900.000.000.

Il progetto è in corso di realizzazione da parte della S.E.M.G. -Società Europea di Medicina Generale- ed è finalizzato alla formazione professionale dei medici di base ai fini dell'attuazione di trattamenti terapeutici anche con l'utilizzo di farmaci sostitutivi.

La S.E.M.G. ha provveduto alla diffusione del materiale didattico per i 60.000 medici di base, all'espletamento dei previsti corsi *master* e dei 90 corsi di formazione a livello provinciale destinati a circa 4.500 medici di base interessati all'approfondimento delle problematiche terapeutiche legate alla tossicodipendenza.

Nel corso del 1998 la S.E.M.G. provvederà ad organizzare i rimanenti 90 corsi periferici.

"Programma di formazione di una rete di formatori per gli operatori impegnati nel settore delle tossicodipendenze e della prevenzione dell'AIDS tra i tossicodipendenti"

Stanziamiento: £. 495.000.000.

L'U.N.I.C.R.I. ha realizzato per conto del Ministero della Sanità 3 corsi di formazione per 150 operatori dei Ser.T, sui 1300 che avevano prodotto istanza di partecipazione.

La selezione delle domande è stata effettuata tenendo conto di numerosi parametri di valutazione: titolo di responsabile del Ser.T, *curriculum* professionale, anzianità di servizio, bacino di utenza del Ser.T, dando particolare rilevanza alle situazioni geografiche con maggiore gravità del fenomeno tossicodipendenza e con maggiori esigenze di personale qualificato.

Gli argomenti trattati hanno suscitato interesse da parte dei partecipanti, evidenziando, tra le varie problematiche emerse, una grande esigenza di confronto sulle esperienze effettuate nei diversi contesti socio-culturali italiani.

Le Forze Armate hanno posto in essere una costante attività di formazione di tutto il personale preposto alla prevenzione del disagio giovanile e del disturbo psichico in senso lato, ritenuti possibili precursori dell'uso di sostanze stupefacenti.

Le molteplici attività di formazione sono descritte nella IV Parte della Relazione.

Il Ministero dell'Interno svolge opera di formazione nei confronti sia del personale dei Nuclei operativi per le tossicodipendenze, istituiti presso le Prefetture ai sensi dell'art. 75, comma 6 del D.P.R. 309/90 che delle Forze di Polizia chiamate a svolgere attività antidroga.

La Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno ha organizzato, negli anni 1996-1997 -in collaborazione con la Direzione Generale dei Servizi Civili e con la partecipazione, in qualità di docenti, sia di funzionari della stessa Direzione Generale dei Servizi Civili che di funzionari della Direzione Centrale per la Documentazione -Osservatorio permanente sul fenomeno droga- corsi di formazione per i responsabili dei N.O.T. e per gli assistenti sociali coordinatori.

Per dare risalto all'obiettivo comune ed all'importanza che riveste l'attività colloquiale all'interno del procedimento amministrativo ex art. 75 del DPR 309/90 e fornire comunque omogenei indicatori per lo svolgimento delle singole attività procedurali, si è voluto coinvolgere in una stessa iniziativa due figure (funzionari responsabili e assistenti sociali coordinatori) con professionalità e ruoli diversi e che operano su versanti differenti, giuridico l'uno, sociale l'altro, con compiti complementari.

L'attività seminariale, che ha coinvolto tra il 1996 e il 1997 circa 500 persone ripartite in 10 diverse edizioni, ha cercato di dotare i partecipanti di idonei ed aggiornati strumenti conoscitivi.

Una particolare attenzione è stata dedicata all'analisi della metodologia del colloquio con i tossicodipendenti ed alle modalità di coordinamento e valutazione delle iniziative attuate sul territorio dai servizi pubblici e privati.

L'opera di formazione del personale dei N.O.T. continuerà anche nel 1998 e 1999, in quanto la Direzione Generale dei Servizi Civili ha elaborato un **"Progetto di formazione e coordinamento dei servizi sul territorio"**, volto a proseguire la formazione del personale interessato, per il quale ha ottenuto un finanziamento a carico del Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga.

Quale supporto informativo all'attività didattica svolta, la Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno ha pubblicato nella collana "Quaderni" un volume dal titolo *"I Nuclei operativi tossicodipendenze presso le Prefetture - Attività e modelli organizzativi"*.

Il volume, realizzato dalla Direzione Generale dei Servizi Civili, pone in evidenza le differenze organizzative dei Nuclei e i differenti livelli di collegamento con gli Enti istituzionali e del privato sociale esistenti sul territorio.

La formazione attuata dal Ministero dell'Interno per le Forze di Polizia, si è estrinsecata nei seguenti progetti, finanziati dal Fondo nazionale per la lotta alla droga:

Addestramento del personale dell'Arma dei Carabinieri nel settore dell'attività antidroga finalizzato a specializzare operatori di laboratorio chimico.

Il progetto, gestito dall'Arma dei Carabinieri, è ancora in corso ed ha ricevuto un finanziamento di Lit. 400.000.000.

Seminari di studio, corsi sperimentali antidroga, conferenze, filmati, software da riutilizzarsi per l'argomento droga per la formazione del personale della Polizia di Stato ed interforze e acquisto di pubblicazioni specifiche.

Il progetto, gestito dalla Direzione Centrale per gli Istituti di Istruzione, è ancora in corso ed ha ricevuto un finanziamento di Lit. 400.000.000.

Organizzazione di corsi di addestramento per il personale del Corpo della Guardia di Finanza nel settore dell'attività antidroga.

Il progetto, finanziato per un ammontare di Lit. 360.000.000, si è concluso nel 1997.

Addestramento del personale dell'Arma dei Carabinieri nel settore antidroga, articolato in due corsi di specializzazione: finanziamento di Lit. 261.000.000, richiesto dal Ministero dell'Interno per conto del Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri.

Organizzazione di corsi di specializzazione per il personale tecnico del laboratorio scientifico del Corpo della Guardia di Finanza su attrezzature specifiche per analisi di sostanze stupefacenti e psicotrope sequestrate: finanziamento di Lit. 53.000.000 richiesto dal Ministero dell'Interno per conto del Corpo della Guardia di Finanza.

Organizzazione di corsi di formazione per il personale del Corpo nel settore della lotta al narcotraffico: finanziamento di Lit. 370.000.000, richiesto dal Ministero dell'Interno per conto del Corpo della Guardia di Finanza.

L'esigenza di una sempre più aggiornata e continua attività didattica nel settore antidroga è strettamente connessa all'incremento del traffico illecito internazionale di sostanze stupefacenti ed alla necessità di affinare le relative tecniche di contrasto.

Le richieste di assistenza che sono continuate a pervenire nel 1997 da parte delle articolazioni di Polizia, nazionali e di altri Stati, hanno portato ad assumere nuove iniziative per la formazione del personale delle tre forze di polizia, con l'organizzazione di corsi di specializzazione e di formazione ad opera di docenti ed istruttori della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga e di altri

organismi, per l'addestramento alle operazioni di "sottocopertura" e di "sorveglianza", nonché ad altre materie professionali.

In particolare, nel 1997 sono state svolte le seguenti attività addestrative:

- n. 10 corsi di lingua straniera per il personale della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga;
- n. 3 corsi di specializzazione alla traduzione simultanea per interpreti e traduttori;
- n. 1 corso informativo antidroga per funzionari del SISDE;
- n. 3 corsi interforze per l'aggiornamento antidroga dei conduttori delle unità cinofile;
- n. 3 corsi interforze "per operatori sottocopertura", organizzati e condotti da Ufficiali/Funzionari della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, cui hanno preso parte, come discenti, funzionari delle polizie straniere;
- partecipazione di personale della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga ad un corso sottocopertura presso la Scuola delle Dogane francesi;
- un corso interforze per l'analisi criminale, condotto in collaborazione con la Gendarmeria belga e con la partecipazione di funzionari delle polizie straniere;
- partecipazione di esperti della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, in qualità di docenti, ai corsi antidroga presso l'Istituto Superiore di Polizia per funzionari;
- n. 20 stages e visite di delegazioni straniere in Italia;
- n. 2 corsi di formazione in Marocco per unità della polizia antidroga di quel Paese sotto l'egida della U.E.

Un contributo è stato dato anche per i corsi di prevenzione delle tossicodipendenze organizzati dalla Guardia di Finanza, cui hanno partecipato docenti della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga e per i quali è stato fornito materiale didattico e supporto progettuale.

L'Ufficio centrale della formazione e dell'aggiornamento del personale del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria del Ministero di Grazia e Giustizia, ha continuato, come per i precedenti anni, un'intensa attività formativa rivolta non solo agli operatori penitenziari, ma anche agli operatori dei Ser.T. e del privato sociale coinvolti nella realizzazione dei progetti trattamentali per i detenuti tossicodipendenti.

E' stato elaborato un programma di formazione permanente in sede decentrata in fase di attuazione, scaturito dalla ineludibile necessità di predisporre interventi integrati nell'ottica da un lato della prevenzione primaria e secondaria e dall'altro del trattamento e reinserimento dei detenuti tossicodipendenti.

Si indicano di seguito i percorsi formativi.

Percorso informazione

- Ciclo di conferenze su tossicodipendenze
- Ciclo di conferenze su alcooldipendenza

Obiettivi: fornire elementi informativi sugli aspetti sanitari, psicologici, normativi e riabilitativi della tossicodipendenza e alcooldipendenza

Durata: due giorni

Percorso trattamento

Corso di 1° livello

Obiettivi: favorire nel personale una conoscenza approfondita del problema della tossicodipendenza nei suoi vari aspetti, offrendo strumenti che consentano una corretta ed efficace impostazione dell'intervento trattamentale nei confronti del detenuto tossicodipendente; favorire la corretta conoscenza di ruoli e competenze di tutte le figure professionali che intervengono nel trattamento del detenuto tossicodipendente, compresi gli operatori dei Ser.T. e del territorio; stimolare e migliorare efficaci forme di collaborazione.

Durata: 76 ore complessive.

Corso di 2° livello

Obiettivi: facilitare i rapporti di collaborazione tra operatori delle varie aree; facilitare la collaborazione con gli operatori esterni; definire un modello operativo migliorando le capacità di elaborare e sviluppare strategie di intervento e di recupero per il detenuto tossicodipendente e affinando le metodologie di verifica dei risultati.

Durata: 106 ore complessive.

Percorso comunicazione e rete**Corso comunicazione**

Obiettivi: migliorare la capacità di stabilire relazioni umane e professionali soddisfacenti e tecnicamente adeguate tra operatori ed utente, tra operatore ed operatore, tra operatore ed istituzione; favorire l'integrazione interdisciplinare con i soggetti tossicodipendenti e alcooldipendenti; migliorare le capacità di leggere il contesto di cui sopra.

Durata: 60 ore complessive.

Corso gruppi di lavoro

Obiettivi: acquisire la consapevolezza di appartenere ad un gruppo che opera per un obiettivo comune; acquisire la conoscenza delle dinamiche relazionali che si sviluppano all'interno dei gruppi ed in particolare dei processi che inibiscono o favoriscono la collaborazione; migliorare le capacità di lavorare per obiettivi ed elaborare le strategie operative comuni per il loro raggiungimento; apprendere e facilitare l'adozione di modalità operative che migliorino le performance del gruppo di lavoro.

Durata: 60 ore complessive.

Corso lavoro di rete

Obiettivi: favorire la costruzione e l'istituzionalizzazione di un modello integrato di intervento in rete dei servizi interni ed esterni all'Amministrazione Penitenziaria che collaborano all'esecuzione penale e alla gestione dei programmi di reinserimento per i soggetti tossicodipendenti; stimolare una maggiore capacità di coordinamento tra istituti e servizi interni al settore penitenziario e servizi del territorio, privato sociale, volontariato, risorse della comunità, al fine di incrementare il livello qualitativo degli interventi professionali e il grado di efficacia dell'attività dei servizi e degli operatori coinvolti; contribuire a rendere più flessibili gli strumenti della collaborazione operativa, più proficui i livelli di comunicazione e scambio tra ambiti diversi di competenze, al fine di orientare gli interventi professionali verso obiettivi comuni condivisi, sia a livello di direzione e politica dei servizi coinvolti, sia livello di strategie e metodologie dell'intervento messe in atto dagli operatori.

Durata: 60 ore complessive.

Percorso formazione su tematiche specifiche**Corso donne detenute tossicodipendenti**

Obiettivi: fornire al personale che opera nelle sezioni femminili gli strumenti per migliorare il lavoro trattamentale con le donne tossicodipendenti, approfondendo la conoscenza dei bisogni specifici e dei diritti di tale utenza.

Durata: 24 ore complessive.

Corso disagio psichico

Obiettivi: far emergere i bisogni specifici e favorire il confronto operativo su modalità comuni d'intervento nei confronti della persona detenuta con disagio psichico; favorire lo sviluppo delle modalità di intervento per la realizzazione dei progetti riabilitativi psichiatrici.

Durata: 36 ore complessive.

Corso detenuti stranieri tossicodipendenti

Obiettivi: fornire agli operatori penitenziari elementi culturali e metodologici per migliorare il lavoro trattamentale con i soggetti stranieri tossicodipendenti, al fine di facilitare atteggiamenti e comportamenti improntati ad un maggiore grado di tolleranza e rispetto delle diversità culturali, dei bisogni e dei diritti di tale utenza.

Durata: 4 giorni.

Corso alcooldipendenza

Obiettivi: informare circa gli aspetti sanitari, psicologici, sociali e culturali dell'abuso di sostanze alcoliche; affrontare la multidimensionalità del disagio favorendo la crescita di una sensibilità degli operatori al problema; rafforzare la capacità di cogliere istanze dei detenuti portatori di questa problematica favorendo l'emersione del fenomeno; conoscere le metodologie di intervento specifiche per il trattamento dei problemi alcoolcorrelati.

VI PARTE

CONVEGNI E SEMINARI, STUDI E RICERCHE

Il Testo Unico (DPR 309/90), art. 1, comma 15, prevede che il Presidente del Consiglio dei Ministri, in qualità di Presidente del Comitato nazionale di coordinamento per l'azione antidroga, convochi ogni tre anni una conferenza nazionale sulle sostanze stupefacenti e psicotrope alla quale vengono invitati gli operatori dei servizi pubblici e privati operanti nel campo delle tossicodipendenze.

La seconda Conferenza nazionale sulle tossicodipendenze è stata celebrata a Napoli, dal 13 al 15 marzo 1997, a circa tre anni dal primo evento organizzato a Palermo nel giugno 1993.

E' stata registrata la presenza di circa 3000 partecipanti provenienti dai servizi pubblici per le tossicodipendenze e dai centri e organizzazioni del privato sociale di tutte le regioni d'Italia. Hanno inoltre preso parte alla Conferenza esponenti delle più rappresentative associazioni di operatori del settore della prevenzione e del trattamento, rappresentanti di amministrazioni regionali e comunali, parlamentari, esponenti di Organismi europei ed internazionali, membri del Governo.

L' altissima affluenza di partecipanti, di molto superiore ad ogni ragionevole previsione, ha senz'altro rappresentato le aspettative attese da tempo in ogni ambito professionale coinvolto.

Nella fase di preparazione della Conferenza, il Ministro per la Solidarietà Sociale ha attivato i lavori di 15 gruppi comprendenti circa 150 esperti che, con grande professionalità e spontanea collaborazione, hanno predisposto altrettanti documenti a tema. I contributi, raccolti in un documento distribuito ai partecipanti, hanno costituito la base per la formazione di 7 più vaste aree sulle quali si è svolto il dibattito:

- politiche di prevenzione delle tossicodipendenze, ("nuove droghe", famiglia, scuola, sport, tempo libero)
- rete integrata dei servizi e formazione degli operatori
- strategie di riduzione del danno e programmi speciali
- AIDS, droga e carcere
- assetti istituzionali ai diversi livelli e rapporti internazionali
- droghe "leggere"
- alcool e problemi correlati.

Le prime due giornate sono state dedicate alla discussione per gruppi di lavoro, con la partecipazione non preordinata di centinaia di testimonianze e interventi.

La giornata conclusiva si è aperta con le relazioni finali del lavoro svolto dai gruppi tematici e con la presentazione delle linee di programma del Governo rappresentato a Napoli dai Ministri della Sanità, dell'Interno, di Grazia e Giustizia, dal Sottosegretario alla Pubblica Istruzione, dal Vicepresidente del Consiglio dei Ministri.

I documenti scaturiti dai gruppi di lavoro, le relazioni delle cariche istituzionali, gli interventi di maggior rilevanza politica, scientifica e professionale sono stati raccolti negli atti della Conferenza pubblicati in autunno e distribuiti a tutti i responsabili dei servizi pubblici e privati per le tossicodipendenze.

Ad un anno dalla Conferenza di Napoli, come si evince ampiamente da questa Relazione al Parlamento, molte questioni sono state affrontate, molto resta ancora da fare.

L'Osservatorio permanente sul fenomeno droga del Ministero dell'Interno ha organizzato - nell'ultimo trimestre 1997 - tre seminari di studio, nell'ambito del Progetto interministeriale di razionalizzazione ed implementazione dei flussi informativi sulle tossicodipendenze.

I seminari, diretti dal Comitato Interministeriale di Gestione del Progetto, con l'apporto tecnico-scientifico di sei esperti in varie discipline, individuati dallo stesso Comitato, sono stati rivolti ai responsabili delle Amministrazioni centrali e regionali e degli Enti ausiliari coinvolti nei rilevamenti epidemiologici.

L'obiettivo dei seminari è stato quello di costituire, tra le varie componenti interessate (in particolare Amministrazioni centrali, Regioni e privato sociale) un quadro di intesa, al fine di omogeneizzare e standardizzare strumenti e metodi di rilevamento diversi.

I seminari, inoltre, hanno avuto lo scopo di aggiornare su alcuni particolari aspetti di rilevanza scientifica.

I temi trattati sono stati i seguenti:

1. Definizione e criteri di registrazione dei casi di tossicodipendenza (Roma, 21 ottobre 1997);
2. Tossicodipendenze: indicatori dei fattori di rischio e di disagio psico-sociale (Roma, 20 novembre 1997);
3. Strumenti epidemiologici e flussi informativi (Roma, 17 dicembre 1997).

Gli argomenti affrontati nel corso dei tre seminari - che hanno visto una partecipazione numerosa e costruttiva da parte di operatori e studiosi del settore - hanno indotto una serie di approfondimenti sugli aspetti contenutistici e metodologici dei temi trattati.

Il primo seminario ha approfondito il problema della classificazione dei soggetti che fanno uso di droghe illecite, anche in

funzione dello stato di avanzamento nella "carriera tossicomana" e dell'insorgenza di situazioni problematiche di tipo psicologico, socio-relazionale e sanitario.

Il problema della standardizzazione degli strumenti e dei termini di classificazione diagnostica - a livello sia nazionale che europeo - è stato un altro elemento di discussione.

Nel corso del secondo seminario sono emersi elementi operativi per la progettazione di interventi mirati di prevenzione primaria e secondaria. Sono stati considerati alcuni modelli di studio, in grado di individuare e valutare l'instaurarsi del comportamento tossicomane in età adolescenziale.

Sono state, inoltre, presentate e discusse metodologie di indagine già utilizzate in contesti istituzionali (scuola, caserme) e non istituzionali (discoteche, palestre, centri sociali) di aggregazione giovanile.

Il terzo seminario, centrato sui metodi epidemiologici, ha permesso di evidenziare possibilità e limiti delle rilevazioni correnti.

Di particolare interesse è stato il confronto delle diverse esperienze maturate in Francia, in Germania e a Lisbona dall'Osservatorio Europeo.

Sono stati discussi argomenti relativi alla qualità dei dati raccolti (precisione, accuratezza, completezza, distorsioni, ecc.), che hanno condotto ad una riflessione sul corretto utilizzo degli stessi.

I tre seminari sono stati interamente videoregistrati da una Società specializzata, la quale ha fornito all'Osservatorio - per ognuno dei seminari - una videocassetta, della durata di circa 25 minuti, contenente le tematiche e gli spunti essenziali sviluppati.

L'iniziativa seminariale intrapresa dall'Osservatorio, nonché la decisione di diffonderne i contenuti, può essere vista come una prima risposta concreta ed operativa alle indicazioni emerse nella Seconda Conferenza Nazionale di Napoli (marzo 1997). In quel contesto, infatti, è stata sottolineata la necessità di affrontare il fenomeno delle tossicodipendenze attraverso una maggiore informazione e formazione, nonché attraverso il riconoscimento della prevenzione come frontiera prioritaria per la lotta alla droga.

Un ultimo importante aspetto rivestito dai seminari è stato quello di porre a confronto - su di un piano di assoluta parità - esperienze e professionalità diverse (responsabili della materia nella Pubblica Amministrazione, studiosi del settore, operatori delle Regioni e degli Enti ausiliari).

Nel 1997 il Ministero dell'Interno è stato, inoltre, impegnato nei lavori preparatori della 2^a Conferenza triennale sulla droga, in particolare attraverso la partecipazione al gruppo di lavoro che ha realizzato uno studio sui rapporti dell'Italia con gli Organismi Internazionali.

Il Gruppo ha inoltre enucleato alcune delle esigenze prioritarie da proporre all'attenzione del Governo.

- sul versante della prevenzione: assicurare con tempestività la disponibilità delle risorse del Fondo Nazionale di Intervento per la lotta alla droga; realizzare un programma per la prevenzione della delinquenza urbana connessa con il traffico ed il consumo di droga; incentivare la ricerca scientifica finalizzata all'educazione ed alla prevenzione;

- sul versante dei precursori: migliorare l'omologazione delle legislazioni nazionali in materia; incentivare l'informatizzazione della cooperazione doganale ed ogni altra forma di collaborazione tra Amministrazioni pubbliche;

- sul versante del riciclaggio: accorpate le competenze in materia, attualmente troppo frammentate, ricorrendo, se necessario, ad una Agenzia centrale;

- sul piano dell'informazione: approfondire le conoscenze del fenomeno, a livello sia nazionale che internazionale, migliorando la collaborazione con l'Osservatorio Europeo attraverso il rafforzamento del Punto Focale.

Al fine di delineare, anche in termini operativi, il programma di intervento, recependo le indicazioni emerse dalla Conferenza di Napoli nella misura in cui sono compatibili con la linea di politica legislativa e penitenziaria del Governo, è stata costituita presso il **Ministero di Grazia e Giustizia**, con D.M. del 1° luglio 1997, la Commissione di studio sulle problematiche riguardanti il trattamento penale, processuale e penitenziario dei tossicodipendenti, degli alcolodipendenti e delle persone affette da HIV.

Sul *trattamento penitenziario*, la Commissione ha convenuto sulla opportunità di ampliare l'utilizzo del modello in atto nei confronti dei tossicodipendenti negli istituti a custodia attenuata.

Peraltro, tenuto conto delle difficoltà organizzative che si incontrano nel procedere in questa direzione (i detenuti trattati col metodo della custodia attenuata ammontano a poche centinaia), del numero complessivo dei detenuti tossicodipendenti (circa 15.000) e della gravità delle problematiche che questi spesso presentano, si è segnalato l'urgenza di fare ogni sforzo per migliorare l'assistenza prestata alla generalità dei soggetti bisognosi.

In particolare, la Commissione ha proposto di:

- creare in ciascun istituto un punto di riferimento stabile per la verifica della posizione di ciascun soggetto, anche ai fini della eventuale fruizione delle possibili alternative, sempre utilizzate;

- ridefinire gli *standard* minimi di trattamento di tali soggetti, con particolare riguardo alla partecipazione del SERT. Tali servizi non sono infatti presenti ovunque, mentre ne andrebbe assicurato il generalizzato intervento, mediante appositi protocolli d'intesa;

- procedere a costanti controlli sulla organizzazione e sulla effettiva attuazione di questi interventi;

- creare all'interno del D.A.P. (verosimilmente nell'Ufficio che si occupa dei detenuti) una unità operativa che possa costituire il punto di riferimento stabile di questa attività e la sede di raccolta e di analisi dei dati relativi.

Sul trattamento processuale dei tossicodipendenti la Commissione ha esaminato il problema del "vuoto di prescrizioni" che si determina quando, in applicazione del vigente art. 94 D.P.R. 309/90, il pubblico ministero sospende l'esecuzione della pena detentiva nei confronti del tossicodipendente che abbia in corso un programma di trattamento o intenda sottoporvisi, mentre il tribunale di sorveglianza normalmente non riesce a far seguire con sollecitudine il provvedimento di affidamento in prova (che spesso tarda anche due-tre anni).

In tal caso, in assenza di prescrizioni e di controlli, la sospensione per lo più non viene effettivamente utilizzata per l'attuazione dei programmi terapeutici e la condotta del tossicodipendente si sviluppa in modo da compromettere le possibilità di recupero.

Si è proposto di attribuire il provvedimento ad un collegio a composizione ridotta (un magistrato togato e due esperti) istituito stabilmente presso l'ufficio di sorveglianza, assicurando, così, una maggiore speditezza delle decisioni e anche una migliore e più diretta conoscenza da parte dei giudici della situazione personale dei detenuti.

Questa soluzione prefigura una possibile linea di evoluzione della magistratura di sorveglianza anche in relazione ad altre competenze con una sorta di decentramento interno che potrebbe portare al superamento della situazione di sovraccarico dei tribunali di sorveglianza.

A questi ultimi potrebbero restare riservate solo parte della attribuzioni attuali: reclami, decisioni riguardanti soggetti appartenenti alla criminalità organizzata, provvedimenti estintivi del rapporto esecutivo ed eventualmente altro da individuarsi sulla base di una completa ricognizione delle materie trattate.

Con la proposta di inserimento nel D.P.R. n. 309/1990 dell'art. 90-bis si è inteso poi corrispondere alla esigenza segnalata dal Gruppo di lavoro su tossicodipendenza e carcere nella Conferenza nazionale di Napoli e riguardante i casi di persone che si vedono raggiungere, proprio quando hanno compiuto o stanno compiendo il loro programma riabilitativo, dalla esecuzione di pene relative a condanne per fatti legati alla pregressa tossicodipendenza, e non possono fruire delle attuali misure alternative.

S' introdurrebbe quindi una seconda ipotesi di sospensione della esecuzione, riferita ad un tetto di pena elevato (fino a sei anni di reclusione di pena residua), legata però alla positiva conclusione di un programma terapeutico e alla provata volontà di reinserimento sociale, quando quest'ultimo potrebbe essere pregiudicato dalla nuova carcerazione.

Sul tema dell'Incompatibilità dei malati di HIV con il regime detentivo, raccogliendo alcuni stimoli provenienti dalla Conferenza di Napoli, la Commissione ha proposto la ridefinizione della disciplina della custodia cautelare e del rinvio facoltativo dell'esecuzione nei confronti della persona affetta da HIV, tenendo conto delle sentenze n. 438 e 439/1995 della Corte costituzionale, nonché della esigenza di armonizzare la specifica disciplina con l'incompatibilità prevista per le altre patologie indicate come "condizioni di grave infermità fisica" (art. 147 n. 2 c.p.) o "condizioni di salute particolarmente gravi incompatibili..." (art. 275.4 c.p.p.).

In particolare, si è proposto di inserire nell'ordinamento penitenziario l'art. 47-quater, allo scopo di disciplinare una ipotesi particolare di detenzione domiciliare (da potersi eseguire anche presso luoghi di pubblica cura o assistenza, nonché presso residenze collettive o case alloggio) per la persona che si trovi in condizioni di salute incompatibili con lo stato di detenzione, anche al di là dei limiti attualmente previsti dalla legge, in collaborazione però con i servizi socio assistenziali e sanitari degli enti locali.

Il Ministero della Sanità, in collaborazione con l'UNICRI (*United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute*) cura la pubblicazione del Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo, rivista con periodicità trimestrale nella quale vengono pubblicati gli studi svolti relativamente al fenomeno della tossicodipendenza dagli operatori del SERT e da esperti del settore.

Tutti i fascicoli contengono, inoltre, rassegne critiche bibliografiche, aggiornamenti normativi in tema di dipendenze, recensioni di pubblicazioni, segnalazioni di convegni e congressi. Dal 1997 tale rivista è disponibile anche su un sito *Internet* (<http://www.unicri.it/min.san.bollettino>)

Nel corso del 1997 sono stati editi e diffusi a 6.000 destinatari quattro numeri del "Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo".

Nel n° 1/97 sono stati pubblicati: la relazione sulle attività svolte dal Ministero della Sanità per il 1996, ai sensi dell'art. 20 del Decreto legislativo 3.2.93, n° 29, nonché gli aggiornamenti epidemiologici (al 31.12.96) relativi all'andamento dell'epidemia di AIDS in Italia e i dati relativi alle attività nel settore delle tossicodipendenze nel I semestre '96.

La consueta rassegna legislativa è stata dedicata alla pubblicazione delle linee guida di terapia antiretrovirale dell'infezione

da HIV e di alcune sentenze e ordinanze della Corte costituzionale e della Corte Suprema di Cassazione.

Nel periodo 1 gennaio -31 marzo 97, l'UNICRI ha provveduto, inoltre, a rinnovare l'abbonamento al Servizio Informatico Dialog-Datastar, nonché a numerose banche dati su supporto magnetico (CD-Rom).

Il n° 2 contiene la relazione programmatica del Dipartimento della Prevenzione, nonché il testo dell'intervento del Ministro della sanità alla II Conferenza Nazionale sui problemi della tossicodipendenza (Napoli, 13-15 marzo 1997), articoli riguardanti le nuove droghe e l'evoluzione della patogenesi e degli aspetti clinici dell'AIDS.

Nel n° 3 sono state pubblicate le linee guida per il trattamento della TBC nelle carceri, i dati relativi alle attività nel settore delle tossicodipendenze del II semestre 96 ed un articolo riguardante uno studio mirato alla problematica dell'AIDS, condotto in tre istituti di scuola media superiore di Adrano.

Il n° 4 contiene un articolo riguardante un'ipotesi di riforma dei SerT, un altro inerente le intossicazioni da alcool, benzodiazepine ed eroina, e vari altri, tra cui uno in particolare relativo agli aspetti neurobiologici dell'abuso di droga.

Con la partecipazione di alcuni degli Ufficiali medici del **Ministero della Difesa** maggiormente impegnati nel campo della prevenzione delle forme d'abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope, organizzato in collaborazione tra la Sanità Militare e l'Angelicum Mondo X, si è tenuto il convegno dal titolo " UN SERVIZIO ALL'UOMO E AL SOCIALE: GIOVANI DI LEVA E DROGA".

La Direzione Generale della Sanità Militare ha effettuato, dal novembre '93 al dicembre '94, un'indagine campionaria sui diciottenni che annualmente sostengono la visita di leva.

La ricerca era volta a studiare il comportamento dei giovani riguardo al consumo di sostanze stupefacenti e psicotrope e a valutare alcuni aspetti della condizione giovanile in Italia.

Nel corso dell'anno 1997 è stato presentato il rapporto preliminare di tale ricerca.

L'indagine è stata condotta presso i Consigli di Leva e presso alcuni Ospedali Militari ed è stata coordinata da un apposito Comitato nominato dal Direttore Generale della Sanità Militare.

Il campione oggetto di studio, rappresentativo della popolazione maschile diciottenne italiana, è stato costituito da circa 35.000 soggetti.

Il metodo di indagine si è basato sulla somministrazione di un questionario autocompilato, volto a rilevare le caratteristiche sociali, demografiche e comportamentali dei soggetti, e sull'abbinamento dei

dati ricavati con tale strumento d'indagine con quelli ottenuti dall'analisi dei campioni urinari, già depositati per gli esami di routine effettuati in sede di visita di leva.

Nella ricerca si è determinata la presenza nelle urine di sei sostanze d'abuso: cannabinoidi, oppiacei, cocaina, amfetamine, metadone, benzodiazepine.

L'abbinamento dei dati è stato fatto per giornate d'attività in ogni Consiglio di Leva, escludendo la possibilità di effettuare un collegamento tra i singoli questionari ed i campioni urinari: ciò al fine di garantire l'assoluto anonimato della ricerca.

I risultati dell'indagine hanno permesso di individuare alcune caratteristiche e atteggiamenti tipici dei diciottenni in Italia.

Di seguito ci si limita a descrivere in maniera estremamente sintetica i dati, emersi dalla ricerca, concernenti il consumo di sostanze stupefacenti:

Consumo di sostanze stupefacenti secondo i dati emersi dal questionario

In relazione all'uso di sostanze stupefacenti, al momento dell'intervista il 14% dei soggetti ha dichiarato di far uso di tali sostanze e il 5% circa si è dichiarato ex-consumatore.

Questo dato comunque non può essere utilizzato per valutare la condizione di tossicodipendenza tra i giovani poiché prescinde dal tipo di sostanza e dalla dose utilizzata, dalla frequenza d'uso e dalla presenza o assenza di dipendenza fisica. Il 15% circa dei ragazzi (vale a dire il 79% circa di coloro che hanno fatto esperienza di sostanze stupefacenti) ha dichiarato di usare, o di aver usato, hashish e marijuana; il 36% circa ha dichiarato di aver assunto più di una sostanza.

Tra gli altri gruppi di droghe quelle più utilizzate sono in ordine: anoressanti, amfetamine ed *ecstasy* (2,8%); cocaina e *crack* (2,7%); eroina, morfina ed oppio (2,5%); allucinogeni (1,9%); inalanti (0,7%); metadone (0,5%).

Tra coloro che hanno dichiarato di far uso di sostanze stupefacenti, circa il 10% ne fa uso giornalmente, la maggioranza (56% circa) ne fa un uso più sporadico.

Per quanto riguarda l'utilizzo giornaliero di sostanze stupefacenti o psicotrope da parte degli utilizzatori attuali, solo il 7% riguarda i derivati della *cannabis*, mentre il massimo si ha per cocaina e *crack* (34,4%), seguito dagli allucinogeni (31,8%), *ecstasy*, amfetamine e anoressanti (29,5%); ultimi gli utilizzatori di eroina con il 28,9% (forse per effetto delle campagne di prevenzione dell'AIDS).

Seppure ancora in una fase intermedia di elaborazione, dai dati dell'indagine si possono segnalare alcune tra le più rilevanti correlazioni tra uso di sostanze stupefacenti e psicotrope e determinate caratteristiche socio-demografiche e comportamentali degli intervistati.

In relazione all'uso di sostanze stupefacenti i soggetti sono stati classificati in diversi gruppi in base al tipo di droga (gruppo dei cannabinoidi e gruppo di tutte le altre droghe) ed all'impiego abituale od occasionale di sostanze.

I fattori che più si associano all'uso abituale di sostanze stupefacenti cosiddette "pesanti" possono essere così riassunti:

- interruzione precoce degli studi;
- non lavorare o avere una occupazione lavorativa saltuaria;
- vivere da soli piuttosto che nella famiglia di origine;
- appartenenza a famiglie i cui genitori sono divorziati o separati;
- padre disoccupato o con un basso livello di istruzione;
- abitudine al fumo, al consumo di alcolici o tranquillanti ;
- presenza in famiglia di un membro dedito al consumo di alcool o di sostanze stupefacenti;
- mancanza o scarsità di relazioni amicali;
- disponibilità di denaro.

-Consumo di sostanze stupefacenti secondo i dati emersi dalle analisi

dei campioni urinari

All'atto della presentazione del rapporto preliminare era stato esaminato circa l'80% dell'intero campione; i soggetti risultati positivi ai test sono stati circa il 4%; in maggior parte essi presentano positività ai cannabinoidi (86% circa); seguono gli oppiacei (4,7%), la cocaina (4%), le amfetamine e benzodiazepine (2%circa) e il metadone (0,16%).

Dopo la "Seconda Conferenza Nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope e sull'alcooldipendenza", il Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale ha iniziato una collaborazione con il Dipartimento per gli Affari Sociali e con l'Osservatorio permanente sul fenomeno droga del Ministero dell'Interno.

A partire dal mese di settembre questa collaborazione ha permesso di avviare una "Ricognizione a livello nazionale e/o locale sui dati quali-quantitativi relativamente al tema ambienti di lavoro e tossicodipendenza per il completamento del Rapporto Annuale da inviare all'Osservatorio Europeo sulle Droghe e sulle tossicodipendenze".

Il Ministero del Lavoro ha incaricato di questa ricerca l'Istituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori (I.S.F.O.L.). Presso l'I.S.F.O.L. è stato costituito un gruppo di lavoro composto da:

- suoi ricercatori;
- un rappresentante del Ministero del Lavoro;

- rappresentanti del Coordinamento Nazionale delle Comunità di Accoglienza (C.N.C.A.), della Federazione delle Comunità Terapeutiche (F.I.C.T.) e della Federazione Italiana degli Operatori dei Servizi Pubblici per le Tossicodipendenze (FEDERSERT);
- rappresentanti di CGIL, CISL, UIL.

La presente relazione, curata dal Ministero del Lavoro, rappresenta una sintesi della Ricognizione citata in premessa ed è articolata in:

- Una ricerca campionaria a livello nazionale con questionari strutturati.

E' stato elaborato un questionario di 39 domande a risposta multipla (con una sola scelta per tutte le risposte, ad eccezione di alcune per le quali ne erano possibili due) finalizzato a fornire indicazioni sui seguenti argomenti attinenti il rapporto tra ambiente di lavoro e droga:

- attività di prevenzione;
- assistenza e/o riabilitazione per l'inserimento lavorativo;
- politiche ed interventi formativi;
- inquadramento contrattuale e contesti produttivi;
- drug testing*.

Il questionario è stato inviato ad un campione di 57 organizzazioni del settore scelte sulla base dei seguenti criteri:

- aver realizzato e/o sperimentato attività di inserimento lavorativo di tossicodipendenti e/o ex-tossicodipendenti, considerate significative dai rappresentanti delle Federazioni;

- tipologia istituzionale (organizzazioni pubbliche e private);

-zone geografiche (il campione è rappresentativo di: nord-est, zona di recente sviluppo industriale che, negli ultimi anni, ha visto crescere anche forme di devianza sociale ; nord-ovest, dove si è sviluppata per prima una rete significativa di organizzazioni; centro, in particolare alcune regioni come l'Emilia Romagna e la Toscana che stanno sperimentando soluzioni innovative; centro-sud ,dove è generalmente più accentuata la presenza del servizio pubblico).

Il campione può considerarsi significativo poiché sono pervenute le risposte da 39 organizzazioni:

- 17 Servizi Pubblici per le Tossicodipendenze (Ser.T.)
- 13 Comunità di Accoglienza;
- 9 Comunità Terapeutiche.

Una analisi dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro selezionati tra i più significativi in tema di tutela dei lavoratori tossicodipendenti e delle loro famiglie.

Una rilevazione dei progetti di reinserimento in ambienti di lavoro presentati al Dipartimento per gli Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri da associazioni, enti, organizzazioni di volontariato, cooperative e privati a valere sul Fondo Nazionale di Intervento per la Lotta alla Droga negli esercizi finanziari 1994 e 1995.

Analisi statistica della ricerca campionaria

Prevenzione

Le attività di prevenzione dalla droga in ambiente di lavoro sono state realizzate da 16 organizzazioni sulle 39 intervistate, cioè solamente dal 41% di esse (tab.1).

Si tratta, nella maggior parte dei casi, di programmi organizzati attraverso conferenze e diffusione di materiale informativo. In alcuni casi, tuttavia, si organizzano anche momenti plenari di educazione alla salute con famiglie in trattamento, incontri con i rappresentanti del sindacato e formazione dei quadri sindacali, corsi formativi di prevenzione primaria del disagio per insegnanti e interventi per piccoli gruppi su temi attinenti le relazioni interpersonali.

Nel corso degli ultimi cinque anni (periodo 1993-1997), le 16 organizzazioni che si sono impegnate nella prevenzione hanno coinvolto quasi 5.000 persone, la maggioranza delle quali sono di sesso maschile (3.208). Il 1994 è l'anno che, nel complesso, ha visto impegnato il maggior numero di persone (1.385, delle quali 700 solo in Campania). In cinque anni, il numero delle persone coinvolte è, pur se sempre limitatamente alle organizzazioni che si sono dichiarate attive nel campo preventivo, cresciuto notevolmente passando dalle 146 unità del 1993 alle 1.217 del 1997.

Assistenza e riabilitazione finalizzate all'inserimento e al sostegno sul luogo di lavoro.

Per il criterio adottato nella scelta del campione, la quasi totalità (circa il 90%) delle organizzazioni risultano impegnate nelle attività di assistenza e riabilitazione.

Sono stati analizzati i programmi relativi all'inserimento lavorativo e quelli per lavoratori già occupati.

Nella maggioranza delle situazioni descritte, le persone che si trovano nella fase dell'inserimento lavorativo (tab.2) sono al termine del periodo di disassuefazione dalla droga (oppure stanno vivendo la fase finale di reinserimento di un programma terapeutico o consolidando lo stato di "drug free" con programmi personalizzati).

Tuttavia, l'inserimento può avvenire molto spesso anche contestualmente a terapia farmacologica sostitutiva (il valore del 17,95

% deve essere corretto mediante una ponderazione ottenuta da un'analisi delle risposte a scelta multipla).

Non si registrano invece casi di inserimento lavorativo in costanza di assunzione di droga.

Quasi una organizzazione su tre ha precisato che i piani di assistenza e/o riabilitazione finalizzati all'inserimento lavorativo si realizzano all'interno della stessa struttura. Identica percentuale per quelle che hanno reso operativi i suddetti piani all'esterno della struttura di appartenenza e, in particolare, tramite cooperative sociali di tipo B, aziende private, realtà produttive territoriali (perlopiù appartenenti al settore artigianale, commerciale, edilizio e florovivaistico) ed enti locali. Poco più di un terzo degli interpellati sottolinea invece la sinergia tra la propria struttura e l'esterno per la realizzazione dei piani di assistenza e/o riabilitazione.

Negli ultimi cinque anni (periodo 1993-1997) le organizzazioni intervistate hanno coinvolto in questi piani di assistenza 2.122 persone, 1.697 delle quali di sesso maschile. Il numero delle persone coinvolte, per entrambi i sessi, è in continua crescita dal 1994: si è infatti passati dalle 306 persone alle 608 del 1997, vale a dire quasi il doppio.

Per le donne il trend è positivo fin dal 1993 (erano 50 in quell'anno e 134 nel 1997), per i maschi invece si è verificata una lieve flessione tra il 1993 (263 persone) e il 1994 (248 persone). Nel suddetto periodo i Ser.t. hanno coinvolto complessivamente 413 persone (il trend è in crescita: 44 persone nel 1993, 147 nel 1997), cioè il 19,5% del totale.

Le comunità d'accoglienza e le comunità terapeutiche hanno invece coinvolto nello stesso arco temporale 1.709 persone (il trend è in crescita dal 1994: si è infatti passati dalle 247 persone di quell'anno alle 461 del 1997), cioè l'80,5% del totale.

L'utilizzo dei piani di assistenza sul posto di lavoro avviene al termine del periodo di disassuefazione dalla droga.

La maggioranza ha comunque evidenziato come i piani di assistenza e/o riabilitazione siano utilizzati anche sul posto di lavoro contestualmente a terapia farmacologica sostitutiva o a momenti finali di programmi terapeutici e di recupero. Un'organizzazione su quattro non risponde.

Questi piani si realizzano soprattutto all'interno delle organizzazioni intervistate. Una parte molto più piccola invece si basa sull'apporto di strutture esterne per l'assistenza e la riabilitazione degli occupati: ospedali, comunità residenziali, centri diurni e comunità di pronto intervento. In un caso su cinque, invece, si adotta un approccio integrato tra la propria organizzazione ed altre strutture esterne (imprese, enti ausiliari del privato sociale, cooperative sociali e comunità). In qualche caso, per esempio, i Ser.T. elaborano i piani di assistenza in stretta collaborazione con i Sil (Servizi di Inserimento Lavorativo) appartenenti alle Aziende Sanitarie Locali.

Sempre nello stesso periodo (1993-1997) le organizzazioni intervistate hanno coinvolto 5.606 lavoratori occupati, 4.660 dei quali di sesso maschile. Il numero dei maschi coinvolti è in continua crescita (da 660 nel 1993 a 1274 nel 1997).

Per le lavoratrici occupate, invece, si è verificata una lieve flessione dal 1994 al 1996 (erano, infatti, 190 nel 1994, 165 nel 1995 e 184 nel 1996) mentre nel 1997 il loro numero è cresciuto fino a toccare quota 241.

Nel suddetto periodo i Ser.T. hanno coinvolto complessivamente 5.140 persone (il trend è in crescita : 771 persone nel 1993, 1.387 nel 1997), cioè il 91,7 % del totale.

Le comunità d'accoglienza e le comunità terapeutiche hanno invece coinvolto nello stesso arco temporale 466 persone (il trend è in crescita dal 1993: si passa, infatti, dalle 55 persone del 1993 alle 128 del 1997), cioè l'8,3 % del totale (tab. 5).

I piani di assistenza e/o riabilitazione finalizzati all'inserimento lavorativo o al sostegno degli occupati, hanno generalmente una durata che varia da uno a tre anni.

Esistono, tuttavia, anche piani di durata massima di sei mesi. Non risultano piani di durata superiore a tre anni per l'inserimento lavorativo, mentre quelli per l'assistenza e/o la riabilitazione dei lavoratori occupati possono, in alcuni casi, superare questa durata.

Confrontando il ruolo svolto dai servizi pubblici per le tossicodipendenze e quello svolto dalle organizzazioni del privato sociale, emerge chiaramente il seguente dato: mentre queste ultime hanno coinvolto un numero molto alto di persone nei piani finalizzati all'inserimento lavorativo, in favore dei lavoratori occupati sono stati viceversa i Ser.t. a coinvolgere il maggior numero di individui.

L'età delle persone coinvolte nei piani finalizzati all'inserimento lavorativo o a sostegno degli occupati varia dai 22 ai 35 anni. In rarissime situazioni sono coinvolte persone con più di trentacinque anni.

Interventi di formazione professionale

L'importanza attribuita alla formazione professionale testimonia l'impegno delle organizzazioni attive nei piani di assistenza e riabilitazione. Infatti, venticinque organizzazioni hanno dichiarato di aver inserito nei loro piani anche misure di formazione professionale (tab. 6).

La formazione avviene perlopiù (44%) sia all'interno della propria struttura che in organismi esterni, in particolare in centri di formazione professionale, presso enti locali come la Provincia e in qualche caso anche in aziende.

Le restanti organizzazioni sono in parte autosufficienti (24%) ed in parte (32%), contano soltanto su strutture esterne (centri di formazione professionale, agenzie di natura pubblico-privata per la F.P. e l'orientamento al lavoro, enti gestori di corsi finanziati dal Fondo Sociale Europeo ed enti locali).

La tipologia di formazione professionale più frequentemente erogata è quella di base (post-obbligo).

Non mancano, peraltro, attività di aggiornamento professionale, corsi professionali nel settore ambientale, artigianale ed agricolo oppure finanziati dal Fondo Sociale Europeo.

Inserimento lavorativo: contesto produttivo e inquadramento contrattuale. - - -

Le realtà produttive in cui avviene più frequentemente l'inserimento lavorativo delle persone coinvolte dal problema della tossicodipendenza sono le cooperative sociali, seguite dalle imprese artigiane e dalle aziende private. In alcuni casi l'inserimento lavorativo avviene anche nella pubblica amministrazione così come attraverso forme di lavoro autonomo.

La realtà produttiva in cui avviene l'inserimento lavorativo è prevalentemente (71,8 % circa) di piccola dimensione (fino a 20 dipendenti).

Nel 18% delle situazioni la realtà produttiva è invece di media dimensione (da 20 a 200 dipendenti), mentre in nessun caso l'inserimento lavorativo avviene in una struttura con oltre 200 dipendenti.

Per ciò che riguarda i settori produttivi, quello legato ai servizi offre le maggiori possibilità di impiego per i giovani coinvolti nella tossicodipendenza. Tra le attività che offrono più spazi ci sono: imprese di pulizia, raccolta carta, tipo-litografia, legatoria, assemblaggio, servizi ambientali e recupero aree verdi, informatica.

Buone anche le possibilità nel settore dell'artigianato, in particolare per attività di edilizia, metalmeccanica, carpenteria, tessile e alberghiera. Interessanti anche le occasioni offerte nell'industria (in special modo nei settori caseario, calzaturiero, edile, assemblaggio e confezionamento) e nell'agricoltura.

La persona affetta dal problema della tossicodipendenza è assunta, nel 28,2 % dei casi, con un contratto di lavoro a tempo determinato della durata variabile da tre mesi ad un anno o con un contratto di formazione-lavoro (23,1%), di durata compresa tra i sei mesi e i due anni.

Non mancano gli incarichi di collaborazione (10,3%), così come, anche se in misura minore (7,7%), i contratti di lavoro a tempo indeterminato.

Da segnalare l'utilizzo di borse-lavoro, di progetti personalizzati di inserimento lavorativo con il contratto collettivo nazionale di lavoro delle cooperative sociali e di lavoro nero (17,9

Sembra utile osservare, quindi, come in circa il 62% dei casi non si perfezionino contratti di lavoro di tipo continuativo .

La posizione lavorativa ricoperta risulta essere, nel 79% dei casi, a bassa qualifica con una buona coerenza, peraltro, rispetto al titolo di studio e alla qualifica posseduti.

In alcune situazioni (18%) la posizione lavorativa è a media qualifica , in nessun caso risulta ad alta qualifica.

Solo nel 38% dei casi (a questa domanda era possibile dare una doppia risposta), le realtà produttive dimostrano di conoscere e applicare correttamente la legge che tutela i lavoratori e quindi conservano il posto di lavoro alla persona che si inserisce in progetti di riabilitazione.

Scarsamente utilizzato il regime di orari a tempo parziale e flessibili, così come la concessione di permessi retribuiti e la messa a punto di programmi di recupero a carattere non residenziale.

Per quasi un quarto dei casi, viceversa, le realtà produttive non dimostrano di aver progettato e realizzato particolari esperienze in favore dei lavoratori occupati coinvolti dal problema della tossicodipendenza né, probabilmente, di conoscere sufficientemente la normativa che ne regola il relativo rapporto di lavoro.

Nel 74% dei casi è stata utilizzata la figura di un operatore come mediatore a supporto dell'inserimento lavorativo.

In alcuni casi si tratta di un assistente sociale che segue il singolo caso nel Ser.T. e lo segnala agli operatori del Sil (Servizio Inserimento Lavorativo) che provvedono poi a stabilire i contatti con le aziende. Generalmente le funzioni del mediatore sono di tutoraggio psicosociale (accompagnamento, sostegno, rafforzamento motivazionale), orientamento al lavoro e individuazione della mansione adatta, di supporto nella ricerca del lavoro e verifica del percorso lavorativo effettivamente realizzato.

La causa determinante del fallimento dell'inserimento lavorativo va ricercata, il più delle volte (35% circa), in situazioni di ricaduta nella droga e, in misura minore (15% circa), in motivi di assenteismo

Nella misura del 10% circa incidono negativamente la scarsa produttività e i rigori delle procedure amministrative e/o le pendenze di tipo amministrativo, penale e civile.

Viceversa, il 69% degli ex-tossicodipendenti che sono inseriti in ambiente lavorativo difficilmente torna poi a drogarsi.

Resta ancora piuttosto forte il timore delle realtà produttive (quasi la metà dei casi) che il lavoratore inserito nella struttura possa tornare a drogarsi da un momento all'altro. In altre circostanze si teme

che il lavoratore con i problemi di tossicodipendenza non sia produttivo o abbia difficoltà relazionali con gli altri colleghi. anche a causa di precedenti esperienze negative.

C'è, infine, chi non nasconde forme di pregiudizio o paura della trasmissione di malattie legate allo stato di tossicodipendenza .

Piuttosto frequentemente sono applicati provvedimenti sanzionatori nei confronti del lavoratore che non svolge adeguatamente le mansioni assegnategli: si tratta, nella maggior parte dei casi, di provvedimenti disciplinari.

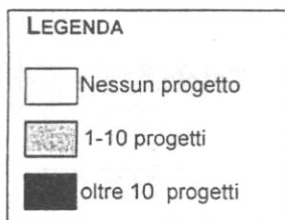
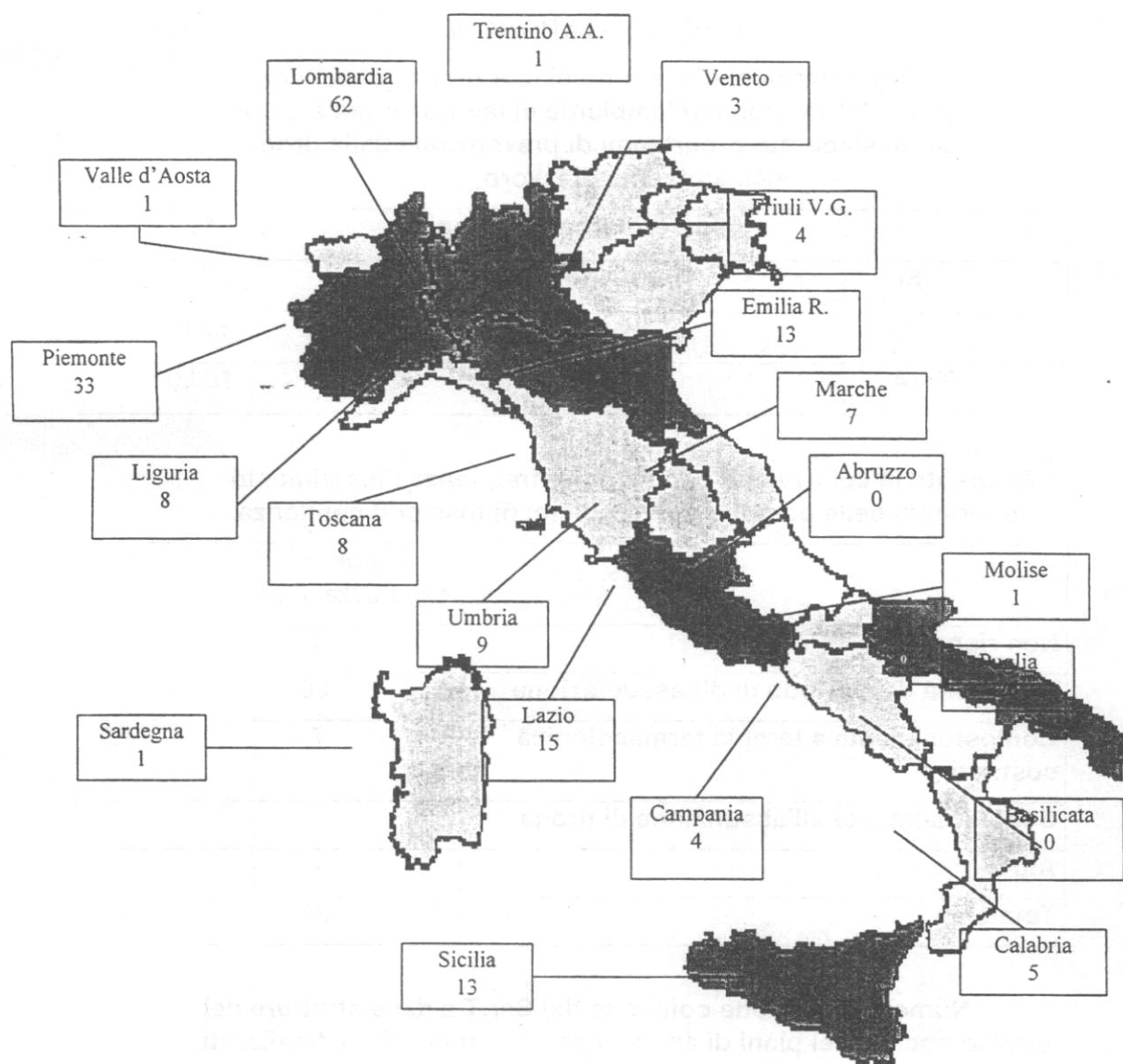
Utilizzato anche il licenziamento, mentre raramente si sceglie la soluzione del patteggiamento per il ritiro dal lavoro con integrazioni economiche. In alcune situazioni di calo di produttività, il datore di lavoro chiede invece il confronto con l'operatore di riferimento terapeutico.

Drug testing

La tecnica del *drug testing* risulta essere poco utilizzata all'interno delle realtà produttive in cui sono inseriti i lavoratori e comunque non sembra essere applicata in maniera discriminatoria in relazione alla posizione lavorativa ricoperta.

Quasi un quarto degli intervistati sembra invece non avere alcun tipo di informazione sulla tecnica del *drug testing* e quindi sulla sua eventuale applicazione all'interno delle realtà produttive.

Numero progetti relativi al reinserimento lavorativo presentati da associazioni, enti, organizzazioni di volontariato, cooperative e privati a valere sugli esercizi finanziari 1994 e 1995.



Totale Progetti Italia 214

TABELLE STATISTICHE

Organizzazioni che hanno elaborato programmi di prevenzione dalla droga nell'ambiente di lavoro
Organizzazioni che hanno elaborato programmi di prevenzione dalla droga nell'ambiente di lavoro

	Numero organizzazioni	%
SI	16	41,0
NO	23	59,0
TOTALE	39	100,0

Momento in cui avviene con maggior frequenza l'inserimento lavorativo delle persone con problemi di tossicodipendenza

	Numero organizzazioni	%
Non risponde	2	5,1
Al termine del periodo di disassuefazione	30	76,9
Contestualmente a terapia farmacologica sostitutiva	7	17,9
Contestualmente all'assunzione di droga	-	-
Altro	-	-
Totale	39	100,0

Numero di persone coinvolte dai Ser.T e dalle strutture del privato sociale nei piani di assistenza e/o riabilitazione finalizzati all'inserimento lavorativo

	Ser.T	Comunità d'accoglienza e comunità terapeutiche	Totale
1993	44	269	313
1994	59	247	306
1995	62	352	414
1996	101	380	481
1997	147	461	608
Totale	413	1.709	2.122

Momento in cui viene utilizzato il piano di assistenza e/o riabilitazione sul luogo di lavoro **Momento in cui viene utilizzato il piano di assistenza e/o riabilitazione sul luogo di lavoro**

	Numero organizzazioni	%
Non risponde	10	25,6
Al termine del periodo di disassuefazione del lavoratore	12	30,8
Contestualmente a terapia farmacologica sostitutiva	15	38,5
Contestualmente all'assunzione di droga	-	-
Altro	2	5,1
Totale	39	100,0

Numero di persone coinvolte dai Ser.T. e dalle strutture del privato sociale nei piani di assistenza e/o riabilitazione per lavoratori occupati

	Ser.T.	Comunità d'accoglienza e comunità terapeutiche	Totale
1993	771	55	826
1994	936	83	1.019
1995	944	93	1.037
1996	1.102	107	1.209
1997	1.387	128	1.515
Totale	5.140	466	5.606

Interventi di formazione professionale

	Numero organizzazioni	%
Non risponde	4	10,3
SI	25	64,1
NO	10	25,6
Totale	39	100,0

**Tipologia delle attività di formazione professionale seguite dalle
persone con problemi di tossicodipendenza**

	Numero organizzazioni	%
Non risponde	10	25,6
Formazione prof.le di base (post-obbligo)	18	46,2
Formazione prof.le di II livello (post-diploma)	-	-
Attività di aggiornamento professionale	5	12,8
Altro	6	15,4
Totale	39	100,0

**Realtà produttive in cui avviene più frequentemente l'inserimento
lavorativo delle persone con problemi di tossicodipendenza**

	Numero organizzazioni	%
Non risponde	4	10,3
Cooperativa	3	7,7
Cooperativa sociale	19	48,7
Impresa artigiana	7	17,9
Lavoro autonomo	1	2,6
Azienda privata	4	10,3
Pubblica Amministrazione	1	2,6
Totale	39	100,0

Tipo di contratto con cui viene prevalentemente assunto il lavoratore con problemi di tossicodipendenza

	Numero organizzazioni	%
Non risponde	5	12,8
Con contratto di formazione lavoro	9	23,1
Con contratto di lavoro a tempo determinato	11	28,2
Con contratto di lavoro part-time	-	-
Con contratto di lavoro a tempo indeterminato	3	7,7
Con incarico di collaborazione	4	10,3
Altro	7	17,9
Totale	39	100,0

Facilitazioni che le realtà produttive hanno attuato nei confronti dei lavoratori occupati con problemi di tossicodipendenza

	Numero organizzazioni	%
Non risponde/danno una sola risposta	19	24,4
Concessione di permessi retribuiti	6	7,7
Orari a tempo parziale e flessibili	10	12,8
Attribuzione, limitatamente alla fase di riabilitazione, di mansioni che non mettono in pericolo la propria incolumità	2	2,6
Programma di recupero a carattere non residenziale	6	7,7
Conservazione del posto di lavoro per chi accetta di inserirsi in progetti di riabilitazione	30	38,5
Aspettativa non retribuita per i familiari dei lavoratori per concorrere al programma terapeutico	3	3,8
Altro	2	2,6
Totale	78	100,0

PAGINA BIANCA

VII PARTE

CONTRIBUTI DELLE REGIONI

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

QUADRO NORMATIVO PROVINCIALE

DELIBERA ISTITUZIONE SERT:

Delibera G.P. 18/4/90 n. 2100

PIANO SANITARIO PROVINCIALE:

L.P. 18/8/88 n. 33

PROGETTO OBIETTIVO SPECIFICO:

-Programma n. 12 "Prevenire le tossicomanie, assistere e reinserire i tossicodipendenti"

- Interventi nel settore delle tossicodipendenze, alcooldipendenze ed altre forme di dipendenza: delibera G.P. n. 1240 del 30/3/1998

DELIBERAZIONE ALBO ENTI AUSILIARI:

delibera G.P. 15/10/90 n. 6202

decreto assessore sanità 26/8/93 n. 498

LEGGE PER COOPERATIVE SOCIALI:

L.P. 8/1/93 n. 1 "Interventi provinciali per lo sviluppo dell'economia cooperativa"

LEGGE PER VOLONTARIATO:

L.P. 1/7/93 n. 11 "Disciplina del volontariato"

LEGGE PER LA LOTTA ALLE TOSSICODIPENDENZE:

L.P. 7/12/78 n. 69 "Servizio di prevenzione, cura e riabilitazione delle forme di tossicodipendenza ed alcolismo"

MODELLO DELINEATO

Coordinamento degli interventi ed integrazione dei servizi (Provincia - Aziende sanitarie Locali - Privato sociale)

SISTEMA DEI SERVIZI

La rete assistenziale per le dipendenze è composta da prestazioni di competenza del servizio sanitario e dei servizi sociali

PRESTAZIONI DI COMPETENZA DEL SERVIZIO SANITARIO

SERT

Reparto specialistico per alcoldipendenti e farmacodipendenti

Interventi di day hospital

Comunità di accoglienza per tossicodipendenti

Comunità terapeutica per tossicodipendenti

Centro riabilitativo per alcoldipendenti

PRESTAZIONI DI COMPETENZA DEI SERVIZI SOCIALI

Interventi a bassa soglia

Interventi di riabilitazione sociale

Gli enti competenti gestiscono i servizi direttamente o possono stipulare convenzioni con altri enti pubblici o privati idonei, ad eccezione dei compiti attribuiti per legge ai SERT.

ATTO DI INTESA CON IL MINISTERO GRAZIA E GIUSTIZIA

- Intervento nelle carceri:

Convenzione tra la U.S.L. Centro Sud di Bolzano e la Casa Circondariale di Bolzano per l'assistenza sanitaria e socio-riabilitativa ai detenuti tossicodipendenti e alcoldipendenti

STRATEGIE ADOTTATE

- *Promozione della prevenzione nelle varie forme riguardo al problema delle dipendenze;*
- *cura e riabilitazione delle persone tossico ed alcoldipendenti mediante forme di trattamento medico, psicologico nonché di interventi sociali e riabilitativi nel campo sanitario e sociale (ambulatori - comunità semiresidenziali e residenziali - comunità alloggio - cooperative sociali ecc.);*
- *limitazione dei danni al singolo e alla società creati dalle dipendenze;*
- *soddisfacimento dei bisogni primari di sopravvivenza a dipendenti cronici con gravi problematiche psico-sociali.*

PRINCIPI

Gli interventi devono essere sviluppati in base ai seguenti principi:

- coordinamento ed integrazione degli interventi fra pubblico e privato così come fra sanitario e sociale, con prevalenza all'assistenza agli alcolodipendenti da parte del privato ed ai tossicodipendenti da parte dei servizi pubblici;
- distribuzione degli interventi su tutto il territorio provinciale;
- flessibilità dell'offerta degli interventi nel rispetto dei differenti fabbisogni e del mutamento dei fenomeni sul territorio;
- accesso diretto (e quanto meno possibile burocratico) agli interventi, per garantire
- un aiuto immediato e per aumentare l'accettazione delle offerte degli interventi stessi;
- rispetto del diritto all'autodeterminazione dei tossico ed alcolodipendenti;
- coinvolgimento dei privati, soprattutto per quanto riguarda il settore della alcolodipendenza

SISTEMA INFORMATIVO (IN FASE DI ATTUAZIONE)

OBIETTIVI

Controllo costante dell'andamento dei fenomeni legati alla tossico-alcolodipendenza nonché farmacodipendenza, al fine di garantire l'appropriatezza e la tempestività degli interventi degli organismi interessati.

STRUMENTI

La sorveglianza si esplica attraverso strumenti informatici, statistici e procedure informative utili alla valutazione della consistenza e delle caratteristiche del fenomeno, nonché attraverso il monitoraggio delle attività pubbliche e private e delle risorse esistenti.

COMPITI

La gestione degli strumenti viene attribuita al competente ufficio provinciale della sanità, con il supporto tecnico dell'osservatorio epidemiologico provinciale (già esistente) per gli aspetti relativi all'elaborazione statistica dei dati.

ATTUAZIONE E RISULTATI DELLE INIZIATIVE FINANZIATE DAL FONDO NAZIONALE PER LA LOTTA ALLA DROGA

Finanziamento di progetti di prevenzione, recupero, reinserimento sociale e di formazione degli operatori dei servizi pubblici nel settore delle tossico ed alcolodipendenze mediante la quota del "fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga" assegnata, pari a Lire 1.294.312.000.

Progetto di formazione degli operatori
dei servizi pubblici e degli enti
ausiliari e del volontariato operanti
nel settore delle tossico ed
alcooldipendenze £. 52.000.000.-

Progetto di prevenzione, recupero e
reinserimento lavorativo di enti,
organizzazioni di volontariato,
cooperative sociali e comunità
comprensoriali - - - £. 920.312.000.-

Progetti di prevenzione, recupero e
reinserimento sociale di enti locali e
U.S.L. £. 322.000.000.-

I progetti presentati dalle Aziende Sanitarie Locali (9), dagli enti ausiliari (4), dagli enti locali (3), dalla Provincia (4 corsi di formazione operatori) ed approvati dalla G.P. sono in corso di realizzazione ed hanno carattere pluriennale.

REGIONE ABRUZZO

QUADRO NORMATIVO REGIONALE

LEGGE SETTORE TOSSICODIPENDENZE

Legge Regionale 21 luglio 1993, n. 28: "Disciplina delle attività di prevenzione e di recupero dei soggetti in stato di tossicodipendenza, in attuazione del T.U. delle leggi in materia di tossicodipendenza 9.10.1990, n. 309. Istituzione dell'albo regionale degli Enti Ausiliari".

PIANO SANITARIO REGIONALE

Legge Regionale 25 ottobre 1994, n. 72: "Piano Sanitario Regionale 1994 - 1996" Il P.S. è stato adottato conformemente ai Decreti Legislativi 502/92 e 517/93.

PROGETTO OBIETTIVO SPECIFICO

Il P.S.R. 1994 - 96 contiene il progetto - obiettivo "Prevenzione, cura e recupero delle tossicodipendenze e interventi in materia di alcoldipendenza". Vengono recepiti, dal P.O. del P.S.R., le indicazioni di vari Organismi interregionali, nazionali e internazionali, in particolare:

- Il punto 34 ed il punto 35 del Programma di Azione Globale adottato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 23 febbraio 1990;
- La Dichiarazione politica del Vertice Mondiale sulla Riduzione della Domanda di Sostanze Stupefacenti, tenutosi a Londra nell'aprile 1990;
- La Dichiarazione politica della Conferenza Straordinaria dei Ministri del Gruppo in seno al Consiglio d'Europa tenutosi a Londra nel maggio 1989.

Il P.S.R. prevede la riorganizzazione dei Servizi per le Tossicodipendenze con il perseguimento, fra l'altro, attraverso un trattamento multimodale e ove possibile integrato, dei seguenti obiettivi:

- L'Abolizione dell'uso di droghe. Ove questo obiettivo non fosse immediatamente perseguibile, si considera l'obiettivo intermedio della riduzione dell'uso di droghe, al fine:
- di ridurre il rischio di overdose, AIDS, epatite;
- di operare per rendere possibile il perseguimento dell'obiettivo primario;
- miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria per le patologie correlate;
- miglioramento della qualità della vita del tossicodipendente.

Il trattamento multimodale, che permette di adottare il programma terapeutico alle esigenze del singolo paziente, si raggruppa indicativamente in tre filoni principali che si integrano fra di loro:

- Indirizzo farmacologico, con la possibilità di usare farmaci antiastinenziali, anticraving, sostitutivi ed antagonisti;
- Indirizzo psicoterapeutico;
- Indirizzo socio - riabilitativo, con trattamento residenziale o meno.

Sono previsti moduli formativi centrati, in virtù di una logica progettuale e non, basata essenzialmente sulle prestazioni, soprattutto sui seguenti aspetti:

- Programmazione, ovvero individuazione degli obiettivi di un servizio;
- Sistema informativo, inteso come maturazione di una cultura che faccia comprendere l'importanza degli strumenti adottabili per raggiungere l'obiettivo prescelto;
- Valutazione degli interventi intrapresi
- Capacità di interazione interprofessionale ed interistituzionale.

LEGGE ALBI O ENTI AUSILIARI

La Legge Regionale per l'Albo degli Enti Ausiliari è la n. 28 del 21 luglio 1993: "Disciplina delle attività di prevenzione e di recupero dei soggetti in stato di tossicodipendenza in attuazione del T.U. delle leggi in materia di tossicodipendenza 9.10.1990, n. 309 - Istituzione dell'Albo regionale degli Enti Ausiliari".

LEGGE COOPERATIVE SOCIALI

La Legge Regionale per le Cooperative Sociali è la n. 85 dell'8 novembre 1994. "Norme per la promozione e lo sviluppo della cooperazione sociale".

LEGGE VOLONTARIATO

La Legge Regionale per il Volontariato è la n. 37 del agosto 1993 "Legge 1.8.199, n. 266 - Legge quadro sul volontariato".

MODELLO ORGANIZZATIVO

Gli atti istitutivi dei SERT hanno previsto il loro inserimento come Servizio specifico della USL, dotato anche di una propria struttura amministrativa, localizzato in ambito sovradistrettuale all'interno del Dipartimento per le dipendenze, con la presenza di un SERT ogni circa 100.000 abitanti.

I SERT previsti e funzionanti sono 11, con la seguente dislocazione territoriale:

USL AVEZZANO-SULMONA	2 SERT (AVEZZANO E SULMONA)
USL CHIETI	1 SERT (CHIETI)
USL LANCIANO-VASTO	2 SERT (LANCIANO E VASTO)
USL L'AQUILA	1 SERT (L'AQUILA)
USL PESCARA	2 SERT (PESCARA E POPOLI)

USL TERAMO
TERAMO)

3 SERT (GIULIANOVA-NERETO E

PERSONALE SERT

- Il personale previsto con gli atti istitutivi del SERT ammonta complessivamente a 139 unità. Attualmente le Aziende USL, nell'ambito delle nuove piante organiche hanno operato adeguamenti.
- Il personale effettivamente impegnato alla data del 31.12.1997 è composto da 118 unità (24 medici, 22 assistenti sociali, 18 psicologi, 26 infermieri professionali e assistenti sanitari, 6 sociologi, 5 amministrativi, 7 altro personale, Sono in itinere alcuni concorsi.

STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI PUBBLICHE

Non esistono specifiche strutture semiresidenziali pubbliche con personale apposito anche se, all'interno del SERT, viene garantita un'attività riconducibile a quella di tali strutture

STRUTTURE RESIDENZIALI PUBBLICHE

E' funzionante presso l'Azienda USL di Teramo un'unica struttura residenziale pubblica, in gestione ad una Cooperativa Sociale, con 7 operatori di varie qualifiche e con 30 utenti in carico.

STRUTTURE RESIDENZIALI PRIVATE (COMUNITÀ TERAPEUTICHE)

All'albo regionale degli Enti Ausiliari sono iscritte, ai sensi della L.R. 28/93, 14 Enti. E' in corso un'apposita verifica per l'aggiornamento dei decreti di iscrizione in base alle variazioni che, eventualmente, si fossero determinate a circa 3 anni dall'applicazione dell'accordo recepito con deliberazione consiliare n. 18/8 del 28.9.1993.

Sono operanti 13 Strutture residenziali (Comunità terapeutiche) e 5 strutture semiresidenziali, per un totale di n. 230 operatori (a tempo pieno e a tempo parziale). Non sono disponibili i dati aggiornati al 31.12.1997 circa il numero degli utenti e il numero di personale. La rilevazione è ancora incompleta.

SPESA PER RETTE

Con deliberazione della Giunta Regionale n. 3049 del 19.11.1997, le rette sono state così determinate in via transitoria:

Area pedagogico - riabilitativa, pro die pro capite

- | | |
|---------------------------|-----------------|
| - regime semiresidenziale | lire 27.000.000 |
| - regime residenziale | lire 50.000.000 |

Area terapeutico - riabilitativa, pro die pro capite

- | | |
|---------------------------|-----------------|
| - regime semiresidenziale | lire 45.000.000 |
|---------------------------|-----------------|

- regime residenziale

lire 72.000.000

PROBLEMATICHE RILEVATE

Le misure delle rette sono ormai inadeguate e devono essere opportunamente rideterminate.

ATTO DI INTESA CON IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA

L'Atto di Intesa con il Ministero di Grazia e Giustizia è stato recepito e sono state date indicazioni alle UU.SS.LL..

Sono in corso di adozione le Convenzioni tra le Direzioni degli istituti penitenziari e le Unità Sanitarie Locali competenti per territorio (già in atto: Aziende UU.SS.LL. di Lanciano-Vasto, Avezzano-Sulmona, Teramo).

In media, sono presenti ogni giorno nelle carceri ubicate nella Regione Abruzzo circa 1670 detenuti, di cui molti con problemi di uso/abuso di sostanze stupefacenti.

Interventi specifici e pluridirezionali sono previsti all'interno e in rapporto al carcere con i SERT, nel rispetto delle competenze istituzionali e professionali, tenendo costanti i seguenti obiettivi:

- evitare il fenomeno dell'abbandono del tossicodipendente in carcere,.
- evitare o almeno ridurre i danni fisici e morali che lo stato di tossicodipendenza in carcere produce o comporta;
- garantire l'opportunità di ingresso in un percorso terapeutico

Tali obiettivi si esplicano attraverso varie funzioni atte ad informare tutti i detenuti che dichiarano di far uso/abuso di sostanze stupefacenti sulla presenza dei servizi in carcere, garantendo la continuità terapeutica, assicurando risposte adeguate e promuovendo attività di educazione e promozione della salute relativamente alle patologie correlate alla tossicodipendenza

STRATEGIE ADOTTATE

Nelle linee attuative del P.S.R. sono richiamati i seguenti obiettivi:

1. Sviluppare e rafforzare un sistema di servizi, pubblici e del privato sociale, che costituisca punto di riferimento per tutti coloro che hanno problemi legati all'uso e/o abuso di sostanze stupefacenti e che sia in grado di rispondere, o concorrere a rispondere, o facilitare la risposta ai bisogni espressi da soggetti che si rivolgono ai servizi stessi;
2. Sviluppare e rafforzare un sistema di servizi in grado di conoscere i molteplici aspetti della dipendenza da sostanze, nei modi e nelle forme in cui si sviluppa in generale e in ambito territoriale, e in grado di cogliere tempestivamente le trasformazioni e i cambiamenti del fenomeno;
3. Sviluppare e rafforzare un sistema di servizi in grado di informare e sensibilizzare sull'andamento della dipendenza da sostanze, e in grado di incidere sulla rappresentazione sociale del fenomeno;

4. Attivare tutte le risorse presenti sul territorio, che in forma coordinata ed integrata, promuovano concretamente azioni di prevenzione volte alla conquista e/o consolidamento del benessere fisico, psicologico e sociale della popolazione di riferimento.

Attraverso la rete dei servizi pubblici riorganizzati, del privato sociale e del volontariato si attuano strategie specifiche in relazione alle diverse aree:

- Interventi nella dipendenza da sostanze (osservazione diagnosi);
- Interventi di sostegno e terapia psicologica;
- Interventi socio-educativi e di prevenzione (primaria - secondaria e terziaria);
- Interventi medico-farmacologici;
- Prevenzione e trattamento infezioni HIV;
- Dipendenza da alcool;
- Interventi semiresidenziali e residenziali;
- Attività di monitoraggio e di valutazione e verifica;
- Interventi nelle carceri.

Inoltre saranno previsti, in aggiunta al Gruppo di Lavoro già esistente (del G.R. n.5182 del 20.9.1993) un Gruppo Tecnico Consultivo Regionale e un Coordinamento Tecnico Territoriale.

SISTEMA INFORMATIVO

Allo stato attuale il riferimento è al Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Sanità, sia per i SERT che per gli Enti ausiliari.

E' prevista una informatizzazione dei Servizi ed una attività di monitoraggio, di epidemiologia e di ricerca nonché una valutazione e verifica di efficacia degli interventi.

Nel corso dell'anno 1996 è stato attivato un progetto di informatizzazione Ministero della Sanità/Regioni/SERT, con la fornitura di apparecchiature (personal computer, stampante, modem) e di programmi.

E' stata revisionata la scheda di rilevazione delle attività del SERT mentre, per quanto riguarda gli Enti Ausiliari, è in procinto la revisione della scheda di rilevazione delle attività connesse.

ATTUAZIONE E RISULTATI DELLE INIZIATIVE FINANZIATE DAL FONDO NAZIONALE

Dell'attività di formazione e aggiornamento, previste nei corsi realizzati, hanno usufruito gli operatori del servizio pubblico e del privato sociale. Sono state previste iniziative di formazione integrata pubblico-privato sociale, e sono stati realizzati quattro moduli formativi (uno per ciascun ambito provinciale) con il coinvolgimento di circa 280 operatori della sanità pubblica, del privato sociale, del mondo della scuola.

In merito a progetti di prevenzione e reinserimento adottati dagli Enti Locali e dagli Enti Ausiliari, dalle cooperative sociali e dal volontariato finanziati con il Fondo Nazionale, non esiste una mappa di rilevazione per i progetti relativi agli anni 1990-91-92-93. Per il 1994 - 1995 le Regioni, come è noto, hanno ricevuto copia dei progetti presentati dagli organismi predetti. Al momento non è stato possibile alcun monitoraggio.

COLLEGAMENTO AD INIZIATIVE INTERNAZIONALI

Allo stato attuale non vi è stato alcun collegamento con iniziative internazionali

INCIDENZA DEL VOLONTARIATO NEL SETTORE

Con la presenza di 14 Enti Ausiliari (le cui sedi operative sono dislocate in tutte le USL) si registra un aumento dell'incidenza nel settore del Volontariato.

Alcune richieste sono pervenute nell'ultimo anno e sono attualmente all'esame per la verifica dei requisiti di legge

PROBLEMI GENERALI APERTI

Alcuni problemi riguardano il non completamento degli organici dei SERT, soprattutto per quanto attiene certe figure professionali. Inoltre, con l'adozione del P.S.R. e la riorganizzazione delle U.S.L. (da 15 a 6), esistono delle difformità nel territorio regionale e in relazione alla presenza dei SERT. L'ipotesi di una struttura dipartimentale unica per ciascuna USL è già stata vagliata ma non ancora tradotta in atti.

PROPOSTE MIGLIORATIVE

E' stato predisposto un documento denominato "Piano regionale sulla prevenzione, cura e recupero delle tossicodipendenze" articolato dettagliatamente nei diversi ambiti di intervento. Tale documento, parte integrante e sostanziale di un disegno di legge regionale, non ha visto concluso l'iter nel corso del 1997.

REGIONE CALABRIA

QUADRO NORMATIVO REGIONALE:

LEGGE REGIONALE ISTITUZIONE SER.T. :

Legge n.6 del 18 febbraio 1994 - Istituzione e funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze.

PIANO SANITARIO REGIONALE:

Legge Regionale n.9 del 3 aprile 1995 - Piano Sanitario Regionale 1995/1997

PROGETTO OBIETTIVO SPECIFICO:

Azione Programmata del Piano Sanitario Regionale comprendente i seguenti punti:

- Andamento epidemico delle tossicodipendenze
- Attività di prevenzione
- Riduzione del Danno
- Programma integrato di riduzione del danno
- Istituzione delle Unità da strada
- Il volontariato e gli Enti Ausiliari - intervento di rete.

LEGGE PER ALBO ENTI AUSILIARI:

Recepimento con atto deliberativo di G.R. n. 2776 dello 06.08.1993 del decreto del 19.2.93, ed istituzione, con deliberazione di G.R. n. 1148 del 29.02.1996, di un gruppo di lavoro di tecnici preposti all'istruttoria delle domande di iscrizione all'Albo Regionale degli Enti Ausiliari.

LEGGE NEL SETTORE TOSSICODIPENDENZA:

La Legge Regionale n.6 del 18 febbraio 1998 prevede l'istituzione di 19 Ser.t. sul territorio regionale a media e bassa utenza, nonché con l'art. 5 l'istituzione di équipe funzionali presso le sedi ASL per la prevenzione cura e riabilitazione degli alcoldipendenti.

Inoltre, nella stessa legge oltre alla definizione di organici e responsabili Ser.t., viene definito il Coordinamento Regionale dei Ser.T. e l'istituzione di un Servizio Regionale di documentazione.

Con atto deliberativo n. 4406 del 31.7.1995 sono state definite le linee guida per la somministrazione del metadone e con delibera di G.R. n. 857 del 14.02.1996 l'approvazione della cartella socio-sanitaria quale strumento uniforme da adottare presso i servizi per le tossicodipendenze.

MODELLO ORGANIZZATIVO

Il modello organizzativo è attualmente quello prefigurato con la legge regionale n. 6 del 18.02.1994, che prevede 19 Ser.t. sul territorio regionale dislocati nelle 11 aeree ASL di cui 5 a media utenza e 14 a bassa utenza. Di questi sono operativi 15 SERT di cui 10 a bassa utenza.

A livello regionale, i servizi territoriali sono coordinati dal Settore 61 dell'Assessorato Regionale alla Sanità con il Servizio Tossicodipendenze e AIDS e l'Ufficio Tossicodipendenze ed alcolismo.

Lo stesso ha istituito come strumenti di collegamento e collaborazione con il territorio oltre al Coordinamento dei Ser.t. altri gruppi di lavoro su tematiche specifiche (Enti Ausiliari, alcolismo, prevenzione, droghe di sintesi, ...ecc.) composti da rappresentanti del Volontariato e dei SERT.

E' all'attenzione della Giunta Regionale, una proposta di deliberazione che prevede l'istituzione del "DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE".

Annualmente la Regione Calabria distribuisce agli organi interessati il bollettino sulle tossicodipendenze ricavato dall'elaborazione epidemiologica e statistica dei dati che pervengono attraverso le schede ministeriali inviate dai Ser.t.

L'attività nelle carceri e i protocolli d'intesa sono attuati a livello Asl con i SERT che hanno competenza per la presenza sul territorio di Carceri e Case Circondariali.

ATTUAZIONE E RISULTATI INIZIATIVE FINANZIATE DAL FONDO NAZIONALE

FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

La formazione ha visto impegnata la Regione Calabria in attività formative integrate tra operatori dei servizi pubblici e del Privato Sociale.

I progetti finanziati dal Dipartimento Affari Sociali (art.127 DPR 309/90) già realizzati sono:

- "Progetto di prevenzione delle tossicodipendenze e dell'AIDS in Calabria" - attuato nell'arco di due anni, rivolto ad operatori dei Ser.t., Consultori, Servizi Sociali, Ministero di Grazia e Giustizia, Prefetture e Volontariato.
- "Il Pubblico ed il Privato nell'assistenza al tossicodipendente: il lavoro d'équipe" - rivolto ad operatori dei Ser.t., Ministero Grazia e Giustizia, Prefetture e Volontariato.
- "Operatori di strada" - progetto realizzato con operatori dei Ser.t. e del Volontariato.

Sono in fase di realizzazione e già finanziati dal Dipartimento Affari Sociali :

- "Attività dei Ser.t.: metodologia per una corretta valutazione" - il progetto si sta attuando in collaborazione ed integrazione con il progetto sulla valutazione dei servizi che il Ministero della Sanità sta realizzando.
- "Progetto sperimentale di assistenza al tossicodipendente sieropositivo per HIV"

- "Diagnosi e protocolli terapeutici nell'assistenza al tossicodipendente"
- "Accoglienza telefonica : uno strumento diretto tra pubblico e servizio".

ALTRO:

L'Assessorato alla Sanità ha finanziato un progetto di ricerca sulle "Droghe di sintesi" avvalendosi per la realizzazione di una Cooperativa costituita da giovani Operatori di Strada, formati, nell'ambito di un progetto ministeriale, presso l' Unità di Screening dell'ASL di Verona che lavorerà sulla fascia giovanile per conoscere le dimensioni del fenomeno tra i giovani sull'uso delle nuove droghe. Il progetto sperimentale si svilupperà in un anno e fornirà un quadro analitico sulle nuove tendenze tra i giovani, costituendo uno strumento importante per la futura programmazione delle attività regionali.

Sono stati inoltre finanziati dall'Assessorato alla Sanità progetti di prevenzione realizzati da tutti i Ser.t. della regione per attuare attività preventiva rivolta alla popolazione in generale, ai soggetti a rischio, ad attività di prevenzione nelle scuole (C.I.C.), ad attività di riduzione del danno.

COLLEGAMENTO AD INIZIATIVE INTERNAZIONALI

Un progetto pilota ha riguardato l'attivazione di una linea telefonica regionale anonima e gratuita denominata LINEAVERDEDROGA servizio di ascolto sostegno ed orientamento per coloro che avessero avuto problemi legati alle tossicodipendenze, ma funge, anche da tramite e rete tra gli operatori dei vari servizi.

LINEAVERDEDROGA continua ad essere operante e rappresenta un servizio di sostegno a genitori, ragazzi tossicodipendenti, giovani ed operatori del campo.

La Campagna di Prevenzione Europea sulle tossicodipendenze del 1994, avvenuta in concomitanza con l'apertura del servizio telefonico, ha permesso allo stesso di poter essere inserito nelle attività che la F. E. S.A.T. (Fondazione europea dei Servizi di Ascolto Telefonico sulle droghe) aveva promosso per quella settimana e la continuazione dal '94 ad oggi della collaborazione con detto organismo europeo.

LINEAVERDEDROGA è inserito nel gruppo di valutazione dei servizi telefonici europei coordinati dalla FESAT di Parigi. Gli operatori del servizio hanno ricevuto una formazione mirata all'ascolto ed alla risposta telefonica, hanno partecipato a stage di studio e a borse di studio formative presso altri servizi telefonici presenti nei paesi europei.

INCIDENZA DEL VOLONTARIATO NEL SETTORE

Con deliberazione di G.R. n. 1145 del 23.2.1996 la Regione Calabria ha istituito la Consulta Regionale sulle Tossicodipendenze, rappresentativa delle realtà pubbliche del Volontariato e del Privato Sociale.

Con il Progetto "SYMBIOS", tenendo conto dell'azione programmata M) della Legge Regionale n.9/95, la Regione ha avviato il reinserimento sociale di tossicodipendenti HIV positivi grazie a "borse terapeutiche di lavoro" della durata di un anno legate ad un programma assistenziale sviluppato in collaborazione tra

SERT - Privato Sociale- Enti Locali e piccole imprese artigianali. Il progetto, nel triennio 1998-2000, interesserà l'intero territorio regionale.

PROBLEMI GENERALI APERTI E PROPOSTE MIGLIORATIVE

- Assenza della specializzazione della Medicina delle Tossicodipendenze
- Unificazione dei dati in un solo Ministero
- Rendere triennale il fondo regionale dell'art.127 del DPR 309/90
- Maggiore coordinamento tra Ministero della Sanità - Ministero degli Affari Sociali e Regioni.

REGIONE CAMPANIA

QUADRO NORMATIVO REGIONALE

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 U.S.L. fosse operante un SER.T.

Successivamente, il Consiglio regionale con provvedimento n° 94/3 del 25/06/92 ha approvato la deliberazione regionale di cui sopra.

PIANO SANITARIO REGIONALE.

Con legge regionale n° 32 del 03/11/1994 e' stato predisposto il riordino del Servizio Sanitario regionale.

NON E' STATO ANCORA EFFETTUATO UN PROGETTO OBIETTIVO SPECIFICO.

LEGGE PER ALBO ENTI AUSILIARI.

La Regione Campania ha adottato i provvedimenti n° 6245/93 e 842/94 con i quali istituisce l'Albo Regionale degli EE.AA.

Con successivi atti deliberativi, esecutivi:

-n° 7760/94 sono stati definiti i titoli richiesti di cui all'art. 5 dello Schema d'Atto d'Intesa del 09/02/93;

-n° 112/95 sono state definite le rette d'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 e' stato aggiornato l'Albo Regionale.

LEGGE PER COOPERATIVE SOCIALI.

La competenza specifica e' attribuita al Settore Assistenza Sociale con L.R. 9/93.

LEGGE PER VOLONTARIATO.

La competenza specifica appartiene al Settore Assistenza Sociale a mezzo LL.RR. 9/93 e 18/93.

LEGGE NEL SETTORE TOSSICODIPENDENZE.

Legge Regionale n. 32 del 03-11 1994

MODELLO ORGANIZZATIVO

La Regione Campania, con L.R. 32/94, ha definito l'assistenza sanitaria secondo livelli analitici:

- medicina generale
- 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;
- 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 Unità Operativa, nel Distretto sanitario che si articola secondo un modello funzionale dipartimentale deputato alla costruzione di reti e servizi, all'integrazione ed all'organizzazione delle strutture, tra le diverse Unità Operative dello stesso Distretto, Unità Operative di diversi distretti e Unità Operative e gli altri presidi delle AA.SS.LL. e l'Azienda Ospedaliera.

- Il SER.T. risponde, ai sensi della L.R. 32/94, ai seguenti parametri:

STANDARD di personale d'assistenza	FUNZIONI	LIVELLO	
0.02 oper. x 1000 ab.	Assistenza domic.	2	
0.15 " "	SER.T. Ambul.	3	
0.08 " "	CENTRO diurno	3	
0.20 " "	Comunità Terapeut.	5	
-SER.T. previsti	n° 51 + 10 équipes di collegamento		
-SER.T. funzionanti	n° 43		
- Personale previsto	n° 180 per i SER.T.+23 per Équipe di collegamento + 792 per ex CAOT		
- Personale effettivamente impegnato	n° 613		

- Utenti complessivi in carico ai SER.T.	n° 6629
- Strutture semiresidenziali pubbliche	n° 2 (centro diurno)
utenti	n° 60
pers. imp.	n° 8 privat.soc.-3 pubb.
- Strutture residenziali pubbliche	n° 1
utenti	n° 6
pers. imp.	n° 2
gg. degenza	n° 120
- Strutture residenziali private	n° 21
utenti	n° 454
pers. imp.	n° 158
- Strutture semiresidenziali private	n° 9
utenti	n° 322
pers. imp.	n° 74
- Spesa per rette giornaliere:	
Sono suddivise secondo l'Area d'appartenenza della struttura:	
- Area pedagogica riabilitativa (semiresidenziale)	L. 26.520
(residenziale)	L. 42.435
- Area terapeutico-riabilitativa (semiresidenziale)	L. 39.250
(residenziale)	L. 65.785

Problematiche rilevate.

Allo stato non sorgono particolari problematiche.

ATTO INTESA CON IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA

Le convenzioni esistenti sono stipulate tra gli Istituti di Prevenzione e Pena e le ex U.SS.LL. sono 10:

- Strutture a custodia attenuata attivate
- Struttura attivata a custodia attenuata di EBOLI (SA)
- Detenuti tossicodipendenti negli Istituti Penitenziari della Regione
 - Soggetti tossicodipendenti detenuti n. 2508
- Personale Impegnato n. 112
- Strategie adottate

Nell'ambito degli Istituti penitenziari, le principali strategie adottate sono in primo luogo la riduzione del danno e le terapie farmacologiche e psicoterapiche. In particolare, in alcuni Istituti sono previsti interventi di sostegno sul territorio e sulla famiglia, tendenti a creare una rete di servizi coinvolgendo pubblico e privato. Viene, altresì, verificata la disponibilità dei soggetti a seguire programmi riabilitativi in comunità terapeutiche.

- Per Enti Ausiliari: allo stato non è stata ancora prevista l'informatizzazione, però esiste la rilevazione dei dati dell'utenza e il monitoraggio regionale.

La Regione Campania ha adottato una deliberazione concernente la formazione del personale, pubblico e privato, impegnato nelle attività di tossicodipendenza.

INCIDENZA DEL VOLONTARIATO NEL SETTORE

Il Volontariato riveste particolare rilevanza nel settore delle tossicodipendenze. Infatti, collabora fattivamente con il Servizio Regionale e con le unità operative territoriali sia per quanto riguarda la prevenzione che per le problematiche inerenti le singole realtà territoriali.

PROBLEMI GENERALI APERTI E PROPOSTE MIGLIORATIVE

In relazione ad un più puntuale collegamento tra le risorse personali ed economiche investite nel settore, è prioritario risolvere le problematiche connesse alla valutazione ed alla verifica della qualità delle prestazioni in relazione all'utenza afferita, agli ingressi, alla presa in carico, agli abbandoni ed al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

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 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 1856/94

LEGGE PER COOPERATIVE SOCIALI

L.R. 7/94 modificata con 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

Deliberazione 655/97 in materia di prevenzione primaria e coordinamento dei Centri di Documentazione

Deliberazione 1905/97 in materia di valutazione dell'esito

Deliberazione 206/97 in materia di Nuove Droghe

LEGGI PER FONDO NAZIONALE DI INTERVENTO PER LA LOTTA ALLA DROGA

Deliberazione 2587/97 "Finanziamento progetti d'intervento su tossicodipendenza e alcoldipendenza"

MODELLO ORGANIZZATIVO

MODELLO OPERATIVO

Le attività di recupero e cura degli stati di dipendenza sono di competenza delle Aziende USL che le attuano attraverso l'istituzione del Dipartimento Dipendenze Patologiche. Esso costituisce la forma di coordinamento tecnico di tutte le funzioni e le strutture territoriali (pubbliche e del privato sociale), che concorrono all'attività sulla tossicodipendenza, al fine di garantirne l'unitarietà e la pari dignità dei compiti operativi nelle diverse sedi e settori di intervento.

Nella nostra Regione sono previsti 28 SERT (dei 44 operanti). Gli utenti in carico ai SERT nell'anno 1997 sono 9058. Nei SERT sono impegnate 457 unità di personale.

Le strutture residenziali del privato sociale sono 64 (35 gli Enti Ausiliari iscritti all'Albo), con 1900 utenti e circa 220 operatori. A queste vanno aggiunte 14 sedi operative semiresidenziali, con 250 utenti e 75 operatori.

Dieci le strutture semiresidenziali pubbliche e 4 quelle residenziali.

ATTO D'INTESA CON MINISTERO GRAZIA E GIUSTIZIA

Delibera 4043/95, che istituisce convenzioni con DAP e Direttori Istituti Penitenziari

SISTEMA INFORMATIVO

In tutti i SERT della Regione il sistema informativo è basato sulla cartella informatizzata, entrata in uso nel 1993 ed aggiornata nel 1997. Con questo strumento è possibile monitorare gli utenti in carico ai Servizi, i programmi terapeutici per loro intrapresi, le attività svolte. Un programma informatizzato segue i risultati ottenuti dai Servizi sull'utenza, quale sviluppo dell'attività di valutazione intrapresa nei SERT e negli Enti Ausiliari. La cartella sanitaria informatizzata è in corso di predisposizione anche per gli Enti Ausiliari del territorio. In ogni SERT sede di Azienda USL è attivo l'Osservatorio tossicodipendenze. Presso il Servizio Politiche Accoglienze della Regione opera l'Osservatorio Regionale Tossicodipendenze.

ATTUAZIONE E RISULTATI INIZIATIVE FINANZIATE DAL FONDO NAZIONALE

Formazione

- La clinica delle tossicomanie. Psicoterapia nei SERT. Lezioni tematiche e lavori di gruppo. Nell'anno si sono svolti 11 incontri, con la partecipazione di 40 operatori.

-Inserimenti Sociali e Lavorativi. Sei giornate da ottobre a dicembre 1997, residenziali. Relatrice: Dott.ssa Manukian. 40 partecipanti

-Regionale Tossicodipendenze - Rimini 14-17 aprile 1997. Partecipanti: 400 operatori. Residenziale.

-Corso di educazione socio-affettiva. Due giornate residenziali (26/27 febbraio) più 8 giornate di supervisione durante l'anno. Coinvolti 25 operatori. Relatrice: Dott.ssa Francescato

-Gruppi di auto-mutuo aiuto nel trattamento delle tossicodipendenze. Febbraio 1997, 3 giornate residenziali. Relatori: Renzetti - Ronconi - 50 operatori coinvolti

-Formazione e supervisione équipe SERT: in ogni SERT si sono svolti corsi di formazione e supervisione in cui sono stati coinvolti tutti gli operatori. Finanziamenti per 289 milioni.

PROBLEMI GENERALI APERTI E PROPOSTE MIGLIORATIVE

-Revisione dell'organizzazione dei Servizi Tossicodipendenze territoriali, come scaturito dalle riflessioni della Conferenza Nazionale di Napoli;

-Necessità di linee guida su temi centrali per il lavoro, quali la riduzione del danno, le nuove droghe, l'alcolismo;

-Necessità/obbligo per le Amministrazioni Regionali di provvedere alla formazione, riqualificazione e supervisione degli operatori impegnati nel settore tossicodipendenze;

- Necessità di approntare un sistema condiviso sulla Qualità dei Servizi e sulla valutazione degli interventi.

REGIONE LAZIO

QUADRO NORMATIVO REGIONALE

La Regione Lazio non ha adottato una specifica 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 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 Lazio non ha emanato direttive per l'organizzazione ed il funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze tranne che per l'azienda sanitaria locale di Frosinone, dove ha istituito con Delibera di Giunta il Dipartimento sperimentale per il disagio la devianza e la dipendenza.

Nel corso del 1997 l'ufficio tossicodipendenze ha partecipato, con le altre Regioni a numerose riunioni presso il Ministero della Sanità, aventi per tema: la riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti, essendo ormai impellente il bisogno di un nuovo assetto organizzativo dei servizi anche in relazione alla comparsa di nuove sostanze e di nuove forme di abuso.

Per ciò che attiene l'atto di intesa con il Ministero Grazia e Giustizia, i Ser.t. a causa della mancanza di operatori, a stento riescono a garantire un servizio completo all'interno del carcere nel territorio di competenza.

Con delibera di Giunta regionale del 1997 n. 4118 si è provveduto ad erogare la somma di £. 8.654.000.000 per il potenziamento dei servizi pubblici per le tossicodipendenze. Tale importo è stato completamente destinato all'assunzione di personale.

Con delibera di giunta del 17 giugno 1997 n. 3487 si è provveduto altresì alla rideterminazione delle rette da corrispondere agli Enti Ausiliari per l'assistenza ai soggetti tossicodipendenti.

Con decreti del Presidente della Giunta sono state effettuate variazioni ed ampliamenti di alcune sedi operative degli Enti Ausiliari iscritti all'Albo regionale.

Nelle strutture operanti nel campo alcologico, con delibera di Giunta regionale del 21 luglio 1997 n. 1722 è stato istituito un centro di riferimento regionale per i problemi e patologie alcolcorrelate. Tale centro, istituito presso il Policlinico Umberto I, svolge le seguenti funzioni:

- 1) Individuazione delle risorse e delle strutture che si occupano di problemi e patologie alcolcorrelate;
- 2) attuazione del coordinamento regionale dei rappresentanti dei servizi pubblici e privati;
- 3) promozione e sviluppo di modelli di formazione e aggiornamento periodico degli operatori pubblici e privati;
- 4) la predisposizione, promozione e sperimentazione dei protocolli coordinati anche sperimentali di intervento;
- 5) istituzione di una banca dati;
- 6) predisposizione, promozione e il coordinamento di modelli di prevenzione e sensibilizzazione rivolti alla popolazione giovanile;
- 7) predisposizione, promozione, coordinamento di modelli diagnostici sociali, medici e psicologici;
- 8) predisposizione, sperimentazione e il coordinamento di strumenti per la verifica ed il monitoraggio qualitativo e quantitativo;
- 9) coordinamento dell'attività di penetrazione dei servizi nel territorio rispetto alla soglia di accesso ai servizi stessi.

COLLEGAMENTO AD INIZIATIVE INTERNAZIONALI

Come già indicato nel modello organizzativo, la Giunta regionale, con atto deliberativo, ha istituito nell'Azienda USL di Frosinone il dipartimento sperimentale per il disagio, la devianza e la dipendenza (3D).

Il Dipartimento delle 3D ha presentato ed ottenuto l'approvazione (unica Azienda sanitaria in Italia) di un progetto per il settore Integra, denominato Risorse e Potenzialità - progettualità per l'occupazione Dipartimento 3D -, nell'ambito dell'iniziativa comunitaria "Occupazione e valorizzazione delle Risorse umane".

L'Azienda USL/FROSINONE ha inoltre presentato ed ottenuto l'approvazione di un progetto sempre per il settore INTEGRA, relativo alle misure previste "per migliorare l'accessibilità e la qualità dell'erogazione dell'intera gamma dei servizi ai gruppi vulnerabili ed alle persone svantaggiate e per sviluppare capacità di base ed approcci locali alla promozione del coinvolgimento e del pieno inserimento di tali gruppi beneficiari".

L'Azienda USL FR con il progetto denominato Risorse e Potenzialità - progettualità per l'occupazione dipartimento 3D, ha stabilito il programma di partenariato transnazionale con altri tre progetti europei, con l'obiettivo comune di verifica e confronto delle metodologie operative e dei risultati raggiunti nei propri

progetti nazionali e di avvio di percorsi formativi. I partners europei sono: Gran Bretagna, Portogallo, Francia.

L'Osservatorio Epidemiologico collabora alla stesura del rapporto nazionale sulla tossicodipendenza da inserire nel Rapporto dell'Osservatorio europeo sulla droga. Coordina per conto dell'Osservatorio europeo uno studio multicentrico sulla fattibilità di uno studio europeo longitudinale sulla mortalità dei tossicodipendenti. Collabora ai lavori del Gruppo Pompidou di epidemiologia presso il Consiglio d'Europa. Collabora con il programma sull'abuso di sostanze dell'Organizzazione Mondiale della Sanità alla definizione di un protocollo di studio sull'impatto della tossicodipendenza sulla salute.

FORMAZIONE

E' stato organizzato il "Master 1997" al quale hanno partecipato quattordici operatori provenienti da varie Regioni, e sette seminari.

RISPONDENZIA E COMPLETEZZA

Nel 1997 hanno risposto al Sistema Informativo 45 dei 48 Sert attivi nel Lazio all'inizio dell'anno, 23 strutture del privato sociale e 1 struttura carceraria (in diversi casi, come per esempio i carceri di Rebibbia e di Velletri, hanno stipulato una convenzione con i Ser.T. competenti per territorio, per cui sono i Sert stessi a rispondere al Sistema Informativo). (Tab.1)

Rispondenza al Sistema Informativo tossicodipendenze 1992-1997

		Contatti	Sert	EA	Carceri	
1992	_____	12885	10099	2355	431	
1993	_____	12657	9698	2635	324	
1994	_____	12746	9900	2512	334	
1995	_____	14237	11244	2792	201	
1996	_____	13208	10682	2363	163	
1997	—	14468	11720	2578	170	

Strutture rispondenti al SITD

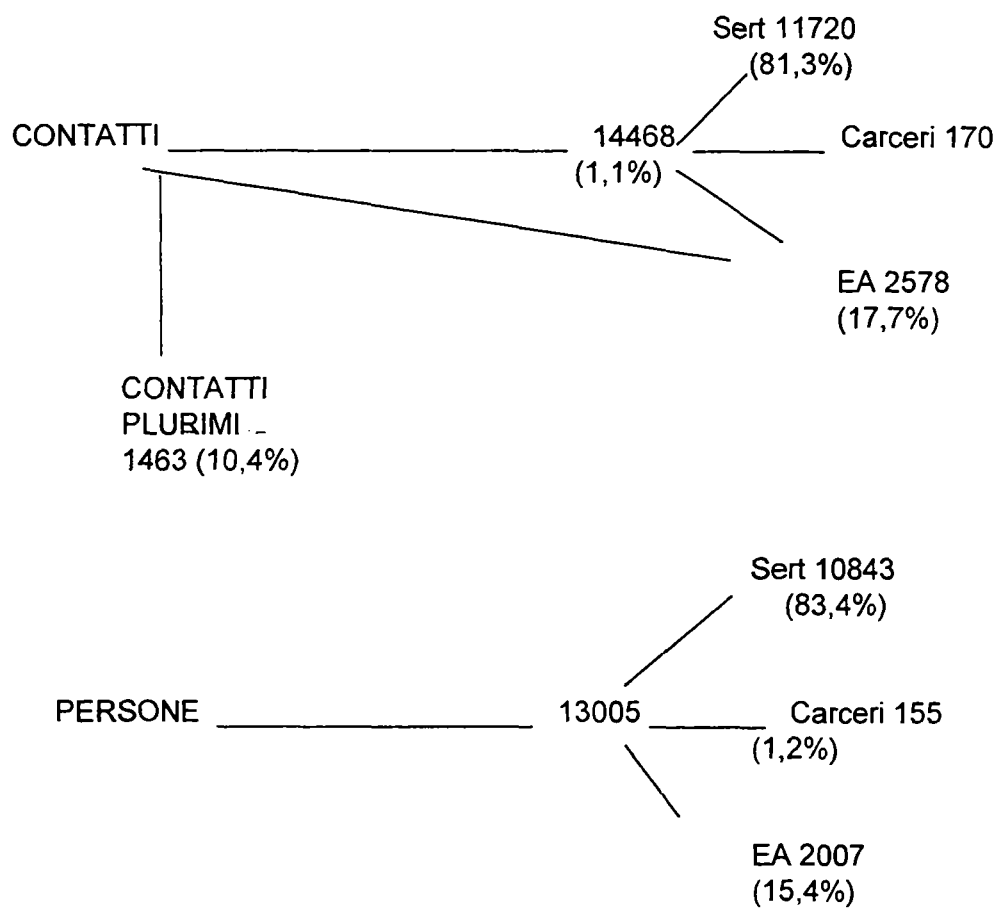
n. Sert	49	44	50	50	47	45
n. EA	36	32	32	32	28	23
N. Carceri	8	6	3	3	3	1

Persone 11429 11784 11780 12778 11951 13005

Distribuzione degli utenti per provincia e per tipo di servizio 1997

	Utenti Sert		Utenti E.A.		Utenti Carceri	
	(n=11720)		(n=2578)		(n=170)	
	n°	%	n°	%	n°	%
Provincia						
Roma	6943	59,2	2159	83,7	---	---
Roma	2051	17,5	321	12,4	11	6,4
Latina	1073	9,1	---	---	---	---
Frosinone	820	7,0	66	2,6	159	93,6
Viterbo	610	5,2	---	---	---	---
Rieti	223	2,0	32	1,3	---	---

SISTEMA INFORMATIVO TOSSICODIPENDENZE LAZIO, 1997



REGIONE LIGURIA

QUADRO NORMATIVO REGIONALE

LEGGE REGIONALE DI ISTITUZIONE DEI SERT.:

L.R. 12 marzo 1984, N. 14 "Interventi sociali e sanitari per la prevenzione delle tossicodipendenze e per il trattamento dei soggetti che fanno uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope (B.U. 21 marzo 1984, n. 12)."

L.R. 8 novembre 1988, N. 59, "Modificazioni ed integrazioni alla legge regionale 12 marzo 1984 n. 14 "Interventi sociali e sanitari per la prevenzione delle tossicodipendenze e per il trattamento dei soggetti che fanno uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope".

L.R. 28 gennaio 1992 N. 5. "Istituzione dei SERT presso le Unità Sanitarie Locali. (B.U. 12 febbraio 1992, n. 4)".

L.R. 8 agosto 1994 N. 42. "Disciplina delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere del servizio sanitario regionale in attuazione dei decreti legislativi n. 502 del 30 dicembre 1992 e n. 517 del 7 dicembre 1993."

L.R. 20 gennaio 1997 N. 2 "Modifiche ed integrazioni alle norme di organizzazione e funzionamento delle Unità Sanitarie Locali. (B.U. 29.1.1997, n. 2)".

PIANO SANITARIO REGIONALE:

L.R. 3 aprile 1989 N. 8. "Piano Sanitario Regionale 1989/1991. (B.U. 19 aprile 1989 n. 6)".

PROGETTO OBIETTIVO SPECIFICO:

D.G.R. N.16, del 7.2.1995, "Piano Triennale per le tossicodipendenze 1995/1997. (B.U. 12.4.1995, n. 15)".

LEGGE PER ALBO ENTI AUSILIARI:

D.G.R. N. 3920 del 22 novembre 1996 "Albo regionale Enti e Associazioni che gestiscono strutture finalizzate alla riabilitazione o al reinserimento dei tossicodipendenti. Indicazioni operative ai sensi dell'art. 8, comma 3, della L.R. n. 14/84 e dell'art. 34 comma 1, della L.R. 42/94."

D.G.R. N. 5256, del 19 dicembre 1997 "Albo Regionale degli Enti Ausiliari per le tossicodipendenze che gestiscono, senza fini di lucro, strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti, ai sensi del D.M.S. 19/2/93."

LEGGE PER COOPERATIVE SOCIALI:

L.R. 1 giugno 1993, N. 23 "Norme di attuazione per la promozione e lo sviluppo della cooperazione sociale (B.U. 16 giugno 1993, n. 11)".

L. R. 30 gennaio 1995, N. 7 "Norme per il finanziamento della legge regionale 1 giugno 1993 n. 23 (Norme di attuazione per la promozione e lo sviluppo della cooperazione sociale) (B.U. 8 febbraio 1995, n. 3)".

LEGGE PER VOLONTARIATO:

L.R. 28 maggio 1992, N. 15 "Disciplina del volontariato (B.U. 10 giugno 1992, n. 10)".

LEGGE NEL SETTORE TOSSICODIPENDENZA:

L.R. 2 maggio 1990, N. 26, "Norme in materia di contributi per strutture destinate a soggetti tossicodipendenti e soggetti a rischio (B.U. 23 maggio 1990, n. 11)".

L.R. 2 maggio 1990, N. 33. "Integrazioni alla legge regionale 12 marzo 1984 n. 14 come modificata dalla legge regionale 8 novembre 1988, n. 59 sulla prevenzione della tossicodipendenza (B.U. 20 giugno 1990, n. 14)."

MODELLO ORGANIZZATIVO

MODELLO DELINEATO DALLE LEGGI REGIONALI NEL SETTORE

Gestione coordinata tra le attività e i servizi sociali e sanitari per la prevenzione, la tutela e il recupero delle tossicodipendenze;

In ambito A.S.L. l'U.O. dipartimentale è dotata di autonomia amministrativa e tecnico-operativa nell'ambito delle direttive emanate dal Direttore Generale;

Alle U.O. che svolgono attività di carattere sanitario è comunque garantita autonomia tecnico-funzionale nella scelta delle modalità operative;

Prestazioni assistenziali garantite nell'arco delle 24 ore svolte presso i Dipartimenti di emergenza e accettazione nonché presso le sedi di pronto soccorso di ospedali individuati dalla Giunta regionale

Collaborazione con le Associazioni di volontariato sociale e Enti Ausiliari.

ATTO DI INTESA CON IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - INTERVENTO NELLE CARCERI:

D.G.R. 11 luglio 1997, N. 2623 "Protocollo d'Intesa tra il Ministero di Grazia e Giustizia e la Regione Liguria per programmi di intervento e relative modalità di attuazione in favore dei detenuti all'interno e all'esterno del carcere e per l'area penale minorile."

STRATEGIE ADOTTATE:

Riduzione del danno, riduzione del rischio, interventi a bassa soglia, unità di strada, nuove droghe, collaborazione con terzo settore.

I Ser.T. sono presenti in ciascuna A.S.L., con una sede centrale per funzioni di direzione amministrativa e con sedi operative territoriali, a seconda del bacino di utenza della A.S.L. cui afferisce.

- Ser.T. previsti: 5, operanti 5, con 15 sedi operative;

- Strutture semiresidenziali pubbliche: /

- Strutture residenziali pubbliche: /

Enti Ausiliari:

13 Sedi legali, 19 sedi operative, con 391 posti residenziali e 141 posti semiresidenziali autorizzati.

SISTEMA INFORMATIVO:

Sistema fornito dal Ministero della Sanità

ATTUAZIONE E RISULTATI INIZIATIVE FINANZIATE DAL FONDO NAZIONALE

FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO:

"Programma regionale di formazione ed aggiornamento di operatori pubblici e del volontariato per le tossicodipendenze", finanziamento di L. 300.000.000 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.

"Il gruppo come strumento di lavoro nella produzione di servizi per le tossicodipendenze", finanziamento L. 200.000.000 predisposto dallo Studio di analisi psicologica di Milano, a gestione diretta di questa Amministrazione.

"Il ruolo terapeutico", finanziamento L. 20.000.000 predisposto dalla Scuola di formazione psicoterapeutica di Milano, a gestione diretta di questa Amministrazione.

D.G.R. del 29 dicembre 1997 N. 5480 "Progetti di formazione nel settore delle tossicodipendenze ai sensi della D.G.R. 864/97: corso a favore di 30 operatori dei SERT liguri, organizzato dalla A.S.L. 5 "Spezzino", Fondo Regionale lotta alla droga 1996;

D.G.R. del 7 novembre 1997, N. 4531 "Progetti di formazione nel settore delle tossicodipendenze ai sensi della D.G.R. 864/97."

ALTRO:

"Progetto per la realizzazione di un osservatorio epidemiologico regionale per le tossicodipendenze", finanziamento L. 300.000.000 predisposto dal C.N.R. di Pisa, Istituto di Fisiologia Clinica, Reparto di Epidemiologia, a gestione diretta di questa Amministrazione.

"Attivazione di una rete nazionale per la valutazione delle attività dei Ser.T.", finanziamento L. 76.774.647, progetto già attivato e integrato con fondi regionali per la lotta alla droga, attuato con D.G.R. del 22 gennaio 1998, n. 99 "Deliberazione quadro sui progetti di valutazione dei Servizi per le tossicodipendenze ai sensi del D.P.R. 309/90". Tale progetto si articola sia a livello nazionale che regionale e coinvolge Ser.T. e Comunità Terapeutiche nell'individuazione degli indicatori di Qualità dei Servizi.

COLLEGAMENTO AD INIZIATIVE INTERNAZIONALI:**INCIDENZA DEL VOLONTARIATO NEL SETTORE:**

Esiste da tempo e si va sempre più consolidando una stretta e fattiva collaborazione tra pubblico e privato-sociale che si è estrinsecata anche con la creazione di gruppi di lavoro misti e in corsi di formazione per entrambi i settori.

PROBLEMI GENERALI APERTI E PROPOSTE MIGLIORATIVE:

Adeguamento di organico e sedi, formazione del personale, potenziamento servizi nel settore delle nuove droghe, comorbidità, individuazione di strutture per la disintossicazione, attivazione di un servizio epidemiologico in grado di fornire dati aggiornati e facilmente classificabili e organizzabili.

Il progetto di valutazione della qualità dei servizi ha fornito un ulteriore e costruttivo momento di confronto sinergico tra il pubblico e il privato sociale che opera nel settore, è altresì aperto un tavolo di confronto per individuare e finanziare le attività delle C.T. non riconducibili al trattamento residenziale o semiresidenziale.

La regionalizzazione del fondo lotta alla droga, pur con alcuni nodi da risolvere, ha favorito il concetto di messa in "rete" dei servizi.

REGIONE LOMBARDIA

QUADRO NORMATIVO REGIONALE

LEGGE REGIONALE ISTITUZIONE SERT

LR 52/88 del 19.8.1988

DCR V/ 152 del 20.3.1991

LR 31/97 dell' 11.7.1997- Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali- art 8 "organizzazione delle Aziende sanitarie- Il dipartimento per le attività socio sanitarie integrate "

PIANO SANITARIO REGIONALE

Legge Regionale 31/97 del 11.7.1997 "Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali "

PROGETTO OBIETTIVO SPECIFICO

Progetto Strategico Regionale n.11.3.5 "Prevenzione ed intervento nella lotta alla dipendenza da sostanze illecite e lecite" inserito nel Piano Regionale di sviluppo.

In corso di elaborazione il SECONDO PIANO SOCIO ASSISTENZIALE che accoglie il dettato della sopra citata normativa regionale in particolare nel modello organizzativo dei servizi di protezione sociale, tramite il dipartimento ASSI.

ALBO DEGLI ENTI AUSILIARI

Recepimento Atto d'Intesa: deliberazione della Giunta Regionale N. 28738 del 23 maggio 1997

LEGGE COOPERATIVE SOCIALI

LR 16 del 1.6.1993

LEGGE PER IL VOLONTARIATO

LR 22 del 24.7.1993

LEGGE ASSOCIAZIONISMO

LR 28 del 16.9.1996

MODELLO ORGANIZZATIVO

A seguito dell'approvazione della Legge Regionale n. 31/97 di riordino del sistema socio sanitario si è avviata la riorganizzazione dei servizi nelle Aziende Sanitarie locali con decorrenza 1 gennaio 1998.

Al 31.12.1997 la situazione organizzativa è rimasta pertanto invariata rispetto all'anno precedente.

PER I SERT

Nel periodo di introduzione dell'aziendalizzazione delle USSL e in attesa della riforma sanitaria regionale, i Sert si distribuivano nelle 44 Aziende USSL, mantenendo sostanzialmente ciascuno la propria autonomia e solo in taluni casi organizzandosi un'unità operative trasversali con l'obiettivo di razionalizzare l'uso delle risorse.

DATI SINTETICI

Al 31.12.1997 risultano in servizio n. 959 operatori, con 19.511 soggetti in carico n.9 strutture semiresidenziali

PER IL PRIVATO SOCIALE

Al 31.12.1997 risultano iscritti all'Albo provvisorio regionale 165 Enti, articolati in 390 strutture.

Al 17 ottobre 1997, con delibera della Giunta Regionale n. 31735, sono stati accreditati provvisoriamente gli Enti ausiliari già iscritti all'Albo Regionale, già convenzionati con il Servizio Sanitario.

La spesa sostenuta nel 1996 per il trattamento di soggetti tossicodipendenti in strutture residenziali e semi-residenziali è stata di 50 miliardi per l'inserimento di 4778 soggetti in regime residenziale e 781 in regime semi-residenziale.

La spesa stimata per il 1997 è di 51 miliardi.

ATTO DI INTESA CON IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - INTERVENTI NELLE CARCERI

Tutte le 44 Aziende USSL 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.

Dati aggiornati al 31.12.1997

ISTITUTI N. 15 C.C.- 2 C.R. - 1 C.M.- 1 O.P.G.

DETENUTI PRESENTI N. 6755

DETENUTI TOSSICODIPENDENTI N. 1858 di cui n. 1731 uomini e 127 donne

DETENUTI IN TRATTAMENTO METADONICO N. 90 di cui 74 uomini e 16 donne

DETENUTI ALCOOLDIPENDENTI N. 47 di cui 44 uomini e 3 donne

STRATEGIE ADOTTATE

Proseguimento delle strategie definite dalla normativa regionale nell'anno 1996, in particolare:

INIZIATIVE SPERIMENTALI nell'area della prevenzione, recupero e socio-educativa

INTERVENTI DI RIDUZIONE DANNO

Programmi di prevenzione dell'infezione da hiv nei tossicodipendenti – unità mobili (n.9 unità di strada attive sul territorio)

Impostazione ed elaborazione tramite gruppi lavoro del Manuale della Qualità per le attività di strada – Documento presentato nel corso della 3° conferenza regionale per la prevenzione aids.

ATTIVITA' PER PROGETTI

Emanazione della circolare attuativa delle procedure per il riparto del fondo per la lotta alla droga regionalizzato (21-5-1997)

Impostazione e attivazione di un sistema di valutazione in via sperimentale per gli interventi finanziati (25-7-1997)

Costituzione del Gruppo tecnico per l'esame istruttorio delle domande di finanziamento e selezione dei progetti (25-8-1997)

Costituzione della Commissione Consultiva Regionale conseguente all'avvio delle procedure per il riparto regionale del Fondo Nazionale per la lotta alla droga (25-8-1997)

APPLICAZIONE ATTO DI INTESA STATO-REGIONI

Accreditamento provvisorio (d.g.r. 31735/97)

RIQUALIFICAZIONE OPERATORI

Nel 1997 è stato avviato il progetto formativo del personale in servizio negli Enti Ausiliari, al fine dell'adeguamento agli standard previsti nell'Atto d'Intesa Stato-Regioni. In particolare sono stati avviati:

- 9 corsi triennali per il conseguimento della qualifica di Educatore professionale, per complessivi 287 operatori in servizio presso 87 Enti e
- 16 corsi della durata di 200 ore ciascuno per la riqualificazione di 336 operatori che conseguiranno l'abilitazione a svolgere la funzione educativa.
- La spesa per la realizzazione dell'intero progetto è di L. 2.126.340.000.

SISTEMA INFORMATIVO

Il sistema informativo regionale si compone di due diverse rilevazioni dati:

- rilevazione dei dati del settore pubblico (SERT)

- rilevazione dei dati del privato sociale (Enti Ausiliari iscritti all'Albo regionale).

Le attività dei SERT vengono raccolte dai SERT stessi mediante apposita modulistica approvata con D:G:R: n.V/63916 del 14.2.1995 di adozione del sistema di monitoraggio epidemiologico delle tossicodipendenze.

La modulistica si compone di tre schede:

- la prima indaga le caratteristiche della domanda,
- la seconda raccoglie i dati sociali degli utenti, le pendenze penali, la sostanza d'abuso, il tipo di programma terapeutico, l'esito del programma terapeutico,
- la terza raccoglie le prestazioni giornaliere degli operatori.

E' prevista una verifica dell'attuale programma informatico di gestione dei dati e eventuali modifiche o sostituzione.

Le attività del privato sociale vengono rilevate mediante questionario apposito.

Attualmente si sta verificando il passaggio da un questionario ad uno nuovo, costruito per il nuovo programma informatico, di prossima consegna.

Il nuovo questionario prevede anche una parte relativa ai dati sulle entrate, per il monitoraggio della spesa regionale e dati sulle uscite.

ATTUAZIONE DI INIZIATIVE FINANZIATE DAL FONDO NAZIONALE

La quota-parte di £. 426.340.000 del Fondo Nazionale Antidroga destinato ad attività dirette regionali è stata utilizzata a parziale copertura del percorso formativo del personale degli Enti Ausiliari.

COLLEGAMENTO AD INIZIATIVE INTERNAZIONALI

Proseguimento collaborazione progetto Europeo Servizi di Accoglienza telefonica per le tossicodipendenze (FESAT).

REGIONE MARCHE

QUADRO NORMATIVO REGIONALE:

LEGGE REGIONALE ISTITUZIONE SER.T:

Deliberazione Amministrativa n. 80/92

PIANO SANITARIO REGIONALE:

Approvato dalla Giunta Regionale ed attualmente all'esame del Consiglio Regionale

PROGETTO OBIETTIVO SPECIFICO PER IL SETTORE:

Non esistente.

LEGGE PER ALBO ENTI AUSILIARI:

Legge Regionale n. 1 del 2.1.1992

LEGGE PER COOP. SOCIALI:

Legge Regionale n. 50 del 13.4.1995

LEGGE PER VOLONTARIATO:

Legge Regionale n. 48 del 1995

MODELLO ORGANIZZATIVO

Il SERT opera in più distretti. Il Distretto è l'area di riferimento delle attività .

- SERT previsti: n. 14; funzionanti: n. 14

- Personale previsto: 186; effettivamente impegnato: n.120 di cui: medici n.35; infermieri prof.li n.26; psicologi n.26; assistenti soc. n.23; amm.vi n.4; altri n.6.

Sono da aggiungere altri 44 operatori impegnati in attività integrative presso strutture collegate al SERT.

- 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. 3686.

- Strutture residenziali pubbliche n. 2; utenti giornalieri n.32;personale n. 15; giornate di degenza residenziale n. 9045.

- Strutture residenziali private (Comunità terapeutiche): n. 21; posti letto n. 388; personale n. 215 dipendenti.

- Spesa per rette: circa 9.000.000.000=

PROBLEMATICHE:

nessuna.

ATTO DI INTESA CON IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA INTERVENTO NELLE CARCERI:

Convenzioni esistenti: n.1 su n.6 - Esistono n. 4 protocolli di intesa.

- Strutture a custodia attenuata attivate: nessuna
- Detenuti tossicodipendenti negli Istituti Penitenziari della Regione: n. r.
- Problemi rilevati nel modello organizzativo di intervento negli Istituti Penitenziari: nessuno

STRATEGIE ADOTTATE:

Perseguire sia nel pubblico che nel privato la qualità degli interventi.

SISTEMA INFORMATIVO:

- per SERT: in fase di attivazione secondo le indicazioni del Ministero e con alcune integrazioni; avviata la sperimentazione dell'Osservatorio Regionale
 - per Enti Ausiliari: allo studio
- E' previsto un osservatorio regionale ed una cartella clinica regionale.

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); sono state avviate n.20 iniziative.

Seminari monotematici rivolti ad operatori vari: finanziate ed avviate n. 12 iniziative.

PROGETTI DI PREVENZIONE E REINSERIMENTO ADOTTATI DAGLI ENTI LOCALI E DAGLI ENTI AUSILIARI, DALLE COOP. SOCIALI E DAL VOLONTARIATO FINANZIATI CON FONDO NAZIONALE:

Sono stati finanziati n. 87 progetti

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).

- Osservatorio europeo: progetto coordinamento rilevazione dati tossicodipendente Progetto ICARO: USL interessata: Ancona

INCIDENZA DEL VOLONTARIATO NEL SETTORE: RILEVANTE.

Problemi generali aperti: Attuazione gestione SERT da parte del Distretto e riorganizzazione Dipartimentale.

PROPOSTE MIGLIORATIVE:

Attivazione Sezione Diagnosi e Cura in alcuni ospedali ovvero posti letti presso Reparti da individuare;

Separazione attività del CIC da quelle del SERT.

REGIONE MOLISE

La Regione Molise con L.R. 8/6/92 n.18 "Interventi sociali e sanitari per la prevenzione delle tossicodipendenze e dell'alcolismo e per il trattamento dei soggetti che fanno uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e psicotrope" ha individuato nei SERT le strutture di riferimento delle Aziende Ospedaliere per i tossicodipendenti e per le loro famiglie attribuendo agli stessi i compiti previsti dal decreto ministeriale n.444/90. I SERT attualmente sono 6 e la dotazione organica ai sensi del D.M. 30/1/90 n.444, è rapportata in relazione all'ipotesi di "bassa utenza".

Nel Piano Sanitario Regionale 97/98, approvato con deliberazione del Consiglio Regionale 30/12/96 n.505, ancora in fase di applicazione, il SERT è una struttura operativa inserita nell'area funzionale delle attività territoriali, mentre lo strumento organizzativo è il Dipartimento delle dipendenze con il compito di coordinare funzionalmente le unità operative interessate. Il tutto, sulla strategia programmatica di coinvolgere in modo sinergico più strutture per la realizzazione delle azioni di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento dei soggetti interessati.

Ai sensi del citato Piano Sanitario, l'efficacia degli interventi programmati nel settore di specie sarà valutata sulla base di determinati elementi che verranno evidenziati dal sistema informativo della Aziende Sanitarie.

I Ser.t. , tra i propri compiti istituzionali, curano anche i rapporti con gli istituti penitenziari della Regione che rientrano nel proprio ambito territoriale, mediante apposite Convenzioni con il Ministero di Grazia e Giustizia e nel rispetto della normativa vigente per la cura e riabilitazione dei detenuti tossicodipendenti.

Per quanto attiene il privato, la Regione ha disciplinato il volontariato con apposita L.R. n.3 del 1995; ha invece, con provvedimento della Giunta n.370 del 10/3/93, regolamentato l'iscrizione all'Albo regionale delle cooperative sociali.

Per quanto riguarda in particolare all'Albo degli Enti ausiliari di cui all'art.116 del D.p.R. 309/90, lo stesso è stato istituito con L.R. n.18/92 e con provvedimento della Giunta n.5288 del 9/11/92. La Giunta Regionale con atto deliberativo n.4304 dell'11/11/93 ha altresì recepito l'Atto di Intesa tra Stato e Regioni per la definizione dei criteri e modalità per l'iscrizione degli Enti Ausiliari che gestiscono strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale di tossicodipendenti nell'albo di cui sopra.

Al predetto albo sono state iscritte, secondo i criteri e le modalità dell'Atto di intesa, n.3 strutture residenziali (Comunità Terapeutiche) con capienza n.38 e personale n. 19.

- 1) Struttura operativa "La Valle" di TORO (CB) gestita dalla "Cooperativa Comunità Terapeutica Molise" con capienza n.11 e personale n.5;
- 2) struttura operativa "Il Girasole" di Rotello (CB) con capienza di n.15 e personale n. 5
- 3) struttura operativa "Il Noce" di Termoli (CB) con capienza n. 12 e personale n.4, gestita dalla Associazione Faced.

La Giunta Regionale con atto deliberativo n.3130 del 25/7/94, ha recepito l'accordo nazionale per la definizione delle rette e con successivo provvedimento n.4825 del 26/10/94 ha stabilito in £. 37.000 la spesa per la retta da erogare alle 3 strutture citate che sono convenzionate con le AA.SS.LL. competenti ai sensi del D.M. 19/2/93.

Il 21/7/97 con delibera giuntale n.2852 è stata adeguata, in via transitoria, la retta di cui sopra, definendo la stessa in £. 45.000 – pro die – pro capite.

Per quanto attiene il sistema informativo riguardante l'utenza e l'attività dei SERT e degli Enti ausiliari, lo stesso viene effettuato mediante le apposite schede di rilevazione ministeriali.

Per le iniziative di formazione relative al Fondo Nazionale per la lotta alla droga, si comunica che nel 1997 è stato realizzato il progetto di formazione per gli operatori attivi nell'ambito della prevenzione delle tossicodipendenze e dell'infezione da HIV - esercizio 1993 – finanziato nel 1997.

Nel Dicembre 1997 sono stati inoltre impegnati i fondi di cui sopra, riferiti agli Esercizi finanziari 94 e 95, per la realizzazione entro il 1998, dei seguenti corsi di formazione:

- corso di formazione per operatori di prevenzione relativo all'anno 1995;
- corso di formazione di terapia familiare ed Intervento sistemico.

Con provvedimento di Giunta Regionale n.3208 del 7/8/97 sono stati definiti i criteri e le modalità per il riparto della quota del Fondo Nazionale di Intervento per la lotta alla droga, nonché i termini e le modalità di accesso al finanziamento per l'esercizio 1996; allo stato attuale è in fase di definizione l'istruttoria per la valutazione dei progetti di specie al fine di assegnare e liquidare quanto prima il fondo di cui trattasi agli Enti meritevoli.

REGIONE PIEMONTE

QUADRO NORMATIVO REGIONALE

LEGGE REGIONALE ISTITUZIONE SER.T.:

L.R. 23.12.1977 n. 62; D.G.R. 69-1458 del 18.9.1995.

PIANO SANITARIO REGIONALE:

L.R. 23.4.1990 n. 37 "Norme per la programmazione socio-sanitaria regionale e per il Piano socio sanitario regionale". Approvazione L.R. 12/12/1997 n. 61 "Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano Sanitario Regionale per il triennio '97 / '99" allegati C.5 - C.6

PROGETTO OBIETTIVO SPECIFICO PER IL SETTORE:

il P.O. tossicodipendenze è ricompreso nella Legge Regionale 37/1990.

Per l'anno 1997 gli obiettivi prioritari perseguiti sono stati:

- l'attivazione con D.G.R. 137/19690 del 2/06/97 di quattro Gruppi Tecnico Consultivo (Ser.T. - Enti Ausiliari /Ser.T. - AIDS - Alcol e Volontariato);
- l'attivazione di un Gruppo di Studio Regionale sulle "Nuove Droghe";
- la definizione di Linee Guida nell'ambito delle tossicodipendenze/alcolodipendenze/AIDS: al fine di garantire una programmazione omogenea e coordinata degli interventi in ambito regionale;
- l'individuazione di modalità operative di collaborazione e coordinamento fra Enti Ausiliari e Ser.T.;
- l'attivazione in ogni ASL dei G.L.A. (Gruppi di lavoro Alcolismo)
- l'aumento dell'accessibilità dei Ser.T.(ampliamento orario apertura);
- l'incremento dell'Assistenza Domiciliare per i malati di AIDS mediante l'erogazione di fondi vincolati (L. 8.607.000.000);
- approvazione criteri e modalità di assegnazione riguardante il riparto del "Fondo Nazionale di Intervento per la Lotta alla Droga" trasferito alla Regione Piemonte;
- predisposizione atti amministrativi per l'attivazione di un Osservatorio Regionale sulle Dipendenze e A.I.D.S.;

LEGGE PER ALBO ENTI AUSILIARI:

Delibera Consiglio Regionale 18.10.1994 n. 906-13938 e lettera circolare 26.5.1995 n. 2114/49

LEGGE PER COOPERATIVE SOCIALI:

L. R. 9.6.1994 n. 18

LEGGE PER VOLONTARIATO:

L. R. 29.8.1994 n. 38

MODELLO ORGANIZZATIVO**MODELLO DELINEATO DALLE LEGGI REGIONALI NEL SETTORE:**

Unità operativa autonoma in ogni A.S.L., articolata in più sedi operative (attualmente 63 per 22 A.S.L.), 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: 712
- Strutture semiresidenziali pubbliche: n. 1; utenti n. 12; personale impegnato n. 11
- Utenti complessivamente in carico ai SER.T.: 13.647 - di cui 2542 inseriti in Comunità
- Strutture residenziali pubbliche n. 2; utenti n. 30; personale n. 22
- Strutture residenziali private (Comunità terapeutiche): n. 59 residenziali e n. 9 semiresidenziali; capacità ricettiva 1.600. personale n. 700 .
- Altro: Comunità per malati di AIDS: n. 5
Minialloggi per malati di AIDS: n. 2

PROBLEMATICHE RILEVATE:

necessità di ridefinire l'assetto organizzativo dei SER.T. a seguito dell'aziendalizzazione e della futura organizzazione dipartimentale.

ATTO DI INTESA CON IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA E INTERVENTO NELLE CARCERI:

Protocollo di intesa tra Ministero di Grazia e Giustizia e Regione Piemonte in data 4.12.1992 Rep. n. 2324.

- Convenzioni esistenti: 9 convenzioni più 1 limitatamente alla sezione a custodia attenuata su 13 istituti di prevenzione e pena.
- Strutture a custodia attenuata attivate: 1
- Detenuti tossicodipendenti negli istituti penitenziari della regione: n. 1.450 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.

STRATEGIE ADOTTATE:

Interventi a bassa soglia: quattro unità mobili, di cui due in funzione a Torino. una nella Provincia di Torino, una a Biella.

Due Centri Crisi in funzione a Torino. Uno in funzione a Verbania.

SISTEMA INFORMATIVO:

- per SER.T: cartella clinica regionale computerizzata
- per Enti Ausiliari: stessa cartella adattata

ATTUAZIONE E RISULTATI DELLE INIZIATIVE FINANZIATE DAL FONDO NAZIONALE - FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO:

Attività per operatori del servizio pubblico: n. 6 corsi (formati circa 100 operatori).

Attività integrata pubblico-privato sociale: n. 2 corsi (formati circa 290 operatori).

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 degli organici SER.T.
- Difficoltà nella stipula delle "convenzioni tipo" fra Aziende Sanitarie ed Istituti di Prevenzione e Pena
- Carenza di attrezzature e sedi idonee per i SER.T.
- Inquadramento del personale medico nella disciplina delle Farmacotossicodipendenze

PROPOSTE MIGLIORATIVE:

- 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.
- Proseguire e potenziare il coinvolgimento delle Regioni nella programmazione e nella stesura degli indirizzi nazionali nel settore.

REGIONE PUGLIA

QUADRO NORMATIVO REGIONALE

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" (osservato dal Governo e attualmente allestirne della competente Commissione Consiliare).

PIANO SANITARIO REGIONALE:

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.

PROGETTO OBIETTIVO SPECIFICO PER IL SETTORE:

In corso di predisposizione i provvedimenti regionali relativi alla partecipazione al progetto del Ministero della Sanità sulla valutazione degli interventi dei Ser.T .

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".

LEGGE PER COOPERATIVE SOCIALI:

L.R. 1.9.93 n.21 "Iniziative regionali a sostegno delle cooperative sociali e misure attuative della legge 8.11.1991, n.381 " Disciplina delle Cooperative Sociali".

LEGGE PER IL VOLONTARIATO:

L.R. 1.9.94 n. 11 "Norme di attuazione della legge - quadro sul volontariato"

MODELLO ORGANIZZATIVO

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 funzionali: n. 55 utenti complessivamente in carico ai Ser.t n. 11.539

STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PUBBLICHE:

in fase di realizzazione nel comune di TURI (Bari) una struttura semiresidenziale.

- Personale previsto: n. 438

- effettivamente impegnate: n. 359 (totalmente) – n. 120 (parzialmente)

STRUTTURE RESIDENZIALI PRIVATE:

Comunità' terapeutiche n.68 (sedi operative ed Enti ausiliari), definitivamente iscritte all'Albo della Regione.

SPESE PER RETTE:

I relativi oneri gravano sul Fondo di parte corrente assegnato alle ASL ai sensi del D. Lgs 502/92.

PROBLEMATICHE RILEVATE :

accorpamento territoriale delle vecchie strutture in nuovi Ser.t, problematiche inerenti alla carenza di personale nei Ser.t.

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

Struttura a custodia attenuata attivate:

- diverse comunità terapeutiche (Incontro, Emmanuel, etc.).
- Detenuti tossicodipendenti negli Istituti penitenziari della Regione:

nei 10 istituti risultano detenuti 1.729 tossicodipendenti.

- Problemi rilevati nel modello organizzativo di intervento negli Istituti Penitenziari:

rilevate in maniera episodica situazioni di scarsa collaborazione da parte delle comunità terapeutiche, evidenziate dal Servizio Sociale del Ministero di Grazia e Giustizia.

STRATEGIE ADOTTATE:

Esistono diverse esperienze attivate sul territorio, in particolare attraverso l'iscrizione all'albo di soggetti che esplicano attività di tipo territoriale (CAPS – Bari)

SISTEMA INFORMATIVO

per Il Ser.t: nell'ambito del progetto di informatizzazione avviato dal Ministero della Sanità;

RILEVAZIONE DATI UTENZA:

e' in fase di attivazione

ALTRE INIZIATIVE ED ATTIVITÀ:

Progetti di prevenzione ed inserimento adottato dagli Enti Locali e dagli Enti Ausiliari, dalle Cooperative sociali e dal volontariato finanziati con Fondo il Nazionale:

- Per l'anno 1996, sono stati definiti i criteri di utilizzo dei fondi (Deliberazione del Consiglio regionale 8.10.1996, n.143 "Modifica ed integrazione della deliberazione del Consiglio Regionale del 9.7.1996 n.110, avente oggetto "Criteri e modalità per l'attribuzione dei finanziamenti relativi alla quota regionale del Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga", con deliberazioni di G.R. n.9154/97, n.9335/97 sono stati liquidati e assegnati i fondi agli Enti locali, Aziende Usl ed Enti ausiliari.

INCIDENZA DEL VOLONTARIATO NEL SETTORE:

Il volontariato incide in misura rilevante nell'ambito del reinserimento e recupero sociale dei 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. Accreditoamento delle strutture.

PROPOSTE MIGLIORATIVE:

Potenziamento dei Ser.t., sia per gli aspetti logistico - organizzativi, sia per le piante organiche, regolamentazione dei requisiti per le strutture destinate al trattamento di soggetti che presentano più patologie (tossicodipendenza, psichiatria, HIV).

REGIONE SARDEGNA

QUADRO NORMATIVO REGIONALE

LEGGE REGIONALE ISTITUZIONE SER.T.:

Delibera Giunta Regionale 20.02.87 n. 6/94

Programma di potenziamento SER.T. : Delibera Giunta Regionale 12.11.91 n. 40/90

PIANO SANITARIO REGIONALE:

In via di approvazione da parte della Giunta Regionale (sono state già effettuate le consultazioni con tutti gli organismi coinvolti nella programmazione regionale).

PROGETTO OBIETTIVO:

Il Progetto obiettivo sulle tossicodipendenze, centrato sulla creazione di un sistema integrato dei Servizi, è stato inserito nel Piano Sanitario Regionale.

LEGGE PER ALBO ENTI AUSILIARI

Decreto Assessoriale 6688/43508 del 7.9.90 DGR 12 del 19.4.94.

LEGGE PER LE COOPERATIVE SOCIALI

Legge Regionale 22 Aprile 1997 n. 16 "Norme per la promozione e lo sviluppo della Cooperazione Sociale"

LEGGE PER IL VOLONTARIATO

L.R. 39 del 13.9.93

MODELLO ORGANIZZATIVO:

In attesa della costituzione del "Sistema Integrato dei Servizi" (S.I.S.T.) il Servizio Tossicodipendenze è inserito nell'ambito del Dipartimento diagnosi, cure e riabilitazione, delle Aziende USL.

SER.T. funzionanti n. 14

Personale effettivamente impegnato n. 225

ATTO DI INTESA CON IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA

Intervento nelle carceri:

Attivate n. 2 convenzioni

Attivati n. 2 protocolli operativi in attesa delle convenzioni.

STRATEGIE ADOTTATE:

Attivazione di unità di strada (DUE A Cagliari) finalizzate alla riduzione del danno.

SISTEMA INFORMATIVO:

E' operativo il progetto di informatizzazione promosso dal Ministero della Sanità

**ATTUAZIONE E RISULTATI INIZIATIVE FINANZIATE DAL FONDO NAZIONALE
- FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO:**

a) Predisposti e di prossimo avvio (Settembre 1998) n. 2 corsi di formazione, uno per dirigenti e l'altro per operatori di Ser.T.

REGIONE SICILIA

QUADRO NORMATIVO REGIONALE

LEGGE REGIONALE ISTITUZIONE SER.T.:

Decreti assessoriali 24.9.91 n.94758 e 29.6.92 n.233

PIANO SANITARIO REGIONALE:

In corso di adozione.

PROGETTO OBIETTIVO:

Legge regionale 21.8.1984 n.64 "Piano contro l'uso non terapeutico delle sostanze stupefacenti e psicotrope. Primi interventi".

LEGGE PER ALBO ENTI AUSILIARI

Legge regionale 21.8.1984 n.64.

LEGGE PER LE COOPERATIVE SOCIALI

LEGGE PER IL VOLONTARIATO

Legge regionale 7.6.1994 n.22 (GURS 8.6.1994 n.28).

MODELLO ORGANIZZATIVO:

Il Ser.T è inserito nel settore "salute mentale e tossicodipendenze"

Ser.T previsti: 52;

Personale utilizzato: 120 circa;

Strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche: nessuna;

Strutture residenziali private: 27;

Spesa per rette di soggiorno: circa 5 miliardi (il dato non comprende le Aziende sanitarie di Palermo e Catania – le rette sono state aggiornate nel corso del 1997)

ATTO DI INTESA CON IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA

Le Aziende USL hanno stipulato convenzioni.

SISTEMA INFORMATIVO:

Osservatorio epidemiologico regionale; i Ser.T e l'assessorato sono collegati con il Ministero della Sanità tramite pc forniti dal medesimo.

ATTUAZIONE E RISULTATI INIZIATIVE FINANZIATE DAL FONDO NAZIONALE
- FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO:

E' stata pubblicata la circolare contenente i termini e le modalità di presentazione dei progetti per l'utilizzazione della quota 1996.

INCIDENZA DEL VOLONTARIATO NEL SETTORE:

Utile collaborazione per la prevenzione e il reinserimento.

REGIONE TOSCANA

QUADRO NORMATIVO REGIONALE

LEGGE REGIONALE ISTITUZIONE SERT:

L.R. 51 del 9.9.1991

PIANO SANITARIO REGIONALE

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".

LEGGE PER ALBO ENTI AUSILIARI:

approvata, albo regionale relativo funzionante (L.R.T. n. 54/93); iscritti 18 Enti Ausiliari con 57 sedi operative;

LEGGE PER COOPERATIVE SOCIALI:

approvata, albo regionale funzionante (L.R.T. n. 13/94);

LEGGE PER IL VOLONTARIATO:

approvata, registro regionale relativo funzionante (L.R. 266/91 - L.R.T. 28/93 - L.R. 29/96).

MODELLO ORGANIZZATIVO

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, n. 530 unità 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.

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.

ATTO DI INTESA CON MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA E INTERVENTO NELLE CARCERI:

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. La presenza dei servizi è garantita in tutte le strutture penitenziarie.

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 1995 è stata aperta una struttura a custodia attenuata femminile per detenute ad Empoli (Firenze), che prevede una ospitalità fino ad un massimo di 30 soggetti con pregressa tossicodipendenza.

- 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.

STRATEGIE ADOTTATE:

la Regione Toscana non ha dato indicazioni operative univoche sulle strategie d'intervento, molti servizi seguono indicazione di "riduzione del danno" che

comporta interventi differenziati nei diversi SERT, in relazione alla "cultura" complessiva del servizio e dei singoli operatori.

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 alla necessità di elaborazioni più complesse e di produzione di indicatori di qualità.

REGIONE UMBRIA

QUADRO NORMATIVO REGIONALE

LEGGE REGIONALE ISTITUZIONE SER.T.:

Del G. R. 18.4.91 n. 3704 - Del G.R. 9.10.91 n. 9102.

PIANO SANITARIO REGIONALE:

PSSR 1985-87 L.R. 21.3.85, n.11; PSSR 1989-91 L.R. 27.3.90, n.9.

PROGETTO OBIETTIVO SPECIFICO:

PSR 1998-2000, in corso di approvazione.

LEGGE PER ALBO ENTI AUSILIARI:

del.G.R. 31.7.90, n.6589 (istituzione) – del. G. R. 7.7.93, n. 3951 (recepimento atto intesa).

LEGGE PER COOPERATIVE SOCIALI:

L.R. 2.11.93, n.12

LEGGE PER VOLONTARIATO:

L.R. 25.5.94, n.15.

MODELLO ORGANIZZATIVO:

Il PSR 1998-2000 prevede l'organizzazione dipartimentale dei Ser.t. incardinata nel Distretto sociosanitario.

ATTO DI INTESA CON IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA – INTERVENTO NELLE CARCERI:

Convenzioni tra USL e Istituti penitenziari.

STRATEGIE ADOTTATE:

Riduzione del danno – integrazione dei servizi sociosanitari.

ATTUAZIONE E RISULTATI INIZIATIVE FINANZIATE DAL FONDO NAZIONALE:

Sono state realizzate tutte le iniziative iniziate nel tempo dal Fondo nazionale. Sono in corso di attuazione le iniziative formative finanziate con il Fondo nazionale per gli esercizi finanziari 1994/95.

A dette iniziative vanno aggiunte i momenti formativi dei progetti finanziati dai progetti del Ministero della Sanità e all'ISS, ai quali la Regione ha aderito (valutazione, epidemiologia, ricerca Lab.).

E' inoltre in corso l'iniziativa di ricerca/ formazione degli operatori sulle nuove droghe, quale progetto regionale di formazione finanziato con il Fondo regionale 1996.

INCIDENZA DEL VOLONTARIATO NEL SETTORE:

Notevole presenza di associazioni di volontariato e di cooperative sociali attive nell'area della prevenzione e recupero, destinatarie di finanziamenti.

PROBLEMI GENERALI APERTI E PROPOSTE MIGLIORATIVE:

Occorre chiarire e definire le competenze del Ministero della Sanità e quelle del Dipartimento per gli Affari Sociali, onde evitare dispersione di energie e duplicazione di tavoli di concertazione.

Occorre certezza sui tempi di finanziamento del Fondo e sulla continuità di attribuzione dello stesso alle Regioni.

REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA

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.

IL PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE

E' stato adottato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 3541 del 02.08.1996 ed in seguito dal Consiglio regionale in data 06.03.1997.

PROGETTO OBIETTIVO:

Sulle tossicodipendenze della Regione Autonoma Valle d'Aosta.

GENERALITÀ E PRINCIPI ISPIRATORI

Tale progetto-obiettivo ha la finalità di riordinare gli interventi globali (prevenzione, cura, riabilitazione) sulle tossicodipendenze e le alcoldipendenze tenendo conto delle esperienze maturate, della realtà del fenomeno nel nostro contesto regionale, dello stato dei Servizi e delle risorse disponibili.

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.

Nasce quindi la necessità di sviluppare, in maniera organica, una rete di interventi strutturati.

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.

Il coordinamento e la Responsabilità dell'intero progetto spetterà al SERT dell'U.S.L. della Valle d'Aosta.

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.

Il modello di intervento proposto è soprattutto indicativo-pragmatico e andrà sviluppato in ogni sua parte sotto ogni aspetto teorico e pratico.

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.

ALBO ENTI AUSILIARI

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.

LEGGI PER COOPERATIVE SOCIALI

L.R. 26 aprile 1993, n. 20. Norme di attuazione della legge 08.11.1991, n. 381, recante "Disciplina delle Cooperative sociali" e modificazione 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. 04.05.1994, n. 15 "Norme di attuazione della legge 31.01.1992, n. 59 (nuove norme in materia di società cooperative)".

LEGGE PER VOLONTARIATO

L.R. 06.12.1993, 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 18.09.1987 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:

- attuare interventi di primo sostegno ed orientamento per i tossicodipendenti e le loro famiglie;
- attuare interventi di informazione e prevenzione particolarmente nei confronti delle fasce giovanili di popolazione;
- accertare lo stato di salute psicofisica del soggetto anche con riferimento alle condizioni sociali,
- certificare lo stato di tossicodipendenza;
- definire i programmi terapeutici individuali (farmacologici, psico-sociali, integrati);
- realizzare direttamente in convenzione con le strutture di recupero sociale il programma terapeutico e socio-riabilitativo,
- 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,
- 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,
- 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 31.12.1997

n. 4 medici

n. 4 infermieri

n. 2 psicologi

n. 4 assistenti sociali

n. 1 educatore professionale

n. 3 amministrativi

Totale personale effettivamente impegnato n. 18.

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 équipes lavoreranno quindi in un'ottica multimediale 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.

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.

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 90 nel 1997 di cui 54 casi con un trattamento solo psico-sociale e 36 con un trattamento solo farmacologico.

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.

Rispetto alle STRATEGIE ADOTTATE si rimanda al P.O. di cui al punto C) della presente relazione.

La realizzazione del SISTEMA INFORMATIVO è in corso di strutturazione facendo riferimento anche al Progetto di informatizzazione avviato dal Ministero della Sanità.

Per quanto concerne l'ATTUAZIONE DI INIZIATIVE FINANZIATE DAL FONDO NAZIONALE, è terminato un progetto per il reinserimento lavorativo di soggetti tossicodipendenti che prevedeva un percorso di circa 3 anni.

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

LEGGE REGIONALE ISTITUZIONE SER.T:

D.G.R. n. 5346 del 26.09.1991 e D.G.R. n. 4932 del 18.10.1994.

PIANO SANITARIO REGIONALE:

L.R. 3 febbraio 1996 n. 5 "Piano Socio-Sanitario regionale per il triennio 1996/1998".

PROGETTO OBIETTIVO SPECIFICO PER IL SETTORE:

- Progetto-obiettivo "Prevenzione e cura delle tossicodipendenze" approvato con CR n. 23 del 25.02.1997 attualmente all'esame della competente Commissione Consiliare.
- 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."
- Progetti speciali in fase di avvio:
 - carcere
 - prevenzione primaria
 - modelli organizzativi

LEGGE PER ALBO ENTI AUSILIARI:

D.G.R. n. 4637 del 7.8.1992 e n. 246 del 28.01.1997.

LEGGE PER COOP. SOCIALI:

L.R. n. 24/92 "Norme in materia di cooperazione sociale".

LEGGE PER VOLONTARIATO:

L.R. n. 40/93 "Norme per il riconoscimento e la promozione delle organizzazioni di volontariato".

LEGGE NEL SETTORE TOSSICODIPENDENZA:

Il progetto obiettivo prevede la revisione della L.R. 22.10.1982 N. 49 "Competenza e disciplina degli interventi in materia di prevenzione, cura, riabilitazione e

reinserimento sociale dei dipendenti da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool”

MODELLO ORGANIZZATIVO

MODELLO DELINEATO DALLE LEGGI REGIONALI NEL SETTORE:

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. 10.478.
- Strutture semiresidenziali pubbliche: n. 7; giornate assistenza: 20.546; personale n. 52.
- Strutture residenziali pubbliche: n. 1; giornate di degenza residenziale 6.586; operatori n. 11.
- Strutture residenziali private (Comunità terapeutiche): n. 30; utenti n. 1841; personale n. 180
- Spesa per rette: L. 22.220.000.000 (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.

ATTO DI INTESA CON IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA -INTERVENTO NELLE CARCERI:

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: due presso l'ex Casa Lavoro di Venezia e l'I.P. di Padova ed un'altra in fase di realizzazione, presso l' I.P. di Venezia, per detenute tossicodipendenti.

- Detenuti tossicodipendenti negli Istituti Penitenziari della Regione n. 777 su 2074 (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 I.P.P., 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".

STRATEGIE ADOTTATE:

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.

SISTEMA INFORMATIVO:

In corso di predisposizione le cartelle informatizzate per Ser.t. ed Enti Ausiliari.

ATTUAZIONE E RISULTATI DELLE INIZIATIVE FINANZIATE DAL FONDO NAZIONALE

I finanziamenti del Fondo per i progetti sono stati resi disponibili con L. 28 marzo 1997, n. 86 di sanatoria degli effetti prodotti dai decreti-legge adottati in materia di prevenzione e recupero dalle tossicodipendenze.

Per le iniziative formative attivate dalla Regione del Veneto nel corso del 1997 sono state finanziate L. 899.000.000.

FORMAZIONE 1995

Stessi corsi per gli stessi importi.

Con D.G.R. n. 6683 del 18.12.1995 e n. 2140 del 10.06.1997 è stato regolato il procedimento per il finanziamento dei progetti di intervento a valere sulla quota del Fondo nazionale lotta alla droga, esercizio finanziario 1996, trasferito alla Regione Veneto, su attuazione della L. 28.03.1997 n. 86.

Su n. 140 progetti presentati a fine 1997 con DGR n. 4868 del 30.12.1997, ne sono stati finanziati n. 115: n. 88 progetti di iniziativa pubblica (Aziende Ulss e Enti locali), per un importo di lire 7.702.695.000.= e n. 27 del privato sociale, per un importo di lire 2.674.546.875.=.

Gli interventi sono attualmente in corso d'esecuzione.

Una quota pari al 3% del Fondo esercizio finanziario 1996 è stata invece riservata ad iniziative regionali nel campo della formazione e della valutazione.

COLLEGAMENTO AD INIZIATIVE INTERNAZIONALI:

Collegamento con la Rete Informatizzata Europea (REITOX) istituita dall'Osservatorio Europeo sulla Droga (OEDT).

INCIDENZA DEL VOLONTARIATO NEL SETTORE:

L'apporto insostituibile del volontariato è stato confermato dal progetto-obiettivo "Prevenzione e cura delle tossicodipendenze" citato al punto c).

PROBLEMI GENERALI APERTI E PROPOSTE MIGLIORATIVE

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.

Si rimanda alle proposte migliorative approvate dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni in data 13.02.1997, e presentata alla Conferenza Nazionale sulla Droga di Napoli.

PAGINA BIANCA

VIII PARTE

CONCLUSIONI: STRATEGIE, OBIETTIVI ED INDIRIZZI

Come evidenziato nei capitoli precedenti, la Relazione annuale al Parlamento per l'anno 1997 risente della fase di "transizione" dalla impostazione classica al nuovo modello adottato in conformità al Rapporto europeo.

Si spiega, quindi, il quadro non esaustivo offerto dalla parte conclusiva del documento..

Ripercorrendo il percorso tracciato negli anni precedenti, alcune fra le Amministrazioni interessate hanno fornito i contenuti specifici di questo capitolo come parte integrante dei contributi presentati nelle parti I e IV.

A circa un anno dalla Conferenza di Napoli, appare evidente l'impegno che i soggetti istituzionali, sulla base delle proprie competenze, hanno posto nell'affrontare i numerosi problemi emersi dal dibattito.

Con doverosa sollecitudine, il Governo e le amministrazioni territoriali e locali hanno avviato importanti processi di attuazione delle strategie operative scaturite dalle relazioni finali, messe a punto dai gruppi di lavoro riuniti a Napoli, grazie al contributo offerto da esperti, operatori dei servizi pubblici per le tossicodipendenze, rappresentanti del privato sociale e del volontariato, amministratori locali ed esponenti politici.

Ancora una volta è però necessario sottolineare la forte esigenza, presente ad ogni livello di attività, di una forma di coordinamento "super partes" delle competenze e degli interventi diffusi e realizzati sul territorio nazionale in materia di tossicodipendenze.

A Napoli è stata discussa l'ipotesi della creazione di un organismo governativo a carattere scientifico, sul modello di quanto realizzato in molti Paesi europei. Tale struttura potrebbe al meglio provvedere al compito di raccogliere, elaborare e diffondere le informazioni prodotte a livello nazionale, promuovere e coordinare programmi di valutazione degli interventi di riduzione della domanda, garantire un adeguato supporto conoscitivo al Comitato nazionale per la lotta alla droga, porsi come interlocutore dell'Osservatorio europeo di Lisbona e di altri organismi internazionali.

A breve termine, è senz'altro prioritario garantire la disponibilità degli importi stanziati dal "Fondo nazionale", prevedere programmi di valutazione dei risultati dei progetti presentati, promuovere e coordinare l'integrazione dei servizi in ambito locale e regionale, rimodulare gli interventi di informazione sulle tossicodipendenze e di formazione degli operatori del settore, implementare la raccolta dei dati negli ambiti tuttora non considerati.

L'Osservatorio permanente sul fenomeno della droga, in collaborazione con le altre strutture del Ministero dell'Interno che si occupano di tossicodipendenze e con le amministrazioni dello Stato, nonché con il coordinamento delle Regioni, si prefigge l'obiettivo di migliorare la raccolta e

l'elaborazione dei dati relativi al monitoraggio del fenomeno in Italia, sul versante epidemiologico, preventivo e repressivo, al fine di fornire al Governo un significativo quadro di sintesi sull'evoluzione del problema, sviluppando, nel contempo, la diffusione delle informazioni prodotte.

Parallelamente, l'Osservatorio è impegnato a promuovere le iniziative che potranno condurre ad un miglioramento del tipo e della quantità di informazioni disponibili sulle droghe sintetiche e, più in generale, sulle dipendenze da droghe diverse dall'eroina.

Al fine di realizzare queste finalità, l'Osservatorio ritiene utile che vengano intraprese e sviluppate indagini specifiche volte a studiare e far conoscere aspetti "sommersi" del fenomeno, non facilmente rilevabili e ad identificare, in modo più preciso, le caratteristiche della popolazione esposta al rischio.

Le strategie operative che l'Osservatorio intende perseguire per il raggiungimento di tali obiettivi attengono ad una maggiore specificazione delle definizioni usate da tutti i soggetti coinvolti - sia pubblici che privati -, all'adozione di una terminologia comune ed all'armonizzazione dei criteri di registrazione dei "casi".

Si ritiene altresì indispensabile eliminare le duplicazioni di informazioni sugli utenti che hanno contatti multipli con le strutture in uno stesso arco di tempo, attraverso l'accesso, in forma anonima, ai "dati individuali", nel pieno rispetto della tutela della "privacy".

In tale direzione sembra necessario un intervento legislativo che, dando specifica copertura normativa alla possibilità di acquisizione di informazioni integrate sul singolo soggetto, elimini nel contempo qualsiasi dubbio di compatibilità con le disposizioni contenute nella Legge 675/96.

Per ottenere questi risultati occorre, da un parte, dotarsi di sempre più appropriati ed uniformi mezzi tecnologici, che permettano la trasmissione e la trattazione dei dati e delle informazioni in tempo reale; dall'altra avvalersi - per la raccolta e l'elaborazione dei dati stessi - di personale fornito di adeguate ed aggiornate conoscenze di tipo statistico-epidemiologico.

L'Osservatorio cercherà di sviluppare le linee programmate sopra descritte, anche in qualità di Punto Focale Nazionale dell'Osservatorio Europeo, proseguendo ed incrementando ogni forma di attività e collaborazione a livello europeo ed internazionale.

La Direzione Generale dei Servizi Civili continuerà nell'attività di studio ed armonizzazione degli interventi attuati dai Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze delle Prefetture, valorizzando il ruolo da essi svolto all'interno della rete di servizi ed operando quale "trait d'union", a livello locale, tra le iniziative pubbliche e private.

La Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, oltre ad affinare, anche sul piano informatico, gli strumenti giuridici di cui possono avvalersi le Forze di Polizia impegnate nella lotta al narcotraffico, svilupperà ulteriormente - attraverso opportune e mirate iniziative - una proficua cooperazione a livello europeo ed internazionale che consenta di pervenire ad una articolata strategia di risposta globale al problema.

Nelle Forze Armate, le iniziative attualmente in corso di realizzazione, per la prevenzione delle tossicodipendenze sono piuttosto varie ed articolate: necessitano, pertanto, di un costante coordinamento, 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 erogati dal Fondo nazionale

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.

Secondo l'Ufficio Centrale per la giustizia minorile le tendenze più rilevanti emerse nel corso del 1997, sono le seguenti:

- un atteggiamento di complessiva maggiore flessibilità del trattamento e delle cure da realizzare in ambienti specializzati, fuori dai Servizi penali, e verso la realizzazione di interventi di prevenzione;
- un aumento del numero dei minori che hanno ricevuto un trattamento terapeutico di tipo residenziale (comunità);
- un accentuato interesse nel perseguimento di obiettivi e progetti specifici per una migliore conoscenza dei fenomeni legati all'assunzione di droghe e per la razionalizzazione delle risorse umane ed economiche investite nell'opera di prevenzione e trattamento;
- l'ottica entro la quale si colloca la definizione di tali interventi punta al perseguimento di obiettivi di ampia portata, connessi con i più generali fini rieducativi che si propone la giustizia minorile.

L'azione di risposta tende non soltanto verso la riduzione delle conseguenze negative dei comportamenti patologici sui singoli individui, ma all'attivazione di percorsi formativi in grado di modificare le condotte negative non ancora cristallizzate;

• i dati raccolti relativamente ai flussi di utenza, nel loro complesso, mostrano una sostanziale stabilità rispetto agli anni precedenti, con limitati scostamenti nelle distribuzioni percentuali che non assumono rilievo dal punto di vista statistico; segno, questo, del radicamento consolidato dell'abuso di sostanze in una fascia non secondaria di minori devianti;

• sono auspicabili, in campo minorile, modifiche legislative indirizzate a contemplare, nell'ambito dell'art. 76 del T.U. 309/90, l'affidamento al servizio sociale con l'applicazione di prescrizioni, nonché l'estensione dei benefici previsti per i condannati anche ai soggetti in attesa di giudizio definitivo e, infine, la possibilità di un trattamento amministrativo dei casi di minorenni stranieri irregolarmente entrati in Italia;

• l'insieme delle considerazioni svolte induce a ritenere essenziale un più organico rapporto di collaborazione interistituzionale tra Servizi della giustizia minorile e Servizi territoriali in materia di trattamento e prevenzione dell'abuso di sostanze stupefacenti tra i minori devianti.

Obiettivi e indirizzi

Il problema delle tossicodipendenze nelle strutture della giustizia minorile assume proporzioni estremamente limitate rispetto a quelle delle realtà penali e penitenziarie degli adulti.

Tuttavia, nonostante le dimensioni finora ridotte del fenomeno, appare opportuno che anche in questo contesto si adottino misure efficaci per il trattamento e, soprattutto, per la prevenzione dei soggetti affetti o a rischio.

In questo senso, l'ottica entro la quale dovrebbe essere collocata la definizione di tali interventi dovrebbe puntare al perseguimento di obiettivi di ampia portata, connessi con i più generali fini rieducativi che si propone la giustizia minorile.

In questa prospettiva, si dovrebbe puntare non soltanto alla riduzione delle conseguenze negative dei comportamenti patologici sui singoli individui, ma, almeno in via tendenziale ed ideale, all'attivazione di percorsi formativi in grado di modificare le condotte negative non ancora cristallizzate e di riorientare il soggetto verso l'assimilazione di modelli di comportamento ed atteggiamenti valoriali positivi e socialmente accettabili.

Questi obiettivi appaiono certamente ambiziosi, ma non irrealistici, se si considera che la condizione di tossicodipendenza, nell'età minore, è fortunatamente, fino ad ora, raramente diffusa anche tra quelle fasce della popolazione giovanile che si possono già definire per altri versi "devianti".

Ciò consente di affermare che, pur nel generale deterioramento della situazione sociale e nella consapevolezza critica dei limiti propri degli interventi fin qui attivati nel campo del recupero delle tossicodipendenze, è tuttora possibile impostare il lavoro dei servizi in una prospettiva che superi la dimensione propriamente terapeutica per assumere connotazioni di carattere pedagogico.

Il presupposto di questo approccio consiste nell'attuale, relativamente basso, livello della pericolosità sociale e dell'assuefazione alle sostanze stupefacenti.

Gli interventi praticabili alla luce di questi dati risultano, tuttavia, paradossalmente ancor più complessi di quelli di tipo strettamente terapeutico, coinvolgendo una molteplicità di dimensioni e di soggetti istituzionali che non si riducono agli aspetti e alle figure professionali di tipo sanitario.

Il tipo di sostanza assunta dalla maggior parte dell'utenza penale minorile è principalmente la *cannabis*, mentre le sostanze di maggiore impatto sull'organismo (tra cui gli oppiacei, la cocaina, ecc.) sono utilizzate da una porzione percentualmente ristretta di soggetti.

Significativo, a questo riguardo, è il fatto che, in generale, l'uso di sostanze più nocive è maggiormente diffuso tra i soggetti che entrano negli istituti penali minorili (dove confluiscono i casi di maggiore rilevanza penale) e che sono, quindi, sottoposti a misure di custodia cautelare o a pene detentive.

Indicativo è pure il fatto che in ambito minorile si sta diffondendo il fenomeno degli assuntori di due o più sostanze, anche qui con

un'accentuazione leggermente maggiore negli istituti penali rispetto agli altri servizi (centri di prima accoglienza e servizi sociali).

Questi dati, in sostanza, consentono di ipotizzare una corrispondenza tra tipo di assunzione delle sostanze e livello di coinvolgimento in reati da parte di minori devianti assuntori di droga.

Ad un maggior livello di coinvolgimento in atti criminosi si associa, sul piano statistico, un tipo di assunzione più nocivo e, probabilmente, più radicato nello stile di vita dei singoli soggetti.

Questa interpretazione trova conferma, d'altronde, anche nei dati relativi al livello di assuefazione riscontrato; la condizione di tossicodipendenza, infatti, è nettamente più diffusa tra i minori in custodia cautelare o in esecuzione di pena detentiva che tra i minori seguiti dai servizi sociali o entrati nei centri di prima accoglienza.

Occorre, peraltro, osservare che la condizione più diffusa è attualmente quella dell'assunzione abituale di sostanze; in effetti, data la giovane età dei soggetti, non è facile che si instauri già a questa età una condizione di tossicodipendenza.

Per quanto riguarda il tipo di reato commesso dai minori assuntori di droga, i dati raccolti evidenziano una preminenza alquanto spiccata delle violazioni della Legge 309/90, rispetto ad altri tipi di reato (compresi quelli contro il patrimonio e la proprietà privata che sono i più diffusi dopo quelli di detenzione e spaccio di sostanze).

Anche questo dato indica la corrispondenza tra assunzione di condotte devianti, spesso aggravate dall'associazione ad organizzazioni criminali e assunzione di droga già in soggetti in età evolutiva.

Il fatto è molto grave, se si considerano i danni formativi, spesso irreparabili che conseguono a questa situazione.

La sovrapposizione tra mondo criminale e consumo di sostanze stupefacenti, constatata da gran parte degli esperti e degli operatori del settore, risulta emergere, seppure con minore evidenza, anche nell'ambito della giustizia minorile.

Esiste, in particolare, una circolarità tra uso e spaccio di droga che sembra avvalorare l'immagine di un mondo deviante organizzato "a circuito chiuso" e difficile da penetrare nel momento del passaggio del soggetto all'interno del sistema penale-penitenziario.

Servono, di conseguenza, nuovi strumenti d'intervento che puntino sul collegamento tra prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

Ciò vale anche per il problema specifico dei soggetti affetti da AIDS. Fino ad oggi, nelle strutture penali minorili non sono stati registrati casi conclamati della malattia, ma soltanto alcuni casi di sieropositività, peraltro presenti anteriormente al 1997. In considerazione del fatto che l'attuale conoscenza scientifica delle modalità di diffusione della sindrome non è completa, non è possibile formulare una previsione pienamente attendibile sulla diffusione futura del fenomeno.

E', di conseguenza, necessario mantenere un valido monitoraggio sanitario sulle condizioni generali di salute della popolazione minorile seguita dai servizi penali.

Sul piano delle attività formative all'interno delle strutture si avverte la necessità di predisporre un potenziamento dell'informazione sanitaria che contempli anche il tema della trasmissione del virus HIV e delle cautele utili ad evitare il contagio.

L'Ufficio Centrale Giustizia Minorile ha concentrato inoltre gli sforzi sull'attivazione di programmi e iniziative in grado di riempire di contenuti educativi l'esecuzione penale e che, in campo terapeutico, privilegiassero l'apertura al territorio delle strutture, attivando collaborazioni con altri soggetti istituzionali.

Nel campo delle tossicodipendenze, ciò è riuscito finora soltanto in parte, date le oggettive difficoltà che si incontrano talvolta nella collaborazione tra servizi a livello decentrato.

Sotto questo profilo, è risultato assolutamente prioritario il potenziamento degli interventi congiunti con i SERT, non soltanto sul piano della terapia farmacologica, ma anche in campo psicologico.

Un problema che quasi sicuramente assumerà proporzioni sempre più ampie nel prossimo futuro riguarda l'utenza minorile extracomunitaria, fortemente coinvolta nello spaccio di droga e con problematiche sanitarie consistenti.

In questo campo occorrono, tra l'altro, nuovi strumenti amministrativi che consentano di applicare a questa utenza, quasi sempre irregolare, una gamma di interventi più articolata di quella attuale, in applicazione della legge sull'immigrazione.

In generale, si ritiene che, per quanto riguarda il complesso dell'utenza minorile, dovrebbe essere opportuno e proficuo utilizzare le misure previste dagli artt. 90-91-93-94-96 del D.P.R. 309/90. In questi casi sarebbe opportuno limitare l'esperienza della detenzione.

Ciò non appare incompatibile, date le dimensioni numeriche e qualitative del fenomeno nell'ambito della giustizia minorile, con le esigenze terapeutiche ed anzi, consentirebbe, sostanzialmente, quell'ampliamento delle prospettive d'intervento delineato inizialmente.

Sia in questi casi che in quelli penali si rivela, conseguentemente, opportuno un potenziamento delle iniziative interistituzionali per il coordinamento, da un lato, delle attività di rilevazione del fenomeno, per acquisire una più precisa conoscenza delle sue dimensioni, da un altro lato, degli interventi da attuare, ferme restando, ovviamente, le competenze specifiche dei singoli organismi, ma attivando procedure di lavoro di rete che si sono dimostrate le più fruttuose per un'effettiva razionalizzazione delle risorse impiegate e per l'ottimizzazione dei risultati.

Nell'ambito delle previsioni normative specificamente rivolte all'ambito minorile, appare opportuno richiamare l'attenzione sulla possibilità, in qualche modo implicita nell'attuale normativa, ma che richiederebbe una più esplicita definizione, di contemplare, tra i provvedimenti dell'autorità giudiziaria previsti dall'art. 76 del T. U. 309/90, l'affidamento al servizio sociale (lett. "h" del

predetto articolo), con l'applicazione contestuale delle prescrizioni previste dallo stesso comma 1 dell'art. 76.

Inoltre, non appare inutile precisare che il dettato dell'art. 86, relativo all'espulsione dello straniero condannato, non può essere applicato letteralmente ai casi di minorenni extracomunitari, in quanto ad essi deve applicarsi comunque l'art. 37 della L. 184/83, che prevede l'estensione delle misure di tutela previste dalla legge citata per i minori italiani anche a quelli stranieri, in quanto la persona di minore età, a prescindere dalla cittadinanza e dal reato commesso, deve fruire di tutte le misure di protezione applicabili al suo caso ed ogni provvedimento deve essere assunto nel rispetto del prevalente interesse del minore.

Un rilievo centrale assume l'opportunità di modificare, per i minorenni, l'art. 90 e l'art. 94 della L. 309/90, nel senso di un'estensione anche ai minori interessati da misure cautelari della possibilità di sospensione della pena e di affidamento al servizio sociale, prevista oggi solo per il tossicodipendente condannato che si sia sottoposto o abbia in corso un programma terapeutico e socio-riabilitativo.

Ciò risulta necessario, perché nel settore minorile la gran parte dei soggetti ospitati negli istituti penali è sottoposta alla misura della custodia cautelare e che, per la lieve entità del reato, al momento della condanna il periodo già trascorso in istituto risulta spesso di lunghezza equivalente alla pena da scontare, vanificando, quindi, per questi minori, la possibilità di proseguire o intraprendere di nuovo un trattamento che ancora potrebbe dare esiti positivi e risolutivi.

Analisi degli spazi di intervento in ambito legislativo

Migliore definizione delle fattispecie illecite.

Il nuovo sistema comporta un maggior carico di incertezza nell'applicazione delle norme, in quanto la linea divisoria tra l'illecito penale e quello amministrativo è divenuta più evanescente, affidata ad elementi di natura eminentemente soggettiva, difettando nella disciplina degli stupefacenti un regime differenziato che tenga conto delle diverse situazioni in cui viene a trovarsi un consumatore occasionale, rispetto ad un consumatore abituale o ad un tossicofilo o, ancora, ad un tossicodipendente.

Occorre, innanzitutto, pensare ad una migliore formulazione delle fattispecie incriminatrici, operando una attenta selezione delle condotte illecite ed isolando le ipotesi minori.

Migliore individuazione di condotte caratterizzate dalla finalità dell'uso personale.

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 potrebbe chiarirsi, anche attraverso un intervento normativo che limiti la discrezionalità

dell'interpretazione giurisprudenziale, il concetto di uso personale, anche con riferimento alle ipotesi di consumo di gruppo e di codetenzione di stupefacenti.

Revisione del sistema sanzionatorio e trattamento del tossicodipendente.

Il problema del controllo del consumo di droga si inserisce nella più vasta tematica della introduzione di un nuovo sistema sanzionatorio penale, con previsione di nuove sanzioni sostitutive e di misure alternative alla detenzione, con riferimento alla generalità dei casi.

Nell'ambito di questa riforma globale dovranno essere prese in considerazione le peculiarità della condizione di tossicodipendenza, tenendo conto che tale condizione è già oggi oggetto di valutazione e considerazione da parte dell'ordinamento penale e processuale.

In questo senso potrebbe, ad esempio, studiarsi la possibilità di introdurre tipi di sanzioni contenenti l'obbligo di prestare un'attività non retribuita a favore della collettività per finalità sociali o di pubblica utilità oppure che limitino la libertà di circolazione dell'imputato in determinati giorni della settimana.

Analoga revisione dovrebbe essere condotta in relazione alle sanzioni amministrative previste dall'art. 75, alcune delle quali si sono rivelate del tutto inadeguate allo scopo.

Inoltre, si rende necessario differenziare i meccanismi di induzione al programma terapeutico, in relazione alle diverse tipologie di consumatori di droga.

E' infatti chiaro che il trattamento di riabilitazione non possa valere anche per il consumatore occasionale che non ha alcuna dipendenza dalla droga; d'altro lato, appare opportuno incentivare la sottoposizione, su base volontaria, al programma terapeutico dei consumatori abituali e dei tossicodipendenti.

Disciplina "penitenziaria" del tossicodipendente: necessità di potenziare il circuito di detenzione attenuata.

In una prospettiva di riforma appare opportuno procedere ad un incremento delle strutture a custodia attenuata per i detenuti tossicodipendenti, utilizzando le esperienze pilota dei centri oggi operanti.

In tali strutture l'aspetto prevalente non è quello custodiale, bensì quello del recupero terapeutico e trattamentale e per questa ragione si parla di custodia attenuata.

La creazione di istituti penitenziari idonei per lo svolgimento di attività terapeutica per i tossicodipendenti è un obiettivo che si è già tradotto in norma di legge (art. 95 d.p.r. 309/1990), ma attualmente in Italia sono ancora pochi gli istituti che si inseriscono in questo circuito.

Riduzione del danno.

Appaiono praticabili ed opportuni quegli interventi di natura organizzativa, che nell'ambito della teoria della "*harm reduction*", sono finalizzati a limitare al minimo i danni prodotti dall'abuso di droghe, prescindendo dall'obiettivo principale della totale astinenza dall'uso di tali sostanze.

In alcuni Paesi si è già sperimentata questa strategia di intervento, che agisce esclusivamente sul piano sanitario, ad esempio prevedendo programmi di controllo dei tossicodipendenti dal punto sanitario, distribuendo siringhe sterili, prevedendo somministrazioni sotto controllo medico di sostanze stupefacenti, inserendo una struttura di zona composta di assistenti sociali a sostegno dei tossicodipendenti.

Si tratta di tentativi che, nei diversi Paesi, hanno assunto aspetti molto divergenti.

In Italia la teoria della "riduzione del danno" è stata oggetto di attenta discussione alla Prima Conferenza nazionale sulla droga tenutasi a Palermo il 24-26 giugno 1993, in cui si è riconosciuta attendibilità scientifica ed efficacia sanitaria a tale strategia di intervento.

Iniziative governative.

In tema di politica contro le droghe, il Governo si è impegnato a recepire le indicazioni emerse dalla Conferenza di Napoli, compatibili con la sua linea di politica legislativa e penitenziaria.

Al fine di predisporre una serie di interventi organici, presso il Ministero di grazia e giustizia è stata costituita una Commissione di studio sulle problematiche riguardanti il trattamento penale, processuale e penitenziario dei tossicodipendenti, degli alcolodipendenti e delle persone affette da HIV (luglio 1997), i cui lavori sono terminati nell'aprile scorso.

Anche sulla base delle proposte della Commissione, il Governo ha individuato le seguenti linee di intervento in materia di disciplina degli stupefacenti:

- *verifica della eventuale esistenza di ulteriori spazi di depenalizzazione* di comportamenti legati all'uso delle sostanze, tenuto conto degli obblighi provenienti dalle convenzioni internazionali e secondo le linee interpretative indicate dalla cassazione (coltivazione domestica e consumo di gruppo);
- *introduzione di misure alternative irrogate direttamente dal giudice della cognizione*, per reati commessi in relazione all'accertato stato di tossicodipendenza;
- *riconsiderazione critica della efficacia e della reale funzione delle sanzioni amministrative*, alcune delle quali (ad es. la sospensione della patente) hanno un effetto almeno parzialmente inabilitante, che sembra in contrasto con l'obiettivo del recupero sociale;
- *favorire il trattamento del tossicodipendente*, differenziando i meccanismi di induzione al programma terapeutico, in relazione alle diverse tipologie di consumatori di droga.

E' infatti chiaro che il trattamento di riabilitazione non possa valere anche per il consumatore occasionale che non ha alcuna dipendenza dalla droga; d'altro lato, appare opportuno incentivare la sottoposizione, su base volontaria, al programma terapeutico dei consumatori abituali e dei tossicodipendenti.