

SENATO DELLA REPUBBLICA

— XI LEGISLATURA —

Doc. XXXVII
n. 2

RELAZIONE

**SUI DATI RELATIVI ALLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN
ITALIA, SULLE STRATEGIE ADOTTATE E SUGLI OBIETTIVI RAGGIUNTI
(ANNO 1993)**

*(articolo 1, comma 14, del testo unico approvato con D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309,
modificato dall'articolo 3 del decreto-legge 8 marzo 1994, n. 165)*

Presentata dal Ministro per gli affari sociali
(CONTRI)

delegato dal Presidente del Consiglio dei ministri
(D.P.C.M. 13 maggio 1993)

—————
Comunicata alla Presidenza il 31 marzo 1994
—————

 XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

INDICE

Presentazione	<i>Pag.</i> 5
Il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga	» 27
Tabelle della ripartizione dei finanziamenti (art. 127)	» 30
Considerazioni sulle attività di prevenzione, recupero e riabilitazione finanziate a valere sul Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga e relative verifiche	» 36
La V Campagna informativa	» 55
Sportello del Cittadino - Servizio Drogatel	» 58
Epidemiologia delle tossicodipendenze	» 66
Contributi e concessioni ai sensi degli articoli 128, 129, 131, 132 e 134 del decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990	» 77
Ministero dell'Interno - Osservatorio permanente sul fenomeno droga	» 91
Ministero dell'Interno - Direzione Centrale per i Servizi Antidroga	» 161
Ministero di Grazia e Giustizia - La situazione negli Istituti di pena	» 193
Ministero di Grazia e Giustizia - Rapporto sugli assuntori di droga nei servizi minorili	» 222
Ministero della Pubblica Istruzione - Le attività di prevenzione ed informazione a livello scolastico	» 249
Ministero della Difesa - Le attività di prevenzione ed informazione in ambito militare	» 263
Ministero della Sanità - Le attività e i dati sulle tossicodipendenze	» 285
Ministero degli Affari Esteri - Attività internazionale in materia di lotta alla droga	» 303
Dipartimento Affari Regionali - La situazione dei servizi pubblici e privati a livello regionale	» 307

ALLEGATI

Elenco degli adempimenti di competenza di ciascun Ministero per i qua- li sono state richieste indicazioni aggiornate da inserire nella rela- zione	» 355
---	-------



Il Ministro per gli Affari Sociali

In virtù del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri in data 13 maggio 1993 con il quale è stata conferita la delega di funzioni al ministro per gli affari sociali ed in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 1, comma 4 del decreto legge 12 gennaio 1993, n. 3, reiterato da ultimo con il decreto legge 8 marzo 1994, n. 165 che prevede la presentazione entro il 31 marzo della relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della normativa vigente, provvedo a trasmettere ai Signori Presidenti della Camera dei Deputati e del Senato della Repubblica la relazione sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia per l'anno 1993.

Come nelle precedenti edizioni la presente relazione contiene tutti i documenti forniti dalle Amministrazioni centrali (che ringrazio per la collaborazione) competenti in materia di lotta alla droga secondo quanto previsto dal d.P.R. 309/90 nonché i dati e le statistiche forniti dall'Osservatorio nazionale sul fenomeno droga presso il Ministero dell'Interno.

Alcuni altri fattori rendono però questa quarta edizione della relazione al Parlamento di particolare importanza. Nel corso del 1993 si sono infatti verificati alcuni eventi di grande rilevanza di cui già, nella relazione dello scorso anno, si delineavano problematiche e prospettive: l'emanazione del decreto legge 12 gennaio 93, n. 3 che pochi giorni fa è stato reiterato per la settima volta; il referendum popolare svoltosi il 18

aprile 1993; la prima Conferenza Nazionale sulla Droga tenutasi a Palermo nel giugno 1993.

Inoltre, la presentazione di questa relazione coincide con la conclusione dell'attuale legislatura e, pertanto, con essa si intende rappresentare non solo il resoconto delle attività svolte e degli obiettivi raggiunti nel corso del 1993 ma, soprattutto, in relazione agli eventi cui si è fatto cenno, fornire al nuovo Parlamento utili elementi per la definizione degli indirizzi da perseguire e delle relative linee strategiche da adottare.

Il Referendum

Il referendum abrogativo dello scorso aprile ha toccato numerose disposizioni del T.U. 309/90, con particolare riferimento ai settori della sanità, dell'interno, della giustizia.

Nel settore della sanità, l'abrogazione dei limiti e delle modalità di impiego dei farmaci sostitutivi crea problemi in ordine alla prescrivibilità di sostanze di mantenimento, alla individuazione di chi possa operare le terapie (servizi, medici di base, medico di famiglia), all'accertamento del "bisogno terapeutico", al rapporto con i presidi pubblici e le strutture sanitarie. La necessità di trovare una risposta rapida a questi problemi ancora aperti è stata evidenziata ancora recentemente con le discussioni suscitate dall'inserimento del metadone in fascia A.

Quanto ai problemi nascenti dall'esito referendario e alle conseguenti rilevazioni statistiche in ambito dell'attività delle forze di polizia e in ambito giudiziario, occorre fare alcune precisazioni.

La tesi per cui il referendum, secondo il senso complessivo dei quesiti, mirava soltanto ad introdurre correttivi e non la "liberalizzazione", apre la strada a possibilità interpretative coerenti a tale lettura, cioè che l'acquisto e la detenzione sottratti alla sanzione penale vanno pur sempre circoscritti a quantità correlate all'uso personale, entro limiti proporzionali al bisogno, sia pure con una certa gamma quantitativa rapportata al reale bisogno, al tipo di sostanza, a periodi ragionevolmente limitati.

In tal senso si stanno orientando, senza eccessive difficoltà, gli uffici giudiziari e gli stessi organi di polizia.

Questi ultimi, riguardo al problema dell'arresto in flagranza, si sono immediatamente conformati alle modifiche conseguenti ai risultati referendari, soprattutto all'ampliamento della sfera di operatività dell'art. 75 che ha ridotto moltissimo la possibilità di arresto in flagranza.

Quanto ai detenuti non definitivi, imputati sulla base dell'art. 73 del testo anteriore al referendum, per coloro che potevano beneficiare dell'art. 75 (come rinnovato dall'esito referendario) si è provveduto caso per caso, secondo una rivalutazione processuale del singolo caso, non essendo direttamente invocabile l'applicazione diretta dell'"abolitio criminis" (questo spiega il numero piuttosto ridotto di scarcerazioni a tutt'oggi).

A sua volta la Cassazione si è orientata, per i processi pendenti davanti ad essa, nel senso dell'annullamento senza rinvio allorchè sia prospettata in base al principio della *lex superveniens* più favorevole la trasmigrazione della fattispecie dall'art. 73 all'art. 75.

Per i detenuti in espiazione di pena a seguito di sentenza definitiva, si è definitivamente affermata la tesi dell'incidente di esecuzione, facendo leva sui penetranti poteri di indagine che sono conferiti al giudice dell'esecuzione.

Il Decreto Legge 12 gennaio 1993, n. 3 e successive reiterazioni.

Il decreto legge 12 gennaio 1993, n. 3, reiterato il 14 maggio 93, è stato convertito con la legge n.222 il 14 luglio 93 limitatamente ai primi sette articoli riguardanti disposizioni urgenti relative al trattamento di persone detenute affette da infezioni da HIV e di tossicodipendenti.

Nel maggio 93, in fase di reiterazione, considerazioni sia di carattere umanitario (eccessiva incidenza sulla privacy e il timore di conseguenti restrizioni in un ghetto endocarcerario) sia di carattere operativo (difficoltà di una "presa in carico sanitaria", nonché l'incoerenza di effettuare l'accertamento in una sola istituzione chiusa e non pure in altre di vita collettiva come le caserme, le comunità, i centri di

accoglienza, ecc.) mi hanno indotta, in qualità di Ministro per gli Affari Sociali, a sostenere in sede di governo l'opportunità di non prevedere tests obbligatori.

La modifica introdotta prevede, invece, l'emanazione di un decreto del presidente del Consiglio dei Ministri, d'intesa con i Ministri di grazia e giustizia, della sanità e per gli affari sociali, per la sperimentazione di un programma di screening per HIV in forma anonima negli istituti penitenziari (ad oggi, purtroppo, non ancora iniziato).

Il secondo aspetto del problema riguarda la compatibilità tra l'infezione HIV e lo stato di detenzione.

L'ordinamento già conosce l'esclusione dalla custodia cautelare per chi si trovi in situazione di salute particolarmente grave da non consentire le cure necessarie in caso di detenzione (art. 275, comma 4, c.p.p.), così come conosce la possibilità di rinvio dell'esecuzione della pena per chi abbia una grave infermità fisica (art. 147 c.p.).

Il Governo ha inteso dare all'infezione da HIV una portata diversa, ancora più stringente sotto il profilo della deroga al regime custodiale; mentre la prospettiva delle norme prima richiamate è unicamente quella terapeutica, in questi casi a tale esigenza si aggiunge, per soggetti in stadio terminale della malattia, la necessità umana di evitare l'ingresso in carcere ovvero di consentire la dimissione.

Dal luglio 1992 al 31 dicembre 1993 si sono avute 224 revoche di misure cautelari e 388 concessioni di arresti domiciliari per affezioni da HIV, con punte massime in Lombardia (rispettivamente 46 e 66).

Quanto alle scarcerazioni vere e proprie, occorre distinguere tra la liberazione provvisoria per motivi di accertamento diagnostico o di terapia e la liberazione per incompatibilità con lo stato di detenzione.

Pertanto, se occorre eseguire accertamenti circa l'esistenza della malattia e il relativo stato, anche ai fini del giudizio di incompatibilità, ovvero, se accertata l'affezione, ricorrono esigenze terapeutiche che non si possono soddisfare in regime carcerario, il giudice può disporre il "ricovero provvisorio" (e per il tempo necessario) in una struttura del servizio nazionale, adottando i provvedimenti idonei a prevenire il pericolo di fuga.

All'esito, c'è una gamma di possibilità: può darsi che risulti uno stato patologico tale da integrare l'incompatibilità, e allora si ricade nell'altra ipotesi: può darsi che i risultati diagnostici siano negativi, o positivi, ma non in termini di incompatibilità, con la duplice possibilità di terapie entramurarie o a domicilio o presso strutture esterne; ed allora, secondo i casi, si ripristina la custodia in carcere, ovvero si adotta altra misura custodiale, come gli arresti domiciliari.

Per quanto riguarda l'altro aspetto, la disposizione prevede:

- a) una incompatibilità assoluta, nei casi di AIDS conclamata o di grave deficienza immunitaria, così come definito con decreto dei Ministri della

Sanità e della Giustizia; ove ricorra questa ipotesi, il giudice la constata, cioè prende atto delle risultanze di accertamento medico-legale da lui eventualmente disposto, e dichiara sussistere l'incompatibilità con la vita carceraria;

b) una incompatibilità relativa, che nasce da varie componenti, cioè lo stadio della malattia (non così grave come descritto in a), "il periodo residuo di custodia cautelare", la pericolosità del detenuto in riferimento alle sue condizioni fisiche); va precisato a proposito di quest'ultima componente che un soggetto valutabile come pericoloso per il tipo di delitto per cui è imputato o per i suoi precedenti può risultare non più tale in ragione delle condizioni fisiche (progressiva cecità, perdita dell'uso di arti, ecc.) determinate dall'AIDS.

Nel periodo luglio 1992 - dicembre 1993 hanno ottenuto il rinvio dell'esecuzione della pena in quanto affetti da HIV 591 soggetti, e in questo dato sono comprese anche le ipotesi di incompatibilità tra la situazione della malattia e la condizione carceraria.

Purtroppo, anche sul nuovo art. 286 bis si sono accese polemiche e, nonostante una recentissima sentenza della Consulta, che ha escluso dubbi di costituzionalità, alcune critiche vengono mosse all'innovazione, anche sulla base dell'esperienza concreta.

Sarà necessario provvedere alla creazione di idonee strutture di accoglienza per queste persone. Parallelamente, come molto opportunamente sottolinea la sentenza della Consulta, occorre attuare

idonei ed efficaci interventi al fine di prevenire eventuali comportamenti recidivi.

Occorrerà, quindi, rimeditare i pro e i contro della scelta fatta, con estremo senso di responsabilità, il che conferma ancora una volta la difficoltà di affrontare e regolare, con il solo strumento normativo, fenomeni di patologia sociale così gravi, così densi di implicazioni e, in definitiva, così drammatici nel bilanciamento di numerosi valori istituzionali, sanitari, umani e di sicurezza.

Le altre previsioni normative non convertite nella legge 222/93 sono state oggetto, come già accennato, di numerose reiterazioni, l'ultima delle quali risale all'8 marzo u.s.; pertanto, l'esame di questo decreto e la relativa conversione in legge dovrebbero costituire oggetto di prioritario interesse per il nuovo Parlamento. Tuttavia, sia pure in un contesto di una qualche incertezza dovuto proprio ai motivi citati, le iniziative e gli adempimenti previsti dal decreto sono stati realizzati.

In particolare, è stata emanata la circolare relativa alle richieste di finanziamento a valere sul Fondo Nazionale di Intervento per la lotta alla droga, che prevede le modalità di presentazione dei progetti alla Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento per gli affari sociali, anche in base agli artt. 131,132 e 134 del d.P.R. 309/90. Inoltre proprio per l'esame dei progetti relativi ai succitati articoli è stata recentemente

integrata, con i membri delle Amministrazioni competenti, la Commissione istruttoria di cui all'art. 127, comma 6 del d.P.R. 309/90.

Inoltre si è proceduto alla istituzione dello sportello per il cittadino mediante l'istallazione di un numero verde denominato Drogatel sulle cui attività si legge in altra parte della relazione.

Per quanto riguarda invece l'istituzione del Nucleo Operativo di valutazione, sempre previsto dal citato decreto, alcune difficoltà di carattere amministrativo e la mancata designazione dei propri rappresentanti da parte di alcuni ministeri - probabilmente dovuta alla situazione di incertezza determinata dalla più volte mancata conversione in legge - ne ostacolano di fatto la piena operatività.

Nonostante tali difficoltà, grazie all'impegno dell'Ufficio e di alcuni esperti, designati dal Dipartimento per gli affari sociali, in occasione della redazione del Libro bianco sulle tossicodipendenze presentato alla Conferenza di Palermo, sono state impostate le strategie operative che il nucleo potrebbe adottare anche sulla base di alcune esperienze di valutazione condotte su un campione di progetti.

Il Dipartimento per gli Affari Sociali ha provveduto a costituirsi parte civile in alcuni processi a carico di soggetti imputati di distrazione dei fondi destinati al tema delle tossicodipendenze.

La prima Conferenza Nazionale sulla droga.

La Conferenza si è tenuta a Palermo dal 24 al 26 giugno 1993 sulla base di quanto previsto dall'art. 1, comma 15 del d.P.R. 309/90.

Gli atti della conferenza, pubblicati in tempi brevissimi grazie ad un grande sforzo organizzativo, sono stati trasmessi al Parlamento il 16.12.1993.

Alla Conferenza, inaugurata alla presenza del Presidente della Repubblica, hanno attivamente partecipato ministri, parlamentari, alte cariche dello stato e numerosissimi operatori pubblici e del privato sociale.

Da più parti si sono avute numerose attestazioni e dichiarazioni che hanno sancito il pieno successo dell'avvenimento sia sul piano organizzativo che su quello scientifico; vivo apprezzamento è stato anche espresso da tutti i partecipanti per il clima di sereno confronto in cui si sono svolti i lavori.

Sul piano dei contenuti, l'alto livello dei relatori unitamente alla autorevolezza ed alla chiarezza con cui i coordinatori delle varie sessioni hanno trattato gli importanti temi, ci hanno consentito di sintetizzare alcune linee fondamentali emerse nel corso dei lavori.

Si è evidenziata la necessità di puntare di più su strategie imperniate su concetti quali l'autodeterminazione e l'autorealizzazione della persona.

In tale ottica è stato esaltato il ruolo della famiglia, della scuola e del mondo del lavoro, ambiti sociali ai quali spetta il compito di adoperarsi affinché sia la società ad adattarsi alle esigenze dell'uomo e non il contrario.

Tali considerazioni di carattere generale sono direttamente connesse con quanto è emerso in merito agli interventi di prevenzione, alla quale è stato riconosciuto un ruolo di primaria importanza nella strategia di lotta alla droga, mentre è stata evidenziata una certa carenza di una "cultura" della prevenzione, che si palesa soprattutto nella difficoltà a definire senso, obiettivi e metodologie della progettazione e della esecuzione.

Negli ultimi tempi, per contro, si è registrata la positiva tendenza ad immaginare una prevenzione specifica in ordine alle tossicodipendenze nell'ambito di una più vasta politica per la gioventù.

Essendo soprattutto i giovani dunque i destinatari, gli interventi devono essere finalizzati non solo ad avversare il "disagio", ma anche a promuovere l'"agio", intendendo con ciò la creazione di uno spazio per lo sviluppo creativo della personalità e dei rapporti di comunicazione tra "i pari" e tra questi e gli adulti.

Pur se con qualche limite e con le difficoltà derivanti dalla difficile congiuntura, il settore su cui si è operato meglio è quello del

reinserimento, mentre qualche problema esiste a proposito dell'art. 125 del d.P.R. 309/90. Tale articolo, soprattutto per quanto riguarda la normativa, peraltro non ancora emanata, riguardante l'identificazione delle categorie a rischio e i relativi test per l'accertamento dell'assenza di tossicodipendenza, potrà trasformarsi in terreno di conflitto tra le parti sociali.

Per tali motivi, tutti gli aspetti riguardanti droga e mondo del lavoro, dovranno, nella prossima legislatura, essere rilanciati e costituire argomento di priorità.

Per quanto riguarda i servizi pubblici per le tossicodipendenze, nel mio discorso introduttivo alla Conferenza avevo affrontato l'argomento con queste parole: "La funzione dei SERT va indubbiamente ridefinita: essi debbono divenire strutture complesse, ben integrate nel sistema socio-sanitario, ma autonome sotto il profilo organizzativo, in grado di adattare i propri interventi a seconda dei bisogni che incontrano, di adeguare la risposta in coerenza con le diverse tipologie di tossicodipendenti, impostando e coordinando le strategie di riduzione del danno e, conseguentemente, di riduzione della trasmissione da HIV, gestendo inoltre progetti di prevenzione e recupero assieme al privato sociale per dare senso concreto al concetto di "iniziative di rete" diffuse sul territorio e definendo, con i medici di base, i progetti terapeutici nell'ambito dei quali prevedere la somministrazione dei farmaci sostitutivi".

Ad una diffusa convergenza su tale posizione hanno fatto anche eco numerose dichiarazioni di insoddisfazione per lo stato dei servizi pubblici in alcune realtà regionali relativamente alla istituzione stessa dei servizi, alle carenze ed all'elevato turn-over del personale, all'inadeguatezza dei locali, etc. Su tali questioni, il Ministro della sanità, presente alla Conferenza, dopo aver richiamato la competenza regionale in materia, ha rinnovato il suo impegno finalizzato all'adozione di tutti i provvedimenti di sua competenza per dare piena attuazione al decreto 444/90.

Nonostante ci sia sicuramente ancora molto da fare, si può affermare che in questo triennio di applicazione della legge 162/90 la qualità del servizio e l'immagine stessa dei SERT è in parte migliorata.

Sul versante della integrazione tra servizi pubblici e privato sociale, è opinione diffusa considerare inscindibile il lavoro comune del servizio pubblico col privato sociale, così come nell'affermare la pari dignità dei due settori.

Tuttavia, se queste sono state le dichiarazioni di principio ripetute nel corso della Conferenza, nella quotidiana gestione dei servizi non mancano incomprensioni e problemi. Alcune questioni sono state infatti sollevate da una parte delle Comunità terapeutiche nel dicembre 1993 con

la presentazione di un documento con cui è stata chiesta la sospensione del Decreto del Ministero della sanità 19.2.1993, Approvazione dello schema tipo di convenzione tra unità sanitarie locali ed enti, società, cooperative o associazioni che gestiscono strutture per la riabilitazione dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope e Approvazione dello schema di atto d'intesa tra Stato e regioni per la definizione di criteri e modalità uniformi per l'iscrizione degli enti ausiliari che gestiscono strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti negli albi di cui all'art.116 del d.P.R.309/90.

In realtà, nel corso della Conferenza, l'argomento specifico dell'atto di intesa stato-regioni non è stato trattato, nè i contenuti dell'intesa sono stati da alcuno criticati; una certa polemica è inspiegabilmente emersa solo nel dicembre 1993. Queste problematiche sono state comunque all'attenzione del Dipartimento per gli Affari Sociali che ne ha evidenziato la peculiarità sia al Ministero della Sanità, che alla Conferenza Stato-Regioni, offrendosi, in ogni caso, come luogo di incontro sia per risolvere incomprensioni che per meditare modifiche, se necessarie.

In sede di Conferenza Stato-Regioni, le regioni, pur ribadendo all'unanimità la ferma intenzione di non prendere in considerazione l'eventualità di apportare modifiche allo Schema di Atto di Intesa tra Stato e Regioni, hanno altresì dichiarato la disponibilità a proseguire nel

confronto, già peraltro avviato, con le comunità terapeutiche nelle singole realtà territoriali sulle modalità di attuazione del citato Atto di Intesa.

Come emerso dalla Conferenza di Palermo, è da confermare ed esaltare il ruolo svolto dalle comunità terapeutiche nella lotta alla droga soprattutto sul versante del recupero e della riabilitazione.

E' poi assai interessante la tendenza a sperimentare nuovi modelli di intervento diversi, alternativi o complementari ai più classici trattamenti residenziali.

E' da valutare assai positivamente la disponibilità degli operatori a tenere un comportamento ispirato alla trasparenza sulle attività svolte (testimoniata dalla approvazione del documento pubblicato nel citato Libro Bianco e riguardante le Linee guida per gli standards minimi di un corretto comportamento professionale nel settore delle tossicodipendenze).

Per quanto attiene all'epidemiologia delle tossicodipendenze si rimanda agli Atti della Conferenza, nel corso della quale un'importante sessione è stata dedicata all'argomento.

Gli atti si intendono qui per integralmente richiamati, non essendo intervenute, nel frattempo, novità di rilievo.

La sessione tenuta a Palermo sulla riduzione del danno ha segnato un punto di svolta importante dopo un impegnativo confronto.

Il tema è stato trattato in modo molto equilibrato; è stato infatti esplicitamente affermato che le strategie di riduzione del danno non possono in alcun modo essere considerate come una sorta di "anticamera" o di "testa di ponte" per la liberalizzazione della droga, essendo strategie mirate a consentire alle persone tossicodipendenti di sopravvivere fino a quando saranno in grado di poter uscire dal loro stato di tossicodipendenza.

Con la prima Conferenza nazionale sulla droga, anche in Italia, è cresciuta la consapevolezza di dover promuovere nel tessuto sociale una cultura che non miri esclusivamente alla "eliminazione" delle droghe ma che badi alla "gestione" del problema droga in termini di contenimento dei danni e di promozione della salute.

Occorre, in altre parole, rivolgere l'attenzione a tutti i soggetti tossicodipendenti, indipendentemente dalla loro volontà di smettere di drogarsi, per garantire a tutti il diritto alla salute impedendo che muoiano, che contraggano gravi malattie, che si infettino con il virus HIV e che lo diffondano nella popolazione.

La strategia di riduzione del danno, l'insieme di quegli interventi mirati a ridurre i danni per la salute dei tossicodipendenti, produce, al di là

dei soggetti sui quali si interviene, benefici più generali estensibili a tutta la popolazione

Una frase d'effetto, divenuta simbolo per spiegare questa strategia, recita: "Non si può recuperare un tossicodipendente morto".

Non è ovviamente questa la sede per addentrarci nella descrizione dei programmi integrati di riduzione del danno; come è noto le Linee guida per la progettazione, la gestione e la valutazione dei progetti di riduzione del danno saranno oggetto di un apposito Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri secondo quanto previsto dal decreto legge 8 marzo 1994, n. 165.

Sono impegnate nella strategia di riduzione del danno le "unità di strada", cioè gruppi di operatori pronti al contatto con quei tossicodipendenti che non si rivolgono ai servizi.

Le unità di strada operano, spesso, nelle zone più degradate e pericolose delle aree metropolitane, offrendo siringhe pulite, materiale per la disinfezione di siringhe usate, profilattici, materiale informativo, non prescindendo peraltro dalla formulazione di un programma integrato volto a stabilire un rapporto interpersonale e ad offrire altre possibili forme di aiuto.

Non sono da dimenticare altri momenti importanti dei programmi di riduzione del danno quali gli interventi per la riduzione della letalità per overdose mediante le unità mobili di rianimazione e di pronto intervento e i trattamenti di mantenimento con farmaci sostitutivi.

Sarebbe tuttavia inutile programmare e realizzare interventi di riduzione del danno, difficili sul piano operativo e su quello dell'acquisizione del consenso, se poi a quei soggetti che accettano il successivo trattamento avendo trovato il coraggio e la volontà di tentare di smettere di drogarsi, non venissero offerti servizi e strutture di recupero adeguati e integrati, quindi, nel più vasto progetto di recupero.

Non si deve infine dimenticare che oggi ci si misura con una nuova realtà dagli effetti se possibili ancora più devastanti: sul mercato della droga si stanno diffondendo, infatti, altre sostanze, legate a diverse modalità di somministrazione, diversi effetti sulla salute, caratterizzate, a volte, da elevata nocività anche alla prima assunzione: le cosiddette droghe "disegnate", di sintesi prodotte, in larga misura localmente e non dipendenti dai mercati di importazione, diffuse con reti di spaccio molto più "agili" e quindi più insidiose di quelle dell'eroina.

Gli interventi di riduzione del danno dovranno misurarsi quindi anche con questa nuova drammatica emergenza.

I servizi pubblici e privati dovranno attrezzarsi ed adattarsi ai cambiamenti continui ed a volte inaspettati provocati dal nuovo mercato della droga, con la capacità di interventi flessibili, di immediato impiego e magari del tutto nuovi.

Vorrei, infine, ripetere quanto già dettagliatamente espresso a Palermo in ordine alla ricerca scientifica nel settore delle tossicodipendenze.

Infatti, a differenza di altri paesi (come ad esempio gli Stati Uniti, dove esiste addirittura un Istituto Nazionale contro l'Alcool e la Droga), in Italia gli interventi ed i progetti di ricerca sono ancora troppo episodici e frammentari, mentre sarebbe necessario ed urgente sottoporre ad adeguata sperimentazione e valutazione le indagini secondo uno schema generale finalizzati a risultati ed esperienze.

Per tali motivi, l'auspicata intesa tra il Dipartimento per gli Affari Sociali ed il Consiglio Nazionale delle Ricerche, recentemente formalizzata, si propone di predisporre e attuare un progetto di ricerca-intervento da condurre su scala nazionale.

Queste brevi premesse e l'analisi dei dati forniti dalle diverse Amministrazioni dello Stato testimoniano l'impegno costante del Governo, dei servizi pubblici e del privato sociale nella comune lotta alla droga, nel

tentativo di prevenire le tossicodipendenze, curare e reinserire nella società i soggetti che ne sono colpiti.

Nonostante alcune difficoltà e le differenti opinioni che si riscontrano sul tema non dovrà mai venir meno il senso di responsabilità e la consapevolezza che occorre sempre agire per ridare dignità alle persone, equità nell'accesso ai servizi; ciò potrà realizzarsi solo attraverso una maggiore partecipazione e un più alto senso di solidarietà della società civile.

Il nuovo Parlamento, il nuovo Governo e le forze sociali saranno chiamate ad un forte impegno affinché - cito le parole del Capo dello Stato: "... fino a quando un solo giovane deve consegnare la propria vita ai mercanti di droga e di morte ..." - si continui a lottare per sconfiggere la cause sociali ed economiche che alimentano le tossicodipendenze.

Finanziamenti del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga

***(ai sensi dell'art.127 d.P.R. 309/90 e del
d.l. n 3 del 12 gennaio 1993 da ultimo
reiterato con d.l. n 165 del 8 marzo 1994)***

IL FONDO NAZIONALE DI INTERVENTO PER LA LOTTA ALLA DROGA

La circolare esplicativa per quanto attiene alle domande di finanziamento per l'esercizio finanziario 1993 è stata pubblicata sul supplemento ordinario della G.U. n. 35 del 12 febbraio 1993.

Il termine previsto per la presentazione delle richieste è stato fissato al 20 aprile 1993.

La disponibilità finanziaria per il finanziamento di progetti prevista per l'anno 1993 ammontava a £. 127.600.000.000 così ripartita (d.l. 12/1/93, n. 3, art. 10, reiterato da ultimo con il d.l. 8/3/94, n. 165, art. 2):

a) Finanziamenti per le iniziative proposte dai Ministeri	£. 54.400.000.000
b) Finanziamenti per le iniziative proposte dagli enti locali (Comuni, Province, USL)	£. 102.272.000.000
c) Finanziamenti per le iniziative proposte da enti organizzazioni del volontariato, cooperative e privati	£. 54.400.000.000
d) Finanziamenti per le iniziative proposte dalle Regioni	£. 6.528.000.000

Per quanto riguarda le Amministrazioni dello Stato, il Comitato di coordinamento per l'azione antidroga, nella seduta del 21 dicembre 1993, ha approvato 39 progetti proposti dai Ministeri della Sanità, Pubblica Istruzione, Difesa, Grazia e Giustizia, Interno e Università e Ricerca Scientifica per un importo complessivo pari a £. 49.860.000.000

Circa il 50% dello stanziamento è stato riservato ai progetti presentati dal Ministro della Pubblica Istruzione e finalizzati ad assicurare una più capillare azione di informazione, formazione e prevenzione nelle scuole.

A partire dal 1993, il succitato decreto ha previsto la possibilità di accedere al finanziamento anche per il Ministero dell'Università e Ricerca Scientifica che ha ottenuto un finanziamento di 800 milioni per programmi educativi multimediali.

Il Comitato, preso atto dell'eccedenza di £. 4.540.000.000, ha deciso di aumentare di £. 3.178.000.000 la quota destinata agli enti locali e di £. 1.362.000.000 la quota destinata alle associazioni di volontariato.

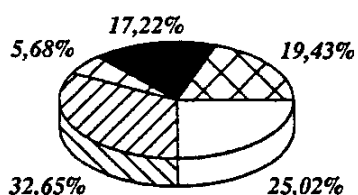
Relativamente agli Enti locali, la Commissione Istruttoria (art. 127, dPR 309/90) ha esaminato 2.080 progetti ed ha espresso parere favorevole per 1.381 progetti per un finanziamento totale pari a £. 103.203.200.000.

Per quanto riguarda i progetti presentati dalle Regioni, ne sono stati esaminati 75 ed hanno ottenuto parere favorevole 55 progetti per un finanziamento totale pari a £. 5.362.000.000.

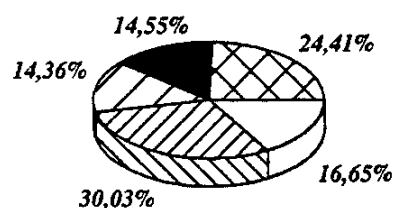
I progetti presentati da associazioni del volontariato e cooperative sono attualmente in fase istruttoria.

AMMINISTRAZIONI DELLO STATO FINANZIAMENTI DISPOSTI

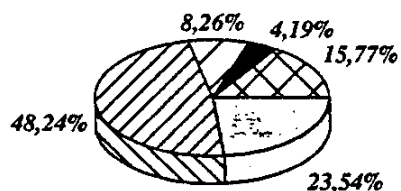
	1990	1991	1992	1993
INTERNO	15.473.000.000	18.060.000.000	8.500.000.000	12.272.300.000
SANITA'	13.716.400.000	10.762.000.000	2.258.900.000	900.000.000
DIFESA	4.520.000.000	10.622.000.000	4.450.050.000	1.880.000.000
PUBBLICA ISTRUZIONE	26.000.000.000	22.220.000.000	26.000.000.000	24.350.000.000
GRAZIA E GIUSTIZIA	19.923.000.000	12.319.000.000	12.690.000.000	9.637.700.000
UNIVERS. E RIC. SCIENT.				800.000.000
TOTALE	79.632.400.000	73.983.000.000	53.898.950.000	49.860.000.000



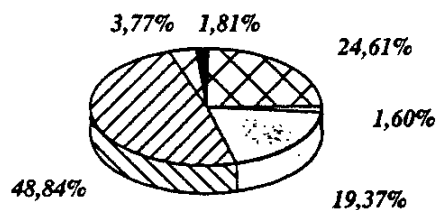
1990



1991



1992



1993



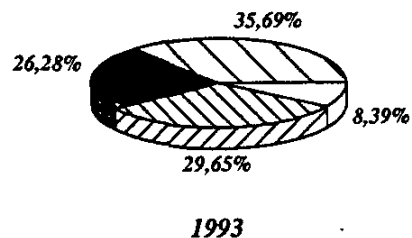
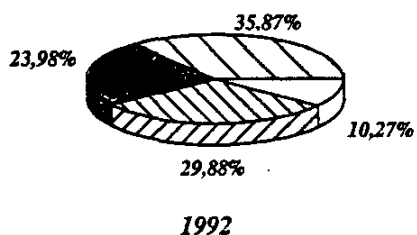
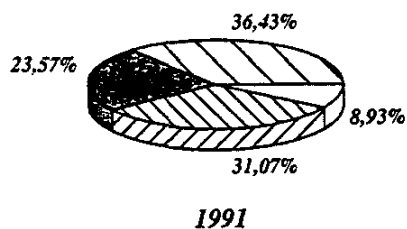
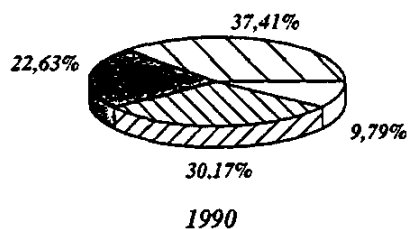
ENTI LOCALI FINANZIAMENTI DISPOSTI PER IL 1993

	<i>COMUNI</i>	<i>USL</i>	<i>PROVINCE</i>	<i>TOTALE</i>
<i>NORD</i>	35.103.800.000	1.859.000.000		36.962.800.000
<i>CENTRO</i>	25.847.400.000	493.000.000	100.000.000	26.440.400.000
<i>SUD</i>	29.163.000.000	1.500.000.000	470.000.000	31.183.000.000
<i>ISOLE</i>	8.253.000.000	324.000.000	40.000.000	8.617.000.000
<i>TOTALE</i>	98.367.200.000	4.176.000.000	610.000.000	103.153.200.000

	<i>COMUNI</i>		<i>USL</i>		<i>PROVINCE</i>		<i>TOTALE</i>	
	<i>POSITIVI</i>	<i>NEGATIVI</i>	<i>POSITIVI</i>	<i>NEGATIVI</i>	<i>POSITIVI</i>	<i>NEGATIVI</i>	<i>POSITIVI</i>	<i>NEGATIVI</i>
<i>NORD</i>	603	308	28	10	0	3	631	321
<i>CENTRO</i>	286	175	8	1	1	1	295	177
<i>SUD</i>	344	147	17	9	3	0	364	156
<i>ISOLE</i>	84	44	6	1	1	0	91	45
<i>TOTALE</i>	1317	674	59	21	5	4	1381	699

AMMINISTRAZIONI COMUNALI FINANZIAMENTI DISPOSTI

	1990	1991	1992	1993
NORD	13.589.531.137	33.804.936.660	36.705.048.320	35.103.800.000
CENTRO	8.219.949.400	21.870.365.440	24.537.960.000	25.847.400.000
SUD	10.958.048.500	28.830.900.000	30.580.900.000	29.163.000.000
ISOLE	3.555.800.000	8.285.968.065	10.507.798.000	8.253.000.000
TOTALE	36.323.329.037	92.792.170.165	102.331.706.320	98.367.200.000

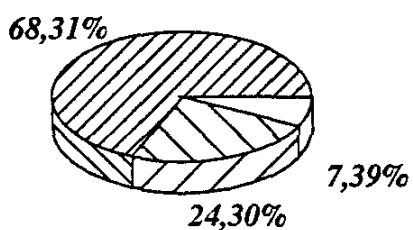


AMMINISTRAZIONI COMUNALI PROGETTI ESAMINATI

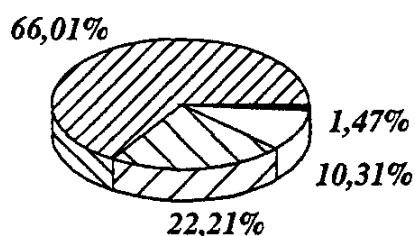
	1990		1991		1992		1993	
	POSITIVI	NEGATIVI	POSITIVI	NEGATIVI	POSITIVI	NEGATIVI	POSITIVI	NEGATIVI
NORD	100	110	248	238	446	302	603	308
CENTRO	57	50	133	111	211	162	286	175
SUD	68	64	187	134	242	130	344	147
ISOLE	19	20	51	30	63	82	84	44
TOTALE	244	244	619	513	962	676	1317	674



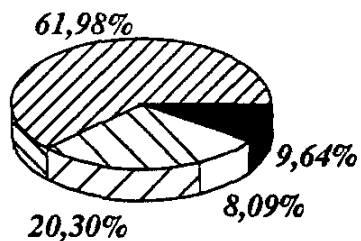
AMMINISTRAZIONI COMUNALI
TIPOLOGIE DI INTERVENTI FINANZIATI



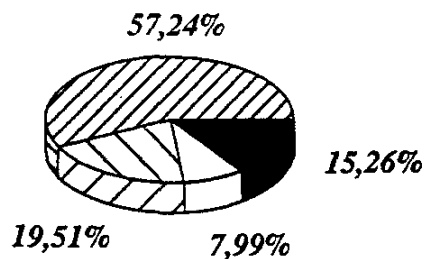
1990



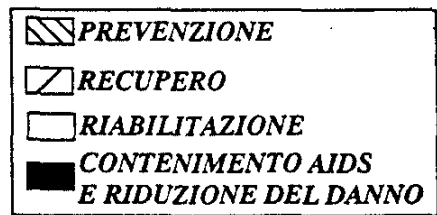
1991



1992

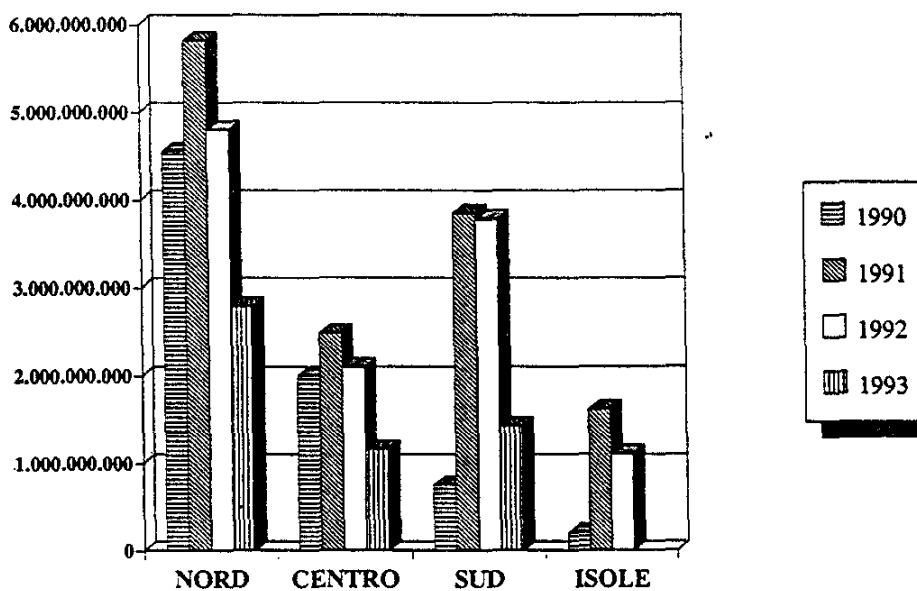


1993



AMMINISTRAZIONI REGIONALI FINANZIAMENTI DISPOSTI

	1990	1991	1992	1993
<i>NORD</i>	4.544.199.200	5.812.140.600	4.792.380.000	2.785.000.000
<i>CENTRO</i>	1.996.700.000	2.474.000.000	2.088.900.000	1.157.000.000
<i>SUD</i>	747.856.400	3.842.850.000	3.777.880.000	1.420.000.000
<i>ISOLE</i>	200.000.000	1.610.009.000	1.100.000.000	
TOTALE	7.488.755.600	13.738.999.600	11.759.160.000	5.362.000.000



CONSIDERAZIONI SULLE ATTIVITA' DI PREVENZIONE, RECUPERO,
RIABILITAZIONE FINANZIATE A VALERE SUL FONDO NAZIONALE
DI INTERVENTO PER LA LOTTA ALLA DROGA E RELATIVE VERIFICHE

L'analisi quantitativa conferma la tendenza, già mostrata negli anni precedenti, all'aumento del numero dei progetti presentati e finanziati, sia alle Amministrazioni dello Stato, che agli Enti locali.

Per quanto riguarda i progetti finalizzati al recupero e al reinserimento sociale e lavorativo, finanziati alle associazioni del volontariato e del privato sociale, a partire dall'esercizio finanziario 1993, la competenza della valutazione dei progetti presentati ai sensi degli artt. art. 131, 132, 134 del DPR 309/90 sulla base di quanto previsto dal decreto legge n.3 del 12 gennaio 1993 rettificato in ultimo con il decreto legge n.165 dell'8 marzo 1994, è passata dal Ministero dell'Interno e dal Ministero del Lavoro e Previdenza Sociale al Dipartimento per gli affari sociali.

La valutazione dei progetti presentati a valere sull'esercizio finanziario 1993 è in corso di istruzione da parte dell'apposita Commissione istituita presso il Dipartimento per gli affari sociali (d.l. 8/3/94, n. 165)..

Da un primo esame qualitativo, riferito cioè alla tipologia dei progetti presentati dalle Amministrazioni comunali, si rileva che la necessità di interventi di prevenzione primaria, che sono ancora quelli per i quali viene richiesta la maggior

parte dei finanziamenti, è la più sentita a livello locale, mentre gli interventi di recupero e reinserimento sociale e lavorativo vengono generalmente lasciati di preferenza alle associazioni del volontariato.

I progetti di prevenzione proposti si mostrano, ancora in molti casi, generici, volti ad un miglioramento della qualità della vita della popolazione giovanile generale, più che alla realizzazione di interventi mirati a specifiche fasce a rischio.

Ancora si nota, anche se in netta diminuzione rispetto agli anni scorsi, una certa carenza di una vera e coinvolta politica nel settore delle tossicodipendenze e soprattutto, purtroppo, la tendenza, ancora presente, alla "corsa al finanziamento".

Quest'ultimo aspetto è, tra l'altro, una delle ragioni per cui dall'erogazione delle somme assegnate all'esecuzione concreta del progetto sono passati, a volte, anche diversi anni e si sono verificati anche casi estremi, nei quali il comune non è stato in grado di dare inizio alle iniziative previste e si è dovuto ricorrere, da parte del Dipartimento per gli affari sociali, alla richiesta di restituzione del finanziamento già erogato.

A fronte di questo fenomeno, comunque, non si può disconoscere la positiva tendenza alla maggiore attenzione posta nell'analisi dei bisogni e delle necessità del territorio e dell'utenza, al coordinamento delle diverse realtà istituzionali (USL, SERT, scuola, associazioni del volontariato, ecc.) che comunque concorrono alla

realizzazione del progetto, al coordinamento delle attività realizzate dai comuni vicini, che si riflette in una più efficace flessibilità e funzionalità degli interventi, più attenti ad adattarsi ai rapidi mutamenti del fenomeno tossicodipendenze.

La novità, almeno in parte, è rappresentata dal numero sempre crescente di progetti che si riferiscono ad iniziative volte alla riduzione del danno, cioè rivolte alla riduzione delle conseguenze per la salute associate a comportamenti derivanti da uno stato di dipendenza.

E' un settore relativamente nuovo per il quale è necessaria una seria valutazione degli interventi e dei risultati. Allo stato attuale, numerosi progetti prevedono la semplice installazione di macchinette scambiatrici/distributrici di siringhe: è pensabile che tali iniziative non avranno grande efficacia se non sarà prevista contemporaneamente anche l'istituzione di unità di strada che devono realizzare il primo contatto con il tossicodipendente e soddisfare la necessità di accoglienza a breve termine.

Alla luce di queste considerazioni, è necessario sottolineare che la fase "promozionale", di coinvolgimento generale volge al termine e che è necessario aprire una nuova fase che privilegi e promuova il senso di responsabilità delle Amministrazioni comunali nelle scelte di politica sociale dell'ente locale: in altre parole, è prioritario stimolare la volontà progettuale, cioè la capacità di portare a regime le iniziative intraprese che dovranno continuare, poi, anche in assenza di un

riferimento specifico quale rappresentato dagli stanziamenti straordinari previsti dall'attuale normativa.

La mancata realizzazione di ciò, al momento attuale, potrebbe essere ascritta soprattutto alla carenza di indicatori utili ed idonei alla valutazione degli interventi realizzati e alla non piena ed effettiva attuazione di quanto previsto per legge, cioè l'istituzione del Nucleo Operativo che dovrebbe permettere al Dipartimento per gli affari sociali una più puntuale verifica e valutazione degli interventi finanziati, anche per superare le eventuali difficoltà riscontrate in fase di esame dei progetti da ammettere al finanziamento.

I criteri di ammissibilità da indicare nelle prossime circolari esplicative dovrebbero essere più rigidi, in conseguenza della maggiore esperienza, comunque acquisita, e dalla possibilità di avere a disposizione materiale relativo alla realizzazione delle attività negli anni precedenti.

In questo ambito, il Dipartimento per gli affari sociali si è comunque già posto il problema della verifica, non solo dal punto di vista contabile e amministrativo, ma anche e soprattutto da quello della valutazione di efficacia degli interventi realizzati.

La situazione che segue è quella rilevata dai controlli d'ufficio effettuata mediante l'analisi delle comunicazioni e dalle relazioni inviate, come prescritto ai

commi 7 e 8 dell'art. 127 del DPR 309/90, dalle Amministrazioni destinatarie dei finanziamenti.

Amministrazioni dello Stato

a) Ministero della Sanità

Nel 1990, sono stati finanziati al Ministero della Sanità 6 progetti per un totale di £.13.716.400.000. Di questi uno (Istituzione di una clearinghouse per la selezione e la raccolta di documentazione) risulta completato, mentre 2 sono corso di attuazione (Formazione post-laurea di medici e psicologici; TO.DI. 3), 2 in via di definizione (Informatizzazione dei S.E.R.T.; Formazione di personale del SECEDAS) e 1 (Potenziamento di laboratori di analisi chimico-cliniche) è stato sostituito con due nuovi progetti, che utilizzeranno anche i fondi relativi al 1991 concessi per la continuazione del progetto 1990: i nuovi progetti riguarderanno la formazione di medici di medicina generale e il potenziamento di laboratori di analisi chimico-cliniche di liquidi biologici.

Nel 1991 sono stati finanziati 7 progetti per un totale di £. 10.762.000.000. Di questi 1 è servito per rifinanziare due nuovi progetti (v. sopra), 1 (Iniziativa volte a ridurre lo scambio di siringhe) è stato sostituito con il progetto per l'ampliamento del progetto relativo alla formazione di operatori di strada che risulta in corso di

attuazione, gli altri 4 progetti (Rilevazione sulle tossicodipendenti in stato di gravidanza; Formazione di formatori; Istituzione della clearinghouse come proseguimento del progetto 1990; Associazione del centro di documentazione sulle farmacodipendenze all'Osservatorio europeo) sono ancora in fase di avvio.

Nel 1992 sono stati finanziati 4 progetti per un totale di £. 2.258.900.000: i progetti (Informatizzazione dei SER.T.; Controllo di qualità nella determinazione di droghe in liquidi biologici; Valutazione dei trattamenti; Centro interdisciplinare DACC-UNICRI) risultano solo in fase di avvio.

b) Ministero dell'Interno

Nel 1990 sono stati finanziati 6 progetti (Istituzione di laboratori di analisi; Formazione di operatori di pubblica sicurezza; Istituzione di 30 laboratori chimici; Programma di informatizzazione dei dati dell'Osservatorio permanente; Progetti adolescenti; Fondo per le attività antidroga) per un totale di £. 15.473.000.000. I progetti risultano tutti in stato avanzato di attuazione.

Nel 1991 sono stati finanziati 6 progetti, continuazione di quelli finanziati nel 1990, per un totale di £. 18.060.000.000. Risultano in attuazione.

Nel 1992 sono stati finanziati 2 progetti (Progetto adolescenti; Potenziamento delle attività di contrasto dei Servizi antidroga, prosecuzione degli anni precedenti), per un totale di £. 8.500.000.000, non ancora avviati.

c) Ministero della Pubblica Istruzione

Nel 1990 sono stati finanziati 2 progetti (Corsi di formazione per docenti; Attività di educazione alla salute, che include Progetto Giovani 93, Iniziative dei 20 studenti, Istituzione dei CIC) per un totale di 26.000.000.000: entrambi sono stati conclusi con buon successo.

Nel 1991 sono stati finanziati 6 progetti per un totale di £. 22.220.000.000: 2, proseguimento di quelli del 1990 (Progetto Giovani 93; Formazione docenti), e gli altri 4 (Docenti referenti; Corsi genitori; Seminari di educazione alla salute; Progetto Ragazzi 2000) risultano tutti conclusi.

Nel 1992 sono stati finanziati 6 progetti per un totale di £. 26.000.000.000: 3 prosecuzione di quelli del 1991 (Ragazzi 2000; Giovani 93; Progetto Genitori), 2 (CIC; Informazione di capi di istituto) risultano avviati e conclusi, l'ultimo (Incontri operatori - docenti) risulta non avviato.

d) Ministero della Difesa

Nel 1990 sono stati finanziati 4 progetti (Campagna informativa per militari di leva; Corsi per educatori; Potenziamento di laboratori di analisi; Potenziamento di consultori) per un totale di £.4.520.000.000, tutti in avanzato stato di attuazione.

Nel 1991 sono stati finanziati 6 progetti per un totale di 10.622.000.000. 1 (Colloqui agli iscritti di leva) è concluso, 2 (Potenziamento di consultori psicologici; Indagine epidemiologico-statistica sugli iscritti alla leva) sono in fase di attuazione e 3 (Formatori psicologi militari; Sanmiles: informazione e formazione; Prevenzione e recupero del bacino di utenza dell'ospedale militare di Verona) risultano non avviati.

Nel 1992 sono stati ammessi a finanziamento 9 progetti per un totale di £. 4.450.050.000. 5 (Formazione di psicoterapeuti militari; Potenziamento di consultori psicologici; Sanmiles 2; Sensibilizzazione della popolazione militare; Prevenzione e terapia in ambito militare) risultano non avviati, gli altri 4 (Formazione RORSCHACH; Prevenzione e trattamento nell'ospedale di Verona; Consultori psicologici; Dal cielo contro la droga) sono stati avviati con successo e attualmente sono in avanzato stato di realizzazione.

e) Ministero di Grazia e Giustizia

Nel 1990 sono stati finanziati 5 progetti per un totale di £. 19.923.000.000. Il progetto facente capo al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (Acquisizione e ristrutturazione di case mandamentali) è stato concluso; gli altri 4, di competenza della Giustizia minorile (Collocamento di minori in comunità terapeutiche; Interventi socio-riabilitativi di minori; Corsi di addestramento del personale; Adeguamento di locali) sono nella prima fase di attuazione, per la non completa disponibilità del finanziamento.

Nel 1991 sono stati finanziati 5 progetti per un totale di £. 12.319.000.000. Il progetto dell'Amministrazione Penitenziaria, continuazione del progetto del 1990, è in avanzato stato di realizzazione. Dei 3 progetti della Giustizia Minorile, 1 (Adeguamento di locali di prima accoglienza) non è stato avviato per indisponibilità dei fondi, 2 (Collocamento di minorenni in comunità terapeutiche; Addestramento e riqualificazione del personale) sono in stato di realizzazione. Il progetto relativo alla formazione di magistrati non è stato ancora avviato.

Nel 1992 sono stati finanziati 4 progetti all'Amministrazione Penitenziaria per un totale di £. 12.690.000.000. 2 (Adeguamento di carceri per soggetti tossicodipendenti; Osservatorio Nazionale) sono completati, 2 (Inserimento lavorativo di soggetti in esecuzione penale esterna; Qualificazione di personale specializzato per tossicodipendenti, soggetti in AIDS, alcolisti) sono in fase di realizzazione.

Regioni

Alle regioni sono finanziati progetti relativi alla formazione di operatori dei servizi pubblici e privati, anche riguardo alle problematiche derivanti dal trattamento di soggetti sieropositivi e dell'AIDS.

Nella tabella che segue sono riportati il numero dei progetti finanziati alle Regioni nel primo triennio con il relativo stato dell'arte.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE	1990	1991	1992 (\$)
Piemonte	1 prog.: realizzato	1 prog.: in attuaz.	4 prog.: non avv.***
Valle d'Aosta		2 prog.: in attuaz.	1 prog.: non avv.
Lombardia	2 prog.: 1 realizzato 1 non real.*	3 prog.: in attuaz.	1 prog.: non avv.***
Friuli V. G.	1 prog.: realizzato	4 prog.: realizzati	
Veneto	1 prog.: realizzato	1 prog.: in attuaz.	6 prog.: non avv.
Liguria	1 prog.: realizzato	1 prog.: in attuaz.	1 prog.: non avv.
Emilia Romagna	1 prog.: realizzato	10 prog.: realizzati	11 prog.: non avv.
Toscana	1 prog.: realizzato	3 prog.: realizzati	4 prog.: non avv.
Marche	1 prog.: realizzato	2 prog.: realizzati	2 prog.: non avv.
Umbria	1 prog.: in attuaz.	3 prog.: in attuaz.	2 prog.: non avv.
Lazio	2 prog.: in attuaz.	2 prog.: nessuna notizia	2 prog.: non avv.***
Sardegna	1 prog.: in attuaz.	1 prog.: nessuna notizia	
Abruzzo	1 prog.: realizzato	1 prog.: in attuaz.	1 prog.: non avv.
Molise		1 prog.: nessuna notizia	
Campania	1 prog.: non realiz.*	3 prog.: non realiz.*	1 prog.: non avv.***
Basilicata	1 prog.: realizzato		2 prog.: non avv.
Calabria		2 prog.: realizzati	2 prog.: non avv.
Puglia		2 prog.: non real.**	2 prog.: non avv.*** **
Sicilia		2 prog.: non realiz.*	1 prog.: non avv.***

(\$) Il generale stato di non avviamento deve essere ascritto al finanziamento avvenuto nel primo semestre 1993

* richiesta la restituzione del finanziamento

** in attesa della variazione (ente esecutore) da parte del Comitato di coordinamento

*** finanziamento 1992 non ancora accreditato

Comuni

Alle Amministrazioni comunali sono finanziati progetti mirati alla prevenzione, alla cura e recupero, al reinserimento sociale e lavorativo delle tossicodipendenze e alle iniziative di riduzione del danno. Le percentuali delle tipologie dei progetti finanziati nei diversi anni sono riportate nella sezione precedente.

Oltre che i previsti e routinari controlli d'ufficio, questa verifica ha previsto l'intervento della Società Italiana di Monitoraggio (SIM) e delle Prefetture.

Come previsto dalla convenzione stipulata nel 1991 tra il Dipartimento affari sociali e la Società Italiana di Monitoraggio, quest'ultima ha effettuato le verifiche secondo schemi standardizzati in due momenti distinti.

La valutazione in corso d'opera consiste nella determinazione del merito delle opere e dei servizi realizzati, in funzione degli obiettivi prefissati e dei risultati prestabiliti; la valutazione a completamento viene effettuata alla fine delle attività progettuali e rappresenta l'analisi conclusiva dell'intervento.

La verifica è stata realizzata su 8 comuni (3 del nord Italia, 3 del centro, 2 del sud), per altrettanti progetti finanziati nel 1990.

La prima fase della verifica si è espletata tra novembre 1992 e aprile 1993 nel primo momento di attuazione dei progetti. La seconda fase (dicembre 1993) è stata terminata per tre (1 del nord, 2 del centro) degli otto progetti.

La verifica ha evidenziato situazioni problematiche in 4 casi, parzialmente positive in 2 comuni, positive negli altri 2.

Relativamente ai progetti finanziati nel 1991, di 13 verifiche previste (4 nord, 5 del centro, 4 del sud), è stata ultimata la prima fase (ottobre 1992 - dicembre 1993) di verifica per 8 progetti (4 del nord, 3 del centro, 1 del sud).

La verifica è stata negativa per 1 comune, parzialmente positiva in 3 casi, positiva per gli altri 4.

Le verifiche delle Prefetture

Per effettuare una verifica più adeguata e puntuale dei progetti finanziati, in attesa della costituzione del Nucleo Operativo (art. 1, d.l. 8/3/94, n. 165), è stata richiesta ed ottenuta dal Ministero dell'Interno la collaborazione di tutte le Prefetture sul territorio nazionale, al fine di un controllo diretto sul posto, utile ad acquisire i necessari elementi valutativi per i progetti finanziati a valere sugli esercizi finanziari 1990 e 1991.

L'intervento delle Prefetture è stato determinante ed ha permesso di raccogliere dati in merito alla situazione economico-finanziaria e alla efficienza nella esecuzione dei progetti.

Relativamente ai progetti del 1990, su 76 Prefetture coinvolte non hanno risposto 3 Prefetture (1 del nord, 2 del centro) e, di quelle rispondenti, 5 (2 del nord,

2 del centro, 1 del sud) devono ancora completare i controlli su tutti i progetti afferenti alla provincia di competenza.

Per quanto riguarda i progetti relativi al 1991, le Prefetture coinvolte erano 81: non hanno risposto 3 Prefetture (2 del nord, 1 del centro) e 5 risposte sono ancora incomplete (2 del nord, 2 del centro, 1 del sud)

Le Prefetture che hanno risposto in maniera più o meno esauriente sono state circa l'85%.

Nelle tabelle seguenti è riportato sinteticamente il dato relativo alle valutazioni espresse dalle Prefetture, in percentuale, rispetto al numero di progetti censiti per ciascuna tipologia di intervento, di giudizi positivi (A) o negativi (B), relativi all'avvenuto concreto avvio del progetto e all'effettivo raggiungimento di un sufficiente livello di efficacia. In alcuni casi, la Prefettura, non avendo acquisito sufficiente documentazione, non esprime alcun parere in merito (C).

Al fine di una più corretta lettura del dato, è da considerare che tali verifiche sono state condotte nel corso dei primi 7 mesi del 1993, contemporaneamente per i progetti 1990 e per quelli 1991. Questi ultimi sono stati, ovviamente, avviati più tardi dei primi.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Esercizio finanziario 1990

	PREVENZIONE				RECUPERO				REINSERIMENTO			
	N.tot	% A	% B	% C	N.tot	% A	% B	% C	N.tot	% A	% B	% C
NORD	56	95	4	1	19	95	-	5	6	100	-	-
CENTRO	31	87	13	-	10	80	20	-	12	100	-	-
SUD	42	64	36	-	19	53	47	-	14	50	50	-
ITALIA	129	83	16	1	49	76	22	2	32	78	22	-

Esercizio finanziario 1991

	PREVENZIONE				RECUPERO				REINSERIMENTO				RIDUZIONE DANNO			
	N.tot	% A	% B	% C	N.tot	% A	% B	% C	N.tot	% A	% B	% C	N.tot	% A	% B	% C
NORD	117	71	27	2	45	58	40	2	28	57	43	-	7	57	43	-
CENTRO	70	59	41	-	35	77	23	-	31	65	35	-	7	71	29	-
SUD	100	36	63	1	61	43	57	-	24	25	75	-	1	-	100	-
ITALIA	287	56	43	1	141	56	43	1	83	51	49	-	15	60	40	-

I controlli d'ufficio

I controlli d'ufficio, effettuati come già descritto, sono stati completati in modo approfondito per i progetti finanziati a valere sull'esercizio finanziario 1990. La tabella seguente riporta il numero dei progetti, divisi per regione, secondo lo stato dell'arte.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

STATO DELL'ARTE

REGIONE	A	B	C	D	E
Piemonte	9	8			2
Lombardia	12	2			7
Trentino	1	1			1
Friuli V.G.	1	2			
Veneto	11	8			
Liguria		3			1
Emilia R.	23	9			1
NORD	57	33			12
Toscana	19	7	1		
Marche	5	4			2
Umbria	4				1
Lazio	2	5			
Abruzzo	1	3			1
Sardegna	2	2			
CENTRO	33	21	1		4
Molise	1				
Campania	9	3		2*	
Basilicata	2	2			2
Calabria	3	2		1**	
Puglia	17	9	1	1***	4
Sicilia	3	4		7****	2
SUD	35	20	1	11	8
ITALIA	125	74	2	11	24

Legenda: A = progetto concluso
 B = progetto in attuazione/conclusione
 C = progetto non avviato
 D = richiesta restituzione finanziamento
 E = in attesa della relazione già richiesta

* Comuni: Cicciano (NA), Caivano (NA)

** Comuni: Serra San Bruno (CZ)

*** Comuni: Spongano (LE)

**** Comuni: Messina, Ragusa, Vittoria (RG),

Paceco (TP), Noto (TP), Mascali (CT)

Misterbianco (CT)

Per quello che riguarda i progetti finanziati a valere sull'esercizio finanziario 1991, sono in corso i medesimi approfonditi controlli d'ufficio.

Da un primo esame della situazione, risulta che tutti i progetti sono stati avviati e la maggior parte è in avanzato stato di attuazione.

11 progetti sono in attesa dell'autorizzazione alla variazione da parte del Comitato di coordinamento nazionale per poter essere attuati.

Ai seguenti comuni è stata richiesta la restituzione del finanziamento accordato, per la riscontrata impossibilità dell'attuazione del relativo progetto:

Latina;	Monopoli (BA)
Assemini (CA);	Scorrano (LE)
Avellino;	Caltagirone (CT)
Bitonto (BA);	Serra San Bruno (CZ).

La situazione relativa ai progetti finanziati a valere sull'esercizio finanziario 1992, premesso che il finanziamento è stato accreditato nei primi mesi del 1993, il 42 % risulta non avviato, il 29 % avviato, ma senza relazione, il 29 % è in corso regolarmente.

10 progetti sono in attesa dell'autorizzazione alla variazione da parte del Comitato.

A 4 comuni è stata richiesta la restituzione del finanziamento, per l'accertata impossibilità di attuare il progetto:

Forlimpopoli (FO);

Cagliari;

S. Benedetto del Tronto (AP)

Assemmini (CA);

Latina;

Napoli.

I seguenti comuni non hanno ancora ricevuto l'accredito del finanziamento, per l'ancora non chiara situazione dei progetti finanziati negli anni precedenti:

Savona;

Bari;

Potenza;

Spongano (LE)

Corleto Perticara (PZ);

Vittoria (RG).

Il Dipartimento per gli Affari Sociali ha provveduto a costituirsi parte civile in alcuni processi a carico di soggetti imputati di distrazione dei fondi destinati al tema delle tossicodipendenze.

LA V CAMPAGNA INFORMATIVA

Dopo il referendum abrogativo del 18 aprile e dopo la Conferenza nazionale di Palermo si è resa necessaria una ridefinizione della strategia complessiva.

Decisioni quali la depenalizzazione del consumo personale e la riduzione del danno vanno ad incidere in qualche modo anche sulla strategia comunicativa, pertanto si è ritenuto opportuno sperimentare nuove vie che si fondano sugli studi più recenti e sulle ricerche disponibili a livello internazionale sia nel campo pedagogico che nell'area della comunicazione mirata in modo particolare alla prevenzione della tossicodipendenza.

Aprire una nuova fase nella pianificazione delle campagne informative non significa prefigurare risultati certi e tangibili nel breve periodo e nemmeno allontanare qualsiasi tipo di rischio che potrebbe derivare da una campagna non riuscita o addirittura controproducente.

Ciò nonostante si tratta di una sfida da affrontare, ben sapendo che il non farlo potrebbe probabilmente comportare costi maggiori che il farlo.

In realtà, la letteratura scientifica sembra sostenere con sempre maggiore determinazione che anche per fenomeni sociali come la

tossicodipendenza debba essere adottata una strategia che punti con forza al positivo.

Si può aprire quindi una fase culturalmente nuova dove il concetto di prevenzione assume una valenza propositiva e promozionale, dove si cercherà innanzitutto di valorizzare le potenzialità esistenti soppiantando i divieti con proposte di percorsi positivi.

Operativamente la V campagna dovrebbe seguire due linee strategiche: la prima, di prevenzione primaria improntata su una "strategia positiva che previa una comprensione dei bisogni, rinforzi tendenze, convinzioni, impegni e mobilitazioni già esistenti nei giovani e fornisca loro la consapevolezza di svolgere un ruolo di responsabilità"; la seconda, con la scelta di opportuni canali di diffusione, mirata ai soggetti già tossicodipendenti e ispirata alla strategia della riduzione del danno.

Sulla base di tali premesse, le iniziative che ci si propone di realizzare sono:

- trasmissioni televisive sulla nuova strategia di comunicazione e sui servizi di prevenzione e cura e trasmissioni in prima serata su temi di interesse per i giovani;

- slogan, spot televisivi, manifesti e un opuscoli informativi sulla campagna di prevenzione e sulla riduzione del danno;
- la diffusione del messaggio promozionale dello sportello del cittadino DROGATEL attualmente trasmesso dalla RAI;
- attività con il mondo della scuola consistenti nella presentazione di uno strumento (brochure), appositamente prodotto, che illustri agli insegnanti finalità, contenuti e metodi della campagna di prevenzione di quest'anno; lancio di un concorso di idee per la presentazione di progetti che si ispirino ai contenuti della Campagna di prevenzione promossa dal Dipartimento. Tale lancio potrebbe avvenire nel corso di un Forum della scuola previsto nell'ambito delle manifestazioni per la Settimana Europea per la prevenzione della tossicodipendenza.

Nell'ambito della Seconda Settimana europea per la prevenzione delle tossicodipendenze è previsto anche lo svolgimento di un seminario sul problema dell'abuso di droghe nel mondo del lavoro.

Sono previste infine attività di valutazione della campagna informativa.

Tutti gli atti amministrativi relativi alle predette iniziative saranno attuati nella stretta osservanza delle norme di contabilità di stato.

SPORTELLO PER IL CITTADINO
SERVIZIO DROGATEL

Il decreto legge n. 3, del 12 gennaio 1993, reiterato da ultimo con decreto legge n.165 dell' 8 marzo 1994, l'istituzione, presso il Dipartimento per gli Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri, di uno "Sportello per il cittadino", in analogia con quanto già avviene in relazione ad altre gravi emergenze sociali e sanitarie.

Tale "Sportello" si propone di offrire in maniera diretta "informazioni, assistenza ed indirizzo nel campo della prevenzione, del recupero e della riabilitazione." In questa prima fase, viene circoscritta l'area di intervento al settore tossicodipendenza, in seguito, si valuterà l'opportunità di estendere lo stesso servizio ad altre competenze sociali del Dipartimento.

Per garantire tale servizio è stato appositamente istituito un numero verde gratuito, che rappresenta il mezzo di più semplice utilizzo e di maggiore capillarità.

In relazione a quanto previsto dalla normativa vigente e considerata l'attuale, limitata struttura del Dipartimento, è stato affidato, con apposita convenzione, alla società ATESIA S.p.A. del gruppo IRISTET, lo svolgimento del servizio, da attuarsi in stretta collaborazione e sotto le direttive del Dipartimento per gli Affari Sociali; pertanto dal mese di luglio si è avviato un comune lavoro per la realizzazione dello "Sportello".

Dal 16 settembre 1993 il numero verde 167/011222, con dieci linee telefoniche e cinque postazioni fisse è entrato in funzione ed è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 10,00 alle ore 19,00.

Il servizio è organizzato in modo da:

- 1 - Fornire, in tema di droga e tossicodipendenza a chiunque ne faccia richiesta.
 - a) servizio di counsellig telefonico;
 - b) informazioni sulle iniziative promosse dal Dipartimento per gli Affari Sociali in merito al problema della prevenzione, recupero e della riabilitazione;
 - c) informazioni sugli stupefacenti (disposizioni legislative, notizie e caratteristiche delle varie sostanze stupefacenti e loro effetti) anche mediante l'invio di materiale;
 - d) ogni tipo di informazione, compresi indirizzi e recapiti telefonici riguardanti servizi e centri pubblici e privati (UU.SS.LL., SERT, Comunità terapeutiche, centri e di accoglienza, consultori, centri di salute mentale, ospedali).

- 2 - Rilevare, rispettando il diritto dell'anonimato dell'utente, sesso, età, professione, provenienza e motivo della chiamata, tipo di risposta fornita dallo "Sportello", per una gestione informatizzata dei dati.

Con tale impostazione il servizio rappresenta uno strumento di lettura capillare in grado di fornire elementi e dati indispensabili per la comprensione di

un fenomeno in continua evoluzione, permettendo altresì di approntare strategie di risposta adeguate e di promuovere nuove iniziative e nuove campagne informative.

In poco più di tre mesi dal settembre al dicembre 93, sono pervenute al Drogatel 8600 telefonate.

La tipologia stessa del servizio non rende possibile nei primi mesi particolari elaborazioni dei dati; è comunque interessante rilevare, da una prima lettura, elementi significativi sulle richieste degli utenti.

Emergono in modo evidente le richieste di informazione sui centri di accoglienza e assistenza socio-sanitaria (prevalentemente Ser.T. e Comunità) con una percentuale del 58%. Al secondo posto vi sono le richieste di informazione sulle sostanze stupefacenti con un 17,5%. Troviamo poi le informazioni sulla legislazione in merito alla tossicodipendenza con circa il 5% e le richieste di materiale informativo con circa il 4,5%.

Nei grafici che seguono sono riportati dati riguardanti la ripartizione geografica delle chiamate, dati sui servizi, dati sull'utente.

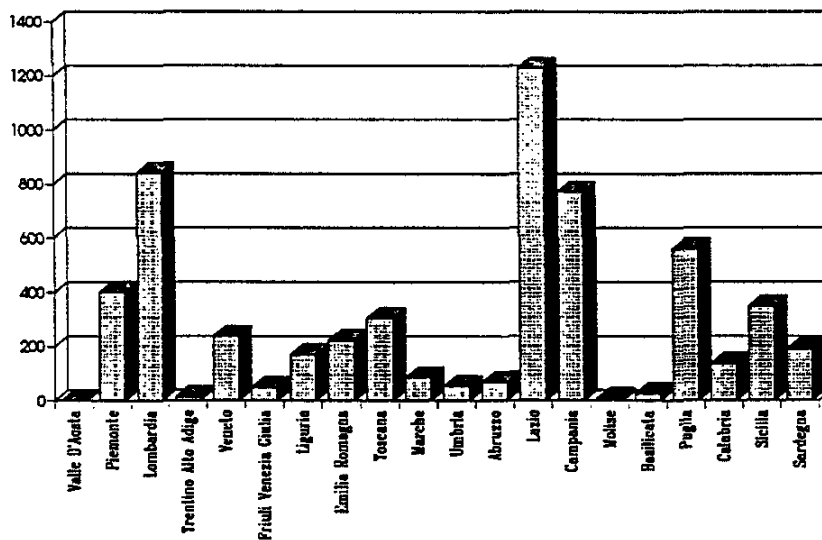
Per quest'ultimo punto, i dati vanno letti considerando che il chiamante non sempre coincide con il soggetto assuntore delle sostanze, il maggior numero delle telefonate sono da parte di persone che hanno un legame con l'assuntore di droga.

**DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI SOCIALI
SERVIZIO DROGATEL
DATI RELATIVI AL PERIODO 16/09 AL 31/12 1993**

RIPARTIZIONE GEOGRAFICA DELLE CHIAMATE

Valle D'Aosta	1	0,02%
Piemonte	402	7,02%
Lombardia	841	14,68%
Trentino Alto Adige	14	0,24%
Veneto	238	4,15%
Friuli Venezia Giulia	50	0,87%
Liguria	170	2,97%
Emilia Romagna	224	3,91%
Toscana	306	5,34%
Marche	86	1,50%
Umbria	53	0,92%
Abruzzo	70	1,22%
Lazio	1229	21,45%
Campania	771	13,46%
Molise	9	0,16%
Basilicata	28	0,49%
Puglia	561	9,79%
Calabria	137	2,39%
Sicilia	349	6,09%
Sardegna	191	3,33%
Totale	5730	100,00%

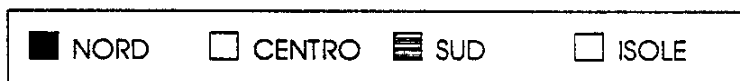
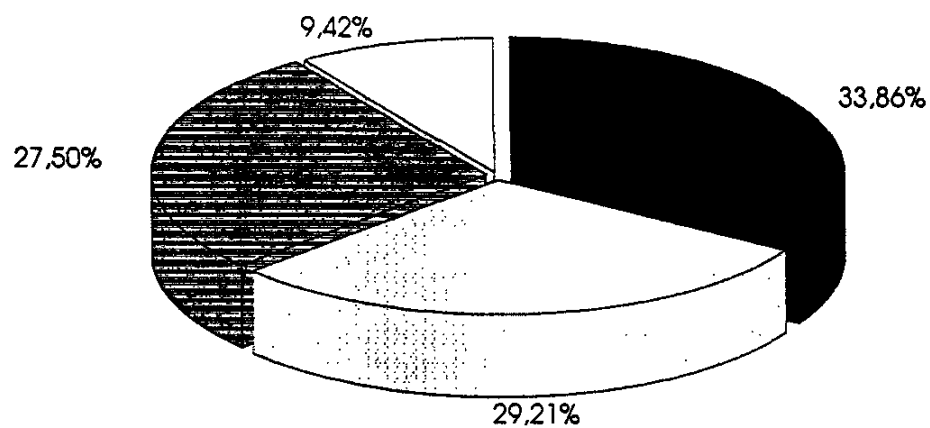
Numero chiamate



DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI SOCIALI
SERVIZIO DROGATEL
ANALISI DAL 16/09 AL 31/12 1993

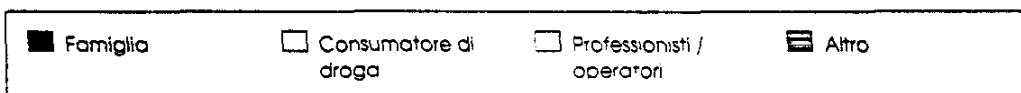
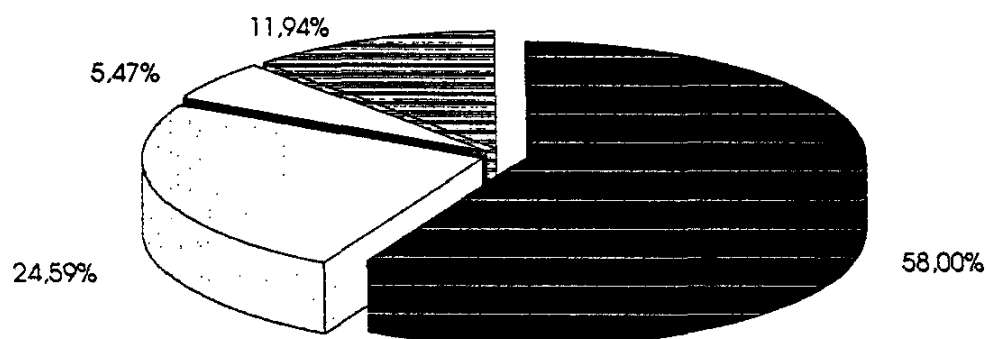
RIPARTIZIONE GEOGRAFICA DELLE CHIAMATE

NORD	33,86%
CENTRO	29,21%
SUD	27,50%
ISOLE	9,42%



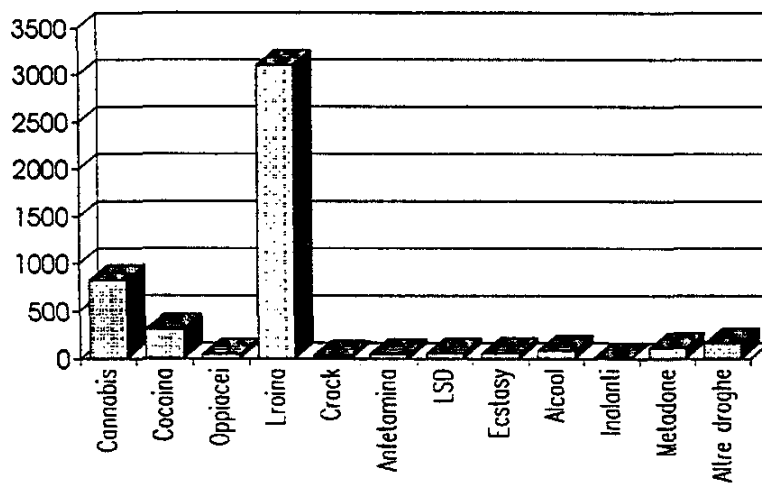
DATI RELATIVI AL CHIAMANTE

FMIGLIA	3585	58.00%
CONSUMATORE DI DROGA	1520	24.59%
PROFESSIONISTI / OPERATORI	338	5.47%
ALTRO	738	11.94%
TOTALE	6181	100.00%



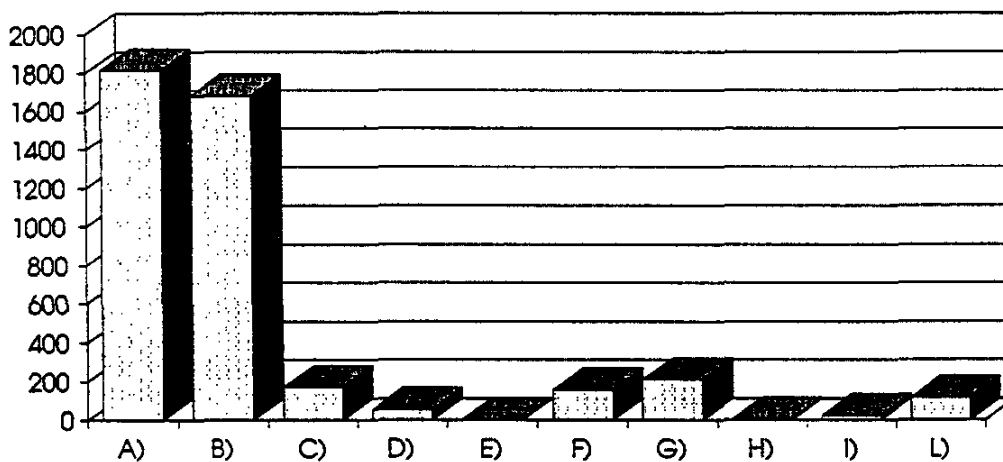
DATI RELATIVI AI PRODOTTI CONSUMATI

Cannabis	825	17,09%
Cocaina	313	6,48%
Oppiacei	46	0,95%
Eroina	3103	64,27%
Crack	28	0,58%
Anfetamina	47	0,97%
LSD	55	1,14%
Ecstasy	56	1,16%
Alcool	84	1,74%
Inalanti	2	0,04%
Metadone	111	2,30%
Altre droghe	158	3,27%
Totale	4828	100,00
		%



INFORMAZIONI RICHIESTE SUI SERVIZI

A)	Sert	1817	42,83%
B)	Comunità / Centri di accoglienza	1683	39,67%
C)	CSM	170	4,01%
D)	Uffici pubblici provinciali	54	1,27%
E)	Uffici assistenza regionale	3	0,07%
F)	Numeri Verdi	157	3,70%
G)	Assistenza volontariato	211	4,97%
H)	Indirizzi utili alcolisti	7	0,17%
I)	USL	23	0,54%
L)	Consultori familiari	117	2,76%
	Totale	4242	100,00%



EPIDEMIOLOGIA DELLE TOSSICODIPENDENZE

Come negli scorsi anni la parte dedicata alla epidemiologia delle tossicodipendenze è stata elaborata grazie al contributo dell'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio.

Descrivere e valutare la distribuzione geografica e temporale delle tossicodipendenze e dei loro effetti sulla salute della popolazione e' un compito estremamente difficile data la estrema eterogeneita' della definizione di tossicodipendenza, che varia sia temporalmente che geograficamente. Diverse possono essere le sostanze d'uso, le modalita' di assunzione ed i loro effetti sulla salute. La definizione di tossicodipendenza sembra comunque dipendere soprattutto da variabili culturali e di desiderabilita' sociale. Queste variabili vanno quindi tenute in considerazione quando si cerca di valutare l'andamento temporale del fenomeno; in particolare e' evidente che nel corso dell'ultimo decennio gli atteggiamenti sociali rispetto all'uso delle droghe cosiddette leggere, quali la cannabis, l'hashish e la marijuana sono cambiati in maniera rilevante, tale da dover considerare separatamente le due popolazioni (uso di droghe per via endovenosa e non) per non incorrere in errori di misclassificazione.

Incidenza e prevalenza dei tossicodipendenti

L'andamento delle tossicodipendenze puo' essere misurato in termini di incidenza (numero di nuovi tossicodipendenti in un certo periodo e luogo / popolazione a rischio nello stesso luogo e periodo) e in termini di prevalenza (numero di tossicodipendenti presenti in una certa popolazione in un dato periodo di tempo / popolazione a rischio nello stesso tempo e luogo). Stimare l'incidenza di una popolazione che tende ad essere, per una proporzione sconosciuta, sommersa, e' estremamente difficile, mentre e' possibile stimare la prevalenza.

Il primo limite dell' uso di sistemi informativi che gestiscono informazioni individuali relative all'utenza dei SERT e degli Enti ausiliari, deriva dalla loro disomogenea attivazione e qualità dei dati a livello locale e regionale. Inoltre non tutti i tossicodipendenti si trovano in trattamento in un determinato intervallo di tempo; il numero dei soggetti trattati e' quindi una sottostima del numero totale di tossicodipendenti.

Il numero degli utenti in carico ai servizi e' fortemente dipendente dal numero dei servizi, dalla qualita' dei servizi e dal tipo di offerta dei servizi stessi. Era stato ipotizzato che il numero di utenti dei servizi aumenti con l'aumentare della proporzione di trattamento metadonico offerto; una recente analisi dei dati di prevalenza di tossicodipendenti in carico ai servizi (pubblici ed enti ausiliari), disaggregati per provincia,

mostra che la variabilità geografica della prevalenza di tossicodipendenti "in trattamento" non dipende da caratteristiche osservate dei trattamenti. In particolare la prevalenza è non significativamente diversa nelle provincie con più alta proporzione di tossicodipendenti per via endovenosa (TDEV) in trattamento farmacologico sostitutivo con metadone, rispetto a quelle con una proporzione molto bassa. Il dato va tuttavia interpretato con cautela poichè la definizione di "trattamento metadonico" ha fortissima variabilità geografica e temporale, per dosaggio, durata del trattamento, criteri di arruolamento e di mantenimento in trattamento; tale forte misclassificazione della definizione di trattamento determina di per se una elevata probabilità di osservare una mancata associazione tra proporzione di soggetti in trattamento con metadone e prevalenza di TDEV in carico ai servizi.

E' possibile affermare che la prevalenza "osservata" di TDEV in carico ai servizi dipende, da un lato, da caratteristiche ambientali e sociali dell'area. Poichè è stato dimostrato che le stesse caratteristiche ambientali e sociali sono a loro volta associate alla prevalenza "vera" di TDEV nell'area, ne deriva che la prevalenza di TDEV in carico ai servizi dipende, in parte, dalle dimensioni della popolazione dei TDEV. Differenze geografiche e temporali della prevalenza di TDEV in carico ai servizi potrebbero quindi essere interpretate come espressione di variazioni delle dimensioni "vere" delle popolazioni di TDEV.

Tuttavia le dimensioni delle popolazioni di TDEV in carico ai servizi sono a loro volta dipendenti dalle dimensioni e dalle caratteristiche dei servizi stessi. Non può pertanto essere escluso che, anche in misura notevole, differenze geografiche e temporali della prevalenza osservata di TDEV in carico ai servizi siano spiegate da variazioni dell'offerta (quantitativa e qualitativa) dei servizi stessi, senza variazioni significative delle dimensioni della popolazione dei TDEV.

Aumentando il numero delle strutture censite dai vari sistemi, essendo i dati raccolti a livello non individuale, aumenta inoltre la probabilità di sovrapposizione tra utenti di servizi diversi e utenti delle strutture socio-riabilitative. Questo può comportare una sovrastima del numero di tossicodipendenti assistiti.

Da notare che il numero dei TDEV in trattamento aumenta lievemente tra il 1992 ed il 1993, soprattutto per quanto riguarda i TDEV in carico ai SERT, anche se tra il 1992 ed il 1993 si assiste ad una sostanziale stabilità del numero dei SERT rispetto ad un ulteriore incremento delle Comunità Terapeutiche, il cui numero, dal 1992 è superiore a quello dei SERT.

Esistono delle tecniche indirette, scientificamente validate, che permettono di stimare il numero di tossicodipendenti in una popolazione, utilizzando fonti di dati diverse.

Tramite queste tecniche e' stato possibile stimare una prevalenza di tossicodipendenti (consumatori di sostanze stupefacenti per via endovenosa) nella popolazione generale .In Italia, nel 1988, nella fascia d'eta' 15-34 anni, di 14.1/1000 nella popolazione maschile e di 3.6/1000 in quella femminile, per un totale stimato di circa 130000 tossicodipendenti, di cui circa un terzo risultava in carico ai servizi pubblici di trattamento.

Per il 1992 non sono disponibili stime analoghe per l'Italia, ma possono essere utilizzate stime prodotte per il Lazio. Nel 1988 si stimavano nel Lazio circa 18000 TDEV con il metodo delle catture multiple circa 19000 con la formula del moltiplicatore. Nel 1992 si stimano circa 39000 TDEV con la formula del moltiplicatore e circa 23000 con il metodo delle catture multiple. Tenuto conto che nello stesso periodo i TDEV in trattamento nel Lazio sono passati da 4000 circa a 12000, pur considerando i limiti di validità dei metodi di stima indiretta, le evidenze disponibili concordano nel sostenere l'ipotesi che tra il 1988 ed il 1992 si è determinato un aumento delle dimensioni della popolazione dei TDEV in trattamento, Qualora la proporzione tra TDEV del Lazio e TDEV in Italia si fosse mantenuta stabile nel tempo, sarebbe possibile ipotizzare nel 1992 in Italia una stima minima della dimensione della popolazione di TDEV di almeno 160000 persone.

Mortalità dei tossicodipendenti

Per l'Italia cominciano ad essere disponibili i dati di uno studio multicentrico di mortalità che ha sino ad oggi arruolato coorti di tossicodipendenti di Torino, Lombardia, Lazio, Napoli e Cagliari e che consentirà ad analisi conclusa di avere un quadro molto preciso degli effetti sulla salute della condizione di tossicodipendenza in diverse aree del Paese. Ad oggi sono disponibili le analisi preliminari delle coorti di Roma e di Torino che mostrano un andamento simile dei tassi di mortalità.

La mortalità per tutte le cause, per maschi e femmine, è descritta da un tasso standardizzato di circa 11 per 1000, nel 1980-82, che si mantiene sostanzialmente stabile fino al 1985-86 e successivamente aumenta progressivamente per raggiungere valori di circa il 21 per 1000 nel 1991-92. L'eccesso di mortalità rispetto alla popolazione generale dello stesso sesso ed età, espresso in termini di SMR (rapporti standardizzati di mortalità) è, per i maschi, di 13,6 volte a Torino e di 14,8 a Roma. Per le femmine è di 31,9 volte a Torino e di 29 volte a Roma. Per rendere più chiaro il significato di queste misure si veda ad esempio come nei maschi tossicodipendenti di Roma, nel periodo dello studio, (1980-1992), sarebbero stati attesi circa 36 morti per tutte le cause se i tossicodipendenti avessero avuto la mortalità della popolazione generale dello stesso sesso ed età, mentre sono stati osservati 528 decessi. Gli eccessi di mortalità non riguardano solamente cause di morte direttamente

correlate alla tossicodipendenza (overdose, AIDS), ma anche altre malattie, compresi i tumori. Per dare una idea dell'impatto della mortalità dei tossicodipendenti sulla salute della popolazione si pensi che a Roma tra il 1980 e il 1988 circa il 18% di tutte le morti nei maschi sono attribuibili alla tossicodipendenza. Per la causa di morte endocarditi il 65% dei morti a Roma in questo periodo sono attribuibili a tossicodipendenza.

Per quanto riguarda l'andamento temporale per la mortalità per causa si assiste fino al 1985-86 ad un lieve decremento della mortalità per overdose che quindi, in termini di tassi standardizzati aumenta fortemente fino al 1990 per stabilizzarsi fino al 1992. Mentre la mortalità per tutte le altre cause si mantiene stabile nel tempo, nel 1985 compare la mortalità per AIDS che nel 1992 costituisce quasi il 50% della mortalità dei tossicodipendenti. Da notare che la mortalità per AIDS si è aggiunta alla mortalità totale dal 1985-86, senza competere con la mortalità per altre cause.

Una preliminare analisi dei determinanti della mortalità per overdose in queste coorti effettuata con metodi multivariati consente di affermare che il rischio di morte per i tossicodipendenti aumenta con l'aumentare dell'età di ingresso in trattamento: i tossicodipendenti entrati in trattamento con età superiore a 30 anni hanno un rischio di morte di circa il 39% superiore a quello dei tossicodipendenti entrati in trattamento tra i 15 ed i 19 anni.

Indipendentemente dall'età di ingresso in trattamento il rischio di morte non varia con la durata in trattamento. Il maggiore eccesso di mortalità per overdose, indipendentemente dall'età di ingresso in trattamento e dalla durata del trattamento, si concentra nel periodo immediatamente successivo all'abbandono del trattamento: rispetto ai soggetti in trattamento coloro che hanno abbandonato il trattamento da meno di un anno hanno un rischio di morire per overdose almeno 4,14 volte più grande. Questo dato deve fare attentamente riflettere sulla necessità dei trattamenti di mantenimento.

Per quanto riguarda la valutazione dell'andamento temporale e geografico della mortalità per overdose, diversi sono i fattori da cui possono dipendere variazioni temporali e geografiche:

- 1) variazione temporale e geografica della definizione di "decesso per overdose";
- 2) variazioni temporali e geografiche della letalità per overdose;
- 3) variazioni temporali e geografiche della struttura della popolazione di tossicodipendenti a rischio di morire per overdose.

Per le valutazioni sulla mortalità per overdose si rimanda al Libro Bianco sulle tossicodipendenze ed alla Relazione del 1992.

Alcune considerazioni sui trattamenti

Emerge chiaramente dal rapporto una estrema disomogeneità geografica del tipo di trattamento offerto dai servizi; la proporzione di soggetti in trattamento metadonico nel 1992 varia dal 13.5% in Emilia Romagna al 74.5% nel Lazio. Complessivamente si è passati dal 60% degli utenti in trattamento metadonico nel 1984 al 25% nel 1992. La proporzione di soggetti ad altro tipo di trattamento (socio-riabilitativo, comunità terapeutica ecc.) è invece aumentata nel corso degli anni.

Questo andamento non è giustificato da alcuna evidenza circa l'efficacia dei diversi trattamenti. In particolare, mentre esistono studi scientifici che dimostrano l'efficacia del trattamento metadonico nel ridurre l'uso di eroina ed i conseguenti comportamenti a rischio (attività criminali, uso di siringhe usate, ecc.), non esistono evidenze riguardo ad altri trattamenti.

A questo proposito si impone 1) che i trattamenti di cui sia nota l'efficacia rispetto a definiti obiettivi siano garantiti in tutti i servizi; 2) che siano pianificati studi di valutazione della efficacia dei diversi interventi sulle tossicodipendenze.

Anche per il 1993 viene confermato quanto evidenziato negli scorsi anni relativamente ai trattamenti metadonici negli Istituti Penitenziari. Infatti se nel 1992 solo il 2.2% dei detenuti tossicodipendenti (330/14818) era sottoposto a trattamento metadonico, nel 1993 il dato è

sceso a 1,6 % (245/15135) mentre risulta stabile, anzi aumenta leggermente, il dato relativo ai trattamenti con AZT dei detenuti sieropositivi per HIV che passa dal 19,3 % (680/3530) del 1992 al 20,5 % (697/3407) del 1993.

A tale proposito valgono le considerazioni espresse sia nella relazione del 1992 che nella Conferenza di Palermo e devono essere adottati tutti i provvedimenti affinché tale situazione si modifichi.

Contributi e concessioni ai sensi degli articoli

128 -129 -131 - 132 - 134 del TU309/90

***(e del d.l. n 3 del 12 gennaio 1993 da ultimo
reiterato con d.l. n 165 del 8 marzo 1994)***

In merito all'attività di erogazione dei contributi previsti ai sensi dell'art.128 del decreto in oggetto da parte di questo Segretariato si comunica quanto segue:

A seguito della pubblicazione dei bandi, rispettivamente del 30 ottobre 1990, dell'8 maggio 1991 e dell'11 novembre 1991, per la concessione dei contributi, pari a L.300 miliardi per il triennio 90/92, sono stati ammessi a finanziamento n.1.285 operatori pubblici e privati.

Facendo presente che l'attività di questo Segretariato si riferisce al triennio 90/93, alla data odierna, sono stati emessi n.274 decreti definitivi di concessione del contributo pari a L.94.942.000.000.= sulle tre annualità.

L'ufficio, secondo la normativa sui lavori pubblici e secondo le disposizioni impartite dal Comitato Esecutivo del C.E.R., sta provvedendo all'erogazione dei contributi per i progetti approvati in via definitiva, in base allo stato di avanzamento dei lavori effettuati.

DIREZIONE GENERALE DEI SERVIZI CIVILI

PROGETTI ANTIDROGA FINANZIATI DALLA DIREZIONE GENERALE DEI
SERVIZI CIVILI DEL MINISTERO DELL'INTERNO -
ELEMENTI INFORMATIVI PER L'ANNO 1993 -

A decorrere dall'esercizio finanziario 1993 i contributi per il finanziamento di progetti mirati alla prevenzione e recupero delle tossicodipendenze vengono erogati dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli affari sociali, in quanto si è ritenuto di accentrare in un unico organo la gestione finanziaria per gli interventi sul territorio nella materia, effettuati da enti pubblici e privati.

L'ultimo decreto-legge 7 gennaio 1994, n. 9, emanato a seguito di una serie di analoghi provvedimenti conferma tale orientamento anche per l'anno 1994.

Vi sono tuttavia ancora in corso e in via di completamento attività inerenti ai progetti finanziati dal Ministero dell'Interno nel triennio 1990-1992 che, accanto alle esperienze tratte da gestioni già compiute, consentono di formulare alcune conclusioni di carattere generale.

La fonte normativa è data dagli artt. 131 e 132 del D.P.R. n. 309 del 1990.

In via preliminare va osservato che la gestione di tali progetti comporta problemi che non sono riconducibili semplicisticamente ad attività di ordinaria amministrazione. In particolare si è rilevato che nel corso della concreta realizzazione delle diverse linee operative in cui i singoli progetti si articolano, talvolta si verificano necessità contingenti di apportare variazioni o si presentano difficoltà che allungano i tempi programmati dall'ente esecutore.

Le cause vanno ricercate nelle possibili variazioni degli utenti, nella lievitazione dei prezzi dei servizi sul mercato rispetto a quelli preventivati, nella procedura accentrata di autorizzazione alle variazioni proposte ed altro ancora. Non vanno inoltre dimenticati i diversi adempimenti necessari per le aperture di credito a favore dei funzionari delegati (Prefetti competenti per territorio) ed il conseguente successivo trasferimento dei contributi ai singoli enti esecutori, dopo l'approvazione ed il finanziamento, adottato con decreto, dell'intero piano per l'anno considerato.

Il tempo che resta agli enti anzidetti si riduce quindi di mesi e spesso il tempo occorrente per ultimare le attività inerenti ai singoli progetti supera la previsione del termine finale, compreso quello sulla rendicontazione della spesa, di cui alle norme sulla contabilità generale dello Stato.

Sarebbe pertanto utile introdurre norme a salvaguardia della prosecuzione dei progetti in corso di realizzazione anche oltre il termine di rendicontazione per non versare in economia gli importi, vanificando così tutti gli sforzi compiuti per dar vita ad una efficace manovra complessiva sul territorio nella lotta contro le tossicodipendenze. Andrebbero inoltre verificate le attuali procedure centralizzate e quelle decentrate per semplificare e snellire ciò che è possibile a vantaggio dell'efficienza e dell'efficacia, ove occorre anche modificando la vigente normativa.

Un secondo punto di riflessione è dovuto alla necessità di evitare che i finanziamenti voluti dalla legge antidroga facciano sorgere sul territorio, solo perché esiste la possibilità di ottenere contributi, enti ed associazioni che si dissolvono appena finita la possibilità di essere destinatari di fondi, sia pure a contributo.

Si riterrebbe pertanto opportuno "monitorare il territorio" per conoscere quali enti operano sul campo almeno da un triennio che offrano garanzie di continuità di intervento.

In questo senso si potrebbe con concretezza parlare di enti stabili; infatti, se il triennio 1990-1992 si può considerare di sperimentazione e di consolidamento di un tipo di iniziativa, quella appunto a progetto, che ha rappresentato una novità nelle modalità di intervento dello Stato sul territorio, ora tutte le iniziative nel settore considerato dovrebbero essere portate su un piano di politica sociale che assicuri la continuità degli interventi, nell'intento di raggiungere livelli più soddisfacenti di rendimento.

Un discorso a parte va fatto per gli enti privati e, in particolare, le associazioni di volontariato, per i quali si auspica che la Conferenza Stato-Regioni porti a definitiva soluzione il vecchio problema della iscrizione di tali enti agli albi regionali, cui l'art. 116 del D.P.R. n. 309 del 1990 e la successiva legge 11.8.1991, n. 266, sul volontariato subordina la possibilità di ricevere contributi.

E' anche opportuno che, nell'esecuzione di progetti antidroga, le associazioni di volontariato si avvalgano in misura sufficiente di personale specializzato da individuare anche all'esterno della loro organizzazione.

Altro aspetto da considerare è quello delle verifiche nel corso dell'esecuzione dei progetti in vista di una pianificata ed efficace linea di collaborazione tra la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli affari sociali ed il Ministero dell'Interno - Direzione generale dei servizi civili.

In proposito si ritiene che il rilevante numero degli enti pubblici e privati ammessi a contributo richieda una adeguata, stabile ed efficiente organizzazione mirata all'assistenza tecnica ed alla verifica dei progetti in corso di esecuzione. Tale necessità sembra superare le possibilità offerte dal costituendo nucleo operativo, previsto in sede centrale, presso il Dipartimento, dall'art. 1 del D.L. 7.1.1994, n. 9.

Né sembra possa migliorare la situazione, la previsione contenuta nel disegno di legge di conversione

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

dello stesso decreto-legge (Atto Camera n. 3751-A), che modifica la composizione del nucleo operativo riducendone i membri da tredici a quattro.

Si ritiene, infatti che un'attività così capillare possa essere svolta in modo più efficace e diretto da parte delle prefetture, presso le quali sarebbe opportuna l'istituzione di un organismo ad hoc, che potrebbe dare consulenza ed effettuare un adeguato controllo anche per un altro tipo di progetti, quelli finanziati ai sensi della legge 19 luglio 1991, n. 216 relativa a contributi finanziati per i minori a rischio di coinvolgimento in attività criminose. Non va sottovalutata in proposito, la presenza di personale della qualifica di "assistente sociale" presso ciascuna Prefettura.

Tenuto conto dell'esigenza di disporre, in presa diretta, di articolazioni periferiche che svolgano nel tempo tale delicata funzione sarebbe opportuno prevedere un adeguato ufficio ispettivo nell'ambito del competente servizio della Direzione generale dei servizi civili, che potrebbe organizzare dal centro alla periferia un sistema completo, agendo d'impulso o a richiesta della Presidenza del Consiglio.

Non sarebbe neppure da sottovalutare, sempre nell'ambito del sistema di controllo sopra delineato, il risultato che si potrebbe avere in termini di modelli da proporre, di studi e ricerche da effettuare con dati emergenti dalla realtà.

In tale prospettiva sarebbe anche da tenere presente l'opportunità di ripristinare la linea di finanziamento al Ministero dell'Interno dei progetti di cui alla lettera c) del D.L. 7 gennaio 1994, n. 9 già prevista dagli artt. 131 e 132 del D.P.R. n. 309 del 1990.

Della gestione già svolta si riportano di seguito alcuni dati significativi sui finanziamenti concessi, ad enti pubblici e privati aggregati per regione e per aree geografiche, riguardanti complessivamente 3.142 progetti relativi al triennio 1990-1992 (Allegato n.1: prospetto; Allegato n. 2: grafico).

Per quanto attiene alle attività di studio, ricerca ed informazione svolte dalla Direzione generale nel settore delle tossicodipendenze, vanno segnalati due volumi, pubblicati di recente, prodotti con la collaborazione della Fondazione LABOS (Laboratorio per le politiche sociali): uno relativo alle strategie operative messe in atto per le tossicodipendenze e l'altro per una guida ai servizi pubblici e privati ora in azione in modo da offrire ai giovani precise indicazioni sull'esistenza di una vera e propria rete sul territorio, mirata non solo alla prevenzione, ma anche e soprattutto al recupero di coloro che sono coinvolti nelle tossicodipendenze. Entrambe le pubblicazioni hanno avuto una notevole diffusione.

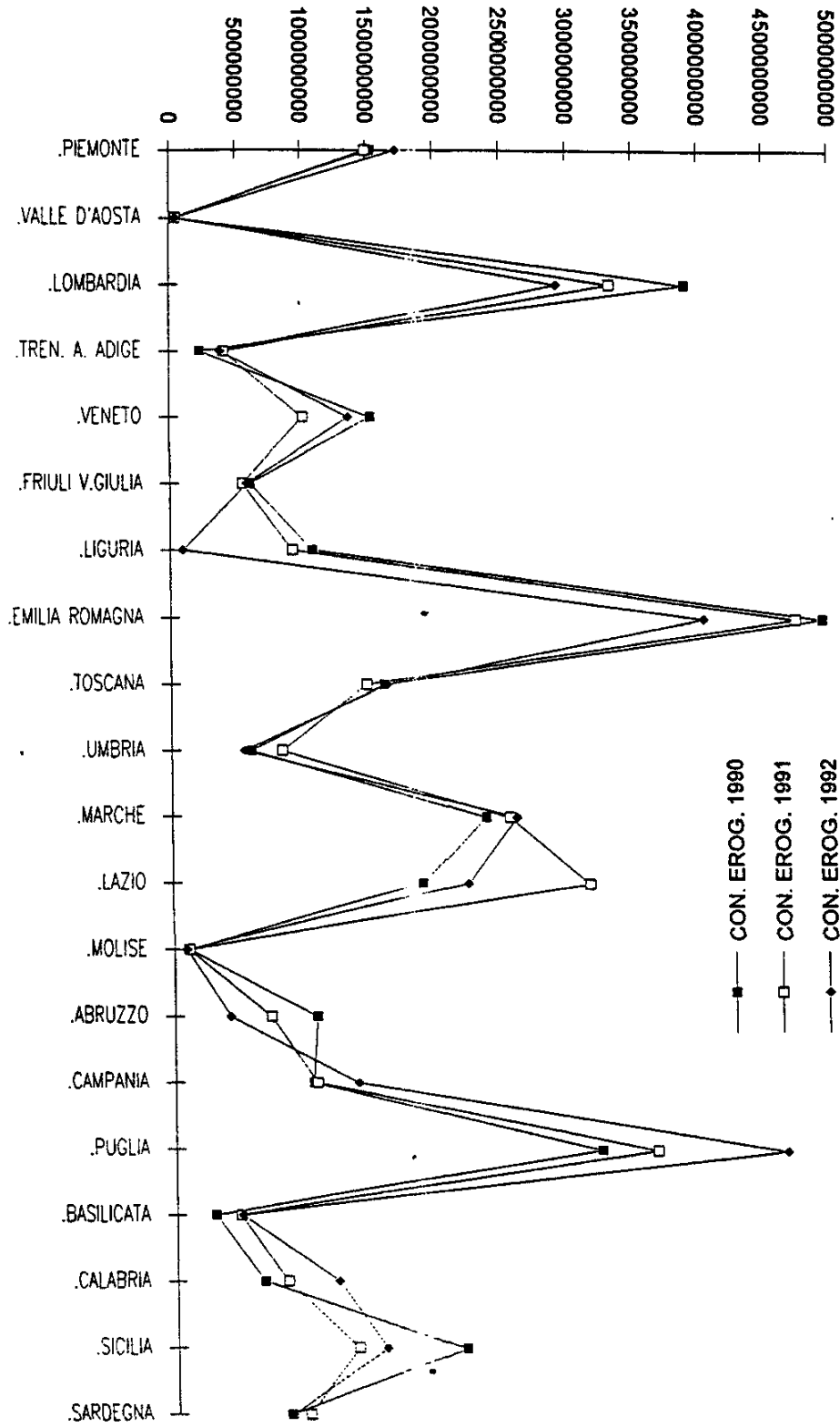
XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

PROGETTI FINANZIATI IN BASE AI CONTRIBUTI
CONCESSI AI SENSI DEGLI ARTICOLI 131 E 132 DEL T.U. 309/90

Allegato n.1

REGIONI	CONTRIBUTI EROGATI ANNO 1990	CONTRIBUTI EROGATI ANNO 1991	CONTRIBUTI EROGATI ANNO 1992	TOTALE FINANZIAMENTO PER AREE GEOGRAFICHE
PIEMONTE	1.538.000.000	1.499.900.000	1.729.400.000	NORD L. 38.531.100.000 43%
VALLE D'AOSTA	37.000.000	46.000.000	48.500.000	
LOMBARDIA	3.909.500.000	3.337.600.000	2.938.500.000	
TREN. A. ADIGE	227.500.000	410.500.000	392.000.000	
VENETO	1.537.500.000	1.022.000.000	1.370.000.000	
FRIULI V. GIULIA	611.000.000	554.000.000	587.500.000	
LIGURIA	1.086.500.000	832.900.000	944.000.000	
EMILIA ROMAGNA	4.962.500.000	4.737.700.000	4.053.100.000	
TOSCANA	1.632.000.000	1.446.400.000	1.654.000.000	
UMBRIA	612.000.000	846.500.000	560.000.000	
MARCHE	2.385.000.000	2.547.000.000	2.623.000.000	CENTRO L. 34.299.900.000 27%
LAZIO	1.912.500.000	3.174.500.000	2.248.000.000	
MOLISE	414.500.000	111.500.000	99.500.000	
ABRUZZO	1.095.000.000	741.000.000	427.500.000	
CAMPANIA	1.066.000.000	1.091.500.000	1.411.500.000	
PUGLIE	3.246.000.000	3.673.500.000	4.675.500.000	
BASILICATA	294.500.000	467.500.000	504.000.000	
CALABRIA	870.000.000	851.500.000	1.246.500.000	
SICILIA	2.194.500.000	1.390.000.000	1.609.000.000	
SARDEGNA	867.500.000	1.006.500.000	860.600.000	
TOTALE	30.000.000.000	30.000.000.000	30.000.000.000	90.000.000.000
				SUD L. 19.219.000.000 21% ISOLE L. 7.950.000.000 9%

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI



Allegato n.2

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

L'art. 134 del T.U. approvato con D.P.R. 9/10/90 n. 309 prevedeva il finanziamento dei progetti per l'occupazione di tossicodipendenti che avevano completato il programma terapeutico e dovevano inserirsi o reinserirsi nel mondo del lavoro in riferimento agli anni 1990-1991-1992.

Poichè la normativa predetta è venuta a scadenza e la nuova - D.L. 14.7.93 n.226 art.2 - attribuisce le competenze alla Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento Affari Sociali, nel corso del 1993 non sono stati presentati a questo Ministero ulteriori progetti originari.

Conseguentemente alla scadenza della sunnominata normativa, il Comitato di valutazione che era stato costituito presso la Direzione Generale per l'Impiego con D.M. 30.11.90 con il compito di valutare la fattibilità e la congruità economico-finanziaria dei progetti, ha cessato ogni attività.

Nel corso del 1993, pertanto, si è seguita l'attività di quei progetti per i quali erano stati approvati i contributi finanziari per l'anno 1992 dalla apposita Commissione operante presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri nelle sedute del 18 e 23 dicembre 1992 e pubblicati sulla G.U. n.64 del 18.3.93.

In conclusione di quanto suesposto, si riportano i dati acquisiti e riferentesi al periodo temporale preso in considerazione.

I progetti che risultano a questa Amministrazione essere stati iniziati durante l'anno 1993 senza aver ottenuto l'erogazione del 70% del finanziamento sono n.61; quelli, invece, che oltre ad essere iniziati hanno anche ottenuto l'erogazione del finanziamento assegnato sono n.68; infine, i progetti che risultano essere conclusi sono n.34.

I rimanenti o non hanno ancora iniziato i lavori oppure, adducendo a motivazione l'eseguità dei contributi concessi, hanno rinunciato all'attivazione dei corsi.

Andamento della tossicodipendenza in italia

***(a cura dell'osservatorio permanente sul
fenomeno droga del Ministero dell'Interno)***

Le strategie di intervento sin qui realizzate, per quanto efficaci ed opportune, necessitano, a causa della peculiarità del fenomeno che tende ad assumere connotazioni sempre più complesse e preoccupanti, di un esame multidisciplinare ancora più approfondito e particolareggiato, che veda la partecipazione di tutti gli organismi interessati al problema.

Il presente lavoro, che viene realizzato sulla base delle direttive e dei criteri diramati dal Comitato nazionale di coordinamento per l'azione antidroga, è frutto della collaborazione fra il Ministero della Difesa, di Grazia e Giustizia, dell'Interno, della Pubblica Istruzione e della Sanità. Esso rappresenta lo sforzo sinergico delle varie Amministrazioni competenti nel concretizzare la nuova struttura organizzativa tracciata dal Legislatore nella legge 162/1990 e nel successivo T.U. delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenze, approvato con D.P.R. n. 309/1990, che prevede il coinvolgimento delle diverse Amministrazioni Centrali dello Stato nel settore della droga.

L'"Osservatorio permanente sul fenomeno droga" intende proporsi non come Ufficio statistico che raccolga ed elabori - sia pure in modo coordinato e sistematico - i dati informativi, effettuandone semplicemente la loro sommatoria, ma come momento di sintesi, di interpretazione e di valutazione quantitativa e qualitativa del fenomeno a livello nazionale.

A tal fine, e nell'intento di fornire completezza multidisciplinare all'elaborato, ci si avvale dell'opera di consulenza dell'Istituto Superiore di Sanità.

La pubblicazione, nel dar vita ad un quadro sull'andamento del fenomeno nella sua parte emersa, nel periodo di applicazione della nuova normativa antidroga, fa seguito ad analoghi rapporti elaborati per gli anni 1990, 1991 e 1992 ai fini della predisposizione della Relazione al Parlamento da parte del Ministro per gli Affari Sociali su delega del Presidente del Consiglio dei Ministri.

I dati in argomento, rilevati dall'"Osservatorio permanente sul fenomeno droga" del Ministero dell'Interno, rientrano, a norma del Decreto Legislativo 6 settembre 1989, n. 322, nelle statistiche ufficiali prodotte dal Sistema Statistico Nazionale.

"Osservatorio permanente sul fenomeno droga"

Istituito nel giugno 1984 presso il Ministero dell'Interno dal Comitato di Coordinamento Nazionale per l'Azione Antidroga.

Riconosciuto con legge n. 297 del 1985, che prevede fra l'altro l'assegnazione di contributi finanziari agli enti ed associazioni che svolgono attività per il recupero ed il reinserimento dei tossicodipendenti. Tali contributi fin dal 1985 vengono ripartiti sulla base dei dati forniti dall'"Osservatorio".

A partire dal luglio 1984 pubblica con periodicità semestrale e fornisce a tutti i livelli istituzionali dati relativi a peculiari aspetti del fenomeno; dati che vengono forniti, tramite le Prefetture, dalle strutture sanitarie pubbliche e dalle strutture socio-riabilitative (comunità terapeutiche, centri di accoglienza e centri di reinserimento).

L'art. 1 della legge n. 162 del 1990, confermato dal successivo T.U. delle leggi in materia di droga, approvato con D.P.R. 9 ottobre 1990 n. 309, sancisce, fra l'altro, l'ampliamento e l'approfondimento, sia a livello centrale che periferico, dell'attività di documentazione dell'"Osservatorio permanente sul fenomeno droga", che viene elevato a strumento conoscitivo del "Comitato Nazionale di Coordinamento per l'Azione Antidroga".

La norma stabilisce infatti che - sulla base delle direttive e dei criteri diramati dal "Comitato" - l'"Osservatorio" acquisisca, con la collaborazione delle Amministrazioni Centrali dello Stato e delle Amministrazioni Locali, i dati relativi al fenomeno delle tossicodipendenze non solo sotto l'aspetto della prevenzione e della repressione nel settore degli stupefacenti, ma anche sotto il versante sanitario e sociale.

Tale ruolo viene ulteriormente rafforzato dall'art. 3 del Decreto Legge 9/1994 che modifica le leggi in materia di droga.

Come si evince dai lavori preparatori del citato dise-

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

gno di legge n. 162 del 1990, il Legislatore ha voluto "istituire un idoneo strumento conoscitivo di supporto all'azione antidroga, allo scopo di ovviare al rischio di frammentazione dei flussi informativi, che non altera in alcun modo gli equilibri fra le competenze delle varie Amministrazioni pubbliche e dà vita ad un organismo di particolare autorevolezza e funzionalità".

A tal fine l'"Osservatorio", con lo stesso spirito con cui ha finora operato dal giugno 1984, si pone come struttura di servizio a disposizione, oltrechè del Governo, anche delle Amministrazioni Centrali dello Stato e di quelle Locali.

Va sottolineata la presenza dell'"Osservatorio" in seno a vari organismi comunitari ed internazionali che operano in questo settore, quali il Comitato Europeo per la lotta alla droga ed il gruppo ad hoc Tossicodipendenza, nonché il Comitato degli esperti nazionali, designati dai Paesi membri presso la Commissione della CEE, ai fini della costituzione di un "Osservatorio europeo sul fenomeno droga".

**Tossicodipendenti in trattamento presso i servizi
sanitari pubblici e le strutture socio-riabilitative**

Dall'esame dei dati relativi ai tossicodipendenti in cura, nel periodo compreso tra il 30 giugno 1990 - prima dell'entrata in vigore della legge 162/90 - e il 31 dicembre 1993, si evidenzia un aumento del numero di utenti sia presso i servizi sanitari - da 37.804 a 65.313 - che presso le strutture socio-riabilitative.

Per queste ultime il confronto può essere fatto solo sugli utenti delle comunità terapeutiche che sono passati da 10.667 a 16.117.

L'andamento di alcuni indicatori nel corso dell'anno presenta oscillazioni, spesso irregolari, attribuibili a motivi di varia natura. Per valutare il quadro di insieme è perciò opportuno limitare l'osservazione al lungo periodo (cioè all'anno di riferimento).

Le cause dell'incremento della domanda di cura e riabilitazione potrebbero dipendere sia da un aumento assoluto del fenomeno, avvenuto comunque alcuni anni prima, che da un maggiore indice di gradimento del servizio offerto dalle strutture le quali, sempre più sollecitate, si sono potenziate sia sul piano numerico che su quello qualitativo.

Servizi sanitari pubblici e strutture socio-riabilitative

Alla legge n. 162 del 1990 si deve attribuire l'effetto di aver prodotto un notevole aumento del numero delle strutture, sia pubbliche che private, per il recupero dei tossicodipendenti, contribuendo nel contempo ad avvicinare il divario Nord - Sud relativo alla distribuzione territoriale dei presidi pubblici e privati.

I servizi sanitari pubblici realizzati dalle UU.SS.LL. al 31 dicembre 1993 sono 561, rispetto ai 517 del 30 giugno 1990, prima dell'entrata in vigore dell'attuale legge, con un incremento percentuale dell'8,5%.

Rispetto al censimento del 30/6/90 il maggior incremento si è verificato nel centro-sud, in particolare in Puglia, con un aumento di 14 servizi, in Campania con 11 servizi in più ed in Sardegna con 6.

La regione del Nord dove si è riscontrato il maggior aumento (4) è la Lombardia, che è stata, fin dall'inizio, la regione più colpita dal fenomeno.

Le comunità terapeutiche hanno fatto registrare un aumento del 57,3%, passando da 433 (giugno 1990) a 681 (dicembre 1993).

A partire dal 1991 l'Osservatorio censisce, oltre che le comunità terapeutiche, anche i centri di 1^a accoglienza e i centri di reinserimento, che possono essere suscettibili, nel prossimo futuro, di eventuale revisione al fine di una migliore corrispondenza tra la definizione formale ed i contenuti delle attività effettivamente svolte.

**Consumatori e detentori segnalati alle Prefetture
per uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope**

Dall'11.7.1990, data di entrata in vigore della normativa, al 31.12.1993 (*), il numero delle segnalazioni dei consumatori e detentori per uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope, effettuate dalle Forze di Polizia alle Prefetture, in base all'art. 75 T.U. 309/90, è stato 72.119.

Dopo il referendum abrogativo del 18 aprile 1993, che ha soppresso alcuni articoli del T.U. 309/90, non esiste più la competenza dell'Autorità Giudiziaria nei casi previsti dall'art. 75 co. 12, ora parzialmente abrogato per quel che concerne l'ipotesi di una 2^ mancata presentazione al colloquio, nonché un 2^ mancato inizio o una 2^ interruzione del programma terapeutico. Dal 5.6.1993 risulta quindi che un soggetto possa essere segnalato alla Prefettura un numero infinito di volte.

Le segnalazioni effettuate hanno determinato 49.783 colloqui con il Prefetto, a seguito dei quali 17.554 sono stati i soggetti invitati a non fare più uso di droghe e 20.488 quelli entrati nel circuito terapeutico.

Nel periodo in esame le regioni con il più alto numero di persone segnalate sono state nell'ordine la Lombardia (9.525 casi), Lazio (8.309), Toscana (5.356), Piemonte (5.226).

Le regioni con il minor numero di persone segnalate sono state il Molise con 151 casi e la Valle d'Aosta con 224 casi.

(*) Dati da considerarsi ancora provvisori.

Attività svolta dalle Forze di Polizia

- REPRESSIONE DEL TRAFFICO ILLECITO DELLE SOSTANZE STUPEFACENTI

Nel 1993 l'attività svolta dalle Forze di Polizia nel settore della repressione del traffico illecito, lo smercio ed altri reati, si è concretizzata in 20.082 operazioni. Sono state sequestrate Kg. 624,528 di eroina, Kg. 1.093,596 di cocaina, Kg. 11.424 di cannabis e Kg. 0,506 di amfetaminici.

Nel complesso si registra un calo nei sequestri di tutte le sostanze rispetto al 1992, durante il quale si erano attuate ben 24.478 operazioni che avevano portato ad un record relativamente ai quantitativi sequestrati.

Le persone oggetto di informativa di P.G., implicati nel traffico o nell'attività di vendita, sono state 32.892 contro le 38.351 del 1992.

- DECESSI PER ASSUNZIONE DI SOSTANZE STUPEFACENTI

Nel 1993 i decessi per assunzione di droga sono stati 875. Si rileva, rispetto all'anno precedente, durante il quale si erano verificati 1.217 decessi, un decremento del 28,10%.

Come negli anni precedenti la maggior parte dei deceduti è costituito da uomini, che rappresentano l'88% circa del totale dei casi.

Relativamente all'età si nota la costante crescita percentuale degli "anziani" sul totale: gli "ultratrentenni" costituiscono infatti il 46% (404 casi).

Attività dei Ser.t. rilevata dal Ministero della Sanità

I dati forniti sono dati provvisori, in quanto contengono una percentuale di proiezione, a copertura di quelli mancanti.

I dati relativi alle rilevazioni semestrali (15 giugno e 15 dicembre) fotografano l'utenza effettivamente in carico ai Ser.t. a quelle date, considerando esclusivamente i casi aperti. Per questo tali rilevazioni non possono essere messe a confronto con quella annuale di flusso al 31 dicembre, che computa sia i casi aperti che quelli chiusi nel corso dell'anno.

I soggetti in carico al 15 dicembre 1993 - ottenuti anche attraverso una percentuale di proiezione - risultano essere 65.123, distribuiti in 523 servizi. Tali dati, paragonati con quelli rilevati a partire dal giugno 1991, mostrano un continuo aumento, oltre che una certa stagionalità del fenomeno (maggior carico di lavoro a dicembre rispetto a giugno).

Al 31 dicembre 1993 i soggetti presi in carico dai Ser.t. - dati sempre provvisori in quanto rilevati anche attraverso una percentuale di proiezione - risultano essere 109.734.

Di questi 91.766 sono stati seguiti direttamente dai Ser.t. e 17.968 sono stati inviati in strutture socio-riabilitative. Anche in questo caso si evidenzia un continuo au-

mento dei soggetti seguiti direttamente dalle strutture pubbliche. Si nota, al contrario, un calo nel numero degli utenti inviati in strutture socio-riabilitative. Le due cose potrebbero essere messe in rapporto in quanto una maggiore e migliore capacità ricettiva delle strutture pubbliche potrebbe causare un minor bisogno di ricorrere alle strutture private.

Il rapporto maschi/femmine si è negli anni rafforzato, essendo passato da 4,68 nel 1990 a 5,53 nel 1993.

Il fenomeno interessa soprattutto la fascia di età tra i 20 ed i 35 anni. All'interno di questa fascia sta, però, aumentando l'incidenza di quella tra i 30 ed i 35 anni di età.

La sostanza più diffusa è l'eroina, seguita da cannabinoide e cocaina.

Il tipo di trattamento prevalente è quello esclusivamente psicosociale e/o riabilitativo.

Il metadone è utilizzato in circa il 23% dei casi.

Detenuti "tossicodipendenti"

I dati forniti dall'Amministrazione Penitenziaria evidenziano che la criminalità associata all'abuso di sostanze stupefacenti è divenuta una componente stabile e significativa della criminalità complessiva. Circa un terzo degli autori di reati sanzionati con la prigione è negli ultimi tre anni, costituito da soggetti in qualche modo coinvolti nell'uso illecito di queste sostanze.

L'attribuzione del carattere di tossicodipendente a questa popolazione è da considerare convenzionale: di fatto in questa categoria sono inclusi immigrati extracomunitari e soggetti coinvolti nello spaccio, ma non tossicodipendenti; persone, anche meno giovani, che hanno commesso diversi reati e che da molti anni sono coinvolti nello spaccio di droga e si autodefiniscono tossicodipendenti; giovani che potrebbero eventualmente essere inseriti in programmi di riabilitazione; soggetti che alla detenzione di quantità rilevanti di sostanze stupefacenti, associano vari reati di traffico, spaccio e reati comuni.

Entro questi limiti nel corso del 1993 si rileva un andamento costante della presenza percentuale dei detenuti "tossicodipendenti": 15.531 nel I semestre e 15.135 nel II semestre, pari rispettivamente al 30.15% e al 30.28% della popolazione presente in carcere.

La maggior parte dei detenuti tossicodipendenti sono entrati in carcere perchè violatori del D.P.R. 309/90, in particolare per violazione dell'art. 73, produzione e traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Si segnala una scarsa incidenza del referendum abrogativo del 18 aprile 1993 sulla popolazione penitenziaria, con riferimento ai consumatori puniti sub. art. 73 citato: al 31.7.93 sono state registrate 153 scarcerazioni.

Assuntori di droga negli Istituti penali minorili

Le imputazioni degli assuntori di droga presenti nei servizi minorili riguardano prevalentemente i reati contro il patrimonio e i reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti; questi ultimi presentano un progressivo aumento rispetto al passato. Non sono da sottovalutare i reati di rapina e di furto.

I minori entrati in Istituti o Centri Prima Accoglienza sembrano, inoltre, far maggiormente uso di eroina e di cannabis, anche se rispetto allo scorso anno si registra un forte aumento del numero di minori che fanno uso di più sostanze contemporaneamente. La maggioranza di essi è di nazionalità italiana e di sesso maschile.

**Uso di sostanze stupefacenti nei giovani
alla 1^a visita di leva**

Dai risultati dell'azione e dai relativi dati statistici, emerge una costante attenzione da parte delle Autorità sanitarie militari nei riguardi dell'osservazione del fenomeno, anche attraverso l'ormai consolidata attività dei consultori psicologici.

I dati statistici dell'Amministrazione della Sanità Militare relativi all'anno 1993 evidenziano una stazionarietà del fenomeno, in quanto sovrapponibili a quelli dell'anno precedente.

**Attività di prevenzione ed informazione
a livello scolastico**

In applicazione del T.U. approvato con D.P.R. 309/90, il Ministero della Pubblica Istruzione ha elaborato i propri indirizzi programmatici in tema di educazione alla salute e di informazione sui danni derivanti dall'alcoolismo, dal tabagismo, dall'uso delle sostanze stupefacenti o psicotrope e dalle patologie correlate, fondandoli sulle necessità di attuare un processo educativo permanente che miri, attraverso ogni intervento educativo e didattico, a potenziare le risorse dell'individuo e ad accrescerne le sue capacità per affrontare concretamente e validamente i problemi della scuola e della vita.

Questo nuovo approccio culturale in fatto di prevenzione e di educazione alla salute ha inciso positivamente in senso innovativo sui fini, sui contenuti e sugli ambiti operativi della scuola, inducendo ad una revisione adeguata dell'attività curriculare di ogni ordine e grado di scuola, ad una apertura sul territorio per una collaborazione più intensa e proficua con le altre istituzioni che operano per i medesimi fini preventivi, a favorire una nuova competenza dei docenti e dei dirigenti scolastici, a ristrutturare nuove collaborazioni sia con i genitori sia con gli altri soggetti educatori che operano sul territorio.

Le attività progettate e attuate dal Ministero della Pubblica Istruzione in tema di educazione alla salute e di prevenzione dalle tossicodipendenze si possono ricondurre a due ambiti tra loro correlati, ma autonomi dal punto di vista progettuale e gestionale:

a) Iniziative nelle scuole:

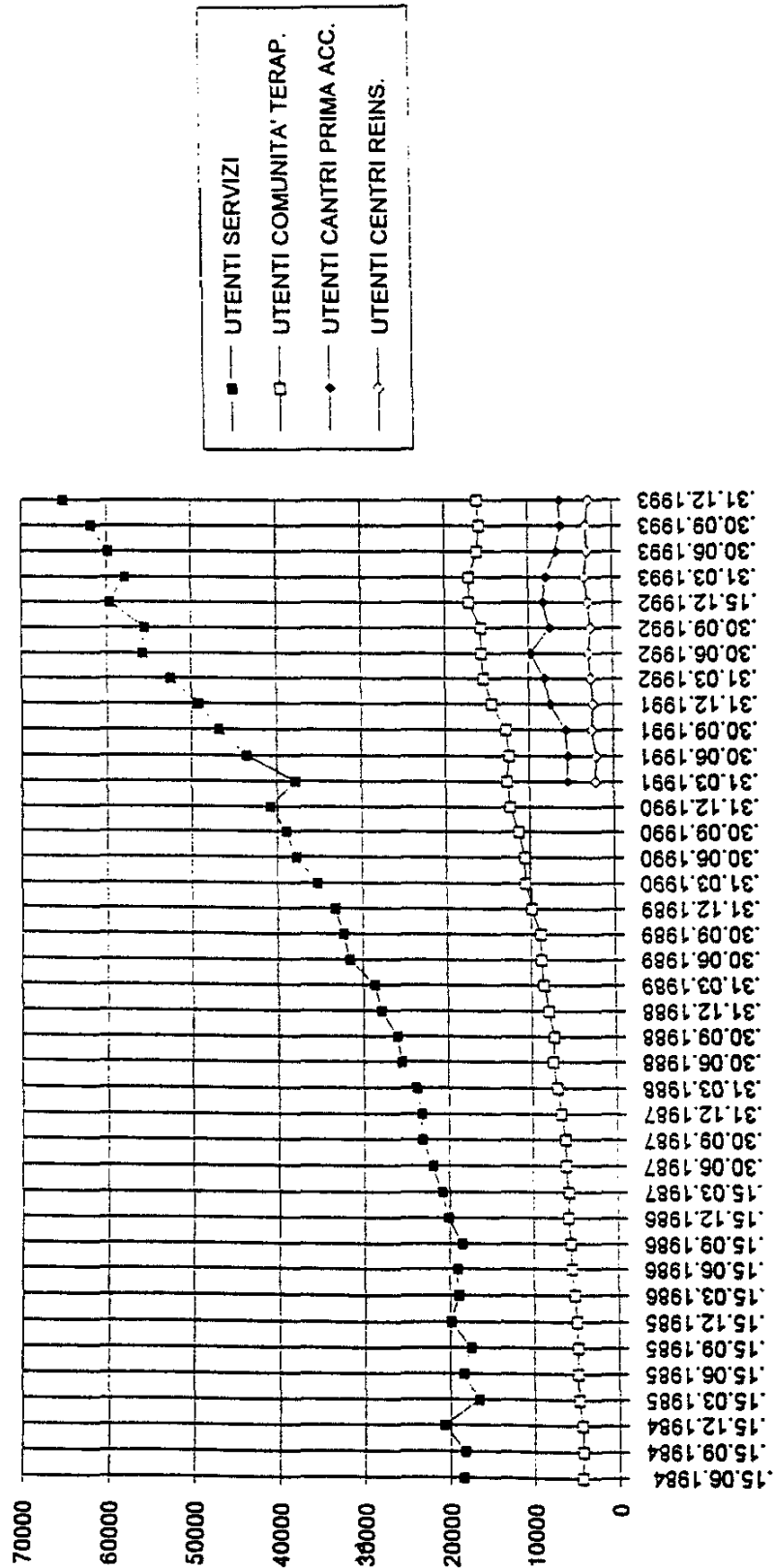
- Progetto Giovani '93 e Centri d'Informazione e Consulenza negli istituti di istruzione secondaria
- Progetto Ragazzi 2000 nelle scuole medie ed elementari
- Progetto Arcobaleno nelle scuole materne

b) Attività di sostegno alle iniziative nelle scuole:

- Formazione dei docenti referenti in tutti gli istituti di ogni ordine e grado
- Forme di collaborazione tra gli operatori della scuola e dell'extrascuola
- Progetto Genitori nelle scuole dell'obbligo e nel biennio delle superiori
- Seminari di formazione e di sensibilizzazione dei Capì d'Istituto
- Incontri mirati a sensibilizzare i Provveditori agli studi e gli Ispettori Tecnici delle scuole secondarie di II° grado
- Seminari europei per un costante confronto delle strategie attuate in tema di educazione alla salute e prevenzione dalle tossicodipendenze nei vari paesi europei.

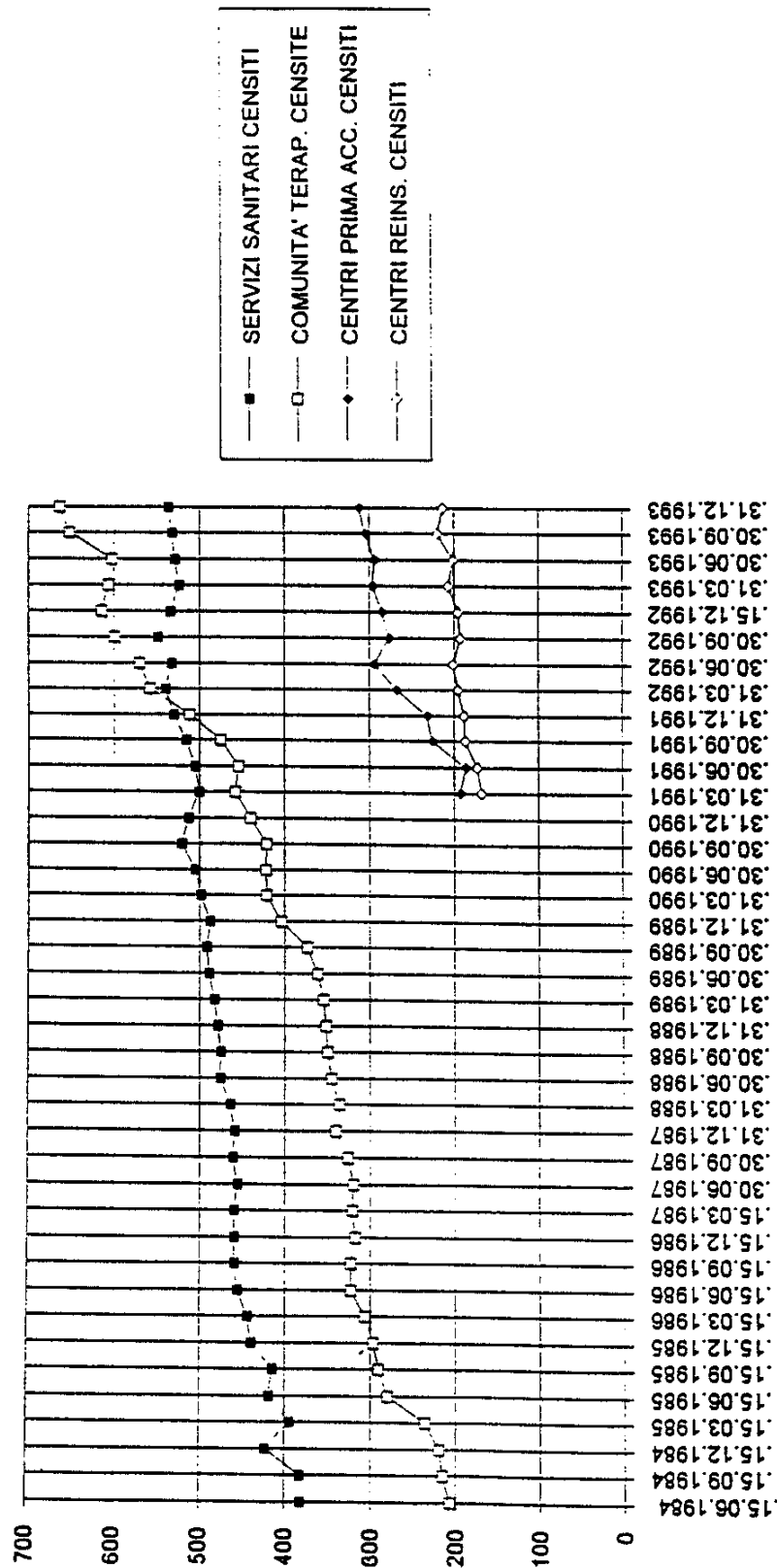
Questo nuovo approccio al problema della prevenzione - grazie anche agli strumenti culturali, sociali e finanziari forniti dalla legge 162/90 - risulta oggi fra i più avanzati d'Europa sia per la chiarezza degli obiettivi raggiunta, sia per il tipo di intervento massiccio, generalizzato ed incrociato che si è posto in essere da parte di tutte le istituzioni pubbliche e private impegnate nella lotta al fenomeno della droga.

OSSERVATORIO PERMANENTE SUL FENOMENO DROGA
 UTENTI IN TRATTAMENTO PRESSO I SERVIZI SANITARI PUBBLICI E LE STRUTTURE SOCIO-RIABILITATIVE (1984/1993)

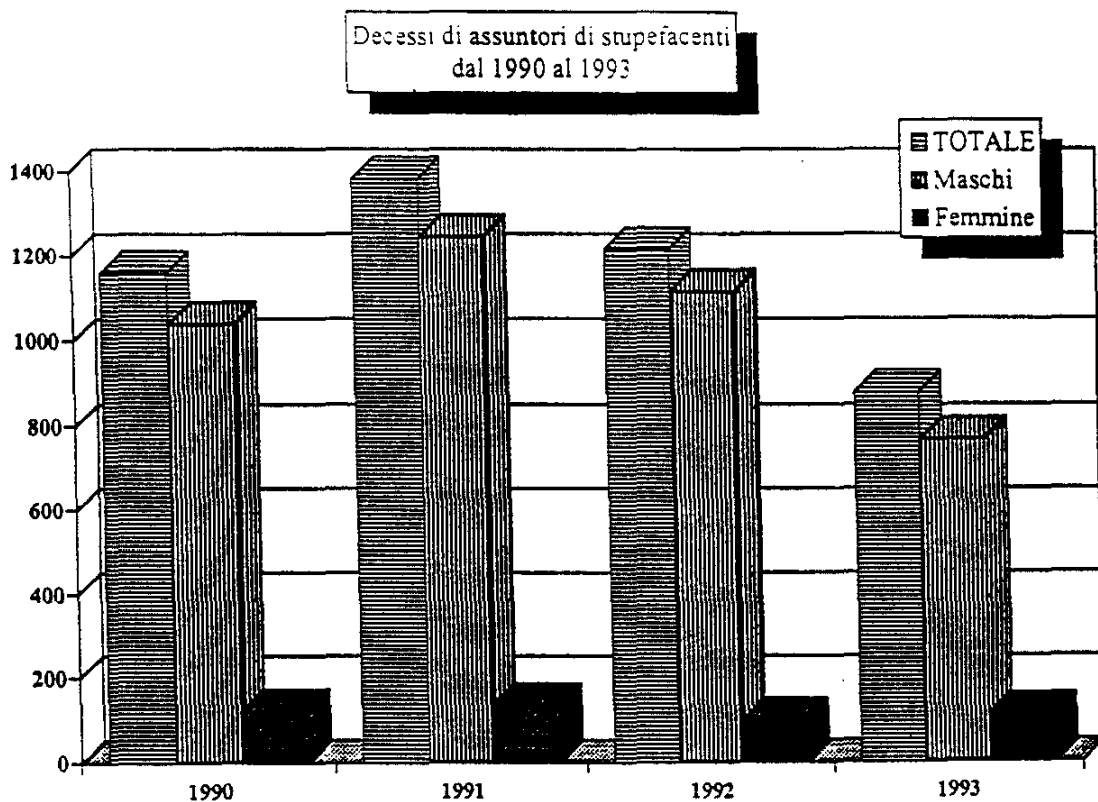


XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

OSSERVATORIO PERMANENTE SUL FENOMENO DROGA
 SERVIZI SANITARI PUBBLICI E STRUTTURE SOCIO-RIABILITATIVE CENSITE (1984/1993)



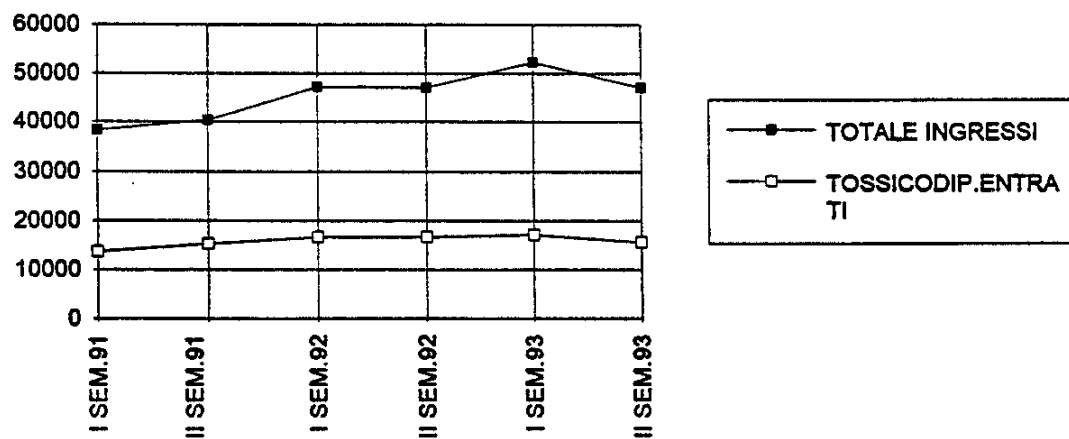
OSSERVATORIO PERMANENTE SUL FENOMENO DROGA



Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga - Dipartimento della P.S.

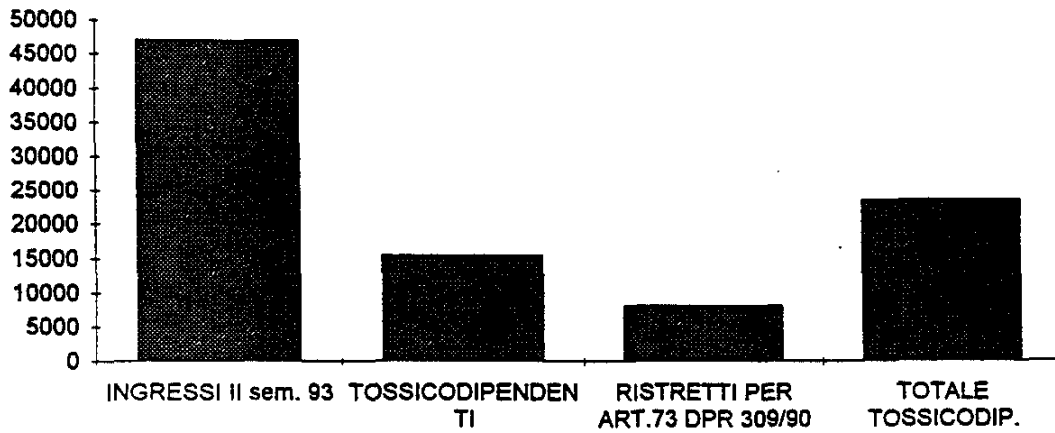
OSSERVATORIO PERMANENTE SUL FENOMENO DROGA

FENOMENO TOSSICODIPENDENZA IN AMBITO CARCERARIO



Elaborazione Osservatorio su dati Ministero Grazia e Giustizia

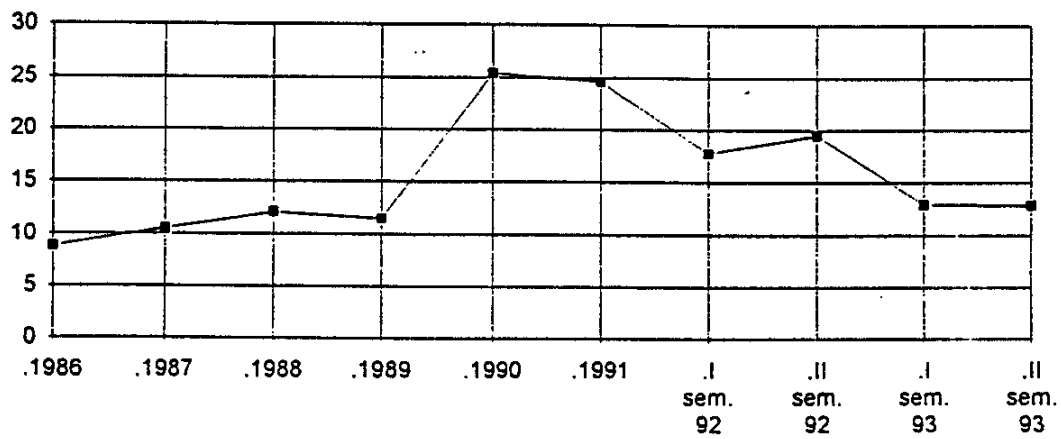
OSSERVATORIO PERMANENTE SUL FENOMENO DROGA
FENOMENO TOSSICODIPENDENZA IN AMBITO CARCERARIO



Elaborazione Osservatorio su dati Ministero Grazia e Giustizia

OSSERVATORIO PERMANENTE SUL FENOMENO DROGA

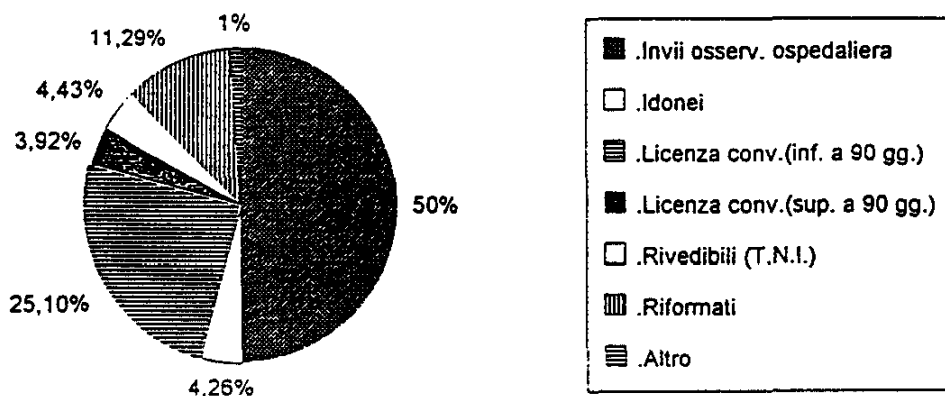
Assuntori di stupefacenti entrati negli istituti penali minorili (1986/1993) (%).



Elaborazione Osservatorio sui dati Ministero Grazia e Giustizia

OSSERVATORIO PERMANENTE SUL FENOMENO DROGA

Fenomeno tossicodipendenza in ambito militare (1 Gennaio - 31 Ottobre 1993)



Elaborazione Osservatorio sui dati Ministero Difesa-Sanità militare

**Tossicodipendenti in trattamento presso i servizi
sanitari pubblici e le strutture socio-riabilitative**

L'"Osservatorio permanente sul fenomeno droga" ha iniziato a censire dal giugno 1984, in modo sistematico, a quattro date fisse dell'anno, i tossicodipendenti in cura presso i servizi sanitari pubblici e le comunità terapeutiche.

In seguito alle nuove competenze, ad esso attribuite dalla legge 162/90 e dal successivo T.U. 309/1990, l'Osservatorio ha ampliato ed approfondito il proprio campo di indagine ed analisi.

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

Dal 1984 al 1990 le strutture socio-riabilitative censite dall'Osservatorio sono state soltanto le comunità terapeutiche; con il tempo queste strutture hanno sviluppato nel loro ambito altri modelli e tipi di intervento, modulati secondo le esigenze dell'utenza.

L'individuazione delle attuali tre tipologie di strutture socio-riabilitative - suscettibile di ulteriori variazioni - è avvenuta nel 1991 e si è basata sull'osservazione della capillarità di diffusione delle strutture stesse, sulla continuità nell'attività di cura e riabilitazione dei

tossicodipendenti e sulla similarità e/o complementarità tra le forme di attività svolte. In particolare, i centri di accoglienza e di reinserimento possono essere sia un momento di cura a sè stante, che un momento antecedente e/o successivo all'entrata e all'uscita dalla comunità terapeutica.

E' chiaro che la scelta di questi tre moduli non ha la pretesa di esaurire - oggi più che mai alla luce dell'evoluzione che queste strutture stanno assumendo - tutto il variegato mondo della tossicodipendenza; basti pensare alle innumerevoli formule che si sono create in questi anni per aiutare i tossicodipendenti e le loro famiglie (gruppi di auto-aiuto; associazioni famiglie; operatori su strada, etc.).

I dati riferiti a queste altre strutture sono difficili sia da reperire che da valutare e per il tipo di attività svolta, non sempre direttamente operativo, che per continui cambiamenti nell'utenza, a differenza di quelli censiti dall'"Osservatorio". A questo proposito, al fine di evitare possibili sovrapposizioni, il numero degli utenti in carico è stato sempre distinto a seconda del tipo di struttura presso cui il tossicodipendente è effettivamente in cura al momento della rilevazione, indipendentemente dall'attribuzione "giuridica" del carico. Diversamente lo stesso tossicodipendente potrebbe essere contemporaneamente in carico sia presso un servizio sanitario che presso un centro di accoglienza o una comunità terapeutica e, nel corso dello stesso anno, potrebbe trovarsi prima presso una comunità terapeutica e successivamente presso un centro di reinserimento.

Queste considerazioni consentono anche una agevole interpretazione delle differenze esistenti tra i dati elaborati da altre Amministrazioni.

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

Nei commenti e nei prospetti che seguono sono stati divisi i dati antecedenti all'entrata in vigore della legge 162/90 da quelli successivi, nel tentativo di valutare l'incidenza della legge su questi aspetti del fenomeno.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TOSSICODIPENDENTI IN TRATTAMENTO PRESSO I SERVIZI SANITARI PUBBLICI
E LE COMUNITA' TERAPEUTICHE

GIUGNO 1984/GIUGNO 1990

DATE DI RILEVAZIONE	SERVIZI SANITARI PUBBLICI				COMUNITA' TERAPEUTICHE			TOTALE UTENTI
	ESISTENTI	CENSITE	UTENTI	DI CUI IN	ESISTENTI	CENSITE	UTENTI	
				TRATT.CON SOSTANZE SOSTITUT.				
N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.	
15.06.1984	417	382	18.483	11.104	207	207	4.373	22.856
15.09.1984	422	383	18.310	11.124	215	215	4.358	22.668
15.12.1984	436	424	20.747	11.923	222	219	4.476	25.223
15.03.1985	444	395	16.731	9.772	237	236	4.845	21.576
15.06.1985	454	419	18.429	10.306	280	280	4.930	23.359
15.09.1985	454	415	17.620	9.222	296	290	4.881	22.501
15.12.1985	455	440	19.919	9.820	301	297	5.028	24.947
15.03.1986	459	444	19.018	9.906	310	307	5.303	24.321
15.06.1986	464	456	19.079	9.214	324	323	5.540	24.619
15.09.1986	465	460	18.590	9.388	325	323	5.645	24.235
15.12.1986	469	460	20.137	9.463	326	318	5.927	26.064
15.03.1987	468	460	20.866	9.927	324	321	5.841	26.706
15.06.1987	470	456	21.895	10.886	327	320	6.114	28.009
30.09.1987	474	461	23.174	11.430	335	326	6.174	29.348
31.12.1987	473	459	23.276	10.604	342	340	6.676	29.952
31.03.1988	477	464	23.860	10.301	340	336	7.109	30.969
30.06.1988	484	476	25.533	10.936	347	345	7.527	33.060
30.09.1988	483	475	26.005	11.905	352	349	7.422	33.427
31.12.1988	492	479	27.906	11.464	356	351	8.017	35.923
31.03.1989	501	483	28.672	11.783	360	354	8.547	37.219
30.06.1989	508	489	31.568	11.991	366	361	8.792	40.360
30.09.1989	509	492	32.299	12.366	381	373	8.895	41.194
31.12.1989	513	488	33.335	12.986	415	404	9.965	43.300
31.03.1990	513	499	35.286	13.462	434	421	10.618	45.904
30.06.1990	517	505	37.804	12.520	433	422	10.667	48.471

Fonte: "Osservatorio permanente sul fenomeno droga".

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TOSSICODIPENDENTI IN TRATTAMENTO PRESSO I SERVIZI SANITARI PUBBLICI
E LE COMUNITA' TERAPEUTICHE

SETTEMBRE 1990/DICEMBRE 1993

DATE DI RILEVAZIONE	SERVIZI SANITARI PUBBLICI				COMUNITA' TERAPEUTICHE			TOTALE UTENTI
	ESISTENTI	CENSITI	UTENTI	DI CUI IN	ESISTENTI	CENSITE	UTENTI	
				TRATT.CON SOSTITUT.				
N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.	
30.09.1990	527	521	38.999	12.725	434	421	11.381	50.380
31.12.1990	530	513	40.928	12.457	454	440	12.413	53.341
31.03.1991	533	501	37.788	12.046	476	458	12.682	50.470
30.06.1991	532	505	43.650	12.382	488	454	12.426	56.076
30.09.1991	529	516	46.905	13.734	499	475	12.793	59.698
31.12.1991	551	530	49.305	13.860	534	512	14.519	63.824
31.03.1992	552	540	52.507	14.374	581	558	15.397	67.904
30.06.1992	557	533	55.797	14.750	586	570	15.663	71.460
30.09.1992	562	549	55.556	14.765	624	600	15.745	71.301
15.12.1992	559	534	59.737	14.781	642	615	17.148	76.855
31.03.1993	560	524	57.860	15.652	649	607	17.098	74.958
30.06.1993	561	528	59.646	16.092	659	602	16.133	75.779
30.09.1993	556	532	61.914	17.898	678	652	15.914	77.828
31.12.1993	561	537	65.313	19.154	681	664	16.117	81.430

Fonte: "Osservatorio permanente sul fenomeno droga".

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

**TOSSICODIPENDENTI IN TRATTAMENTO PRESSO I
SERVIZI SANITARI PUBBLICI E LE COMUNITA' TERAPEUTICHE (*)
(Dati Nazionali)**

DATE DI RILEVAZIONE	SERVIZI SANITARI PUBBLICI	COMUNITA' TERAPEUTICHE	TOTALE UTENTI	VARIAZIONE
15.12.1984	20.747	4.476	25.223	==
15.12.1985	19.919	5.028	24.947	- 276
15.12.1986	20.137	5.927	26.064	+ 1.117
31.12.1987	23.276	6.676	29.952	+ 3.888
31.12.1988	27.906	8.017	35.923	+ 5.971
31.12.1989	33.335	9.965	43.300	+ 7.377
30.06.1990	37.804	10.667	48.471	+ 5.171
31.12.1990	40.928	12.413	53.341	+ 4.870
31.12.1991	49.305	14.519	63.824	+10.483
15.12.1992	59.737	17.148	76.885	+13.061
31.12.1993	65.313	16.117	81.430	+ 4.545

(*) In questa tabella, per quanto riguarda le strutture socio-riabilitative, sono indicati solo i dati relativi alle comunità terapeutiche per permettere di valutare in modo omogeneo il trend del fenomeno dal 1984 ad oggi.

Fonte: "Osservatorio permanente sul fenomeno droga"

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TOSSICODIPENDENTI IN TRATTAMENTO PRESSO I SERVIZI SANITARI PUBBLICI
E LE COMUNITA' TERAPEUTICHE (*)
(Dati Nazionali)

DATE DI RILEVAZIONE	SERVIZI SANITARI PUBBLICI			COMUNITA' TERAPEUTICHE		
	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
15.12.1984	16.435	4.312	20.747	3.557	919	4.476
15.12.1985	16.052	3.867	19.919	4.023	1.005	5.028
15.12.1986	16.406	3.731	20.137	4.733	1.194	5.927
31.12.1987	18.977	4.299	23.276	5.366	1.310	6.676
31.12.1988	22.911	4.995	27.906	6.457	1.560	8.017
31.12.1989	27.359	5.976	33.335	8.202	1.763	9.965
30.06.1990	31.415	6.389	37.804	8.826	1.841	10.667
31.12.1990	33.993	6.935	40.928	10.222	2.191	12.413
31.12.1991	41.203	8.102	49.305	12.057	2.462	14.519
15.12.1992	50.501	9.236	59.737	14.207	2.941	17.148
31.12.1993	54.952	10.361	65.313	13.458	2.659	16.117

(*) In questa tabella, per quanto riguarda le strutture socio-riabilitative, sono indicati solo i dati relativi alle comunità terapeutiche per permettere di valutare, in modo omogeneo, il trend del fenomeno dal 1984 ad oggi.

Fonte: "Osservatorio permanente sul fenomeno droga".

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TOSSICODIPENDENTI SOTTOPOSTI AD UNA TERAPIA FARMACOLOGICA A BASE
DI SOSTANZE SOSTITUTIVE PRESSO I SERVIZI SANITARI PUBBLICI
(Dati Nazionali)

DATE DI RILEVAZIONE	TOTALE UTENTI	DI CUI IN TRATTAMENTO CON SOSTANZE SOSTITUTIVE	%
15.12.1984	20.747	11.923	57
15.12.1985	19.919	9.820	49
15.12.1986	20.137	9.463	47
31.12.1987	23.276	10.604	46
31.12.1988	27.906	11.464	41
31.12.1989	33.335	12.986	39
30.06.1990	37.804	12.520	33
31.12.1990	40.928	12.457	30
31.12.1991	49.305	13.860	28
15.12.1992	59.737	14.781	25
31.12.1993	65.313	19.154	29

Fonte: "Osservatorio permanente sul fenomeno droga".

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Distribuzione territoriale dei tossicodipendenti in trattamento

La distribuzione territoriale, disaggregata per aree geografiche, dei tossicodipendenti in trattamento nel 2° semestre 1990, nel 1991, nel 1992 e nel 1993 è la seguente:

al 30/9/1990		al 31/12/1990	
- presso i servizi sanitari pubblici		- presso i servizi sanitari pubblici	
NORD:	22.491 in terapia presso n. 284 strut. (79,19)	NORD:	23.733 in terapia presso n. 284 strut. (83,57)
CENTRO:	6.469 in terapia presso n. 107 strut. (60,46)	CENTRO:	6.939 in terapia presso n. 108 strut. (64,25)
SUD:	7.867 in terapia presso n. 97 strut. (81,10)	SUD:	8.187 in terapia presso n. 88 strut. (93,03)
ISOLE:	2.172 in terapia presso n. 33 strut. (65,82)	ISOLE:	2.069 in terapia presso n. 33 strut. (62,70)
- presso le comunità terapeutiche		- presso le comunità terapeutiche	
NORD:	5.939 accolti presso n. 253 comunità (23,47)	NORD:	6.735 accolti presso n. 266 comunità (25,32)
CENTRO:	2.848 accolti presso n. 79 comunità (36,05)	CENTRO:	2.889 accolti presso n. 83 comunità (34,81)
SUD:	1.678 accolti presso n. 49 comunità (34,24)	SUD:	1.748 accolti presso n. 50 comunità (34,96)
ISOLE:	916 accolti presso n. 40 comunità (22,90)	ISOLE:	1.041 accolti presso n. 41 comunità (25,39)

Il carico medio per i servizi sanitari pubblici risulta di circa 75 e 80 utenti alla data del 30 settembre e del 31 dicembre 1990; quello per le comunità terapeutiche è di circa 27 e 28 utenti alle stesse date.

N.B.: Tra parentesi viene riportato il carico medio di utenti per servizio sanitario pubblico e comunità terapeutica

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

<p style="text-align: center;">al 31/3/1991</p> <p>- presso i servizi sanitari pubblici</p> <p>NORD: 21.287 in terapia presso n. 256 serv. (80,03)</p> <p>CENTRO: 6.696 in terapia presso n. 108 serv. (62,00)</p> <p>SUD: 7.708 in terapia presso n. 95 serv. (81,14)</p> <p>ISOLE: 2.097 in terapia presso n. 32 serv. (65,53)</p> <p>- presso le strutture socio-riabilitative</p> <p>NORD: 11.181 accolti presso n. 505 strutt. (22,14)</p> <p>CENTRO: 3.990 accolti presso n. 122 strutt. (32,70)</p> <p>SUD: 3.646 accolti presso n. 126 strutt. (28,94)</p> <p>ISOLE: 1.506 accolti presso n. 66 strutt. (22,82)</p> <p style="text-align: center;">al 30/9/1991</p> <p>- presso i servizi sanitari pubblici</p> <p>NORD: 26.979 in terapia presso n. 282 serv. (95,67)</p> <p>CENTRO: 8.116 in terapia presso n. 108 serv. (75,15)</p> <p>SUD: 8.893 in terapia presso n. 92 serv. (96,66)</p> <p>ISOLE: 2.917 in terapia presso n. 34 serv. (85,79)</p> <p>- presso le strutture socio-riabilitative</p> <p>NORD: 11.890 accolti presso n. 540 strutture (22,02)</p> <p>CENTRO: 4.745 accolti presso n. 168 strutture (28,24)</p> <p>SUD: 2.847 accolti presso n. 108 strutture (26,36)</p> <p>ISOLE: 1.581 accolti presso n. 72 strutture (21,96)</p>	<p style="text-align: center;">al 30/6/1991</p> <p>- presso i servizi sanitari pubblici</p> <p>NORD: 26.059 in terapia presso n. 279 serv. (93,40)</p> <p>CENTRO: 7.114 in terapia presso n. 104 serv. (68,40)</p> <p>SUD: 8.057 in terapia presso n. 91 serv. (88,54)</p> <p>ISOLE: 2.420 in terapia presso n. 31 serv. (78,06)</p> <p>- presso le strutture socio-riabilitative</p> <p>NORD: 11.895 accolti presso n. 499 strutt. (23,84)</p> <p>CENTRO: 4.965 accolti presso n. 160 strutt. (31,03)</p> <p>SUD: 2.783 accolti presso n. 107 strutt. (26,01)</p> <p>ISOLE: 1.534 accolti presso n. 68 strutt. (22,56)</p> <p style="text-align: center;">al 31/12/1991</p> <p>- presso i servizi sanitari pubblici</p> <p>NORD: 29.057 in terapia presso n. 282 serv. (103,04)</p> <p>CENTRO: 7.762 in terapia presso n. 106 serv. (73,23)</p> <p>SUD: 9.873 in terapia presso n. 110 serv. (89,75)</p> <p>ISOLE: 2.613 in terapia presso n. 32 serv. (81,66)</p> <p>- presso le strutture socio-riabilitative</p> <p>NORD: 13.143 accolti presso n. 548 strutture (23,98)</p> <p>CENTRO: 5.307 accolti presso n. 180 strutture (29,48)</p> <p>SUD: 3.809 accolti presso n. 125 strutture (30,47)</p> <p>ISOLE: 2.302 accolti presso n. 79 strutture (29,14)</p>
---	---

Il carico medio per i servizi sanitari pubblici risulta di circa 75, 86, 91 e 93 utenti alle date del 31 marzo, 30 giugno, 30 settembre e 31 dicembre 1991; quello per le strutture socio-riabilitative è di circa 25, 25, 24 e 26 utenti alle stesse date.

N.B. Tra parentesi viene riportato il carico medio di utenti per servizio sanitario pubblico e struttura socio-riabilitativa.

A partire dalla rilevazione del 31/3/91 vengono pubblicati, come già detto in precedenza, i dati relativi ai centri di 1^a Accoglienza, Comunità Terapeutiche e centri di reinserimento sommati sotto la voce strutture socio-riabilitative.

 XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

al 31/3/1992

- presso i servizi sanitari pubblici
 NORD: 29.741 in terapia presso n. 282 serv. (105,46)
 CENTRO: 8.918 in terapia presso n. 109 serv. (81,82)
 SUD: 10.747 in terapia presso n. 115 serv. (93,45)
 ISOLE: 3.101 in terapia presso n. 34 serv. (91,21)

- presso le strutture socio-riabilitative
 NORD: 13.776 accolti presso n. 589 strutture (23,39)
 CENTRO: 5.986 accolti presso n. 198 strutture (30,23)
 SUD: 4.200 accolti presso n. 151 strutture (27,81)
 ISOLE: 2.257 accolti presso n. 83 strutture (27,19)

al 30/9/1992

- presso i servizi sanitari pubblici
 NORD: 31.028 in terapia presso n. 283 serv. (109,64)
 CENTRO: 9.762 in terapia presso n. 115 serv. (84,89)
 SUD: 11.384 in terapia presso n. 114 serv. (99,86)
 ISOLE: 3.382 in terapia presso n. 37 serv. (91,40)

- presso le strutture socio-riabilitative
 NORD: 13.708 accolti presso n. 618 strutture (22,18)
 CENTRO: 5.128 accolti presso n. 200 strutture (25,64)
 SUD: 4.605 accolti presso n. 169 strutture (27,25)
 ISOLE: 2.550 accolti presso n. 83 strutture (30,72)

al 30/6/1992

- presso i servizi sanitari pubblici
 NORD: 31.322 in terapia presso n. 279 serv. (112,25)
 CENTRO: 9.897 in terapia presso n. 111 serv. (89,16)
 SUD: 11.018 in terapia presso n. 107 serv. (102,97)
 ISOLE: 3.560 in terapia presso n. 36 serv. (98,89)

- presso le strutture socio-riabilitative
 NORD: 14.803 accolti presso n. 618 strutture (23,95)
 CENTRO: 6.622 accolti presso n. 203 strutture (32,62)
 SUD: 4.583 accolti presso n. 161 strutture (28,47)
 ISOLE: 2.352 accolti presso n. 83 strutture (28,34)

al 15/12/1992

- presso i servizi sanitari pubblici
 NORD: 32.927 in terapia presso n. 280 serv. (117,60)
 CENTRO: 10.197 in terapia presso n. 109 serv. (93,55)
 SUD: 11.761 in terapia presso n. 102 serv. (115,30)
 ISOLE: 4.852 in terapia presso n. 43 serv. (112,84)

- presso le strutture socio-riabilitative
 NORD: 13.920 accolti presso n. 619 strutture (22,49)
 CENTRO: 6.719 accolti presso n. 207 strutture (32,46)
 SUD: 5.266 accolti presso n. 181 strutture (29,09)
 ISOLE: 2.639 accolti presso n. 88 strutture (29,99)

Il carico medio per i servizi sanitari pubblici risulta di circa 97, 105, 101 e 112 utenti alle date del 31 marzo, 30 giugno, 30 settembre e 15 dicembre 1992; quello per le strutture socio-riabilitative è di circa 26, 27, 24, 26 utenti alle stesse date.

N.B.: Tra parentesi viene riportato il carico medio di utenti per servizio sanitario pubblico e struttura socio-riabilitativa.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

al 31/03/1993

- presso i servizi sanitari pubblici
 NORD: 31.081 in terapia presso n. 262 servizi (118,63)
 CENTRO: 9.880 in terapia presso n. 111 servizi (89,01)
 SUD: 12.153 in terapia presso n. 106 servizi (114,65)
 ISOLE: 4.746 in terapia presso n. 45 servizi (105,47)

- presso le strutture socio-riabilitative
 NORD: 14.062 accolti presso n. 616 strutture (22,83)
 CENTRO: 6.764 accolti presso n. 225 strutture (30,06)
 SUD: 4.907 accolti presso n. 180 strutture (27,26)
 ISOLE: 2.715 accolti presso n. 89 strutture (30,51)

al 30/09/1993

- presso i servizi sanitari pubblici
 NORD: 34.297 in terapia presso n. 289 servizi (127,50)
 CENTRO: 9.961 in terapia presso n. 109 servizi (91,39)
 SUD: 13.004 in terapia presso n. 108 servizi (120,41)
 ISOLE: 4.652 in terapia presso n. 46 servizi (101,13)

- presso le strutture socio-riabilitative
 NORD: 13.562 accolti presso n. 659 strutture (20,58)
 CENTRO: 5.432 accolti presso n. 233 strutture (23,31)
 SUD: 4.070 accolti presso n. 191 strutture (21,31)
 ISOLE: 2.225 accolti presso n. 94 strutture (23,67)

al 30/06/1993

- presso i servizi sanitari pubblici
 NORD: 32.761 in terapia presso n. 266 servizi (123,16)
 CENTRO: 10.518 in terapia presso n. 110 servizi (95,62)
 SUD: 12.090 in terapia presso n. 107 servizi (112,99)
 ISOLE: 4.277 in terapia presso n. 45 servizi (95,04)

- presso le strutture socio-riabilitative
 NORD: 13.825 accolti presso n. 602 strutture (22,97)
 CENTRO: 5.295 accolti presso n. 221 strutture (23,96)
 SUD: 4.539 accolti presso n. 187 strutture (24,27)
 ISOLE: 2.266 accolti presso n. 87 strutture (26,05)

al 31/12/1993

- presso i servizi sanitari pubblici
 NORD: 36.243 in terapia presso n. 268 servizi (135,24)
 CENTRO: 10.742 in terapia presso n. 107 servizi (100,39)
 SUD: 13.972 in terapia presso n. 114 servizi (122,56)
 ISOLE: 4.356 in terapia presso n. 48 servizi (90,75)

- presso le strutture socio-riabilitative
 NORD: 13.144 accolti presso n. 656 strutture (20,04)
 CENTRO: 5.311 accolti presso n. 227 strutture (23,40)
 SUD: 4.541 accolti presso n. 206 strutture (22,04)
 ISOLE: 2.271 accolti presso n. 100 strutture (22,71)

Il carico medio per i servizi sanitari pubblici risulta di circa 110, 113, 116 e 122 utenti alle date del 31 marzo, 30 giugno, 30 settembre e 31 dicembre 1993; quello per le strutture socio-riabilitative è di circa 26, 24, 21 e 21 utenti alle stesse date.

N.B. Tra parentesi viene riportato il carico medio di utenti per servizio sanitario pubblico e struttura socio-riabilitativa.

Il confronto tra i dati relativi ai tossicodipendenti in cura al 31 dicembre 1993 con quelli del 30 giugno 1990 (prima dell'entrata in vigore della Legge 162/90) conferma la tendenza, già evidenziata negli anni passati, dell'emersione del fenomeno della tossicodipendenza alla visibilità e, quindi, di un maggior intervento sociale di recupero e di riabilitazione.

Il costante aumento dell'utenza in trattamento, in particolare quella in cura presso i Ser.t., emerge anche dalle rilevazioni effettuate dal Ministero della Sanità. In ambedue le analisi i tossicodipendenti in trattamento al dicembre 1993 si attestano intorno alle 65.000 unità.

Gli utenti dei servizi sanitari pubblici per le tossicodipendenze, dopo un anno di applicazione della nuova normativa - dal 30/6/90 al 30/6/91 - sono aumentati del 15,46%, mentre quelli delle comunità terapeutiche sono, nello stesso periodo, aumentati del 16,49%. Nel secondo anno - dal 30 giugno 1991 al 30 giugno 1992 - l'incremento presso i servizi sanitari è stato del 27,83%, presso le comunità del 26,05%. Nel terzo anno - dal 30 giugno 1992 al 30 giugno 1993 - l'aumento presso i servizi sanitari è stato del 6,90% e presso le comunità del 3%.

Complessivamente, dal 30.6.90 al 31.12.93 si è verificato un aumento del numero dei tossicodipendenti, che ha riguardato in misura maggiore i servizi sanitari pubblici, i cui utenti sono passati da 37.804 a 65.313 mentre, nello stesso arco di tempo, gli utenti delle comunità terapeutiche sono passati da 10.667 a 16.117.

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

Questo aumento di afflusso presso i servizi sanitari potrebbe essere dovuto ad una maggiore fiducia dei tossicodipendenti nei confronti degli stessi servizi oppure, come ipotizzato dall'analisi effettuata dal Ministero della Sanità, ad una crescente capacità di questi di accogliere una quota sempre più elevata di utenti, così come alla differenziazione delle prestazioni offerte.

Dall'analisi dei dati non sembrano emergere elementi sufficienti per poter sostenere l'incidenza del referendum abrogativo del 18 aprile 1993.

E' infatti sicuramente prematuro imputare l'aumento dell'utenza dei Ser.t., verificatasi fra l'ultimo censimento effettuato prima del referendum (31/3/93 - utenti 57.860) e gli ultimi dati disponibili (31/12/93 - utenti 65.313), agli esiti del referendum stesso.

E' da notare come l'aumento numerico dei servizi sanitari pubblici dal 1990 al 1993 non sia proporzionale all'incremento dell'utenza: da 37.804 unità in 505 servizi censiti a 65.313 in 537, con conseguente aumento del carico medio degli stessi servizi passato da 74,8 utenti a 121,6.

Le strutture socio-riabilitative esistenti al 31.12.1993 sono 1249, di cui 681 comunità terapeutiche, a fronte di 433 comunità terapeutiche esistenti nel giugno 1990.

Come per i servizi sanitari, la maggior parte delle strutture socio-riabilitative (668 strutture, pari al 53,48% del totale) è situata al Nord, a discapito delle altre zone d'Italia. Bisogna però tener presente che nelle regioni del Nord è concentrata la maggior parte dei tossicodipendenti.

Servizi sanitari pubblici e strutture socio-riabilitative

Alla legge n. 162 del 1990 si deve attribuire l'effetto di aver prodotto un notevole aumento del numero delle strutture, sia pubbliche che private, per il recupero dei tossicodipendenti. Al 31 dicembre 1993 i servizi sanitari pubblici, istituiti dalle UU.SS.LL., sono 561 rispetto ai 517 del 30 giugno 1990, con un incremento percentuale dell'8,51%.

L'incidenza maggiore si è, però, verificata sul fronte delle comunità terapeutiche che da 433 (giugno 1990) sono diventate 681 (dicembre 1993), con un aumento del 57,27%.

In realtà è tutto il settore delle strutture socio-riabilitative, e non solo le comunità, che è andato ampliandosi, beneficiando maggiormente delle opportunità fornite dalla legge.

La distribuzione territoriale dei servizi sanitari pubblici e delle strutture socio-riabilitative è illustrata nelle tabelle seguenti, che mostrano la situazione dal 30/6/90 - prima dell'entrata in vigore della legge - al 31/12/1993.

I dati, relativi ai presidi sanitari pubblici, si riferiscono a tutti i servizi che si occupano di tossicodipendenti, per i quali attuano propri piani terapeutici, indipendentemente dalla formalizzazione del loro decreto di istituzione.

Di conseguenza il numero di Ser.t., attualmente indicato, è suscettibile di variazioni legate alla piena ed effettiva attuazione del dettato di cui all'art. 118 del T.U. 309/90.

Distribuzione territoriale dei servizi sanitari pubblici e delle comunità terapeutiche nel II semestre 1990

	SERVIZI SANITARI PUBBLICI	COMUNITA' TERAPEUTICHE
- 30.06.1990		
NORD	277	260
CENTRO	113	80
SUD	95	52
ISOLE	32	41
TOTALE ITALIA	517	433
- 30.09.1990		
NORD	284	258
CENTRO	112	82
SUD	98	52
ISOLE	33	42
TOTALE ITALIA	527	434
- 31.12.1990		
NORD	286	271
CENTRO	114	84
SUD	97	55
ISOLE	33	44
TOTALE ITALIA	530	454

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Distribuzione territoriale dei servizi sanitari pubblici e delle strutture socio-riabilitative nel corso del 1991, del 1992 e del 1993.

	SERVIZI SANITARI PUBBLICI	CENTRI DI 1° ACCO- GLIENZA	COMUNITA' TERAPEUTICHE	CENTRI DI REINSERI- MENTO	TOTALE STRUTTURE SOCIO-RIABILITA- TIVE
- 31.03.1991					
NORD	285	119	287	128	534
CENTRO	117	50	89	38	177
SUD	97	33	57	14	104
ISOLE	34	21	43	8	72
TOTALE ITALIA	533	223	476	188	887
- 30.06.1991					
NORD	285	123	291	139	553
CENTRO	116	52	92	34	178
SUD	97	38	60	13	111
ISOLE	34	22	45	6	73
TOTALE ITALIA	532	235	488	192	915
- 30.09.1991					
NORD	282	131	293	138	562
CENTRO	117	54	95	37	186
SUD	94	35	63	19	117
ISOLE	36	23	48	5	76
TOTALE ITALIA	529	243	499	199	941
- 31.12.1991					
NORD	283	132	305	140	577
CENTRO	118	62	106	40	208
SUD	116	40	74	16	130
ISOLE	34	26	49	6	81
TOTALE ITALIA	551	260	534	202	996

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

	SERVIZI SANITARI PUBBLICI	CENTRI DI 1° ACCO- GLIENZA	COMUNITA' TERAPEUTICHE	CENTRI DI REINSERI- MENTO	TOTALE STRUTTURE SOCIO-RIABILITA- TIVE
- 31.03.1992					
NORD	285	147	319	144	610
CENTRO	118	64	121	42	227
SUD	115	50	89	19	158
ISOLE	34	28	52	6	86
TOTALE ITALIA	552	289	581	211	1.081
- 30.06.1992					
NORD	285	167	321	145	633
CENTRO	119	67	120	43	230
SUD	117	53	94	20	167
ISOLE	36	26	51	7	84
TOTALE ITALIA	557	313	586	215	1.114
- 30.09.1992					
NORD	285	150	344	146	640
CENTRO	120	71	127	46	244
SUD	116	54	98	23	175
ISOLE	41	30	55	3	88
TOTALE ITALIA	562	305	624	218	1.147
- 15.12.1992					
NORD	282	156	348	142	648
CENTRO	120	73	128	47	248
SUD	113	54	106	27	187
ISOLE	44	30	60	4	94
TOTALE ITALIA	559	313	642	220	1.175

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

	SERVIZI SANITARI PUBBLICI	CENTRI DI 1^ ACCO- GLIENZA	COMUNITA' TERAPEUTICHE	CENTRI DI REINSERI- MENTO	TOTALE STRUTTURE SOCIO-RIABILITA- TIVE
- 31.03.1993					
NORD	279	156	345	144	645
CENTRO	120	74	132	51	257
SUD	115	59	109	29	197
ISOLE	46	29	63	4	96
TOTALE ITALIA	560	318	649	228	1.195
- 30.06.1993					
NORD	279	159	349	141	649
CENTRO	120	76	134	53	263
SUD	116	64	114	32	210
ISOLE	46	30	62	5	97
TOTALE ITALIA	561	329	659	231	1.219
- 30.09.1993					
NORD	273	158	364	151	673
CENTRO	120	76	134	52	262
SUD	117	64	116	31	211
ISOLE	46	32	64	6	102
TOTALE ITALIA	556	330	678	240	1.248
- 31.12.1993					
NORD	272	156	361	151	668
CENTRO	121	76	133	51	260
SUD	119	66	120	29	215
ISOLE	49	33	67	6	106
TOTALE ITALIA	561	331	681	237	1.249

I servizi sanitari pubblici sono passati da 517, rilevati nel giugno 1990, a 561 al 31.12.1993.

Questa crescita numerica non ha investito in modo omogeneo il territorio nazionale, ma si è concentrata maggiormente al Nord (272 servizi al 31.12.1993, pari al 48,5%) rispetto al Centro (121 servizi pari al 21,6%), al Sud (119 servizi pari al 21,2%) ed alle Isole (49 servizi pari al 8,7%).

La diversità tra il Nord e le altre zone d'Italia non riguarda solo la distribuzione quantitativa dei servizi ma anche le metodiche di cura dei tossicodipendenti. Nel 1993 il ricorso al trattamento farmacologico a base di sostanze sostitutive da parte dei servizi pubblici, ha riguardato al Nord circa il 19% dei tossicodipendenti in trattamento, mentre al Centro ha costituito il 53% dei casi, nel Sud il 32% e nelle Isole il 28%.

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

I tossicodipendenti segnalati alle Prefetture dalle Forze di Polizia, per detenzione di sostanze stupefacenti per uso personale, risultano 61.526* nel periodo dall'11/7/1990, data di entrata in vigore della L. 162/90, al 31/12/1993.

L'età media degli assuntori è di anni 23,47, mentre la classe di età maggiormente interessata è quella fra i 18 ed i 28 anni, che comprende il 75,30% dei casi, così suddivisi:

classe 18 - 20	23,70% dei casi
classe 21 - 22	16,22% dei casi
classe 23 - 25	20,14% dei casi
classe 26 - 28	15,24% dei casi

La distribuzione per fasce di età mostra la maggiore incidenza del "range" di età compreso fra i 18 ed i 30 anni (81,92%), a fronte del 12,09% di segnalati in età superiore ai 30 anni.

* I dati provvisori, aggiornati alla data dell'8/3/94, sono suscettibili di ulteriori aggiornamenti.

Questo ultimo dato non è, però, da sottovalutare. La presenza di segnalati di età superiore ai 30 anni, al di là della loro relativa incidenza percentuale sul totale, mostra come il fenomeno della tossicodipendenza interessi sempre più persone nettamente adulte e conferma, almeno indirettamente, il fenomeno del progressivo invecchiamento dei soggetti tossicodipendenti, in cura presso i Ser.t.

Il dato relativo ai minori segnalati rappresenta il 5,99% del totale.

Oltre al dato circa l'età, risulta interessante anche quello riguardante la condizione professionale. I dati disponibili, pur riferendosi a circa la metà delle persone segnalate (45,34%), appaiono sufficientemente significativi per raffigurare il consumatore abituale come un soggetto normalmente integrato nel tessuto socio-economico.

Il 25,06% di queste persone risulta infatti occupato stabilmente, il 4,83% sottoccupato, l'11,01% disoccupato, l'1,74% in condizione non professionale (casalinghe, militari, invalidi), e l'1,09% in cerca di 1^a occupazione. Solo l'1,61% sono studenti.

Per quanto riguarda la distribuzione per sesso, la prevalenza di uomini (pari al 92,3% rispetto al totale) conferma il carattere nettamente maschile del fenomeno nel nostro Paese.

Delle 72.119 segnalazioni effettuate, l'89,85% si riferisce a prime ed uniche segnalazioni; relativamente al tipo di sostanza 32.792 casi (pari al 45,47%) riguardano so-

stanze leggere, 39.327 (pari al 54,53%) sostanze pesanti.

Si rammenta che a seguito del referendum del 18 aprile 1993, sono stati abrogati alcuni articoli del T.U. 309/90.

Risulta così ormai soppresso il passaggio di competenza del Prefetto all'Autorità Giudiziaria, nei casi previsti dal comma 12 dell'art. 75, parzialmente abrogato per quel che concerne l'accertamento di una 3^a violazione, l'ipotesi di una 2^a mancata presentazione al colloquio, nonché un 2° mancato inizio o una 2^a interruzione del programma terapeutico.

L'intervenuta depenalizzazione dei casi relativi a illecito acquisto, detenzione ed importazione per uso personale, ha comportato un notevole ampliamento della sfera di azione del Prefetto, in termini sia quantitativi che qualitativi. Infatti, come effetto, le Procure della Repubblica hanno trasmesso alle Prefetture gli atti processuali di numerosi procedimenti penali instaurati ai sensi della precedente normativa e riferiti anche ad episodi lontani nel tempo, con un aggravio notevole del lavoro dei Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze.

La regione con il più alto numero di soggetti segnalati è la Lombardia con 9.525 casi, pari al 15,5%, seguita dal Lazio con 8.309, pari al 13,5%, dalla Toscana con 5.356, pari all'8,7% e dal Piemonte con 5.226, pari all'8,5%.

Le regioni con il minor numero di persone segnalate sono la Valle D'Aosta con 224 casi ed il Molise con 151.

In particolare, risultano svolti 49.783 colloqui con

il Prefetto, per effetto dei quali 17.554 sono stati i soggetti invitati a non fare più uso di sostanze stupefacenti; 20.488 sono stati coloro che hanno richiesto di essere avviati ai servizi, per essere sottoposti a trattamento terapeutico e di questi 7.235 (pari al 35,31%) lo hanno portato a termine.

Rilevante è la percentuale (41,15%) dei soggetti che, in seguito a colloquio, sono entrati nel circuito terapeutico.

Il dato risulta ancor più significativo se si pensa che ben il 54,53% delle segnalazioni al Prefetto, si riferisce a fatti relativi ad uso di droghe pesanti e che, presumibilmente, sono soprattutto gli assuntori di tali sostanze ad essere inviati al circuito terapeutico.

Le sanzioni amministrative finora adottate dai Prefetti sono 12.331, di cui 7.086 (pari al 57,46%) a seguito di colloquio presso il Nucleo Operativo Tossicodipendenze della Prefettura.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TABELLA I

OSSEVATORIO PERMANENTE SUL FENOMENO D'IOGA
 DATI RELATIVI AI SEGNALATI AI SENSI DELL'ARTICOLO 15 T.U. N. 389 - 9 OTTOBRE 1989
 DAL 11 LUGLIO '89 AL 31 DICEMBRE '93
 (PERIODO DI RIFERIMENTO)

REGIONI	Uomini		Donne		Totale		2 - SEGNALAZIONI		3 - P R O V V E D I M E N T I									
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne								
PIEMONTE	4700	243	519	31	5.219	274	4630	508	3465	3810	1356	1310	287	865	266	1191	719	274
VALLE D'AOSTA	100	5	36	1	216	5	211	11	97	194	12	32	11	73	10	63	11	6
LOMBARDIA	8892	459	723	42	9.515	492	8990	935	4160	7016	2206	3109	575	1937	630	2635	1702	512
TRENTO A.A.	810	30	107	6	945	36	851	94	492	687	340	316	114	105	106	291	57	65
VENETO	2429	116	273	15	2.702	131	2452	268	1016	2774	646	1321	316	435	230	697	418	253
FRIULI V.G.	151	29	103	5	256	34	257	99	410	4856	1156	2142	421	320	894	1231	574	359
LIGURIA	3025	136	427	13	4.059	149	3492	507	2812	4415	1891	1752	550	524	579	1103	602	114
EMILIA ROMAGNA	4245	219	487	25	4.732	244	4237	495	2539	5119	1539	2144	655	652	355	1097	855	242
TOSCANA	4766	232	596	31	5.356	263	4566	788	464	776	249	379	60	81	42	174	155	31
UMBRIA	675	30	50	2	737	32	665	46	1200	1750	207	694	190	167	236	463	311	125
MARCHE	1726	87	165	10	1.891	97	1716	115	5737	4147	2296	1274	288	473	204	677	227	114
LAZIO	7865	499	564	29	8.389	527	7574	115	741	1164	545	429	64	124	91	313	127	49
ABRUZZI	1030	63	69	4	1.099	67	1084	95	94	281	60	97	31	15	16	31	65	10
MOLISE	144	13	7	0	151	13	131	20	205	2517	1691	1074	148	193	191	388	193	44
CAMPANIA	4066	211	110	7	4.295	318	3979	216	3174	2901	793	1320	377	691	602	1093	280	209
PUGLIA	3365	250	171	9	3.534	259	3213	391	1423	428	73	272	49	33	16	50	55	19
BASILICATA	234	30	16	1	280	31	315	35	203	621	106	310	30	51	22	79	128	27
CALABRIA	1079	100	37	3	1.116	103	1064	52	110	4381	2621	1547	441	207	279	565	114	
SICILIA	4740	502	257	16	4.997	520	4435	582	704	935	358	445	54	66	235	313	91	44
SARDEGNA	1432	65	83	4	1.516	69	1387	159	32792	17556	20419	4555	7008	5245	11231	7235	3151	
TOTALE ITALIA	51704	3430	4240	284	61.516	3684	52311	6745	32792	49783	17556	20419	4555	7008	5245	11231	7235	3151

(1) I RISULTANTI ALLA DATA DEL FATTO (1° SEGNALAZIONI)

(2) PERSONE SEGNALATE ALTRE VOLTE, OLTRAE LA 1° NEL PERIODO DI RIFERIMENTO

(3) FINO AL 5/6/93 (DEFERENDUM D.P.A. N. 171/93)

(4) FINO AL 5/6/93 (DEFERENDUM D.P.A. N. 171/93)

Dati provvisori

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TABELLA 2

PERSONE SEGNALETE LA PRIMA VOLTA

PERCORSO SEGNALETE LA PRIMA VOLTA AI SENSI DELL'ARTICOLO 75 T.U. N. 309 - 9 OTTOBRE 1990

DATI, ELABORAZIONE: 08 MARZO '94

DATI RELATIVI AL SESSO ED ALLE CLASSI DI ETÀ (PERIODO DI RIFERIMENTO)

DAL 11 LUGLIO '90 - AL 31 DICEMBRE '93

ZONA	M A S C H I										F E M M I N E									
	15-17	18-20	21-22	23-25	26-28	29-30	OLTRE 30	TOTALE	A 16	FINO	15-17	18-20	21-22	23-25	26-28	29-30	OLTRE 30	TOTALE		
NORD - OVEST	79	735	3.773	2.723	3.641	2.782	1.743	17.310	9	77	519	243	576	272	122	254	1.694			
NORD - EST	28	566	1.873	1.628	1.323	632	1.074	8.261	7	44	144	141	213	180	79	142	970			
CENTRO	65	783	3.866	2.437	2.817	2.107	956	14.972	2	69	254	199	503	217	103	148	1.317			
SUD	35	734	2.907	1.753	2.035	1.487	500	10.036	5	19	93	43	97	44	32	46	419			
TOTALE	31	536	1.669	1.040	1.179	652	517	540	4.173	4	18	57	48	80	60	23	48	540		
TOTALE GENERALE	256	3.174	13.892	9.240	11.320	8.382	3.110	6.780	56.782	27	227	887	716	1.071	789	361	640	6.740		

TOTALE MASCHILE FEMMINE

ZONA	15-17	18-20	21-22	23-25	26-28	29-30	OLTRE 30	TOTALE
NORD - OVEST	88	832	4.094	2.986	4.017	5.054	1.367	2.376
NORD - EST	35	410	2.035	1.466	1.861	1.335	711	1.214
CENTRO	67	832	4.120	2.636	3.122	2.324	1.039	2.129
SUD	38	733	2.800	1.818	2.132	1.551	612	911
ISOLE	35	554	1.726	1.094	1.239	913	542	588
TOTALE GENERALE	283	3.401	14.375	9.982	12.591	9.373	4.071	7.640

Dati provvisori

PROBLEMATICHE ORGANIZZATIVE ED OPERATIVE

L'abrogazione di alcune norme contenute nel D.P.R. 309/90, a seguito del referendum dell'aprile 1993 ha comportato notevoli incertezze e problemi, in fase di applicazione della normativa.

Il vuoto legislativo che si è venuto a creare grava in primo luogo sulle Forze di Polizia Giudiziaria. Queste infatti, al momento del "fermo" del tossicodipendente, venuto meno il concetto di "dose media giornaliera" (art. 75 comma.1) e, a seguito dell'intervenuta depenalizzazione del consumo personale di sostanze stupefacenti devono valutare, con conseguente responsabilità, se segnalare il caso al Prefetto in via amministrativa o, al Procuratore della Repubblica in via penale.

In mancanza di criteri univoci per distinguere "prima facie" la detenzione per uso personale da quella a fini di spaccio spesso si verifica che, l'operatore di Polizia Giudiziaria preferisca trasmettere gli atti relativi alla contestazione dell'illecito, contestualmente sia alla Procura della Repubblica che alla Prefettura per il vaglio di competenza.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

In tali casi, la necessità di acquisire il verbale di archiviazione dall'Autorità Giudiziaria paralizza il procedimento amministrativo ex art. 75 che, per essere efficace dovrebbe invece essere tempestivo.

A tal proposito si rileva che, ferme restando le direttive localmente impartite dalle competenti Procure della Repubblica (Genova, Chieti, Isernia, Sondrio e Teramo) il Dicastero dell'Interno, per il tramite della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, ha provveduto ad impartire alcuni criteri di orientamento, di ausilio agli organi di Polizia Giudiziaria, in ordine al problema della scelta tra la via amministrativa e quella giudiziaria.

Con due distinte circolari, rispettivamente del 6 giugno e dell'11 dicembre u.s. sono stati infatti forniti taluni oggettivi elementi di valutazione - quali stati di tossicodipendenza, modalità di custodia della droga, quantità e grado di purezza della sostanza detenuta, reperimento di rilevanti somme di denaro, luogo di accertamento della detenzione.

A seguito del referendum, mentre alcune Prefetture del Centro-Nord (Torino, Imperia, L'Aquila) hanno evidenziato un sensibile aumento delle segnalazioni - da computarsi probabilmente alla soppressione del trasferimento di competenza all'Autorità Giudiziaria dopo 3 segnalazioni dello stesso soggetto al Prefetto (art. 75 comma 12), al Sud (soprattutto in Campania e Sicilia) si è registrato invece un netto calo di questo dato. Un generalizzato incremento delle convoca-

zioni disertate, soprattutto da parte dei "tossicodipendenti cronici" evidenzia uno scarso potere dissuasivo delle sole sanzioni amministrative nei loro confronti.

L'effetto deterrente introdotto dalla legge continua invece a registrarsi nei confronti dell'"utenza giovane", a seguito del colloquio presso il Nucleo Operativo Tossicodipendenze della Prefettura.

L'immissione della figura dell'assistente sociale nei N.O.T., costituiti presso ciascuna Prefettura, ha continuato a produrre proficui risultati, anche grazie ai corsi di formazione professionale tenuti presso la Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno, consentendo di realizzare efficacemente la funzione di coordinamento e di integrazione loro affidata dal Legislatore.

Allo stato attuale risultano essere stati nominati i vincitori e gli idonei anche per le sedi della Calabria, Sardegna, Emilia Romagna e Campania che, a marzo 1993 erano vacanti.

A più di 3 anni dall'entrata in vigore della Legge 162, dalle relazioni di alcune Prefetture risultano ancora persistenti, tra gli aspetti problematici, carenze di organico, di locali e di mezzi adeguati presso alcuni SER.T istituiti dalla U.U.S.S.L.L.. Tali carenze, non permettendo, a tutt'oggi, il funzionamento continuativo del servizio anche nelle ore pomeridiane e nei giorni festivi, non consentono la piena esecuzione di programmi terapeutici globali personalizzati per i soggetti in trattamento.

Altre disfunzioni riguardano la fase delle analisi delle sostanze stupefacenti sequestrate. In alcune Prefetture l'assenza "in loco" di idonee strutture per le indagini di laboratorio presso le UU.SS.LL. territorialmente competenti, rende ancora necessario l'invio dei reperti sequestrati presso laboratori privati, situati anche in altre Province, con il conseguente allungamento dei tempi utili per procedere alla contestazione dell'illecito (es.: Viterbo deve rivolgersi a Terni, Trapani a Palermo).

Dalla Prefettura di Parma viene segnalato che, a decorrere dal 1994 la Regione Emilia-Romagna ha addirittura interrotto la copertura finanziaria delle analisi di laboratorio, ritenendole non più rilevanti, dopo la soppressione del concetto di "dose media giornaliera".

Da alcune Prefetture, viene addirittura suggerita la soppressione di questa fase, sostituendola con i più celeri narco-tests ad opera delle Forze di Polizia.

In proposito, l'orientamento manifestato a livello centrale ha ritenuto l'analisi quantitativa oltrechè qualitativa degli stupefacenti sequestrati per uso personale, tuttora necessaria quale presupposto ineluttabile per la valutazione della natura dell'illecito.

Nei casi certi, per accelerare il procedimento amministrativo ex art. 75, si suggerisce da parte di alcune Prefetture, l'invio del reperto di laboratorio direttamente alla Prefettura, senza il passaggio-filtro alle Forze di Polizia.

Il N.O.T. di Como lamenta una carenza di organico amministrativo e quelli de L'Aquila e di Lecce, oltre ad esprimere la necessità di figure amministrative come archivistica e terminalista, da affiancare agli operatori nelle fasi pre e post-colloquio, attualmente svolte impropriamente dagli assistenti sociali, rilevano l'inadeguatezza dei locali dove si effettuano i colloqui.

Viene ribadita l'utilità di corsi formativi e di scambi informativi per il personale dei N.O.T. delle varie Prefetture, allo scopo di raggiungere una maggiore uniformità operativa ed una più omogenea applicazione del T.U. 309/90, su tutto il territorio nazionale.

Viene sentita l'esigenza di un maggiore coordinamento tra N.O.T. e SER.T., per verificare la validità dei colloqui e l'efficacia del procedimento dinanzi al Prefetto e, tra N.O.T. e Forze di Polizia.

In sede provinciale viene avvertita la necessità di un organismo di raccordo interistituzionale tra gli organismi operanti nel settore per evitare sprechi di tempo e di risorse, nel perseguimento del comune obiettivo di contrasto del fenomeno.

Tra le cause dei ritardi nell'iter procedimentale amministrativo permane in alcune Province - soprattutto nelle zone di frontiera - l'estrema difficoltà, ed in taluni casi addirittura l'impossibilità, di effettuare le notifiche dei provvedimenti amministrativi ai soggetti senza fissa dimora o agli stranieri residenti all'estero (Bolzano, Como, Chie-

ti, Catania).

Altre difficoltà operative permangono per lo svolgimento dei colloqui ai tossicodipendenti in corso di trattamento presso alcune Comunità Terapeutiche, il cui regolamento contiene disposizioni ostantive in merito.

Ostacoli di natura economica e logistica persistono per i colloqui a tossicodipendenti detenuti presso carceri mandamentali, situate in Regioni o Province diverse dal luogo della segnalazione.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

CARENZE ORGANIZZATIVE E PROBLEMATICHE NELL'APPLICAZIONE DELLA LEGGE 162/90, POST-REFERENDUM ABROGATIVO DEL 17 E 18 APRILE 1993	
TUTTE	Per effetto del referendum abrogativo di alcuni articoli del T.U. in materia di droga, l'intervenuta depenalizzazione per fatti di illecito acquisto, detenzione ed importazione per uso personale avvenuti anche anteriormente all'entrata in vigore della L. 162/90 ha comportato un notevole ampliamento della sfera di azione del Prefetto in termini sia quantitativi che qualitativi. Infatti per tale depenalizzazione le Procure della Repubblica hanno trasmesso alle Prefetture gli atti processuali di numerosi procedimenti penali instaurati ai sensi della vecchia normativa e riferiti anche ad episodi molto lontani nel tempo. Conseguentemente, l'applicazione della normativa prevista dall'art. 75 T.U. 309/1990 avviene in tempi molto lunghi, anche a causa di altre problematiche interpretative ed operative, che vanificano la tempestività dell'intervento.
CUNEO, SIENA, FOGGIA LIVORNO, POTENZA	Necessità di chiarimenti e direttive precise sulle modalità applicative ed operative della normativa antidroga, in seguito alle modifiche referendarie.
TORINO, IMPERIA	Scarsa incisività della Legge 162, dopo il referendum (si nota un notevole incremento nelle sospensioni del procedimento terapeutico e nelle convocazioni disertate).
BRINDISI, (ad esclusione del capoluogo) TRAPANI	Viene lamentata la mancata attivazione dei SER.T. presso tutte le UU.SS.LL. esistenti che costringe ad appoggiarsi ai Servizi Territoriali per la Tutela della Salute Mentale.
NOVARA, MASSA CARRARA AREZZO, CHIETI, NAPOLI BRINDISI, MESSINA	Nonostante il generale potenziamento dei SER.T. si continuano a riscontrare difficoltà e carenze di organico, di locali e mezzi adeguati.
LIVORNO, MASSA CARRARA AGRIGENTO	Carenza di strutture "diurne" per il recupero dei tossicodipendenti, di appoggio ai servizi pubblici ed alle comunità esistenti e, di strutture di indirizzo ed orientamento scolastico e professionale.
VITERBO (TERNI) TRAPANI (PALERMO) BRINDISI	La mancanza "in loco" di un laboratorio per analisi, comporta rallentamenti nell'iter amministrativo, dovendosi appoggiare a quelli operanti in altre province limitrofe.
RIETI	Si suggerisce l'invio del referto analitico degli stupefacenti sequestrati, direttamente alla Prefettura, senza il passaggio-filtro alle Forze di Polizia, in modo da evitare inutili rallentamenti procedurali ex art. 75 T.U. 309/90, soprattutto nei casi indubbi.
PARMA	Evidenzia la mancata copertura da parte della Regione delle spese inerenti alle analisi quali-quantitative, sulle sostanze stupefacenti sequestrate, a decorrere dal 1994.
COMO (assistenti sociali) L'AQUILA (archivista, terminalista) LECCE	Inadeguatezza locali N.O.T. (mancanza di sedie e scrivanie) e carenza di organico amministrativo di base che dovrebbe affiancare gli operatori nella fase pre e post colloquio.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

CARENZE ORGANIZZATIVE E PROBLEMATICHE NELL'APPLICAZIONE DELLA LEGGE 162/90, POST-REFERENDUM ABROGATIVO DEL 17 E 18 APRILE 1993	
BELLUNO, CUNEO, CAMPOBASSO	Necessità di scambi informativi e, di un maggior coordinamento tra i N.O.T. delle varie Prefetture, allo scopo di raggiungere una maggiore uniformità operativa fra di essi ed evitare ricerche di notizie già in possesso.
PERUGIA, MESSINA	Necessità di un raccordo interistituzionale, in sede provinciale, fra gli organismi operanti nel settore.
PIACENZA, PERUGIA, CAMPOBASSO	Necessità di maggiore collaborazione tra N.O.T. e SER.T. per verificare la validità dei colloqui e l'efficacia del procedimento amministrativo (ex art. 75 T.U. 309/1990).
BELLUNO, CUNEO, PARMA, PIACENZA, MANTOVA, FOGGIA	Richiesta di corsi di formazione e di aggiornamento per il personale dei N.O.T., organizzati anche dalle strutture socio-sanitarie e dal privato sociale, per assicurare una più omogenea applicazione del T.U. 309/90 su tutto il territorio nazionale.
PIACENZA	Esigenza di direttive chiare da parte del Ministero circa le funzioni, i compiti e l'ambito di attività operativa degli assistenti sociali, all'interno dei N.O.T. della Prefettura e nei rapporti con gli organi esterni.
AGRIGENTO	Necessità di incrementare le attività di volontariato individuali e di gruppo.
BOLZANO, COMO, PERUGIA, CATANIA	Difficoltà di effettuare le notifiche dei provvedimenti amministrativi ai residenti fuori provincia, ai soggetti senza fissa dimora o agli stranieri residenti all'estero.
GENOVA, COMO, PARMA	Difficoltà economico-organizzative per lo svolgimento dei colloqui nelle carceri mandamentali situate in Regioni o Province diverse, dal luogo della segnalazione.
COMO, BRINDISI	Difficoltà ad effettuare i colloqui a tossicodipendenti ospiti in Comunità Terapeutiche, a causa di precise disposizioni regolamentari ostative.
MATERA, MESSINA	Carenza di strutture finalizzate al reinserimento di ex tossicodipendenti nel tessuto socio-lavorativo alla fine del percorso terapeutico.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

OSSERVATORIO PERMANENTE SUL FENOMENO DROGA

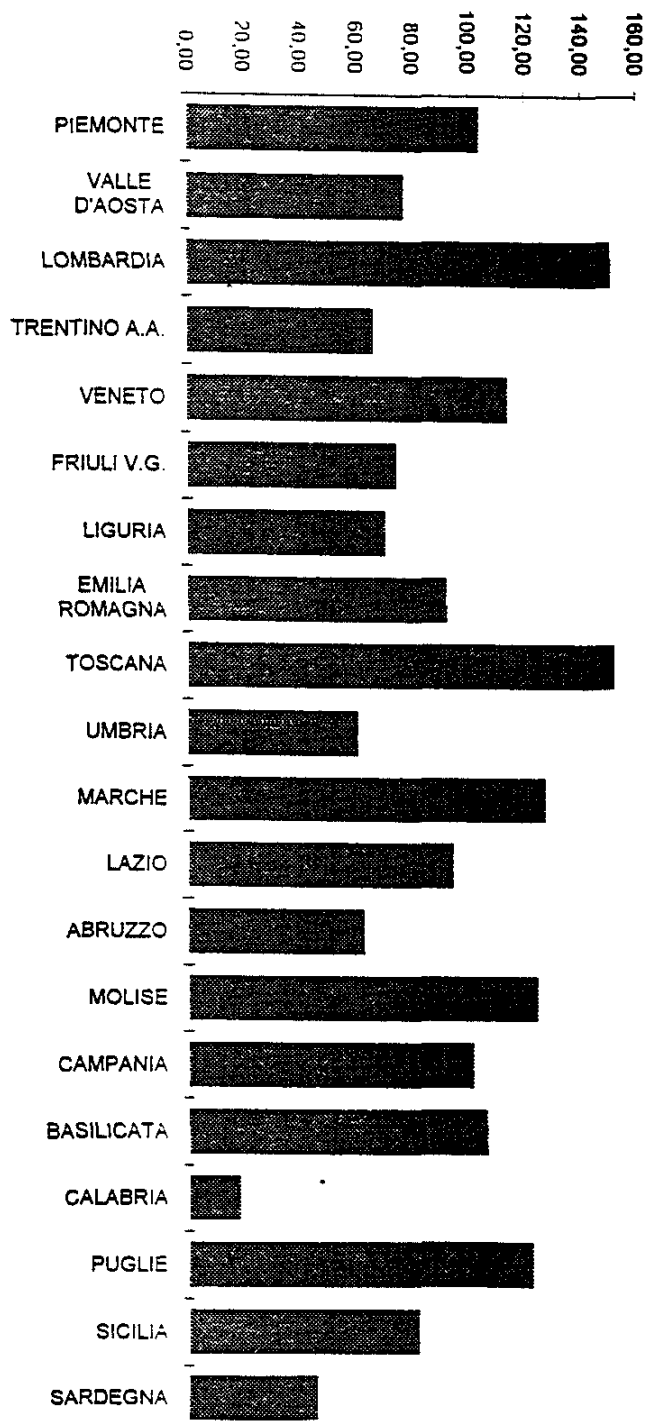
Tabella riepilogativa dei tempi medi delle varie fasi dell'iter amministrativo ex art. 75 T.U. 309/90

Regioni	II		17		11		14		15	
	TEMPO (GIORNI) MEDIO PER IL CONFERIMENTO DELLA PERMISIAZIONE DI ATTIVITA' PER IL SERVIZIO DI ASSISTENZA SOCIALE	TEMPO (GIORNI) MEDIO PER IL CONFERIMENTO DELLA PERMISIAZIONE DI ATTIVITA' PER IL SERVIZIO DI ASSISTENZA SOCIALE	TEMPO (GIORNI) MEDIO PER IL CONFERIMENTO DELLA PERMISIAZIONE DI ATTIVITA' PER IL SERVIZIO DI ASSISTENZA SOCIALE	TEMPO (GIORNI) MEDIO PER IL CONFERIMENTO DELLA PERMISIAZIONE DI ATTIVITA' PER IL SERVIZIO DI ASSISTENZA SOCIALE	TEMPO (GIORNI) MEDIO PER IL CONFERIMENTO DELLA PERMISIAZIONE DI ATTIVITA' PER IL SERVIZIO DI ASSISTENZA SOCIALE	TEMPO (GIORNI) MEDIO PER IL CONFERIMENTO DELLA PERMISIAZIONE DI ATTIVITA' PER IL SERVIZIO DI ASSISTENZA SOCIALE	TEMPO (GIORNI) MEDIO PER IL CONFERIMENTO DELLA PERMISIAZIONE DI ATTIVITA' PER IL SERVIZIO DI ASSISTENZA SOCIALE	TEMPO (GIORNI) MEDIO PER IL CONFERIMENTO DELLA PERMISIAZIONE DI ATTIVITA' PER IL SERVIZIO DI ASSISTENZA SOCIALE	TEMPO (GIORNI) MEDIO PER IL CONFERIMENTO DELLA PERMISIAZIONE DI ATTIVITA' PER IL SERVIZIO DI ASSISTENZA SOCIALE	TEMPO (GIORNI) MEDIO PER IL CONFERIMENTO DELLA PERMISIAZIONE DI ATTIVITA' PER IL SERVIZIO DI ASSISTENZA SOCIALE
PIEMONTE	13,00	14,00	42,00	24,00	104,00					
VALLE D'AOSTA	25,00	8,00	6,00	10,00	77,00					
LOMBARDIA	8,00	12,00	60,00	55,00	151,00					
TRENTINO A.A.	7,00	24,00	14,00	26,00	66,00					
VENETO	9,00	24,00	42,00	34,00	114,00					
FRULI V.G.	19,00	7,00	16,00	12,00	74,00					
LIGURIA	3,00	48,00	7,00	29,00	70,00					
EMILIA ROMAGNA	4,00	24,00	32,00	26,00	92,00					
ITALIA SETTENTRIONALE	11,00	20,12	27,37	27,00	93,50					
TOSCANA	11,00	23,00	32,00	47,00	152,00					
UMBRIA	3,00	25,00	23,00	13,00	60,00					
MARCHE	67,00	62,00	11,00	16,00	127,00					
LAZIO	8,00	70,00	33,00	7,00	94,00					
ITALIA CENTRALE	22,25	45,00	24,75	20,75	108,25					
ABRUZZO	7,00	20,00	8,00	11,00	62,00					
MOLISE	3,00	25,00	5,00	113,00	124,00					
CAMPANIA	7,00	35,00	28,00	37,00	101,00					
PUGLIA	17,00	24,00	22,00	36,00	106,00					
BASILICATA	5,00	27,00	10,00	5,00	18,00					
CALABRIA	7,00	63,00	12,00	40,00	122,00					
ITALIA MERIDIONALE	7,66	32,33	14,16	40,33	88,83					
SICILIA	7,00	33,00	10,00	22,00	81,00					
SARDEGNA	12,00	11,00	24,00	17,00	45,00					
ISOLE	9,50	22,00	17,00	19,50	63,00					
TOTALE GENERALE PER REGIONI	12,10	28,95	21,85	29,00	92,00					

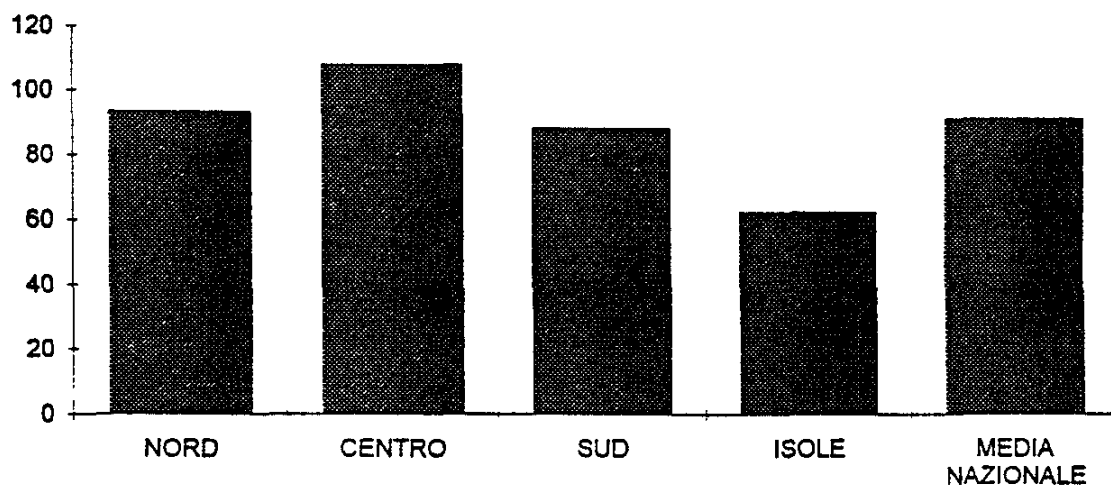
(TAB. A)

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TAB. 1

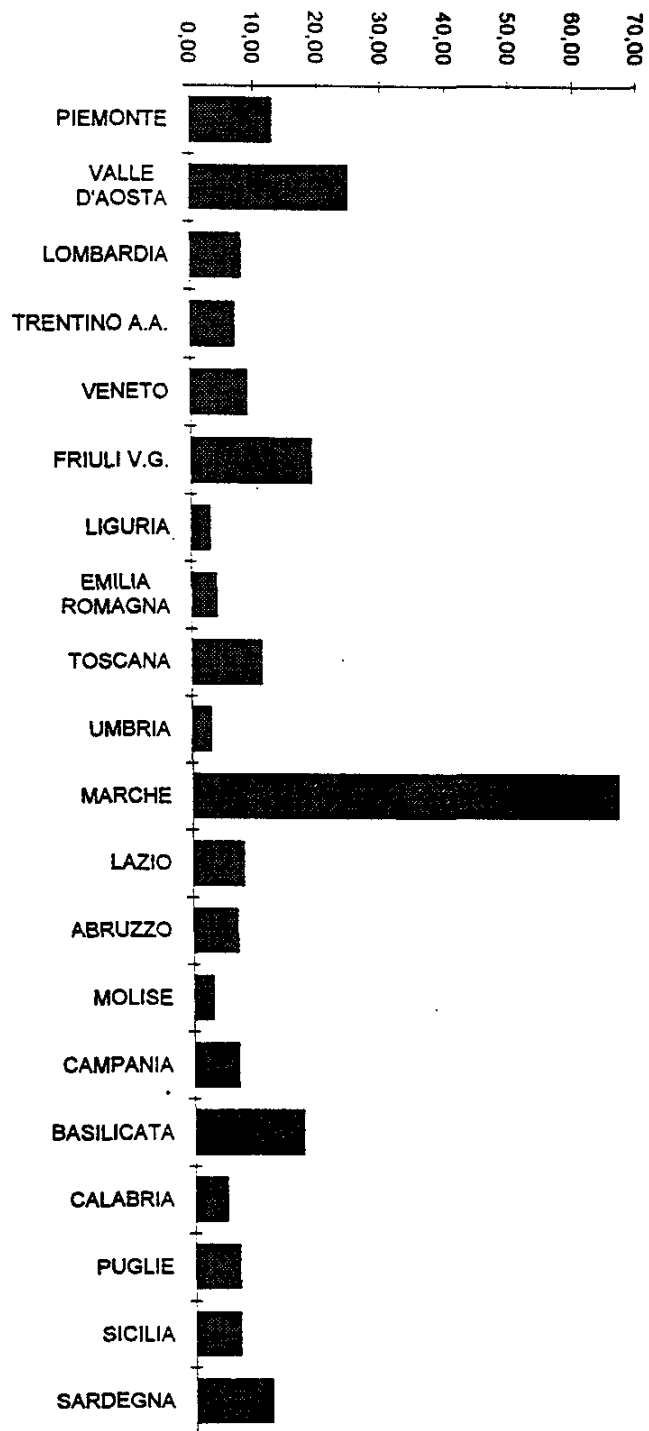


TAB. 1 bis

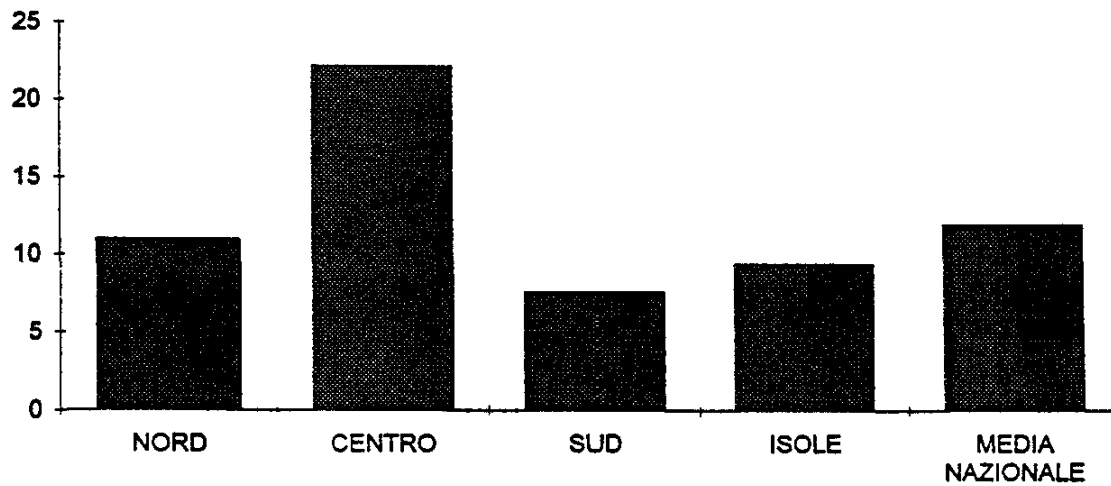


XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TAB. 2

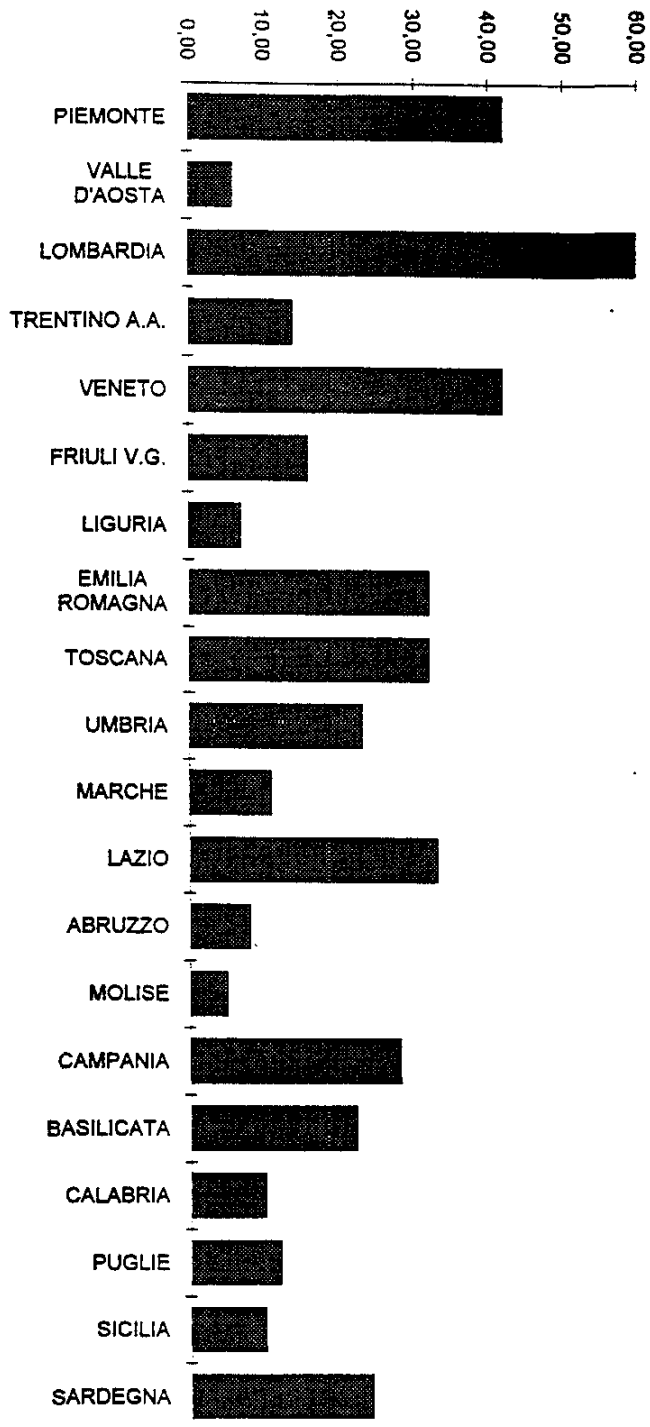


TAB. 2 bis

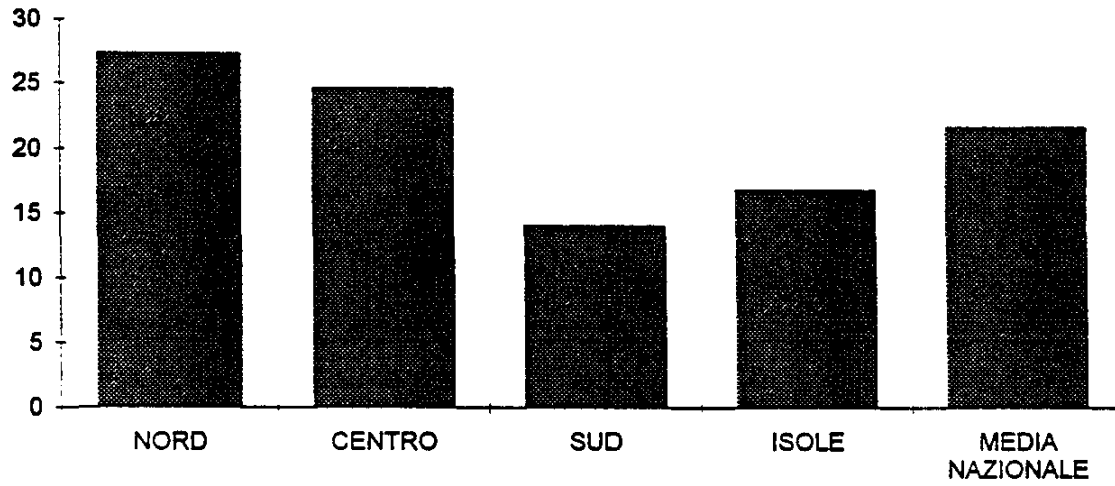


XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TAB. 3

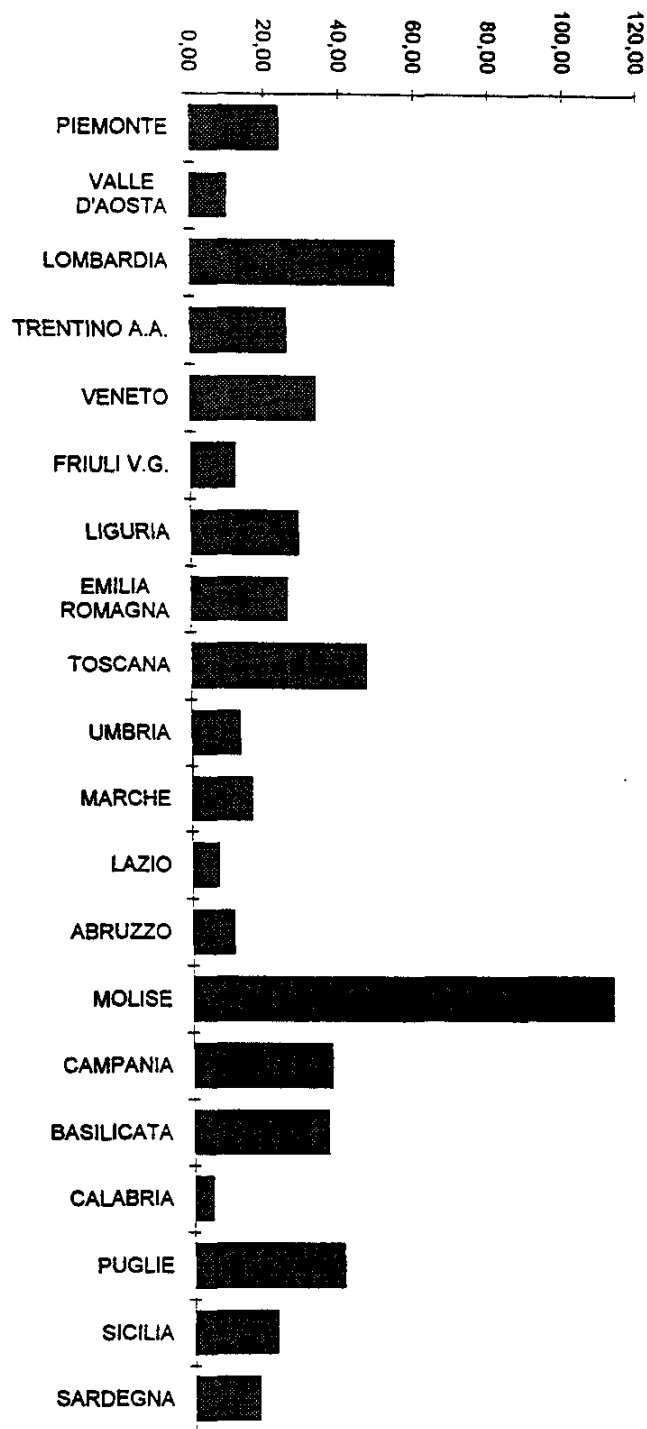


TAB. 3 bis

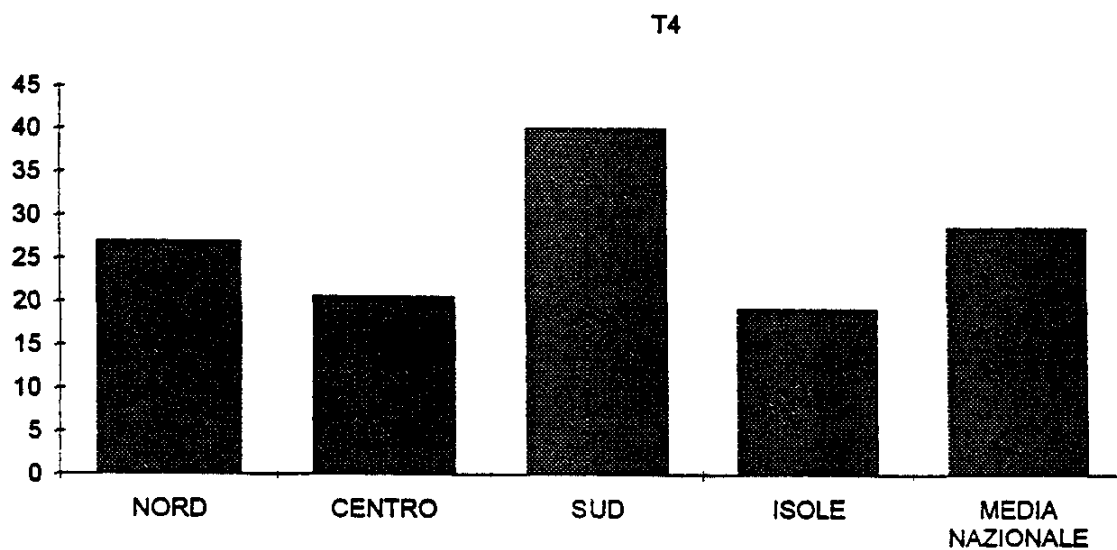


XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TAB. 4

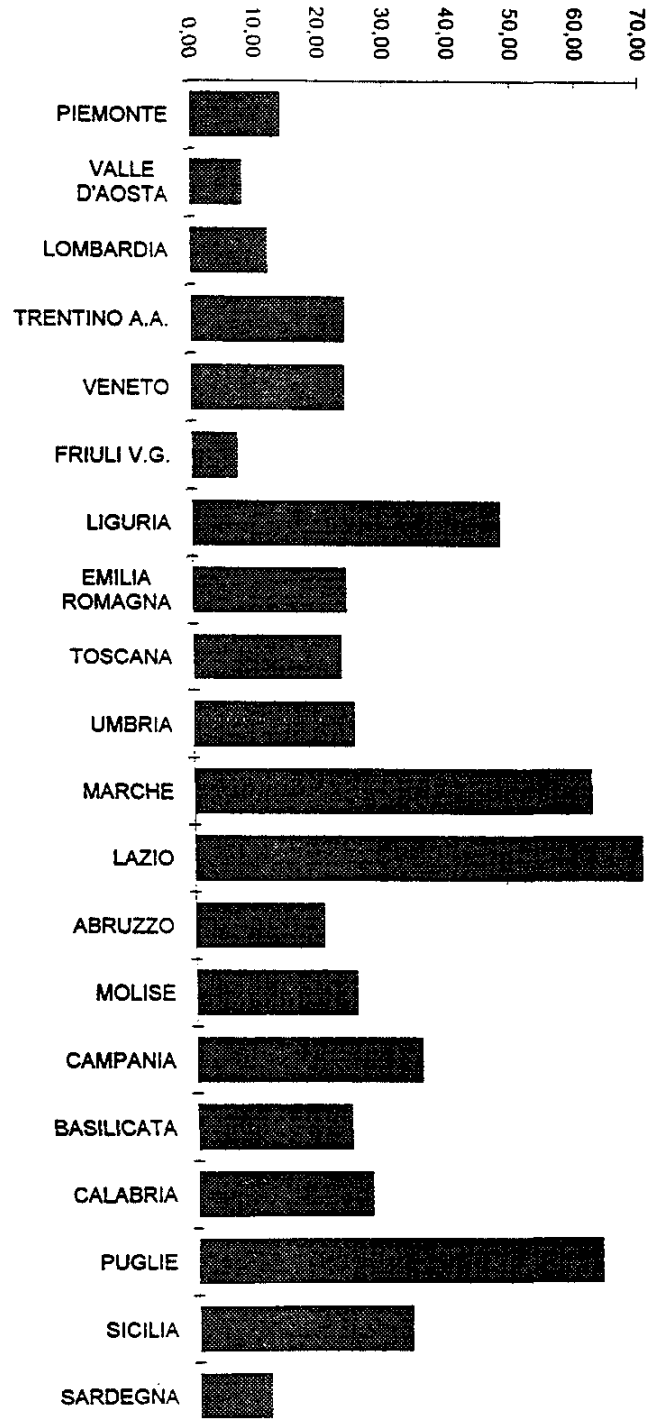


TAB. 4 bis

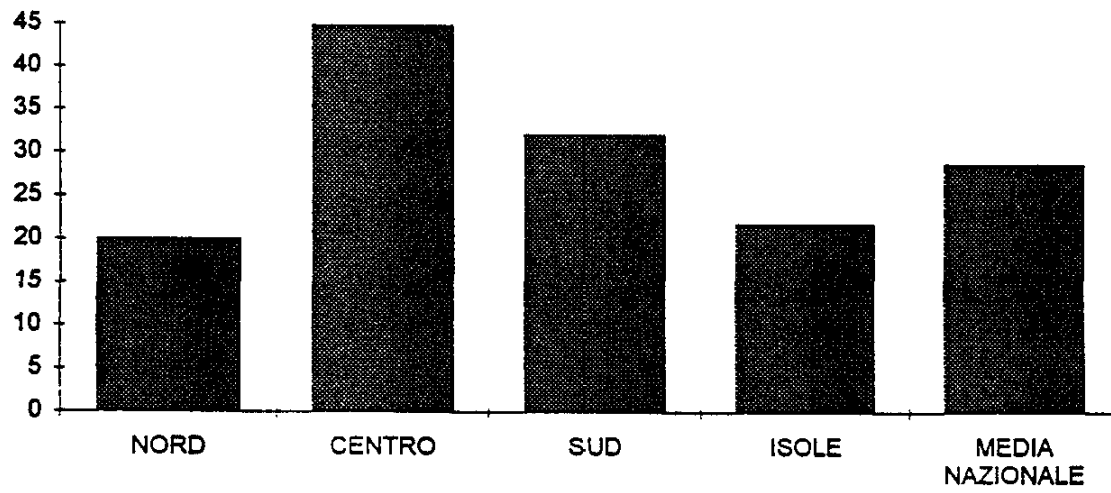


XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TAB. B



TAB. B bis



Attività di contrasto nel settore degli stupefacenti

***(a cura della Direzione centrale per i servizi
antidroga del Ministero dell'Interno)***

1. ATTIVITA' SVOLTA DALLE FORZE DI POLIZIA NEL SETTORE DELLA REPRESSIONE DEL TRAFFICO ILLECITO. ASPETTI GENERALI.

In attesa che i *dati* e gli *elementi informativi* sin qui archiviati ed elaborati si consolidino ulteriormente, si prospetta il **pre-consuntivo** delle attività e delle azioni di contrasto svolte dalle Forze di Polizia in Italia nel corso del 1993 nel comparto della lotta alla diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope.

L'anno solare trascorso, infatti, è risultato estremamente importante anche per il settore antidroga, non solo e non tanto perchè il T.U. 309/1990 ha subito dei *tagli* e degli *aggiustamenti* in materia di repressione per effetto degli esiti abrogativi del referendum popolare dell'aprile, quanto per una serie di *aspetti* e di *fattori* che hanno riguardato:

- a. il variegato e complesso impegno, su una molteplicità di fronti, del personale - anche *specializzato* e *qualificato* - della Polizia di Stato e dei militari dell'Arma dei Carabinieri e della Guardia di Finanza;
- b. la lotta condotta contro i vertici delle organizzazioni mafiose, della criminalità in genere e dei narcotrafficienti in particolare;
- c. l'economia in generale e le fonti di approvvigionamento di determinati finanziamenti (ad esempio, quelli già provenienti dal settore delle opere pubbliche) e, per ciò, lo stesso narcotraffico e le connesse attività di individuazione del *riciclaggio*, spesso interrotte dalle Forze di Polizia che, talora operando in contesti internazionali difficili anche per le legislazioni vigenti in molti Paesi, hanno comunque conseguito risultati di grandissimo rilievo e risonanza sociale;
- d. situazioni interne ai Paesi produttori di sostanze stupefacenti;
- e. gli scenari internazionali connessi al narcotraffico;
- f. le *strategie* delle organizzazioni criminali e le alleanze *transnazionali* da esse intrecciate;
- g. i condizionamenti dei *mercati* interni ai singoli paesi, compresi quelli dell'Est asiatico ed europeo;
- h. l'andamento della *domanda* per effetto anche del diffondersi di certa *cultura* fra masse giovanili sempre più consistenti.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

2. ANALISI DEL DATO NAZIONALE COMPLESSIVO.

Come si arguisce, si tratta di una realtà estremamente complessa al cui confronto l'analisi di dati statistici potrebbe apparire finanche sterile esercizio concettuale.

In termini assoluti, rispetto al 1992, il *quadro di situazione* si presenta come in Fig. 1:

SOSTANZE SEQUESTRATE:		1° gennaio 31 dicembre 1993 (*)	% + -	1° gennaio 31 dicembre 1992		
eroina	kg.	(1) 624,582	-53,62	1.357,694		
cocaina	kg.	(2) 1.093,596	-18,59	(6) 1.343,345		
cannabis, di cui:						
.hashish	kg.	10.659,510	-52,93	22.648,086		
.marijuana	kg.	764,928	31,06	583,632		
.hashish liquido	kg.	0,363	-70,00	1,210		
.piante	nr.	268.927	75,98	152.815		
amfetaminici :						
.amfetamine	kg.	0,506	-96,71	(7) 15,411		
.amfetamine	nr.	19.216	-63,81	53.099		
.M.D.M.A.	nr.	44.559	113,08	20.912		
.M.D.E.A.	nr.	11.031	-	-		
.M.D.A.	nr.	3.602	177,93	1.296		
L.S.D.	nr.	20.346	58,12	12.867		
ALTRI TIPI	kg.	(3) 40,642	1.152,8	3,244		
"	nr.	(4) 31.991	27,46	(8) 25.098		
OPERAZIONI CONTRO IL TRAFFICO, LO SMERCIO ED ALTRI REATI		nr.	20.082	-17,95	24.478	
PERSONE OGGETTO DI INFORMATIVA DI P.G.						
in stato di	{	arresto	nr.	23.320	-15,51	27.602
		libertà	nr.	9.284	-10,88	10.418
		irreperibilità	nr.	288	-12,99	331
		totale	nr.	32.892	-14,23	38.351
DECESSI DI ASSUNTORI DI DROGHE	nr.	(5) 875	-28,10	(9) 1.217		

(*) Dati provvisori al 7 marzo 1994.

(1) Non comprende il sequestro effettuato in regime di consegna controllata di kg. 303 di eroina intercettata nel porto di Bari e lasciata proseguire per l'Olanda.

(2) Non sono compresi kg. 6,219, facenti parte di due "consegne controllate", conclusesi rispettivamente in Olanda e Svizzera.

(3) Comprendono kg. 0,054 di crack e kg. 24,596 di amfepramone propione.

(4) Comprendono 22.301 piante di *papaver somniferum*.

(5) Di cui nr. 2 deceduti all'estero.

(6) Non sono compresi kg. 22,750, facenti parte di due "consegne controllate", conclusesi rispettivamente in Francia e Svizzera.

(7) Comprendono kg. 5 di amfetamina semilavorata.

(8) Comprendono 17.305 piante di *papaver somniferum*.

(9) Di cui nr. 5 deceduti all'estero.

L'analisi connessa può essere così sintetizzata:

a. il calo nei sequestri delle sostanze stupefacenti ha interessato:

- (1) l'eroina: in Italia il *decremento* è di circa il 54% rispetto all'anno 1992, ma analogo fenomeno viene osservato in Germania, Francia, Gran' Bretagna e Spagna pur in presenza - si stima - di una sovrapproduzione mondiale di *papavero da oppio*. Contemporaneamente, a livello di consumo, è stato riscontrato l'abbassamento del tasso di principio attivo - ora oscillante tra il 7 ed il 10% e con punte minime del 3% -, cosicchè è *diminuito* anche il numero dei *decessi* dovuti a causa diretta dell'uso e/o abuso di *eroina*, sostanza cui possono essere ricondotti il 98% degli *incidenti* di specie.

Considerato che:

- a partire dal 1991, le narco-organizzazioni hanno riversato e continuano a riversare grandi quantità di *eroina* - di produzione locale, asiatica e mediorientale - sui *mercati* interni dei Paesi dell'Est europeo, per effetto delle conseguenze negative degli stravolgimenti politici, economici, sociali e culturali ancora colà in evoluzione;
- nel frattempo, nuovi itinerari sono stati aperti e collaudati in alternativa alla *rotta balcanica* - già passante per le repubbliche della ex Jugoslavia, peraltro ancora in conflitto fra loro -, come nel caso della *Regione Macedonia* e della *Tracia Occidentale*, ai confini greco-turchi;
- come si è accennato, i sequestri di *eroina* sono in diminuzione praticamente in tutta l'Europa Occidentale e, conseguentemente, è da ritenere che anche i consumi abbiano risentito di un certo effetto *recessivo*, così come dimostrerebbe il *calo* delle morti direttamente collegabili ad *incidenti da eroina*,

è da chiedersi se vi siano consistenti quantitativi di prodotto basico (morfina) e/o finale stoccato ed in attesa di "distribuzione" regionale.

L'ipotesi relativa alla predisposizione di estese *aree di stoccaggio* ove concentrare essenzialmente *eroina* e *cocaina* appare - come si è detto - fondata, atteso il particolare momento e l'azione - *contemporanea, concertata e concentrata* - che i principali organismi antidroga del mondo occidentale hanno condotto nel corso degli ultimi due anni contro *Cosa Nostra siciliana* ed *americana* e contro altre strutture criminali anche a livello intercontinentale;

- (2) la **cocaina**: il segno negativo è quantificabile in un 19% circa, equivalente a poco più di 255 kg..

Tenuto conto:

- che il quantitativo sequestrato nel corso dell'intero 1992 aveva rappresentato il record di tutti i tempi per l'Italia;
- dei colpi inferti al narcotraffico nello specifico ambito, con la scoperta dei recenti collegamenti anche tra la mafia italo-americana ed i *cartelli* colombiani;
- delle caratteristiche intrinseche del mercato di detta sostanza e della particolarità della *domanda* e del *bacino d'utenza*,

il risultato complessivo - considerati anche gli effetti derivanti dagli altri elementi sopra cennati, costituenti fattori negativi comuni a tutto il settore - è da ritenersi certamente positivo; peraltro, ingentissimi carichi di **cocaina** destinati in Italia sono stati - a seguito di concordate operazioni antidroga internazionali coordinate e/o dirette dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga - sequestrati in paesi esteri;

- (3) la **cannabis**, che, in totale, mediamente, fa registrare un *decremento* di poco superiore al 50%.

In tale contesto è attivo solo il *saldo* della **marijuana** (+31,06%) e delle **piante di cannabis** (+75,98%).

L'analisi, perciò, riguarda essenzialmente l'**hashish**, le cui intercettazioni flettono del 52,93% (12.000 kg. in meno rispetto al 1992).

L'andamento degli ultimi 10 anni è alquanto alterno (Fig. 10): infatti, a picchi sovrabbondanti (1986 - 1989 e 1992) seguono *depressioni* di una certa entità. Ciò nonostante, i livelli dei sequestri di **hashish**, rilevati nel corso del 1993, risultano essere ancora superiori a quelli registrati al termine delle annualità non citate e comunque maggiori dei quantitativi intercettati nel 1991.

La questione, al proposito, va variamente articolata e motivata: le zone di produzione e provenienza dell'**hashish** sono per lo più individuabili nell'**Africa Nord-Occidentale**, da cui si dipartono le *rotte marine* verso l'Europa ed in particolare verso **Portogallo, Spagna e Francia**, paesi questi che, alle prese con il problema dell'*invasione* di naviglio utilizzato per il trasferimento nel Vecchio Continente di ingenti stock di **hashish**, hanno costituito appositi *gruppi bilaterali e multilaterali di cooperazione*, nell'ambito dei quali operano già ufficiali di collegamento ed unità doganali miste con personale franco-iberico e marocchino.

L'Italia, dunque, non sembra, per il momento, costituire terra privilegiata per l'approdo, benchè risulti oggettivamente difficile condurre in mare una capillare ed estesa attività antidroga.

E' al proposito ancora da sottolineare che, nel corso del 1992, sia in mare che in terra, sono stati registrati numerosi *rinvenimenti* di detta sostanza, atti che, invece, sono stati più rarefatti e meno significativi sotto il profilo quantitativo nel corso del 1993.

b. Discorso a parte meritano i sequestri dei prodotti amfetaminici.

Nel mentre viene registrato un *decremento* per quelle sostanze non esattamente inquadrabili o per quelle di base (-96,71% in termini di peso su quantitativi relativamente modesti e -63,81% per le dosi, compresse, fiale, polveri, etc.), l'*incremento* è notevole per:

- (1) l'M.D.M.A. (metil - dioxi - metamfetamina=ecstasy): +112,40% (44.419 dosi nell'anno contro le 20.912 del 1992);
- (2) l'M.D.E.A. (metil - dioxi - etil - amfetamina): il raffronto percentuale è impossibile per l'*assenza* di detta sostanza nel 1992 (nr. 7.947 dosi, compresse, fiale, etc. sequestrate nel corso del 1993);
- (3) l'M.D.A. (metil - dioxi - amfetamina): +177,93% (nr. 3.602 dosi contro le 1.296 del 1992).

Si tratta, dunque, della conferma di un *nuovo e fiorente* mercato che va ad affiancare quello dell'*offerta* di altri prodotti e sostanze stimolanti ed eccitanti.

Il *bacino d'utenza* pare essere prevalentemente costituito da quello giovanile, non entrando nel computo gli altri stimolanti e gli anabolizzanti che trovano diffusione in genere negli ambienti sportivi e culturistici.

Dette sostanze producono effetti gravissimi specie se associati ad **alcool** o consumati in ambienti in cui l'*inquinamento acustico* - normalmente da musica contemporanea prodotta con strumenti elettronici - supera spesso i livelli di sopportabilità.

Le morti *indotte* da simili ingestioni non sono al momento esattamente quantificabili anche se recenti studi indicano in circa 1.500 i giovani deceduti nel corso del 1993 a seguito di incidenti e sinistri stradali verificatisi in un ben ristretto arco temporale (dal venerdì sera alla domenica notte, secondo fonte ISTAT).

Alla diffusione delle **amfetamine** si aggiunge quella degli **allucinogeni**: l'**L.S.D.** - ora non gravato da principio attivo ad alto dosaggio, presente invece negli anni '60 e '70 specie in Gran Bretagna e negli U.S.A. - è presente nel *bilancio* del 1993 con un +58,12% (20.346 dosi) rispetto ai sequestri operati nel 1992 (12.867 dosi).

Di **crack** sono stati sequestrati complessivamente solo 54 gr., mentre le piante di *papaver somniferum* sono state 22.301 contro le 17.305 dell'anno precedente.

- c. Le operazioni contro la *produzione*, il *traffico*, le *attività di vendita* e gli *altri reati* specifici previsti dalla normativa antidroga italiana *flettono*, per il 1993, del 18% circa (poco più di 4.400 interventi in meno, come è evincibile dal grafico di Fig. 2).

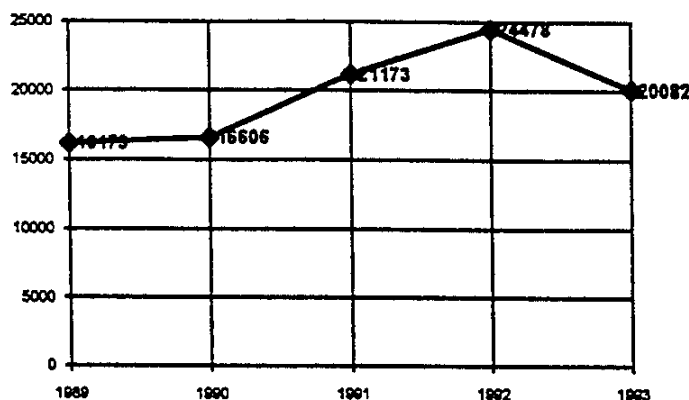


Fig. 2

La situazione non presenta aspetti allarmanti, specie se analizzata alla luce di quanto veniva affermato da talune parti prima che venisse tenuto il *referendum*.

Il dato percentuale negativo, infatti, non sembra doversi attribuire *in toto* agli effetti delle norme abrogate, che hanno di fatto limitato l'intervento di polizia rispetto alla previgente presunzione di vendita illecita, specie se questa era da riferirsi al tossicomane o tossicodipendente.

Quanto verificatosi nel corso del 1993 ha inciso sulle operazioni di settore come sintesi di fattori imprevedibili, che hanno distolto energie ed attenzione, convogliate in altri più urgenti ambiti info-investigativi - anche per intervento diretto dell'Autorità Giudiziaria - e dell'ordine e della sicurezza pubblici.

La tipologia delle operazioni è riportata nella tabella di Fig. 3:

OPERAZIONI CONTRO	1993	% + -	1992
TRAFFICO	1.797	-2,86	1.850
SMERCIO	16.740	-20,26	20.994
ALTRI REATI	1.545	-5,44	1.634
TOTALI	20.082	-17,95	24.478

Fig. 3

Le operazioni contro il *traffico* - a riprova dell'alto livello di qualificazione degli interventi - *flettono* solo del 2,86% su un *decremento* medio del 17,95%.

d. i risultati, pertanto, sono stati ugualmente rilevanti, potendosi contare su (Fig. 4):

PERSONE OGGETTO DI INFORMATIVA DI P.G.			1993	% + -	1992
in stato di	}	arresto	nr. 23.320	-15,51	27.602
		libertà	nr. 9.284	-10,88	10.418
		irreperibilità	nr. 288	-12,99	331
		totale	nr. 32.892	-14,23	38.351

Fig. 4

- (1) 23.320 arresti (-15,51% rispetto al '92);
- (2) 9.284 deferimenti all'A.G. in stato di libertà (-10,88%);
- (3) 288 informative a carico di soggetti resisi irreperibili (-12,99%),

per un totale di 32.892 informative di P.G. (-14,23% rispetto alle 38.351 del '92), dati che confermano come la precedente azione di polizia - ed a maggior ragione quella attuale - non era finalizzata essenzialmente agli arresti ed ai sequestri operati in danno dei soli tossicodipendenti.

Disaggregando il dato si ottiene che le *informative* hanno riguardato (Figg. 5 e 6):

Persone oggetto di informativa di P.G. in relazione ad operazioni contro									
in stato di	TRAFFICO			SMERCIO			ALTRI REATI		
	1993	% + -	1992	1993	% + -	1992	1993	% + -	1992
arresto	4.852	-4,05	5.057	18.459	-18,06	22.530	9	-40,00	15
libertà	445	-27,52	614	8.645	-10,61	9.672	194	46,96	132
irreperibilità	186	-15,45	220	102	-8,10	111	-	-	-
TOTALI	5.483	-6,93	5.891	27.206	-15,8	32.313	203	38,1	147

Fig. 5

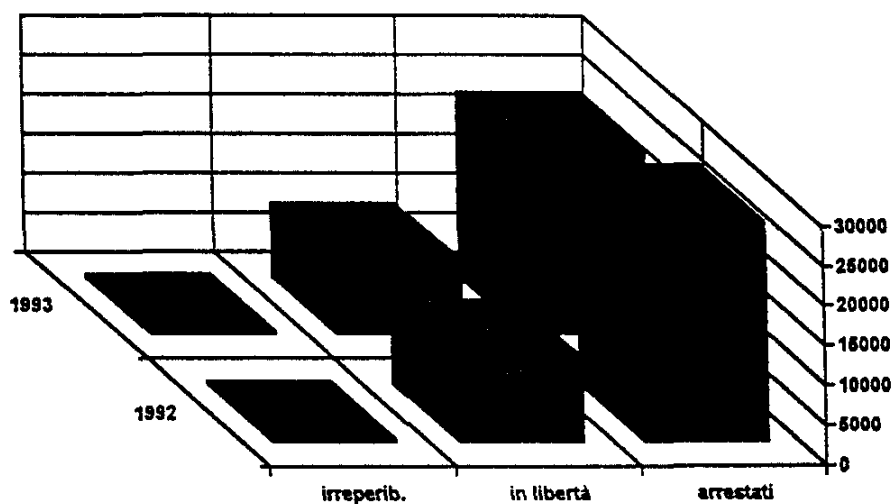


Fig. 6

3. ANDAMENTO DELLE OPERAZIONI ANTIDROGA E DEI SEQUESTRI.

Di seguito l'elenco, distinto per Regione geografica, del numero delle operazioni (Fig.7) :

Regione	1993	%	1992
Abruzzo	349	-16,30	417
Basilicata	71	-21,97	91
Calabria	454	-23,69	595
Campania	1.936	-16,26	2.312
Emilia Romagna	1.646	-19,74	2.051
Friuli V.G.	345	-17,06	416
Lazio	2.871	7,04	2.682
Liguria	1.231	-23,58	1.611
Lombardia	3.428	-21,59	4.372
Marche	412	-27,71	570
Molise	43	-17,30	52
Piemonte	1.842	-20,39	2.314
Puglia	957	-28,95	1.347
Sardegna	413	-36,16	647
Sicilia	1.006	-24,86	1.339
Toscana	1.044	-21,44	1.329
Trentino A. A.	660	6,28	621
Umbria	177	-32,18	261
V. d'Aosta	30	-57,74	71
Veneto	1.167	-15,43	1.380
TOTALE	20.082	-17,95	24.478

Fig. 7

Dai quattro grafici sottostanti - riferiti all'eroina (Fig.8), alla cocaina (Fig.9) all'hashish (Fig. 10) ed alla marijuana (Fig.11) - si evince l'andamento dei sequestri complessivi operati dal 1984 al 1993 :

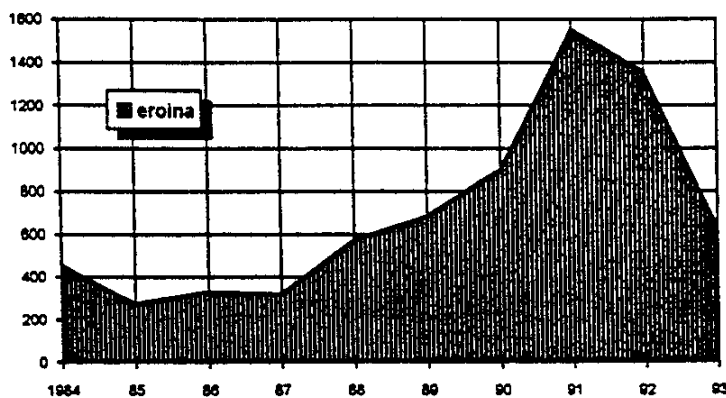


Fig. 8

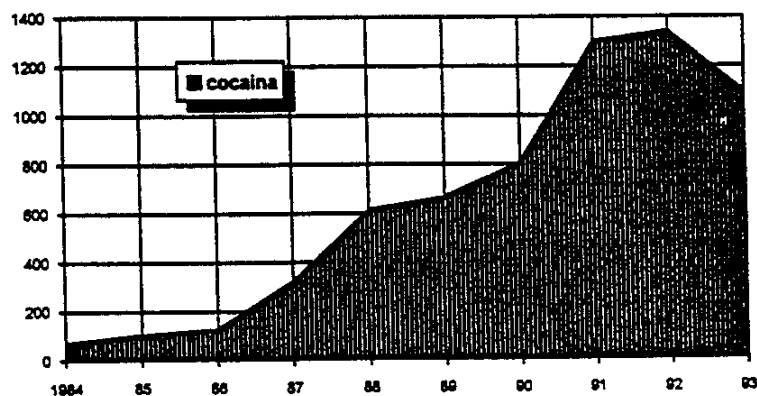


Fig. 9

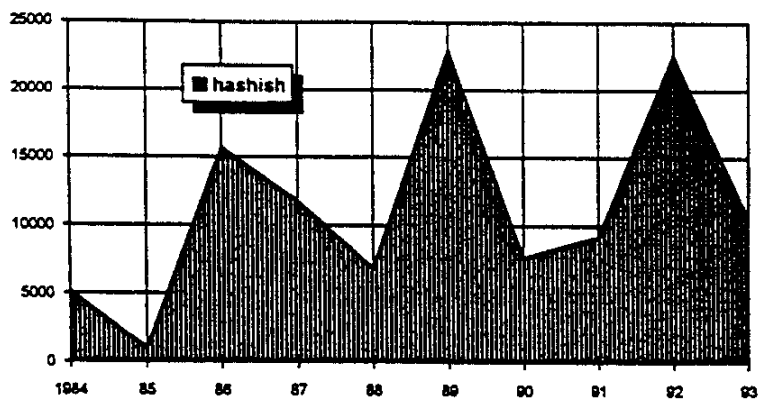


Fig. 10

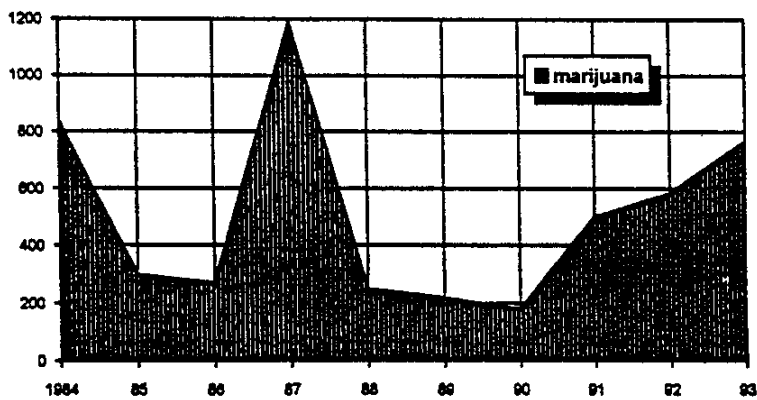


Fig. 11

I tre grafici seguenti rappresentano i quantitativi di **eroina** (Fig. 12), **cocaina** (Fig. 13) e **cannabis** (Fig. 14) sequestrati in Italia dalle FF. PP. negli anni 1991, 1992 e 1993, con l'indicazione della distribuzione mensile.

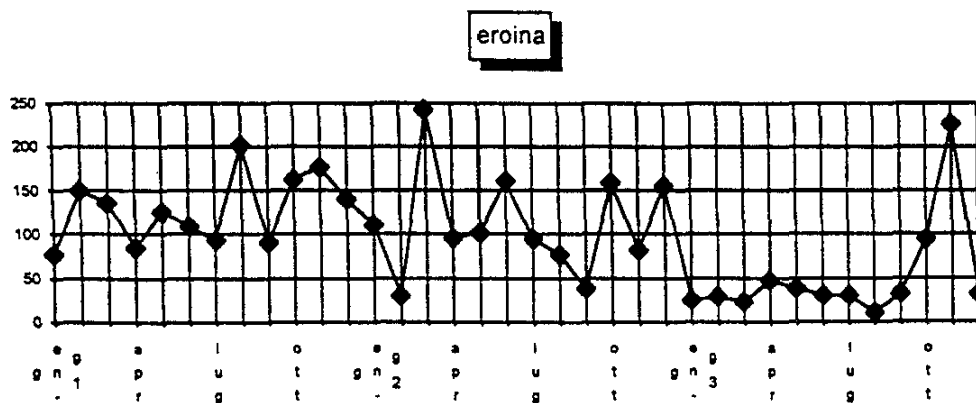


Fig. 12

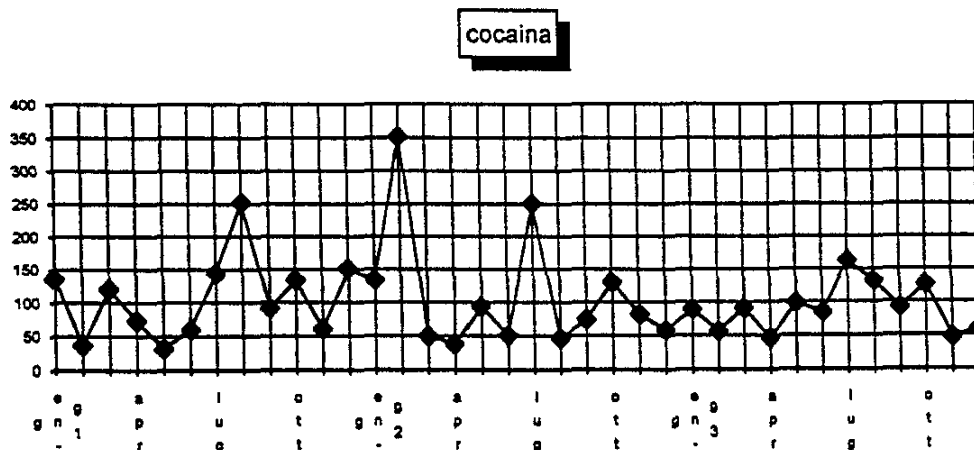


Fig.13

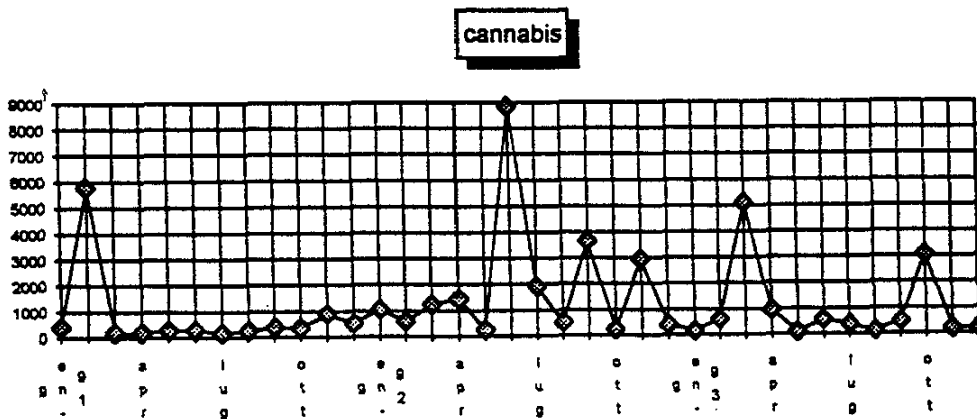


Fig.14

Gli *ambiti interni* dei sequestri, riferiti sempre al 1993, possono essere così rappresentati (Fig. 15):

AMBITO	EROINA (in gr.)	COCAINA (in gr.)	CANNABIS ed AFFINI (in gr.)	ALTRE (n° dosi/conf.)
Istituti penitenziari	4.351	1.690	2.318	8
Istituti d'istruzione	62,835	162,500	1.205	30
Strutture militari	13,790	-	1.409	-
Strutture sanitarie	236,840	55 (*)	240,580	1.752

(*) dosi

Fig. 15

Gli *ambiti di frontiera* dei sequestri, sono riportati nella grafica delle figure 16,17,18 e 19 con l'indicazione del rapporto percentuale rispetto a ciascun tipo di sostanza:

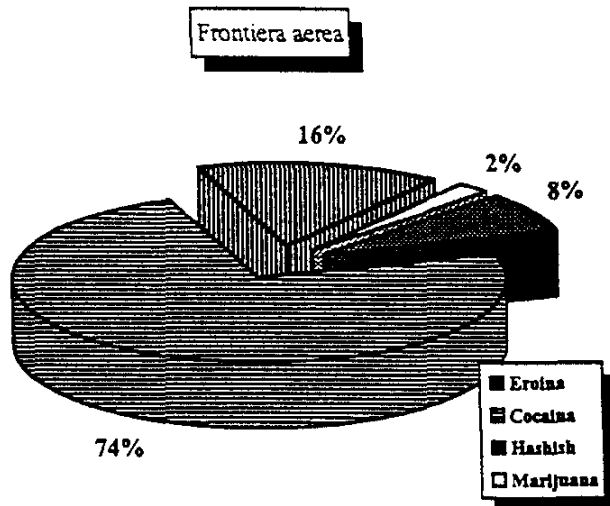


Fig. 16

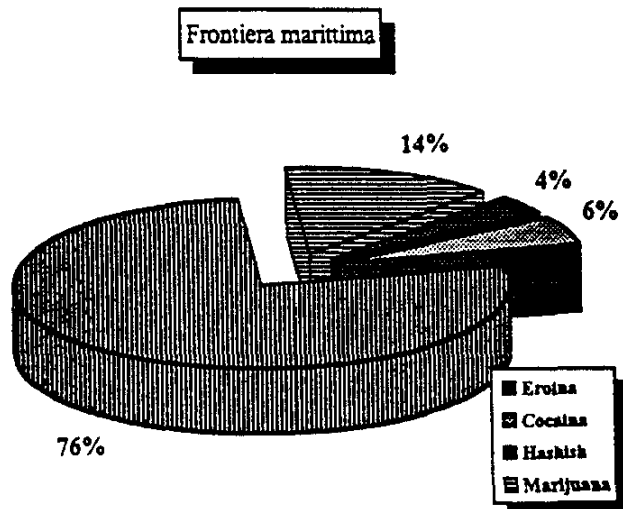


Fig. 17

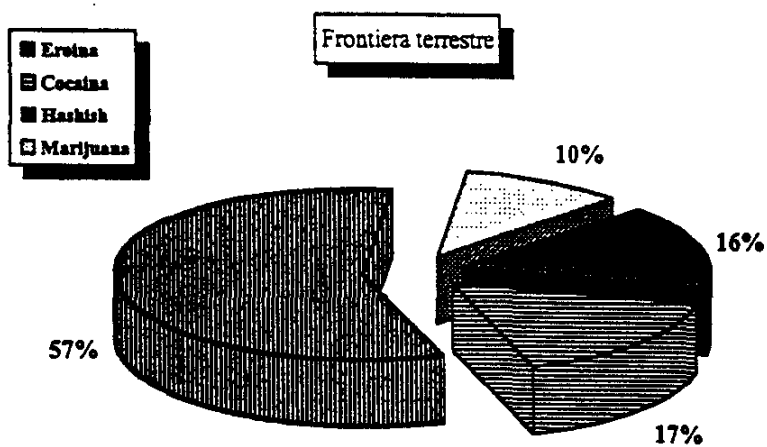


Fig. 18

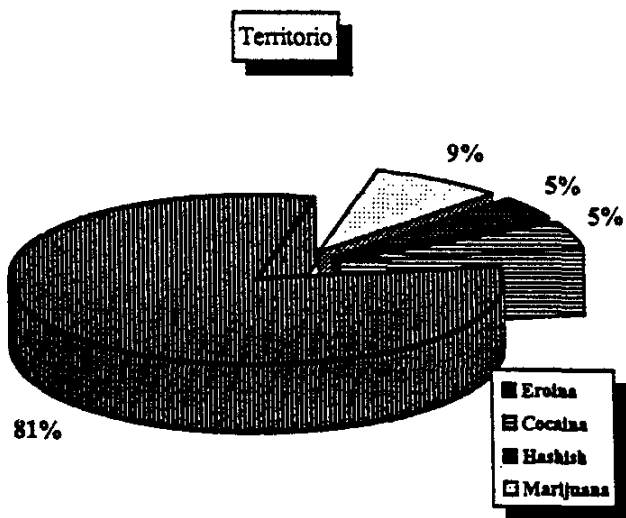


Fig. 19

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Le operazioni speciali (acquisti simulati, consegne controllate e ritardo di atti) hanno avuto il seguente andamento (Fig. 20):

Operazioni Speciali (*)											
Consegne Controllate sul territorio nazionale			Consegne Controllate dall'Italia verso l'estero			Consegne Controllate dall'estero verso l'Italia			Acquisti Simulati		
1993	%	1992	1993	%	1992	1993	%	1992	1993	%	1992
159	29,27	123	3	50,00	2	10	42,86	7	51	4,08	49

(*) Dati provvisori suscettibili ancora di incrementi per il 1993.

Fig. 20

Le sostanze stupefacenti oggetto di dette operazioni sono schematicamente indicate in Fig. 21, ove vengono anche riportati i quantitativi relativi:

Tipo di droga	(*) Consegne Controllate sul territorio nazionale (quantitativi in kg.)		(*) Consegne Controllate dall'Italia verso l'estero (quantitativi in kg.)		(*) Consegne Controllate dall'estero verso l'Italia (quantitativi in kg.)		(*) Acquisti Simulati (quantitativi in kg.)	
	1993	1992	1993	1992	1993	1992	1993	1992
EROINA	84.778	107.291	303.000	-	1.118	7.835	8.780	45.055
COCAINA	185.309	255.013	6.219	22.750	70.781	150.865	11.609	14.338
CANNABIS	94.357	1.015.518	-	-	-	1.028.001	1.131	20.688

(*) Dati provvisori suscettibili ancora di incrementi per il 1993.

Fig. 21

In Fig. 22 vengono, invece, indicati i totali relativi alle persone coinvolte in dette operazioni con dato disaggregato rispetto ai connazionali ed agli stranieri.

Persone implicate nei sequestri di:	Consegne Controllate sul territorio nazionale		Consegne Controllate dall'Italia verso l'estero		Consegne Controllate dall'estero verso l'Italia		Acquisti Simulati	
	1993	1992	1993	1992	1993	1992	1993	1992
EROINA	I=24 S=3 T=27	I=26 S=16 T=42	I=- S=- T=-	I=- S=- T=-	I=1 S=- T=1	I=1 S=1 T=2	I=28 S=4 T=32	I=66 S=30 T=96
COCAINA	I=171 S=54 T=225	I=123 S=81 T=204	I=- S=1 T=1	I=- S=- T=-	I=8 S=5 T=13	I=2 S=6 T=8	I=59 S=7 T=66	I=75 S=- T=75
CANNABIS	I=32 S=20 T=52	I=31 S=12 T=43	I=- S=- T=-	I=- S=- T=-	I=- S=- T=-	I=- S=- T=-	I=6 S=1 T=7	I=13 S=3 T=16

I=Italiani S=Stranieri T=Totale

Fig. 22

Nei riquadri seguenti (Figg. 23-24 e 25) sono riportate le *principali operazioni antidroga* svolte in Italia nel corso del 1993.

**SEQUESTRI RILEVANTI DI HEROINA
ANNO 1993**

Data Operazione	Quantità sequestrate (in kg.)	Località del sequestro	N° persone implicate	di cui in stato di arresto
3.4.1993	16,200	Venezia	1	1
17.4.1993	10,208	Gorizia	3	3
4.5.1993	15,000	Trieste	2	2
16.10.1993	303,000	Bari (*)	-	-
27.10.1993	59,375	Brindisi	2	2
8.11.1993	79,300	Trieste	1	1
18.11.1993	106,000	Monza (MI)	4	4

(*) La droga è stata intercettata nel porto di Bari a bordo di un T.L.R.: l'operazione, svolta in regime di *consegna controllata*, consentiva di appurare che lo stupefacente era destinato in Olanda.

Fig. 23

**SEQUESTRI RILEVANTI DI COCAINA
ANNO 1993**

Data Operazione	Quantità sequestrate (in kg.)	Località del sequestro	N° persone implicate	di cui in stato di arresto
13.1.1993	16,581	Napoli	49	32
1.9.1993	49,000	Carrara (MS)	13	13
3.3.1993	32,496	Arenzano (GE)	1	1
4.5.1993	34,000	Roma	Rinvenimento	Rinvenimento
29.6.1993	42,000	Livorno	6	5
2.7.1993	43,116	Minori (SA)	23	23
1.8.1993	(*) 108,500	Minori (SA)		
19.7.1993	46,000	Brescia	8	1
21.9.1993	23,000	Roma	2	2
9.10.1993	18,000	Bergamo	9	8
23.10.1993	16,000	Cesano Maderno (MI)	2	2
22.12.1993	26,300	Roma	2	2

(*) Sequestro effettuato in un successivo intervento nel contesto della stessa operazione.

Fig. 24

**SEQUESTRI RILEVANTI DI CANNABIS (Hashish - Marijuana)
ANNO 1993**

Data Operazione	Quantità sequestrate (in kg.)	Località del sequestro	N° persone implicate	di cui in stato di arresto
9.1.1993	110,000	Tortona (AL)	4	4
12.2.1993	336,200	San Felice Circeo (LT)		
15.2.1993	25,000	(*) "	6	3
30.8.1993	30,700	(*) "		
7.3.1993	4.950,000	Sciacca (AG)	16	15
8.3.1993	10,000	Porto Empedocle (AG)		
3.4.1993	104,000	Roma	2	2
6.4.1993	100,000	Roma	22	15
21.4.1993	457,000	S. Marinella (RM)	4	3
22.4.1993	100,000	Lamezia Terme (CZ)	5	5
9.6.1993	106,000	Ventimiglia (IM)		
2.7.1993	170,000	Firenze	15	15
20.10.1993	20,000	Ventimiglia (IM)		
26.6.1993	301,000	Iseo (BS)	5	5
2.9.1993	4,800	Brescia		
6.9.1993	286,000	Acate (RG)	3	2
18.10.1993	2.255,000	Mazara del Vallo (TP)	5	4

(*) Sequestro effettuato in un successivo intervento nel contesto della stessa operazione

Fig. 25

4. TIPOLOGIE DELLE INFORMATIVE DI P.G..

La repressione delle attività di traffico e di smercio, ai vari livelli, delle sostanze la cui commercializzazione continua ad essere illegale, nonché i reati associativi finalizzati alle fattispecie penali previste dall'art. 74 del T.U. 309/1990, hanno riguardato :

- a. connazionali;
- b. cittadini comunitari ed extracomunitari in Italia;
- c. connazionali all'estero,

per complessive 32.892 informative di P.G. contro le 38.351 del 1992 (-14,23%).

I connazionali oggetto di *informativa di P.G.* sono stati complessivamente 26.519, di cui :

- implicati nel *traffico*, nr. 4.807 (di cui arrestati nr. 4.249, con -0,82% rispetto al 1992);
- dediti alle *attività di vendita*, nr. 21.509 (di cui arrestati nr. 13.682, con -27,10% rispetto al 1992);
- responsabili di *altre violazioni*, nr. 203 (di cui arrestati nr. 9, con -40,00% rispetto al 1992).

Il grafico seguente sta ad indicare l'andamento complessivo, su base mensile, degli arresti negli anni 1992 e 1993 (Fig. 26) :

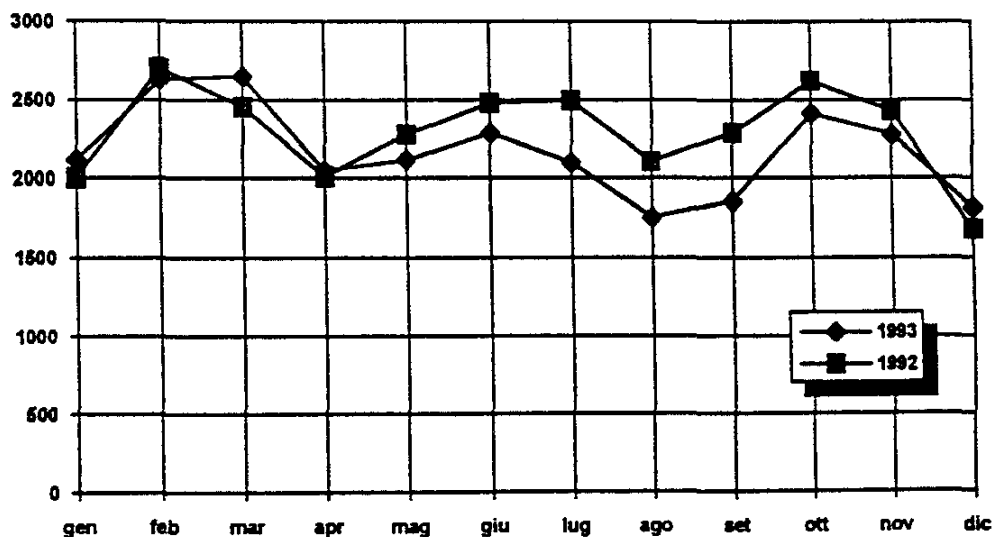


Fig. 26

Circa l'incidenza dei principali gruppi criminali e mafiosi nazionali, si è distinto per la qualità delle informative riferibili a personaggi originari e/o operanti nelle regioni della Campania, della Puglia, della Calabria e della Sicilia. I dati così elaborati hanno consentito di delineare la situazione seguente (Fig. 27):

**ORIGINE GEOGRAFICA DEI COMPONENTI I
PRINCIPALI GRUPPI CRIMINALI E MAFIOSI**

Regione di nascita	1993	% sul totale di 32.892	1992	% sul totale di 38.351
CAMPANIA	3.729	11,34	4.940	12,88
PUGLIA	2.316	7,04	2.561	6,68
CALABRIA	1.654	5,03	1.852	4,83
SICILIA	2.570	7,81	3.365	8,77
TOTALI	10.269	31,22	12.718	33,16

Fig. 27

Più in dettaglio, i cittadini italiani, appartenenti per nascita alle stesse aree, denunciati nel corso del 1993 per reati associativi ex art. 74 T.U. 309/1990, possono così essere raggruppati in relazione alle operazioni antidroga connesse ed alle singole droghe sequestrate (Fig. 28):

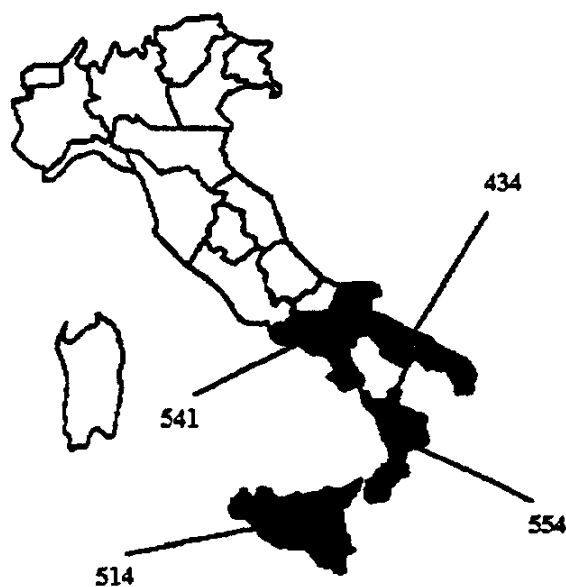


Fig. 28

Per quanto riguarda il numero delle persone con a carico *informativa per associazione finalizzata* si è distinto per *traffico* ed *attività di vendita* (Fig. 29), connettendolo al totale delle operazioni antidroga relative ed ai quantitativi delle sostanze sequestrate.

REGIONE DI NASCITA	PERSONE CON INFORMATIVA PER ASSOC. FINALIZZATA		OPERAZIONI ANTIDROGA CONNESSE	DROGHE SEQUESTRATE IN KG.		
	A	B		EROINA	COCAINA	CANNABIS
CAMPANIA	275	164	118	2,283	20,198	5,065
PUGLIA	314	73	86	3,453	7,214	0,828
CALABRIA	536	30	124	106,574	4,464	563,557
SICILIA	356	134	137	2,045	1,866	7.217,082

A= al traffico.

B= alle attività di vendita.

Fig. 29

La situazione nell'ambito delle singole regioni *di interesse* è quella delineata in Fig. 30, laddove è posta significativamente in evidenza l'incidenza degli appartenenti *locali* ai gruppi criminali e mafiosi colà esistenti ed operanti.

Regione di nascita	1993	% sul totale di 32.718	1992	% sul totale di 38.345
CAMPANIA	2.856	8,72	3.740	9,75
PUGLIA	1.565	4,78	1.753	4,57
CALABRIA	933	2,85	944	2,46
SICILIA	1.607	4,91	2.156	5,62
TOTALI	6.961	21,27	8.593	22,40

Fig. 30

Del totale, quelli con a carico *informativa* per reati associativi sono indicati in Fig. 31:

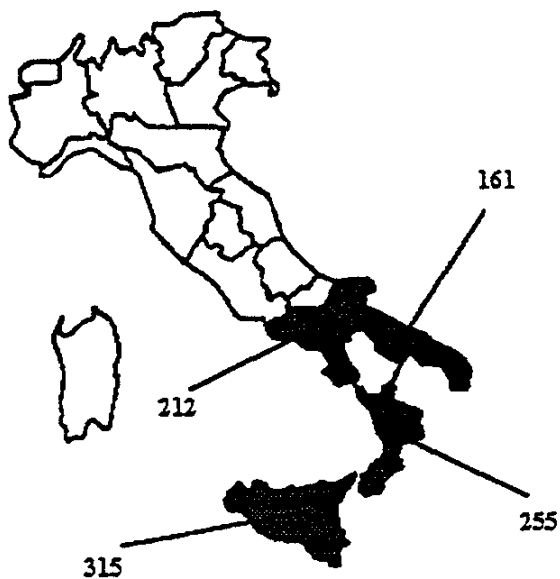


Fig. 31

5. DECESSI RICONDUCEBILI IN MANIERA DIRETTA ALL'USO E/O ABUSO DI ASSUNZIONE DI SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE. ASPETTI GENERALI E DETTAGLIO REGIONALE E PROVINCIALE.

Il problema dei decessi direttamente collegabili all'uso e/o all'abuso di sostanze proibite e nocive merita brevi note di considerazioni e valutazioni.

Il numero è attualmente attestato su 875 unità contro le 1.217 del 1992.

Pertanto, viene al momento registrata una *diminuzione* del 28,10%, percentuale che, al termine delle verifiche e dei riscontri in corso, non dovrebbe discostarsi di molto da quella finale, una volta trasformato anche il *dato di polizia iniziale* in dato *scientifico* quali morti *per narcotismo acuto*.

Detti elementi informativi sono :

- non ancora totalmente consolidati alla data del 7 marzo 1994;
- non ancora tutti corroborati dagli esiti peritali, a seguito di esami autoptici e/o tossicologici disposti eventualmente dall'A.G. competente;
- riscontrati con le Forze di Polizia operanti sul territorio, con le Prefetture e con l'Osservatorio permanente sul fenomeno droga e con gli Istituti di Medicina Legale;
- non riferibili a decessi sopravvenuti a seguito di sinistri stradali, per endocarditi, epatiti, AIDS, incidenti sul lavoro, suicidi, etc. (morti *indirette, indotte o per altra causa*).

Sono, infatti, ancora in atto i riscontri e le verifiche attraverso gli ingressi obitoriali registrati dagli Istituti di Medicina Legale dislocati sull'intero territorio nazionale

Dopo anni di progressiva e costante crescita (Fig. 37) :

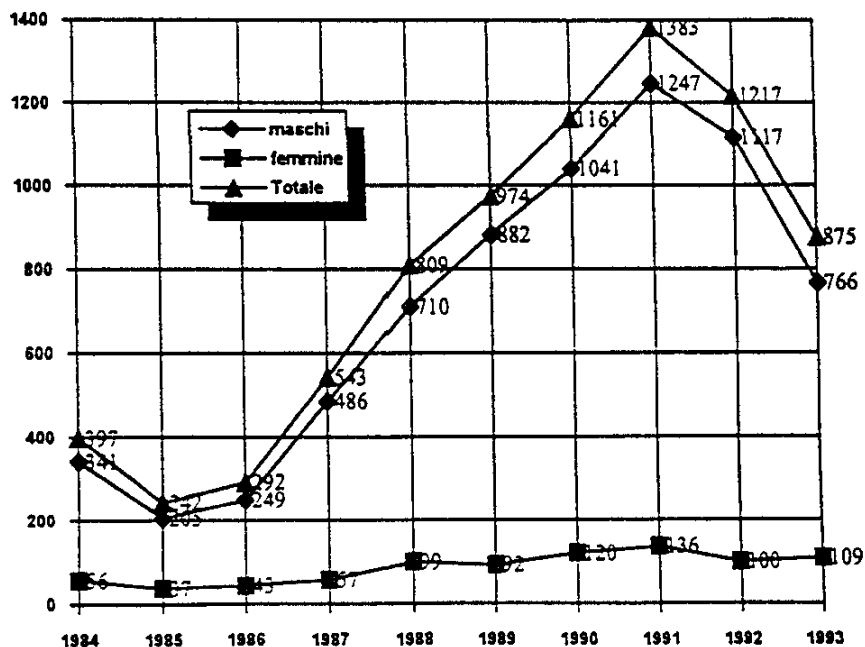


Fig. 37

il numero delle persone che sono pervenute a morte per cause dirette riconducibili all'uso e/o abuso di sostanze psicoattive è sicuramente in regressione.

Tali elementi, se disaggregati rispetto alle fasce di età dei deceduti, rivelano, nel decennio, la costante crescita percentuale degli "anziani" sul totale delle morti.

Infatti, gli *ultratrentenni* nel frattempo deceduti rappresentano, in assoluto, la quota più alta rispetto alle altre fasce d'età (Fig. 38):

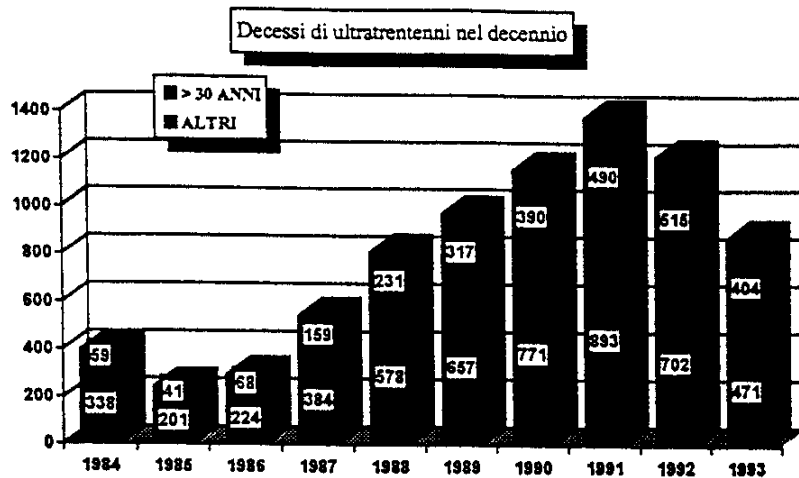


Fig. 38

La progressione dei decessi degli *ultratrentenni* nel decennio è dunque stata:

- per il 1984, nr. 59 su 397 casi, pari al 14,86%;
- per il 1985, nr. 41 su 242 casi, pari al 16,94%;
- per il 1986, nr. 68 su 292 casi, pari al 23,29%;
- per il 1987, nr. 159 su 543 casi, pari al 29,28%;
- per il 1988, nr. 231 su 809 casi, pari al 28,55%;
- per il 1989, nr. 317 su 974 casi, pari al 32,55%;
- per il 1990, nr. 390 su 1.161 casi, pari al 33,59%;
- per il 1991, nr. 490 su 1.383 casi, pari al 35,43%;
- per il 1992, nr. 518 su 1.217 casi, pari al 42,32%;
- per il 1993, nr. 404 (di cui 351 maschi e 53 femmine) su 875 casi, pari al 46,17%.

Sul totale di 875 deceduti, le femmine, per il 1993, rappresentano il 12,45% (109 contro 766 maschi).

Le Regioni più "a rischio" - fatti salvi i differenziali rispetto a tutti i parametri - appaiono ancora la Lombardia (136), il Lazio (122), l'Emilia Romagna (100), la Campania (80), la Liguria (72), il Piemonte (69), il Veneto (68), la Toscana (55) e la Puglia (45), ma preoccupa l'andamento anche delle Regioni più piccole come la Sicilia (27), la Sardegna (23), il Trentino Alto-Adige (18), l'Abruzzo ed il Friuli Venezia-Giulia (13 ciascuna), le Marche (11) e la Basilicata (5, ma +25%), così come si evince dal cartogramma seguente (Fig. 39).



Fig. 39

Più in dettaglio, la situazione risulta la seguente (Fig. 40):

Regione	1993	%	1992
Abruzzo	13	-23,52	17
Basilicata	5	25,00	4
Calabria	6	-64,70	17
Campania	80	-	80
Emilia Romagna	100	-8,25	109
Friuli V.G.	13	-40,90	22
Lazio	122	-12,23	139
Liguria	72	-24,21	95
Lombardia	136	-51,07	278
Marche	11	-45,00	20
Molise	1	-75,00	4
Piemonte	69	-31,00	100
Puglia	45	-21,05	57
Sardegna	23	-23,33	30
Sicilia	27	-47,05	51
Toscana	55	-17,91	67
Trentino A. A.	18	-21,73	23
Umbria	8	33,33	6
V. d'Aosta	1	-50,00	2
Veneto	68	-25,27	91
TOTALE	(*) 875	-28,10	(**) 1.217

(*) di cui 2 deceduti all'estero

(**) di cui 5 deceduti all'estero

Fig. 40

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Su base annua, dunque, il 1993 conferma - qualora i dati rilevati dovessero essere ulteriormente confermati - una importantissima *inversione di tendenza*, atteso che il numero complessivo delle persone pervenute a morte, a causa di *narcotismo acuto*, ascende a 875 unità rispetto alle 1.217 dell'intero 1992 (-28,10%), che pure aveva fatto segnare un *trend* sicuramente favorevole anche sotto il profilo della prevenzione e del soccorso portato, all'occorrenza, dalle *unità da strada*.

L'andamento mensile è così raffigurabile (Fig. 41):

anno 1992				anno 1993 (*)			
mese di	nr. decessi	nr. giorni	al giorno nel mese	mese di	nr. decessi	nr. giorni	al giorno nel mese
gennaio	114	31	3,67	gennaio	80	31	2,58
febbraio	129	29	4,44	febbraio	(4) 71	28	2,53
marzo	(1) 100	31	3,22	marzo	(4) (5) 48	31	1,54
aprile	(2) 93	30	3,10	aprile	(4) 67	30	2,23
maggio	119	31	3,83	maggio	(4) 64	31	2,06
giugno	142	30	4,73	giugno	(4) 51	30	1,70
luglio	100	31	3,22	luglio	(6) 73	31	2,35
agosto	(3) 97	31	3,12	agosto	83	31	2,67
settembre	81	30	2,70	settembre	(4) 76	30	2,53
ottobre	94	31	3,03	ottobre	89	31	2,87
novembre	76	30	2,53	novembre	(7) 80	30	2,66
dicembre	72	31	2,32	dicembre	(8) 93	31	3,00
TOTALE	1.217	366	3,32	TOTALE	875	365	2,39

(*) Dati provvisori e consolidati al 7 marzo 1994.

(1) di cui nr. 1 connazionale deceduto in Germania.

(2) di cui nr. 1 connazionale deceduto in Svizzera ed 1 in Germania.

(3) di cui nr. 1 connazionale deceduto in Croazia ed 1 in Olanda.

(4) di cui nr. 1 cittadino straniero morto in Italia.

(5) di cui nr. 1 connazionale deceduto in Olanda.

(6) di cui nr. 2 cittadini stranieri morti in Italia.

(7) di cui nr. 1 connazionale deceduto in Colombia e 2 cittadini stranieri morti in Italia.

(8) di cui nr. 3 stranieri deceduti in Italia.

Fig. 41

6. VALUTAZIONI E CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE.

Si è detto, a proposito del calo dei sequestri di *eroina*, che una delle concause della diminuzione degli *incidenti mortali* è sicuramente il riscontrato *calo* del tasso di principio attivo, sicchè la sostanza risulterebbe alla fine meno pericolosa.

In altri Paesi europei contemporaneamente è stato scoperto un altro tipo di narcotico - detto *eroina light* -, che, proveniente dalla *Turchia*, contiene in elevata percentuale *paracetamolo* e *caffeina*. Presenze di quest'ultima *composizione* sono state rilevate recentemente anche in Italia da taluni Istituti di Medicina Legale, tra i quali spicca quello di *Siena*, il che indurrebbe a considerare ulteriori elementi a favore delle *strategie* in atto da parte dei narcotrafficanti.

Nondimeno, continua ad osservarsi l'*anzianità* dei pervenuti a morte da simili *incidenti*, sicchè può agevolmente dedursi la conferma di un modificato approccio agli stupefacenti da parte dei neofiti ed anche di coloro che, intimoriti da talune gravi configurabili conseguenze (caduta del sistema immunologico, infezioni da HIV, etc.), decidono o hanno già deciso di diversificare o addirittura cambiare droga.

D'altra parte la *domanda* di ingresso presso strutture pubbliche e private di accoglienza e di recupero sotto il profilo terapeutico e riabilitativo è stata in costante aumento, sicchè specie gli aspetti più deteriori derivanti dall'uso e dall'abuso di *eroina* appaiono dirigersi verso forme di quasi totale emersione.

Da talune parti, tuttavia, si osserva un ritorno di tale *droga pesante*, in parte giustificato dalla minore incidenza del *metadone* nelle componenti anomale delle sostanze biologiche esaminate nei laboratori di Tossicologia a fronte di una maggiore quantità di prodotti oppiacei.

Approccio diverso e diversificato e mutazione generazionale dunque che conducono ai prodotti della *cannabis*, a quelli stimolanti ed eccitanti (*cocaina*) ed alle sostanze *amfetaminiche* ed *allucinogene*.

Il *laboratori clandestini* scoperti in Italia nel corso del 1993 sono stati 6 (Roma, Ferrara, Caserta, Salerno, Firenze e Milano) di cui:

- a. due relativi alla produzione di *cocaina cloridrato* (Roma e Milano);
- b. tre sicuramente collegabili alla fabbricazione di *amfetamine* (Ferrara, Caserta e Firenze).

Le sostanze sequestrate in tali occasioni sono state quantificate in:

- gr. 155 di *cocaina*;
- kg. 2 di *pasta di coca*;
- nr. 17.200 tra dosi e compresse di *barbiturici* ed *amfetamine*.

Nel corso del 1992 i laboratori erano stati due (Bergamo e Como), di cui uno deputato alla lavorazione della cocaina ed uno misto (amfetamine ed eroina).

Le connessioni droga-crimine, su un totale di 5.489 casi registrati nel corso del 1993 (erano stati 5.623 nel 1992), consentono di evidenziare la seguente situazione:

- reati commessi da tossicodipendenti: nr. 3.426 (+3,85% rispetto al 1992 durante il quale erano stati registrati 3.299 casi);
- reati commessi da persone che detenevano droga: nr. 1.183 (-18,47% rispetto al 1992 allorquando erano stati segnalati 1.451 casi);
- reati commessi sotto l'effetto di droghe: nr. 2 (-33,33% rispetto all'annualità precedente);
- reati correlati al traffico ed alle attività di vendita delle sostanze illegali: nr. 878 (+0,92% rispetto al 1992, che vedeva 870 casi).

Circa la provenienza accertata dei quantitativi di sostanze stupefacenti sequestrati la situazione è così graficamente rappresentabile:

- per l'eroina (Fig. 42), i flussi riguardano essenzialmente la Turchia, la Nigeria, l'Area balcanica, la Thailandia e Singapore;

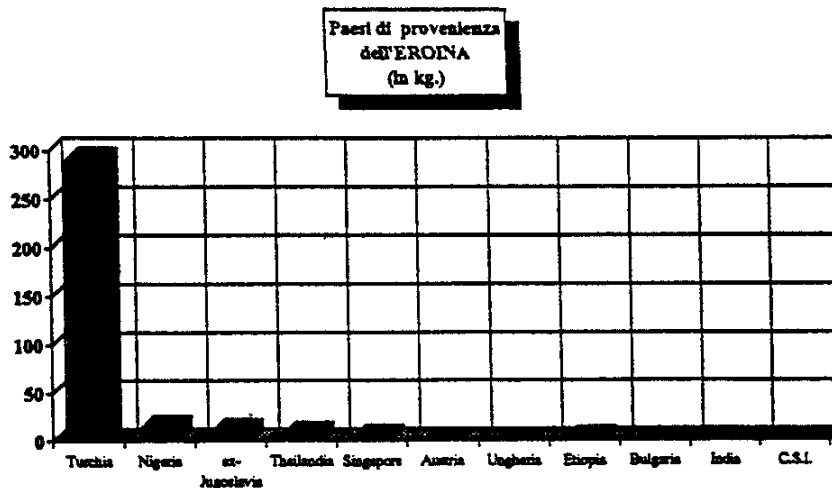


Fig. 42

- per la cocaina (Fig. 43), la Colombia è seguita dal Brasile, dall'Argentina, dalla Nigeria, dal Venezuela, dalla Bolivia, dall'Ecuador e dalla Grecia;

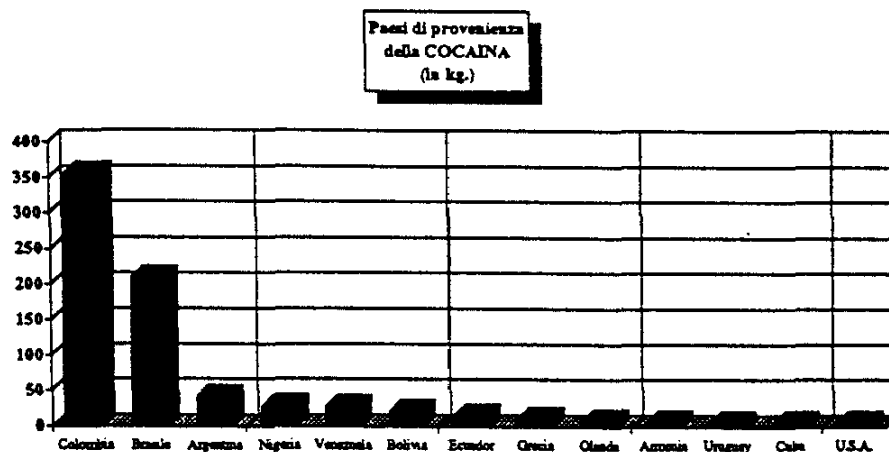


Fig. 43

- per l'hashish (Fig. 44), i flussi principali vedono il coinvolgimento del Marocco, della Spagna, dell'Olanda, del Pakistan, dell'Algeria, della Germania, di Gibilterra, della Francia e dell'India;

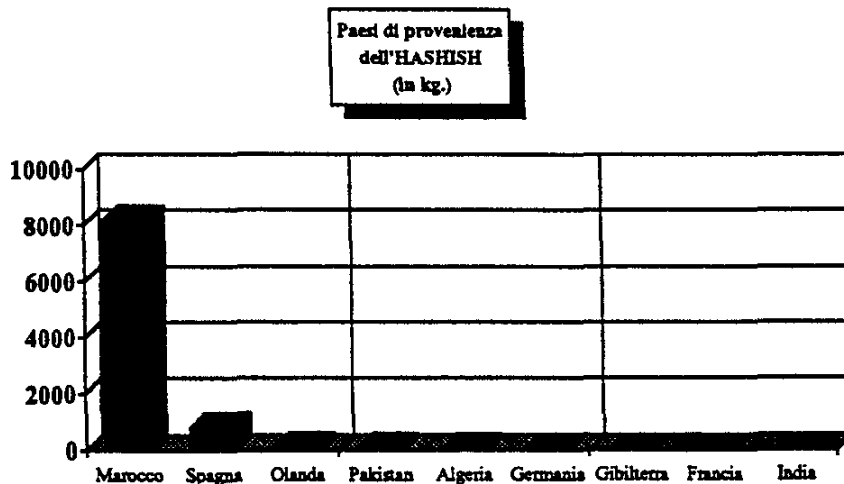


Fig. 44

- per la marijuana (Fig. 45), tenute in debito conto le peculiari caratteristiche della sostanza, sono stati rilevati, in riferimento sempre ai maggiori quantitativi, la Nigeria, la Thailandia, il Senegal, l'Olanda, la Svizzera ed il Venezuela.

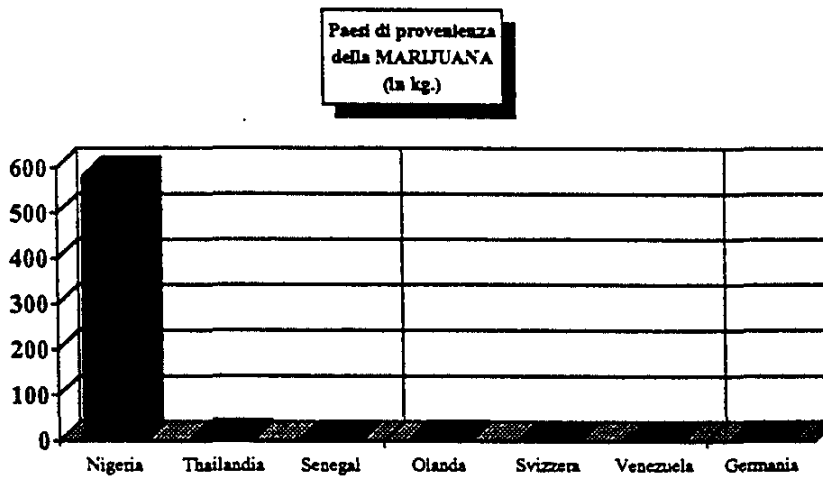


Fig. 45

La situazione negli Istituti di pena
(A cura del Ministero di grazia e giustizia)

DATI STATISTICI RELATIVI AL FENOMENO DELLA TOSSICODIPENDENZA IN CARCERE

Dalla allegata tabella relativa alle rilevazioni statistiche effettuate da questo Dipartimento negli ultimi tre anni, risulta confermato che la criminalità tossicomana è divenuta una componente stabile e significativa, anche nella entità proporzionale, della criminalità complessiva.

Circa un terzo, infatti, degli autori di reati sanzionati da carcerazione è oggi costituito da tossicodipendenti il cui numero (caratterizzato da una percentuale pressochè costante nel periodo preso a riferimento) è salito dalle 7.299 unità del 31.12.1990 alle 15.135 del 31.12.1993 (All. 1 Tav. A Detenuti presenti e tossicodipendenti).

Il fenomeno riceve una verifica dall'osservazione dei flussi di ingresso. Anche in questo caso circa un terzo dei detenuti che entrano in istituto è costituito da tossicodipendenti (All. 1 Tav. B Flussi d'ingresso).

Per quanto concerne, poi, la tipologia dei reati commessi, sulla base delle rilevazioni effettuate nell'anno 1993 sui flussi d'ingresso, risulta che oltre la metà dei detenuti tossicodipendenti (n. 16.406) è ristretta per violazione dell'art. 73 D.P.R. 309/90.

Il restante (16.147), pur essendo tossicodipendente, si trovava, invece, in carcere per altri reati.

Va infine segnalata la scarsa incidenza del referendum abrogativo del 18 aprile u.s. sulla popolazione penitenziaria.

Come è noto, a seguito del D.P.R. 5.6.1993 n. 171, non è più reato ma mero illecito amministrativo il consumo o comunque la detenzione "per uso personale" di sostanze stupefacenti ma è altrettanto noto che non sono state mai rilevate presenze di soggetti tossicodipendenti detenuti per il solo fatto di essere consumatori e in espiatione della pena detentiva prevista dall'art. 76, u.c., del D.P.R. 309/90.

Una prima e ancora scarsa operatività della abrogazione referendaria va segnalata con riferimento ai consumatori puniti sub art. 73, 5° comma del T.U. in argomento: al 31.7.1993 sono state registrate soltanto 153 scarcerazioni.

STATO DI ATTUAZIONE DELLE INIZIATIVE POSTE IN ESSERE
DALLA AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA IN APPLICAZIONE
DEL T.U. 309/90

1) STRUTTURE EDILIZIE

Come è noto, gli interventi in questo settore rispondono all'esigenza di creare strutture penitenziarie, adeguate alle finalità previste dalla normativa in argomento, dove gli stessi spazi hanno una specifica valenza ai fini del programma trattamentale e riabilitativo.

Per la realizzazione degli indispensabili miglioramenti strutturali, questo Dipartimento si è avvalso dei finanziamenti approvati dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - ai sensi dell'art. 127 del cit. T.U. - per un importo complessivo di L. 38 miliardi, ripartito negli anni 1990 (lire 18 miliardi), 1991 (lire 10 miliardi) e 1992 (lire 10 miliardi).

Per la prosecuzione degli interventi di ristrutturazione ed adattamento di quegli Istituti o di quelle sezioni che debbono garantire l'attivazione di programmi di recupero mirati ai detenuti tossicodipendenti, è stato possibile utilizzare anche un finanziamento di 10 miliardi, approvato con Decreto Interministeriale dell'8.6.1991, ai sensi dell'art. 135 T.U. 309/90.

In virtù della destinazione dell'ulteriore somma di lire 10 miliardi sul capitolo 2120, per l'esercizio finanziario 1993, lo stanziamento totale, per le ristrutturazioni edilizie in argomento, ammonta a 58 miliardi di lire.

Va rilevato che il programma originariamente approvato ha subito alcune variazioni dovute a difficoltà operative, fra le quali l'inadeguatezza delle strutture edilizie e il persistente stato di sovraffollamento della popolazione detenuta che non ne ha consentito il trasferimento presso altre sedi per il periodo necessario all'esecuzione dei lavori.

Si segnala inoltre che, in alcuni casi, è stato sufficiente realizzare piccoli interventi in economia per adattare gli ambienti alla nuova destinazione e, pertanto, si è provveduto a destinare le risorse economiche a quegli Istituti che, per la loro tipologia strutturale, richiedono un maggiore sforzo finanziario ovvero

sono caratterizzati da un'alta percentuale di tossicodipendenti ristretti.

A tutto il 1993, per le ristrutturazioni edilizie, sono state comunque impegnate lire 44.423.329.000 e sono stati programmati interventi per lire 8.912.000.000.

Risultano, altresì, disponibili presso i Provveditorati Regionali di questa Amministrazione lire 3.893.317.000 da utilizzare per l'attivazione di quelle strutture a custodia attenuata previste per la realizzazione del programmato circuito differenziato per detenuti tossicodipendenti.

2) ASSISTENZA SANITARIA

L'Amministrazione penitenziaria, nell'ambito dei compiti attinenti al trattamento sanitario ed alla cura dei detenuti tossicodipendenti ed affetti da AIDS, ha disposto il rinnovo delle convenzioni stipulate nell'anno 1990 con personale medico e paramedico per la realizzazione di appositi presidi sanitari, finalizzati all'attuazione dei programmi previsti dall'art. 135 T.U. e con funzioni di raccordo con la équipe della U.S.L. alla quale è attribuito lo specifico compito di cura

e riabilitazione in materia.

Il personale medico e paramedico del presidio in argomento opera sulla base della distribuzione oraria giornaliera, prevista per gli Istituti che ospitano tossicodipendenti. Tale personale è retribuito con un compenso orario rispettivamente di lire 27.500 e lire 16.500, imputato al cap. 2120 del bilancio passivo di questo dicastero.

Insoddisfacente rimane la regolamentazione dei rapporti con le Unità Sanitarie Locali che hanno stipulato, a tutto il 1993, soltanto 82 convenzioni fornite dei protocolli operativi previsti dalla vigente normativa ed espressamente mirati alla cura e alla riabilitazione dei detenuti tossicodipendenti.

3) PIANO INFORMATIVO RIVOLTO AGLI OPERATORI PENITENZIARI

L'attività di formazione prevista dall'art. 36 Legge 162/90, già ampiamente espletata nel 1992, con lo svolgimento di 216 corsi per 16.434 destinatari, è proseguita nel 1993 in virtù dell'art. 10 del D.L. 30.10.92 n. 512 che consentiva l'utilizzo, nel 1993, dei fondi disponibili sul cap. 2120, relativamente agli anni 1991 e 1992.

Sono state individuate 23 sedi formative decentrate presso cui sono stati svolti 78 corsi rivolti a 4.231 operatori, con una spesa complessiva di 1.269.298.000, sul cap. 2120.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Per ogni sede formativa sono stati individuati come referenti organizzativi, un direttore di Istituto e uno di Servizio Sociale coordinati dai Provveditori Regionali.

Per le gravi difficoltà rappresentate da tutti gli Istituti di distogliere gli operatori per più giorni dai compiti istituzionali, la durata dei corsi è stata ridotta a 3 giorni, rispetto al precedente anno, fermo restando i contenuti fissati dal Decreto Interministeriale dell'8.6.1991.

Gli argomenti sono stati trattati, con competenza e professionalità sia da relatori interni che esterni all'Amministrazione penitenziaria, con un notevole coinvolgimento di rappresentanti di EE.LL. Università, UU.SS.LL. e privato sociale.

Di ogni corso è stata chiesta una analitica valutazione ai referenti riguardo a: problemi organizzativi, livello di partecipazione e di ascolto dei corsisti, capacità comunicativa e aderenza ai temi trattati dai docenti, bisogni formativi emersi ecc..

Inoltre sempre in applicazione della legge n. 162/90 si è dato avvio ad una iniziativa, formativa di secondo livello rivolta al personale operante nelle sezioni e istituti a custodia attenuata.

Si è ritenuto utile infatti, nel convincimento dell'importanza di una formazione specificatamente mirata

agli operatori dei suddetti istituti, di elaborare un progetto formativo cui hanno aderito con positivi risultati Rebibbia III, Sollicciano II, Gragnano e Pontedecimo con un numero complessivo di 10 corsi rivolti a un totale di 200 operatori di Polizia penitenziaria.

Tale progetto sarà ulteriormente sviluppato nel 1994.

4) ESECUZIONE PENALE ESTERNA

Nel secondo semestre del 1993 sono stati attivati singoli progetti predisposti dai C.S.S.A. nell'ambito del più vasto programma finalizzato all'inserimento lavorativo e alla formazione scolastica e professionale dei soggetti tossicodipendenti, alcolisti e malati di AIDS in esecuzione penale esterna.

Per la realizzazione dei suddetti progetti si era già provveduto, nell'esercizio finanziario 1992, ad assegnare a 23 Centri di Servizio Sociale i fondi dello stanziamento approvato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri per un importo complessivo di lire 690.000.000.

L'esiguità delle spese sostenute a tutto il 1993 (soltanto lire 16.860.000

va ricondotta ai tempi tecnici occorsi per l'individuazione di criteri di fattibilità univoci ed adeguati, cui si è dato corso a seguito delle modifiche formali dei parametri inizialmente indicati, così come

approvate dal competente Dipartimento degli Affari Sociali.

In virtù della destinazione dell'ulteriore somma di lire 750.000.000 sul capitolo 2120, per l'esercizio finanziario 1993, lo stanziamento totale per gli interventi a favore dei condannati tossicodipendenti ammessi alle misure alternative della semilibertà, dell'affidamento, della detenzione domiciliare e della libertà controllata ammonta a lire 1.440.000.000.

5) OSSERVATORIO NAZIONALE SUL FENOMENO DELLA TOSSICODIPENDENZA, HIV E SINDROMI CORRELATE IN AMBITO PENITENZIARIO E SUGLI INTERVENTI RIABILITATIVI

Sempre con il finanziamento erogato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, ai sensi dell'art. 127 del citato T.U. - e reso disponibile solo alla fine del 1992 - sono stati realizzati alcuni degli obiettivi principali dell'iniziativa denominata "Progetto Osservatorio", per la quale si allega apposita scheda riepilogativa con il rendiconto delle spese sostenute a tutto il 1993

E' stata messa a punto una scheda informatizzata

che prevede la memorizzazione e la trasmissione in tempo reale via terminale, dagli istituti al C.E.D. del Dipartimento, dei dati dello stato di tossicodipendenza e di affezione dell'H.I.V. dei singoli detenuti. Ciò consentirà di collegare queste informazioni con le variabili giuridiche e socio-anagrafiche contenute nelle altre mappe della matricola del detenuto. Sarà possibile altresì monitorare il tipo di droga assunta prevalentemente e le sostanze associate con maggiore frequenza alla principale; verranno raccolte notizie utili sul tipo di trattamento disintossicante posto in essere negli istituti. Tutto ciò contribuirà certamente a realizzare un bagaglio di conoscenza idoneo ad inquadrare meglio il fenomeno della tossicodipendenza e dell'AIDS negli istituti penitenziari ed a permettere l'adozione di ulteriori iniziative idonee a gestirlo nei suoi adeguati e molteplici aspetti.

Sono stati inoltre commissionati ad esperti della materia per mezzo di convenzioni, alcuni studi sul fenomeno della tossicodipendenza e dell'H.I.V., da pubblicare sui numeri del Bollettino Informativo che viene stampato con cadenza quadrimestrale e del quale si allegano i primi due numeri.

Dal mese di ottobre 1992, presso l'Ufficio Studi, Ricerche, Legislazione ed automazione del Dipartimento si tiene una riunione dei componenti dell'Osservatorio per verificare l'avanzamento degli studi e delle indagini.

Si è resa, altresì, possibile la cooperazione dell'Osservatorio con l'Amministrazione penitenziaria per la predisposizione di normative sul problema delle tossicodipendenze.

E' stato portato a termine un sondaggio d'opinione sulla validità dell'attuale scheda nuovi giunti tra tutti gli esperti medici ed educatori preposti a questo servizio. I risultati di questa indagine verranno pubblicati sul prossimo numero del Bollettino.

E' al momento in corso una indagine conoscitiva sui motivi alla base della non ammissione a misure alternative alla detenzione di soggetti tossicodipendenti imputati o condannati per l'art. 73, 5° comma del D.P.R. 309/90.

L'Osservatorio, inoltre, sta monitorando le esperienze di custodia attenuata realizzate negli istituti di Rimini, Firenze-Sollicciano e Roma-Rebibbia.

In conclusione l'Osservatorio ha permesso:

- 1) di attivare sinergie attraverso la collaborazione dei vari Uffici del DAP in rapporto alla creazione di nuovi strumenti di indagine e di analisi del fenomeno del controllo penale della tossicodipendenza;
- 2) di utilizzare risorse esterne sul piano della ricerca scientifica e dell'analisi empirica dei risultati raggiunti, anche in chiave di modifica amministrativa della prassi del DAP e in prospettiva di proposte nuove nel campo della normativa;

- 3) di dotarsi di strumentazioni adeguate sul piano dell'analisi informatica dei dati;
- 4) di diffondere, attraverso la pubblicazione di BION, Bollettino informativo dell'Osservatorio nazionale sul fenomeno della tossicodipendenza, HIV e sindromi correlate in ambito penitenziario e sugli interventi riabilitativi, dei dati utili a tutti gli addetti ai lavori e ai cittadini in generale interessati a meglio conoscere il fenomeno.

6) ATTIVITA' TRATTAMENTALI INTRAMURARIE

E' stato avviato - per ora soltanto presso 17 Istituti -, l'allestimento di laboratori per attività lavorative a carattere artigianale che consentano adeguati percorsi di qualificazione professionale ai detenuti tossicodipendenti, alcolisti e malati di AIDS (ALL. 10).

La scarsa consistenza delle somme spese o impegnate (lire 268.410.030 a fronte di uno stanziamento di 1 miliardo e 700 milioni per l'esercizio finanziario 1992) va ricondotta allo slittamento ai primi mesi del 1993 della disponibilità dei fondi e dei relativi accreditamenti. Si sono registrate, infatti, notevoli difficoltà nella realizzazione di attività che le Direzioni degli Istituti avevano in precedenza concordato con Enti Locali o associazioni di volontariato. Considerato l'intervenuto aumento dei costi relativi all'allestimento

dei laboratori e l'aumento delle richieste per i compensi orari degli istruttori, si è dovuto, in molti casi, procedere alla ridefinizione degli accordi ovvero intraprendere contatti con altri organismi per poter realizzare i progetti già finanziati.

ALLEGATO 1

Tavola A

Rilevamento al	Detenuti presenti e tossicodipendenti (*)		
	Presenti	Tossicodip.	%
31/12/93	49.983	15.135	30,28
30/06/93	51.513	15.531	30,15
31/12/92	46.968	14.818	31,55
30/06/92	44.108	13.970	31,67
31/12/91	35.168	11.540	32,81
30/06/91	30.774	9.623	31,27
31/12/90	25.573	7.299	28,54

Nota:

I dati sono riferiti agli istituti penitenziari con esclusione delle Case Mandamentali

Tavola B

Flussi d'ingresso			
Date rilevamento	Totale ingressi	Tossicodip. entrati	%
II sem. 93	47.128	15.539	32,97
I sem. 93	52.320	17.014	32,52
II sem. 92	47.113	16.627	35,29
I sem.92	47.250	16.573	35,08
II sem.91	40.422	15.189	37,58
I sem.91	38.327	13.645	35,60

**MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA
DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA**

**UFFICIO CENTRALE PER L'INFORMATICA E LA STATISTICA
DIVISIONE I - AREA VI**

**INDAGINE NAZIONALE SUI SOGGETTI
TOSSICODIPENDENTI E AFFETTI DAL
VIRUS HIV NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI**

RILEVAMENTO AL 31/12/93

PERCENTUALE DETENUTI TOSSICOD.
PER REGIONE DI DETENZIONE
AL 31 DICEMBRE 1993



Uff. Informatica e Statist.
Div. I - Area VI

LEGENDA

Scheda 1

Riporta i dati riguardanti i detenuti presenti alla data del 31/12/93 ed il numero dei tossicodipendenti e alcooldipendenti presenti alla suddetta data.

Ai fini della individuazione dello stato di alcooldipendenza è stato considerato il soggetto che NON PUO' FARE A MENO di dosi giornaliere quantitativamente variabili da un minimo ad un massimo di sostanze alcoliche e che può andare incontro a fenomeni acuti o cronici, tipo ebbrezza patologica e cronica intossicazione.

Scheda 2

Riporta i dati dei detenuti affetti da HIV tossicodipendenti e non tossicodipendenti alla data del 31/12/93.

Per i detenuti tossicodipendenti affetti da HIV vengono indicate le tre classificazioni: Asintomatici, A.R.C. e AIDS conclamata.

Scheda 3

Riporta i dati degli ingressi dei nuovi giunti dalla libertà per il periodo: 1/7/93 - 31/12/93.

Dei nuovi giunti viene indicato il numero dei sottoposti a screening ed il numero dei risultati positivi.

Scheda 4

Riporta i dati degli ingressi dei nuovi giunti dalla libertà per reati di cui al T. U. 309/90 e per altri reati. Periodo di rilevamento: 1/7/93 - 31/7/93.

I quadri n.2 e n. 3 rappresentano sottoclassificazioni del quadro generale n.1, per cui la somma dei loro valori corrisponde ai valori totali riportati dal quadro generale n. 1.

Il quadro n. 4 è un quadro a sè stante e rappresenta i dati dei detenuti stranieri che hanno fatto ingresso nel semestre.

Scheda 4 BIS

Riporta i dati dei detenuti presenti alla data del 31/12/93 ristretti per reati di cui al T. U. 309/90 e per altri reati.

I quadri n.2 e n. 3 rappresentano sottoclassificazioni del quadro generale n.1, per cui la loro somma corrisponde ai valori totali riportati dal quadro generale n. 1.

Il quadro n. 4 è un quadro a sè stante e rappresenta i dati dei detenuti stranieri presenti al 31/12/93.

Scheda 5

Detenuti stranieri. Riporta i dati dei detenuti stranieri presenti, tossicodipendenti e affetti da HIV alla data del 31/12/93.

Per i detenuti tossicodipendenti affetti da HIV vengono indicate le tre classificazioni: Asintomatici, A.R.C. e AIDS conclamata.

Schede 6 e 7

Riportano i dati relativi ai casi seguiti dai Centri di Servizio Sociale con riferimento agli articoli 47, 47 bis, 47 ter della Legge 354/75 e art. 76 lettera h del T.U. 309/90.

NOTE DI RIFERIMENTO

Campo di osservazione e oggetto della rilevazione

Il presente riepilogo statistico tratta i dati dei detenuti tossicodipendenti, alcooldipendenti ed affetti da HIV negli istituti penitenziari.

Dall'indagine sono escluse le Case Mandamentali e gli istituti per minorenni.

I rilevamenti sono stati effettuati a data fissa (31/12/93) e sui movimenti semestrali (1/7/93 - 31/12/93).

SOMMARIO**RIEPILOGHI GENERALI**

- Scheda 1** - Detenuti presenti e tossicodipendenti al 31/12/93.
- Scheda 2** - Detenuti affetti da HIV: Sieropositivi - A.R.C. - AIDS conclamata al 31/12/92.
- Scheda 3** - Rilevamento detenuti nuovi giunti sottoposti a screening e detenuti risultati positivi all' HIV. Semestre 1/7/93 - 31/12/93.
- Scheda 4** - Rilevamento popolazione detenuta proveniente dalla libertà per reati di cui al T.U. 309/90 e per altri reati. Semestre 1/7/93 - 31/12/93.
- Scheda 4bis** - Rilevamento popolazione detenuta proveniente dalla libertà per reati di cui al T.U. 309/90 e per altri reati. Situazione al 31/12/93
- Scheda 5** Detenuti stranieri: presenti, tossicodipendenti e affetti da HIV al 31/12/93.
- Scheda 6** Attività dei Centri di Servizio sociale riguardanti i detenuti tossicodipendenti ed alcooldipendenti. Situazione al 31/12/93.
- Scheda 7** Attività dei Centri di Servizio sociale riguardanti i detenuti tossicodipendenti ed alcooldipendenti. Casi pervenuti nel semestre 1/7/93 - 31/12/93.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

SCHEDA 2
RILEVAMENTO DETENUTI AFFETTI DA HIV
PRESENTI ALLA DATA DEL 31/12/93

RIEPILOGO NAZIONALE

REGIONI	SIEROPOSITIVI ASINTOMATICI				DETENUTI TOSSICODIPENDENTI AFFETTI DA HIV				AIDS CONCLAMATA				TOT. U.		TOT. D.		TOT. GEN.		DETENUTI NON TOSSICOD. AFFETTI DA HIV				TOT. DELT. AFFETTI DA HIV		IN TERAPIA AZI		TOTALE		
	UOMINI		DONNE		UOMINI		DONNE		UOMINI		DONNE		UOMINI		DONNE		UOMINI		DONNE		UOMINI		DONNE		UOMINI			DONNE	
	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE		UOMINI	DONNE
ABRUZZO	40	5	15	0	1	0	0	56	5	61	4	0	4	65	14	3	17	2	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
BASILICATA	6	1	5	1	3	0	0	16	2	18	0	0	0	18	2	0	2	22	22	3	0	0	0	0	0	0	0		
CALABRIA	17	0	2	0	0	0	0	19	0	19	3	0	3	22	6	0	6	162	162	41	0	0	0	0	0	0	0		
CAMPANIA	126	13	12	0	3	0	0	141	13	154	8	0	6	239	31	0	22	292	292	59	0	0	0	0	0	0	0		
EMILIA ROMAGNA	176	24	62	7	1	0	0	239	31	270	19	3	22	292	59	0	68	292	292	59	0	0	0	0	0	0	0		
FRIULY GIULIA	21	3	8	0	0	0	0	29	3	32	7	2	9	41	7	0	7	41	41	7	0	0	0	0	0	0	0		
LAZIO	298	39	42	12	6	2	0	344	53	397	41	1	42	439	103	17	120	439	439	103	17	0	0	0	0	0	0		
LIGURIA	76	25	6	6	2	0	84	28	110	6	0	6	116	24	3	27	116	116	24	3	0	0	0	0	0	0	0		
LOMBARDIA	545	60	83	4	27	1	665	85	750	65	0	58	908	102	12	114	908	908	102	12	0	0	0	0	0	0	0		
MANCHE	22	2	5	2	1	0	29	4	32	4	0	1	33	8	3	11	33	33	8	3	0	0	0	0	0	0	0		
MOLISE	9	0	0	0	0	0	9	0	9	0	0	0	10	1	0	1	10	10	1	0	0	0	0	0	0	0	0		
PIEMONTE	290	22	28	9	2	0	320	31	351	31	15	3	18	369	49	9	357	369	49	9	0	0	0	0	0	0	0		
PUGLIA	109	7	10	1	7	0	126	8	134	8	2	0	136	33	2	35	136	136	33	2	0	0	0	0	0	0	0		
SARDEGNA	213	12	62	2	15	0	290	13	303	13	8	0	6	311	36	2	311	311	36	2	0	0	0	0	0	0	0		
SICILIA	46	6	41	2	5	2	92	10	102	10	0	10	112	29	2	31	112	112	29	2	0	0	0	0	0	0	0		
TOSCANA	124	13	18	6	3	1	145	20	165	20	30	0	30	195	50	5	195	195	50	5	0	0	0	0	0	0	0		
TRENTINO	23	4	6	0	0	0	29	3	32	3	6	0	6	37	6	0	37	37	6	0	0	0	0	0	0	0	0		
UMBRIA	23	4	2	0	1	0	26	4	30	4	1	0	31	11	1	12	31	31	11	1	0	0	0	0	0	0	0		
VALLE D'AOSTA	118	9	51	11	2	1	171	21	192	21	6	0	6	200	37	6	200	200	37	6	0	0	0	0	0	0	0		
TOTALE NAZIONALE	2.289	268	470	57	79	7	2.838	332	3.170	332	226	11	237	3.407	617	80	697	3.407	617	80	0	0	0	0	0	0	0		

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

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

SCHEDA 3 RILEVAMENTO DETENUTI SOTTOPOSTI A SCREENING E RILEVAMENTO DETENUTI RISULTATI POSITIVI ALL'HIV RIFERITO AL MOVIMENTO DELL'INTERO SEMESTRE: 1/7/83 - 31/12/83

RIEPILOGO NAZIONALE

REGIONI	NUMERO GIUNTI DALLA LIBERTA'			DETENUTI SOTTOPOSTI A SCREENING			DETENUTI RISULTATI POSITIVI			NUMERO CASI DI AIDS CONCL. NOTIFICATI AL COA DALL'ISTIT. O DAL PRESIDIO PUBBLICO		
	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE
ABRUZZO	767	76	845	247	38	285	7	1	8	0	0	0
BASILICATA	537	25	562	152	9	161	4	1	5	1	0	1
CALABRIA	1.664	76	1.740	686	19	705	8	1	10	1	0	1
CAMPANIA	6.617	586	7.203	1.074	183	1.257	34	12	46	4	0	4
EMILIA ROMAGNA	2.552	217	2.769	1.317	113	1.430	155	18	173	10	1	11
FRULI V. GIULIA	681	56	739	336	11	349	10	1	11	1	0	1
LAZIO	6.069	523	6.592	1.687	105	1.792	182	22	204	19	0	19
LIGURIA	1.713	208	1.921	1.471	178	1.649	128	59	187	7	0	7
LOMBARDIA	5.109	435	5.544	2.005	268	2.263	211	50	261	33	7	40
MARCHE	472	48	520	350	28	378	43	6	49	1	0	1
MOLISE	100	4	104	15	2	17	0	0	0	0	0	0
PIEMONTE	3.659	413	4.072	2.999	343	3.342	259	13	272	19	1	20
PUGLIA	3.619	172	3.791	1.453	64	1.517	71	5	76	4	0	4
SARDEGNA	1.004	30	1.034	838	28	866	93	12	105	1	0	1
SICILIA	3.916	197	4.113	1.030	46	1.076	30	2	32	2	0	2
TOSCANA	2.044	267	2.311	1.252	233	1.485	85	22	107	5	1	6
TRENTINO	493	48	541	195	25	220	7	2	9	3	0	3
UMBRIA	332	34	366	289	5	294	10	2	12	0	0	0
VENETO	1.969	241	2.230	1.315	101	1.416	51	6	57	12	2	14
VALLE D'AOSTA	130	1	131	17	0	17	1	0	1	1	0	1
TOTALE NAZIONALE	43.467	3.661	47.128	18.728	1.819	20.547	1.390	235	1.625	124	12	136

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

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

SCHEDA 3 RILEVAMENTO DETENUTI SOTTOPOSTI A SCREENING E RILEVAMENTO DETENUTI RISULTATI POSITIVI ALL'HIV RIFERITO AL MOVIMENTO DELL' INTERO SEMESTRE: 1/7/93 - 31/12/93

RIEPILOGO NAZIONALE

REGIONE	NUMERO GIUNTI DALLA LIBERTA'			DETENUTI SOTTOPOSTI A SCREENING			DETENUTI RISULTATI POSITIVI					
	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	% SUL TOT. INGRESSI	% SUL TOT. SCRIFINI	
ABRUZZO	767	78	845	247	38	285	33,73	7	8	0,95	2,81	
BASILICATA	537	25	562	152	9	161	28,65	4	5	0,89	3,11	
CALABRIA	1.664	76	1.740	668	19	705	40,52	9	10	0,57	1,42	
CAMPANIA	6.617	586	7.203	1.074	183	1.257	17,45	34	46	0,64	3,66	
EMILIA ROMAGNA	2.552	217	2.769	1.317	113	1.430	51,64	155	173	6,25	12,10	
FRIULI V. GIULIA	661	58	739	338	11	349	47,23	10	11	1,49	3,15	
LAZIO	6.069	523	6.592	1.687	105	1.792	27,18	182	22	204	3,09	11,30
LIGURIA	1.713	208	1.921	1.471	178	1.649	85,04	128	59	187	11,34	
LOMBARDIA	5.109	435	5.544	2.005	288	2.293	41,36	211	50	261	4,71	11,38
MARCHE	472	48	520	350	28	378	72,69	43	6	49	9,42	12,96
MOLISE	100	4	104	15	2	17	16,35	0	0	0	0,00	0,00
PIEMONTE	3.659	413	4.072	2.999	343	3.342	82,07	259	13	272	6,88	6,14
PUGLIA	3.619	172	3.791	1.453	64	1.517	40,02	71	5	76	2,00	5,01
SARDEGNA	1.004	30	1.034	836	28	864	83,55	93	12	105	10,15	12,15
SICILIA	3.916	197	4.113	1.030	48	1.078	26,16	30	2	32	0,78	2,97
TOSCANA	2.044	267	2.311	1.252	233	1.485	64,26	85	22	107	4,63	7,21
TRENTINO	483	48	531	195	25	220	40,67	7	2	9	1,66	4,09
UMBRIA	332	34	366	289	5	294	80,33	10	2	12	3,28	4,00
VENETO	1.899	241	2.140	1.315	101	1.416	63,50	51	6	57	2,56	4,03
VALLE D'AOSTA	130	1	131	17	0	17	12,98	1	0	1	0,76	5,88
TOTALE NAZIONALE	43.467	3.661	47.128	18.728	1.619	20.547	43,60	1.390	235	1.625	3,45	7,91

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

SERIE STORICA: DATI SCHEDA 3
(per annualità)

Periodo	Screening sui detenuti provenienti dalla libertà				
	Nuovi Giunti	Detenuti testati		Detenuti risultati positivi	
			% Risp. ai Nuovi Giunti		% Risp. ai det. testati
Anno 1990	65.831	29.552	44,89	4.344	14,70
Anno 1991	78.749	38.930	49,44	5.244	13,47
Anno 1992	94.363	40.848	43,29	5.054	12,37
Anno 1993	99.448	42.489	42,72	3.504	8,25

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

RIEPILOGO DETENUTI PRESENTI E TOSSICODIPENDENTI
RISTRETTI PER REATI DI CUI AL T.U. 309/90 E PER ALTRI REATI
ALLA DATA DEL 31/12/83

RIEPILOGO NAZIONALE

REGIONI	QUADRO 1			QUADRO 2		QUADRO 3			QUADRO 4			
	RISTRETTI PER ART.73 T.U. 309/90	RISTRETTI PER ALTRI REATI	TOTALE	TOSSICODIPENDENTI RISTRETTI PER ART.73 T.U. 309/90	RISTRETTI PER ALTRI REATI	TOTALE	NON TOSSICODIPENDENTI RISTRETTI PER ART.73 T.U. 309/90	RISTRETTI PER ALTRI REATI	TOTALE	DETENUTI STRANIERI RISTRETTI PER ART.73 T.U. 309/90	RISTRETTI PER ALTRI REATI	TOTALE
ABRUZZO	306	948	1.254	161	225	386	145	723	868	73	76	149
BASILICATA	107	393	500	38	51	89	69	342	411	19	15	34
CALABRIA	401	1.754	2.155	84	128	210	317	1.620	1.945	70	41	111
CAMPANIA	2.077	4.254	6.331	780	837	1.617	1.297	3.417	4.714	260	223	483
EMILIA ROMAGNA	820	2.206	3.026	440	642	1.082	360	1.564	1.944	217	407	624
FRILUI	257	420	677	148	112	260	109	308	417	81	102	183
LAZIO	1.897	3.652	5.549	948	1.302	2.250	949	2.350	3.299	687	1.095	1.692
LUCANIA	458	563	1.021	239	181	420	219	382	601	97	108	205
LOMBARDIA	2.709	4.306	7.015	1.143	1.143	2.286	1.566	3.163	4.728	629	744	1.373
MARCHE	255	318	573	129	49	178	126	269	395	64	52	116
MOLISE	60	222	282	34	44	78	46	178	224	17	6	23
PILMONTE	1.624	2.638	4.260	645	1.001	1.646	979	1.635	2.614	202	381	663
PUGLIA	806	2.014	2.820	433	623	956	373	1.491	1.864	29	79	108
SARDEGNA	447	1.748	2.193	236	710	946	211	1.036	1.247	103	200	303
SICILIA	933	4.557	5.490	325	524	849	608	4.033	4.641	35	141	176
TOSCANA	1.296	2.225	3.521	371	336	707	925	1.888	2.814	466	353	819
TRENTINO	229	182	411	127	42	169	102	140	242	80	39	129
UMBRIA	238	507	745	82	112	204	146	395	541	81	67	148
VENETO	815	1.135	1.950	424	317	741	391	616	1.209	157	231	388
VALLE D'AOSTA	65	125	190	23	38	61	42	87	129	21	22	43
TOTALE NAZIONALE	24.808	63.145	87.953	9.842	13.815	23.657	6.448	20.209	33.905	2.400	3.801	6.201

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

SCHEDA 5 RILEVAMENTO DETENUTI STRANIERI TOSSICODIPENDENTI ED AFFETTI DA HIV PRESENTI ALLA DATA DEL 31/12/88 RIEPILOGO NAZIONALE

REGIONI	DETENUTI STRANIERI PRESENTI		DETENUTI STRANIERI TOSSICODIPENDENTI		SIEROPOSITIVI ASINTOMATICI		DETENUTI STRANIERI TOSSICODIPENDENTI ED AFFETTI DA HIV A.R.C.		AIDS CONCLAMATA		TOT. D.		TOT. GEN.		NET-SIF (NON TOSSICODIPENDENTI)			
	UOMINI/DONNE		TOTALE		UOMINI/DONNE		UOMINI/DONNE		UOMINI/DONNE		TOT. U.		TOT. D.		TOT. GEN.		UOMINI/DONNE	
	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	TOTALE
ABRUZZO	138	11	149	38	2	38	1	0	1	0	0	2	0	2	0	1	0	1
BASILICATA	32	2	34	12	0	12	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0
CALABRIA	108	3	111	12	1	13	0	0	0	0	0	0	0	0	41	0	41	0
CAMPANIA	424	69	493	102	10	112	1	1	1	0	0	2	1	3	0	0	0	0
EMILIA ROMAGNA	600	24	624	209	5	214	0	0	5	0	2	7	0	7	1	1	1	2
FIUJI	178	5	183	36	0	36	2	0	0	0	0	2	0	2	1	0	1	1
LAZIO	1.559	133	1.692	622	15	637	10	4	0	1	0	10	5	15	5	0	5	0
LUCANIA	180	15	195	104	5	109	4	0	0	0	0	4	0	4	1	0	1	1
LOMBARDIA	1.301	72	1.373	303	6	309	42	0	15	0	0	57	0	57	1	0	0	0
MARCHE	108	0	108	19	0	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MOLISE	22	1	23	7	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PIEMONTE	642	21	663	233	3	236	6	0	1	0	0	7	0	7	1	0	1	1
PUGLIA	82	19	101	6	1	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SARDEGNA	303	0	303	81	0	81	7	0	0	0	0	7	0	7	1	0	1	1
SICILIA	171	5	176	23	0	23	2	0	2	0	0	4	0	4	0	0	0	0
TOSCANA	602	17	619	75	0	75	8	0	1	0	0	10	0	10	7	0	7	0
TRENTINO	127	2	129	52	0	52	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
UMBRIA	133	15	148	26	1	27	2	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0
VENETO	358	30	388	78	2	80	5	0	3	0	1	9	0	9	4	0	4	0
VALLE D' AOSTA	43	0	43	15	0	15	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0
TOTALE NAZIONALE	7.331	439	7.770	2.053	51	2.104	92	5	31	1	3	128	6	132	64	1	65	0

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

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

ATTIVITA' DEI CENTRI DI SERVIZIO SOCIALE CON RIFERIMENTO AGLI ARTT. 47 E 47 TER LEGGE 354/75.

SCHEDA 6
RIEPILOGO

SITUAZIONE AL 31/12/93 RIEPILOGO NAZIONALE

REGIONE	ART. 47 BIS		ART. 47		ART. 47 TER		ART. 75 lett. b, l. u. 309/90	
	Toscalco- dipend.	Alcool- dipend.	Toscalco- dipend.	Alcool- dipend.	Toscalco- dipend.	Alcool- dipend.	Toscalco- dipend.	Alcool- dipend.
ABRUZZO	14	0	12	1	4	0	18	0
BASILICATA	4	0	0	0	1	0	1	0
CALABRIA	25	0	4	1	1	0	32	0
CAMPANIA	19	0	30	1	5	1	53	0
EMILIA ROMAGNA	307	2	79	0	2	0	52	0
FRIULI VENEZIA GIULIA	26	7	33	3	1	3	4	0
LAZIO	65	15	0	1	7	1	25	0
LIGURIA	124	4	127	0	5	2	18	0
LOMBARDIA	216	5	37	6	15	1	30	0
MARCHE	48	0	0	0	0	0	3	0
MOLISE	1	0	4	0	0	0	0	0
PIEMONTE	138	2	30	1	5	1	21	0
PUGLIA	119	0	15	0	12	0	21	0
SARDEGNA	43	1	32	1	7	1	6	0
SICILIA	59	0	59	0	3	0	33	0
TOSCANA	254	1	142	2	3	0	14	0
TRENTINO ALTO ADIGE	33	2	8	1	1	0	5	0
UMBRIA	54	1	15	0	1	0	0	0
VENETO	150	6	82	1	3	0	11	0
VALLE D'AOSTA	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE	1.697	46	340	21	76	10	342	0
			2.101		2.462		432	

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

ATTIVITA' DEI CENTRI DI SERVIZIO SOCIALE CON RIFERIMENTO AGLI ARTT. 47 E 47 TER LEGGE 354/75.

SCHEDA 7
RIEPILOGO

RIEPILOGO NAZIONALE

CASI PERVENUTI DALL'1/7/93 AL 31/12/93

REGIONE	ART. 47 BIS		ART. 47		ART. 47 TER		ART. 76 lettera b) l. n. 309/90	
	Fossico - dipend.	Alcool - dipend.	Fossico - dipend.	Alcool - dipend.	Fossico - dipend.	Alcool - dipend.	Fossico - dipend.	Alcool - dipend.
ABRUZZO	18	0	29	2	4	0	0	0
BASILICATA	6	0	0	0	2	0	0	0
CALABRIA	26	0	2	1	1	0	0	0
CAMPANIA	19	0	26	1	4	1	0	0
EMILIA ROMAGNA	309	2	0	0	3	1	0	0
FRIULI VENEZIA GIULIA	26	7	33	2	1	3	0	0
LAZIO	88	0	0	1	7	0	0	0
LIGURIA	68	5	93	0	4	2	0	0
LOMBARDIA	173	3	176	10	15	9	0	0
MARCHE	31	0	0	0	0	0	0	0
MOLISE	1	0	4	1	0	0	0	0
PIEMONTE	100	3	25	1	3	1	0	0
PUGLIA	139	0	20	0	17	0	0	0
SARDEGNA	32	1	22	1	10	2	0	0
SICILIA	57	0	57	0	2	1	0	0
TOSCANA	188	0	86	1	2	0	0	0
TRENTINO ALTO ADIGE	25	3	2	1	2	1	0	0
UMBRIA	33	1	13	0	0	0	0	0
VENETO	132	10	3	3	2	0	0	0
VALLE D'AOSTA	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE	1.491	35	285	25	79	21	0	0
			1.526	2.208	2.518	324	424	0

Rapporto

*sugli assuntori di droga entrati
nei servizi minorili della giustizia*

ANNO 1993

Premessa

Giova ricordare preliminarmente che in ottemperanza alla normativa vigente questo Ufficio Centrale ha provveduto a realizzare tramite i servizi dipendenti, gli interventi destinati ai minori tossicodipendenti del circuito penale secondo le loro specifiche posizioni giuridiche e processuali.

in particolare ha provveduto:

- al soddisfacimento delle esigenze poste dai soggetti tossicodipendenti in stato di fermo o di arresto che hanno richiesto interventi immediati di primo livello o attività previste da programmi di prevenzione, curativi o riabilitativi già avviati dai competenti servizi del territorio.

- alla realizzazione degli interventi per i soggetti in esecuzione di pena di cui all'ex art. 30 della legge 162/90 e per i soggetti sottoposti al provvedimenti della custodia cautelare di cui all'art. 24

del D.P.R. 448/88 che hanno rifiutato di aderire al programma terapeutico e socio-riabilitativo alternativo alla detenzione;

- al collocamento in comunità terapeutica dei minori sottoposti a provvedimento dell'autorità giudiziaria per i soggetti imputati, condannati e in espiazione di misure di sicurezza ai sensi degli artt. 22,28 e 36 del D.P.R. 448/88 (nuovo codice di procedura penale minorile) .

Giova ancora ricordare che, come il passato, la realizzazione dei programmi specifici, sia nella fase di progettazione che nella fase di attuazione, è avvenuto in piena collaborazione con i Centri specializzati esterni secondo una strategia di intervento ormai collaudata da qualche anno sulla base di protocolli di intesa con le Regioni e di specifiche convenzioni con le U.S.L. di cui si è data ampia informazione con la relazione del 1992.

Rispetto allo scorso anno, la strategia di attacco al fenomeno ha spostato il preminente interesse dell'Ufficio dalla azione diretta sul minore all'intervento formativo degli operatori in considerazione della rassicurante stabilizzazione del sistema della risposta alla droga e della necessità di rafforzare la professionalità del personale dipendente proprio nella previsione di rendere più incisivo e deciso l'intervento sull'utenza.

INIZIATIVE INTRAPRESE

Sulla base delle iniziative avviate nel 1992 in collaborazione con le Regioni per concordare comuni linee di azione in risposta alla tossicodipendenza questo Ufficio ha portato a definizione in un documento conclusivo le linee d'indirizzo in materia di cura e riabilitazione dei tossicodipendenti.

Il documento è stato oggetto di esame e di approvazione da parte della Commissione Nazionale consultiva e di coordinamento per i rapporti con le Regioni e gli Enti Locali che, come si sa, opera presso questo Ministero con compiti di consulenza agli organi politico-amministrativo nazionali e regionali in materia di assistenza ai cittadini coinvolti in situazioni di giustizia penale

Nodo centrale della riflessione, conclusa con le proposte organizzative dell'intervento comune nella materia specifica, è stato il superamento della dialettica esistente, a volte paralizzante sul piano operativo, tra la necessità della risposta sociosanitaria e la esigenza di carattere giudiziario, anche se l'esito depenalizzante del referendum abrogativo di taluni articoli della legge 162/90, ne ha ridimensionato il persistente rischio di conflittualità.

La recente normativa in vigore in materia processuale penale (D.P.R. 443/83) e in materia di trattamento degli stati di tossicodipendenza (L. 162/90 e successive modificazioni) pur avendo determinato un contatto sempre più ravvicinato tra le strutture della giustizia minorile e i servizi territoriali deputati alla cura e alla riabilitazione dei tossicodipendenti, non ha fornito a tutt'oggi situazioni di intervento omogeneo sul piano nazionale. Sul versante operativo si passa, infatti, da collaborazioni soddisfacenti in alcune limitate aree del paese all'inesistenza completa di rapporti tra due sistemi fino a poco tempo fa retti da leggi, prassi e culture molto diverse a cui la richiamata recente legislazione ha imposto nel fatti la collaborazione senza individuarne, però, forme e contenuti.

Di qui la necessità di una direttiva in materia che impegni con continuità le istituzioni interessate e agevoli gli sforzi che si compiono in entrambi i versanti, diretti a prevenire l'uso di droga e a fornire idonee risposte curative ai minori a rischio o già avviati verso l'uso di sostanze stupefacenti.

Partendo dall'esigenza del rispetto del diritto alla salute e al reinserimento sociale, tanto rilevante nel settore della tossicodipendenza, il documento individua e recupera forme di integrazione tra " esigenze di giustizia" e "esigenze di trattamento" delle tossicodipendenze, attingendone motivi e finalità dal sistema normativo socio-sanitario in quanto ordinato alla tutela della salute di tutti i cittadini e perciò stesso interattivo con l'ordinamento penale minorile.

Alla luce di quanto sopra, l'Ufficio per la giustizia minorile e le Regioni hanno convenuto sull'opportunità di proporre, per gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei tossicodipendenti minorenni sottoposti a misure limitative e privative della libertà, linee comuni di comportamento nel rispetto delle competenze, delle specificità delle situazioni locali e delle peculiarità delle tipologie di soggetti che richiedono risposte diversificate, professionalmente adeguate, integrate ed efficaci.

Tali comportamenti saranno posti in essere concretamente seguendo le direttive che possono così sintetizzarsi nei principali punti qualificanti:

- è compito della U.S.L. provvedere alla prevenzione e al trattamento delle tossicodipendenze dei minori privati o limitati della libertà personale. In questo contesto i servizi antidroga della U.S.L. valutano il bisogno e la domanda individuale e sociale assumendo conseguentemente la responsabilità del programma terapeutico individualizzato e della sua attuazione;

- per l'esercizio delle funzioni sopraindicate i servizi antidroga collaborano con la direzione dei servizi della giustizia minorile secondo procedure e modalità regolamentate da convenzioni da stipulare tra la U.S.L. e il Centro per la giustizia minorile. La responsabilità del trattamento del minore perseguito penalmente è a carico dei servizi minorili della giustizia la cui gestione, per i casi coinvolti in situazione di tossicodipendenza, si avvale e si integra con quella dei servizi territoriali antidroga.

La convenzione preciserà le modalità di coordinamento delle rispettive competenze e l'integrazione degli interventi con riferimento agli aspetti

istituzionali, tecnici ed organizzativi, avendo premura di salvaguardare l'unitarietà dell'intervento e del sistema dei servizi a questo deputati.

La direttiva, infine, formula l'indicazione per un coinvolgimento pieno dei servizi della giustizia nella programmazione regionale e locale dei servizi su tutti i temi presenti nella tossicodipendenza con riguardo alle sedi, ai momenti significativi, agli aspetti tecnici e organizzativi.

Tutto ciò nella prioritaria esigenza di fondare anche l'intervento destinato a minori tossicodipendenti su valide basi educative, contrastando facili suggestioni che potrebbero alimentare manipolatoriamente interventi fortemente specializzati anche in senso repressivo..

Degna di menzione appare, infine, l'iniziativa oggetto di un progetto di finanziamento specifico, che tende a realizzare un sistema di elaborazione dati in grado di tenere sotto controllo costantemente l'andamento della tossicodipendenza nella prospettiva di rilevare più precocemente il rischio della droga nei confronti dei minorenni di cui, in forza della loro situazione penale, si possono conoscere fin dal loro primo impatto con la giustizia, le condizioni personali e ambientali.

Formazione e aggiornamento del personale.

Il progetto finanziato per £. 216.000.000 è stato avviato a realizzazione all'inizio dell'anno 1992 con due seminari di aggiornamento destinati a 92 dirigenti dei servizi con finalità conoscitive ed organizzative in materia di tossicodipendenza e con un corso di formazione destinato a 80 educatori vincitori di concorso il cui programma didattico è stato integrato da discipline attinenti la tossicomania.

Il progetto stesso è stato proseguito nella sua attuazione nel corso del 1993 con i residui fondi di formazione gravanti sugli stanziamenti del 1991 con una serie di seminari formativi svolti presso le tre scuole di formazione dipendenti di Castiglione delle Stiviere, di Roma e di Messina secondo le modalità e i tempi che saranno di seguito illustrati.

La realizzazione dei seminari ha fatto capo alle Scuole per tutte le varie fasi scientifico organizzativo che hanno riguardato la progettazione, il coordinamento scientifico, il tutoraggio e la valutazione avvalendosi per talune specifiche esperienze del supporto tecnico di agenzie specializzate (Ceis per due seminari di Roma).

I contenuti formativi previsti hanno inteso trasmettere conoscenze ed informazioni di base di carattere tecnico - legislativo, psico- sociale e sanitario impegnando docenti facenti parte del contesto accademico e del contesto organizzativo operativo istituzionale e del privato sociale competenti nelle singole discipline interessate.

In particolare le discipline di insegnamento hanno toccato in prima istanza gli elementi costitutivi delle vigenti normative in materia di tossicodipendenza sociale in relazione agli esiti dell'ultima consultazione referendaria.

In questo contesto sono state illustrate le recenti iniziative predisposte dal Dipartimento degli Affari sociali in materia di controllo e per prevenzione del fenomeno e le opportunità di formazione offerte dalla attuale normativa per la realizzazione di servizi e progetti, di interesse preventivo e riabilitativo. Inoltre è stato toccato il tema dell'analisi delle

strategie d'intervento esaminando la possibilità attraverso cui giungere alla costruzione di un modello teorico di prevenzione nel campo della tossicodipendenza attraverso le modalità operative dei gruppi di ricerca attiva.

In seconda istanza sono stati toccati gli aspetti socio - sanitari della tossicomania partendo dall'azione dei processi evolutivi della fase adolescenziale per evidenziare i temi del controllo sociale in funzione dello sviluppo educativo e per evidenziare la responsabilità dei servizi e degli operatori nella progettazione - gestione dell'intervento in relazione al contesto di vita del minore.

Punto nodale di questo insegnamento è stato l'analisi della "qualità dei valori" nella società contemporanea, individuando il prevalere della cultura della droga nella carenza dei valori positivi quali l'etica individuale e collettiva e la solidarietà.

Nel contesto di valorizzazione dell'effimero si inserisce una "cultura forte" come quella della droga che fa presa proprio sui giovani in formazione.

In questo secondo quadro di riferimento sono stati sviluppati anche gli aspetti relativi alle modalità del trattamento tossicologico della tossicodipendenza con la illustrazione della classificazione delle varie tipologie di sostanze stupefacenti e degli effetti chimici e comportamentali provocati sull'assuntore.

Sono stati toccati, infine, le strategie d'intervento e le modalità di prevenzione dell'AIDS, correlata al fenomeno della tossicodipendenza minorile.

In terza istanza sono stati proposti dal relatore interventi che hanno preso in esame il fenomeno della tossicodipendenza minorile da due diverse modalità di approccio nel fronteggiarlo; la prima di tipo psico-sociale, la seconda di approfondimento della logica di mercato e di controllo del territorio ponendo l'accento sulla rappresentazione del vissuto personale e ambientale del minore anche attraverso le individuazione degli stili di vita e della cultura del contesto sociale.

In estrema sintesi l'attività inerente la formazione e l'aggiornamento del personale ha trovato svolgimento mediante tre tipi di corsi e seminari.

Il primo corso formativo riguardante materia di tossicodipendenza è stato destinato ai direttori e ai vice-direttori dei servizi minorili per fini organizzativi e per finalizzare l'intervento specifico nell'ambito delle responsabilità di loro competenza.

Al corso della durata di tre giorni hanno partecipato 62 direttori per una spesa complessiva di £. 81.300.000.

Il secondo corso integrativo di aggiornamento con la partecipazione di operatori appartenenti a diversi profili professionali (educatori, assistenti sociali, psicologi, operatori pedagogici) è stato realizzato anche con l'insegnamento di materie attinenti la tossicodipendenza con la partecipazione di 187 allievi per una spesa complessiva di £. 51.770.000.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Il terzo tipo in forma seminariale ha avuto scopo informativo ed è stato destinato agli operatori della polizia penitenziaria con la partecipazione di 220 allievi per la spesa complessiva di £. 65.000.000.

Tutti i corsi si sono svolti presso le tre scuole dipendenti o presso i singoli servizi di appartenenza.

Altri corsi similari sono da realizzare nel prossimo futuro.

Collocamento di minorenni in comunità terapeutiche

L'intervento contemplato dal progetto è stato realizzato per 55 minori con problemi di droga sottoposti a misure penali in regime di misure alternative alla detenzione o in stato di libertà.

Per il trattamento terapeutico sono state utilizzati per 45 posti in convenzione le comunità secondo quanto rappresentati dal seguente schema:

Comunità	Posti n.	Osservazioni
Bessimo	3	
S. Patrignano	12	
Ceis	7	
Ponte	2	
Pioppo	5	
Saman	16	per le 4 Regioni del Sud

Altri 10 casi sono stati collocati in regime extra-convenzionale, in comunità per esplicite esigenze processuali in adeguamento alle prescrizioni giudiziarie.

La media giornaliera pro-capite si colloca tra le 95.000 e le 130.000 lire per la presunta spesa complessiva annua di circa un miliardo e duecento milioni..

I risultati ottenuti possono considerarsi complessivamente positivi se si considera che gli allontanamenti hanno riguardato soltanto 8 ragazzi. Alcuni minori sono rimasti in comunità con retta a carico della USL anche dopo la conclusione delle misure penale per portare a termine il percorso terapeutico intrapreso.

L'azione integrata tra operatori di servizi minorili e operatori delle comunità é apparsa efficiente e produttiva anche se in qualche occasione non sono mancati diversità di interpretazione circa il modo di condurre il trattamento verso gli obiettivi indicati dal progetto terapeutico. In linea di massima é stata rispettata la competenza della USL a gestire il caso e a svolgere l'attività inerente la condizione di tossicodipendenza del minore

specie nella prima fase di decondizionamento e di affievolimento del rapporto di dipendenza dalla droga.

ANDAMENTO STATISTICO.

I dati sugli assuntori di droga rilevati nei servizi minorili nell'anno 1993 rispecchiano le voci già contemplate nella relazione 1992 tenendo presente quanto espressamente previsto dall'art. 1, co. 8 del D.P.R. 309/90 e dell'art. 3 del D.L.vo 7.1.1994 n. 9.

Sono così suddivisi:

- a) 1° semestre 1993
- b) 2° semestre 1993
- c) anno 1993

Per ciascuno dei punti a), b) e c) i dati sono suddivisi in gruppi di sei tabelle per ogni tipo di servizio (Centri di Prima Accoglienza, Istituti Penali Minorili e Uffici di servizio Sociale per i Minorenni).

Le tabelle riguardano:

TAB.1 : ingressi dei minori assuntori di droga suddivisi per nazionalità, sesso e tipo di sostanza assunta.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TAB.2 : i diversi tipi di intervento effettuati all'interno dei servizi relativamente agli ingressi dei minori assuntori di droga, suddivisi per nazionalità e sesso.

TAB. 3 : le diverse collaborazioni avviate dai servizi minorili con altri servizi del territorio relativamente ai minori assuntori di droga suddivisi per nazionalità e sesso.

TAB. 4 : ingressi dei minori assuntori di droga suddivisi per livello di dipendenza dalla sostanza, nazionalità e sesso.

TAB. 5: numero di minori assuntori di droga entrati nei servizi minorili nel 1993.

I dati delle tabelle da 1 a 4, riferendosi agli ingressi dei minori assuntori di droga contengono anche i casi in cui lo stesso minore è entrato più volte nell'anno sia nello stesso servizio che in servizi diversi.

Relativamente all'intero anno 1993 viene presentata la tabella n. 5 che è relativa al numero di soggetti assuntori di droga (e non le entrate

quindi) rilevato nei servizi minorili, questi ultimi non più suddivisi per tipo di servizio ma accorpato per territorio regionale.

Per quanto riguarda l'andamento semestrale si evince subito il calo degli ingressi che si è verificato nel 2° semestre rispetto al primo (n. 234 a fronte dei 332) dovuto, si presume alla mancata tempestività della compilazione delle schede alla fonte che solitamente si registra alla fine dell'anno. Informazioni provenienti dagli operatori danno invece l'andamento costante vicino ai dati statistici del 1° semestre.

Per quanto riguarda tutti i punti di cui sopra va detto, in via preliminare, che i dati a nostra disposizione rappresentano solo una parte della reale presenza di minori assuntori di droga nei servizi minorili. Si ritiene, infatti, che un numero elevato di assuntori di droga sfugga a questo tipo di rilevazione. Ciò può essere collegato alla scelta da parte del minore di non portare a conoscenza degli operatori il suo stato di dipendenza dalla sostanza stupefacente, o può essere collegato a difficoltà organizzative da parte degli operatori nella compilazione delle schede.

Nell'analisi dei dati sugli assuntori di droga relativa all'anno 1992 si erano rilevate alcune costanti:

- presenza prevalente tra gli assuntori di droga di maschi italiani nei tre servizi considerati;
- elevato uso di eroina e di cannabis nei tre servizi considerati;
- alto numero di imputazioni per reati connessi alla legge 309/90 sulle sostanze stupefacenti nei tre servizi considerati;

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- elevata presenza negli Istituti Penali Minorili di soggetti propriamente tossicodipendenti rispetto agli altri due tipi di servizi (C.P.A. e U.S.S.M.).

L'analisi dei dati relativi all'anno 1993 conferma lo stesso andamento.

Nei tre servizi considerati (Istituti Penali Minorili, Centri di Prima Accoglienza, Uffici di Servizio Sociale Minorili) è prevalente la presenza di minori italiani maschi rispetto alle femmine italiane e ai minori stranieri sia maschi che femmine; queste ultime quasi completamente assenti.

Tra le sostanze utilizzate sono sempre prevalenti l'eroina e la cannabis; più in particolare negli Istituti Penali è prevalente l'uso di eroina, mentre nei Centri di Prima Accoglienza e negli Uffici di Servizio Sociale quello della cannabis. Rispetto allo scorso anno si registra un forte aumento nel numero di minori che fanno uso di più sostanze contemporaneamente, senza avere un tipo di sostanza elettiva. Dai dati non emerge un aumento nell'uso di cocaina, al contrario di quanto invece frequentemente segnalato, pur se informalmente, dagli operatori. Questo aspetto può essere messo in relazione sia con le particolari caratteristiche del tipo di sostanza, i cui "segnali di dipendenza" richiedono un tempo lungo per diventare evidenti, sia con la percezione che gli assuntori di cocaina hanno dell'assunzione stessa: molto spesso si riscontra, infatti, che chi assume cocaina non si definisce come tossicodipendente.

Relativamente alla qualità dell'assunzione, così come nei periodi precedenti, l'Istituto Penale Minorile risulta essere il servizio con la maggiore presenza di minori propriamente tossicodipendenti, mentre nei Centri di Prima Accoglienza e nei Servizi Sociali Minorili prevalgono gli

assuntori occasionali ed abituali. Questo dato conferma l'ipotesi, più volte evidenziata, che nell'attuale organizzazione dei servizi minorili, l'Istituto Penale rappresenta il luogo che raccoglie le situazioni che presentano un maggior livello di gravità sia da un punto di vista giudiziario che personale.

Gli interventi effettuati sugli assuntori di droga nei diversi servizi considerati segnala la tendenza a privilegiare un intervento di tipo psicologico rispetto a quello farmacologico. Negli Istituti Penali e nei Servizi Sociali ha raggiunto l'80% dei casi, nei Centri di Prima Accoglienza la percentuale è stata del 66%. Come già altre volte sottolineato la maggiore presenza di interventi di tipo farmacologico, che si nota nei Centri di Prima Accoglienza rispetto agli altri due tipi di servizi, è collegata ai brevi tempi di permanenza dei minori in questo servizio.

Per quanto riguarda la collaborazione avvenuta con altri servizi del territorio, si evidenzia come prevalente quella con i servizi ambulatoriali U.S.L.. Nei Servizi Sociali la percentuale di collaborazioni avviate - calcolata sul numero totale degli interventi - risulta essere del 58% negli Istituti Penali Minorili è del 22% e nei Centri di Prima Accoglienza del 9%. Le diverse percentuali ottenute nei tre servizi sono da collegare, chiaramente, con i diversi contesti istituzionali.

Il numero non elevato di interventi e di collaborazioni avviate rinvia alla complessa interazione tra uso di droga e devianza, in particolare per quanto riguarda l'avvio di un percorso di cura a partire dall'incontro con un minore in un contesto sanzionatorio e coercitivo.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Le imputazioni dagli assuntori di droga presenti nei servizi minorili riguardano prevalentemente i reati contro il patrimonio e i reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti; questi ultimi presentano un progressivo aumento rispetto al passato. Anche da non sottovalutare i reati di rapina.

Più in particolare nei Centri di prima Accoglienza si registra, relativamente ai reati contro la legge 309/90, una percentuale del 39% sul totale dei reati, il reato di furto ne rappresenta il 29% e la rapina il 17%. Negli Istituti Penali Minorili i reati contro la legge 309/90 costituiscono il 25% sul totale dei reati; il reato di furto il 34% e la rapina il 27%.

Nei Servizi Sociali Minorili il reato contro la legge sugli stupefacenti rappresenta il 42% il furto il 24% e la rapina il 10%.

Relativamente all'anno 1993 è stata predisposta una ulteriore tabella (vedi tab. 5) che, come già detto sopra, si riferisce al numero di soggetti assuntori di droga entrati nei servizi minorili nell'anno in questione suddivisi per territorio regionale.

Per una corretta lettura dei dati inerenti la tabella va specificato che i soggetti assuntori di droga rilevati all'interno di uno specifico territorio regionale possono essere anche di provenienza di altro territorio regionale.

Inoltre nel caso in cui un soggetto assuntore di droga sia entrato in contatto con i servizi minorili di più regioni, è stato rilevato ed inserito nei dati di ogni singola regione.

Questo spiega perché il numero dei soggetti assuntori di droga entrati in contatto con i servizi minorili su tutto il territorio nazionale risultano essere 846, mentre nella tabella 5, avendo scelto un livello di analisi regionale, per i motivi sopra esposti il numero complessivo di soggetti assuntori risulta essere 824.

Questa tabella potrà essere sottoposta ad una lettura analitica solo in un prossimo futuro, avendo un termine di comparazione a cui riferirsi.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REP. I/STUDI. - INGRESSI DI MINORI ASSUNTORI DI DROGA NEI C.P.A.
SUDDIVISI PER TIPO DI SOSTANZA NELL'ANNO 1993 TAB. 1

SOSTANZA ASSUNTA:	italiani		stranieri		TOTALE		TOTALE	
	m	f	m	f	m	f	%	%
OPPIACEI	84	6	24	2	26	29,55	116	20,57
COCAINA	21	0	3	1	4	4,55	25	4,43
CANNABIS	251	3	38	1	39	44,32	293	51,95
ANSIO.PSICOF. PEICOSTIMOL.	5	0	1	0	1	1,14	6	1,06
DUE + SOSTANZE	100	3	14	0	14	15,91	117	20,74
ALTRE (compreso alcool)	3	0	4	0	4	4,55	7	1,24
T O T A L E	464	12	84	4	88	100,00	564	100,00

REP. I/STUDI - TIPO DI INTERVENTO EFFETTUATO SUI MINORI ASSUNTORI
DI DROGA NEI C.P.A. NELL'ANNO 1993 TAB. 2

INTERVENTI:	italiani		stranieri		totale		TOTALE	
	m	f	m	f	m	f	%	%
FARMACOLOGICO	85	3	11	0	11	14,29	99	26,26
PSICOLOG. E SOSTEGNO	157	2	43	2	45	58,44	204	54,11
FARMACOLOG. E PSICOL	49	4	19	2	21	27,27	74	19,63
T O T A L E	291	9	73	4	77	100,00	377	100,00

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REP. I/STUDI - ATTIVITA' DI COLLABORAZIONE TRA C.P.A. ED ALTRI
SERVIZI MINORILI SUI MINORI ASSUNTORI DI DROGA NELL'ANNO 1993 - TAB. 3 -

	---italiani---		---stranieri---		TOTALE	
	f	m	f	m	mf	GENERALE
COLLABORAZIONI CON:						
SERVIZI AMBULATOR. USL	40	1	41	2	0	2
COMUNITA' TERAPEUTICHE PUBBLICHE O PRIVATE	6	0	6	1	0	1
STRUTTURE NON RESIDENZ PUBBLICHE O PRIVATE	0	0	0	0	0	0
T O T A L E	46	1	47	3	0	3

REP. I/STUDI - INGRESSI NEI C.P.A. DI MINORI ASSUNTORI DI DROGA
SUDDIVISI PER LIVELLO DI DIPENDENZA NELL'ANNO 1993 - TAB. 4

	---italiani---		---stranieri---		TOTALE	
	f	m	f	m	mf	GENERALE
Livello di dipendenza:						
ASSUNTORE OCCASIONALE	222	3	225	47,27	24	2
ASSUNTORE ABITUALE	187	3	190	39,92	49	0
TOSSICODIPENDENTE	55	6	61	12,82	11	2
T O T A L E	464	12	476	100,00	84	4

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REP. I/STUDI - INGRESSI DI MINORI ASSUNTORI DI DROGA NEGLI I. P. M.
SUDDIVISI PER TIPO DI SOSTANZA NELL'ANNO 1993
TAB. 1

	---italiani---		---stranieri---		totale		TOTALE			
	m	f	m	f	m	f	%	%		
OPPIACEI	94	4	98	37,69	24	0	24	60,00	122	40,67
COCAINA	23	0	23	8,85	0	0	0	0,00	23	7,67
CANNABIS	62	0	62	23,85	5	1	6	15,00	68	22,67
ANSIO, PSICOF. PSICOSTIMOL.	5	0	5	1,92	1	0	1	2,50	6	2,00
DUE + SOSTANZE	69	0	69	26,54	9	0	9	22,50	78	26,00
ALTRE (compreso alcool)	2	1	3	1,15	0	0	0	0,00	3	1,00
T O T A L E	255	5	260	100,00	39	1	40	100,00	300	100,00

REP. I/STUDI - TIPO DI INTERVENTO EFFETTUATO SUI MINORI ASSUNTORI
DI DROGA NEGLI I. P. M. NELL'ANNO 1993
TAB. 2

INTERVENTI:	---italiani---		---stranieri---		totale		TOTALE			
	m	f	m	f	m	f	%	%		
FARMACOLOGICO	49	2	51	23,18	18	0	18	51,43	69	27,
PSICOLOG. E SOSTEGNO	106	1	107	48,64	12	1	13	37,14	120	47,
FARMACOLOG. E PSICOL.	60	2	62	28,18	4	0	4	11,43	66	25,
T O T A L E	215	5	220	100,00	34	1	35	100,00	255	100,

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REP. I/STUDI - ATTIVITA' DI COLLABORAZIONE TRA I.P.M. E ALTRI
SERVIZI MINORILI SUGLI ASSUNTORI DI DROGA NELL'ANNO 1993
TAB. 3

	---italiani---		---stranieri---		TOTALE	
	m	f	m	f	mf	GENERALE
COLLABORAZIONI CON:						
SERVIZI AMBULATOR. USL	50	4	0	0	0	54
COMUNITA' TERAPEUTICHE PUBBLICHE O PRIVATE	11	0	0	0	0	11
STRUTTURE NON RESIDENZ PUBBLICHE O PRIVATE	2	0	0	0	0	2
T O T A L E	63	4	0	0	0	67

REP. I/STUDI - INGRESSI NEGLI I.P.M. DI MINORI ASSUNTORI DI DROGA
SUDDIVISI PER LIVELLO DI DIPENDENZA NELL'ANNO 1993
TAB. 4

Livello di dipendenza:	---italiani---		%		---stranieri---		%		TOTALE	
	m	f	mf	totale	m	f	mf	totale	mf	GENERALE
ASSUNTORE OCCASIONALE	63	0	63	24,23	11	0	11	27,50	74	24
ASSUNTORE ABITUALE	83	1	84	32,31	12	1	13	32,50	97	32
TOSSICODIPENDENTE	109	4	113	43,46	16	0	16	40,00	129	43
T O T A L E	255	5	260	100,00	39	1	40	100,00	300	100

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REP. I/STUDI. ASSUNTORI DI DROGA SEGUITI DAI SERVIZI SOCIALI MINORILI
SUDDIVISI PER TIPO DI SOSTANZA NELL'ANNO 1993
TAB. 1

	---italiani---		totale		---stranieri---		totale		TOTALE	
	m	f	mf	%	m	f	mf	%	GENERALE	%
OPPIACEI	37	6	43	21,39	0	0	0	0	43	21,39
COCAINA	6	1	7	3,48	0	0	0	0	7	3,48
CANNABIS	78	4	82	40,80	0	0	0	0	82	40,80
ANSIO, PSICOF. PSICOSTIMOL.	3	0	3	1,49	0	0	0	0	3	1,49
DUE + SOSTANZE	50	8	58	28,86	0	0	0	0	58	28,86
ALTRE (compreso alcool)	8	0	8	3,98	0	0	0	0	8	3,98
T O T A L E	182	19	201	100,00	0	0	0	0	201	100,00

REP. I/STUDI - TIPO DI INTERVENTO EFFETTUATO SUGLI ASSUNTORI DI DROGA
SEGUITI DAI SERVIZI SOCIALI MINORILI NELL'ANNO 1993
TAB. 2

INTERVENTI:	---italiani---		totale		---stranieri---		totale		TOTALE	
	m	f	mf	%	m	f	mf	%	GENERALE	%
FARMACOLOGICO	5	1	6	3,73	0	0	0	0	6	3,73
PSICOLOG. E SOSTEGNO	135	13	148	91,93	0	0	0	0	148	91,93
FARMACOLOG. E PSICOL.	6	1	7	4,35	0	0	0	0	7	4,35
T O T A L E	146	15	161	100,00	0	0	0	0	161	100,00

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REP. I/STUDI. ATTIVITA' DI COLLABORAZIONI CON ALTRI SERVIZI SUGLI
ASSUNTORI DI DROGA SEGUITI DAI SERVIZI SOCIALI MINOR. - ANNO 1993- TAB. 3

	italiani		totali		stranieri		totale		TOTALE GENERALE
	m	f	mf	mf	m	f	mf		
COLLABORAZIONI CON:									
SERVIZI AMBULATOR. USL	74	13	87	0	0	0	0	0	87
COMUNITA' TERAPEUTICHE PUBBLICHE O PRIVATE	11	1	12	0	0	0	0	0	12
STRUTTURE NON RESIDENZ PUBBLICHE O PRIVATE	17	1	18	0	0	0	0	0	18
T O T A L E	102	15	117	0	0	0	0	0	117

REP. I/STUDI. LIVELLO DI DIPENDENZA DEGLI ASSUNTORI DI DROGA SEGUITI DAI
SERVIZI SOCIALI MINORILI NELL'ANNO 1993 TAB. 4

Livello di dipendenza:	italiani		totali		stranieri		totale		TOTALE GENERALE	%
	m	f	mf	mf	m	f	mf			
ASSUNTORE OCCASIONALE	88	6	94	46,77	0	0	0	0	94	46,77
ASSUNTORE ABITUALE	59	5	64	31,84	0	0	0	0	64	31,84
TOSSICODIPENDENTE	35	8	43	21,39	0	0	0	0	43	21,39
T O T A L E	182	19	201	100,00	0	0	0	0	201	100,00

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REP. I/STUDI - MINORI ASSUNTORI DI DROGA ENTRATI NEI SERVIZI MINORILI
SUDDIVISI PER TERRITORIO REGIONALE NELL'ANNO 1993 TAB.5

	ITALIANI			STRANIERI			TOTALE GENERALE
	M	F	TOTALE	M	F	TOTALE	
D.D. MILANO							
Lombardia	67	5	72	31	1	32	104
Piemonte	39	3	42	9	1	10	52
Liguria	21	1	22	5	0	5	27
TOTALE	127	9	136	45	2	47	183
D.D. VENEZIA							
Veneto	8	1	9	2	0	2	11
Trentino A.A.	2	1	3	0	0	0	3
Friuli V.G.	9	1	10	0	0	0	10
TOTALE	19	3	22	2	0	2	24
D.D. FIRENZE							
Emilia R.	31	2	33	20	2	22	55
Toscana	21	4	25	5	0	5	30
Marche	24	1	25	0	0	0	25
Umbria							
TOTALE	76	7	83	25	2	27	110
D.D. ROMA							
Lazio	159	9	168	34	0	34	202
Abruzzo	9	0	9	3	0	3	12
Sardegna	33	1	34	0	0	0	34
TOTALE	201	10	211	37	0	37	248
D.D. NAPOLI							
Campania	197	1	198	4	0	4	202
Molise							
TOTALE	197	1	198	4	0	4	202
D.D. BARI							
Puglia	48	1	49	0	0	0	49
Basilicata	6	0	6	0	0	0	6
TOTALE	54	1	55	0	0	0	55
D.D. PALERMO							
Sicilia	62	0	62	0	0	0	62
Calabria							
TOTALE	62	0	62	0	0	0	62
TOTALE GENERALE	736	31	767	113	4	117	884

***Le attività di prevenzione ed
informazione a livello scolastico
(A cura del Ministero della pubblica istruzione)***

ATTIVITA' DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE ATTUATE AI SENSI DEL DPR 309/90 - SINTESI

PREMESSA

Sul n° 6/93 degli Annali a cura dell'Ufficio Studi sono state fornite ed esposte linee di tendenza relative alla istituzione dei Centri di Informazione e Consulenza (CIC) che costituiscono una delle principali e significative innovazioni contenute nel DPR 309/90. Si prosegue, in questa sede, nella esposizione, in via necessariamente sintetica, delle rilevazioni effettuate, avuto riguardo al quadro normativo esistente.

L'attuazione degli indirizzi programmatici elaborati dal Ministero della Pubblica Istruzione in tema di educazione alla salute e di informazione sui danni derivanti dall'alcolismo, dal tabagismo, dall'uso delle sostanze stupefacenti o psicotrope, nonché dalle patologie correlate, ha comportato, da parte della scuola, l'attivazione e il sostegno di iniziative che hanno coinvolto tutte le componenti scolastiche:

a) iniziative nelle scuole:

- Progetto Giovani 93 e altri progetti inerenti l'educazione alla salute e prevenzione delle tossicodipendenze;

- Progetto Ragazzi 2000;

- Centri di Informazione e Consulenza (C.I.C.).

b) attività di sostegno alle iniziative nelle scuole:

- Progetto genitori;

- Formazione dei docenti per l'educazione alla salute.

Al fine di effettuare una ricognizione su tutto il territorio nazionale sono state inoltrate agli Uffici Scolastici Provinciali schede di rilevazione a consuntivo delle iniziative promosse, coordinate e realizzate dalla scuola a tutto l'anno scolastico 1992/93.

LA SCHEDA DI RILEVAZIONE

La scheda, al fine di renderne più agevole la compilazione e successiva lettura ed elaborazione, oltre ad una prima parte di carattere generale, è stata articolata in quattro sezioni:

1) Progetto giovani '93:

- unità scolastiche;

- alunni coinvolti;

- tematiche affrontate;

- Progetti attuati in base al DPR 309/90 art. 106 comma III:

- progetti con almeno 20 studenti;

- studenti coinvolti;

- tematiche affrontate.

2) Progetto ragazzi 2000:

- unità scolastiche;

- alunni coinvolti;

- tematiche affrontate.

3) Progetto genitori:

- genitori coinvolti nelle scuole elementari e secondarie 1° grado-secondarie 2° grado;

4) Docenti referenti - Centri di informazione e consulenza:

.-Docenti Referenti

- scuola elementare;
- secondaria 1° grado;
- secondaria 2° grado;

.- Centri di Informazione e Consulenza.

La scelta delle tematiche, affrontate nell'ambito del Progetto Ragazzi 2000, Progetto Giovani '93 e Progetto 20 studenti, individuate nei quadri ricapilogativi allegati alla scheda, trova una sua legittimazione sia nelle indicazioni contenute nelle CCMM in tema di educazione alla salute, sia dalla lettura di numerosi progetti pervenuti all'Ufficio Studi.

Tali tematiche, svolte nelle forme della cultura, della comunicazione, dell'integrazione dei tradizionali modi dell'esperienza scolastica, non esauriscono l'ampio ventaglio delle iniziative realizzate nella scuola, ma rappresentano ambiti privilegiati attraverso i quali attivare l'azione di promozione della salute e di prevenzione.

RILEVAZIONE STATISTICA DELLE ATTIVITA' SVOLTE

Dati generali di riferimento

Nella tabella seguente sono riportati i totali nazionali relativi a:

- istituzioni scolastiche (desunti dalle schede di rilevazione pervenute dai singoli Uffici Scolastici Provinciali);
- numero degli studenti, distinti per ordine e grado di scuola (rilevati dal sistema informativo del Ministero Pubblica Istruzione a. s. 1992/93).

Circoli Didattici	Sc. Sup. 1° grado	Sc. Sup. 2° grado	N° Stud. Elementari	N° Stud. Sup. 1° grado	N° Stud. Sup. 2° grado
4.949	6.430	4.044	2.689.819	1.955.683	2.560.113

- Progetto Giovani '93 e le attività giovanili (art. 106 T.U. D.P.R. n.309 del 9/10/1990)

Il P.G. '93 è un'iniziativa di durata pluriennale, promossa dal Ministero della P.I. allo scopo di aiutare le scuole secondarie superiori ad affrontare le problematiche educative poste dalla società contemporanea.

Esso intende, in particolare, offrire ai giovani l'opportunità di essere promotori di analisi e protagonisti di interventi, al fine di migliorare la qualità della vita scolastica, con particolare riferimento allo sviluppo del proprio equilibrio psicofisico e sociale, e di promuovere su questa base un'immagine reale e positiva dei giovani al di là della cultura dell'emergenza, assecondando il loro impegno culturale e civile, nel quadro delle finalità formative della scuola.

Proposto e sostenuto da una serie di circolari ministeriali, a partire dalla 246 del 15/7/89, il P.G. '93 impegna tutta l'Amministrazione della P.I. e invita tutte le scuole a favorire un ripensamento dei fini, dei contenuti e degli ambiti operativi della scuola, alla luce di due nuclei problematici e valoriali che vengono proposti come polarità di risignificazione e di riorganizzazione della vita scolastica: la salute e lo sviluppo, o, in altri termini, l'identità personale e la solidarietà mondiale.

Le aggregazioni relative al PG '93 trovano riscontro nelle tabelle che seguono, dove è possibile evidenziare sia il numero degli istituti che hanno realizzato il PG '93 (statali 3.053- non statali 73) sia il numero degli studenti coinvolti, rispettivamente 933.529 e 9.395.

Le ultime due colonne della tabella si riferiscono, infine, ai Progetti dei 20 studenti attuati in base all'art. 106 T.U. 309/90 -cod. Prg.20Stud-(in totale 2.472 progetti e 225.704 studenti partecipanti). Si ritiene opportuno sottolineare come in molte realtà scolastiche tali iniziative, pur impegnando ambiti extracurricolari, siano tendenzialmente confluite nel PG '93 innestandosi, in molti casi, sulle stesse prospettive di rinnovamento e confermando altresì analoga scelta di tematiche.

Si evidenzia la scelta privilegiata dei giovani per le tematiche inerenti alle tossicodipendenze ed alle relazioni interpersonali, all'educazione sessuale, alla prevenzione dell'AIDS. Ciò rende ragione della scelta programmatica effettuata dal MPI, di intervenire in prima istanza e tempestivamente sulle scuole secondarie superiori, data l'età particolarmente critica degli studenti e le problematiche adolescenziali dagli stessi vissute, non sempre di facile lettura e soluzione.

In ordine al livello di approfondimento di tali tematiche, si ritiene opportuno richiamare le valutazioni espresse dai giovani nel documento finale della Conferenza Nazionale Studenti PG '93- febbraio 93 Roma:

"Il PG ci ha fatto comprendere che servizio scolastico qualificato e benessere psicofisico sono elementi correlati da uno stretto rapporto ed ogni docente, partendo da una analisi precisa ed attendibile dei bisogni dell'istituto (o comunque del soggetto in causa), deve specificare, per quanto riguarda la sua materia, gli obiettivi, i tempi, i modi ed i contenuti del suo intervento, rendendo così esplicita la sua azione".

Progetto Ragazzi 2000

La prospettiva di intervento che è stata proposta da questo Ministero alle scuole secondarie superiori con il PG '93, è stata estesa, con le necessarie differenziazioni, alla scuola elementare e media con il Progetto Ragazzi 2000. L'obiettivo generale è quello di mettere la scuola di base in grado di esprimere al meglio le potenzialità educative e preventive che sono implicite negli ordinamenti e nei programmi recentemente rinnovati, innalzando i livelli qualitativi delle prestazioni, sul piano della vitalità istituzionale, della sensibilità educativa, della produttività sociale.

I temi proposti, in analogia al PG '93, sono centrati sullo "star bene": star bene con se stessi, con gli altri e con il mondo, in famiglia, nella scuola, nel proprio territorio.

I dati riguardanti il Progetto Ragazzi 2000, riportati nelle tabelle allegate, si riferiscono, in successione, al numero dei Circoli Didattici e delle scuole secondarie di 1° grado (cod. Medie S.) in cui il Progetto è stato attuato e risultano in totale rispettivamente: 2.706 e 4.224. Sono, inoltre, indicate nelle stesse tabelle con i codici EL.n.S. e Med.n.S. le scuole elementari e secondarie di 1° grado non statali che attuano il P.R. 2000.

Le successive aggregazioni si riferiscono, infine, al numero degli studenti coinvolti nel progetto, divisi, anche in questo caso, in studenti scuole elementari statali e non (cod. St.El.S. e St.El.n.S.) totale 801.660, e in studenti scuole medie statali e non (cod. St.Med.S. e St.Med.n.S.) totale 965.823.

E' opportuno segnalare, per una puntuale lettura della sintesi di rilevazione, che è stato utilizzato il codice np nei casi in cui i dati richiesti con la scheda di rilevazione non sono pervenuti all'Ufficio.

Si segnala inoltre che nella regione Valle d'Aosta è operativo un progetto di prevenzione denominato "Progetto Arianna", che ha interessato tutte le istituzioni scolastiche della Regione.

Emergono,

quali fattori significativi del P. R. 2000, quelli già indicati nelle Circolari ministeriali: l'ordinarietà, la collegialità, l'interdisciplinarietà, il coinvolgimento di forze interne ed esterne alla scuola, l'uso razionale di risorse. Tali elementi, oltre a costituire indicatori di rilievo dello stato di sviluppo dei progetti, configurano l'Educazione alla Salute come attività-contenuto-modalità attraverso cui riqualificare il fare scuola quotidiano e agire intenzionalmente l'azione di promozione della salute a scuola.

Si evidenzia l'interesse della scuola dell'obbligo per quegli ambiti - Ed. Ambientale, Ed. Alimentare, Igiene del Corpo - più consoni all'età dei bambini/ragazzi e attraverso i quali, nell'ordinario svolgimento di attività didattiche, i docenti possono sviluppare il curriculum formale e quello informale, e quindi valorizzare e canalizzare a fini preventivi il "fare scuola" quotidiano.

- Docenti referenti - Centri di Informazione e Consulenza

- Formazione dei Docenti Referenti

Alle suindicate linee di intervento ha conferito un sostegno determinante e qualificato la figura del docente referente per l'educazione alla salute presente in tutte le istituzioni scolastiche.

La sua formazione ha costituito uno degli obiettivi più rilevanti della strategia elaborata dal Ministero della Pubblica Istruzione al fine di consentire una condivisa pianificazione del programma di educazione alla salute, un coerente progetto educativo di istituto ed una consequenziale programmazione a livello della singola classe.

Dalla lettura della tabella di riferimento, realizzata su dati provinciali, emerge l'avvenuta formazione di 16.738 docenti referenti, ripartiti in scuole elementari (codice Doc.ref.El.), secondarie di 1° grado (codice Doc.Ref.Med.) e secondarie di 2° grado (cod. Doc.Ref. Sup.).

- Attivazione dei Centri di Informazione e Consulenza

I dati relativi alla loro attivazione sono stati pubblicati sul n° 6/93 degli Annali della P.L., sempre a cura dell'Ufficio Studi Bilancio e Programmazione - Ufficio 1° - Settore Condizione Giovanile.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

SINTESI SCHEDA DI RILEVAZIONE A. S. 1992/93 - PROGETTO GIOVANI '93 - ATTMTA' 20
STUDENTI

REG.	PROV.	Ist. St. con P.G. 93	Ist. non Stat.	Stud. Stat. coinv.	Stud. non Stat. coinv.	Prig. 20 Stud.	N° Stud. coinv.
Piemonte	Alessandria	24	4	7299	1272	57	3119
	Asti	8	2	1500	400	ap	ap
	Cuneo	35	0	12233	0	0	0
	Novara	31	ap	10821	ap	19	500
	Torino	73	0	3019	0	ap	ap
	Vercelli	26	1	5868	ap	35	1596
Valle d'Aosta	Aosta	Progetto	Arianna				
Lombardia	Bergamo	21	6	25000	650	21	205
	Brescia	36	3	14000	540	2	48
	Como	24	1	9500	ap	4	180
	Cremona	23	3	17732	149	47	4606
	Mantova	21	2	7969	120	1	100
	Milano	130	0	13000	0	440	13000
	Pavia	25	0	10323	0	0	0
	Sondrio	9	0	680	0	0	0
	Varese	37	ap	20000	ap	0	0
Trentino	Bolzano	35	4	10836	1338	4	200
	Trento	23	1	3370	80	1	60
Veneto	Belluno	13	0	6668	0	2	62
	Padova	38	3	9230	203	0	0
	Rovigo	19	2	33481	ap	29	5177
	Treviso	39	0	32958	0	ap	ap
	Venezia	42	0	13300	0	18	3200
	Verona	27	ap	7000	ap	ap	ap
Friuli	Vicenza	30	2	8313	150	14	522
	Gorizia	14	0	3716	0	10	350
	Pordenone	16	3	7978	ap	4	ap
	Trieste	20	0	12132	200	ap	525
	Udine	23	ap	8500	ap	ap	ap
Liguria	Genova	32	0	9624	0	22	684
	Imperia	15	0	3420	0	84	2276
	La Spezia	11	ap	3681	ap	3	713
	Savona	23	0	6500	0	28	750
Emilia Rom.	Bologna	38	2	20000	ap	6	1000
	Ferrara	20	1	13728	82	0	0
	Forlì	37	ap	22365	ap	392	22365
	Modena	34	1	18683	700	42	6512
	Parma	14	0	800	0	0	0
	Piacenza	15	ap	3010	ap	17	1280
	Ravenna	25	ap	4500	200	5	200
	Reggio Em.	21	2	9500	262	41	2537
Toscana	Arezzo	21	0	5415	ap	6	235
	Firenze	50	ap	20800	ap	15	650
	Grosseto	18	0	5437	0	1	301
	Livorno	26	1	12300	150	10	250
	Lucca	24	0	13500	0	2	390
	Massa	12	0	2000	0	26	2500
	Pisa	27	2	6000	40	10	300
	Pistoia	13	0	4260	0	5	896
	Siena	19	ap	7123	ap	0	ap
Umbria	Perugia	42	0	ap	ap	ap	ap
	Terzi	17	ap	5500	ap	33	950
Marche	Ancona	34	0	14325	0	0	0
	Ascoli P.	19	2	7320	96	7	302
	Macerata	24	1	5000	157	0	0

RILEVAZIONE GIUGNO 1993

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

SINTESI SCHEDE DI RILEVAZIONE A. S. 1992/93 - PROGETTO GIOVANI '93 - ATTIVITA' 20 STUDENTI

REG.	PROV.	ist. di con. P.G. 93	Ist. non Stat.	Stud. Stat. conv.	Stud. non Stat. conv.	Pro. 20 Stud.	N° Stud. conv.
	Pesaro	21	0	2.220	0	0	0
Lazio	Frosinone	28	0	10.277	212	57	6.217
	Lariano	27	0	5.200	0	50	1.500
	Rieti	14	0	1.122	0	25	518
	Roma	190 np		3.470	0 np	np	
	Viterbo	26	0	2.007	212	57	6.217
Abruzzo	Teramo	22	0	10.000	0	15	700
	L'Aquila	12 np		5.200 np	np	np	
	Pescara	27	0	2.200	200	22	3.000
	Teramo	19	0	7.712	0	0	0
Molise	Campobasso	15	0	3.200	0	2	500
	Isernia	10	0	1.222	0	0	127
Campania	Avellino	24 np		5.170 np	np	np	
	Benevento	23 np		1.015 np	np	np	
	Caserta	56 np		20.420 np		56 np	
	Napoli	112	0	15.200	0	62	9.200
	Salerno	50	0	20.000	0	15	15.000
Puglia	Bari	85	0	21.088	1.444	0	0
	Brisindisi	20	0	6.305	0	60	4.152
	Foggia	50	0	9.850	0	0	0
	Lecce	60	1	21.000	100	60	22.500
	Taranto	41	0	10.244	161	90	6.431
Basilicata	Matera	20	0	4.200	0	40	950
	Potenza	20	0	4.200	0	0	0
Calabria	Catanzaro	40 np		15.000 np		60	32.000
	Cosenza	50	1	15.000	50	30	9.000
	Reggio Cal.	44	0	10.500	0	22	1.650
Sicilia	Agrigento	24 np		9.570 np	0 np	np	
	Catanzaro	22 np		3.074 np		20	2.269
	Catania	56 np		12.440 np	0	0	0
	Enna	07	2	2.146	167	21	120
	Messina	48	0	13.250	0 np	np	
	Palermo	60	5	9.000	60	55	6.000
	Syracusa	16	0 np		0 np	np	
	Stromboli	20	0	6.200	0	27	740
	Trapani	29	0	15.000	0	4	20
Sardegna	Cagliari	40	0	16.000	0	40	10.000
	Sassari	5 np		2.154 np		22	1.200
	Oristano	7 np		1.250 np		0	0
	Sassari	38	0	10.500	0	55	2.450
TOTALI		2.053	73	913.529	9.395	2.472	225.794

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

SINTESI DI RILEVAZIONE A. S. 1992/93 - PROGETTO RAGAZZI 2000

REG.	PROV.	Circ. Ddanz.	EL. a.S.	Medie S.	Med. a.S.	SLELS.	SLELa.S.	St.Med.S.	St.Med.a.S.	
Piemonte	Alessandria		21	21	24	41	1701	1461	25031	364
	Asti		21	21	23	61ap	1ap	1ap		3
	Cuneo		53	01	60	1	13341	01	90461	0
	Novara		40	ap	45	ap	2170A1ap		141271ap	
	Torino		60	01	40	01	125131	01	164761	0
	Vercelli		25	01	32	01	56291	01	53241	0
Valle d'Aosta	Aosta	Progetto								
	Arona									
Lombardia	Bergamo		23	41	31	1	19000	6000	10000	150
	Brescia		53	01	61	01	126001ap		195001ap	
	Como		14	ap	24	ap	75001ap		30001ap	
	Cremona		12	01	30	01	4645	01	3076	0
	Mantova		27	ap	36	ap	40001ap		45001ap	
	Milano		66	01	124	01	25000	01	45000	0
	Pavia		32	01	38	01	13900	01	9300	0
	Sondrio		5	01	4	01	530	01	300	0
	Varese		56	01	52	01	20500	01	19100	0
Trentino	Bolzano		41	01	30	3	5655	01	3210	198
	Trento		9	ap	27	ap	5401ap		24901ap	
Veneto	Belluno		17	01	21	01	3696	01	5013	0
	Padova		16	1	44	3	3692	192	9910	302
	Rovigo		22	01	36	2	6935	01	7574	0
	Treviso		43	ap	67	ap	10941	01	12361	0
	Venezia		42	01	79	01	14200	01	17500	0
	Verona		32	ap	40	ap	85831ap		69301ap	
	Vicenza		2	ap	56	ap	01ap		75801ap	
Friuli	Gorizia		5	01	14	01	533	01	2150	0
	Pordenone		17	ap	18	2	3061	01	2863	0
	Trieste		21	01	26	01	6984	01	5579	0
	Udine		12	ap	11	ap	20001ap		13001ap	
Liguria	Genova		17	01	35	01	5330	01	8432	0
	Imperia		17	01	16	01	5450	01	2504	0
	La Spezia		7	1	18	ap	5602	25	8843	0
	Savona		9	01	14	01	350	01	500	0
Emilia Rom.	Bologna		25	ap	40	ap	130001ap		120001ap	
	Ferrara		10	ap	20	ap	1ap	1ap	01ap	
	Forlì		37	ap	54	ap	154251ap		107931ap	
	Modena		46	01	52	01	19662	01	58197	0
	Parma		6	01	11	01	240	01	400	0
	Piacenza		5	ap	15	ap	19901ap		19601ap	
	Ravenna		23	ap	37	5	70001ap		6000	200
	Reggio Em.		19	ap	30	1	4619	01	4136	39
Toscana	Arezzo		23	01	33	01	3657	01	4590	0
	Firnze		53	ap	54	ap	153001ap		186501ap	
	Grosseto		9	ap	22	ap	1574	01	24871ap	
	Livorno		21	ap	30	ap	115001ap		87501ap	
	Lucca		25	01	29	1	10800	01	5300	50
	Massa		18	01	22	01	200	01	1000	0
	Pisa		29	ap	38	ap	25001ap		38001ap	
	Pistoia		14	01	26	01	5322	01	5457	0
	Sienna		2	ap	2	ap	7051ap		6111ap	
Umbria	Perugia		3	01	9	01	1ap	1ap	1ap	1ap
	Terzi		23	ap	29	ap	60001ap		50001ap	
Marche	Ancona		37	01	44	01	9650	01	12940	0
	Ascoli P.		13	01	31	01	6079	01	7834	0

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

SINTESI DI RILEVAZIONE A. S. 1992/93 - PROGETTO RAGAZZI 2000

REG.	PROV.	Circ. Didatt.	El. a.S.	Medie S.	Med. a.S.	St.ELS.	St.EL.a.S.	St.Med.S.	St.Med.a.S.
	Macerata	15	0	24	0	7073	0	5003	0
	Pesaro	23	0	32	0	7000	0	4000	0
Lazio	Frosinone	43	2	59	1	3445	207	3083	35
	Lazio	40	0	53	0	4000	ap	6000	ap
	Rieti	13	0	2	0	2223	0	1341	0
	Roma	135	0	253	0	5491	0	1723	0
	Viterbo	43	2	59	1	3445	207	3083	35
Abruzzo	Chieti	29	0	31	0	3056	0	770	0
	L'Aquila	15	ap	22	ap	4550	ap	4784	ap
	Pescara	26	ap	33	ap	10120	ap	9510	ap
	Teramo	14	ap	18	ap	3819	ap	585	ap
Molise	Campobasso	8	0	27	0	3000	0	5600	0
	Isernia	14	ap	17	ap	3569	ap	2496	ap
Campania	Avellino	53	0	77	0	12160	0	10758	0
	Benevento	14	ap	52	ap	3602	ap	3737	ap
	Caserta	92	ap	111	ap	36500	ap	39750	ap
	Napoli	53	0	162	0	26000	0	80000	0
	Salerno	30	ap	50	ap	13000	ap	15000	ap
Puglia	Bari	20	0	72	0	1826	0	27370	0
	Brianza	16	0	40	0	8291	0	12168	0
	Foggia	45	0	66	0	2372	0	3690	0
	Lecce	49	ap	58	ap	24350	ap	25800	ap
	Taranto	52	1	64	2	16361	604	15557	86
Basilicata	Matera	8	ap	22	ap	1541	0	5697	0
	Potenza	32	0	61	0	5800	0	7500	0
Calabria	Catanzaro	58	ap	125	ap	18650	ap	23840	ap
	Cosenza	56	ap	109	ap	24200	ap	19000	ap
	Reggio Cal.	16	0	34	0	4700	0	6450	0
Sicilia	Agrigento	28	0	47	0	11200	0	8500	0
	Caltanissetta	30	ap	32	ap	11059	ap	12172	ap
	Catania	58	ap	86	ap	9120	ap	10320	ap
	Enna	24	0	27	0	10943	0	8481	0
	Messina	68	ap	80	ap	36994	ap	20163	ap
	Palermo	33	ap	50	ap	6000	ap	8000	ap
	Ragusa	24	0	33	1	ap	0	ap	ap
	Siracusa	32	0	40	0	10817	0	13336	0
	Trapani	29	ap	50	ap	15000	0	19000	0
Sardegna	Cagliari	40	0	55	0	1400	0	1650	0
	Nuoro	14	ap	23	ap	4160	ap	3735	ap
	Oristano	6	ap	12	ap	1800	ap	2500	ap
	Sassari	30	0	34	0	5900	0	9500	0
TOTALI		2.706	15	4.224	34	794.279	7.381	964.261	1.562

RILEVAZIONE GIUGNO 1993

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

SINTESI SCHEDA DI RILEVAZIONE A. S. 1992/93 - FORMAZIONE DOCENTI REFERENTI - ATTIVAZIONE C.I.C.

REG.	PROV.	Doc.Ref.El.	Doc.Ref.Med.	Doc.Ref.Sop.
Piemonte	Alessandria	20	29	31
	Asti	29	22	23
	Cuneo	55	34	55
	Novara	43	49	45
	Ornato	22	173	119
	Vercelli	21	41	25
Piemonte	Aosta			
Piemonte	Bergamo	29	25	29
	Brescia	66	124	53
	Como	27	30	27
	Cremona	26	40	46
	Mantova	25	44	42
	Milano	173	230	154
	Pavia	24	44	45
	Sondrio	17	22	22
	Varese	60	100	73
Lombardia	Bolzano	64	60	57
	Trento	49	55	50
Veneto	Belluno	20	24	24
	Padova	77	139	110
	Rovigo	22	26	24
	Treviso	57	91	90
	Venezia	61	36	137
	Verona	52	70	80
	Vienna	0	87	92
Emilia Rom.	Forlì	12	17	23
	Pordenone	41	49	54
	Trieste	25	25	27
	Udine	120	152	80
Liguria	Genova	26	31	45
	Imperia	17	26	28
	La Spezia	15	27	22
	Savona	28	48	45
Emilia Rom.	Bologna	48	60	60
	Ferrara	23	37	28
	Forlì	38	54	40
	Modena	52	60	77
	Parma	27	39	35
	Piacenza	20	30	32
	Ravenna	25	22	29
	Reggio Em.	21	44	41
Toscana	Arezzo	22	22	28
	Firenze	55	77	40
	Grosseto	18	29	53
	Livorno	14	33	22
	Lucca	11	41	26
	Massa	32	26	26
	Pisa	29	22	42
	Pistoia	20	26	23
	Siena	18	25	42
Umbria	Perugia	50	70	80

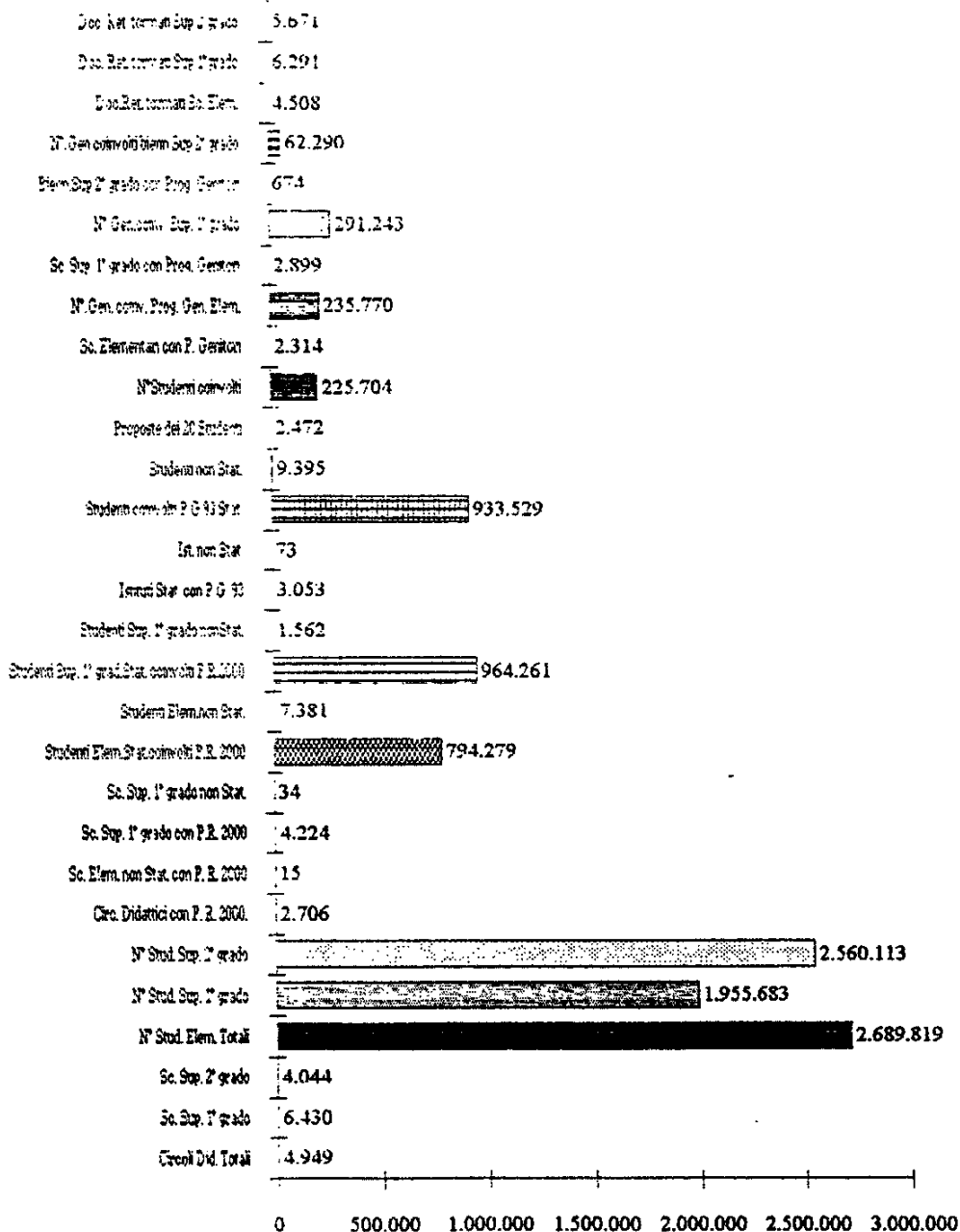
XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

SINTESI SCHEDA DI RILEVAZIONE A. S. 1992/93 - FORMAZIONE DOCENTI REFERENTI - ATTIVAZIONE C.I.C.

REG.	PROV.	Doc.Ret.El.	Doc.Ret.Med.	Doc.Ret.Sop.
	Terra	11	11	44
MARCHE	Ancona	18	15	40
	Ascoli P.	17	15	44
	Macerata	16	13	37
	Pesaro	14	13	33
LIGURIA	Imperia	11	11	31
	La Spezia	10	10	24
	Genova	11	11	33
	La Spezia	10	10	24
	Genova	11	11	33
	Imperia	11	11	31
ABRUZZO	Chieti	18	14	52
	L'Aquila	15	10	20
	Pescara	15	13	44
	Teramo	15	13	33
MOLISE	Campobasso	16	17	40
	Isernia	14	13	30
CAMPANIA	Avelino	18	19	53
	Benevento	11	17	41
	Caserta	92	111	92
	Napoli	140	136	150
	Salerno	104	140	110
PUGLIA	Bari	100	110	140
	Brunich	12	13	40
	Foggia	17	14	117
	Lecce	10	10	100
	Taranto	13	14	48
BASILICATA	Matera	18	10	38
	Potenza	16	17	17
CALABRIA	Cosenza	12	14	102
	Cosenza	12	14	102
	Reggio Cal.	11	16	84
SICILIA	Agrigento	12	11	41
	Callinissa	15	11	28
	Catania	14	17	57
	Enna	11	14	22
	Messina	10	10	74
	Palermo	110	110	72
	Ragusa	11	12	61
	Siracusa	11	11	41
	Trapani	11	10	11
SARDEGNA	Cagliari	16	18	48
	Nuoro	11	11	31
	Oristano	10	11	21
	Sassari	11	12	44
TOTALI		4588	6291	5671

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

QUADRO GENERALE DATI RILEVATI GIUGNO 1993



***Le attività di prevenzione ed
informazione in ambito militare
(A cura del Ministero della difesa)***

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

RELAZIONE AI SENSI DELL'ART.1 - COMMA 9 - DEL TESTO UNICO DELLE LEGGI IN MATERIA DI TOSSICODIPENDENZA DI CUI AL D.P.R. 9 OTTOBRE 1990, N.309.

1. PREMESSA

Le Forze Armate hanno messo in atto, già da lungo tempo, una strategia di prevenzione delle tossicodipendenze imperniata su una prioritaria attenzione verso i problemi attinenti al disagio giovanile ed al disturbo psichico in senso lato, nella considerazione che, prevenendo quest'ultimi, si giunga a limitare l'uso delle sostanze stupefacenti. Le strategie operative, alla base delle varie iniziative intraprese, possono essere così sintetizzate:

- a. ricerca ed evidenziazione precoce di soggetti tossicofili o tossicodipendenti tramite adeguate indagini sanitarie, integrate da approfonditi esami della personalità sia dei giovani iscritti nelle liste di leva che delle reclute. Gli accertamenti sanitari hanno, tra l'altro, lo scopo di conoscere il reale adattamento dei giovani al contesto militare;
- b. promozione e sviluppo di una corretta informazione ed educazione sullo specifico problema droga inserito nel più ampio contesto dell'educazione alla salute;
- c. attività specialistica di sostegno psicologico, mediante i Consultori Psicologici ed i Servizi di Psicologia operanti presso gli Stabilimenti Sanitari Militari;
- d. diffusione, ad ogni livello operativo, dell'attività di sostegno psicologico, attraverso i Centri di Coordinamento di Supporto Psicologico, i Dirigenti del Servizio Sanitario e gli Ufficiali Consiglieri;
- e. preparazione specifica del personale preposto alle strutture impegnate nella prevenzione delle tossicodipendenze, tramite appositi corsi di formazione;
- f. mantenimento di una fattiva collaborazione con le analoghe strutture civili incaricate del recupero dei tossicodipendenti;
- g. sviluppo della ricerca sociale in ambito militare per far luce sulle correlazioni tra il disadattamento giovanile, il disagio psichico e la tossicodipendenza;
- h. elaborazione e valutazione dei dati statistici pertinenti al campo della tossicodipendenza in ambito militare.

2. LO STATO DI ATTUAZIONE DELLA LEGGE N.162

Dopo aver, seppur schematicamente, descritto le principali attività volte a prevenire il fenomeno della tossicodipendenza in ambito militare, viene ora dato conto dello stato di attuazione della legge 26 giugno 1990, n.162, per ciò che attiene alle disposizioni riguardanti le Forze Armate (articoli dal 107 al 112 del Testo Unico delle leggi in materia di tossicodipendenza - D.P.R. 9 ottobre 1990, n.309-).

a. ARTICOLO 107

L'art.107 (comma 1 e 2) prevede la promozione e l'organizzazione di attività di formazione ed informazione. Tali attività, da strutturarsi in corsi, sono finalizzate, per quanto riguarda la formazione, all'addestramento ed all'aggiornamento di personale incaricato della tutela della salute psico-fisica dei giovani alle armi e, per ciò che attiene all'informazione, alla conoscenza dei danni derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, di alcool e di tabacco.

1) ATTIVITA' INFORMATIVA ED EDUCATIVA

In concreto, l'attività informativa e di educazione alla salute, esercitata da Ufficiali medici, è indirizzata a tutto il personale militare con particolare attenzione per quello di leva.

Specificata cura è stata posta alla modalità attuativa della informazione stessa al fine di non enfatizzare il problema droga, inserendolo nel più vasto insegnamento dell'educazione alla salute, che ha come scopo quello di mantenere o di accrescere lo stato di salute generale.

L'attività didattica è stata strutturata in conferenze-dibattito e si è servita di mezzi audiovisivi e di opuscoli.

2) ATTIVITA' DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO

Sulla scia di attività formative e di aggiornamento, già attive da tempo presso le strutture deputate alla prevenzione delle tossicodipendenze ed alla sensibilizzazione dei Quadri, sono state attuate le seguenti iniziative:

- a) training psicoterapeutici riservati agli Ufficiali medici coordinatori dei Consultori Psicologici ed ai Capi dei Reparti neuropsichiatrici degli Stabilimenti Sanitari Militari;
- b) corsi di formazione professionale in psicodiagnostica riservati ai medesimi specialisti;
- c) lezioni di Psichiatria e Psicologia rivolte agli Ufficiali medici in servizio permanente e di complemento affinché amplino la loro cultura professionale e trasferiscano le nuove acquisizioni nelle attività di istituto;
- d) corsi di formazione professionale per Sottotenenti medici di complemento di prima nomina che andranno a ricoprire incarichi in Enti addestrativi o formativi, ovvero ove risulta utile un tempestivo rilevamento d'iniziali problemi legati all'adattamento al contesto militare;

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- e) seminari per gli Insegnanti di Psicologia generale delle Scuole o Istituti di Formazione delle FF.AA. affinché si sintonizzino sulle tematiche attinenti al disagio giovanile ed all'uso delle droghe e diventino, così, promotori della stessa conoscenza tra i futuri Quadri militari;
- f) conferenze, per gli Ufficiali Superiori in procinto di assumere il comando di reparti, affinché si sensibilizzino e siano così pronti a trattare i vari problemi derivanti dal disagio giovanile e dall'uso di droghe;
- g) conferenze, su analoghe materie, per i Quadri permanenti, presso ogni Unità, tenute dai Dirigenti del Servizio Sanitario e finalizzate a far sì che ogni operatore militare sia preparato a riconoscere i segni del disagio psicologico.

b. ART.108

- 1) L'art.108 (comma 1) contempla l'azione di prevenzione contro le tossicodipendenze, che deve essere attuata tramite i Consulteri ed i Servizi di Psicologia delle FF.AA..

L'attività specialistica di sostegno psicologico è affidata ai Consulteri Psicologici (ubicati prevalentemente negli Stabilimenti Sanitari Militari) e ai servizi di psicologia delle tre FF.AA..

Il personale specialistico in essi impiegato risulta essere costituito da Ufficiali medici, specialisti in psichiatria o in psicologia, i quali coadiuvati da consulenti civili psichiatri o psicologi, svolgono la loro attività professionale in favore di quei militari che presentano problemi di disadattamento o legati all'uso di droghe e che risultano pertanto dei potenziali futuri tossicodipendenti. In tal modo i Consulteri Psicologici danno risposta anche al dettato dell'articolo 109, comma 7, che prevede, per i militari tossicofili, la realizzazione di attività di sostegno e di educazione sanitaria presso i Consulteri militari.

I Consulteri Psicologici sono stati costituiti con il precipuo scopo di dare concrete risposte ai militari di ogni ordine e grado, facendo sì che gli stessi possano rivolgersi senza il timore di possibili conseguenze medico-legali ed instaurando un approccio informale con gli operatori del servizio. Inoltre sono deputati a dare consulenze ai vari reparti ospedalieri militari ed a studiare ed a quantificare la diffusione del disadattamento giovanile, del disagio psichico e della tossicodipendenza tra i militari di leva; a mantenere stretti collegamenti con le analoghe strutture civili (pubbliche o di volontariato), che si dedicano alla prevenzione delle tossicodipendenze, al fine di agevolare l'avviamento di programmi di recupero, in favore dei militari ritenuti temporaneamente o permanentemente inidonei al servizio.

Altra iniziativa, che merita di essere segnalata, è quella relativa alla prosecuzione del servizio "Telefono Amico

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Militare", attivato sperimentalmente nel 1987, il quale ha trovato la sua collocazione definitiva presso il Consultorio Psicologico del Policlinico Militare "Celio" di Roma. E' attivo, in orario diurno, tramite il lavoro di psicologi e, durante la notte, mediante una segreteria telefonica.

I motivi che ne hanno sollecitato l'istituzione possono essere così sintetizzati:

- rendere disponibile un aiuto per problemi psicologici e tossicofilici dei militari, tramite un "aggancio impersonale";
- venire a conoscenza dei conflitti e dei disagi personali delle giovani reclute nell'espletamento delle attività di caserma, al fine di promuovere migliori condizioni di vita e di servizio nelle singole realtà militari.

Non bisogna, infatti, disconoscere l'alto valore di prevenzione primaria e secondaria, che può essere messa in atto agendo direttamente nelle realtà operative dei Reparti, dove può emergere il disagio giovanile con tutti i suoi correlati di patologia tossicofilica.

In tali realtà il Dirigente del Servizio Sanitario diviene il principale consulente del Comandante nel tentativo di soluzione di problematiche personali disadattive.

A supporto di questa sua capillare azione preventiva il Dirigente Sanitario svolge anche attività didattica sulle tossicodipendenze, nell'ambito del più ampio capitolo di educazione alla salute.

Nella struttura territoriale dell'Esercito, ovvero a livello di Regione Militare e di Corpo d'Armata, svolgono un'azione di controllo e di coordinamento sugli analoghi centri esistenti a livello di Brigata, Scuola o Istituto di formazione, i Centri Coordinamento di Supporto Psicologico (C.C.S.P.), nell'ambito dei quali operano Ufficiali medici, operatori militari esperti in psicologia e cappellani militari, per la soluzione di problemi di lieve entità. Qualora si evidenziassero, invece, problematiche di maggiore complessità, le stesse verrebbero delegate ad un livello specialistico superiore: il Consultorio Psicologico dell'Ospedale Militare di competenza.

Nella struttura territoriale locale dell'Aeronautica Militare sono presenti, invece, appositi nuclei, di cui fanno parte un Cappellano Militare, il Dirigente del Servizio Sanitario e personale militare, preparato al compito, che svolgono attività divulgativa e di sostegno tramite conferenze ed interventi diretti per i casi che necessitano d'aiuto.

Nell'ambito delle Forze Armate viene, inoltre, promossa e sollecitata la partecipazione attiva o passiva ad attività di tempo libero, sia di carattere ricreativo che culturale (teatro, cinema, musica, escursioni, visite, etc), per sviluppare il senso dell'appartenenza sociale e la soluzione di problematiche caratterologiche.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- 2) Il comma 2 dell'art.108 stabilisce invece che, ove in occasione delle operazioni di selezione per la leva e per l'arruolamento dei volontari venga individuato un caso di tossicodipendenza o di tossicofilia, l'autorità militare, che presiede alla visita medica e alle prove psicoattitudinali, disponga l'invio dell'interessato presso l'Ospedale Militare per gli opportuni accertamenti sanitari.

Il comma 3 dell'articolo 108 prevede che l'autorità sanitaria militare provveda analogamente nel corso di visite mediche periodiche e di idoneità a particolari mansioni o categorie.

In piena rispondenza al dettato legislativo, la Sanità Militare attua un accurato e capillare controllo nel corso della visita di leva, di quella di incorporamento e delle visite quindicinali periodiche dei giovani in servizio di leva, allo scopo di individuare precocemente i soggetti tossicofili o tossicodipendenti e di procedere al loro avvio presso gli Stabilimenti Sanitari Militari per l'effettuazione degli opportuni accertamenti sanitari, perchè vengano intraprese eventuali attività di sostegno e di educazione sanitaria presso i Consultori Psicologici e vengano emessi i provvedimenti medico-legali del caso.

Un importante contributo nell'identificazione dei soggetti tossicofili o con caratteristiche di personalità tali da predisporli a problemi di adattamento nell'inserimento nella collettività militare, è fornito dall'indagine di personalità sui giovani iscritti di leva, attuata mediante la somministrazione di test e successivi eventuali colloqui con psicologi e psichiatri. Tale indagine, dal 1987, fa parte integrante della visita di leva-selezione. L'indagine personologica è ripetuta dal 1988 presso gli enti preposti all'incorporazione, sia per valutare la personalità dei giovani di leva durante il processo di adattamento alla realtà della vita militare e di caserma, sia per rendere più sensibile ed efficace il filtro selettivo; nell'intervallo, talora poliennale, tra visita di leva e visita di incorporamento, possono infatti insorgere delle modificazioni dell'idoneità psichica del soggetto e può essersi inoltre stabilita una dipendenza da sostanze stupefacenti prima inesistente.

c. ART.109

L'art.109 stabilisce i provvedimenti da mettere in atto nel caso di riscontro positivo degli accertamenti sanitari circa l'uso di sostanze stupefacenti. Il comma 1 prevede che gli iscritti di leva e gli arruolati di leva, cui sia riscontrato dagli Ospedali Militari uno stato di tossicodipendenza o abuso di sostanze stupefacenti, siano giudicati rivedibili fino a un massimo di tre anni.

Il giudizio di rivedibilità, sempre della durata massima di tre anni e previo accertamento delle competenti

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

autorità sanitarie militari, viene previsto anche per coloro, iscritti o arruolati di leva, che siano già riconosciuti tossicodipendenti dalle autorità sanitarie civili e che abbiano in corso un documentato trattamento di recupero da parte di centri civili autorizzati (comma 3).

Gli iscritti di leva o gli arruolati di leva riconosciuti idonei, al termine del periodo di rivedibilità previsto per il recupero dei soggetti tossicodipendenti, possono essere dispensati dal servizio, previa presentazione di una domanda (comma 4).

E'prevista, altresì, dal comma 5, la possibilità, per i militari di leva già incorporati, riconosciuti tossicodipendenti, di essere posti in licenza di convalescenza fino al termine del congedamento della classe di appartenenza ed il periodo di licenza viene computato ai fini dell'assolvimento degli obblighi di leva.

E'intuitivo, però, come quanto disposto dai comma 4 e 5 dell'art.109 possa, nell'applicazione pratica, determinare un paradosso. Infatti, se da una parte la possibilità, per gli iscritti di leva, di essere dispensati dal servizio, subordinando tale fatto all'effettuazione di una terapia, può, a tutti gli effetti, costituire un incentivo personale alla cura e alla riabilitazione, dall'altra, quanto previsto dal comma 5, potrebbe determinare l'esatto contrario. Il militare di leva già incorporato, infatti, conscio della possibilità di ottenere una licenza di convalescenza valida ai fini dell'assolvimento del servizio militare, potrebbe utilizzare lo stato di tossicodipendenza, anche appositamente indotto, per evitare l'adempimento effettivo del servizio, pur avendone, alla fine, uguale riconoscimento. Ciò si pone come un punto problematico della legge ed è pertanto auspicabile una revisione di una parte dell'art.109 del T.U., al fine di migliorarne la formulazione e di adeguarla ai reali obiettivi perseguiti.

Il comma 6 contempla, invece, il caso di militari in ferma prolungata o servizio permanente, riconosciuti tossicodipendenti, che dichiarino la propria disponibilità a sottoporsi a trattamenti di recupero socio-sanitario. Per questi militari è prevista la possibilità di essere posti in licenza di convalescenza straordinaria e successivamente, se del caso, in aspettativa per il periodo massimo previsto dalla normativa in vigore. Al termine del trattamento, sono previsti controlli sanitari intesi a stabilire l'idoneità al servizio militare.

d. ART.110

L'art.110 regola le norme per l'effettuazione del servizio civile da parte del tossicodipendente che, al termine del trattamento di recupero, è nelle condizioni

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

di essere chiamato al servizio militare di leva. Il soggetto può, dietro presentazione di una richiesta all'ufficio territoriale di leva del Distretto Militare e su parere positivo della comunità terapeutica, continuare a prestare come servizio civile la sua attività volontaria, per un periodo pari alla durata del servizio militare (comma 1).

Per quanto riguarda lo stato di attuazione dell'art.110 (comma 1), si fa presente che, al dicembre 1993, sono pervenute 7 domande di giovani che hanno chiesto di continuare a prestare, come servizio civile, la propria attività volontaria per un periodo pari alla durata del servizio militare onde adempiere in tal modo agli obblighi di leva.

e. ART.111

L'art.111 regola i rapporti con le strutture socio-sanitarie pubbliche, rapporti finalizzati ad una collaborazione tra strutture sanitarie militari e strutture sanitarie civili impegnate nel settore delle tossicodipendenze, con l'obiettivo di assicurare la continuità dell'assistenza e favorire il recupero socio-sanitario dell'interessato (comma 1).

Il comma 2 dell'articolo 111 prevede che i dati statistici relativi all'andamento del fenomeno della tossicodipendenza, rilevati in ambito militare, vengano trasmessi ogni dodici mesi ai Ministeri della Sanità e dell'Interno. Tali dati, peraltro, per il combinato disposto del comma 8 e del comma 9 dell'articolo 1 del T.U.-9 ottobre 1990, entrano anche a far parte di relazioni semestrali che vengono, tra l'altro, inoltrate al Dipartimento per gli Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Da un punto di vista statistico il fenomeno tossicodipendenza in ambito militare, a partire dal momento della prima rilevazione di provvedimenti di permanente non idoneità, e cioè dal 1976, ha presentato un netto e progressivo incremento sino al 1983. Il triennio 1981-1983 mostra, infatti, una stabilizzazione del numero dei riformati per tossicodipendenza intorno alle 2000 unità; si tratta dei livelli massimi raggiunti. A partire dagli anni successivi si osserva un decremento del fenomeno, sino ad arrivare al periodo attuale, con cifre attestata su valori compresi fra le 700 e le 900 unità.

La diminuzione del fenomeno tossicodipendenza in ambito militare può presumibilmente essere messa in rapporto da un lato alla promozione, da parte della Sanità Militare, di un'intensa attività di prevenzione primaria e secondaria delle tossicodipendenze e, dall'altro, a una caratteristica attuale del fenomeno stesso, cioè al progressivo slittamento dell'età in cui si instaura lo stato di tossicodipendenza. Ciò può condurre a dipendenze che necessitano di trattamenti in età successive a quella in cui viene prestato il servizio militare.

f. ART.112

L'art.112 prevede, per gli obiettori di coscienza, la possibilità di prestare servizio sostitutivo civile presso

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

centri civili autorizzati e convenzionati con l'Amministrazione della Difesa che provvedono all'assistenza socio-sanitaria ed alla riabilitazione dei soggetti che fanno uso di sostanze stupefacenti o psicotrope. Per quanto concerne l'attuazione di tale articolo di legge, si fa presente che, nell'anno 1993, hanno prestato servizio sostitutivo civile presso centri civili autorizzati e convenzionati con il Ministero della Difesa, operanti nel campo delle tossicodipendenze, 1998 obiettori di coscienza.

L'ATTIVITA' DI PREVENZIONE IN AMBITO ESERCITO

L'attività di prevenzione nel settore delle tossicodipendenze, svolta nel secondo semestre dell'anno 1993, a parte quella già descritta precedentemente, è così compendiabile:

a. attività di supporto psicologico attraverso l'operato dei Consulitori Psicologici, dei Centri di Coordinamento di Supporto Psicologico e degli Ufficiali Consiglieri.

Attualmente sono operanti 19 Consulitori Psicologici così ripartiti:

Regione Militare Nord-Ovest: Torino, Milano e Genova;

Regione Militare Nord-Est: Verona, Udine e Padova;

Regione Militare Tosco-Emiliana: Firenze, Bologna, Piacenza e Livorno;

Regione Militare Centrale: Policlinico Militare Celio, HMML Roma Cecchignola, Chieti;

Regione Militare Meridionale: Caserta, Catanzaro e Bari;

Regione Militare Sicilia: Palermo e Messina;

Regione Militare Sardegna: Cagliari.

Recentemente è stato dato avvio alla fase operativa del "Progetto finalizzato al potenziamento delle attività dei Consulitori Psicologici deputati al supporto psicologico dei militari tossicofili o consumatori occasionali", cui ha immediatamente fatto seguito un corso informativo per psichiatri e psicologi civili all'uopo convenzionati.

- . Nell'ambito delle attività tendenti a fornire una sempre più valida formazione professionale al personale militare operante nello specifico settore, è stato svolto il 2° anno dei Corsi formativi in "Tecniche, psicodiagnosi e prognosi Rorschach".
- . Sono state organizzate numerose conferenze per i militari, tenute da Ufficiali medici con l'ausilio della proiezione di film e di diapositive, aventi per argomento il problema della droga inserito nel più ampio contesto dell'educazione alla salute.
- . Gli Stabilimenti Sanitari Militari hanno continuato a svolgere attività di ricerca dei cataboliti dei cannabinici, oppiacei e cocaina nell'urina dei militari preposti all'incarico di autista militare.
- . Presso la Scuola di Sanità Militare di Firenze è proseguita l'attività didattica rivolta ai Sottotenenti medici di complemento dei Battaglioni Addestramento Reclute e delle

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Scuole.

. L'ATTIVITA' DI PREVENZIONE IN AMBITO MARINA MILITARE

Nel secondo semestre 1993 l'azione preventiva di filtro, didattica e terapeutica, nei confronti degli assuntori di sostanze stupefacenti, in parte già riportata, è continuata in maniera più ampia e con le modalità dimostratesi utili in precedenza e di seguito specificate:

- a. attuazione del DRUG TESTING PROGRAM presso l'Accademia Navale di Livorno, le Scuole Sottufficiali, il Collegio Navale Morosini ed esecuzione di esami specialistici e di laboratorio al personale di leva ed in ferma di leva prolungata presso i Maricentro di Taranto e La Spezia. Tale programma per la sua valenza dissuasivo-preventiva, attraverso i criteri di verifica random del personale, esercita un' incisiva azione di controllo sull'uso di sostanze stupefacenti;
- b. conferenze informative sul fenomeno droga rivolte alle reclute, a cura degli Ufficiali Medici, con distribuzione dell'opuscolo informativo "Meglio saperne di più";
- c. diagnosi precoce e supporto psicologico ai militari che presentano situazioni personologiche, sociali, culturali, ambientali, a "rischio" per lo sviluppo di disturbi psichici o per la tossicodipendenza attraverso l'attività della rete di strutture psicologiche costituite dai Consultori Psicologici (La Spezia, Roma, Taranto) e dai Servizi di Psicologia (Ancona, Augusta, Brindisi, La Maddalena, Livorno, Messina, Napoli e Venezia);
- d. istituzione di corsi per l'insegnamento della Psicologia e dell'Igiene Mentale, con inclusi specifici riferimenti agli aspetti legislativi e medico-legali relativi alle tossicodipendenze, per gli Ufficiali Medici in Spe. e di Complemento che frequentano il Corso Applicativo presso la Scuola di Sanità della Marina Militare di Livorno. Tale ciclo di lezioni ha lo scopo di permettere ai giovani Ufficiali Medici di acquisire specifiche conoscenze nel settore della psicologia giovanile e delle tossicodipendenze;
- e. ristampa e continua distribuzione della pubblicazione esplicativa "Considerazioni Medico-Legali sul D.P.R. 9.10.1990 n.309 T.U. delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza", di cui è in corso il relativo aggiornamento in esito alla recente consultazione referendaria;
- f. costituzione della Sezione di Psicologia medica militare, attraverso la quale l'Ispettorato di Sanità della Marina Militare ha inteso potenziare le funzioni

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

di Osservatorio sul fenomeno droga, per rendere più sensibile e tempestiva la banca dati sull'andamento del consumo di sostanze stupefacenti, al fine di delineare in modo attendibile i targets specifici del fenomeno ed indirizzare adeguatamente le strategie preventive.

5. L'ATTIVITA' DI PREVENZIONE IN AMBITO AERONAUTICA MILITARE

Le iniziative, promosse nel settore della prevenzione delle tossicodipendenze nel secondo semestre 1993, a parte quelle già citate, sono così compendabili:

- a. organizzazione di attività varie, ad opera di molti Enti o Reparti, finalizzate al tentativo di combattere momenti di ozio e di degrado psicologico, creando gruppi di aggregazione per il tempo libero;
- b. progetto finalizzato "Dal cielo contro la droga", presentato ai sensi dell'art.127 del D.P.R. 309/90, dall'A.M. nel 1992: corsi psico-sociologici destinati al personale militare educatore ed in fase formativa. Gli stanziamenti ottenuti nel 1993 dal Fondo Nazionale di intervento per la Lotta alla Droga hanno consentito di avviare una capillare opera in tal senso, la quale a tutt'oggi non è ancora terminata. In seguito alla individuazione di 2 targets distinti di utenza si è provveduto a realizzare:

- 1) **CORSI** di indottrinamento ed aggiornamento professionale in materia di aspetti psico-sociali, sanitari, medico-legali, preventivi e correttivi relativi alla tossicodipendenza ed al disagio giovanile, diretti al personale militare incaricato di compiti di educazione e di sostegno (personale di inquadramento, sanitario e parasanitario, addetti alle Sez. P.UMA.S.S., Cappellani militari etc.). Tali incontri, briefings, conferenze, tavole rotonde, spesso arricchiti dal supporto di presidi audiovisivi ed opuscoli didattici, sono stati tenuti da Docenti universitari nei settori della Psicologia e Neuropsichiatria o da specialisti convenzionati per la gestione dei Consultori psicologici, presso i Comandi di Regione Aerea (con la partecipazione dello specifico personale presente nei vari Enti territoriali) di Milano, Roma, Bari, gli Enti formativi ed i principali Reparti A.M. Le suddette iniziative, che hanno suscitato vivo interesse nell'utenza, hanno mirato soprattutto ad informare il personale impegnato nel contatto quotidiano con i giovani, circa la genesi del disadattamento psichico e l'instaurarsi di peculiari modelli reattivi, fornendo validi strumenti per rilevare tempestivamente comportamenti a rischio e predisporre opportune contromisure di prevenzione primaria e secondaria (crescita motivazionale, valorizzazione delle singole personalità, ottimizzazione del tempo libero, etc.).
- 2) **SEMINARI**, conferenze, incontri-dibattito informativi

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

destinati a tutto il personale, soprattutto quello di leva e in fase istruzionale, sono stati anche realizzati presso i suddetti Enti a cura di Docenti universitari, esperti di comunicazione di massa, operatori impegnati in Comunità Terapeutiche, e, negli altri Reparti dotati di Consulitori psicologici (SARVAM Viterbo, SARAM Taranto e Macerata, 61[^] Brigata Aerea Lecce, 32[^] Stormo Amendola, 8[^] Stormo Cervia, Infermerie Presidiarie A.M. di Milano e Roma), a cura degli specialisti civili convenzionati che hanno così potuto abbinare all'attività di sostegno anche una sinergica azione profilattica primaria e promozionale dei Consulitori stessi di recente istituzione.

- c. reiterazione periodica dell'attività educativa preventiva presso i vari Enti e Reparti a cura di appositi Nuclei, con dibattiti e incontri riservati a tutti i militari di recente assegnazione. Tale attività si è dimostrata particolarmente efficace nei Reparti di definitiva assegnazione del personale più che negli Enti di formazione, laddove il rapido turnover impedisce l'instaurarsi di un consolidato rapporto fiduciale;
- d. distribuzione di opuscoli e pubblicazioni specifiche edite dai Ministeri della Difesa e della Sanità (fra le quali il libretto "Meglio saperne di più", edito dalla Direzione Generale della Sanità Militare), per la sensibilizzazione degli allievi/frequentatori dei corsi istruzionali e di tutto il personale;
- e. progetto finalizzato presentato ai sensi dell'art.127 del D.P.R.309/90 dall'A.M. nel 1992: CONSULTORI PSICOLOGICI A.M.
- In ambito A.M., fino al mese di Ottobre u.s., erano operanti solo 3 Servizi di sostegno per tossicofili (ai sensi del D.P.R.n.309/90), presso:
- Comando III Regione Aerea - Direz.Terr.Sanità di Bari-Palese,
 - Comando 61[^] Brigata Aerea Lecce,
 - Comando Aeroporto di Brindisi,
- mentre due nuclei psicologici per lo screening dei disturbi caratteriali, essenzialmente dedicati alle attività di selezione, erano già da tempo operanti presso la SARVAM di Viterbo e la SARAM di Taranto.
- Con l'assegnazione da parte del Dipartimento Affari Sociali (D.A.S.) di fondi specifici per la realizzazione di tali servizi, nel corso degli ultimi tre mesi del c.a., sono stati attivati ulteriori Consulitori psicologici. Attualmente quindi queste strutture di sostegno sono presenti in modo capillare su tutto il territorio, presso gli Enti di seguito riportati:
- Comando I Regione Aerea - Infermeria Presidiaria A.M. Milano;
 - Comando 2[^] Stormo - Treviso;

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- Comando 8[^] Stormo - Cervia;
- Comando SARAM - Macerata;
- Scuola di Guerra Aerea - Firenze;
- Comando II Regione Aerea - Infermeria Presidiaria A.M. Roma;
- Comando SARVAM - Viterbo;
- Comando III Regione Aerea - Direz.Terr.Sanità - Bari Palese;
- Comando SARAM - Taranto;
- Comando 61[^] Brigata Aerea - Lecce.

Tuttora in attesa di attivazione sono i Consultori dell'Accademia aeronautica di Pozzuoli e del 41[^] Stormo di Sigonella.

I Consultori Psicologici si prefiggono la realizzazione di un programma di prevenzione e di sostegno mirato al recupero, reimpiego o reinserimento nelle varie attività degli Enti e più globalmente nel contesto sociale, di militari in condizioni di disagio psichico, tossicofilia, consumo occasionale di droga, soprattutto appartenenti alle età giovanili.

La maggior parte dei Servizi sanitari A.M. interessati a questa iniziativa ha segnalato il notevole salto di qualità nel settore della prevenzione specifica realizzato con il suddetto programma, che, dopo un avvio incerto, motivato dalle comprensibili diffidenze di un'utenza "difficile", appare finalmente in via di decollo, con il pieno e convinto appoggio dei Comandi e del personale tutto: a tal proposito è da rimarcare come non solo i giovani di leva abbiano fatto ricorso a questi Consultori, ma anche i militari di carriera.

L'attività dei Consultori è stata spesso integrata da una parallela azione divulgatrice, di profilassi e promozione, svolta nel corso di periodici incontri e dibattiti collettivi, promossi dagli specialisti convenzionati con la partecipazione del personale di leva e di carriera;

- f. costante aggiornamento dei dati relativi all'entità della popolazione tossicodipendente in ambito A.M., allo scopo di realizzare l'indispensabile flusso informativo finalizzato all'Osservatorio Permanente, ai sensi del comma 8, art.1 Legge n.162/90.
A tal fine si segnala che la definizione dei casi di sospetta tossicodipendenza, tossicofilia o disturbo personale viene realizzata mediante invio del personale presso i competenti Organi Medico-Legali (O.O.M.M., Istituti Medico-Legali A.M.);
- g. iniziative di prevenzione secondaria con potenziamento dei laboratori di analisi per la ricerca immunoenzimatica ed in immunofluorescenza dei cataboliti urinari di sostanze stupefacenti, nell'ambito di uno screening epidemiologico del fenomeno droga in ambito militare.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tali controlli vengono realizzati in maniera periodica od occasionale sul personale automobilista o in fase istruzionale.

Gli accertamenti sono eseguiti invece routinariamente nelle fasi della selezione di arruolamento, o su singoli individui segnalati per comportamenti a rischio o inusuali da parte dei Comandi.

Lo screening permette di quantizzare il fenomeno droga in ambito militare, allo scopo di definire azioni finalizzate non solo al contenimento della diffusione della tossicodipendenza, ma anche di malattie a diffusione parenterale e sessuale.

I dati relativi a tale indagine epidemiologica, eseguita dal mese di Luglio a quello di Novembre u.s., sono di seguito riportati.

- CANNABINOIDI: n.14.455 esami (938 positivi)
- OPIACEI: n.12.882 esami (29 positivi)
- COCAINA: n.13.478 esami (11 positivi)

6. DATI STATISTICI RELATIVI AL FENOMENO TOSSICODIPENDENZA

- a. Dalla rilevazione statistica effettuata da questa Direzione Generale, in base alle segnalazioni degli Stabilimenti Sanitari Militari relative a ricoveri connessi all'accertamento di una eventuale condizione di tossicodipendenza nel periodo 1 gennaio- 31 ottobre 1993, si ricavano i seguenti dati circa gli assuntori di sostanze stupefacenti, distinti secondo lo stato giuridico ed i provvedimenti medico-legali:

Provvedimenti medico legali	Incorporati	Iscritti di leva	Totale
Inviati in Osservazione ospedaliera	2.297	533	2.830
Idonei	187	54	241
Licenza di convalescenza inf.a 90 gg.	1.419	-	1.419
Licenza di convalescenza sup.a 90 gg.	224	-	224
Rivedibili (T.N.I.)	-	251	251
Riformati	432	207	639
Altro	35	21	56

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- b. I soggetti sono così ripartiti per FF.AA. e posizione militare:

	ARRUOLATI	ISCRITTI	TOTALE
ESERCITO	1286	385	1671
MARINA	617	148	765
AERONAUTICA	243	--	243
ALTRI	41	--	41
TOTALE	2187	533	2720

Gli iscritti di leva dell'Aeronautica non sono conteggiabili in quanto facenti parte del dato riferito agli iscritti dell'Esercito, Forza Armata che effettua la visita di leva-selezione anche per l'Aeronautica Militare;

- c. i dati sono praticamente sovrapponibili a quelli relativi all'anno 1992, contenuti nella relazione del gennaio 1993;

- d. per una migliore comprensione dei dati di cui ai sottoparagrafi a. e b. si specifica quanto segue:

1) le schede di segnalazione dell'uso di sostanze stupefacenti pervenute a questa Direzione Generale (2.830) si riferiscono a 2.720 soggetti, potendosi per ogni soggetto verificare più di una segnalazione nel corso dell'anno;

2) per iscritto di leva s'intende il soggetto in sede di visita di leva-selezione, quindi non ancora alle armi; per incorporato il soggetto che sta svolgendo il servizio di leva.

Nel considerare la differenza tra il numero di schede di segnalazione degli iscritti di leva (533) e degli incorporati (2.297) è necessario tenere conto:

a) del fatto che la visita di leva può precedere, anche di qualche anno, l'inizio del servizio militare; se durante tale periodo, che può coincidere con l'insorgere di una condizione di tossicodipendenza, non è il giovane a fare richiesta di ulteriori accertamenti sanitari, egli viene incorporato senza essere sottoposto ad ulteriori visite, se non al momento dell'inizio della vita militare;

b) i primi ricoveri ospedalieri per problemi connessi alla tossicodipendenza, che condurranno all'emanazione di provvedimenti medico-legali di temporanea o permanente non idoneità alla prestazione del servizio militare, si verificano, in circa l'80% dei casi, nei primi 60 gg. di vita alle armi; ciò fa attendibilmente presumere che la

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

condizione di tossicodipendenza, in un buon numero di casi, si sia instaurata nel periodo di intervallo tra la visita di leva e l'inizio della vita militare;

c) le schede di segnalazione relative agli iscritti di leva corrispondono al numero dei soggetti, mentre quelle degli incorporati contengono anche più di una scheda per soggetto;

3) la rivedibilità (T.N.I.) è un provvedimento medico-legale riservato ai soli iscritti di leva; così come la licenza di convalida può riguardare solo i soggetti incorporati;

4) il provvedimento medico-legale di permanente non idoneità alla prestazione del servizio militare (riforma) viene emanato per patologie organiche e/o psichiatriche associate ad una condizione di tossicodipendenza.

e. Per quanto concerne le sostanze stupefacenti che, secondo quanto dichiarato dagli interessati, sono state utilizzate per la prima assunzione di droga, queste risultano così ripartite:

- 86,8 % marijuana e hashish
- 10,3 % eroina
- 1,9 % cocaina
- 1 % altre.

Le sostanze abitualmente assunte, in tempi successivi, risultano così ripartite:

- 67 % marijuana e hashish
- 19,5 % eroina
- 6,5 % cocaina
- 7% altre.

Si conferma, quindi, che sostanze come marijuana e hashish utilizzate per la prima assunzione di droga - vengono progressivamente sostituite dall'uso di eroina e cocaina.

EPIDEMIOLOGIA DELLE PATOLOGIE INFETTIVE CORRELATE ALLA TOSSICODIPENDENZA

I dati relativi all'epidemiologia, nell'ambito delle Forze Armate, delle patologie infettive correlate al fenomeno tossicodipendenza, si riferiscono al periodo gennaio-novembre 1993.

Per quanto riguarda le epatiti virali a trasmissione ematogena, va notato come, parallelamente ad una sostanziale stazionarietà dei casi di epatite B, l'epatite nAnB presenti nel 1993 una tendenziale inversione di incidenza.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Nel corso del corrente anno, infatti, sono stati fino ad ora segnalati 65 casi di epatite B, contro 64 nel 1992; per quanto riguarda l'epatite nAnB, i casi fino ad ora notificati sono stati 35, contro 24 nel 1992; le epatiti ad eziologia non specificata notificate ammontano fino ad ora a 6 casi, contro gli 8 del 1992 (grafico n.1).

Le casistiche delle epatiti B e di quelle nAnB relative al 1993 non presentano tuttavia le aggregazioni spazio-temporali tipiche dei focolai epidemici, rivelando invece una diffusa sporadicità dei casi.

L'aumento osservato nelle epatiti nonA-nonB è probabilmente attribuibile, oltre che ad un miglioramento del sistema informativo militare delle malattie infettive, anche ad un'accentuazione dell'endemia epatitica che, come del resto accade naturalmente per tutte le malattie infettive, ciclicamente si alterna a periodi di bassa incidenza.

Sostanzialmente stazionaria è invece la diffusione dell'infezione da virus dell'immunodeficienza umana (HIV); dopo il picco di incidenza del 1987, essa appare in progressiva e costante diminuzione e da alcuni anni si mantiene intorno ad una decina di casi per anno (grafico n.2).

Nel corso del 1993 sono stati fino ad ora segnalati complessivamente 14 casi di infezione da HIV, di cui 3 riscontrati in giovani iscritti di leva in sede di visita medica di arruolamento ed i rimanenti 11 in militari già alle armi, di cui 7 dell'Esercito, 2 della Marina ed 1 dell'Aeronautica.

Per quanto riguarda lo spettro clinico dell'infezione, la gran parte della casistica (8 casi su 14) è composta da sieropositivi asintomatici o portatori di LAS, altri 4 si riferiscono a condizioni morbose AIDS-correlate (ARC) e 2 casi sono di AIDS conclamato.

I casi AIDS-correlati (ARC) sono stati riscontrati in 4 militari di carriera dell'Esercito, mentre i 2 casi di AIDS si riferiscono a 2 militari di carriera della Marina.

Per quanto riguarda le modalità del contagio, 2 casi si riferiscono a soggetti tossicodipendenti, 7 sono attribuibili a contagio eterosessuale, mentre in 4 casi non sono stati segnalati comportamenti a rischio.

I dati relativi al 1993, se da una parte confermano la bassa incidenza, nell'ambito delle Forze Armate, della casistica delle infezioni da HIV, ripropongono d'altra parte l'importanza di una costante e capillare opera di educazione sanitaria atta a contrastare la diffusione dell'infezione.

STATO DI ATTUAZIONE DEI PROGETTI FINANZIATI AI SENSI DELL'ARTICOLO 127 DEL T.U.n° 309/90.

- a. Questa D.G. ha già trasmesso elementi di informazione sull'argomento con i seguenti fogli:
- prot.n.1417/92/PM/525/48D in data 26 ottobre 1992, inoltrato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli Affari Sociali;
 - prot.n.826/93/PM/813/48D in data 4 giugno 1993, inoltrato

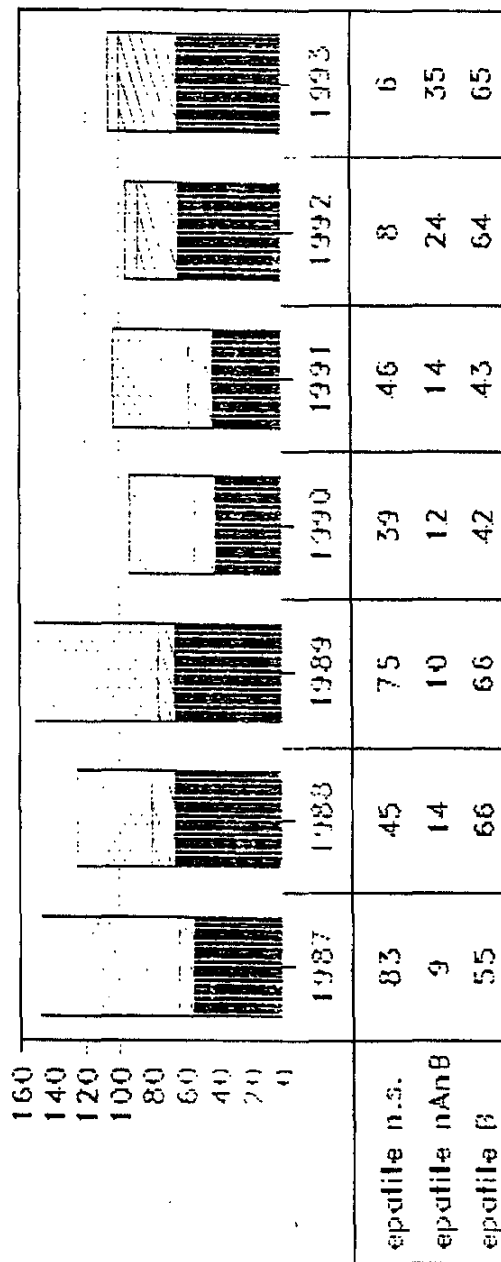
XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

al Ministero della Difesa - Gabinetto del Ministro, per il successivo invio alla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli Affari Sociali.

Gli elementi di informazione, contenuti nella presente relazione, costituiscono pertanto un'integrazione di quelli già inoltrati;

- b. si trasmettono in Allegato B diciannove SCHEDE, relative ai progetti finanziati all'Amministrazione della Difesa dal Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga, negli esercizi finanziari 1990, 1991 e 1992.

Forze Armate italiane casi notificati di epatite B, nonA-nonB e non specificata

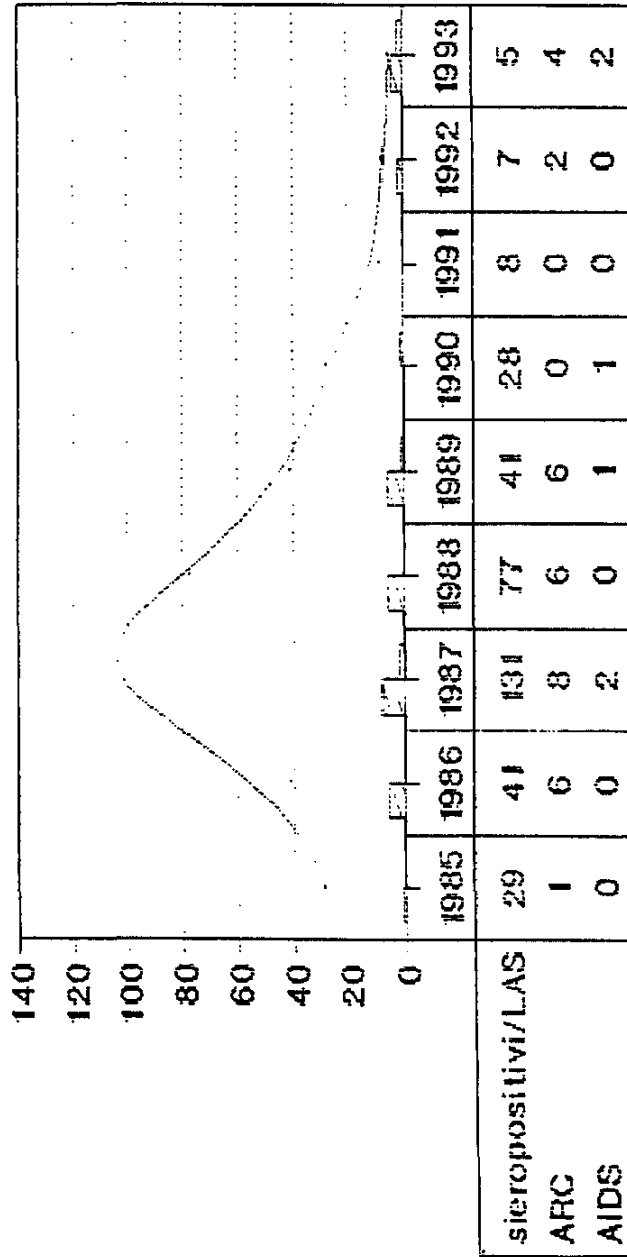


ANNI

epatite n.s.
 epatite nAnB
 epatite B

i dati del 1993 non sono definitivi

Infezioni da HIV nel personale delle FFAA



sieropositivi/LAS
 ARC
 AIDS

i dati del 1993 non sono definitivi

GRAFICO N° 2

***I dati sulle tossicodipendenze e le
attività del Ministero della sanità***

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Relazione sulle attività dei Sert. Dati sulle tossicodipendenze relativi all'anno 1993.

Premessa

La rilevazione statistico-epidemiologica sull'utenza e le attività terapeutico-riabilitative dei SERT è effettuata dal Ministero della sanità con cadenza semestrale, secondo le modalità definite con decreto ministeriale del 3 ottobre 1991: ogni 6 mesi, mediante un singolo semplice modello di rilevazione, si raccolgono informazioni essenziali, che consentono una fotografia dell'attività dei SERT a due date precise dell'anno (15 giugno e 15 dicembre). Alla fine dell'anno, invece, vengono rilevati dati sull'attività svolta nel corso di tutto il trascorso anno.

In questa relazione si analizzano i primi risultati - in forma provvisoria - della rilevazione semestrale relativa al 15/12/1993, e della rilevazione riferita all'intero anno 1993, confrontandoli, per quanto possibile, con quelli ottenuti nei precedenti anni (1990, 1991 e 1992) in cui analoghe rilevazioni sono state condotte.

Nella lettura dei dati è d'obbligo un'avvertenza: il numero dei soggetti utenti dei SERT, rilevato ad una data precisa (es. 15 dicembre 1993), differisce sostanzialmente dal dato dell'utenza di tutto l'anno 1993. Infatti, con la rilevazione annuale si tiene conto dell'affluenza complessiva ai Servizi nel corso dell'anno e quindi sono computati i casi aperti al 31 dicembre 1993 e quelli che si sono chiusi in un qualsiasi momento dell'anno di rilevazione. Con la rilevazione puntuale, invece, vengono considerati solo i casi aperti di tossicodipendenti in carico al Servizio a quella data. Quest'ultimo dato sarà, in generale, inferiore a quello che si riferisce al flusso dell'anno.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

numero di utenti in carico presso i Servizi che devono ancora inviare i modelli, sulla base dell'utenza da essi segnalata in occasione della precedente rilevazione del 15/6/1993. I dati così ottenuti mostrano che al 15 dicembre 1993 risultano in carico 65.123 soggetti (Tab.1) a 523 servizi (468 più quelli la cui utenza è stata prevista).

Risultati della rilevazione annuale per il 1993 e analisi degli andamenti temporali

Si è provveduto a completare per proiezione le informazioni ottenute dalle schede di rilevazione per l'anno 1993, che, pur assicurando una copertura molto elevata del sistema di sorveglianza delle tossicodipendenze, non sono ancora confrontabili con gli anni precedenti. I dati sono, pertanto, da considerarsi provvisori.

Con questa avvertenza, nel corso del 1993 sono stati in carico ai Servizi pubblici 109.734 tossicodipendenti sul complesso del territorio nazionale (Tab.2).

Di questi 91.766 sono seguiti direttamente presso i SERT e 17.968 sono stati inviati in strutture socio-riabilitative (Tab.3 *AeB*)

I dati comparativi mostrano che il numero di soggetti seguiti direttamente dalle strutture pubbliche è continuamente aumentato rispetto ai 66.702 soggetti nel 1990. Questo aumento è in parte dovuto all'attivazione di nuovi Servizi in questo periodo di tempo ed alla crescente capacità delle strutture pubbliche di

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

accogliere una quota sempre più elevata di individui con problemi di tossicodipendenza. Il calo della percentuale di utenti inviati in strutture socio-riabilitative - passato da 18,2% nel 1991 a 16,4% nel 1993, può essere interpretato come un risultato dei cambiamenti avvenuti nel tipo di attività svolta dai SERT e della loro capacità recettiva, che consente un minore ricorso all'ausilio delle strutture socio-riabilitative private di tipo residenziale o semiresidenziale.

Veniamo ora ai risultati strettamente epidemiologici. Del numero totale di utenti nel 1993 gli utenti maschi hanno rappresentato la quota prevalente (circa 93.000), confermando come la dipendenza da droga sia uno stato molto selettivo per sesso, che investe essenzialmente i maschi. Nel tempo, questa tendenza si è rafforzata: il rapporto maschi/femmine è, infatti, passato da 4,68 nel 1990 a 5,53 nel 1993.

La distribuzione per età dei tossicodipendenti utenti dei SERT mostra che il fenomeno interessa soprattutto i giovani di età compresa tra i 20 ed i 35 anni. Si noti, comunque, un progressivo invecchiamento dei soggetti tossicodipendenti (almeno quelli utenti dei Servizi) visto che la percentuale di quelli nelle fasce di età inferiori ai 30 anni sta continuando diminuendo, mentre aumenta quella delle classi di età più elevate.

La distribuzione degli utenti dei SERT per sostanza stupefacenti utilizzata (Tab.4) mette in evidenza che la sostanza più diffusa è l'eroina - e ciò dipende essenzialmente dal tipo di trattamento offerto dai Servizi - seguita da cannabinoidi e cocaina. Il trend per queste ultime due sostanze è lievemente crescente.

Fortemente correlato al tipo di sostanza di abuso è il tipo di trattamento erogato. Come negli anni precedenti, anche nel 1993 la percentuale di soggetti sottoposti a trattamenti solo psico-sociale e/o riabilitativo è quella prevalente. La quota di questo tipo di intervento è stata del 38,95% nel 1993. Tra i trattamenti a breve termine, il metadone - in forma integrata - è utilizzato in circa il 23% dei casi, senza rilevanti differenze rispetto al passato, mentre si riduce l'impiego di altri farmaci. L'uso del metadone assume un'importanza crescente nei programmi a lungo termine, essendo passato da 9,31% al 12% in tre anni (Tab.5).

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Stato di attuazione delle norme del DPR 9 ottobre, n.309

In attuazione agli art.116 e 117 del DPR 309/90 sono stati predisposti nel corso dell'anno 1993, l'Atto di intesa tra Stato e Regioni per la definizione di criteri e modalità uniformi per l'iscrizione degli Enti ausiliari che gestiscono strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti e lo Schema-tipo di convenzione tra unità sanitarie locali e gli enti ausiliari che ospitano soggetti tossicodipendenti con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale.

Detti atti sono stati formulati a seguito di numerosi incontri presso il Ministero della sanità e presso la Presidenza del Consiglio con i rappresentanti delle regioni e con quelli delle principali comunità terapeutiche.

Gli atti citati, pubblicati nella G.U. n.55 (Suppl.n.25) dell'8.3.1993 e nella G.U. n.67 del 22.3.1993 rappresentano una importante tappa nella regolamentazione dei rapporti tra enti pubblici e privati che operano nel settore delle tossicodipendenze, finalizzata tra l'altro, al raggiungimento di una sempre più ampia integrazione degli interventi.

La concreta applicazione della nuova regolamentazione consentirà, a livello centrale di redigere l'elenco nazionale delle strutture convenzionate, così come previsto dall'art.11 del citato schema.

Il risultato del referendum del 18 aprile 1993 ha prodotto l'abrogazione (DPR 5 giugno 1993, n.171) di talune disposizioni del testo unico sulle sostanze stupefacenti di cui al DPR 309/90. Sono emerse in merito varie problematiche relative, tra l'altro, all'impiego dei farmaci sostitutivi nei trattamenti delle tossicodipendenze ed è scaturita l'esigenza di fornire ai Servizi pubblici degli orientamenti e chiarimenti in materia.

A seguito di incontri con i rappresentanti regionali volti ad un approfondimento di tali problematiche, il Ministero della sanità ha predisposto la lettera circolare n.1100/II/D/F10/1862 del 30 luglio 1993, con la quale si forniscono le prime indicazioni per orientare le attività degli operatori dei SERT.

In adempimento all'art.3, comma 2, lettera C del testo unico approvato con DPR 309 del 9 ottobre 1990, che demanda al Ministero della sanità la raccolta e l'elaborazione dei dati relativi alle

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

strutture private che operano nel settore della cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza, è stata redatta da un gruppo di lavoro composto da rappresentanti regionali e funzionari del Ministero della sanità, una scheda finalizzata alla raccolta di alcune essenziali informazioni sulle comunità terapeutiche esistenti sul territorio nazionale.

Detta scheda, approvata con D.M. 30 ottobre 1993, con il parere favorevole della Conferenza Stato-Regioni, è stata pubblicata sulla G.U. n. 264 del 10 novembre 1993; i primi dati saranno disponibili nel giugno 1994.

In occasione della Prima conferenza nazionale sulle tossicodipendenze, tenutasi a Palermo nei giorni 24, 25, 26 giugno 1993, il Ministero della sanità si è attivato affinché venisse presentato dalle regioni un resoconto sulla situazione dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e su tutte le altre iniziative e realizzazioni effettuate nel campo della lotta alle tossicodipendenze.

Inoltre è stato predisposto un numero speciale del "Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo" proprio a sottolineare l'importanza tecnico-scientifica e culturale che tale Conferenza ha rappresentato.

Bollettino per le farmacodipendenze

Nel corso del 1993 sono stati editi i seguenti numeri:

- N. 1-2/1993 recante, tra l'altro un dibattito sulla "legalizzazione della droga"; stampato in 10.000 copie e diffuso in 7.500;
- N. 3-4/1993 pubblicato in occasione della 1° Conferenza Nazionale sulle tossicodipendenze, recante, tra l'altro, i dati relativi all'attività dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze ed i dati epidemiologici sull'AIDS; stampato in 8.000 copie e diffuso in 6.900;
- N. 5-6/1993 numero speciale per l'alcoolismo, recante la normativa regionale, nazionale, europea e dell'OMS sull'argomento; stampato in 6.000 copie e diffuso in 5.800.

Rapporti internazionali

In ambito internazionale, l'attività del Ministero della sanità durante il 1993 ha avuto principalmente ad oggetto la partecipazione ai lavori del Gruppo Pompidou in seno al Consiglio d'Europa. In tale contesto, ed in vista della preparazione della 10^a Conferenza ministeriale del Gruppo e della 2^a Conferenza paneuropea sulla cooperazione relativa ai problemi dell'abuso di droghe illecite, si è provveduto, oltre che alla collaborazione ai fini della redazione della dichiarazione finale resa nell'ambito di dette Conferenze, alla elaborazione di un rapporto sulla situazione dell'abuso di droghe in Italia, nel più recente periodo.

Tale rapporto presenta un'ampia descrizione di tutte le attività svolte nel settore delle tossicodipendenze. In particolare, sono state esposte le linee direttrici della politica d'informazione, prevenzione ed educazione, che prevedono, tra l'altro, il coinvolgimento primario del settore scuola; evidenziate le nuove iniziative intraprese a livello di formazione professionale e delle campagne d'informazione; indicate le attività di prevenzione della diffusione del virus HIV tra i tossicodipendenti attraverso la promozione di progetti di "riduzione del danno" e la realizzazione di campagne di informazione diversificate in relazione ai mezzi utilizzati ed al tipo di pubblico raggiunto; precisato l'avvenuto completamento della istituzione dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze su tutto il territorio nazionale.

Il Se.Ce.D.A.S. ha, altresì, collaborato con l'Ufficio Rapporti Internazionali del Ministero nell'ambito delle attività del Gruppo Sanità della CEE. In tale contesto, si è in particolare posta l'attenzione sulla organizzazione della 2^a Settimana europea di prevenzione della droga, che si terrà nell'ottobre 1994.

Attività sul settore dell'alcooldipendenza

In materia di alcooldipendenza il Ministro della sanità, ha curato la stesura di indirizzi per la cura ed il reinserimento sociale, nei quali sono stati trasfusi le conclusioni della Commissione tecnica per l'alcoolismo e le patologie correlate, all'uopo costituita presso il Ministero.

Detti indirizzi sono stati approvati con D.M. 8 agosto 1993 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 23 agosto 1993.

Si è altresì curata la pubblicazione di un numero speciale del "Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcoolismo" interamente dedicato alle dipendenze dell'alcool ed inviato a circa seimila operatori sanitari pubblici e privati.

E' stato avviato infine lo studio per l'attuazione di un primo censimento delle strutture attive in materia di alcooldipendenza in ambito nazionale.

Attività relativa alla prevenzione e lotta al tabagismo

In tema di tabagismo il Ministero della sanità ha partecipato alla predisposizione dei seguenti atti normativi:

- decreto interministeriale del 26 luglio 1993 di recepimento di quanto previsto dalla direttiva 92/41 CEE per il condizionamento e l'etichettatura dei prodotti del tabacco;
- art. 24 della legge comunitaria, per il 1993, che recepisce integralmente quanto previsto dalla Direttiva 92/41 CEE.

Va, inoltre, segnalato il contributo alla definizione delle regolamentazioni e dei programmi in corso di esame in sede comunitaria nelle seguenti materie: 1) "proposta di direttiva concernente il riavvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative degli Stati membri in materia di pubblicità dei prodotti di tabacco"; 2) "piano d'azione per l'Europa senza tabacco"; 3) "restrizioni al fumo nei voli internazionali".

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Attività dell'Ufficio Centrale Stupefacenti

L'Ufficio Centrale Stupefacenti, per quanto di competenza, in relazione a quanto disposto dall'art. 2 del DPR 309 del 1990, ha provveduto, nel corso del 1993:

- a partecipare con un proprio rappresentante ai lavori della Commissione Stupefacenti delle Nazioni Unite e di altre Organizzazioni Internazionali (CEE, Consiglio d'Europa);
- a stabilire, con Decreto del 18 giugno 1993 (G.U. 173 del 26 luglio 1993), quote supplementari di stupefacenti e sostanze psicotrope da fabbricare e mettere in vendita in Italia e all'estero nel corso dell'anno;
- a stabilire con decreto del 23 novembre 1993 (G.U. 298 del 21 dicembre 1993), le quantità delle stesse sostanze da fabbricare e mettere in vendita in Italia e all'estero nell'anno 1994;
- a redigere n. 247 rendiconti sulla fabbricazione, impiego e commercio di tali sostanze;
- a rilasciare n. 11 autorizzazioni alla fabbricazione, n. 66 all'impiego e n. 311 al commercio all'ingrosso di stupefacenti e sostanze psicotrope;
- a rilasciare n. 479 permessi di importazione e n. 1027 permessi di esportazione delle stesse sostanze e relative preparazioni;
- a rilasciare n. 327 autorizzazioni all'impiego e alla detenzione delle stesse sostanze per uso di ricerca scientifica e sperimentazione;
- a rilasciare n. 94 permessi di esportazione di sostanze suscettibili di impiego per la fabbricazione di sostanze stupefacenti e psicotrope di cui all'art. 70 del DPR sopracitato;
- a pubblicare l'elenco aggiornato al 28 febbraio 1993, delle imprese autorizzate alla fabbricazione, impiego e commercio all'ingrosso delle sostanze in parola (G.U. n. 67 del 22 marzo 1993);
- a effettuare n. 49 ispezioni a imprese autorizzate al commercio all'ingrosso;

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- ad aggiornare, in accordo con le Convenzioni Internazionali, le tabelle degli stupefacenti e sostanze psicotrope di cui all'art. 13 del DPR 309 del 1990 con decreto del 22 marzo 1993 (G.U. n. 91 del 20 aprile 1993) e con decreto del 31 maggio 1993 (G.U. 137 del 29 maggio 1993);
- a rilasciare numerose autorizzazioni alla distruzione di sostanze stupefacenti e psicotrope scadute o scarti di lavorazione delle imprese;
- ad avviare alla distruzione n. 270 reparti a base di stupefacenti o sostanze psicotrope sequestrate dalle forze di polizia ai tossicodipendenti e messe a disposizione del Ministero, dall'autorità Giudiziaria.

Iniziative di lotta all'AIDS

Si è conclusa nel corso del 1993 la quarta campagna informativo-educativa sull'AIDS, iniziata nel giugno 1992 e condotta da quattro agenzie di pubblicità convenzionate.

Assieme a messaggi rivolti alla popolazione generale (spot televisivi e annunci diffusi attraverso la stampa quotidiana e periodica) sono state attuate le seguenti iniziative:

- a) un ampio programma di seminari diretti a coinvolgere i presidi delle scuole superiori nelle attività di prevenzione, in sintonia con le parallele iniziative di formazione attuate dal Ministero della pubblica istruzione sui problemi della tossicodipendenza;
- b) interventi per l'informazione sull'AIDS nei luoghi di lavoro, con il contributo operativo delle organizzazioni di volontariato e la collaborazione dei sindacati;
- c) numerosi corsi di formazione per medici e dirigenti di associazioni sportive, in collaborazione con il CONI, nonché di iniziative specifiche di informazione per i giovani che praticano lo sport, per i medici e per gli altri operatori che li seguono (massaggiatori, allenatori, ecc.);
- d) diffusione di filmati, videoclip e materiali diversi, attraverso circuiti di discoteche ed altri luoghi di aggregazione.

Nell'ambito della quarta campagna sono state curate varie

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

iniziative per promuovere l'abitudine della donazione ed il buon uso del sangue, quali fattori concorrenti nella prevenzione dell'HIV. Tra queste, si ricorda l'organizzazione del Convegno "Il buon uso del sangue: una svolta nella terapia trasfusionale in Italia", organizzato dal Ministero della sanità per il 10 luglio 1993 a Roma, nell'ambito del quale sono stati presentati i risultati del lavoro della Commissione Nazionale per il Servizio Trasfusionale.

E' stata inoltre curata e diffusa per l'occasione la raccolta relativa alla "Disciplina per le attività trasfusionale relativa al sangue umano ed emoderivati", utile strumento per gli operatori nel settore.

In occasione della Giornata Mondiale sull'AIDS - 1° dicembre 1993 - è stato attuato un programma di iniziative sulle tematiche proposte dall'OMS, tra cui una manifestazione ufficiale e la divulgazione di messaggi del Ministero della sanità attraverso la stampa quotidiana e periodica.

Sempre in tema di AIDS occorre ricordare l'attività espletata per la definizione dei seguenti atti:

- DM 30 dicembre 1992, recante misure dirette ad escludere il rischio di infezioni da HIV, derivanti da trasfusioni di sangue o da somministrazioni di emoderivati;
- Delibera CIPE 7 aprile 1993, sulla ripartizione di quote del Fondo sanitario nazionale, da destinare al finanziamento del programma di lotta all'AIDS, per il 1992;
- Progetto obiettivo AIDS 1994-1996, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni in data 25 novembre 1993.

E' stata curata la raccolta relativa alla Normativa attinente all'AIDS che costituisce un utile strumento di lavoro per quanti operano nel settore.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

UTENTI DEI SERVIZI PUBBLICI PER LE TOSSICODIPENDENZE AL 15/12/1993 (*)

REGIONE	NUMERO DI SERT	UTENTI IN CARICO			NUMERO MEDIO DI UTENTI
		TOTALE	IN STRUTTURE SOCIO RIABILITATIVE	%	
PIEMONTE	63	7471	2129	28,50	119
VALLE D'AOSTA	1	139	39	28,06	139
LOMBARDIA	83	12275	3288	26,79	148
PROV. AUT. BOLZANO	4	844	203	24,05	211
PROV. AUT. TRENTO	1	617	149	24,15	617
VENETO	36	5578	1604	28,76	155
FRIULI V. GIULIA	6	991	133	13,42	165
LIGURIA	19	3090	452	14,63	163
EMILIA ROMAGNA	41	5488	1752	31,92	134
TOSCANA	39	4322	1277	29,55	111
UMBRIA	10	581	282	48,54	58
MARCHE	14	896	238	26,56	64
LAZIO	43	4390	548	12,48	102
ABRUZZO	11	1308	219	16,74	119
MOLISE	4	120	34	28,33	30
CAMPANIA	33	3803	634	16,67	115
PUGLIA	53	6644	1457	21,93	125
BASILICATA	6	396	132	33,33	66
CALABRIA	11	1174	480	40,89	107
SICILIA	32	2243	633	28,22	70
SARDEGNA	13	2753	602	21,87	212
ITALIA	523	65123	16285	25,01	125

(*) Dati provvisori per il 1993

Tab. 1

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

UTENTI IN CARICO AI SERVIZI PUBBLICI (*)

REGIONE	1990	1991	1992	1993
PIEMONTE	8.008	10.455	10.347	10.239
VALLE D'AOSTA	151	286	306	292
LOMBARDIA	12.845	16.157	17.848	18.214
PROV. AUT. BOLZANO	739	1.060	1.050	1.004
PROV. AUT. TRENTO	370	480	621	613
VENETO	6.151	8.415	8.076	8.871
FRIULI V. GIULIA	1.658	1.743	1.919	1.947
LIGURIA	3.059	3.724	4.118	4.653
EMILIA ROMAGNA	6.380	6.979	7.558	7.634
TOSCANA	3.893	6.673	6.682	8.236
UMBRIA	901	1.299	1.964	1.964
MARCHE	1.479	1.848	2.202	2.386
LAZIO	4.732	9.698	10.108	10.184
ABRUZZO	1.403	825	1.450	1.854
MOLISE	210	242	268	260
CAMPANIA	3.142	5.294	7.750	8.303
PUGLIA	5.270	9.067	10.595	10.774
BASILICATA	460	719	822	812
CALABRIA	1.558	1.084	1.307	1.825
SICILIA	2.480	3.613	4.801	5.137
SARDEGNA	1.813	3.192	3.775	4.532
ITALIA	66.702	92.853	103.567	109.734
Numero risposte dai SERT	462	492	504	528

Tab.2

(*) Dati provvisori per il 1993

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

UTENTI SEGUITI DIRETTAMENTE PRESSO I SERVIZI PUBBLICI (*)

REGIONE	1990	1991	1992	1993
PIEMONTE	8.008	9.048	8.762	8.403
VALLE D'AOSTA	151	233	252	243
LOMBARDIA	12.845	12.637	13.896	14.183
PROV. AUT. BOLZANO	739	908	782	655
PROV. AUT. TRENTO	370	386	506	473
VENETO	6.151	6.820	6.451	7.230
FRIULI V. GIULIA	1.658	1.517	1.680	1.736
LIGURIA	3.059	1.746	3.621	4.105
EMILIA ROMAGNA	6.380	5.321	5.959	6.004
TOSCANA	3.893	5.545	5.379	6.738
UMBRIA	901	1.086	1.705	1.756
MARCHE	1.479	1.558	1.913	2.035
LAZIO	4.732	8.548	9.178	9.168
ABRUZZO	1.403	711	1.187	1.562
MOLISE	210	207	219	218
CAMPANIA	3.142	4.789	6.959	7.511
PUGLIA	5.270	7.748	9.050	9.121
BASILICATA	460	648	692	733
CALABRIA	1.558	703	1.017	1.456
SICILIA	2.480	3.132	4.060	4.342
SARDEGNA	1.813	2.620	3.089	4.094
ITALIA	66.702	75.911	86.357	91.766

(*) Dati provvisori per il 1993

Tab. 3 A

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

UTENTI INVIATI PRESSO STRUTTURE RIABILITATIVE (*)

REGIONE	1991	1992	1993
PIEMONTE	1.407	1.585	1.836
VALLE D'AOSTA	53	54	49
LOMBARDIA	3.520	3.952	4.031
PROV. AUT. BOLZANO	152	268	349
PROV. AUT. TRENTO	94	115	140
VENETO	1.595	1.625	1.641
FRIULI V. GIULIA	226	239	211
LIGURIA	1.978	497	548
EMILIA ROMAGNA	1.658	1.599	1.630
TOSCANA	1.128	1.303	1.498
UMBRIA	213	259	208
MARCHE	290	289	351
LAZIO	1.150	930	1.016
ABRUZZO	114	263	292
MOLISE	35	49	42
CAMPANIA	505	791	792
PUGLIA	1.319	1.545	1.653
BASILICATA	71	130	79
CALABRIA	381	290	369
SICILIA	481	741	795
SARDEGNA	572	686	438
ITALIA	16.942	17.210	17.968

(*) Dati provvisori per il 1993

Tab. 3 B

UTENTI DISTRIBUITI PER SOSTANZA STUPEFACENTE D'ABUSO (*)

Sostanza primaria d'abuso	1990	1991	1992	1993
EROINA	91,88	90,12	91,24	91,20
CANNABINOIDI	4,15	5,05	4,59	5,54
COCAINA	0,75	1,29	1,30	1,69
BENZODIAZEPINE	0,58	0,60	0,39	0,62
METADONE	0,52	0,45	0,28	0,52
CRACK	0,20	0,31	0,12	0,01
BARBITURICI	0,15	0,05	0,06	0,03
ANFETAMINE	0,12	0,13	0,13	0,28
MORFINA	0,12	0,02	0,04	0,03
ALLUCINOGENI	0,06	0,05	0,04	0,08
ALTRO	1,48	1,94	1,81	1,92

(*) Dati provvisori per il 1993

Tab. 4

TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI PUBBLICI (*)

TIPOLOGIE	% SOGGETTI TRATTATI		
	Anno 1991	Anno 1992	Anno 1993
1) PSICO-SOCIALE E/O RIABILITATIVO	38,08	37,26	38,95
2) TRATTAMENTO A BREVE TERMINE (=< 60 gg)	20,96	23,40	22,99
a) METADONE INTEGRATO	7,42	6,13	4,43
b) CLONIDINA (sola o associata)	8,98	7,84	5,56
c) ALTRI FARMACI			
3) TRATTAMENTO PROTRATTO (>60gg)	9,31	9,74	12,05
a) METADONE INTEGRATO	2,92	3,47	3,37
b) FARMACI NON SOSTITUTIVI (integrati)	1,11	0,95	0,84
c) FARMACI NON SOSTITUTIVI (non integrati)			
4) TRATTAMENTO PROTRATTO CON ANTAGONISTI	6,32	6,92	7,17
a) NALTREXONE INTEGRATO	1,39	1,71	1,06
b) NALTREXONE NON INTEGRATO	0,11	0,08	0,08
c) ALTRI ANTAGONISTI INTEGRATI	0,03	0,12	0,05
d) ALTRI ANTAGONISTI NON INTEGRATI			
5) ALTRO	3,37	2,38	3,44

Tab. 5

(*) Dati provvisori per il 1993

***Attività internazionale in
materia di lotta alla droga
(A cura del Ministero degli affari esteri)***

ATTIVITA' INTERNAZIONALE IN MATERIA DI LOTTA ALLA DROGA

L'Italia è impegnata in una complessa ed approfondita opera di contrasto al fenomeno della droga.

In tale quadro, viene in primo luogo in considerazione, sul piano comunitario, la creazione, definita in seno al Comitato Europeo di Lotta alla Droga (Celad), di un Osservatorio Europeo sulla droga.

Si tratta di un centro per la rilevazione, la raccolta e la diffusione di dati statistici sul fenomeno droga che dovrebbe fornire l'indispensabile base conoscitiva comune all'opera di coordinamento delle varie politiche nazionali di lotta alla droga. L'Osservatorio dovrebbe avvalersi di "antenne" nazionali, in Italia ed in molti altri Stati membri già esistenti. Le funzioni dell'Osservatorio, fissate nel Piano Europeo di Lotta alla Droga approvato al Consiglio Europeo di Roma del dicembre 1990, "riguardano non soltanto gli aspetti sociali e sanitari ma anche gli altri aspetti connessi con la droga inclusi il traffico e la repressione". Il Consiglio Europeo di Lisbona di fine giugno "ha accolto con soddisfazione l'accordo politico raggiunto sul regolamento che istituisce un Osservatorio Europeo della droga e delle tossicodipendenze. In tali condizioni è ormai prevedibile per i prossimi mesi la definitiva messa a punto, soprattutto sotto il profilo tecnico, del regolamento istitutivo. La sede dell'Osservatorio sarà a Lisbona.

2. Sempre in ambito Celad è stata organizzata la Settimana europea a favore della prevenzione che ha avuto luogo dal 16 al 22 novembre. Ad una manifestazione a livello comunitario si sono

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

collegate contemporanee iniziative nazionali, in grado di porre l'accento su determinate realtà locali: in Italia la diffusione della droga nel mondo del lavoro. Una analoga iniziativa è prevista anche per il 1994.

3. L'Italia ha ratificato la Convenzione delle Nazioni Unite del 1988 contro il traffico illecito di stupefacenti e le sostanze psicotrope. A luglio scorso altri sette Paesi e la Comunità hanno depositato i rispettivi strumenti di ratifica (Grecia, Francia, Lussemburgo, Portogallo, Spagna e Regno Unito e Danimarca).

4. La cooperazione con i Paesi produttori o di transito costituisce anche un'importante aspetto della nostra strategia di lotta alla droga nella convinzione che tutti gli Stati, e non solo quelli di consumo, abbiano uguali responsabilità di fronte al fenomeno droga. In questo contesto assume particolare rilevanza la collaborazione con il Programma Internazionale delle Nazioni Unite per il Controllo della Droga (UNDCP), che raggruppa tre preesistenti organismi dell'ONU, e che la Comunità e gli Stati membri sostengono con un apporto finanziario che vede, tra l'altro, l'Italia al primo posto tra i maggiori donatori.

5. Le connessioni tra criminalità organizzata e traffico illecito di stupefacenti che per le sue stesse caratteristiche - dimensione transnazionale, complessa articolazione, disponibilità di ampie risorse finanziarie - è divenuto una delle principali sfere di attività dei grandi gruppi criminali, richiedono una sempre più stretta cooperazione tra gli Stati, in particolare a livello comunitario.

In tale contesto al Consiglio Europeo di Edimburgo del dicembre 1992 è stata esaminata una iniziativa di cooperazione tra le forze di polizia dei Paesi membri che dovrebbe portare alla creazione di un Ufficio Europeo di Informazione sulla droga (Europol) e di cui il Consiglio Europeo di Maastricht aveva auspicato la creazione per il 1994.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

L'Ufficio, che, almeno in una prima fase, sarà privo di poteri esecutivi, dovrà concentrare la propria attività alla messa in comune di informazioni di polizia sul traffico di sostanze stupefacenti di maggiore rilevanza per la Comunità europea nonché sulle relative misure di contrasto. Esso dovrebbe evolvere a partire da una Unità Europea sulla Droga (EDU).

Per la sede di tale organismo, il Consiglio Straordinario Europeo tenuto a Bruxelles il 29.10.1993 sotto la Presidenza belga, ha scelto L'Aja.

6. Va segnalata infine l'azione svolta nell'ambito del Gruppo Pompidou e del Consiglio d'Europa a favore di un approccio globale e concertato ai problemi della droga. Di particolare rilevanza, in questo momento, la Convenzione per il traffico illecito di droga in mare, che in relazione all'art. 17 della Convenzione di Vienna del 1988, è oggetto di esame da parte di un apposito gruppo che opera sotto Presidenza italiana.

Il nostro obiettivo è di pervenire ad un atto internazionale che risolva i grandi problemi operativi che si pongono in tale delicato settore e fornisca così, in quanto possibile, i criteri per accordi bilaterali di efficacia operativa quale quello firmato con la Spagna del marzo 1990.

Cooperazione bilaterale

Due nuovi accordi di cooperazione sono stati firmati nel campo della lotta alla droga, con l'Argentina (6 ottobre), e con il Cile (16 ottobre). Ciò porta a ventisette il totale degli accordi firmati in materia dal nostro Paese.

Quattro ulteriori accordi sono in fase di elaborazione, con il Brasile, l'Arabia Saudita, la Colombia e la Nigeria.

Elemento caratterizzante di tali accordi è la concertazione delle parti nelle sedi internazionali in cui sia questione di traffico di droga, in vista di una posizione o di azioni comuni. Tale cooperazione sul piano multilaterale costituisce il complemento necessario di quella che l'accordo prevede a livello bilaterale.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

In tale ambito si segnala, in particolare, l'Accordo con la Spagna per la repressione del traffico illecito di droga in mare sottoscritto il 23 marzo 1990 ed ormai in corso di ratifica.

Esso apre infatti nuove ed importanti direttrici alla cooperazione internazionale in materia di lotta alla droga. Si tratta di uno strumento, che come dichiarato dal rappresentante dell'Italia alla 35ma Sessione della Commissione Stupefacenti delle Nazioni Unite, individua in applicazione dell'art. 17 della Convenzione di Vienna, nuove ed interessanti aree di cooperazione che implicano, anche sotto il profilo della disciplina giuridica soluzioni inedite ed immaginative, in grado di sostenere e rendere efficace questa nuova forma di cooperazione nella lotta alla droga.

Sempre nel quadro della nostra strategia di rafforzamento della collaborazione bilaterale internazionale in materia di lotta alla droga, 19 esperti dei 20 previsti dall'articolo 11 del D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309, sono già stati inviati presso le nostre Rappresentanze diplomatico-consolari.

Va, in quest'ambito, anche rilevata l'iniziativa dell'Italia di un collegamento computerizzato da punto a punto per lo scambio di informazioni in materia di traffico di droga, che va sotto il nome di "tele-drug". Il collegamento funziona ventiquattro ore su ventiquattro tutti i giorni dell'anno e consente così di "seguire" personaggi e traffici sospetti. Esso si traduce in sostanza in una moltiplicazione delle capacità operative delle strutture nazionali anti droga, poste così in grado di operare efficacemente anche al di fuori dei confini nazionali.

Finora in proposito sono già state firmate intese con tredici Paesi, dalla Gran Bretagna a Cipro, da Malta all'Afghanistan.

***Situazione di servizi pubblici e privati
in ambito regionale
(a cura del Dipartimento per gli affari regionali)***



REGIONE BASILICATA

POTENZIAMENTO SERT

Con delibera di Consiglio Regionale n. 708 del 27.10.1992, si è provveduto ad istituire n. 6 SERT. Oltre ad aver attivato tutte le procedure concorsuali di competenza per la copertura dei posti nei 6 SERT, sono state impartite disposizioni a tutte le UO.SS.LL. interessate per far sì che con la mobilità di personale di altri servizi affini si possa pervenire all'attivazione piena dei SERT, in conformità al disposto del D.M. 444/90.

Difficoltà si riscontrano per l'espletamento del concorso di educatore per carenza a livello nazionale di figure specifiche.

UTENZA

Nell'anno 1993 la nuova utenza incarico ai Servizi Pubblici è stata di n. 252 soggetti, n. 233 maschi e n. 19 femmine. La maggior concentrazione è stata tra i 15/29 anni.

Rispetto all'utenza già in carico sono diminuiti di molto i soggetti della fascia di età 30/34: n. 23 incarico anno 93, n. 109 già in carico.

I soggetti già in carico o rientrati sono stati n. 550, n. 507 maschi e n. 47 femmine. Pertanto i soggetti presi in carico dai servizi risultano essere complessivamente:

- maschi n. 740
- femmine n. 62 Totale n. 802.

SOSTANZE D'ABUSO

Per quanto attiene le sostanze d'abuso, prevale l'eroina. Infatti, su n. 802 soggetti ben n. 705 ne fanno uso primario.

Tra le sostanze d'abuso, ad uso secondario, prevalgono i cannabinoidi (n. 224), la cocaina (n. 132) e l'alcool (n. 86).

Assente risulta il crack.

TRATTAMENTI

Fra i trattamenti assicurati dai Servizi per le tossicodipendenze prevalgono i soggetti (n. 463) che hanno beneficiato del tipo psico-sociale-riabilitativo, mentre i soggetti che hanno beneficiato di trattamento a breve termine con metadone integrato sono (n. 311).

Soltanto n. 47 i soggetti che hanno beneficiato di trattamento protratto con metadone integrato.

INVIO PRESSO STRUTTURE RIABILITATIVE

I soggetti avviati presso strutture riabilitative sono stati n. 79 e per la maggior parte in strutture ubicate fuori regione.

ANALISI URINE

I soggetti sottoposti ad analisi delle urine sono stati n. 459.

Le analisi effettuate n. 6515, di cui n. 1.366 sono risultate positive.

TEST SIEROLOGICO HIV

Tra i soggetti presi in carico dai Servizi sono risultati positivi al test sierologico HIV:

- Nuovi ingressi: n. 8 maschi e n. 1 femmina;
- Già in carico n. 46 maschi e n. 8 femmine.

TEST EPATITE B

Al test epatite virale B sono risultati positivi:

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- Nuovi ingressi: n. 34 maschi e n. 1 femmina;
- Già in carico n. 73 maschi e 8 femmine.

ATTIVITA' DI PREVENZIONE

Tutti i SERT hanno predisposto progetti di prevenzione in collegamento con i Servizi territoriali pubblici e del privato sociale. I relativi finanziamenti sono già stati erogati nella misura del 50%.

CONSULTA REGIONALE

E' stata rinnovata, ai sensi dell'art. 11 della L.R. 11/85, la consulta regionale per le tossicodipendenze.

FORMAZIONE

All'inizio dell'anno si è concluso il corso di formazione per tutti gli operatori, pubblici e privati convenzionati impegnati nel settore. E' stata l'occasione per creare le basi utili per un lavoro di rete e per la definizione dei ruoli nonché l'acquisizione di un linguaggio comune.

Fra giorni saranno avviati i corsi "Prevenzione Infezione da HIV" e "Counselling" finanziati dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri.

I corsi saranno destinati agli operatori socio-sanitari impegnati nel settore pubblico (SERT, Ministeri Interno, Grazia e Giustizia e Pubblica Istruzione) e in quello del privato sociale.

ALBO COMUNITA' TERAPEUTICA

Con delibera del Consiglio Regionale n. 1063 del 30.07.1983, si è provveduto a istituire l'albo definitivo delle Comunità

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Terapeutiche, recependo in toto l'atto d'intesa Stato/Regioni.

Al momento le Comunità che gestiscono senza scopo di lucro servizi per il recupero e il reinserimento sociale dei tossicodipendenti sono: Aquilone di Potenza, Saman di Tito e Emanuele di Potenza e Genzano, Casa dei Giovani di Matera, Fratello Sole di Irsina ed Exodus di Turci.

Nel settore dell'alcolismo molto attiva è l'Associazione Regionale Clubs Alcolisti in trattamento della Scuola del Prof. Hudolin di Zagabria, che annovera al momento ben 7 Clubs sul territorio lucano.

ORGANIZZAZIONE A SCOPO DI LUCRO

Non si sono ancora attivate sul territorio lucano realtà a scopo di lucro promosse allo scopo di curare, riabilitare ed inserire socialmente i tossicodipendenti.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

La Regione Calabria, per adempiere ai compiti previsti dal DPR n°309 del 9 ottobre del 1990 e dal Decreto Ministeriale 30 novembre 1990 n° 444, ha autorizzato con delibere di Giunta Regionale n°4858 e n. 4873 del 5 agosto 1991 le UU SS SS LL ad espletare le procedure concorsuali per il personale - dei SER.T a bassa utenza ed a media utenza

Allo stato attuale dei 19 SER.T. previsti nella nostra Regione sono stati attivati 10 SERT.T. a bassa utenza e potenziati i 4 SER.T. di Catanzaro, Cosenza, Crotona e Reggio Calabria già operanti prima del Decreto Ministeriale. Con Delibera della Giunta Regionale N. 2776 del 6 agosto 1993 si è preso atto del Decreto Ministeriale del 19 febbraio 1993 relativo all'approvazione dello schema di atto d'intesa tra Stato e Regioni per la iscrizione all'Albo degli Enti Ausiliari che gestiscono strutture per il recupero dei tossicodipendenti.

L'istruttoria delle domande di iscrizione, che alla data odierna sono state presentate da 11 Enti Ausiliari, è curata dall'Ufficio per le Tossicodipendenze dell'Assessorato alla sanità della Regione.

In attuazione dell'art. 106 del DPR 309/90 sono operativi i Centri di Informazione e Consulenza (CIC) presso 60 scuole medie superiori.

Inoltre uniformandosi ai nuovi dettami del DPR 309/90, il Consiglio Regionale ha emanato una propria legge (n. 6 del 18 febbraio 1994) "Istituzione e funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze" che regola la tematica delle tossicodipendenze e dell'alcolismo.

Infine ai sensi dell'articolo 127 del DPR 309/90 la Regione ha presentato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento degli Affari Sociali 3 progetti di formazione ed aggiornamento rivolto agli operatori dei SER.T, delle ONG, dei Servizi Sociali, dei Consultori, del Ministero di Grazia e Giustizia ed ai Referenti di educazione alla salute. I suddetti progetti sono stati approvati dal Dipartimento e sono stati avviati dall'Ufficio tossicodipendenze Regionale.

- La Regione Campania - Area Generale di Coordinamento Assistenza Sanitaria ha assunto nell'anno 1993 iniziative, presso le Unità Sanitarie Locali operanti nel territorio di competenza per l'attivazione di interventi mirati a garantire il funzionamento dei Servizi Regionali per le Tossicodipendenze (SERT).

Tali iniziative, attentamente seguite dallo scrivente, sono andati ad innestarsi nella complessa realtà sanitaria di questa Regione ed in particolare nelle difficoltà organizzative connesse alle note problematiche che investono quasi tutte le UU.SS.LL.

Dai dati riferiti dall'Ente Regione allo stato risultano attivati n.36 SERT, e n.25 in fase di istituzione, dati che di per sé dimostrano la lentezza e le difficoltà attuative degli obiettivi e degli scopi fissati dal legislatore.

I tossicodipendenti presi in carico dalle surriferite strutture con programmi terapeutici a base di sostanze sostitutive, o altro, sono n.3727.

Al riguardo appare opportuno evidenziare che tale numero è da considerarsi puramente indicativo in relazione all'entità del fenomeno,

che certamente è di dimensioni più elevate e, comunque, non quantificabile numericamente tenuto conto della assoluta esiguità in termini percentuali di coloro che si avvicinano alle strutture rispetto a quanti si sottraggono ad ogni terapia, ovvero fanno di questa "patologia" una sorta di causa ed effetto di comportamenti delittuosi.

- Per quanto concerne i soggetti colpiti da AIDS a seguito di rilevazione effettuata nel mese di settembre u.s., questi risultano in numero di 626 con un tasso per 100.000 abitanti pari all'11,46, percentuale abbastanza contenuta se rapportata con la media nazionale determinata in 31,59.

In particolare rispetto alla punta massima del 1992 con 200 casi accertati, si evidenzia nel 1993 un certo calo (diagnosticati circa 150 pazienti) così come emerge dal grafico fatto tenere dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale, che si allega in copia.

- Gli Enti ausiliari residenziali e semi residenziali, senza scopi di lucro, iscritti all'Albo Regionale per le Comunità Terapeutiche istituito il 21.12.1992, sono alla fine dell'anno 1993 in numero di 18.

L'adeguamento dell'Albo in questione agli standards previsti dall'atto d'intesa tra Stato e Regioni dell'8.3.1993, non è stato ancora effettuato. La relativa delibera è in corso di predisposizione.

Non esiste in atto un Albo per strutture aventi scopo di lucro.

Si rappresenta infine che la Regione Campania per l'anno 1994 sta procedendo al reperimento di mezzi e di strutture per attuare una piattaforma programmatica onde dare adeguate risposte alle esigenze della tossicodipendenza.

 Regione Emilia-Romagna

Assessorato alla Sanità e Servizi Sociali

Il 1993 è stato un anno molto difficile e pesante, ma nello stesso tempo di grande soddisfazione perché gli obiettivi prefigurati ad inizio anno sono stati conseguiti tutti, e in alcuni casi superati, e sono state gettate le basi per un notevole sviluppo qualitativo e quantitativo delle attività del settore.

I SERT

E' stato finalmente avviato l'effettivo potenziamento dei SERT, previsto dal DM 444/90. Le difficoltà economiche della sanità regionale che avevano determinato una decurtazione di circa il 60% del personale occorrente per rispettare i parametri nazionali e appositamente finanziato dalla legge 162/90, si sono ripercosse in ciascuna USL, per cui si è ancora lontani dall'assunzione complessiva di 180 nuovi operatori. Alcuni SERT hanno completato l'organico ma molti, troppi, non solo sono fortemente in ritardo, ma rischiano di vedere ulteriormente ridotto il proprio personale, nonostante le deroghe concesse siano state appositamente finanziate. Questo, è bene sottolinearlo, non dipende solo dalla necessità di contenere i costi (e questo è più facile farlo con i SERT che con gli Ospedali), ma anche, e forse soprattutto, per la conflittualità degli altri Servizi, derivante dal fatto che il SERT attualmente è l'unico Servizio in espansione e con possibilità di assunzione. Continui e un po' generalizzati sono i tentativi di stornare il personale derogato al SERT per potenziare altri Servizi, continuando una pessima tradizione iniziata già nel 1987. Va rilevato, a questo proposito, che, in Italia, i SERT emiliani sono quelli che hanno nettamente meno personale, ma anche il più alto rapporto operatori-utenti.

Il 1994 è l'anno della riforma del sistema sanitario nazionale e regionale, della ristrutturazione delle USL, del cambiamento organizzativo.

Con i Responsabili dei SERT è stato posto il quesito di quale potrà essere l'assetto operativo dei Servizi per le Tossicodipendenze all'interno delle nuove UU.SS.LL. che scaturiranno dalla riforma.

Al riguardo sono scaturite una serie di considerazioni e valutazioni attinenti l'attività stessa svolta in questo anno, che certamente possono costituire un contributo alla discussione generale.

Il SERT è un Servizio di base per la raccolta e definizione della domanda, e specialistico, per gli interventi preventivi, terapeutici e riabilitativi che è in grado di mettere in campo. Queste funzioni non sono demandabili ad altri Servizi, tanto è vero, che per garantire il loro svolgimento, si è ricorsi ad una legge istitutiva di un Servizio apposito, perchè altrimenti non c'erano sufficienti garanzie di adeguati interventi nel settore e di tutela della salute dei tossicodipendenti. La riprova di questo è l'esperienza svoltasi nella Regione che, attraverso il primo progetto obiettivo del 1980, ipotizzava e promuoveva l'attivazione dei servizi già esistenti per gli interventi sui e per i tossicodipendenti. E' stato un sostanziale fallimento,

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

pur a fronte di un valido principio teorico, ed alcune ripercussioni negative sono avvertite ancora adesso. Proprio per la specificità e peculiarità del problema affrontato, la dipendenza fisica e psichica, un problema sempre più attuale ed urgente, non è oggi ipotizzabile il superamento del Servizio specialistico con un Servizio aspecifico e onni-comprendivo.

Consapevoli della necessità della ristrutturazione dell'organico dei Servizi delle attuali USL, i Responsabili dei SERT ritengono opportuno evidenziare alcune considerazioni ed ipotesi, nel rispetto e nel riconoscimento dei livelli di professionalità e peculiarità conseguiti in questo anno da molte équipes.

Già dall'estate del 1992, essi avevano proposto una riorganizzazione degli attuali 41 SERT in 20 unità organizzative o Servizi. Questa ipotesi passava attraverso una associazione (non fusione o inglobamento) degli attuali SERT in modo da permettere una sostanziale razionalizzazione del personale e dei costi di gestione, senza ridurre, semmai aumentando, le potenzialità operative e di intervento e per mantenere e garantire un livello di base su tutto il territorio, simile all'attuale, e un livello specialistico ancora più qualificato.

I SERT associati, con un forte coordinamento provinciale, possono effettuare prestazioni specialistiche nei confronti di utenti tendenzialmente instabili e poco costanti.

Pertanto, nel riconfermare la necessità dell'attuazione delle indicazioni operative contenute nella legge 162/90, vengono individuati tre punti cruciali, che sono stati argomenti di lavoro già nel corso dell'anno 1993 e costituiscono elementi di riflessione per il 1994:

- a. Specificità della problematica costituita dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e nel contempo complessità ed interazione dal punto di vista psicologico e sociale;
- b. Conseguimento e mantenimento di un elevato grado di comprensione e di capacità di intervento che deve essere garantito sull'intero territorio regionale. Al riguardo forme di associazione e aggregazione delle attuali équipes dei SERT, soprattutto di quelle a bassa utenza;
- c. Attivo coordinamento provinciale sia per la promozione di attività di contrasto unitamente ad altri enti ed istituzioni, sia per una razionale distribuzione di competenze specialistiche e loro razionale utilizzo.

Parallelamente a questa organizzazione di tipo verticale, va sviluppata una organizzazione orizzontale, a livello distrettuale, per tutte quelle problematiche trasversali a più Servizi (prevenzione primaria, famiglie multiproblematiche, ecc.) che altrimenti rischiano di non essere adeguatamente affrontate.

Con questa proposta, qui solo abbozzata, i SERT nel '94 si confronteranno con gli altri Servizi e contribuiranno alla realizzazione nella nuova organizzazione del sistema sanitario regionale.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Va sottolineato inoltre come i SERT, nel '93, hanno continuato e anzi accentuato l'attività di confronto tra loro e di elaborazione di proposte e di linee di intervento. Nella consapevolezza della necessità di un coordinamento costante, di un confronto sulle modalità operative, sulle prospettive e sugli indirizzi da seguire sono stati formalizzati 10 gruppi di lavoro (prevenzione, psicoterapia, carcere, alcolismo, osservazione e diagnosi, area socio-educativa, rapporto pubblico-privato, osservatorio epidemiologico, AIDS, medici), composti dagli operatori dei SERT maggiormente impegnati nello specifico problema. Compiti primari di questi gruppi, già operativi, sono: favorire e controllare l'attuazione della progettazione triennale presentata a maggio al Seminario di Rimini; garantire e sviluppare l'attività di valutazione degli interventi introdotta nel corso del 1993; curare i rapporti con l'Università, con Enti ed Istituzioni interessate coinvolte nella problematica della tossicodipendenza e con i SERT delle altre Regioni; proporre e promuovere attività di formazione.

Per l'attività dei SERT si rimanda al resoconto dei dati epidemiologici, che saranno pronti non prima di aprile. Qui preme evidenziare il crescente credito in campo nazionale del sistema SERT della nostra Regione e di alcuni SERT in particolare e l'aumentata capacità di ritenzione degli utenti, notoriamente instabili e poco costanti, che denota un accresciuto livello qualitativo degli interventi.

Formazione

Con la progressiva assunzione di nuovi operatori si è sviluppata pienamente l'attività di formazione programmata dall'Ufficio regionale, in accordo con i Servizi, e finanziata dal Ministero degli Affari Sociali. Va evidenziato che quella proposta è una attività formativa non frammentaria ed episodica, ma programmata con un respiro quadriennale, organica e finalizzata ai bisogni dell'intero organico dei SERT e delle singole professionalità.

E' grazie alla qualità della proposta e al carattere continuativo e quindi incidente, che le richieste della nostra Regione sono sempre state accolte e finanziate nella loro quasi interezza; è successo così anche quest'anno nonostante il fondo ministeriale si sia ridotto da 13 a 6 miliardi.

Nel '93 è stato completato il corso di formazione, in 11 giornate, per Responsabili di SERT condotto dallo Studio APS di Milano. Nel 1994 si continuerà con singole giornate sui temi di rilevante attualità. Si è completato con grande successo il corso di riqualificazione professionale per educatori per le tossicodipendenze tenutosi a Reggio Emilia e che verrà riproposto nel '94 in più sedi per soddisfare le esigenze formative degli Enti Ausiliari che gestiscono strutture di recupero.

Si è avviata la formazione di base sull'alcolismo con 5 incontri di orientamento che hanno visto la partecipazione media di 120 operatori. Da marzo a giugno ci sarà un

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

approfondimento formativo, con 3 gruppi di 40 operatori l'uno sugli interventi farmacologici, gli interventi psicosociali e l'auto-aiuto.

Nel 1993 sono state espletate la I e la II fase della formazione per operatori di SERT per l'utilizzo del personal computers e la gestione del programma informatizzato della nuova cartella socio-sanitaria.

La formazione, curata dalla Società Imago, ha visto la partecipazione collettiva e per piccoli gruppi di quasi tutti i SERT e continuerà nel 1994 con l'ultima fase di approfondimento delle problematiche più complesse e delicate emerse in questo primo periodo di utilizzo del software.

Sono stati proposti 3 incontri informativi sulla problematica legata al carcere e agli adempimenti giuridici amministrativi. Nel corso del '94 si completerà il programma di formazione per operatori carcerari e per operatori dei SERT, messo a punto insieme ai rappresentanti del Ministero di Grazia e Giustizia.

Si è avviata in ciascun SERT, secondo gli indirizzi autonomamente scelti, la formazione dell'intero gruppo di lavoro sulle problematiche dell'organizzazione, dell'integrazione e degli indirizzi terapeutici. Nel 1994 proseguirà con un secondo apposito finanziamento che sarà garantito ai SERT che avranno completato la prima parte secondo gli indirizzi concordati e che avranno avviato concretamente l'attività di valutazione degli interventi.

Si è completato il programma del corso di formazione biennale nel trattamento della tossicodipendenza rispettivamente per medici da un lato e psicologi e psichiatri dall'altro che inizierà a marzo-aprile e che vedrà momenti di approfondimento teorici, particolarmente qualificanti, aperti anche ad operatori non iscritti ai corsi.

Nel 1994, al Ministero degli Affari Sociali, per il finanziamento verranno riproposti gli stessi progetti, con particolare attenzione alla formazione congiunta pubblico-privato.

Progettazione e valutazione

Il 1993 è stato un anno in cui sono state avviate attività che si possono definire rivoluzionarie nel panorama dei Servizi socio-sanitari territoriali e che adeguatamente sviluppate possono porre i SERT all'avanguardia del modo di affrontare e rispondere ai problemi di sofferenza individuale e sociale.

Nel primo semestre si è completata la ricerca condotta con il Dipartimento di Sociologia dell'Università di Bologna, sui Percorsi operativi sulle tossicodipendenze nelle USL dell'Emilia Romagna dal 1975 al 1991. Hanno risposto 40 SERT su 41 e il rapporto conclusivo di oltre 450 pagine offre un quadro completo dello sviluppo dei Servizi, della ricerca di individuare e sperimentare nuovi strumenti di intervento, del carico quantitativo al quale hanno fatto fronte i SERT in quindici anni di intervento. Il rapporto presentato il 6 maggio nell'Aula Magna di Scienze Politiche sarà trasformato in volume e pubblicato nei primi mesi del 1994.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Si è completata anche l'attività di programmazione in ogni settore d'intervento, iniziata nel 1992 e il risultato è la raccolta in un volume intitolato "La Memoria del Divenire" di 10 progetti d'intervento, in cui vengono definite la filosofia e le linee guida di intervento da parte dei Servizi emiliano-romagnoli. Va sottolineato che questo volume è diventato il riferimento fondamentale per la preparazione ai concorsi nei SERT.

A maggio, a Rimini, si è tenuto l'VIII° Seminario regionale per gli operatori delle tossicodipendenze. E' stato un momento formativo e di confronto particolarmente intenso e importante con la partecipazione residenziale di circa 300 operatori dei Servizi e il contributo di oltre 50 dei massimi esperti nazionali nel campo delle tossicodipendenze e delle discipline affini.

A Rimini è stata presentata e discussa la progettazione 1993-1996 dettagliata in ogni settore d'intervento, con gli obiettivi prioritari e le modalità per raggiungerli. Ci sembra questo un fatto particolarmente innovativo perché per la prima volta i SERT si sono dati obiettivi riconosciuti, condivisi e verificabili, hanno indicato i modi e i tempi in cui raggiungere gli obiettivi, hanno individuato i mezzi di controllo (gruppi regionali) e hanno posto le basi per poter valutare i risultati del proprio intervento. In un quadro in cui la programmazione è solo teorizzata, in cui si lavora molto per improvvisazione, e senza riferimenti precisi, i SERT dopo essersi dati i parametri culturali e di indirizzo (la programmazione contenuta ne "La Memoria del Divenire") hanno definito con precisione come e cosa vogliono operare nel prossimo triennio.

Il complesso dei progetti presentato sarà raccolto in un volume pubblicato nella prima metà del 1994.

Va sottolineato che la programmazione in campo regionale ha già prodotto notevoli risultati perché da due anni è stato possibile presentare al Ministero degli Affari Sociali per il finanziamento di progetti omogenei, coordinati e finalizzati a interventi di grande respiro. Questa azione è stata premiata perché questi progetti sono stati tutti e quasi integralmente finanziati, per cui è stato possibile sviluppare una rete regionale di Centri studi, di Osservatori epidemiologici, di macchine scambiasiringhe, di animatori di territorio, ecc., e di fatto si sono ridotti gli sprechi e gli interventi a pioggia e quindi poco incisivi.

Va detto altresì che il 1994 sarà probabilmente l'ultimo anno in cui i finanziamenti previsti dalla legge 162/90 saranno erogati dal Ministero degli Affari Sociali, dopo di che passeranno alle Regioni.

Ma a Rimini è stata compiuta un'operazione ancora più innovativa perché per la prima volta si è introdotto, discusso e approfondito il concetto di valutazione degli interventi e dei risultati conseguiti.

In un settore, la tossicodipendenza, in cui la valutazione è del tutto assente, i SERT emiliano-romagnoli hanno cercato di definire, anche qui in ciascun settore d'intervento, i criteri per la valutazione, cercando innanzi tutto

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

di sistematizzare cosa intendere per obiettivo e per risultato, come procedere, e quindi facendo lo sforzo di operare una prima valutazione su quanto fatto finora. Il risultato è un discreto quadro di riferimento utilizzabile per il prossimo futuro, e una sorta di valutazione proposta dai singoli SERT sui loro interventi più significativi. Va sottolineato che è la prima volta in assoluto che viene fatto e non solo in Italia, sia dai Servizi pubblici che dai privati.

Il tutto è stato raccolto in un volume che esce in cofanetto contestualmente a questa nota.

Ma la valutazione è anche il campo di maggior impegno e l'obiettivo principale dei SERT emiliano-romagnoli.

Non è facile per le ovvie enormi resistenze che ci sono nel giudicare ed essere giudicati. Perché non resti un fatto episodico il Seminario di Rimini, e affinché la valutazione diventi un fatto abituale di servizio, già da ora verranno proposte schede per la rilevazione qualitativa degli interventi condotti nel 1993 e si spera di riuscire a dare i primi risultati già in occasione della presentazione dei dati epidemiologici 1993.

Enti Ausiliari.

Il rapporto SERT-Enti Ausiliari è di fondamentale importanza, decisivo, per un positivo intervento sulle tossicodipendenze. Questo rapporto sin dall'inizio è stato molto difficile, spesso conflittuale, comunque segnato da frequenti incomprensioni. Nel '93 l'Ufficio ha lavorato moltissimo, forse è stata la parte più impegnativa per durata e delicatezza, per cercare di risolvere positivamente questo rapporto.

E' stato prodotto un protocollo d'intesa che è stato accettato attraverso confronti e dibattiti approfonditi, da tutte le parti.

Certo questo protocollo da solo non è sufficiente a raggiungere l'obiettivo ma è indubbio che si è avuta una forte accelerazione in positivo, generalizzata in tutta la Regione, nel rapporto tra SERT e Enti Ausiliari. L'esperienza di gruppo di lavoro misto pubblico-privato fatta per la stesura del protocollo d'intesa è stata allargata per gli aspetti relativi alla raccolta epidemiologica, alla valutazione degli interventi e ai criteri per la determinazione delle rette giornaliere di inserimento dei tossicodipendenti. Questi gruppi sono in piena attività e prossimi a completare positivamente i lavori.

Nel marzo 1993 è stato pubblicato l'atto d'intesa Stato-Regioni che fissa gli standard per la funzionalità della struttura operativa e il nuovo schema tipo di convenzione. Questi due documenti hanno fatto molto discutere e provocato molte polemiche in campo nazionale ed anche regionale.

L'Emilia-Romagna già dal 1990 aveva emanato una delibera per i requisiti per l'iscrizione all'Albo degli Enti Ausiliari e contestualmente aveva istituito l'Albo definitivo.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

I contenuti della nostra disposizione per la parte delle caratteristiche strutturali sono del tutto identici a quelle nazionali mentre differiscono per il personale.

La scelta operata in Regione non è stata di recepire in toto e burocraticamente l'atto d'intesa Stato-Regioni, ma di confrontarsi e risolvere i problemi che un tale recepimento avrebbe posto.

Sono stati fatti cinque incontri accesi e difficili, ma alla fine si è riusciti a trovare una soluzione molto soddisfacente per tutte le parti, che permette di introdurre una normativa di garanzia innanzitutto per i tossicodipendenti, simile in tutto il territorio nazionale e di rispettare la storia, le caratteristiche e la cultura di ciascun Ente Ausiliario che con l'introduzione degli operatori professionalizzati temono di vedere snaturati i loro programmi e il loro stesso essere.

In accordo con l'Assessorato alla Formazione Professionale, abbiamo garantito a partire dal 1994 lo svolgimento di corsi biennali di riqualificazione per Educatori professionali, sul modello di quello terminato quest'anno a Reggio Emilia, aperti agli attuali operatori, con contratto e volontari, impiegati nelle strutture operative.

A partire dal 1° gennaio vengono applicate le nuove convenzioni che modificano profondamente la normativa precedente e che determinano necessariamente un rapporto profondamente diverso tra pubblico e privato.

L'applicazione dell'atto d'intesa e delle nuove convenzioni impone necessariamente l'adeguamento delle rette determinate sugli effettivi costi di ciascuna struttura operativa.

A dicembre, presso il Ministero della Sanità, le Regioni e la maggior parte degli Enti Ausiliari presenti hanno accettato la proposta formulata dal SECEDAS per la definizione di due fasce per la retta giornaliera.

Sulla base di quel documento, il gruppo di lavoro pubblico-privato, sta determinando i criteri per la definizione delle rette per ciascuna sede operativa della nostra regione. Già alla fine di gennaio si dovrebbe arrivare ad un accordo soddisfacente.

Nel settore degli Enti Ausiliari un aspetto molto preoccupante è dato dalla tendenza ad allargare le strutture esistenti e a costruirne di nuove pur in presenza di un numero di posti letto superiore del doppio e più rispetto al fabbisogno regionale e in disprezzo delle indicazioni fornite dall'Assessorato, reiterate quest'anno, di non aumentare strutture e posti letto. Molti dati indicano che da circa due anni il fenomeno della tossicodipendenza è stabile, che la nuova utenza dei servizi richiede meno di prima inserimenti in comunità e che le caratteristiche del nuovo tossicodipendente sono profondamente diverse rispetto a tempo addietro, per cui vanno ipotizzate risposte diverse. Il rischio più volte affermato è di creare ad hoc l'utenza, di dilatare in modo abnorme la permanenza in comunità e di creare forza lavoro (operatori di comunità) difficilmente riciclabili sul mercato pubblico e privato.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Le indicazioni data dall'Ufficio regionale sono di procedere ad un coordinamento e ad una programmazione congiunta da parte di tutti gli intervenenti al problema e di creare nuove strutture solo là dove strettamente indispensabili al fabbisogno locale e di riconvertire i programmi di alcune delle attuali sedi operative per rispondere alle nuove esigenze.

Nel '94 saranno iscritti all'Albo regionale solo nuove strutture che abbiano queste caratteristiche: in assenza di esse, non potendo negare la possibilità di aprire nuove strutture, si sarà molto fiscali nei requisiti richiesti dall'atto d'intesa.

Alcolismo

Il 1993 è stato l'anno di avvio, in tutte le province, dell'attività sull'alcolismo da parte dei SERT.

Sono circa una quindicina i Servizi che si occupano del problema e nel '94 si prevede una capillarizzazione dell'intervento in tutte le USL. Si è appena conclusa la prima parte della formazione di base degli operatori che come già detto continuerà a primavera con approfondimenti nei vari settori d'intervento. I Servizi che hanno più esperienza si sono posti come punto di riferimento per gli altri e in questo settore molto buona è la collaborazione con le Università di Bologna, Parma e Modena. Già per il 1993, per la prima volta, saranno raccolti i dati epidemiologici, attraverso una scheda appositamente approntata dagli operatori dei Servizi.

Il 1994, oltre a segnare lo sviluppo generalizzato del Servizio, dovrà essere l'anno della creazione di strumenti operativi adeguati dei rapporti di collaborazione-integrazione con l'Ospedale, e dello sviluppo delle esperienze di volontariato (CAT, A.A.).

Va evidenziato, a proposito dell'alcolismo, la grande responsabilità dimostrata dagli operatori dei SERT, che si sono sobbarcati il nuovo compito con abnegazione per rispondere ai dettami legislativi.

Riduzione del danno

Da oltre due anni ormai il dibattito internazionale sulla droga e sulla tossicodipendenza verte sulla politica di riduzione del danno. E' chiaro che questo concetto assume connotazioni diverse a seconda del luogo in cui si sviluppa dal momento che profondamente diverse sono le istanze culturali e legislative. In Italia la problematica della riduzione del danno è stata introdotta a Bologna con la 3a Conferenza delle Città Europee sulla droga, organizzata congiuntamente dal Comune di Bologna e dalla Regione. Il rischio enorme che si sta correndo è che un concetto fondamentale per gli interventi strategici nelle tossicodipendenze venga snaturato e assunto come parola d'ordine degli antiproibizionisti che, riducendolo, lo fanno coincidere dapprima con la distribuzione generalizzata di metadone poi con la progressiva legalizzazione della droga.

La riduzione del danno non è questo, e nel 1994 i Servizi emiliano-romagnoli dovranno dibattere, approfondire e dare significato e contenuto operativo e scientifico ad un

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

concetto fondamentale per la tutela della salute dei tossicodipendenti e non.

Già a gennaio, inizieremo il confronto che continuerà attraverso le iniziative più opportune in modo che tutti i nostri SERT possano praticare al meglio questa politica che non può essere ridotta ancora una volta a pura opzione di principio. Sarà l'occasione per approfondire metodi, tematiche, strumenti già utilizzati, per uscire dai dibattiti ideologici e dalle prese di posizione stereotipate e precostituite, per dare contenuto teorico e scientifico agli atti dei Servizi. Sarà l'occasione per approfondimento sul tema dell'uso del metadone, sui programmi per lo scambio delle siringhe e della diffusione di profilattici, sui gruppi ai auto-aiuto per tossicodipendenti, sui centri residenziali per i cosiddetti tossicodipendenti storici e su tutte le altre questioni connesse alla problematica della riduzione del danno, che in ulteriore analisi, significa riduzione dell'AIDS, riduzione delle overdose, riduzione del degrado fisico e morale di tanti giovani e meno giovani.

Su questi punti, visto il respiro internazionale del dibattito sulla riduzione del danno, è necessario concretizzare l'idea già avanzata lo scorso anno, di uno scambio di aggiornamento di nostri operatori in altri paesi europei (Germania, Spagna, Francia, Inghilterra e Olanda) in regioni gemellate alla nostra. E' necessario, anche per un confronto più generale sul complesso degli interventi sulla tossicodipendenza.

Osservatori Epidemiologici e altro.

Nel 1993 c'è stato un certo ritardo sulla costituzione degli Osservatori epidemiologici provinciali previsti dalla Direttiva della Regione. Questo ritardo è dovuto essenzialmente a due motivi:

- il non finanziamento nel 1992 da parte del Ministero degli Affari Sociali dei progetti costitutivi degli Osservatori. E' un fatto ingiustificabile al quale è stato posto rimedio quest'anno perchè la notizia ufficiosa è che sono stati finanziati tutti i progetti riguardanti gli Osservatori;
- la difficoltà di assumere la figura professionale del sociologo che deve coordinare questi Osservatori. Con le deroghe di luglio e con la norma che rende possibile in via transitoria i concorsi del ruolo tecnico del nono livello limitatamente ai SERT, anche questa difficoltà è stata quasi del tutto superata, in quanto negli ultimi mesi sono stati effettuati molti concorsi.

Già nel primo trimestre '94 saranno quindi attivati quasi tutti gli Osservatori, che avranno un ruolo decisivo per lo studio e la comprensione del fenomeno e per la produzione di materiale di valutazione. Una proposta che l'Ufficio regionale avanzerà al Ministro degli Affari Sociali sarà quella di verificare, attraverso gli Osservatori, anche la composizione delle droghe immesse sul mercato al fine di una corretta informazione ai tossicodipendenti ed evitare quindi tante morti per overdose o avvelenamento.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Sempre nel '94 saranno pienamente attivati tutti i Centri Studi e di Documentazione anche questi previsti in ogni provincia. Saranno il punto di riferimento per chiunque voglia studiare il problema, condurre ricerche, fornirsi di materiale.

Questi centri produrranno materiali per le attività di prevenzione ed avranno la scuola come interlocutore primario. Con la scuola, altra istituzione con la quale i rapporti sono stati tradizionalmente difficili, nel 1993 si sono intensificati i contatti e le iniziative comuni tanto da porre ormai le basi per attività congiunte.

A marzo, a Ferrara si terrà a questo proposito un Seminario sui Centri di Informazione e consulenza nelle scuole organizzato dal SERT e dalle istituzioni scolastiche.

REGIONE LIGURIA

SERVIZIO ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

In questa Regione sono in via di attivazione i Servizi per le tossicodipendenze, per i quali si prevede una articolazione in una unità centrale amministrativa e più unità operative territoriali. Ciò sarà reso possibile dal definitivo superamento delle problematiche legate al reperimento delle sedi e all'assegnazione dell'organico ai servizi, questioni ad oggi all'esame della scrivente Amministrazione.

E' stato elaborato un disegno di legge regionale, attualmente in fase istruttoria, che riordinerà il settore delle tossicodipendenze, disciplinando - in particolare - le modalità di erogazione dell'assistenza pubblica e privata. Si tratta di un aggiornamento della legislazione regionale vigente (L.R. 12.3.84 n. 14) dal punto di vista istituzionale e giuridico, di tutela della salute e di reinserimento sociale dei soggetti tossicodipendenti, anche alla luce dei nuovi orientamenti emersi a livello nazionale.

Nel corso del 1993 è stato integralmente recepito il D.M.S. 19.2.93, contenente l'atto di intesa tra Stato e Regioni in materia di definizione di criteri e modalità uniformi per l'iscrizione - nell'Albo di cui all'art. 116 D.P.R. n. 309/90 - degli Enti Ausiliari che gestiscono senza fini di lucro strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti (deliberazione G.R. n. 5426 del 12.11.93).

Per tutti gli Enti già iscritti al vecchio Albo Regionale, costituito con la L.R. n. 14/84, e' in corso di rinnovo l'istruttoria diretta alla verifica dei requisiti previsti dal decreto ministeriale suindicato, in seguito alle quali - attraverso l'iscrizione all'Albo di cui all'art. 116 D.P.R. 309/90 - gli Enti potranno accedere alla stipula delle nuove convenzioni, secondo lo schema-tipo contenuto nello stesso decreto.

Non è stato istituito l'Albo speciale degli Enti e delle persone che gestiscono con fini di lucro strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti, previsto dall'art. 116 u.c. D.P.R. 309/90, in quanto non ritenuto per il momento necessario.



Regione Lombardia

Con riferimento alla richiesta di dati circa il regime degli albi degli enti ausiliari per le tossicodipendenze senza fini di lucro ai sensi dello art. 116 D.P.R. 309/90 si forniscono qui di seguito gli elementi richiesti tenuto conto degli elementi in tal senso forniti in sede di analogo elaborazione per l'anno 1992.

Dati al 31/12/1993

Enti riconosciuti n° 186
per complessive unità di offerta n° 460
così distribuite per Provincia:

- Bergamo	N. 51
- Brescia	N. 53
- Como	N. 38
- Cremona	N. 23
- Milano	N. 194
- Mantova	N. 30
- Pavia	N. 20
- Sondrio	N. 11
- Varese	N. 40

Le tre grosse tipologie sono rappresentate da:

- Strutture non residenziali
- Strutture semiresidenziali
- Strutture residenziali

All' interno di tali tipologie troviamo comunità psico-ergoterapiche, comunità ergoterapiche, associazioni di famiglie, comunità alloggio, centri di prima accoglienza, centri ergoterapici, centri filtro, gruppo di auto-aiuto, centri psico-terapici.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

ANDAMENTO UTENZA E TASSI ANNI 1987-1992

ANNI	1987	1988	1989	1990	1991	1992
TOTALE UTENTI	7570	9043	10601	13391	16157	17948
TOTALE NUOVI UTENTI	2653	3241	3746	4427	5135	5324
PREVALENZA ANNUALE x1000	2,22	2,67	3,15	3,47	4,84	5,41
INCIDENZA ANNUALE x1000	0,78	0,96	1,12	1,15	1,54	1,57

Nota: i tassi sono stati calcolati utilizzando come denominatore la popolazione della Regione Lombardia compresa nelle classi d'età 15-84.



REGIONE MARCHE

GIUNTA REGIONALE

Nella Regione sono stati istituiti n. 14 SERT di cui n. 7 con competenze per più UUSSLL (Cfr. Delib. amm.va n. 80/92 in allegato). Sono stati altresì determinati i relativi organici ed il numero del personale da assumere (Cfr. D.G.R. n. 2541 del 28.7.92). Al momento su n. 172 unità di personale previste ne risultano in servizio n. 92. Sono in fase di conclusione diversi concorsi.

Le UUSSLL non hanno proceduto alla assunzione dei n. 14 "Educatori Professionali o di Comunità" per carenza di normativa in merito; tale problema è stato già sollevato presso il competente Ministero della Sanità.

Riguardo ai SERT si osserva come, pur in presenza di un organico non al completo le attività siano sensibilmente migliorate. Si segnala comunque che molti operatori valutano ininfluente sulla qualità del Servizio l'ampliamento dell'orario alle ore notturne; inoltre la stessa reperibilità notturna appare dispendiosa sia in termini economici sia ai fini dell'incremento del lavoro preventivo nelle scuole e sul territorio in generale. Nella Regione Marche le urgenze possono essere sufficientemente affrontate dai Pronto Soccorso.

Riguardo agli Albi degli Enti Ausiliari si precisa che questa Regione ha provveduto a dotare il settore di una specifica normativa (Cfr. L.R. n. 1 del 2.1.92).

Al momento sono stati iscritti in via definitiva n. 9 sedi operative di Enti Ausiliari senza fini di lucro di cui n. 6 sedi residenziali e n. 3 non residenziali. Sono in fase di istruttoria richieste relative ad n. 36 sedi operative di cui n. 22 residenziali e n. 14 non residenziali.

Riguardo al presente argomento, si segnala da una parte il sensibile miglioramento degli ambienti di vita e della qualità della assistenza erogata, dall'altra la difficoltà da parte di diversi Enti ad adeguarsi ai requisiti strutturali previsti dalla normativa: si teme che alcune sedi operative saranno costrette a chiudere.

Si precisa infine che non vi è stata alcuna richiesta relativa a strutture operative di Enti con fine di lucro.

**REGIONE PIEMONTE****ASSESSORATO SANITA'**

In Piemonte sono attivati n. 67 Servizi per le tossicodipendenze: almeno uno in ciascuna delle 63 Unità Socio-Sanitarie Locali; in qualche U.S.S.L. il Servizio opera in più sedi territoriali.

Ai sensi del D.M. 444/1990, con deliberazione del Consiglio Regionale n. 338-2900 del 3.3.1992 sono stati adeguati gli organici dei predetti servizi con n. 482 nuovi operatori per un totale di n. 955.

Le procedure per l'assunzione degli organici autorizzati non sono ancora completate al 31.12.1993, anche se la maggior parte delle UU.SS.SS.LL. ha portato a termine le procedure concorsuali.

Di pari passo con l'assunzione del personale, sono stati avviati, d'intesa con le UU.SS.SS.LL. e le Associazioni del privato sociale, i corsi di formazione degli operatori, finanziati dal Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga.

I tossicodipendenti in trattamento nei SER.T. al 15.6.93 (scheda SEM. 01 rilevazione SE.CE.D.A.S.) risultano 7.073 (All.1). Il dato degli utenti trattati nel corso del 1993 sarà disponibile a marzo.

Oltre ai SER.T., sono attivate dalle UU.SS.SS.LL. le seguenti strutture:

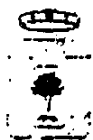
- n. 1 Comunità semiresidenziale gestita dalle UU.SS.SS.LL. I - X Torino

- n. 1 Comunità semiresidenziale gestita dalla U.S.S.L. 25 Rivoli (To)

- n. 1 Centro di pronta accoglienza gestito dalla U.S.S.L. 76 Casale Monferrato (Al).

Operano sul territorio regionale n. 91 associazioni private o cooperative registrate temporaneamente ai sensi dell'art.116 del D.P.R. 309/90. (All. 2)

E' attualmente in corso di predisposizione la ratifica dell'Atto d'Intesa tra Stato e Regioni per l'istituzione dell'Albo regionale degli enti ausiliari che gestiscono Comunità senza scopo di lucro.



REGIONE PUGLIA

ISCRIZIONE ALBO REGIONALE ENTI SENZA FINI DI LUCRO.

Risulta tuttora vigente il regime provvisorio di iscrizione all'albo regionale ai sensi dell'art.116 D.P.R.309/90.

Con del.n°294 del 07/04/1993, è stato recepito lo schema tipo di iscrizione definitiva all'albo regionale fornendo contestualmente alle UU.SS.LL. criteri ed indirizzi per l'istruttoria delle pratiche.

Le UU.SS.LL. stanno tuttora procedendo nella istruttoria considerato che il Ministro per gli Affari Sociali ha suggerito la opportunità che il termine per il nuovo schema di convenzione, già fissato al 1°/01/1994, venga differito al 1°/05/1994 mantenendo nel frattempo in vigore il regime provvisorio.

Considerate le innovazioni introdotte con la nuova normativa e lo state delle strutture in Puglia, è stato accolto detto suggerimento.

ISCRIZIONE ALBO REGIONALE ENTI CON FINI DI LUCRO.

Non risultano pervenute istanze per le iscrizioni in detto albo.

Comunque, come comunicato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, con nota congiunta del Dipartimento Affari Sociali e Ministero Sanità del 22/12/1993, è stato costituito apposito gruppo di lavoro incaricato di approntare la questione dei requisiti per la iscrizione all'albo degli Enti ausiliari che attuano interventi diversi da quelli cui fa riferimento l'atto di intesa.

INTERVENTI DI COMPETENZA SETTORE TOSSICODIPENDENZA.

E' da evidenziare lo stato di disagio delle strutture operanti nel settore a causa della mancata definizione del procedimento per la determinazione degli organici ai sensi del D.M. 444/90.

La questione risulta aggravata dalla entrata in vigore delle recenti norme finanziarie: al riguardo l'Assessore ha rivolto quesito alla Funzione Pubblica al fine di consentire la prosecuzione del procedimento con la determinazione degli organici.

Per quanto riguarda i progetti di formazione ex art 127 DPR 309/90, si fa presente che si è proceduto alla riformulazione degli stessi a seguito della cessazione dell'attività dell'Ente (ISIS) affidataria dei progetti stessi.



Regione Autonoma della Sardegna

I SER.T. istituiti in Sardegna in applicazione delle norme nazionali nonché dei piani regionali (D.G.R. 6/94 dell'87; D.G.R. 90/40 del '91) sono n° 15.

Di questi, 4 sono ad alta utenza, 6 a media utenza e 5 a bassa utenza.

I tre nuovi SER.T., istituiti in adeguamento al Decreto 444/90 (U.S.L. n° 11 di Isili, n° 22 di Quartu S. Elena, n° 6 Macomer) a bassa utenza, sono decollati con difficoltà a causa del ritardo nell'espletamento dei concorsi per il personale da parte delle UU.SS.LL..

Dal punto di vista finanziario, sono stati erogati alle UU.SS.LL. £. 3.205 milioni (fondi C.I.P.E. 1991) per l'assunzione di n° 30 educatori per i 12 SER.T. esistenti, e di n° 33 figure professionali per i tre SER.T. di nuova istituzione. Si è in attesa delle nuove ripartizioni C.I.P.E. che sono finalizzate al pagamento delle retribuzioni del predetto personale.

L'Assessorato ha avuto un grosso ruolo di stimolo e appoggio alle UU.SS.LL. per l'istituzione dei Servizi nelle zone interne, dove molto sentito è il problema dell'alcoldipendenza.

A tal proposito sarebbe molto importante che il Ministero destinasse risorse finanziarie per sostenere le iniziative già intraprese in materia.

Alla U.S.L. n° 18 di Senorbì è già stato istituito un Servizio di alcologia, dislocato presso il centro di salute mentale. Per quanto l'Assessorato abbia dato indicazioni ai SER.T. di occuparsi in modo sistematico di questa problematica, utilizzando tutte le risorse disponibili, incentiva tutte le iniziative pilota delle UU.SS.LL. ricordando che nell'isola si contano circa 40 mila alcol dipendenti.

Necessita segnalare che nel 1993 si sono intensificati i rapporti tra SER.T., scuole e provveditori agli studi, e pertanto funzionano i C.I.C. (Centri Informazione e Consulenza) in circa il 70% delle scuole Superiori. Gravi carenze permangono nei rapporti con le Autorità Militari, Servizi Penitenziari e Autorità Giudiziarie.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

L'Assessorato ha già progettato per il 1994, l'attivazione di una Commissione Regionale Consultiva che promuova iniziative su tutti questi aspetti, soprattutto per ciò che concerne i Servizi Penitenziari.

Per quanto concerne gli Enti ausiliari, la Regione ha istituito l'Albo degli Enti Ausiliari senza fini di lucro con D.A.I.S.A.S. n° 6683 del 07.9.90.

Alla data del 31.12.93 risultano iscritti in detto Albo, 8 Enti ausiliari che gestiscono complessivamente 13 Comunità Terapeutiche di cui 10 convenzionate con le UU.SS.LL. nel cui ambito territoriale insistono.

Non si è provveduto ad istituire l'Albo degli Enti a scopi di lucro in quanto a tutt'oggi non è pervenuta nessuna richiesta in merito.

Si fa presente che la Regione ha recepito con atto formale l'atto di intesa Stato-Regioni (G.U. 08.3.93 n° 55), pertanto le sedi operative di nuova apertura, all'atto dell'iscrizione nell'Albo dovranno dimostrare di possedere i requisiti ivi previsti; per le sedi già iscritte la Regione ha stabilito invece delle procedure transitorie in particolare per quanto attiene i requisiti di personale.

Per quest'ultima inoltre il regime di convenzioni con il D.M. 86 può essere prorogato fino al 01.05.94.

Per quanto riguarda i dati statistici del 1993, non è possibile a tutt'oggi comunicare i dati complessivi, in quanto non sono pervenute tutte le schede da parte delle UU.SS.LL..

Per quanto concerne gli enti ausiliari, la Regione ha istituito l'albo per quelli senza fine di lucro con DAISAS n. 6683 del 7/9/90.

Alla data del 31/12/93 risultano iscritti 8 Enti Ausiliari che gestiscono complessivamente 13 comunità terapeutiche di cui 10 convenzionate con le Unità Sanitarie Locali nel cui ambito territoriale insistono.

Non si è provveduto ad istituire l'albo degli enti a scopo di lucro in quanto a tutt'oggi non è pervenuta alcuna richiesta in merito.

Si fa presente che la Regione Sarda ha recepito con atto formale l'atto d'intesa stato-regioni (G.U. 8/3/93 n.55), pertanto le sedi operative di nuova apertura all'atto dell'iscrizione dovranno dimostrare di possedere i requisiti ivi previsti; per le sedi già iscritte la regione ha stabilito invece delle procedure transitorie in particolare per quanto attiene ai requisiti del personale. Per queste ultime inoltre il regime di convenzione con il DM 86 può essere prorogato al 1/5/94.



Regione Siciliana

SERT (Servizi per le tossicodipendenze)

A seguito delle specifiche direttive emanate da questo Assessorato, in attuazione del D.M. n° 444/1990, ai fini dell'attivazione e del potenziamento dei SERT, quasi tutte le UU.SS.LL. interessate hanno adottato i conseguenti atti deliberativi: le procedure per la copertura dei posti si trovano in fasi diverse nelle varie UU.SS.LL.

Si attende riscontro alla richiesta, avanzata in sede Ministeriale, circa le figure equipollenti ai profili professionali del personale, ed in particolare a quello di educatore.

Questo Assessorato, inoltre, continua a svolgere attività di controllo e di sollecito nei confronti delle UU.SS.LL., al fine di assicurare la piena funzionalità dei SERT medesimi.

Le istanze di iscrizione all'albo regionale degli enti ausiliari, attualmente in fase istruttoria, saranno esaminate anche alla luce dell'atto d'intesa fra Stato e Regioni "per la definizione di criteri e modalità uniformi per l'iscrizione degli enti ausiliari che gestiscono strutture per la riabilitazione e l'inserimento sociale dei tossicodipendenti negli albi di cui all'art. 115 del decreto del Presidente della Repubblica 9/10/90 n° 309", pubblicato sulla GURI n° 55 dell'8/3/93.

Alcune convenzioni, stipulate tra le UU.SS.LL. e le comunità terapeutiche, sono state rinnovate alla scadenza, utilizzando il nuovo schema tipo pubblicato sulla GURI n° 67 del 22/3/93.

Inoltre, ai sensi della l.r. 21/8/1984 n° 64 "Piano contro l'uso non terapeutico delle sostanze stupefacenti o psicotrope. Primi interventi" (di cui si allega copia), sono stati disposti finanziamenti a favore di alcuni Comuni della Regione, per l'attuazione di interventi nel settore delle tossicodipendenze (Comune di Altofonte e Comune di Modica). Le richieste di finanziamento di altri programmi comunali sono in corso di istruttoria.

Ai sensi della medesima legge regionale n° 64/1984, sono in corso di esame le istanze di finanziamento, inoltrate da alcune UU.SS.LL., per l'attuazione di programmi di prevenzione e formazione.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

115 (centri di informazione e consulenza nelle scuole)

Da una rilevazione in corso sull'attuale situazione dei C.I.U., risulta che alcune UU.SS.LL. hanno instaurato rapporti di collaborazione con i predetti organismi, istituiti dai Provveditorati agli studi nei territori di rispettiva competenza.

Tra gli altri, l'attività di educazione alla salute e gli interventi di prevenzione delle varie forme di disagio giovanile costituiscono gli obiettivi comuni, da perseguire nel rispetto delle relative competenze.

rapporti tra le UU.SS.LL. e le case circondariali per l'assistenza specifica ai detenuti tossicodipendenti

Le seguenti unità sanitarie locali hanno comunicato di avere instaurato rapporti con le locali case circondariali per l'assistenza specifica ai tossicodipendenti ivi reclusi:

U.S.L. 1 Trapani: Casa Circondariale di Trapani, Casa di reclusione di Favignana;

U.S.L. 7 Sciacca: Casa circondariale di Sciacca;

U.S.L. 16 Caltanissetta: Casa circondariale di Caltanissetta, Casa di reclusione di San Cataldo;

U.S.L. 21 Modica: casa circondariale di Modica;

U.S.L. 34 Catania: casa circondariale di Catania;

U.S.L. 42 Messina: casa circondariale di Messina;

U.S.L. 24 Caltagirone: Casa circondariale di Caltagirone.

Albo Regionale degli Enti Ausiliari: L.R. 21/8/1984 n° 64 e D.P.R. 2/10/1990 n° 309

Non risultano pervenute istanze di iscrizione all'albo da parte di enti aventi scopo di lucro (art. 116, comma 7 del D.P.R. 309/1990).

Si allega l'elenco degli enti senza scopo di lucro attualmente iscritti all'albo regionale degli enti ausiliari.

REGIONE TOSCANA

GIUNTA REGIONALE

1. PERSONALE E SEDI

Nell'anno 1993 in Regione Toscana hanno funzionato 40 SERT (uno per ogni USL) sui 40 previsti, con un assetto che in limitati casi risulta ancora incompleto da un punto di vista di organico del personale, di orario di apertura.

Si rilevano altresì difficoltà logistiche relative ai locali non del tutto idonei. Le suddette situazioni sono maggiormente riscontrabili nelle USL a bassa utenza.

Va dato atto però che in ogni USL gli operatori dei SERT impegnandosi al massimo hanno risposto a pieno ai loro compiti non solo riferiti all'accoglienza e trattamento dei tossicodipendenti e delle loro famiglie ma assicurando anche l'apertura festiva nella stragrande maggioranza dei SERT (su 40 SERT 31 sono aperti per almeno 10 ore giornaliere sulle 12 h previste dalla L.R. n. 51/91) e rispettando gli impegni relativi alle convenzioni con i 16 istituti carcerari della Toscana.

La situazione del personale è ancora da considerarsi incompleta in quanto non sono stati espletati tutti i concorsi che avrebbero portato alla copertura dei parametri previsti dal D.M. 444/90 (i concorsi non risultano banditi per circa n. 40 figure professionali alla data del 30.9.93).

2. UTENZA

L'andamento dell'utenza a dicembre '93 era di n. 4507 soggetti di cui 3563 maschi e 944 femmine, di cui ospiti in enti ausiliari n. 1300.

Appare costante dal '92 al '93 l'aumento dell'utenza nella misura del 5%.

3. TRATTAMENTO

Riferiti all'utenza '93 gli interventi attivati riguardano:

- per il 13,5% dei soggetti terapia metadonica breve
- per il 16,2% dei soggetti terapia metadonica di lungo periodo
- per l'8% dei soggetti altre terapie farmacologiche
- per il 23,8% dei soggetti interventi psico-sociali
- per il 30% dei soggetti ricoveri in enti ausiliari.

Si deve ancora evidenziare che gli operatori dei SERT hanno collaborato con Prefetture, Enti locali, Enti ausiliari e con Scuola per progetti di prevenzione e reinserimento. E' da segnalare che le UU.SS.LL. toscane oltre ai progetti finanziati da Presidenza del Consiglio dei Ministri propongono e gestiscono progetti di reinserimento e prevenzione finanziati dalla Regione Toscana. Nell'anno '93 sono stati finanziati progetti di UU.SS.LL. per una somma pari a L. 711.000.000.=.

4. ALCOOL

Dobbiamo evidenziare che in attuazione della L.R. 5 agosto 1982 n. 54 tutti i SERT (in attesa della costituzione dei gruppi operatori alcolodipendenze GOA) svolgono le attività di prevenzione, cura e riabilitazione degli alcolodipendenti. Nelle UU.SS.LL. 2/10/D - 23 sono stati istituiti e finanziati gruppi operativi specifici a carattere multizonale denominati C.A.I. (Centri alcolodipendenze integrati).

5. FORMAZIONE

Per quanto riguarda l'attività della Regione Toscana per i progetti di formazione nell'anno 1993 sono stati terminati corsi di psicologi, educatori professionali e sociologi operatori di SERT. E' terminato inoltre il corso biennale 92/93 per operatori con funzioni educative delle comunità terapeutiche.

Sono ancora in fase di attuazione corsi per assistenti sociali. E' avviato un corso sulla V.R.Q. sperimentale per i SERT.

6. ENTI AUSILIARI

Per quanto riguarda la situazione relativa al regime albi enti ausiliari, si comunica che l'albo epr gli Enti con scopo di lucro non è stato istituito, mentre l'albo provvisorio degli enti senza scopo di lucro è attualmente regolamentato dalla legge regionale 11 agosto 1993 n. 54 e in vigore fino al giugno '94. Ai sensi della L.R. l'albo provvisorio produce gli stessi effetti dell'albo definitivo per il quale sono in corso le istruttorie delle domande.

Nel '93 risultano iscritti all'albo provvisorio 18 enti ausiliari e 3 cooperative per il reinserimento lavorativo dei tossicodipendenti.



Provincia Autonoma di Trento

Lo svolgimento delle funzioni e delle competenze da parte del Servizio, pur a fronte di carenze talora di personale, è avvenuto con regolarità ed efficienza.

Nello specifico sono stati seguiti dal Servizio 575 utenti di cui 452 maschi e 123 femmine, 140 sono stati gli invii in Comunità terapeutiche, 79 i nuovi casi registrati.

Nell'estate '93, finalmente, il Sert ha potuto utilizzare una nuova sede, se pur provvisoria, più adeguata e dignitosa con vantaggio sia del personale che degli utenti in Via Malta 6 a Trento.

E' continuata, su un buon livello di collaborazione l'attività sia del laboratorio che di tutti i presidi ospedalieri. E' proseguito con continuità ed efficienza il rapporto con il Nucleo Operativo Antidroga del Commissariato del Governo e, pur a fronte di difficoltà, anche quello con i due carceri di Trento e Rovereto.

La non attuazione della convenzione prevista dal Ministero di Grazia e Giustizia in tal senso penalizza un intervento più continuativo ed efficace.

E' proseguita con un buon livello di partecipazione l'attività di collaborazione da parte del Sert con la Sovrintendenza Scolastica per i progetti di educazione alla salute sia nelle scuole dell'obbligo che nelle scuole superiori, soprattutto in supporto ai docenti in genere e ai docenti referenti in particolare, nonché ai genitori e nell'avvio dei centri di informazione e consulenza. Buono anche il livello di collaborazione con gli enti ausiliari che gestiscono strutture residenziali con pazienti trentini.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Per quanto attiene l'Albo provinciale degli Enti gestori di strutture terapeutiche ex art. 116 del D.P.R. 309/90, nel corso del 1993 si è provveduto ai seguenti aggiornamenti:

- iscrizione dell'Ente "Convento S. Antonio dei Padri Francescani" per quanto attiene l'attività erogata dalla propria struttura denominata "Casa di Accoglienza", sita in Cles (TN) (delibera di Giunta Provinciale 2741 dd. 9.3.1993).
- Autorizzazione all'Ente "Comunità Incontro" di Amelia (TR), già iscritto all'Albo provinciale per quanto attiene l'attività della propria struttura sita in S. Massenza, all'aumento della ricettività in detto presidio fino ad un massimo di 10 posti letto.
- Cancellazione dell'Ente "Associazione Iride" con sede in Rallo (TN), e disposizione alla chiusura della propria struttura residenziale, per carenza dei requisiti previsti dall'art. 116 del D.P.R. 309/90 e dalla deliberazione di Giunta Provinciale 10900 dd. 7.9.90 (cancellazione disposta con delibera 10350 dd. 23.7.93).

Gli Enti ausiliari gestori di strutture ex art. 116 D.P.R. 309/90 iscritti all'Albo provinciale al 31.12.1993 sono dunque i seguenti:

- Centro Antidroga di Trento
- Centro Trentino di Solidarietà di Trento
- Associazione "Voce Amica" di Rovereto
- Centro Relazioni Umane di Ala
- Convento S. Antonio dei P. Francescani di Cles
- Cooperativa S. Patrignano (S. Vito di Fergine).

Va infine precisato che a tutt'oggi non è istituito nella Provincia Autonoma di Trento uno specifico albo degli Enti gestori di strutture terapeutiche per tossicodipendenti con scopo di lucro.

E' un quadro sintetico di un'attività di routine buona, anche se, l'epietamento dei concorsi per l'organico del Sert, nei prossimi mesi potrà permettere la sospirata possibilità di funzionamento a regime con conseguente ricaduta sull'efficienza ed efficacia degli interventi.

**REGIONE DELL'UMBRIA**
GIUNTA REGIONALE

Area operativa: servizi socio-sanitari

T O S S I C O D I P E N D E N Z E**Andamento del fenomeno droga**

In questi ultimi anni anche in Umbria si è registrato un mutamento di uso di sostanze stupefacenti. Mutamento che ha investito fasce più ampie di popolazione, raggiungendo trasversalmente tutti i ceti sociali: si è riscontrato un ricorso all'uso contemporaneo di varie sostanze; è emersa una considerevole casistica di infetti da HIV tra i tossicodipendenti; il numero dei decessi tra i residenti nella regione si mantiene pressoché costante nell'ultimo quinquennio, con la sola eccezione del picco registratosi nel 1991.

I servizi pubblici

La legge 162 del 1990 e la successiva decretazione ministeriale in materia, hanno determinato la necessità di pervenire ad un complessivo riassetto ed adeguamento dei Servizi Tossicodipendenze (SERT) della regione.

La revisione del modello organizzativo dei SERT, a superamento di quanto già disegnato dal 2° Piano Socio Sanitario Regionale (triennio 1989 - 1991), ha comportato:

- l'istituzione di un SERT in ogni ULSS, con la sola esclusione della Valnerina che è stata accorpata allo Spoletino (per un totale di 11 SERT);
- l'indicazione di apertura dei SERT 12 ore al giorno e di 6 ore nei giorni festivi;
- il potenziamento dell'organico tenendo conto anche delle integrazioni per lo svolgimento di attività di prevenzione e di quelle di assistenza da attuare negli istituti penitenziari e nelle comunità terapeutiche.

Questo processo, tuttora in corso, ha portato alla istituzione di 3 nuovi SERT in ULSS diverse ed al potenziamento degli 8 già esistenti. Tale processo, non certo privo di difficoltà da ricondursi agli aspetti di compatibilità delle risorse economiche disponibili, non permetterà di raggiungere l'obiettivo di ottimizzazione delle piante organiche a regime, così come previsto dalla programmazione Regionale, se non ridefinendone le modalità organizzative. A riguardo va tuttavia detto che risulta sempre più complesso poter fare piani d'intervento perché si prevede che nei prossimi anni le dipendenze patologiche cambieranno il loro decorso e ciò a causa sia delle diverse sostanze che verranno immesse sul mercato, sia perché emergerà l'aggravarsi della situazione relativa ai soggetti HIV sieropositivi. Penultimo, l'esito referendario sulla depenalizzazione porta a prefigurare oltre che una diversa ricaduta di utenza sui servizi a seguito della maggiore severità delle sanzioni amministrative (ritiro patente), anche

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

La possibilità di individuare terapie sostitutive più flessibili e meno penalizzanti nei confronti dell'utente, terapie orientate a perseguire l'obiettivo della "riduzione del danno" con un impegno in prima linea anche per le attività di prevenzione e per il controllo dell'andamento della sieropositività da HIV al momento che l'infezione continua a propagarsi essenzialmente nell'80% dei casi tra i tossicodipendenti.

I SERT, chiamati quindi sempre più a svolgere funzioni articolate e complesse da esercitare in ambiti di prevenzione, cura e reinserimento sociale, restano l'avamposto di trincea territoriale per un'utenza che solo nel 1993 ha fatto registrare un lieve decremento rispetto al trend di progressivo aumento degli anni precedenti.

Sono, servizi che stanno ridefinendo le proprie funzioni per garantire prestazioni sempre più qualificate e per porsi quale punto centrale di snodo per fronteggiare le esigenze di altre istituzioni, Enti, Associazioni di volontariato e del privato sociale che a vario titolo entrano in relazione con i tossicodipendenti o con il problema droga. Trattasi di attività non quantificabili, ma che impegnano i servizi sia in termini di carichi di lavoro, sia in termini di prestazioni rese e difficilmente valutabili se non con lo studio e la ricerca di indicatori di efficienza e di efficacia più rispondenti alla specificità di questi servizi.

L'intervento a rete

I servizi, per poter cambiare l'atteggiamento del tossicodipendente, sia nei confronti della sostanza sia, del suo stile di vita, devono puntare alla costruzione o ricostruzione di valide relazioni, elaborando programmi personalizzati ed offrendo sempre nuove e più articolate opportunità che vanno individuate nella costruzione di una organizzazione dei servizi "a rete". L'intervento a rete nasce da una doppia motivazione: il percorso tossicomane è lungo ed ogni tappa del percorso richiede una risposta adeguata allo specifico momento della storia del soggetto. La tossicomania peraltro è determinata da vari fattori che determinano "tipi" diversi di tossicomani, per i quali necessitano interventi individualizzati.

In questo modello di servizi, le comunità rappresentano una tappa possibile solo per chi ha maturato la motivazione a compiere un programma terapeutico di tipo residenziale. Spetta invece ai SERT prendere in esame ogni situazione individuale (sanitaria, psicologica, psicopatologica, esistenziale) ponendola in relazione con il contesto familiare e sociale, per elaborare strategie d'intervento più complesse che richiedono la predisposizione di un programma terapeutico che sovente si rivolge a soggetti

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

che per disturbi della personalità non sono in grado di sostenere i programmi proposti dalle comunità.

E' necessario, allora, ricercare terreni concreti di azione che permettano a questi servizi di praticare la solidarietà, di educare, di farsi carico della salute fisica del tossicodipendente, di recuperarlo reintegrandolo a tutti gli effetti nel contesto sociale di provenienza, impegnandolo ad una autoridefinizione della propria realtà esistenziale.

I centri di accoglienza

Da qui la necessità di approntare Centri di Accoglienza con funzioni d'intermediazione tra i SERT e le comunità.

In questa regione nelle tre ULSS a maggiore consistenza demografica si stanno approntando tali centri. Allo stato attuale risulta già da tempo attivato un centro di accoglienza ed un centro diurno nella ULSS Valle Umbra Sud; nelle ULSS del Perugino e della Conca Ternana la realizzazione di dette strutture è in fase avanzata. Tuttavia, in tutte le realtà si registrano difficoltà al funzionamento a causa dei nuovi vincoli intervenuti con la legge finanziaria che limita ogni possibilità di potenziamento del personale e a causa della impossibilità a riguardo di utilizzo di altre risorse finanziarie di cui il Fondo Nazionale per la lotta alla droga pur dispone.

Il privato sociale

Nel panorama dei servizi a rete uno specifico riferimento va fatto alla presenza dell'associazionismo e del privato sociale molto attivo in questa regione.

Sono 5 le Associazioni di volontariato operanti nell'area della tossicodipendenza con attività orientate sia alla prevenzione che al recupero, 3 di queste nel corso del 1993 hanno ottenuto l'iscrizione all'apposito Albo Regionale del volontariato.

Sono invece 12 le cooperative, 7 di queste nel corso del 1993 hanno richiesto ed ottenuto l'iscrizione al registro Regionale delle Cooperative di servizio sociale (2 risultano di nuova iscrizione, 5 hanno modificato gli statuti precisando nelle finalità il loro impegno in attività rivolte a tossicodipendenti).

La peculiarità di questa regione è tuttavia quella relativa alla consistente presenza di strutture residenziali (n. 37 sedi operative) e semiresidenziali (n. 3 sedi operative) con 8 titolari di progetti terapeutici. Trattasi in prevalenza di comunità terapeutiche con esperienza in qualche caso anche ultradecennale. Nell'ultimo triennio si è registrata la nascita di due nuove Associazioni ed il complessivo potenziamento della capacità ricettiva residenziale negli ultimi 5 anni è stata portata da 600 posti agli attuali circa 400.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

L'attività svolta da ogni singola Associazione si diversifica per metodologie e progetti terapeutici adottati. Si assiste infatti ad attività condotte su modelli operativi improntati alla psico-terapia: ad esperienze a contenuto pedagogico quali quelle attuate nelle comunità di vita; all'attribuzione di particolare significato terapeutico al mantenimento di rapporti con le famiglie.

Tipologicamente tutte le comunità per la loro specifica strutturazione svolgono un ruolo di protezione per il tossicodipendente e ciò che viene a realizzarsi al proprio interno è spesso un'organizzazione di attività precisate da regole più o meno rigide di convivenza, dall'offerta di luoghi prestabiliti di lavoro, da rituali che ne caratterizzano la giornata, dalla presenza in qualche caso di figure di riferimento che assumono connotazioni carismatiche. Tutte le comunità presenti in questa regione sono aperte al territorio, con il quale intrattengono rapporti necessari alla realizzazione di iniziative di formazione professionale ed alla organizzazione periodica di attività socio-ricreative e culturali.

La durata di un trattamento in regime residenziale richiede una permanenza da 1 a 3 anni, con articolazioni che variano a seconda del modello operativo seguito dalla comunità. In alcuni casi sono previste fasi di accoglienza e di reinserimento in regime semiresidenziale, in altri casi il regime anche di lungo tempo è solo residenziale.

Sugli esiti dei trattamenti conclusi non si hanno dati attendibili per l'elevato turn-over degli ospiti. Peraltro, l'80% dell'utenza ospitata nelle strutture comunitarie site in Umbria è costituita da soggetti provenienti da altre regioni.

Nei rapporti pubblico - privato sociale va infine precisato che le strutture già iscritte all'Albo Regionale degli Enti Ausiliari previsto dalla L. 162/90, restano classificate e convenzionate fino al 1° maggio 1994, secondo la regolamentazione che la Regione si era precedentemente data. Ciò al fine di permettere alle stesse l'adeguamento a quanto contenuto nell'Atto d'intesa Stato-Regioni che costituisce nuova regolamentazione nazionale in materia e che questa Regione ha recepito.

Restano escluse le tre strutture comunitarie site a Città della Pieve (in quanto gestite dal Comune di Roma e quindi pubbliche) e le tre strutture di una società che le gestisce e che per la propria natura giuridica non è stata iscritta all'Albo degli Enti con finalità di lucro.

I rapporti interistituzionali e l'integrazione tra pubblico e privato

Ferma restando la portata del problema socioeconomico che richiede necessariamente momenti di forte integrazione tra le competenze di vari Ministeri e del livello Regionale, nell'ambito delle attribuzioni del Servizio Socio Sanitario Regionale viene rivolta particolare cura alle attività di ricerca e studio, per la valutazione della prassi operativa dei servizi, anche in ordine alle attività di prevenzione dell'HIV e dell'AIDS. Tale attività si sostanzia nella costituzione di gruppi di lavoro (compreso il gruppo di coordinamento Regionale dei SERT) volti a pervenire alla predisposizione di: protocolli d'intesa, progetti, programmi ed iniziative seminariali che nel tempo hanno visto il coinvolgimento di: Provveditorati agli Studi, Prefetture Cooperative, Volontariato, privato sociale, Agenzia d'impiego, Tribunale di Sorveglianza, Istituti Penitenziari, Amministrazione Provinciale di Perugia.

Tra le iniziative per la valorizzazione e qualificazione dei servizi va ricordata la realizzazione di un progetto formativo integrato triennale Regione - Scuole che attraverso 15 seminari " a cascata " (Regionale, territoriali e locali) si è rivolto ad un considerevole numero di operatori (insegnanti compresi i referenti dei CIC, operatori dei SERT, dei Distretti, dei servizi di salute mentale, delle sezioni di Educazione Sanitaria delle ULSS).

Nel 1993 è stato effettuato il Seminario Regionale di verifica sul processo sin qui attivato. Il Seminario, incentrato sulla " Valutazione e proposta ", ha individuato quale nuovo obiettivo da perseguire quello di valorizzare e rafforzare i livelli di autonomia locale allargando in ciascun livello l'integrazione.

A tal fine, nel corso del 1993 10 ULSS su 12 hanno presentato progetti attualmente alla valutazione Regionale per l'ammissione al finanziamento. I progetti ammessi saranno realizzati entro il primo semestre 1994.

Altro significativo progetto triennale riguarda la formazione di 50 Educatori di comunità da effettuarsi con la realizzazione di un corso triennale di 900 ore.

Nel 1993 si è concluso il secondo anno ed è stato avviato il terzo.

Regione Autonoma Valle d'Aosta Presidentza
della Giuista
Région Autonome Vallée d'Aoste Présidence
du Gouvernement

L'anno che è appena trascorso ha visto nascere in Valle numerose iniziative legate al problema della tossicodipendenza e delle patologie ad essa correlate.

Oltre al Servizio pubblico sono presenti sul territorio: una comunità residenziale, comunità diurne, centri di prima accoglienza e centri di ascolto. Vi è infine un gruppo di volontari che interviene in modi diversi ai bisogni che man mano si presentano.

Nonostante le innegabili energie a disposizione tutte le suddette agenzie riescono ad intervenire quasi esclusivamente in situazioni patologiche ormai conclamate e su persone che direttamente si rivolgono a questa realtà per chiedere aiuto.

E' risultato invece molto più difficile avvicinarsi al problema al suo insorgere o laddove le situazioni siano a rischio.

Il fenomeno in Valle d'Aosta si limita per lo più all'abuso di eroina mentre le altre sostanze, cocaina, hashish, psicofarmaci, alcol, vengono usate come ausiliarie.

I nuovi casi che presentano un uso occasionale di stupefacenti o in fase di inizio sono diminuiti nel complesso a differenza degli anni precedenti.

Si è altresì stabilizzata l'attività rivolta all'inserimento dei tossicodipendenti nelle strutture comunitarie semiresidenziali.

Per concludere, il fenomeno delle tossicodipendenze in Valle d'Aosta è senz'altro un fenomeno presente e radicato, ma continuando la promozione e l'attivazione delle risorse presenti sul territorio e portando a termine le iniziative che sono state avviate, si sarà, sempre più, in grado di dare delle risposte esaustive e complete promuovendo un buon controllo del fenomeno nel territorio regionale.

Regione del Veneto

giunta regionale

ATTIVITÀ SVOLTA DALLA REGIONE DEL VENETO, NEL CORSO DELL'ANNO 1993, IN MATERIA DI TOSSICODIPEDENZE.

Le funzioni regionali indicate all'oggetto vengono esercitate attraverso il Dipartimento per le Politiche Giovanili e la Prevenzione che si avvale, per la gestione operativa, del Servizio Prevenzione e Recupero Devianze; l'organico di quest'ultima struttura è composto da: un dirigente regionale, due funzionari, un istruttore direttivo, un istruttore, un collaboratore professionale, un esecutore (totale 7 unità).

Il Servizio è competente in materia di:

- attuazione programmi di prevenzione mediante realizzazione, per fasi, dei relativi progetti e verifica risultati anche ai fini della programmazione;
- programmi di prevenzione, recupero e reinserimento tossicodipendenti, alcolisti e devianze varie e verifica risultati;
- coordinamento con il Centro Studi e Documentazione sulla Dipendenza da Sostanze Psicotrope;
- attività di volontariato;
- raccordo con le comunità, cooperative, etc, e controllo dei programmi, loro esecuzione e verifica anche ai fini degli interventi economici;
- segreteria delle Commissioni regionali di settore.

Per le attività dianzi indicate sono state stanziare, col bilancio di previsione dell'esercizio 1993, lire 23.600.000.000 (sul capitolo 60045 "prevenzione, assistenza e reinserimento tossicodipendenti").

Con tali risorse sono stati finanziati i seguenti interventi:

- a) 1. 19.060.000.000., per pagamento rette alle comunità terapeutiche private per tossicodipendenti.

Hanno beneficiato del contributo regionale 25 enti ausiliari locali e 39 ubicati fuori regione.

Questa Amministrazione regionale con D.G.R. n. 4637 del 07.08.1992 e D.P.G.R. n. 642 del 12.03.1993 e successive integrazioni, ha istituito ed attivato l'Albo di cui all'art. 116, D.P.R. n. 309/90 - Attualmente sono iscritti all'Albo Regionale 25 Enti ausiliari senza scopo di lucro

L'Albo in oggetto prevede inoltre una apposita sezione nella quale sono stati inseriti gli Enti che, pur non rientrando tra le Comunità Terapeutiche perchè privi di una stabile struttura di accoglienza e di organizzazione, attuano interventi di volontariato nel settore della tossicodipendenza; attualmente gli Enti interessati sono 14.

Non è stato ancora attivato l'Albo speciale degli Enti e delle persone che gestiscono con fini di lucro strutture per la riabilitazione e il reinserimento sociale dei tossicodipendenti, previsto dal 7° comma, art. 116, D.P.R. n. 309/90.

Con provvedimento n. 5403 del 1 dicembre 1993, l'Amministrazione regionale ha preso atto dei Decreti del Ministero della Sanità 19.02.1993 relativi agli Albi degli Enti ausiliari (art. 116/D.P.R. n. 309/90) e alle Convenzioni (art. 117/D.P.R. n. 309/90).

- b) lire 2.200.000.000= per iniziative mirate alla prevenzione e al recupero della dipendenza da sostanze stupefacenti o psicotrope. Nel corso dell'esercizio sono stati attuati i seguenti interventi:
- 1) progetto di prevenzione delle tossicodipendenze, interventi con operatori di strada;
 - 2) progetto di prevenzione dei fenomeni di devianza-tossicodipendenza: educazione territoriale 1992-95;
 - 3) progetto di prevenzione del disagio in incubazione e da comportamenti autodistruttivi: Sonda;
 - 4) progetto di prevenzione dalla dipendenza e dalle devianze: traguardi di vita;
 - 5) progetto di intervento sulla coppia madre-bambino -

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

E' stata inoltre avviata l'attività di coordinamento dei progetti presentati in materia dalle UU.LL.SS.SS., finanziati per lire 107.000.000=.

- c) lire 500.000.000= per attività riguardante la popolazione carceraria tossicodipendente del Veneto.

Nel settore sono state eseguite e finanziate le iniziative a carattere sportivo negli istituti di pena di Verona, Rovigo, Venezia-S.M. Maggiore, Venezia-Giudecca e Venezia-ex casa di lavoro. E' stata avviata una collaborazione, anche mediante un contributo economico, col Comune di Padova per la realizzazione di un laboratorio teatrale nella locale casa di reclusione.

E' stato attuato un seminario in area penitenziaria, tenutosi presso l'Abbazia di Praglia (Pd) in data 29.11.1993.

Inoltre, è stato elaborato un progetto di massima per la realizzazione di una sezione a custodia attenuata per detenuti tossicodipendenti in un Istituto di pena del Veneto.

Infine, è stata avviata e completata l'attività istruttoria per la costituzione della "Commissione regionale per i problemi della devianza e della criminalità"; il provvedimento sarà, in questi giorni, sottoposto all'attenzione della Giunta Regionale per la sua adozione.

- d) lire 640.000.000 per il finanziamento del 2° anno del Centro Studi e Documentazione sulla dipendenza da sostanze stupefacenti. Si riportano, qui di seguito, gli obiettivi sinora conseguiti dal Centro. A due anni dalla sua attivazione, e in conformità a quanto previsto dal progetto iniziale, il centro BASIS ha raggiunto il pieno regime di attività, rendendo disponibili agli utenti (operatori dei SERT, delle Comunità Terapeutiche) i seguenti servizi:

- 1) biblioteca specializzata e informatizzata, con circa 1000 testi scientifici (in lingua italiana e inglese), 60 riviste

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

internazionali, 500 articoli;

- 2) servizio ricerche on line e documentazione, che utilizza tecniche di information retrieval e collegamenti telematici con banche dati europee ed extraeuropee, consentendo l'individuazione aggiornata delle pubblicazioni scientifiche relative a specifici temi di interesse dell'utente: di tutte le pubblicazioni individuate viene fornito l'abstract e, su richiesta, viene procurato il testo integrale se non già disponibile presso la biblioteca del Centro.
- 3) banca dati interna, comprendente circa 1500 records, con riferimenti a testi e pubblicazioni scientifiche già disponibili presso il Centro o reperibili su richiesta;
- 4) pubblicazione della rivista trimestrale "BASIS", distribuita a tutti gli utenti, che presenta una selezione interdisciplinare, in lingua italiana, delle più rilevanti acquisizioni della ricerca scientifica condotta su scala internazionale nel campo delle dipendenze.
- 5) giornate seminariali di formazione e aggiornamento tecnico-scientifico, che vengono organizzate sotto forma di workshops a numero chiuso, e condotto da ricercatori ed esperti, italiani o stranieri, di chiara fama.

Oltre all'attivazione dei servizi sopra elencati, BASIS ha curato lo sviluppo di rapporti di collaborazione con centri simili in ambito europeo, attraverso:

- l'adesione e la partecipazione attiva all'associazione ELISAD (European Association of Librarie and Information Services on Alcohol and other Drugs)
- l'organizzazione dei meeting "Inforation flow on substance abuse in an integrated Europe: Were are We?" (Venezia 22-23 ottobre 1993)
- l'inclusione del novero dei centri collaboratori della Drugs Unit della Commissione Europea di Bruxelles, anche in vista della

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

attivazione dell'Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (Regolamento CEE N. 302/93 dell'8 febbraio 1993)

e) lire 1.200.00.000= per contributi su programmi terapeutici predisposti dalle UU.LL.SS.SS. che gestiscono Comunità terapeutiche Pubbliche per tossicodipendenti.

Attualmente sono operanti le seguenti strutture:

1) a regime semiresidenziale nelle UU.LL.SS.SS.

- n. 8 VICENZA
- n. 10 TREVISO
- n. 28 LEGNAGO
- n. 27 BOVOLONE
- n. 36 MESTRE

2) a regime residenziale nelle UU.LL.SS.SS.

- n. 4 FELTRE
- n. 25 VERONA

-----000000-----

Oltre la consueta attività ordinaria consistente nella gestione delle varie pratiche amministrative di competenza del Dipartimento e dei rapporti con le strutture pubbliche e private interessate, vanno qui richiamate anche le sottodescritte iniziative.

I 36 SERT, costituiti presso ciascuna UU.LL.SS.SS. del Veneto, sono stati costantemente seguiti per adeguare gli interventi di loro competenza ai nuovi indirizzi nazionali e regionali emersi in materia in questi ultimi anni; particolare attenzione è stata rivolta all'attività di potenziamento degli organici, prevista dall'art. 118 D.P.R. n. 309/90, già avviata da alcuni anni.

Nel settore della formazione integrata degli operatori dei servizi

pubblici e privati convenzionati per l'assistenza socio-sanitaria alle tossicodipendenze (ex art. 127, 3° co., D.P.R. n. 309/90), sono stati completati ed avviati i corsi previsti per gli anni 1991 e 92, mentre sono state individuate le necessità per il 1994

Importante è stata anche l'attività di coordinamento di tutte le Regioni affidata per quest'anno al Veneto che ha portato, tra l'altro alla predisposizione di un documento comune presentato alla prima "Conferenza nazionale sulla droga, tenutasi a Palermo il 24 - 25 - 26 giugno u.s.

E' stata recentemente costituita una Commissione tecnico-consultiva per l'attuazione del decreto del Ministero della Sanità 30 agosto 1993 "linee di indirizzo per la prevenzione, la cura, il reinserimento sociale e il rilevamento epidemiologico in materia di alcooldipendenza".

Un momento di ampio dibattito è stato realizzato da questa Regione assieme all'IREFREA, attraverso il convegno europeo "L'Europa e il disagio giovanile", svoltosi a Venezia nei giorni 19 - 20 novembre u.s.

Tutti gli interventi dianzi descritti sono stati programmati ed attuati in considerazione del fatto che il problema della tossicodipendenza non può essere risolto con iniziative unilaterali e settoriali ma attraverso una offerta complessiva di servizi capace di coinvolgere tutte le risorse, pubbliche e private, esistenti nel territorio regionale.

***Elenco degli adempimenti di
competenza di ciascun Ministero
per i quali si è richiesto di fornire
indicazioni aggiornate da inserire
nella relazione***

MINISTERO DELLA SANITA'

- A) Stato di attuazione dei progetti finanziati a valere sulle disponibilità del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga per gli anni 1990, 1991, 1992 e 1993.
- B) Istituzione dei Ser.T.: numero dei servizi avviati, dislocazione geografica, determinazione dell'organico, casi di commissariamento.
- C) Rilevazioni del Settore epidemiologico sull'andamento del fenomeno tossicodipendenza - AIDS.
- D) Schema tipo di convenzione con le USL.
- E) Definizione di indirizzi uniformi in materia di requisiti soggettivi, strutturali e di funzionalità per l'iscrizione negli Albi Regionali.
- F) Attività di studio e ricerca nel campo delle tossicodipendenze e patologie correlate.
- G) Partecipazione ad attività internazionali.

MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI

- A) Sviluppi del Piano Europeo di lotta alla droga.

- B) Caratteristiche della presenza italiana nelle organizzazioni internazionali impegnate nel settore.

- C) Accordi di cooperazione bilaterale nel campo della lotta alla droga e stato di attuazione.

- D) Programmi di cooperazione finalizzati all'introduzione di colture alternative ed alla promozione di piani integrati di sviluppo.

- E) Numero e dislocazione degli Uffici antidroga all'estero.

- F) Procedure in materia di assistenza ai tossicodipendenti italiani all'estero.

MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA

- A) Stato di attuazione dei progetti finanziati a valere sulle disponibilità del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga per gli anni 1990, 1991, 1992 e 1993.

- B) Convenzioni tra istituti di pena e USL
(numero di convenzioni già stipulate, andamento, eventuali difficoltà).

- C) Convenzioni per assistenza socio-sanitaria ai tossicodipendenti detenuti.

- D) Attività in corso a valere sui fondi resi disponibili dall'art.135 del T.U. n. 309/90.

- E) Attuazione degli artt. 89, 90, 91 del T.U. n. 309/90 così come modificati dalla L. 222/93 in merito alle modalità per la sospensione dell'esecuzione della pena detentiva.

- F) Dati relativi al numero di tossicodipendenti detenuti con distinzione tra ristretti per legge sulla droga e per altri reati.

- G) Dati relativi alla diffusione della sindrome da HIV.

MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE

- A) Stato di attuazione dei progetti finanziati a valere sulle disponibilità del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga per gli anni 1990, 1991, 1992 e 1993.

- B) Altre attività di formazione, informazione promosse a livello territoriale dai provveditorati: caratteristiche salienti degli interventi, livello di partecipazione, valutazioni sull'impatto.

- C) Attività del Comitato tecnico-scientifico.

- D) Costituzione dei centri di informazione e consulenza nelle scuole secondarie superiori.

- E) Informazioni su iniziative di approfondimento, formazione, orientamento proposte dagli studenti
(caratteristiche delle proposte più originali, livello di partecipazione).

MINISTERO DELLA DIFESA

- A) Stato di attuazione dei progetti finanziati a valere sulle disponibilità del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga per gli anni 1990, 1991, 1992 e 1993.

- B) Attività del gruppo di lavoro interforze
(Direzione Generale della Sanità Militare)

- C) Dati sull'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze in ambito militare e sulla diffusione delle patologie correlate.

- D) Stato di attuazione degli artt. 110/112 del T.U. n. 309/90
(servizio civile - servizio sostitutivo)

MINISTERO DELL'INTERNO

- A) Stato di attuazione dei progetti finanziati a valere sulle disponibilità del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga per gli anni 1990, 1991, 1992 e 1993.

- B) Inserimento degli assistenti sociali nelle Prefetture.

- C) Aggiornamento dei dati di cui al comma 8 dell'art. 1 del T.U. n. 309/90 evidenziando, ove possibile, le caratteristiche dei fenomeni analizzati in periodo di tempo di uguale durata prima e dopo l'entrata in vigore della legge.

- D) Analisi critica del lavoro svolto dalle Prefetture in materia di segnalazioni, tesa ad evidenziare le difficoltà che ancora rendono problematica la piena applicazione della Legge.

DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI

Istituzione dei comitati interistituzionali a livello regionale.