

Il gruppo di lavoro "stupefacenti" si è occupato della elaborazione di un manuale operativo sulle transazioni simulate.

Il Punto Focale Nazionale dell'Osservatorio europeo di Lisbona incaricato dello svolgimento dei compiti connessi all'attività di coordinamento dei flussi informativi nazionali e dei progetti e studi finanziati dall'Osservatorio medesimo, ha proseguito nello svolgimento di qualificanti attività, tra cui:

- Revisione ed aggiornamento della "Mappa delle Fonti Informative sulle tossicodipendenze", effettuate coinvolgendo un più elevato numero di Centri di documentazione (da 15 sono diventati 25). Nell'ottica di monitorare un maggior numero di soggetti pubblici e privati, il Punto Focale sta lavorando per un ulteriore incremento della Mappa Informativa che includa le organizzazioni non governative e le regioni.
- Partecipazione alla seconda fase del progetto europeo E.D.D.R.A. (Exchange of data on Demand Reduction Activities), avviato in via sperimentale nel 1996 dall'Osservatorio Europeo. Il progetto punta alla creazione, presso l'O.E.D.T., di una Banca-dati informatizzata per la raccolta 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 e di conoscenze fra professionisti ed operatori del settore.

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. Attualmente i progetti inseriti nel Data-Base centrale sono circa un centinaio.

- Partecipazione -in attuazione di una delibera del Consiglio dell'UE finalizzata ad un'azione comune tra gli Stati membri- al "*Sistema di allerta per lo scambio rapido di informazioni sulle nuove droghe sintetiche*" non elencate nelle tabelle previste dalla Convenzione delle Nazioni Unite del 1971.
- Individuazione di tipologie di trattamento e di indicatori dei decessi correlati alla droga.

In collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e con la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno, è stato elaborato un questionario esplorativo mirato alla definizione di indicatori standardizzati dei decessi droga-correlati al fine di pervenire ad un trattamento unitario a livello europeo. E' stato, inoltre, compiuto uno studio comparativo, coordinato dal Punto Focale greco, per migliorare la qualità ed il raffronto dei dati relativi alle varie tipologie di trattamento realizzate nell'Unione Europea.

- Partecipazione, in qualità di Paese osservatore, al progetto coordinato dall'Istituto Francese TOXIBASE per l'attivazione di una "*Biblioteca Virtuale*" residente su banca dati telematica per consentire la circolarità di informazioni bibliografiche nel campo delle tossicodipendenze.
- Verifiche e studi necessari per procedere all'omologazione, a livello europeo, delle infrastrutture nazionali hardware e software, come previsto dal progetto europeo I.D.A. (Interchange of Data between Public Administrations), di cui è parte integrante il progetto di Rete Informativa europea sulle tossicodipendenze (REITOX).

Gruppo di Dublino. L'Italia ha contribuito attivamente allo svolgimento delle attività di questo Gruppo che opera per assicurare il coordinamento tra i Paesi dell'UE e l'Australia, Canada, Giappone, Norvegia e USA nel campo della cooperazione allo sviluppo e dell'assistenza verso i Paesi terzi nella lotta alla droga. L'Italia ha in particolare assicurato la presidenza biennale dei *Minigruppi* di Dublino nei Paesi appartenenti all'ex Unione Sovietica, da molti dei quali si registrano importanti flussi di droga verso l'Italia e l'Europa occidentale in genere.

Consiglio d'Europa. Un'attiva partecipazione è stata assicurata all'interno del Gruppo Pompidou, nel quale l'Italia ha contribuito alle attività di studio e di analisi per l'elaborazione di normative internazionali in grado di assicurare una repressione coordinata dei traffici di droga.

Il nostro Paese è anche attivamente coinvolto in attività di studio di specifici indicatori epidemiologici e sulle tossicodipendenze.

Iniziativa per l'Europa Centrale (INCE). Il 9 e 10 ottobre 1998 si è svolta a Trieste, dietro impulso italiano, la prima riunione dei Ministri dell'Interno dei 16 Paesi aderenti all'INCE alla quale ha partecipato come osservatore il Vice Ministro dell'Interno della Russia. E' stata approvata una dichiarazione congiunta contro la criminalità organizzata che prevede, fra l'altro, l'intensificarsi della collaborazione nell'azione di contrasto al traffico ed allo smercio di droghe, anche sintetiche, e dei precursori.

Cooperazione in ambito Nazioni Unite

L'Italia ha fornito significativo impulso al processo di cooperazione con gli Stati di produzione e transito degli stupefacenti, soprattutto nel campo della formazione.

Ha preso parte alla elaborazione di accordi bilaterali con altri Paesi mirati a rendere più proficua la collaborazione nell'azione di contrasto alla droga, al terrorismo e alla criminalità organizzata (Angola, Bolivia, Siria, Kazakistan, Uzbekistan, Uruguay).

Rappresentanti italiani hanno partecipato a numerosi incontri con delegazioni straniere, in Italia ed all'estero, in attuazione di accordi bilaterali. Si citano quelli con la Turchia, la Spagna, l'Arabia Saudita ed il Messico (riunione della Commissione Binazionale tenutasi a Roma dal 18 al 19 novembre 1998, in cui è stato redatto un nuovo progetto di accordo sulla specifica materia, che sostituisce il precedente del 1991).

A tali impegni sono da aggiungere quelli sviluppati a livello bilaterale, anche attraverso la rete degli ufficiali di collegamento stranieri, nell'ambito della competenza tecnica attribuita alla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno. Rientra in tale ottica l'attività svolta dagli ufficiali di collegamento e dagli esperti antidroga distaccati nelle sedi ritenute più a rischio.

In armonia con gli impegni assunti alla Sessione speciale sulla droga dell'Assemblea Generale, l'Italia ha incrementato l'appoggio politico e finanziario ai programmi ONU contro la droga, applicando il principio dell'approccio

equilibrato in tema di riduzione della domanda e dell'offerta, raccomandato dalla Sessione speciale.

Il nostro Paese è stato uno dei principali donatori del programma delle Nazioni Unite contro la droga (UNDCP) con 15 miliardi di lire (2 in più rispetto al 1997).

L'Italia non ha solo assicurato un cospicuo finanziamento alle attività dell'UNDCP ma, partecipando ai momenti decisionali più importanti di questo organismo e facendo sentire la propria opinione nelle periodiche riunioni dei maggiori donatori, ha contribuito in modo determinante alla scelta dei programmi di cooperazione allo sviluppo finanziati dalla stessa UNDCP ed al sostegno di tali Paesi per creare colture sostitutive.

In definitiva, le risorse finanziarie italiane sono state utilizzate per consolidare i risultati già ottenuti in America Latina (Perù, Colombia, Bolivia) nello sviluppo alternativo delle colture illecite, per rafforzare le capacità di Paesi dell'Africa australe e centrale ed asiatici (Iran e Pakistan) di fronteggiare adeguatamente il fenomeno della droga, anche sul fronte della domanda, con particolare attenzione all'esigenza di prevenire l'abuso di stupefacenti tra le giovani generazioni.

Ugualmente attiva è stata la collaborazione con la Commissione droga delle Nazioni Unite (INCB) nei lavori di analisi sul livello di applicazione nei singoli Paesi -e quindi anche in Italia- delle Convenzioni internazionali contro la droga e fornendo dati ed informazioni sul traffico illecito degli stupefacenti sul nostro territorio (coltivazione, produzione e repressione).

Un'attenzione particolare è stata infine dedicata al dialogo con tutti i Paesi del mediterraneo nella lotta alla droga, svolgendo un ruolo spesso trainante nell'ambito sia del dialogo Euro-mediterraneo che degli incontri dei Ministri dell'Interno del mediterraneo occidentale.

CAPITOLO 3

Il ruolo delle regioni e delle province autonome

Il fenomeno tossicodipendenze, in relazione ai vari fattori che ne possono condizionare l'espressione sia da un punto di vista della dimensione che delle caratteristiche, presenta situazioni molto eterogenee tra regione e regione ed all'interno delle stesse regioni spesso acquisisce caratteristiche diversificate da zona a zona.

Tale variabilità si manifesta soprattutto per quanto riguarda le sostanze utilizzate, le modalità d'uso e di conseguenza la tipologia degli utilizzatori e le situazioni di ordine pubblico correlate allo spaccio delle sostanze. Basti pensare alla diversa densità di utilizzatori ma anche alla differenziata tipologia di sostanze che si possono trovare nelle zone turistiche marittime rispetto a quelle metropolitane o montane e alla variabilità stagionale a cui sono assoggettate tali zone.

Di fronte ad una variabilità geografica di questo tipo non vi è dubbio che l'approccio programmatico per gli interventi non possa che essere tarato e dimensionato sulle singole realtà locali, tenendo conto che interventi realmente efficaci nel campo delle dipendenze non possono esimersi dal coordinare le loro azioni con le politiche generali e nazionali. Non è presumibile pensare di poter salvaguardare un ristretto territorio dal problema ritenendo che i territori vicini non possano in qualche modo influenzare l'andamento anche del proprio. Per contro, politiche di intervento generali esclusivamente basate su interventi a valenza nazionale, con progetti quindi ad impianto non adattato alle realtà locali, hanno dimostrato scarso effetto sia per la complessità gestionale che per l'inadeguata adattabilità alle variegate situazioni regionali.

Le regioni e le province autonome hanno istituito un gruppo di lavoro specifico sulle tossicodipendenze per coordinare gli interventi alla luce anche delle politiche nazionali ed europee.

Le regioni e le province autonome espletano la loro attività in ambito socio-sanitario e, come è noto, hanno una propria autonomia programmatica derivata da una opportuna e razionale scelta sulla base della quale la rete assistenziale regionale viene dimensionata ed orientata in relazione ai bisogni, rilevati da ogni regione e provincia autonoma, della propria organizzazione socio-sanitaria e delle risorse disponibili.

I principali ruoli, non delegabili, delle regioni e delle province autonome sono definibili in quattro aree principali che riguardano l'indirizzo, la programmazione-pianificazione, il controllo ed il coordinamento. Anche se al momento non esiste un grado di sviluppo omogeneo della capacità delle diverse amministrazioni nella gestione dei suddetti compiti, in pratica essi si espletano attraverso una serie di azioni che in sintesi si riportano di seguito:

- la valutazione dei bisogni del proprio territorio mediante analisi ed indagini che utilizzino metodologie scientificamente orientate ed epidemiologiche;
- la programmazione/pianificazione generale degli interventi in relazione ai bisogni così definiti;
- l'allocazione razionale delle risorse disponibili sia per la rete assistenziale permanente che per i vari progetti, compresa la corretta e tempestiva gestione dei finanziamenti derivanti dal Fondo nazionale per la lotta alla droga, provvedendo all'attivazione e al mantenimento della complessa rete assistenziale per le tossicodipendenze;
- il coordinamento dei piani di intervento territoriali espletato sia tramite le Aziende socio sanitarie locali, gli Enti locali le Organizzazioni del privato sociale e volontariato accreditate, sia tramite indicazioni e linee guida coerenti con i piani sociosanitari nazionali, sia tramite la conduzione e il coordinamento dei rapporti fra pubblico e privato sociale accreditato, al fine di garantire in un ottica di sistema la valorizzazione e l'uso razionale di tutte le risorse utilizzabili nella lotta contro la droga;
- il coordinamento e la programmazione delle attività di formazione comune degli operatori del pubblico e del privato sociale accreditato;
- l'attivazione ed il mantenimento di un costante ed affidabile flusso di dati per il rilevamento dinamico-epidemiologico, anche al fine di cogliere eventuali variazioni del fenomeno e nuove necessità derivanti;
- la valutazione permanente dell'efficacia e dell'efficienza del sistema mediante l'introduzione di tecniche di gestione dei servizi basate sulla "qualità totale", tali da consentire di mettere in relazione le risorse impiegate con le prestazioni erogate, i risultati ottenuti (sia in termini preventivi che curativi) e i processi utilizzati;
- il coordinamento e la promozione delle attività di ricerca applicata che vengono espletate sul territorio regionale spesso in maniera non coordinata e non inserita in una logica di programmazione;
- l'espletamento di un ruolo di interlocutori nei confronti dei Ministeri, tramite il coordinamento delle regioni e delle province autonome, in merito alla promulgazione delle politiche nazionali comportanti la successiva attivazione di interventi od azioni con impegno di risorse o strutture regionali/aziendali (a qualsiasi titolo utilizzate) o di interferenze con i progetti e i piani regionali in atto;
- garantire l'allineamento delle politiche territoriali con le politiche e le strategie nazionali ed europee.

A questi compiti generali le Regioni sono chiamate per programmare e mantenere interventi in ambito preventivo, terapeutico, di prevenzione delle patologie correlate e riabilitative. Si tratta quindi di interventi a favore della popolazione a rischio di sviluppare dipendenza e delle persone che già presentano problemi di dipendenza (comprese le patologie correlate all'uso di sostanze) o che facciano uso di sostanze stupefacenti.

Un importante ruolo delle regioni e delle province autonome, che si espleta più in ambito etico-culturale che normativo, è la promozione di modelli culturali proteggenti e promuoventi la salute dei cittadini attraverso varie iniziative di comunità tendenti soprattutto a promuovere stili di vita liberi dall'uso di sostanze stupefacenti (di qualsiasi natura) ed atteggiamenti individualmente responsabili e basati sull'acquisizione della consapevolezza del problema e sulla libera scelta dell'individuo.

Molti altri specifici ruoli potrebbero essere declinati ma fondamentalmente risulta chiara l'autonomia programmatica che ogni regione e provincia autonoma assume nel contesto normativo nazionale esistente e che attualmente fa riferimento soprattutto al DPR n.309 del 1990 ed alla legge n. 45 del 1999, atti normativi che troveranno applicazione, con vario livello di realizzazione sul territorio nazionale, mediante propri atti, progetti obiettivi e programmi di intervento supportati dall'utilizzo di finanziamenti.

CAPITOLO 4

L'utilizzazione delle risorse e la valutazione degli interventi

Alla data del 31 dicembre 1998, il Fondo nazionale d' intervento per la lotta alle tossicodipendenze, istituito dall' art. 127 del DPR n. 309 del 1990, disponeva di stanziamenti superiori a 400 miliardi, provenienti sia dall'esercizio 1998 che 1997.

Nell'anno non sono state effettuate erogazioni, considerato che le modalità da applicare (quelle definite da pregressi decreti-legge -reiterati 23 volte e non convertiti in legge ed i cui effetti sono stati sanati dalla legge n. 86 del 1997- si riferivano solamente agli esercizi 1994, 1995 e 1996) non potevano che essere individuate nelle disposizioni recate dal DPR n. 309 del 1990, largamente superate dai processi di decentramento intervenuti ed anche da numerosi orientamenti parlamentari.

L' entrata in vigore della legge 18 febbraio 1999, n. 45 ha riattivato il meccanismo normativo di erogazione delle risorse finanziarie del Fondo, che per gli esercizi finanziari 1997, 1998 e 1999 ammontano ad oltre 600 miliardi di lire e che saranno erogati entro il 1999. Nella prossima Relazione al Parlamento si darà ampiamente conto del processo e dei risultati conseguiti.

La legge n. 45 del 1999 prevede in particolare:

- il trasferimento annuale alle Regioni del 75% delle risorse finanziarie del Fondo, da utilizzare per il finanziamento di progetti di prevenzione, recupero e reinserimento sociale dei tossicodipendenti, presentati da Comuni, Aziende Sanitarie Locali ed Organizzazioni del "privato sociale".

La legge definisce gli obiettivi da conseguire con i progetti, mentre il Governo, con atto d'indirizzo e coordinamento, individua i criteri generali che le Regioni devono adottare per la valutazione dei progetti.

Se le Regioni non impegnano in tempo utile le risorse trasferite, il Governo attiva i poteri sostitutivi, nominando un "commissario ad acta" per lo svolgimento delle procedure di finanziamento dei progetti;

- la promozione ed il coordinamento, da parte del Dipartimento per gli Affari sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri, d'intesa con altre Amministrazioni statali, di progetti sperimentali di prevenzione e di razionalizzazione dei processi d'interscambio delle informazioni sul fenomeno, utilizzando il 25% del Fondo.

La valutazione dei progetti è effettuata da una Commissione di esperti istituita presso il Dipartimento.

Nei prospetti che seguono è riportata la distribuzione dei finanziamenti erogati dal Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga per gli anni dal 1990 al 1996 (in complesso, oltre 1.200 miliardi di lire) per tipologia di amministrazione e/o organizzazione, per area geografica e per esercizio finanziario.

Tav. 4/1

Distribuzione per tipologia di Enti e per esercizi finanziari dei finanziamenti a carico del Fondo Nazionale d'Intervento per la lotta alla droga

Esercizi Finanziari	Amministrazioni dello Stato		Regioni		Enti locali		ASL		Enti del privato sociale		Totale	
	Progetti	Importi (x 1000)	Progetti	Importi (x 1000)	Progetti	Importi (x 1000)	Progetti	Importi (x 1000)	Progetti	Importi (x 1000)	Progetti	Importi (x 1000)
1990	23	79.632.400	15	7.488.756	244	36.322.550	*	*	*	*	282	123.443.706
1991	30	73.983.000	44	13.739.000	619	92.792.169	*	*	*	*	693	180.514.169
1992	25	53.898.950	42	11.759.160	578	102.331.706	*	*	*	*	645	167.989.816
1993	39	48.860.000	55	5.362.000	855	98.367.200	152	4.786.000	884	56.195.509	1985	213.570.709
1994	32	47.096.751	95	7.364.413	1094	67.740.519	40	18.371.344	428	47.944.418	1689	188.517.445
1995	46	49.378.181	102	8.412.127	802	63.656.534	458	22.972.023	474	48.729.825	1882	193.148.690
1996	40	48.750.000	84	6.450.000	905	69.608.000	78	12.760.000	534	57.432.000	1641	195.000.000
Totale	235	401.599.282	437	60.575.456	5097	530.818.678	728	58.889.367	2320	210.301.752	8817	1.262.184.535

* Per gli anni 1990, 1991 e 1992 i finanziamenti alle Asl sono avvenuti tramite gli enti locali, quelli al privato sociale tramite il Ministero dell'Interno

Nota: Le cifre in corsivo esprimono dati stimati.

Fonte: Dipartimento per gli Affari Sociali

Tav. 4/2

Distribuzione per aree geografiche e per esercizi finanziari dei finanziamenti a carico del Fondo Nazionale d'Intervento per la lotta alla droga (importi x 1000)

NORD				
Esercizi finanziari	Enti Locali	ASL	Privato sociale	Totale
1990	13.588.753	*	*	13.588.753
1991	33.804.936	*	*	33.804.936
1992	36.705.048	*	*	36.705.048
1993	35.103.800	2.101.159	23.766.976	60.971.935
1994	30.751.474	11.087.254	19.603.829	61.442.557
1995	30.397.581	13.135.588	20.688.680	64.221.849
Totale	180.351.592	26.324.001	64.059.485	270.735.078
CENTRO				
Esercizi finanziari	Enti Locali	ASL	Privato sociale	Totale
1990	8.219.949	*	*	8.219.949
1991	21.870.365	*	*	21.870.365
1992	24.537.960	*	*	24.537.960
1993	25.847.400	912.009	10.799.349	37.558.758
1994	12.691.290	3.243.760	14.995.672	30.930.722
1995	12.816.600	4.827.655	11.185.974	28.830.229
Totale	105.983.564	8.983.424	36.980.995	151.947.983
SUD				
Esercizi finanziari	Enti Locali	ASL	Privato sociale	Totale
1990	10.958.048	*	*	10.958.048
1991	28.830.900	*	*	28.830.900
1992	30.580.900	*	*	30.580.900
1993	29.163.000	1.722.832	15.615.096	46.500.928
1994	16.055.200	3.356.500	11.082.341	30.494.041
1995	13.507.902	4.447.290	10.280.052	28.235.244
Totale	129.095.950	9.526.622	36.977.489	175.600.061
ISOLE				
Esercizi finanziari	Enti Locali	ASL	Privato sociale	Totale
1990	3.555.800	*	*	3.555.800
1991	8.285.968	*	*	8.285.968
1992	10.507.798	*	*	10.507.798
1993	8.253.000	50.000	6.014.088	14.317.088
1994	8.242.555	683.830	2.262.575	11.188.960
1995	6.934.450	561.490	6.575.118	14.071.058
Totale	45.779.571	1.295.320	14.851.781	61.926.672
Italia				
Esercizi finanziari	Nord	Centro	Sud	Isole
1990	13.588.753	8.219.949	10.958.048	3.555.800
1991	33.804.936	21.870.365	28.830.900	8.285.968
1992	36.705.048	24.537.960	30.580.900	10.507.798
1993	60.971.935	37.558.758	46.500.928	14.317.088
1994	61.442.557	30.930.722	30.494.041	11.188.960
1995	64.221.849	28.830.229	28.235.244	14.071.058
Totale	270.735.078	151.947.983	175.600.061	61.926.672

Esercizi finanziari	Totale Generale per Esercizio finanziario
1990	36.322.550
1991	92.792.169
1992	102.331.706
1993	159.348.709
1994	134.056.280
1995	135.358.380
Totale	660.209.794

* Per gli anni 1990, 1991 e 1992 i finanziamenti alle Asl sono avvenuti tramite gli enti locali, quelli al privato sociale tramite il Ministero dell'Interno

Fonte: Dipartimento per gli Affari Sociali

Tav. 4/3
Distribuzione per Regione di programmi e progetti approvati e finanziati dalle regioni a carico del Fondo Nazionale d'Intervento per la lotta alla droga (esercizio finanziario 1996)

Regioni	Importi trasferiti alla Regione (x 1.000 Lit.)	N° progetti finanziati a			di cui:					Finanziamenti concessi (x 1.000 Lit.) a:		
		Ammin.ni pubbliche	Altri enti/strutture	Totale	Progetti di prevenzione	Progetti di riduzione del danno	Progetti in tema "clinica o trattamento"	Progetti di risocializzazione	Altre tipologie di progetti	Progetti di Amministrazioni pubbliche	Progetti di altri enti/strutture	Totale
Piemonte	11.758.500	111	37	148	24	14	38	34	38	7.297.152	4.459.288	11.756.440
Valle d'Aosta	621.568	3	5	8	5			1	2	331.789	289.773	621.562
Lombardia	22.310.437	149	78	227	141	18	30	38		11.967.844	6.803.271	18.771.115
Prov. Aut. Bolzano	1.294.312	13	4	17	10	1		2	4	440.277	854.035	1.294.312
Prov. Aut. Trento	1.447.875	30	10	40	31		1	1	7	1.010.903	436.971	1.447.874
Veneto	10.698.187	90	28	118	35	5	28	45	5	7.730.480	2.686.162	10.416.642
Friuli V. Giulia	2.866.500	27	8	35	17	6		12		2.158.250	708.250	2.866.500
Liguria	5.674.500	39	26	65	19	9	13	14	10	4.025.894	1.725.382	5.751.276
Emilia Romagna	10.464.187	154	103	257	78	14	80	34	51	7.001.183	3.462.906	10.464.089
Toscana	9.674.437	113	32	145	44	17	17	38	29	7.336.327	2.311.026	9.647.353
Umbria	2.595.937	29	28	57	24	2	4	10	17	1.607.710	281.518	1.889.228
Marche	3.707.437	76	55	131	39	3	32	54	3	2.110.030	1.597.407	3.707.437
Lazio	13.710.937	47	27	74	26	26		21	1	9.620.000	2.925.000	12.545.000
Abruzzo	3.349.125	6	11	17	3	1	6	5	2	2.277.698	786.513	3.064.211
Molise	862.875	8	3	11	4			4	3	560.869	302.006	862.875
Campania (1)	13.279.500			0								-
Puglia	10.369.125	110	50	160	47	21	20	40	32	7.138.162	2.870.963	10.009.125
Basilicata	1.440.562	1	1	2	1			1		225.231	250.000	475.231
Calabria	4.482.562	26	14	40	28		2	10		2.210.807	1.273.190	3.483.997
Sicilia (1)	10.771.312			0								-
Sardegna	4.870.125	35	14	49	16	5	13	10	5	3.046.000	1.338.000	4.384.000
Totali	146.250.000	1.067	534	1.601	592	142	284	374	209	78.096.606	35.361.661	113.458.267

(1) Le Regioni non hanno erogato finanziamenti

Fonte: Amministrazioni regionali

CAPITOLO 5

I contributi delle amministrazioni statali e regionali

Amministrazioni Statali

Ministero dell' Interno

La Direzione Centrale dei Servizi Antidroga ha attivato una intensa strategia di coordinamento operativo in ambito nazionale ed internazionale per:

- scongiurare il pericolo di conflitti investigativi tra uffici e reparti sul territorio, avvalendosi anche di una banca dati elettronica, costantemente aggiornata, nella quale sono archiviati circa 900.000 fascicoli. Lo strumento consente di accertare, in tempo reale, se l'avvio di un'indagine antidroga da parte di una Forza di polizia presenti punti di contatto con analoga attività già in corso nei confronti della stessa area criminale o su alcune componenti. In caso positivo, vengono assunte misure idonee a scongiurare le conseguenze negative ed i rischi di un un' eventuale sovrapposizione;
- attribuire alle Forze di polizia, secondo un rigoroso criterio di rotazione determinato da apposito programma informatico, indagini antidroga innescate da segnalazione provenienti da fonti nazionali ed estere;
- assicurare agli Organi investigativi un costante flusso informativo attraverso l' elaborazione degli elementi ricavabili dalla banca dati e di quelli acquisiti *ad hoc* dai collaterali di altri Paesi e dalla rete di esperti antidroga e di ufficiali di collegamento distaccati all'estero;
- procedere all'accredito presso collaterali esteri di ufficiali di polizia giudiziaria per l'esecuzione di indagini a respiro internazionale e dare corso ad analoghe richieste provenienti da altri Paesi per il territorio italiano;
- dare copertura finanziaria a particolari esigenze investigative ed operative degli organismi di polizia e al pagamento di compensi alle fonti fiduciarie;
- mettere a disposizione personale specializzato e strumenti ad alta tecnologia per indagini di tipo tecnico in Italia e, con il consenso dei Paesi cooperanti, anche all'estero.

Alla Direzione fanno anche capo le incombenze derivanti dal coordinamento, in ambito nazionale ed internazionale, delle cosiddette *operazioni speciali* auspiccate dalla Convenzione di Vienna del 1988 ed inserite nella legislazione italiana con il Testo Unico in materia di stupefacenti approvato con DPR. n. 309 del 1990. Ci si riferisce, in particolare, agli istituti della *consegna controllata* nazionale o internazionale e *dell'acquisto simulato*.

Nel 1998, la Direzione Centrale ha promosso una radicale modifica della politica investigativa finora perseguita, incoraggiando un diverso approccio alle indagini. In altri termini, si è cercato di stimolare gli organi operativi ad orientare l'attività non tanto al sequestro di droga, quanto allo smantellamento o, almeno, al deciso indebolimento del sodalizio criminale oggetto dell'indagine.

In tale ottica, le "vecchie" regole per il calcolo dei compensi alle fonti confidenziali, basate prevalentemente sulle quantità di droga sequestrate, sia pure con correttivi quali la percentuale di principio attivo ed il numero di persone arrestate, sono state abrogate e sostituite da un nuovo provvedimento varato nel gennaio del 1998. Tale direttiva pone al centro del sistema lo smantellamento delle organizzazioni criminali e riduce il sequestro di droga al ruolo di mero strumento per procedere all'arresto dei membri del sodalizio. L'idea di fondo deve essere perseguita con la massima determinazione, in quanto solo attraverso la neutralizzazione delle grosse organizzazioni internazionali è possibile vincere alcune importanti battaglie nella guerra al narcotraffico.

Ministero della Sanità

La riorganizzazione dei Servizi di assistenza ai tossicodipendenti

I profondi cambiamenti intervenuti nel settore della tossicodipendenza hanno prodotto l'iniziativa, in avanzata fase di elaborazione, di revisionare l'assetto organizzativo del sistema di assistenza alle persone con problemi di uso, abuso o dipendenza da sostanze, al fine di consentire la definizione di obiettivi comuni per il sistema e di garantire livelli minimi di prestazioni sul territorio nazionale, pur tenendo presente l'esigenza di assicurare la flessibilità necessaria per una ottimale gestione dei servizi.

La principale differenza tra l'attuale modello assistenziale ed il nuovo che si va delineando è rappresentata dal passaggio da un sistema centrato sul SerT, che riunisce in sé tutte le possibili risposte al problema, ad un sistema integrato di servizi complementari caratterizzato da interventi multidisciplinari e dall'offerta di prestazioni classificabili come professionali.

Tenuto conto che non esiste una risposta elettiva per risolvere il problema delle dipendenze, ma che è necessario attivare una serie di strumenti che concorrono al raggiungimento di un risultato positivo solo se opportunamente integrati, il modello organizzativo *dipartimentale* sembra essere una valida modalità per affrontare tutti gli aspetti connessi all'abuso di sostanze, sia nell'ottica dell'integrazione all'interno del comparto sanitario e tra questo e i servizi sociali, sia nella ottica che l'uso/abuso/dipendenza di sostanze non sia una patologia unica, ma richieda una risposta assistenziale articolata, estesa a prestazioni estranee alla specifica competenza del SerT o addirittura dell'ASL (disagio giovanile, prevenzione primaria, ecc.).

Le funzioni ipotizzabili per il Dipartimento, cui compete la programmazione, la negoziazione con la direzione generale, la realizzazione e la valutazione del "progetto sostanze d'abuso", anche per quel che concerne le risorse assegnate, devono comprendere:

- *articolazione degli interventi*, al fine perseguire il massimo livello di contrasto delle dipendenze (prevenzione, terapia, tutela della salute, riabilitazione e reinserimento sociale);
- *rilevazione dei bisogni assistenziali*, sulla base dei dati epidemiologici;
- *integrazione delle attività* realizzate nell'ambito dell'Azienda (consulenze, ricoveri, patologie correlate, ecc.) con quelle delle strutture -accreditate- che operano nel settore (comunità, associazioni di volontariato, ecc.);
- *controllo*, al fine di garantire pari dignità agli interventi delle differenti unità operative e ai soggetti che vi operano;
- *verifica* della effettiva applicazione degli standard di funzionamento del settore, determinati a livello regionale, al fine di garantire la qualità delle unità operative e verificare il raggiungimento degli obiettivi;
- *determinazione*, sulla base delle indicazioni regionali, delle modalità di collaborazione con altre amministrazioni (prefetture, carceri, istituzioni scolastiche, enti locali, ecc.), per evitare duplicazioni di interventi e frammentazione delle risorse.

Fra i possibili modelli organizzativi, tenuto conto dell'autonomia di indirizzo regionale, sono state messe a punto due alternative:

- un Dipartimento tecnico-funzionale, non dotato di specifica configurazione gerarchico-amministrativa, al quale afferiscono, mantenendo le specifiche attribuzioni e competenze (in quanto dotate di proprio *budget*), le varie realtà coinvolte nell'area assistenziale della tossicodipendenza, sotto la guida di una figura di coordinamento;
- un Dipartimento strutturato con piena autonomia gestionale e nel quale le unità organizzative aziendali coinvolte operano in condizione di dipendenza gerarchica da una specifica figura apicale, che controlla anche le risorse e definisce i rapporti con le strutture accreditate.

All'interno del modello dipartimentale un ruolo determinante deve continuare ad avere l'unità operativa (SerT) istituzionalmente assegnata alle specifiche problematiche dell'abuso di sostanze, anche se con funzioni integrate con quelle delle altre componenti del Dipartimento.

Fatta salva l'imminente emanazione di norme specifiche in materia di accreditamento, tra le prestazioni che il servizio deve garantire per potere operare devono essere comprese le seguenti:

- Pronta accoglienza e diagnosi
- Terapia farmacologiche specifiche, sostitutive e non, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico
- Psicodiagnosi e attività di sostegno e *counseling*
- Attività di riabilitazione
- Punto focale della ricerca epidemiologica e sociale
- Partecipazione alle attività dipartimentali

- Attività di *screening*, prevenzione e partecipazione alla cura delle patologie correlate.

L'evoluzione normativa del Servizio Sanitario Nazionale richiede anche il superamento della situazione attuale nei rapporti con il "privato sociale", sia per quanto riguarda le modalità di collaborazione con i SerT (che avrà luogo tramite la procedura dell'accreditamento) che le dinamiche dei percorsi terapeutici e il ruolo stesso degli ex Enti ausiliari.

Occorre premettere che la piena applicazione del "disegno strategico" di riforma, previsto dal D.Lg.vo n. 502 del 1992 sul rapporto pubblico-privato, orientato alla concorrenzialità tra i produttori di servizi appare particolarmente difficoltosa nel campo delle tossicodipendenze, non solo per la complessità e specificità, ma, in maggior misura, per alcune peculiari caratteristiche dello sviluppo storico dell'offerta di assistenza nel nostro Paese.

La revisione dell'organizzazione deve puntare a favorire tra pubblico e privato la formazione comune e la integrazione nell'attività di assistenza, definendo con chiarezza un obiettivo finale di parità fra i due settori, ma nel contempo stabilendo anche un percorso con numerose tappe intermedie, evitando "fughe in avanti" che, nell'attuale instabilità, verosimilmente causerebbero solo incomprensioni, ritardando ulteriormente il conseguimento di un risultato auspicato da tutti. Le regioni dovranno chiaramente definire il percorso e le modalità scelti per una diversa e più avanzata definizione del rapporto pubblico-privato.

Valutazione della qualità

Sono in corso di realizzazione due programmi sulla qualità dei servizi erogati:

- Valutazione della qualità dei SerT;
- Valutazione dell'efficacia dei trattamenti con particolare riferimento alla mortalità dei tossicodipendenti in carico presso i SerT.

Entrambi prevedono un livello regionale e un livello nazionale; il coordinamento nazionale, che cura anche gli aspetti amministrativi del programma, è affidato alle regioni Emilia Romagna e Lazio.

Per il progetto relativo alla determinazione di un profilo di qualità dei SerT, coordinato dall'Emilia Romagna, è stato definito l'impianto del sistema di valutazione, è stata progettata la prima fase (ricostruzione del sistema di valutazione) e sono state presentate le situazioni locali delle singole regioni.

In 16 regioni su 21 sono stati istituiti gruppi di esperti per valutare la possibile applicazione del modello nazionale di valutazione della qualità.

Il progetto di valutazione dei trattamenti e della mortalità dei tossicodipendenti in carico presso i SerT è stato avviato con lo *Studio VEdette* (acrostico di: Valutazione di Efficacia dei Trattamenti per le Tossicodipendenze da Eroina); si tratta di un *trial multicentrico* italiano che mira a produrre prove di efficacia dei trattamenti per le tossicodipendenze.

Il disegno prescelto (non essendo possibile, per motivi etici, effettuare uno studio randomizzato e controllato) è uno studio in grado di controllare in modo accurato il *confondimento*.

Gli elementi che caratterizzano lo studio sono:

Obiettivo: valutazione dell'efficacia dei trattamenti dei SerT rispetto ad alcuni esiti certi.

Trattamenti: sono compresi tutti i trattamenti inquadrabili nelle seguenti categorie: metadone a scalare, metadone a mantenimento, disintossicazione con sintomatici e/o antagonisti, naltrexone, farmaci sintomatici non sostitutivi, psicoterapia, inserimento in strutture comunitarie, consulenze, sostegni/accompagnamenti e informazione/orientamento/borse lavoro/inserimento lavorativo.

Obiettivo specifico dello studio è la valutazione dell'utilità del trattamento da solo e combinato e dei diversi dosaggi utilizzati.

Risultato: valutazione, in una prima fase, dell'effetto dei trattamenti nel favorire la ritenzione in trattamento e nel ridurre la mortalità acuta (incidenti e overdosi). Sono previste estensioni dello studio per valutare l'uso di sostanze, la morbosità per overdose, la risocializzazione ed altri eventuali esiti.

Controllo del confondimento: attraverso un questionario di ingresso per misurare i fattori che condizionano la probabilità a priori dell'esito.

Lo studio coinvolge circa 130 sedi operative di SerT in 13 regioni italiane e si prevede l'arruolamento di 20.000-30.000 soggetti tossicodipendenti. La ricerca è iniziata nell'ottobre del 1998 e al 31 marzo 1999 sono stati arruolati 5.948 tossicodipendenti di cui 4.950 già in trattamento all'inizio dello studio e 998 tra nuovi ingressi e rientrati. Del totale degli arruolati, 2.552 sono stati reclutati nel Nord Italia, 1.635 nel Centro e 1.761 nel Sud.

La responsabilità scientifica dello studio è affidata al Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Torino e all'Osservatorio Epidemiologico della regione Lazio.

Trattandosi di uno studio prospettico, i primi risultati relativi all'efficacia dei trattamenti saranno disponibili nel 2001. E' in fase avanzata di progettazione e di analisi di fattibilità lo studio VEdeTTE-2, una estensione di VEdeTTE per valutare l'efficacia rispetto ad ulteriori obiettivi rilevanti, quali l'astinenza di lungo periodo, l'uso di altre sostanze, il reinserimento sociale e il rischio di overdosi non fatali.

Gruppo collaborativo di revisione della efficacia degli interventi nel campo della dipendenza da alcool e sostanze stupefacenti

La *Collaborazione Cochrane* è una rete internazionale di gruppi di persone che perseguono l'obiettivo di condurre, aggiornare e diffondere revisioni sistematiche sulla efficacia di interventi sanitari. La necessità di produrre evidenze scientifiche di efficacia dei diversi interventi è particolarmente sentita nel campo della dipendenza da sostanze stupefacenti, dove la scelta degli interventi terapeutici offerti è spesso basata su presupposti ideologici piuttosto che sulle evidenze scientifiche disponibili. L'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio, in collaborazione con il National Addiction Center a Londra, l'Università di Torino e il Centro Cochrane Italiano, ha coordinato la costituzione di un *Gruppo collaborativo di revisione della efficacia degli interventi nel campo della dipendenza da alcool e sostanze stupefacenti*, che è

stato registrato nella Collaborazione a gennaio del 1998, la cui base editoriale è presso l'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio.

Gli obiettivi del gruppo sono:

- identificare e rendere accessibili tutti i Trial Randomizzati Controllati ed i Trial Clinici Controllati e possibilmente altri tipi di studi rilevanti, tramite la costituzione di un registro specializzato;
- produrre revisioni sistematiche della letteratura (meta-analisi dei trial individuati) sulla efficacia degli interventi di prevenzione, trattamento e riabilitazione della dipendenza da alcool e sostanze stupefacenti;
- aggiornare continuamente le evidenze;
- disseminare le evidenze prodotte (pubblicazione sulla *Cochrane Library* e su riviste scientifiche).

Il gruppo collaborativo consiste di una base editoriale, con un editore coordinatore ed un coordinatore del gruppo, altri 5 editori (due australiani, un inglese, un francese e un altro italiano), un numero non limitato di persone che conducono le revisioni sistematiche, *referee* e sostenitori del gruppo.

Attualmente il registro specializzato contiene i riferimenti bibliografici di 1.234 *trial* e 469 altri tipi di studio. Il gruppo ha prodotto una revisione sistematica, già pubblicata nella *Cochrane Library*, 5 protocolli di revisioni e 18 titoli di revisioni.

Ministero della Pubblica Istruzione

Il 1998 ha visto, nell'ambito della educazione alla salute, l'esordio di nuovi orientamenti.

Molte attività attuate negli anni precedenti nell'ambito del Progetto Giovani per le scuole superiori, del Progetto Ragazzi 2000 per le scuole medie inferiori e del progetto Arcobaleno per la scuola materna hanno animato la vita della scuola, inducendo riflessioni, intuizioni e spunti critici.

Si diffonde la percezione che:

- la scuola debba essere vissuta da protagonisti, sia da parte degli studenti che degli insegnanti;
- un essenziale nesso tra vita della persona, storia sociale e scuola debba essere percepito da parte dei giovani;
- le risorse valoriali del sapere curricolare possano costituire i punti di forza dell'educazione alla salute.

Tra i punti di forza dei nuovi orientamenti, l'attenzione specifica per le condizioni a rischio proprie della storia di soggetti più vulnerabili per la tossicodipendenza e l'alcoolismo o per altre forme di disagio psichico e comportamentale: a tali fattori di rischio, insiti anche nelle famiglie e tra le dinamiche del gruppo classe, la scuola riconosce di dover pensare per tempo, con un lavoro formativo per gli insegnanti e i genitori che esca dalla genericità o, ancor peggio, dalla negazione.