OSSERVATORIO
DELLE LEGGI SULLA DROGA

RAPPORTI I-XIII

marzo 1991 – settembre 1995



PRESENTAZIONE 1

I RAPPORTO – MARZO 1991

Editoriale 3

Analisi del fenomeno AIDS e criminalità legati al traffico e al consumo di droghe proibite 5

Criminalità, analisi su un mese: gennaio 1990 5

Criminalità, analisi su un quadrimestre: gennaio-aprile 1990 5

Criminalità, analisi su un anno: il 1989 6

AIDS analisi delle correlazioni con i fenomeni criminali 7

I morti per "OVERDOSE" 10

1. La legge Jervolino salva la vita? 10

2. Una plateale manipolazione dei dati 10

3. La controprova romana 11

4. Ma i morti sono molti di più 11

5. Prima il carcere, poi l'overdose 11

Andamento delle operazioni antidroga e sequestri di sostanze stupefacenti 13

L'applicazione della legge 162/90 15

1. I dati ufficiali 15

2. Le prime verifiche dell'OLD 17

Tossicodipendenza, AIDS, esperienze carcerarie 20

1. Risk behaviours for HIV-1 infection in italian drug users. 20

2. Drug use and HIV-1 infection 20

3. Tossicodipendenza ed infezione da HIV-1 in relazione a variabili socio-culturali ed esperienze carcerarie. 21

II RAPPORTO – MAGGIO 1991

Editoriale 23

L'impatto della 162/90 sull'andamento delle morti per overdose 24

1. L'impatto catastrofico della legge Jervolino 24

2. I decessi per "overdose" dal 1° gennaio al 20 marzo 1991 24

3. La rilevazione a Roma 24

4. I decessi in carcere 25

5. Altri dati diffusi dalla stessa fonte 25

6. Osservazioni conclusive 26

Otto mesi di criminalità, quale quota è legata a macrocriminalità, quanto dipende dal traffico e consumo di stupefacenti 27

1. Le regioni si "specializzano" 27

2. Analisi della microcriminalità legata alla tossicodipendenza 29

I dati ufficiali sulla diffusione dell'AIDS in Italia nel 1990 31

1. Incidenza e letalità 31

2. Distribuzione geografica 33

3. I modi di trasmissione 35

4. L'andamento temporale 36

5. Distribuzione per sesso ed età 37

6. Valutazione di interventi di prevenzione 37

7. L'AIDS e la mortalità 38

L'applicazione della legge 162/90 39

1. I dati al 25/3/1991 39

2. Inaffidabilità e ritardi dei dati ufficiali 40

Andamento dei sequestri di sostanze stupefacenti 42

Europa: confermato che l'AIDS corre sull'ago 45

1. Settima nel mondo e seconda in Europa. 45

2. AIDS e droga in Europa 45

3. Tossicomani eterosessuali 46
4. Tossicomani omo/bisessuali 47
5. Trasmissione al feto e al neonato 47

III RAPPORTO – SETTEMBRE 1991

Editoriale 49

Criminalità, AIDS, morti per overdose 52
1. Criminalità 52
2. AIDS 54
3. Morti per overdose 55

Lettura critica delle valutazioni dell'Osservatorio permanente sul fenomeno droga del Ministero dell'Interno 56
1. Introduzione 56
2. Tossicodipendenti in trattamento 56
3. Consumatori e detentori per uso personale di sostanze stupefacenti 57
4. Servizi sanitari pubblici e comunità terapeutiche residenziali. 58
5. Decessi per assunzione di sostanze stupefacenti 60
6. Detenuti tossicodipendenti 60
7. Minorenni assuntori o detentori di droga 61
8. Arresti 61

IV RAPPORTO – APRILE 1992

Editoriale 69

Contraddizioni, errori e bugie del Rapporto Jervolino 73
0. Prologo 73
1.La popolazione tossicodipendente sta invecchiando? Se è vero, perché accade? 73
2. Quanti sono veramente i decessi per droga? 74
3. È vero che la 162/90 fa "emergere" i tossicodipendenti? 75
4. I tossicodipendenti, il Carcere e l'HIV 76
5. Quanto incidono i sequestri sul mercato della droga? 78

Quante morti giovanili sono "figlie" del Proibizionismo? 79

Dal Rapporto del Comitato Internazionale delle Nazioni Unite sulla Droga. Anno 1991 83
Preambolo al Rapporto ONU sulla lotta contro l'abuso di droghe nel 1991 83
Situazione mondiale 86
Appartenenza dell'INBC 88
Situazione europea 89

V RAPPORTO – GIUGNO 1992

Editoriale 97
Le cifre del narcotraffico della cocaina 98

Considerazioni critiche sulla strategia andina 99
Prefazione - Tendenze della produzione e del traffico e proposte per una ragionevole politica sulla droga 100
Introduzione - È tempo di rivedere la politica internazionale sulla droga 101
Sezione 1 - La politica sulla droga degli USA punta sulla repressione e la militarizzazione. 102
Sezione 2 - Lo stato della guerra alla droga in America Latina 105
Sezione 3 - La Strategia Andina: una "nuova" politica ripete vecchi errori 113
Sezione 4 - Conclusioni e proposte 115
Conclusioni Finali 119

Perù: coca, cocaina, narcotraffico 120
1. Sviluppo alternativo 121
2. Il narcoterrorismo 122
3. Narcoeconomia 123
4. Misure straordinarie 124

5. Operazioni 125
6. Ambiente 125
7. Invasione colombiana 126
8. Altri mercati 126
9. Azioni contro il narcotraffico 126

VI RAPPORTO – AGOSTO 1992

Editoriale. 129
La tossicodipendenza come malattia epidemica: ipotesi e fatti. 131
Droga: minori in carcere 133
1. Centri di prima accoglienza 134
2. Uffici di servizio sociale per minorenni 134
3. Tossicodipendenti in trattamento 135
4. Servizi sanitari pubblici e privati e comunità terapeutiche residenziali 138
5. La situazione nelle carceri 138
La repressione del narcotraffico 140
Analisi di alcuni finanziamenti per la lotta alla droga 143
Analisi dei progetti finanziati ai comuni nel 1991 148

VII RAPPORTO – OTTOBRE 1992

Editoriale. 153
AIDS: la situazione europea 154
Problemi nuovi nella diffusione della tossicomania e risposta di alcuni Governi all'esplosione dell'epidemia di AIDS tra i tossicodipendenti. 159
Carceri e HIV. L'epidemia esplode in tutto il mondo. 162
Lasciamo parlare gli aghi!
Valutazione del programma di scambio siringhe a New Haven 165
Prefazione 165
Introduzione 165
Dettagli del programma. 167
Punti principali nella valutazione del programma. 167
Identificazione e analisi delle siringhe. 168
L'impatto sulle scelte politiche. 169
Droga e AIDS: la situazione olandese. 170
1. L'uso di droga e gli assuntori di droghe in Olanda 170
2. Le conseguenze del problema delle droghe pesanti sulla società 170
3. Il trattamento e la cura degli assuntori di droghe in Olanda 170
4. Uso di droga e assuntori di droga 171
5. La tossicomania, morbilità e mortalità 171
6. Stili di vita e networks 171
7. La politica del governo 172
8. Impatto dell'AIDS 172
9. L'epidemia di AIDS tra gli assuntori di droghe pesanti 173
10. L'uso promiscuo delle siringhe 173
11. I contatti sessuali 174
12. La prevenzione dell'infezione da HIV/AIDS mirata agli assuntori di droga per via endovenosa (IDU) 175
13. Motivi di preccupazione 176

VIII RAPPORTO – DICEMBRE 1992

Editoriale 177
L'economia illegale legata al commercio delle droghe proibite 181
Perché è falsa la teoria del passaggio (da droghe leggere a droghe pesanti). 191

1. Introduzione ... 191
2. Qual è l'uso corretto dei dati disponibili. ... 191
3. Probabilità di passaggio dalle droghe leggere a quelle pesanti ... 193
Analisi dei progetti finanziati ai Comuni nel 1992 ... 195
Tossicodipendenza e AIDS in Italia ... 201
Diffusione dell'infezione da HIV in Italia ... 201
Quale prevenzione? ... 202
Storia naturale dell'infezione da HIV nei tossicodipendenti ... 203
Conclusioni ... 204
Bibliografia ... 204

IX RAPPORTO – MAGGIO 1993

Editoriale ... 205
La pratica iniettiva del *frontloading* e rischio di infezione da HIV in tossicodipendenti per via endovenosa. ... 207
Sistema informativo sulle tossicodipendenze nel Lazio. Indagine trasversale al 1° dicembre 1991. ... 210
Introduzione ... 210
Metodi ... 211
Risultati ... 211
Analisi dei finanziamenti di progetti finalizzati al recupero, al reinserimento sociale, e all'occupazione di tossicodipendenti nell'anno 1992. ... 214
I finanziamenti agli enti pubblici e privati nei tre anni di applicazione della legge Vassalli-Jervolino. ... 221

X RAPPORTO – GIUGNO 1993

Il rapporto "Bompiani". ... 225
1. Introduzione ... 225
2. Servizi e interventi terapeutici. ... 227
3. Finanziamenti. ... 229
4. Decessi per droga. ... 229
5. Situazione degli istituti di pena. ... 230
6. Gli interventi delle Prefetture. ... 231
7. I sequestri e la repressione del narcotraffico. ... 231

XI RAPPORTO – GENNAIO 1994

Le fonti dei dati ufficiali sulla tossicodipendenza in Italia ... 241
Verso un'analisi costi-utilità delle politiche sulla droga nel mondo. ... 243
0. Premessa ... 243
1. Introduzione ... 243
2. I diversi aspetti legati al "fenomeno droga" ... 244
3. Verso un indicatore numerico "globale" ... 246
Trattamento con metadone e riduzione del rischio di infezione da HIV ... 247
Riferimenti bibliografici ... 249
AIDS e droga, quali interventi: tra ideologia e pragmatismo ... 250
La mortalità nei tossicodipendenti ... 253
1.Introduzione ... 253
2. Metodologia ... 254
3. Risultati ... 255
4.Discussione ... 256
5.Bibliografia ... 258

XII RAPPORTO GIUGNO 1995

La situazione fenomeni droga-correlati in Italia....261
Premessa....261
1. Mortalità per droga....263
2. Interventi di assistenza ai tossicodipendenti (fonte Ministero dell'Interno)....265
3. Criminalità (fonte Ministero dell'Interno)....270
4. Repressione (fonte Ministero dell'Interno)....274
5. Situazione penitenziaria (fonte Ministero di Grazia e Giustizia)....282
6. L'epidemia di AIDS....290
Giro d'affari delle attività illegali....293

XIII RAPPORTO – SETTEMBRE 1995

Il contributo del CoRA nell'ambito della VI Conferenza mondiale sulla riduzione del danno (Firenze, marzo 1995)....297
Valutare le politiche sulla droga nel mondo (verso un'analisi costi-efficacia degli interventi)....299
1. Introduzione....299
2. I diversi aspetti legati al "fenomeno droga"....300
3. Verso un indicatore "globale"....302
3.1. Analisi su un singolo Paese....303
3.2. Analisi longitudinale....303
3.3. Analisi di tipo cross-sectional....303
4. Considerazioni conclusive....304
Bibliografia....304
La tossicodipendenza attraverso i dati del censimento della popolazione....305
Il Censimento della popolazione: un'altra possibile fonte informativa sulla tossicodipendenza....306
Gli ospiti in trattamento residenti nelle comunità....308
Gli ospiti non residenti....309
La mortalità per overdose in Italia: andamento temporale e descrizione geografica....311
Analisi della gestione dei fondi "antidroga" 1990/93....313
I dati....314
I Controlli....315
Conclusioni....317
Analisi statistico-economica dei finanziamenti previsti dal T.U. 309/90 nel periodo 1990-93....318
1. Introduzione....318
2. Modello economico....319
3. Analisi dei flussi finanziari previsti dal T.U.309/90....320
4. Natura e qualità dei dati utilizzati....324
5. Metodologia statistica di riferimento....325
6. Analisi statistica....326
7. Conclusioni....330

1993 - APPELLO PER IL SI AL REFERENDUM

PER CANCELLARE LE SANZIONI PENALI PER I CONSUMATORI DI DROGHE PROIBITE. 335

PRESENTAZIONE

DI CARLA ROSSI

È passato un quarto di secolo da quando, nella tornata referendaria del 18 aprile del 1993, con il 76,98% di votanti, 19.255.915 elettori pari al 55,36% dei voti validi, abolirono le sanzioni penali per i consumatori di droghe proibite previste dalla legge Jervolino-Vassalli.
Il referendum era stato promosso dal Partito Radicale e dal CoRA, il coordinamento radicale antiproibizionista, una associazione del Partito Radicale fondata nel 1988 e che ha operato per un decennio. Nell'ambito delle proprie attività il CoRA ha tra l'altro promosso l'OLD, l'Osservatorio delle Leggi sulla Droga, che ha operato negli anni precedenti e successivi a cavallo del referendum così da registrare gli effetti prima della politica repressiva e punizionista, e a seguito del referendum di un primo esperimento di politica di riduzione del danno.
Giova qui ricordare che dall'esperienza dell'Osservatorio, specie sul campo della statistica, si è arrivati a proporre studi e modelli che successivamente sono stati e sono tuttora utilizzati a livello internazionale.
Abbiamo deciso di ripubblicare quei tredici rapporti, non solo perché sono una importante documentazione scientifica ormai introvabile, ma soprattutto perché sono molte le ragioni per le quali quei rapporti e l'Osservatorio sono necessari oggi, ragioni che mi limito a riportare brevemente:

- Conoscere per deliberare. Chi è chiamato a fornire informazioni e permettere la valutazione degli interventi, delle politiche e delle leggi, cosiddette "anti-droga", sembra non conoscere affatto le questioni di cui "parla"[1]. Esempi di questo, anche se solo limitati al tempo disponibile e al tema dell'intervento, si trovano nei materiali forniti in occasione del Festival dell'economia di Trento 2017[2].
- Per quasi 30 anni si è proceduto su basi esclusivamente ideologiche che hanno comportato grandi costi, nessun rispetto dei diritti umani e altre conseguenze *unintended* di cui già si parlava nei rapporti OLD.
- Viene da pensare che i "decisori" politici italiani siano sostanzialmente, forse per motivi ideologici, analfabeti funzionali, sia letterali che numerici. Non conoscono i fenomeni di cui parlano e su cui deliberano e non sono in grado, o non intendono, valutare i costi e le conseguenze di decisioni politiche, né si informano su quello che succede nel mondo[3].

[1] http://www.radioradicale.it/scheda/488120/legalizzazione-delluso-della-cannabis-la-professoressa-carla-rossi-risponde-al
[2] https://2017.festivaleconomia.eu/-/cannabis-proibire-legalizzare-o-liberalizzare-
http://www.radioradicale.it/scheda/510544/festival-delleconomia-di-trento-cannabis-proibire-legalizzare-o-liberalizzare
[3] http://www.ce3s.eu/2017/08/16/analfabetismo-funzionale-unaltra-piaga-italiana-di-paolo-caserta-e-carla-rossi

- Evitano di organizzare la Conferenza su droga e tossicodipendenze, che la legge impone di tenere ogni tre anni e, invece, manca dal 2009. Significa tenere nascosto l'andamento del fenomeno.
- Ripristinano un Osservatorio presso il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio che dimostra, per la sua descrizione e organizzazione, totale carenza di conoscenza del problema da "osservare" e monitorare[4]. Basta leggere il decreto ricostituivo per vedere che manca totalmente la conoscenza dei temi che costituiscono globalmente il fenomeno che si intende "osservare". Inoltre, anziché basare l'Istituzione e i compiti dell'Osservatorio su basi scientifiche, si propone di istituire il Comitato scientifico solo a posteriori su basi burocratiche.
- Non è chiaro neppure come si intende utilizzare l'esperienza scientifica sviluppatasi nei decenni esternamente alle amministrazioni citate nella costituzione dell'Osservatorio, non sono citate collaborazioni con Università e CNR, solo per fare un esempio con organizzazioni di ricerca pubbliche.
- Né sembra si voglia ricostituire la Consulta, prevista dalla legge, per acquisire notizie e dati sia dal pubblico che dal privato a livello scientifico e pragmatico.
- Questa ripubblicazione permette, se si vuole, di "studiare" e "imparare" come utilizzare i dati "osservati" per valutare i fenomeni di interesse, di avere molti esempi **didattici** e anche acquisire dati non più disponibili a livello nazionale.
- Dopo molti anni di collaborazione a livello internazionale (UNODC, EMCDDA, Commissione Europea…) si riparte con OLD e, contemporaneamente alla ripubblicazione dei rapporti storici, si pubblica anche un primo rapporto nuovo che mostra quali conseguenze negative si generano per l'approccio proibizionistico alle leggi "antidroga" che fornisce grandi guadagni alle Organizzazioni criminali che li possono riciclare e reinvestire[5].

[4] http://www.politicheantidroga.gov.it/it/notizie/ricostituzione-dellosservatorio-nazionale-permanente-sulle-tossicodipendenze/
http://www.politicheantidroga.gov.it/media/2331/osservatorio-nazionale-permanente-sulle-tossicodipendenze.pdf
[5] http://www.ce3s.eu/category/contributi-scientifici/

I RAPPORTO – MARZO 1991

Editoriale

DI CARLA ROSSI

Il CoRA, *Coordinamento Radicale Antiproibizionista*, ha istituito una struttura di Osservatorio delle Leggi sulla Droga (OLD) con lo scopo di effettuare un monitoraggio periodico dell'impatto delle leggi "antidroga" sulla dinamica di alcuni fenomeni.
In particolare, interessa osservare l'andamento dei seguenti fenomeni:
- mortalità per "droga";
- sequestri di sostanze stupefacenti;
- denunce per detenzione di droga;
- interventi delle Prefetture;
- ingressi e uscite di persone e di finanziamenti in e da Comunità;
- microcriminalità;
- interventi di repressione della microcriminalità;
- servizi offerti dalle strutture pubbliche (orari di servizio; figure professionali in servizio, ecc.);
- andamento dell'epidemia di AIDS, in particolare per quanto correlato alla tossicodipendenza;
- andamento della presenza di tossicodipendenti e sieropositivi nelle carceri;
- provvedimenti in merito delle autorità carcerarie;
- interventi di prevenzione effettuati dalle diverse strutture pubbliche preposte (Provveditorati, Distretti militari, ecc.);
- adempimenti delle amministrazioni pubbliche (Regioni, ecc.).

L'OLD si avvale, per quanto possibile, di dati acquisiti da organismi ufficiali:
- dati forniti dall'Istituto Centrale di Statistica.
- rapporti sull'andamento dell'epidemia di AIDS in Italia, pubblicati dal Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità;
- rapporti del Centro Antidroga del Ministero dell'Interno.

Per particolari analisi provvede al rilevamento dei dati di interesse in città o regioni campione:
- interventi delle Prefetture;
- mortalità per "overdose";
- microcriminalità;
- adempimenti delle amministrazioni locali;
- interventi di prevenzione (Provveditorati).

Il rilevamento può essere effettuato alla fonte (Prefetti, Provveditori, ecc.) o mediante la stampa locale. A questo proposito vengono prodotte rassegne stampa tematiche su base territoriale con particolare riguardo a micro e macrocriminalità, AIDS, tossicodipendenza.

Sulla base dei dati a disposizione si provvede ad effettuare periodicamente analisi sugli andamenti di particolari fenomeni tra quelli di interesse.
Sono stati finora analizzati i dati sulla mortalità legata alla tossicodipendenza (overdose o altro), sulla criminalità, sull'AIDS.
Sono attualmente allo studio i dati degli interventi delle Prefetture. A questo proposito è possibile anticipare che si rileva come nelle grandi città (Roma, Torino, Genova, ecc.) la situazione sia piuttosto caotica, non essendosi ancora proceduto all'informatizzazione dei servizi, che dispongono, inoltre, di personale troppo scarso per far fronte all'emergenza "colloqui".
Vengono inoltre analizzati i risultati di studi particolari che appaiono sulla letteratura scientifica in merito all'AIDS, soprattutto in relazione alle tossicodipendenze e al problema carcerario. Di tali studi vengono effettuate sintesi e alcuni risultati vengono utilizzati nelle correlazioni con altri dati per approfondimenti.
Si prevede la collaborazione con altre strutture simili, in particolare per quanto riguarda la possibilità di utilizzare diverse banche dati per l'analisi di aspetti particolari o per approfondimenti.

Analisi del fenomeno AIDS e criminalità legati al traffico e al consumo di droghe proibite

Realizzata sulla base dei dati ufficiali pubblicati dall'Istituto Nazionale di Statistica e dal Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità.

Criminalità, analisi su un mese: gennaio 1990

Dai dati ISTAT sulla criminalità, rilevati dalle forze dell'ordine e riferiti al gennaio 1990, risulta che:

- circa il 25,8% di tutti gli omicidi volontari, pari a 34, di cui 31 di autore ignoto sono legati a motivi di Mafia, Camorra o 'Ndrangheta;
- riferiti agli omicidi con causa accertata, la percentuale sale al 50,7%;
- mentre solo il 70% degli omicidi volontari per cause diverse ha autore ignoto la percentuale sale al 91,2% per quelli legati ai motivi sopra menzionati;
- il 29,4% di tali omicidi è commesso nei capoluoghi, contro il 36,7% di tutte le altre cause e il 47,4% delle cause accertate.

Prendendo come indicatori di microcriminalità i furti e le rapine relativi alle classificazioni ISTAT seguenti FURTO SEMPLICE E AGGRAVATO (borseggio; scippo; in uffici pubblici; in negozi; in appartamenti; in auto in sosta; in ferrovia) e RAPINA (rapine in danno di coppie o prostitute; altre rapine, in appartamenti, in negozi ecc.) si possono fare le seguenti considerazioni:

- il totale (relativo al mese in esame) dei furti semplici e aggravati legati a microcriminalità è di 84.822, pari al 65,5% di tutti i furti semplici e aggravati (65% nei capoluoghi), di cui 81385 di autore ignoto pari al 95,9%;
- il totale delle rapine riconducibili a microcriminalità e di 3.070, pari al 90% di tutte le rapine (68,2% nei capoluoghi), di cui 2.627 di autore ignoto pari a 85,6%;
- sul totale generale dei delitti 57,9% è commesso nei capoluoghi e 84,9% è relativo ad autore ignoto, il 43% di tutti i delitti è riconducibile a microcriminalità;
- sono 2.080 le denunce per produzione, commercio ecc. di stupefacenti (59% nei capoluoghi), di cui solo 7,8% di autore ignoto.

Criminalità, analisi su un quadrimestre: gennaio-aprile 1990

Per quanto riguarda lo stesso fenomeno, riferito al periodo gennaio/aprile 1990, si ha che il totale dei delitti è 817.666 (circa il quadruplo di gennaio), di cui 83,6% è di autore ignoto e 58,6% è commesso nei capoluoghi.

Gli omicidi per motivi di mafia, camorra ecc. sono 147, di cui 128 di autore ignoto (87%) e 59 nei capoluoghi (40%).

Il rapporto rispetto a gennaio e 4,32 sul totale, 4,12 su quelli di autore ignoto, 5,9 su quelli commessi nei capoluoghi. Il rapporto rispetto a gennaio del totale degli omicidi è 3,96, degli omicidi per altre cause (tutte) è 3,84.

Il trend temporale è quindi verso un aumento degli omicidi per i motivi sopra menzionati rispetto a quelli per altre cause.

La percentuale di tali omicidi sul totale passa infatti dal 25,8% di gennaio al 28,9% dei tre mesi successivi.
I furti semplici e aggravati riconducibili a microcriminalità sono 334.092 pari al 64,7% di tutti i furti semplici e aggravati (65,6% nei capoluoghi), di cui 319.056 di autore ignoto (95,5%).
Rispetto a gennaio il rapporto è di 3,94 sul totale, 3,92 su quelli di autore ignoto, 3,99 su quelli nei capoluoghi.
Le rapine riconducibili a microcriminalità sono 11.084 pari a 89,2% di tutte le rapine (68,6% nei capoluoghi), di cui 9.437 di autore ignoto (85%).
Il rapporto rispetto al mese di gennaio è: 3,6 sul totale, 3,59 su quelli di autore ignoto, 3,63 per quelli relativi ai capoluoghi.
Sul totale dei delitti 58,6% è commesso nei capoluoghi, 83,6% è di autore ignoto, 42,2% è riconducibile a microcriminalità. I delitti per motivi di mafia, camorra ecc. sono lo 0,2% del totale, contro lo 0,17% di gennaio.
Sono state effettuate 9.399 denunce per produzione, commercio ecc. di stupefacenti (58,8% nei capoluoghi), di cui 662 di autore ignoto (7% circa).
Il rapporto rispetto al mese di gennaio è: 4,52 per il totale, 4,49 per i capoluoghi, 4,06 per quelli di autore ignoto.

Criminalità, analisi su un anno: il 1989

Per l'anno 1989 abbiamo a disposizione i dati sulla criminalità, secondo una classificazione meno fine della precedente, disaggregati per provincia e regione, sulla base delle notizie provenienti dalla Magistratura. In attesa di poter disporre degli analoghi dati anche per il 1990, possiamo comunque effettuare una prima un'analisi territoriale, sia pure non troppo accurata rispetto al tipo di crimine.
Nella tabella 1 sono riportati i dati, disaggregati per regione e riferiti all'intero anno 1989, relativi al totale degli omicidi volontari (OMVOL), furti (FURTO) e delitti denunciati (TOTDEL), con indicazione della percentuale di quelli di autore ignoto (IGNOTO), nonché l'incidenza per 1.000 abitanti degli omicidi volontari (OMVOLINC), dei furti (FURTOINC) e dei delitti totali (DELINC).
Prendendo in considerazione le colonne relative ai dati sull'incidenza si può osservare una notevole variabilità di comportamento (delittuoso) su base regionale. In particolare, si rileva che, per quanto riguarda gli omicidi volontari, la media nazionale (0,0499) costituisce una specie di spartiacque tra le regioni particolarmente dominate dalla malavita organizzata, come Calabria, Sicilia, Puglia, Sardegna e Campania, in cui si consuma circa il 66% di tutti i delitti, e il resto del Paese. Rispetto al furto si ha una situazione opposta in quanto, se si fa eccezione per la Puglia, si trovano al di sopra della media nazionale (24,4%) regioni come il Lazio, il Trentino A. Adige, la Lombardia, il Piemonte e la Valle d'Aosta, cui si riferisce il 58% del totale di furti denunciati, mentre le regioni meridionali sono in genere al di sotto.
Bisogna tenere presente che i furti rilevati sono legati soltanto quelli denunciati e che è presumibile che molti piccoli furti non lo siano, specie nelle regioni in cui la fiducia nello Stato è minore.

AIDS analisi delle correlazioni con i fenomeni criminali

Passiamo ora a considerare la situazione relativa all'epidemia di AIDS su base regionale a partire dai dati pubblicati dal Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità e aggiornati al 30/9/90.

Cercheremo qui solo di analizzare l'incidenza regionale per mille abitanti dei casi di AIDS e dei casi di AIDS tra tossicodipendenti per esplorare eventuali legami statistici con indicatori di criminalità analizzati in precedenza.

Nella tabella 2 sono riportati i dati relativi al totale dei casi di AIDS notificati in Italia dall'inizio dell'epidemia fino al 30/9/90, disaggregati su base regionale, (AIDSTOT), quelli relativi a tossicodipendenti (AIDSTD), la proporzione di questi ultimi rispetto ai primi (PROPAIDS) e l'incidenza su mille abitanti dei primi (AIDSINC) e dei secondi (AIDSTDIN).

Anche in questo caso, se si analizzano le colonne delle incidenze si possono fare alcune considerazioni. Prendendo in esame la media nazionale delle incidenze di AIDS (0,134) si riscontra che solo 5 regioni hanno incidenze maggiori: la Lombardia, la Liguria, il Lazio, l'Emilia-Romagna e la Sardegna, in cui è concentrato il 65% dei casi. Analogamente, per quanto riguarda i casi tra tossicodipendenti, solo le stesse cinque regioni hanno incidenze maggiori della media nazionale. In tali regioni è concentrato il 67% circa dei casi. Osserviamo inoltre che queste regioni hanno proporzioni abbastanza alte di casi legati a tossicodipendenza rispetto al totale, anche se la distribuzione di quest'ultima quantità è molto meno sbilanciata delle altre ad indicare una situazione più uniforme tra le diverse regioni. Infatti, si va da un minimo di 0,5 del Molise ad un massimo di 0,82 della Sardegna con molti valori assai prossimi alla media nazionale. Per facilitare l'analisi comparativa dei due fenomeni criminalità e AIDS in quanto ritenuti legati in buona parte ad una causa comune (la tossicodipendenza) si può far riferimento alla tabella 3 in cui tutte le incidenze regionali sono affiancate.

Passando a considerare le classifiche, in ordine di grandezza, delle regioni rispetto ai due fenomeni si ottiene la tabella 4 in cui è più evidente una somiglianza tra le classifiche relative alla seconda e quarta colonna (il coefficiente di correlazione tra ranghi sale a 0,61). C'è comunque da tenere presente che l'indicatore furto contiene anche delitti non strettamente legati alla microcriminalità tipica della tossicodipendenza in quanto i dati regionali del 1989 non distinguono tra i diversi tipi di furto, come si è visto nei dati nazionali relativi al 1990; si attende la pubblicazione dell'analisi su base regionale e provinciale dai dati del 1990 per effettuare un confronto più attendibile con i dati relativi all'epidemia di AIDS, Inoltre bisogna ricordare che si sta parlando solo dei furti denunciati di cui la Magistratura ha avviato il relativo procedimento, con tutte le distorsioni che questo comporta. Come osservazione conclusiva, emerge una localizzazione verso Sud delle grosse organizzazioni di controllo sul traffico degli stupefacenti (OMVOLINC) con relative guerre per la supremazia e un'esportazione verso Nord delle sostanze, con conseguente maggiore diffusione di tossicodipendenza (FURTOINC, AIDSTDIN) rilevabile attraverso la microcriminalità e la diffusione dell'epidemia di AIDS.

TAB. 1 dati sulla criminalità in Italia nel 1989 disaggregati per Classe di delitti e distribuzione regionale (fonte: Istituto Nazionale di Statistica)

REGIONE	OMVOL	FURTO	TOTDEL	IGNOTO	OMVOLINC	FURTOINC	DELINC
Piemonte	136	127.327	187.634	79,20	0,030	28,39	41,80
Valle d'Aosta	5	2.802	4.988	66,90	0,045	25,0Z	44,50
Lombardia	268	259.084	400.263	71,60	0,030	29,13	45,00
Trentino A.A.	20	13.353	25.883	62,40	0,046	30,70	59,50
Veneto	72	62.659	113.592	64,70	0,017	14,41	26,10
Friuli	18	14.148	29.521	59,10	0,015	11,43	23,80
Liguria	69	41.404	75.263	68,70	0,038	22,89	41,60
Emilia R.	70	95.294	147.591	72,20	0,018	24,08	37,30
Toscana	48	79.097	128.969	71,10	0,013	22,07	36,00
Umbria	10	9.571	21.437	57,10	0,120	11,87	26,60
Marche	11	16.307	43.531	46,70	0,008	11,57	30,90
Lazio	185	250.707	398.733	65,80	0,037	50,14	79,70
Abruzzo	19	7.663	23.155	42,20	0,016	6,30	19,00
Molise	3	3.719	6.829	64,20	0,009	11,17	20,50
Campania	323	119.073	217.772	68,90	0,059	21,86	40,00
Puglia	355	119.474	177.050	74,30	0,092	30,81	45,70
Basilicata	21	5.904	12.085	61,70	0,035	9,74	19,90
Calabria	376	14.816	40.462	53,80	0,183	7,21	19,70
Sicilia	682	106.059	181.006	72,00	0,139	21,64	36,90
Sardegna	107	20.529	38.010	61,00	0,670	12,89	23,90
ITALIA	**2.798**	**1.368.990**	**2.273.774**	**69,00**	**0,050**	**24,40**	**40,50**

OMVOL=numero di omicidi volontari denunciati
FURTO=numero di furti denunciati
TOTDEL=numero totale dei delitti denunciati
IGNOTO=% dei delitti di autore ignoto
OMVOLINC=incidenza di omicidi volontari
FURTOINC=incidenza di furti per mille abitanti
DELINC=incidenza di delitti per mille abitanti

TAB. 2 casi di AIDS notificati in Italia al 30/9/90 disaggregati su base regionale. fonte: Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità)

REGIONE	AIDSTOT	AIDSTD	PROPAIDS	AIDSINC	AIDSTDIN
Piemonte	516	344	0,67	0,115	0,077
Valle d'Aosta	5	4	0,80	0,045	0,036
Lombardia	2.486	1.801	0,72	0,280	0,203
Trentino A.A.	58	38	0,66	0,133	0,087
Veneto	456	307	0,67	0,105	0,071
Friuli	51	23	0,45	0,041	0,019
Liguria	421	340	0,81	0,233	0,188
Emilia R.	724	514	0,71	0,183	0,130
Toscana	465	263	0,57	0,130	0,073
Umbria	41	23	0,56	0,051	0,029
Marche	117	74	0,63	0,083	0,052
Lazio	1.009	590	0,58	0,202	0,118
Abruzzo	48	26	0,54	0,039	0,021
Molise	4	2	0,50	0,012	0,006
Campania	233	150	0,64	0,043	0,028
Puglia	213	159	0,75	0,055	0,041
Basilicata	13	10	0,77	0,021	0,017
Calabria	72	45	0,63	0,035	0,022
Sicilia	334	253	0,76	0,068	0,052
Sardegna	245	203	0,83	0,154	0,127
ITALIA	**7.511**	**5.169**	**0,69**	**0,134**	**0,092**

AIDSTOT = numero totale di casi di AIDS notificati
AIDSTD = numero totale di casi tra tossicodipendenti
PROPAIDS = rapporto tra i casi tra tossicodipendenti e il totale dei decessi
AIDSINC = incidenza dei casi di AIDS per mille abitanti
AIDSTDIN = incidenza dei casi di AIDS tra tossicodipendenti per mille abitanti

TAB. 3 confronto tra le incidenze regionale relative ai casi di AIDS e ai delitti descritti in Tab.1

REGIONE	AIDSINC	AIDSTDIN	OMVOLINC	FURTOINC	PROPAIDS	PROPFURT
Piemonte	0,115	0,077	0,030	28,39	0,67	0,679
Valle d'Aosta	0,045	0,036	0,045	25,0Z	0,80	0,562
Lombardia	0,280	0,203	0,030	29,13	0,72	0,647
Trentino A.a.	0,133	0,087	0,046	30,70	0,66	0,516
Veneto	0,105	0,071	0,017	14,41	0,67	0,552
Friuli	0,041	0,019	0,015	11,43	0,45	0,479
Liguria	0,233	0,188	0,038	22,89	0,81	0,550
Emilia R.	0,183	0,130	0,018	24,08	0,71	0,646
Toscana	0,130	0,073	0,013	22,07	0,57	0,613
Umbria	0,051	0,029	0,120	11,87	0,56	0,446
Marche	0,083	0,052	0,008	11,57	0,63	0,375
Lazio	0,202	0,118	0,037	50,14	0,58	0,629
Abruzzo	0,039	0,021	0,016	6,30	0,54	0,331
Molise	0,012	0,006	0,009	11,17	0,50	0,545
Campania	0,043	0,028	0,059	21,86	0,64	0,547
Puglia	0,055	0,041	0,092	30,81	0,75	0,675
Basilicata	0,021	0,017	0,035	9,74	0,77	0,489
Calabria	0,035	0,022	0,183	7,21	0,63	0,366
Sicilia	0,068	0,052	0,139	21,64	0,76	0,586
Sardegna	0,154	0,127	0,670	12,89	0,83	0,540
ITALIA	**0,134**	**0,092**	**0,050**	**24,40**	**0,69**	**0,602**

AIDSINC = incidenza dei casi di AIDS
AIDSTDIN = incidenza dei casi di AIDS tra tossicodipendenti per mille abitanti
OMVOLINC=incidenza di omicidi volontari FURTOINC = incidenza di furti
FURTOINC=incidenza di furti per mille abitanti
PROPAIDS = rapporto tra i casi tra tossicodipendenti e il totale dei decessi
PROPFURT = rapporto tra i furti e il totale dei delitti

TAB.4 classifiche regionali relative alla criminalità e AIDS

REGIONE	ROMVOLIN	RFURTINC	RAIDINC	RAIDTDIN
Calabria	1	19	18	17
Sicilia	2	11	11	11
Puglia	3	2	12	13
Sardegna	4	13	5	4
Campania	5	10	15	16
Trentino A.A.	6	3	6	6
Valle d'Aosta	7	6	14	14
Liguria	8	8	2	2
Lazio	9	1	3	5
Basilicata	10	18	19	19
Piemonte	11	5	8	7
Lombardia	12	4	1	1
Emilia R.	13	7	4	3
Veneto	14	12	9	9
Abruzzo	15	20	17	12
Friuli	16	16	16	18
Toscana	17	9	7	8
Umbria	18	14	13	15
Molise	19	17	20	20
Marche	20	15	10	10

ROMVOLIN = ordine di classifica rispetto all'incidenza di omicidio volontario
RFURTINC = ordine di classifica rispetto all'incidenza di furti
RAIDINC = ordine di classifica rispetto all'incidenza dei casi di AIDS totali
RAIDTDIN = ordine di classifica rispetto all'incidenza dei casi di AIDS tra tossicodipendenti

I morti per "OVERDOSE"

Analisi sulla base dei dati ufficiali, anche in relazione ad altri fenomeni legati all'attuale normativa sulle tossicodipendenze.

1. La legge Jervolino salva la vita?

Dai dati ufficiali del Ministero dell'Interno, diffusi senza commenti e aggregati su base annuale, si riscontra che i morti per overdose nel 1990 sono stati 1.147, con un aumento del 17,9% rispetto all'anno precedente.

Si è visto scritto sui giornali che l'entrata in vigore della legge 162/90 avrebbe segnato una benefica variazione di tendenza sull'andamento dei decessi per overdose.

Risulterebbe infatti che l'aumento percentuale rispetto al 1989 dei decessi nei periodi 1° gennaio/10 luglio e 11 luglio/31 dicembre è del 22% e 13,6% rispettivamente. Nella tabella 1 sono riportati i dati relativi ai due periodi.

TAB. 1 Morti per "overdose" nei diversi periodi del 1990 e 1989

	1990	1989
1° gennaio/10 luglio	597	489
11 luglio/31 dicembre	550	484
TOTALE	**1.147**	**973**

2. Una plateale manipolazione dei dati

Apparentemente le cifre ufficiali sono giuste.

In realtà ci troviamo di fronte ad una plateale manipolazione dei dati.

Per effettuare un confronto più significativo, avendo a disposizione i dati disaggregati anche rispetto ad altri due periodi corrispondenti degli anni considerati, possiamo far riferimento alla tabella 2.

L'aumento rispetto all'anno precedente riscontrato nei primi nove mesi del 1990 è del 16,4%, nei successivi tre mesi del 21,9%.

TAB. 2 Morti per "overdose" nei diversi periodi del 1990 e 1989.

	1990	1989
gennaio/settembre	830	713
ottobre/dicembre	317	260
TOTALE	**1.147**	**973**

Anche il trend temporale, riferito all'andamento degli ultimi tre mesi di ogni anno rispetto ai primi nove, mostra un aumento nel 1990 rispetto al 1989: si passa infatti dal 9% del 1989 al 14,6% del 1990.

Non si riscontra quindi nessun effetto frenante della nuova normativa su questo fenomeno.

Al contrario vediamo una inversione di tendenza rispetto alla diminuzione di incremento percentuale dei morti per overdose negli ultimi anni quale risulta dal rapporto dell'Ufficio Antidroga del Ministero dell'Interno.

Il peggioramento è netto proprio negli ultimi tre mesi dell'anno, dopo l'entrata in vigore della nuova normativa.

L'apparente disaccordo rispetto alle analisi riportate dalla stampa è legato al fatto che in realtà per un periodo molto breve, corrispondente all'entrata in vigore della nuova legge, si è avuto un andamento dei decessi per overdose frenato rispetto al periodo precedente.

Infatti, nel periodo 10/7/90-30/9/90 si sono avuti 233 decessi (soltanto il 2% in più rispetto allo stesso periodo del 1989).

Nell'ultimo trimestre del 1990 il fenomeno ha ripreso a crescere con una nuova preoccupante inversione di tendenza.

3. La controprova romana

Questa impennata è confermata anche dall'andamento dei decessi a Roma, come risulta da una rilevazione diretta dell'OLD. Sono stati osservati a Roma, dal 26/10/90 al 26/12/90 19 decessi, il 18,8% del totale in città. L'incremento rispetto al periodo precedente (1/1/90-25/10/90) risulta del 15,8% in linea con quanto osservato nel passaggio dai primi nove agli ultimi tre mesi dell'anno sui dati nazionali. Un'altra conferma di tale preoccupante impennata dei decessi nell'ultimo periodo del 1990 si ha considerando che nel solo mese di gennaio 1991 ci sono state a Roma 10 morti per overdose accertate, dato ancora provvisorio.

Anche se un mese di osservazione è certamente un periodo troppo breve per azzardare proiezioni affidabili, il dato di gennaio a Roma, se conservato per tutto il 1991, porterebbe il numero di decessi previsti in città attorno ai 120, con un incremento del 18,8% rispetto al 1990

4. Ma i morti sono molti di più

Per quanto riguarda l'incidenza per milione di abitanti dei decessi per droga accertati, L'Italia ha un valore di 20,1, tra i più alti in Europa.

Se a tale causa di morte tra tossicodipendenti si sommano i decessi provocati dall'AIDS, si può stimare un'incidenza di decessi di tossicodipendenti per milione di abitanti superiore a 50!

Se poi si aggiungono i morti nelle guerre di mafia e criminalità organizzata, si arriva a 60, escludendo le altre cause di morte violenta e altre malattie, infettive e non, legate alla tossicodipendenza.

A questo proposito, prendendo come base i dati riportati nello studio sulla mortalità dei tossicodipendenti nel Lazio effettuato dall'Osservatorio Epidemiologico regionale, si ha che:

- si verifica un suicidio o una morte violenta ogni 2,3 morti di overdose;
- una morte per cirrosi legata alla tossicodipendenza ogni 3,5 morti per overdose;
- una morte per altre cause (altre infezioni, tumori ecc.) ogni morte per overdose.

Estrapolando tali dati alle morti dell'anno 1990 si può stimare in modo approssimativo che:

- ci siano state tra le 350 e le 650 morti violente o suicidi tra tossicodipendenti;
- presumibilmente almeno un migliaio di altre morti per sindromi varie legate alla tossicodipendenza.

A seguito di queste considerazioni potremmo stimare attorno a 65 l'incidenza di decessi per tossicodipendenza o guerre di mafia ecc. per milione di abitanti.

5. Prima il carcere, poi l'overdose

Per un'analisi più dettagliata su altri aspetti del fenomeno, possiamo riferirci ai dati disaggregati pubblicati dal Ministero dell'Interno e relativi al 1989.

Dei 973 deceduti risulta che 322 avevano precedenti penali per vari reati, anche non strettamente connessi alla droga (33,1%); 38 (3,9%) si trovavano in carcere o agli arresti domiciliari. In pratica tutti erano in qualche modo "schedati", magari per detenzione di modica quantità.

Nel rapporto si avverte comunque che i dati sui precedenti penali sono da considerarsi approssimati per difetto, in quanto a volte le schede di notifica risultano incomplete.
È molto ragionevole che tali dati sottostimino la proporzione di tossicodipendenti con precedenti penali se da una ricerca effettuata presso il Laboratorio di Epidemiologia dell'Istituto Superiore di Sanità, risulta che tra i tossicodipendenti seguiti presso i SAT partecipanti alla ricerca citata e sparsi su tutta la Penisola la percentuale di quanti dichiarano di aver avuto esperienze carcerarie sfiora il 50% e che, dai dati ufficiali del Ministero dell'Interno, risulta che la proporzione di tossicodipendenti all'interno della popolazione carceraria è passata negli ultimi sei anni dal 19.43% al 28,9%.
Se si considera che, in base ai dati ISTAT sulla criminalità, la proporzione di reati legati a microcriminalità di autore ignoto è circa del 93%, che rappresenta anche la probabilità che per ogni singolo reato l'autore non sia identificato, se si considera che ogni evento delittuoso commesso si può considerare indipendente da tutti i precedenti in riferimento alla possibilità di identificazione, si può stimare che per un individuo costretto a commettere numerosi di tali delitti, la probabilità di essere identificato sale già ad oltre il 50% quando il numero di delitti commessi supera 10.
In pratica, nella carriera media di un tossicodipendente di strada, che si procura i soldi con vari reati, è pressoché certa l'identificazione prima o poi.
Facendo un discorso molto grossolano si può dire che l'autore viene identificato in media per un reato ogni 93 commessi.
Il danno sociale recato dall'attuale normativa attraverso la microcriminalità indotta dalle leggi proibizioniste quindi è approssimativamente pari a cento volte quello valutabile sulla base delle imputazioni relative ai tossicodipendenti schedati per i reati di cui sono riconosciuti autori.

Andamento delle operazioni antidroga e sequestri di sostanze stupefacenti

Analisi sulla base dei dati ufficiali del Ministero dell'Interno.

Dai dati ufficiali del Ministero dell'Interno risulta che nel 1990 sono state compiute 16.353 operazioni antidroga, con un aumento dell'1% rispetto a quelle compiute nel 1989 (16.179). Per quanto riguarda l'ammontare di sostanze sequestrate, in particolare le cosiddette "droghe pesanti", riportiamo i dati, disaggregati rispetto ai due periodi indicati, nella tabella 1. Nell'ultima colonna si possono leggere i valori attesi nell'ipotesi di un andamento analogo a quello del 1989, tra i sequestri relativi ai primi nove e agli ultimi tre mesi del 1990.

TAB.1 Sequestri di eroina e cocaina (in Kg)

SOSTANZA	1989	1990	
Periodo		osservati	attesi
EROINA			
gennaio/settembre	538	632	706
ottobre/dicembre	146	266	297
TOTALE	**684**	**898**	**1.003**
COCAINA			
gennaio/settembre	498	605	633
ottobre/dicembre	169	193	202
TOTALE	**667**	**798**	**835**

Gli andamenti, ad un esame approfondito, risultano più preoccupanti di quanto generalmente recepito, anche in merito al momento di entrata in vigore della nuova normativa.
Consideriamo infatti gli incrementi tra periodi corrispondenti di anni diversi e tra il primo e secondo periodo dello stesso anno.
Per quanto riguarda l'eroina si riscontra un aumento del 31% tra la quantità sequestrata nel 1989 e quella sequestrata nel 1990, ottenuto da un aumento del 17% nel primo periodo dell'anno, contro 82% del secondo periodo.
Tutto questo a fronte di un aumento irrilevante del numero di operazioni, mostrando quindi una preoccupante tendenza all'aumento delle sostanze per operazione; presumibilmente, quindi, delle sostanze introdotte clandestinamente sul mercato. Per l'eroina si passa infatti da una media di 42 grammi per operazione effettuata per l'anno 1989 a 55 grammi per il 90; per la cocaina da 41 grammi per 11 1989 a 49 grammi per il 90. Tutto questo emerge anche dai valori degli incrementi riscontrati tra il primo e il secondo periodo nel due anni considerati (19% nel 1989, 26% nel 1990), dai valori attesi riportati nella terza colonna della tabella e da un esame dei decessi per droga.
Inoltre, le quantità medie di sostanza per operazione tendono a far escludere l'ipotesi che nel 90 le operazioni siano state più mirate al sequestro di grosse partite rispetto al 1989, come emerge chiaramente anche dal totale di sostanze sequestrate. Per quanto riguarda la cocaina gli andamenti sono molto diversi, si riscontra una tendenza ad una diminuzione degli incrementi percentuali nel passaggio dal primo al secondo periodo del 1990 (2% nel 1989, -4% nel 1990), pur rimanendo elevati gli incrementi dei due periodi rispetto a quelli dell'anno precedente (21% nel primo periodo, 14% nel secondo, 20% dal 1989 al 1990).
Tutto questo emerge anche dai valori riportati nella terza colonna della tabella.
Rimane valida la considerazione in merito all'aumento significativo della quantità di sostanza sequestrata a fronte dell'aumento irrilevante del numero di operazioni antidroga effettuate.

C’è ancora da osservare che, a fronte del numero presunto di tossicodipendenti, tra 200.000 e 350.000, la quantità di sostanza sequestrata (meno di 20 quintali per anno globalmente) non può costituire che una frazione irrilevante della quantità di sostanza effettivamente utilizzata, che si può facilmente stimare in svariate centinaia di quintali.

L'applicazione della legge 162/90

Analisi dei dati ufficiali forniti dal Ministero dell'Interno al 31 dicembre 1990 e confronto con alcuni dati per campione, rilevati dall'OLD direttamente presso le Prefetture.

1. I dati ufficiali

Nella tabella 1 sono riportati i dati diffusi dal Ministero dell'Interno sui primi sei mesi di applicazione della legge 162/90 e pubblicati sui principali quotidiani il 18 gennaio 1991 (in particolare la tabella è desunta dal quotidiano "Il Messaggero" di Roma). Come si vede il numero di segnalazioni è relativamente ridotto: 6.316 riferite a 5.740 persone diverse (circa il 90% delle persone segnalate ha ricevuto una sola segnalazione). C'è da osservare che, rispetto al numero stimato di tossicodipendenti (tra 200.000 e 350.000), la proporzione di persone identificate sulla base della nuova normativa non supera il 3%, la proporzione dei colloqui effettuati non supera il 50% delle segnalazioni (la proporzione dei tossicodipendenti contattati con colloqui dal Prefetto non supera 1,5%).

TAB. 1 L'applicazione della nuova legge dal 1° luglio al 31.12.1990 (fonte Il Messaggero 18.1.1991)

REGIONE	numero segnalazioni	persone segnalate	numero colloqui	numero ammonizioni	soggetti avviati al recupero	sanzioni amministrative
Piemonte	446	440	182	64	106	19
Valle d'Aosta	9	6	2	-	2	-
Lombardia	615	690	252	54	181	63
Trentino A.A.	52	56	3	2	1	-
Veneto	374	363	168	26	128	7
Friuli	97	83	50	27	12	9
Liguria	712	544	311	104	141	22
Emilia R.	555	502	238	53	123	57
Toscana	649	595	350	88	189	161
Umbria	78	66	59	15	24	23
Marche	111	89	55	28	21	7
Lazio	550	493	309	165	127	8
Abruzzo	79	90	46	23	16	8
Molise	19	30	16	4	8	5
Campania	596	369	200	78	105	14
Puglia	467	431	126	21	84	36
Basilicata	64	59	55	20	22	10
Calabria	51	62	26	6	13	11
Sicilia	594	556	334	151	163	21
Sardegna	198	181	25	18	5	4
ITALIA	**6.316***	**5.705#**	**2.807**	**947**	**1.471**	**485**

* il dato può comprendere anche più segnalazioni a carico dello stesso soggetto
o questa cifra vanno aggiunti 35 casi di residenti all'estero

Tra quanti hanno sostenuto il colloquio la proporzione di quelli avviati al recupero, ovverosia ai servizi per la tossicodipendenza, è intorno al 52% (la proporzione di tossicodipendenti avviati al recupero dalla nuova legge non supera lo 0,8% del totale stimato di tossicodipendenti). Procedendo di questo passo si può pensare di avviare al recupero non più del 15% degli attuali tossicodipendenti in 10 anni.

Avviare, si badi bene, non recuperare!

Nel frattempo, naturalmente alcune situazioni cambieranno: ci saranno nuovi tossicodipendenti, molti moriranno di AIDS, di overdose, di suicidio.

La proporzione di sanzioni è circa del 17%.

La regione in cui si è avuto il maggior numero di segnalazioni è la Liguria, quella con il minor numero la Valle d'Aosta.

Nella tabella 2 si riportano le incidenze ricavate sulla base della tabella 1. In particolare PERSINC è ottenuto dal rapporto tra il numero di persone segnalate e la popolazione residente (in migliaia di individui), EFFIC è il rapporto tra il numero di persone segnalate e il numero di colloqui effettuati (in qualche modo misura l'efficienza delle Prefetture delle diverse regioni), AMMONPRO è il rapporto tra il numero di ammonizioni e il numero di persone segnalate, RECPRO è il rapporto tra il numero di persone avviate al recupero e il numero di persone segnalate, SANZPROP è il rapporto tra il numero di sanzioni comminate e il numero di persone segnalate. Come si vede esiste una grande variabilità nell'incidenza di persone segnalate rispetto alla popolazione residente: si va da 0,03 per mille individui della Calabria a 0,30 della Liguria. Purtroppo, non si può considerare tale incidenza come un indicatore di tossicodipendenza nella regione In quanto il numero di segnalazioni dipende, oltre che dal numero di tossicodipendenti, anche dagli atteggiamenti e dall'efficienza delle forze dell'ordine delle varie regioni. Comunque possiamo osservare che la media nazionale (0.10) si situa tra sette regioni con incidenza superiore e tutte le altre con incidenza inferiore. Per quanto riguarda l'efficienza, la variabilità è ancora maggiore: si va dal valore di 0,05 del Trentino Alto Adige a 0,93 della Basilicata. Rispetto alla media nazionale (0,49) c'è da osservare che alcune regioni con il maggior numero stimato di tossicodipendenti come la Lombardia, il Piemonte, il Veneto sembrano essere ancora scarsamente organizzate rispetto all'emergenza "colloqui" e hanno un'indice di efficienza inferiore alla media nazionale. Quanto alle ammonizioni osserviamo che si ha l'incidenza massima nel Lazio con oltre il 33%. Per quanto riguarda l'incidenza di persone avviate al recupero rispetto al numero di persone segnalate, il massimo si osserva in Basilicata (0.37) il minimo nel Trentino Alto Adige (0.02), mentre per le ammonizioni si va da 0 della Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige a 0.35 dell'Umbria.

Per un'analisi più approfondita consideriamo i rapporti tra il numero di ammonizioni e il numero di colloqui effettuati, il numero di soggetti avviati al recupero e il numero di colloqui effettuati e tra il numero di sanzioni comminate e il numero di colloqui effettuati.

TAB-2-valori delle incidenze calcolati sulla base dei dati della tabella 1

REGIONE	PERSINC	EFFIC	AMMONPRO	RECPROP	SANZPROP
Piemonte	0,098	0,414	0,145	0,241	0,043
Valle d'Aosta	0,054	0,333	0,000	0,333	0,000
Lombardia	0,078	0,365	0,078	0,262	0,091
Trentino A.A.	0,129	0,054	0,036	0,018	0,000
Veneto	0,083	0,463	0,072	0,353	0,019
Friuli	0,067	0,602	0,325	0,145	0,108
Liguria	0,301	0,572	0,191	0,259	0,040
Emilia R.	0,474	0,474	0,106	0,245	0,114
Toscana	0,166	0,588	0,148	0,318	0,271
Umbria	0,082	0,894	0,227	0,364	0,348
Marche	0,063	0,618	0,315	0,236	0,079
Lazio	0,099	0,627	0,335	0,258	0,016
Abruzzo	0,074	0,511	0,256	0,178	0,089
Molise	0,061	0,533	0,133	0,267	0,167
Campania	0,068	0,542	0,211	0,285	0,038
Puglia	0,111	0,292	0,049	0,195	0,084
Basilicata	0,097	0,932	0,339	0,373	0,169
Calabria	0,030	0,419	0,097	0,210	0,177
Sicilia	0,113	0,601	0,272	0,293	0,038
Sardegna	0,114	0,138	0,099	0,028	0,022
ITALIA	0,102	0,492	0,166	0,258	0,085

PERSINC = incidenza per mille abitanti delle persone segnalate
EFFIC = rapporto tra numero di colloqui e il numero di persone segnalate
AMMONPRO = rapporto tra il numero di ammonizioni e il numero di persone segnalate
RECPROP = rapporto tra il numero di invii al recupero e il numero di persone segnalate
SANZPROP = rapporto tra il numero di sanzioni e il numero di persone segnalate

I risultati sono riportati in tabella 3 e identificati rispettivamente con X, Y, Z; nell'ultima colonna è riportato il totale dei tre valori di ogni riga. Come si vede facilmente, il comportamento delle Prefetture nelle diverse regioni è alquanto differenziato: in alcune regioni si "preferisce" ammonire (Sardegna, Trentino Alto Adige, Lazio, Marche, Sicilia), in altre punire (Calabria, Toscana, Umbria), in altre ancora si ha la maggior incidenza di avvii al recupero (Piemonte, Lombardia, Veneto, Puglia). Al termine di tutta l'analisi è però opportuno sottolineare un dato sconcertante: dall'analisi dell'ultima colonna della tabella 3 risulta evidente che, a meno di maldestra sciatteria dei dati divulgati, in alcune regioni certi soggetti hanno avuto in corrispondenza ad uno stesso colloquio più di un esito (la somma sulla riga corrispondente è maggiore di 1) come per esempio in Lombardia, in Toscana, in Calabria; in altre regioni alcuni colloqui si sono risolti con un nulla di fatto (la somma sulla riga corrispondente è minore di 1) come in Liguria, nel Lazio, in Campania.

TAB. 3 valori dei rapporti tra esiti e numero dei colloqui effettuati

REGIONE	rapporto tra il numero di ammonizioni e il numero di colloqui effettuati	rapporto tra il numero di invii al recupero e il numero di colloqui effettuati	rapporto tra il numero di sanzioni e il numero di colloqui effettuati	totale
Piemonte	0,35	0,58	0,10	1,04
Valle d'Aosta	0,00	1,00	0,00	1,00
Lombardia	0,21	0,72	0,25	1,18
Trentino A.A.	0,67	0,33	0,00	0,00
Veneto	0,15	0,76	0,04	0,96
Friuli	0,54	0,24	0,18	0,96
Liguria	0,33	0,45	0,07	0,86
Emilia R.	0,22	0,52	0,24	0,98
Toscana	0,25	0,54	0,46	1,25
Umbria	0,25	0,41	0,39	1,05
Marche	0,51	0,38	0,13	1,02
Lazio	0,53	0,41	0,03	0,97
Abruzzo	0,50	0,35	0,17	1,02
Molise	0,25	0,50	0,31	1,06
Campania	0,39	0,53	0,07	0,99
Puglia	0,17	0,67	0,29	1,12
Basilicata	0,36	0,40	0,18	0,95
Calabria	0,23	0,50	0,42	1,15
Sicilia	0,45	0,49	0,06	1,00
Sardegna	0,72	0,20	0,16	1,08
TOTALE	**0,34**	**0,52**	**0,17**	**1,03**

Questo induce il sospetto che, nelle difficoltà organizzative in cui si sono venute a trovare le Prefetture per l'impatto della 162/90, i dati non vengano rilevati e notificati al Ministero con la dovuta accuratezza e tempestività.

2. Le prime verifiche dell'OLD

Possiamo approfondire il problema sulla base dell'indagine per campione presso le Prefetture promossa dall'OLD. Non analizzeremo tutti i dati rilevati, ma soltanto alcuni che servano a evidenziare fatti critici legati ai dati ufficiali.

2.1. Roma - i dati ufficiali sono contraddetti

Come primo esempio consideriamo la Prefettura di Roma, nel periodo dall'entrata in vigore della legge al 24 ottobre 1990: 1.349 segnalazioni, 195 colloqui, 97 ammonizioni, 64 avvii alle strutture, 13 sanzioni.

Confrontando questi dati con quelli della tabella 1 relativi al Lazio riscontriamo una notevole discrepanza per quanto riguarda il numero di segnalazioni (quelle relative a tutto il Lazio fino al 31/12/90 sono solo il 41% di quelle relative alla sola Prefettura di Roma fino al 24 ottobre 1990): i dati in possesso del Ministero sono quanto meno non aggiornati, se non c'è dolo c'è almeno un macroscopico ritardo di notifica.

Osserviamo che in realtà l'efficienza della Prefettura di Roma, calcolata sulla base dei dati rilevati direttamente, risulta pari a 0.14 anziché 0.67, con X=0.5, Y=0.33, Z=0.07, la somma dei tre è 0.9, quindi il 10% dei colloqui risulta essersi concluso con un nulla di fatto. Il numero delle sanzioni comminate dalla Prefettura di Roma al 24 ottobre risulta di 13, contro il valore 8 riportato nei dati ufficiali per tutto il Lazio e fino al 31/12/90: c'è un macroscopico "ritardo" di notifica anche per quanto riguarda le sanzioni!

2.2 Torino - i dati ufficiali sono contraddetti

Una situazione analoga si rileva per quanto riguarda la regione Piemonte dove in base alla rilevazione dell'OLD risulta che:

- ci sono state a Torino 23 sanzioni fino al giorno 11/12/90;
- ci sono state a Novara 5 sanzioni nel solo mese di ottobre;
- ci sono state a Cuneo 4 sanzioni fino al 24/11/90;
- ci sono state a Vercelli 2 sanzioni dal 1/11/90 al 1 0/1 2/90.

Pertanto, si può dire che certamente si sono avute in Piemonte almeno 34 sanzioni fino al giorno 11/12/90, ed è molto probabile che nel periodo corrispondente ai dati ufficiali siano state ben di più. Anche qui si riscontra un evidente ritardo di notifica in quanto per tutto il Piemonte e per tutto il periodo considerato nei dati ufficiali risultano solo 19 sanzioni. Il numero totale di segnalazioni nelle quattro Prefetture considerate, nei periodi sopra indicati, è 554, contro il valore 446 indicato nei dati ufficiali per tutta la regione e per tutto il periodo. Ancora un ritardo di notifica?

2.3 Genova - i dati ufficiali sono contraddetti

Per quanto riguarda la Liguria, in base alla rilevazione OLD, risulta che:

- si sono avute a Genova, fino al 5/11/90, 574 segnalazioni, 287 colloqui, 10 sanzioni;
- si sono avute a La Spezia, fino al 30/12/90, 73 segnalazioni, 4 colloqui, nessuna sanzione;
- si sono avute a Imperia, fino al 19/12/90, 76 segnalazioni, 30 colloqui, 14 sanzioni;
- si sono avute a Savona, fino al 13/11/90, 32 segnalazioni, 19 colloqui, nessuna sanzione.

Si può dire pertanto che fino al 31/12/90, si sono avute il Liguria non meno di 755 segnalazioni, non meno di 340 colloqui, non meno di 24 sanzioni. Resta da capire come mai il Ministero riporti per tutto il periodo un numero di segnalazioni pari a 712, di colloqui pari a 311, di sanzioni pari a 22, tutti valori inferiori a quelli effettivamente rilevati su periodi sensibilmente più brevi.

È preoccupante il fatto che sistematicamente il Ministero produca valori "difettosi", e non è tanto credibile che tutto possa dipendere solo da una disorganizzazione fisiologica iniziale.

La rilevazione OLD è ancora in corso e solo i dati relativi alle tre regioni considerate comprendono un numero significativo di Prefetture e un periodo di

osservazione non troppo breve. I dati ministeriali sono risultati affetti da errore certo dovunque la nostra rilevazione diretta ha permesso l'esame di dati significativi. Si rinvia ad un prossimo rapporto l'analisi completa dei dati delle Prefetture, che sono ancora in corso di rilevazione. In ogni caso risulta evidente il grave ritardo con cui vengono effettuati i colloqui, per la difficoltà organizzativa delle Prefetture, in particolare nei grossi centri.
Si riporta per completezza la tabella 4 dei dati ufficiali diffusi dal Ministero dell'Interno al 31/10/90. Data la scarsa affidabilità degli stessi, risulta del tutto illusoria ogni analisi in merito al trend temporale dei fenomeni e ogni confronto tra le due tabelle ufficiali.

TAB. 4 dati relativi all'applicazione dell'articolo 15 della legge 162/90 dall'11/7/90 al 31/10/90

REGIONE	numero segnalazioni	persone segnalate	numero colloqui	numero ammonizioni	persone avviate ai servizi sanitari provinciali	numero sanzioni amministrative adottate
Piemonte	335	318	123	61	59	3
Valle d'Aosta	4	4	-	-	-	-
Lombardia	322	313	209	89	111	9
Trentino A.A.	19	17	3	2	1	-
Veneto	162	155	55	19	35	1
Friuli	57	55	27	14	8	5
Liguria	488	465	296	150	134	12
Emilia R.	317	314	149	51	82	16
Toscana	367	345	167	58	97	12
Umbria	50	47	33	8	17	8
Marche	59	56	41	22	15	4
Lazio	312	293	182	110	72	-
Abruzzo	38	37	20	11	8	1
Molise	9	10	7	3	3	1
Campania	307	307	116	49	65	4
Puglia	158	159	72	18	47	7
Basilicata	53	102	39	16	15	6
Calabria	17	30	13	5	6	2
Sicilia	382	376	188	106	82	-
Sardegna	78	16	13	11	2	-
TOTALE	**3.534***	**3.419**	**1.753**	**803**	**859**	**91**

* questo dato può comprendere anche più segnalazioni a carico dello stesso soggetto per fatti diversi

Tossicodipendenza, AIDS, esperienze carcerarie

Breve resoconto con bibliografia di alcuni studi effettuati dal Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con numerose Unità Sanitarie Locali in tutta Italia, pubblicati o in corso di pubblicazione su riviste scientifiche.

1. Risk behaviours for HIV-1 infection in italian drug users.

Report from a Multicenter Study, di H. Sasse, S. Salmaso, S. Conti and the First Drug Users Multicenter Study Group, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 1989, 486-496. Nel giugno 1987 è stato condotto uno studio sui tossicodipendenti seguiti da Centri pubblici di assistenza per le tossicodipendenze in Italia. Tra i 1363 soggetti intervistati in 34 centri pubblici di 11 regioni la proporzione di sieropositivi è risultata altamente variabile, con una media generale pari a 37%. La condivisione di aghi e siringhe, già utilizzate da altri tossicodipendenti, sia per preparare che per iniettare droga rappresentano altrettanti fattori di rischio per il virus HIV, mentre non sembrano avere grande influenza le differenti abitudini sessuali. Il rischio di infezione cresce con la frequenza di condivisione di siringhe o aghi sia per preparare che per iniettare droghe. Sono stati rilevati mutamenti nelle abitudini legate all'uso di droghe o nelle abitudini sessuali a seguito della conoscenza del proprio stato di sieropositivo o per consiglio del medico di fiducia.

2. Drug use and HIV-1 infection.

Report from the second Italian multicenter study, di S. Salmaso, S. Conti, H. Sasse and the Second Multicenter Study Group on Drug Users, in corso di stampa su Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 1990. Nell'ottobre 1988 un nuovo studio è stato condotto tra i tossicodipendenti assistiti da centri pubblici. In aggiunta ai fenomeni osservati nello studio precedente in merito alla frequenza di sieropositività e allo studio dei fattori di rischio, si è anche presa in considerazione la storia di droga dei soggetti sulla base degli intervalli temporali tra eventi significativi di tale storia. Allo studio hanno partecipato 48 centri di 16 regioni. Dei 1.348 soggetti intervistati il 38% è risultato sieropositivo. La sieropositività è stata studiata in correlazione alla durata di utilizzo di eroina: il rischio di essere sieropositivo risulta crescere di 1% per ogni mese di utilizzo di eroina. Si riconferma la condivisione di aghi e siringhe quale importante fattore di rischio, assieme ai rapporti sessuali con partners sieropositivi. Risulta che le donne hanno maggiori opportunità di condividere siringhe o aghi o avere rapporti sessuali con partner sieropositivi. La maggior parte dei soggetti risulta aver iniziato le abitudini alla condivisione già durante il primo anno di utilizzo di eroina, e la mediana del tempo intercorso tra l'inizio di uso di droghe e la prima visita ad un centro di assistenza è risultata di 5 anni. La maggior parte dei soggetti sia sieropositivi che sieronegativi dichiara di aver adottato abitudini di maggior prudenza, anche prima di aver effettuato test per la presenza di anticorpi. Tutto questo indica che

gli sforzi per ridurre la diffusione del virus HIV-1 tra i tossicodipendenti in Italia devono concentrarsi sia sulla prevenzione di uso di droghe, sia sull'informazione per ridurre comportamenti a rischio.

3. Tossicodipendenza ed infezione da HIV-1 in relazione a variabili socio-culturali ed esperienze carcerarie.

Rapporto di S. Conti, C. Rossi, S. Salmaso, H. Sasse ed i gruppi partecipanti al I e II studio italiano multicentrico su tossicodipendenza ed infezione da HIV-1, in corso di definitiva stesura. In questo lavoro è stata presa in considerazione la relazione tra esperienza carceraria dei tossicodipendenti ed infezione da HIV-1. È emerso che le abitudini legate alla tossicodipendenza sono conservate anche all'interno del carcere: l'uso di eroina è largamente diffuso, anche in associazione ad altre sostanze. La maggiore sieropositività osservata tra coloro che hanno avuto una o più esperienze carcerarie può essere spiegata appunto con il perdurare della tossicodipendenza, praticata però in condizioni ambientali che aumentano il rischio di infezione. Questa situazione generale relativa alla tossicodipendenza in carcere è confermata anche dai dati ufficiali del Ministero dell'Interno in merito ai decessi per overdose, da cui risulta che una quota non trascurabile è avvenuta all'interno delle carceri. Dal confronto tra i due studi appare che la situazione è peggiorata, sia per quanto riguarda la proporzione di quanti in carcere continuano a far uso di droga (si passa dal 25,6% al 42,2%) che di coloro che usano eroina (erano il 19% nel primo studio e il 65,4% nel secondo); infine è aumentata l'esposizione all'esperienza carceraria, vissuta nel primo studio dal 40% e nel secondo dal 49% dei soggetti interessati.

II RAPPORTO – MAGGIO 1991

Editoriale

DI CARLA ROSSI

Questo secondo rapporto prende in esame esclusivamente dati ufficiali con lo scopo di monitorare gli osservatori ufficiali che dovrebbero rilevare e diffondere dati attendibili sull'applicazione delle normative "antidroga" e sull'andamento del fenomeno "tossicodipendenza". Fonti privilegiate sono:

- il rapporto Jervolino sull'applicazione della legge 162/90;
- i quattro rapporti del Centro Operativo AIDS del 1990;
- i bollettini mensili dell'Istituto Nazionale di Statistica;
- il rapporto dell'Osservatorio permanente sulla Droga del Ministero dell'Interno.

Vengono anche analizzati documenti ufficiali provenienti da Amsterdam, in merito ad esperienze e posizioni su fenomeni e politiche legati alla tossicodipendenza, nonché i risultati di un'indagine tra omosessuali in merito a informazione e mutamenti di abitudine per la riduzione del rischio di contagio dal virus HIV, condotta presso l'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con l'ARCI-GAY.
C'è da rammaricarsi, purtroppo, della inadeguatezza delle strutture ufficiali del Ministero dell'Interno, che dovrebbero fornire dati in merito all'andamento del fenomeno "droga" e all'applicazione delle leggi relative.
Infatti, la qualità dei dati forniti è piuttosto dubbia (si veda in proposito il rapporto OLD n.1/1991 e l'intervento su ASPE n.4 del 28/2/1991 pagg.12-14) e, soprattutto, il ritardo nel fornirli li rende ben poco utili ai fini di un monitoraggio tempestivo.
Nonostante tutto, però, è stato possibile studiare andamenti e correlazioni di vari fenomeni, più o meno direttamente legati alla tossicodipendenza, e trarre indicazioni utili in merito all'impatto dell'attuale legislazione sugli stupefacenti.

L'impatto della 162/90 sull'andamento delle morti per overdose

1. L'impatto catastrofico della legge Jervolino

Nell'ambito del rapporto OLD n.1/1991 avevamo espresso seri dubbi in merito alle possibilità che la legge Jervolino potesse salvare la vita dei tossicodipendenti (v. I morti per "overdose"), nonostante la stampa, sulla base dei dati ufficiali sui decessi, disaggregati in "prima" e "dopo" la legge, appena diffusi dal Ministero per gli Affari Sociali, cercasse di dimostrare, nello scorso gennaio, proprio il contrario. Da parte nostra osservavamo come, quegli stessi dati annuali, solo disaggregati su altri periodi, dimostrassero, al contrario, una preoccupante impennata proprio negli ultimi tre mesi dell'anno, dopo l'entrata in vigore della legge. L'ipotesi di un andamento tutt'altro che rassicurante era poi confermata dalle nostre rilevazioni sulla città di Roma negli ultimi due mesi del '90. Pur non avendo elementi per supporre che ci fosse manipolazione voluta nella diffusione dei dati ufficiali, restava il dubbio di una disaggregazione opportunamente cercata, magari per mitigare l'effetto catastrofico del rapporto Jervolino in merito all'applicazione e ai primi risultati di una legge disastrosa.

Adesso sappiamo con certezza, sia sulla base dei nuovi dati ufficiali, che a partire dalla nostra rilevazione romana, che non eravamo in errore e le nostre preoccupazioni, più che fondate, sono appena state confermate.

2. I decessi per "overdose" dal 1° gennaio al 20 marzo 1991

È stata appena diffusa la cifra ufficiale dei decessi per overdose nel primo periodo del 1991, che potrebbe ancora incrementarsi di qualche unità per eventuali ritardi di notifica (la cifra può considerarsi assestata più o meno dopo un mese). Nella tabella 1 riportiamo tale numero, assieme al corrispondente valore dello stesso periodo del 1990, il totale previsto dei decessi del 1991 (stima effettuata nell'ipotesi che non ci siano cambiamenti rispetto all'andamento medio dei decessi in questo primo periodo dell'anno) e quello noto del 1990. L'aumento riscontrato nel primo periodo dell'anno, rispetto al corrispondente periodo dell'anno precedente, risulta superiore al 35%, un vero record! Questi dati confermano la tendenza a crescere dell'incremento percentuale su analoghi periodi di anni consecutivi. In base alla nostra disaggregazione dei dati su base trimestrale risultava infatti per il 1990: un aumento del 16% nei primi nove mesi e del 22% negli ultimi tre (rispetto al 1989), cui ha fatto seguito l'incremento record dei primi mesi del '91.

Tab. 1 Decessi per overdose in periodi corrispondenti del 1991 e 1990

PERIODO	1991	1990
1° gennaio-20 marzo	233	172
1° gennaio-31 dicembre	1.554	1.147

Se la tendenza all'aumento fosse mantenuta per tutto l'anno il numero previsto di 1.554 decessi totali nel 1991 sarebbe largamente superato.

3. La rilevazione a Roma

La rilevazione condotta a Roma nei primi 60 giorni del 1991 parla di 19 decessi che fanno prevedere un totale in città di 116 morti per il 1991, con un incremento del 15% rispetto all'anno precedente. Si riscontra quindi in città, al momento

attuale, una situazione leggermente più favorevole rispetto al resto del paese. La rilevazione romana è tuttora in corso e ci si ripromette un'analisi più dettagliata dei dati in un prossimo futuro.

4. I decessi in carcere

I dati in merito alla presenza dei tossicodipendenti negli Istituti Carcerari e ai decessi per "overdose" di ospiti delle carceri italiane li desumiamo dal citato rapporto Jervolino. Nella tabella 2 sono riportati il numero di detenuti e quello di detenuti tossicodipendenti nei vari anni dal 1986 al 1990. Come si vede l'incremento nella presenza di tossicodipendenti tra i detenuti è stato in costante aumento negli ultimi 5 anni. In particolare, nel 1990 si può stimare una presenza media di tossicodipendenti pari a 8.525 su 31.505 detenuti (27% circa).

Tab.2 Detenuti e detenuti tossicodipendenti dal 1986 al 1990

anni	detenuti	di cui tossicodipendenti	
		numero	%
1986	31.403	6.102	19.43
1987	30.555	5.221	17.09
1988	31.077	7.500	24.13
1989	30.635	7.722	25.21
1990	32.375	9.327	28.81

Risulta che nei primi 6 mesi del 1990 si sono verificati 26 decessi per overdose di detenuti tossicodipendenti. L'incidenza di morti per overdose in carcere si può quindi stimare attorno al 6 per mille per anno. Se invece si calcola l'incidenza di morte per anno sul totale dei tossicodipendenti (stimati attorno a 250-350,000) si ottengono valori tra 3.3 per mille e 4.6 per mille per anno.

La differenza è notevole e, dal punto di vista statistico, risulta altamente significativa. Questo implica che difficilmente tale differenza sia attribuibile a fluttuazioni casuali nel numero dei decessi ma sia piuttosto plausibile che la situazione di carcerazione faciliti in qualche modo il verificarsi di tali eventi.

I dati sui decessi nel primo periodo dell'anno 1991 portano però l'incidenza generale verso valori di incidenza in carcere. Anche questo potrebbe essere l'effetto della legge Jervolino, che rende la situazione attuale, anche fuori del carcere, più simile a quella riscontrata dentro nel corso del 1990.

Sono ipotesi plausibili: una maggiore circolazione di sostanze di cattiva qualità (come in carcere), una situazione di maggiore clandestinità (come in carcere), che comporta anche situazioni igieniche peggiori (come in carcere).

C'è infine da osservare che nel primo semestre del 1990 (dati dell'Osservatorio Permanente del Ministero dell'Interno) 424 deceduti su 565 (75%) erano stati, in qualche modo, segnalati per vari reati (il 25% per reati non connessi a spaccio o uso di stupefacenti, cioè per criminalità comune).

5. Altri dati diffusi dalla stessa fonte

Contemporaneamente (nei primi cinque giorni di aprile) è stata comunicata la cifra relativa a "tutto" il primo trimestre 1991 che sarebbe di 303 decessi, "solo" il 27% in più rispetto al numero rilevato nello stesso periodo del 1990 (239).

Purtroppo, però il dato non può essere considerato affidabile al pari di quello considerato in precedenza, infatti è presumibile che il numero di decessi sia ancora sottostimato per ritardi di notifica relativi agli ultimi giorni del trimestre, anche in concomitanza con le vacanze pasquali.

Sembra infatti alquanto strano, e da prendere con il beneficio di inventario, il fatto che negli ultimi 11 giorni di marzo non ci sia stato nessun incremento rispetto agli stessi giorni dell'anno precedente.
Nel 1990 si erano infatti avuti, negli ultimi 11 giorni di marzo, 67 decessi. Nell'anno in corso il numero risulta pari a 70. Praticamente trascurabile l'incremento. Esaminando i dati in maggiore dettaglio è possibile rilevare altri aspetti "curiosi e sconcertanti":

- nei primi 79 giorni del 1990 si sono avuti in media 24 decessi ogni 11 giorni secondo i dati del Ministero dell'Interno, negli ultimi 11 giorni di marzo 1990 il numero di decessi è pari a 67 (+ 179%);
- nei primi 79 giorni del 1991 si sono avuti in media 32 decessi ogni 11 giorni secondo i dati del Ministero dell'Interno, negli ultimi 11 giorni di marzo il numero è di 70 (+ 118%).

Come si vede facilmente è difficile accettare per buoni sia le cifre dell'Osservatorio Permanente del Ministero dell'Interno per il primo periodo che per il secondo. Pertanto, in attesa di un assestamento dei dati trimestrali, dobbiamo considerare valida l'analisi effettuata nelle precedenti sezioni. È auspicabile una maggiore chiarezza e una maggiore trasparenza nella diffusione di dati così delicati.

6. Osservazioni conclusive

C'è ancora da osservare che al numero dei decessi per overdose andrebbero sommati i decessi in altro modo legati all'uso di sostanze stupefacenti nell'attuale legislazione proibizionista:

- decessi per AIDS (circa 500 quelli stimati di tossicodipendenti nel 1990, circa 750 nel 1989),
- suicidi,
- morti violente,
- morti per altre infezioni correlate alla tossicodipendenza "clandestina" come l'epatite ecc.

Viene da chiedersi di quante vittime ci sia bisogno per affrontare pragmaticamente e non moralisticamente il cosiddetto "problema droga".

Otto mesi di criminalità, quale quota è legata a macrocriminalità, quanto dipende dal traffico e consumo di stupefacenti

Analisi sulla base dei dati forniti dall'Istituto Nazionale di Statistica.

1. Le regioni si "specializzano"

Dopo la prima analisi relativa al fenomeno criminalità, anche legato al consumo e traffico di droghe proibite, pubblicato sul rapporto OLD n.1/1991, abbiamo adesso a disposizione i dati ISTAT, relativi al primo e secondo quadrimestre 1990, disaggregati per regione e tipologia di delitto. Siamo in particolare interessati all'andamento dell'indicatore di macrocriminalità "omicidi volontari per motivi di mafia, camorra o 'ndrangheta", quello di microcriminalità "borseggi o scippi" e l'indicatore specifico legato al traffico di stupefacenti "produzione, commercio ecc. di stupefacenti". Nella tabella 1 si riportano i totali regionali dei delitti suindicati.

TABELLA 1	MICROC1	MICROC	MAFIA1	MAFIA	STUP1	STUP
Piemonte	4.772	9.617	3	4	1.081	2.153
Valle d'Aosta	31	89	0	0	28	82
Lombardia	15.717	30.803	8	12	2.075	4.156
Trentino A.a.	226	423	0	0	181	356
Veneto	3.601	7.693	2	2	509	1.235
Friuli V.g.	751	1.530	0	0	105	230
Liguria	4.148	8.907	1	2	545	1.236
Emilia R.	4.622	11.132	2	2	631	1.480
Toscana	6.734	13.112	3	4	561	1.182
Umbria	179	400	0	0	56	136
Marche	178	692	0	0	335	596
Lazio	15.613	31.515	6	6	1.200	2.336
Abruzzo	370	754	0	0	167	392
Molise	16	36	1	2	24	51
Campania	4.269	9.165	51	122	659	1.349
Puglia	4.416	8.944	4	5	576	1.055
Basilicata	31	62	0	1	23	62
Calabria	203	481	36	87	95	321
Sicilia	5.435	11.239	30	71	381	970
Sardegna	752	1.722	0	0	167	573
ITALIA	72.064	148.316	147	320	9.399	19.951

MICROC1=totale degli scippi e borseggi nel I quadrimestre 1990
MICROC=totale degli scippi e borseggi nel I e II quadrimestre 1990
MAFIA1=totale dei delitti di mafia ecc. nel I quadrimestre 1990
MAFIA=totale dei delitti di mafia ecc. nel I e II quadrimestre 1990
STUP1=totale delle denunce per produzione ecc. di stupefacenti nel I quadrimestre 1990
STUP=totale delle denunce per produzione ecc. di stupefacenti nel I e II quadrimestre 1990

Nella tabella 2 si riportano i valori delle incidenze per milione di abitanti degli stessi delitti, con legenda ovvia. Nel passaggio dal I al II quadrimestre si riscontra un aumento del 17,7% dei delitti di mafia in tutta Italia, ma se consideriamo gli andamenti regionali riscontriamo una diminuzione in tutte le regioni, ad eccezione di Campania (+39%), Calabria (+41,7%), Sicilia (+36,7%), che si specializzano in questo genere di delitti (dati recenti sul periodo settembre-ottobre 1990 confermano la tendenza). C'è anche da osservare che in base ai dati recentemente diffusi sulla criminalità minorile risulta che il 47% delle denunce in cui sono coinvolti dei minori è concentrato in Campania, Puglia, Calabria, Sicilia, queste sono le regioni che raccolgono una percentuale pari a 89% dei delitti di Mafia. Per quanto riguarda la microcriminalità si osserva un aumento medio del 5,8%, mentre aumenti ben superiori alla media si riscontrano in parecchie regioni, per lo più centro-settentrionali, come: Valle d'Aosta (+87%), Veneto (+13,6%), Liguria (+14,7%), Emilia Romagna (+40,8%), Marche (+188,8%), Umbria (+23%), Sardegna (+29%), Campania (+14,7%), Calabria (+36,9%).

Un andamento quasi parallelo è rilevabile per quanto riguarda il commercio ecc. di stupefacenti. Infatti, a fronte di un aumento medio del 12%, si riscontrano aumenti superiori in: Valle d'Aosta (+93%), Veneto (+43%), Friuli (+19%), Liguria (+27%), Emilia Romagna (+35%), Umbria (+43%), Abruzzo (+35%), Sardegna (+143%), Calabria (+138%), Sicilia (+54%).

Se si considera che, come già rilevato nel rapporto OLD n. 1/1991, non sembra siano aumentate le operazioni di polizia antidroga, è ragionevolmente ipotizzabile che l'aumento di denunce sia attribuibile ad un aumento degli "addetti" al settore, probabilmente ad una crescita della quantità di sostanze in circolazione, e, quindi, ad un aumento forse anche dei clienti e ad una parcellizzazione del commercio.

TABELLA 2	MICR1CIN	MICROCIN	MAFIA1IN	MAFIAINC	STUP1INC	STUPINC
Piemonte	1.064,00	2.144,30	0,67	0,89	241,03	480,04
Valle D'Aosta	276,80	794,60	0,00	0,00	250,00	732,14
Lombardia	1.767,30	3.463,70	0,90	1,35	233,33	467,33
Trentino A.A.	519,50	972,40	0,00	0,00	416,09	818,39
Veneto	828,20	1.769,30	0,46	0,46	117,07	284,04
Friuli V.g.	606,60	1.235,90	0,00	0,00	84,81	185,78
Liguria	2.293,00	4.923,70	0,55	1,11	301,27	683,25
Emilia R.	1.168,10	2.813,20	0,51	0,51	159,46	374,02
Toscana	1.878,90	3.658,50	0,84	1,12	156,53	329,80
Umbria	222,10	496,30	0,00	0,00	69,48	168,73
Marche	126,20	490,80	0,00	0,00	237,59	422,70
Lazio	3.122,60	6.303,00	1,20	1,20	240,00	467,20
Abruzzo	304,30	620,10	0,00	0,00	137,34	322,37
Molise	48,00	108,10	3,00	6,01	72,07	153,15
Campania	783,60	1.682,30	9,36	22,39	120,96	247,61
Puglia	1.138,70	2.306,30	1,03	1,29	148,53	272,05
Basilicata	51,20	102,30	0,00	1,65	37,95	102,31
Calabria	98,80	234,10	17,52	42,34	46,23	156,20
Sicilia	1.108,70	2.292,70	6,12	14,48	77,72	197,88
Sardegna	472,10	1.081,00	0,00	0,00	104,83	359,70
ITALIA	**1.284,40**	**2.643,40**	**2,62**	**5,70**	**167,52**	**355,58**

MICR1CIN=incidenza per milione di abitanti del totale degli scippi e borseggi nel I quadrimestre 1990
MICROCIN=incidenza per milione di abitanti del totale degli scippi e borseggi nel I e II quadrimestre 1990
MAFIA1IN=incidenza per milione di abitanti del totale dei delitti di mafia ecc. nel I quadrimestre 1990
MAFIAINC=incidenza per milione di abitanti del totale dei delitti di mafia ecc. nel I e II quadrimestre 1990
STUP1INC=incidenza per milione di abitanti del totale delle denunce per produzione ecc. di stupefacenti nel I quadrimestre 1990
STUPINC=incidenza per milione di abitanti del totale delle denunce per produzione ecc. di stupefacenti nel I e II quadrimestre 1990.

Il dato relativo ad un aumento generalizzato del traffico minuto, proprio in corrispondenza all'entrata in vigore della nuova legge, sembra confermato da altri dati, compreso l'aumento della microcriminalità quasi nelle stesse regioni in cui è aumentato il commercio.

Osserviamo ancora che il totale generale di tutti i possibili reati riscontra nello stesso periodo un aumento limitato al 3%, ben inferiore agli aumenti appena analizzati relativi agli indicatori di cui ci stiamo occupando.

Anche rispetto al tipo di reati ci si sta specializzando!

Per un'analisi più approfondita della microcriminalità legata alla tossicodipendenza occorre prendere in considerazione anche altri indicatori direttamente legati al fenomeno, come i decessi per "overdose", i casi di AIDS tra tossicodipendenti o le persone segnalate al Prefetto in base alla 162/90.

Osserviamo ancora che i recenti dati sul periodo settembre-ottobre 1990 confermano gli andamenti.

2. Analisi della microcriminalità legata alla tossicodipendenza

Nella tabella 3 sono riportati i totali regionali:

- dei casi di AIDS tra tossicodipendenti al 30/9/90, vedi rapporto OLD I/1991 (AIDSTD);
- delle persone segnalate in base alla 162/90 al 31/12/90, vedi rapporto OLD I/1991 (PERSEG);
- dei decessi per "overdose" relativi al I semestre 1990, dal rapporto Jervolino (DEC);
- degli scippi e borseggi relativi ai primi 8 mesi del 1990, vedi tabella 1 (MICROC);
- delle denunce per commercio ecc. di stupefacenti relative ai primi 8 mesi del 1990, vedi tabella 1 (STUP).

Nella tabella 4 si possono leggere le corrispondenti incidenze per milione di abitanti. Considerando le correlazioni esistenti tra i diversi indicatori si ha che:

- il coefficiente di correlazione tra casi di AIDS tra tossicodipendenti e numero di persone segnalate in base alla 162/90 è pari a 0.57;
- il coefficiente di correlazione tra casi di AIDS tra tossicodipendenti e decessi per overdose è pari a 0.66;
- il coefficiente di correlazione tra casi di AIDS tra tossicodipendenti e numero di scippi e borseggi è pari a 0.71;

TABELLA 3	AIDSTD	PERSEG	DEC	MICROC	STUP
Piemonte	344	440	67	9.617	2.153
Valle d'A.	4	6	1	89	82
Lombardia	1.801	690	116	30.803	4.156
Trentino A.A.	38	56	11	423	356
Veneto	307	363	42	7.693	1.235
Friuli V.g.	23	83	8	1.530	230
Liguria	340	544	33	8.907	1.236
Emilia R.	514	502	51	11.132	1.480
Toscana	263	595	33	13.112	1.182
Umbria	23	66	3	400	136
Marche	74	89	17	692	596
Lazio	590	493	58	31.515	2.336
Abruzzo	26	90	4	754	392
Molise	2	30	0	36	51
Campania	150	369	36	9.165	1.349
Puglia	159	431	26	8.944	1.055
Basilicata	10	59	2	62	62
Calabria	45	62	8	481	321
Sicilia	253	556	22	11.239	970
Sardegna	203	181	14	1.722	573
ITALIA	**5.169**	**5.705**	**552**	**148.316**	**19.951**

AIDSTD=totale dei casi di AIDS tra tossicodipendenti al 30/9/90
PERSEG=totale delle persone segnalate in base alla 162/90 al 31/12/90
DEC=totale dei decessi per "overdose" relativi al I semestre 1990, dal rapporto Jervolino
MICROC=totale degli scippi e borseggi relativi ai primi 8 mesi del 1990, vedi tabella 1 (microc)
STUP=totale delle denunce per commercio ecc. di stupefacenti relative ai primi 8 mesi del 1990, vedi tabella 1 (stup)

TABELLA 4	AIDSTDIN	PERSINC	DECINC	MICROCIN	STUPINC
Piemonte	76,70	98,10	14,94	2.144,26	480,04
Valle d'A.	35,71	53,57	8,93	794,64	732,14
Lombardia	202,52	77,59	13,04	3.463,74	467,33
Trentino A.A.	87,36	128,74	25,29	972,41	818,39
Veneto	70,61	83,49	9,66	1.769,32	284,04
Friuli V.g.	18,58	67,04	6,46	1.235,86	185,78
Liguria	187,95	300,72	18,24	4.923,71	683,25
Emilia R.	129,90	126,86	12,89	2.813,24	374,02
Toscana	73,38	166,02	9,21	3.658,48	329,80
Umbria	28,54	81,89	3,72	496,28	168,73
Marche	52,48	63,12	12,06	490,78	422,70
Lazio	118,00	98,60	11,60	6.303,00	467,20
Abruzzo	21,38	74,01	3,29	620,07	322,37
Molise	6,01	90,09	0,00	108,11	153,15
Campania	27,53	67,73	6,61	1.682,27	247,61
Puglia	41,00	111,14	6,70	2.306,34	272,05
Basilicata	16,50	97,36	3,30	102,31	102,31
Calabria	21,90	30,17	3,89	234,06	156,20
Sicilia	51,61	113,42	4,49	2.292,74	197,88
Sardegna	127,43	113,62	8,79	1.080,98	359,70
ITALIA	**92,13**	**101,68**	**9,84**	**2.643,40**	**355,58**

AIDSTDIN=incidenza per milione di abitanti del totale dei casi di AIDS tra tossicodipendenti al 30/9/90
PERSINC=incidenza per milione di abitanti del totale delle persone segnalate in base alla 162/90 al 31/12/90
DECINC=incidenza per milione di abitanti del totale dei decessi per "overdose" relativi al I semestre 1990
MICROCIN=incidenza per milione di abitanti del totale degli scippi e borseggi relativi ai primi 8 mesi del 1990
STUPINC=incidenza per milione di abitanti del totale delle denunce per commercio ecc. di stupefacenti relative ai primi 8 mesi del 1990,

- il coefficiente di correlazione tra casi di AIDS tra tossicodipendenti e denunce per produzione ecc. di stupefacenti è pari a 0.54.

Come si vede l'incidenza di casi di AIDS tra tossicodipendenti è maggiormente correlata con l'indicatore di microcriminalità e i decessi per overdose, che non con il numero di persone segnalate o gli spacciatori denunciati. C'è un legame più stretto tra microcriminalità, decessi per overdose, AIDS tra tossicodipendenti, che non tra questi indicatori certi di presenza di tossicodipendenza in una certa regione e quanto emerge in merito dall'applicazione della nuova legge o dalle operazioni di polizia antidroga. Un'altra conferma sia della inadeguatezza della legge, sia della sua inapplicabilità, sia dell'irrilevanza dei risultati delle operazioni antidroga, come già rilevato nel rapporto OLD n. 1/1991.

Guardando più in dettaglio rileviamo che:

- il coefficiente di correlazione tra persone segnalate in base alla 162/90 e decessi per overdose è pari a 0.47;
- il coefficiente di correlazione tra persone segnalate e microcriminalità è pari a 0.57;
- il coefficiente di correlazione tra persone segnalate e traffico di stupefacenti è pari a 0.39.

Sono tutti valori abbastanza bassi ad indicare che il fenomeno "segnalazioni alle prefetture" si comporta in un modo "abbastanza" indipendente dagli altri legati alla tossicodipendenza. Ancora più in dettaglio si ha che:

- il coefficiente di correlazione tra decessi per overdose e microcriminalità è solo 0.43;
- il coefficiente di correlazione tra decessi per overdose e traffico di stupefacenti è pari a 0.85.

Quest'ultimo valore è il più alto finora calcolato e indica che, come ipotizzato nel rapporto citato, il numero maggiore di sostanza sequestrata e di denunce di piccoli e grandi trafficanti è associato ad un numero maggiore di decessi, quindi a maggior quantità globale di sostanza in circolazione e, probabilmente, anche ad una peggiorata qualità, forse legata anche ad una maggiore parcellizzazione del mercato. Non sembra invece ipotizzabile una scelta più mirata degli obiettivi da parte delle forze dell'ordine. Naturalmente per arrivare a conclusioni più certe in merito aspettiamo altri futuri riscontri sulla base di dati ufficiali e rilevati ad hoc. Resta da osservare ancora una volta l'impatto certamente non benefico della 162/90 e l'inapplicabilità della stessa dato che non sembra rilevante per l'identificazione e l'avvio al cosiddetto "recupero" dei tossicodipendenti.

I dati ufficiali sulla diffusione dell'AIDS in Italia nel 1990

dai rapporti trimestrali del Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità

1. Incidenza e letalità

Al 31 dicembre sono pervenute al COA 8.227 notifiche di casi di AIDS, 651 in più rispetto al 30 settembre, circa 50 per ogni settimana. Tenendo conto del ritardo di notifica, il numero stimato di casi effettivi, anche se non ancora notificati, sale a circa 8.800, pari ad un'incidenza settimanale di circa 94. Nel confronto internazionale l'Italia si pone al secondo posto in Europa dopo la Francia per numero di casi notificati, mentre, se il numero viene rapportato alla popolazione presente, l'Italia scende al quinto posto. Insieme alla Francia, alla Spagna, alla Svizzera e alla Danimarca il nostro Paese mantiene una curva epidemica ad elevata crescita.

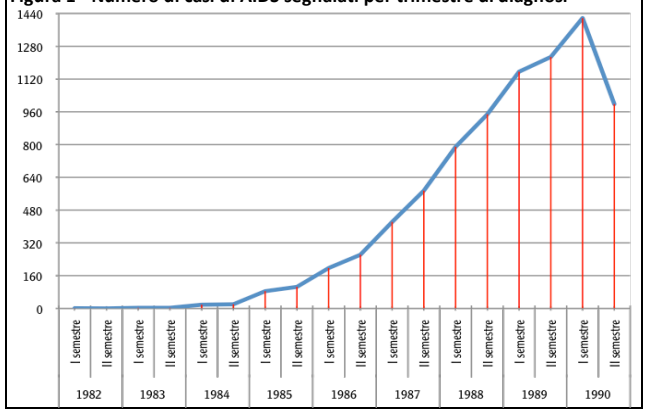
La tabella 1 riporta il numero di casi per semestre di diagnosi e il numero di decessi relativi agli stessi semestri. Nell'ultima colonna è riportato l'indice di letalità ottenuto facendo il rapporto tra il numero di casi e il numero di decessi, generalmente relativi a persone diverse, rilevati nello stesso semestre. La diminuzione dell'indice di letalità, che si osserva, è dovuta, da una parte all'aumento dell'attesa di vita residua dei malati di AIDS, che è quasi raddoppiata passando da poco più di 12 mesi a circa 24 per l'impiego di terapie, ma, soprattutto, per il verificarsi di diagnosi più precoci, d'altra parte alle caratteristiche di elevata crescita della curva epidemica che fa sì che il bilancio fra nuovi casi che entrano e vecchi casi che escono sia ancora in forte crescita.

Tab. 1 Casi e decessi per semestre di diagnosi

Semestre	casi	decessi	letalità
I 1982	1	0	0,00%
II 1982	0	0	0,00%
I 1983	3	3	100,00%
II 1983	3	2	66,67%
I 1984	18	17	94,44%
II 1984	20	19	95,00%
I 1985	84	78	92,86%
II 1985	105	92	87,62%
I 1986	197	174	88,32%
II 1986	262	223	85,11%
I 1987	422	349	82,70%
II 1987	575	437	76,00%
I 1988	789	519	65,78%
II 1988	948	572	60,34%
I 1989	1.156	599	51,82%
II 1989	1.228	469	38,19%
I 1990	1.418	367	25,88%
II 1990	998	154	15,43%
TOTALE	8.227	4.074	49,52%

Al momento in cui si giungerà ad osservare quell'effetto di saturazione, previsto da tutti i modelli di previsione, la curva epidemica non sarà più in crescita, mentre lo sarà ancora per qualche tempo la curva dei decessi e l'indice di letalità salirà di nuovo. C'è comunque da osservare che dalla tabella 1,

Figura 1 - Numero di casi di AIDS segnalati per trimestre di diagnosi



dati i tempi di sopravvivenza attuali, si può ragionevolmente desumere che nessun ammalato, diagnosticato prima del 1989, sia attualmente ancora in vita.
Per quanto riguarda l'effetto di saturazione c'è da rilevare qualche indizio in merito già a partire dal 1990. Esaminando l'andamento delle notifiche si osserva, ad esclusione del terzo trimestre, una tendenza alla diminuzione.
Infatti, se prendiamo in considerazione i casi diagnosticati e notificati per trimestre, abbiamo i valori riportati in tabella 2, in cui i casi diagnosticati sono classificati per semestre di diagnosi e, tenuto conto dell'incidenza dei ritardi di notifica, si possono stimare in un totale di circa il 27% maggiore di quanto rilevato, sulla base dell'andamento dei ritardi degli anni precedenti.

TAB. 2 Casi di AIDS diagnosticati e notificati per trimestre nel 1990.

	TRIMESTRE				totale	
	I	II	III	IV		stimato
Diagnosi	1.414	+	998	+	2.412	3.063
Notifiche	761	633	875	1651	2.920	

Si possono forse identificare i primi segni di saturazione delle due epidemie iniziali: quella degli omosessuali e quella dei tossicodipendenti, mentre, essendo ancora abbastanza bassa la proporzione di individui esposti al rischio di contagio nella popolazione eterosessuale, non sono ancora evidenti i segni dell'inizio della terza epidemia, che si può prevedere abbia un andamento rallentato rispetto alle prime due, innescate in gruppi con alte proporzioni di individui esposti al rischio di contagio.
Nella velocità di sviluppo di un'epidemia, infatti, gioca un ruolo essenziale la proporzione di individui esposti al rischio di infezione: maggiore è tale proporzione maggiore è la velocità di sviluppo dell'epidemia e anche la sua estinzione, per saturazione del serbatoio di individui a rischio.
Quando la proporzione di individui esposti è "troppo" bassa si verifica il cosiddetto "effetto soglia" per cui l'onda epidemica tende ad estinguersi e l'agente causa della malattia si mantiene eventualmente in forma endemica fino a quando non si ricostituisca un serbatoio sufficiente di individui esposti.
Per l'epidemia di AIDS il nuovo serbatoio è attualmente costituito dalla popolazione eterosessuale in cui il virus si va diffondendo principalmente attraverso rapporti sessuali con tossicodipendenti infetti o attraverso la prostituzione.
Costituiscono anche un possibile serbatoio tossicodipendenti e gli omosessuali ancora non infetti su cui, come si vedrà nel seguito, è opportuno intervenire con campagne di prevenzione differenziate.

2. Distribuzione geografica

Nella tabella 3 si riportano i casi totali suddivisi per provincia di residenza e di segnalazione, da cui è possibile rilevare un flusso migratorio da sud verso nord e dalle piccole città verso le grandi città capoluogo di regione: a Torino si concentra il 43% dei casi piemontesi, a Genova il 66% di quelli della Liguria, a Milano il 58% della Lombardia, a Roma il 90% del Lazio, a Napoli il 73% della Campania, a Palermo il 62% della Sicilia, a Cagliari 1178% della Sardegna.

ituazioni di maggior diffusione territoriale si hanno invece nelle altre regioni.

Notevoli sono le differenze regionali in merito alle modalità di trasmissione dell'epidemia (tabella 4).

Mentre in Liguria oltre il 79% dei casi è attribuibile alla tossicodipendenza, nel Lazio la stessa modalità di trasmissione oltrepassa appena il 57% di tutti i casi segnalati.

Mentre nel Friuli un quarto dei casi è attribuibile al comportamento omosessuale, in Sardegna lo è solo il 2%.

Osserviamo la presenza di molti dati mancanti: si hanno dati solo per la meta delle regioni. In ogni caso i dati sulla sieropositività confermano quanto già osservato in merito alla diversa incidenza delle due epidemie principali nelle diverse regioni. In Friuli, dove l'epidemia tra tossicodipendenti riguarda solo il 40% circa di tutti i casi di AIDS, anche la prevalenza di sieropositività è piuttosto bassa.

In Sardegna, in Liguria, in Lombardia, in Emilia-Romagna, in Puglia, dove l'incidenza dell'epidemia tra tossicodipendenti si aggira attorno al 70% e oltre, anche la prevalenza di sieropositività è piuttosto alta e questo fa prevedere, data la lunghezza del periodo di incubazione, che ancora per svariati anni osserveremo numerosi casi di AIDS tra tossicodipendenti in queste regioni.

TAB.3 Casi di AIDS per provincia di residenza e di segnalazione al 31-12-1990

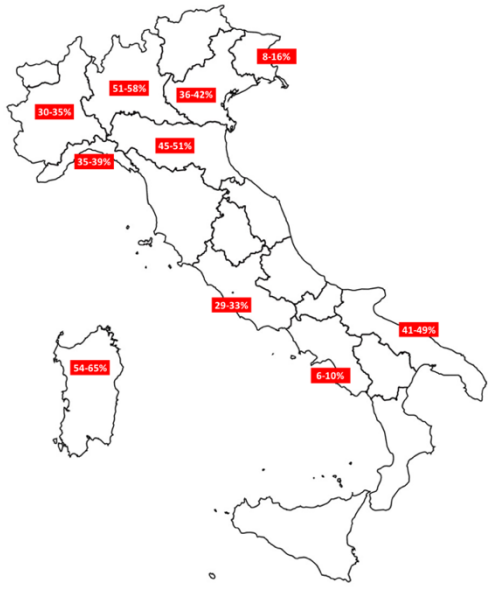
prov.	residenti	segnalati	prov.	residenti	segnalati
AO	6	8	PG	28	49
BZ	20	26	TR	17	13
TN	42	41	PS	32	4
UD	18	9	AN	47	98
GO	3	0	MC	10	3
TS	8	17	AP	41	16
PN	26	46	VT	34	26
TO	248	283	RI	2	9
VC	67	49	RM	981	1.077
NO	159	158	LT	58	60
CN	29	25	FR	19	21
AT	12	8	CE	20	0
AL	58	54	BN	3	0
VA	285	333	NA	177	212
CO	127	157	AV	9	5
SO	13	4	SA	34	14
MI	1538	1.295	AO	8	8
BG	181	214	TE	17	15
BS	337	363	PE	15	25
PV	68	197	CH	15	3
CR	40	26	CB	3	5
MN	54	42	IS	1	0
VR	91	126	FG	41	31
VI	147	128	BA	74	132
BL	14	3	TA	59	36
TV	31	16	BR	24	5
VE	98	70	LE	15	12
PD	99	162	PZ	14	9
RO	20	1	MT	3	0
IM	61	46	CS	11	0
SV	63	40	CZ	45	30
GE	308	365	RC	21	8
SP	35	33	TP	23	1
PC	38	3	PA	224	228
PR	58	80	ME	17	14
RE	61	73	AG	22	0
MO	77	90	CL	12	21
BO	257	339	CT	34	50
FE	78	67	RG	9	7
RA	122	126	SR	15	2
FO	106	92	EN	3	2
MS	36	5	SS	40	34
LU	35	0	NU	10	8
PT	32	4	CA	209	213
FI	172	202	OR	8	0
LI	83	69	altro	19	
PI	4S	151	Estero	59	
AR	27	27			
SI	22	31	TOTALE	8.152	8.227
GR	60	17			

TAB.4 Casi di AIDS per trasmissione e regione di residenza notificati al 31-12-90 in%

Residenza	OM	TD	OMTD	EM	TR	CE	PED	FND	TOT
Piemonte	17,10	63,70	2,44	1,57	1,75	6,98	1,40	5,06	100,00
Valle d'Aosta	16,67	66,67	0,00	0,00	16,67	0,00	0,00	0,00	100,00
Lombardia	15,10	70,75	2,01	0,68	0,57	5,33	2,08	3,48	100,00
Bolzano	25,00	45,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	100,00
Trento	11,90	66,67	0,00	7,14	0,00	4,76	2,38	7,14	100,00
Veneto	16,80	65,00	2,00	0,80	0,80	8,00	2,00	4,60	100,00
Friuli V.G.	25,45	43,64	1,82	1,82	3,64	10,90	0,00	12,70	100,00
Liguria	7,49	79,23	1,93	0,21	1,28	4,28	1,93	3,64	100,00
Emilia R.	13,68	68,51	2,38	1,13	0,75	7,03	2,13	4,39	100,00
Toscana	24,41	52,34	4,30	2,54	1,56	6,25	1,95	6,64	100,00
Umbria	22,22	51,11	0,00	4,44	2,22	11,10	0,00	8,89	100,00
Marche	16,15	60,00	4,62	0,00	7,69	6,92	2,31	2,31	100,00
Lazio	21,30	57,13	2,01	1,46	1,10	7,86	3,66	5,48	100,00
Abruzzo	20,00	52,73	0,00	1,82	5,45	14,50	1,82	3,64	100,00
Molise	25,00	50,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	25,00	100,00
Campania	13,17	56,38	8,23	6,17	5,35	4,53	2,06	4,12	100,00
Puglia	7,41	69,96	5,35	2,88	4,53	4,94	2,47	2,47	100,00
Basilicata	17,65	70,59	0,00	0,00	11,76	0,00	0,00	0,00	100,00
Calabria	2,60	57,14	5,19	14,29	6,49	3,90	3,90	6,49	100,00
Sicilia	8,64	69,36	5,57	1,39	3,62	5,01	0,84	5,57	100,00
Sardegna	2,25	82,40	1,12	1,12	1,50	4,49	4,12	3,00	100,00
Estero	47,46	25,42	3,39	0,00	3,39	18,60	0,00	1,69	100,00
Altro	21,05	57,89	0,00	0,00	0,00	5,26	5,26	10,50	100,00
TOTALE	**15,50**	**65,93**	**2,66**	**1,45**	**1,57**	**6,25**	**2,24**	**4,41**	**100,00**

OM=omosessualità | TD=tossicodipendenza | OMTD=omosessualità + tossicodipendenza EM=emofilia | TR=trasfusioni | CE=contatto eterosessuale | PED=figlio madre tossicodipendente + figlio madre contatto eterosessuale + figlio madre fattore non determinato | FND=altro/non determinato

Figura 2 – Prevalenza di anticorpi anti-HIV in tossicodipendenti afferenti ai servizi pubblici in diverse regioni italiane



3. I modi di trasmissione

L'AIDS non è un'unica epidemia ma un gruppo di diverse situazioni epidemiologiche caratterizzate principalmente dalla modalità di trasmissione dell'infezione.

La tabella 5 mostra la distribuzione dei casi adulti e pediatrici per modalità di trasmissione. Degli 8.023 casi adulti il 70% è stato ricondotto all'assunzione per via endovenosa di sostanze stupefacenti, mentre il 15,9% è stato ricondotto a rapporti omo/bisessuali.

La trasmissione dell'infezione mediante trasfusioni di sangue o emoderivati è responsabile del 2,9% dei casi totali.

Due variazioni nella classificazione dei modi di trasmissione sono state apportate al Registro Nazionale AIDS, coerentemente con accordi internazionali:

- i casi in cui l'acquisizione dell'infezione è stata fatta risalire a contagio per via eterosessuale sono stati suddivisi in: partner di bisessuale, di tossicodipendente, di tossicodipendente bisessuale, di emofilico, di trasfuso, di originario di zone endemiche e di non determinato;
- i soggetti nella cui storia di rischi comparivano solo contatti sessuali con prostitute sono stati inseriti tra i casi non determinati e non, come in precedenza, tra i casi eterosessuali.

TAB.5 Casi di AIDS per tipo di trasmissione e sesso notificati al 31/12/1990

	trasmissione	maschio	femmina	totale	%
ADULTI	Omosessualità	882	0	882	10,99%
	Bisessualità	393	0	393	4,90%
	Tossicodipendenza	4.343	1.081	5.424	67,61%
	Tossicodipendenza e omosessualità	106	0	106	1,32%
	Tossicodipendenza e bisessualità	113	0	113	1,41%
	Emofilia	106	1	107	1,33%
	Trasfusioni	74	49	123	1,53%
	Eterosessualità	242	272	514	6,41%
	di cui partner bisessuale	O	9	9	0,11%
	Tossicodipendente	114	167	281	3,50%
	Tossicodipendente e bisessuale	0	3	3	0,04%
	di cui partner emofiliaco	0	7	7	0,09%
	trasfuso	6	2	8	0,10%
	zone end	77	11	88	1,10%
	Non determinato	45	73	118	1,47%
	Non determinato	211	47	258	3,22%
	non determinato partner prostituto	99	O	99	1,23%
	prostituzione	0	4	4	0,05%
	TOTALE ADULTI	**6.569**	**1.454**	**8.023**	**100,00%**

	trasmissione	maschio	femmina	totale	%
PEDIATRICI	figlio di madre tossicodipendente	55	60	115	56,37%
	Contatto eterosessuale	30	31	61	29,90%
	Trasfusa	2	1	3	1,47%
	Non determinata	0	5	5	2,45%
	Emofilia	12	0	12	5,88%
	Trasfusioni	2	4	6	2,94%
	Non determinato	1	1	2	0,98%
	TOTALE PEDIATRICI	**102**	**102**	**204**	**100,00%**

TOTALE	**6.671**	**1.556**	**8.227**	**100**

Peculiare è il problema dei casi di AIDS nei bambini: 204 casi segnalati, dei quali il 90% ha ricevuto l'infezione dalla madre, mentre i restanti l'hanno contratta da trasfusioni di sangue o emoderivati.

Dei 184 casi a trasmissione verticale, 115 sono figli di madri infette tossicodipendenti.

4. L'andamento temporale

La distribuzione temporale dei casi è diversa per tipo di trasmissione, come si può rilevare dall'esame della tabella 6. Bisogna sempre tenere presente il ritardo di notifica che provoca un'apparente diminuzione dei casi negli ultimi mesi. La diversa evoluzione temporale nelle categorie "a rischio", in accordo con i modelli interpretativi e previsionali che prendono in considerazione lo sviluppo di epidemie in popolazioni non omogenee, indica una maggiore esposizione iniziale al virus degli omosessuali, seguiti dai tossicodipendenti e quindi dal resto della popolazione esposta al contatto con questi due gruppi e, infine, dal resto della popolazione generale.

Tab.6 Casi di AIDS per trasmissione e regione di residenza notificati in Italia al 31-12-1990

Residenza	OM	TD	OMTD	EM	TR	CE	PED	FND	TOT
Piemonte	98	365	14	9	10	40	8	29	573
Valle d'Aosta	1	4	0	0	1	0	0	0	6
Lombardia	399	1870	53	18	15	141	55	92	2.643
Bolzano	5	9	1	1	1	1	1	1	1
Trento	5	28	0	3	0	2	1	3	42
Veneto	84	325	10	4	4	40	10	23	500
Friuli V.G.	14	24	1	1	2	6	0	7	55
Liguria	35	370	9	1	6	20	9	17	467
Emilia R.	109	546	19	9	6	56	17	35	797
Toscana	125	268	22	13	8	32	10	34	512
Umbria	10	23	0	2	1	5	0	4	45
Marche	21	78	6	0	10	9	3	3	130
Lazio	233	625	22	16	12	86	40	60	1.094
Abruzzo	11	29	0	1	3	8	1	2	55
Molise	1	2	0	0	0	0	0	1	4
Campania	32	137	20	15	13	11	5	10	243
Puglia	18	170	13	7	11	12	6	6	243
Basilicata	3	12	0	0	2	0	0	0	17
Calabria	2	44	4	11	5	3	3	5	77
Sicilia	31	249	20	5	13	18	3	20	359
Sardegna	6	220	3	3	4	12	11	8	267
Estero	28	15	2	0	2	11	0	1	59
Altro	4	11	0	0	0	1	1	2	19
ITALIA	1.275	5.424	219	119	129	514	184	363	8.227

OM=omosessualità | TD=tossicodipendenza | OMTD=omosessualità + tossicodipendenza | EM=emofilia | TR=trasfusioni | CE=contatto eterosessuale | PED=figlio madre tossicodipendente + figlio madre contatto eterosessuale + figlio madre fattore non determinato | FND=altro/non determinato

Se si studiano i tassi di accrescimento annuale per le tre curve di incidenza relative agli omosessuali, tossicodipendenti ed eterosessuali si ottiene la tabella 7, in cui è anche riportata l'incidenza percentuale delle epidemie al passare degli anni. Dalla tabella traspare l'effetto di saturazione delle categorie a rischio, già menzionato, che fa seguito ad un inizio circa esponenziale delle curve epidemiche, infatti il numero di casi diagnosticati in un anno, rispetto a quello dell'anno precedente, tende a decrescere al passare del tempo. Rimane però maggiore di "1" ad indicare una curva epidemica ancora in forte crescita. Qualora quel valore fosse reso inferiore ad "1", in modo definitivo e per tutte le categorie per mezzo di opportuni interventi, si perverrebbe all'estinzione dell'epidemia. L'andamento dei tassi suggerisce anche una diffusione del virus tra I tossicodipendenti inizialmente molto rapida (la via endovenosa è più "efficace" per il contagio della via sessuale), con un conseguente effetto di saturazione

TAB. 7 Andamento nel tempo dei casi di AIDS per le tre principali categorie a rischio

anno	omosessuale	tossicodipendente	eterosessuale
1983	67,00%	17,00%	1,70%
1983-84	4,25%	12,00%	-
1984	45,00%	32,00%	-
1984-85	2,76%	8,00%	-
1985	26,00%	51,00%	1,60%
1985-86	2,00%	2,85%	4,67%
1986	20,00%	60,00%	3,30%
1986-87	1,72%	2,42%	2,86%
1987	17,00%	67,00%	5,20%
1987-88	1,43%	1,79%	2,54%
1988	14,00%	69,00%	5,90%
1988-89	1,43%	1,34%	1,67%
1989	15,00%	67,00%	7,10%
1989-90	1,11%	1,88%	1,27%
1990	14,00%	66,00%	7,00%

più evidente. L'epidemia eterosessuale sembra seguire un andamento sostanzialmente simile a quella omosessuale. Vale sempre la pena di ricordare che quello che si osserva oggi in termini di epidemia di AIDS, sulla base dei casi conclamati, deriva da infezioni contratte molti anni fa, dato che il periodo di incubazione ha una media di circa 10 anni. Per osservare cambiamenti di andamento, legati a mutamenti nelle abitudini in seguito a campagne di informazione, più o meno recenti, bisognerà ancora aspettare diversi anni, se gli unici dati a disposizione rimarranno quelli legati ai casi sintomatici. Solo attraverso studi sui sieropositivi asintomatici sarà possibile un monitoraggio più efficiente e attuale dell'epidemia e dell'impatto degli interventi tesi al suo controllo.

5. Distribuzione per sesso ed età

Nella tabella 8 si riporta la distribuzione per sesso ed età del casi notificati al 31/12/90. Si rileva ancora una grande quantità di casi di AIDS italiani sotto i trenta anni (4.324 casi, pari al 53%), che fa presumere che la maggior parte di essi abbia contratto l'infezione prima del ventesimo anno di età. La differenza tra le due distribuzioni, quella relativa ai maschi e quella relativa alle femmine, è attribuibile al contributo dei casi omosessuali (età generalmente maggiore rispetto ai tossicodipendenti), che fanno elevare l'età dei casi nella popolazione maschile.

TAB.8 distribuzione dei casi di AIDS per età e sesso segnalati in Italia al 31/12/90

età	maschi	%	femmine	%	totale	%
0	43	0,64%	50	3,21%	93	1,13%
1-4	43	0,64%	42	2,70%	85	1,03%
5-9	9	0,13%	8	0,51%	17	0,21%
10-12	7	0,10%	2	0,13%	9	0,11%
13-14	7	0,10%	1	0,06%	8	0,10%
15-19	33	0,49%	9	0,58%	42	0,51%
20-24	780	11,69%	338	21,72%	1.118	13,59%
25-29	2.327	34,88%	625	40,17%	2.952	35,88%
30-34	1.622	24,31%	279	17,93%	1.901	23,11%
35-39	786	11,78%	86	5,53%	872	10,60%
40-49	672	10,07%	67	4,31%	739	8,98%
50-59	247	3,70%	29	1,86%	276	3,35%
60	94	1,41%	20	1,29%	114	1,39%
indeterminata	1	0,01%	0	0,00%	1	0,01%
TOTALE	6.671	100%	1.556	100%	8.227	100%

6. Valutazione di interventi di prevenzione

È stato recentemente condotto uno studio in collaborazione tra l'Istituto Superiore di Sanità e l'ARCI GAY per la valutazione di campagne di informazione per la prevenzione dell'infezione da virus HIV tra gli omosessuali (vedi i resoconti dalla letteratura in questo stesso rapporto). Dei 1340 omosessuali intervistati il 50% ha dichiarato di aver modificato le proprie abitudini sessuali, a seguito di campagne di informazione, nel modo seguente:

- il 60% ha adottato l'uso del profilattico per rapporti considerati a rischio;
- il 70% ha adottato l'uso del profilattico per rapporti con partner occasionali;
- il 50% ha adottato l'uso del profilattico anche per rapporti con partner stabili.

È incoraggiante osservare l'impatto positivo di tali campagne tra gli omosessuali. Il problema della prevenzione del contagio non può però essere ragionevolmente risolto fino a quando non venga raggiunta la totalità dei soggetti potenzialmente a rischio, che sono attualmente costituiti dalle giovani donne, che possono avere contatti con tossicodipendenti infetti, da giovani che possono avere contatti con tossicodipendenti e/o prostitute infette e da tossicodipendenti non ancora infetti

che possono contrarre la malattia sia attraverso rapporti sessuali che attraverso la condivisione di siringhe o aghi infetti. L'efficacia di potenziali interventi di prevenzione andrebbe valutata sia sulla base della riduzione percentuale del numero di casi di AIDS previsti nei prossimi anni, sia del rallentamento delle onde di epidemia derivante da una riduzione del serbatoio di soggetti potenzialmente a rischio, ottenibile mediante opportuni interventi di prevenzione. Adeguati studi di previsione di impatto andrebbero condotti, anche sulla base dei dati attualmente disponibili a partire da studi come quello appena citato sia su gruppi "a rischio", come gli omosessuali o i tossicodipendenti (v. OLD n.1/1991), sia su gruppi di popolazione eterosessuale. C'è infine da ricordare che, sebbene il virus HIV sia molto debole, esiste tuttavia la possibilità di contrarre l'infezione anche attraverso strumenti non ben sterilizzati, utilizzati da parrucchieri, barbieri, estetisti ecc. A questo proposito, da un'indagine condotta a Roma a cura della USL RM 1, è risultato che in ben il 40% degli esercizi di estetica del Centro storico si era soliti utilizzare strumenti non correttamente sterilizzati. Anche campagne dirette ad evitare tale genere possibile di contagio andrebbero prese in esame.

7. L'AIDS e la mortalità

C'è da osservare che, essendo l'AIDS una malattia letale che colpisce per lo più persone in età giovanile, tra 20 e 30 anni, la mortalità associata sta assumendo rilevanza sempre maggiore tra le cause di morte in quelle fasce di età. Il numero totale stimato di decessi per AIDS in Italia nel 1990 è di circa 600 (erano stati oltre 1000 nel 1989). Da uno studio dell'Istituto Superiore di Sanità, esposto nell'ambito della Iniziativa della Società Italiana di Statistica "Quattro itinerari della ricerca statistica", risulta che nelle zone con alta prevalenza di tossicodipendenti (come per esempio la zona di Milano) la mortalità per AIDS è una delle principali cause di morte nelle classi di età giovanili, seconda solo agli incidenti stradali. Osserviamo ancora che il numero di morti per AIDS tra tossicodipendenti nel 1989 è stato circa uguale al numero di decessi per overdose in quello stesso anno.

L'applicazione della legge 162/90

Analisi dei dati ufficiali diffusi dall'Osservatorio permanente del Ministero dell'Interno alle date: 31/10/90, 31/12/90, 25/3/91.

1. I dati al 25/3/1991

Nella tabella 1 sono riportati i dati ufficiali in merito alle segnalazioni di consumatori di sostanze stupefacenti, e relativi provvedimenti prefettizi, dall'entrata in vigore della legge al 25/3/1991.
A questo proposito si può rilevare che la tabella 5 è gravemente carente in quanto, contrariamente alle precedenti, non vengono diffusi i dati relativi al numero di colloqui effettuati presso le prefetture e al numero di ammonizioni.
In questo modo non è possibile né rilevare l'efficienza delle diverse prefetture, cosa che era stata fatta per i precedenti dati (e notificata ai responsabili dell'Osservatorio del Ministero dell'Interno), né l'incidenza dei diversi esiti dei colloqui.
In tal modo probabilmente si evita la possibilità di analisi troppo critiche e imbarazzanti: si impedisce che persone estranee al Ministero siano messe in grado di utilizzare i dati ufficiali per monitorare efficacemente l'applicazione della legge, "intorbidando" i dati.
Ma anche sulla base degli scarni numeri a disposizione è possibile approfondire alcuni aspetti critici.

TAB. 1 Segnalazioni di consumatori di stupefacenti e relativi provvedimenti prefettizi dall'entrata in vigore della legge al 25-3-1991. (RECIDIVITÀ)

REGIONE	dall'11/07/1990 al					
	31-10-90		31-12-90		25-03-91	
	segnalazioni	provvedimenti	segnalazioni	provvedimenti	segnalazioni	provvedimenti
Piemonte	335	3	446	19	873	45
Valle d'Aosta	4	-	9	-	13	0
Lombardia	322	9	615	63	1.308	132
Trentino A.A.	19	-	52	-	128	17
Veneto	162	1	374	7	701	35
Friuli	57	5	97	9	179	21
Liguria	488	12	712	22	1.098	93
Emilia R.	317	16	555	57	866	79
Toscana	367	12	649	161	1.179	111
Umbria	50	8	78	23	148	26
Marche	59	4	111	7	234	24
Lazio	312	-	550	8	933	10
Abruzzo	38	1	79	8	156	14
Molise	9	1	19	5	37	6
Campania	307	4	596	14	1.273	24
Puglia	158	7	467	36	860	73
Basilicata	53	6	64	10	75	8
Calabria	17	2	51	11	75	6
Sicilia	382	-	594	21	918	52
Sardegna	78	-	198	4	333	25
ITALIA	**3.534***	**91**	**6.316***	**485**	**11.387**	**801**

2. Inaffidabilità e ritardi dei dati ufficiali

Nella tabella 2 si riportano i quozienti rilevati nei tre periodi indicati tra numero di segnalazioni e numero di persone segnalate nelle diverse regioni.

Dati corretti dovrebbero almeno soddisfare al vincolo ovvio che per ogni regione il numero di persone segnalate non superi il numero di segnalazioni: nella tabella 2 dovrebbero comparire solo numeri non inferiori all'unità, rappresentanti in qualche modo un indice di recidività regionale. Ma non è così:

- in quattro regioni (Molise, Puglia, Basilicata, Calabria) si riscontrano nel primo periodo valori inferiori ad "1", il numero di segnalazioni è inferiore al numero di persone segnalate;
- lo stesso si ripete per cinque regioni nel secondo periodo (Lombardia, Trentino-A.Adige, Abruzzo, Molise, Calabria);
- ancora in due nel terzo periodo (Basilicata, Calabria).

TAB. 2 Quozienti rilevati nei periodi indicati tra numero di segnalazioni e numero di persone segnalate.

REGIONE	dall'11/07/1990 al		
	31-10-90	31-12-90	25-03-91
Piemonte	1,05	1,01	1,07
Valle d'Aosta	1,00	1,50	1,00
Lombardia	1,03	0,89	1,03
Trentino A.A.	1,12	0,93	1,01
Veneto	1,05	1,03	1,07
Friuli	1,04	1,17	1,08
Liguria	1,05	1,31	1,08
Emilia R.	1,01	1,11	1,04
Toscana	1,06	1,09	1,15
Umbria	1,06	1,18	1,05
Marche	1,05	1,25	1,03
Lazio	1,06	1,12	1,05
Abruzzo	1,03	0,88	1,08
Molise	0,90	0,63	1,00
Campania	1,00	1,62	1,00
Puglia	0,99	1,08	1,04
Basilicata	0,52	1,08	0,94
Calabria	0,57	0,82	0,97
Sicilia	1,02	1,07	1,03
Sardegna	4,88	1,09	1,07
ITALIA	**1,03**	**1,11**	**1,05**

È una situazione inspiegabile che rende ogni analisi assai più inaffidabile di quanto voluto eliminando le informazioni sui colloqui e sulle ammonizioni.

Dalla tabella 3, in cui sono riportati numeri delle sanzioni comminate nei tre periodi, come risultano dai dati ufficiali, si rileva che per alcune regioni, dal confronto delle tre tabelle ufficiali, risultano numeri di ammonizioni negativi:

- ci sono state più ammonizioni nel periodo 11/7/90-31/12/90 che nel periodo 11/7/90-25/3/91 in tre regioni (Toscana: -50, Basilicata: -2, Calabria: -5).

Ma in ogni caso, riguardo a tali valori, dobbiamo ancora riscontrare gravi ritardi di notifica se, per esempio, per tutto il Lazio risultano al 25/3/91 solo 10 sanzioni, mentre dalla nostra rilevazione diretta presso la Prefettura di Roma si avevano, al 24/10/90, già 13 sanzioni per la sola Provincia. Un'altra discrepanza si ha confrontando i dati forniti dal Ministero dell'Interno con quelli del Ministero per gli Affari Sociali diffusi in un recente Convegno a Firenze e relativi al primo trimestre 1991:

- per il Ministero dell'Interno si sono avute dal 1/1/91 al 25/3/91 5071 segnalazioni con una media di 60 segnalazioni al giorno;

TAB.3 - Numeri delle sanzioni comminate.

REGIONE	dall'11/07/1990 al		
	31-10-90	31-12-90	25-03-91
Piemonte	3	19	45
Valle d'Aosta	-	-	0
Lombardia	9	63	132
Trentino A.A.	-	-	17
Veneto	1	7	35
Friuli	5	9	21
Liguria	12	22	93
Emilia R.	16	57	79
Toscana	12	161	111
Umbria	8	23	26
Marche	4	7	24
Lazio	-	8	10
Abruzzo	1	8	14
Molise	1	5	6
Campania	4	14	24
Puglia	7	36	73
Basilicata	6	10	8
Calabria	2	11	6
Sicilia	-	21	52
Sardegna	-	4	25
ITALIA	**91**	**485**	**801**

- per gli Affari Sociali ci sono state nel primo trimestre 1991 8.500 persone segnalate, se il dato precedente fosse valido si sarebbero avute almeno 3.429 segnalazioni negli ultimi sei giorni di marzo (periodo pasquale), con una media giornaliera di 571.

È ovvia l'incongruenza dei dati delle due fonti ufficiali.

Si riporta per completezza il dato relativo al numero di soggetti avviati al recupero (tabella 4), per cui valgono ancora le considerazioni riportate in proposito nel rapporto OLD n.1/1991, e la tabella 5 che riporta la distribuzione per sesso ed età delle persone segnalate, come contenuta nel rapporto del Ministro Russo-Jervolino dell'inizio del '91, riscontrando che il numero totale di persone segnalate, come risulta da tale tabella, non corrisponde al numero riportato nell'altra tabella, contenuta nello stesso rapporto e di stessa fonte, relativa alle segnalazioni disaggregate per regione, già discussa anche nel rapporto OLD precedentemente citato.

TAB.4 – Soggetti avviati al recupero.

REGIONE	dall'11/07/1990 al		
	31-10-90	31-12-90	25-03-91
Piemonte	59	106	213
Valle d'Aosta	-	2	3
Lombardia	111	181	533
Trentino A.A.	1	1	13
Veneto	35	128	276
Friuli	8	12	47
Liguria	134	141	339
Emilia R.	82	123	269
Toscana	97	189	371
Umbria	17	24	84
Marche	15	21	61
Lazio	72	127	267
Abruzzo	8	16	56
Molise	3	8	23
Campania	65	105	337
Puglia	47	84	212
Basilicata	15	22	31
Calabria	6	13	18
Sicilia	82	163	318
Sardegna	2	5	39
ITALIA	859	1.471	3.510

TAB,5 Detentori segnalati alle prefetture per uso personale di stupefacenti per sesso ed età

ETÀ		maschi	(*)	femmine	(*)	TOTALE	QM
18		227	91,5%	21	8,5%	248	10,8%
	(-)	4,1%		3,6%		4,0%	
18-25		3.230	90,1%	355	9,9%	3.585	9,1%
	(-)	58,9%		60,0%		59,0%	
25		2.033	90,4%	215	9,6%	2.248	9,5%
	(-)	37,0%		36,4%		37,0%	
TOTALE		5.490	90,3%	591	9,7%	6.081	9,3%
	(-)	100%		100%		100%	

(*) = rapporto di composizione dei sessi
(-) = rapporti di composizione delle età
QM = quoziente di mascolinità (numero maschi/100 femmine)
1) ipermascolinità dei consumatori di droghe in tutte le età: il rapporto è mediamente di circa 9 a 1 per i maschi.
2) la presenza femminile aumenta con l'aumentare dell'età: l'ingresso delle donne nel mondo della droga avviene (relativamente) con maggior frequenza rispetto ai maschi dopo la maggiore età.

Andamento dei sequestri di sostanze stupefacenti

dal rapporto del Ministro Russo Jervolino

Nelle tabelle 1, 2 e 3 si riportano i dati periodici in Kg, relativi ai sequestri di diverse sostanze effettuati nel 1989 e 1990 e il relativo numero di operazioni effettuate e di persone denunciate, diffusi dalla Direzione Centrale della Polizia Criminale - Servizio Centrale Antidroga - I Divisione, riportati nel rapporto del Ministro Russo-Jervolino. Confrontando le tre tabelle si può osservare che, pur dovendosi rilevare un aumento abbastanza consistente di sostanze pesanti sequestrate dal 1989 al 1990, a fronte di un aumento irrilevante del numero di operazioni effettuate e ad una diminuzione del numero di persone denunciate che conferma quanto già osservato nel rapporto OLD n.1 a proposito dell'aumento della quantità media di sostanza sequestrata per operazione, tuttavia, nel passaggio da prima a dopo l'applicazione della legge 162/90, si osservano andamenti preoccupanti. Infatti, pur essendo aumentate le operazioni di polizia (+19% rispetto al primo periodo), diminuisce del 20% la quantità di eroina sequestrata mentre aumenta del 79% la quantità di cocaina e del 14% il numero di persone denunciate. Questo potrebbe da una parte essere indice di un cambiamento di abitudini della popolazione tossicodipendente (più cocainomani, meno eroinomani), dall'altra indicare un passaggio al piccolo spaccio per quanto riguarda il mercato dell'eroina.

TAB. 1 Sostanze sequestrate, persone denunciate e decessi per droga confronto dei periodi 1° gennaio-31dicembre 1990/1989

	1° gennaio-30 dicembre		
	1990(*)	**+%-**	**1989**
SEQUESTRI			
eroina kg	897,987	31,27	684,053
cocaina kg	797,971	19,54	667,548
cannabis, derivati ed altri tipi kg	7.856,46	-66,17	23.220,68
OPERAZIONI CONTRO IL TRAFFICO E LO SPACCIO			
numero	16.353	1,08	16.179
PERSONE DENUNCIATE			
in stato di arresto n.	18.067	-12,22	20.581
in stato di libertà n.	5.902	12,96	5.225
in stato di irreperibilità n.	242	-35,12	373
TOTALE	***24.211***	***-7,52***	***26.179***
PERSONE DEFERITE AL PRETORE			
numero (**)	5.045	-63,79	13.934
PERSONE DEFERITE PER VIOLAZIONE			
numero (***)	2.774		
DECESSI DI ASSUNTORI DI DROGA			
numero	1.147	17,88	973

(*) dati provvisori elaborati il 3 gennaio 1991
(**) dati dal 1° gennaio al 10 luglio
(***) dati dall'11 luglio al 31 dicembre

TAB.2 Sostanze sequestrate, persone denunciate e decessi per droga confronto dei periodi 1° gennaio-10 luglio 1990/1989

	1° gennaio-10 luglio		
	1990(*)	**+%-**	**1989**
SEQUESTRI			
eroina kg	500,467	35,49	369,386
cocaina kg	286,287	-28,10	398,194
cannabis, derivati ed altri tipi kg	4.271,26	-72,96	15.793,69
OPERAZIONI CONTRO IL TRAFFICO E LO SPACCIO			
numero	7.480	-14,761	8.776
PERSONE DENUNCIATE			
in stato di arresto n.	8.323	-30,43	11.963
in stato di libertà n.	2.902	10,81	2.619
in stato di irreperibilità n.	138	-45,88	255
TOTALE	***11.363***	***-23,41***	***14.837***
PERSONE DEFERITE AL PRETORE			
numero	5.045	-24,02	6.640
PERSONE DEFERITE PER VIOLAZIONE			
numero			
DECESSI DI ASSUNTORI DI DROGA			
numero	597	22,09	489

(*) dati provvisori elaborati il 3 gennaio 1991

TAB.3 Sostanze sequestrate, persone denunciate e decessi per droga confronto dei periodi 11 luglio-31 dicembre 1990/1989			
	11 luglio-31 dicembre		
	1990(*)	+%-	1989
SEQUESTRI			
eroina kg	397,52	26,33	314,667
cocaina kg	511,684	89,97	269,354
cannabis, derivati ed altri tipi kg	3.585,19	-51,73	7.426,99
OPERAZIONI CONTRO IL TRAFFICO E LO SPACCIO			
numero	8.873	19,86	7.403
PERSONE DENUNCIATE			
in stato di arresto n.	9.744	13,07	8.618
in stato di libertà n.	3.000	15,12	2.606
in stato di irreperibilità n.	104	-11,86	118
TOTALE	***12.848***	***13,28***	***11.342***
PERSONE DEFERITE AL PRETORE			
numero			7.294
PERSONE DEFERITE PER VIOLAZIONE			
numero	2.774		
DECESSI DI ASSUNTORI DI DROGA			
numero	550	13,64	484
(*) dati provvisori elaborati il 3 gennaio 1991			

Nella tabella 4 si riportano i dati relativi alle operazioni antidroga effettuate dal Corpo della Guardia di Finanza relative agli anni 1984-1990 e il relativo numero di persone denunciate (dal rapporto Jervolino).

TAB.4 Sequestri di stupefacenti e mezzi e di persone denunziate in Italia (1984-1990)

Anno	sostanze								mezzi	persone	
	hascish e marijuana	olio di hascish	cocaina	oppio	eroina	psicotrope	varie	totale		denunziate	di cui in stato di arresto
1984	4.545.716	1.908	13.396	1.732	245.469	20.030	7.669	4.835.920	81	3.194	1.165
1985	785.354	6.780	43.826	2.761	128.297	205	27.179	994.402	74	4.911	1.573
1986	11.391.296	1.335	91.057	956	109.632	882	11.852	11.607.010	70	5.175	1.613
1987	8.097.104	4.155	204.657	2.025	131.382	682	7.500	8.447.505	65	6.660	1.578
1988	3.236.823	450	188.504	3.947	123.125	891	6.153	3.559.893	59	4.208	2.056
1989	21.868.921	21	438.087	4.208	237.820	348	9.285	22.558.690	82	4.932	2.302
1990	2.844.804	1.103	37.063	7	250.035	215	18.423	3.151.650	62	2.388	1.795
Totale	**52.770.018**	**15.752**	**1.016.590**	**15.636**	**1.225.760**	**23.253**	**88.061**	**55.155.070**	**493**	**31.468**	**12.082**

Dal confronto con le tabelle precedenti si rileva che solo una proporzione attorno al 30% dei sequestri di eroina è effettuato normalmente dalla Guardia di Finanza e attorno al 65% per la cocaina (1989), mentre tale percentuale scende a 5 nel 1990. Dai risultati delle operazioni di sequestro effettuate negli spazi doganali si evince il dato allarmante relativo all'irrisorietà della quantità di sostanza sequestrata in relazione alla quantità presunta in circolazione, come anche stimata a cura della stessa Guardia di Finanza e riportata in tabella 5 (sezione "Area di mercato"). In altre parole, si stima che ci debba essere in circolazione una quantità di eroina pari a 20.000 Kg. nel 1990, mentre la quantità totale sequestrata nello stesso anno risulta pari a 898 Kg., circa il 3,5% di tale valore, a cura della Guardia di Finanza circa 1%. Ancora più interessanti sono i dati della tabella 6 relativi

alle altre sezioni in cui si riportano stime relative ai margini di guadagno unitari previsti per il mercato clandestino della droga. Sono cifre che non hanno bisogno di commento e che lasciano intravedere solo la via di uscita di una politica radicalmente antiproibizionista che porti alla legalizzazione dell'uso di sostanze stupefacenti per eliminare il mercato nero, alimentato da incrementi di valore spropositati per sostanze che tutto sommato sono assimilabili a prodotti agricoli e derivati o, tutt'al più, a medicinali.

COSTI DI PRODUZIONE in milioni di lire

tipologia	hasscish	cocaina	eroina
Costi del personale (25%)	127	850	3.500
Costi di trasporto (25%)	13	85	360
Costi di trasformazione (25%)	25	165	750
TOTALI	***165***	***1.100***	***4.600***

MARGINI DI GUADAGNO in milioni di lire

Materia prima	Costi di produzione	Ricavi di vendita	Margini di guadagno netto	Resa capitale
hascish	165	510	345	3,4%
cocaina	1.100	3.350	2.250	22,5%
eroina	4.600	14.500	10.000	98,8%

STIMA DELL'INCREMENTO DI VALORE NEL SETTORE DROGA

Capitale Investito (in milioni di lire)	**Materia prima**	**Costo all'ingrosso** (al kg in milioni di lire)	**Quantità acquistabili** (in kg)	**Perdite per sequestro e/o dispersione**	**Reddito operativo lordo** (in milioni di lire)	**Incremento di valore** (per ogni lira investita)
100	hascish	2	50	7,5	510	8,8
100	cocaina in foglie	6,7	14,9	2,2	3.350	611
100	oppio grezzo	7	14,3	2,1	1.700	1.700

AREA DI MERCATO

Prodotto	Consumatori (stima) valore approssimato	Quantità mensile per consumatore (grammi)	Costo Unitario dose (in lire)	Dosi al consumo	Fatturato (in miliardi di lire)	
					mensile	annuo
hascish	2.000.000	3	6.000	12.500	75	900
eroina	350.000	1x 25 gg	8.750	55.000*	1.925	23.000
cocaina	2.500.000	02-mar	6.250	87.500	2.550	6.600
TOTALE						30.500

* poiché la dose di eroina è pari a gr. 0,25 il costo unitario di una singola dose va moltiplicato per 4 per arrivare al costo di un grammo

NB. il quantitativo totale stimato del traffico di stupefacenti come emerge dal prospetto "Area di mercato", sviluppando il dato della quarta colonna per 12 mesi, è pari a grammi 252.000.000. Le tabelle di questo capitolo sono state riprese integralmente dai documenti a cui si fa riferimento nel testo.

Europa: confermato che l'AIDS corre sull'ago

da "Il Medico d'Italia" n. 80 del 17 aprile 1991

1. Settima nel mondo e seconda in Europa.

Queste le posizioni occupate dall'Italia nelle "classifiche" che è possibile dedurre dai dati ufficiali aggiornati al 1° marzo di quest'anno dall'Organizzazione mondiale della Sanità, relativo al numero complessivo di casi di AIDS segnalati.
Nel mondo infatti (che conta ormai 334.216 casi "ufficiali") il nostro Paese, con i suoi 8.227 casi segnalati al 31.12.1990, è preceduto da Stati Uniti, Uganda, Brasile, Francia, Zaire e Kenya. Ma sono gli Usa a detenere di gran lunga il primato mondiale, con ben 161.288 casi. In ambito europeo, invece, L'Italia è seconda soltanto alla Francia (13.145 casi) ed è seguita immediatamente da Spagna (7.489 casi), Germania (5.612), Regno Unito (4.228), Svizzera (1.651) Olanda (1.565) e Romania (1.226). Tutte le altre nazioni del nostro continente sono ancora (e alcune ampiamente) al di sotto di quota mille.
Il quadro cambia però esaminando la "classifica" europea composta in base ai dati cumulativi per milione di abitanti, redatta dall'OMS alla data del 30 settembre 1990 (epoca nella quale, peraltro, i dati francesi disponibili erano ancora quelli del 31 marzo 1990): in questo caso, infatti, l'Italia si colloca al quarto posto con un tasso di 131,7 per milione, mentre troviamo al primo posto la Svizzera (225,1), seguita da Spagna (181,2), Francia (173) e Monaco (142,9).
A titolo comparativo, il tasso cumulativo per milione di abitanti negli Stati Uniti d'America è di 611,3. Nel caso del Principato di Monaco, tuttavia, l'interpretazione del dato deve tenere conto del basso numero degli abitanti.

2. AIDS e droga in Europa

Uno studio specifico dell'Organizzazione mondiale della Sanità effettuato sui dati ufficiali relativi all'epidemia di AIDS in Europa disponibili al 30 settembre 1990, pubblicati lo scorso febbraio, ha messo in evidenza un incremento annuo del numero cumulativo dei dati diagnosticati e notificati del 58,3 per cento in un anno (vale a dire 11.727 nuovi casi), ma soprattutto ha confermato che la Regione europea continua ad essere caratterizzata dalla diffusione dell'infezione da HIV tra i tossicomani per via endovenosa. I
n particolare, è stato studiato il fenomeno del ritardo di notifica nei paesi che hanno dichiarato almeno 50 casi di AIDS alla data del 30 giugno 1990: il fenomeno sembra essere divenuto più stabile rispetto all'inizio dell'epidemia nella maggior parte dei Paesi europei e più marcato nelle nazioni con un più elevato numero di casi.
Dal 1982 alla data dello studio OMS, quello dei tossicomani per via endovenosa eterosessuali si è rivelato il "gruppo di trasmissione" con il più rapido incremento del numero dei casi di AIDS.
Inoltre, questi soggetti tendono a contrarre la malattia in età più giovane rispetto agli eroinomani omo e bisessuali e comunque in età precoce nelle regioni sud

europee, dove esiste una particolare concentrazione di casi nei tossicomani per via endovenosa.
Quanto al sesso, le differenze mostrano un incremento maggiore di casi tra gli uomini, soprattutto nelle classi di età meno giovani, mentre evidenziano una significativa diminuzione in entrambi i sessi al di sotto dei 25 anni.
Queste variazioni, afferma un rapporto del Centro Europeo OMS per la sorveglianza epidemiologica dell'AIDS, potrebbero riflettere un cambiamento comportamentale dei tossicomani rispetto alle droghe iniettabili e, per quanto riguarda le classi di età meno giovani, il verificarsi tardivo di casi diagnosticati dopo un lungo periodo di incubazione.
Fatto sta che tutti i 10.326 casi di AIDS connessi alla droga diagnosticati in Europa sono stati dichiarati da sole dieci nazioni e ben 9.138 (pari all'88,5 per cento del totale) sono stati segnalati da sole tre nazioni: Spagna, Francia e Italia.
La particolare concentrazione di questa modalità di trasmissione dell'infezione, affermano gli epidemiologi dell'OMS, presenta nel nostro continente una ripartizione alla cintura" che va dalla Spagna alla Jugoslavia, passando attraverso il sud della Francia, l'Italia e la Svizzera.
In particolare, in Spagna, Italia e Jugoslavia il numero di casi di AIDS tra i tossicomani eterosessuali è superiore a quello rilevato tra gli omo/bisessuali, mentre in Svizzera corrisponde al 32,9 per cento.

3. Tossicomani eterosessuali

Fatto sta che dal 1982 ad oggi, il numero dei casi tra i tossicomani per via endovenosa eterosessuali è aumentato più che in qualsiasi altro "gruppo di trasmissione" e i più rapidi incrementi si sono rilevati in Germania, Spagna, Francia, Italia e Svizzera.
Quanto all'età al momento della diagnosi, i dati disponibili mostrano che la popolazione dei tossicomani eterosessuali è più giovane di quella degli omo/bisessuali (25-29 anni contro 35-39). Le tendenze europee del fenomeno mettono in evidenza un generale aumento dei casi in entrambi i sessi e il fatto che nel 19891 l'incremento appaia meno marcato rispetto al passato è probabilmente da attribuirsi solo al fenomeno del ritardo di notifica. Tuttavia, in Spagna, Francia, Germania, Italia e Svizzera si nota nei due sessi una significativa riduzione sotto i 25 anni rispetto agli altri gruppi di età, mentre in Germania un fenomeno analogo riguarda le età comprese tra i 25 e i 29 anni.
Per quanto riguarda le differenze rapportate al sesso, il cosiddetto "rapporto di mascolinità" del numero complessivo dei casi di AIDS tra i tossicomani per via endovenosa eterosessuali europei è di 3,4 (vale a dire 7.987 maschi contro 2.337 femmine) e questo fenomeno riguarda soprattutto Germania, Spagna e Francia.
Sempre in questo gruppo di trasmissione, le principali malattie indicative dell'AIDS continuano ad essere le infezioni opportunistiche. Pochi casi sono stati diagnosticati con un sarcoma di Kaposi, mentre 1'11 per cento (anno 1989) appartengono alle categorie diagnostiche "encefalopatia da HIV" e "sindrome cachettica", aggiunte nel 1987 nella "definizione di caso di AIDS".

4. Tossicomani omo/bisessuali

Se questo gruppo di trasmissione rappresenta complessivamente in Europa appena il 2,1% del totale cumulativo dei casi di AIDS, in Spagna, Francia e Italia è concentrato ben 1'80,6% di questi casi. Tuttavia, le tendenze mostrano un incremento regolare ma comunque più lento rispetto ai tossicomani eterosessuali. La ripartizione dei casi per età mostra una media tra i 25 e i 29 anni, mentre il 12% riguarda la classe di età 20-24 anni e il 28% quella 30-34 sia tra i tossicomani eterosessuali che tra gli omo/bisessuali. Ma nel gruppo di età dai 35 anni in su gli omo/bisessuali costituiscono il 21% e gli eterosessuali il 10%. Anche in questo gruppo di trasmissione, come in quello degli eterosessuali tossicomani, le infezioni opportunistiche rappresentano le principali malattie indicatrici di AIDS.

Tabella 1. Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) (fonte: OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità)

NAZIONI	n° di casi*	notifica	tassi per milione di abitanti^
Albania	-	30.06.1990	-
Austria	502	31.12.1990	62,1
Belgio	824	31.12.1990	78,9
Bulgaria	9	31.12.1990	0,8
Cecoslovacchia	24	31.12.1990	1,5
Danimarca	738	31.01.1991	129,2
Finlandia	75	31.12.1990	14,3
Francia	13.145	31.12.1990	173
Germania est	5.612	31.12.1990	1,5
Germania ovest			84,7
Grecia	412	31.12.1990	37,4
Irlanda	179	31.12.1990	45,9
Islanda	16	31.12.1990	56
Italia	8.227	31.12.1990	131,7
Lussemburgo	33	31.12.1990	79,6
Malta	15	31.12.1990	42,9
Monaco	5	31.12.1990	142,9
Norvegia	197	31.01.1991	41,6
Olanda	1.565	31.01.1991	97,2
Polonia	51	31.01.1991	1,1
Portogallo	584	31.01.1991	46,6
Regno Unito	4.228	31.01.1991	66,3
Romania	1.226	31.01.1991	43,1
San Marino	1	31.12.1990	43,5
Spagna	7.489	31.12.1990	181,2
Svezia	510	31.12.1990	57,3
Svizzera	1.651	31.01.1991	225,1
Ungheria	49	31.01.1991	4
URSS	48	31.12.1990	0,6
Jugoslavia	179	28.02.1991	0,1
TOTALE	29.811		

* dati al 1° marzo 1991 ^dati al 30 settembre 1990

5. Trasmissione al feto e al neonato

Il 49 per cento dei 528 casi europei di AIDS pediatrico diagnosticati al 30/9/90 (259 casi) avevano una madre tossicodipendente per via endovenosa.

Come è logico, la maggior parte di questi casi sono stati dichiarati dai cinque Paesi con il più elevato numero di tossicomani eterosessuali (Francia, Germania, Spagna, Italia e Svizzera), nei quali i figli di madri eterosessuali tossicodipendenti per via endovenosa rappresentano rispettivamente il 40, il 63, il 64, il 71 e il 57%. E come si vede, purtroppo, in questa "classifica" l'Italia si colloca al primo posto.

III RAPPORTO – SETTEMBRE 1991

Editoriale

DI CARLA ROSSI

Questo terzo rapporto prende in esame esclusivamente dati pubblici anche con lo scopo di monitorare gli Osservatori ufficiali che dovrebbero rilevare e diffondere informazioni attendibili sull'applicazione delle normative "antidroga" e sull'andamento del fenomeno "tossicodipendenza".
Fonti privilegiate sono:

- i Rapporti Jervolino sull'applicazione della legge 162/90;
- i rapporti del Centro Operativo AIDS (C.O.A.);
- i bollettini mensili dell'Istituto Nazionale di Statistica.

Vengono anche analizzati alcuni aspetti legati all'utilizzo di terapie metadoniche nei Centri Pubblici sulla base di informazioni desunte da interventi di Roberto Nardini, segretario del Gruppo di Studio e di Intervento sulle Malattie Sociali e membro della Società Italiana per le Tossicodipendenze, e di lavori scientifici del dott. Diego Serraino, dell'Unità epidemiologica del Centro Tumori di Aviano (Pordenone), svolti nell'ambito del Progetto AIDS del Ministero della Sanità.
C'è da rammaricarsi, purtroppo, della inadeguatezza delle strutture ufficiali del Ministero dell'Interno che dovrebbero fornire dati in merito all'andamento del fenomeno "droga" e all'applicazione delle leggi relative. Infatti, la qualità dei dati continua ad essere piuttosto dubbia, come si evidenzia nel seguito. Particolarmente preoccupante è il rifiuto nel fornirne alcuni - i morti per overdose, ad esempio - che rende impossibili specifiche analisi interessanti e utili per lo studio dell'impatto dell'attuale legislazione.
Nonostante tutto, però, è stato possibile studiare andamenti e correlazioni di vari fenomeni più o meno direttamente legati alla tossicodipendenza.
Alcune preoccupanti tendenze osservate non possono essere con certezza imputate alla nuova legge, ma derivano certamente dalle basi proibizioniste di questa e di quelle precedentemente in vigore. La nuova legge si proponeva, in particolare, di ridurre il mercato mediante mezzi - finanziari e non - volti a contrastare il piccolo e grande traffico. Su questo fronte non ci sono segni di successo. Stando ai dati ufficiali, nonostante il potenziamento dei mezzi a disposizione, l'impatto delle operazioni di sequestro sul mercato è del tutto irrilevante: si stima che la quantità sequestrata non superi il 4% della sostanza in circolazione. Troppo poco perché si possano riscontrare variazioni, almeno sui prezzi, tanto meno sui consumi. Dall'analisi dei dati sui sequestri e sulle persone denunciate emerge che sono per lo più i "pesci piccoli" ad essere raggiunti, quasi sempre in flagrante. Sul fronte della microcriminalità rimane sempre più unanimemente accettata la stima che il 70-80% degli scippi e borseggi venga commesso dai tossicodipendenti per la necessità di procurarsi il denaro per la droga.

Questa stima è confermata dall'analisi dei dati sulla criminalità forniti dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) che verranno analizzati più in dettaglio nel seguito. Si è infatti rilevata un'alta correlazione tra la presenza di tossicodipendenti nelle diverse regioni (stimata attraverso vari indicatori: morti per overdose, casi di AIDS tra i tossicodipendenti ecc., rapportati alla popolazione residente) e incidenza regionale dei delitti classificati come "scippi e borseggi".
C'è da osservare inoltre che circa il 97,5% di tali delitti rimane "di autore ignoto", quindi il 97,5% almeno delle vittime di tali reati non avrà mai la possibilità di alcun risarcimento (e tale percentuale salirebbe ulteriormente se si contassero anche i borseggi e gli scippi non denunciati...).
Analizzando il "danno sociale" sulla base dei dati ufficiali si può stimare che nel 1991 gli episodi di microcriminalità supereranno i 200.000 casi.
Moltiplicando prudenzialmente per un fattore 5 (per Napoli, l'Osservatorio sulla Camorra lo stima addirittura a 10) in modo da tenere conto delle omesse denunce, si ottiene una cifra dell'ordine del milione di cittadini vittime di scippi e borseggi, reati che resteranr1o praticamente tutti impuniti.
Il grave fenomeno che si evidenzia è il seguente: il tossicodipendente in cerca di denaro per la dose "preleva" il necessario dai cittadini (in genere i più deboli) e quasi sempre non viene preso; successivamente lo stesso tossicodipendente "deposita" il denaro nelle mani della criminalità organizzata in cambio della sua dose: qualche volta viene preso - spesso a trasferimento avvenuto - e subisce le relative conseguenze. In tal modo si attua - tramite il tossicodipendente - un "trasferimento di ricchezza" dal cittadino inerme alle organizzazioni criminali.
È il proibizionismo la causa di questo meccanismo perverso che sembra fatto apposta per servire gli interessi delle organizzazioni criminali, visto che alla fine gli unici a subirne gli effetti negativi sono da una parte le vittime degli scippi e dall'altra il tossicodipendente che va in galera.
Dai dati ufficiali si riscontra inoltre che anche i delitti cosiddetti di mafia mostrano una tendenza all'aumento e alla concentrazione in poche regioni d'Italia proprio in corrispondenza dell'entrata in vigore della 162.
La 162 sembra anche indurre i tossicodipendenti ad una maggiore clandestinità. Questo è confermato - oltre che da operatori sociali sensibili come Don Ciotti o altri - dall'andamento dei decessi per "overdose" dopo l'entrata in vigore della legge (+13,6 nei primi cinque mesi del '91 rispetto allo stesso periodo del '90).
È forse ancora presto per trarre conclusioni definitive, ma il fenomeno è preoccupante e potrebbe essere spiegato o da condizioni ambientali più disagiate (maggiore clandestinità) o da un ampliamento del mercato. Se questo fosse confermato ci sarebbe da temere un impatto anche sull'epidemia di AIDS.
Si può infatti affermare con ragionevole certezza che la maggiore epidemia di AIDS in Italia, quella tra i tossicodipendenti (ancora il 66% dei casi totali), è figlia del proibizionismo e miete ormai molte più vittime dell'overdose. Si pensi solo che nel primo trimestre del 1991 nel Lazio si sono avuti 287 decessi per AIDS (il 60% circa erano tossicodipendenti o ex tossicodipendenti) e meno di 40

decessi per overdose. A Milano e Roma l'AIDS è una delle principali cause di morte tra i giovani maschi celibi di età compresa tra i 25 e i 29 anni già dal 1987. Un altro aspetto preoccupante, a questo proposito, riguarda le restrizioni nell'utilizzo di terapie metadoniche che potrebbero invece avere una importante funzione nella prevenzione dell'epidemia.
Nel seguito analizzeremo alcuni dati ufficiali che per la prima volta ci consentono - ad oltre un anno dell'entrata in vigore della 162/90un confronto omogeneo tra la vecchia e la nuova normativa.
Forniremo inoltre una lettura critica del più recente Rapporto Jervolino, con lo scopo di evidenziare le incongruenze presenti in alcune analisi dei dati ufficiali, effettuate in particolare dall'Osservatorio del Ministero degli Interni, svolgendo così quella funzione di vigilanza attenta sulla diffusione dei dati e delle analisi da parte degli Organismi ufficiali, che è uno dei compiti principali dell'OLD.

Criminalità, AIDS, morti per overdose

Analisi dei dati statistici ufficiali.

1. Criminalità

A partire dai dati recentemente resi noti dall'ISTAT - relativi al primo trimestre 1991 - abbiamo esaminato l'andamento dei fenomeni criminali maggiormente influenzati dall'attuale legislazione sugli stupefacenti:

- omicidi volontari per motivi di mafia, camorra o 'ndrangheta;
- produzione, commercio, ecc. di stupefacenti;
- borseggi e scippi (microcriminalità).

Sono stati elaborati i valori dell'incidenza sulla popolazione residente dei diversi fenomeni nelle varie regioni, rapportandoli a quelli dello stesso periodo del 1990.

La Tabella 1 riporta nelle prime due colonne le incidenze relative agli omicidi per mafia. A livello nazionale, nel passaggio dal '90 al '91 si rileva un aumento del 71% per tali delitti; però, considerando gli andamenti regionali, si osserva una diminuzione per tutte le regioni tranne per Piemonte, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna. Se da queste si escludono il Piemonte (aumento poco rilevante) e la Sardegna (trattasi di un solo delitto) nelle altre quattro regioni le incidenze sono pressoché raddoppiate.

TAB.1 - Incidenze (per milione di abitanti) dei delitti di mafia camorra e 'ndrangheta di produzione e commercio stupefacenti di borseggi e scippi (microcriminalità). Raffronto I trim. 91/I trim. 90.

Regione	Mafia		Stupefacenti		Microcriminalità	
	1991	1990	1991	1990	1991	1990
Piemonte	0,69	0,52	223,83	186,12	789,94	821,63
Valle d'Aosta	0,00	0,00	224,14	181,03	60,34	200,43
Lombardia	0,00	0,67	178,10	174,21	1.516,18	1.319,57
Trentino A.A.	0,00	0,00	191,92	152,36	158,25	190,24
Veneto	0,00	0,34	141,49	86,84	479,98	614,37
Friuli V.G.	0,00	0,00	120,73	65,57	384,68	468,98
Liguria	0,00	0,44	387,79	237,65	2.102,91	1.808,72
Emilia R.	0,00	0,38	191,96	120,48	699,59	882,51
Toscana	0,00	0,63	174,57	118,09	967,44	1.417,49
Umbria	0,00	0,00	158,15	51,09	165,45	163,32
Marche	0,00	0,00	213,24	175,09	168,64	93,03
Lazio	0,19	0,87	206,90	173,54	2.682,41	2.257,95
Abruzzo	0,00	0,00	111,64	98,47	175,31	218,16
Molise	0,00	2,23	41,67	53,57	29,76	35,71
Campania	11,45	6,54	99,66	84,49	547,52	547,31
Puglia	2,45	0,73	107,79	105,83	695,74	811,37
Basilicata	0,00	0,00	48,00	27,60	40,00	37,20
Calabria	23,20	12,53	57,54	33,06	107,19	70,65
Sicilia	10,97	4,33	89,89	55,00	729,16	784,65
Sardegna	0,60	0,00	153,25	75,27	330,53	338,94
ITALIA	**3,27**	**1,91**	**158,28**	**122,12**	**947,16**	**936,29**

I delitti commessi nelle sole quattro regioni passano dall'82% al 97% del totale.

Nel Rapporto OLD II/1991 si era osservata tale tendenza già nel passaggio dal primo al secondo quadrimestre del '90.

L'aspetto più preoccupante che emerge da queste analisi è che Campania, Puglia, Calabria e Sicilia rappresentano oramai un'area radicalmente scissa dal resto del paese, quasi completamente al di fuori del controllo dell'autorità statale; a conferma di ciò il fatto che ben 1'89,9% dei delitti di mafia resta di autore ignoto, come si vede dalla Tabella 2.

Per quanto riguarda le denunce per produzione e traffico di stupefacenti (Tabella 1, terza e quarta colonna) si nota, a livello nazionale, un aumento considerevole (29,6%). Questo dato purtroppo non deve essere considerato come un'indicazione di maggior successo nella lotta contro lo spaccio di stupefacenti, dato che

la stessa Guardia di Finanza (vedi Rapporto Jervolino sull'applicazione della legge 162/90, gennaio '91) ritiene invariata (3,5%) la proporzione fra sostanze stupefacenti sequestrate e in circolazione; l'aumento delle denunce, quindi, può servire solo da indicatore dell'espansione del mercato, il quale risulta verosimilmente aumentato all'incirca del 30%.

Inoltre, a giudicare dal gran numero di persone denunciate (11.660 a fronte di 9.137 delitti), si tratta essenzialmente di piccoli spacciatori e di consumatori, colti quasi sempre in flagrante.

Questo viene anche indirettamente confermato dai primi risultati di un'indagine per campione effettuata dall'OLD presso vari Tribunali da cui risulta, ad esempio, che a Milano il 30% circa del totale dei procedimenti riguarda violazioni della 1 62/90. Dalle ultime due colonne, relative alla microcriminalità (scippi e borseggi), risulta un aumento a livello nazionale molto contenuto (1,1%).

Ciò è presumibilmente dovuto al fatto che il numero delle denunce è sicuramente molto al di sotto della realtà, viste le dimensioni del fenomeno delle omesse denunce - specialmente nel Sud - per reati di lieve entità, che sono i più praticati da tossicodipendenti in cerca di danaro per la "dose".

TAB.2 - Delitti di mafia.
Periodo: I trimestre 1991.

REGIONE	Totale delitti di mafia	Totale delitti di autore ignoto	
		numero	%
Piemonte	3	3	100,00
Valle d'Aosta	-	-	-
Lombardia	-	-	-
Trentino A.A.	-	-	-
Veneto	-	-	-
Friuli V.G.	-	-	-
Liguria	-	-	-
Emilia R.	-	-	-
Toscana	-	-	-
Umbria	-	-	-
Marche	-	-	-
Lazio	1	-	0
Abruzzo	-	-	-
Molise	-	-	-
Campania	67	58	86,57
Puglia	10	10	100,00
Basilicata	-	-	-
Calabria	50	47	94,00
Sicilia	57	51	89,47
Sardegna	1	1	100,00
ITALIA	**189**	**170**	**89,95**

Resta il fatto che il fenomeno risulta correlato significativamente con la presenza di tossicodipendenti stimata sia attraverso l'incidenza di decessi per overdose (vedi Rapporto OLD 2/91), sia attraverso l'incidenza dei casi di AIDS tra tossicodipendenti (vedi Tabella 4, colonna 5).

I relativi coefficienti di correlazione sono pari a 0,59 e 0,72.

La Tabella 3 confronta i dati relativi alla microcriminalità e quelli relativi alle denunce per produzione e commercio di stupefacenti.

Si nota una sostanziale differenza: per la microcriminalità il 97,5% dei reati rimane impunito (e tale percentuale salirebbe ulteriormente se si contassero anche i borseggi e gli scippi non denunciati).

Circa i dati relativi allo spaccio di stupefacenti si nota invece una situazione completamente opposta: solo il 5,3% dei reati risulta di autore ignoto.

Questo dato conferma quanto già osservato in precedenza, cioè che le persone denunciate per questo tipo di reati sono per lo più piccoli spacciatori o consumatori colti in flagrante e, nella maggior parte, posti in stato di arresto. Una ulteriore conferma viene dall'analisi del Rapporto Jervolino del 26/6/91; infatti, nonostante quanto sostenuto nell'introduzione dello stesso, dai dati numerici si rileva che le quantità di sostanza sequestrate rimangono irrisorie rispetto alle dimensioni stimate del mercato mentre il numero di persone coinvolte è molto alto.

L'unica eccezione è costituita dai sequestri di cannabis; per quest'ultima sostanza però, dall'analisi dei grafici emerge un andamento temporale che fa presumere che sia verificato un grosso sequestro nel mese di febbraio e altri piccoli nel periodo restante.
La situazione potrebbe essere analoga a quella verificatasi nel corso del 1989 quando il sequestro di una sola nave produsse il grande incremento annuale osservato. Analizzando il "danno sociale" si può stimare che a livello annuo gli episodi di microcriminalità supereranno i 200.000 casi.

TAB.3 - Reati totali e di autore ignoto per Microcriminalità (borseggi e scippi); produzione e commercio stupefacenti. Periodo: I trimestre 1991

Regione	MICROCRIMINALITÀ			STUPEFACENTI		
	reati totali			reati totali		
	numero	di autore ignoto		numero	di autore ignoto	
		numero	%		numero	%
Piemonte	3.441	3.361	97,68	975	168	17,23
Valle d'Aosta	7	7	100,00	26	0	0,00
Lombardia	13.544	13.225	97,64	1.591	111	6,98
Trentino A.A.	141	132	93,62	171	3	1,75
Veneto	2.110	2.059	97,58	622	21	3,38
Friuli V.G.	462	459	99,35	145	3	2,07
Liguria	3.617	3.556	98,31	667	0	0,00
Emilia R.	2.748	2.661	96,83	754	8	1,06
Toscana	3.447	3.337	96,81	81	13	16,05
Umbria	136	134	98,53	53	12	22,64
Marche	242	218	90,08	306	9	2,94
Lazio	13.911	13.624	97,94	1.073	40	3,73
Abruzzo	223	217	97,31	142	0	0,00
Molise	10	8	80,00	14	0	0,00
Campania	3.203	3.096	96,66	583	19	3,26
Puglia	2.840	2.758	97,11	440	5	1,14
Basilicata	25	23	92,00	30	1	3,33
Calabria	231	199	86,15	124	0	0,00
Sicilia	3.788	3.683	97,23	467	35	7,49
Sardegna	550	533	96,91	91	20	21,98
ITALIA	54.676	53.290	97,47	9.137	484	5,30
			dato corretto	8.355	468	5,60

Moltiplicando prudenzialmente per un fattore 5 (per Napoli, l'Osservatorio sulla Camorra lo stima addirittura a 10) in modo da tenere conto delle omesse denunce, si ottiene una cifra dell'ordine del milione.
Ciò significa che, nell'anno, un milione di cittadini (per lo più donne e anziani) saranno vittime di borseggi e scippi, reati che rimarranno praticamente tutti impuniti. Sempre dalla stessa Tabella 3 risalta anche numericamente - il seguente fenomeno: il tossicodipendente in cerca di denaro per la dose "preleva" il necessario dai cittadini (in genere i più deboli) e quasi sempre non viene preso; successivamente lo stesso tossicodipendente "deposita" il denaro nelle mani della criminalità organizzata in cambio della sua dose: qualche volta viene preso - spesso a trasferimento avvenuto - e subisce le relative conseguenze.
In tal modo si attua un "trasferimento di ricchezza" dal cittadino inerme alle organizzazioni criminali che avviene tramite il tossicodipendente.
L'attuale legislazione "favorisce" questo meccanismo perverso, che sembra fatto apposta per servire gli interessi delle organizzazioni criminali, visto che alla fine gli unici a subirne gli effetti negativi sono da una parte le vittime degli scippi e dall'altra il tossicodipendente che va in galera.

2. AIDS

La Tabella 4 prende invece in esame la relazione tra tossicodipendenza e AIDS, visto che in Italia - contrariamente a quasi tutti gli altri paesi industrializzati – l'epidemia di AIDS si è sviluppata essenzialmente tra i tossicodipendenti. Solo nel nostro paese la percentuale di AIDS tra tossicodipendenti supera il 66 %.

Riportiamo nelle prime due colonne i dati del C.O.A. (Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità) aggiornati al 31 marzo 1991 relativi al numero totale di casi di AIDS e al numero di quelli tra tossicodipendenti.

Come già osservato nel Rapporto OLD 2/91 rimangono notevoli le differenze regionali in merito alle modalità di trasmissione dell'epidemia. Mentre in Liguria 1'80% dei casi è attribuibile alla tossicodipendenza in Toscana questa modalità spiega solo il 53 % dei casi. Verosimilmente, queste differenze non sono imputabili a diversi comportamenti o situazioni ambientali, ma solo ad una maggiore o minore presenza dei tossicodipendenti sul territorio.

Anche in questo caso, visto il regime proibizionista in atto, il dato relativo all'AIDS risulta uno dei parametri utili a stimare l'entità del fenomeno tossicodipendenza. Questo legame è confermato anche dal confronto dell'incidenza di casi di AIDS tra tossicodipendenti e quella dei decessi per overdose. Il relativo coefficiente di correlazione è infatti pari a 0,78.

TAB.4 – Casi di AIDS totali, di AIDS tra tossicodipendenti, percentuali e relativa incidenza (per milione di abitanti). Periodo I trimestre 1991.

REGIONE	AIDS			Incidenza AIDS	
	totali	tra tossico dipendenti		totali	tra tossico dipendenti
	numero	numero	%		
Piemonte	634	396	62,46	145,55	90,91
Valle d'Aosta	10	7	70,00	86,21	60,34
Lombardia	2.855	2.014	70,54	319,60	225,46
Trentino A.A.	70	42	60,00	78,56	47,14
Veneto	555	370	66,67	126,25	84,17
Friuli V.G.	62	29	46,77	51,62	24,15
Liguria	527	420	79,70	306,40	244,19
Emilia R.	888	608	68,47	226,07	154,79
Toscana	562	299	53,20	157,73	83,92
Umbria	47	23	48,94	57,18	27,98
Marche	143	84	58,74	99,65	58,54
Lazio	1.198	680	56,76	231,01	131,12
Abruzzi	62	33	53,23	48,74	25,94
Molise	4	3	75,00	11,90	8,93
Campania	275	159	57,82	47,01	27,18
Puglia	280	197	70,36	68,59	48,26
Basilicata	20	13	65,00	32,00	20,80
Calabria	84	48	57,14	38,98	22,27
Sicilia	395	270	68,35	76,03	51,97
Sardegna	300	252	84,00	180,29	151,44
ITALIA	**8.971**	**5.947**	**66,29**	**155,41**	**103,02**

3. Morti per overdose

Il Rapporto Jervolino del 21/6/91 riporta la cifra ufficiale (provvisoria) dei decessi per overdose per i primi cinque mesi del 1991 che potrebbe ancora incrementarsi di qualche unità per ritardi di notifica essendo i dati "fissati" al 10-6-91. Il numero totale risulta di 526 decessi, che rappresenta - secondo quanto dichiarato dal Rapporto stesso - un incremento del 13,6% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente (464). Se la tendenza dovesse mantenersi per tutto il '91 dovremmo aspettarci non meno di 1300 decessi per overdose nell'anno, 148 in più rispetto al 1990. Questo incremento potrebbe essere dovuto da una parte ad una maggiore clandestinità del tossicodipendente dopo l'entrata in vigore della nuova legge, dall'altra ad un aumento della popolazione dei tossicodipendenti ovvero ad un allargamento del mercato. In ogni caso ci fornisce un'indicazione negativo sull'impatto della nuova normativa. C'è inoltre da osservare che, visto il rifiuto del Ministero dell'Interno di fornire direttamente questi dati relativi a specifici periodi, in ottemperanza ad un preciso desiderio del Ministro Jervolino, non ci è più possibile effettuare analisi e confronti affidabili con le situazioni precedenti come fatto negli altri rapporti OLD.

Lettura critica delle valutazioni dell'Osservatorio permanente sul fenomeno droga del Ministero dell'Interno

dal Rapporto Jervolino del giugno 1991.

1. Introduzione

Prendiamo ora in considerazione alcune valutazioni riportate nel citato Rapporto Jervolino. Lo scopo principale è quello di evidenziare le molte incongruenze e distorsioni contenute su cui si basa un - sia pur molto cauto - giudizio positivo sull'andamento del fenomeno e, cosa ancor più grave, sull'impatto della legge 162/90 sul fenomeno stesso.
In realtà, da una lettura più corretta e completa degli stessi dati analizzati dall'Osservatorio, anche comparati con dati di altre fonti ufficiali (ISTAT, Istituto Superiore di Sanità), emerge una situazione ben più preoccupante sia in merito all'andamento del fenomeno in generale, sia in merito all'impatto della 162/90.
Nel seguito analizzeremo i vari aspetti riportati nel Rapporto citato conservando, per comodità del lettore, lo stesso ordine e la stessa denominazione dei paragrafi.

2. Tossicodipendenti in trattamento

Si afferma nel Rapporto citato che:

> *i1 confronto tra i dati relativi ai tossicodipendenti in cura del secondo semestre con quelli del primo semestre 1990, permette di affermare che l'entrata in vigore della legge 162 non solo non ha interrotto il trend dell'emersione del fenomeno della tossicodipendenza alla visibilità e, quindi, all'intervento sociale di recupero e di riabilitazione ma, al contrario, essa lo ha ulteriormente incentivato. Infatti, si è passati dai 48.471 utenti dei servizi pubblici e privati registrati al 30/6/90 ai 53.341 al 31/12/90, con un incremento del 10%.*

Si passa poi ad analizzare il diverso incremento registrato nei servizi pubblici e privati. Il dato sopra riportato può essere utilizzato per confortare qualunque ipotesi, se non viene correttamente raffrontato con altri dati e indicatori.
Consideriamo, per esempio, quanto viene affermato poco dopo e cioè che fino al 10/6/91 risultano ben 6.071 individui avviati ai centri di recupero in seguito a segnalazioni ai Prefetti in base alla 162.
È presumibile - raffrontando l'andamento delle segnalazioni nel periodo fino al 31/12/90 (5.740) e dopo (10.057) - che fino al 31/12/90 circa 2.000 persone siano state avviate ai centri di recupero a causa della 162.
Tra i 4.870 utenti in più riscontrati nei centri di assistenza sono quindi inclusi anche questi ultimi.
Questo ridimensiona di molto l'aumento dell'emersione, come chiamata sopra, riducendo il presunto incremento (spontaneo) dal 10% al 6% circa.
Se si prendono ancora in esame i dati relativi all'incremento dei decessi per overdose superiore al 15% nel periodo considerato - si possono trarre alcune preoccupanti conclusioni.

Se l'incremento dei decessi si deve considerare come un indicatore di un analogo incremento della popolazione tossicodipendente (espansione del mercato), allora l'emersione, che segue un incremento molto più limitato, sta ad indicare - contrariamente a quanto si afferma nel Rapporto - una maggiore clandestinità dei tossicodipendenti.
Se invece si vuole assumere l'emersione come indicatore di aumento della popolazione tossicodipendente, allora si conferma quanto già osservato nel precedente Rapporto OLD e cioè che la situazione igienico-sanitaria della popolazione tossicodipendente sembra essersi aggravata in seguito all'entrata in vigore della 162 e che il tasso di mortalità per overdose sia di conseguenza aumentato (vedi OLD 2/1991) portandosi a valori vicini a quelli riscontrati già in precedenza in carcere, dove la clandestinità dell'assunzione di droga è più elevata.
In conclusione, sembra comunque che l'entrata in vigore della 162 abbia incrementato sia la clandestinità dei tossicodipendenti - al contrario di quanto si vorrebbe far credere - sia il numero.

3. Consumatori e detentori per uso personale di sostanze stupefacenti

Come abbiamo già avuto modo di rilevare nei precedenti rapporti, i dati in merito alle segnalazioni alle Prefetture - quali risultano presso l'Osservatorio del Ministero dell'Interno - non sono affidabili: in alcune regioni risulta ancora un numero di persone segnalate maggiore del numero di segnalazioni (tra l'altro nel commento si fa confusione tra segnalazioni e persone segnalate).
Date queste premesse, non sembra valga la pena di soffermarsi troppo sulle analisi "ufficiali". Non possiamo però fare a meno di rilevare che:

- si citano le persone inviate ai servizi in seguito a segnalazioni come conferma dell'aumento del cosiddetto fenomeno dell'emersione, mentre tali casi sono già stati contati nel numero stesso delle persone in carico ai servizi (vedi sopra);
- si riporta come un successo il fatto che 4.325 tossicodipendenti hanno avuto un programma terapeutico assegnato in seguito all'invio da parte del Prefetto alle strutture di assistenza, senza fare alcuna menzione della sorte delle altre 11.000 (circa) persone segnalate al Prefetto in base alla 162;
- sulla base della classifica delle regioni per numero di segnalazioni - che si sostiene rispecchi la minore o maggiore presenza di tossicodipendenti nelle regioni stesse - si afferma che le Prefetture hanno agito in modo omogeneo in tutto il territorio nazionale.

C'è però da osservare che nella classifica delle prime quattro regioni non compaiono il Lazio, la Liguria e l'Emilia e Romagna, che, in base a tutti gli indicatori di presenza, risultano invece ai primi posti.
Sono incongruenze che confermano, ancora una volta, il caos in cui si muovono le Prefetture e la confusione presente nei dati trasmessi dalla periferia all'Osservatorio del Ministero, nonché presso l'Osservatorio stesso.
Una ulteriore conferma della disomogeneità di comportamento delle Prefetture si può avere dall'esame dei grafici desunti dallo stesso Rapporto Jervolino - allegati di seguito - in merito agli atti che seguono le segnalazioni.

4. Servizi sanitari pubblici e comunità terapeutiche residenziali.

A proposito delle analisi in merito alla dislocazione territoriale dei servizi, si lamenta che ben il 54% dei servizi pubblici e il 59,7% delle comunità terapeutiche sono collocati al Nord (dove si ammette essere anche concentrata la maggior parte dei tossicodipendenti). Purtroppo, però, manca un'analisi sulle effettive necessità regionali in merito ai servizi, basata su indicatori affidabili di presenza di tossicodipendenti che sarebbe auspicabile, anzi necessaria, prima di pianificare l'insediamento di nuovi servizi e la concessione di finanziamenti. Non si fa cenno a nessuna analisi del genere: né effettuata, né pianificata, né da pianificare. Ancora più preoccupante è la valutazione dei dati sulle terapie, in particolare la terapia metadonica, nelle diverse regioni. Si dice infatti: "...mentre al Nord il ricorso al trattamento farmacologico a base di sostanze sostitutive da parte dei servizi pubblici è in costante diminuzione, essendo attuato solo nel 15,4% dei casi, al Centro esso riguarda il 64% dei casi, al Sud il 37,7% dei casi e nelle Isole il 61,8% dei casi. Nonostante queste differenze c'è da dire che anche nel Sud e nelle Isole si ha una costante, anche se lenta, diminuzione di questo tipo di trattamento.".

Se si considera l'andamento dei casi di AIDS tra tossicodipendenti nelle varie regioni come riportato nei rapporti OLD precedenti - il risultato di tale politica restrittiva sul metadone è evidente, dato che il Nord ha il record di tali casi, seguito dal Centro, dal Sud e dalle Isole. Ancora una volta il Rapporto Jervolino riporta come un "successo" quello che in realtà è solo una scelta terapeutica assai pericolosa non motivata scientificamente in alcun modo. Per approfondire l'analisi di questo problema abbiamo preso in considerazione quanto dichiarato a Radio Radicale il 13/8/91 da Roberto Nardini, segretario del Gruppo di Studio e di Intervento sulle Malattie Sociali e membro della Società Italiana per le Tossicodipendenze. Risulta che - contrariamente a quanto sta avvenendo in Italia - i programmi metadonici negli U.S.A. (ma questo vale anche in altri Paesi che hanno più lunga tradizione in merito al trattamento della tossicodipendenza) sono alla base del sistema di servizi per tossicodipendenti: ben l'84% degli interventi su eroinomani è costituito da terapie metadoniche di mantenimento, essendo ormai acquisita scientificamente l'inefficacia e la pericolosità della disintossicazione coatta (anche alcune overdosi si potrebbero considerare come il risultato di tentativi di disintossicazione coatta). Al contrario la terapia metadonica di mantenimento risulta particolarmente efficace nel ridurre il sintomo classico da cui sono affetti gli eroinomani, cioè la "petizione compulsiva", riducendo, di conseguenza, la probabilità che il soggetto ricorra ancora all'eroina e quindi anche lo scambio di siringhe e, in ultima analisi, la possibilità di diffusione del virus dell'AIDS tra i tossicodipendenti e - attraverso contatti con tale gruppo - anche nella popolazione generale, in particolare giovanile. Il metadone, com'è noto, offre inoltre l'ulteriore vantaggio di rendere inutile la ricerca del denaro per la dose tramite scippi, borseggi e prostituzione.

L'andamento dell'incidenza delle terapie metadoniche nelle varie regioni d'Italia è stato recentemente analizzato anche dal dott. Diego Serraino, dell'Unità epidemiologica del Centro Tumori di Aviano (Pordenone), nell'ambito del Progetto

AIDS del Ministero della Sanità, che ha riscontrato un aumento della richiesta di interventi terapeutici da parte di tossicodipendenti in corrispondenza con l'inizio e lo sviluppo dell'epidemia di AIDS (l'emersione tanto citata nel Rapporto Jervolino potrebbe anche essere principalmente motivata dall'impatto emotivo di tale epidemia), accanto ad una diminuzione percentuale delle terapie metadoniche, come si vede dalla Tabella 5. Anche in questo caso si analizza il funesto impatto di tale politica sull'andamento dell'epidemia di AIDS sulla base degli stessi dati in nostro possesso, già considerati nei rapporti OLD precedenti.

TAB. 5 Numero dei centri pubblici e privati per l'assistenza ai tossicodipendenti e di individui seguiti.

	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Centri pubblici di assistenza	436	455	468	473	490	513
Tossicodipendenti in carico	20.841	20.520	20.498	23.839	28.518	33.335
Tossicodipendenti che seguono terapie metadoniche	12.272	10.194	9.693	10.905	11.913	12.986
Comunità terapeutiche private	222	301	324	342	351	415
Tossicodipendenti in carico	4.440	5.207	5.605	6.737	7.652	9.965

Figura 1 - Tossicodipendenti che frequentano Centri Pubblici di Assistenza (per 100.000 abitanti, per area geografica)

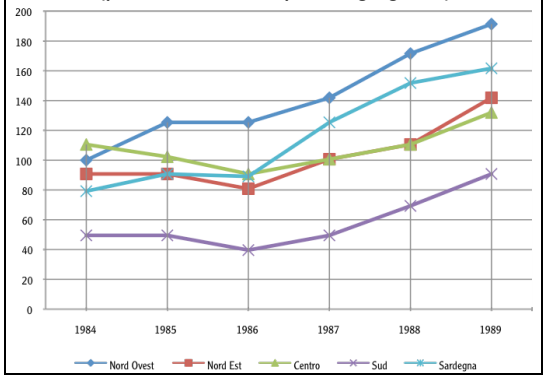
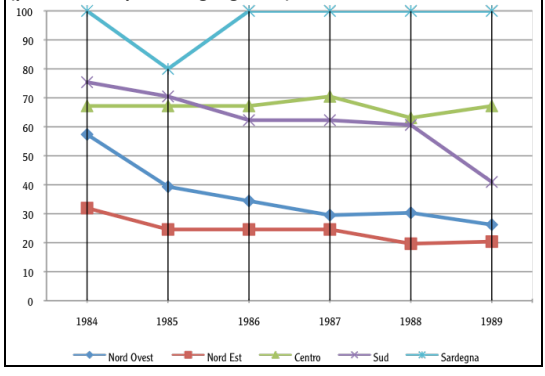


Figura 2 – Tossicodipendenti in programma metadonico (percentuale, per area geografica)



5. Decessi per assunzione di sostanze stupefacenti

Si ammette che la 162 deve registrare un insuccesso in merito all'andamento di questo fenomeno cercando però di minimizzarlo con curiose disaggregazioni su periodi di tempo ad hoc.

Nella tabellina seguente riportiamo l'andamento dei decessi per anno, con il relativo incremento percentuale.

anno	Numero di decessi	Incremento
1986	292	-
1987	543	+ 85,66%
1988	809	+ 48,99%
1989	973	+ 20,27%
1990	1.152	+ 18,40%

Per quanto riguarda il 1991, si afferma che *"Le rilevazioni effettuate nei primi 5 mesi del 1991, evidenziano il trend in discesa della percentuale già indicata per l'anno 1990; essa è pari infatti al 13,7%..."*.

Purtroppo, questo dato "confortante" non può che essere preso con il beneficio di inventario visto che il Rapporto è scritto il 10/6/91 e quindi il dato al 31/5/91 è certamente affetto da errore dovuto a ritardo di notifica, da considerarsi quindi come una sottostima del valore reale.

Non bisogna poi dimenticare l'aumento record riscontrato nei primi tre mesi del '91 a cui ha fatto seguito una rigorosa negazione a fornire dati in merito da parte dell'Osservatorio del Ministero, per espresso desiderio del Ministro Jervolino (vedi Rapporto OLD n. 2/1991), che impedisce di fatto di effettuare delle analisi affidabili in proposito, non avendo a disposizione la stessa disaggregazione dei dati nei diversi anni.

Nella stessa sezione del Rapporto Jervolino si ammette comunque l'inutilità di norme giuridiche per arginare il fenomeno e si ritorna sulla base di tali dati disaggregati per regione alla classifica delle regioni per presenza di tossicodipendenti, che è molto diversa da quella precedentemente riportata in merito agli interventi delle prefetture.

Quindi nello stesso rapporto si afferma e, implicitamente, si smentisce che le prefetture hanno operato uniformemente nelle diverse regioni.

Per quanto riguarda la distribuzione delle età dei deceduti, sembra che si sia verificato un innalzamento dell'età media e un aumento della proporzione di decessi tra individui al di sopra dei 30 anni.

Da questo viene dedotto un innalzamento dell'età media dei tossicodipendenti con una frenata nell'espansione del mercato tra i giovanissimi. Mancano però altri indizi confortanti in proposito.

Il dettaglio dell'analisi è meglio evidenziato dalle tavole allegate, desunte dal Rapporto Jervolino.

6. Detenuti tossicodipendenti

Le analisi e i dati risultano alquanto sconclusionati. Quello che si può desumere dall'indagine a campione citata è che non ci sono sostanziali mutamenti nel numero di detenuti tossicodipendenti tra la fine del 1990 e il 31/3/1991.

Il dato preoccupante è che ben il 77% di questi risulta in attesa di giudizio, mentre è il 42,4% la percentuale di quanti sono in carcere per violazione della 162.

I dati riportati sono troppo scarni per permettere analisi di trend rispetto al periodo precedente, dato che non si conoscono le relative imputazioni.

7. Minorenni assuntori o detentori di droga

I dati riportati in merito ai minorenni sono piuttosto preoccupanti e potrebbero smentire il presunto invecchiamento della popolazione tossicodipendente citato a proposito dei decessi. Si dice infatti *"Risultano infatti assuntori di sostanze stupefacenti 52 casi, pari al 34% circa dei 152 minori entrati nei primi tre mesi del corrente anno negli istituti penali."*. Se si raffronta il dato con quello relativo alla percentuale di detenuti (maggiorenni) tossicodipendenti (circa il 28%), sembra che la condizione di tossicodipendente sia più frequente tra i minorenni detenuti che tra i maggiorenni.

Questo potrebbe essere indice sia di una non diminuita espansione del mercato della droga tra i giovani e giovanissimi, sia del potere criminogeno dell'attuale legislazione sulle droghe che spinge sempre più i tossicodipendenti a compiere azioni criminose sin da giovanissimi.

8. Arresti

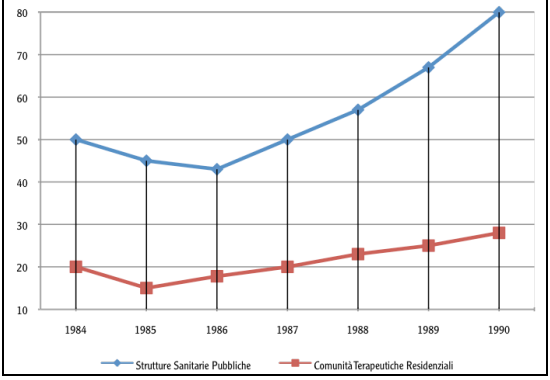
L'unico dato di un qualche interesse è quello relativo al numero di persone segnalate per traffico e spaccio di sostanze stupefacenti, che risulta aumentato del 25% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Se si confronta questo dato con quello relativo all'aumento della cosiddetta emersione (aumento di circa il 10%) sembra, ancora una volta, che la 162 abbia prodotto un aumento maggiore nei decessi e nelle imputazioni per traffico, piuttosto che negli avvii alla disintossicazione e recupero. Se si integrano questi dati con le notizie di cronaca recente, non si può non sospettare che in realtà siano molti di più i tossicodipendenti avviati al carcere che quelli avviati al recupero. Del resto, recenti prese di posizione della Cassazione e del Presidente della Corte Costituzionale sono una neppure troppo implicita - conferma della correttezza delle nostre analisi.

Ancora più inquietante è la conclusione finale riportata nel Rapporto: "È comunque chiaro dall'insieme dei dati che la pericolosità sociale del fenomeno non è per ora diminuita e che, quindi, richiederà ancora per lungo tempo un sinergico impegno preventivo, riabilitativo e repressivo molto forte". Riportiamo in allegato le tavole grafiche del Rapporto Jervolino relative ai temi trattati.

Numero medio di utenti in trattamento (per strutture e per regioni)

REGIONI	Strutture Sanitarie Pubbliche	Comunità Terapeutiche Residenziali
Piemonte	84	16
Valle d'Aosta	64	5
Lombardia	78	16
Trentino A.A.	56	30
Veneto	68	21
Friuli V.G.	63	14
Liguria	143	35
Emilia R.	95	56
Toscana	57	36
Umbria	59	74
Marche	35	22
Lazio	87	28
Abruzzi	33	30
Molise	9	10
Campania	63	32
Puglia	138	48
Basilicata	39	10
Calabria	87	16
Sicilia	38	23
Sardegna	173	35
ITALIA	**80**	**28**

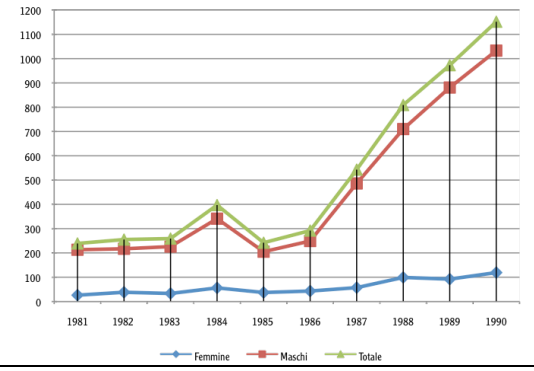
Numero medio di utenti in trattamento (per strutture e per anni)



Decessi di assuntori di stupefacenti (per sesso e per anni)

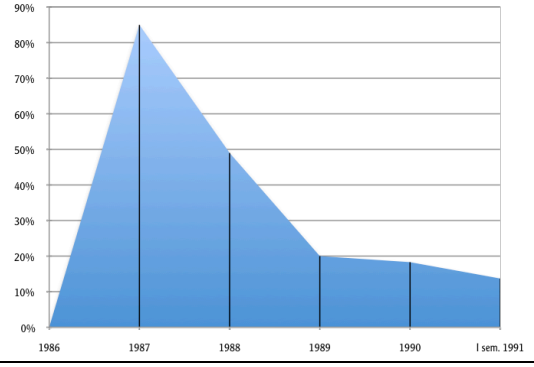
	Femmine	Maschi	Totale
1981	26	213	239
1982	38	217	255
1983	33	226	259
1984	56	341	397
1985	37	205	242
1986	43	249	292
1987	57	486	543
1988	99	710	809
1989	92	881	973
1990	119	1.033	1.152

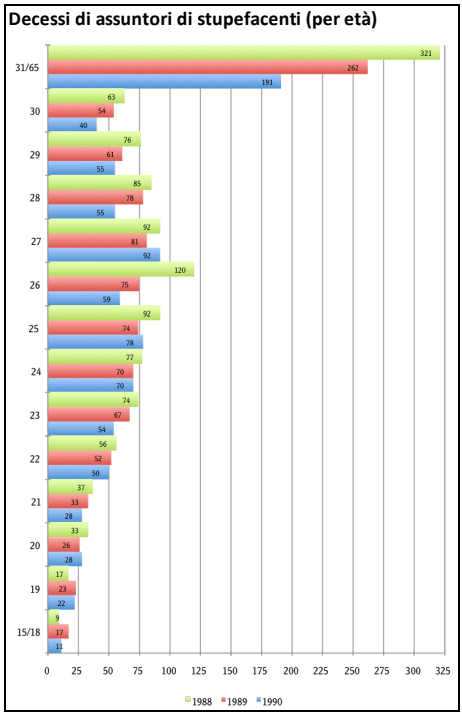
Decessi di assuntori di stupefacenti (per sesso e per anni).

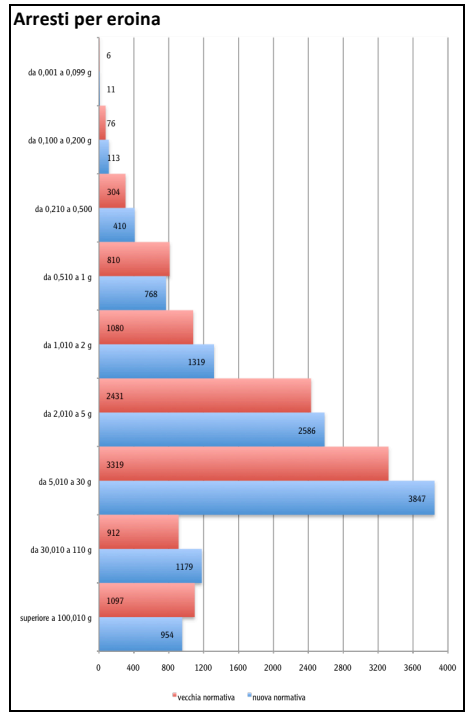


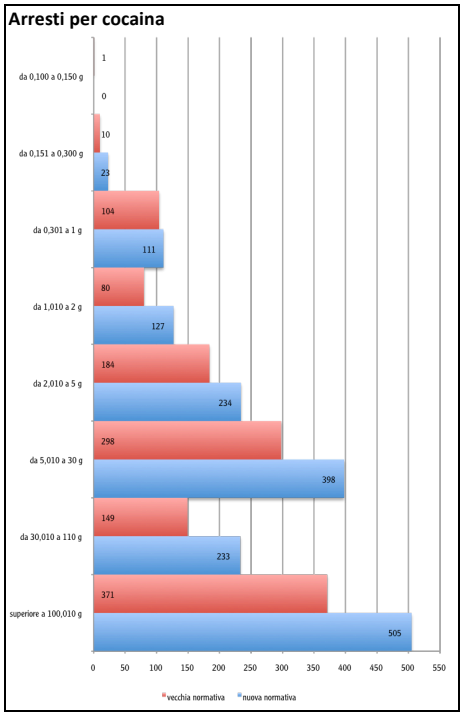
1986	-
1987	85%
1988	49%
1989	20%
1990	18,30%
I sem. 1991	13,70%

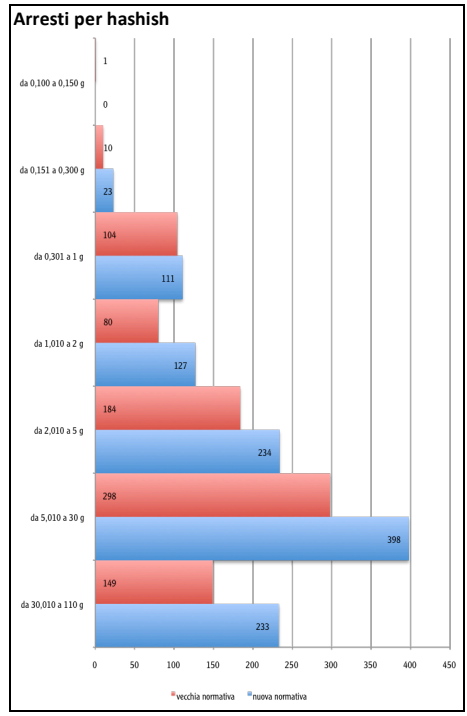
Percentuale di incremento dei decessi di tossicodipendenti

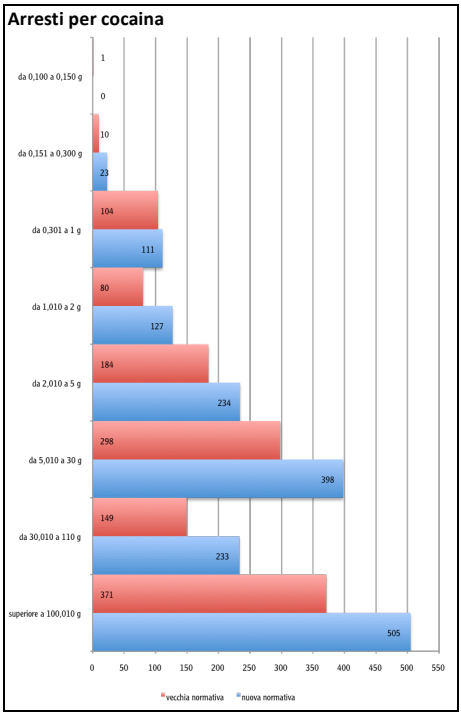


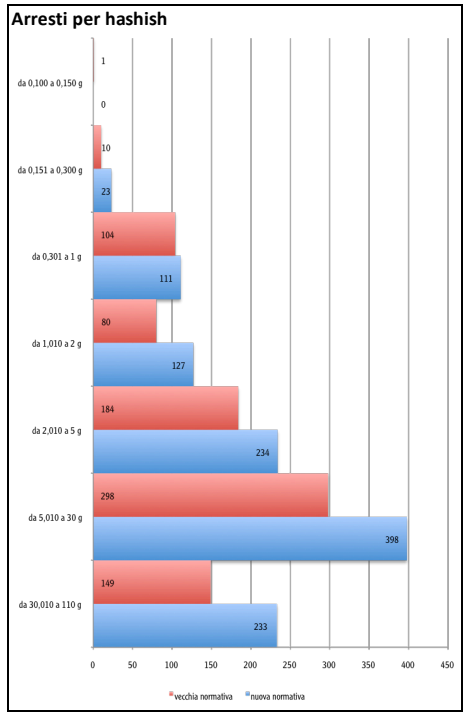

Decessi di assuntori di stupefacenti (per età)
31/65
30
29
28
27
26
25
24
23
22
21
20
19
15/18
321
262
191
63
54
40
76
61
55
85
78
55
92
81
92
120
75
59
92
74
78
77
70
70
74
67
54
56
52
50
37
33
28
33
26
28
17
23
22
9
12
11
0 25 50 75 100 125 150 175 200 225 250 275 300 325
1988 1989 1990


Arresti per eroina
da 0,001 a 0,099 g
da 0,100 a 0,200 g
da 0,210 a 0,500
da 0,510 a 1 g
da 1,010 a 2 g
da 2,010 a 5 g
da 5,010 a 30 g
da 30,010 a 110 g
superiore a 100,010 g
6
11
76
113
304
410
810
768
1080
1319
2431
2586
3319
3847
912
1179
1097
954
0 400 800 1200 1600 2000 2400 2800 3200 3600 4000
vecchia normativa
nuova normativa

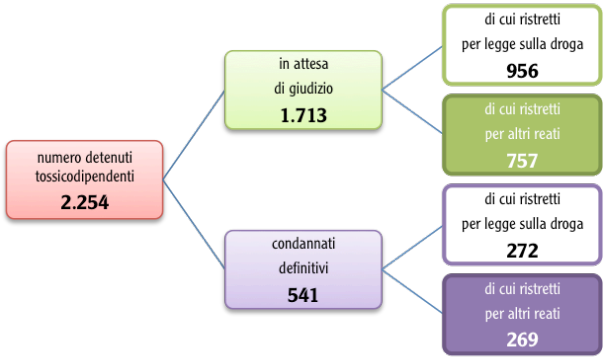

Arresti per cocaina
da 0,100 a 0,150 g
da 0,151 a 0,300 g
da 0,301 a 1 g
da 1,010 a 2 g
da 2,010 a 5 g
da 5,010 a 30 g
da 30,010 a 110 g
superiore a 100,010 g
1
0
10
23
104
111
80
127
184
234
298
398
149
233
371
505
0 50 100 150 200 250 300 350 400 450 500 550
vecchia normativa
nuova normativa


Arresti per hashish
da 0,100 a 0,150 g
da 0,151 a 0,300 g
da 0,301 a 1 g
da 1,010 a 2 g
da 2,010 a 5 g
da 5,010 a 30 g
da 30,010 a 110 g
1
0
10
23
104
111
80
127
184
234
298
398
149
233
0 50 100 150 200 250 300 350 400 450
vecchia normativa
nuova normativa



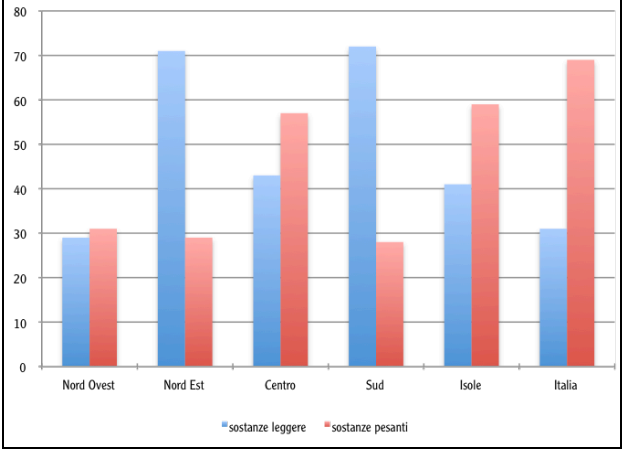


Rilevamento alla data del 31/03/1991
RIEPILOGO GENERALE
- dati relativi a 7 Itsituti campione -

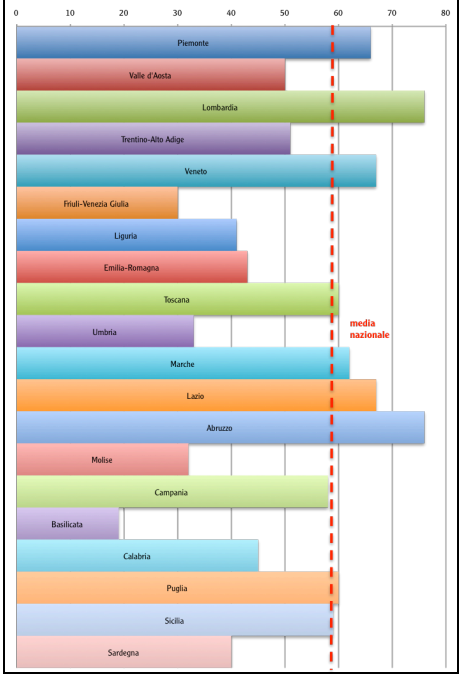


I dati sono stati rilevati nelle seguenti strutture prese come campione:
C.C. "Le Vallette" Torino | C.C. Milano | C.C. Genova | C.C. "Regina Coeli" Roma |
C.C. N.C. "Rebibbia Roma | C.C. Napoli | C.C. Palermo

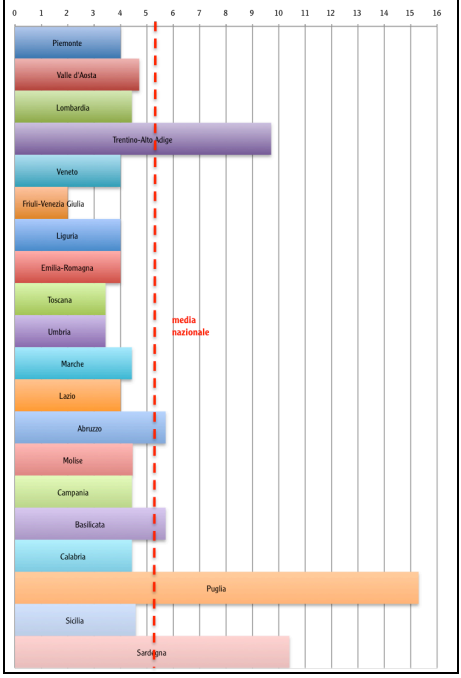
Incidenza sulle segnalazioni del tipo di sostanza in possesso della persona segnalata al Prefetto (per area geografica



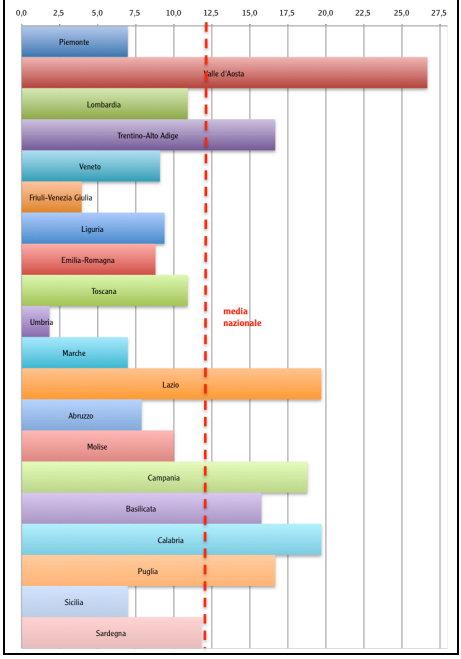
Tempo intercorso tra l'episodio e la sanzione (in giorni). - - media nazionale



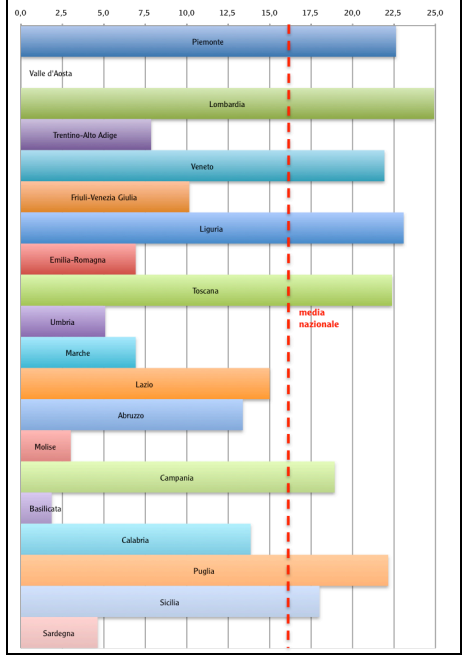
Tempo intercorso tra l'episodio e la segnalazione al Prefetto (in giorni) . - - media nazionale



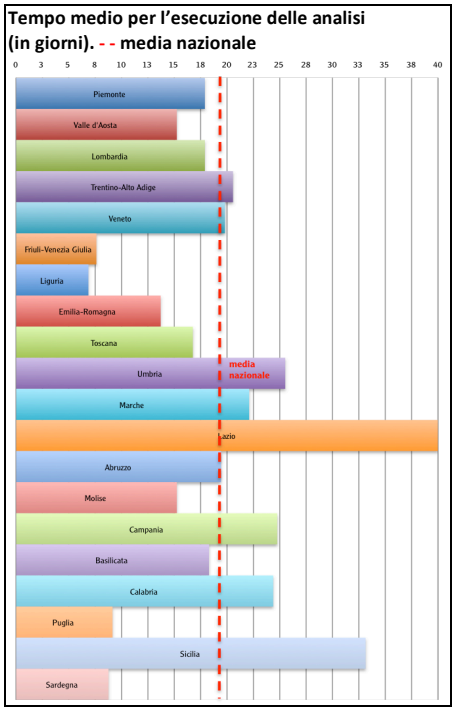
Tempo intercorso tra la ricezione del verbale delle Analisi e la convocazione del soggetto (in giorni). - - media nazionale

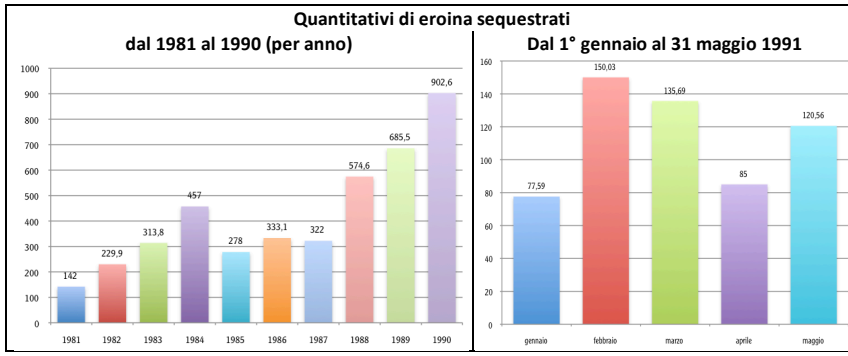


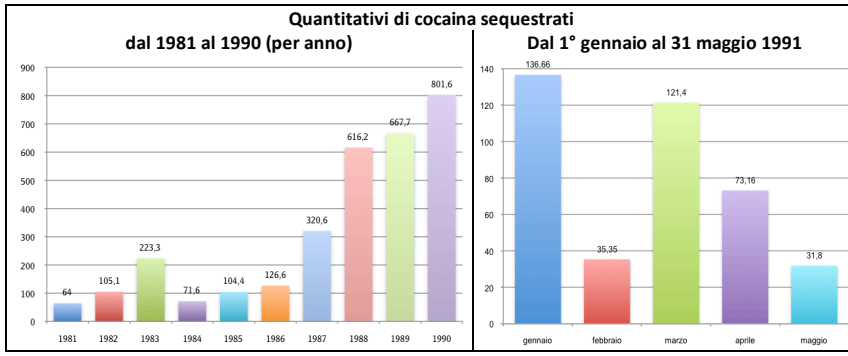
Tempo intercorso tra il colloquio e la sanzione (in giorni). - - media nazionale

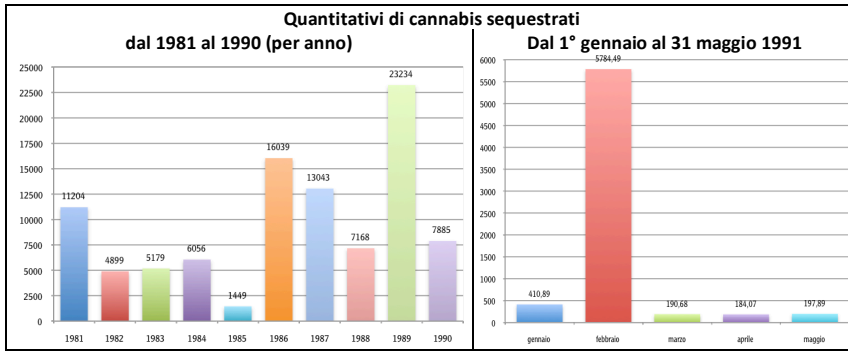


Tempo medio per l'esecuzione delle analisi (in giorni). - - media nazionale




Quantitativi di eroina sequestrati
dal 1981 al 1990 (per anno)
1000
900
800
700
600
500
400
300
200
100
0
142
229,9
313,8
457
278
333,1
322
574,6
685,5
902,6
1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
Dal 1° gennaio al 31 maggio 1991
160
140
120
100
80
60
40
20
0
77,59
150,03
135,69
85
120,56
gennaio
febbraio
marzo
aprile
maggio


Quantitativi di cocaina sequestrati
dal 1981 al 1990 (per anno)
900
800
700
600
500
400
300
200
100
0
64
105,1
223,3
71,6
104,4
126,6
320,6
616,2
667,7
801,6
1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
Dal 1° gennaio al 31 maggio 1991
140
120
100
80
60
40
20
0
136,66
35,35
121,4
73,16
31,8
gennaio
febbraio
marzo
aprile
maggio


Quantitativi di cannabis sequestrati
dal 1981 al 1990 (per anno)
25000
22500
20000
17500
15000
12500
10000
7500
5000
2500
0
11204
4899
5179
6056
1449
16039
13043
7168
23234
7885
1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
Dal 1° gennaio al 31 maggio 1991
6000
5500
5000
4500
4000
3500
3000
2500
2000
1500
1000
500
0
410,89
5784,49
190,68
184,07
197,89
gennaio
febbraio
marzo
aprile
maggio

IV RAPPORTO – APRILE 1992

Editoriale

DI CARLA ROSSI

Siamo arrivati al IV Rapporto dell'Osservatorio delle Leggi sulla Droga del CORA, che analizza documenti di diversa fonte: Rapporti Jervolino 1990 e 1991, ONU 1991, CENSIS, delle Procure in occasione dell'apertura dell'anno giudiziario, della Commissione Antimafia, dati OMS, ONU, ISTAT, Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Epidemiologico Regionale del Lazio, Ministero Affari Sociali. Nel seguito avranno spazio, in particolare, tre interventi specifici:

- il primo analizza e commenta, anche attraverso raffronti e riscontri con altre Fonti, quanto riportato nei Rapporti Jervolino;
- il secondo riporta la traduzione della sintesi del Rapporto ONU 1991 e, per esteso, del capitolo relativo all'analisi della situazione europea;
- il terzo tratta il problema della mortalità giovanile indotta dal regime sulle droghe.

Dall'analisi comparativa dei documenti e dati esaminati è possibile anticipare alcune considerazioni generali.

La qualità dei dati forniti dall'Osservatorio del Ministero rende impossibile ogni tipo di analisi affidabile sul fenomeno tossicodipendenza, basato su tale fonte, che dovrebbe invece essere la più autorevole in materia.

Non è possibile, in particolare prendere in considerazione i dati sugli interventi delle Prefetture in quanto, già nel I Rapporto OLD 1991, avevamo ampiamente dimostrato la totale inaffidabilità degli stessi dovuta principalmente a eccessivi ritardi di notifica (di conseguenza sono da considerare poco affidabili anche i dati relativi alla frequenza dei Servizi).

Sono utilizzabili solo per qualche analisi sulla distribuzione per età dei soggetti segnalati, in quanto, il numero totale di segnalazioni rende comunque abbastanza rappresentativo il campione considerato.

A partire da tali dati si evidenzia come i soggetti segnalati siano mediamente più giovani dei tossicodipendenti rilevati a campione, nei Centri di Assistenza e nelle strade di alcune città italiane, per una indagine multicentrica dell'OMS.

Nel primo caso infatti l'età media è di 25,5 anni, mentre nel secondo caso è superiore di circa 2 anni.

Questa differenza potrebbe derivare dal fatto che le segnalazioni ai Prefetti riguardano in gran parte (circa 35%) i consumatori di cosiddette droghe leggere, che, in realtà, non si possono neppure definire tossicodipendenti, e sono, mediamente, più giovani dei tossicodipendenti veri, che dovrebbero costituire la popolazione target privilegiata per il tanto propagandato recupero.

Tra l'altro il meccanismo perverso della dose media giornaliera, utilizzato solo in Italia per l'automatica distinzione tra consumatore e spacciatore, porta troppo

frequentemente in carcere proprio i consumatori di droghe leggere con risultati spesso devastanti. La 162 ha reso mortale l'hashish: non si muore per la sostanza, si muore di carcere per hashish (alcuni casi in questo senso sono apparsi sulla stampa nell'estate scorsa e riguardavano persone giovani).
I dati sui decessi verranno analizzati più ampiamente nel seguito.
Qui interessa mettere in luce che anche per questi la qualità è molto dubbia.
È più difficile per noi controllarli direttamente, come avevamo fatto per quelli delle Prefetture, ma ogni volta che è stato realizzato un controllo da altra fonte diretta, si è evidenziata una sostanziale sottostima.

- Nel **Lazio** la sottostima relativa, per esempio, all'anno 1989 è del 32%.
  La sottostima sistematica dipende, probabilmente, dalla definizione di "caso" attualmente in vigore e che costringe, per esempio, a ricercare le overdosi nelle banche dati *ISTAT* mediante opportuni codici riguardanti le morti per avvelenamento.
- Dai dati sui decessi di fonte locale di cui disponiamo emerge anche la preoccupante proporzione di decessi di individui assistiti dai Centri pubblici, in **Lombardia** si arriva oltre il 75% nel 1990.

L'incidenza dei decessi, comunque correlati all'uso a rischio di droghe (comprendenti anche i decessi per AIDS), è particolarmente rilevante nelle fasce di età giovanili.
Come verrà meglio messo in luce nel seguito, nelle grandi aree metropolitane le morti per AIDS o overdose spiegano circa il 50% dei decessi dei giovani in fasce di età comprese tra i 20 e i 30 anni, fin dal 1988.
Questo fenomeno sembra totalmente sfuggire alle analisi ufficiali, in cui si riportano i dati in valore assoluto senza tenere conto della dinamica demografica che, da una parte spiega il progressivo invecchiamento dei deceduti, dall'altra, data la diminuzione generale del numero di giovani, rende sempre più rilevante l'impatto delle "morti per droga".
Il *Ministero dell'Interno* comunque sembra essersi posto il problema del miglioramento del servizio "reso" dall'*Osservatorio*. Infatti, nello stesso *Rapporto Jervolino 1992* si parla da una parte di incremento del personale addetto, dall'altra dell'istituzione di un Comitato Scientifico che sembra aver lavorato con un'efficienza stupefacente, posto che, avendo tenuto la sua prima riunione il 16 dicembre scorso, ha già predisposto l'appalto di due progetti di ricerca, affidandone uno al *LABOS* e l'altro alla *LOGOS ricerche*.
Peraltro, nel *Rapporto Jervolino* non si dice come sia composto tale Comitato, né chi lo coordini. Non si dice neppure a quanto ammontino i finanziamenti per le ricerche suddette, né se e come siano stati affidati gli appalti. Evidentemente fa parte dello stile generale dell'*Osservatorio* l'abitudine di occultare informazioni utili al pubblico, ma, forse, imbarazzanti per la struttura. Nessun cenno si fa inoltre all'attivazione dei sistemi informativi regionali, che veramente potrebbero portare un contributo alla conoscenza della dinamica, anche territoriale, dei fenomeni legati alle droghe e che pure sono previsti in base alla *162*. La regione **Lazio** ha provveduto all'attivazione del servizio, con una delibera di Giunta del 6/8/91.

Dalle altre regioni non abbiamo notizie. Il Ministro non sembra volersene occupare. Manca nel *Rapporto 1992* ogni stima relativa al mercato della droga. Uno studio in proposito era presente nel *Rapporto 1991*. Forse si ritiene di poter prendere per buono quanto riportato nel recente *Rapporto del CENSIS* in proposito e che risulta molto più rassicurante di quello della *Guardia di Finanza* elaborato nell'anno precedente, dato che perviene ad un fatturato che è pari al 10% circa rispetto a quello stimato in precedenza. Se però si entra nel merito e si guarda su che basi tale stima è stata prodotta, si realizza subito che ogni valore utilizzato nella composizione è largamente sottostimato. Solo per fare un esempio, il *CENSIS* ritiene di poter ipotizzare un numero di consumatori abituali pari a 90.000 in **Italia** (che consumano mediamente una quantità di sostanza pari alla metà circa di quella stimata dalla *Guardia di Finanza*), la *Commissione Antimafia* stima che solo a **Roma** siano presenti 60.000 consumatori abituali.
È chiaro che il *CENSIS*, sulla base delle ipotesi assunte, non poteva che produrre una sottostima del mercato. P
er avere un'idea delle tendenze del mercato ci si può più utilmente riferire al *Rapporto dell'ONU* che, pur non facendo riferimento a cifre, prende in considerazione però delle tendenze rilevanti.
Sembra essersi prodotto un iniziale effetto di saturazione del mercato nei paesi dell'Occidente, quindi mercato stabile (in **Italia** presumibilmente sono ancore valide le stime della *Guardia di Finanza* del 1990).
I trafficanti tendono ad aprire nuovi mercati nei paesi ex Comunisti e nel Sud del Mondo, dove la numerosità degli individui a rischio, che il mercato della droga può acquisire, rende particolarmente vantaggiosi gli investimenti.
Per quanto riguarda l'Occidente, come evidenziato anche dalla *Commissione Antimafia* i proventi del mercato delle droghe sono stati già ampiamente reinvestiti in attività legali e il numero di individui potenzialmente acquisibili al mercato è ormai troppo scarso, anche per motivi demografici, per rendere produttivi nuovi investimenti nel settore, da qui la stabilità del mercato.
Dall'analisi dei dati del *Ministero di Grazia e Giustizia* si evidenzia la potenzialità criminogena dell'attuale regime in tema di droghe.
Da una parte è aumentato il numero dei tossicodipendenti nelle carceri, ben il 36% dei detenuti per reati comuni è tossicodipendente (paradossalmente sono di più, in percentuale, i tossicodipendenti ristretti per reati comuni che per la *162*), mentre il 50% dei detenuti in base all'art.73 della *162* è non tossicodipendente.
In altre parole, il mercato clandestino delle droghe spinge il tossicodipendente verso ogni genere di reato (scippo, furto, spaccio), ma anche non tossicodipendenti diventano operatori del mercato della droga.
Il numero di piccoli operatori di tale mercato deve essere davvero considerevole se, nonostante i 22.000 arresti del 1991, non sembrano esserci stati particolari contraccolpi. Secondo il *Rapporto dell'ONU*, nonostante l'aumento generale delle sostanze sequestrate (che peraltro a volte rientrano nel mercato) e degli arresti, i prezzi al dettaglio sono rimasti invariati e la qualità e andata migliorando nel corso del 1991.

Tutto questo non ha bisogno di commento.
Ancora un commento occorre invece farlo sull'impatto che tutta questa situazione ha sulla gente cosiddetta "comune".
Se il 60% dei detenuti risulta in carcere per motivi legati comunque alla droga, è evidente che anche i *Tribunali* lavorano per la maggior parte del loro tempo su questi casi, a scapito di altre cause.
Inoltre, i tossicodipendenti che commettono reati comuni hanno come vittime gente comune e, se si considera che solo il 5% delle volte vengono identificati, si può immaginare quanto sia rilevante il danno prodotto.
Nel seguito gli aspetti più importanti dell'impatto dell'attuale regime in tema di droghe saranno, come detto, esaminati in maggior dettaglio.

Contraddizioni, errori e bugie del Rapporto Jervolino

DI CARLA ROSSI

0. Prologo

Qualche anno fa, durante un breve soggiorno a **Londra**, mi sono lasciata tentare da un libretto della serie "Pelikan" il cui titolo suonava suggestivo: *How to lie with statistic*, firmato da Darrel Huff. Non immaginavo, allora, che avrei visto l'applicazione puntuale di tutte le regole negli annuali *Rapporti del Ministro Jervolino* sull'andamento del fenomeno "tossicodipendenza". Per chiarire questa tesi partirò da alcuni punti chiave, messi in luce dal Ministro stesso nel corso della Conferenza Stampa di presentazione del *Rapporto* il giorno 11/2/92. A parziale "discolpa" del Ministro c'è però da rilevare che finora, nessuna analisi "governativa" sui dati dell'*Osservatorio del Ministero degli Interni* è stata supportata dal parere di qualificati esperti statistici. Questo deve far riflettere perché nasce il sospetto che gli scienziati "veri" non se la sentano di sostenere tesi insostenibili, quali sono quelle affermate dalla *Jervolino*, che sono ormai da considerarsi solo come prese di posizione di tipo ideologico, piuttosto che valutazioni basate su analisi rigorose.

1.La popolazione tossicodipendente sta invecchiando?
Se è vero, perché accade?

Sia il Ministro che il Prefetto *Sotgiu* hanno evidenziato che dall'analisi dei dati sui decessi per overdose, che non sono ancora definitivi per quanto riguarda il numero relativo al 1991 e sono comunque sospetti di sostanziale sottostima, appare che l'età media al decesso e la percentuale di deceduti ultratrentenni siano aumentate rispetto a quelle relative all'anno, e agli anni, precedenti. Da questo "deducono" che, probabilmente per merito della legge, è diminuita l'incidenza di nuovi ingressi in età giovanili nel circuito della droga. Sembra sfuggire al nostro Ministro, che pur dovrebbe occuparsi di tematiche giovanili in generale, che l'**Italia** è il Paese Europeo con il più basso tasso di natalità e che la popolazione sta invecchiando ormai da anni, come ci avvertono i Demografi e i Sociologi, che trattano con preoccupazione i problemi emergenti degli anziani che, sempre in maggior numero, sono sulle spalle di una società con delle classi lavorative sempre più esigue.

Questo fenomeno demografico, se da una parte ha risolto senza necessità di particolari interventi, per esempio, il problema dei doppi turni nella scuola, dall'altra ha condotto a provvedimenti che hanno innalzato le età pensionabili in sempre più numerosi settori pubblici e privati. Si tenga inoltre presente che persino la popolazione universitaria, nonostante una cresciuta richiesta individuale di istruzione, è ormai pressoché stabile. Non è chiaro perché ci si dovrebbe meravigliare che anche la dinamica della popolazione tossicodipendente segua lo stesso trend naturale e invocare l'impatto di normative sulla droga per giustificare quello che è un andamento del tutto necessario, data la situazione demografica generale. Il

fenomeno emerge chiaramente dai dati dell'indagine multicentrica dell'*OMS*, già citata in precedenza.
Dall'analisi delle distribuzioni per età nelle 5 città campione (Milano, Roma, Venezia, Napoli, Cagliari), si evidenzia un trend Nord-Sud. Infatti, la popolazione tossicodipendente del Nord è più "anziana", riproducendo la distribuzione per età della popolazione generale, dato che il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, dovuto alla riduzione della natalità, è stato più sensibile al Nord. Se si considera, inoltre, che al Nord si concentra la maggior parte dei tossicodipendenti e quindi anche la maggior parte dei decessi, è evidente che la dinamica delle età riproduce essenzialmente quella esistente nelle zone settentrionali. Non bisogna chiedersi quanti siano in assoluto i nuovi ingressi nel circuito della droga nelle classi di età più giovanili, ma quale sia la proporzione dei nuovi ingressi in ogni classe di età, occorre cioè rapportare il numero di ingressi che si verificano al numero totale di individui presenti in quella classe di età, in modo da "normalizzare" il dato rispetto alla riduzione di natalità osservata negli ultimi 20 anni. Facendo questo si scoprirebbe che è la dinamica naturale della popolazione che sta rendendo meno drammatico il fenomeno dei nuovi ingressi nel circuito della droga, ed è certamente un errore (o una menzogna?) attribuire questo fenomeno ad altro. È anzi probabile che il dato normalizzato mostrerebbe ancora un aumento significativo degli ingressi giovanili. Del resto, quest'ultimo fenomeno può meglio essere evidenziato dall'andamento delle riforme per tossicodipendenza in ambito militare, che riguardano, per l'appunto, le età più giovanili. Si passa infatti dalle 760 riforme del 1986, alle 765 del 1987, 776 del 1988, 750 del 1989, 907 del 1990, mentre si afferma che: *"i dati relativi al 1991, per quanto ancora incompleti ed affidati a proiezioni statistiche, evidenziano un ulteriore incremento complessivo del fenomeno. L'entrata in vigore della legge 26 giugno 1990, con le modifiche previste in tema di provvedimenti medico legali, non permette per altro di raffrontare i dati del 1991 con quelli degli anni precedenti. Ciononostante, è evidente l'incremento del fenomeno"*.

2. Quanti sono veramente i decessi per droga?

Per quanto riguarda l'aumento del numero dei decessi attribuiti ufficialmente alla droga, occorre osservare che la percentuale riportata nel *Rapporto*, circa il 10%, è certamente affetta da sottovalutazione dovuta a ritardi di notifica. Utilizzando le informazioni relative all'anno precedente, prendiamo per buoni i dati ufficiali, e supponendo che mediamente non ci siano state variazioni sul trend dei ritardi, si può stimare che l'aumento percentuale annuale dei decessi si attesterà attorno all'11%. Sarebbe stato opportuno almeno citare il problema, come viene correttamente fatto, per esempio, nei *Rapporti del Centro Operativo AIDS (COA)* riguardo all'epidemia in atto. Anche questa omissione sistematica annuale è un errore statistico e una bugia politica. Ma quello che più preoccupa è che, da una parte si istituisce un gruppo di lavoro (Coordinato dal Senatore *Condorelli)* per pervenire ad una definizione "scientifica" di "caso" a proposito delle morti per droga, dall'altra non è chiaro quali e quante morti vengano attualmente

classificate come tali e in base a quale criterio. È possibile comunque, anzi è fortemente sospetto, che ci sia una sostanziale sottostima.
Il sospetto ci viene dall'analisi comparativa dei dati ministeriali con alcuni dati regionali rilevati alla fonte. Riportiamo la tabella relativa ai decessi per droga di tossicodipendenti in corso di terapia presso i centri della regione **Lombardia** negli ultimi anni.

Anno	Totale decessi Regione Lombardia		
	dati ufficiali dal Rapporto Jervolino	in terapia rilevati localmente	
1988	224	145	65%
1989	293	167	57%
1990	270 *	247	90%
1991	330	?	?

* proiezione fatta sulla base dei dati del semestre e del trend temporale e regionale (anche se ponessimo pari a 330 il valore del 1991, avremmo comunque una percentuale altissima e sospetta: 75).

È abbastanza inverosimile che la maggior parte dei decessi riguardi persone in terapia e che si verifichi un trend in crescita per la relativa percentuale rispetto al totale dichiarato. Aspettiamo i dati del 1991 e la conferma di quelli del 1990 per trarre conclusioni certe, ma in ogni caso i numeri della tabella debbono far riflettere.
Dalla regione **Lazio** ci viene invece non un sospetto, ma una certezza. Infatti, dai dati del sistema di sorveglianza sulla mortalità dell'*Osservatorio Epidemiologico Regionale*, apprendiamo che nel 1989 (i dati del 1990 non sono ancora disponibili) si sono verificati nel Lazio 131 decessi per droga (di cui 114 a Roma e 17 altrove) mentre il *Rapporto Jervolino 1991* riporta per lo stesso anno solo 99 decessi in tutta la regione, con una sottostima pari al 32%. Se si riflette sul fatto che non c'era nessun interesse un anno fa a nascondere i morti del 1989 (anzi!), il sospetto su possibili sottostime ancora più rilevanti per gli anni successivi si rafforza. Per tali anni non disponiamo ancora di dati definitivi, ma da alcune informazioni e proiezioni si può stimare che:

- nel '90 ci sia stato nel **Lazio** un incremento dei decessi pari a circa il 28% rispetto al 1989;
- a **Roma** l'incremento del II semestre '90 rispetto al I semestre sia stato del 32%(il passaggio tra i due semestri precedenti era stato del 21%);
- l'incremento a **Roma** del I semestre '91 rispetto al I semestre '90 è stato del 27%, mentre non risulta alcun aumento nel passaggio tra il II semestre '90 e il I semestre '91 (ma potrebbero ancora esserci ritardi di notifica);
- la sottostima dei dati dell'*Osservatorio del Ministero dell'Interno* oscilla intorno al 25% per il 1990 (- 32% per il 1989);
- se si prendono per buoni i dati del *Rapporto Jervolino* nella seconda metà del '91 in tutto il **Lazio** non ci sarebbero stati più di 30 decessi contro un ordine di grandezza di fra 70 e 90 nel I semestre solo a **Roma.**

3. È vero che la 162/90 fa "emergere" i tossicodipendenti?

Un'altra "bugia" è relativa al cosiddetto fenomeno dell'emersione. Si dice nel *Rapporto* che il meccanismo delle segnalazioni al *Prefetto* favorisce l'avvicinamento dei tossicodipendenti ai Servizi Pubblici anziché, come sostenuto dagli oppositori della legge, la loro maggiore clandestinità. A supporto di questa tesi si riporta l'aumento, in verità irrilevante rispetto al numero totale stimato dei tossicodipendenti italiani, come abbiamo già fatto osservare in precedenti interventi,

degli utenti dei servizi (ricordiamo inoltre che esistono indizi che portano ad affermare che gran parte dei decessi riguarda proprio tali utenti e che comunque anche questi dati sono probabilmente inaffidabili). Riguardo ai dati sulle utenze dei servizi pubblici c'è il sospetto che gran parte dell'aumento relativo al 1991 sia dovuto agli invii "coatti" da parte dei *Prefetti* e che si sia invece verificata una rilevante diminuzione delle utenze spontanee. Ancora una volta risulta impossibile verificare puntualmente questa ipotesi essendo i dati ufficiali relativi alle utenze dei servizi pubblici e agli invii delle *Prefetture* forniti sulla base di periodi di tempo differenti e inconfrontabili. Questa è un'altra prova dell'incapacità dell'*Osservatorio del Ministero dell'Interno* a svolgere un efficiente lavoro di analisi e informazione (oppure della volontà di mascherare dati imbarazzanti?).
A smentire ulteriormente la benefica azione della legge sull'emersione si possono riportare i risultati di alcune analisi svolte presso il *Centro Operativo AIDS (COA)*, in corso di pubblicazione su riviste scientifiche o presentate ufficialmente nel corso di seminari.
Da una parte, dall'analisi dei dati relativi al più grande studio italiano di follow up di sieropositivi si è evidenziato che la prosecuzione dell'abitudine all'uso endovenoso di droghe non ha un'influenza significativa sul decorso della malattia. Dall'altra, analisi effettuate dal Professor *Marcello Pagano*, sulla sopravvivenza dei malati di AIDS italiani, suddivisi in classi di rischio, ha evidenziato, negli ultimi anni un miglioramento progressivo della prognosi, misurata in termini di sopravvivenza mediana, per quanto riguarda gli omosessuali, e un peggioramento per quanto riguarda i tossicodipendenti e gli altri (eterosessuali, trasfusi ecc.). L'interpretazione del fenomeno, fornita dallo stesso studioso, è che la maggiore sopravvivenza è da ricondursi esclusivamente ad una diagnosi più precoce e che, quindi, quello che sembra essere successo negli ultimi tempi è un progressivo allontanamento dei tossicodipendenti da Servizi che permettono di effettuare diagnosi precoci. Per quanto riguarda i casi eterosessuali il ritardo è forse attribuibile ad una minore attenzione a sintomi sospetti, dovuta al fatto di non essere sempre a conoscenza della possibilità di essere stati contagiati, proprio per il fatto di non appartenere ad uno dei classici "gruppi a rischio". Proprio la disinformazione introdotta dalla terminologia "gruppo a rischio" anziché, più correttamente, "comportamento a rischio", può causare un limitato livello di attenzione tra i soggetti con comportamenti eterosessuali. Da tutti questi dati sembrerebbe proprio che i tossicodipendenti, almeno quelli sieropositivi, vivano in una situazione di maggiore clandestinità rispetto al passato.

4. I tossicodipendenti, il Carcere e l'HIV

La 162/90 ufficialmente non manda i tossicodipendenti in carcere, a meno che non siano recidivi e riottosi. In carcere devono andare gli spacciatori e i delinquenti comuni. Purtroppo, però la legge italiana, unica tra le legislazioni europee (e forse mondiali), prevede una definizione automatica di spacciatore che, esonerando da noiose indagini sull'effettivo comportamento dell'imputato, permette di classificare un individuo come tale solo sulla base della quantità di sostanza

trovata in suo possesso. Questo ha fatto sì che siano stati effettuati circa 1.000 arresti, su un totale di 22.000 nel 1991, relativi a persone, spesso molto giovani, che non possedevano più di 5 grammi di hashish. In alcuni di questi casi l'effetto per la persona è stato devastante (si è anche arrivati al suicidio in carcere). Nelle tabelle che seguono si riporta la situazione relativa ai tossicodipendenti in carcere rilevata alla fine del 1990 e in due successivi momenti nel corso del 1991.

Tab. 1 Detenuti presenti e tossicodipendenti.

		31-12-90		30-06-91		25-09-91	
DETENUTI	presenti	24.670		30.774		32.166	
	tossicodipendenti	7.299	29.59%	9.623	31.27%	10.771	33.49%

Tab. 2 Detenuti presenti, tossicodipendenti e affetti da HIV.

		31-12-90		30-06-91		25-09-91	
DETENUTI	presenti	24.670		30.774		32.166	
	Sieropositivi	2.489	10.09%	2.770	9.00%	3.110	9.67%
	Tossicodipendenti	7.299		9.623		10.771	
	Sieropositivi tossicodipendenti	2.378	32.58%	2.702	28.08%	2.977	27.64%

Come si vede dalla *tabella 1*, nel 1991 è andata progressivamente aumentando la popolazione carceraria e, in particolare, sono aumentati i tossicodipendenti detenuti. Dalla *tabella 2* si evidenzia inoltre il fatto che, pur aumentando anche i sieropositivi detenuti, questa caratteristica riguarda via via sempre meno i tossicodipendenti mentre cominciano ad aumentare i sieropositivi non appartenenti a questo "gruppo a rischio", cioè quelli che sono stati contagiati da rapporti sessuali piuttosto che da scambi di siringhe. In altre parole, anche all'interno del carcere, si comincia ad evidenziare un rilevante avvio della terza epidemia, dopo quella tra gli omosessuali e quella relativa ai tossicodipendenti, l'epidemia eterosessuale trasmessa, principalmente, attraverso contatti con partner tossicodipendente. In particolare, di tali casi il 64% delle malate non appartenenti a gruppi a rischio deve il contagio a rapporti con un partner tossicodipendente. L'inizio della terza epidemia si evidenzia anche nel *Rapporto COA* al 31/12/91. Per la prima volta i casi eterosessuali femminili superano quelli maschili e sono per lo più trasmessi da tossicodipendenti. Nelle tabelle pubblicate nel rapporto sono riportati altri dati più analitici, relativi alla situazione carceraria e agli arresti, che non hanno bisogno di particolare commenti. Un dato interessante, che deve far riflettere, emerge dall'analisi della tabella (scheda 4, riepilogo, pag. 159). Infatti, si riscontra che il 60% degli ingressi in carcere avviene per reati previsti dall'art.73 della 162/90 (questo dato conferma le stime correnti che circa il 70% dei procedimenti penali riguardi fatti di droga), che vengono commessi solo per il 50% da tossicodipendenti, mentre ben il 36% dei reati comuni, il cui autore è detenuto, risulta commesso da tossicodipendenti. Se si considera che, in base ai dati generali sulla microcriminalità, solo il 5% circa dei reati denunciati ha un autore noto, si evidenzia immediatamente la criminogenicità dell'attuale regime sulle droghe che, da una parte provoca le grandi guerre di Mafia nel Sud, dall'altra spinge verso il piccolo crimine e lo spaccio un'elevata percentuale di tossicodipendenti, proprio quelli che la 162 "vorrebbe" recuperare. Inoltre, sono spinti allo spaccio anche individui

non tossicodipendenti. Si noti anche che, se il numero di tossicodipendenti in trattamento è aumentato di 11.227 unità in 15 mesi, il numero di ingressi in carcere di tossicodipendenti durante il primo semestre del 1991 è stato di 13.645 persone, di cui ben 6.348 per "reati comuni".

5. Quanto incidono i sequestri sul mercato della droga?

Nel corso del 1990 la *Guardia di Finanza* stimava la quantità di sostanza sequestrata in non più del 5% delle droghe in circolazione. Nel 1991 i sequestri sono aumentati mediamente del 70%, pertanto, nell'ipotesi, forse ancora un po' ottimistica per l'**Italia**, che non ci sia stata ulteriore espansione del mercato, la quantità di sostanza sequestrata non supera il 9% del totale delle droghe in circolazione. Non è un gran risultato dato lo spiegamento di forze e risorse impiegato. Inoltre, gran parte delle sostanze sequestrate rientra nel mercato clandestino, come evidenziato anche da recenti fatti di cronaca. Che l'incidenza dei sequestri sia in generale irrilevante emerge anche dalle considerazioni riportate nel *Rapporto dell'ONU 1991* in cui si ammette che, nonostante i sequestri siano in aumento, la qualità della droga sul mercato è migliorata e il prezzo si è mantenuto costante. Il mercato non ha subito contraccolpi di nessun tipo in conseguenza dei provvedimenti repressivi e dei sequestri. In **Italia** non sembra aver subito contraccolpi neanche in conseguenza dell'arresto di ben 22.000 addetti al settore. Il *Rapporto ONU* evidenzia anche un effetto di saturazione delle piazze occidentali e uno spostamento degli interessi dei trafficanti verso il Sud e l'Est del mondo e verso altre attività, anche di tipo legale. Si tratta dello stesso effetto citato nel *Rapporto Jervolino* a proposito del presunto invecchiamento dei deceduti per overdose. La saturazione che si ipotizza, piuttosto che dovuta a misure più repressive, è probabilmente legata sia alla dinamica demografica dei paesi occidentali, che ne ha ridotto la popolazione giovanile potenzialmente a rischio, sia alla saturazione "naturale" di ogni fenomeno di tipo epidemico, come certamente si può considerare quello legato alla tossicodipendenza, per la dinamica stessa con cui si acquisiscono nuovi adepti. Ogni epidemia è destinata ad estinguersi prima o poi se non si produce almeno un nuovo infetto per ogni individuo già infettato. Quando il numero degli infetti è ormai troppo elevato, rispetto a quello degli individui potenzialmente a rischio, viene a mancare il substrato necessario per il mantenimento dell'epidemia e il fenomeno comincia a regredire. Nei paesi occidentali è probabile che si comincino a vedere le prime avvisaglie di questo fenomeno: il serbatoio di giovani potenzialmente a rischio comincia ad essere troppo limitato per il mantenimento del mercato (epidemia).

Quante morti giovanili sono "figlie" del Proibizionismo?

DI CARLA ROSSI

Abbiamo sempre sostenuto che il numero delle morti per overdose o AIDS, direttamente o indirettamente causate dall'attuale regime sulle droghe, non può essere assunto, da solo, come un indice dell'impatto delle leggi.
Per approfondire il dato abbiamo voluto studiare l'andamento dei decessi nella popolazione maschile (sia la tossicodipendenza che l'AIDS sono stati fino ad oggi per lo più un fenomeno maschile), nelle classi di età comprese tra 15 e 44 anni, per alcune cause di morte, disaggregati per provincia, negli anni in cui si è cominciata a manifestare l'influenza dell'epidemia di AIDS su tale fenomeno.
Interrogando la Banca dati di mortalità dell'*ISTAT*, abbiamo ottenuto delle tabelle, di cui nel seguito vengono riportate le più interessanti.
Gli anni presi in considerazione sono il 1986/1987/1988 (non sono ancora disponibili i dati per il 1989, che speriamo di poter consultare al più presto).
Come si vede dalla prima tabella (quella riferita alla situazione nazionale) è generalmente crescente per tutte le classi di età la mortalità per AIDS ed overdose, mentre è decrescente quella per tumori, praticamente costante quella per incidenti, costante o decrescente quella per altre cause.
L'influenza delle cause AIDS e overdose sul totale è tale che, nelle classi di età maggiormente interessate dal fenomeno (tra 20 e 34 anni), si arriva ad una tendenza all'aumento per la mortalità generale, nonostante l'andamento "benigno" di tutte le altre cause.
Considerando i dati disaggregati per provincia (si riportano nel seguito alcune tabelle) si evidenziano andamenti abbastanza diversificati.
In particolare, si nota il diverso andamento dei tassi di mortalità per AIDS nelle provincie limitrofe di **Verona** e **Vicenza**: nella classe di età generalmente più colpita (25-29 anni) l'andamento è decisamente meno preoccupante a **Verona**.
Da informazioni raccolte in loco ci risulta che in quest'ultima città sono state effettuate, nella prima metà degli anni ottanta, proprio all'inizio dell'epidemia, campagne di prevenzione dell'epatite virale tra tossicodipendenti, mettendo in guardia rispetto all'abitudine allo scambio di siringhe, che probabilmente hanno avuto un ruolo importante, anche se inconsapevole, nel frenare l'epidemia. Una situazione analoga si riscontra sui dati di **Napoli**; anche in questo caso veniamo a sapere che negli anni caldi dell'inizio dell'epidemia era abbastanza usuale distribuire morfina nei centri per tossicodipendenti di quella città con una conseguente riduzione del rischio di scambio di siringhe infette per iniettare eroina di strada.
Riguardo alle altre zone metropolitane particolarmente colpite dal fenomeno "tossicodipendenza": **Milano**, **Genova**, **Torino**, **Bologna** e **Roma**, si evidenzia un impatto decisamente crescente delle cause di morte "AIDS" e "overdose", che arrivano a spiegare a **Milano** oltre il 50% delle morti di maschi giovani già nel 1988. Se si tiene conto che i dati *ISTAT* per queste cause di morte sono anche

sottostimati (di circa il 20% l'AIDS e di circa il 40% l'overdose) si può avere un'idea dell'impatto del fenomeno sulla mortalità giovanile della popolazione maschile. L'**Italia** però, grazie alla sua politica particolarmente miope per quanto riguarda la prevenzione, ha un triste primato in Europa: l'impatto dell'epidemia anche sulla popolazione femminile sui neonati. Infatti, il fatto che la maggior parte dei casi di AIDS riguardi la popolazione coinvolta nella tossicodipendenza, anziché come in altri paesi la popolazione omosessuale, ha come conseguenza che anche la popolazione femminile viene ad essere coinvolta, sia attraverso scambi di siringhe (se tossicodipendente) sia attraverso rapporti sessuali con tossicodipendenti.
Questo fatto può non apparire in tutta la sua gravità se non si confrontano i dati italiani con altri dati europei.
Solo a titolo di esemplificazione, prendendo in esame l'epidemia in **Gran Bretagna** e in **Italia**, si riscontra che il numero di casi di AIDS era lo stesso (circa 1.000) nel 1989. Alla fine del 1991 si erano avuti in **Italia** circa 11.000 casi e in **Gran Bretagna** circa 5.000. Questo è indice di una diversa esposizione della popolazione al Virus. La popolazione inglese è meno esposta di quella italiana perché l'epidemia in quel paese ha riguardato essenzialmente la popolazione omosessuale. Sono solo poche unità i casi femminili. Non si è quindi verificato quello sconfinamento del Virus nella popolazione generale causato da rapporti sessuali con tossicodipendenti che si è osservato nel nostro paese. Giova ricordare che in **Gran Bretagna** è assicurata la libertà (e anche la responsabilità) del medico nella terapia dei suoi pazienti.

ITALIA cause di morte incidenza per 100.000 abitanti

Cause di morte	anni	CLASSI DI ETÀ					
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
AIDS	86	0,1	0,6	1,5	1,3	0,3	0,3
	87	0	2,2	5,5	2,8	1,7	1,4
	88	0,1	3,4	9,4	6,7	3,5	1,8
overdose	86	0,3	3,1	3,8	1,5	0,2	0,3
	87	0,3	3,7	5,3	3,2	0,8	0,3
	88	1,7	7,4	9	5,1	1,8	0,6
tumori	86	7,5	9,2	11	16	32,7	72,5
	87	7,8	7,9	10,7	14,1	31,4	69,9
	88	7,1	8,5	10,5	15,5	29,9	61,6
incidenti	86	50,3	65	52,7	43	42,7	48
	87	49,4	66,2	52,6	46,1	43,1	48,6
	88	50,2	64,3	53,5	46,8	42,7	48,3
altro	86	14.0	17.3	25.2	35.8	59.9	112,1
	87	17,2	18,5	25,1	34,1	57,5	100,5
	88	14,4	20	23,2	35,9	54,8	94,6
TOTALE	**86**	**72,2**	**95,2**	**94,2**	**97,6**	**135,8**	**233,2**
	87	**74,7**	**98,5**	**99,2**	**100,3**	**134,5**	**220,7**
	88	**73,5**	**103,6**	**105,6**	**110**	**132,7**	**206,9**

MILANO cause di morte incidenza per 100.000 abitanti

Cause di morte	anni	CLASSI DI ETÀ					
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
AIDS	86	0,6	2,4	6,9	4,3	0,7	0
	87	0	5,3	17,4	7,1	5,5	4,9
	88	0,6	14,6	34,7	19,6	14,8	6,9
overdose	86	0	12	15,1	6,8	0	0
	87	1,3	10	12	5,7	2,1	0
	88	3,2	20,4	21,9	12,6	4,3	1,4
tumori	86	5,6	9,6	8,9	18,8	46,3	93,5
	87	11,5	11,2	8	17,8	37,7	67,8
	88	7,1	8,7	7,7	19,6	40,8	74,4
incidenti	86	46,4	54,8	39,9	30,3	33,8	39,1
	87	35,8	55,9	50,1	28,5	29,5	40,3
	88	45,4	61,2	50,2	42,8	37,4	42
altro	86	10,2	20	32,3	38	64,8	115,3
	87	16,6	13,5	20,7	30,7	51,3	84,8
	88	15,7	20,9	20.0	33,1	47,2	85,3
TOTALE	**86**	**62,8**	**98,8**	**103,1**	**98,2**	**145,6**	**247,9**
	87	**65,2**	**95,9**	**108,2**	**89,8**	**126,1**	**197,8**
	88	**72**	**125,8**	**134,5**	**127,7**	**144,5**	**210**

VERONA cause di morte incidenza per 100.000 abitanti

Cause di morte	anni	CLASSI DI ETÀ					
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
AIDS	86	0	0	3,5	3,7	0	0
	87	0	3	0	0	0	0
	88	0	0	6,5	7,1	3,7	3,7
overdose	86	0	6	10,4	0	0	3,9
	87	0	6	3,4	7,3	3,6	0
	88	3,2	21,1	19,4	7,1	0	3,7
tumori	86	6,3	9,1	0	7,4	21,1	78,8
	87	9,6	6	6,7	18,1	36,2	75,8
	88	16,2	3	6,5	14,3	22	63
incidenti	86	60,2	93,7	72,6	77,5	52,7	35,5
	87	80,2	111	60,4	36,3	61,5	53,1
	88	42,2	99,4	61,4	42,9	58,8	44,5
altro	86	9,5	24,2	41,4	22,2	31,5	114,4
	87	9,6	21	20,1	32,7	50,6	128,9
	88	16,3	24,1	6,4	18	58,8	114,8
TOTALE	**86**	**76**	**133**	**127,9**	**110,8**	**116**	**232,6**
	87	**99,4**	**147**	**90,6**	**94,4**	**151,9**	**223,7**
	88	**77,9**	**147,6**	**100,2**	**89,4**	**143,3**	**229,7**

VICENZA cause di morte incidenza per 100.000 abitanti

Cause di morte	anni	CLASSI DI ETÀ					
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
AIDS	86	0	0	0	0	0	0
	87	0	3	3,4	7,7	0	0
	88	0	3	16,5	0	0	0
overdose	86	0	0	3,5	0	0	0
	87	0	6	13,7	3,8	0	0
	88	0	3	3,3	7,6	0	0
tumori	86	0	6,1	14,2	11,6	29,1	61,2
	87	3,2	6	10,3	26,9	63	67,4
	88	3,2	6	6,6	15,1	49	85,6
incidenti	86	87,5	79,6	56,7	31,1	40,1	73,5
	87	54,2	90,2	47,9	34,6	37,1	43,6
	88	58,5	95,6	52,8	37,8	37,7	58,4
altro	86	15,6	21,4	14,2	23,3	47,3	110,2
	87	19,1	3	41,1	34,8	70,4	103,3
	88	9,8	18,2	13,2	38,8	37,7	81,8
TOTALE	**86**	**103,1**	**107,1**	**88,6**	**66**	**116,5**	**244,9**
	87	**76,5**	**108,2**	**116,4**	**107,8**	**170,5**	**214,3**
	88	**71,5**	**125,8**	**92,4**	**99,3**	**124,4**	**225,8**

GENOVA cause di morte incidenza per 100.000 abitanti

Cause di morte	anni	CLASSI DI ETÀ					
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
AIDS	86	0	0	6	3,3	0	0
	87	0	10,6	17,4	6,4	9,1	0
	88	0	8,1	28,2	28,3	6,3	0
overdose	86	0	0	8,9	3,3	0	0
	87	0	0	2,9	3,2	0	0
	88	0	8,1	11,3	3,1	3,2	0
tumori	86	5,9	5,3	14,9	13,1	20,4	76,1
	87	12	8	5,8	12,8	39,7	58,5
	88	9,1	5,4^	8,4	12,6	28,4	42
incidenti	86	52,9	37,3	56,7	39,3	32,1	28,5
	87	35,9	63,8	32	19,2	30,5	21,5
	88	48,7	35	33,8	28,3	34,7	45
altro	86	20,6	29,3	35,9	55,7	84,9	107,8
	87	23,9	45,3	52,4	73,8	88,5	135,4
	88	21,4	53,7	64,8	57,5	82,1	120,1
TOTALE	**86**	**79,4**	**71,9**	**122,4**	**114,7**	**137,4**	**212,4**
	87	**71,8**	**127,7**	**110,5**	**115,4**	**167,8**	**215,4**
	88	**79,2**	**110,3**	**146,5**	**129,8**	**154,7**	**207,1**

TORINO- cause di morte incidenza per 100.000 abitanti

Cause di morte	anni	CLASSI DI ETÀ					
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
AIDS	86	0	0	0	0	0	0
	87	0	4,4	1,2	2,5	1,2	1,2
	88	0	0	2,3	4,9	2,4	1,2
overdose	86	1,1	10	12,1	1,3	1,1	0
	87	1,1	8,7	11,9	5	1,2	0
	88	5,8	17,2	19,9	14,8	4,9	2,4
tumori	86	10,3	11,1	13,3	16,4	40,2	72,6
	87	6,9	6,5	16,7	19,9	37,9	75,5
	88	11,6	6,5	11,7	12,3	25,8	60,8
incidenti	86	52,6	75,8	57	41,6	46	40,8
	87	48,3	75,2	50,2	31,1	42,6	61,9
	88	56	69	65,7	35,8	44,2	46,9
altro	86	9,2	6,8	23,1	39	56,3	110,9
	87	16,1	21,8	15,6	34,9	52,1	106,6
	88	9,4	9,7	25,9	27,1	73,6	75,2
TOTALE	**86**	**73,2**	**103,7**	**105,5**	**98,3**	**143,6**	**224,3**
	87	**72,4**	**116,6**	**95,6**	**93,4**	**135**	**245,2**
	88	**82,8**	**102,4**	**125,5**	**94,9**	**150,9**	**186,5**

BOLOGNA cause di morte incidenza per 100.000 abitanti

Cause di morte	anni	CLASSI DI ETÀ					
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
AIDS	86	0	0	6,3	0	0	0
	87	0	6	18,6	6,6	6,3	3,2
	88	0	15	18,2	9,6	6,5	0
overdose	86	0	6	3,1	6,7	0	3,3
	87	0	6	15,5	6,6	0	0
	88	0	9	24,2	9,6	0	0
tumori	86	16,5	17,9	15,8	13,4	32,9	59,8
	87	3,3	0	6,2	9,8	44	54,4
	88	10,1	6	9,1	16	35,9	49,5
incidenti	86	56,2	95,7	53,6	47	38,9	39,9
	87	80	80,5	58,8	62,3	66	44,8
	88	70,7	78,2	60,6	25,7	42,5	37,2
altro	86	10	12	3,2	20,1	33	83,1
	87	13,4	8,9	18,5	19,7	59,6	863
	88	23,5	9,2	27,2	38,6	32,8	105,3
TOTALE	**86**	**82,7**	**131,6**	**82**	**87,2**	**104,8**	**186,1**
	87	**96,7**	**101,4**	**117,6**	**105**	**175,9**	**188,7**
	88	**104,3**	**117,4**	**139,3**	**99,5**	**117,7**	**192**

ROMA cause di morte incidenza per 100.000 abitanti

Cause di morte	anni	CLASSI DI ETÀ					
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
AIDS	86	0	0	0	0	0	0
	87	0	1,8	6,7	9,1	3,1	1,6
	88	0	3	12,3	11,8	7,9	4
overdose	86	1,3	1,8	9,1	4,7	0,8	1,7
	87	0	6	15,5	6	2,3	0,8
	88	0,7	13,3	13,6	11,8	4,8	0,8
tumori	86	11,6	8,5	12,6	13,3	39,7	65,7
	87	5,2	9,6	12,8	16	25,7	59,1
	88	3,3	10,8	14,3	8,9	21,4	66,4
incidenti	86	42,1	54,6	40	36	25,2	35,4
	87	39,3	57,7	41,8	35,8	31,2	37
	88	39,7	56,7	37	39,2	31,7	27,2
altro	86	13	14	24,5	29	51,2	102,8
	87	7,3	16,8	26,5	28,3	48,4	84,6
	88	11,8	19,3	21,5	32,6	50,8	73,6
TOTALE	**86**	**68**	**78,9**	**862**	**83**	**116,9**	**205,6**
	87	**51,8**	**91,9**	**103,3**	**95,2**	**110,7**	**183,1**
	88	**55,5**	**103,1**	**98,7**	**104,3**	**116,6**	**172**

NAPOLI cause di morte incidenza per 100.000 abitanti

Cause di morte	anni	CLASSI DI ETÀ					
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
AIDS	86	0	0	0,8	1	0	0
	87	0,6	2	5,7	1,9	1	0
	88	0	0	1,6	0,9	0	0
overdose	86	0	2	1,7	0	0	0
	87	0	0,7	0,8	1,9	0	0
	88	1,9	2,6	4,7	2,8	1	0
tumori	86	9,7	6,1	10,9	12,6	25	66,1
	87	10,3	4,7	14,5	15,2	22,6	70,1
	88	5,8	9,9	12,5	12	28,9	71,3
incidenti	86	24,6	33,4	34,3	36	45,3	34,2
	87	26,4	36,7	48,5	33,3	36,4	41
	88	32,7	41,6	36,8	36	45,9	33,1
altro	86	14,8	24,6	42,7	47,7	73,3	164
	87	20,7	28	40,5	52,3	71,7	149,9
	88	16,7	32,4	42,2	64,7	81,9	132,3
TOTALE	**86**	**49,1**	**66,1**	**90,4**	**97,3**	**143,6**	**264,3**
	87	**58**	**72,1**	**110**	**104,6**	**131,7**	**261**
	88	**57,1**	**865**	**97,8**	**116,4**	**157,7**	**236,7**

Dal Rapporto del Comitato Internazionale delle Nazioni Unite sulla Droga. Anno 1991

Riportiamo nel seguito la traduzione della sintesi completa del Rapporto e del capitolo riguardante la situazione europea.

Occorre osservare che mentre da una parte si riafferma l'assoluta indisponibilità verso politiche che prevedano qualunque forma di legalizzazione e si stigmatizza il comportamento delle autorità olandesi, giudicato troppo permissivo nei confronti dell'uso di droghe leggere e pesanti, contemporaneamente si ammette che l'**Olanda** è l'unico paese in cui in anni recenti si è osservata una costante diminuzione dei decessi legati alla droga. Ci sono da osservare aumenti negli altri paesi che toccano anche il 49% in **Germania** tra il 1989 e il 1990. Un altro punto importante riguarda l'affermazione che i sequestri di droga sono in continuo aumento mentre la qualità delle sostanze a livello di strada migliora e i prezzi si mantengono costanti il che indica inequivocabilmente un'espansione del mercato. Tale espansione sembra essere volta soprattutto verso i paesi dell'Est e del Sud del mondo. Queste considerazioni, assieme all'osservazione sulla apparente "stabilità", in qualche caso flessione, del mercato nei paesi occidentali più industrializzati, portano a concludere che, presumibilmente, stiamo cominciando a vedere i primi segni della saturazione del mercato in questi ultimi paesi, favorita sia da una flessione demografica (riduzione del numero dei giovani a rischio), che da una migliore, anche se tutt'altro che soddisfacente, circolazione dell'informazione sulla droga che sta creando una vera e propria "cultura" in proposito, che può spingere ad un uso più consapevole delle sostanze.

Preambolo al Rapporto ONU sulla lotta contro l'abuso di droghe nel 1991

Vienna, 10 gennaio 1991
Servizio Informazioni delle Nazioni Unite

Organizzazioni criminali di trafficanti, collegate, ben finanziate e pesantemente armate sorgono per operazioni congiunte mirate al traffico di eroina e cocaina in Sud America, Europa Occidentale e Africa Sud-Orientale, secondo quanto riportato dal *Rapporto annuale 1991 dell'INCB (International Narcotics Control Board),* reso pubblico il 13 gennaio. Di conseguenza, avverte il Rapporto, l'abuso di eroina sta crescendo in molte regioni e la cocaina, precedentemente diffusa soprattutto nelle Americhe e in Europa, ora minaccia anche l'Africa, il Vicino e Medio Oriente, l'Asia meridionale e Sud-Orientale e l'Oceania. Il Comitato ripete il suo invito del 1990 per una risposta più forte, più completa e innovativa al pericolo della droga, puntualizzando che, nonostante alcuni sviluppi incoraggianti e lo stabilirsi di una risoluta controffensiva da parte di alcune nazioni, sia a livello di comunità che a livello nazionale, regionale, bilaterale e multilaterale, la diffusione in merito all'abuso di droga a livello mondiale

rimane a livelli elevati. Nella stima generale della situazione internazionale relativa alla droga, il Comitato rileva, come già puntualizzato nel Rapporto annuale precedente, la tendenza preoccupante al perdurare della minaccia della produzione illegale, del traffico e dell'abuso, insieme con la violenza legata alla droga e la corruzione non solo per la salute pubblica, ma anche per le istituzioni politiche, lo sviluppo economico e l'ambiente.
Nel Rapporto 1991 si trova inoltre uno speciale riferimento al pericolo dovuto alla diffusione del virus HIV come conseguenza dell'abuso di droga. Ciononostante, il Rapporto mette in luce alcuni positivi sviluppi che si sono avuti nel 1991. Le analisi effettuate indicano che in molte nazioni l'abuso di alcune droghe mostra una stabilizzazione e persino una diminuzione mentre le azioni dei cittadini, a livello di comunità, volte a guidare l'opposizione contro l'abuso di droga stanno cominciando, in alcuni paesi, a mostrare dei risultati.
I trafficanti stanno spostando le loro attività verso nuove regioni e aree in conseguenza della controffensiva intrapresa a livello nazionale e internazionale che ha stabilito una pesante pressione sulle loro attività. Il Comitato fa notare che questa dura pressione ha portato all'arresto di trafficanti di rilievo e ha reso inoffensivo uno dei maggiori e più brutali Cartelli in Colombia.
Come nuovo positivo sviluppo, il Comitato attira l'attenzione sul fatto che il *Programma di Controllo Internazionale sulle Droghe delle Nazioni Unite (UNDCP)*, appena creato, sta sviluppando un *Sistema di Valutazione Internazionale sull'Abuso di Droghe (IDAAS)* con lo scopo di fornire una rassegna completa e un'analisi dell'abuso di droghe e dei programmi perseguiti dai Governi e dalle organizzazioni nazionali per prevenire e ridurre tale abuso. Tali informazioni riguardano tutti gli aspetti rilevanti dell'abuso di droghe, compresa l'epidemiologia, la prevenzione, l'educazione, il trattamento, la riabilitazione e il reinserimento sociale.
Il Comitato fa ancora notare, come risultato positivo, l'incremento nel 1991 del numero di parti interessate nei tre trattati sul controllo delle droghe (La *Convenzione sui Narcotici* del 1961, corretta dal *Protocollo sulle Sostanze Psicotrope* del 1972 e dalla *Convenzione delle Nazioni Unite contro il traffico illegale di Narcotici e Sostanze Psicotrope* del 1988). Molte nazioni hanno anche adottato nuove o più stringenti leggi e misure per l'efficace osservanza di tali Convenzioni. Comunque, nonostante questi sviluppi, il Comitato richiama l'attenzione sulle debolezze esistenti in merito ai meccanismi interni di controllo. Una di queste rimane la mancanza di un efficace coordinamento tra i diversi servizi coinvolti nel controllo delle droghe a livello nazionale: sanitari, doganali, legislativi, in particolare. Un'altra debolezza continua ad essere la mancanza di controlli stringenti sulle sostanze psicotrope e sui precursori e agenti chimici utilizzati per produrre droghe illegali, come pure sulle droghe destinate all'esportazione. Il Comitato rileva con preoccupazione che 20 anni dopo la conclusione della Convenzione del 1971, l'Austria, il Belgio, l'Irlanda, l'Olanda e la Svizzera, non sono ancora entrate a farne parte. In termini di azioni da intraprendere a livello internazionale, il Comitato riafferma l'opinione che un'enfasi particolare dovrebbe

essere riservata dalla Comunità internazionale a ratificare e perseguire con energia misure di ampio respiro per contenere e ridurre la domanda di droghe illegali. Se non si riescono ad ottenere risultati in questa direzione, eventuali successi ottenuti in altre dimensioni del problema droga possono solo essere di breve durata.
Il Comitato sottolinea la necessità di rendere disponibile, in risposta alle richieste degli Stati attaccati dai trafficanti, piena assistenza, compresi apparati di sicurezza, armi, aerei, navi e addestramento. Per contrastare le coltivazioni illegali di droghe, il Rapporto chiama in causa la Comunità internazionale per permettere agli Stati di accedere alla moderna tecnologia e a quelli produttori di impiegare essi stessi metodi che permettano l'identificazione e la distruzione con la salvaguardia ambientale delle culture di droghe.
Il Rapporto mette in luce che un ulteriore problema sorge in relazione alla sicurezza richiesta dal continuo aumento delle scorte di droghe sequestrate. Questo è sottolineato dalle istanze di reimmissione nel mercato illegale. La sicurezza perciò è meglio garantita dall'immediata distruzione delle droghe dopo il sequestro.
In aggiunta all'individuazione e distruzione delle culture, il Comitato rileva la necessità di fornire un'assistenza su larga scala per uno sviluppo rurale integrato che permetta ai coltivatori di culture illegali di ottenere il loro sostentamento attraverso coltivazioni legali o altre operazioni.
Per ottenere questo, il Comitato ribadisce il richiamo ad un'espansione delle possibilità di mercato e alla necessità di stabilire buone condizioni per l'esportazione relativa ad attività economiche alternative, rilevando che senza tali misure il contenimento e la progressiva riduzione delle coltivazioni di droghe non possono essere conseguiti. Pertanto, il Comitato recepisce l'azione intrapresa dalla Comunità Economica Europea volta ad includere la Bolivia, la Colombia, l'Ecuador e il Perù nel suo sistema doganale preferenziale per un certo numero di prodotti agricoli e industriali.
Per contrastare in modo efficace il traffico illegale, il Comitato sottolinea che andrebbe stabilita una priorità per l'immediato scambio di informazioni per facilitare la scoperta, l'arresto e il processo di trafficanti; per impedire ai trafficanti l'acquisto di precursori, armi, armamenti sofisticati, aerei, navi e così via; e per impedire ai trafficanti il riciclaggio del denaro sporco mediante attività legali e istituzioni finanziarie. A questo riguardo, il Comitato ritiene un passo importante la creazione della *Action Task Force Chimica (CATF)* da parte del Gruppo dei sette maggiori Paesi industrializzati per stabilire procedimenti efficaci che assicurino che i precursori non possano essere dirottati dal commercio legale all'utilizzo nella produzione illegale delle droghe. Il Rapporto rileva che sebbene, in generale, il Comitato continui a ricevere una soddisfacente collaborazione da parte dei Governi, richiama ancora la necessità di invio immediato di adeguati resoconti specialmente nei riguardi di quegli Stati che non hanno ancora fornito i dati statistici rilevanti richiesti dal Comitato.
Il Comitato richiama inoltre i Governi a migliorare la loro metodologia per produrre stime in merito alle richieste legali del loro mercato farmaceutico per fornire valori più realistici delle effettive necessità. Il Comitato rifiuta ancora una

volta con energia la legalizzazione del possesso e dell'uso di alcune o tutte le droghe per scopi non medici. Tale approccio, secondo il Rapporto, sarebbe senza dubbio interpretato dai potenziali utilizzatori come un'approvazione dell'abuso di droghe e ci si può attendere che porterebbe all'esplosione dell'abuso stesso, seguita da una crescita delle morti legate alla droga, una lievitazione dei costi di salute pubblica, distruzione delle famiglie ed erosione di valori basilari.
La proibizione del possesso e dell'uso delle droghe e delle sostanze psicotrope con fini non medici rappresenta degli obblighi specifici delle Parti secondo le Convenzioni del 1961, 1971 e 1988. Il Comitato, pertanto, propone di inviare osservatori nel prossimo futuro in alcuni paesi le cui leggi non sembrano essere conformi a quelle clausole delle Convenzioni.

Situazione mondiale

L'analisi del Rapporto regione per regione fornisce una chiara indicazione della diffusione del traffico di cocaina - e dell'abuso di droghe in generale - verso nuove aree come l'Africa e l'Asia e del fatto che nessuna regione è stata risparmiata dalla minaccia della droga. L'analisi inoltre mette in luce che i trafficanti di droga stanno spostando le loro operazioni verso paesi e regioni dove il controllo è relativamente scarso e ogni sforzo è divenuto insufficiente a causa di problemi legati a disordine politico, economico o sociale. Questo è chiaramente il caso dell'Africa dove agitazioni politiche, economiche e sociali in molti paesi hanno avuto un impatto negativo sulla situazione relativa al controllo sulle droghe. Diciassette paesi, più o meno un terzo del continente, non hanno ancora aderito a nessuna Convenzione. Questo porta il Comitato ad esprimere la preoccupazione che le amministrazioni di controllo delle droghe in Africa, siano, generalmente parlando, non sufficientemente ben strutturate ed efficienti, sebbene il Comitato si renda conto che la volontà di prendere in considerazione il problema sia condivisa da tutti i Governi del Continente. Per quanto riguarda specifici tipi di droghe, il Rapporto esprime la preoccupazione che la coltivazione del papavero possa avere uno sviluppo in Africa, in particolare in **Egitto**, **Kenya**, **Marocco** e **Sudan**. Il traffico e l'abuso di eroina e cocaina continuano ad aumentare.
Il Comitato ha motivo di credere che, sulla scia del traffico di transito della cocaina, i Cartelli sudamericani stiano cercando di sviluppare un vero e proprio mercato della cocaina in Africa come sta avvenendo in altre regioni del mondo.
Le sostanze psicotrope continuano ad essere soggette ad un largo abuso e traffico principalmente dovuto a carenze legislative.
Secondo il Rapporto, i dati relativi ai sequestri nell'Asia orientale e sud-orientale indicano pure che i trafficanti potrebbero cercare di stabilire mercati per la cocaina anche in quelle regioni. Allo stesso tempo, la produzione illegale di oppiacei continua a rimanere ad un livello elevato.
Il traffico da **Myanmar**, il maggior produttore illegale di oppio, ha causato un aumento dell'abuso di oppiacei lungo nuove vie, specialmente in **Cina**, che è divenuta un importante canale di transito per i trafficanti. Come conseguenza, l'abuso di eroina è molto aumentato, particolarmente nella provincia meridionale

dello **Yunnam**. I cartelli e i finanzieri tailandesi continuano a giocare un ruolo guida nel traffico in quella regione. In positivo, il Comitato rende noto un accordo bilaterale firmato dalla **Cina** e da **Myanmar** nel 1991 con il fine di rafforzare i controlli di confine. Sempre nel 1991, **Myanmar** ha aderito alla Convenzione del 1988 e il Comitato è riuscito per la prima volta a iniziare un dialogo con la **Mongolia**. Nell'Asia meridionale, le grandi quantità di eroina che in precedenza attraversavano l'**India** e il **Pakistan** verso l'Europa e il Nord America sembrano essersi ridotte, secondo la tendenza già osservata nel 1990. C'è uno spostamento significativo del traffico da transito dell'eroina dall'**India** verso l'Europa orientale come conseguenza sia dei cambiamenti politici in quella regione sia delle misure legislative più stringenti assunte dal Governo indiano.
L'abuso di oppiacei e di cannabis sembra essere cresciuto nel vicino e Medio Oriente e esiste anche un significativo e crescente mercato di sostanze psicotrope. L'**Afganistan** continua ad essere il maggiore produttore illegale di oppio di quella regione. I problemi di controllo sono complicati dal gran numero di rifugiati in parti della regione. Gran parte dell'eroina proveniente da quella regione è contrabbandata verso l'Europa attraverso la via dei Balcani, ma anche in parte attraverso gli stati del Golfo.
Il Comitato ribadisce l'importanza della crescente volontà politica dei Governi della regione di stabilire accordi e adottare un approccio regionale per il controllo delle droghe. A questo riguardo, l'**Iran** ha già firmato un accordo con il **Pakistan** e si dichiara pronto a fare lo stesso nei riguardi dell'**Afganistan**. Il Comitato ritiene si sia fatto un passo importante per combattere le coltivazioni illegali attraverso l'inclusione di una clausola in un certo numero di progetti di accordo con organizzazioni internazionali che prevedono la possibilità di fornire assistenza condizionatamente all'eliminazione delle coltivazioni di papavero.
Per quanto riguarda l'Europa, il Rapporto punta ad una stretta collaborazione dei paesi del continente per quanto riguarda i problemi legati al controllo dell'abuso di ogni tipo di droga. Il Comitato osserva che si è tenuta la *Prima Conferenza Ministeriale Paneuropea (maggio 1991)* sulla cooperazione in merito ai problemi legati all'abuso di droghe a cura del *Gruppo Pompidou*, nell'ambito del *Consiglio d'Europa* e che si è inoltre avuta la creazione del *Comitato Europeo Anti Droga (CELAD)* da parte dei 12 stati della Comunità. Un "Piano Europeo per combattere le droghe" elaborato dal *CELAD* e adottato dal *Consiglio d'Europa* prevede inoltre l'istituzione di un *Centro Europeo di Monitoraggio delle Droghe.* In ogni caso, il Comitato rimane preoccupato per la tendenza emersa in un certo numero di stati europei a consentire l'accesso alle droghe illegali da parte dei tossicomani e a decriminalizzare l'uso di droghe a scopi non medici. L'**Olanda**, per esempio, ha una tendenza relativamente tollerante verso il commercio minuto di cannabis nei caffè. Per quanto riguarda il traffico di droga, i dati relativi ai sequestri indicano un aumento. La purezza dell'eroina a livello di strada è aumentata mentre i prezzi si sono mantenuti stabili.
La via dei Balcani continua ad essere usata per il contrabbando di eroina ma oltre ai tradizionali paesi toccati, anche l'**Ungheria** e la **Cecoslovacchia** sono divenuti

paesi di transito. I sequestri di cocaina sono più che raddoppiati nel 1990. La maggior parte della cocaina, circa il 62%, proviene dalla **Colombia**.
Per quanto riguarda l'abuso di droga, in Europa occidentale il numero di consumatori di cannabis ed eroina si sta stabilizzando e persino diminuendo in alcuni casi, mentre l'abuso di cocaina è in aumento. Nell'esame paese per paese, il Comitato evidenzia che l'**Austria** rimane la sola nazione dell'Europa occidentale in cui il denaro può essere depositato nelle banche in modo anonimo.
Nel Nord America, l'abuso di droghe sembra essersi stabilizzato o addirittura diminuito. Negli **Stati Uniti**, si stima che il numero di consumatori abituali di cocaina sia sceso del 30% rispetto al 1985. L'abuso da parte di persone di età compresa tra 18 e 25 anni è ancor più diminuito. L'abuso tra gli studenti della scuola media superiore è al suo livello più basso in 16 anni. Nonostante la criminalità connessa alla droga continui ad essere un problema serio, i dati indicano che questo tipo di criminalità potrebbe essere diminuita in alcune parti del paese. Il crack continua ad essere la maggiore minaccia e l'abuso e il traffico di eroina mostra segni di aumento.
Nel **Messico**, l'abuso di droghe è in aumento; una tendenza all'aumento è anche riportata per la domanda di cocaina e di eroina nonostante il Governo abbia varato riforme per rafforzare il sistema nazionale di giustizia criminale.
Nell'America centrale e meridionale e nei Caraibi, ci sono stati incoraggianti sviluppi nel 1991. Le nazioni andine hanno rafforzato la loro cooperazione non solo firmando e ratificando accordi di rafforzamento delle leggi a livello bilaterale e multilaterale, ma anche mediante lo sviluppo di strategie economiche e sociali a largo raggio con lo scopo di sostituire l'economia della coca con una sana economia legale. Gli attacchi da parte delle autorità boliviane e colombiane contro le organizzazioni di trafficanti hanno raggiunto alcuni ragguardevoli risultati. D'altro canto, come reazione ai rafforzati sforzi di controllo sulle droghe, i trafficanti sono diventati più flessibili e innovativi a tutti i livelli della catena del traffico. Le vie del traffico sono molto aumentate in tutta la regione mentre l'**Argentina** e il **Suriname** stanno emergendo come nuovi paesi di transito della regione. Secondo il Comitato è preoccupante che la produzione illegale abbia luogo attualmente in più paesi e coinvolga non solo la cocaina ma anche gli oppiacei. Inoltre, i trafficanti utilizzano attualmente sistemi sempre più sofisticati per il riciclaggio del denaro sporco.

Appartenenza dell'INBC

È responsabilità del Comitato il monitoraggio dell'attuazione delle Convenzioni sul controllo delle droghe in tutto il mondo. In particolare, il Comitato controlla gli impegni dei Governi a limitare la coltivazione, la produzione e l'uso di droghe alle quantità necessarie per scopi medici e scientifici. Il Comitato collabora con l'*UNDCP*, di cui il suo segretario fa parte, e con altri organismi internazionali che operano nel settore del controllo sulle droghe, dentro e fuori del sistema delle *Nazioni Unite*. Il Comitato è composto di 13 membri, eletti dal Consiglio economico e sociale, sulla base della loro professionalità e non in rappresentanza dei

Governi. L'attuale presidente del Comitato è Oskar Schroeder, *Germania*. Gli altri 12 membri sono: Sirad Atmodjo, *Indonesia*; Valeri Bulaev, *ex URSS*; Cai Zhi-Ji, *Cina*; Huasca Cajias Kauffmann, *Bolivia*; Abdullahi S. Elmi, *Somalia*; Betty C. Gough, *USA*; S.Oguz Kayaalp, *Turchia*; Mohsen Kchouk, *Tunisia*; Mohamed Mansour, *Egitto*; Jean-Pierre Queneudec, *Francia*; Maruthi Vasidev Narayan Rao, *India*; Tulia Velasquez-Quevedo, *Perù*.

Situazione europea

Ad eccezione dell'**Albania**, tutti i paesi europei partecipano alla Convenzione del 1961. I nove paesi segnalati nel *Rapporto* per il 1990 come non facenti parte della Convenzione del 1971 sono i seguenti: **Albania**, **Austria**, **Belgio**, **Irlanda**, **Liechtenstein**, **Lussemburgo**, **Paesi Bassi**, **Romania** e **Svizzera**. Solo il **Lussemburgo** è divenuto parte di questa convenzione nel 1991. L'Organizzazione è consapevole del fatto che la maggior parte degli altri paesi sta adottando attualmente delle misure per aderire a queste convenzioni, cosa che dovrà essere fatta senza ritardi. Nel 1990, **Cipro** e la **Spagna** hanno ratificato la Convenzione del 1988. Nel 1991, i seguenti paesi europei sono divenuti parte di questa Convenzione, a partire da novembre: **Bielorussia, Francia, Italia, Monaco, Regno Unito, Svezia, Cecoslovacchia, Ucraina, URSS** e **Jugoslavia**. La CEE ha depositato gli strumenti di conferma formale, e si è dichiarata competente per ciò che concerne l'articolo 12. I Paesi europei hanno continuato a cooperare strettamente tra loro su scala bilaterale e multilaterale in tutti i campi relativi alla lotta contro l'abuso delle droghe. Questa stretta cooperazione si esercita tra i 12 paesi della CEE come pure tra i paesi membri del *Gruppo Pompidou* o quelli ad esso associati nel contesto del Consiglio d'Europa. Nel maggio 1991, questo gruppo, che si compone di 25 paesi membri, ha tenuto la sua prima Conferenza ministeriale paneuropea sulla cooperazione in materia di abuso delle droghe.

Il *Comitato europeo di lotta antidroga (CELAD)*, creato dai 12 paesi della CEE per coordinare la politica europea, ha messo a punto un piano europeo di lotta alle droghe imperniato sulla riduzione della domanda, che è stato adottato dal Consiglio d'Europa. Questo piano prevede la creazione di un centro europeo di sorveglianza sulle droghe. Nel dicembre 1990, la CEE ha adottato la regolamentazione del Consiglio che esige l'adozione, in tutti gli Stati Membri, di una legge concernente la sorveglianza dei precursori la cui entrata in vigore è stata prevista per luglio 1991. Questa regolamentazione prevede un meccanismo per la notifica di pre-esportazione in tutti i paesi in cui l'eroina e la cocaina sono fabbricate illecitamente. Conformemente alle direttive adottate nel giugno 1991 dal Consiglio d'Europa, gli Stati Membri sono tenuti a prendere misure contro il riciclaggio del denaro entro gennaio 1993. A partire da questa data, l'Atto unico che mira a permettere il libero movimento delle persone, dei beni, dei servizi e dei capitali in tutti i paesi della Comunità deve entrare in vigore. Durante la durata dell'applicazione dell'Atto unico, i governanti non mancheranno certamente di tenere pienamente conto degli obblighi loro imposti dalle convenzioni internazionali relative al controllo sulle droghe.

Nel 1989, il Presidente della **Colombia**, M. Barco, ha fatto appello alla comunità internazionale affinché, attraverso una più stretta cooperazione economica con il suo paese, essa appoggi la lotta da lui condotta contro il traffico di droga.
L'Organizzazione si felicita della reazione positiva della CEE, che ha fatto beneficiare la **Bolivia**, la **Colombia**, l'**Ecuador**, il **Perù** del suo regime doganale preferenziale per alcuni prodotti agricoli e industriali, accrescendo in tal modo le loro possibilità d'esportazione oltreché le possibilità di successo dei programmi di riconversione delle culture. L'Organizzazione resta preoccupata della tendenza in alcuni paesi europei a permettere l'accesso a droghe illecite e a non criminalizzare l'uso di droghe a scopi non medici. L'Organizzazione appoggia vigorosamente la posizione presa dal Consiglio d'Europa che ha dichiarato che la legalizzazione dell'uso di droghe non deve costituire, per nessun paese, una soluzione al problema sempre più grave dell'abuso e del traffico illecito delle droghe. L'Organizzazione si felicita di tutti gli sforzi dispiegati a favore della cooperazione regionale, che sono stati incoraggiati dalla creazione di molteplici organizzazioni e comitati europei. Senza dubbio ciascuna di queste istanze metterà a punto dei programmi nel suo settore di competenza specifico e coordinerà le sue attività con quelle di altre istanze. Gli importanti mutamenti politici e economici che si producono attualmente in molti paesi dell'Europa centrale e dell'Europa dell'Est hanno reso queste aree più vulnerabili allo sviluppo dell'abuso e del traffico delle droghe. Ma in compenso questi cambiamenti facilitano un'azione concertata contro la droga su scala europea.
L'Organizzazione si felicita dell'impegno assunto da questi paesi di lottare contro l'abuso e il traffico illecito di droga. Riconosce tuttavia che l'applicazione delle misure a questo scopo è impedita dall'insufficienza delle risorse finanziarie e umane di cui i paesi dispongono. Per evitare gli smisurati problemi che potranno determinare l'estensione dell'abuso e del traffico illecito delle droghe in quei paesi di cui tutta l'Europa soffrirà inevitabilmente, è necessario l'appoggio della comunità internazionale.
L'Organizzazione approva l'appoggio che già molti governi e organismi internazionali apportano in materia di indagine e repressione. Il rafforzamento delle capacità dei paesi nei campi della prevenzione dell'abuso di droga e di trattamento, di riadattamento e di reinserimento dei tossicomani dovrà suscitare lo stesso interesse. I dati relativi ai sequestri rivelano che il traffico di droga interessa tutta l'Europa e che guadagna terreno. Le quantità di eroina sequestrate nel 1990 sono aumentate fino a 6 tonnellate, livello superiore a quello del 1989.Il grado di purezza dell'eroina di strada sequestrata è più elevato mentre i prezzi sono rimasti stabili. La via dei Balcani continua ad essere utilizzata dal contrabbando dell'eroina che, in più di due terzi dei casi, è originaria del sud-ovest dell'Asia. Si stanno aggiungendo all'elenco dei paesi situati sulla tradizionale via dei Balcani, l'**Ungheria** e la **Cecoslovacchia** che sono diventati dei paesi di transito. Nel 1991, è stato smantellato in **Francia** un laboratorio clandestino di fabbricazione di eroina. I sequestri di cocaina sono più che raddoppiati nel 1990 raggiungendo le 13 tonnellate, contro le 6 dell'anno precedente. La maggior parte della cocaina

sequestrata - all'incirca il 62% - proviene dalla **Colombia**. Sono già stati scoperti dei laboratori di cocaina in Europa meridionale nel 1990. Il "crack" non è ancora considerato un problema in Europa, ad eccezione del **Regno Unito**, dove hanno avuto luogo il 78% di tutti i sequestri di questa forma di cocaina effettuati in Europa. Nel corso degli ultimi anni, i servizi responsabili delle indagini e della repressione hanno concentrato i loro sforzi sul traffico di cocaina e di eroina. L'intensificazione dell'azione condotta contro il traffico di altre droghe si giustifica davanti all'evoluzione dei dati relativi ai sequestri. Le quantità di amfetamine sequestrate sono più che raddoppiate, raggiungendo i 380 kg, e sono stati smantellati 26 laboratori clandestini di fabbricazione di questa sostanza. Nel 1990, i sequestri di cannabis si sono portati sulle 200 tonnellate, contro le 136 del 1989. Più spesso si sono trovati laboratori di fabbricazione illecita di MDMA (ecstasy) e del MDA. Inoltre, si assiste a un netto aumento dei sequestri di LSD in Europa. I dati provenienti da alcuni paesi dell'Europa occidentale sembrano indicare che il numero di persone che fanno abuso di cannabis e di eroina ha raggiunto un tetto massimo, ed è perfino diminuito in alcuni casi. Per contro, l'abuso di cocaina aumenta. Nondimeno, la maggior parte di coloro che si rivolgono ai centri di trattamento e di riadattamento è costituita da eroinomani o poli-tossicomani. Il numero di decessi dovuto alla droga, nella maggior parte delle volte quelli di eroinomani o politossicomani, continua ad accrescersi nella maggior parte dei paesi europei. L'abuso di cannabis comincia a raggiungere la maggior parte dei paesi dell'Europa centrale e dell'Europa dell'Est. In questi paesi, l'abuso di eroina e cocaina resta molto limitato, forse in parte a causa del prezzo inaccessibile di queste droghe. La rapida diffusione della infezione da virus HIV dovuta all'assorbimento per via endovenosa ha suscitato diverse reazioni nel contesto delle politiche nazionali della salute e sulla droga applicate in Europa. La percentuale dei sieropositivi che consumano droga per via endovenosa sembra relativamente scarsa, tranne alcune regioni dell'Europa meridionale, dove fino a 2/3 del totale delle persone colpite da AIDS sono assuntori di droga. L'influenza delle differenti misure relative alla distribuzione controllata di aghi e siringhe, al pari della sostituzione dell'eroina col metadone non è stato ancora chiaramente stabilito in rapporto all'estensione dell'infezione da HIV e AIDS.

In **Austria**, le quantità di droga sequestrate sono considerevolmente aumentate nel 1990, triplicate quelle di cannabis e raddoppiate quelle di cocaina in rapporto al 1989. Il numero di veicoli sia privati che commerciali che entrano ed escono dall'**Austria** è aumentato regolarmente nel corso degli ultimi anni, i veicoli provenienti da paesi situati sulla via dei Balcani e i loro carichi sono fatti oggetto di controlli via via più severi. I programmi di riadattamento e di reinserimento sociale, segnatamente i programmi terapeutici e di sostituzione quali il trattamento di sostegno con metadone, vengono attualmente erogati. I due principali obiettivi sono da una parte lo sviluppo della presa in carico dei tossicomani da parte dei servizi sociali e il potenziamento della capacità di trattamento e dall'altra l'impegno a persuadere i tossicomani a rivolgersi a dei centri di consulenza. Attualmente sono in fase di studio le politiche di lotta contro il riciclaggio di denaro

sporco, ma l'**Austria**, per il momento, è il solo paese europeo occidentale dove è consentito depositare anonimamente denaro nelle banche. La maggior parte del trasporto per via terrestre tanto commerciale che privato, tra il Vicino e il Medio Oriente e l'Europa, passa per la **Bulgaria**. Il traffico illecito del transito costituisce il principale problema di questo paese. La struttura delle pubbliche amministrazioni responsabili del controllo delle droghe è in fase di riorganizzazione. Si considera attualmente la creazione di un consiglio interministeriale che sarà incaricato del potenziamento del coordinamento a livello nazionale. È stato creato presso il *Ministero degli Interni* un nuovo servizio contro la criminalità organizzata, il traffico di droga e il terrorismo. L'Organizzazione aiuta attualmente le autorità sanitarie bulgare ad adeguare i loro meccanismi nazionali di controllo delle droghe al cambiamento del sistema economico verificatosi nel paese.

Cipro continua a essere utilizzata come zona di transito dai trafficanti. Quindici governi hanno concluso degli accordi con le autorità cipriote che prevedono l'invio a Cipro di agenti di collegamento in materia di droga. Questi accordi hanno permesso il sequestro di droga e l'arresto di trafficanti in molti paesi. L'abuso di droga resta poco sviluppato a **Cipro**; non è stato segnalato nessun decesso legato a droga. Tuttavia, l'abuso di sostanze psicotrope accompagnato dal consumo di alcool è in aumento.

In **Cecoslovacchia**, sono stati registrati 52 decessi legati alla droga nel 1990. Le droghe di cui si è fatto abuso sono la codeina e la metamfetamina. Gli adolescenti continuano ad usare degli inalanti tossici, soprattutto nelle zone urbane. Per il momento, poiché le persone appartenenti a gruppi a rischio non dispongono di moneta forte, non è possibile la creazione di mercati illeciti di eroina e cocaina. Ci sono tuttavia degli indici di un rapido sviluppo del traffico organizzato di cannabis e stimolanti. Nell'ottobre del 1991, sono stati sequestrati 100 kg di cocaina in transito verso l'Europa occidentale. Il governo s'impegna particolarmente a risolvere i problemi di abuso e di traffico di droga. Nel luglio 1990, una commissione governativa è stata incaricata di migliorare il coordinamento tra le istituzioni responsabili del controllo degli stupefacenti.

La **Francia** è uno dei paesi europei in cui il riciclaggio del denaro dei traffici di droga costituisce un'infrazione al codice penale e che ha conformato la sua legislazione all'articolo 5 della Convenzione del 1988. Nel 1990, il governo ha istituito un servizio speciale incaricato di lottare contro il riciclaggio del denaro. D'ora in poi, i giudici possono applicare dei giudizi che determinano il sequestro degli averi, assunti da tribunali stranieri. La **Francia** ha iniziato l'applicazione del suo programma di intervento che prevede l'ottimizzazione della raccolta dei dati grazie alla creazione di un osservatorio nazionale sulle droghe così come il miglioramento delle misure di prevenzione grazie alla creazione di comitati di prevenzione negli istituti secondari e alla istituzione di una linea telefonica in aiuto delle famiglie. L'Organizzazione nota con soddisfazione che l'amministrazione francese ora controlla integralmente le esportazioni delle sostanze psicotrope e fornisce ad altri paesi, principalmente in Africa, dati utili per aiutarli a rafforzare i loro sistemi di controllo.

In **Germania**, l'abuso di eroina e di amfetamina resta considerevole ed è aumentato il numero delle persone che fanno la prima esperienza con la droga. I decessi legati alla droga sono passati nel 1990 a 1.478 contro 991 nel 1989 (+49%); questa tendenza è proseguita nel 1991. Queste cifre non comprendono quelle che corrispondono ai cinque nuovi Stati della federazione, che mancano di dati statistici. Sembra che la criminalità organizzata legata alla droga si sia sviluppata in questi nuovi Stati. I crediti assegnati per misure preventive da 1,8 milioni di marchi sono stati portati a 12,8 milioni nel 1990 e sono in fase di elaborazione dei testi legislativi che prevedono l'applicazione delle disposizioni della Convenzione del 1988 e l'adesione a questa. La **Germania** dispone di una rete di agenti di collegamento in materia di droga in tutti i paesi produttori e di transito importanti.
In **Ungheria**, un comitato intersettoriale di lotta agli stupefacenti creato nel febbraio 1991 è stato incaricato di coordinare le attività di tutti i ministeri competenti. Questo comitato ha come impegno prioritario la raccolta di dati e l'adeguamento della legislazione nazionale agli obblighi iscritti dalla Convenzione del 1988. Le autorità sono principalmente preoccupate dal forte consumo per abitante di preparati farmaceutici contenenti alcune sostanze psicotrope. Dalle stime, il numero di persone dipendenti da sedativi-ipnotici e da tranquillanti è elevato. Le autorità si propongono di adottare delle norme più severe concernenti la prescrizione di sostanze psicotrope da parte dei medici, con lo scopo di impedire la falsificazione delle ricette, pratica attualmente corrente. Saranno stabilite le regole a cui i medici dovranno attenersi.
Sembrerebbe che la nuova legislazione sulle droghe promulgata in **Italia** abbia permesso di contenere l'estensione dell'abuso delle droghe e la comparsa di nuovi tipi di tossicomania. L'applicazione della legge non soltanto ha consentito sequestri più ingenti ma ha anche scoraggiato l'abuso di droga a titolo sperimentale o occasionale oltre che il traffico di piccole quantità di droga. Inoltre, numerosi tossicomani hanno deciso di sottoporsi a trattamento e a programmi di reinserimento in uno degli istituti di cura del paese, che sono più di 500. Malgrado i risultati positivi ottenuti, l'abuso di droga resta un problema di primaria importanza. La percentuale dei decessi legati alla droga è aumentata del 18% nel 1990, poi del 11% nel primo semestre del 1991. All'incirca il 70% dei nuovi sieropositivi segnalati sono tossicomani.
I **Paesi Bassi** restano un importante punto di ingresso delle droghe illecite. Nel 1990, le quantità di cocaina sequestrate -4,3 tonnellate- sono stati tre volte superiori a quelle del 1989. Le quantità di cannabis sequestrate sono più che raddoppiate e hanno raggiunto le 110 tonnellate. Più dell'80% delle amfetamine fabbricate clandestinamente, introdotte di contrabbando nei paesi scandinavi e la maggior parte del LSD esportato clandestinamente in **Germania** e nel **Regno Unito** proverrebbe dai **Paesi Bassi**. La polizia olandese è riuscita a smantellare alcuni laboratori di fabbricazione clandestina di amfetamine che utilizzavano dei precursori e dei prodotti chimici essenziali provenienti dal **Belgio** o dalla **Germania**. Le autorità olandesi continuano ad applicare le direttive concernenti le indagini e

la procedura delle infrazioni adottate nel 1976 nel quadro della legge sull'oppio e dimostrano una relativa tolleranza riguardo al traffico della cannabis su scala ridotta che si verifica nei caffè riducendo al massimo il traffico di altre droghe. Questa politica è destinata ad evitare che i giovani si trovino a contatto di delinquenti. L'abuso di cannabis non sarebbe progredito dopo l'inizio degli anni 70. I **Paesi Bassi** sono uno dei rari paesi europei dove il numero dei decessi legati alla droga continua a diminuire.

In **Polonia** sono state adottate nuove regolamentazioni sulla cultura lecita del papavero nel 1990 per limitare ancora di più l'accesso alla paglia di papavero, di cui i tossicomani si servono per preparare decotti contenenti alcaloidi. L'abuso di oppiacei combinato con sostanze psicotrope, principalmente barbiturici e benzodiazepine, è frequente. Quello degli inalanti tossici lo è divenuto tra i giovani. Le autorità hanno sequestrato 110 kg di cocaina di origine colombiana in transito verso i paesi dell'Europa occidentale e i paesi nordici. La fabbricazione clandestina di amfetamine destinata all'esportazione verso i paesi dell'Europa occidentale e settentrionale è per essi causa di inquietudine. Questa attività è controllata da bande organizzate che si dedicano al traffico ed altri tipi di attività criminali.

I Rapporti provenienti dal **Portogallo** mostrano che il numero delle richieste di trattamento da parte dei tossicomani aumenta regolarmente e che coloro da cui esse provengono sono più giovani che in passato. Il governo ha creato una commissione interministeriale oltre che un consiglio consultivo nazionale composto da rappresentanti di tutti i settori della società e ha adottato un vasto programma nazionale di lotta all'abuso di droghe.

Nei **paesi scandinavi**, l'abuso di amfetamine costituisce sempre uno dei principali motivi di preoccupazione. La politossicomania è diffusa. Sembra che la cocainomania si sia molto poco diffusa. Si ritiene che l'abuso di droghe riguardi essenzialmente i gruppi marginali oltre che coloro che hanno avuto un'infanzia difficile. Le autorità locali sono state incoraggiate a promuovere la cooperazione tra i servizi sociali, gli istituti scolastici e la polizia per raggiungere i giovani sul cammino della delinquenza prima che essi ne abbiano sorpassato le prime fasi.

In **Svezia** è stata lanciata una offensiva antidroga che ha per principale componente una attiva partecipazione a livello comunitario. L'abuso di droghe tra i giovani è in regresso, così come l'assunzione per via endovenosa. La stessa tendenza si è evidenziata nelle inchieste effettuate dopo gli anni 70 tra i giovani che fanno il servizio militare obbligatorio. Nei casi più gravi, i tossicomani sono sottoposti a trattamento obbligatorio che può durare fino a sei mesi.

La **Spagna** resta uno dei principali punti d'ingresso della cocaina originaria del Sudamerica e della cannabis proveniente dal Nord africa introdotta di contrabbando in Europa. Dopo il 1987, è stata messa in funzione una rete nazionale di operatori incaricati di raccogliere dati sull'abuso di droghe. Questa rete copre l'intero paese e comporta 17 punti di raccolta e una unità centrale di sintesi. Il sistema contiene delle informazioni sulle persone che richiedono di essere trattate e sui casi d'urgenza legati alla droga. Nel 95% dei casi, si tratta di abuso di eroina o di eroina associata ad altre droghe. Attualmente, il possesso di droga per uso

personale non costituisce infrazione perseguibile. Sono in fase di elaborazione delle normative che prevedano sanzioni amministrative e ammende per coloro che consumano droga in pubblico al fine di ridurre l'abuso occasionale di droghe; esse colpiscono precipuamente i punti commerciali che permettono l'uso di droghe. In **Svizzera** 4.754 persone sono in trattamento nel contesto di un programma di sostegno con metadone. Nell'autunno del 1991 si prevede a **Zurigo** l'applicazione di un nuovo progetto pilota che fornirà eroina su prescrizione a 100 eroinomani. Una misura importante nella lotta alle reti internazionali dei trafficanti è stata la soppressione dei depositi anonimi nelle banche svizzere che consentivano ai trafficanti di riciclare i loro profitti illeciti. Sono previste altre misure di lotta contro il riciclaggio del denaro, segnatamente la confisca dei beni acquisiti illegalmente e la penalizzazione finanziaria delle società oltre che dei privati.
Nel 1990 nel **Regno Unito** è entrato in vigore il *Criminal Justice Act*, in cui vengono già applicate le disposizioni della Convenzione del 1988. Per dar seguito alle raccomandazioni del gruppo di intervento creato dai sette paesi più industrializzati, le istituzioni finanziarie sono tenute a segnalare le transazioni sospette al *National Drug Intelligence Unit*. Questo servizio analizza e diffonde informazioni sui traffici di droga, segnatamente informazioni finanziarie sui fondi quando se ne sospetti la provenienza dal traffico. Il **Regno Unito** ha firmato con altri 20 paesi accordi bilaterali per lottare contro il riciclaggio del denaro. La *Demand Reduction Task Force*, creata in occasione del Summit ministeriale mondiale del 1990 sulla riduzione della domanda, e la lotta contro la cocaina che si è tenuto a **Londra**, ha inviato delle missioni in **Belize** e nelle **Isole Vergini** britanniche per giocare un ruolo consultivo in materia di riduzione della domanda. Per frenare la fabbricazione illecita delle amfetamine, droga il cui abuso non cessa di svilupparsi, le autorità hanno attivato un programma di miglioramento dei metodi investigativi. I sequestri di LSD, tanto sotto forma di carta impregnata quanto di compresse, sono costantemente aumentati dopo il 1988.
In **URSS**, i problemi legati alla droga non cessano di assumere proporzioni via via più grandi. Questi sono esasperati dalle tensioni sociali, dalle difficoltà economiche e dall'evoluzione politica. Le autorità responsabili delle indagini e della repressione stimano che le persone che fanno abuso di droghe nel 1991 si aggirano intorno a 1-1,5 milioni. I prezzi delle droghe sui mercati illegali hanno conosciuto forti rialzi. Mentre otto anni fa un grammo di oppio valeva da 5 a 6 rubli, nel 1991 ne vale tra 100 e 200, cioè tra il 20 e il 40% del salario medio di un funzionario. I rivenditori sembrano essersi meglio organizzati ed attrezzati. Le autorità incaricate della repressione e delle indagini segnalano l'esistenza di una rete di delinquenti ben organizzata, che trae profitto dal traffico illecito di droga. Secondo le stime, questo profitto ha raggiunto un totale di 14-15 miliardi di rubli nel 1991, contro i 3-4 miliardi nel 1990. Come negli ultimi anni, le droghe di cui si è fatto frequentemente abuso, ossia la cannabis e l'oppio, oltre che l'efedrina e alcune sostanze psicotrope, sono per la maggior parte di origine locale. Il papavero da oppio è coltivato illecitamente da qualche contadino su delle piccole parcelle di terreno dissimulate nelle regioni meridionali del paese. La cannabis

cresce allo stato selvatico su terre che coprono una superficie intorno a 4 milioni di ettari nel **Kazakhstan**, 1,5 milioni di ettari nelle provincie estremo-orientali del paese oltre che sulle vaste tenute del bacino inferiore del Volga, nel nord del **Caucaso** e nelle regioni meridionali dell'**Ucraina**. Numerosi campi impiegati nella cultura illecita del papavero sono stati distrutti dalle squadre d'intervento dei servizi di indagine e repressione ma gli sforzi dispiegati per eliminare le piante di cannabis che crescono allo stato selvatico generalmente non hanno avuto successo. Il *Ministero degli Interni dell'URSS* ha organizzato nel luglio del 1991 ad **Alma Ata** un seminario internazionale sulle misure da adottare in materia, alla quale hanno partecipato esperti del *UNDCP*. Molti laboratori clandestini che fabbricano droghe di sintesi, in particolare il fentanile e il metadone, sono stati smantellati a **San Pietroburgo**. Sono state sequestrate notevoli quantità di denaro liquido e oro, oltreché armi, e sono state arrestate 33 persone. Alcune droghe sono clandestinamente introdotte nel paese in scarse quantità. Nel 1991 per la prima volta, sono stati effettuati sequestri di piccole quantità di eroina, di cocaina e di LSD. Le autorità sovietiche temono molto che i problemi legati alla droga si aggravino in seguito ai cambiamenti economici intervenuti. Esse stanno attualmente lanciando una vasta controffensiva per attaccare l'offerta e la domanda. Delle nuove organizzazioni non governative quali l'*Associazione internazionale contro il traffico e l'abuso delle droghe*, che ha sede a **Mosca**, stanno partecipando ad attività di riduzione della domanda.

V RAPPORTO – GIUGNO 1992

Editoriale

DI CARLA ROSSI

Questo rapporto, che esce a distanza molto ravvicinata dal precedente, contiene due documenti che ritengo di fondamentale importanza.
Il primo consiste in un excursus critico esauriente sulla politica degli USA in tema di droga negli ultimi 20 anni, per quanto riguarda gli interventi nei Paesi produttori del Centro e Sud America, nota come Strategia Andina, effettuato dalla *Drug Policy Foundation*, la principale organizzazione privata americana che si occupa di ricerca, educazione e informazione pubblica in relazione alla lotta internazionale alla droga. Quello che lascia maggiormente perplessi, dalla lettura di questo documento, è riscontrare come non si sia imparato nulla da un ventennio di errori e come la politica che li ha generati, lungi dall'essere rivista e abbandonata per tentare altre strade più promettenti, venga pervicacemente riproposta e imposta in sempre nuove aree del pianeta. Viene da chiedersi: "A chi giova?". Voglio sottolineare l'importanza della parte riguardante l'analisi sulla lotta alla marijuana che, lungi dall'eliminare il problema - sempre che di problema si tratti - lo ha aggravato inducendo i trafficanti, in difficoltà con gli approvvigionamenti di materia prima, a dedicarsi al traffico di sostanze più redditizie come cocaina ed eroina cui gli abituali consumatori di "erba" sono stati indotti a passare proprio per motivi di convenienza di mercato. Quest'analisi da sola dovrebbe bastare per indurre tutti i governi ad adottare, prima che sia troppo tardi, una saggia politica "olandese" sulle droghe leggere, anche a prescindere da altri tipi di pericoli, clamorosamente apparsi sulle cronache a proposito di arresti, anche mortali, per pochi grammi di droga leggera. Giova ricordare ancora una volta che nel 1991 in Italia più di mille arresti hanno riguardato giovani che non possedevano più di 5 grammi di hascisc. Alcuni sono finiti tragicamente. È inaccettabile che simili situazioni possano ripetersi. A questo proposito ritengo siano state particolarmente opportune le azioni di disobbedienza civile che abbiamo condotto in molte città italiane. Credo che l'iniziativa vada approfondita e si debba sfruttare ogni occasione di confronto con gli organi dello Stato: Prefetti, Pretori, ecc. per fare informazione e ampliare il dibattito per arrivare in tempi brevissimi - ma saranno comunque troppo lunghi - all'adozione di norme olandesi sulle droghe leggere.

Il secondo documento è la traduzione dell'intervento tenuto da Ricardo Sanchez nell'ambito del Convegno Internazionale *Droga: L'impero del male - Una guerra planetaria* organizzato a Roma dall'Agenzia ADN-Kronos il 12 maggio 1992. Tale documento - di cui abbiamo potuto disporre grazie alla registrazione fornitaci da Radio Radicale - permette di vedere in maggior dettaglio la situazione del Perù, uno dei paesi andini più colpiti dai problemi del traffico di droga (in

particolare cocaina) che si lega con situazioni di instabilità politica e di guerriglia e che, come in altre zone povere e politicamente instabili nel mondo, permette contemporaneamente la sussistenza dei gruppi guerriglieri e delle grandi organizzazioni criminali. È noto che la droga costituisce spesso merce di scambio per l'acquisto delle armi. Il controllo da parte di gruppi eversivi delle zone di produzione della droga (oppio nel Sud-Est Asiatico, coca nelle regioni andine) permette loro di poter acquistare armi e alle organizzazioni criminali di guadagnare sia sul traffico di armi sia sul traffico di droga. Nelle tabelle che seguono sono riportate alcune cifre molto eloquenti su guadagni legati al narcotraffico che spiegano anche come possa accadere con frequenza notevole che le forze di polizia dei paesi produttori, impiegate contro il narcotraffico, cedano alla corruzione e ne divengano complici. Giova anche osservare che neanche la restrizione in carcere sembra in grado di indebolire le "menti" delle grandi organizzazioni del narcotraffico. Questo è valido per il Perù, ma - come dimostrano recenti operazioni portate a termine in Sicilia - valgono anche per il nostro paese. Né si può immaginare che la pena di morte - invocata nel documento peruviano - possa avere un qualche potere di deterrenza. Preoccupa invece che si invochino misure sempre più drastiche di repressione che, oltre ad essere civilmente inaccettabili, costituiscono un attentato gravissimo alle democrazie e calpestano ogni rispetto delle libertà individuali e dei diritti civili. Dall'analisi approfondita dei due documenti sembra inoltre emergere chiaramente che la repressione contro il narcotraffico e l'uso di sostanze stupefacenti è una battaglia persa in partenza. Occorre pertanto tentare immediatamente l'unica strada in grado di abbattere i guadagni esorbitanti legati al mercato delle droghe. È già molto tardi, le organizzazioni criminali hanno già utilizzato largamente il denaro derivato dal traffico di droga inquinando l'economia e la politica mondiali. Non si deve aspettare oltre per passare alla legalizzazione della droga.

Le cifre del narcotraffico della cocaina

paesi produttori	Perù	60%
	Bolivia	22%
	Colombia	18%
ettari coltivati a coca in Perù	anni '70	18.000
	oggi	300.000
raccolto annuo per ettaro	1.000 kg di foglie di coca	
quantità di cocaina da spaccio per ettaro	10 kg	
quantità di cocaina pura per ettaro	3,3 kg	
prezzo (in dollari) per kg di cocaina da spaccio	Perù	3.000
	USA	30.000
	Giappone	100.000
	Grecia	95.000
	Australia	95.000
	Italia	50.000/90.000
ricavo del produttore per ettaro coltivato	1.400 dollari	

Valore finale (in dollari) della sostanza per ettaro coltivato e per anno nei vari paesi di spaccio

Paese	valore finale in dollari Usa	incremento del valore sul mercato	
		in dollari usa	in%
Perù	30.000	28.600	20,4
USA	300.000	298.600	213,3
Giappone	1.000.000	998.600	713,3
Grecia	950.000	948.600	667,6
Australia	950.000	948.600	667,6
Italia	**500/900.000**	**498.600/898.600**	**356,1/641,9**

Considerazioni critiche sulla strategia andina

Verso una ragionevole politica internazionale sulla droga - marzo 1992

PREFAZIONE
Tendenze della produzione e del traffico
e proposte per una ragionevole politica sulla droga 100
INTRODUZIONE
È tempo di rivedere la politica internazionale sulla droga..... 101
SEZIONE 1
La politica sulla droga degli USA punta
sulla repressione e la militarizzazione 102
SEZIONE 2
Lo stato della guerra alla droga in America Latina 105
SEZIONE 3
La strategia andina: una "nuova" politica c
he ripete vecchi errori 113
SEZIONE 4
Conclusioni e proposte 115
Conclusioni finali 119

Ogni parte di questo documento può essere riprodotta senza esplicita autorizzazione da parte della Drug Policy Foundation (DPF), purché le venga attribuito valore appropriato. La DPF è un forum indipendente di politiche alternative sulla droga. È la principale organizzazione dedicata alla ricerca, educazione e informazione pubblica in relazione alla lotta internazionale contro la droga. Non è una organizzazione per la legalizzazione della droga, sebbene alcuni dei suoi membri sostengano questo approccio in alternativa alle politiche correnti. La DPF è un istituto senza scopo di lucro regolamentato secondo le leggi del Distretto di Columbia e la sezione 501(c)(3) del U.S. Internal Revenue Code. Ai sensi della legislazione USA i contributi versati alla Fondazione sono deducibili dalle tasse. Al fine di mantenere la sua indipendenza la DPF non richiede né accetta finanziamenti governativi. È sorretta da contributi di privati e di altre organizzazioni.

The Drug Policy Foundation
4801 Massachusetts Ave., N.W., Suite 400
Washington, D.C. 20016-2087 USA

Presidente: *Arnold S. Trebach*
Vice Presidente: *Kevin B. Zeese*
Addetti alle relazioni pubbliche: *Kennington Wall, Dave Fratello*

Prefazione - Tendenze della produzione e del traffico e proposte per una ragionevole politica sulla droga

Le tendenze mondiali della produzione e del traffico indicano il fallimento dell'approccio degli USA al problema

- Secondo le fonti del Dipartimento di Stato degli USA, dal 1987 l'offerta mondiale di droga ha subito un aumento. La produzione totale di foglie di coca è aumentata da 291.100 a 337.100 tonnellate; la produzione di oppio è passata da 2.242 tonnellate per anno a 3.249 tonnellate; la produzione di marijuana, al di fuori dagli USA, ha avuto un incremento da 13.693 a 23.650 tonnellate.
- I paesi sui quali si è concentrata la *Drug War* continuano ad essere pesantemente coinvolti nella produzione, raffinazione e transito di droga. In Colombia, nuovi gruppi hanno costituito il cartello di Cali, che ha sostituito quello di Medellin dopo la sua spaccatura, e queste organizzazioni, oltre al tradizionale traffico di cocaina, si stanno dedicando anche a quello dell'eroina. Il General Accounting Office (GAO) degli USA riferisce che Panama è più coinvolta nel commercio di droga di quando era al potere il Generale Manuel Noriega. Le guerre alla droga in Perù e Bolivia sono bloccate a causa della resistenza locale e da altre difficoltà.
- In America Latina sta aumentando il numero dei paesi interessati ai diversi aspetti del business della droga; risultano attualmente coinvolti anche Brasile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Argentina e Suriname.
- Sebbene gli investimenti degli USA per la *Drug War* siano aumentati, la quantità di droga sequestrata è rimasta stabile non rispecchiando neppure il livello di espansione della produzione. La disponibilità di droga negli USA è aumentata.

Proposte per una politica internazionale alternativa sulla droga:

- demilitarizzare la *Drug War* nei Paesi esteri, a cominciare dall'ordine di rientro in patria di tutto il personale del Dipartimento della Difesa e di tutti gli altri agenti paramilitari statunitensi impegnati nella *Drug War*. La presenza in loco di questi ultimi costituisce una spesa eccessiva di questa guerra, producendo un impatto di scarsa rilevanza e minacciando inoltre di intrappolare gli USA in conflitti locali, in particolare in Perù.
- non trascurare la questione dei diritti umani nell'ambito degli interventi antidroga. Riguardo alle violazioni dei diritti umani da parte degli eserciti peruviani e colombiani l'Amministrazione Bush ha largamente ignorato la necessità di provvedimenti richiesti dai suoi stessi rapporti. La pratica di fornire aiuti nonostante le continue violazioni dei diritti umani va vista soltanto come un incoraggiamento ai governi locali e rappresenta una vergogna per gli USA.
- ribaltare la priorità degli stanziamenti antidroga degli USA in America Latina. Attualmente i finanziamenti della politica antidroga vengono principalmente impiegati per il sostegno alla repressione, anche militare, anziché utilizzati per lo sviluppo economico. La speranza di una effettiva riduzione del traffico di droga dovrebbe portare a nuove priorità, in particolare interventi alternativi e sviluppo responsabile nei Paesi produttori.

- - eliminare le pressioni statunitensi tendenti a coinvolgere i Paesi dell'America Latina a sostegno della Drug War. In particolare, abolire il cosiddetto "certification standard" antidroga che richiede, per essere rilasciato, il benestare a tutte le iniziative di guerra alla droga intraprese dagli USA che è necessario per la concessione di aiuti economici. Le nazioni andine non devono essere costrette ad usare i propri eserciti sul loro territorio. Deve cessare immediatamente l'uso di erbicidi impiegati nelle campagne di eradicazioni delle colture.
- aprire un ampio dibattito sulla politica antidroga attuata dagli USA in Perù. Infatti, mentre ovunque sono gravi i rischi a cui conduce l'intervento militare degli USA nella regione andina, in Perù la Drug War ha già condotto gli USA a prendere parte ad una guerra civile che dura da 12 anni. L'intricata situazione locale minaccia di aggravarsi ulteriormente. Alla popolazione americana dovrebbe essere consentito esprimere il suo parere prima che l'impegno degli USA diventi irreversibile.
- concentrare gli interventi sulla riduzione della domanda interna anziché cercare di controllare la produzione di droga fuori dagli USA. Il primo passo di un serio impegno per la riduzione della domanda è scambiare le attuali priorità del bilancio della droga, che privilegiano attualmente, con un rapporto 70/30, la repressione rispetto alla prevenzione e al recupero.
- prendere in considerazione un'ampia gamma di interventi alternativi alla Drug War, che ha prodotto magri risultati malgrado sempre maggiori investimenti e rischi. È giunto il momento di esaminare attentamente altri approcci.

Introduzione - È tempo di rivedere la politica internazionale sulla droga

Anche se la guerra fredda è finita, gli USA non considerano ancora superata la minaccia di guerra. Infatti, sia militari che altro personale non militare USA è di stanza all'estero a causa di un conflitto che minaccia di esplodere rapidamente: la guerra alla droga. Prima di un'escalation, è necessario che tutti gli americani riflettano su ciò che ha portato il paese a questo punto, sui rischi che si stanno correndo e se si possa invertire la rotta prima che sia troppo tardi.

Nel febbraio del 1992 la *Drug Policy Foundation* (DPF) ha pubblicato la *National Drug Reform Strategy* (Strategia Nazionale di Riforma sulla Droga), un rapporto che focalizza l'attenzione sulla politica interna in fatto di droga e che sollecita l'Amministrazione Bush a modificare le sue priorità sugli interventi da fare. Il rapporto giunge alla conclusione di concentrarsi sulla prevenzione, cura e riabilitazione invece che sugli arresti, sul carcere e su altre sanzioni.

Il presente rapporto tratta gli esiti della politica internazionale sulla droga - principalmente quelli dovuti alle conseguenze della Strategia Andina - e giunge a conclusioni analoghe. Si osserva che la crescente militarizzazione della guerra alla droga, sia sul fronte interno che su quello estero, sta producendo riscontri scarsamente positivi, e viene suggerita l'esigenza di riformulare la politica di intervento prima che la situazione si deteriori e si aggravi ulteriormente. Come viene sostenuto dalla National Drug Reform Strategy, è giunto il momento di cambiare per salvaguardare il futuro.

La *Drug War* del Presidente Bush sta fallendo il raggiungimento degli obiettivi prestabiliti e sta producendo più danni che benefici. Riguardo alle previsioni interne americane per il 2000 e oltre, è indispensabile che l'errato approccio alle droghe che ha predominato negli ultimi decenni venga seriamente rivisto. È giunto il momento di svoltare l'angolo e mettere a punto metodi incentrati a risolvere l'abuso di droga e i problemi sociali ad essa connessi.
Quanto detto si può riferire altrettanto bene allo scenario internazionale. Compaiono su ogni fronte difficoltà nella politica internazionale antidroga dell'Amministrazione Bush. Mentre da un lato l'Amministrazione riconosce alcuni errori ed è consapevole della inesistenza di progressi, dall'altro non propone alcuna revisione della attuale strategia né soluzioni realmente nuove. Il Governo preferisce mantenere lo statu quo, piuttosto che riconoscere il suo fallimento.
Temiamo che questa politica, perseguita senza alcuna verifica dall'Amministrazione e dai suoi alleati al Congresso, avrà conseguenze profondamente negative nella regione andina e fallirà l'obbiettivo di eliminare la produzione ed il traffico di droga. È ora che gli USA riconsiderino totalmente la loro politica estera antidroga, ciò che comporta, i rischi che determina, quanto sia ragionevole proseguire negli stessi obiettivi antidroga e se gli interventi debbano essere rallentati invece che persistentemente ampliati.
La scontata difesa della propria politica internazionale sulla droga fatta dall'Amministrazione Bush dovrebbe essere vista per quello che è: tutti i tipi di interventi antidroga sono rivendicati quali componenti essenziali di una strategia globale agente su più fronti. In realtà, si tratta di una argomentazione puramente difensiva di aspetti particolari che non giustifica nulla.
In una democrazia, si suppone che politiche come la Strategia Andina - una pericolosa impresa di immense proporzioni che non ha alcuna possibilità di raggiungere i suoi obiettivi - siano aperte al dibattito. Ci si augura che questo rapporto possa contribuire allo sviluppo di un'opposizione che sia informata sui controproducenti interventi antidroga effettuati all'estero dagli USA.

Sezione 1 - La politica sulla droga degli USA punta sulla repressione e la militarizzazione.

Puntare sull'eradicamento e sulla repressione evita i veri problemi e ne crea di nuovi

La politica internazionale di controllo della droga perseguita dai presidenti Reagan e Bush ha puntato sull'eradicamento e sulla repressione degli approvvigionamenti nei paesi produttori. Tali tentativi assumono sempre più un carattere di militarizzazione. La Strategia Andina, resa nota nella *National Drug Control Strategy (*Strategia Nazionale di Controllo delle Droghe) del 1989, viene utilizzata dall'Amministrazione Bush per intensificare questa tendenza. I sottostanti problemi economici e politici dei paesi produttori, che spingono alla coltivazione e alla produzione di droghe illegali, ricevono invece scarsa attenzione. In ultima analisi, i tentativi degli USA di lotta alla droga sono basati su errati presupposti

circa cosa si può e cosa si potrebbe fare. I pianificatori antidroga sembrano essere fermamente decisi a non riconoscere che la mano invisibile del commercio clandestino di droga non può essere eliminata da una politica fondata sul pugno di ferro. L'incapacità di imparare dalla storia minaccia in uguale misura le popolazioni degli USA e delle regioni andine.

La "riduzione dell'offerta" è in realtà una "deviazione dell'offerta".
I tentativi di riduzione dell'offerta nei paesi produttori, invece di eliminare le droghe vietate, ottengono l'effetto di deviarne la produzione verso altri paesi e addirittura di crearne di nuovi. I motivi di fondo sono la estrema povertà dei paesi produttori e l'alta redditività delle droghe illegali. Nella regione andina più di un milione di persone sono direttamente implicate nel commercio di coca grezza e di cocaina già sintetizzata. Inoltre, milioni di persone beneficiano indirettamente del business della droga. Le tre nazioni indicate dalla Strategia Andina come più pesantemente coinvolte - Perù, Colombia e Bolivia - sono tra i paesi più poveri dell'America Latina. Nella sola Bolivia si ricavano circa 600 milioni di dollari l'anno dal commercio della coca, metà del prodotto interno lordo. La guerra contro la droga è una guerra non convenzionale combattuta con elicotteri, erbicidi e soldati di fanteria contro forze economiche. Anche se il Presidente, il Congresso e i governi dei paesi produttori concordassero sui vari progetti per intensificare la repressione e aumentare le spese militari, per migliorare e incrementare le campagne di eradicamento delle colture, non sarà mai possibile ottenere una effettiva riduzione della produzione. Le frustrazioni che derivano da questa semplice realtà stanno determinando, per reazione, pressioni che conducono ad una militarizzazione senza precedenti della guerra alla droga.
Comunque, anche se fossero superati i molteplici ostacoli che si frappongono agli interventi repressivi e di eradicamento, gli effetti desiderati sui prezzi delle droghe e sulla loro disponibilità si realizzerebbero molto difficilmente. Come ha fatto notare il GAO prendendo in esame i tentativi di riduzione della produzione, gran parte dell'aumento del prezzo della cocaina si verifica solo dopo che la sostanza ha raggiunto gli USA. Così, intervenire sulla droga a differenti stadi della produzione ha effetti modesti sul prezzo della cocaina di strada. Andare più in profondità con la militarizzazione ha chiaramente una scarsa efficacia.

Pressioni per trasformare la guerra alla droga in una guerra vera e propria.
Ronald Reagan è stato il primo presidente degli USA a dichiarare il commercio illegale di droga una minaccia alla "sicurezza nazionale". Da allora - e particolarmente sotto la Presidenza Bush - sono diventati sempre più numerosi i tentativi di militarizzare gli interventi antidroga portando la guerra alla droga ai più alti livelli, col risultato di creare nuovi e tremendi rischi a fronte di risultati altamente improbabili. L'analogia tra guerra e tentativi di controllare produzione e uso di droga è diventata sempre più precisa. Su entrambi i fronti, quello interno e quello estero, la politica statunitense continua ad accentuare la repressione, anche militare, a scapito di politiche a lungo termine non militari. Dal 1989 al 1990, per

esempio, il numero di ore di volo del Dipartimento della Difesa dedicato a operazioni antidroga è quasi triplicato, passando da 18.436 a 48.025 ore. Tale cifra supera di dieci volte la media annuale del periodo 1986-1988. Queste cifre riflettono il crescente impegno del Pentagono nella guerra alla droga. Da notare che all'interno stesso del Pentagono questa linea è stata contestata in diverse fasi della sua escalation. Recentemente il Dipartimento della Difesa ha posto il suo veto ai progetti dell'Office of *National Drug Control Policy* di assumere in proprio la responsabilità delle missioni antidroga al posto di altri organismi federali. Il Dipartimento sapeva bene in quale pantano ci si andava a cacciare con le missioni antidroga. Ciò nonostante i politici non hanno ancora cambiato musica.
Sebbene le nazioni andine siano state riluttanti a seguire la strada loro indicata, hanno tuttavia gradualmente ampliato l'uso dell'esercito nel combattere la produzione e il traffico di droga, adeguandosi a seguire gli USA nella loro politica del tipo bastone/carota. Mediante il cosiddetto "certification standard" antidroga, avviato con l'*Omnibus Anti-Drug Abuse Act* del 1988, qualsiasi aiuto economico a molte delle nazioni dell'America Latina è ora condizionato alla cooperazione con le iniziative antidroga degli USA, specialmente quelle che prevedono l'intensificazione della repressione, anche militare.

I rischi della militarizzazione rischiano di intrappolare gli USA

Il predominio di strumenti repressivi e militari nella realizzazione degli obiettivi della Strategia Andina ha determinato un contesto nel quale i diritti umani vengono trascurati, i fondamentali problemi sociali dei paesi produttori vengono ignorati e le impreviste conseguenze della politica d'intervento antidroga statunitense minacciano quelle già fragili democrazie. In breve, le campagne di riduzione della produzione stanno avendo ripercussioni in altre ambiti, che devono interessare sia gli USA che le nazioni dell'America Latina.
L'estremo rischio degli interventi per la riduzione delle colture è quello di trascinare l'esercito statunitense nelle guerre civili che si combattono nella regione Andina, particolarmente in Perù.
Già centinaia di consiglieri statunitensi, unità mobili di squadre speciali di addestramento, personale dell'Amministrazione Antidroga (DEA) e rappresentanti della Guardia Costiera e della Guardia di Finanza sono coinvolti a diverso livello negli interventi antidroga nella regione delle Ande.
Il 12 gennaio, la morte di tre americani in un incidente in elicottero in Perù - attribuito ai guerriglieri di *Sendero Luminoso* - ha tragicamente evidenziato i pericoli corsi dagli uomini dell'antidroga. Eventuali future morti di soldati dell'esercito statunitense o di agenti federali potrebbero facilmente far scattare un intervento di grandi proporzioni, come è accaduto a Panama nel 1989.
Molti di questi rischi costituiscono questioni aperte dato che l'Amministrazione Bush non ha ancora stabilito limiti di sorta al coinvolgimento a lungo termine degli USA: nelle operazioni antidroga. Al contrario, ci si sta spingendo avanti aumentando la posta in gioco e militarizzando ancora di più la guerra alla droga, nella speranza che prima o poi si otterranno risultati tangibili. Sfortunatamente,

aumentando gli insuccessi aumentano anche le pressioni per trasformare la guerra alla droga in una guerra a tutti gli effetti.

Sezione 2 - Lo stato della guerra alla droga in America Latina

Da Cartagena a San Antonio: Le Nazioni Andine costrette a seguire la politica degli USA

Il 15 febbraio 1990 a Cartagena, in Colombia, il presidente Bush si è incontrato con i presidenti di Bolivia, Columbia e Perù. Il primo summit sulla droga è stato convocato per coordinare i ruoli di ciascuna nazione nella nuova politica internazionale d'intervento contro la droga dell'Amministrazione Bush, la Strategia Andina. In sintesi, i tre obiettivi a breve termine sono: "rafforzare la volontà politica e la capacità delle istituzioni di Columbia, Perù e Bolivia" nella lotta alla droga, "potenziare l'efficacia della repressione e le attività militari dei tre Paesi contro il commercio della cocaina", e "infliggere danni significativi alle organizzazioni di trafficanti che operano nei tre Paesi". L'impegno degli USA verso la militarizzazione della guerra alla droga ha costituito lo sfondo del summit, avvenuto sull'onda dell'invasione di Panama e del programmato dispiegamento delle navi della Marina USA a largo delle coste della Columbia, temuto dai leaders locali come premessa del "blocco" del Paese. La delegazione del Perù ha minacciato di boicottare il summit a causa della posizione militare degli USA, ma ha accettato di partecipare quando sono diventate chiare le conseguenze del fallimento del summit, cioè il taglio degli aiuti.

Le delegazioni sudamericane al summit erano piuttosto critiche: c'era chi si preoccupava per il coinvolgimento negli interventi militari mentre gli USA evitavano di prendere in sufficiente considerazione la vera soluzione, cioè la riduzione interna della domanda di droga. Preso atto di questa situazione, la relazione conclusiva del summit asseriva che l'obiettivo dell'incontro era "ridurre sia l'offerta che la domanda di droghe illegali". Si ribadiva inoltre l'impegno che tutte le nazioni partecipanti avrebbero "agito secondo il rispetto dei diritti umani" e si riaffermava che "niente può indebolire la guerra alla droga come il mancato rispetto dei diritti umani". Dopo Cartagena, comunque, il principale obiettivo degli USA rimaneva l'intensificazione della repressione e della riduzione dell'offerta, in confronto ad un modesto impegno nella riduzione della domanda, mentre il problema dei diritti umani è stato comunque trascurato per perseguire gli obiettivi della Strategia Andina. A tutt'oggi, la Casa Bianca è andata per la sua strada per realizzare la Strategia Andina, sia rispetto al Congresso sia rispetto alle Nazioni Andine. In realtà gli obiettivi militari dell'Amministrazione sono stati sostenuti dal Pentagono con fondi del budget relativo alla guerra alla droga non destinati alla Strategia Andina. Eppure, i progressi sono minimi. I nuovi problemi creati dalla politica internazionale antidroga dell'Amministrazione Bush stanno cominciando a manifestarsi.

Il Summit di San Antonio: conferma anziché revisione.

Si è proposto di tenere il secondo summit sulla droga a San Antonio in Texas, il 26 febbraio, poco dopo la pubblicazione di questo rapporto. Sarà senza dubbio incentrato a rinsaldare il sostegno agli accordi originari e le nazioni interessate si scambieranno congratulazioni reciproche per ogni minimo progresso fatto dal primo summit in poi.

L'Amministrazione Bush chiaramente rivendicherà gli straordinari progressi compiuti, ma un'onesta stima dello stato delle nazioni andine a distanza di soli due anni dall'inizio della Strategia Andina dell'Amministrazione Bush evidenzierà che il progresso tarda a venire. I segni sinistri dei rischi della politica antidroga si stanno manifestando piuttosto chiaramente. La prevalenza di obiettivi di carattere militare nella politica antidroga nelle nazioni andine ha originato risultati negativi, quali il problema dei diritti umani, il crescente coinvolgimento degli USA in finanziamenti, strutture, soldati e agenti federali impiegati in operazioni antiguerriglia. Nel frattempo, il traffico di droga è stato scarsamente influenzato. Nell'attesa che l'Amministrazione Bush affronti davvero lo stato della Drug War in America Latina, proponiamo il seguente resoconto degli eventi dall'inizio dell'attuazione della Strategia Andina.

Colombia: nuovi cartelli e nuove droghe

Anche prima del vertice di Cartagena, la Columbia si era adeguata alla guerra americana alla droga. Il paese è stato un terreno di prova dei metodi della Strategia Andina. L'azione coordinata contro i trafficanti di droga ha portato ad alcuni desiderati effetti a breve termine - il più notevole è la spaccatura del gruppo di Medellin -, ma ha completamente fallito riguardo al controllo della produzione della droga. Così, l'esempio della Colombia dovrebbe risultare istruttivo circa la effettiva praticabilità della Strategia Andina medesima.

Praticamente, la guerra in Colombia potrebbe essere considerata conclusa. Quando il cartello di Medellin ha dichiarato la guerra totale al governo colombiano come reazione alla sua azione antidroga, sono scoppiati gravi disordini. Ora che la battaglia si è conclusa con iniziative di tregua da entrambe le parti, la popolazione colombiana si ritrova in assetto di guerra ed è improbabile che sia disposta a sostenere interventi antidroga che conducano allo stesso caos verificatosi nel conflitto con il gruppo di Medellin. Il cartello di Cali, che secondo molte fonti ha rimpiazzato quello di Medellin, non ha come metodo la violenza antigovernativa, preferendo lavorare più pacificamente; ma anche nel caso in cui, su pressione degli strateghi antidroga degli USA, il gruppo di Cali dovesse essere efficacemente abbattuto entrerebbe sicuramente in campo qualcuno dei circa 150-200 altri gruppi di trafficanti esistenti in Colombia secondo le stime del Dipartimento di Stato.

La Colombia rappresenta senz'altro una grave fonte di insuccessi per i politici degli USA, illusi dai precedenti atteggiamenti anticartello del governo colombiano. Il nuovo governo di Cesar Gaviria ha cercato di ridurre la violenza del traffico della droga con tutti i mezzi possibili, anche tramite accordi con i

trafficanti. Il governo ha infatti concentrato gli sforzi su gruppi insurrezionali armati. Secondo il GAO, gli aiuti antidroga e i mezzi forniti per combattere la droga sono stati usati in modo "regolare", dato che gli interventi antidroga veri e propri e quelli antiguerriglia sono considerati legati tra loro.
Gli obiettivi antidroga statunitensi sono in pericolo, dato che esiste una comprensibile riluttanza del governo colombiano a dichiarare guerra aperta ai cartelli e grazie al fatto che l'obiettivo è stato rivolto verso la lotta alla guerriglia. L'estradizione dei trafficanti dalla Colombia verso gli USA, uno degli obiettivi primari degli USA, non viene attuato dal governo colombiano a seguito dell'accordo stabilito con i cartelli. L'eradicamento della coltura della coca in Colombia - il terzo più grande produttore di questa pianta - è in fase di stallo, colpendo al massimo il 5% del raccolto stimato. Alcune fonti riferiscono che i cartelli della cocaina hanno ora allargato i propri affari al traffico dell'eroina derivata dall'oppio coltivato nelle regioni montuose della Colombia; questo dimostra quanto la situazione della droga, anziché risolversi, stia divenendo sempre più complessa.
Uno degli scopi principali degli interventi in Colombia è stato smantellare il processo di lavorazione della cocaina. Ogni anno centinaia di laboratori sono stati assaliti e distrutti, ma l'unico effetto che si è ottenuto è stato quello di disperdere e parcellizzare i processi produttivi: impianti di lavorazione sono state scoperti in Brasile, Bolivia, Ecuador e Perù, mentre la catena distributiva si è spostata a Panama, El Salvador e Guatemala.
Le continue violazioni dei diritti umani chiamano in causa l'oculatezza dell'aiuto degli USA al governo e all'esercito colombiani. Sebbene il Dipartimento di Stato attribuisca la responsabilità degli episodi di violenza in Colombia ai trafficanti e alla guerriglia, non può non riconoscere il basso livello dell'esercito e della polizia colombiani. Secondo un resoconto del 1991 del governo USA sulla situazione dei diritti umani, *membri e unità dell'esercito e della polizia hanno preso parte a uno sconvolgente numero di violazioni dei diritti umani, comprese esecuzioni extragiudiziarie, torture, massacri e (...) all'esercito, nel corso di operazioni antiguerriglia, resta difficile distinguere tra guerriglieri e 'civili' non coinvolti nella guerriglia*.
Se ciò fosse successo in altri Paesi, tali rapporti avrebbero portato gli USA a prescrivere sanzioni, non aiuti. Sempre più chiaramente, in Colombia la priorità della Drug War sta oscurando tutte le altre. L'esperienza della Colombia è consistita in una battaglia sanguinosa e in una pace difficile, nella diversificazione delle fasi del traffico di cocaina e nell'immissione di nuove droghe nel mercato.
Invece dell'eliminazione della produzione e del traffico illegali di droga, gli interventi di eradicamento delle colture, la repressione e lo smembramento dei cartelli, sono stati negli ultimi due decenni soltanto la ripetizione di frustranti insuccessi nella lotta alla droga.
La situazione in Colombia è ritornata virtualmente al punto di partenza, sono cambiati soltanto nomi e facce. Frattanto, nel perseguire i propri obiettivi si sta chiudendo un occhio sulla questione disastrosa dei diritti umani. Questo è quanto ci attende anche in futuro se continuerà ad essere perseguita la Strategia Andina.

Perù: la guerra alla droga si confonde con la guerra civile.

"In Perù stiamo solo agli inizi (...) noi e i peruviani non siamo in grado di combattere nell'Alta Valle dell'Huallaga solo con la repressione legale, a meno che l'esercito peruviano sia lì a combattere Sendero Luminoso*"* (testimonianza del deputato Vicesegretario di Stato per il Sud America Michael Skol davanti alla Task Force sul Controllo internazionale dei narcotici, House Committee per gli Affari Esteri, marzo 1990). Per quanto il perseguimento degli obbiettivi da guerra fredda nel Terzo Mondo abbia reso ciechi i politici statunitensi sui lati negativi di numerosi regimi, la guerra alla droga sta diventando un imperativo politico che porta ad accordi di convenienza con gli ignobili eserciti dell'America Latina. L'attuale politica degli USA in Perù è un caso di questi.

Il Perù, dove viene prodotta la metà delle foglie di coca del mondo, è indubbiamente l'area più complessa in cui si sta combattendo la guerra contro la produzione di droga. L'economia del paese è passata da una profonda recessione alle recenti misure economiche dovute alla terapia d'urto promossa dal neoeletto presidente Alberto Fujimori. Il governo sta soffrendo una grave crisi di autorità nelle regioni del territorio nazionale sotto il controllo dei due gruppi di insorti, *Sendero Luminoso* e il Movimento Rivoluzionario *Tupac Amaru*. La corruzione dilaga sia nell'esercito che nella polizia peruviani, i principali servizi coinvolti nell'azione antidroga. Nell'ottobre 1991 un rapporto del GOA osserva come il controllo del governo civile su questi servizi si stia indebolendo, a differenza di quanto affermato da alcuni rappresentanti degli USA. Poiché in Perù un serio controllo della droga non può avvenire se non attraverso la sconfitta dei movimenti della guerriglia nelle loro roccaforti nelle regioni di coltivazione della coca, gli interventi antidroga degli USA fanno notevole affidamento su interventi di controguerriglia. Questo fatto sta facendo sì che gli aiuti americani vengano utilizzati per le campagne militari peruviane contro i ribelli, oltreché per le operazioni di polizia volte a colpire la produzione e il transito di droga. Questa cooperazione militare implica il rischio di un crescente coinvolgimento degli USA, oltre quanto il Congresso e il popolo americano abbiano concordato si debba arrivare per la lotta alla droga. In nome della guerra antidroga, gli USA stanno di fatto partecipando alla sanguinosa guerra civile che infiamma il Perù da 12 anni. Il ruolo attuale degli USA comporta aiuti economici, assistenza tecnica, addestramento delle truppe da parte di unità speciali degli USA, sostegno al servizio informazioni e forniture militari. Piuttosto recentemente è iniziato l'aiuto diretto all'esercito peruviano.

La battaglia, comunque, è appena agli inizi, come dichiara sopra il Vicesegretario di Stato per il Sud America. Il rapporto del 1991 dell'*International Narcotics Control Strategy* del Dipartimento di Stato elenca molti degli obiettivi a breve termine per la cooperazione tra USA e Perù che necessariamente coinvolgerebbero nel conflitto *Sendero Luminoso* e *Tupac Amaru*: *distruzione delle infrastrutture e dei laboratori clandestini, divieto di atterraggio ai trafficanti, blocco, attraverso il controllo di fiumi e strade, dell'approvvigionamento di prodotti chimici essenziali (...) e instaurazione della repressione nelle aree attualmente sotto il controllo dei narco-guerriglieri*. Gli USA non hanno ancora stabilito

limitazioni al loro crescente coinvolgimento in Perù, sebbene la guerra minacci di accentuarsi nel prossimo futuro.
L'eliminazione della minaccia della guerriglia non contribuirà necessariamente a porre fine al traffico di droga in Perù. Lo zar peruviano della droga, l'economista Hernando de Soto, alla fine di gennaio si è dimesso in segno di protesta contro la corruzione dell'esercito e della polizia nazionali. De Soto ha accusato elementi di entrambi di aver tratto essi stessi profitto dal commercio della droga, un'accusa giunta anche da altre parti. Egli inoltre ha dichiarato che l'assassinio di un capo dei contadini che sosteneva alcuni dei progetti alternativi di sviluppo di De Soto è stato compiuto con" armi di stato". Qualora ciò fosse vero, questa asserzione mostra che la dipendenza economica del Perù dal commercio di droga potrebbe continuare anche dopo una campagna antiguerriglia coronata da successo. Cambierebbe solamente l'identità dei personaggi che traggono profitto dalla protezione del traffico.
Il governo peruviano, sebbene ansioso di ricevere aiuti per combattere i gruppi di guerriglieri, ha ostacolato alcuni degli aspetti della strategia antidroga. I piani USA hanno dovuto essere ritardati in considerazione del fatto che il Perù non ritiene che le priorità americane della guerra antidroga riflettano le necessità urgenti del Perù. Nel 1990 è stato offerto soltanto aiuto per la repressione legale, quando gli aiuti militari furono rifiutati dal presidente Alan Garcia. Dopo l'elezione di Fujimori, nel 1990, è stata altresì rifiutata una proposta di aiuti all'esercito nazionale per l'ammontare di 36 milioni di dollari.
Dopo alcuni mesi, il presidente del Perù ha proposto un suo piano antidroga incentrato maggiormente sulle necessità economiche. Questo progetto dovrebbe essere ora realizzato. Sul totale di 84 milioni di dollari del pacchetto degli aiuti bilaterali approvati dal Congresso, 24 milioni costituiscono l'aiuto militare e repressivo. Dei 60 milioni definiti come assistenza allo sviluppo, 50 sono destinati per ripagare i debiti internazionali del Perù.
L'altra pressante e determinante questione del Perù è quella dei diritti umani. Le campagne governative peruviane antiguerriglia sono fondate sulla strategia della brutalità contro brutalità. Secondo il gruppo per i diritti umani *America's Watch*, l'esercito peruviano ha preso parte a *esecuzioni, scomparse e torture con una frequenza che rivela come queste pratiche criminali siano parte integrante della politica antiguerriglia.* Secondo un resoconto del GAO, nel febbraio 1991 la fonte del Dipartimento di Stato riferisce che *i militari sono stati responsabili di diffuse ed evidenti violazioni dei diritti umani e che queste hanno subito un aumento dal 1989 al 1990*, quando la Strategia Andina era in corso di realizzazione. Nel 1991 un ufficiale USA ha riferito al GAO di aver visto un poliziotto tagliare le orecchie dal cadavere di un presunto guerrigliero. La spiegazione fornita dal Dipartimento di Stato è stata che *la polizia talvolta taglia le orecchie alle vittime come segno dell'avvenuta uccisione.*
I rappresentanti degli USA hanno cercato di sorvolare sul problema dei diritti umani, che rischiava quasi di far eliminare i previsti aiuti militari al Perù nell'ultima sessione del Congresso. Per esempio, il Dipartimento di Stato ed altri servizi

governativi hanno insistentemente ripetuto che la situazione dei diritti umani stava migliorando, nonostante le tattiche terroristiche da parte dell'esercito continuino senza sosta. Affermano che qualunque sia la situazione, gli aiuti potrebbero ridurre gli abusi nel campo dei diritti umani. I gruppi che difendono i diritti umani e i membri del Congresso si dicono invece preoccupati che il denaro possa essere considerato come un premio per la cooperazione con gli USA e come un segnale che i diritti umani non giocano un ruolo determinante nelle scelte politiche americane. L'Amministrazione Bush continua a stimare i progressi antidroga in termini di modesti sequestri di droga e di livelli di cooperazione col Perù. Gli USA si sono fermamente attestati dalla parte della brutalità dell'esercito peruviano nonostante le violazioni dei diritti umani e i problemi di corruzione. Più gli USA offrono aiuti, maggiormente incombono altri rischi da entrambe le parti per il futuro. Questa strada è piena di pericoli, ma l'Amministrazione evita di parlare dell'impegno assuntosi in nome della guerra alla droga.
Il rapporto tra i movimenti di guerriglia e il traffico di droga è più complesso di quanto vogliano far credere i funzionari statunitensi. Nonostante il *Bureau of International Narcotics Matters* del Dipartimento di Stato ed altri si riferiscano ai combattenti di *Sendero Luminoso* definendoli comunemente *narcoguerriglieri*, i ribelli non sono di per sé trafficanti nel vero senso della parola. Le loro entrate derivano dal traffico sotto forma di protezione economica e attraverso l'imposizione di tasse sulle vendite nelle regioni sotto il loro controllo. Ma i maoisti fanatici di *Sendero Luminoso* disprezzano l'uso o il traffico di droga.
Narcoguerriglieri rappresenta quindi un'etichetta fuorviante che nasconde il fatto che ciò che lega la guerriglia al traffico di droga è esclusivamente una questione di convenienza temporanea.

Bolivia: la povertà è il fattore essenziale del traffico di droga e della cooperazione nella Drug War.

La Bolivia, la nazione più povera del Sud America, è stata oggetto di alcuni dei più massicci interventi antidroga degli USA, prima e dopo la realizzazione della Strategia Andina. Sono state perseguite sia strategie militari che economiche. Ogni iniziativa è stata plaudita come un successo, ma la realtà è resa evidente dai fatti: la Bolivia è tuttora il secondo maggior produttore di foglie di coca e recentemente è diventata seconda anche nella classifica dei produttori di cocaina raffinata. A causa dello stato rovinoso dell'economia i contadini boliviani hanno convertito i loro terreni alla coltivazione di coca. Il punto più basso si toccò nel 1980, in parte causato dal crollo della principale attività industriale del Paese, la produzione dello stagno. I disoccupati raddoppiarono, il Pil si ridusse a un quinto e i redditi di quelli che ancora lavoravano diminuirono del 30% ed oltre. Attualmente la nuova principale attività economica, la coltivazione della coca, rappresenta un terzo della produzione agricola della Bolivia, metà del suo Pil e metà del suo bilancio estero. Un quinto della popolazione attiva della Bolivia trae sussistenza dalla coca. Purtroppo, la politica antidroga degli USA non fa i conti in modo realistico con questi problemi fondamentali dell'economia boliviana.

Invece, la strategia degli USA sfrutta il fatto che il governo boliviano è continuamente alla ricerca di tutto l'aiuto, economico ed altro, che riesce ad ottenere. Il *certification standard* viene usato dagli strateghi antidroga statunitensi per costringere il governo ad accettare un vasto insieme di iniziative; in parte usando la minaccia del taglio degli aiuti, gli USA hanno costretto il riluttante governo boliviano a far uso dell'esercito contro i suoi cittadini. La resistenza a questi tentativi è forte a causa del coinvolgimento delle sue truppe nella lotta alla droga sfociato in un sanguinoso golpe militare nel luglio 1980. Negli USA si è diffusa una seria preoccupazione riguardo agli aiuti ai militari boliviani a causa di vari rapporti che concordano nel ritenere notevole il coinvolgimento dei militari nel traffico di droga. Il processo - già normalmente difficile - di seguire il percorso degli aiuti militari e assicurarsi che il suo utilizzo rientri nelle iniziative approvate dagli USA, viene qui complicato dallo spettro della corruzione.
Sebbene la maggior parte degli esperti boliviani abbia indicato che colture alternative e programmi di sviluppo costituiscono la sola speranza per ridurre la produzione della coca, le iniziative statunitensi premono ancora nella direzione della repressione e dell'eradicamento della coltura. Nel maggio del 1990, la Bolivia ha accolto le pressioni USA per la realizzazione dei programmi della Strategia Andina ed ha ancora una volta concordato l'utilizzo del loro esercito nella guerra alla droga. In cambio, gli USA distribuiscono 33,7 milioni di dollari in aiuti finanziari per gli interventi antidroga.
Mentre è ancora troppo presto per giudicare appieno il risultato degli interventi antidroga degli USA, non sembrano però esserci nemmeno piccoli segnali di successo. Al contrario, ci sono invece quelli del fallimento. Non sono stati raggiunti gli obiettivi molto ambiziosi di eradicamenti deciso dagli USA. Il 5 dicembre 1991 per esempio, si è dovuta posticipare la scadenza dell'eradicamento di 2225 ettari di coca richiesto in cambio di un finanziamento di 22 milioni di dollari. Questo è il dilemma degli USA in Bolivia: ci si chiede se punire il paese per non aver rispettato gli impegni presi porterebbe il governo ad allinearsi con gli obiettivi USA o se ciò porterebbe a eliminare ogni speranza di futura cooperazione. I precedenti interventi antidroga hanno provocato la crescita di una notevole opposizione all'influenza statunitense e alle operazioni antidroga. Questo inconsueto fenomeno di ampio appoggio esplicito alla produzione della coca è caratteristico della Bolivia, vista la grande influenza che ha nel paese il commercio clandestino di droga. Il principale arbitro della politica boliviana è, ad esempio, costituito una federazione di coltivatori di coca. Le operazioni antidroga degli USA hanno originato proteste popolari con scioperi, blocchi stradali e manifestazioni di massa. I funzionari boliviani temono, a ragion veduta, le rivolte e le violenze politiche che potrebbero seguire ad un grave crollo del commercio della coca.
La Bolivia è stato teatro di un solo attacco in forze dell'esercito americano al commercio di droga, l'operazione Blast Furnace del 1986. Nell'operazione sono stati impiegati direttamente soldati e mezzi militari statunitensi per distruggere laboratori e per far cessare il commercio di droga, attraverso una vera e propria occupazione su piccola scala. Ma l'operazione Blast Furnace si è dovuta

interrompere per l'intensa opposizione sia locale che nazionale. Ben presto l'industria della coca si è ricostruita con rinnovata attenzione per rendere le colture e le operazioni di elaborazione meno accessibili a future incursioni. L'esperienza di Blast Furnace ha intensificato la resistenza dei boliviani ed ha probabilmente precluso tali opzioni per il futuro. Un altro progetto degli USA è consistito nel tentativo di colpire il business della coca pagando ai contadini 2000 dollari per ogni ettaro di terra non coltivato a coca. Nonostante gli ovvi problemi connessi a tale strategia - quali la necessità di verifiche, la corruzione e l'espandersi della coltivazione della coca in altre regioni - sono stati osservati alcuni limitati successi. L'eradicamento volontario da parte dei contadini ha temporaneamente ridotto l'entità della produzione di coca in Bolivia durante il 1989 e il 1990. Ma spesso i pagamenti ai contadini arrivavano in ritardo, e non c'è stato un sufficiente sviluppo di colture alternative nel periodo in cui hanno avuto luogo la maggior parte degli eradicamenti volontari. Le coltivazioni di coca in nuovi territori hanno notevolmente ridotto le speranze di proseguimento del programma di aiuti a pagamento, che ora sono in fase di stallo. Probabilmente il rischio più grande che presentano gli interventi di riduzione della produzione condotti dagli USA è l'indebolimento del governo civile. Dall'indipendenza dalla Spagna del 1825, la Bolivia è stata quasi sempre governata da regimi militari. Solo recentemente hanno iniziato funzionare istituzioni democratiche. La Strategia Andina mina la credibilità del governo civile facendo apparire il suo presidente disposto più ad accogliere i desideri degli USA piuttosto che la volontà del suo popolo. La componente militare della Strategia Andina rafforza i settori antidemocratici dell'esercito, i quali sono con scarsa probabilità disposti a mettersi seriamente contro i trafficanti di droga nel loro paese. La Strategia Andina non sta facendo nulla per favorire la crescita della nascente democrazia in Bolivia o per sostenere la sua debole economia. L'opzione antidroga prescelta dagli USA - l'intervento militare e repressivo - presta scarsa attenzione al ruolo della coca per la sopravvivenza delle masse dei campesinos boliviani. L'industria della coca continuerà a prosperare nonostante qualsiasi attacco frontale finché sussisteranno le condizioni che sono alla base della produzione della coca.

Panama: l'invasione ha prodotto solo una tregua temporanea

Anche se Panama, di per sé, non fa parte della Strategia Andina, questo paese ha rappresentato una delle principali priorità negli interventi antidroga dell'Amministrazione Bush. Nell'invasione di Panama avvenuta nel dicembre 1989, si è evidenziata sia la determinazione dell'Amministrazione Bush a perseguire soluzioni militari alle problematiche correlate alla droga sia la precarietà dei successi nella guerra alla droga.

Quando, poco dopo la dichiarazione del presidente Bush di guerra alla droga, i 24.000 uomini dell'esercito americano hanno invaso Panama l'obiettivo essenziale era la cattura del Generale Manuel Antonio Noriega accusato di essere implicato nel traffico di droga. Ma dal momento dell'invasione le attività connesse alla droga - riciclaggio di denaro e trasporto illecito di droga - sono

drammaticamente aumentate. Secondo quanto riportato da alcune fonti le attività della droga sono cresciute da cinque a sette volte. Sembra dunque che la cattura del Generale Noriega abbia semplicemente decentrato le attività connesse alla droga. L'instabilità del successo dell'*Operation Just Cause*, riflette le esperienze relative alla maggior parte delle operazioni antidroga condotte dagli USA. Il traffico di droga è così endemico nella regione che anche la presenza di una superpotenza è incapace di domarlo. Consapevole in parte di ciò, una recente analisi del Pentagono pone tra sette futuri possibili scenari di guerra l'eventuale presa di Panama da parte dei trafficanti di droga. Il fatto che questa possibilità permanga nonostante l'invasione del 1989 fornisce la prova schiacciante che gli interventi militari possono al massimo offrire soluzioni a breve termine.

Sezione 3 - La Strategia Andina: una "nuova" politica ripete vecchi errori

La Strategia Andina escogitata dall'Amministrazione Bush non è un progetto nuovo. Si tratta invece di ripetizioni di interventi di controllo dell'offerta, già sperimentati in passato. Un po' più di spazio viene offerto alle soluzioni davvero efficaci, ma la strategia si impernia inequivocabilmente sulle operazioni militari. Purtroppo, come avviene nella politica sulla droga di troppe regioni, la Strategia Andina non mostra di tenere conto delle passate esperienze di controllo della droga che queste nazioni hanno avuto. Prima che questa strategia sia ulteriormente portata avanti, deve essere avviata una analisi realistica delle esperienze USA nella lotta alla droga sul fronte estero. Infatti, il Congresso potrebbe facilmente effettuare una sospensione dei finanziamenti alla Strategia Andina nell'attesa di serie verifica e dibattiti in merito ai progetti dell'Amministrazione. Quella che segue è una breve ricognizione sulla frustrante vicenda storica degli interventi di controllo dell'offerta della droga nel corso degli ultimi due decenni.

L'esperienza dell'eroina

Tutte le esperienze riguardo all'eroina, dal 1960 in poi, hanno dimostrato che il controllo della produzione è destinato a fallire. Abbiamo visto il vanificarsi dei successi a breve termine e l'espandersi dell'industria dell'eroina. Paradossalmente, i "successi" acquisiti dai molti paesi che hanno cooperato nella lotta al traffico di eroina, rappresentano una chiara indicazione a tentare strategie radicalmente diverse per il futuro.

Alla fine degli anni '60, le fonti principali per l'eroina erano la Turchia e la Francia. La Turchia era il centro della coltivazione, e la Francia il centro di produzione e distribuzione dell'offerta mondiale. Dal 1972, la politica degli USA si focalizzò su questi due paesi riuscendo a chiudere queste due fonti attraverso una combinazione di repressione e diplomazia.

Tuttavia, la produzione di eroina non è cessata. Il successo riportato in Turchia portò all'esplosione della produzione di eroina nel mondo. La quota di mercato messicana è balzata dal 38% del 1972 al 77% nel 1974. Con i trafficanti più vicini ai confini statunitensi, le vie del contrabbando sono state messe alla prova in maniera minore e le importazioni di eroina sono continuate. I politici non hanno

imparato nulla dall'esperienza della Turchia e hanno di nuovo utilizzato la strategia di prendere come obbiettivo le fonti. Dal 1976 gli USA hanno iniziato a spargere erbicidi sulle colture di oppio messicane. Questi interventi hanno in parte raggiunto i loro limitati obiettivi, ma lo smantellamento della produzione messicana ha semplicemente determinato per il mercato dell'eroina l'espandersi nella regione del "Triangolo d'Oro", nell'Asia Sud-Orientale. Attualmente, la coltura dell'oppio in quella regione è praticamente intoccabile, e si è gradualmente spostata nelle mani di organizzazioni e in paesi su cui gli USA non hanno alcuna influenza, in particolar modo in Myanmar (ex Birmania), Iran ed Afganistan. L'*International Narcotics Control Strategy* del Dipartimento di Stato in un rapporto del 1991, osserva che la coltivazione dell'oppio in Myanmar potrebbe soddisfare da sola l'intera domanda mondiale di eroina.
Un altro effetto della limitatezza dei successi nella soppressione del traffico di eroina è stato per gli USA quello di veder aumentare la produzione di sostituti notevolmente più potenti dell'eroina. Questi "frutti" dell'eradicamento delle colture nel mondo sono stati prodotti nei laboratori negli stessi USA.
Le campagne di eradicamento del passato non hanno intaccato i livelli correnti dell'uso di eroina o la sua disponibilità sul mercato. Al contrario, gli esperti, basandosi sui dati degli ultimi anni, indicano la minaccia di una nuova ondata nel consumo di eroina. Secondo lo stesso Dipartimento di Stato, la produzione di eroina è in crescita in tutto il mondo. Molte fonti riferiscono il coinvolgimento dei cartelli colombiani della cocaina nel mercato dell'eroina. Il Messico è di nuovo uno dei maggiori produttori di oppio.
La politica degli ultimi due decenni di colpire le fonti ha indotto una maggiore dispersione del mercato, nessuna diminuzione nell'uso di eroina e spese di miliardi di dollari che peggiorano ancor più i problemi della droga. La migliore indicazione che questa esperienza potrebbe fornire è l'invito a riconsiderare la strategia della politica internazionale sulla droga. Alcuni tentativi sono senza dubbio stati sprecati, mentre altri non sono stati sufficientemente perseguiti.

L'esperienza della marijuana

L'esperienza degli USA riguardo la produzione di marijuana è stata molto simile a quella fatta con l'eroina. Il primo importante programma di repressione della marijuana è stato l'*Operation Intercept*. Questo programma, perseguito dall'Amministrazione Nixon nel settembre 1969, tentò di fermare la marijuana che entrava attraverso il confine con il Messico. Le relazioni commerciali tra i due paesi subirono un arresto quando l'Amministrazione Nixon militarizzò massicciamente il confine, arrivando a perquisire uno su tre degli automezzi che tentavano di attraversarlo.
L'effetto a breve scadenza fu una riduzione dell'offerta di marijuana. Come risultato, gli assuntori di marijuana si spostarono su qualunque altra droga fosse stata disponibile. Alcuni tra gli esperti ipotizzarono che molti giovani passarono all'eroina. In quel periodo ci fu un ragguardevole aumento delle prescrizioni di farmaci. In breve tempo, i contrabbandieri si adeguarono al programma di

repressione e trovarono nuove vie di ingresso. Non usarono più in modo predominante le autostrade e passarono a mezzi aerei e navali per contrabbandare il loro prodotto. Ben presto ci fu una saturazione del mercato. Così l'*Operation Intercept* sfociò in nuove forme di abuso di droga e nuovi modi di procurarsi la marijuana negli USA. I guerrieri della droga decisero di riprovare. Nella metà degli anni 70 sparsero erbicidi sulla marijuana che cresceva in Messico. L'effetto era prevedibile. Il business della marijuana si allargò a un altro paese, la Colombia, e nel contempo si sviluppò un nuovo mercato della marijuana negli stessi USA, dove si cominciò a produrre marijuana di buon livello. Ancora una volta i tentativi di eradicare la droga all'origine hanno reso il controllo della droga nei fatti più difficile, disperdendo, piuttosto che eliminando l'offerta.
L'ultimo e più grave effetto della crescita del traffico di marijuana in Colombia è stato il parallelo drammatico aumento del traffico di cocaina che lì aveva già sede. A mano a mano che ai trafficanti di marijuana divennero più familiari le vie del contrabbando e le loro operazioni furono coronate da successo, capirono di poter realizzare profitti ancora più alti contrabbandando la più lucrosa cocaina. Inoltre, nelle operazioni di contrabbando, la cocaina risultava molto più facile da nascondere della voluminosa marijuana. Una volta in grado di estendere la produzione di droga, i signori della droga colombiani iniziarono a richiedere ai loro importatori americani di marijuana di acquistare anche cocaina. Così si contribuì a creare la base per ulteriori vendite. Ben presto gli alti profitti del traffico della cocaina diventarono lo scopo quasi esclusivo delle organizzazioni colombiane. Mentre oggi lo *State Department's Bureau of International Narcotics Matter* loda il governo colombiano e gli interventi statunitensi per aver domato il traffico locale di marijuana, è chiaro che in Colombia l'industria si è semplicemente ristretta perché i signori della droga hanno spostato i loro interessi verso un prodotto maggiormente redditizio.
Nel frattempo, negli anni 80, il commercio di marijuana messicana si andava estendendo. Il paese è attualmente il più grande fornitore di questa droga per il mercato americano. Dato che i tentativi di eradicamento di marijuana hanno avuto inizio in Messico e oggi questo è arrivato al vertice della lista dei paesi produttori, non potrebbe essere più chiaro che, fino a quando esiste la domanda, successi antidroga non ci saranno.

Sezione 4 - Conclusioni e proposte

Il successo della Strategia Andina non contribuirebbe alla soluzione del problema della droga negli USA

Anche se si riuscisse a superare tutti i fattori di complessità della regione andina, anche se si fosse raggiunta una sostanziale riduzione dell'offerta e godessimo del successo della nostra strategia di controllo in quell'area, la storia insegna che questo non risolverebbe né potrebbe ridurre il problema della droga negli USA. Le fonti si sposterebbero, e crescerebbero le organizzazioni di nuovi trafficanti, mentre, nel frattempo, il business della droga diventerebbe sempre più forte e

difficile da colpire. L'Amministrazione Bush mostra di non cogliere questo fondamentale fatto. Anche se, in teoria, si riuscissero ad eliminare tutti i produttori non americani di droghe illegali, per soddisfare la domanda si potrebbero produrre nuove droghe in laboratori all'interno degli stessi USA. Lo si può dedurre dalla nostra esperienza con la marijuana: le precedenti campagne di eradicamento delle colture all'estero hanno originato una rigogliosa industria nazionale. Senza dubbio, nessuna soluzione, neanche parziale, all'abuso di droga deve essere fondata su campagne militari all'estero. Ma attualmente, invece di recedere, si propongono sempre di più tali tipi di interventi.

Lo status di superpotenza è inutile nel caso di battaglie economiche

Il raggiungimento da parte degli USA dello status di *unica potenza egemone nel mondo* - come ha dichiarato il Presidente Bush nel suo ultimo discorso sullo stato dell'Unione - e la recente vittoria del *Desert Storm* può determinare una pericolosa fiducia nella capacità degli USA di risolvere militarmente i problemi quando gli altri tentativi falliscono il raggiungimento degli scopi desiderati. Se c'è una lezione che il collasso del sistema sovietico dovrebbe offrire agli attuali generali della guerra alla droga, è questa: anche le risorse e il know-how militare di una superpotenza non possono vincere le leggi dell'economia. La politica internazionale sulla droga del nostro paese sta utilizzando le armi sbagliate in una guerra attinente produzione, domanda e costi.

La "riduzione del danno" dovrebbe essere il presupposto della politica nazionale e internazionale sulla droga

Fintanto che le droghe sono considerate illegali e ne sussiste il traffico, la più ragionevole aspettativa che si può avere consiste nel ridurre del danno causato dall'esistenza di grandi imprese illegali. I principi della "riduzione del danno" dovrebbero rappresentare il fulcro dei tentativi di controllo dell'abuso di droga sia all'interno che all'estero.

Innanzitutto deve essere abbandonata la strada della militarizzazione.

La *Drug Policy Foundation* ha contestato, sul fronte nazionale, la militarizzazione, avviando un procedimento legale contro il governo degli USA per aver impiegato soldati di leva nelle campagne di eradicamento della marijuana in California, in cui abbiamo ottenuto alcuni primi successi. Crediamo che tali interventi minaccino di cancellare la linea di confine tra ruolo civile e militare. L'invio di aiuti militari statunitensi e la partecipazione dei consiglieri americani alle operazioni antidroga all'estero sono entrambe causa di seria preoccupazione, dato che avvengono a spese degli interventi concentrati sui sottolineati problemi economici nelle nazioni produttrici. Per ridurre l'impatto negativo del traffico di droga, devono essere colpiti i due fattori che determinano le sue dimensioni. Si devono concentrare gli sforzi sulla riduzione della domanda all'interno degli USA attraverso programmi di educazione e riabilitazione. Nel frattempo, bisognerebbe inviare ai paesi produttori risorse mirate a programmi di promozione

dello sviluppo che rendano possibile la partecipazione dei contadini ad una economia legale anziché alla produzione di droga.

Proposte per una ragionevole politica internazionale sulla droga

Si possono intraprendere diversi cammini per sviluppare una adeguata strategia di controllo della droga. I passi da attuare nel fronte interno sono stati elencati e descritti nel nostro *National Drug Reform Strategy* del febbraio 1992. Nell'attuazione di questa strategia la *Drug Policy Foundation* raccomanda i seguenti punti:

- demilitarizzare la *Drug War* nei Paesi esteri, a cominciare dall'ordine di rientro in patria di tutto il personale del Dipartimento della Difesa e di tutti gli altri agenti paramilitari statunitensi impegnati nella *Drug War*. La presenza in loco di questi ultimi costituisce una spesa eccessiva di questa guerra, producendo un impatto di scarsa rilevanza e minacciando inoltre di intrappolare gli USA in conflitti locali, in particolare in Perù. La militarizzazione ostacola gli interventi economici rendendoli secondari. Molti dei programmi di coltivazioni alternative ed altri interventi di sviluppo non vengono adeguatamente sostenuti, mentre fin dall'inizio della Strategia Andina si è avuta ogni anno una espansione dei progetti militari. Questo è l'inaccettabile risultato di tali errati ordini di priorità.
- non trascurare la questione diritti umani nell'ambito delle operazioni antidroga. Finché gli aiuti americani giocheranno un ruolo nella lotta contro la droga in America Latina, i diritti umani dovranno essere seriamente presi in considerazione nelle decisioni relative allo stanziamento di fondi. L'Amministrazione Bush ha largamente ignorato le implicazioni dei suoi rapporti sulle violazioni dei diritti umani compiute da parte dei militari Peruviani e Colombiani. La pratica di fornire aiuti nonostante gli episodi di violazione dei diritti può essere vista soltanto come un incoraggiamento a quelle istituzioni e come una vergogna per gli USA.
- ribaltare la priorità degli stanziamenti antidroga per le regioni dell'America Latina. Attualmente gli stanziamenti per la politica antidroga sono impiegati principalmente a favore della repressione, anche militare, anziché utilizzarli per lo sviluppo economico. Oltre a questi finanziamenti specifici ci sono anche aiuti militari dal bilancio della difesa e da altri servizi. La speranza di una effettiva riduzione del traffico di droga dovrebbe portare a nuove priorità, in particolare interventi alternativi e sviluppo responsabile nei Paesi produttori.
- eliminare le pressioni statunitensi tendenti a coinvolgere i Paesi dell'America Latina a sostegno della Drug War. In particolare, abolire il cosiddetto *certification standard* antidroga che richiede, per essere rilasciato, il benestare a tutte le iniziative di guerra alla droga intraprese dagli USA che è necessario per la concessione di aiuti economici. Lo standard è stato usato soltanto contro i paesi con i quali gli USA non hanno rapporti. Tuttora viene regolarmente usato per ricattare i paesi andini mediante la minaccia del taglio degli aiuti, come se questi non fossero essenziali anche per gli obiettivi antidroga. È tempo di porre fine a questi metodi offensivi ed estendere senz'altro i programmi di promozione

dello sviluppo. I paesi andini non dovrebbero essere costretti ad impiegare i propri eserciti sul loro territorio. Tutti questi paesi sono stati governati, per un certo periodo di tempo, da regimi militari, quindi dovrebbe essere rispettata la loro riluttanza ad usare i loro soldati per missioni repressive. L'impiego di erbicidi nelle campagne di eradicamento delle coltivazioni dovrebbe cessare immediatamente. Gli erbicidi non soltanto determinano ovviamente rischi ambientali, ma il loro uso è storicamente fallito ed ha accentuato una opposizione diffusa nei confronti delle operazioni antidroga.

- aprire un ampio dibattito sulla politica antidroga attuata dagli USA in Perù. Infatti, mentre ovunque sono gravi i rischi a cui conduce l'intervento militare degli USA nella regione andina, in Perù la *Drug War* ha già portato gli USA a prendere parte ad una guerra civile che dura da 12 anni. L'intricata situazione locale minaccia di aggravarsi ulteriormente. Alla popolazione americana dovrebbe essere consentito esprimere il suo parere prima che l'impegno degli USA diventi irreversibile.
- concentrare gli interventi sulla riduzione della domanda interna anziché cercare di controllare la produzione di droga all'estero. Il primo passo di un serio impegno per la riduzione della domanda è scambiare le attuali priorità del bilancio sulla droga, che privilegiano attualmente, con un rapporto 70/30, la repressione rispetto alla prevenzione e al recupero. Altre osservazioni sulla guerra alla droga all'interno degli USA si trovano nel *National Drug Reform Strategy* della *Drug Policy Foundation* del 1992.
- prendere in esame un ampio spettro di alternative alla attuale strategia della guerra alla droga. Negli ultimi anni gli strateghi della *Drug War* negli USA non hanno elaborato che una serie di trite idee che, in genere, ignorano le passate esperienze statunitensi. Si ha troppa fiducia nella crescita di finanziamenti e nell'aumento della militarizzazione, e si pone troppa poca attenzione agli sprechi e ai vari rischi connessi.

È tempo di prendere in considerazione nuove alternative al continuo espandersi della guerra della droga. Un primo passo utile potrebbe essere concentrare gli sforzi contro la droga verso misure di sanità pubblica; a questo potrebbero far seguito diversi gradi di depenalizzazione o di legalizzazione. In ogni caso, l'obiettivo della riduzione del danno dovrebbe sostituire il concetto irrealistico della eliminazione totale delle droghe.

Riguardo la nostra politica internazionale sulla droga, dovremmo prendere in considerazione le proposte dei paesi. Per esempio, la piattaforma del 1990 proposta in Perù dal partito Cambio 90 (il cui candidato, Alberto Fujimori, è ora presidente), sosteneva che il mercato legale dei prodotti di base della coca avrebbe potuto ridurre le dimensioni del commercio illecito di droga ed offrire lavoro ai contadini. I prodotti legalizzabili includerebbero quelli farmaceutici - l'idroclorito di cocaina, che viene già usato in medicina negli USA - così come il tè di coca, che attualmente viene venduto in alcune zone dell'America Latina e che era legale negli USA nei primi anni del secolo.

Conclusioni Finali

La *National Drug Reform Strategy* si chiude con proposte che sono adatte anche per una politica internazionale:

- la guerra alla droga è una guerra non convenzionale essendo combattuta contro un nemico che non è convenzionale: noi stessi. È giunto il momento per tutti gli Americani di maturare una maggiore consapevolezza: non possiamo aiutare i nostri vicini combattendoli. Lo Zar della Droga Bob Martinez, il Presidente Bush e il Congresso hanno l'opportunità storica di mettere a frutto l'esperienza degli ultimi due decenni di intensa ma fallimentare guerra della droga. Si potrebbero allora avere i necessari cambiamenti nella politica sulla droga per costruire un'America più sicura e più sana. Oppure l'Amministrazione non farà altro che persistere nel ripetere gli errori del passato.

Perù: coca, cocaina, narcotraffico

DI RICARDO SANCHEZ
giornalista peruviano, ex Prefetto del Carrao,
direttore del canale televisivo Canal 13 e del quotidiano El Carrao

Per una illustrazione più chiara ritengo indispensabile e fondamentale distinguere tra pianta di coca, pasta di cocaina e narcotraffico.
La coca è la pianta sacra dei nostri indigeni, dei *Quechua* e *Aimaras*, nota anche come mamma-coca. Non solo essa è una pianta medicinale, ma è altresì elemento costitutivo dell'identità etnica degli indigeni, risalendo il suo uso a circa 4000 anni fa. È un arbusto silvestre, di grande fecondità e produttività. Non ha bisogno di concimi, cresce da solo e, per questo motivo, i contadini non necessitano di tecniche o studi. Mitiga la fame e la stanchezza. È importante dal punto di vista della nutrizione. Nel suo libro *La Coca*, il peruviano Estremadoiro racconta che il generale Giuseppe Garibaldi, mentre si trovava nel Callao, stette male, colpito da malesseri comuni, dolori allo stomaco e dal *soroche* (disturbo causato dalla rarefazione dell'aria ad altezze elevate). Venne curato con infusi di coca e tè di coca, dei quali apprezzò lo straordinario carattere medicamentoso e che naturalmente non gli crearono assuefazione.
È opportuno ricordare come circa quaranta anni fa, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, con un verdetto discutibile, dichiarò che la coca era un prodotto che causava tossicomania. Oggi, ormai, le viene riconosciuto un consumo lecito, che è quello medico, quello industriale o gli usi che ne fanno gli indigeni (i quali la polverizzano o la masticano). Non bisogna accusare l'uva di essere la causa dell'alcolismo. La coca, allora, non è né maligna né dannosa. È l'uomo che ha aggiunto sostanze chimiche altamente tossiche, trasformandola in spazzatura: la pasta di cocaina ed il cloridrato di cocaina. Sostanze eminentemente tossiche che alterano tutte le virtù della foglia di coca e che sono nemici mortali del pianeta. La PBC, o pasta di cocaina, viene indicata come la droga con la maggiore capacità di distruzione per coloro che ne sono dipendenti. L'uomo perde la sua dimensione umana e nel tempo si trasforma in un robot o zombi. L'effetto è doloroso e, al tempo stesso, molto costoso. Il narcotraffico rappresenta un'aberrazione di quell'uso antico e tradizionale. Il Perù è il maggior paese produttore di coca e di foglia di coca nel mondo, con il 60% della produzione. Seguono la Bolivia con il 22% e la Colombia con il 18%.
Solo nel mio paese, negli anni settanta, gli ettari di terra coltivati a foglia di coca erano 18.000. Oggi, vi sono circa 300.000 ettari di foglia di coca, il che si traduce in un raccolto di circa 300.000 tonnellate di foglia di coca all'anno, vale a dire - e senza entrare in ulteriori dettagli - un milione di chili di cloridrato di cocaina pura, circa 3 milioni di cloridrato di cocaina adulterata. Pensiamo, quindi, ai profitti astronomici della mafia dei narcotrafficanti, se consideriamo che ogni chilogrammo di cloridrato vale a Lima 3.000 dollari, mentre negli USA il prezzo varia intorno ai 30.000 dollari, in Giappone 100.000 dollari, in Grecia ed in Australia

95.000 dollari, ed in Italia si parla tra i 50.000 ed i 90.000 dollari. Fate un po' i conti e ricaverete quanto guadagnano i narcotrafficanti in un anno. È evidente, pertanto, l'importanza di questa attività ed il perché le più varie persone rimangano coinvolte in questo tipo di reato. Quali sono le sostanze che vengono aggiunte? A titolo divulgativo, le sostanze additive che vengono utilizzate per l'elaborazione del cloridrato di cocaina sono il cherosene, la calce, l'acido solforico, il carbonato di sodio, l'acqua, l'acido acetico, il permanganato di potassio, l'ammoniaca, l'etere, l'acetone, l'acido cloridrico e filtro cartaceo.
Contadino non è sinonimo di narcotrafficante. Dove è che ha origine il reato? Ha inizio con la coltivazione pura e semplice della coca? O con la destinazione che viene data al prodotto ed il trattamento cui lo stesso viene sottoposto? Il contadino peruviano viene sfruttato dalle grandi mafie. Il suo guadagno, infatti, è di circa 1.400 dollari per ettaro all'anno, mentre i profitti dei narcos sono astronomici ed oscillano intorno ai 100 miliardi di dollari. Bisogna anche distinguere tra quelle che sono le mafie dai narcotrafficanti che industrializzano la coca e controllano il commercio, e gli agricoltori che, per ragioni di sussistenza, operano nella produzione della foglia di coca. Fino a poco tempo fa, inoltre, prevaleva una visione errata in quanto si confondeva il contadino con il narcotrafficante, mentre adesso è stato riconosciuto che non sono la stessa cosa.
Nell'accordo, tra Perù ed USA, contro il narcotraffico, si afferma che i contadini coltivatori di coca costituiscono una classe economica e sociale molto diversa da quella di cui fanno parte le persone dedite al narcotraffico. La stessa cosa viene riconosciuta dalla Convenzione di Vienna.
Ne dobbiamo chiudere gli occhi davanti alla realtà che abbiamo davanti. L'uso legale di 10.000 tonnellate di coca - che è quanto viene utilizzato, il nostro fabbisogno, diciamo la quantità che utilizzano i contadini - non può infatti giustificare l'esistenza di 290.000 ettari di foglia di coca destinati ad un comprovato utilizzo delittuoso. È qui che comincia parte del problema. Esiste, inoltre, una terza concezione errata nella lotta contro il narcotraffico, che è iniziata molto tardi, dal momento che i paesi produttori e consumatori si accusavano gli uni con gli altri di essere i responsabili del problema. I paesi produttori affermavano che all'origine del problema vi era la domanda. Da parte loro, i paesi consumatori sostenevano che senza coca non ci sarebbe droga. Un editoriale del New York Times ha scritto: *Le industrie scompaiono solo quando viene meno la domanda dei loro prodotti*. Grazie a Dio, la discussione è inutile - hanno concluso - dal momento che a livello internazionale è stato consacrato il principio della corresponsabilità o responsabilità condivisa. Dobbiamo preoccuparci non solo del consumo e della destinazione finale della droga, ma anche della sua semina e produzione".

1. Sviluppo alternativo

Il Perù ha la volontà politica di eliminare gli effetti del narcotraffico. Il Presidente della Repubblica ha adottato al riguardo una specifica iniziativa, nota come dottrina Fujimori. Essa consiste nel combinare la sostituzione delle coltivazioni con un registro federale rurale. In altre parole, dal momento che i contadini non hanno

titolo legale di possesso della terra che lavorano - e per questo motivo non possono avere diritto a crediti o prestiti dalla banca agraria e, ancor meno, possono essere autorizzati ad esportare - con questo registro, disposto dal Presidente Fujimori, adesso, sì, che i contadini potranno godere di propri benefici e dare inizio, così, al processo di sostituzione delle coltivazioni, censendole e fiscalizzandole. Sono ben 290.000 gli ettari, coltivati a coca e a foglia di coca, che bisogna sostituire. Si tratta di un milione di persone che devono cambiare attività. I dirigenti *cocaleros* hanno dichiarato di essere d'accordo ad eliminare le coltivazioni di coca, ma chiedono quale sia l'alternativa. Queste coltivazioni possono essere sostituite con altri prodotti, quali cacao, olio di palma, caffè, *yuca*, *achote*, ecc.; ma non si tratta semplicemente di sostituire una coltivazione con un'altra, quanto di promuovere uno sviluppo alternativo globale. Attualmente, la coltivazione del cacao consentirebbe al contadino un guadagno di dieci volte inferiore a quello che gli assicura oggi la coca. Si tratta, quindi, di considerare anche l'aspetto legato a mercati, strade, trasporti, prezzi e commercializzazione, oltre a quello di una maggiore presenza dello Stato in queste zone, affinché i contadini non vengano minacciati o siano ostaggi dei narcotrafficanti come succede adesso. Con l'aiuto degli USA, il Perù ha realizzato vari programmi per la riduzione delle coltivazioni: il CORA (Controllo e Riduzione delle coltivazioni di coca nell'Alto Guyana, che è la più grande zona di produzione di coca nel mondo); il PEA (Programma Speciale dell'Alto Guyana), riuscendo a eliminare 10.000 ettari di piantagioni di coca. A sostegno di questi compiti, collaborano lavoratori e tecnici del Ministero dell'Agricoltura, i quali compiono grandi sforzi, malgrado le condizioni ostili nelle quali sono costretti ad operare. Si è anche notato però che molti contadini abbandonano le loro terre per lavorare nelle zone di produzione della coca. Attualmente, scarseggia la manodopera per la coltivazione lecita. Il Presidente Fujimori ha concesso migliaia di prestiti agricoli ai contadini dell'Alto Guyana, 5.000 titoli relativi a terreni e, attraverso il PEA (Programma Speciale dell'Alto Guyana), 15.000 contadini hanno ricevuto assistenza tecnica, anche se tutti loro si vedono boicottati dall'alleanza narcoterrorista. L'obiettivo della lotta antidroga - ha affermato il Presidente - è quello di ottenere una riduzione sostanziale o l'eliminazione totale della coltivazione illegale della foglia di coca e della commercializzazione dei suoi derivati. E per raggiungere questo, è necessario portare avanti uno sviluppo basato sulla creazione di un'economia sociale di mercato, che promuova la realizzazione di attività economiche diverse dalla coltivazione della foglia di coca e dei prodotti che da essa derivano.

2. Il narcoterrorismo

La lotta antidroga, nel mio paese, è resa ancora più difficile da un'alleanza criminale esistente tra i narcotrafficanti ed i terroristi. I gruppi terroristi *Sendero Luminoso* e *Movimiento Revolucionario Tupac Amaru* finanziano la loro violenza grazie ai narcos, dai quali ottengono il denaro in cambio della protezione che permette loro di portare avanti i propri sporchi affari. Fino a qualche tempo fa, non si era potuto stabilire con certezza l'esistenza di un legame tra terroristi e

narcos. Il 22 giugno 1991, l'allora Presidente del Comando Congiunto delle Forze Armate, generale Delaire Arnaldo Belarde, ha denunciato detta alleanza. Da un documento - rinvenuto durante l'operazione *Zarpazo* nella regione selvatica del Ucayali - è risultato che i sovversivi si impegnavano a fornire protezione ed a pagare una somma oscillante tra i 6.000 ed i 10.000 dollari, per ogni velivolo atterrato nell'area di produzione della coca. Il contratto è risultato firmato da dirigenti e narcotrafficanti. *Sendero Luminoso* ed il *Movimiento Revolucionario Tupac Amaru* sono due fazioni terroriste diverse ed in lotta anche fra loro per ottenere il controllo delle zone di produzione della coca e disporre, così, delle risorse economiche e delle armi che consentono loro di sviluppare l'esercito guerrigliero del popolo per la presa del potere politico. La alleanza narcoterrorista cerca di distruggere l'apparato produttivo del paese (industria mineraria, agricoltura ed infrastrutture) e favorisce lo sviluppo del narcotraffico. Attualmente, esercita un'influenza distruttiva sulla società peruviana ed il mondo in genere. Questo vincolo criminale ha un impatto destabilizzante e disintegrante sul sistema democratico. Il narcotraffico ha portato delinquenza, corruzione, violenza e distruzione alle nostre città, oltre che dolore e sofferenza a milioni di famiglie. Distrugge la nostra economia ed è un pericolo per la sicurezza nazionale. A causa del loro terribile potere economico, i narcotrafficanti ottengono potere politico e giudiziario fagocitando in questa maniera le nostre istituzioni democratiche. Abbiamo avuto tre parlamentari, legati al narcotraffico, che in passato si sono infiltrati nei regimi del momento, compreso nel Ministero dell'Interno. Attualmente, infatti, risultano detenuti un generale della polizia, José Jorge Sárate, ed i suoi subalterni a seguito di uno scandalo legato alla droga. I narcos avevano perfino un telefono nel Ministero dell'Interno. Inoltre, vi sono stati diplomatici coinvolti, giudici che li rimettevano in libertà ed imponevano pene benigne. Un famoso narcotrafficante, conosciutissimo in tutto il mondo, è stato assolto dalla Corte Suprema ed un altro condannato, Alba de Calderón, aveva in casa sua un vero e proprio laboratorio. Al narcotrafficante Lambert è stata concessa la libertà condizionale. Il generale Sárate ha goduto di uno sconto di pena e si è scoperto che il tristemente celebre narcotrafficante Reinaldo Rodriguez Lopez viveva in una cella dotata di aria condizionata, frigorifero, bar e televisione a colori, vale a dire l'equivalente di una camera di albergo a cinque stelle. Il recente ingresso delle forze armate e di polizia nell'amministrazione carceraria ha posto fine alle carceri d'oro.

3. Narcoeconomia

Per quanto riguarda l'economia, il narcotraffico promuove un'economia speculativa e si sostituisce a quella ufficiale, assicurando profitti rapidi e facili. L'effetto è visibile nel tipo di trasformazione che è dannosa per il paese, in quanto si scontra con la politica di assetto e accelera la crescita dell'inflazione, la cui riduzione rappresenta la base politica, la base economica dell'attuale governo.
Il narcotraffico assicura entrate per circa 800 milioni nell'economia nazionale, ed il risultato è che i narcodollari stanno mettendo fuori concorrenza i settori in cui abbiamo vantaggi comparativi. L'industria mineraria è collassata. Le

esportazioni non possono essere concorrenziali per via del dollaro basso, e le importazioni soffocano le nostre industrie. A questo, dobbiamo aggiungere i costi della guerra contro il narcoterrorismo e la sua azione distruttiva che superano i 20 milioni di dollari, una somma equivalente al debito estero del mio paese. Tutto questo obbliga anche ad effettuare controlli maggiori, per evitare che la politica monetaria sia sottomessa ai narcodollari.

4. Misure straordinarie

Il Presidente Fujimori ha sottolineato come il problema più grave che il Perù si trova ad affrontare sia il narcoterrorismo ed ha aggiunto che se non fosse per questo, tutti gli altri problemi potrebbero essere risolti. Devo dire che nel mio paese la corruzione aveva preso il sopravvento sulla democrazia al punto da attentare alla sicurezza nazionale ed alla sopravvivenza della Repubblica stessa. Ed è proprio per questo motivo, che lo scorso 5 aprile il Presidente Fujimori ha adottato delle misure straordinarie e, al tempo stesso, transitorie, proprio con il fine di preservare la democrazia, evitare l'impunità, sanzionare l'immoralità e restituire ai peruviani la fiducia, evitando così di far cadere il paese nelle mani del narcoterrorismo. Da molteplici sondaggi compiuti al riguardo, è emerso che il 90% dei peruviani appoggia il Presidente della Repubblica per le misure adottate. Platone affermava che in democrazia si vive la dura dittatura delle leggi e le leggi nascono proprio dal Parlamento. Ma questo Parlamento, questo Congresso Peruviano non legiferava, non dava leggi, dedito come era ad ostacolare le azioni del potere esecutivo. L'intero programma antidroga è partito dalla Presidenza della Repubblica. Il Congresso Peruviano non ha voluto approvare la legge mediante la quale il governo sanziona penalmente il riciclaggio di capitali provenienti dal narcotraffico. Si è proceduto a destituire giudici corrotti, compresi i magistrati della Corte Suprema che hanno rimesso in libertà per mancanza di prove il leader terrorista Ismael Guzmán, capo di *Sendero Luminoso*. Dall'altra parte, ci sarà una rotazione permanente del personale militare e di polizia che verrà inviato alle zone di produzione della coca, e detto personale dovrà rendere delle dichiarazioni giurate prima e dopo aver prestato servizio in tali zone. Questo non vale solo per loro, a livello personale, ma anche per le loro mogli e le loro famiglie. Il governo è d'accordo circa l'estradizione dei narcotrafficanti ed ha cominciato a mettere a punto la creazione di un comitato contro la corruzione, che prevenga, indaghi e persegua i casi che potranno verificarsi. Sono state altresì decretate pene più severe contro i funzionari dello Stato che prendano parte al narcotraffico o coprano i narcotrafficanti. È previsto l'ergastolo per i terroristi ed è possibile che venga introdotta la pena di morte, previa consultazione popolare. Attualmente, la forza aerea ha un maggiore controllo aereo, vale a dire, controlla aeroporti ed il suo personale presta servizio nelle torri di controllo degli aeroporti della selva, allo scopo di controllare il traffico aereo ed evitare, in questa maniera, che questo possa essere diretto da persone interessate a favorire i narcotrafficanti. Per garantire una maggiore sicurezza, vi sarà una rotazione periodica di tale personale, anche alla luce delle voci circa la partenza dal paese di dieci veivoli con un carico

di pasta di cocaina, sotto forma di alette. Il Presidente della Repubblica ha dichiarato: "Non permetteremo che a livello internazionale ci si consideri come un paese infiacchito, che versa in uno stato di corruzione e sospetti internazionali, riducendo la fiducia della comunità delle nazioni ed aumentando la nostra emarginazione."

5. Operazioni

Negli ultimi anni sono state sviluppate numerose operazioni destinate a distruggere parte delle decine di piste di atterraggio clandestine esistenti. Oltre a centri di elaborazione, di stoccaggio della pasta di cocaina, vi sono state le famose operazioni Condor, finanziate dagli USA, nonché la costruzione della base di Santa Lucia nella selva - estremamente importante nella lotta antidroga - a spese sempre degli statunitensi, i quali ci sostengono validamente anche con satelliti e radar. Nella selva intervengono cacciabombardieri, tucani e veivoli di marca italiana, e si utilizzano elicotteri N-25 per la loro grande versatilità. Questo non significa che il Perù si sia trasformato in un nuovo Vietnam: è semplicemente per individuare e lottare le manifestazioni di violenza che traggono forza dalla droga. Sono stati abbattuti numerosi veivoli dei narcos. Numerose vittorie sono state riportate a livello di combattimento vero e proprio. Le Forze Armate stanno offrendo sicurezza in alcune zone del Guyana, ma i tagli al bilancio non consentono sforzi maggiori e manca la continuità. La forza aerea non controlla permanentemente il passaggio aereo per questo motivo: mancanza di risorse economiche. La polizia si fa carico del peso maggiore della lotta antidroga. L'anno scorso sono stati arrestati 1.000 trafficanti, confiscate 75 tonnellate di foglia e coca, pasta di cocaina e cloridrato di cocaina, nonché 6 veivoli. Sono state sgominate 31 organizzazioni criminali, 10 delle quali erano straniere. Sono state sequestrate 45 tonnellate di acido solforico, 53 tonnellate di carbonato di sodio, 18 tonnellate di acetone e 2.500 chili di acido cloridrico. Anche le forze doganali, particolarmente nell'aeroporto internazionale di Lima, sono impegnate in un lavoro straordinario. Sono state inoltre scoperte varie navi che trasportavano droga. Il Sottosegretario di Stato degli USA per gli Affari Latino-Americani, Bernard Aronson, ha affermato che gli USA riconoscono i risultati latinoamericani, ottenuti nella guerra contro la droga, ma che si tratta ancora di sforzi insufficienti di fronte alle dimensioni gigantesche del narcotraffico. In un paese povero come il nostro, cosa può fare la gente? L'aiuto dell'Occidente si rende sempre più necessario.

6. Ambiente

A coronamento di tutti i mali citati, voglio ricordare che il narcotraffico sta provocando la distruzione del polmone del mondo, la selva amazzonica, degradando in maniera irreversibile l'ambiente. Ciò si deve all'impulso dato alle coltivazioni illegali di coca, responsabili della deforestazione ottenuta con l'abbattimento indiscriminato di boschi e dell'inquinamento di oltre un centinaio di fiumi, a causa dei rifiuti chimici durante la trasformazione della foglia di coca. Migliaia di litri di acido solforico, benzina, cherosene e insetticidi finiscono nei fiumi. La

produzione della cocaina è responsabile della distruzione di oltre 1.600.000 acri di selva amazzonica.

7. Invasione colombiana

Per quanto riguarda il Perù, non dimentichiamo l'esistenza di un altro problema. La straordinaria opera antidroga del governo colombiano, dei presidenti Gavidia e Barco, ha infatti provocato una penetrazione delle mafie colombiane nel nostro territorio, che minacciano così di trasformare il nostro paese in una polveriera. Il numero di laboratori è cresciuto. Parimenti, si è avuto un incremento della produzione di cloridrato di cocaina, di elevata purezza. Ultimamente, infine, sono state individuate piantagioni di papavero, materia prima dell'eroina, il cui valore è di 150.000 dollari al chilogrammo. In considerazione di tutti questi elementi, dobbiamo evitare la formazione di cartelli - così come è avvenuto in Colombia - con le inevitabili sequele di sangue e violenza ad essi connesse.

8. Altri mercati

Secondo gli ultimi dati del governo statunitense, negli USA si è registrata una diminuzione del 35% nel consumo di droghe, a seguito delle azioni di prevenzione, interdizione e repressione. Ciò fa sì che la droga sia alla ricerca di altri mercati, come quello europeo, quello giapponese, e, su scala minore, il mercato interno peruviano - per il prezzo, tra gli altri. I narcotrafficanti non perdono. La cocaina è un grande affare ed una grande tragedia. A causa del suo consumo, 200.000 neonati negli USA nascono con danni irreversibili al cervello ed un milione di bambini sono privi di attività cerebrale a causa del crack, che è un prodotto di scarto della pasta di cocaina. Nel 1987 sono penetrate in Europa 40 tonnellate di cocaina e si afferma che lo scorso anno ne è penetrato il doppio. Secondo fonti di intelligence, i porti di entrata sono le spiagge di Italia, Spagna e Francia. E, nel caso di Italia - abbiamo già visto - i narcos colombiani e sudamericani ricevono la cooperazione delle mafie italiane. Tra i nostri Paesi e l'Europa esiste solo un coordinamento minimo a livello di forze di intelligence, ed è giunto il momento che si prenda coscienza di questa grave minaccia e la si affronti con azioni congiunte, pianificate e permanenti.

9. Azioni contro il narcotraffico

1. Per una lotta integrale nel mio Paese contro il narcotraffico, sarà necessario rivedere il codice penale laddove si depenalizzano il consumo e la detenzione di dosi personali di stupefacenti. Credo che nel caso dei consumatori, essi possano venire penalizzati ricorrendo ad impieghi municipali sottopagati. Un altro punto negativo è che è stata definalizzata la coltivazione di coca, per cui le grandi organizzazioni criminali possono comprare terreni per i loro fini illeciti. Il codice penale del mio paese deve distinguere tra coltivazione per uso tradizionale e coltivazione per usi illeciti. Infine, questo nuovo codice penale non entra oggi in vigore, a causa delle misure straordinarie adottate ultimamente dal Presidente Fujimori.

2. Sebbene in Perù sia stato creato per legge un organismo denominato IDEA (Istituto per lo Sviluppo Alternativo) per la sostituzione delle coltivazioni, è necessario che dello stesso entri a far parte un Comando Unificato che diriga anche la lotta contro il narcotraffico.
3. È necessario che la Comunità Internazionale, in particolare Europa e Giappone, ci aiutino nel finanziamento e nella realizzazione della sostituzione delle coltivazioni. Il Perù, per quanti ulteriori sforzi potrà compiere, non dispone di mezzi per sostituire le coltivazioni su grande scala. Gli USA stanno cooperando nella misura in cui possono, ma sembra che gli Europei dicano che debbano essere gli USA a farsi carico di questo problema, dal momento che essi ancora non lo avvertono o lo avvertono molto poco. Infine, qualsiasi progetto che potrete, che potrà essere finanziato, da parte nostra ci sarà il fattore sicurezza.
4. Rinforzando il sistema giudiziario, in Perù è necessario reintrodurre la pena di morte per i narcoterroristi. Non devono esistere pene benigne, libertà provvisorie, né alcun beneficio di sorta. Bisogna intervenire penalmente sui vari anelli della catena, riconoscendo responsabilità diverse al produttore illecito, al narcotrafficante ed al consumatore.
5. La repressione non dovrà essere l'unica via. E nemmeno l'eliminazione obbligatoria delle coltivazioni, dal momento che non sortirebbe effetto e si aggraverebbe la situazione sociale, spingendo il contadino nelle braccia terroriste di Sendero. Voglio ribadire che il programma di Sviluppo Alternativo consentirà alla popolazione di tornare alla legalità.
6. Una situazione più fattibile sarebbe l'industrializzazione della foglia di coca a fini medici e per altri prodotti. I nostri fratelli boliviani in questo senso sono più avanti di noi. Esistono rimedi contro il mal di stomaco, rimedi per la perdita di peso, rimedi contro la tosse, paste dentifricie. I boliviani, sì, in questo hanno compiuti grandi progressi.

Il Perù è fermamente intenzionato a combattere il narcotraffico, ma abbiamo bisogno di risorse economiche. Rinviare a domani l'appoggio di cui oggi abbiamo bisogno, significherebbe intervenire ormai tardi. Il Perù ha bisogno di risorse economiche, non solo per risolvere il suo problema del debito esterno ma anche per programmi sociali di emergenza: programmi per preservare l'equilibrio ecologico, la salute della collettività, l'istruzione, la cooperazione in materia di informazione ed intelligence, per scorte militari, etc. La cooperazione che chiediamo può essere soggetta ai progressi che faremo contro il terrorismo. E, infine, il narcotraffico è ormai un fenomeno globale che interessa la sicurezza collettiva del pianeta, alla stregua della fame e dell'inquinamento ambientale. È necessario porre l'accento sulla prevenzione e l'interdizione. Le vittime del narcotraffico sono i contadini, la gente che consuma droga, l'umanità.

Il denaro va a finire in un gran salvadanaio o nelle banche europee o di Miami. Dobbiamo seguire il tragitto dei capitali sporchi e perseguire con vigore le organizzazioni criminali. I colpi più dolorosi che potremo infliggere ai narcos saranno proprio i sequestri dei loro capitali. Come parte della strategia per l'eliminazione

del narcotraffico, i paesi industrializzati dovranno adottare meccanismi di controllo per la vendita dei prodotti chimici che vengono elaborati nel loro territorio. Germania e Canada, per esempio, per quanto riguarda l'acido solforico ed il permanganato di potassio (quest'ultimo viene utilizzato prevalentemente nell'industria tessile e del vetro). Al tempo stesso, dovranno impedire il riciclaggio di dollari mediante la creazione di banche di dati finanziari che permettano di seguire tutti quei fondi la cui provenienza risulti essere sospetta. Inoltre, dovranno effettuare controlli sulle armi e sugli accordi per l'importazione di beni, oltre a rinforzare anche le rispettive dogane. Io sono giunto domenica, all'aeroporto di Fiumicino. Sono sceso, ho mostrato il mio passaporto e sono uscito con la mia valigia contenente 30 chilogrammi di oggetti, che avevo portato con me, senza che qualcuno mi controllasse. Avrei potuto avere con me anche trenta chili di droga. Ma... chissà...forse, sarà dipeso dal fatto che ho le fattezze di un europeo, ma i narcotrafficanti non hanno odore, né razza, né religione.

Signori, non tutto è denaro. Abbiamo bisogno della vostra scienza e della vostra tecnologia. Abbiamo bisogno non solo che i vostri scienziati studino le proprietà della foglia di coca, ma anche che venga studiato il perché la gente si droga. Non si tratta, infatti, solo di combattere il cloridrato di cocaina - dal momento che la gente può sempre ricorrere ad un'altra droga sintetica o naturale - ma è altresì necessario risolvere il problema della perdita di valori, della mancanza di fede, per evitare che l'uomo si rifugi nella droga. Sarebbe necessario che ci chiedessimo in quali società esiste il maggiore stress, il maggior numero di attacchi cardiaci, il maggior numero di attacchi cerebrali, le maggiori tensioni. È necessario risolvere questo problema costruendo una società giusta e migliore, sia nelle nostre società povere quanto nelle società ricche. Molte grazie.

VI RAPPORTO – AGOSTO 1992

Editoriale.

DI CARLA ROSSI

Il 26 giugno 1992, il Ministro Rosa Russo Jervolino ha presentato al Parlamento il documento "La legge contro la droga a due anni dall'approvazione", che ha come sottotitolo: raccolta dei dati relativi al controllo del fenomeno ed all'attuazione della legge. Si spiega infatti che: *"Con questa nuova iniziativa si vorrebbero proporre al Parlamento, all'opinione pubblica, agli addetti ai lavori ed ai cittadini tutti, gli elementi che è stato possibile raccogliere sulla reale situazione della lotta alle tossicodipendenze in Italia, a due anni dall'approvazione della legge. Potrebbe così essere possibile avviare un sereno ed ampio dibattito su quello che è stato realizzato e su quello ancora da fare, che possa consentire valutazioni e pareri, senza preconcetti, pregiudizi o false valutazioni, sui molti aspetti preventivi e riabilitativi previsti dalla nuova normativa e che rappresentano il punto più qualificante e, nel contempo, più complesso da attuare."*
Tali buone intenzioni non vengono però suffragate da fatti, dato che:

- La "non trasparenza" nei dati del Ministero dell'Interno è ancora peggiorata: si parla, per esempio, di persone oggetto di informativa in merito al possesso di sostanze stupefacenti, senza dire più in quanti casi è seguito l'arresto.
- Non è più disponibile il dato sugli arresti per hashish in piccole quantità, da noi ripetutamente analizzato nei precedenti rapporti. In questo modo si introduce una nuova disomogeneità nei dati relativi a due periodi per cui ci si rende impossibile effettuare analisi di trend.
- Per quanto riguarda i decessi, i dati si fanno sempre più scarni: non compare più la disaggregazione regionale, che ci aveva consentito, mediante il confronto con i dati dell'Osservatorio epidemiologico della Regione Lazio, di valutare la sottostima dei "numeri" forniti dal Ministero, non si riportano i dati relativi agli anni precedenti, che ci avevano consentito di valutare l'entità dei ritardi di notifica in base al confronto con i rapporti precedenti e anche la distribuzione per età è soltanto parziale. In sostanza sembra che si faccia di tutto per evitare ogni possibilità di verifica dei dati stessi mediante il confronto con altre fonti, cosa che avevamo sempre potuto fare, sia pure in modo parziale e con grande difficoltà.
- In compenso emergono chiaramente gravi carenze della legge stessa. Per esempio, si dice che *"pur mancando nel testo di legge attuale la possibilità di un meccanismo di verifica e di follow-up dei progetti e delle attività finanziate con gli stanziamenti previsti dalla legge è stato avviato il monitoraggio di alcune iniziative rese possibili dal Fondo Nazionale antidroga. In tale ottica va interpretato lo sforzo di richiedere ad ogni Ministero competente, ed agli Enti locali, dettagliati elementi in merito alla effettiva erogazione ed utilizzazione, dei*

capitoli di spesa di loro competenza". Si afferma poi nel seguito in merito ai criteri per la distribuzione dei fondi: *"La mancanza di una precisa disposizione in merito ha contribuito a determinare una crescita del numero di cooperative a responsabilità limitata o in accomandita semplice che individuano, in pratica, "nell'emergenza droga" una fonte di attività lucrativa."*

- Se si guardano i dati relativi alle domande di finanziamento presentate e a quelle accolte si rileva però come siano proprio le associazioni ad avere la percentuale più alta di accoglimento (70% sia nel '90 che nel '91), mentre i Comuni devono accontentarsi del 35% nel '90 e del 58% nel '91 e le UUSSLL del 49% sia nel '90 che nel '91. Non si spiega se tali differenze siano dovute a giudizi di merito o a problemi formali. Si afferma inoltre *"appare altresì opportuno semplificare le condizioni di accesso ai contributi..."*. Si consiglia la lettura completa del capitolo dedicato al Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga, perché fornisce un'idea degli sprechi e degli affari generati dalla 162/90, nonché le osservazioni riportate nei due interventi di Antonio Marzano contenuti nel presente rapporto.
- Il resoconto più esauriente è quello del Ministero di Grazia e Giustizia, di cui si riportano nel seguito le tabelle e ampi stralci. Su tale documento baseremo alcune analisi, mentre altre considerazioni prenderanno in esame il problema dei tossicodipendenti in trattamento e della repressione del narcotraffico.

Un'affermazione particolarmente preoccupante - ma avevamo previsto che sarebbe accaduto - denuncia, sia pur tra le righe, l'intasamento ormai irreparabile delle Prefetture; si afferma infatti: *"Confrontando i dati relativi all'intero periodo di applicazione della legge con quelli corrispondenti al I anno, risulta abbastanza evidente un aumento dei tempi medi delle varie fasi dell'iter, probabilmente dovuto all'aumento del numero di persone segnalate"*. Viene da chiedersi come mai si stia verificando questo aumento visto che, dai dati sui decessi, si ipotizza che il fenomeno tossicodipendenza mostri segni di regressione. È abbastanza difficile pensare che sia tutto merito di un'aumentata efficienza delle forze dell'ordine. Con preoccupazione rileviamo anche la notazione in merito alla tendenza all'eliminazione da parte dei *SerT* delle terapie basate su farmaci sostitutivi, come risulta evidente dalla tabella 1. Altri aspetti verranno trattati negli interventi seguenti.

TAB.1 Rilevazione semestrale nel settore tossicodipendenze (15/12/1991)

REGIONE	MIBT	MIP	FNSI	FNSNI	PSICO
Piemonte	11.55	7.45	15.20	4.89	60.83
Valle d'Aosta	41.67	3.79	3.03	0.00	51.52
Lombardia	11.67	17.13	22.68	4.70	47.83
Prov. Bolzano	11.16	35.27	4.02	4.46	45.09
Prov. Trento	10.00	0.00	0.00	0.00	90.00
Veneto	8.57	18.36	29.51	4.90	38.66
Friuli V. G.	10.01	8.44	28.04	2.00	51.50
Liguria	12.94	18.45	29.75	1.36	37.50
Emilia R.	5.77	9.60	19.31	5.52	59.80
Toscana	18.19	22.74	9.55	3.75	45.78
Umbria	36.70	22.87	12.23	12.77	15.43
Marche	20.76	13.98	11.72	4.38	49.15
Lazio	52.23	26.96	4.36	2.15	14.30
Abruzzo	19.91	14.99	6.64	12.85	45.61
Molise	22.22	2.22	0.00	0.00	75.56
Campania	37.66	38.75	6.73	2.22	14.64
Puglia	16.96	15.90	20.95	8.06	38.13
Basilicata	10.16	21.88	5.47	8.59	53.91
Calabria	13.24	17.81	3.88	17.35	47.72
Sicilia	5.45	2.15	52.31	5.70	34.38
Sardegna	11.66	52.91	19.68	5.45	10.30
ITALIA	**17.73**	**18.85**	**18.45**	**4.72**	**40.25**

MIBT=metadone integrato a breve termine
MIP=metadone integrato protratto
FNSI=farmacologico non sostitutivo integrato
FNSNI=farmacologico non sostitutivo non integrato
PSICO=solo psicosociale e/o riabilitativo

La tossicodipendenza come malattia epidemica: ipotesi e fatti.

È ormai accettato che il tossicodipendente sia da considerare un malato, dunque la tossicodipendenza è una malattia. Ma è possibile dire che si tratta di una malattia epidemica? A mio parere è possibile affermare che la tossicodipendenza è tale e molti dati lo dimostrano. Se prendiamo in considerazione il numero di tossicodipendenti in carcere per reati connessi allo spaccio (e si tratta per lo più di piccolo spaccio), osserviamo che tale numero è stato in continuo aumento negli ultimi anni. D'altra parte, è evidente che se un tossicodipendente diventa spacciatore è essenzialmente per necessità di guadagno (occorre spacciare 6 o 7 dosi di eroina per avere soldi sufficienti per comprare la propria). Anche se non tutti i tossicodipendenti diventano spacciatori è comunque necessario a quanti si dedicano a questo lavoro avere sempre un numero sufficiente di clienti. Dunque, è opportuno, se non indispensabile, il proselitismo. Ogni tossicodipendente che abbia necessità di spacciare, quindi, tende a trasmettere la sua "malattia" ad altri, senza contare il proselitismo prodotto direttamente "a tavolino" dalle organizzazioni criminali. Se la tossicodipendenza è una malattia che si trasmette per "contatto" allora è possibile trattarla come una malattia infettiva e, in certe condizioni, è possibile osservare e prevedere lo sviluppo di epidemie. Perché si sviluppi un'epidemia è necessario (ma anche sufficiente) che ogni individuo infetto (tossicodipendente), trasmetta la sua malattia a più di un individuo non infetto (chiameremo, con notazione standard, "suscettibile" un individuo non infetto). È anche evidente che in una popolazione dove la totalità degli individui è infetta, l'epidemia è destinata ad estinguersi perché non è più possibile soddisfare la condizione detta sopra; in altre parole, non è più possibile propagare la malattia. In questa situazione si possono avere essenzialmente due esiti: tutti gli infetti muoiono (se la malattia è letale) oppure alcuni muoiono e altri guariscono (trascuriamo l'eventualità di ricadute, che non altererebbe comunque il discorso generale). Una nuova ondata di epidemia può nell'ultimo caso svilupparsi di nuovo se nella popolazione entrano dei nuovi suscettibili (per immigrazione o raggiungimento di età a rischio). È però necessario che il nuovo gruppo non sia troppo piccolo perché siano abbastanza frequenti i contatti con individui infetti e si possa ripristinare la condizione necessaria per lo sviluppo dell'epidemia. In altre parole, tutte le epidemie hanno un tipico andamento temporale ad onde periodiche (basta ricordare le malattie esantematiche dei bambini che si ripresentano periodicamente non appena le condizioni ambientali ne consentono lo sviluppo), più o meno ampie a seconda dei casi (evitiamo di prendere in considerazione le cause di una maggiore o minore ampiezza delle onde per non complicare troppo il discorso). I dati sull'andamento del fenomeno tossicodipendenza in Italia riportati nell'ultimo rapporto Jervolino, sia pure presi con qualche cautela, sembrano indicare che l'epidemia di tossicodipendenza tra i giovani italiani stia, forse, cominciando a regredire. Le cause sono da ricercare essenzialmente nella diminuita numerosità degli individui a rischio, sia per la diminuzione del numero di giovani, dovuta al fenomeno della denatalità, sia per l'impatto eventuale di campagne di

informazione, sia perché gli individui suscettibili (perché in qualche modo disagiati) sono ormai quasi tutti infetti e non costituiscono più quel serbatoio indispensabile per lo sviluppo di un'onda epidemica. Giova ricordare che non tutti i nostri giovani sono da considerarsi a rischio di contagio, il serbatoio dell'epidemia si basa quindi solo su quelli che si trovano in condizione tale da essere effettivamente suscettibili (di essere attirati nel circuito della droga). È in questo gruppo che si sta verificando l'effetto saturazione e non nella popolazione giovanile generale. Qualcuno potrebbe essere tentato di concludere che il problema si sta risolvendo in un modo o nell'altro e che il mercato della droga sia destinato a seguire lo stesso destino dell'epidemia. Ma non sembra sia così. Infatti, se per la popolazione italiana si osservano alcuni, sia pur lievi segni di miglioramento, non si può dire lo stesso per la totalità dei giovani che vivono in Italia. Come per l'AIDS, che, dopo aver colpito la popolazione omosessuale (I epidemia), si è "spostata" in quella tossicodipendente (II epidemia) e ora comincia a colpire massicciamente la popolazione cosiddetta normale (III epidemia), così anche la tossicodipendenza, dopo aver colpito i "nostri" giovani, sta ora cominciando a colpire in modo rilevante i giovani stranieri che vivono in Italia, che si trovano in condizioni socio-ambientali tali da renderli un nuovo serbatoio di suscettibili. Per convincersi di questo fenomeno basta "guardare" con un po' di attenzione la tabella che segue tratta dal resoconto del Ministero di Grazia e Giustizia riportato nel rapporto Jervolino del 26/6/92 e la parte - che si riporta integralmente - dello stesso resoconto riguardante gli interventi sui minori. Forse gli italiani cominciano a mostrare segni di allontanamento dal mercato della droga, ma questo, grazie alla presenza di altri nuovi gruppi a rischio è più fiorente che mai.

Rilevamento popolazione detenuta proveniente dalla libertà per reati di cui al tu 309/90 e per altri reati, con riferimento al movimento del semestre 01/07/91-31/12/91 riepilogo nazionale

REGIONE	NUOVI GIUNTI DALLA LIBERTÀ														
	totali			tossicodipendenti			no tossicodipendenti			DETENUTI STRANIERI tossicodipendenti			no tossicodipendenti		
	R	RA	T	R	RA	T	R	RA	T	R	RA	T	R	RA	T
Abruzzo	160	340	500	98	100	198	62	240	302	1	0	1	4	23	27
Basilicata	39	200	239	21	33	54	18	167	185	0	0	0	0	6	6
Calabria	278	923	1.201	107	150	257	171	773	944	1	0	1	3	28	31
Campania	1.954	3.850	5.834	542	667	1.209	1.412	3.213	4625	46	9	55	150	148	298
Emilia R.	1.449	1.407	2.856	986	759	1.745	463	648	1111	135	178	313	238	175	413
Friuli	165	444	609	90	95	185	75	349	424	4	2	6	32	72	104
Lazio	3.221	2.382	5.603	837	772	1.609	2.384	1.610	3.994	376	163	539	2.200	684	2.884
Liguria	804	902	1.706	581	295	876	283	607	890	50	55	105	154	360	514
Lombardia	2.478	3.146	5.624	1.466	1.214	2.680	1.012	1.932	2.944	133	131	264	328	610	938
Marche	256	268	524	142	138	280	114	130	244	3	0	3	11	34	45
Molise	22	66	88	11	13	24	11	53	64	0	0	0	0	2	2
Piemonte	1.781	2.081	3.862	835	866	1.701	946	1.215	2.161	131	52	183	250	216	466
Puglia	1.226	1.650	2.870	644	504	1.148	582	1.146	1.728	8	7	15	19	69	88
Sardegna	474	893	1.367	262	240	502	212	653	865	11	14	25	29	24	53
Sicilia	1.021	2.115	3.136	319	407	726	702	1.708	2.410	10	3	13	22	103	125
Toscana	1.006	825	1.831	488	277	765	518	548	1.066	70	35	105	277	153	430
Trentino	182	131	313	95	53	148	87	78	165	30	6	36	32	7	39
Umbria	153	158	311	115	33	148	38	125	163	23	4	27	5	24	29
Veneto	942	789	1.731	686	211	897	256	578	834	35	11	46	73	225	298
V. Aosta	43	94	137	18	19	37	25	75	100	4	0	4	9	18	27
ITALIA	**17.174**	**22.694**	**40.408**	**8.343**	**6.846**	**15.189**	**9.371**	**15.848**	**25.219**	**1.071**	**670**	**1.741**	**3.836**	**2.981**	**6.817**

R=ristretti per articolo 73 RA=ristretti per altri reati T=totale

Droga: minori in carcere

Ministero di Grazia e Giustizia Ufficio Centrale per la giustizia minorile
Rapporto sugli assuntori di droga passati per i servizi minorili nell'anno 1991

Nell'anno 1991 l'Ufficio ha predisposto un sistema di rilevazione semestrale sugli assuntori di droga attraverso cinque modelli di rilevazione, suddivisi per tipo di servizio (Istituti Penali Minorili, Uffici di Servizio Sociale, Centri di Prima Accoglienza, Comunità).
I cinque modelli riguardano:

- 1. Minori assuntori di droga suddivisi per tipo di sostanza, sesso, età, nazionalità;
- 2. modalità attraverso la quale l'assunzione di droga è stata rilevata dagli operatori del servizio;
- 3. interventi attivati all'interno del servizio;
- 4. collaborazione negli interventi con altri Servizi pubblici o privati;
- 5. accertamenti sanitari effettuati per il rilevamento del VIRUS HTLV-III/LAS.

I dati raccolti mirano a dare un quadro della rilevanza del fenomeno all'interno dei Servizi minorili.
Non essendo ancora stato possibile mettere a punto un sistema di monitoraggio del fenomeno che permetta di avere dati ceri da un punto di vista quantitativo, vanno considerati, come elementi di informazione sull'andamento generale della problematica, quelli rilevati all'interno del contesto dei Servizi minorili.
Nel II semestre 1991 vengono sostanzialmente confermati i risultati ottenuti nel I semestre dello stesso anno. Si rileva nel II semestre una lieve diminuzione della percentuale di assuntori di droga rispetto al I semestre, e gli istituti dove tale presenza viene segnalata maggiormente sono quelli della Campania ed alcuni istituti dell'Italia settentrionale (Torino, Treviso e Bologna).
Una forte diminuzione nel numero degli assuntori viene segnalata a Roma (dal 23,33% nel I semestre all'8,56% nel secondo). Gli istituti della Sicilia presentano, come nel I semestre basse percentuali di presenze del fenomeno. Le sostanze maggiormente utilizzate sono le oppiacee e la cannabis con netta prevalenza delle prime. Questo dato è molto diverso da quello degli altri servizi e conferma l'ipotesi fatta nel precedente rapporto sulla qualità dell'utenza di questo tipo di servizio, che presenta livelli di gravità maggiori rispetto agli altri, sia dal punto di vista dei reati consumati che delle problematiche personali e/o familiari. Nettamente prevalenti gli italiani sugli stranieri (137 su 13) ed i maschi sulle femmine (141 su 9) sul totale degli entrati che risulta di 85 italiani e 46 stranieri. La quasi totalità (12 su 13) degli stranieri segnalati come assuntori nel secondo semestre è entrata in istituto per reati connessi contro la legge sugli stupefacenti. Presenze così elevate non si trovano invece tra gli italiani (45 su 137) per i quali appare più bassa l'incidenza dei reati connessi con la legge medesima.
La modalità più frequente attraverso la quale si è rilevata la presenza di assuntori nel servizio è stata la "dichiarazione volontaria".

Sul fronte degli interventi attuati all'interno degli istituti prevale quello di tipo psicologico; vengono attuate con più frequenza collaborazioni con i servizi ambulatoriali USL e con strutture non residenziali pubbliche o private. Meno utilizzato sembra il rapporto con comunità terapeutiche residenziali verso le quali vengono indirizzati, invece, minori con gravi problematiche di rapporto con gli stupefacenti.
Nel gruppo degli assuntori di droga 3 minori su 137 assuntori sono risultati sieropositivi, mentre nessun caso si è manifestato tra gli stranieri.

1. Centri di prima accoglienza

Nel II semestre si nota un lieve aumento nel numero degli assuntori di droga pari al 16,15% rispetto al 14,98% nel primo.
I Centri di Prima Accoglienza dove le percentuali risultano più rilevanti sono quelli di Roma, Genova, Bologna e quelli della Campania; i Centri della Sicilia presentano le percentuali più basse. Risulta che su un totale di 2.117 entrati, 342 sono risultati assuntori.
Anche in questo servizio, come nel precedente, tra gli assuntori sono molto più presenti gli italiani che gli stranieri (284 su 58) ed i maschi rispetto alle femmine (329 su 13).
A differenza degli Istituti Penali Minorili, nei Centri di Prima Accoglienza la sostanza più utilizzata è la cannabis (167 minori) rispetto a "due o più tipi di sostanza" (81) ed alle oppiacee (78).
Anche rispetto alle imputazioni il quadro è molto diverso da quello degli Istituti: nel II semestre 158 italiani su 342 e 26 stranieri su 58 sono imputati di spaccio; è presente, quindi, rispetto agli istituti, una incidenza maggiore di questo tipo di reato tra gli italiani, con percentuali alte rispetto al primo semestre.
Maggiormente utilizzata risulta la modalità di rilevazione degli assuntori attraverso la "dichiarazione volontaria".
Tra gli interventi effettuati dagli Istituti prevale quello di tipo farmacologico, collegato probabilmente ai tempi brevi di permanenza del minore in questo tipo di struttura, che non consente progettazioni di interventi a lungo termine. I servizi del territorio, invece, con i quali si avviano maggiori collaborazioni sono i servizi ambulatoriali delle UU.SS.LL.
Non appare significativo il dato relativo all'accertamento del VIRUS HTLV - III/LAS in relazione ai brevi tempi di permanenza del minore nelle strutture.

2. Uffici di servizio sociale per minorenni

Il Servizio Sociale per Minorenni ha rilevato 643 assuntori su 9.133 soggetti con cui è entrato in contatto nel I semestre 1991, mentre nel II semestre gli assuntori sono stati 423 rispetto a 8.109 soggetti. In questo tipo di servizio si rileva quindi una significativa diminuzione percentuale tra primo e secondo semestre, pari a 7,04% e 5,22%. Le zone che segnalano maggiormente la presenza del fenomeno sono quelle di Roma, Firenze, Ancona, L'Aquila e gli Uffici di Servizio Sociale della Campania.

Netta prevalenza di minori italiani (419) rispetto agli stranieri (4), e di maschi (387) sulle femmine (36). Il tipo di sostanza più utilizzata in questo gruppo è la cannabis seguita dalle oppiacee. La modalità di rilevazione più frequente è la dichiarazione volontaria, così come per gli altri servizi.
Nettamente prevalente risulta l'intervento di tipo psicologico e la collaborazione con i servizi ambulatoriali UU.SS.LL. Più elevata la collaborazione con comunità terapeutiche residenziali rispetto ad altri tipi di servizio.
I risultati sull'intero anno 1991, confermano quanto emerso nel I semestre.
I singoli servizi propongono immagini molto diversificate dei minori assuntori di droga fortemente collegate al contesto in cui il dato viene rilevato.
Osservando più attentamente il dato sugli interventi attuati emerge coerentemente anche qui una netta differenziazione. Nei Centri di Prima Accoglienza l'intervento è infatti una sorta di primo intervento sulla crisi ed è prevalentemente di tipo farmacologico, mentre negli Istituti e nei Servizi Sociali, dove i tempi dell'intervento sono più lunghi, è maggiormente utilizzato quello psicologico e/o di sostegno.
Molto interessante il dato sul rapporto con gli altri servizi che richiama una delle principali funzioni degli operatori della giustizia minorile: quella di possibili rilevatori e traduttori a partire da una situazione di difficoltà espressa attraverso comportamenti sanzionabili penalmente, di bisogni ai quali le persone possono trovare risposte in sedi non penali. Il ruolo dei servizi minorili diventa in questo caso quello di "invianti" alle sedi più opportune per dare risposte a questo tipo di bisogni. A questo proposito si segnala come l'Ufficio Centrale per la Giustizia Minorile abbia nel corso del 1991 attuato convenzioni con comunità terapeutiche per tossicodipendenti su tutto il territorio nazionale (10 comunità). Nel corso dell'anno, le presenze sono andate gradualmente crescendo partendo da un minimo di 487 ad un massimo di 835.
Nel caso di problematiche di uso di droga già è stato segnalato come sia importante distinguere tra la risposta ad una azione deviante e la risposta alla condizione del tossicodipendente. Il numero di interventi attuati in collaborazione con altri servizi non è molto elevato e ciò segnala probabilmente agli operatori la difficoltà, nelle situazioni di assunzione di droga, di creare una punta tra contesto di controllo e contesto di trattamento.
Su questo è in corso un acceso dibattito tra operatori, servizi dell'Ente Locale, magistratura, ecc., per mettere a punto modalità di intervento più efficaci che, considerando le risposte al reato con i loro tempi, modi, obiettivi, e le risposte alla tossicodipendenza con i loro tempi, modi, obiettivi, possa ricercare gli spazi di compatibilità tra i due settori.

3. Tossicodipendenti in trattamento

Nelle tabelle che seguono sono riportati i dati relativi ai tossicodipendenti in trattamento. Rileviamo, come, anche se tutti gli utenti in trattamento si potessero considerare, in qualche modo fuori dal mercato clandestino, e questo in realtà è vero solo per una minima percentuale, sarebbero comunque una piccola parte del

numero totale di tossicodipendenti stimati, che, in base alle stime minime, sono almeno 200.000 (ma anche su questa cifra ci sono non pochi dubbi, visto che la commissione antimafia ha stimato la presenza di 60.000 tossicodipendenti solo nel Lazio). Confrontando le tabelle relative alla situazione delle carceri e dei servizi di assistenza c'è ancora da osservare che si trova in stato di detenzione un numero di tossicodipendenti che è pari ad almeno 1/6 rispetto a quelli seguiti dai servizi, che tale numero è cresciuto di circa 1.000 unità dalla fine di settembre alla fine di dicembre 1991, mentre quello dei tossicodipendenti seguiti dai servizi è aumentato nello stesso periodo di meno di 4.000 unità e che quindi il divario tra ingressi nel circuito di assistenza e in quello carcerario tende a diminuire. Altra conferma dell'impotenza della 162/90 a creare vera emersione e del suo perverso potere di far "emergere" i tossicodipendenti essenzialmente dirigendoli verso le carceri.

Tossicodipendenti in trattamento presso i servizi sanitari pubblici e le comunità terapeutiche residenziali (*) 5 giugno 1984/5 dicembre 1991

date di rilevazione	SERVIZI SANITARI PUBBLICI				COMUNITÀ TERAPEUTICHE RESIDENZIALI			
	Esistenti	Censite	Utenti	di cui in trattamento sostitutivo	Esistenti	Censite	Utenti	totale utenti
5.06.1984	417	382	18.483	11.104	207	207	4.373	22.856
5.09.1984	422	383	18.310	11.124	215	215	4.358	22.668
5.12.1984	436	424	20.747	11.923	222	219	4.476	25.223
5.03.1985	444	395	16.731	9.772	237	236	4.845	21.576
5.06.1985	454	419	18.429	10.306	280	280	4.930	23.359
5.09.1985	454	415	17.620	9.222	296	290	4.881	22.501
5.12.1985	455	440	19.919	9.820	301	297	5.028	24.947
5.03.1986	459	444	19.018	9.906	310	307	5.303	24.321
5.06.1986	464	456	19.079	9.214	324	323	5.540	24.619
5.09.1986	465	460	18.590	9.388	325	323	5.645	24.235
5.12.1986	469	460	20.137	9.463	326	318	5.927	26.064
5.03.1987	468	460	20.866	9.927	324	321	5.841	26.706
5.06.1987	470	456	21.895	10.886	327	320	6.144	28.009
5.09.1987	474	461	23.174	11.430	335	326	6.174	29.348
5.12.1987	473	459	23.276	10.604	342	340	6.676	29.952
6.03.1988	477	464	23.860	10.301	340	336	7.109	30.969
5.06.1988	484	476	25.533	10.936	347	345	7.527	33.060
5.09.1988	483	475	26.005	11.905	352	349	7.422	33.427
5.12.1988	492	479	27.906	11.464	356	351	8.017	35.923
5.03.1989	501	483	28.672	11.783	360	354	8.547	37.219
5.06.1989	508	489	31.568	11.991	366	361	8.792	40.360
5.09.1989	509	492	32.299	12.366	381	373	8.895	41.194
5.12.1989	513	488	33.335	12.986	415	404	9.965	43.300
5.03 1990	513	499	35.286	13.462	434	421	10.618	45.904
5.06.1990	517	505	37.804	12.520	433	422	10.667	48.471
5.09.1990	527	521	38.999	12.725	434	421	11.381	50.380
5.12.1990	530	513	40.928	12.457	454	440	12.413	53.341
5.03.1991	533	501	37.788	12.046	476	458	12.682	50.470
5.06.1991	532	505	43.650	12.382	488	454	12.426	56.076
5.09.1991	529	516	46.905	13.734	499	475	12.793	59.698
5.12.1991	551	530	49.305	13.860	530	501	14.067	63.372

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

Tossicodipendenti in trattamento nel corso del 1991

situazione al 31 marzo 1991	Maschi	Femmine	Totale	Di cui sottoposti a terapia con farmaci sostitutivi
presso i servizi sanitari pubblici	31.503	6.285	**37.788**	12.046
presso le strutture socio-riabilitative				
Centri di prima accoglienza	4.480	1.038		
Comunità terapeutiche residenziali	10.513	2.169		
Centri di reinserimento	1.669	454		
presso le strutture socio-riabilitative	**16.662**	**3.661**	**20.323**	
TOTALE COMPLESSIVO			**58.111**	
I dati sono stati forniti dalle seguenti strutture:	servizi sanitari pubblici 501 su 533 pari al 94.00%			
	strutture socio-riabilitative 819 su 887 pari al 92.33%			

situazione al 30 giugno 1991	Maschi	Femmine	Totale	Di cui sottoposti a terapia con farmaci sostitutivi
presso i servizi sanitari pubblici	36.651	6.999	**43.650**	12.382
presso le strutture socio-riabilitative				
Centri di prima accoglienza	5.011	1.294		
Comunità terapeutiche residenziali	10.368	2.058		
Centri di reinserimento	1.976	470		
presso le strutture socio-riabilitative	**17.355**	**3.822**	**21.177**	
TOTALE COMPLESSIVO			**64.827**	
I dati sono stati forniti dalle seguenti strutture:	servizi sanitari pubblici 505 su 532 pari al 94,92%			
	strutture socio-riabilitative 834 su 915 pari al 91,15%			

situazione al 30 settembre 1991	Maschi	Femmine	Totale	Di cui sottoposti a terapia con farmaci sostitutivi
presso i servizi sanitari pubblici	39.216	7.689	**46.905**	13.734
presso le strutture socio-riabilitative				
Centri di prima accoglienza	4.632	1.080		
Comunità terapeutiche residenziali	10.579	2.214		
Centri di reinserimento	2.081	477		
presso le strutture socio-riabilitative	**17.292**	**3.771**	**21.063**	
TOTALE COMPLESSIVO			**67.968**	
I dati sono stati forniti dalle seguenti strutture:	servizi sanitari pubblici 516 su 529 pari al 97,54%			
	strutture socio-riabilitative 888 su 941 pari al 94,37%			

situazione al 31 dicembre 1991	Maschi	Femmine	Totale	Di cui sottoposti a terapia con farmaci sostitutivi
presso i servizi sanitari pubblici	41.203	8.102	**49.305**	13.860
presso le strutture socio-riabilitative				
Centri di prima accoglienza	6.237	1.350		
Comunità terapeutiche residenziali	12.057	2.462		
Centri di reinserimento	2.043	412		
presso le strutture socio-riabilitative	**20.337**	**4.224**	**24.561**	
TOTALE COMPLESSIVO			**73.866**	
I dati sono stati forniti dalle seguenti strutture:	servizi sanitari pubblici 530 su 551 pari al 96,19%			
	strutture socio-riabilitative 932 su 996 pari al 93,57%			

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

		Servizi Sanitari Pubblici	Comunità terapeutiche residenziali
al 30 settembre 1990	Nord	284	258
	Centro	112	82
	Sud	98	52
	Isole	33	42
	Totale Italia	**527**	**434**
al 31 dicembre 1990	Nord	286	271
	Centro	114	84
	Sud	97	55
	Isole	33	44
	Totale Italia	**530**	**454**

Distribuzione territoriale dei servizi sanitari pubblici e delle strutture socio-riabilitative nel corso del 1991					
		Servizi sanitari Pubblici + Centri di prima accoglienza	strutture socio riabilitative		TOTALE
			Comunità terapeutiche residenziali	Centri di reinserimento	
31 marzo 1991	Nord	285	119	287	128
	Centro	117	50	89	38
	Sud	97	33	57	14
	Isole	34	21	43	8
	Totale Italia	**533**	**223**	**476**	**188**
30 giugno 1991	Nord	285	123	291	139
	Centro	116	52	92	34
	Sud	97	38	60	13
	Isole	34	22	45	6
	Totale Italia	**532**	**235**	**488**	**192**
30 settembre 1991	Nord	282	131	293	138
	Centro	117	54	95	37
	Sud	94	35	53	19
	Isole	36	23	48	5
	Totale Italia	**529**	**243**	**499**	**199**
31dicembre 1991	Nord	283	132	305	140
	Centro	118	62	106	40
	Sud	116	40	74	15
	Isole	34	26	49	5
	Totale Italia	**551**	**260**	**534**	**202**

4. Servizi sanitari pubblici e privati e comunità terapeutiche residenziali

Il divario tra il Nord e le altre zone geografiche del Paese rispetto alla presenza dei servizi pubblici e delle comunità terapeutiche residenziali dall'entrata in vigore della legge non si è ridotto ma anzi si è ulteriormente allargato nei confronti del Sud. Infatti, dei nuovi 135 servizi e strutture entrati in funzione dal 30 giugno 1990 al 31 dicembre 1991 ben 51 sono dislocati al Nord, 31 al Centro, 43 al Sud e 10 nelle Isole. Per quanto riguarda i servizi pubblici si può dire che l'aumento del loro numero è avvenuto in modo più omogeneo, salvo che per il Sud, rispetto a quello delle comunità terapeutiche: dei 34 nuovi servizi 6 sono stati istituiti al Nord, 5 al Centro, 21 al Sud e 2 nelle Isole. La crescita del numero delle comunità ha, invece, dimostrato ulteriormente il divario tra le circoscrizioni geografiche del Paese essendo stata di 45 unità al Nord, di 26 unità al Centro, di 22 al Sud e di 8 unità nelle Isole. IL dato complessivo, relativamente alla dislocazione territoriale dei servizi, evidenzia che il 51,36% dei servizi pubblici e il 57,12% delle comunità terapeutiche sono collocate al Nord, ove peraltro è concentrata la maggior parte dei tossicodipendenti.

5. La situazione nelle carceri.

Le tabelle che seguono riportano la situazione relativa alle carceri. Sono dati che parlano da soli ed evidenziano come in realtà la 162/90 abbia prodotto come unico effetto rilevante l'ingresso in carcere di moltissimi tossicodipendenti, fino ad arrivare a percentuali di presenza superiori al 32%, a livello nazionale, e vicine o superiori al 40% nelle regioni in cui il fenomeno è più grave, come la Liguria, il Lazio, la Lombardia.

È anche interessante osservare come, al contrario delle droghe illegali, l'alcool non sia criminogeno (la presenza di alcol-dipendenti in carcere è irrilevante), anche se può comunque essere dannoso per la salute e creare pericoli a terzi, per esempio nel caso di guida in stato di ebbrezza, questo è un forte indizio a carico della potenzialità criminogena dell'attuale regime sulle "droghe".

Rilevamento detenuti tossicodipendenti e alcooldipendenti presenti alla data del 25/9/91

REGIONE	detenuti presenti			detenuti tossicodipendenti				detenuti alcooldipendenti			
	uomini	donne	totale	uomini	donne	totale	sui presenti	uomini	donne	totale	sui presenti
Abruzzo	728	45	773	256	12	268	34,67%	27	0	27	3,49%
Basilicata	218	7	225	18	0	18	8,00%	0	0	0	0,00%
Calabria	789	15	804	125	4	129	16,04%	2	0	2	0,25%
Campania	3.808	145	3.953	965	50	1.015	25,68%	10	5	15	0,38%
Emilia R.	2.107	142	2.249	894	76	970	43,13%	6	0	6	0,27%
Friuli	407	57	464	102	19	121	26,08%	91	14	105	22,63%
Lazio	2.950	250	3.200	1.023	77	1.100	34,38%	3	0	3	0,09%
Liguria	817	71	888	437	40	477	53,72%	3	0	3	0,34%
Lombardia	4.082	293	4.375	1.608	117	1.725	39,43%	51	8	59	1,35%
Marche	458	17	475	98	5	103	21,68%	1	0	1	0,21%
Molise	205	4	209	48	3	51	24,40%	5	1	6	2,87%
Piemonte	2.895	156	3.051	1.219	108	1.325	43,43%	24	0	24	0,79%
Puglia	1.772	61	1.833	794	16	810	44,19%	32	1	33	1,80%
Sardegna	1.043	29	1.432	598	17	615	42,95%	3	0	3	0,21%
Sicilia	3.161	79	3.240	545	25	570	17,59%	7	1	8	0,25%
Toscana	2.551	145	2.696	522	63	585	21,70%	54	0	54	2,00%
Trentino	239	14	253	133	8	141	55,73%	5	0	5	1,98%
Umbria	545	44	589	61	23	84	14,26%	0	0	0	0,00%
Veneto	1.190	115	1.305	504	57	561	42,99%	17	7	24	1,84%
Valle d'Aosta	141	11	152	91	11	102	67,11%	0	0	0	0,00%
ITALIA	**30.466**	**1.700**	**32.168**	**10.042**	**729**	**10.771**	**33,48%**	**341**	**37**	**378**	**1,18%**

Rilevamento detenuti tossicodipendenti e alcol-dipendenti presenti alla data del 31/12/91

REGIONE	detenuti presenti			detenuti tossicodipendenti				detenuti alcooldipendenti			
	uomini	donne	totale	uomini	donne	totale	sui presenti	uomini	donne	totale	sui presenti
Abruzzo	830	54	884	238	17	255	28,85%	22	0	22	2,49%
Basilicata	332	11	343	52	1	53	15,45%	0	0	0	0,00%
Calabria	1.024	17	1.041	154	7	161	15,47%	1	0	1	0,10%
Campania	4.036	179	4.215	1.054	39	1.093	25,93%	2	6	8	0,19%
Emilia R.	2.191	167	2.358	821	87	908	38,51%	6	0	6	0,25%
Friuli	360	29	389	85	12	97	24,94%	3	0	3	0,77%
Lazio	3.054	273	3.327	1.287	73	1.360	40,88%	0	0	0	0,00%
Liguria	885	65	950	449	36	485	51,05%	1	0	1	0,11%
Lombardia	4.416	310	4.726	1.655	132	1.787	37,81%	18	0	18	0,38%
Marche	501	17	518	119	9	128	24,71%	0	0	0	0,00%
Molise	237	6	243	53	5	58	23,87%	0	0	0	0,00%
Piemonte	3.194	171	3.365	1.247	98	1.345	39,97%	49	1	50	1,49%
Puglia	2.034	88	2.122	737	32	769	36,24%	0	0	0	0,00%
Sardegna	1.604	38	1.642	631	16	647	39,40%	15	0	15	0,91%
Sicilia	3.553	88	3.641	591	21	612	16,81%	7	0	7	0,19%
Toscana	2.693	140	2.833	723	64	787	27,78%	8	1	9	0,32%
Trentino	279	17	296	157	12	169	57,09%	9	0	9	3,04%
Umbria	624	52	676	76	23	99	14,64%	0	0	0	0,00%
Veneto	1.273	145	1.418	548	74	622	43,86%	10	5	15	1,06%
Valle d'Aosta	164	17	181	93	12	105	58,01%	0	0	0	0,00%
ITALIA	**33.284**	**1.884**	**35.168**	**10.770**	**770**	**11.540**	**32,81%**	**145**	**13**	**158**	**0,45%**

La repressione del narcotraffico

Si afferma che dal 1° gennaio al 31 maggio 1992:

- *i sequestri di eroina sono stati pari a Kg. 631,654 (contro i 576,024 Kg. del corrispondente periodo del 1991, con un incremento pari al 9,65%);*
- *i sequestri di cocaina sono stati pari a Kg. 657,488 (contro i 401,962 Kg. del corrispondente periodo del 1991, con un incremento pari al 63,56%);*
- *i sequestri di cannabis e derivati sono stati pari a Kg. 4609,029 (contro i 5869,571 Kg. del corrispondente periodo del 1991, con un decremento pari al 32,9%),*
- *le operazioni antidroga contro il traffico e lo spaccio sono state 9487 (8623 nel corrispondente periodo del 1991, con un incremento pari al 10,01%);*
- *le persone oggetto di informativa di reato sono state 15.037 (contro le 12.493 del corrispondente periodo del 1991) e di queste 11.059 sono state arrestate (9.928 vennero arrestate* nel corrispondente periodo del 1991).

A proposito di tali affermazioni osserviamo che, tenuto conto che, da un'analisi piuttosto dettagliata della Guardia di Finanza, riportata nel rapporto Jervolino del giugno 1991, la quantità di droga sequestrata nel 1990 risultava approssimativamente pari al 4% della sostanza in circolazione e che nel 1991 si registrava un incremento dei sequestri di poco inferiore al 100% rispetto all'anno precedente, se si ipotizza una sostanziale stabilità del mercato (ma è possibile che sia ancora in espansione, dato che la qualità della sostanza sembra migliorare e i prezzi si mantengono costanti) le quantità sequestrate si possono stimare pari a:

- circa il 10% della sostanza in circolazione per quanto riguarda l'eroina;
- circa il 13% della sostanza in circolazione per la cocaina;
- non più' del 3,5% per la cannabis.

Preoccupa proprio il decremento dei sequestri di cannabis che potrebbe indicare una tendenza dei trafficanti a sostituire le droghe leggere con quelle pesanti, come da noi più volte ipotizzato e come già sperimentato negli Stati Uniti al tempo della guerra alla marijuana (v. OLD V). Giova a questo proposito ancora una volta evidenziare l'urgenza di pervenire ad una separazione dei due mercati, anche alla luce di recenti stime, di fonte svizzera, che riportano che attualmente, nonostante l'unione dei mercati, solo una proporzione non superiore a 1% dei consumatori di droghe leggere passa a quelle pesanti; sembra quindi non sussistere il pericolo paventato da quanti, sulla base di un'errata interpretazione delle statistiche (che riportano che il 70% circa dei consumatori di droghe pesanti ha in precedenza consumato quelle leggere), hanno sostenuto che le droghe leggere costituiscono un ponte quasi naturale verso quelle pesanti.

Nel documento si afferma anche *L'attenzione rivolta al particolarmente incrementato abuso di ecstasy…diffuso soprattutto nelle fasce di età più giovani, ha portato nel periodo in esame a risultati apprezzabili con il sequestro di 37.311 capsule, contro le 5.136 dell'intero 1991. L'ecstasy, già nota come droga negli anni '60, sta manifestando progressivi aspetti di pericolo negli ultimi anni; la "socializzazione" indotta dall'uso di tale droga sintetica ne rende infatti*

frequente l'abuso soprattutto nei momenti di aggregazione (discoteche, raduni giovanili, etc.); assunta in contemporanea con l'alcool, può essere la concausa dei gravi incidenti automobilistici registrati nei fine settimana nei quali risultano, per la quasi totalità coinvolte persone di giovane età.

Queste considerazioni da sole basterebbero a dimostrare che non c'è decremento dei morti per droga (del resto solo a Roma in meno di 7 mesi si sono avuti oltre 70 decessi riportati dalla stampa locale), ma semmai solo di quelli con la siringa nel braccio, e che i più giovani sono attratti dal mercato illegale non meno di prima, solo che non si dedicano più soltanto all'eroina, ma anche ad altre droghe, non meno pericolose per sé e, soprattutto per gli altri.

Abbiamo già rilevato come si riportino statistiche, evidenziate nelle tabelle che seguono, non omogenee con quelle dei rapporti precedenti per quanto riguarda le persone coinvolte nel "traffico". Infatti, si parla di persone oggetto di informativa e non si riportano le statistiche degli arresti disaggregate per quantità di sostanza. C'è comunque da osservare che la proporzione di arresti sembra essere in diminuzione (dal 90% del '91 all'86% dei primi 5 mesi del '92) e questo può essere dovuto sia ad una maggiore cautela nel procedere nei casi meno gravi, sia ad una maggiore frequenza di questi ultimi casi. Giova osservare inoltre che, comunque, le operazioni contro il narcotraffico riguardano comunque per lo più "pesci piccoli" se, come risulta dai dati si ha che:

- il 49% delle persone oggetto di informativa per possesso di eroina, possedevano comunque non più di 5 grammi;
- per la cocaina l'analoga percentuale è pari a 34;
- per l'hashish è pari a 35.

Globalmente quindi si può concludere che a finire in carcere sono soprattutto i piccoli spacciatori, per lo più tossicodipendenti, e non certo i "Grandi Capi".

PERSONE OGGETTO DI INFORMATIVA DI P.G.

		1° gennaio - 31 maggio	
		1992*	1991
EROINA	traffico	1.616	741
	spaccio	6.582	6.314
COCAINA	traffico	575	489
	spaccio	1.026	731
HASHISH	traffico	221	177
	spaccio	3.803	3.407
M.D.M.A. AMFETAMINE			
quantità	Kg	1,227	0,048
	compresse	37.311	886
di cui all'interno o nei	Kg	0	0,008
pressi di locali notturni	compresse	419	93
operazioni	numero	89	51
persone oggetto di informativa di PG.		169	82

(*) Dati provvisori elaborati il 1/06/92

	QUANTITÀ	1° gennaio 31 maggio 1992*	% sul totale nazionale (n. 14.436)
EROINA	da g 0,001 a g 0,099	19	0,13
	da g 0,100 a g 0,200	107	0,74
	da g 0,201 a g 0,500	354	2,45
	da g 0,501 a g 1,000	569	3,94
	da g 1,001 a g 2,000	739	5,11
	da g 2,001 a g 5,000	1.346	9,32
	da g 5,010 a g 30	1.980	13,71
	da g 30,001 a g 100	771	5,34
	Superiore a g 100,001	545	3,77
	TOTALE	**6.430**	
COCAINA	da g 0,100 a g 0,150	8	0,05
	da g 0,151 a g 0,300	18	0,12
	da g 0,301 a g 1,000	131	0,9
	da g 1,001 a g 2,000	102	0,7
	da g 2,001 a g 5,000	197	1,36
	da g 5,001 a g 30	314	2,17
	da g 30,001 a g 100	194	1,34
	Superiore a g 100,001	366	2,53
	TOTALE	**1.332**	
HASHISH	da g 0,100 a g 0,500	62	0,42
	da g 0,501 a g 1,000	163	1,12
	da g 1,001 a g 2,000	331	2,29
	da g 2,001 a g 5,000	819	5,67
	da g 5,001 a g 30	1.359	9,41
	da g 30,001 a g 100	531	3,67
	Superiore a g 100,001	664	4,59
	TOTALE	**3.937**	

(*) Dati provvisori elaborati il 1/06/92

Analisi di alcuni finanziamenti per la lotta alla droga

DI ANTONIO MARZANO

Osservazioni sul Titolo XII della legge 162/90 riguardante disposizioni finali circa il "Finanziamento di progetti, concessione di contribuzioni ed agevolazioni" (Art.li 127/135).

La logica delle scelte adottate riguardo la concessione dei finanziamenti previsti dalla legge si manifesta con le sue contraddizioni fin dall'art.127 del T.U., dove viene definita l'istituzione del FNILD (Fondo Nazionale di Intervento per la Lotta alla droga). Mentre da un lato si stabilisce (comma 5) che gli elementi da tenere in conto, nella valutazione dei progetti presentati, sono fra gli altri:

- l'urgenza in relazione a situazioni di alto rischio;
- la prevenzione ed il contenimento delle infezioni da virus HIV fra TD;
- la formazione di personale con riferimento agli obiettivi specifici proposti dall'OMS e dalla CEE;
- la carenza di strutture idonee alla lotta contro le tossicodipendenze;

tra l'altro si suggerisce di usare "particolare riguardo" per i progetti localizzati nel Mezzogiorno e si stabilisce una priorità (non meglio definita) nell'accesso ai finanziamenti a favore dei comuni del Mezzogiorno e di quelli che, comunque, intendano attivare servizi sperimentali di prevenzione nel territorio. (non viene peraltro fissata una percentuale minima degli stanziamenti globali da destinare, comunque, al Mezzogiorno).

Nella relazione del Ministero degli Affari Sociali al Parlamento del gennaio 1992, si afferma testualmente che il 40% dei fondi stanziati, per l'anno 1991 attraverso il FNILD, sono stati destinati tout-court al MEZZOGIORNO, dando così di fatto valenza di perentorietà ad un semplice suggerimento contenuto nella legge in un suo passaggio che apparirebbe, ad una prima lettura, più come un consueto criticabilissimo cedimento di tipo assistenzialistico che come un vero criterio di indirizzo.

Di fatto, comunque, vi si afferma di aver adottato questo, e non altro (quello, cioè, corrispondente agli elementi su elencati ai quali ci sembrava più correttamente doversi ispirare) criterio di scelta (basato, lo ripetiamo, esclusivamente su scelta di ripartizione territoriale: NORD, CENTRO, MEZZOGIORNO - SUD e ISOLE -), che si rivela non solo in contraddizione con lo spirito della legge art.127 (definito dagli elementi di valutazione sopra elencati) ma non corrisponde in alcun modo ai bisogni che l'emergenza del fenomeno delle tossicodipendenze ingenera, in misura variamente rilevante, nelle varie aree geografiche del Paese prese in considerazione nei documenti ufficiali dei Ministeri e da noi riprese (NORD, CENTRO, MEZZOGIORNO---SUD e ISOLE). Abbiamo tentato di misurare, per così dire, la "gravità" del fenomeno nelle tre aree geografiche. Per ognuna di esse abbiamo misurato l'incidenza di alcuni "fenomeni indicatori" che concorrono a definire la "gravità" del fenomeno della tossicodipendenza nei suoi vari aspetti, rapportando tale incidenza alla popolazione dell'area geografica

considerata, e dandone così una misura relativa per milioni di abitanti. I fenomeni-indicatori da noi considerati sono i seguenti:
a) casi di AIDS tra tossicodipendenti al 30/09/90
b) persone segnalate in base alla legge 162/90 al 31/12/90
c) decessi per overdose al 30/06/90
d) numero di scippi e borseggi rilevati al 31/08/90
e) numero denunce per commercio di stupefacenti al 31/08/90

	casi di AIDS tra tossicodipendenti al 30/9/90		Persone segnalate in base alla legge 162/90 al 31/12/90		decessi per overdose al 30/6/90		scippi e borseggi rilevati al 31/8/90		denunce per commercio di stupefacenti al 31/8/90	
Tab. 1 Fenomeni indicatori										
Nord	3.371	65,20%	2.684	47,00%	329	59,60%	70.194	47,30%	10.928	54,80%
Centro	950	18,40%	1.243	21,80%	111	20,10%	45.719	30,80%	4.250	21,30%
Mezzogiorno	848	16,40%	1.778	30,20%	112	20,30%	32.403	21,80%	4.773	23,90%
ITALIA	**5.169**		**5.705**		**552**		**148.316**		**19.951**	

Tab. 2 Casi per milione di abitanti					
Nord	133,05	105,94	12,99	2.770,55	431,33
Centro	87,96	115,09	10,28	4.233,23	393,52
Mezzogiorno	42,33	88,76	5,59	16.717,57	238,27
ITALIA	**92,13**	**101,68**	**9,84**	**2.643,40**	**355,58**

Tab.3 Rapporti tra Mezzogiorno e Nord e Centro					
Mezzogiorno/Nord	0.25	0.66	0.34	0.46	0.44
Mezzogiorno/Centro	0.89	1.43	1	0.71	1.12

Tali elementi, nel loro complesso, costituiscono un soddisfacente modello rappresentativo del fenomeno della tossicodipendenza. Assunto questo modello, possiamo ragionevolmente affermare che la gravità del fenomeno tossicodipendenza cresce al crescere delle incidenze relative degli indicatori considerati, e viceversa. Abbiamo quindi calcolato per ognuno dei cinque indicatori, il rapporto tra l'intensità totale (e non per milione di abitanti) nel MEZZOGIORNO rispetto alla sua corrispondente nel NORD (e nel CENTRO). ottenendo così, per ogni indicatore, due rapporti: uno MEZZOG/NORD, ed uno MEZZOG/CENTRO, rappresentativi, per così dire, della intensità relativa con cui l'indicatore si manifesta nel MEZZOGIORNO rispetto a quella con cui si manifesta nel NORD (e nel CENTRO). Calcolando la media dei rapporti MEZZOG/NORD e MEZZOG/CENTRO, otteniamo il rapporto della gravità complessiva con cui il fenomeno della tossicodipendenza, nel complesso appunto dei suoi elementi rappresentativi, si sviluppa al MEZZOGIORNO rispetto al NORD e al CENTRO.
I dati rilevati sono i seguenti:
- gravità td mezzogiorno/gravità td nord =0,43
- gravità td mezzogiorno/gravità td centro=1,03

Ci si aspetterebbe quindi, che lo Stato investa i fondi in misura circa proporzionale alla intensità o gravità relativa che il fenomeno da "combattere" assume nell'ambito del territorio. Accade invece che non è affatto così: Abbiamo infatti

calcolato il totale di quelle somme stanziate attraverso il FNILD per il 1991 (ex art.127) e di cui possediamo uno schema di ripartizione territoriale (finanziamenti ai Comuni ed alle Regioni). Ricordiamo qui per inciso che non possediamo alcun dato sulla ripartizione territoriale dei fondi (ex art.127) concessi ai Ministeri, né di quelli stanziati (ex art.128) tramite il C.E.R. del Ministero dei LL.PP. ed erogati dalla Cassa Depositi e Prestiti ex L.457/78 (100 miliardi l'anno per il triennio 1990-1991-1992). I dati ottenuti, sui totali dei finanziamenti considerati, sono i seguenti:

- NORD=39,50%
- CENTRO=23,74%
- MEZZOGIORNO=36,76%,

per cui si ottiene:

Finanziamenti	Rapporto
Mezzogiorno/Nord	**0,93**
Mezzogiorno/Centro	**1,55**

Confrontando tali dati con quelli relativi alle gravità relative del fenomeno delle tossicodipendenze, si nota come nel rapporto MEZZOGIORNO/NORD a fronte di un "bisogno di interventi" commisurato alla gravità della situazione, nel MEZZOGIORNO pari al 43% rispetto a quello del NORD, al MEZZOGIORNO, venga invece concessa una quota di finanziamenti pari al 93%. Rispetto al CENTRO, a fronte di un bisogno pari al 103% vengono concesse quote di finanziamenti pari al 155%. Risulta più che evidente l'intento assistenzialistico che ha informato l'operato degli organi cui è deputata la scelta del criterio ripartitorio dei finanziamenti. Per inciso, si segnala che una ripartizione dei finanziamenti proporzionale ai bisogni espressi dalle singole aree territoriali, rispetto all'emergenza tossicodipendenza, avrebbe espresso le seguenti percentuali:

- NORD=54,13%
- CENTRO=22,60%
- MEZZOGIORNO=23,27% (vedi tabella 6).

Tab. 4 Ripartizione territoriale finanziamenti 1991 - FNILD (art.127 esclusi finanziamenti ai Ministeri) - MIN. INT. + MIN. LAV. (ex art.131-132-134)

Nord	62.393.107.260	39,50%
Centro	37.502.605.440	23,74%
Mezzogiorno	58.062.995.065	36,76%
TOTALE	157.958.707.765	100%

Tabella 5 - Finanziamenti 1991

	Rapporto
Mezzogiorno / Nord	0,93
Mezzogiorno / Centro	1,55

"Tab. 6 Corretta ripartizione dei finanziamenti secondo i bisogni relativi espressi in Tabella 3

Nord	85.503.048.100	54,13%
Centro	35.698.668.010	22,60%
Mezzogiorno	36.756.991.350	23,27%
TOTALE	157.958.707.765	100%

Alla luce di quanto detto, non meraviglia scoprire come, al di là del criterio di ripartizione territoriale prescelto, esistano altre, ed altrettanto gravi distorsioni nella scelta delle logiche di finanziamento. Si nota come, ad esempio, anche qui come in altri casi di distribuzione del denaro pubblico, si sia scelta una forma di finanziamento "a pioggia" che premia da un lato progetti per lo più vaghi e fumosi

(dal cui titolo non sempre è facile intuire le concrete finalità dei programmi), e dall'altro progetti non rispondenti a reali obiettivi di integrazione territoriale e slegati quindi gli uni dagli altri. Si ricorda, a questo proposito, che, malgrado l'evidenza della forma a pioggia dei finanziamenti, proprio contro tale rischio metta in guardia il Ministro nella sua Relazione annuale, oltre che sul pericolo di eccessiva astrattezza del concetto di prevenzione e sulla necessità di massime garanzie di integrazione territoriale. Come nella storiella del cane che abbaia quando gli animali sono già fuggiti dalla stalla! Del resto, quale credibilità merita un organismo, come il CNCAA i cui membri (tutti Ministri della Repubblica) hanno brillato per la loro assenza durante le riunioni convocate, come esplicitamente dichiarato dallo stesso Ministro degli Affari Sociali nella citata Relazione annuale? Altro elemento da approfondire ci sembra, anche alla luce dei risultati ottenuti nella scelta dei finanziamenti concessi, il costo (800 milioni l'anno) della Commissione dei 7 Esperti cui tocca l'esame istruttorio dei progetti; non ci sembra giustificata una tale spesa. Tornando alla Relazione annuale del Ministro, ci si informa della istituzione di 3 gruppi di lavoro, sulla PREVENZIONE, sulla FORMAZIONE PROFESSIONALE, e sull'AIDS. Le conclusioni cui giungono ci sembrano inquietanti. Il primo gruppo, sulla PREVENZIONE, mette in guardia contro la vaghezza del concetto di Prevenzione, e si propone di individuare linee guida che servano ad orientare futuri interventi. Quali siano le linee guida individuate non ci è dato sapere. Anche il secondo gruppo, sulla FORMAZIONE PROFESSIONALE, sottolinea la necessità di omogeneità di intervento nel territorio, ma nulla aggiunge circa le vie da seguire per realizzarla. Ci sembra, a questo proposito che, al di là delle dichiarazioni d'intenti che rimangono lettera morta, una pianificazione territoriale dei finanziamenti, che tenga conto delle specifiche esigenze di quel territorio, sia uno strumento necessario a realizzare l'integrazione fra interventi diversi e la corretta destinazione dei fondi, oltre che un minimo controllo a livello locale, sulla positiva attuazione delle iniziative finanziate. Alla stregua di ciò che accade nella pianificazione urbanistica dove strumenti urbanistici particolari (piani particolareggiati, piani di recupero, piani di lottizzazione) realizzano l'attuazione di direttive più generali delineate da piani regolatori generali, per esempio, operanti a più vasta scala territoriale. Sottolineiamo l'aspetto del controllo sulla reale attuazione dei progetti finanziati, che ci sembra assai rilevante. Soprattutto in considerazione del fatto, che, come ci informa lo stesso Ministro, il 6,97% dei progetti "comunali" finanziati per il 1991, e ben il 20% di quelli "regionali", non hanno dato comunicazione dell'avviamento delle iniziative finanziate che quindi, presumibilmente, non hanno avuto avviamento entro i tempi previsti dalla legge. Ci si deve porre, allora, il problema del recupero dei finanziamenti erogati e non utilizzati. Ci sembra ragionevole proporre che i finanziamenti non siano erogati in unica soluzione e anticipata, ma con una tempistica di erogazione proporzionata allo stato d'avanzamento del progetto. Ci sembra altresì ragionevole proporre che quelle Amministrazioni Comunali o Regionali, o quegli Enti o Associazioni pubbliche o private etc., che risultino inadempienti circa il corretto avvio di programmi finanziati, perdano in

seguito il diritto di ripresentare richiesta di finanziamento per lo stesso programma o per altri programmi. E cosa dire circa il terzo gruppo di studio sulla valutazione dei dati di propagazione dell'infezione da HIV? Ci si limita a raccogliere dati utili ad orientare i futuri interventi. Nulla circa l'urgenza di finanziare iniziative concrete tendenti al contenimento dell'epidemia, e nulla circa una definizione percentuale di finanziamenti minimi da destinare a questi scopi. Di fatto accade invece che, a fronte di un 66% dei finanziamenti destinati a programmi di Prevenzione, spesso fumosi, superflui e disarticolati, di un 32% relativo al Recupero e alla Riabilitazione, solo l'1% degli stessi viene destinato all'avviamento di iniziative per il contenimento dell'infezione da HIV. Troppo poco, soprattutto se ricordiamo le enunciazioni di principio contenute nell'art.127 del T.U. e riportate all'inizio. Ed è impressionante come questo dato passi del tutto inosservato nella Relazione del Ministero senza meritare lo straccio di un accenno o di un commento. Un ultimo punto da approfondire riguarda le forme di finanziamento previste dagli art.128-129 del T.U. Si tratta di finanziamenti per la costruzione, l'ampliamento o il recupero di immobili da destinare a comunità terapeutiche, che comportano l'istituzione di un vincolo decennale di destinazione d'uso dell'immobile. IL 40% dei 100 miliardi l'anno stanziati per il 1990-1991-1992 (con copertura della Sez. aut. Cassa Depositi e Prestiti) sono da destinare alle Regioni del Mezzogiorno. Nulla si conosce circa la ripartizione di questi fondi, così come nulla si sa sull'attivazione delle norme contenute nell'art.129, che prevedono la cessione gratuita di immobili (fabbricati o terreni) di proprietà dello Stato, del Demanio, di Comuni, Regioni etc, previa convenzione con durata almeno decennale, col vincolo di destinarli a centri di cura e recupero di tossicodipendenti, o a centri e case di lavoro per i riabilitati. Ci sembra che la lacunosità di tali norme lasci, inquietantemente, ampio spazio a speculazioni, distorsioni, dispersioni, i cui effetti sono amplificati (o possono essere amplificati) da quanto previsto dall'art.128 e dagli art.127. In teoria è possibile accedere ai finanziamenti ex art.127 creando un'associazione privata con un programma, per esempio, di recupero di tossicodipendenti. Contemporaneamente si possono ottenere in uso gratuito, ex art.129-130, strutture del Demanio o dello Stato etc., e chiedere, per il riammodernamento, ampliamento o costruzione delle stesse, i contributi del C.E.R. ex art.127. IL tutto praticamente senza controllo da parte dello Stato.

Analisi dei progetti finanziati ai comuni nel 1991

Il quadro che emerge dalla Tabella A delle ripartizioni tipologiche dei progetti finanziati ai comuni nel **1991 secondo le aree geografiche** ci sollecita le seguenti considerazioni:

- al Nord è nettamente prevalente la tipologia PREVENZIONE (70,7%) su quella RECUPERO (7,7%) e sulle altre. Bassa è la percentuale di VARIE (8,6%), tipologia nella quale facciamo rientrare tutti i progetti non inquadrabili in una finalità definita e quindi non incidenti direttamente nel percorso delle tossicodipendenze;
- al Centro notiamo una distribuzione meno sbilanciata, dove il dato dei progetti finalizzati a RECUPERO e RIABILITAZIONE si avvicina di più a quello della PREVENZIONE che comunque resta nettamente privilegiato. Colpisce l'aumento dei progetti con finalità VARIE (13,5%);
- al Mezzogiorno la situazione del rapporto tra PREVENZIONE e RECUPERO e RIABILITAZIONE è intermedia rispetto a Centro e Nord, ma le VARIE rappresentano ben il 14% del totale dei progetti finanziati;
- un dato costante è invece la scarsa presenza dei progetti di CONTENIMENTO AIDS, che rappresentano solo il 3,1% di quelli finanziati al Nord, lo 0,7 al Centro e l'1,7% al Mezzogiorno. (Per il dettaglio della distribuzione di tali progetti e delle relative somme stanziate per il loro finanziamento vedi **Tabella B**).

Nelle ripartizioni territoriali riguardanti le singole tipologie di progetto, ci sembra invece che risaltino i seguenti aspetti:

- tra i progetti di PREVENZIONE quasi la metà è finanziata al Nord (46,2%), pochi al Centro (16,3%), relativamente molti al Mezzogiorno (37,5%).
- Relativamente scarsa (se raffrontata al dato precedente) è invece al Nord l'incidenza dei progetti su RECUPERO e RIABILITAZIONE (17,3% e 30,3%), che raggiungono invece al Centro e nel Mezzogiorno percentuali ragguardevoli (dal 35% al 47%).
- Il dato comunque più rilevante è certamente quello riguardante i progetti finalizzati al CONTENIMENTO AIDS. Innanzitutto, l'esiguità del numero dei progetti finanziati sul totale di essi (12 su 590, pari a circa il 2%). Tale dato va preso però col beneficio d'inventario, poiché vi abbiamo quei progetti aventi nel titolo comunque un riferimento al problema epidemiologico, ma non esclusivamente mirati al contenimento della propagazione AIDS, anzi destinati per lo più ad interventi i più svariati, tra i quali l'aspetto epidemiologico è magari trattato solo marginalmente. Si può dire, in sostanza, che 12 su 590 sono i progetti nel cui titolo viene *citato* il problema dell'AIDS; tra questi, quelli poi propriamente pertinenti e che prevedono una reale azione diretta al contenimento della propagazione del virus HIV sono in pratica solo quei 3 su 590 (pari allo 0,51%; 1 in Lombardia, 1 nel Lazio, 1 in Abruzzo) che prevedono l'installazione di macchine per la distribuzione e lo scambio di siringhe monouso autobloccanti (vedi **Tabella B**).

Tornando ai 12 progetti sopra citati, si nota come il 58,3% siano finanziati al Nord, solo l'8,3% al Centro, ed il 33,3% al Mezzogiorno. Altro dato significativo è rappresentato dal fatto che il 47,1% dei progetti con VARIE finalità ricadono nel Mezzogiorno. Si tratta di progetti, come detto, non direttamente finalizzati alla risoluzione di problematiche intrinseche al fenomeno delle tossicodipendenze, ma caratterizzati da programmi legati ad aspetti collaterali, il più delle volte non meritevoli dell'attenzione" finanziaria ad essi riservata. Facciamo l'esempio di un progetto finanziato nel comune calabrese di Cassano allo Jonio (Cosenza) dal significativo titolo *Programma di riabilitazione di azienda avicola, costruzione di unità di trasformazione*, per una somma non trascurabile pari a lire 1.400.000.000, pari a circa dieci volte le somme finanziate in tutta Italia per l'installazione di macchine scambia siringhe. Sembra, da titolo, un progetto caduto per caso nel mucchio di quelli finanziati, anche perché l'unico elemento attinente all'argomento da noi trattato sembra essere la parola: "RIABILITAZIONE". Senonché, nella fattispecie, trattasi di riabilitare un'azienda avicola e non degli ex tossicodipendenti (siamo sicuri d'altronde, che la cifra stanziata servirà semmai a riabilitare il conto in banca di qualcuno, piuttosto che la fantomatica azienda avicola che avremo il piacere di visitare nei prossimi mesi per verificare gli effetti, della cura riabilitativa).

E che dire, poi, di tutti quei progetti dai titoli così vaghi e fantasiosi da indurre al sospetto che la misura della vaghezza del fine da perseguire sia strumentale al bisogno di occultare i canali di spesa dei finanziamenti ottenuti? (vedi l'esempio dei vari *Progetto aquilone; Terra promessa; Futuro giovane; Un progetto per l'uomo; Progetto sperimentale per la realizzazione di un centro di orientamento giovanile; Progetto Eustachio; Progetto sonda; Scuola per genitori; Gruppi educativi territoriali; Coordinamento dei responsabili comunali dell'associazione "servire l'uomo"; Ricerche sul disagio scolastico, su abbandoni e ripetenze; Le polisportive e le agenzie ricreativo-culturali: intervento sperimentale in 5 polisportive; Penelope; Corso di orientamento bandistico; Corso di formazione per giovani olivicoltori; ecc...).*

Ci pare, insomma, che la tossicodipendenza sia quasi presa a pretesto per finanziare iniziative, magari anche meritorie o interessanti ma, per lo più, così poco omogenee al problema, o così cervellotiche e fumose, che neanche l'immaginazione più fervida riuscirebbe a catturarne la pertinenza degli obiettivi programmatici con la risoluzione di problemi collegati alle tossicodipendenze.

TAB.A - RIPARTIZIONE PROGETTI FINANZIATI AI COMUNI NEL 1991

	Prevenzione		Recupero		Riabilitazione		Contenimento AIDS		Varie		TOTALE PROGETTI
	Progetti finanziati	*Su totale area*	Progetti finanziati	*Su totale area*	Progetti finanziati	*Su totale area*	Progetti finanziati	*Su totale area*	Progetti finanziati	*Su totale area*	Progetti finanziati
Piemonte	28		1		4		1		1		35
Val d'Aosta	1		0		0		0		0		1
Lombardia	52		5		4		2		5		68
Trentino A.A.	4	70,7%	0	7,7%	0	9,0%	0	3,1%	0	8,6%	4
Veneto	14		3		1		0		1		19
Friuli V.G.	4		1		0		0		0		5
Emilia R.	56		7		11		4		12		90
NORD	**159**		**17**		**20**		**7**		**19**		**222**
Su totale nazionale	46,2%		17,3%		30,3%		58,3%		27,1%		
Toscana	24		15		4		0		3		46
Umbria	7		1		2		0		2		12
Marche	14	42,1%	8	26,3%	11	17,3%	0	0,7%	2	13,5%	35
Lazio	11		11		6		1		11		40
CENTRO	**56**		**35**		**23**		**1**		**18**		**133**
Su totale nazionale	16,3%		35,7%		34,8%		8,3%		25,7%		
Abruzzo	11		1		1		2		7		22
Molise	4		0		2		0		0		6
Campania	20		6		4		1		10		41
Puglia	35	54,0%	24	20,5%	9	9,7%	1	2,2%	4	13,5%	73
Basilicata	17		1		0		0		3		21
Calabria	13		6		2		0		1		22
SUD	**100**		**38**		**18**		**4**		**25**		**185**
Su totale nazionale	29,1%		38,8%		27,3%		33,3%		35,7%		
Sicilia	10		4		2		0		8		24
Sardegna	19	58,0%	4	16,0%	3	10,0%	0	0	0	16,0%	26
ISOLE	**29**		**8**		**5**		**0**		**8**		**50**
Su totale nazionale	8,4%		8,2%		7,6%		0		11,4%		
MEZZOGIORNO	**129**	**54,9%**	**46**	**19,6%**	**23**	**9,8%**	**4**	**1,7%**	**33**	**14,0%**	**235**
Su totale nazionale	37,5%		46,9%		34,9%		33,3%		47,1%		
ITALIA	**344**	**58,3%**	**98**	**16,6%**	**66**	**11,2%**	**12**	**2,0%**	**70**	**11,9%**	**590**

TAB. B Progetti anti AIDS sul totale dei progetti finanziati ai comuni nel 1991

	PROGETTI FINANZIATI			FINANZIAMENTI		
	TOTALE	ANTI AIDS		TOTALE	ANTI AIDS	
		numero	Sul totale		Lire	Sul totale
Piemonte	35	1	2,86%	5.000.662.180	235.000.000	4,70%
Val d'Aosta	1			420.000.000		
Lombardia	68	2	2,94%	9.545.209.950	245.500.000	2,57%
Trentino A.A.	4			490.000.000		
Veneto	19			6.452.186.000		
Friuli V.G.	5			1.837.000.000		
Emilia R.	90	4	4,44%	6.888.528.530	277.644.530	4,03%
NORD	***222***	***7***	***3,15%***	***33.804.936.660***	***758.144.530***	***2,24%***
Toscana	46			5.949.137.000		
Umbria	12			2.302.910.240		
Marche	35			5.097.844.000		
Lazio	40	1		8.520.474.200	50.000.000	0,59%
CENTRO	***133***	***1***	***0,75%***	***21.870.365.440***	***50.000.000***	***0,23%***
Abruzzo	22	2	4,54%	4.491.300.000	150.000.000	3,34%
Molise	6			1.080.000.000		
Campania	41	1	2,44%	8.858.000.000	250.000.000	2,82%
Puglia	73	1	1,37%	8.228.600.000	100.000.000	1,21%
Basilicata	21			1.758.000.000		
Calabria	22			4.415.000.000		
SUD	***185***	***4***	***2,16%***	***28.830.900.000***	***500.000.000***	***1,73%***
Sicilia	24			4.699.869.065		
Sardegna	26			3.588.099.000		
ISOLE	***50***			***8.287.968.065***		
MEZZOGIORNO	***235***	***4***	***1,70%***	***37.117.868.065***	***500.000.000***	***1,35%***
TOTALE	***590***	***12***	***2,03%***	***92.794.170.165***	***1.308.144.530***	***1,41%***

VII RAPPORTO – OTTOBRE 1992

Editoriale.

DI CARLA ROSSI

Questo settimo rapporto dell'OLD esamina recenti risultati, dati e documenti in merito alle epidemie di AIDS e tossicodipendenza, quali sono emersi nelle sessioni della recente **VIII Conferenza Mondiale sull'AIDS,** tenuta ad **Amsterdam dal 19 al 24 luglio 1992**, dedicate specificamente a questi problemi.
In particolare, gli interventi riguardano la situazione e i provvedimenti preventivi relativi ai tossicodipendenti fuori e dentro le carceri.
Di particolare interesse l'intervento in merito alla valutazione di un programma sperimentale di scambio siringhe, attuato a New Haven nel Connecticut, in quanto si tratta del primo esempio al mondo di valutazione dell'impatto di un simile provvedimento basata su dati statistici oggettivi e condotta con rigorose metodologie scientifiche. È da rilevare la situazione di crescita dell'epidemia tra tossicodipendenti in tutti i Paesi in cui questi sono presenti, mentre, fino a poco tempo fa, l'epidemia di AIDS tra tossicodipendenti era veramente preoccupante solo in Italia e in Spagna.
Alcuni degli intervenuti non hanno avuto esitazioni ad attribuire questo aggravamento della situazione mondiale alla "guerra alla droga", proclamata da Bush, che ha portato al rafforzamento delle misure legali repressive in tutti i Paesi che hanno ritenuto di seguire le indicazioni USA, e si è presto trasformata da guerra alla droga a guerra ai tossicodipendenti.

AIDS: la situazione europea

Rapporto, aggiornato al 31/3/92, dei casi di AIDS nei Paesi europei che fanno parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Al 31/3/92 sono stati notificati 71.570 casi di AIDS nei Paesi europei che fanno parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.
Le repubbliche dell'ex Unione Sovietica e dell'ex Jugoslavia non hanno inviato dati separati al Centro Europeo. Alcuni di questi Stati fanno già parte dell'ONU, ma non ancora dell'OMS. Pertanto, in attesa di una situazione più definita, tutti i dati provenienti da tali nazioni sono stati raggruppati sotto il nome di "CSI e Stati Baltici" e "Jugoslavia" rispettivamente.
I casi riportati nel primo trimestre del 1992 mostrano un incremento del 23% rispetto all'analogo periodo del 1991. Si riscontra un notevole incremento dei casi riportati dalla Spagna, ma questo è dovuto principalmente a ritardi di notifica di casi diagnosticati nei periodi precedenti.
I casi riportati nel primo trimestre del 1992 mostrano una continuazione della tendenza ad aumentare dell'età per la popolazione femminile adulta.
La proporzione di donne di età inferiore a 30 anni è scesa dal 55% nel 1990 al 45,5% nel primo trimestre del 1992.
Analisi più dettagliate, effettuate sulla base di dati europei non aggregati (ENAADS), mostrano che questo trend si verifica in particolare per quanto attiene all'epidemia tra tossicodipendenti, dove si osserva in entrambi i sessi.
Al contrario, la distribuzione per età dei casi omosessuali ed eterosessuali si mantiene stabile.
La distribuzione dei casi per tipo di trasmissione mostra ancora una prevalenza di casi omosessuali o tossicodipendenti più o meno in uguale proporzione.
La proporzione di casi legati a trasfusioni o emoderivati continua a diminuire.
La proporzione di casi eterosessuali ha subito costanti aumenti fino ad arrivare ad un valore di circa il 12% di tutti i casi europei diagnosticati nel 1992. Queste distribuzioni variano notevolmente da Stato a Stato.
Dei 3.218 casi pediatrici riportati nella regione, il 55% si riferiscono alla Romania e sono principalmente dovuti a contagio all'interno degli Ospedali.
Per gli altri Paesi l'80% dei casi è riconducibile a trasmissione da madre a figlio. Il principale fattore di rischio per tali casi rimane la tossicodipendenza.
C'è da osservare che la gran parte di casi pediatrici si riscontra in Spagna (329) e in Italia (249), dove maggiore è l'impatto dell'epidemia tra tossicodipendenti rispetto al totale dei casi (in entrambi i Paesi le percentuali sono vicine al 66%). Come confronto giova citare la Gran Bretagna con solo 58 casi.

TAB. 1 Casi di AIDS e tasso annuale per milioni di abitanti, per paese e per periodo di notifica. Totali cumulativi al 31 marzo 1992. Casi riferiti nel 1990 e 1991 e nel periodo gennaio-marzo 1990/1992, in 31 paesi europei.

Paese	Totale al 31.3.92	Data di riferimento						
		1990		1991		1990	1991	1992
		num.	tasso°	num.	tasso°°	gen-mar	gen-mar	gen-mar
Albania	0	0	0	0	0	0	0	0
Austria	750	133	17,4	182	23,6	46	55	66
Belgio	1.103	228	22,9	222	22,4	55	28	57
Bulgaria	13*	2	0,2	4	0,4	0	-	-
ex URSS	72*	22	0,1	24	0,1	0	2	-
Cecoslovacchia	28	5	0,3	2	0,1	4	1	2
Danimarca	972	200	39	207	40,6	55	49	47
Finlandia	104	19	3,8	25	5	2	3	4
Francia	18.926	4.262	75,9	4.691	82,7	835	1.304	1.090
ex Germania F.	7.957	1.287	16,3	1.921	24,2	347	564	424
Grecia	609	135	13,5	147	14,6	18	45	50
Ungheria	83	16	1,5	31	3	2	7	4
Islanda	22	3	12	6	20	0	0	0
Irlanda	266	55	15,7	62	17,7	18	14	25
Israele	176	40	8,7	28	5,7	8	6	7
Italia	12.754	2.920	50,7	3.382	58,6	761	826	1.145
Lussemburgo	51	9	23,9	12	30	2	4	6
Malta	22*#	1	2,9	7	17,5	0	0	-
Monaco	7	3	107,1	2	71,4	0	1	0
Olanda	2.076	457	30,8	419	27,9	115	119	126
Norvegia	261	50	11,8	57	13,3	8	8	9
Polonia	103	22	0,6	35	0,9	7	7	18
Portogallo	882	225	21,8	231	22,2	62	49	78
Romania	1.876	1.099	47,5	536	22,9	0	153	172
San Marino	1	0	0	0	0	0	0	0
Spagna	13.261	2.856	73,4	4.066	104,3	662	710	1.706
Svezia	675	130	15,3	135	15,7	26	47	30
Svizzera	2.400	456	68,6	613	90,1	96	163	172
Turchia	68	16	0,3	18	0,3	3	1	6
Regno Unito	5.782	1.268	22,2	1.353	23,5	327	356	331
ex Jugoslavia	270	65	2,7	80	3,3	11	12	16
TOTALE	**71.570**	**15.984**		**18.498**		**3.470**	**4.534**	**5.591**

Fonte dati demografici: Population & Societes, INED, Paris:
°1990(n° 250);
°°1991(n° 259);
* Dati dicembre 1991;
Al 31.03.1992 i casi riferiti sono 23; non inclusi per ritardo di notifica

TAB. 2 Casi di AIDS e tasso d'incidenza per milione di abitanti per paese e per anno di diagnosi - da prima del 1981 al 1986 in 31 paesi Europei

Paese	ignoti	anno di diagnosi													
		<1981		1981		1982		1983		1984		1985		1986	
	n	n	t*	n	t*	n	t*	n	t*	n	t*	n	t*	n	t*
Albania	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Austria	0	0	0	0	0	0	0	8	1,1	8	1,1	23	3,1	21	2,8
Belgio	0	3	0,3	9	0,9	14	1,4	33	3,3	50	5,1	67	6,8	74	7,5
Bulgaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ex URSS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Cecoslovacchia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,1	6	0,4
Danimarca	3	1	0,2	3	0,6	3	0,6	12	2,4	17	3,3	37	7,3	69	13,5
Finlandia	0	0	0	0	0	1	0,2	2	0,4	3	0,6	4	0,8	7	1,4
Francia	0	9	0,2	8	0,1	30	0,5	91	1,7	231	4,2	565	10,3	1.222	22,2
ex Germania F.	0	3	0	1	0	14	0,2	49	0,6	136	1,8	319	4,1	587	7,6
Grecia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0,6	7	0,7	22	2,2
Ungheria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,1
Islanda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	3	15
Irlanda	0	0	0	0	0	2	0,6	1	0,3	3	0,8	5	1,4	6	1,7
Israele	0	1	0,2	1	0,2	1	0,2	8	1,9	5	1,2	10	2,4	19	4,5
Italia	14	0	0	0	0	1	0	7	0,1	36	0,6	195	3,4	453	7,9
Lussemburgo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	7,5	3	7,5
Malta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,5	1	2,5	3	7,5
Monaco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Olanda	1	0	0	0	0	5	0,3	19	1,3	31	2,1	66	4,6	136	9,4
Norvegia	0	0	0	0	0	0	0	2	0,5	4	1	15	3,6	21	5
Polonia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Portogallo	22	0	0	0	0	0	0	1	0,1	3	0,3	29	2,8	33	3,2
Romania	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0,2	2	0,1
San Marino	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Spagna	674	0	0	1	0	4	0,1	14	0,4	45	1,2	160	4,2	444	11,5
Svezia	0	0	0	0	0	1	0,1	6	0,7	11	1,3	33	4	55	6,6
Svizzera	0	2	0,3	4	0,6	5	0,8	13	2	28	4,3	75	11,5	164	25,2
Turchia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0
Regno Un.	35	1	0	4	0,1	13	0,2	34	0,6	106	1,9	234	4,1	461	8,2
ex Jugoslavia	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,1	6	0,3
TOTALE	**750**	**20**		**31**		**94**		**300**		**724**		**1.859**		**3.821**	

Fonte dati demografici: Population & Societes, INED, Paris; *1985
n = numero di casi; t = tasso d'incidenza per milione di abitanti.

TAB. 2bis Casi di AIDS e tasso d'incidenza per milione di abitanti per paese e per anno di diagnosi dal 1987 al 31 marzo 1992 (non definitiva a causa dei ritardi di notifica) in 31 paesi Europei

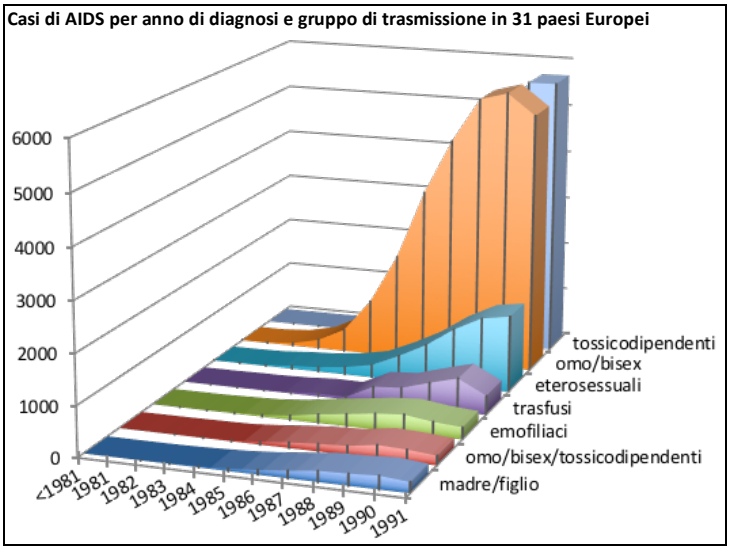
paese	anno di diagnosi											totale 81/92
	1987		1988		1989		1990		1991		1992#	
	n	t**	n	t**	n	t°	n	t°	n	t°°	t	
Albania	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Austria	87	11,4	104	13,7	140	18,3	154	20,2	175	22,7	30	750
Belgio	121	12,2	138	13,9	161	16,2	185	18,6	215	21,7	33	1.103
Bulgaria	1	0,1	1	0,1	5	0,6	2	0,2	4	0,4	0	13
ex URSS	3	0	3	0	23	0,1	23	0,1	19	0,1	0	72
Cecoslovacchia	2	0,1	3	0,2	7	0,4	5	0,3	2	0,1	2	28
Danimarca	100	19,6	126	24,7	172	33,5	196	38,2	202	39,6	31	972
Finlandia	8	1,6	17	3,5	17	3,4	15	3	26	5,2	4	104
Francia	2.196	39,5	2.984	53,7	3.647	64,9	3.940	70,2	3.584	63,2	419	18.926
ex Germania F.	1.079	13,9	1.362	17,5	1.640	20,8	1.398	17,8	1.256	15,8	113	7.957
Grecia	53	5,3	82	8,2	107	10,7	135	13,5	147	14,6	50	609
Ungheria	7	0,7	9	0,8	15	1,4	17	1,6	31	3	3	83
Islanda	1	5	5	25	3	12	3	12	6	20	0	22
Irlanda	20	5,7	38	10,9	51	14,5	61	17,4	71	20,3	8	266
Israele	17	3,9	22	5	31	6,7	34	7,4	26	5,3	1	176
Italia	1.018	17,7	1.749	30,5	2.421	42,1	3.015	52,4	3.367	58,4	478	12.754
Lussemburgo	3	7,5	4	10	11	29,2	9	23,9	12	30	6	51
Malta	2	5	7	17,5	0	0	1	2,9	7	17,5	0	22
Monaco	0	0	1	35,7	2	71,4	2	71,4	2	71,4	0	7
Olanda	241	16,5	321	22	386	26	407	27,4	407	27,1	56	2.076
Norvegia	35	8,3	25	6	43	10,2	54	12,8	55	12,8	7	261
Polonia	2	0,1	2	0,1	24	0,6	21	0,6	45	1,2	8	103
Portogallo	71	6,9	115	11,2	173	16,8	210	20,3	195	18,8	30	882
Romania	5	0,2	13	0,6	278	12	1.040	44,9	477	20,4	56	1.876
San Marino	0	0	0	0	1	43,5	0	0	0	0	0	1
Spagna	990	25,4	2.024	51,9	2.714	69,8	3.063	78,8	2.897	74,3	231	13.261
Svezia	79	9,4	86	10,2	132	15,5	123	14,5	127	14,8	22	675
Svizzera	258	39,1	426	64,5	520	78,2	478	71,9	375	55,1	52	2.400
Turchia	9	0,2	9	0,2	12	0,2	11	0,2	21	0,4	3	68
Regno Unito	669	11,8	869	15,3	1.017	17,8	1.135	19,8	1.051	18,3	153	5.782
Ex Jugoslavia	18	0,8	39	1,7	44	1,9	70	3	74	3,1	16	270
TOTALE	**7.095**		**10.584**		**13.797**		**15.807**		**14.876**		**1.812**	**71.570**

Fonte dati demografici: Population & Societes, INED, Paris; *1985; **1987(n° 216); °1990(n° 250); °°1991(n°259)
dal 1° gennaio al 31 marzo n = numero di casi t = tasso d'incidenza per milione di abitanti.

TAB.6 - Casi di AIDS per anno di diagnosi e gruppo di trasmissione al 31 marzo 1992 (dati non definitivi per ritardo di notifica) in 31 paesi Europei *

Anno diagnosi	O/B		T		O/B T		EM		TR		ET		M/F		A/I		totale ^
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Ignoti	100	13,3	490	65,3	31	4,1	29	3,9	7	0,9	48	6,4	10	1,3	35	4,7	750
<1981	9	45	0	0	0	0	0	0	0	0	6	30	0	0	5	25	20
1981	13	41,9	2	6,5	0	0	1	3,2	2	6,5	9	29	0	0	4	12,9	31
1982	54	57,4	2	2,1	3	3,2	3	3,2	7	7,4	19	20,2	1	1,1	5	5,3	94
1983	182	60,7	6	2	9	3	17	5,7	11	3,7	62	20,7	7	2,3	6	2	300
1984	464	64,1	48	6,6	14	1,9	33	4,6	24	3,3	90	12,4	23	3,2	28	3,9	724
1985	1.134	61	273	14,7	56	3	84	4,5	58	3,1	154	8,3	46	2,5	54	2,9	1.859
1986	2.145	56,1	787	20,6	110	2,9	175	4,6	51	4	261	6,8	88	2,3	104	2,7	3.821
1987	3.552	50,1	1.927	27,2	150	2,1	243	3,4	324	4,6	510	7,2	147	2,1	242	3,4	7.095
1988	4.673	44,2	3.651	34,5	175	1,7	319	3	364	3,4	799	7,5	212	2	391	3,7	10.584
1989	5.571	40,4	4.925	35,7	261	1,9	360	2,6	528	3,8	1180	8,6	228	1,7	744	5,4	13.797
1990	5.728	36,2	5.669	35,9	238	1,5	282	1,8	679	4,3	1466	9,3	259	1,6	1.486	9,4	15.807
1991	5.308	35,7	5.677	38,2	187	1,3	239	1,6	385	2,6	1556	10,5	209	1,4	1.315	8,8	14.876
1992#	626	34,5	692	38,2	19	1	28	1,5	33	1,8	215	11,9	25	1,4	174	9,6	1.812
TOTALE	**29.559**	**41,3**	**24.149**	**33,7**	**1.253**	**1,8**	**1.813**	**2,5**	**2.573**	**3,6**	**6375**	**8,9**	**1.255**	**1,8**	**4.593**	**6,4**	**71.570**

o=omosex b=bisex t=tossicodipendenti em=emofiliaci tr=trasfusi et=eterosex m=madre f=figlio a=altro i=ignoti t=totale
* Albania Austria Belgio Bulgaria CIS & Stati Baltici Cecoslovacchia Danimarca Finlandia Francia Germania (ex RFT) Grecia Ungheria Islanda Irlanda Israele Italia Lussemburgo Malta Monaco Norvegia Olanda Polonia Portogallo Romania Regno Unito San Marino Spagna Svezia Svizzera Turchia Jugoslavia
** Comprende i malati contagiati da trasfusioni di sangue e suoi derivati o da trapianto di tessuti # dal 1° gennaio al 31 marzo



TAB. 7 Casi cumulativi di AIDS per paese e gruppo di trasmissione al 31 marzo 1992 (non definitivi per ritardo di notifica) in 31 paesi Europei

Paese	O/B		T		O/B T		EM		T*		ET		M/F		A/I		totale
	num	%	num	%	num	%	num	%	num	%	num	%	num	%	num	%	
Albania	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Austria	309	41,2	208	27,7	5	0,7	39	5,2	20	2,7	78	10,4	16	2,1	75	10	750
Belgio	419	38	52	4,7	10	0,9	5	0,5	81	7,3	466	42,2	52	4,7	18	1,6	1.103
Bulgaria	1	7,7	0	0	0	0	0	0	1	7,7	10	76,9	0	0	1	7,7	13
ex URSS	6	8,3	0	0	0	0	0	0	3	4,2	8	11,1	4	5,6	51	70,8	72
Cecoslovacchia	23	82,1	0	0	0	0	1	3,6	1	3,6	0	0	0	0	3	10,7	28
Danimarca	737	75,8	50	5,1	10	1	20	2,1	17	1,7	103	10,6	9	0,9	26	2,7	972
Finlandia	82	78,8	1	1	0	0	1	1	3	2,9	13	12,5	0	0	4	3,8	104
Francia	9.614	50,8	4.078	21,5	328	1,7	273	1,4	1.067	5,6	2.183	11,5	308	1,6	1.075	5,7	18.926
ex Germania F.	5.535	69,6	1.006	12,6	51	0,6	332	4,2	156	2	381	4,8	44	0,6	452	5,7	7.957
Grecia	312	51,2	28	4,6	5	0,8	44	7,2	41	6,7	116	19	5	0,8	58	9,5	609
Ungheria	58	69,9	1	1,2	0	0	9	10,8	7	8,4	5	6	0	0	3	3,6	83
Islanda	18	81,8	2	9,1	0	0	0	0	2	9,1	0	0	0	0	0	0	22
Irlanda	96	36,1	105	39,5	7	2,6	20	7,5	0	0	24	9	9	3,4	5	1,9	266
Israele	85	48,3	24	13,6	9	5,1	23	13,1	6	3,4	16	9,1	3	1,7	10	5,7	176
Italia	1.916	15	8.380	65,7	316	2,5	164	1,3	177	1,4	864	6,8	249	2	688	5,4	12.754
Lussemburgo	28	54,9	7	13,7	0	0	2	3,9	2	3,9	5	9,8	0	0	7	13,7	51
Malta	12	54,5	0	0	0	0	8	36,4	0	0	1	4,5	0	0	1	4,5	22
Monaco	6	85,7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14,3	0	0	0	0	7
Olanda	1.634	78,7	169	8,1	20	1	36	1,7	33	1,6	147	7,1	11	0,5	26	1,3	2.076
Norvegia	169	64,8	31	11,9	3	1,1	7	2,7	15	5,7	30	11,5	1	0,4	5	1,9	261
Polonia	53	51,5	38	36,9	0	0	0	0	0	0	11	10,7	0	0	1	1	103
Portogallo	388	44	129	14,6	0	0	34	3,9	43	4,9	225	25,5	11	1,2	52	5,9	882
Romania	11	0,6	0	0	0	0	10	0,5	576	30,7	27	1,4	103	5,5	1.149	61,2	1.876
San Marino	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Spagna	2.085	15,7	8.514	64,2	355	2,7	393	3	154	1,2	731	5,5	329	2,5	700	5,3	13.261
Svezia	467	69,2	42	6,2	5	0,7	28	4,1	37	5,5	62	9,2	5	0,7	29	4,3	675
Svizzera	1.011	42,1	890	37,1	39	1,6	17	0,7	31	1,3	329	13,7	35	1,5	48	2	2.400
Turchia	11	16,2	12	17,6	2	2,9	4	5,9	11	16,2	11	16,2	0	0	17	25	68
Regno Unito	4.421	76,5	263	4,5	88	1,5	308	5,3	79	1,4	491	8,5	58	1	74	1,3	5.782
ex Jugoslavia	52	19,3	118	43.7	0	0	35	13	10	3,7	37	13,7	3	1,1	15	5,6	270
TOTALE	**29.559**	**41,3**	**24.149**	**33,7**	**1.253**	**1,8**	**1.813**	**2,5**	**2.573**	**3,6**	**6.375**	**8,9**	**1.255**	**1,8**	**4.593**	**6,4**	**71.570**

o=omosex b=bisex t=tossicodipendenti em=emofiliaci t=trasfusi et=eterosex m=madre f=figlio a=altro i=ignoti t=totale
* Comprende i contagi dovuti a trasfusioni di sangue e suoi derivati o a trapianti di tessuto

Problemi nuovi nella diffusione della tossicomania e risposta di alcuni Governi all'esplosione dell'epidemia di AIDS tra i tossicodipendenti.

Sintesi di alcuni interventi tenuti nell'ambito delle svariate sessioni della Conferenza di Amsterdam dedicate all'epidemia di tossicodipendenza e a quella di AIDS tra tossicodipendenti.

Una delle analisi più complete e articolate del problema a livello mondiale è stata svolta da Gerald Stimson del *Centre for Research on Drugs and Health Behaviour* della Gran Bretagna. Ha molto insistito sul fatto che i rafforzamenti repressivi delle leggi antidroga, che hanno fatto seguito alla dichiarazione di guerra alla droga del Presidente degli Usa Bush, hanno favorito in realtà l'espandersi del mercato illegale delle droghe in nuovi Paesi, dove ancora il problema della tossicodipendenza era assente. Attualmente in ben 75 Paesi del mondo sono presenti tossicodipendenti per via endovenosa e in 51 di questi si è già sviluppata l'epidemia di AIDS tra tossicodipendenti.
In particolare, la situazione sembra grave nei Paesi in via di sviluppo, in cui la povertà e l'ignoranza favoriscono la diffusione del virus sia attraverso scambi di siringhe che attraverso rapporti sessuali non protetti, favoriti anche dall'alto tasso di prostituzione tra tossicodipendenti.
Un caso emblematico è quello di Manipur, regione indiana confinante con Myanmar, una delle maggiori zone di produzione dell'oppio. I poveri di Manipur hanno trovato assai conveniente attraversare periodicamente il confine per introdurre la droga nel loro Paese e ottenere margini di guadagno impensabili in quella zona con qualsiasi altra attività. In questo modo, favoriti anche dalla situazione disagiata degli strati giovanili della popolazione, hanno introdotto la tossicodipendenza nel loro Paese e, con la tossicodipendenza, il virus HIV. L'epidemia di AIDS è in piena fase espansiva nel Paese, mentre le misure repressive nei confronti dei consumatori, causano l'affollamento delle carceri, con ulteriore aggravamento della situazione sanitaria.
Lo stesso fenomeno si sta verificando vicino alle rotte di transito della droga e, proprio grazie alle misure sempre più repressive, che portano all'apertura di sempre nuove rotte, le due epidemie si stanno diffondendo in ogni Paese del mondo. Nuove coltivazioni di oppio vengono impiantate in zone che prima ne erano prive, come il Sud della Cina o l'Africa, e i Governi locali si ostinano a non voler assumere iniziative efficaci contro il dilagare dell'AIDS perché sarebbero in contrasto, almeno ideologicamente, con la "guerra alla droga".
Non si distribuiscono siringhe perché questo potrebbe apparire come una tacita accettazione della tossicodipendenza e, magari, costituire un incentivo.
Non si distribuiscono preservativi per salvaguardare la moralità e così via.
Ma se si può giustificare che i Paesi in via di sviluppo e del terzo mondo siano impreparati ad affrontare il problema della prevenzione dell'infezione da HIV,

che solo in tempi recentissimi ha colpito le loro popolazioni, in particolare i consumatori di droga per via endovenosa, i ritardi nell'assunzione di opportune misure di prevenzione non sono altrettanto ammissibili nell'ambito dei Paesi dell'occidente, in particolare quelli della CEE.
Invece una recente ricerca, condotta dal Dipartimento di Salute Pubblica, in collaborazione con la divisione AIDS del Ministero della Sanità francese, ha evidenziato ingiustificabili ritardi nell'adozione delle misure di prevenzione dell'epidemia tra tossicodipendenti in molti Paesi della CEE e, in particolare, in quelli che adottano legislazioni maggiormente repressive nei confronti dei consumatori di droga. I Paesi della CEE sono stati suddivisi in tre classi in base al tipo di leggi sulla droga in vigore.
La prima classe, che comprende Spagna e Olanda, ha leggi più miti: l'uso personale non è punito, c'è sostanziale differenza tra traffico e uso, c'è differenza tra droghe leggere e pesanti.
La terza classe ha le leggi più severe: l'uso di droga è considerato un crimine, sia chi consuma che chi traffica è ugualmente punito, non c'è differenza tra droghe leggere e pesanti. Appartengono a questa classe il Belgio, la Francia, il Lussemburgo, la Grecia.
Tutti gli altri Paesi (Danimarca, Germania, Italia, Irlanda, Portogallo, Gran Bretagna) hanno leggi intermedie e sono poste nella seconda classe.
Analizzando il tempo intercorso tra il primo caso di AIDS legato alla droga riscontrato nel Paese e l'adozione del primo intervento di prevenzione dell'epidemia tra tossicodipendenti si è riscontrato che:

- nella prima classe il tempo medio di ritardo è di circa 39 mesi;
- nella seconda di 50;
- nella terza di 70.

Un'analisi più dettagliata è riportata nella tabella seguente.

Stato	prima diagnosi di AIDS legato alla tossicodipendenza	adozione primo intervento di prevenzione	tipo di intervento
Belgio	I sem. 1981	non noto	campagne di informazione
Spagna	I sem. 1982	1985	confezioni speciali di siringhe e condoms in S-M.
		1989	scambio siringhe
Italia	II sem. 1983	1991	scambio siringhe
Francia	I sem. 1984	1987	vendita libera siringhe
		1990	scambio siringhe
Germania	I sem. 1984	1986	scambio siringhe
U.K.	II sem. 1984	1987	scambio siringhe
Olanda	I sem. 1985	1984	scambio siringhe
Portogallo	I sem. 1985		
Irlanda	I sem. 1985	1989	scambio siringhe
Lussemburgo	I sem. 1985		
Danimarca	II sem. 1986	1988	scambio siringhe
Grecia	II sem. 1986		

Osserviamo che tra i Paesi della terza classe, solo in Francia è stato attivato un primo programma di scambio siringhe, a Parigi nel 1990.

Molti di questi programmi, comunque, incontrano difficoltà, come accade per esempio in Germania in cui la Polizia stessa pone degli ostacoli. Spesso i centri vengono chiusi per vario tempo e, in questo modo, non è possibile assicurare la continuità dell'intervento.
È ancora opportuna un'ultima osservazione che riguarda la situazione olandese, dove, come si vede dalla tabella, si è avuto l'unico caso di intervento veramente preventivo, in quanto il primo programma di scambio di siringhe ad Amsterdam è precedente al primo caso di AIDS diagnosticato ad un tossicodipendente.
Al di fuori della CEE c'è da ricordare che, oltre a svariati programmi di scambio siringhe, in alcuni Paesi stanno per essere messi in atto anche programmi di somministrazione controllata di eroina.
Due esempi importanti sono quelli della Svizzera, di cui molto si è parlato anche in Italia, e, situazione meno nota, un progetto molto coraggioso e articolato che sta per avere inizio a Camberra (Australia), di cui illustreremo i dettagli in uno dei prossimi rapporti OLD.

Carceri e HIV. L'epidemia esplode in tutto il mondo.

La guerra alla droga dichiarata da **Bush** sembra aver prodotto, oltre all'aumento dei proventi e della pericolosità delle narcomafie, anche l'ingresso nelle carceri di tutti i Paesi che a tale guerra hanno aderito di un numero sempre crescente di tossicodipendenti e, con questi, di droga che, consumata in condizioni igienico-sanitarie assai precarie, ha prodotto il dilagare del virus HIV tra i tossicodipendenti di tutto il mondo dentro e fuori le carceri e, attraverso i rapporti sessuali con questi, a un enorme numero di nuove infezioni di persone giovani non appartenenti ai tradizionali "gruppi a rischio". Recenti screening effettuati negli Stati Uniti hanno evidenziato che ben il 3% degli studenti delle High Schools risulta HIV positivo. Anche gli Stati Uniti stanno quindi osservando lo sviluppo dell'epidemia tra i tossicodipendenti e nella popolazione giovanile in genere, problema che, fino a pochissimo tempo fa sembrava confinato all'Italia e alla Spagna. L'esplosione planetaria dell'epidemia nelle carceri ha suggerito agli organizzatori della recente Conferenza Mondiale sull'AIDS, che si è tenuta ad Amsterdam, di includere nel programma un'intera sessione dedicata al problema delle carceri. Nel seguito riporteremo in sintesi quanto emerso dalle relazioni e dalla discussione nell'ambito di tale sessione. Nell'ambito degli interventi non potevano mancare rappresentanti italiani e spagnoli che, come si diceva in precedenza, sono i due Stati in cui prima si è evidenziata l'epidemia di AIDS tra i tossicodipendenti. In particolare, per la Spagna è intervenuta **Mercedes Diaz,** che parlava a nome del Governo spagnolo, e ha illustrato i numerosi interventi effettuati, sia per quanto riguarda l'educazione e la prevenzione, sia per quanto riguarda la sorveglianza attuata mediante screening volontario e anonimo. In questo modo è possibile disporre anche di dati statistici che, per esempio, permettono di affermare che si ha una percentuale di sieropositività pari al 20,6% all'ingresso in carcere e che la percentuale è più alta nelle donne in quanto, oltre al rischio legato all'uso promiscuo di siringhe, è anche molto elevato il numero di quante si prostituiscono "per droga". Per quanto riguarda la popolazione carceraria in genere, a seguito dei massicci interventi, si è osservata una diminuzione della percentuale di sieropositività nel triennio 1989-1991, si è infatti passati dal 50% al 45%. Giova ricordare che tra gli interventi viene effettuata una massiccia distribuzione di condoms, sono consentite visite coniugali, cui si assicura l'opportuna riservatezza, e, per quanto riguarda i malati, sono previsti sconti di pena. Inoltre, la Spagna è stato uno dei primi Paesi d'Europa ad attuare programmi di scambio siringhe tra tossicodipendenti, secondo solo all'Olanda, e, già dal 1985, sono in vendita nei supermercati confezioni di condoms e siringhe con accluse informazioni relative alla prevenzione del contagio da HIV a prezzi molto scontati (il primo caso di AIDS tra tossicodipendenti è stato diagnosticato in Spagna nel primo semestre del 1982). Per quanto riguarda l'Italia, **Enrica Mazzola** ha riferito di un'iniziativa di informazione e autoaiuto attuata su base volontaria all'interno del carcere femminile di Torino, cui ha partecipato anche Susanna Ronconi. Nessun intervento ufficiale, invece, da parte di rappresentanti del Governo. **Stephen**

Machon ha quindi parlato della situazione attuale nello Stato e nella città di New York. Ha ricordato che ci sono stati recentemente enormi finanziamenti per il potenziamento delle misure repressive e delle carceri americane, a seguito della "guerra alla droga" del Presidente **Bush**, che ha portato in carcere numerosissimi tossicodipendenti (l'80% delle presenze nelle carceri americane è legata a motivi di droga e il 60%-70% ha alle spalle storie di droga). Anche negli Stati Uniti, quindi, sono soprattutto i tossicodipendenti a finire in carcere e questi ultimi sono per lo più afroamericani (50%) o latinoamericani (32%). Attraverso test volontario e anonimo si è riscontrata una proporzione di sieropositivi tra 17% e 35% per gli uomini e tra 19% e 25% per le donne, ma le stime più accreditate parlano di una percentuale attorno al 50%. Una caratteristica particolare degli Stati Uniti sembra essere il fatto che anche tossicodipendenti che fanno uso di crack e non iniettano, ma fumano soltanto la sostanza, sono in gran parte sieropositivi, dato l'alto numero di quanti si prostituiscono in cambio della dose di droga o del denaro per acquistarla. Un'altra peculiarità è legata al diffondersi nelle carceri di epidemie di tubercolosi, che si innestano e si affiancano all'epidemia di HIV che, attraverso il contatto con i tossicodipendenti, si sta diffondendo anche tra giovani della popolazione generale. Solo nella città di New York la mortalità per AIDS tra giovani ha raggiunto il tasso di 20/100.000 per anno. Gli interventi, specialmente all'interno delle carceri, sembrano essere di tipo educazionale. Della situazione in Inghilterra e Galles ha parlato **Kate Dolan**. Non sembra particolarmente grave il problema della diffusione dell'HIV legato alla tossicodipendenza (ricordiamo che il medico personale può liberamente prescrivere farmaci sostitutivi ed esistono vari programmi di distribuzione controllata dell'eroina). La presenza di tossicodipendenti nelle carceri non è particolarmente rilevante, in ogni caso, come in Italia e in ogni altro Paese "proibizionista" del mondo, in carcere entra comunque più droga iniettabile che siringhe, di conseguenza, i tossicodipendenti detenuti condividono le siringhe per iniettare la droga e, in questo modo, contribuiscono al diffondersi del virus HIV. Giova menzionare che si stima nel Paese un numero di tossicodipendenti abituali pari a circa 100.000 e di questi circa 3000 si stima condividano siringhe in carcere ogni anno. Tra quanti sono stati in carcere, infatti, la proporzione di sieropositivi è vicina al 10%, mentre tra quanti non hanno avuto esperienze carcerarie è molto inferiore. Non sono in atto particolari programmi nelle carceri, mentre la situazione potrebbe molto migliorare introducendo misure come programmi di scambio siringhe o diminuzioni di pena per gli infetti e i tossicodipendenti o introdurre misure adatte a tenerli fuori delle carceri. L'impatto di ognuna di queste misure è stato quantificato con precisione attraverso studi di scenario condotti in collaborazione da equipe di esperti di varie organizzazioni. Della situazione africana ha parlato il dottor **Simooya,** proveniente dallo Zambia. Ricordiamo che in Africa l'epidemia si diffonde soprattutto attraverso rapporti eterosessuali non protetti. L'omosessualità nelle carceri non sembra essere un particolare problema, mentre la presenza di tossicodipendenti sia nelle carceri, sia nel Paese, è irrilevante. Nonostante questa situazione

generale, non si è ritenuto opportuno permettere visite coniugali in carcere, né distribuire condoms in carcere o alla popolazione generale. Si approfitta invece della permanenza nelle carceri per fare informazione sul problema del contagio.
Infine, **Theodore Hammett** ha fatto un excursus sulle inadempienze dei vari Paesi in merito alle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità a proposito di sieropositivi e malati di AIDS in carcere. Ha ricordato che in particolare si raccomanda di: svolgere programmi di informazione per i detenuti, non effettuare test anti-HIV se non su base volontaria, non mettere in atto misure di segregazione dei sieropositivi o malati di AIDS.
Dalle indagini effettuate in 42 Paesi è emersa una situazione molto lontana da tali raccomandazioni. Nella tabella che segue sono riassunti alcuni risultati dell'indagine.

	Africa	USA	Canada	altri paesi americani	Germania	altri paesi europei	Australia
numero di carceri considerate	9	51	12	8	8	19	7
programmi di informazione	2	50	11	3	8	16	7
test obbligatorio	0	17	0	1	1	3	5
test volontario	2	33	9	3	5	7	2
segregazione dei siero positivi	0	4	0	3	0	3	5
non segregazione sistematica	3	46	12	4	4	15	2

Si osserva inoltre che, in generale, non c'è distribuzione di condoms nelle carceri perché l'attività sessuale è, nella quasi totalità dei casi, vietata. Non ci sono inoltre in generale programmi di scambio o distribuzione di siringhe sterili per lo stesso motivo formale.
Al termine delle relazioni ha brevemente parlato il "discussant" dottor **Jurgens** della Mc Gill University (Canada), che ha espresso un parere molto duro sulle politiche sulla droga attualmente in atto nel mondo. In particolare, ha sostenuto che stiamo osservando una crescita della sieropositività nelle carceri legata al problema della tossicodipendenza e "questo è il risultato di leggi che criminalizzano l'uso o il possesso di droghe" portando la gran parte dei tossicodipendenti in carcere. Costoro passano gran parte dell'esistenza a entrare e uscire dagli Istituti di pena. In carcere il rischio di contagio cresce per la necessità di condividere aghi e siringhe. I politici e i responsabili carcerari si oppongono all'idea di fornire materiale sterile ai detenuti dicendo che questo apparirebbe come un incoraggiamento in un ambiente che è fatto apposta per applicare le leggi e scoraggiare l'uso di droghe. Ma poiché l'infezione da HIV ha conseguenze devastanti occorre accettare le contraddizioni e, dato che i tossicodipendenti sono in carcere a causa della punizione e non con il fine della punizione, i Governi avrebbero il dovere di guardare in faccia i rischi dell'impatto della diffusione dell'HIV nelle carceri. Un ulteriore problema è legato al fatto che le misure di salute pubblica e terapeutiche sono particolarmente deficitarie nelle carceri. In ogni caso i detenuti non dovrebbero essere esposti a rischi maggiori di contagio per il solo fatto di essere dentro. Lo Stato ha responsabilità specifiche per quanto riguarda il loro stato di salute. *La guerra contro la droga negli USA è diventata una guerra contro i consumatori di droghe con cui è costretto a trattare il sistema penitenziario anziché quello sanitario*.

Lasciamo parlare gli aghi!
Valutazione del programma di scambio siringhe a New Haven.

DI CARLA ROSSI
estratto da Let the needles do the talking! Evaluating the New Haven needle exchange *di Edward H. Kaplan e Elaine O'Keefe,*
in corso di pubblicazione su Interfaces, 1993.

Prefazione

Edward Kaplan è un collega statistico che lavora presso l'Università di Yale e si è occupato molto, sia dal punto di vista scientifico che dal punto di vista politico-sociale, dell'epidemia di AIDS tra i tossicodipendenti nello Stato del Connecticut, e, più precisamente, a New Haven.
L'intervento, scritto in collaborazione con Elaine O'Keefe, di cui ho tradotto la parte introduttiva, di cui si riportano ampi stralci, costituisce la prima analisi costi-benefici condotta, su basi rigorosamente scientifiche, nel mondo di un programma di scambio siringhe.
I risultati sono ancora più incoraggianti di quelli riportati in altre analisi di tipo più qualitativo, di cui si fa cenno e che, proprio per carenze di tipo tecnico-scientifico, si sono prestate a valutazioni contrastanti da parte di quanti, per idee preconcette, sono schierati pro o contro la legalizzazione delle droghe.
Questa valutazione non si presta ad interpretazioni contraddittorie in quanto basata su dati concreti e su "numeri" soltanto, riuscendo quindi molto più efficace di qualsiasi analisi qualitativa.
Proprio a seguito di quest'analisi valutativa nuove sperimentazioni si sono aperte anche in altri Stati degli USA e la legislazione del Connecticut, che proibiva il possesso di siringhe ipodermiche senza prescrizione medica, è stata recentemente modificata, decriminalizzando completamente il possesso di siringhe a partire dal primo luglio del 1992.

Introduzione

Negli USA ci sono stati oltre 138.000 decessi causati dall'AIDS, mentre il CDC di Atlanta riportava, nel febbraio del 1992, un numero totale di casi pari a 214.000 (negli USA). Il virus HIV che causa l'AIDS può essere trasmesso attraverso rapporti sessuali non protetti, mediante la condivisione di siringhe o aghi infetti, da madre a figlio durante la gravidanza, il parto e l'allattamento, attraverso trasfusioni di sangue infetto.
Il 29% di tutti i casi mondiali può essere ricondotto a utilizzo di siringhe o aghi infetti per iniettare droga, mentre la metà circa dei casi eterosessuali è riconducibile a rapporti non protetti con partner tossicodipendente. Inoltre, circa il 60% di tutti i casi pediatrici è riconducibile a madre tossicodipendente o che ha avuto rapporti sessuali con tossicodipendenti per via endovenosa. In totale, quindi,

approssimativamente 69.600 casi di AIDS negli USA sono in qualche modo legati alla tossicodipendenza per via endovenosa (CDC 1992).
Per quanto riguarda la situazione a New Haven, il problema è ancora più grave in quanto ben il 60% dei casi cittadini (500 su una popolazione di 129.000 abitanti) è riconducibile a droga per via endovenosa. Era stata già osservata la diversa caratteristica dell'epidemia a New Haven, in cui il contagio era principalmente dovuto a condivisione di siringhe o aghi tra tossicodipendenti. In questo modo si è verificata una rapidissima diffusione del virus HIV tra i tossicodipendenti stessi e i loro partners sessuali. Si sono inoltre verificati numerosi casi pediatrici. Era quindi necessario prendere provvedimenti per prevenire l'ulteriore diffusione dell'HIV tra le minoranze più povere della città, che già soffrivano dell'epidemia di tossicodipendenza.
Nel 1986 si costituì la *Mayor's Task Force on AIDS* (MTFA) per lo sviluppo di programmi di prevenzione e assistenza e per la progettazione di ragionevoli politiche di intervento contro l'epidemia di AIDS. Questa task force suggerì nel 1987 un "programma di strada" per distribuire informazione sull'AIDS, materiale per la sterilizzazione di aghi e siringhe (varechina) e condoms ai tossicodipendenti. Il suggerimento fu accolto e un tale programma fu attuato dal Dipartimento della Sanità. Questo programma prevedeva anche delle rilevazioni sulla popolazione tossicodipendente per determinare i motivi per cui si continuava a condividere aghi e siringhe, nonostante il timore dell'HIV e dell'AIDS. Le risposte ottenute evidenziarono che la condivisione era dovuta principalmente a due cause: la scarsità di siringhe e aghi e il timore di arresto dovuto al possesso di questi senza la necessaria prescrizione medica (Il Connecticut era infatti uno dei pochi Stati in cui il possesso di siringhe ipodermiche senza prescrizione medica era illegale). Le risposte inoltre evidenziavano le difficoltà incontrate per entrare in programmi di cura e disintossicazione a causa di lunghi tempi di attesa e carenza di servizi assistenziali, nonché di opportuni percorsi riabilitativi per il mantenimento di un'esistenza libera dalla droga. C'era l'esigenza di un programma che eliminasse la necessità della condivisione di aghi e siringhe e facilitasse l'avvio al trattamento. L'MTFA comprese che era necessario un progetto di "scambio siringhe", e in realtà gruppi di militanti avevano già cominciato una distribuzione clandestina di siringhe tra i tossicodipendenti. I programmi di scambio siringhe sono stati per la prima volta sperimentati ad Amsterdam nel 1984; l'idea che c'è dietro è molto semplice: i tossicodipendenti ricevono una siringa sterile per ogni siringa usata riconsegnata. Questo toglie dalla circolazione materiale infetto e facilita il contatto dei tossicodipendenti con strutture di assistenza. Nonostante la palese razionalità di tale programma, questo ha trovato numerosi oppositori. Costoro temono che i programmi di scambio siringhe diano un segnale di sconfitta della "guerra alla droga", accettando tacitamente, e forse anche incoraggiando, l'uso di droghe. Inoltre, si è anche sostenuto un aumento del pericolo per il pubblico di contatto casuale con siringhe infette, per eventuali abbandoni dopo l'uso. Inoltre, non esistevano prove convincenti dell'efficacia di tali programmi.

L'MTFA nonostante tutto era ben convinta dell'utilità del programma e mise in atto un'opera di sensibilizzazione capillare della comunità e dei rappresentanti di diverse realtà di New Haven per ottenere deroghe alla legge che vietava il possesso di siringhe senza prescrizione. L'opera di sensibilizzazione fu attuata attraverso incontri e seminari che portarono al risultato voluto. Nel 1989 molti candidati alle elezioni locali avevano nel loro programma l'attuazione di sperimentazioni di "scambio siringhe". L'avvento del primo sindaco nero a New Haven fu decisivo e anche il nuovo Capo della Polizia si schierò a favore di tali programmi. Seguirono altre adesioni. Alla fine, fu predisposto un atto deliberativo di compromesso per il finanziamento di un programma sperimentale di scambio siringhe in deroga alle leggi esistenti e si stabilì che i risultati del programma dovessero subire un'attenta valutazione in merito all'efficacia. Nel maggio del 1990 la Camera del Connecticut approvò "un atto riguardante un programma pilota di scambio aghi e siringhe" con 99 voti contro 36. In seguito, anche il Senato approvò con un margine di 26 a 10. Il programma divenne effettivo il primo di luglio.

Dettagli del programma.

La Commissione preposta al programma è costituita dal Direttore del Dipartimento della Sanità di New Haven, il Presidente dell'MTFA, il Capo della Polizia, il Direttore del Servizio AIDS del Dipartimento della Sanità, il capo epidemiologo, rappresentanti del Sindaco, militanti della comunità, lavoratori del Dipartimento della Sanità che forniscono i servizi previsti dal programma e un Professore della *Yale University* incaricato della valutazione dei risultati. Il programma prevede un approccio "soft" ai tossicodipendenti che devono essere trattati con comprensione e rispetto. Il programma utilizza un furgone, donato dalla *Yale University*, che si sposta, sostando nelle zone a più alta concentrazione di tossicodipendenti. Il programma è operativo per 6 ore al giorno, 4 giorni la settimana. Tutti i "clienti" del servizio ricevono informazioni sull'epidemia di AIDS e sugli accorgimenti per ridurre il rischio di contagio. Si distribuiscono anche condoms e materiali per la sterilizzazione di aghi e siringhe. Si forniscono anche informazioni sui programmi di trattamento per la disintossicazione. Chi richiede l'accesso a tali programmi, riceve assistenza per l'ingresso. I clienti ricevono una sola siringa quando si presentano per la prima volta senza portare siringhe usate. Tutti gli scambi successivi sono di 1 contro 1, fino a un massimo di 5 siringhe contemporaneamente. Il programma è attivo dal 13 novembre 1991. Il programma è entrato in contatto con 1200 dei circa 2300 tossicodipendenti stimati nella zona. Il numero di siringhe distribuite fino ad ora (luglio 1992) è stato di circa 46.000, il 61% di queste sono state restituite, mentre sono anche state consegnate 18.000 siringhe non provenienti dal programma.

Punti principali nella valutazione del programma.

Lo scopo principale del programma è la riduzione dell'incidenza di nuovi casi di infezione da HIV. Gli studi precedenti sulla valutazione di analoghi programmi

sono stati basati sulla rilevazione da questionario dei cambiamenti di abitudine dei tossicodipendenti e sono risultati poco convincenti per i detrattori, in quanto le risposte dei tossicodipendenti sono considerate poco affidabili. Nel caso di New Haven, quindi, oltre al questionario sui cambiamenti di abitudine, si è proceduto alla valutazione quantitativa dell'impatto basata su dati oggettivi. Sia che si verifichino cambiamenti di abitudine, sia che non si verifichino, in un programma di scambio di siringhe si accelera comunque il turn over di queste. Infatti, nonostante il numero di siringhe in circolazione contemporaneamente non vari (lo scambio avviene 1 a 1), diminuisce comunque il tempo in cui ogni siringa rimane in circolazione e, di conseguenza, diminuisce il numero potenziale di utilizzatori di una stessa siringa. Per spiegare meglio si può far riferimento alla malaria. In effetti in un programma di scambio siringhe avviene lo stesso fenomeno che si avrebbe introducendo continuamente zanzare sane al posto di quelle infette in una zona malarica. Pur rimanendo fisso il numero di punture è meno probabile che la zanzara sia infetta e quindi viene diminuita l'incidenza di nuove infezioni. Tutto questo può essere quantificato mediante procedure matematiche che consentono una valutazione precisa del programma sulla base della diminuzione percentuale della probabilità di nuove infezioni.

Identificazione e analisi delle siringhe.

Mediante opportuni metodi di codifica il programma dispone delle seguenti informazioni:

- chi riceve ogni siringa;
- quando ogni siringa è stata distribuita;
- dove ogni siringa è stata distribuita;
- chi ha restituito la siringa;
- quando la siringa è stata restituita;
- dove la siringa è stata restituita.

Inoltre, un campione rappresentativo di siringhe viene analizzato per identificare la presenza del virus HIV. Per la valutazione del programma si è fatto uso proprio di queste informazioni.

luogo	siringhe		
	analizzate	con HIV+	
		numero	sulle analizzate
Shooting galleries *	48	44	92%
strada	160	108	67%
programma	946	438	46%

* luoghi in cui ci si inietta la droga affittando il necessario dal proprietario.

Nella tabella seguente sono riassunti alcuni risultati che, effettivamente, parlano da soli.

diminuzione tasso di infezione	33%
numero infezioni evitate nel I anno	5
richieste trattamento	25%
ingressi trattamento	16%

Nonostante i risultati riportati siano certamente molto incoraggianti, non permettono comunque una valutazione diretta della diminuzione del rischio di contagio. Questo è stato reso possibile dallo sviluppo di un modello matematico del contagio che, pur basato su ipotesi "conservative" (mettendosi cioè nella situazione più svantaggiosa), ha comunque fornito valutazioni rassicuranti. Alcuni "numeri" sono riportati nella tabella seguente.
Per quanto riguarda le richieste di trattamento disintossicante c'è da osservare che queste si riferiscono per il 41% ad afroamericani, per il 25% a latinoamericani e per il 34% a bianchi, mentre la popolazione precedentemente seguita dai centri di assistenza era per il 27% afroamericana, per il 9% latinoamericana e per il 63% bianca. In altre parole, il programma si è rivelato particolarmente efficace per entrare in contatto proprio con i gruppi più emarginati e disagiati di tossicodipendenti, che, in precedenza, solo raramente arrivavano ai servizi, frequentati per lo più dalla popolazione bianca più agiata e colta.

L'impatto sulle scelte politiche.

Le valutazioni effettuate hanno permesso di dedurre il risparmio sulla spesa sanitaria legato al numero di infezioni evitate. Questo è, per quanto riguarda New Haven, di circa 2 milioni di dollari nei primi due anni, che compensano ampiamente le spese del progetto.
Questo fatto ha permesso anche di valutare che un programma simile attuato a New York, anche se raggiungesse solo il 25% della popolazione tossicodipendente, permetterebbe di evitare ben 1000 nuove infezioni nel primo anno risparmiando da 50 a 100 milioni di dollari di spese sanitarie, senza considerare l'impatto sul recupero. Inoltre, dalle stime effettuate sulla popolazione tossicodipendente non si sono registrate a New Haven variazioni in aumento degli ingressi nel circuito della droga dopo l'inizio del programma, confermando che gli interventi di prevenzione attuati con lo "scambio di siringhe" non costituiscono un incentivo all'uso di droghe.
A seguito delle valutazioni del programma di New Haven, anche la California sta mettendo in atto un analogo programma a S. Francisco.
Lo Stato del Connecticut ha deciso di rifinanziare il progetto, la città di New York sta predisponendo analoghi programmi e altri Stati si aggiungono continuamente.
Lo Stato del Connecticut ha finalmente depenalizzato il possesso di siringhe a partire dal primo luglio 1992.

Droga e AIDS: la situazione olandese.

DI CARLA ROSSI

L'Olanda viene spesso assunto come esempio di Paese tollerante nei confronti degli assuntori di droga e pragmatico nell'assumere politiche di riduzione del danno, con intonazioni contrastanti, positiva quella degli antiproibizionisti, negativa quella degli altri. Mi sembra quindi particolarmente opportuno riportare nel seguito la traduzione di ampi stralci tratti dal volume *AIDS up to the year 2000*, che la Commissione governativa olandese, che si occupa dei problemi legati all'epidemia di AIDS, ha pubblicato in occasione del Convegno mondiale, relativi in particolare ai problemi legati all'uso di droghe e alle politiche assunte per limitare i danni per la salute individuale e pubblica.

1. L'uso di droga e gli assuntori di droghe in Olanda

L'attuale problema dell'uso delle droghe pesanti in Olanda venne sollevato nel 1979, quando l'eroina divenne disponibile con facilità ed a prezzi economici. In un breve arco di tempo il numero degli assuntori di droghe pesanti salì nel 1984 a 15.000-20.000 secondo le stime. Queste stime sono rimaste immutate, il che vuol dire che, in relazione alla crescente età media degli assuntori di droghe pesanti in contatto con strutture sanitarie di strada, il problema dell'eroina potrebbe aver oltrepassato il suo picco. Dal 1970 si è avuto un significativo sviluppo dell'uso delle droghe pesanti e la sua relativa diffusione tra la popolazione giovanile del Suriname, delle Molucche e, dal 1980, anche ai giovani Marocchini. Si è inoltre osservato un crescente aumento dell'uso multiplo di diverse droghe. Oltre l'eroina, c'è un'ampia diffusione della cocaina, che è diventata disponibile in modo capillare dagli anni '80. Ciò è di particolare rilevanza in relazione al fatto che l'uso endovenoso di cocaina richiede una frequenza maggiore di iniezioni rispetto all'eroina. Sulla base dei sistemi di sorveglianza sulla droga, gli assuntori di droghe pesanti sembrano concentrarsi nelle grandi città e nelle zone di confine. Gli assuntori di droga sono per lo più maschi in ragione di un numero tre volte superiore a quello delle femmine, e la maggior parte ha un'età compresa tra 21 e 34 anni, è disoccupata, vive sola o in coabitazione ed ha un livello culturale basso.

2. Le conseguenze del problema delle droghe pesanti sulla società

Le conseguenze delle droghe pesanti sulla società sono inquadrabili nell'ordine della legalità e della sicurezza e in quello del sostegno e aiuto agli assuntori. Esamineremo i principi che sottendono la politica del governo, la riabilitazione e la cura dei toscicomani e la risposta all'AIDS.

3. Il trattamento e la cura degli assuntori di droghe in Olanda

In risposta al crescente numero di assuntori di droghe pesanti in Olanda è stato sviluppato un esteso sistema di riabilitazione e cura ospedaliero, semiospedaliero e extraospedaliero.

Oltre allo specifico circuito ranpresentato da *Institutes for the treatment of Drug Dependence*, *Alcohol and Drugs Abuse Clinics* e *Drug Dependence Clinics*, il trattamento e cura degli assuntori di droghe pesanti viene anche fornito dal circuito sanitario generale ed anche su iniziativa di privati. Tali circuiti comprendono strutture sanitarie primarie, centri ospedalieri generali e per la formazione e i relativi dipartimenti psichiatrici ed ospedali propriamente psichiatrici.
Le iniziative private hanno generalmente carattere umanitario (religioso) e sono indirizzate a gruppi specifici di assuntori, per esempio stranieri o appartenenti alla minoranza delle Molucche o altri assuntori con problematiche particolari. Sia l'offerta che la domanda sono sensibilmente cresciute dagli anni '80.
Per quanto riguarda le cure extraospedaliere, si è verificato un rimarchevole aumento dei partecipanti ai programmi di cura con metadone. Dal 1984, il metadone viene distribuito ad un consistente e costante numero di almeno 12.000 assuntori di droghe pesanti, 9000 dei quali impegnati in programmi di mantenimento e altri 3000 in programmi a termine. Questa estesa rete di programmi per la distribuzione del metadone implica in particolare che circa il 75% degli assuntori di droghe pesanti sono contattati regolarmente.
Per ciò che riguarda la prevenzione dell'HIV/AIDS questo significa che la maggioranza degli assuntori viene raggiunta in modo relativamente facile. Per contro si osservano scarsi contatti con gli assuntori di giovane età appartenenti a minoranze etniche della seconda generazione.

4. Uso di droga e assuntori di droga

Nei Paesi Bassi sono disponibili dati provenienti da ricerche di tipo socioscientifico sugli aspetti ecomomici dell'uso di droga, le pratiche per procurarla e i costi delle droghe pesanti, l'incidenza della criminalità legata alla droga, lo stile di vita di chi si droga, i networks e le culture e sottoculture degli assuntori, la mortalità e i differenti livelli e durata dell'uso delle droghe pesanti.

5. La tossicomania, morbilità e mortalità

In base alla durata si possono distinguere tossicomanie brevi (in media 8 anni) e tossicomanie lunghe (fino a 20 anni). Generalmente gli assuntori di droga ad Amsterdam e Rotterdam ricadono nella seconda categoria. Nella maggior parte dei casi gli assuntori escono dal mondo della droga dopo i 35 anni. La mortalità legata alla droga, dovuta tra le altre cose alle overdosi, è di circa il 10% dopo 5 anni di uso, del 15% dopo 10 anni e del 20% dopo 20 anni.

6. Stili di vita e networks

Sono state condotte diverse ricerche sugli stili di vita e i legami tra un largo numero di diversi gruppi di assuntori: Olandesi, residenti extraurbani, originari delle Molucche, tossicodipendenti che si prostituiscono, assuntori originari del Marocco e del Suriname e altri assuntori stranieri.
Questi studi evidenziano circuiti separati di consumatori e una cultura della droga strutturata gerarchicamente, caratterizzata da un complesso sistema di rapporti.

I consumatori di droghe pesanti dediti al piccolo spaccio occupano un ruolo particolarmente alto nella gerarchia, mentre i senzacasa metropolitani, la cui posizione è di evidente isolamento sociale, occupano il gradino più basso della scala. I contatti all'interno del mondo della droga sono generalmente di breve durata, effimeri e spesso legati all'acquisto o alla vendita delle droghe e, meno comunemente, all'uso di esse.
A livello dello spaccio si registrano rapporti di mutua dipendenza. Molti piccoli spacciatori, ad esempio, usano degli intermediari come corrieri o fattorini, che svolgono svariati lavori in cambio della droga.
I consumatori stranieri e i turisti dell'eroina sembrebbero meritare una particolare attenzione in relazione all' AIDS. Si ritiene che ad Amsterdam ci siano più di 2200 assuntori stranieri, su un numero totale stimato di oltre 7500 consumatori di droghe pesanti. Il 70% di questi è assuntore per endovena.
I turisti dell'eroina, che vengono non per visitare l'Olanda ma specificamente Amsterdam, conducono in larga parte vita vagabonda e si mescolano principalmente con altri soggetti provenienti dal loro stesso paese. Gli assuntori stranieri che si stabiliscono ad Amsterdam (temporaneamente o in modo permanente) entrano in contatto con assuntori Olandesi e del Suriname.
Queste considerazioni forniscono le basi per le seguenti ipotesi sulla diffusione dell'HIV tra gli assuntori di droghe per via endovenosa (IDU): il verificarsi di contatti tra circuiti separati di assuntori può determinare un repentino aumento dell'infezione da HIV tra gli IDU. L'introduzione del virus HIV entro fasce di consumatori conduce rapidamente ad un esplosivo aumento dell'infezione.

7. La politica del governo

In virtù di un emendamento all'Opium Act del 1976, viene operata una distinzione tra droghe leggere, come i derivati della cannabis, e droghe pesanti come eroina e cocaina. La considerazione in cui vengono tenute le prime (le droghe leggere) tiene conto del rischio accettabile che determinano, mentre le droghe pesanti implicano rischi non accettabili. Così la detenzione e l'uso di droghe leggere è oggetto di sanzioni di minore severità. In merito alla dipendenza da droghe pesanti, è stato adottato un duplice approccio: l'uso di droga pesante viene trattato dalle strutture sanitarie, mentre lo spaccio e il traffico vengono considerati in base al loro carattere criminale. A livello internazionale, l'Olanda viene considerata un paese "liberale" in materia di tossicodipendenza. In merito alla legislazione sulle droghe, l'adesione agli accordi internazionali e le sanzioni previste in caso di traffico di stupefacenti o di disturbo all'ordine pubblico, questa immagine non è giustificata.

8. Impatto dell'AIDS

L'AIDS non ha determinato modifiche al metodo con il quale viene affrontato il problema delle droghe pesanti. La politica sull'AIDS e sulle droghe si è servita di un esteso circuito di risorse "di strada", e ci si è avvalsi dei contatti esistenti con gli assuntori ed organizzazioni di assuntori quali la Federation of Junkie

Unions (Junkiebonden) e la Heroin Users Medical/Social Department (MDHG). L'AIDS non ha dato avvio in Olanda ad un dibattito nuovo sulle droghe pesanti o a profonde differenze di base circa l'approccio all'AIDS e sulla politica sulla droga. L'AIDS ha solo determinato una serie di nuove iniziative e l'espandersi di quelle già esistenti. Possono essere annoverate tra queste: l'introduzione su larga scala di programmi per lo scambio delle siringhe, programmi per entrare in contatto con tossicodipendenti che si prostituiscono, e l'introduzione di un progetto di sostegno sociopsicologico ai tossicomani sieropositivi per opera di volontari. L'aumento della mortalità associata all'AIDS tra assuntori di droga non è stato ancora osservato in Olanda, contrariamente agli Stati Uniti e ad altri Paesi. Si è comunque verificato un aumento della morbilità correlata all'infezione da HIV tra gli assuntori di droga di Amsterdam, specialmente per polmoniti.

9. L'epidemia di AIDS tra gli assuntori di droghe pesanti

Per quanto riguarda la diffusione dell'epidemia di AIDS tra gli assuntori di droghe pesanti, bisogna considerare diverse modalità di trasmissione dell'HIV.
La promiscuità nell'uso delle siringhe, sia per quanto riguarda il prestito delle stesse sia la tecnica del "front loading" (che consiste nel distribuire la droga da una siringa, alla quale è stato tirato indietro il pistone e rimosso l'ago, ad altre siringhe), rappresenta la via di trasmissione più rilevante.
Va inoltre tenuta in debito conto la trasmissione sessuale dell'infezione ai partners e il problema della prostituzione.

10. L'uso promiscuo delle siringhe

In Olanda, così come in altri paesi, si è evidenziata la rapida diffusione dell'HIV dopo la sua introduzione nella popolazione degli assuntori di droghe pesanti.
L'Olanda, comunque, si distingue significativamente dagli altri paesi per la bassa percentuale, 30%, di IDU sul totale degli assuntori di droghe pesanti e per la mancanza totale di IDU tra gli assuntori di Molucche, Suriname, Marocco e Antille. Per confronto, tra i "turisti dell'eroina" la percentuale stimata di IDU è del 70%. Non ci sono inoltre *shooting galleries* per l'uso di gruppo della droga.
In Olanda l'assunzione delle droghe viene per lo più effettuata "in casa" o "da soli", questo limita, sebbene non possa escludere, il dare o prendere in prestito siringhe ed aghi. I dati mostrano un rapido aumento dell'incidenza dell'HIV tra gli IDU ad Amsterdam tra il 1983-1984. Dal 1986 la sieropositività si è stabilizzata intorno al 30%, sebbene si stiano verificando altri casi di contagio. Quando sono disponibili dati sulla sieropositività si evidenzia che la sieropositività al di fuori della città di Amsterdam è inferiore al 10%. La diversa proporzione della sieropositività non è spiegabile solo con la discriminante del comportamento a rischio degli IDU ad Amsterdam e fuori.
Ricostruendo il corso dell'epidemia da HIV e della sua evoluzione in AIDS tra IDU devono essere presi in considerazione l'impatto della mortalità e della morbilità connesse all'infezione e quello delle infezioni da HIV tra gli IDU stranieri.

Questi fattori possono influenzare il numero previsto di persone con AIDS. In risposta all'epidemia da HIV/AIDS tra IDU, in Olanda sono stati avviati programmi su larga scala per lo scambio delle siringhe. Nell'agosto del 1990 erano attivi 126 centri per lo scambio delle siringhe, 14 dei quali ad Amsterdam. Nel 1989 nelle quattro più grandi città dell'Olanda sono stati distribuiti 1,2 milioni di siringhe, 820.000 delle quali nella città di Amsterdam e 250.000 a Rotterdam. È difficile calcolare il numero di assuntori di droga raggiunti dal sistema di distribuzione delle siringhe poiché la frequenza della pratica *del buco* è estremamente variabile, essendo influenzata, tra le altre cose, dalla disponibilità economica, dallo stato di detenzione, dal tipo di droga. C'è comunque motivo di ritenere che i programmi di scambio siringhe raggiungano circa il 50% degli IDU di Amsterdam e Rotterdam. Per confronto i programmi metadonici raggiungono il 70%.

11. I contatti sessuali

Il virus HIV può essere trasmesso per contatto sessuale tra e da gli IDU. A tale riguardo può essere operata una distinzione tra contatti sessuali nell'ambito della prostituzione e contatti sessuali privati. Secondo stime l'80% delle donne IDU si prostituisce ad un certo punto della sua vita di tossicomane, mentre si ha motivo di ritenere che giornalmente lavorino nel campo della prostituzione 500 tossicodipendenti nella sola città di Amsterdam.

I tossicomani stranieri dediti a droghe pesanti, in particolare, sembrano essere largamente dipendenti, per le loro entrate, dall'industria del sesso, nel più largo senso della parola. Coloro che si prostituiscono affermano che i loro contatti hanno luogo, quasi senza eccezione con l'uso del profilattico; pochi i casi riferiti di rapporti anali. D'altro canto, occorre osservare che chi si prostituisce ed ha un pressante bisogno di droga, può essere indotto ad avere rapporti senza protezione, il che vuol dire che ci sono rapporti senza protezione con clienti abituali e che l'incidenza di STD (malattie a trasmissione sessuale) tra tossicodipendenti indica che i contatti non avvengono sempre in modo protetto. I profilattici vengono usati ancor meno frequentemente con i partners privati.

Gli assuntori di droghe pesanti e i tossicodipendenti che si prostituisoono vengono talvolta descritti come soggetti socialmente isolati che intrattengono contatti poco più che brevi con altri assuntori. Si dice, per esempio, che ci siano pochi contatti tra i turisti dell'eroina e gli assuntori di nazionalità olandese.

Lo studio della *Cohorte* degli assuntori di droghe pesanti di Amsterdam, comunque, suggerisce che il 50% di essi ha un partner fisso, che ci sono numerosi cambi di partners e che la maggioranza ha una storia di STD. Di questi partners, approssimativamente la metà sono stati anche essi IDU.

La consapevolezza di essere sieropositivo conduce ad un minore numero di partners e ad un più largo uso del profilattico. Sebbene finora soltanto un esiguo numero di persone affette da AIDS sia stato contagiato attraverso contatti sessuali con IDU, il rischio che si delinea indica che ci sono tutti i motivi per condurre studi sulla popolazione potenzialmente esposta perché il virus HIV può essere diffuso attraverso contatti sessuali con IDU.

12. La prevenzione dell'infezione da HIV/AIDS mirata agli assuntori di droga per via endovenosa (IDU)

Con l'obiettivo di prevenire la diffusione dell'infezione da HIV tra IDU sono state avviate varie di campagne di prevenzione su iniziativa dei centri per la droga pubblici e privati.

Scopo di tali campagne è la riduzione dei comportamenti a rischio mediante la diffusione di informazioni incentrate a sviluppare un uso più consapevole della droga e del sesso.

Questo si realizza diffondendo macchine scambia siringhe e distribuendo profilattici. Il programma su scala nazionale "AIDS and DRUG POLICY" presentato dal NIAD, comprende campagne informative e progetti per lo scambio delle siringhe. A livello regionale e locale esistono interventi su piccola scala in cui gli operatori tentano di entrare in contatto con diversi gruppi sociali come chi si prostituisce e contemporaneamente assume droga, detenuti, o appartenenti a minoranze etniche che sono IDU e partner di questi.

Dal 1984 è disponibile un'ampia e ricca documentazione sui rischi legati all'infezione, per incoraggiare comportamenti più sicuri nell'assunzione di droga e nei contatti sessuali.

L'informazione viene fornita sotto forma di volantini, opuscoli, adesivi.

Dal 1990 si è cominciato ad informare sulla possibilità di lavare le siringhe con ipoclorito di sodio.

Queste attività informative hanno ricevuto critiche in merito alla distribuzione del materiale stesso, sulla sua adeguatezza, sulla capacità di attirare l'interesse degli IDU. All'interno dei programmi di distribuzione di metadone e attraverso i programmi per lo scambio delle siringhe vengono distribuiti anche profilattici.

Generalmente gli assuntori di droghe pesanti hanno la tendenza ad applicare poco queste precauzioni poiché i profilattici devono essere espressamente richiesti; inoltre non viene generalmente ancora accettata la necessità di averne bisogno.

Grandi quantità di preservativi vengono vendute nei progetti "living room" per la prostituzione da marciapiede.

La prevenzione dell'HIV e AIDS sembra che stia inducendo cambiamenti nei comportamenti degli assuntori per endovena (IDU), sebbene il 20% di questi continui ad usare siringhe prese in prestito. Il "counselling" dovrebbe costituire un elemento fondamentale nella promozione di comportamenti più responsabili nella pratica "del buco".

Va sottolineato che quasi la totalità delle siringhe distribuite è stata riconsegnata e che la disponibilità di siringhe pulite sembra non determinare un aumento dell'uso di droga.

Il programma per lo scambio delle siringhe ha ricevuto critiche relative alla sua operatività e capillarità.

La popolarità dello scambio delle siringhe è in continuo aumento e sembra costituire un reale sostegno alle campagne informative sull'AIDS.

Si è inoltre verificata una crescente tendenza verso l'offerta di diversi tipi di siringhe particolarmente adatte per eroina e cocaina.

13. Motivi di preccupazione

Per le future prospettive dell'epidemiologia relativa agli IDU, è importante tracciare una distinzione tra le diverse modalità di trasmissione dell'HIV. Di particolare importanza per la prevenzione dell'HIV/AIDS è la conoscenza dello stato di sieropositività e dei comportamenti a rischio. Questi ultimi sono stati oggetto di accurate indagini tra gli IDU dell'Aja e di Amsterdam, sebbene l'incidenza della sieropositività fosse piuttosto bassa.

Tenendo conto della diffusione dell'HIV tra gli IDU in altri paesi, dove i picchi di diffusione sembrano essere associati al momento in cui il virus HIV viene introdotto per la prima volta nelle diverse città, potrebbero esserci ancora delle sorprese per ciò che riguarda l'Olanda.

È altrettanto rilevante il probabile apporto di nuovi assuntori.

Le stime olandesi del numero di assuntori di droghe pesanti sono rimaste costanti per anni e l'età media degli assuntori di droghe pesanti in contatto con strutture sanitarie di strada è andata crescendo.

Non è del tutto chiaro se ciò significhi che le dimensioni del problema delle droghe pesanti siano in fase di diminuzione o se invece i servizi che operano sulla droga, e perciò anche la rete di prevenzione dell'HIV/ AIDS, riescano con difficoltà a stabilire contatti con i giovani nuovi assuntori, per esempio i giovani della seconda generazione appartenenti a minoranze etniche, mentre potrebbe ben essere che precisamente questi giovani nuovi assuntori siano soggetti ad assumere comportamenti a rischio.

VIII RAPPORTO – DICEMBRE 1992

Editoriale

DI CARLA ROSSI.

Questo ottavo rapporto dell'OLD esamina diversi aspetti legati al "problema droga" in Italia, con alcune considerazioni generali.
Il primo intervento parte dalla lucida ed esauriente relazione del Presidente dell'ISTAT **Guido Rey**, "Analisi economica ed evidenza empirica dell'attività illegale in Italia", per analizzare gli aspetti economici dell'"industria" legata agli stupefacenti. Tra l'altro, dai dati riportati nella relazione in merito al fenomeno droga, emerge anche la truffa dei rapporti Jervolino per quanto riguarda i decessi per droga. Infatti, i dati riportati, pur provenendo dalla stessa fonte originale (Ministero dell'Interno, Direzione centrale per i servizi antidroga), sono diversi da quelli contenuti nei rapporti Jervolino e relativi ai periodi di tempo più prossimi, che sono diffusi dall'Osservatorio Permanente sul fenomeno droga dello stesso Ministero dell'Interno. Possiamo concludere a tale proposito che: o l'Osservatorio funziona molto male, come da noi più volte ipotizzato, o l'Osservatorio diffonde volutamente dati sottostimati e non aggiornati per ritardi di notifica rispetto a quelli reali disponibili presso la Direzione centrale dello stesso Ministero. Analizzando più in dettaglio i due rapporti Jervolino del 1992, si scopre che la tabella degli incrementi percentuali dei decessi è totalmente incoerente rispetto ai dati assoluti. Riportiamo nel seguito la tabella "ufficiale" con la colonna corretta in base ai dati assoluti. Per avere un'idea più precisa del peso dei ritardi di notifica, possiamo prendere in esame i dati relativi al 1991.
Nel rapporto Jervolino di gennaio si affermava che i decessi nel '91 erano stati 1.275 (+9,5% rispetto al '90, dato molto positivo se confrontato con l'incremento registrato nell'anno precedente). A giugno lo stesso dato risultava pari a 1.367 ma, nonostante il dato del '90 fosse rimasto invariato, si continuava a riportare un aumento percentuale del 9,5% (percentuale vera: 17,7, errore relativo: 98%).
Il dato contenuto nella relazione di Rey è pari a 1.382 decessi (aumento rispetto al '90 pari al 19%, errore dei rapporti Jervolino: 100%).

ANDAMENTO DECESSI - incremento percentuale (dal Rapporto Jervolino del giugno '92)

anno	rispetto al	rapporto Jervolino	dati veri
1987	1986	+ 75,0%	+ 86,0%
1988	1987	+ 46,0%	+ 49,0%
1989	1988	+ 20,0%	+ 20,4%
1990	1989	+ 18,0%	+ 19,2%
1991	1990	+ 9,5%	+ 19,0%

Dall'andamento degli aggiornamenti relativi ai decessi del 1991 si può stimare che l'errore per difetto sui decessi (valore assoluto) dell'ultimo anno, secondo quanto viene reso pubblico a gennaio è superiore all'8%. Su tale ritardo sistematico si gioca ogni anno, da quando è in vigore la 162/90, per sostenere il benefico effetto della legge sul dato delle morti per droga. Gli aggiornamenti che pervengono nel corso dell'anno non vengono presi in considerazione se non all'inizio dell'anno successivo per ripetere la sistematica "truffa".

Il secondo contributo, di tipo più metodologico, a cura di Carla Rossi e Romano Scozzafava, prende in esame gli errori commessi generalmente dai Media, ma anche da cosiddetti esperti, in merito alla stima della probabilità di passaggio da droghe leggere a droghe pesanti.

Il terzo contributo, a cura di Antonio Marzano, esamina l'andamento dei finanziamenti per la prevenzione, la cura e la riabilitazione elargiti in base alla legge 162, nel 1991.

Il quarto contributo, a cura di Gianni Rezza, tratta il problema degli aspetti dell'epidemia di AIDS in Italia per quanto legato alla tossicodipendenza. Uno dei risultati più interessanti riguarda il fatto che, in base ai dati di un ampio studio di follow-up di sieropositivi condotto in diversi centri, sembra statisticamente dimostrato che continuare nell'uso di droga durante il periodo di incubazione non accellera la progressione verso la malattia. Contrariamente a quanto a volte affermato da proibizionisti Doc.
A completamento di questo intervento riportiamo di seguito i dati relativi all'andamento dell'epidemia di AIDS in Italia, secondo l'ultimo aggiornamento (30/9/92) del Centro Operativo AIDS (COA).

Tabella 1 - Distribuzione dei casi di AIDS per anno e regione di residenza (al 30/9/92)

REGIONE	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	TOTALE
Piemonte	0	0	3	8	37	66	133	162	196	283	159	1.047
V. Aosta	0	0	0	0	0	0	0	1	7	9	2	19
Lombardia	0	2	12	80	166	343	561	792	913	1.105	583	4.557
Trentino-Bolzano	0	0	0	0	1	3	6	5	6	18	19	58
Trentino-Trento	0	0	0	1	2	5	7	15	14	21	20	85
Veneto	0	0	3	11	27	56	95	153	199	209	142	895
Friuli	0	0	1	1	3	10	11	15	24	24	21	110
Liguria	0	0	0	8	28	64	99	143	173	203	121	839
Emilia R.	0	0	7	20	35	117	173	225	282	358	266	1.483
Toscana	0	0	0	12	30	54	100	163	203	205	169	936
Umbria	0	0	0	1	2	2	10	21	11	23	24	94
Marche	0	0	1	2	9	13	35	33	40	57	41	231
Lazio	1	3	3	18	48	122	233	339	402	452	290	1.911
Abruzzo	0	0	0	0	3	8	6	18	24	24	14	97
Molise	0	0	0	0	0	0	0	1	3	3	2	9
Campania	0	0	2	4	16	27	64	74	94	103	101	485
Puglia	0	1	0	5	7	36	49	60	108	139	95	500
Basilicata	0	0	0	0	2	1	3	4	9	10	6	35
Calabria	0	0	0	4	3	15	12	15	36	33	27	145
Sicilia	0	0	2	5	20	38	74	101	163	157	86	646
Sardegna	0	0	0	11	11	33	71	64	104	95	62	451
Estero	0	2	2	4	3	5	11	17	19	20	9	92
Ignota	0	0	0	0	0	0	2	4	16	21	15	58
TOTALE	1	8	36	195	453	1.018	1.755	2.425	3.046	3.572	2.274	14.783

Tabella 2 - Distribuzione dei casi di AIDS per tipo di trasmissione e sesso (al 30/9/92)

	maschi	femmine	Totale	%
TRASMISSIONE ADULTI				
omo/bisex	2.166	-	2.166	15.0
tossicodipendenza	7.762	1.894	9.656	66.8
tossicodipendenza/omo-bisex	362	-	362	2.5
emofilia	162	3	165	1.1
trasfusioni	123	72	195	1.44
eterosessualità	448	581	1.029	7.1
non determinato	709	179	888	6.1
TOTALE ADULTI	**11.732**	**2.729**	**14.461**	**100**
TRASMISSIONE ETEROSESSUALE				
partner omo/bisex	1	13	14	1.4
partner tossicodipendente	217	384	601	58.4
partner tossicodipendente/omo-bisex	-	3	3	0.3
partner emofilico	-	10	10	1.0
partner trasfuso	8	6	14	1.4
partner zone endemiche	138	21	159	15.5
partner non determinato	84	137	233	21.4
prostituzione	-	7	7	0.7
TOTALE ETEROSESSUALI	**448**	**581**	**1.029**	**100.0**
TRASMISSIONE PEDIATRICA				
emofilia	15	-	15	4.7
trasfusioni	2	5	7	2.2
madre tossicodipendente	84	92	176	54.7
madre trasfusa	2	1	3	0.9
partner madre a rischio	44	48	92	28.6
madre non determinata	9	15	24	7.5
altro/non determinato	2	3	5	1.6
TOTALE PEDIATRICI	**158**	**164**	**322**	**100.0**

Tabella 3 - Distribuzione dei casi di AIDS per tipo di trasmissione e regione di residenza (al 30/9/92)

REGIONE	OMO	TD	TD+OMO	EM	TR	CE	PED	FND	TOT
Piemonte	189	639	23	11	17	74	15	79	1.047
V. Aosta	3	12	0	0	1	1	0	2	19
Lombardia	652	3.157	93	23	24	274	84	250	4.557
Trentino Bolzano	11	29	3	6	3	1	3	2	58
Trentino Trento	12	55	0	3	0	8	2	5	85
Veneto	150	582	15	6	9	75	18	40	895
Friuli	31	50	1	2	2	11	1	12	110
Liguria	60	640	12	5	12	58	14	38	839
Emilia R.	189	1.015	33	13	12	108	30	83	1.483
Toscana	226	503	41	21	11	56	14	64	936
Umbria	21	48	2	2	1	7	0	13	94
Marche	35	142	6	0	12	19	3	14	231
Lazio	356	1.111	33	27	17	168	58	141	1.911
Abruzzo	14	53	2	3	3	12	3	7	97
Molise	1	5	0	0	0	0	0	3	9
Campania	55	290	32	21	19	30	8	30	485
Puglia	32	365	18	8	17	28	14	18	500
Basilicata	3	24	0	1	4	2	0	1	35
Calabria	6	80	9	13	8	17	3	9	145
Sicilia	58	435	28	11	20	38	8	48	646
Sardegna	7	370	7	3	5	25	14	20	451
Estero	41	21	4	0	4	16	0	6	92
Ignota	14	30	0	1	1	1	3	8	58
TOTALE	**2.166**	**9.656**	**362**	**180**	**202**	**1.029**	**295**	**893**	**14.783**

OMO=omosessualità; TD=tossicodipendenza; TD+OMO=omosessualità+tossicodipendenza
EM=emofilia; TR=trasfusioni; CE=contatto eterosessuale PED=figlio madre
TD+figlio madre cont.eter+figlio madre fatt. n.d. FND=altro/non determinato

Tabella 4 - Distribuzione dei casi di AIDS per età e sesso (al 30/9/92)						
ETÀ	**MASCHI**	**%**	**FEMMINE**	**%**	**TOTALE**	**%**
0	72	0.6	77	2.7	149	1.0
1-4	55	0.5	69	2.4	124	0.8
5-9	21	0.2	15	0.5	36	0.2
10-12	10	0.1	3	0.1	13	0.1
13-15	10	0.1	2	0.1	12	0.1
16-19	47	0.4	15	0.5	62	0.4
20-24	978	8.2	471	16.3	1.449	9.8
25-29	3.954	33.3	1.155	39.9	5.109	34.6
30-34	3.219	27.1	631	21.8	3.850	26.0
35-39	1.586	13.3	220	7.6	1.806	12.2
40-49	1.266	10.6	139	4.8	1.405	9.5
50-59	490	4.1	54	1.9	544	3.7
60 +	181	1.5	41	1.4	222	1.5
ind	1	0.0	1	0.0	2	0.0
TOTALE	**11.890**	**100.0**	**2.893**	**100.0**	**14.783**	**100.0**

L'economia illegale legata al commercio delle droghe proibite

DI CARLA ROSSI

Ragusa, duello rusticano per un pacchetto regalato. A Palermo venditori abusivi feriscono quattro poliziotti.

Sono solo due dei titoli, apparsi nell'ultimo mese sui giornali, che riguardano episodi di varia violenza legati al blocco del mercato legale delle sigarette.

Se si fosse voluta effettuare un'analisi di scenario Proibizionismo/Antiproibi-zionismo, mediante simulazione, non si sarebbe arrivati ai risultati eclatanti ottenuti come sottoprodotto dello sciopero di pochi addetti al Monopolio di Stato, che ha fatto sparire le sigarette dalle rivendite legali.

Quanto è successo e sta ancora succedendo ha mostrato chiaramente che:

- l'eliminazione di un prodotto dal circuito legale non elimina la domanda e il consumo dello stesso, producendo quindi commercio clandestino;
- l'illegalità del commercio, a fronte di una domanda non ridotta, produce guadagni sproporzionati;
- l'illegalità del mercato, il livello di redditività elevato e l'incompleta soddisfazione della domanda producono violenza.

Tutti questi meccanismi sono perennemente operanti nel circuito delle droghe illegali, dove la situazione è ancor più grave, data la non provvisorietà dell'illegalità che produce un aumento di redditività del prodotto ancor più sensibile. Da qui la necessità dei tossicodipendenti da droghe illegali di divenire anche criminali per poter sostenere i costi necessari a soddisfare le loro esigenze.

I meccanismi economici che "producono" attività illegali sono per la prima volta in Italia analizzati a livello "scientifico" ufficiale nella relazione del Presidente dell'ISTAT **Guido Rey**, *Analisi economica ed evidenza empirica dell'attività legale in Italia* in occasione della riunione della *Società Italiana degli Economisti*. In tale intervento, tra l'altro, si lamenta:

> *Razionalità, irrazionalità, ambiente sociale, fattori ereditari, fattori antropologici, culture subalterne, tradizioni familiari e popolari, etica, religioni, questi ed altri elementi sono stati considerati per studiare la criminalità e i comportamenti illeciti, mentre scarsa considerazione è stata dedicata ai modelli economici per spiegare tali comportamenti e soprattutto per analizzare lo sviluppo della odierna economia del crimine.*

La relazione consta di una prima parte in cui si riportano alcune teorie economiche relative all'oggetto e di una seconda parte di dati. Mi sembra interessante riportare, oltre ai dati, anche alcuni stralci della prima parte che ben possono riferirsi specificamente a quella componente dell'economia illegale che riguarda il traffico di stupefacenti e che, come vedremo, ne costituisce una fetta ben cospicua. Parlando del modello economico dovuto a Becker si dice:

> *il danno complessivo arrecato alla collettività per effetto dell'attività illegale dipende dal numero complessivo dei delitti commessi. Al fine di ridurre l'ammontare del danno sociale derivante dall'attività illegale la collettività*

sostiene dei costi connessi alla deterrenza. Il semplice scopo di ridurre il numero dei reati commessi potrebbe, in linea teorica, essere facilmente perseguito approssimando ad uno la probabilità per i colpevoli di essere condannati ed aggravando le pene in misura sufficiente a far sì che esse eccedano i guadagni derivanti dalle attività illegali. Ciò comporterebbe però un significativo innalzamento dei costi complessivi connessi con l'attività di deterrenza, che potrebbe, a livelli ancora relativamente modesti della probabilità di condanna e della severità delle pene, controbilanciare i vantaggi dell'accresciuta efficacia per quanto riguarda il controllo del crimine. È dunque necessario, sostiene Becker*, tenere allo stesso tempo conto sia del danno sociale provocato dall'attività illegale sia dei costi in cui la collettività incorre nel tentativo di contenerne le dimensioni. Questo equivale a determinare i valori ottimali della probabilità di condanna e della gravità delle pene minimizzando una "funzione di perdita sociale", la quale comprenda tra i suoi argomenti tanto il danno derivante dalla violazione della norma quanto i costi dell'attività di deterrenza e questi costi non sono solo di natura economica.*

C'è anche da tener presente che se aumentare la probabilità di condanna e la severità delle pene può influenzare negativamente l'utilità attesa dal commettere un crimine, la rigidità della domanda (che può non essere facilmente controllabile) può a sua volta determinare un incremento del reddito derivante dallo svolgimento di un'attività illegale, in corrispondenza di un'accresciuta attività di deterrenza. Più avanti si afferma che:

una situazione particolare è quella rappresentata dai casi di commercio illegale, nei quali sovente la presenza di criminalità organizzata in forma monopolistica e quindi "enterprising, safe, and able to corrupt public officials" (Schelling, 1967, p. 393) *è proprio dovuta alla esistenza di leggi che proibiscono l'acquisto o la vendita di determinate merci: senza tale proibizione questo tipo di attività potrebbe infatti non essere sufficientemente remunerativa per un'impresa criminale organizzata su ampia scala, o addirittura potrebbe scomparire. In questo caso l'alternativa tra la struttura monopolistica e quella concorrenziale del mercato viene a coincidere con quella tra proi bizionismo e legalizzazione. Può dunque, in questo tipo di situazioni, essere ritenuta opportuna la legalizzazione di alcune forme di commercio illegale?*

Ricorda Schelling *che:*

In alcuni casi tale politica si è rivelata proficua (gioco d'azzardo, bevande alcooliche). In altre situazioni la risposta non è però altrettanto facile. Un caso tipico, a tale riguardo, è rappresentato dal traffico di stupefacenti. La sua legalizzazione ridurrebbe presumibilmente la profittabilità di tale mercato, con la conseguente scomparsa della criminalità organizzata che probabilmente non potrebbe competere con grandi organizzazioni legali. Ciò potrebbe però comportare l'aumento del consumo di stupefacenti.

La questione si riduce allora, in questo caso, al fatto che "the goal of somewhat reducing the consumption of narcotics (...) is or not outweighted by the costs to society of creating a criminal industry" (Schelling*, 1967, p.393), anche se,*

afferma Schelling*, è necessario tener presente che tali costi non sono comunque indifferenti.*

La prima parte si conclude così:

> *infine, una considerazione sull'accumulazione derivante da attività illegali. Questa accumulazione, in parte rientra nel circuito illegale sotto forma di capitale circolante e di beni strumentali, ma una volta esaurito il ciclo di sviluppo dell'attività ed entrata nella fase di 'maturità' l'accumulazione necessariamente si deve rivolgere o ad altre attività illegali o molto verosimilmente viene investita in attività legali poiché gli unici strumenti per detenere ricchezza sono strumenti legali, finanziari o reali: che questo sia un passaggio delicato dell'attività illegale è stato riconosciuto anche dal legislatore che infine ha approvato una legge che confisca il patrimonio dei criminali*.

Prima di passare ad analizzare i dati riportati nella relazione di Rey, è opportuno fare alcune osservazioni su quanto sopra riportato. La prima osservazione riguarda le norme che puniscono penalmente il possesso di droghe "leggere" in quantità eccedenti la dose media giornaliera e che prevedono l'invio a programmi di recupero per i consumatori trovati in possesso di dosi minori. Dato che è scientificamente provato che tali sostanze non danno dipendenza è evidente che non esiste possibilità di recupero in senso stretto attraverso programmi di disintossicazione o socio-riabilitativi per tali soggetti. Quindi la società viene a sostenere dei costi cui non corrisponde nessun beneficio (oltretutto le droghe leggere, dato il loro prezzo contenuto, non producono microcriminalità). Queste attività sono dunque totalmente in perdita, senza contare i costi sostenuti per l'attività di deterrenza vera e propria svolta dalle forze dell'ordine, che potrebbero essere assai meglio impiegate in altri 'affari'. E per non parlare poi del costo spropositato, che lo stesso consumatore paga quando per pochi grammi di sostanza (poco più della dose media giornaliera) finisce nelle patrie galere, dove il suo mantenimento costa alla collettività più di 200.000 lire al giorno (fonte Nicolò Amato), giova qui ricordare che ben 1000 soggetti nel 1991 sono passati per le carceri per il possesso di non più di 5 grammi di hashish. Da questa permanenza nessuno riceve dei benefici, ma anzi, dato il genere di insegnamento che un giovane rischia di ricevere in tale occasione, è possibile che al momento della scarcerazione anche la società abbia dei danni, se il ragazzo nel frattempo è passato magari a sostanze più pesanti, che hanno una più ampia circolazione nelle carceri, o ha subito danni psicologici di una certa entità.

La seconda osservazione riguarda l'accenno riportato nella relazione al proibizionismo e legalizzazione. Infatti, mentre si riportano con evidenza i risultati positivi raggiunti storicamente nei diversi casi in cui si è passati da leggi proibizionistiche a legalizzazione, si prendono un po' le distanze dalla proposta antiproibizionista sulle droghe senza poter però basare tale affermazione su dati o ipotesi forti; si dice solo che potrebbe aumentare il consumo di sostanze, senza suffragare l'affermazione con nessun dato. Questo è il punto più debole, dal punto di vista scientifico, della bellissima e lucida relazione del *Presidente dell'ISTAT* e sembra piuttosto una debolezza ideologica che stona con tutto il resto. Tra l'altro i dati,

sia pur limitati, in proposito non mancano, basti pensare alle sperimentazioni di somministrazione controllata di eroina a Liverpool, la depenalizzazione di fatto delle droghe leggere ad Amsterdam, le future sperimentazioni previste in Svizzera e in Australia, di cui speriamo di avere presto notizie più dettagliate.
Passiamo adesso ad analizzare i dati riportati nella relazione (per le fonti si rimanda la relazione stessa). Per semplicità di lettura riportiamo di seguito le tavole e i grafici inseriti nella relazione commentandoli brevemente (sono dati che parlano da soli). Dalle tavole e dai grafici risultano evidenti alcuni fenomeni:

- l'enorme impulso che le attività illegali hanno avuto a partire dall'inizio degli anni 70 (tav.1);
- la diversa concentrazione delle attività nelle grandi città rispetto al resto del territorio (tav.2) e nelle regioni meridionali (grafici 4,5,6);
- il peso preponderante dei delitti contro l'economia e la fede pubblica negli ultimi anni pari al 47% del totale nel 1988 e al 41% nel 1991 (si fa notare che in tale voce sono compresi i delitti sugli stupefacenti), occorre osservare che si tratta dei delitti per cui l'autorità giudiziaria ha iniziato azione penale e che, di conseguenza, il dato del 1991 potrebbe essere sottostimato (tav.3).

Analoghe informazioni si hanno dal grafico 3, che evidenzia come l'andamento del totale dei delitti tra il 1971 e il 1991 sia determinato principalmente da quelli relativi ai delitti denunciati (l'*ISTAT* stima che i reati non denunciati siano circa il 38%) contro il patrimonio (furti, scippi ecc.) e quelli contro l'economia.
La tavola 4 parla da sola. Osserviamo solo che: i dati sui decessi sono diversi da quelli riportati nei rapporti Jervolino e assai meno lusinghieri (l'aumento dal 1990 al 1991 risulta pari al 19% e non al 9,5% come baldanzosamente sostenuto nel suddetto rapporto di gennaio '92). Ci viene il sospetto che solo al *Presidente dell'ISTAT* il Ministero dell'Interno abbia finalmente confidato i dati veri. Tale incremento risulta pari a quello riscontrato nell'anno precedente, che è poi quello dell'entrata in vigore della legge, e ancora è circa uguale a quello dell'anno ancora precedente, mentre un aumento maggiore si era riscontrato prima. È pertanto falso affermare l'impatto positivo della 162 sui decessi il cui incremento risulta pressoché costante tra il 1988 e il 1991.
C'è ancora da segnalare quanto avevamo già evidenziato in un nostro precedente rapporto e cioè l'andamento altalenante dei sequestri di droghe leggere che è un indizio di quanto riferito anche dalle forze dell'ordine e cioè del fatto che in alcuni periodi si assiste alla quasi totale sparizione dal mercato delle sostanze leggere (che si tratti di manovre della criminalità per attirare i consumatori di tali sostanze verso quelle più pesanti?). Altro che teoria del passaggio! (*vedi intervento in proposito in questo stesso rapporto*).
La tavola 5 è particolarmente preoccupante in quanto evidenzia il sempre maggior coinvolgimento dei minori in attività illegali (per lo più sono proprio attività legate agli stupefacenti, spesso anche i furti lo sono dato che in gran parte sono effettuati da tossicodipendenti in cerca di denaro per la droga).
Se si tiene conto del calo demografico degli ultimi anni il fenomeno diventa ancora più eclatante.

Le tavole 6 e 7 sono illuminanti, in particolare per quanto riguarda il commercio di stupefacenti, che risulta la prima delle attività illegali in quanto a numero di addetti (65.000 contro 64.000 circa impiegati in tutte le attività di redistribuzione) e anche quella con il maggior giro di affari (tav.6), nonché con il maggior reddito disponibile pro capite per gli addetti (tav.7).
Non credo occorrano ulteriori commenti ai dati riportati. Occorre solo intervenire in fretta e a tutti i livelli.

TAVOLA 1 - Confronto decennio 1921/1930 ed anni 1951, 1971, 1981, 1991. Coefficienti per 100.000 abitanti

DELITTI	1921-30	1951	1971	1981	1991
CONTRO LA PERSONA di cui:			341,4	286,5	210,2
omicidi consumati e tentati	9,7	5,0	2,8	4,3	6,8
percosse, lesioni	268,6	225,7	70,5	62,3	57,0
ingiurie e diffamazioni	157,3	87,2	43,7	34,5	29,8
CONTRO IL PATRIMONIO di cui:			1.487,0	2.485,1	3.904,0
furti	513,4	571,3	1.383,5	2.278,1	3.410,6
rapine, estorsioni, sequestri	13,4	7,9	8,6	49,9	120,6
truffe	83,3	85,8	28,0	37,8	58,0
CONTRO L'ECONOMIA E LA FEDE PUBBLICA di cui:			311,7	516,9	570,9
emissione assegni a vuoto			244,1	373,9	307,6
altri delitti	575,8	444,8	184,0	166,8	191,9
TOTALE	1.650,2	1.483,6	2.324,2	3.455,2	4.877,1

TAVOLA 2 - Totale delitti - coefficienti su 100.000 abitanti Capoluoghi e altri comuni - Anni 1983-1991

anni	capoluoghi		altri comuni		altri comuni/capoluoghi	
	10 grandi province	resto Italia	10 grandi province	resto Italia	10 grandi province	resto Italia
1983	4.331,3	2.423,2	1.813,3	1.378,9	41,9	56,9
1985	4.935,3	2.734,2	2.000,8	1.559,0	40,5	57,0
1987	6.527,8	3.787,0	2.866,1	2.148,2	43,9	56,7
1989	7.876,6	5.056,7	3.265,1	1.830,4	41,5	36,2
1991	9.925,6	6.581,1	4.607,7	2.307,9	46,4	35,1

TAVOLA 3 – Delitti denunciati per i quali l'autorità giudiziaria ha iniziato l'azione penale per classi di delitti.

classi di delitti	1988 totale	1988 di cui stranieri	1988 % sul totale	1991 totale	1991 di cui stranieri	1991 % sul totale
CONTRO LA PERSONA	116.690	1.897	1,6	64.860	1.193	1,8
CONTRO LA FAMIGLIA, LA MORALITÀ,	13.193	303	2,3	8.247	233	2,8
CONTRO IL PATRIMONIO	137.740	8.162	5,9	135.808	11.912	8,8
CONTRO L'ECONOMIA, LA FEDE PUBBLICA *	360.089	8.425	2,3	207.689	5.638	2,7
CONTRO LO STATO, ALTRE ISTITUZIONI SOCIALI, L'ORDINE	49.386	1.244	2,5	31.698	866	2,7
ALTRI DELITTI	87.512	1.105	1,3	57.978	1.465	2,5
TOTALE	**764.610**	**21.136**	**2,8**	**506.280**	**21.307**	**4,2**

* comprende i delitti sugli stupefacenti

TAB.4 Attività di contrasto attuate dalla Direzione Centrale per i servizi antidroga anni 1985-1991

		1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
operazioni contro traffico e spaccio	numero	8.694	8.918	12.108	16.760	16.179	16.606	21.150
eroina	Kg	276	333	322	574	685	901	1.540
cocaina		104	126	320	616	667	805	1.290
cannabis		1.449	16.039	13.043	7.168	23.236	7.886	9.720
persone denunciate	numero	18.571	18.040	22.972	28.688	26.179	24.648	30.622
persone segnalate	numero	8.565	9.823	14.266	19.424	19.069	11.589	22.227
decessi	numero	242	292	543	809	974	1.161	1.382

Fonte:Ministero dell'Interno. Direzione centrale per i servizi antidroga.

TAB.5 Minorenni denunciati Anni 1986/1991

classi di delitti	1986	1987	1988	1989	1990	1991
CONTRO LA PERSONA	3.064	3.225	4.215	4.587	6.223	7.390
di cui lesioni personali	975	1.153	1.534	1.655	2.144	2.355
CONTRO LA FAMIGLIA, LA MORALITÀ, IL BUONCOSTUME	279	312	403	326	437	399
CONTRO IL PATRIMONIO	13.720	14.128	15.681	19.014	28.423	29.793
di cui furto	10.526	10.560	12.069	14.861	22.259	22.124
rapina	747	965	866	943	1.307	1.386
INFRAZIONI LEGGE SUGLI STUPEFACENTI (l.685/75; dpr 309/90)	715	1.288	1.843	2.083	2.181	2.733
ALTRI DELITTI	1.950	2.311	2.381	3.104	3.787	4.662
TOTALE	**19.728**	**21.264**	**24.523**	**29.114**	**41.051**	**44.977**
di cui minori di 14 anni	2.728	2.759	3.420	5.398	8.756	9.195

TAB.6 Giro d'affari e persone coinvolte nelle attività illegali (anno 1990 miliardi di lire)

	PERSONE COINVOLTE	GIRO DI AFFARI
ATTIVITÀ DI REDISTRIBUZIONE		
FURTI E RAPINE		
opere d'arte	-	114
merci su autoveicoli	2.000	768
relativi autoveicoli pesanti (a)	-	
di autoveicoli (b)	5-8.000	1.930(a+b+c)
su autoveicoli (c)	3-5.000	
in appartamenti	10.000	2.210
in negozi	5.000	505
altri furti	10.000	650
rapine a banche	1.000	105
rapine ad uffici postali	300	35
rapine a gioiellerie e connessi	800	40
altre rapine	3.000	26
furti a banche	100	52
ALTRI REATI		
estorsioni	10.000	1.400
truffe	10.000	800
sequestri di persona	42	15
frodi in danno CEE (*)	719	156
ATTIVITÀ DI PRODUZIONE		
contrabbando tabacchi	-	700
trafficanti	2.000	-
minutanti	-	-
Sfruttamento e favoreggiamento prostituzione	6.000	845
gioco clandestino	15.000	2.000
produzione e commercio stupefacenti		
trafficanti	10.000	2.800-4.900
spacciatori	55.000	5.300-6.800
traffico d'armi	-	60
aborti clandestini	-	54
tangenti pagate	-	-
usura	5.000	1.300
ricettazione	8.000	1.326-1.908
falsi marchi	-	-
falsi valutari	-	2
frodi alimentari (*)	-	247

^ dato globalmente non disponibile
(*) dato relativo alle sole operazioni effettuate dalla G.di F.

TAB.7 Fatturato e reddito pro-capite per settore di attività illegale (anno 1990 milioni di lire)

	FATTURATO (produzione)	REDDITO DISPONIBILE
ATTIVITÀ DI REDISTRIBUZIONE		
FURTI E RAPINE		
opere d'arte	NV	NV
merci su autoveicoli	384	19-26
relativi autoveicoli pesanti (a)		
di autoveicoli (b)	184 (a,b,c)	37-46(a+b+c)
su autoveicoli (c)		
in appartamenti	221	nov-55
in negozi	101	mag-25
altri furti	65	mar-16
rapine a banche	105	105
rapine ad uffici postali	117	117
rapine a gioiellerie e connessi	50	ott-15
altre rapine	9	0,3-2
furti a banche	520	NV
ALTRI REATI		
estorsioni	140	140
truffe	80	NV
sequestri di persona	357	NV
frodi in danno CEE (*)	217	NV
ATTIVITÀ DI PRODUZIONE		
contrabbando tabacchi	-	-
trafficanti	NV	148
minutanti	NV	NV
Sfruttamento e favoreggiamento prostituzione	140	140
gioco clandestino	133	80
produzione e commercio stupefacenti		
trafficanti	280-490	160-300
spacciatori	96-124	34-52
traffico d'armi	-	-
aborti clandestini	NV	NV
Tangenti pagate	NV	NV
Usura	260	NV
Ricettazione	166-238	NV
falsi marchi	-	-
falsi valutari	-	-
frodi alimentari (*)	NV	NV

per memoria: dati di contabilità nazionale relativi al totale dei servizi vendibili - anno 1990(milioni di lire);
valore aggiunto per addetto: 54,8; reddito da lavoro per dipendente: 35.8;
risultato lordo di gestione per indipendente: 97.7
NV non valutabile per carenze parziali di informazioni
- dato globalmente non disponibile
(*) dato relativo alle sole operazioni effettuate dalla G.di F.

Grafico 3 – Delitti 1971-1981-1991 (su 100.000 abitanti)

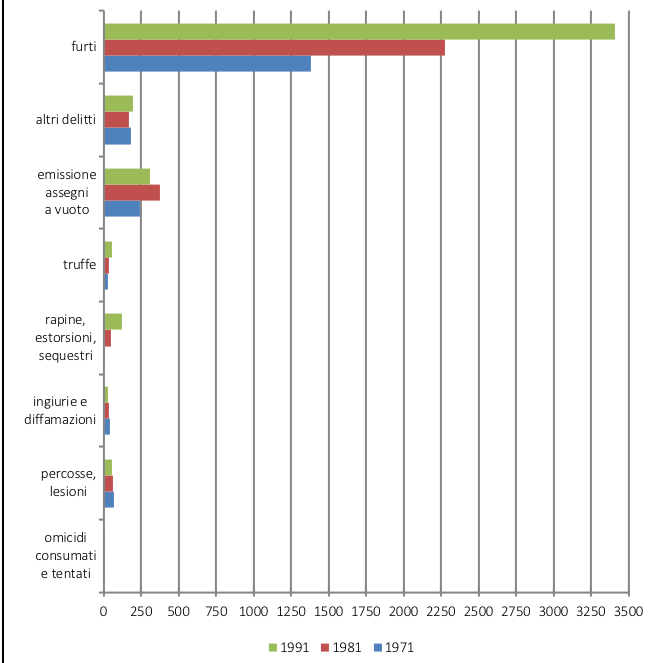


Grafico 4 – Omicidi consumati (su 100.000 abitanti)

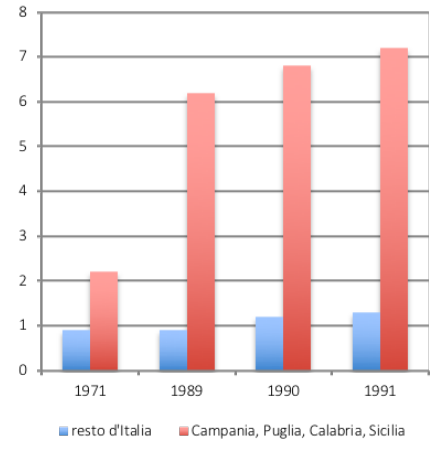


Grafico 5 – Rapine (su 100.000 abitanti)

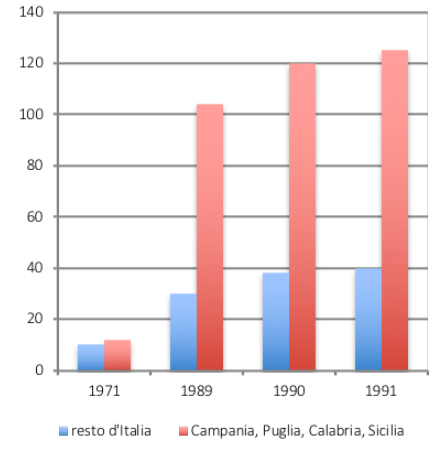


Grafico 6 – Estorsioni
(su 100.000 abitanti)

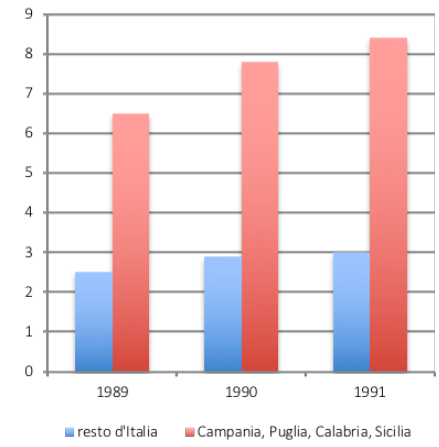


Grafico 7 – Attentati dinamitardi o incendiari
(su 100.000 abitanti)

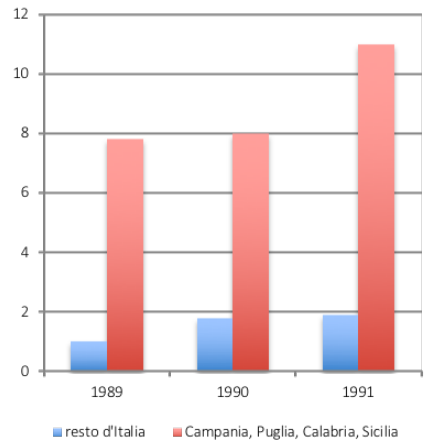


Grafico 8 – Totale delitti
(su 100.000 abitanti)

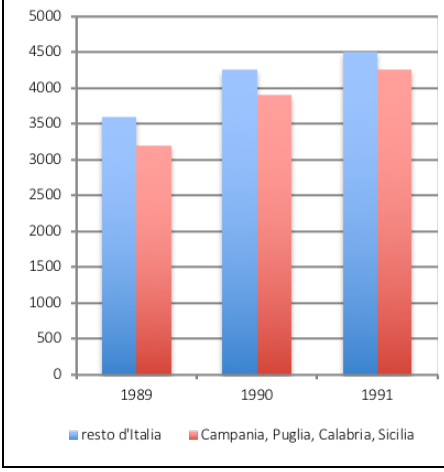


Grafico 9 – Furti
(su 100.000 abitanti)

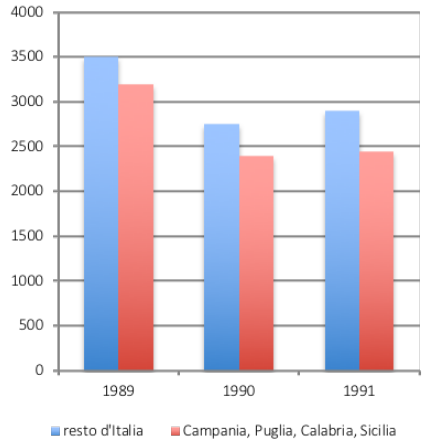
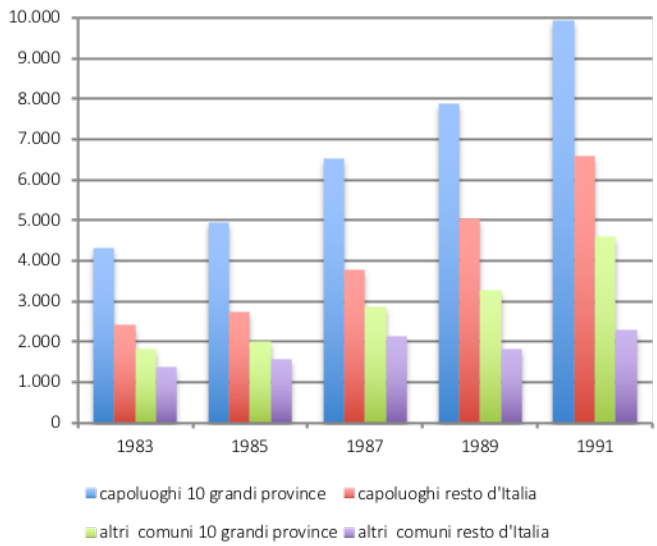


Grafico 10 – Totale delitti (su 100.000 abitanti)



Perché è falsa la teoria del passaggio
(da droghe leggere a droghe pesanti).

DI CARLA ROSSI E ROMANO SCOZZAFAVA

1. Introduzione.

- In questo periodo, su televisioni pubbliche e private, su quotidiani e settimanali, c'è un gran fervore di programmi e articoli sui problemi della droga, con discussioni e dibattiti sulla punibilità e sul recupero dei tossicodipendenti: gli aspetti emotivi prevalgono su quelli razionali, si indaga sulle storie individuali e si interroga il consumatore di droghe per sapere, in particolare, se fumava spinelli (cioè le cosiddette droghe "leggere", come hascisc e marijuana) prima di diventare tossicodipendente.

La risposta è di solito affermativa, e nei dibattiti questo fatto viene regolarmente usato per sostenere la necessità di proibire anche queste sostanze, che sarebbero la "porta di ingresso" alla tossicodipendenza.

- Ma è corretto, se si vuole studiare se un certo **fatto A** *(per esempio, fumare spinelli)* è causa di un **fenomeno B** *(per esempio, essere tossicodipendenti)*, contare quante volte il verificarsi di **B** è preceduto da **A**?

La risposta è "no": se si chiedesse infatti ai tossicodipendenti se attraversano le strisce pedonali solo quando il semaforo è verde (**fatto A**), la risposta sarebbe quasi sempre affermativa, ma ciò non consente di concludere che attraversare con il verde porta alla tossicodipendenza (**fatto B**)! Così pure, se si chiedesse ai tossicodipendenti se da piccoli succhiavano ogni tanto qualche caramella, si avrebbe un gran numero di risposte positive, e tuttavia succhiare caramelle da piccoli (**fatto A**) non aumenta la possibilità di diventare consumatori di droghe (**fatto B**).
Quindi, se si vuole cercare una presunta relazione di causa-effetto fra un **fatto A** *(uso di droghe leggere)* ed un **fatto B** *(tossicodipendenza)*, va completamente rovesciato il modo di ragionare: occorre esaminare, tutte le volte che si osserva il **fatto A**, quante volte esso è seguito dal verificarsi di **B**.
Infatti, possiamo escludere, per esempio, che attraversare col verde o succhiare caramelle porti al consumo di droghe, perché osservando un gran numero di persone che compiono quegli atti possiamo constatare che esse, di solito, non diventano anche tossicodipendenti.
In conclusione, quindi, è fra i consumatori di spinelli che andrebbe fatta un'indagine per vedere quanti diventeranno consumatori di droghe "pesanti", e non viceversa: ma è stata mai fatta una tale indagine?

2. Qual è l'uso corretto dei dati disponibili.

- Vediamo innanzi tutto come si può impostare statisticamente in modo corretto il problema di stimare la probabilità di passaggio da droghe leggere a droghe pesanti. Occorre fare uso di osservazioni su individui classificati in base a due caratteristiche *(uso di droghe leggere/uso di droghe pesanti)* che per ogni individuo osservato possono essere positive o negative, rispettivamente.

- Dato un certo numero **N** di individui possiamo rappresentare i nostri dati mediante la seguente tabella, nella quale indichiamo con **+** e **-**, rispettivamente, la presenza e l'assenza della caratteristica considerata.

Tabella 1

L	+	-	Ptot.
P			
+	N++	N+-	N+*
-	N-+	N--	N-*
Ltot.	N*+	N*-	N (totale osservazioni)

- Dove con L si denota la caratteristica "uso di droghe leggere" e con P la caratteristica "uso di droghe pesanti".
- N++ è il numero di individui nei quali sono presenti entrambe le caratteristiche;
- N+- è il numero di individui nei quali è presente la prima (P) e assente la seconda (L);
- N+* è la somma di questi primi due valori, si tratta cioè degli individui con la caratteristica P;
- N-+ è il numero di individui nei quali è assente P e presente L;
- N-- è il numero di individui nei quali sono assenti entrambe le caratteristiche;
- N-* è il numero di individui senza la caratteristica P (somma dei due valori precedenti);
- In modo del tutto analogo N*+ è il totale degli individui con la caratteristica L mentre N*- è il totale degli individui in cui tale caratteristica è assente.
- In linguaggio statistico una tabella come quella riportata si chiama tabella di contingenza.
- La probabilità di passaggio dalle droghe leggere a quelle pesanti si può valutare mediante il rapporto tra N++ e N*+, cioè tra il numero di individui che sono risultati positivi a entrambe le caratteristiche rispetto al numero di individui che usano le droghe leggere (L).

Quello che invece in genere si fa è di rapportare il numero di individui con entrambe le caratteristiche al numero di individui che usano le droghe pesanti (**P**). Tale rapporto però, non solo non può essere considerata una valutazione della quantità che interessa, ma addirittura non ha alcun legame con essa, come vedremo facilmente con degli esempi numerici che completeranno il discorso delle caramelle.

<u>Partiamo prima da un problema un po' diverso.</u>

- Consideriamo un campione di giovani, che supponiamo rappresentativo della popolazione italiana giovanile (tra 15 e 40 anni) e classifichiamo gli individui in base alle seguenti caratteristiche: **S**=sesso, **F**=fumo. Supponiamo di aver osservato i seguenti dati, relativi ai soli fumatori.

Tabella 2

F	+	-	Ftot.
S			
M	200	?	?
F	800	?	?
Stot.	1000	?	?

Si può concludere che essere donne favorisce, con probabilità dello 0,8=80%, il fumo?

- Sulla base dei numeri riportati sopra si può solo concludere il contrario e cioè che tra i fumatori è più facile trovare delle donne. Ma in realtà si può dire anche di più. Infatti, abbiamo supposto che il campione fosse rappresentativo della popolazione giovanile italiana. Se è noto qual è la proporzione di fumatori, allora possiamo rispondere anche alla prima domanda.
  Supponiamo di sapere che circa la metà dei giovani considerati sono donne e che circa 1/3 dei giovani fuma: allora la tabella precedente può essere completata con buona approssimazione.

Tabella 3

F	+	-	Ftot.
S			
M	200	1800	2000
F	800	1200	2000
Stot.	1000	3000	4000

Valutando la probabilità di fumo riferita alle donne, si ottiene un valore inferiore al 50%, cioè:

- probabilità (che una donna diventi fumatrice) = 0,4 = 40%.

3. Probabilità di passaggio dalle droghe leggere a quelle pesanti

Proviamo ad applicare queste considerazioni al caso che ci interessa.

- Dunque, generalmente si osserva un campione di tossicodipendenti *(in genere da eroina)* e si chiede loro se hanno fatto uso prima anche di droghe leggere (*in genere hashish o marijuana)*.
  Se si interpellano 1.000 tossicodipendenti e 750 di essi dichiarano di aver fatto uso, prima, di droghe leggere, si ha a che fare con una tabella come la seguente (**P** e **L** hanno lo stesso significato della tabella 1).

Tabella 4

L	++	-	Ptot.
P			
+	750	250	1000
-	?	?	?
Ltot.	?	?	?

- Per completare la tabella in modo ragionevole occorre supporre che i 1.000 consumatori di droghe pesanti facciano parte di un campione rappresentativo rispetto ad entrambe le caratteristiche considerate.

Dato che si stima la presenza in Italia di circa 180.000 tossicodipendenti da droghe pesanti *(fonte Criminalpol)* e circa 2.000.000 di consumatori di droghe leggere *(come riportato, ad esempio, da tutti gli organi di stampa in occasione dell'arresto di Patty Pravo)*, si può fare una prima integrazione della tabella, basandosi sulle seguenti considerazioni.

Supponendo che fra i 180.000 tossicodipendenti si abbia la stessa percentuale di consumatori di droghe leggere osservata sui 1.000 interpellati, si avrà **N++** = 135.000 (cioè i 3/4 di 180.000), e quindi **N-+** = 1.865.000 (2.000.000-135.000).

Estrapolando dalla tabella precedente, si può così stimare il numero dei consumatori di sole droghe da confrontare con i 1.000 tossicodipendenti: mediante una semplice proporzione si trova il valore 10.361, e quindi si ha la tabella:

Tabella 5

L	+	-	Ptot.
P			
+	750	250	1000
-	10361	?	?
Ltot.	11111	?	?

- Si potrebbe, con altre ipotesi ragionevoli, completare la tabella, ma non occorre perché abbiamo già il dato che ci interessa e ci permette di stimare la probabilità di passaggio:

  Probabilità *(di passaggio da droghe leggere a droghe pesanti)* = (750/11.111) = 6.75%.

Osserviamo che, anche se tutti i consumatori di droghe pesanti avessero fatto uso prima di droghe leggere, la probabilità di passaggio sarebbe comunque bassa: rifacendo i calcoli precedenti, si trova 10.111 invece di 10.361, e quindi Ltot=10.861, da cui:

Probabilità *(di passaggio da droghe leggere a droghe pesanti)* = (1.000/10.861) = 9,2%

di solito, invece i dati della tabella 4 vengono del tutto erroneamente interpretati, pensando (o lasciando credere) che la probabilità di passaggio da droghe leggere a droghe pesanti sia del 75%!

Analisi dei progetti finanziati ai Comuni nel 1992

DI ANTONIO MARZANO

Come già fatto per il 1991, abbiamo preso in esame, nei suoi vari aspetti, l'elenco dei progetti finanziati attraverso i fondi del *FNILD* ai Comuni per il 1992.

- La ripartizione tipologica dei progetti è stata fatta con gli stessi criteri adottati nell'esame relativo ai fondi del 1991. In sostanza, i progetti sono stati suddivisi secondo 5 categorie, corrispondenti alle diverse finalità cui essi sono destinati: **Prevenzione**, **Recupero**, **Riabilitazione**, **Contenimento AIDS**, **Varie**.

In **tabella A** riportiamo i dati relativi al numero dei progetti finanziati, regione per regione, secondo le diverse tipologie. Come al solito, riportiamo anche i totali parziali relativi alle aree geografiche considerate nei precedenti studi: *Nord, Centro, Sud, Isole, Mezzogiorno (= Sud+Isole)*. Abbiamo inoltre calcolato, per ogni regione ed area geografica, l'ammontare del finanziamento medio per progetto, ottenuto dividendo il totale dei finanziamenti erogati per il numero dei progetti finanziati.

In **tabella B**, invece, analogamente a quanto già fatto per il 1991, abbiamo preso in esame i dati relativi ai soli progetti finalizzati al contenimento dell'infezione da HIV (in tabella: **Anti-Aids**), corrispondenti alla tipologia 4, calcolandone l'incidenza percentuale, per numero ed entità dei finanziamenti, rispetto al totale dei progetti finanziati, e facendone il raffronto -per differenza- con le omologhe percentuali relative al 1991. Abbiamo inoltre inserito in tabella il dato relativo a quelle somme erogate a favore dei soli progetti che prevedono l'installazione di macchine per la distribuzione e lo scambio delle siringhe.

A questo punto, ci sembra opportuno, fare alcune considerazioni che investono l'aspetto quantitativo e qualitativo dei dati contenuti nelle tabelle.

- Innanzitutto, spicca il considerevole aumento dei progetti ammessi al finanziamento, passati da 590 a 962 (+63,05% rispetto al 1991), cui corrisponde un incremento delle somme erogate pari solo al 10,17%.

È evidente che questo produce una riduzione del finanziamento medio per progetto, che passa dai 157.278.254 del 1991 ai 106.270.152 del 1992 (-32,43%).

In secondo luogo, notiamo (con soddisfazione) che i progetti rientranti nella tipologia 4 (**Anti-Aids**), sono molto più numerosi rispetto al 1991, registrando gli aumenti più consistenti al *Nord* (+600%), mentre al *Sud* e nelle *Isole* (dove erano del tutto assenti nel 1991) se ne registra la comparsa (4 al *Sud*, 3 nelle *Isole*), sia pure in maniera limitata rispetto alle altre aree geografiche (12,5% nel *Mezzogiorno*, 12,5% al *Centro*, 75% al *Nord* nel 1992).

Si nota inoltre un notevole incremento delle somme stanziate per il finanziamento dei programmi di installazione delle macchine scambia siringhe. A fronte di soli 4 programmi finanziati nel 1991 (per 200.000.000 in totale), per quest'anno le somme destinate ammontano a 2.095.112.000.

In totale si è passati per l'insieme dei progetti finalizzati al **Contenimento AIDS**, dal 1.308.144.530 del 1991, ai 4.331.494.820 di quest'anno (+231,12%).

Un altro dato che risalta, ma che potrebbe non essere così significativo, è che, a fronte di un incremento del totale dei progetti finanziati nel 1992 rispetto al 1991 (+63,05%), si registra un decremento delle tipologie 2 e 3 finalizzati al **Recupero** (-14,26%) e alla **Riabilitazione** (-24,24%). Per la tipologia 2, poi, mentre al *Nord* si verifica un considerevole aumento (+111,76%), al *Centro* (-28,57%) e nel *Mezzogiorno* (-50%) il numero dei progetti accolti è in diminuzione. Fenomeno analogo avviene per quelli di tipologia 3, sia pure con un aumento più contenuto al *Nord* (+35%).
Nel campo della **Prevenzione**, invece, gli aumenti sono distribuiti in maniera più equilibrata (+86,70% al *Nord*, +137,50% al *Centro*, +72,86% nel *Mezzogiorno*).
Questo insieme di dati potrebbe essere sintomatico di una flessione nel fabbisogno di strutture per **Recupero** e **Riabilitazione** dei tossicodipendenti, e quindi di un tendenziale decremento del numero di questi e della rilevanza del fenomeno nel suo complesso. Ma non ci azzardiamo a tirare delle conclusioni da un insieme di dati troppo isolati e casuali.
Quello che, però, si può affermare con certezza è che comunque si è preferito favorire l'attuazione di programmi per il **Recupero** e la **Riabilitazione** al *Nord*, e di penalizzarli al *Centro* e nel *Mezzogiorno*, dove si è invece puntato decisamente sulla **Prevenzione**.
Notiamo inoltre come la vaghezza di molti progetti (inseriti nella voce **Varie**), già riscontrata nel precedente elenco di progetti del 1991, si ripeta in moltissimi casi anche quest'anno. Non basta. Si ripete, anche quest'anno, la scelta di finanziare programmi i cui titoli non toccano neanche marginalmente il problema delle tossicodipendenze. Ad esempio, si rifinanzia in Calabria, il già citato "*Programma di riabilitazione di azienda avicola - costruzione di unità di trasformazione*" con la somma di lire 990.000.000, che si vanno ad aggiungere al 1.400.000.000 già concesso per il 1991. A questo punto, ci piacerebbe conoscere le reali finalità del progetto perché, malgrado tutta la buona volontà, non riusciamo proprio ad intravedere alcun nesso tra la riabilitazione dell'azienda e relativa costruzione di una fantomatica unità di trasformazione, ed il problema delle tossicodipendenze in *Calabria*. Anzi, una volta appurata, come temiamo, l'inesistenza di ogni nesso fra polli e tossicodipendenti (a meno che in *Calabria* i trafficanti non siano così abili da spacciare eroina anche agli animali), vorremmo almeno avere la soddisfazione di sapere che questa azienda esista realmente e che i fondi stanziati e concessi siano serviti almeno alla costruzione dei macchinari e delle strutture citati nel titolo, e non ad altro. Si tenga conto, per inciso, che circa 1/5 della totalità dei finanziamenti destinati alla *Calabria*, finiscono nelle casse di questa azienda: non ci sembra un contributo trascurabile.
A proposito dei progetti dai contenuti non del tutto pertinenti, segnaliamo alcuni progetti finanziati a *Castiglione del Lago* per 100.000.000 e finalizzati a una serie di attività artistiche e culturali (musica, teatro, ecc.) e una proposta di laboratorio teatrale a *Perugia*; alcuni progetti finalizzati al sostegno di associazioni sportive e polisportive, corsi di musica, corsi di formazione per olivicoltori e financo l'installazione di un ambulatorio odontoiatrico a *Faenza*. Ci sembra doveroso esigere

dal Ministero una più completa documentazione relativa a progetti formalmente così distanti dai contenuti del fenomeno delle tossicodipendenze. Riguardo all'intenzione di evitare le cosiddette duplicazioni di finanziamento (manifestata nell'ultima relazione del Ministro a pag.20), notiamo come invece in *Emilia Romagna* siano stati finanziati ben 5 centri studi e laboratori di ricerca sulle tossicodipendenze, per somme oscillanti fra i 60 e gli 80 milioni, per un totale di 360 milioni. Ci chiediamo se non fosse preferibile finanziare un unico centro studi a scala regionale cui destinare magari l'intero stanziamento. Analogo discorso in *Abruzzo*, dove nella stessa città, *Pescara*, sono stati finanziati 2 progetti finalizzati all'istituzione di 2 centri di documentazione e Banca dati. Significativo, inoltre, un progetto intitolato: *Progetto per la prevenzione delle tossicodipendenze e lotta all'evasione scolastica e al disagio giovanile* non tanto per le finalità dichiarate, ma per il contenutissimo finanziamento concesso (20.000.000) e per la localizzazione tristemente famosa: il comune calabrese di *Platì*. Ora, certo, non mettiamo in dubbio la buona fede dei promotori dell'iniziativa, né l'esistenza, a *Platì*, dei problemi evocati nel titolo. Ma non crediamo comunque che il rischio primario cui vanno incontro i giovani di *Platì* sia costituito dalla droga. Ci piacerebbe sapere come verrà data attuazione al programma, quando e con quali strumenti.

- A proposito dei tempi di attivazione dei progetti finanziati, ricordiamo che, riguardo ai finanziamenti del 1991, il Ministro aveva comunicato che 19 dei 244 Comuni (il 6,97%) e 3 su 15 (20%) delle Regioni finanziate, non avevano dato comunicazione dell'avvio dei progetti nei tempi previsti dalla legge.

Siamo curiosi di sapere se tale comunicazione sia poi pervenuta al Ministero, e, soprattutto, se siano stati finanziati nuovamente, per il 1992, Comuni e Regioni inadempienti. Crediamo, però, che il Ministero non abbia predisposto alcun tipo di controllo, salvo appunto limitarsi a prendere atto delle comunicazioni di avvio delle iniziative. Questa (presunta) assenza di controlli è assai grave e rischia di vanificare l'efficacia dei finanziamenti e di incentivare lo sperpero di risorse in un settore così delicato. Insospettisce un po', al proposito, l'incremento delle iniziative finanziate per il 1992, che supponiamo proporzionale ad un parallelo aumento delle domande pervenute. Il rischio è che assenza di controlli da un lato, e colpevole tendenza ai "finanziamenti a pioggia" dall'altro, favoriscano il pullulare di domande di finanziamento per programmi ed iniziative sulla cui credibilità ed efficacia certo non giureremmo.

Un sintomo della plausibilità di questi timori potrebbe essere costituito proprio dalla drastica contrazione del finanziamento medio per progetto. Questo valore era pari, come già detto, a lire 157.278.254 nel 1991, mentre per quest'anno è sceso a lire 106.270.152. Non vogliamo trarne delle conclusioni gratuite, ma certo dobbiamo dire che l'efficacia di un programma (di prevenzione, recupero, ecc.) qualunque sia il suo obiettivo, è funzione della somma di denaro necessaria per attivarlo: quanto maggiore è questa somma, tanto maggiore è l'efficacia di quel programma. Vogliamo dire che un programma A, più completo ed articolato, ad esempio, e per questo più costoso, dovrebbe ottenere risultati ben maggiori di

quelli conseguibili attraverso una somma di programmi (B+C+D) più limitati, sia pure finanziati con una somma globale pari a quella del programma A. Cioè, una polverizzazione dei finanziamenti, a parità di somme totali spese, produrrà probabilmente una perdita globale di efficacia nel raggiungimento degli obiettivi. Purtroppo, il criterio dei "finanziamenti a pioggia" prescelto, sembra giustificare i nostri timori, perché asseconda la partitocratica visione di tipo assistenzialistico piuttosto che guardare lucidamente all'urgenza dei problemi da affrontare. E si privilegia una distribuzione di piccoli finanziamenti in ambito locale per iniziative di limitato respiro, piuttosto che attivare programmi efficaci su scala territoriale più vasta.

TAB.A Ripartizione progetti finanziati ai Comuni nel 1992 e finanziamenti medi per progetto *(raffronti con il 1991)*

	Prevenzione	Recupero	Riabilitazione	Contenimento AIDS	Varie	Totale	Finanziamenti	
							Totali (per mille)	medio/programma (LIRE/progetto)
Piemonte	52	3	4	7	11	77	5.826.262	75.665.740
V. Aosta	--	--	--	--	--	--	--	--
Lombardia	88	5	4	8	4	109	10.586.496	97.123.816
Trentino	4	0	0	0	1	5	715.000	143.000.000
Veneto	46	7	3	0	11	67	5.964.000	89.014.925
Friuli	16	3	0	2	0	21	2.862.016	136.286.476
Liguria	14	1	2	2	6	25	3.450.924	138.036.960
Emilia R.	77	17	14	23	11	142	7.300.350	51.410.915
	297	*36*	*27*	*42*	*44*	*446*	*36.705.048*	*82.298.314*
NORD	*(+86,7%)*	*(+111,8%)*	*(+35,0%)*	*(+600,0%)*	*(+131,6%)*	*(+100,9%)*		*(152.274.486)*
	45,5 *66,6*	*42,9* *8,1*	*54,0* *6,1*	*75,0* *9,4*	*37,0* *10,0*	*46,4* *100*	*35,90%*	
Toscana	47	5	9	2	3	69	6.380.900	92.476.811
Umbria	7	3	1	0	10	21	2.383.000	113.476.190
Marche	34	7	5	2	2	50	5.738.040	114.760.800
Lazio	45	10	1	3	12	71	9.936.200	139.946.479
	133	*25*	*16*	*7*	*30*	*211*	*24.438.140*	*115.820.569*
CENTRO	*(+137,5%)*	*(-28,6%)*	*(-30,4%)*	*(+700,0%)*	*(+66,7%)*	*(+58,6%)*		*(164.438.835)*
	20,4 *63,0*	*29,8* *11,8*	*32,0* *7,6*	*12,5* *3,3*	*25,2* *14,2*	*21,9* *100*	*23,90%,*	
Abruzzo	23	2	0	1	10	36	5.655.000	157.083.333
Molise	8	2	1	1	1	13	1.045.000	80.384.615
Campania	44	2	0	1	11	58	7.785.900	134.239.655
Puglia	63	7	3	1	4	78	8.915.000	114.294.872
Basilicata	22	0	0	0	5	27	1.870.000	69.259.259
Calabria	22	1	1	0	4	30	5.310.000	177.000.000
	182	*16*	*5*	*4*	*35*	*242*	*30.580.900*	*126.367.355*
SUD	*(+82,0%)*	*(-57,9%)*	*(-72,2%)*	*--*	*(-40,0%)*	*(+30,8%)*		*155.842.703*
	27,9 *75,2*	*19,0* *6,6*	*10,0* *2,1*	*7,1* *1,6*	*29,4* *14,5*	*25,2* *100*	*29,91%*	
Sicilia	26	3	0	0	7	36	6.637.798	184.383.278
Sardegna	15	4	2	3	3	27	3.870.000	143.333.333
	41	*7*	*2*	*3*	*10*	*63*	*10.507.798*	*166.790.444*
ISOLE	*(+41,4%)*	*(-12,5%)*	*(-60,0%)*	*0*	*(+25,0%)*	*(+26,0%)*		*(165.759.360)*
	6,3 *65,1*	*8,3* *11,1*	*4,0* *3,2*	*5,4* *4,8*	*8,4* *15,9*	*6,5* *100*	*10,28%*	
	223	*23*	*7*	*7*	*45*	*305*	*41.088.698*	*134.717.043*
MEZZOGIORNO	*(+72,9%)*	*(-50,0%)*	*(-69,6%)*	*(+75,0%)*	*(+36,4%)*	*(+29,8%)*		*(157.948.374)*
	34,1 *73,1*	*27,4* *7,5*	*14,0* *2,3*	*12,5* *2,3*	*37,8* *14,7*	*31,7* *100*	*40,19%*	
	653	***84***	***50***	***56***	***119***	***962***	***102.231.886***	***106.270.152***
ITALIA	***(+89,8%)***	***(-14,3%)***	***(-24,2%)***	***(+366,7%)***	***(+70,0%)***	***(+63,5%)***		***(157.278.254)***
	100 ***69,9***	***100*** ***8,7***	***100*** ***5,2***	***100*** ***5,8***	***100*** ***12,4***	***100*** ***100***	***10O***	

N.B.Fra parentesi i dati relativi al 1991

TAB.B Progetti anti-aids sul totale dei progetti finanziati ai Comuni nel 1992 Raffronti con il 1991								
REGIONE	progetti			Finanziamenti (in lire)				
	totale	di cui anti AIDS		a totale progetti	di cui a progetti anti AIDS		diff. 92/91	Per macchine scambia siringhe
Piemonte	77	7	9,10%	5.826.262.000	249.992.000	4,29%	-0,41%	199.992.000
V. Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-
Lombardia	109	8	7,34%	10.856.496.000	740.980.000	7,00%	-4,43%	66.000.000
Trentino	5	-	-	715.000.000	-	-	-	-
Veneto	67	-	-	5.964.000.000	-	-	-	-
Friuli	21	2	9,52%	2.862.016.320	1.058.402.820	36,98%	+36,98%	1.000.000.000
Liguria	25	2	8,00%	3.450.924.000	150.000.000	4,35%	+2,77%	150.000.000
Emilia R.	142	23	16,2%	7.300.350.000	638.100.000	8,74%	+4,71%	295.100.000
NORD	446	42	9,42%	36.705.048.320	2.837.474.820	7,73%	+5,49%	1.711.092.000
Toscana	69	2	2,90%	6.380.900.000	100.000.000	1,57%	+1,57%	40.000.000
Umbria	21	-	-	2.383.000.000	-	-	-	-
Marche	50	2	4,00%	5.738.040.000	215.000.000	3,75%	+3,75%	15.000.000
Lazio	71	3	4,22%	9.936.200.000	274.020.000	2,76%	+2,17%	254.020.000
CENTRO	211	7	3,32%	24.438.140.000	589.020.000	2,41%	+2,18%	309.020.000
Abruzzo	36	1	2,78%	5.655.000.000	50.000.000	0,88%	-3,34%	-
Molise	13	1	7,69%	1.045.000.000	25.000.000	2,39%	+2,39%	25.000.000
Campania	58	1	1,72%	7.785.900.000	50.000.000	0,64%	-2,18%	50.000.000
Puglia	78	1	1,28%	8.915.000.000	80.000.000	0,90%	-0,31%	-
Basilicata	27	-	-	1.870.000.000	-	-	-	-
Calabria	30	-	-	5.310.000.000	-	-	-	-
SUD	242	4	1,65%	30.580.900.000	205.000.000	0,67%	-1,06%	75.000.000
Sicilia	36	-	-	6.637.798.000	-	-	-	-
Sardegna	27	3	11,1%	3.870.000.000	700.000.000	18,09%	+18,09%	-
ISOLE	63	3	4,76%	10.507.798.000	700.000.000	6,66%	+6,66%	-
MEZZOGIORNO	305	7	2,29%	41.088.698.000	905.000.000	2,20%	+0,85%	75.000.000
TOTALE	962	56	5,82%	102.231.886.320	4.331.494.820	4,24%	+2,83%	2.095.112.000

Nel comunicato relativo ai finanziamenti dei progetti ai sensi dell'art.127 delle leggi in materia di droga (approvato con DPR del 9/10/90 n.309), pubblicato sulla G.U. del 27/7/1992, sono elencati, oltre ai finanziamenti ai Comuni per il 1992, anche quelli concessi ai Ministeri e alle Regioni.

- Le **tabelle C** e **D** contengono rispettivamente il dettaglio dei finanziamenti concessi ai vari Ministeri; relative percentuali e raffronti con il 1991, e quello dei finanziamenti alle Regioni, con analogo raffronto con il 1991 e relativa ripartizione territoriale per aree geografiche.

TAB.C Finanziamenti ai Ministeri 1992, raffronti con il 1991					
MINISTERO	1992		1991		rispetto al 1991
	lire	%	lire	%	%
INTERNI	8.500.000.000	15,8	18.060.000.000	24,4	-52,9
SANITÀ	2.258900.000	4,2	10.762.000.000	14,5	-79,0
DIFESA	4.450.050.000	8,3	10.662.000.000	14,4	-58,1
PUBBLICA ISTRUZIONE	26.000.000.000	48,2	22.220.000.000	30,0	+17,0
GIUSTIZIA	12.690.000.000	23,9	12.319.000.000	16,7	+3,0
TOTALE	**53.898.950.000**	**100**	**73.983.000.000**	**100**	**-27,1**

TAB.D Finanziamenti alle Regioni 1992, raffronti con il 1991					
	1990		1991		rispetto al 1991
	lire	%	lire	%	%
NORD	4.792.380.000	40,7	5.812.140.600	42,3	- 17,5
CENTRO	2.088.900.000	17,8	2.474.000.000	18,0	- 15,6
SUD	3.777.880.000	32,1	3.842.850.000	28,0	- 1,7
ISOLE	1.100.000.000	9,3	1.610.009.000	11,7	- 31,6
MEZZOGIORNO	4.877.880.000	41,5	5.452.859.000	39,7	- 10,5
TOTALE	**11.759.160.000**	**100**	**13.738.999.600**	**100**	**- 14,4**

- La **tabella E**, infine, raggruppa l'insieme dei finanziamenti concessi agli Enti locali (Comuni e Regioni) nel triennio 90-91-92, suddivisi per area geografica e relative percentuali.

Ricordiamo, per inciso, che le somme di cui stiamo parlando, e cioè quelle concesse (ex art.127) dal *Fondo Nazionale d'intervento per la lotta alla droga* (da noi indicato come *FNILD*), sono soltanto una parte dei fondi stanziati globalmente dal T.U. citato. L'art.128 infatti istituisce lo stanziamento a favore del **CER**, Comitato per l'Edilizia Residenziale (istituito dalla legge n.457 del '78 in occasione del varo del Piano decennale per la Casa) di 100 miliardi l'anno per il triennio 90-92, mentre gli art.131-132 prevedono lo stanziamento a favore del solo **Ministero dell'Interno** di una somma pari a 50 miliardi l'anno per il triennio 90-92, più 19,2 miliardi per l'anno 90; infine, l'art.134 destina il 40% dei fondi previsti dall'art.132 al **Ministero del Lavoro**.

Resta quindi a disposizione del **Ministero dell'Interno** la somma di 30 miliardi l'anno e del **Ministero del Lavoro** quella di 20 miliardi l'anno per il triennio considerato, salvo piccoli spostamenti compensabili anno per anno).

Non conoscendo ancora la definitiva entità dei finanziamenti disposti dagli art.131-132-134 per l'anno 1992, non siamo in grado ancora di dare un quadro complessivo. Ci riserviamo di farlo non appena saranno comunicati i dati definitivi, che riguarderanno, si spera, anche le modalità di utilizzo dei 100 miliardi concessi al **CER** per il 1992 dei quali nulla si sa a tutt'oggi, né riguardo ai soggetti destinatari dei finanziamenti né alla specifica destinazione delle somme di denaro concesse.

Dalla **tabella E**, comunque, si possono evincere i dati definitivi dei finanziamenti relativi a Comuni e Regioni. E si osserva come, nel triennio considerato, il 37,5% di questi siano andati al *Nord*, il 23,1% al *Centro*, ed il 39,4% al *Mezzogiorno*. È da notare il costante aumento percentuale della quota concessa al *Mezzogiorno* (35,3% nel '90, 40,0% nel '91, e 40,4% nel '92), a fronte del parallelo decremento relativo al *Nord* (41,4%, 37,2%, 36,4%), mentre la quota destinata al *Centro* si mantiene approssimativamente costante. Poiché la scelta di privilegiare il *Mezzogiorno* rispetto alle altre aree geografiche (in contrasto con la geografia delle priorità e delle urgenze del fenomeno delle tossicodipendenze, come dimostrato nel precedente studio) è, per l'appunto, una scelta dei legislatori, e quindi una scelta politica, e non altro, ci chiediamo (e chiediamo ai legislatori), da quale logica sia essa dettata. La domanda non ci sembra retorica, soprattutto alla luce delle considerevolissime quantità di denaro in gioco.

TAB.E Ripartizione finanziamenti ai Comuni e alle Regioni nel triennio 90-92

	1990		1991		1992		1990+1991+1992	
	lire	%	lire	%	lire	%	lire	%
NORD	18.133.730.337	41,4	39.617.077.260	37,2	41.497.428.320	36,4	99.248.235.917	37,5
CENTRO	10.216.649.400	23,3	24.344.365.440	22,8	26.527.040.000	23,2	61.088.054.840	23,1
SUD	11.705.904.900	26,7	32.673.750.000	30,7	34.538.780.000	30,2	78.918.434.900	29,8
ISOLE	3.755.800.000	8,6	9.895.977.065	9,3	11.607.798.000	10,2	25.259.575.065	9,6
MEZZOGIORNO	15.461.704.900	35,3	42.569.727.065	40,0	46.146.578.000	40,4	104.178.009.965	39,4
TOTALE	**43.812.084.637**	**100**	**106.531.169.765**	**100**	**114.171.046.320**	**100**	**264.514.300.722**	**100**

Tossicodipendenza e AIDS in Italia

DI GIOVANNI REZZA

Come è noto, diverse sono le infezioni correlate alla tossicodipendenza, dalle epatiti virali (B e C) alle endocarditi. L'ultimo decennio è stato però caratterizzato dall'epidemia di AIDS/HIV che, in Italia come in altre aree del globo, ha avuto un impatto rilevante soprattutto fra i tossicodipendenti. Infatti, circa il 70% dei casi di AIDS segnala ti nel nostro paese sono attribuibili a comportamenti correlati all'uso di droga per via endovenosa. Inoltre, la prevalenza dell'infezione da HIV nei tossicodipendenti è elevata in molte regioni italiane.

Diffusione dell'infezione da HIV in Italia

L'HIV venne introdotto molto precocemente nell'area metropolitana di Milano (1979) e, uno o due anni, dopo in altre città italiane. Studi effettuati sui sieri congelati hanno evidenziato l'incremento della prevalenza di infezione da HIV verificatosi nel periodo 1981-1984 in diverse aree urbane. Le informazioni raccolte dal Ministero della Sanità, relative ai tossicodipendenti in trattamento presso i servizi d'assistenza, hanno evidenziato una prevalenza media, nel 1990, di poco superiore al 30%, con ampie variazioni regionali. Infatti, la prevalenza di infezione superava il 50% a Milano, raggiungeva il 30% a Roma, mentre a Napoli era al disotto del 10%. Inoltre, gli stessi dati mostravano che i tossicodipendenti già in trattamento (utenti prevalenti) avevano un rischio circa 3 volte superiore di essere infetti rispetto ai nuovi utenti (casi incidenti). L'età risultava essere un fattore discriminante, essendo i nuovi utenti più giovani. La minore durata dell'esposizione ed il cambio dei comportamenti possono spiegare le differenze riscontrate. Il problema delle variazioni regionali è stato evidenziato non solo in Italia ma anche in altri paesi europei (basti pensare che la prevalenza di anticorpi anti-HIV è del 5% a Glasgow e 50% a Edimburgo). Inoltre, uno studio effettuato a Roma ha mostrato differenze significative nella prevalenza di sieropositivi in tossicodipendenti afferenti a diversi centri di assistenza localizzati all'interno della stessa area urbana. È da rilevare comunque che i tossicodipendenti afferenti ai servizi possono non essere rappresentativi di tutti i tossicodipendenti italiani, e che possibili distorsioni ("bias" di selezione) potrebbero essere determinati da differenze nella modalità di accesso ai centri e dai servizi da essi offerti (es. metadone, test sierologico, etc.). Probabilmente occorre considerare l'epidemia da HIV nei tossicodipendenti come un insieme di piccole epidemie locali.

Informazioni diverse vengono fornite da studi longitudinali eseguiti al fine di stimare l'incidenza di nuove infezioni in soggetti inizialmente sieronegativi. Diversi studi sono stati condotti nella seconda metà degli anni ottanta. Nell'area metropolitana di Milano l'incidenza annuale di nuove infezioni si aggirava sul 7% anni-persona (probabilità di infezione per anno e per persona) nel 1987-88, pur con ampie variazioni a seconda della fascia urbana considerata, e scendeva a poco più del 3% nell'ultimo triennio. Uno studio condotto a Roma svelava un tasso di

nuove infezioni pari al 9% anni-persona nel periodo 1985-87, che scendeva al 5% nel triennio 1987-89, ed al 4% nel triennio successivo; ciò a fronte di un tasso di prevalenza del 30-35% costante a partire dal 1985, ma che diminuiva sensibilmente dopo il 1990.
Il fenomeno, caratterizzato da una relativa stabilizzazione del tasso di prevalenza di anticorpi anti-HIV in presenza di un tasso di nuove infezioni in lento ma costante decremento, è stato osservato anche a New York. In conclusione, il tasso di prevalenza di anticorpi anti-HIV nei tossicodipendenti di diverse città italiane restava pressoché stabile a partire dal 1985 sino alla fine degli anni ottanta.
L'incidenza di nuove infezioni diminuiva, pur restando relativamente alta in alcune città. Ciò induce a pensare che si stia raggiungendo la saturazione di sottogruppi ad elevata frequenza di comportamenti a rischio. Resta però ancora oggi un'ampia popolazione di soggetti suscettibili, potenzialmente a rischio di contrarre l'infezione.
Si tratta dei tossicodipendenti più giovani, con una storia di droga relativamente breve. Infatti, si può osservare come i nuovi ingressi ai servizi siano rappresentati da soggetti giovani, con bassa probabilità di essere sieropositivi. Se il positivo cambio dei comportamenti non verrà mantenuto e la frequenza delle pratiche a rischio tornerà di nuovo ad essere elevata fra i nuovi tossicodipendenti, allora l'incidenza di nuove infezioni potrà di nuovo divenire elevata.

Quale prevenzione?

La valutazione dei programmi di prevenzione ha mostrato che non esiste un unico approccio in grado di arginare la diffusione dell'infezione da HIV nei tossicodipendenti. Per questo motivo, a livello internazionale, è prevalsa la scelta di favorire l'adozione di strategie pragmatiche volte a ridurre il rischio di infezione, che si avvalgono di diversi strumenti. Fra questi ricorderemo i programmi di scambio delle siringhe, ed i programmi di mantenimento a base di metadone.
I primi, utilizzati soprattutto in Gran Bretagna ed in Olanda, facilitano il contatto fra tossicodipendente e strutture socio-sanitarie e tendono a ridurre la frequenza di riutilizzazione di siringhe contaminate.
I programmi con farmaci sostitutivi (metadone) si pongono come obiettivo prioritario quello di determinare una diminuzione della frequenza di iniezione di eroina da strada e, conseguentemente, della riutilizzazione di siringhe già usate.
Naturalmente, affinché questi programmi funzionino è necessario che il metadone venga utilizzato a dosi appropriate e per periodi sufficientemente lunghi. Infatti, la frequenza di auto somministrazione di eroina da strada è inversamente proporzionale alla dose di metadone somministrata.
L'approccio pragmatico si pone quindi come obiettivo quello di ridurre il rischio di contrarre un'infezione potenzialmente letale da parte di un tossicodipendente che ha deciso di non smettere di bucarsi e, lungi dal rappresentare una alternativa ai programmi di disassuefazione/detossicazione, si impone come scelta umanitaria obbligata nei casi in cui (e sono una larga maggioranza) l'astinenza dall'uso di droga non sia una proposta temporaneamente praticabile.

Storia naturale dell'infezione da HIV nei tossicodipendenti

Uno dei nodi da sciogliere nell'epidemiologia dell'AIDS in Italia è quello relativo alla storia naturale dell'infezione da HIV nei tossicodipendenti. Infatti, gli studi condotti sinora sono stati eseguiti principalmente su omosessuali maschi americani. Da questi studi è risultato che il periodo di incubazione mediano dell'AIDS (ovverosia il tempo impiegato affinché il 50% dei sieroconvertiti sviluppi l'AIDS) è di circa 10 anni.

Riportiamo di seguito i risultati di uno studio italiano il cui obiettivo è quello di valutare eventuali differenze nella progressione dell'infezione fra tossicodipendenti e soggetti che hanno acquisito l'infezione per via sessuale. Sono stati arruolati e seguiti -sino al 30.6.91- 942 soggetti da 16 centri clinici: 564 tossicodipendenti, 229 omosessuali maschi, e 149 soggetti che hanno acquisito l'infezione per via eterosessuale. L'età media era, nei tre gruppi, rispettivamente di 25, 33 e 28 anni. 257 soggetti (27%) erano di sesso femminile. L'intervallo di sieroconversione (tempo intercorso fra l'ultimo test negativo ed il primo test positivo) era di 8 mesi. Il tempo mediano di follow-up era di 45 mesi nei tossicodipendenti, 41 mesi negli omosessuali, e di 36 mesi nei contatti eterosessuali.

Il rischio di sviluppare l'AIDS a 6 anni dalla sieroconversione era del 23% nei tossicodipendenti, e del 26% negli omosessuali. L'età alla sieroconversione era il miglior predittore di progressione verso l'AIDS. Il rischio era maggiore nei soggetti di età maggiore di 35 anni, più basso in quelli con età inferiore a 25 anni. Aggiustando per età, le differenze fra le diverse categorie di trasmissione si annullavano. Il tasso di progressione non differiva confrontando i soggetti di sesso maschile e femminile. In conclusione, i modelli di predizione dell'epidemia di AIDS devono tener conto del fattore età, mentre trascurabile appare l'effetto attribuibile alle diverse modalità di acquisizione dell'infezione da HIV.

Limitando l'analisi ai soli tossicodipendenti, non si notava alcuna differenza nel tasso di progressione fra coloro che avevano smesso di bucarsi entro il primo anno dopo la sieroconversione e gli altri che avevano continuato ad utilizzare droghe per via endovenosa.

Risultati e conclusioni del tutto sovrapponibili si raggiungevano studiando l'andamento dei linfociti CD4+ negli stessi gruppi di soggetti sieroconvertiti. All'arruolamento, in media, i tossicodipendenti avevano valori superiori rispetto ai contatti sessuali. La differenza si annullava dopo stratificazione per età, essendo i soggetti più anziani quelli con numero di CD4 più basso. I tossicodipendenti erano infatti mediamente più giovani dei soggetti appartenenti alle altre categorie di trasmissione. Il numero dei CD4 continuava a declinare a 3 anni dalla sieroconversione, ma le differenze fra le diverse fasce di età tendevano ad attenuarsi. All'analisi multivariata, il numero di CD4 risultava essere il miglior predittore precoce di progressione verso l'AIDS. I dati presentati suggeriscono che l'età condiziona un rapido declino dei CD4 dopo la sieroconversione. Dopo il primo anno, i CD4 declinano più rapidamente nei soggetti che hanno, all'arruolamento, valori più elevati. Infine, un basso numero di CD4 entro un anno dalla sieroconversione è indipendentemente associato alla progressione verso l'AIDS.

L'insieme dei risultati suggerisce che l'uso di droghe per via endovenosa non accelera la progressione verso l'AIDS. Anzi, in virtù della giovane età media, si può stimare che i tempi di incubazione dell'AIDS nei tossicodipendenti siano più lunghi rispetto a quelli riscontrati negli omosessuali maschi americani.

Conclusioni

I dati presentati confermano che i tossicodipendenti sono la popolazione che sostiene l'epidemia di AIDS/HIV in Italia.

L'andamento dei casi di AIDS ed il lungo tempo di incubazione stimato per i tossicodipendenti suggeriscono che la coda dell'epidemia di AIDS nel nostro paese sarà lunga.

È quindi necessario prepararsi a sostenere il carico della gestione dei sieropositivi e a mettere in atto strategie di controllo pragmatiche dell'infezione da HIV per arrestare l'ulteriore diffusione dell'epidemia.

Bibliografia

1. Titti F, Lazzarin A, Costigliola P. et al. *HIV seropositivity in IV drug abusers in three cities of Italy.* Journal of Medical Virology 1987; 23:241-248.

2. Follett EAC, McIntyre A, O'Donnel B, t al. *HTLV-III antibody in drug abusers in the West of Scotland: the Edimburgh connection.* Lancet 1986; 1: 446.

3. Rezza G. *Regional variations in HIV seroprevalence among injecting drug users in Italy.* Rev Epidem et Santè Publique 1990; 38: 263-264.

4. Dole VP. *Methadone treatment and the acquired immunodeficiency syndrome epidemic.* JAMA 1989; 262: 1681-1682.

5. Nicolosi A, Lazzarin A. HIV seroconversion rates in intravenous drug abusers from Northern Italy. Lancet 1989; ii: 269.

6. Titti F, Rezza G, Verani P, et al. *HIV, HTLV-I, and HBV infections in a cohort of Italian intravenous drug abusers: analysis of risk factors.* J Acquired Immune Deficiency Syndrome 1988; 1: 405-411.

7. Zaccarelli M, Rezza G, Girardi E, et al. *Monitoring HIV trends in injecting drug users: an Italian experience.* AIDS 1990; 4: 1007-1010.

8. Des Jarlais D, Friedman S, Novick DM, et al. *HIV-1 infection among intravenous drug users in Manhattan, New York City, from 1977 through 1987.* JAMA 1989; 261: 1008-1012.

9. Rutherford GW, Lifson AR, Hessol NA, et al. *Course of HIV-1 infection in a cohort of homosexual and bisexual men: an 11-year follow-up study.* Br Med J 1990; 301: 1183-1188.

10. Rezza G, and the Italian Seroconversion Study. *Disease progression and early predictors of AIDS in HIV-seroconverted injecting drug users.* AIDS 1992; 6: 421-426.

IX RAPPORTO – MAGGIO 1993

Editoriale

DI CARLA ROSSI

Questo rapporto dell'Osservatorio delle Leggi sulla Droga esce con un certo ritardo rispetto alle scadenze previste.
Tale ritardo è in parte dovuto agli impegni legati alla campagna di informazione sul quesito referendario, in parte all'opportunità di attendere il primo rapporto sull'applicazione della Legge 162/90 firmato dal Ministro Bompiani.
A un mese dall'uscita di tale rapporto, si è deciso, date le numerosissime novità sia metodologiche, che di merito, che vi compaiono, di rinviare alla prossima pubblicazione l'analisi dettagliata del contenuto, anticipando qui solo le principali novità e preparando il terreno con quattro interventi:

- il primo, a cura di Damiano Abeni e Carlo Perucci, prende in esame le modalità differenziate di trasmissione del virus HIV attraverso la condivisione di siringhe la cui conoscenza approfondita costituisce un prerequisito essenziale per la programmazione di interventi di prevenzione e controllo dell'epidemia di AIDS (macchine scambia siringhe, unità di strada, ecc.);

- il secondo, a cura di Marina Davoli, prende in esame, relativamente alla situazione della regione Lazio, l'analisi dell'utenza e dei problemi legati ai servizi per la tossicodipendenza, sulla base dei dati disponibili presso il sistema informativo predisposto dall'Osservatorio epidemiologico regionale e che si sta rivelando uno strumento prezioso di conoscenza del fenomeno;

- il terzo e quarto intervento, a cura di Antonio Marzano, prendono in esame, ancora una volta, i problemi legati all'attribuzione dei finanziamenti previsti dalla 162/90.

Questi quattro interventi ben si inseriscono nello spirito nuovo emerso dal rapporto Bompiani. Per la prima volta il rapporto è impostato su criteri di conoscenza scientifica del problema non distorti da preconcetta ideologia (v. analisi dei precedenti rapporti Jervolino).
Si ribadisce la carenza di controllo sull'utilizzo e, in qualche modo, sulla produttività dei finanziamenti concessi.
Si auspica un'indagine approfondita in proposito, in particolare uno studio sull'efficacia dei diversi percorsi di recupero, finanziati ma non controllati, e si ricorda che, allo stato attuale della conoscenza scientifica, l'unico percorso efficiente risulta essere quello attraverso la terapia con farmaci sostitutivi.
Si fornisce quindi una forte indicazione verso l'utilizzazione di tali terapie in completa controtendenza con le indicazioni, tutte ideologiche, dei rapporti

precedenti e con le tendenze rilevate nel comportamento osservato negli ultimi anni all'interno dei Servizi per le tossicodipendenze.
Si parla inoltre di interventi per la riduzione del danno, facendo esplicitamente accenno anche all'epidemia di AIDS, in particolare nelle carceri, in particolare attraverso la condivisione di siringhe.
C'è da auspicare che l'approccio metodologico, anche attraverso l'apporto di organismi qualificati, ben evidenziato dal Ministro Bompiani nella stesura di questo rapporto, sia ormai acquisito dal Ministero degli Affari Sociali e non sia legato alla maggiore o minore sensibilità scientifica del Ministro in carica.

La pratica iniettiva del *frontloading* e rischio di infezione da HIV in tossicodipendenti per via endovenosa.

DI DAMIANO D. ABENI, CARLO A. PERUCCI
dell'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio, Roma.

I tossicodipendenti per via endovenosa costituiscono il gruppo di popolazione a maggior rischio di infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV) in alcune nazioni - ad esempio Italia, Spagna, Thailandia - ed in alcune aree metropolitane, ad esempio New York City, Edimburgo.
Tale rischio, oltre che a rapporti sessuali con soggetti con infezione da HIV, è principalmente dovuto alla pratica iniettiva della condivisione di aghi e siringhe. Se l'uso in comune di aghi e siringhe è stato approfonditamente studiato in diverse nazioni, ed interventi specifici di prevenzione sono stati attuati (ad esempio ad Amsterdam, Liverpool, ma anche in molte altre città) sulla base dei dati osservazionali raccolti, altrettanto non si può dire per altre pratiche iniettive che possono essere connesse con il rischio di trasmettere HIV.
In Italia, in particolare, qualche attenzione è stata dedicata solo alla condivisione del 'cooker', e cioè alla pratica del riscaldamento e della preparazione comune nello stesso contenitore (spesso un cucchiaio, un tappo di metallo) della soluzione di sostanza da iniettare. Le evidenze disponibili sono contraddittorie: in alcune istanze non si è evidenziata alcuna relazione tra questa pratica ed il rischio di infezione da HIV, mentre almeno in un caso *(Sasse)* tale relazione è stata osservata ad un livello statisticamente significativo.
Su di un'altra pratica iniettiva, pure concernente la preparazione comune della sostanza da iniettare, non solo non è disponibile alcun dato originale italiano, ma anche a livello internazionale non sono state pubblicate ricerche fino al 1990: si tratta della preparazione comune della soluzione da iniettare che viene poi aspirata tutta in una sola siringa e quindi distribuita tramite 'iniezione' nella parte anteriore o posteriore di altre siringhe. La ragione d'essere di tale pratica è l'ottimizzazione della preparazione della soluzione e la distribuzione di quote misurabili con precisione, grazie alla graduazione delle siringhe, alle persone che hanno contribuito all'acquisto della dose preparata per l'uso.
In Italia, a livello di studi sulla tossicodipendenza, non solo non si hanno dati sul grado di diffusione di questa pratica iniettiva e sulla sua eventuale associazione con il rischio di infezione da HIV, ma non è nemmeno disponibile un termine linguistico che la descriva: utilizzeremo quindi il termine di *frontloading,* riportato da un gruppo di ricerca di New York, e che in italiano può essere reso approssimativamente con "avancarica". Curiosamente, uno studio condotto a Baltimora (città degli USA a circa trecento chilometri da New York) su 2.906 soggetti per raccogliere informazioni sulla terminologia utilizzata dai tossicodipendenti per descrivere varie pratiche iniettive *(Smith, Vlahov, Menon, Anthony, Int J Addict, 1992)* ha collezionato quaranta modi diversi per definire il *frontloading*... nessuno dei quali è *frontloading.*

Alla VIII Conferenza Internazionale sull'AIDS di Amsterdam, 19-24 luglio 1992, il gruppo newyorkese di Don Des Jarlais (Jose, Friedman S, Neauigus, Curtis, Des Jarlais) ha presentato un lavoro dal titolo *Il frontloading è associato all'infezione da HIV nei tossicodipendenti per via endovenosa di New York City.* Si tratta di uno studio condotto su 214 tossicodipendenti "di strada", intervistati sui comportamenti da loro adottati nei due anni precedenti all'intervista, con particolare riferimento agli ultimi trenta giorni. Dei 199 con un test per anticorpi anti-HIV disponibile il 48% era sieropositivo. I neri costituivano il 23% del campione, i latinoamericani ed i bianchi il 38% ed il 36% rispettivamente. I maschi erano il 71%, e l'età mediana era di 34 anni. Ai partecipanti veniva specificamente chiesto con quale frequenza condividevano l'uso di droga mediante *frontloading* e mediante la condivisione di aghi e/o siringhe.
I risultati mostravano che il *frontloading* è pratica assai diffusa: il 39% dei partecipanti aveva usato il *frontloading* nei due anni precedenti, ed il 30% nei 30 giorni precedenti. Di coloro che riferivano di non avere mai condiviso aghi e siringhe nei due anni precedenti, il 22% usava il *frontloading* come anche il 18% di quelli che non avevano "scambiato" siringhe negli ultimi 30 giorni.
L'associazione tra *frontloading* ed infezione da HIV era evidenziata da una prevalenza di infezione da HIV del 71% tra coloro che avevano usato il *frontloading* nei due anni precedenti e del 36% tra coloro che non lo avevano usato. Tale differenza rimaneva evidente anche dopo stratificazione per durata della tossicodipendenza e per condivisione di aghi e siringhe nei due anni precedenti. Inoltre, in un modello statistico (regressione logistica) che controllava per razza/etnia, anni di iniezione di droga, frequenza di iniezione, condivisione di aghi e siringhe, numero di partner sessuali, frequenza di rapporti sessuali non protetti, il *frontloading* rimaneva significativo come predittore indipendente di sieropositività per HIV, con un rischio relativo stimato di 3,74.
Jose e colleghi concludono che *"i risultati osservati a New York City suggeriscono che il frontloading possa essere un'importante mezzo di trasmissione virale che può essere stato trascurato sia dai ricercatori che dai tossicodipendenti stessi, anche da quei tossicodipendenti che evitano altre pratiche a rischio"*.
Tali risultati, che vengono pubblicati dopo una prima descrizione della diffusione del *frontloading* tra i tossicodipendenti di Rotterdam *(Grund, 1990)*, sono in contrasto con i risultati di Samuels (1991) che a Baltimora non aveva rilevato alcuna associazione tra *frontloading* e infezione da HIV.
La rilevanza del rischio relativo presentato da Jose e coll., anche dopo aver controllato l'indipendenza da altri possibili fattori dell'associazione studiata, lascia pochi dubbi sulla "realtà" dell'associazione tra *frontloading* e infezione da HIV nei tossicodipendenti di New York.
Ma, a parte la difficoltà di generalizzazione ad altre situazioni di risultati di studi sui tossicodipendenti, la principale obiezione sullo studio di Jose e coll. -già mossa da noi in sede congressuale- riguarda le conclusioni in cui viene avanzata la possibilità della presenza di un nesso causale tra *frontloading* ed infezione da HIV. In sostanza la nostra obiezione riguarda il disegna dello studio: si tratta di

uno studio "trasversale", nel quale l'informazione sul fattore di rischio *(frontloading)* e sul suo possibile effetto (infezione da HIV) viene raccolta nello stesso momento. Questo tipo di studio non consente quindi di stabilire una chiara ed univoca successione temporale tra "causa" ed effetto, e quindi non è di per sé in grado di stabilire la presenza di alcun nesso causale.
Infatti, anche la spiegazione dei risultati da noi proposta più oltre è coerente con i dati presentati ed è -in mancanza di ulteriori informazioni- altrettanto plausibile delle conclusioni degli autori.
Noi riteniamo che, siccome il *frontloading* è senza dubbio una pratica a minor rischio rispetto alla condivisione di aghi e siringhe, sia possibile che coloro che sanno (o hanno buoni motivi per ritenere) di essere sieropositivi per HIV adottino il *frontloading* proprio come pratica di riduzione del rischio: e cioè che i sieropositivi usino di più il *frontloading* proprio perché sono *("a causa del loro essere")* sieropositivi, e non che il *frontloading* sia la "causa" della sieropositività.
Tale osservazione è analoga a quella che mostra che i sieropositivi utilizzano il profilattico più dei sieronegativi: questo, è chiaro a tutti, non significa che i sieropositivi siano tali "a causa" dell'uso del profilattico.
Nonostante il nostro radicale dissenso dalle conclusioni di possibile "causalità" tra *frontloading* ed infezione da HIV, concordiamo con Jose e coll. sul fatto che comunque le campagne di prevenzione contemplino anche il possibile rischio di pratiche connesse alla preparazione della soluzione da iniettare, e che siano approntati strumenti e metodi adeguati per lo studio di tali comportamenti.
In particolare, riteniamo che la grande variabilità dei comportamenti e della "semiologia" dei tossicodipendenti, con forti specificità geografiche e di gruppo, andrebbe meglio descritta anche in Italia utilizzando -oltre ai metodi epidemiologici tradizionali- sia tecniche qualitative di ricerca epidemiologica *(vedi Mann e Sepulveda)*, sia un approccio etnografico (o antropologico) che fino ad ora è completamente mancato.

Sistema informativo sulle tossicodipendenze nel Lazio. Indagine trasversale al 1° dicembre 1991.

DI MARINA DAVOLI
dell'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio.

Introduzione

Le informazioni correntemente disponibili in Italia sul fenomeno della tossicodipendenza derivano da numerose fonti informative. I dati, disponibili in forma aggregata, si riferiscono a soggetti in trattamento presso strutture di assistenza pubbliche e private, ai reati per consumo e spaccio di sostanze stupefacenti, ai tossicodipendenti segnalati nelle carceri e negli ospedali militari ed ai decessi per overdose. Le statistiche prodotte non forniscono una accurata ed esauriente descrizione né della dimensione assoluta del fenomeno né dei suoi determinanti; esse analizzano aspetti parziali e difficilmente integrabili tra di loro e si basano su definizioni poco precise del fenomeno. Nessuna delle fonti informative esistenti raccoglie dati individuali sui tossicodipendenti; questi, se raccolti in modo appropriato, possono fornire una migliore descrizione del fenomeno; perlomeno per coloro che durante la loro storia di dipendenza contattano, anche se occasionalmente, una struttura di assistenza. Il Testo Unico delle Leggi in materia di tossicodipendenze (D.P.R. n. 309 del 9 ottobre 1990), definisce più precisamente le competenze delle Regioni nell'acquisizione di dati di interesse epidemiologico sul fenomeno delle tossicodipendenze. Alle regioni spetta il compito di raccogliere dati statistici sull'andamento della tossicodipendenza e degli interventi assistenziali e di trasmettere queste informazioni al *Servizio Centrale per le Dipendenze da Alcool e Sostanze Stupefacenti o psicotrope (SeCeDAS)* istituito presso il Ministero della Sanità. Considerate le carenze informative, la rilevanza del fenomeno in termini di sanità pubblica e l'ambito legislativo descritto, è stato istituito nella *Regione Lazio*, un *Sistema Informativo sulle Tossicodipendenze (SITD).* Le finalità del Sistema sono:

- Descrivere le caratteristiche dei soggetti tossicodipendenti che afferiscono ai Servizi pubblici e privati di assistenza del Lazio.
- Misurare la prevalenza dei tossicodipendenti in trattamento.
- Misurare l'incidenza dei tossicodipendenti che per la prima volta contattano una struttura di assistenza.
- Analizzare l'andamento temporale e le eventuali differenze geografiche del fenomeno.
- Valutare la relazione esistente tra le caratteristiche dei servizi e dell'utenza.
- Fornire a ciascun servizio informazioni utili ad una valutazione della propria attività.
- Fornire agli organi di governo regionali evidenze epidemiologiche per la programmazione dell'assistenza in questo settore.
- Disporre di un archivio anonimo di soggetti che hanno avuto un'esposizione con sostanze stupefacenti, utilizzabile per studi epidemiologici.

- Controllare e valutare l'attività delle strutture di assistenza ai sensi dell'art. 28 della Legge 162/90.

La rilevazione relativa ai soggetti in carico al 1° dicembre 1991 costituisce l'indagine trasversale i cui dati vengono presentati in questo rapporto. Questa indagine di prevalenza, condotta come prima attività del *SITD*, aveva come obiettivo principale quello di valutare il livello di rispondenza delle strutture al sistema ed il livello di completezza dei dati rilevati.

Metodi

Gli aspetti tecnici e le caratteristiche del flusso informativo del *SITD* sono descritti dettagliatamente nel numero 17/18, anno VII, settembre 1991, di Progetto Salute. Dal 1° dicembre 1991, data di attivazione del Sistema Informativo, gli operatori dei *Servizi per le Tossicodipendenze (SERT)* e degli *Enti Ausiliari (EA)* hanno iniziato a compilare la scheda sanitaria individuale per tutti i soggetti tossicodipendenti in carico a quella data e per tutti i nuovi contatti.

Risultati

Al 1° dicembre 1991 risultavano attivi nella Regione Lazio 49 *SerT* e 37 *EA*. La copertura del Sistema è illustrata in *Tabella 1*.

TAB.1 Rispondenza al Sistema Informativo Tossicodipendenze. Lazio, 1° dicembre 1991.

	SERT			EA		
	Tot.	Rispondenti		Tot.	Rispondenti	
	n°	n°	%	n°	n°	%
Roma	31	30	96.7	29	20	68.9
Latina	6	6	100	3	3	100
Frosinone	5	5	100	3	3	100
Rieti	2	1	50			
Viterbo	5	5	100	2	2	100
TOTALE	**49**	**47**	**95.9**	**37**	**28**	**75**

La rispondenza al sistema è stata buona per quanto riguarda i *SerT*. Solo due Servizi Pubblici non hanno risposto inizialmente al Sistema; la copertura dei *SerT* è comunque totale dal mese di gennaio 1992. Per quanto riguarda gli *EA*, il 75% di queste strutture ha risposto al Sistema. Tra i non rispondenti figurano due delle più grandi strutture di accoglienza private; di conseguenza i dati relativi ai soggetti in carico presso gli *EA* vanno interpretati tenendo presente il limite della incompletezza dei dati.

D'altro canto, è importante sottolineare che per la prima volta è possibile analizzare le caratteristiche dei soggetti che si rivolgono a queste strutture e confrontarle con quelle degli utenti dei *SerT*. La rilevazione dei dati si riferisce ad un totale di 3095 soggetti di cui 2391 (77,3%) in carico ai *SerT* e 704 (22,7%) in carico agli *EA*. *La Tabelle 2, 3 e 4* mostrano le caratteristiche dei soggetti in carico ai due diversi tipi di strutture.

Il profilo del tossicodipendente in carico ai *SerT* è quindi quello di un soggetto, otto volte su dieci maschio, con età media 30 anni, che ha iniziato a "bucarsi" a 20 anni e che riferisce di aver contattato per la prima volta un servizio dopo 5 anni dalla prima volta che si è iniettato droga per via endovenosa. Più del 60% dei casi non è mai stato sposato e non ha una occupazione stabile; poco più del 20% ha un diploma di scuola media superiore o una laurea (1%). Nel 97% dei casi usa eroina come droga primaria e quasi il 40% riferisce di usare più di una sostanza; nel 93% dei casi si è rivolto al *SerT* volontariamente ed ha ricevuto quasi nel 90% dei casi un trattamento metadonico.

La descrizione della tipologia del soggetto in carico agli *EA* è più difficoltosa data la incompletezza dei dati. Tenendo presente tale limite si può dire che questi soggetti (anch'essi prevalentemente maschi) sono più giovani, di età media 27 anni e hanno iniziato a "bucarsi" all'età di 19 anni. La proporzione di soggetti che non si sono mai sposati è più alta (77%), come è più alta la proporzione dei soggetti con diploma di scuola media superiore (26%); il 43% ha una occupazione stabile. La sostanza d'uso primario è anche qui nella quasi totalità dei casi, l'eroina, ma circa la metà usa almeno un'altra sostanza. Solo nella metà dei casi la richiesta di trattamento è volontaria, mentre in 1 caso su 4 è fatta dai familiari e nel 12% dei casi dai *SerT* stessi.
L'attivazione del *SITD* del Lazio, inizialmente aggiuntivo alle rilevazioni del *SeCeDAS* del *Ministero della Sanità*, ha permesso di confrontare i dati raccolti dai due Sistemi. Abbiamo confrontato i dati della indagine puntuale al 1/12/1991 con i dati della indagine puntuale al 15/12/1991 del *SeCeDAS* nel Lazio. Il numero totale di soggetti in carico ai *SerT* il 1° dicembre 1991 è risultato essere 2.391 contro i 4.011 rilevati dal *Ministero della Sanità* al 15 dicembre dello stesso anno. La mancata rispondenza di due *SerT* al nostro Sistema potrebbe rendere ragione solo di circa 300 ulteriori soggetti.
La differenza fra le due rilevazioni è quindi sostanziale e potrebbe essere spiegata principalmente dal fatto che non esiste un consenso sulla definizione delle modalità della rilevazione semestrale condotta dal *Ministero della Sanità.*
Sebbene tale rilevazione sia definita esplicitamente come una rilevazione puntuale, è verosimile che sia stata talora interpretata come una rilevazione di prevalenza di periodo. Il totale di soggetti in carico ai *SerT* per tutto il 1991, rilevato dal *Ministero della Sanità,* è di 9698, di poco superiore, infatti, al doppio della rilevazione puntuale. Sebbene sarebbe molto interessante confrontare i dati del Lazio con quelli del resto d'Italia, risulta estremamente difficile e probabilmente scorretto confrontare i dati di questa indagine con i risultati della rilevazione del *Ministero della Sanità.* Questo confronto conferma quanto le rilevazioni statistiche disponibili siano di difficile interpretazione senza una chiara definizione delle modalità di rilevazione. È quindi necessario che queste modalità siano il più possibile uniformi a livello nazionale, in modo da poter effettuare i necessari confronti geografici. In conclusione, sembra che le due tipologie di strutture tendano a selezionare popolazioni con caratteristiche diverse.
Una rilevazione sistematica in entrambi i tipi di strutture potrebbe contribuire ad una migliore conoscenza della evoluzione del fenomeno, misurando modifiche temporali delle caratteristiche d'uso delle sostanze stupefacenti, nonché delle modalità di trattamento. Un sistema informativo va inteso, infatti, anche come un supporto ai servizi stessi per una valutazione della propria attività e per una migliore comprensione dei meccanismi che regolano la domanda e l'offerta di un trattamento e di conseguenza le modalità di selezione dell'utenza.
Il *SITD,* costruito su base individuale, permetterà inoltre di conoscere, nel tempo, il percorso dei tossicodipendenti stessi, valutando la proporzione di "scambio" tra i servizi e con gli *EA.*

Tabella 2: Caratteristiche socio-demografiche dei soggetti tossicodipendenti in carico. Lazio, 1° dicembre 1991.

		SERT (2391)		EA (704)	
		n°	%	n°	%
Sesso	maschio	1.955	81.8	606	86.3
	femmina	434	18.2	96	13.7
	TOTALE	**2.389**		**702**	
Età	<<19	48	2.0	34	5.0
	20-24	374	15.8	195	28.5
	25-29	735	31.0	231	33.8
	30-34	736	31.0	162	23.7
	35-39	359	15.1	49	7.2
	>>39	122	5.1	13	1.9
	TOTALE	2.374		684	
	Media (DS)	29.9	(5.7)	27.3	(5.2)
Stato civile	celibe/nubile	1.482	65.8	529	76.9
	coniugato/a	551	24.5	89	12.9
	separato/divorziato	127	5.6	53	7.7
	conviventi	82	3.6	13	1.9
	vedovo/a	9	0.4	4	0.6
	TOTALE	2.251		688	
Titolo di studio	nessuno	22	1.1	4	0.6
	elementare	434	21.3	86	13.3
	media	1.107	54.4	386	59.6
	diploma	451	22.2	167	25.8
	laurea	20	1.0	5	0.8
	TOTALE	2.034		648	
Condizione professionale	non professionale	74	9.0	20	3.0
	in cerca 1a occupazione	95	4.9	132	19.6
	occupazione saltuaria	947	49.1	230	34.1
	occupato/a	714	37.0	293	43.4
	TOTALE	1.930		675	

*per non professionale si intende: pensionati, invalidi civili, handicappati, studenti, casalinghe, militari, detenuti e quelli che svolgono attività illecita

TAB.3 Caratteristiche d'uso delle sostanze stupefacenti. Lazio, 1° dicembre 1991.

		SERT (2391)		EA (704)	
		n	%	n	%
Sostanza d'uso primario	eroina	2.295	97,0	668	96,4
	cocaina	10	0,4	5	0,7
	hashish	49	2,1	13	1,9
	psicofarmaci	4	0,2	4	0,6
	altro	8	0,3	3	0,4
	TOTALE	2.366		693	
Modalità assunzione droga primaria	endovena	1.897	87,8	511	79,0
	fumo/inalaz.	257	11,9	127	19,6
	orale/i.m.	6	0,3	9	1,4
	TOTALE	2.160		647	
Frequenza assunzione droga primaria	<1a settimana	80	4,2	23	3,6
	>1a settimana	122	6,4	59	9,3
	1 al giorno	372	19,4	285	45,1
	>1 al giorno	1.347	70,1	265	41,9
	TOTALE	1.921		632	
Uso altre sostanze	si	930	38,9	378	53,8
	no	1.461	61,1	324	46,2
	TOTALE	2.391		702	
Età prima assunzione	<15	114	5,4	55	8,5
	15-17	489	23,0	212	32,6
	18-19	483	22,7	145	22,3
	20-24	760	35,8	201	30,9
	25-29	206	9,7	31	4,8
	30-34	56	2,6	4	0,6
	>35	17	0,8	2	0,3
	TOTALE	2.125		650	
	Media (DS)	*20.0*	*(4,3)*	*18.7*	*(4,1)*
Età uso continuativo	<15	71	3,7	27	3,9
	15-17	293	15,3	118	19,2
	18-19	383	20,1	137	22,2
	20-24	768	40,2	242	39,2
	25-29	290	15,2	78	12,6
	30-34	79	4,1	13	2,1
	>35	26	1,4	5	0,8
	TOTALE	3.734		617	
	Media (DS)	*21.3*	*(4,6)*	*20.5*	*(4,1)*

TAB.4 Caratteristiche e modalità del trattamento. Lazio, 1° dicembre 1991.

		SERT (n=2391)		EA (n=704)	
		n	%	n	%
Età primo contatto	<19	185	10,6	65	14,2
	20-24	719	41,0	191	41,8
	25-29	539	30,8	117	25,6
	30-34	231	13,2	62	13,6
	35-39	57	3,3	18	3,9
	>39	21	1,2	4	0,9
	TOTALE	1752		457	
	Media (DS)	*25.1*	*(5,0)*	*24.7*	*(5,2)*
Tipo di trattamento	psicosociale riabilitativo	144	6,1	490	73,5
	integrato metadonico	2093	88,8	5	0,7
	farmacologico non sostitutivo	113	4,8	169	25,3
	altro	7	0,3	3	0,4
	TOTALE	2357		667	
Modalità richiesta trattamento	volontario	2171	93,1	364	52,8
	familiari	46	2,0	171	24,8
	SERT/EA	18	0,8	83	12,0
	Giudiziario (*)	82	3,5	30	4,4
	altro	15	0,6	41	6,0
	TOTALE	2332		689	

(*) si intende: segnalazione polizia, carabinieri, prefetto, magistratura.

Analisi dei finanziamenti di progetti finalizzati al recupero, al reinserimento sociale, e all'occupazione di tossicodipendenti nell'anno 1992.

DI ANTONELLO MARZANO

La legge assegna al Ministero degli Interni la somma di 50 miliardi di lire all'anno da ripartire fra i vari Soggetti -pubblici e privati- che abbiano fatto domanda di finanziamento per iniziative e attività finalizzate al recupero o al reinserimento sociale di tossicodipendenti. La scelta delle domande degne di accoglimento è compito dell'apposita commissione istituita presso la Presidenza del consiglio dei ministri, sulla base anche, dei dati forniti dall'Osservatorio Permanente istituito presso il Ministero degli Interni.
Per il 1992, il Ministero degli Interni con un comunicato pubblicato sulla G.U.n.28 parte prima, del 18 marzo 1993, ha reso noto l'elenco dei progetti finanziati relativamente agli art.131-132 e all'art.134.
È da tener presente che il 40% della somma totale stanziata (equivalente a 20 miliardi) è destinata al finanziamento di progetti per l'occupazione di tossicodipendenti (ex art.134), e di questi ci occuperemo più avanti.
La somma residua, pari quindi a 30 miliardi, resta a disposizione del Ministero degli Interni per finanziare i progetti ex art.131 e 132.
I soggetti -pubblici e privati- abilitati ad accedere al finanziamento, sono gli enti locali (comuni e comunità montane), le USL, oltre che altri enti, associazioni di volontariato, cooperative e privati, che possiedano determinati requisiti, che rispettino un prefissato iter di procedure amministrative, e che operino con terapie le cui modalità d'intervento non siano in contrasto con quanto esplicitamente previsto dal I comma dell'art.132.

1) I requisiti richiesti per i soggetti non pubblici sono i seguenti:
   a) devono operare senza fini di lucro;
   b) devono essere coordinati, mediante apposite convenzioni (conformi agli schema-tipo predisposti dal Ministero della Sanità e dal Ministero di Grazia e Giustizia) con le USL;
   c) devono essere iscritti all'Albo Regionale degli Enti Ausiliari (art.115-116 del T.U.), condizione, questa, necessaria per la stipula delle convenzioni, oltre che per l'accesso ai contributi di cui agli art.131 e 132, e, aggiungeremmo, 128 (riguardante le somme erogate dal CER-Comitato per l'Edilizia Residenziale, presso il Ministero dei Lavori Pubblici). È utile osservare che l'iscrizione all'Albo è condizione essenziale anche ai fini dell'utilizzazione delle sedi degli enti o associazioni quali luoghi di abitazione o di privata dimora ai sensi, fra gli altri, dell'art.284 del Codice di Procedura Penale;
2) Le procedure da seguire per l'assegnazione dei finanziamenti richiesti, sono:
   a) presentazione del progetto dell'iniziativa da finanziare, che può prevedere di tutto, dall'allevamento di cincillà, a quello di polli, dall'acquisto di fotocopiatrici e computers, ai corsi di formazione per operatori del settore,

all'acquisto di lettini solari, alla produzione e commercializzazione di ogni genere di bene di consumo;

b) dimostrazione dell'effettiva realizzazione dei servizi e delle iniziative attivate o da attivare, con il relativo parere dell'ente locale competente. (Come si faccia a dimostrare la realizzazione delle attività finanziate prima di ottenerne il finanziamento, resta comunque un mistero). Tant'è.

A questo proposito suggeriamo ai responsabili dei competenti uffici degli enti locali preposti al controllo sulle iniziative finanziate, di andare a verificare, se possibile, il livello di abbronzatura dei tossicodipendenti (sempre che ve ne siano) presenti nella Cooperativa *Il posto delle fragole* di Trieste, che si è vista assegnare la somma di lire 33.000.000 per l'acquisto di un pulmino, di attrezzature per cucine e di arredi esterni, e per la ristrutturazione della propria sede operativa (il Bar *Il posto delle fragole*), oltre che, dulcis in fundo, per l'acquisto di un lettino solare da collocare nell'altra Sede operativa della Cooperativa (il salone chiamato *Colore di fragola*) dove supponiamo accorrano numerosi tossicodipendenti alla ricerca di abbronzature esotiche che sostituiscano magari la dipendenza da eroina con quella da melanina.

E suggeriamo magari, di controllare che i 96.500.000 lire concessi alla Cooperativa *I.R.S. L'aurora* di Gradara, con sede operativa presso il convento di S. Francesco di Montottone (provincia di Ascoli Piceno), siano stati effettivamente utilizzati, oltre che per la ristrutturazione della sede (presumiamo il Convento di S. Francesco), l'acquisto di automezzi, strumenti musicali per l'informatica, celle frigorifere, elettrodomestici e quant'altro, anche per il fondamentale allestimento (per legge senza fini di lucro) di un allevamento di cincillà, con i quali saranno prodotte (nella stessa logica del posto delle fragole) elegantissime e caldissime pellicce destinate, presumiamo, a quei tossicodipendenti che, recalcitranti magari alle terapie dei lettini solari, potrebbero essere spediti, per punizione, in Siberia a produrre cubetti di ghiaccio da accostare alla fronte dei membri delle commissioni che distribuiscono decine di miliardi pubblici finanziando iniziative di questo tipo, secondo criteri che vorremmo definire demenziali (o criminali) se i problemi non fossero così terribilmente seri;

c) obbligo per i soggetti finanziati di trasmettere i propri bilanci all'ente erogatore con l'indicazione esatta dei risultati raggiunti;

3) Le modalità e le forme di intervento devono essere tali da rispettare il diritto di autodeterminazione dei tossicodipendenti, sì da evitare (lo dice esplicitamente il comma 1 dell'art.132) interventi violenti o coattivi contrari allo spirito e alle norme dell'ordinamento.

È importante, ci pare, sottolineare come questa affermazione, con la quale il legislatore intende esprimere l'imprescindibilità del principio della tolleranza nelle diverse forme d'intervento e cura sui tossicodipendenti, sia inserita all'interno di un articolo della legge che si occupa di definire la destinazione ed i criteri di ripartizione dei contributi finanziari da assegnare alle comunità terapeutiche. Tale collocazione non è certo casuale, e crediamo che l'affermazione del principio del rispetto dell'autodeterminazione e della dignità umana del tossicodipendente e

della tolleranza applicata alla sua cura, rappresenti non solo un valore essenziale di civiltà e di giustizia, ma si ponga esplicitamente, qui, come una precondizione assoluta nella scelta dei soggetti da "premiare" con il finanziamento, implicando quindi l'obbligo dell'esclusione da questo per tutte quelle comunità terapeutiche che operino in dispregio di quei principi (e che poi magari nel silenzio generale dell'opinione pubblica, non solo si vedono assegnati importanti finanziamenti, ma riescono a trasmettere l'immagine opposta di comunità autofinanziata e quindi autosufficiente, quasi abbandonata al proprio destino da uno Stato incapace ed irriconoscente).
Dall'esame dei progetti finanziati ex art. 131-132 per il 1992, abbiamo ricavato la Tabella A. Essa rappresenta la Ripartizione Territoriale dei finanziamenti concessi ai soggetti pubblici e privati, il cui totale corrisponde ai 30 miliardi a disposizione del Ministero degli Interni per il 1992 (pari al 60% dello stanziamento globale di 50 miliardi.)
Come già ricordato, il restante 40% dei 50 miliardi (pari a 20 miliardi) è stato invece destinato al finanziamento (ex art.134) delle iniziative finalizzate al reinserimento sociale (occupazione) di ex tossicodipendenti che abbiano già completato il programma terapeutico.
I relativi progetti vanno inviati al Ministero del Lavoro che, entro 60 giorni deve esprimere il proprio parere di congruità e fattibilità economico-finanziaria (oltre che sulla validità dei progetti rispetto alle esigenze del mercato del lavoro), alla Commissione apposita istituita presso la Presidenza del Consiglio dei ministri e presieduta dal Ministero degli Affari Sociali.
È importante notare come la legge preveda la possibilità di finanziare le iniziative scorporando, ove se ne ravvisasse l'opportunità, una prima fase del programma relativa alla sola formazione del personale, da quella di vero e proprio reinserimento lavorativo nell'ambito dell'attività finanziata.
In effetti, all'interno dell'art.134, per il 1992 sono stati finanziati progetti che prevedono il reinserimento lavorativo (per un totale di 17,569850 miliardi, vedi Tabella B) e progetti finanziati limitatamente alla sola formazione (per un totale di 2,315 miliardi, vedi Tabella C).
lobalmente (formazione + reinserimento lavorativo), l'art.134 della legge ha finanziato un totale di 169 iniziative, coinvolgenti 2.010 tossicodipendenti per un finanziamento totale concesso pari a quasi 20 miliardi previsti (per l'esattezza 19,884850 miliardi.)
La Tabella D evidenzia la ripartizione territoriale dei finanziamenti, dei progetti, dei tossicodipendenti interessati, con l'indicazione della media dei tossicodipendenti coinvolti nel singolo programma, e delle somme finanziate rapportate al singolo tossicodipendente, regione per regione, e per il totale dei finanziamenti ex art.131-132 e 134. Abbiamo infine evidenziato, in Tabella E, la ripartizione dei finanziamenti alle CT più importanti (più conosciute e più finanziate, aventi per lo più una pluralità di sedi operative variamente collocate nel territorio nazionale), distinguendo per ciascuna i contributi provenienti ex art. 131-132 e quelli ex art. 134, coi relativi totali.

Ci sembra superfluo ribadire le perplessità più volte espresse circa i criteri di ripartizione territoriale dei finanziamenti, criteri che obbediscono alle tradizionali logiche di soddisfacimento "a pioggia" di esigenze localistiche e clientelari, piuttosto che dare una risposta finanziaria calibrata alle differenziate urgenze locali in tema di tossicodipendenti

Più importante in questa sede è porsi il problema della corretta utilizzazione dei fondi da parte dei soggetti privati che ne beneficiano; quanto a quelli pubblici, il cui grado di inefficienza nell'organizzazione dei servizi è pari alla connaturata incapacità nella gestione dei fondi, produttrice non di servizi ma di sperperi e corruzione, stendiamo un pietoso velo.

I due casi già citati delle Coop. *Il posto delle fragole* ed *IRS-L'aurora* sono inquietanti più che paradossali. Essi come tanti altri, suscitano il sospetto, più che giustificato, che la semplicità (tutta italiana) dei canali di accesso al finanziamento, sommata all'assenza di seri controlli sul loro corretto utilizzo, possa indurre ad intraprendere iniziative strumentali alla pura e semplice acquisizione dei contributi, o tutt'al più a dare inizio o sostegno ad attività che, dietro il paravento del recupero e del reinserimento lavorativo di tossicodipendenti, operino invece mosse da puri intenti speculativi.

L'assenza di seri controlli è un dato estremamente importante, poiché è la chiave di volta della logica delle elargizioni "a pioggia".

È del tutto evidente che, al crescere delle iniziative o dei programmi finanziati o posti in essere in attesa di finanziamento, aumenta il numero di controlli da effettuare e con essi la difficoltà di tale operazione. L'unica operazione di controllo prevista dalla legge è (testualmente: comma 3 art.132): "i soggetti al comma 1 sono tenuti a trasmettere i propri bilanci, contenenti anche i risultati raggiunti, all'ente erogatore".

Non ci sembra, francamente, abbastanza. Anzi, l'assenza di ogni riferimento all'istituzione di una qualsivoglia commissione ispettiva centrale, che si occupi solo ed esclusivamente del controllo sul reale utilizzo delle somme assegnate, suona come una patente di impunità per tutti quei soggetti che non operino in ottemperanza di quanto previsto dalla normativa sopra esaminata. In questo quadro, il continuo pullulare di sempre nuove iniziative private (le CT private sono aumentate al ritmo di circa il 10% all'anno a fronte invece di un contenutissimo incremento di quelle pubbliche) dovrebbe far riflettere tutti coloro che, in linea con lo sciocco conformismo di chi considera i promotori di siffatte iniziative quasi alla stregua di eroici benefattori della collettività, si rifiutano di prendere in considerazione l'aspetto forse troppo "venale" per questi moralisti, del succoso ritorno economico di talune di queste attività sostenute con i soldi dello Stato.

La lettura delle centinaia di iniziative finanziate lascia di stucco. È un viaggio all'interno di decine di provincie di questo paese, attraversate da una miriade di multiformi realizzazioni, finanziate con contributi che vanno da pochi milioni, a molte centinaia di milioni. Si va da laboratori di ceramica, o musicali, o serigrafici, a corsi di addestramento professionale, da aziende agricole, avicole, olivicole, che si vedono finanziato l'acquisto di macchinari per giardinaggio, di

attrezzature le più varie, automezzi, celle frigorifere e quant'altro, ad officine, capannoni, sedi da costruire o da ristrutturare o arredare, ad allevamenti zootecnici, si va dall'acquisto di lampadine, materiale da cancelleria, a quello di pale meccaniche e motocoltivatori, dall'avvio di attività sportive o culturali, alla creazione di strutture per la conservazione di prodotti orticoli. Insomma, tutta un'economia di aziende e imprese attive in ogni campo del sociale e presenti in ogni angolo del paese, foraggiate o assecondate o avviate con il denaro pubblico in nome della lotta alle Tossicodipendenze, e praticamente immuni da controlli da parte della pubblica amministrazione. Viene quasi da chiedersi come sia possibile che, in presenza di un sistema di iniziative di lotta alla droga così ben articolate ed equilibratamente diffuse nel territorio, il problema delle tossicodipendenze non abbia ancora trovato un avvio di soluzione, ma, al contrario, (visto il continuo sorgere di sempre nuove strutture private) sembri aggravarsi anno dopo anno. Per quanto ci riguarda, dobbiamo confessare di non avere molto tempo a disposizione da dedicare alle passeggiate nei boschi alla ricerca di funghi. Però è risaputo che se ne raccolgono a bizzeffe dopo qualche giorno di abbondante pioggia. Non sarà che il fiorire come funghi, di sempre nuove Comunità private è dovuto (almeno in parte) alla abbondante pioggia di finanziamenti statali che cade in questi anni nel bosco della droga?

TAB.A Ministero degli Interni Finanziamenti nel 1992, ex art. 131-132		
Piemonte	1.729.400.000	
Valle d'Aosta	48.500.000	
Lombardia	2.936.500.000	
Trentino A.A.	392.000.000	
Veneto	1.370.000.000	
Friuli V.G.	587.500.000	
Liguria	944.000.000	
Emilia R.	4.053.100.000	
NORD	**12.061.000.000**	**40,2%**
Toscana	1.654.000.000	
Umbria	560.000.000	
Marche	2.622.500.000	
Lazio	2.248.000.000	
CENTRO	**7.084.500.000**	**23,6%**
Abruzzi	427.500.000	
Molise	99.500.000	
Campania	1.411.500.000	
Puglia	4.675.500.000	
Basilicata	504.000.000	
Calabria	1.246.500.000	
SUD	**8.364.500.000**	**27,9%**
Sicilia	1.609.000.000	
Sardegna	880.500.000	
ISOLE	**2.489.500.000**	**8,3%**
MEZZOGIORNO	**10.854.000.000**	**(36,2%)**
TOTALE	**29.999.500.000**	
TOTALE PROGETTI	**PRIVATI: 314**	**57,1%**
FINANZIATI: 550	**PUBBLICI: 236**	**42,9%**

TAB.B Ministero degli Interni Progetti ex art.134 reinserimento lavorativo

REGIONE	programmi	tossicodipendenti		Finanziamento in lire		
		totali	per programma	totale	Per programma	Per tossicodipendente
Piemonte	7	26	3,7	500.000.000	71.428.000	19.231.000
Lombardia	35	254	7,3	5.474.280.000	156.408.000	21.552.500
Veneto	2	20	10	517.300.000	258.650.000	25.865.000
Friuli V.G.	2	12	6	103.830.000	51.915.000	8.652.500
Liguria	4	34	8,5	399.030.000	99.757.500	11.736.000
Emilia R.	7	83	11,9	2.394.300.000	342.043.000	28.847.000
NORD	**57**	**429**	**7,5**	**9.388.740.000**	**164.714.000**	**21.885.000**
Toscana	5	54	10,8	697.630.000	139.526.000	12.919.000
Umbria	1	7	7	140.000.000	140.000.000	20.000.000
Marche	1	8	8	240.000.000	240.000.000	30.000.000
Lazio	9	96	10,7	1.639.980.000	182.220.000	17.083.000
CENTRO	**16**	**165**	**10,3**	**2.717.610.000**	**169.850.500**	**16.470.500**
Molise	1	5	5	150.000.000	150.000.000	30.000.000
Campania	4	68	17	1.170.000.000	292.500.000	17.206.000
Puglia	9	64	6,8	1.650.000.000	183.333.500	25.781.000
Basilicata	1	3	3	148.500.000	148.500.000	49.500.000
Calabria	3	64	21,3	885.000.000	295.000.000	13.828.000
SUD	**18**	**204**	**11,3**	**4.003.500.000**	**222.416.500**	**19.625.000**
Sicilia	3	42	14	1.160.000.000	386.667.000	27.619.000
Sardegna	1	10	10	300.000.000	300.000.000	30.000.000
ISOLE	**4**	**52**	**13**	**1.460.000.000**	**365.000.000**	**28.077.000**
MEZZOGIORNO	**22**	**256**	**11,6**	**5.463.500.000**	**248.341.000**	**21.341.500**
TOTALE	**95**	**850**	**8,9**	**17.569.850.000**	**184.946.000**	**20.670.500**

TAB.C Ministero degli Interni Progetti ex art.134 solo formazione

REGIONE	programmi	tossicodipendenti		Finanziamento in lire		
		totali	per programma	totale	Per programma	Per tossicodipendente
Piemonte	3	30	10	60.000.000	20.000.000	2.000.000
Valle d'Aosta	1	5	5	10.000.000	10.000.000	2.000.000
Lombardia	9	96	10,7	192.000.000	21.333.500	2.000.000
Veneto	7	129	18,4	253.000.000	36.143.000	1.961.000
Friuli V.G.	2	95	47,5	190.000.000	95.000.000	2.000.000
Liguria	5	30	6	60.000.000	12.000.000	2.000.000
Emilia R.	5	132	26,4	264.000.000	52.800.000	2.000.000
NORD	**32**	**517**	**16,2**	**1.029.000.000**	**32.156.000**	**1.990.500**
Toscana	2	27	13,5	54.000.000	27.000.000	2.000.000
Umbria	2	32	16	64.000.000	32.000.000	2.000.000
Marche	2	16	8	32.000.000	16.000.000	2.000.000
Lazio	6	104	17,3	208.000.000	34.666.500	2.000.000
CENTRO	**10**	**179**	**17,9**	**358.000.000**	**35.800.000**	**2.000.000**
Abruzzi	4	38	9,5	76.000.000	19.000.000	2.000.000
Campania	3	30	10	60.000.000	20.000.000	2.000.000
Puglia	7	59	8,4	118.000.000	16.857.000	2.000.000
Calabria	5	85	17	170.000.000	34.000.000	2.000.000
SUD	**19**	**212**	**11,1**	**424.000.000**	**22.316.000**	**2.000.000**
Sicilia	6	177	29,5	354.000.000	59.000.000	2.000.000
Sardegna	5	75	15	150.000.000	30.000.000	2.000.000
ISOLE	**11**	**252**	**22,9**	**504.000.000**	**45.818.000**	**2.000.000**
MEZZOGIORNO	**30**	**464**	**15,5**	**928.000.000**	**30.933.500**	**2.000.000**
TOTALE	**72**	**1.160**	**16,1**	**2.315.000.000**	**32.153.000**	**1.995.500**

TAB.D Ministero degli Interni-Progetti ex art.134 (reinserimento lavorativo+solo formazione)						
REGIONE	programmi	tossicodipendenti		Finanziamento in lire		
		totali	per programma	totale	Per programma	Per tossicodipendente
Piemonte	10	56	5,6	560.000.000	56.000.000	10.000.000
Val d'Aosta	1	5	5	10.000.000	10.000.000	2.000.000
Lombardia	44	350	7,9	5.666.280.000	128.733.000	16.189.000
Veneto	9	149	16,5	770.300.000	85.589.000	5.170.000
Friuli V.G.	4	107	26,7	293.830.000	73.458.000	2.746.000
Liguria	9	64	7,1	459.030.000	51.003.000	7.172.000
Emilia R.	12	215	17,9	2.658.300.000	221.525.000	12.364.000
NORD	**89**	**946**	**10,6**	**10.417.740.000**	**117.050.000**	**11.012.000**
Toscana	7	81	11,6	751.630.000	107.376.000	9.279.000
Umbria	3	39	13	204.000.000	68.000.000	5.231.000
Marche	3	24	8	272.000.000	90.667.000	11.333.000
Lazio	15	200	13,3	1.847.980.000	123.199.000	9.240.000
CENTRO	**28**	**344**	**12,3**	**3.075.610.000**	**109.843.000**	**8.941.000**
Abruzzi	4	38	9,5	76.000.000	19.000.000	2.000.000
Molise	1	5	5	150.000.000	150.000.000	30.000.000
Campania	7	98	14	1.230.000.000	175.714.000	12.551.000
Puglia	16	123	7,7	1.768.000.000	110.500.000	14.374.000
Basilicata	1	3	3	148.500.000	148.500.000	49.500.000
Calabria	8	149	18,6	1.055.000.000	131.875.000	7.080.000
SUD	**37**	**416**	**11,2**	**4.427.500.000**	**119.662.000**	**10.643.000**
Sicilia	9	219	24,3	1.514.000.000	168.220.000	6.913.000
Sardegna	6	85	14,2	450.000.000	75.000.000	5.294.000
ISOLE	**15**	**304**	**20,3**	**1.964.000.000**	**130.933.000**	**6.461.000**
MEZZOGIORNO	**52**	**720**	**13,8**	**6.391.500.000**	**122.913.000**	**8.877.000**
TOTALE	**169**	**2.010**	**11,9**	**19.884.850.000**	**117.662.000**	**9.893.000**

TAB.E Principali comunità finanziate nel 1992 ex art.131-132 ed ex art. 134			
COMUNITÀ	ex art. 131-132	ex art. 134	TOTALE
Saman	1.124.000.000	2.446.610.000	3.570.610.000
C.E.I.S. gruppo giovani e comunità	1.457.500.000	1.144.450.000	2.601.950.000
Exodus istituto Don Calabria	846.500.000	1.284.000.000	2.130.500.000
San Patrignano	1.148.100.000	950.000.000	2.098.100.000
Comunità Incontro	1.419.500.000		1.419.500.000
ass. Comunità Emmanuel	644.500.000	510.000.000	1.154.500.000
coop. Promozione Umana	623.000.000	300.000.000	923.000.000
ass. Aquilone	209.000.000	619.360.000	828.360.000
Ass. l'Arcobaleno	209.500.000	180.000.000	389.500.000
coop. Papa Giovanni XXIII	267.500.000	30.000.000	297.500.000

I finanziamenti agli enti pubblici e privati nei tre anni di applicazione della legge Vassalli-Jervolino.

DI ANTONELLO MARZANO

La *Tabella A* evidenzia l'insieme dei molteplici canali di finanziamento Statale delle multiformi iniziative che fanno fronte al problema delle tossicodipendenze. Come si vede, le somme in gioco sono enormi. Esse vengono assegnate ai destinatari finali, pubblici e privati, in maniera diretta o tramite Ministeri, Regioni ed Enti Locali, ma sostanzialmente attraverso quattro canali di finanziamento:

1) Attraverso il *Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga* (FNIDL), ex art.127 del T.U.309/90, che istituisce fondi a favore di COMUNI, REGIONI e MINISTERI. È da tener presente che la gran parte di questi finanziamenti viene poi, per il loro tramite, smistata a comunità terapeutiche, associazioni o cooperative private.
2) Attraverso gli art.131-132 e attraverso l'art.134 del T.U., rispettivamente al *Ministero dell'Interno* (sotto forma di contributi per il recupero ed il reinserimento di tossicodipendenti) e al *Ministero del lavoro* (per contributi ai progetti per l'occupazione di tossicodipendenti). Anche in questo caso ben oltre il 50% dei finanziamenti vengono poi destinati ai privati (ad es., per il 1992, fra i 550 progetti finanziati dal solo *Ministero dell'Interno*, ben 314 -pari al 57,1%- erano di privati, e solo 236 -pari al 42,9%- di iniziativa pubblica).
3) Attraverso il Comitato esecutivo del *Comitato per l'Edilizia Residenziale* (CER), integrato da un rappresentante del *Ministro per gli Affari Sociali* (ex art.128 del TU), che destina i fondi, provenienti dalla disponibilità delle Sezioni Autonome della *Cassa Depositi e Prestiti*, tra le regioni in proporzione al rispettivo numero di tossicodipendenti assistiti, agli enti ausiliari di cui all'art.115 (cioè sostanzialmente alle Strutture private, e cioè a comunità terapeutiche, associazioni, cooperative, ecc.).
4) Attraverso l'utilizzo di quote del *Fondo Sanitario Nazionale* (vincolate allo scopo ai sensi dell'art.17 della L.887/84) per gli anni 1991 e 1992, e di una quota a valere sul FNILD per l'anno 1990 (ex art.118 del T.U.), per il potenziamento dei *Servizi Pubblici per le tossicodipendenze* (SERT).

In sostanza, con la sola esclusione di quest'ultimo ambito di finanziamento, i destinatari finali di gran parte delle ingentissime somme stanziate, sono state le Strutture private, o meglio i privati che le gestiscono.
Riguardo al punto 1), stimando (prudenzialmente) in circa il 50% la quota parte di quei finanziamenti finiti poi alle Strutture private, non siamo molto lontani dalla realtà.
Riguardo al punto 2), sappiamo che: nel 1991, su un totale di 548 domande accolte e finanziate, 374 -pari al 68,3%- erano state quelle di privati, e solo 174 -pari al 31,7%- quelle di iniziativa pubblica (USL e COMUNI); mentre come già detto, per il 1992, il 57,1% sono state le domande finanziate ai privati, e il 42,9%

quelle pubbliche. Sulla scorta di questi dati, ci sentiamo di poter stimare in una quota (prudente) del 60% almeno, i finanziamenti concessi ai privati.
Riguardo al punto 3), il calcolo è presto fatto: il 100% delle somme stanziate hanno finito per finanziare iniziative private. Sommando le quantità di denaro stimate come quota parte dei fondi totali che hanno finanziato attività e strutture private, abbiamo schematicamente per le tre voci analizzate:

1	50%	(264.514.300.722+207.514.350.000)	236.014.325.000
2	60%	(169.200.000)	101.520.000.000
3	100%	(300.000.000)	300.000.000.000
TOTALE			**637.534.325.000**

Analizziamo anche la seguente tabella (dati comunicati nella recentissima *Relazione sullo stato delle tossicodipendenze in Italia*):

Data	Tossicodipendenti in trattamento						
	persone	presso Servizi Sanitari Pubblici			Presso Comunità Terapeutiche		
		persone	%	SSP Esistenti	persone	%	CT esistenti
31/12/89	43.300	33.335	77,0		9.965	23	
31/12/90	53.341	40.928	76,7	530	12.413	23,3	454
31/12/91	63.824	49.305	77,2	561	14.519	22,8	534
31/12/92	76.885	59.737	77,7	559	17.148	22,3	642

Si nota che a partire dal 1990 (anno d'entrata in vigore della legge), a fronte dell'incremento dei tossicodipendenti in trattamento, il numero dei *Servizi Sanitari Pubblici* (SSP) è rimasto sostanzialmente invariato (passando quindi la media del Numero di tossicodipendenti in trattamento per ogni struttura pubblica da 74 a 107, mentre il numero delle *Comunità terapeutiche* (CT) private ha subìto un consistente aumento, passando da 434 a 642 (+47,9%), (e restando praticamente inalterato il Numero di tossicodipendenti medio per ogni singola CT, cioè circa pari a 26,5 TD/CT). Questo trend sembra evidenziare che, dall'entrata in vigore della legge, la risposta all'aumento di domanda di assistenza è affidata praticamente alle sole CT private, che hanno visto enormemente estendersi la propria presenza nel territorio. Evidentemente, le centinaia di miliardi erogati dallo Stato in questi tre anni, e concessi, come si è visto, per una quota di circa il 50% del totale (circa 637 miliardi) alle CT, hanno prodotto, per far fronte all'aumento della domanda, un aumento di CT private, mentre nell'ambito pubblico, sono stati assorbiti all'interno delle Strutture preesistenti alla legge, con conseguente aumento del costo unitario per tossicodipendente in cura, che probabilmente, in costanza di questo trend, peserà, in termini economici, sempre di più allo Stato. La legge del '90 produce, con l'assurdo assioma proibizionista di cui è portatrice, un costante incremento di (falsi) tossicodipendenti (falsi perché spesso non intossicati se non da uno spinello) che servono a mantenere in vita (foraggiandole succosamente) o a porre in essere (finanziandole totalmente, dall'acquisto dei terreni o delle sedi, agli arredi, ai corsi di formazione del personale ecc.) iniziative private che spesso, dietro il paravento dell'azione "antidroga", rappresentano vere e proprie imprese economiche mosse da puri intenti speculativi. Del resto, se così

non è, e non è vero che la legge produce nuovi tossicodipendenti e incentiva sempre nuove strutture *succhia soldi*, ci si deve spiegare se tale fenomeno è allora solo colpa della "droga". Ed allora che uso è stato fatto dei circa 176 miliardi spesi per la prevenzione nei tre anni? La legge costa sempre di più, centinaia di miliardi profusi allo scopo di porre un freno, se non ci sbagliamo, alla diffusione delle tossicodipendenze. E, dopo tre anni di applicazione, ci si trova con un numero crescente di tossicodipendenti in cura presso CT che continuano a fiorire come funghi, innaffiati dalla pioggia di generosi finanziamenti dello Stato. In questa perversa spirale di sprechi e inefficacia, ci sembra davvero che l'aspetto più deteriore ed ambiguo sia rappresentato dai meccanismi di finanziamento e di controllo (che non c'è stato). Crediamo di non essere troppo maliziosi se insistiamo su questo aspetto; e ci conforta leggere nell'ultima *Relazione sullo stato della tossicodipendenza in Italia* che è necessaria una *verifica e il monitoraggio dell'efficacia dei progetti finanziati* da parte di un *nucleo operativo* ancora da istituire, oltre che un coordinamento e un controllo fra le strutture deputate all'istruttoria dei progetti. Dopo tre anni dall'entrata in vigore della legge, e dopo la distribuzione di oltre mille miliardi, non crediamo che la semplice enunciazione di (buoni) principi possa ormai produrre un'inversione di tendenza.

TABELLA A		**1990**	**1991**	**1992**	**TOTALI 90/92**	
Comuni + Regioni art.127	**Nord**	18.133.730.337	39.617.077.260	41.497.428.320	99.248.235.517	TOTALE SOLA PREVENZIONE
	Centro	10.216.649.400	24.344.365.440	26.527.040.000	61.088.054.840	
	Mezzogiorno	15.461.704.900	42.569.727.065	46.146.578.000	104.178.009.965	
	totale	**43.812.084.637**	**106.531.169.765**	**114.171.046.320**	**264.514.300.722**	
Ministeri art.127		79.632.400.000	73.983.000.000	53.898.950.000	207.514.350.000	(circa i 2/3 Dei programmi finanziati)
Ministero dell'Interno art.131-132		49.200.000.000	30.000.000.000	30.000.000.000	109.200.000.000	
Ministero del lavoro e della previdenza sociale art.134		18.572.052.000	21.427.948.000	20.000.000.000	60.000.000.000	circa 176.000.000.000
C.E.R. (Ministero dei lavori pubblici) art.128		100.000.000.000	100.000.000.000	100.000.000.000	300.000.000.000	circa 58,7 miliardi l'anno per 3 anni
potenziamento *SerT* art.118		30.000.000.000	240.600.000.000	240.600.000.000	511.200.000.000	
TOTALI ANNUALI		**321.216.536.637**	**572.542.117.765**	**558.669.996.320**	**1.452.428.650.722**	Circa 900.000 lire l'anno per tossicodipendente
TOSSICODIPENDENTI					media 90/92 64.683	
nei servizi pubblici		40.928	49.305	59.737		
nelle comunità private		12.413	14.519	17.148		
TOTALE		**53.341**	**63.824**	**76.885**		
Lire per tossicodipendente		6.021.944	8.970.650	7.266.307	22.157.619	

X RAPPORTO – GIUGNO 1993

Il rapporto "Bompiani".

DI CARLA ROSSI

Questo X rapporto dell'Osservatorio delle Leggi sulla Droga (OLD) prende in esame la "Relazione sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia, sulle strategie adottate e sugli obiettivi raggiunti nel 1992" presentata dal Ministro per gli Affari sociali, Adriano Bompiani, il 5 aprile scorso.
Anche grazie allo straordinario risultato referendario le verità (sinora nascoste), le analisi e le proposte contenute nel Rapporto, possono costituire una base di partenza nuova che può consentire di fare un passo avanti nella direzione del governo razionale, scientifico ed umano, delle tossicodipendenze.
Questa strada deve essere percorsa sino in fondo e non potrà più essere intralciata dalle posizioni ideologiche che hanno caratterizzato sinora l'"amministrazione" dei tossicodipendenti e delle tossicodipendenze.
Contestualmente al nuovo cammino -una rigorosa politica di riduzione del danno- è necessario che si faccia chiarezza sul passato. Un "passato" fatto anche -per esempio- di metodi "terapeutici" "tranquilli" e deresponsabilizzanti, e di fondi destinati agli enti pubblici e privati utilizzati per progetti che con il recupero dalla tossicodipendenza hanno ben poco a che vedere.

1. Introduzione.

Il rapporto Bompiani costituisce una novità assoluta dopo lo squallore insulso e mistificante dei precedenti rapporti Jervolino sull'applicazione della legge 162/90. Non soltanto i dati sono forniti con trasparenza e, in linea generale, con completezza, ma anche le analisi e le riflessioni che partono da tali dati sono animate da un reale interesse scientifico di conoscenza del fenomeno e non viziati da preconcette ideologie. È inoltre positivo il fatto che il Ministro abbia chiamato a collaborare alla stesura del rapporto Enti ed esperti anche non di area governativa e che auspichi anche più ampie collaborazioni per il futuro.

> *(...) il Dipartimento per gli affari sociali intende avvalersi del patrimonio tecnico, professionale e culturale di tutte le organizzazioni scientifiche e sociali competenti nel settore, siano esse pubbliche o private, dipendenti da Enti locali o da strutture universitarie, nonché di singoli studiosi esperti del fenomeno.*

Prima di analizzare i dati riportati nel rapporto, vogliamo evidenziare i principali spunti innovativi (v. anche OLD IX). Innanzitutto si parla, per la prima volta, della possibilità di interventi mirati alla riduzione del danno *[(...) la messa in atto di misure finalizzate alla riduzione del rischio, piuttosto che alla penalizzazione del consumatore (...) - offerta di strumenti di riduzione del danno e del rischio (inclusi i trattamenti ad efficacia nota rispetto a questo obiettivo...)]* e si

identifica, come principale provvedimento a riguardo, l'utilizzo di farmaci sostitutivi, tanto demonizzato nei precedenti rapporti *(Ci sono evidenze, ad esempio, che il numero di utenti dei servizi aumenta con l'aumentare della proporzione di trattamento metadonico offerto.)* A proposito dei finanziamenti si richiama l'attenzione sul fatto che al momento attuale non sono possibili, di fatto, verifiche sulla corretta utilizzazione dei fondi, né sono mai state fatte verifiche sull'efficacia dei diversi metodi e percorsi riabilitativi. A questo proposito si ricorda che, in effetti, l'unico percorso riabilitativo di cui sia stata scientificamente dimostrata l'efficacia è proprio quello basato sull'utilizzo di farmaci sostitutivi e, in particolare, del metadone. Si richiama ancora l'attenzione sulla crescita del numero di cooperative a responsabilità limitata o in accomandita semplice che sembrano individuare negli interventi destinati ai tossicodipendenti una attività con esclusiva finalità di lucro. Per quanto riguarda i decessi per "overdose" i dati vengono, per la prima volta, forniti in modo abbastanza completo, con tabelle regionali, provinciali, mensili, con indicazione anche del sesso e dell'età dei deceduti. Si richiama più volte l'attenzione sul fatto che i dati devono ritenersi parziali e ancora incompleti per ritardi di notifica e ci si sofferma anche sul fatto che i decessi per overdose costituiscono comunque un dato estremamente parziale nell'analisi del fenomeno "tossicodipendenza" in quanto *il dato in possesso della DCSA è esclusivamente basato, come si è detto, sui rilevamenti effettuati dalle forze di polizia sul territorio al momento della prima notizia della morte. Generalmente esso non è poi riscontrato dagli esiti degli esami autoptici e/o tossicologici eventualmente disposti dall'Autorità Giudiziaria ai fini dell'accertamento delle cause del decesso stesso.* Si fa inoltre riferimento, per la prima volta, al fatto che le morti per droga non sono solo quelle per overdose, ma, specialmente ora che si osserva l'onda epidemica legata all'AIDS, il numero delle overdosi può diminuire anche solo perché alcuni tossicodipendenti muoiono "prima" per AIDS o altre cause correlate alla loro situazione di "tossicodipendenti" (problema delle cause di morte in competizione). A questo proposito si osserva che *gli elementi informativi relativi alle morti indirette o indotte (sinistri stradali, AIDS, epatiti, endocarditi, suicidi, incidenti sul lavoro ecc.) sono, al momento, negativi per la mancanza di specifici rilevamenti sul territorio.* In un precedente rapporto dell'OLD era stato affrontato questo problema ed effettuata un'analisi dettagliata sulla base di dati ISTAT, purtroppo aggiornati solo fino al 1988 (ripeteremo tali analisi non appena saranno disponibili dati aggiornati), da cui si evidenziava che, anche solo considerando le overdosi e l'AIDS, le morti giovanili, specialmente nella popolazione maschile, potevano essere in gran parte ricondotte alla tossicodipendenza, in particolare, in regime di proibizionismo nelle grandi aree metropolitane (v. OLD IV). Continua il trend, già evidenziato in precedenza, per quanto riguarda la popolazione carceraria. Si evidenziano sempre di più le disfunzioni delle Prefetture nell'assolvimento dei loro compiti (gravi ritardi nei colloqui, assai differenziati per aree geografiche).

Dai dati sui sequestri, anche questi abbastanza completi, si evidenzia ancora una volta l'assoluta irrilevanza delle quantità di sostanze sequestrate rispetto all'entità

presunta del mercato (v. anche OLD VIII). C'è però da osservare che, per la prima volta si riporta esplicitamente l'entità di sostanze sequestrate nelle carceri, facendo esplicitamente cenno al fatto, da noi più volte denunciato, che nel carcere entra droga ma non siringhe sterili sufficienti, con le conseguenze evidenziate non solo nel nostro Paese (v. OLD VII) di contagio di AIDS ed epatiti. Va osservato, a questo proposito, che tale ammissione costituisce una dimostrazione evidente della totale sconfitta del regime proibizionista. Infatti, non c'è luogo più controllato di un carcere e popolazione più repressa di quella carceraria. Eppure, il mercato della droga non si ferma davanti ai cancelli degli istituti di pena, ma entra anche lì, segno evidente che gli alti profitti derivanti dall'illegalità del commercio permettono di superare qualsiasi ostacolo repressivo, coinvolgendo, a volte, anche quanti sarebbero addetti al controllo, come le guardie carcerarie e producendo quindi, oltre ai danni legati alla sostanza, quelli dovuti alla corruzione e alla criminalità. Complessivamente, il rapporto permette di avere un'informazione abbastanza esauriente, sia riguardo all'applicazione della legge, sia, più in generale all'andamento dei diversi fenomeni legati alla tossicodipendenza. Nel seguito si riportano alcune tabelle che permettono di entrare più nel dettaglio dei diversi aspetti accennati sopra.

2. Servizi e interventi terapeutici.

Per quanto riguarda l'analisi degli interventi terapeutici si riscontra una discrepanza notevole tra le linee di fondo affermate dal Ministro nella sua relazione e il documento predisposto dall'Osservatorio permanente sul fenomeno droga del Ministero dell'Interno. Al di là dei dati generali (tabelle 1-6), da cui si evidenzia il trend crescente sia rispetto al numero di centri che rispetto al numero dei tossicodipendenti in carico, occorre riscontrare le seguenti annotazioni ideologiche(?) (che ad una lettura più attenta risultano copia di quelle riportate nei precedenti rapporti):

1) *Il confronto tra i dati relativi ai tossicodipendenti in cura al 15 dicembre 1992 con quelli del 30 giugno 1990 (prima dell'entrata in vigore della Legge 162/90) confermano la tendenza, già evidenziata dall'analisi dei dati del secondo semestre 1990 e nell'anno 1991, dell'emersione del fenomeno della tossicodipendenza alla visibilità e, quindi, ad un maggior intervento sociale di recupero e di riabilitazione.*
2) *Questa crescita numerica non ha investito in modo omogeneo il territorio nazionale, ma si è concentrata maggiormente al Nord (...).*

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.
Infatti, al Nord il ricorso al trattamento farmacologico a base di sostanze sostitutive da parte dei servizi pubblici è in costante diminuzione e riguarda oramai solo una piccola parte di essi, mentre al Centro costituisce quasi il 50% dei casi ed è di poco inferiore al Sud e nelle Isole.
Nonostante queste differenze è da rilevare che anche in queste zone si nota una costante diminuzione del ricorso a questo trattamento.

Il Ministro fa rilevare che:

1) *Si dovrà, per il futuro, stratificare i dati per tipo di droga in considerazione del fatto che, prima della legge 162/90 il numero di utenti dei servizi che facevano uso di sostanze leggere era irrilevante, ora potrebbe essere aumentato in virtù dell'invio di tali utenti dalle prefetture ai servizi. In Campania, per esempio, il 13% degli utenti riferisce i cannabinoidi come sostanza di uso primario.*
2) *Emerge inoltre chiaramente, dalle statistiche fornite, una estrema disomogeneità 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. (...) Ampio, in tale contesto, è il dibattito sul fatto che, mentre esistono studi scientifici che dimostrano l'efficacia del trattamento metadonico nel ridurre l'uso di eroina e i conseguenti comportamenti a rischio (attività criminali, uso di siringhe usate, ecc.), non esistono evidenze dotate di pari attendibilità scientifica riguardo ad altri trattamenti. A questo proposito risulta necessario che i trattamenti di cui sia nota l'efficacia rispetto a definiti obiettivi siano garantiti in tutti i servizi e che, nel contempo, siano pianificati studi di valutazione dell'efficacia dei diversi interventi sulle tossicodipendenze (...).*

A ulteriore chiarimento, riguardo al fenomeno dell'emersione, (vera o presunta?) si riporta quanto affermato nella relazione dei NOT:

Secondo l'opinione degli operatori viene concordemente riconosciuta l'efficacia dissuasiva della legge nei confronti dell'utenza cosiddetta "giovane", cioè dei consumatori "occasionali" od agli inizi, per lo più di droghe di tipo leggero. In questi casi l'impatto con le Istituzioni sembra aver sortito un effetto positivo, costituendo una valida occasione di riflessione per il tossicodipendente (? n.e.) e contribuendo all'attuazione della funzione di prevenzione e recupero (? n.e.) perseguita dal legislatore (...) Più difficile è apparso, invece, il rapporto con il soggetto coinvolto già da tempo nell'uso di droghe. In tale caso la "minaccia" della sanzione irrogata nell'ambito del procedimento prefettizio ha svolto uno scarso potere dissuasivo e deterrente e, pertanto, è risultato poco produttivo l'avvio del rapporto con i Centri di recupero, quale alternativa all'applicazione della sanzione (...) Al riguardo è stato evidenziato dai NOT come "sovente la motivazione che induce tali segnalati ad intraprendere il percorso terapeutico sia di tipo strumentale, cioè finalizzata unicamente ad evitare l'applicazione delle sanzioni amministrative previste dalla legge (figuriamoci eventualmente di quelle penali! n.e.). *In tali casi, in assenza di una seria motivazione da parte di tali soggetti, divengono scarse le possibilità di raggiungere gli obiettivi auspicati dalla legge 162. Ciò spiega la consistente percentuale di soggetti, con storie tossicomaniche croniche, che hanno interrotto nel corso di questi anni il programma prescritto.*

Credo non occorrano ulteriori commenti.

3. Finanziamenti.

Abbiamo più volte affrontato l'analisi dei finanziamenti (a pioggia e senza controllo) in precedenza (v. OLD VI, OLD VIII, OLD IX), ci limitiamo qui all'analisi dei dati generali riportati nel rapporto Bompiani che, ancora una volta, mostrano aspetti inquietanti (tabelle 7-8). Oltre a confermare le nostre precedenti analisi e nonostante il sospetto circa i possibili fini di lucro di alcune cooperative e associazioni, sono proprio queste ultime ad assorbire la maggior parte dei finanziamenti. Abbiamo il 70% dei progetti finanziati nel 1990, il 68% nel 1991, il 63% nel 1992. La proporzione di progetti approvati rispetto a quelli presentati è anche tutta a favore delle associazioni rispetto ai proponenti di diritto pubblico (v. tabella 7).

Ma quello che è ancor più rilevante e che se si passa ad analizzare la proporzione di finanziamento concessa alle associazioni si ha: il 70% nel 1990, il 72% nel 1991 e il 65% nel 1992.

Le associazioni inoltre hanno una proporzione di finanziamento concesso più elevata rispetto a quanto richiesto, il che conferma ancora una volta che i finanziamenti vengono concessi a pioggia piuttosto che per grandi progetti.

Per completare il quadro riportiamo anche la tabella E del rapporto OLD IX (vedi tabella 9bis), che non ha bisogno di ulteriori commenti. Rimandiamo ancora ai precedenti rapporti OLD per ulteriori approfondimenti e ci auguriamo che venga finalmente attuato, da una parte un controllo stretto sull'utilizzazione dei finanziamenti, dall'altra un'analisi costi/benefici sul tipo di intervento, in particolare per quanto riguarda il recupero (v. sopra).

4. Decessi per droga.

Per la prima volta i decessi vengono forniti con sufficiente trasparenza (v. sopra) e si ripete più volte che i dati devono considerarsi provvisori dati gli inevitabili ritardi di notifica. In effetti, dall'analisi della tabella 10, che riporta il riscontro mensile per il 1991 e il 1992, emerge chiaramente l'influenza di tale fenomeno. Mentre infatti non si riscontrano differenze significative per la media giornaliera dei decessi per overdose nei primi 7 mesi del 1992 rispetto all'anno precedente, a partire dal mese di agosto si ha una sensibile diminuzione di tale media giornaliera, particolarmente accentuata negli ultimi due mesi dell'anno. È quindi molto probabile che ad un possibile trend naturale in diminuzione, che deriva anche dall'impatto crescente di altre cause di morte tra i tossicodipendenti (AIDS in particolare), si sovrapponga anche una sottostima sulla seconda metà dell'anno, dovuta principalmente a ritardi di notifica.

Dalla tabella 11 emerge poi chiaro il fatto che il trend in diminuzione non è un andamento uniforme su tutto il territorio nazionale. Anzi alcune regioni mostrano ancora un notevole aumento del fenomeno rispetto all'anno precedente, per esempio il Lazio con un aumento del 16,8%. In effetti, da alcune stime effettuate dall'Osservatorio epidemiologico regionale, sembra che il numero dei tossicodipendenti sia in rilevante aumento nella nostra regione. Riprenderemo questo dato quando passeremo ad esaminare il problema degli istituti di pena.

Vogliamo chiudere l'argomento riportando alcuni stralci del rapporto del ministro (pagg.17-18) in merito alla cautela con cui valutare i dati sui decessi, soprattutto nell'assumere tale dato come unico indicatore del fenomeno tossicodipendenza.

"(...) - a parità di incidenza di overdose, una diversa letalità può influenzare il dato globale della mortalità. La letalità è fortemente influenzata dalla disponibilità di servizi di emergenza che subisce forti differenze geografiche. Emblematico, a questo proposito, è il caso di Firenze ove la particolare organizzazione dei servizi ha consentito risultati, in termini di overdosi fauste, cioè risoltesi positivamente, del tutto encomiabili e meritevoli di approfondimento da parte di altre amministrazioni comunali." "(...) b) uno studio pilota di linkage tra i decessi in tossicodipendenti riportato dal Servizio Centrale Antidroga (SCAD) con i decessi del sistema individuale della Regione Lazio (RENCAM) ha riportato i seguenti risultati:

- *la proporzione di decessi riportati dal SCAD che risultavano anche al RENCAM variava dal 77% nel 1987 al 60% nel 1990; di questi la proporzione attribuita ad overdose (causa di morte ISTAT=304) variava dal 50% nel 1987 all'82% nel 1990.*
- *la proporzione di decessi riportati dal SCAD che risultavano anche al RENCAM è dell'87% per i decessi verificatisi nel 1991 nel Comune di Roma e dell'89% per i decessi verificatisi tra gennaio e agosto del 1992 nel Comune di Roma; di questi, la proporzione attribuita ad overdose dal RENCAM è superiore al 90%. Al RENCAM risultavano deceduti a Roma, per overdose, nel 1991, 130 soggetti di cui solo 78 (60%) erano stati riportati anche dal SCAD."*

5. Situazione degli istituti di pena.

Vogliamo iniziare riportando uno stralcio significativo della relazione del Ministero di Grazia e Giustizia.

Dalle rilevazioni statistiche, effettuate da questo Dipartimento negli ultimi due anni, emerge palesemente che la criminalità tossicomanica è divenuta una componente stabile e significativa, anche nella entità proporzionale, della criminalità complessiva (...) Dall'analisi dei dati delle tabelle si evidenzia che circa un terzo degli autori di reati sanzionati con la prigione è oggi costituito da tossicodipendenti. È senza dubbio l'indicazione più evidente dell'importanza del fenomeno della criminalità tossicomanica, considerato anche che la carcerazione costituisce l'episodio più grave del controllo penale, la "punta dell'iceberg" del più complessivo fenomeno criminale.

La proporzione di detenuti tossicodipendenti si è ormai attestata attorno al 31%. Se però si considera la proporzione di tossicodipendenti negli ingressi, il dato è ancora più preoccupante, circa il 35%. Inoltre, la maggior parte di questi riguarda l'art. 73 del DPR 309/90, ma non mancano i reati comuni. C'è anche da osservare che circa la metà dei detenuti per violazione dell'art. 73 non è tossicodipendente. Il mercato della droga è fonte di lavoro e di guadagno anche per i non

tossicodipendenti. C'è ancora da osservare che, su circa 15000 detenuti per violazione di tale articolo, un migliaio (circa 7%) sono in carcere per fatti di lieve entità (alla data del 6/2/93). I dati sono riportati nel dettaglio nelle tabelle 12 e 13. Un discorso a parte merita l'analisi della situazione riguardo ai minorenni (tabelle 15-20). Anche in questo caso si riscontra un costante aumento della proporzione di tossicodipendenti che, se consideriamo gli anni per cui sono disponibili dati completi (fino al 1991), sembra attestarsi attorno al 25% degli ingressi (tabella 15). Se si prende poi in considerazione il problema degli stranieri (tabella 16) non si può non osservare come la delinquenza minorile sembri essere più diffusa tra questi, mentre la tossicodipendenza è più diffusa tra gli italiani. Bisogna però tener presente che per entrambi il tipo di sostanza assunta è per lo più cannabis (circa 54%) e circa la metà sono assuntori occasionali (tabelle 17 e 19). In ogni caso resta confermata l'associazione tra consumo di droghe e reati di microcriminalità, come evidente dalle tabelle 16 e 20.

6. Gli interventi delle Prefetture.

Nella tabella 21 sono riportati i dati relativi agli interventi delle Prefetture disaggregati su base regionale. Non ci soffermiamo sull'analisi di tali dati, sia perché abbiamo avuto più volte la dimostrazione dell'inattendibilità degli stessi, sia per quanto riportato sopra dalla relazione dei NOT. In altre parole, gli interventi non sembrano avere avuto un'incidenza significativa né sulla prevenzione, né, tanto meno, sul recupero dei "veri" tossicodipendenti. C'è da osservare che, come avevamo previsto fin dall'entrata in vigore della 162/90, si è verificato un notevole intralcio nel lavoro delle Prefetture a seguito delle nuove competenze e compiti imposti dalla legge. Basti, a questo proposito, considerare che intercorrono in media 10 giorni tra l'episodio e la segnalazione (nel Lazio più di 50), in molte regioni intercorrono più di venti giorni (in media) tra la ricezione del verbale e la convocazione del soggetto (nel Lazio più di 60), in molte regioni occorrono più di venti giorni (in media) per l'esecuzione delle analisi (nel Lazio più di 60), analogamente in molte regioni occorrono più di venti giorni (in media) tra il colloquio e il momento dell'effettiva irrogazione della sanzione (in Lombardia e Puglie più di 60). Nel frattempo, può succedere di tutto!

7. I sequestri e la repressione del narcotraffico.

La tabella 22, in cui sono riportati i quantitativi di sostanza sequestrati viene introdotta da un breve commento:

> *L'azione di contrasto svolta in Italia nel corso del 1992 dalla Forze di Polizia nel comparto della lotta alla diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope è stata altamente qualificata ed ha raggiunto, sotto il profilo repressivo, obiettivi mai prima d'ora conseguiti. Sono stati ottenuti, infatti, records operativi di tutti i tempi relativamente a sequestri di: cocaina, cannabis, anfetaminici.*

Non si dice che i sequestri di eroina sono però diminuiti di circa il 13%. Non ci si preoccupa della novità legata alle amfetamine, che sembrano, invece, essere in

strepitoso aumento, non solo nei sequestri, e che provocano, tra l'altro, non poche morti per incidenti all'uscita delle discoteche), che non vengono mai classificate come morti droga-correlate. Se si va ad analizzare l'andamento dei sequestri nel corso dell'anno si vede poi che, mentre per l'eroina e la cocaina si ha un andamento oscillante, pressoché stazionario, per la cannabis, in realtà, quasi tutto è concentrato nel mese di giugno, dove potrebbe, con molta probabilità, essersi verificato uno o pochi sequestri ingenti (magari un'intera nave come si verificò nel 90) che ha permesso fortunosamente di raggiungere gli *"obiettivi mai prima d'ora conseguiti"*, sempre a scapito delle sole sostanze leggere.
Molto interessante è, invece, la tabella 23, da cui si evince l'esistenza di un mercato penitenziario delle droghe, che, come si vede, entrano anche negli istituti di istruzione, nelle strutture sanitarie e in quelle militari (più controllate di così!).
Dalla tabella 24 emerge l'aumento, questo sì consistente, delle persone coinvolte, che dimostra, ancora una volta, quanto la redditività di queste attività renda potenzialmente inesauribile il numero delle persone interessate a farne parte.
Infine, dalla tabella 25 emerge, ancora una volta, il dato sul numero notevole di soggetti in stato di arresto per fatti di lieve entità, particolarmente preoccupante per le droghe leggere. Ancora un dato che conferma come la 162/90 sembri aver penalizzato sostanzialmente i consumatori e piccoli spacciatori di droghe leggere, piuttosto che aver colpito il grande traffico e avviato il recupero dei tossicodipendenti gravi e una reale prevenzione del fenomeno.

TAB.1-Tossicodipendenti in trattamento presso i servizi pubblici e privati settembre 1990/ dicembre 1992

date di rilevazione	Servizi Sanitari Pubblici				Comunità Terapeutiche			Totale
	esistenti	censite	utenti totali	utenti di cui in trattamento con sostanze sostitutive	esistenti	censite	utenti	
30.09.90	527	521	38.999	12.725	434	421	11.381	**50.380**
31.12.90	530	513	40.928	12.457	454	440	12.413	**53.341**
31.03.91	533	501	37.788	12.046	476	458	12.682	**50.470**
30.06.91	532	505	43.650	12.382	488	454	12.426	**56.076**
30.09.91	529	516	46.905	13.734	499	475	12.793	**59.698**
31.12.91	551	530	49.305	13.860	534	512	14.519	**63.824**
31.03.92	552	540	52.507	14.374	581	558	15.397	**67.904**
30.06.92	557	533	55.797	14.750	586	570	15.663	**71.460**
30.09.92	562	549	55.556	14.765	624	600	15.745	**71.301**
15.12.92	559	534	59.737	14.781	642	615	17.148	**76.885**

Fonte: "Osservatorio permanente sul fenomeno droga"

TAB.2-Utenti dei servizi pubblici per le tossicodipendenze al 15/12/1992

regione	SERT * numero	utenti in carico totale	in strutture socio-riabilitative		medio per sert
Piemonte	59	6.476	1.694	26,16%	110
Valle d'Aosta	1	145	49	33,79%	145
Lombardia	83	11.629	3.432	29,51%	140
Prov.aut. Bolzano	4	922	258	27,98%	231
Prov.aut. Trento	1	620	148	23,87%	620
Veneto	36	5.222	1.530	29,30%	145
Friuli V.Giulia	10	776	126	16,24%	78
Liguria	19	3.244	394	12,15%	171
Emilia R.	39	4.512	1.319	29,23%	116
Toscana	33	3.490	1.135	32,52%	106
Umbria	9	872	261	29,93%	97
Marche	12	772	229	29,66%	64
Lazio	40	4.143	398	9,61%	104
Abruzzo	10	1.117	228	20,41%	112
Molise	4	128	35	27,34%	32
Campania	26	3.578	562	15,71%	138
Puglia	50	6.965	1.323	18,99%	139
Basilicata	6	294	102	34,69%	49
Calabria	3	657	239	36,38%	219
Sicilia	27	2.221	545	24,54%	82
Sardegna	11	2.580	516	20,00%	235
ITALIA	**483**	**60.363**	**14.523**	**24,06%**	**125**

* *SerT* che hanno inviato la scheda

TAB.3-Tasso di prevalenza sulla popolazione di età 15-44

regione	tasso di prevalenza*
Piemonte	3,47
Valle d'Aosta	2,77
Lombardia	2,88
Prov.aut. Bolzano	4,50
Prov.aut. Trento	2,99
Veneto	2,56
Friuli V.Giulia	1,49
Liguria	4,65
Emilia R.	2,69
Toscana	2,31
Umbria	2,52
Marche	1,26
Lazio	1,74
Abruzzo	1,98
Molise	0,87
Campania	1,30
Puglia	3,66
Basilicata	1,05
Calabria	0,66
Sicilia	0,94
Sardegna	3,21
ITALIA	**2,30**

* utenti in carico/popolazione residente di età 15-44 ani per 1000

TAB.4-Utenti dei servizi pubblici distribuiti per sostanza d'abuso primaria

regione	eroina	cannabinoidi	cocaina	altro
Piemonte	93,02	0,73	0,43	5,82
Valle d'Aosta	98,62	0,00	0,00	1,38
Lombardia	95,94	1,75	1,43	0,88
Prov.aut. Bolzano	88,51	1,35	0,00	10,14
Prov.aut. Trento	95,32	2,26	1,45	0,97
Veneto	93,80	3,67	1,22	1,30
Friuli V.Giulia	87,94	8,63	1,02	2,41
Liguria	91,34	5,19	2,06	1,41
Emilia R.	90,98	2,68	1,58	4,76
Toscana	87,13	4,71	1,05	7,10
Umbria	88,57	4,50	0,35	6,58
Marche	71,66	7,26	14,17	6,91
Lazio	94,92	2,06	1,60	1,42
Abruzzo	82,58	11,64	0,81	4,96
Molise	92,17	3,48	0,00	4,35
Campania	79,04	13,68	1,61	5,67
Puglia	92,69	3,19	2,72	1,40
Basilicata	93,85	2,46	0,41	3,28
Calabria	95,59	1,83	1,22	1,37
Sicilia	94,41	3,41	1,00	1,18
Sardegna	85,95	9,19	1,23	3,62
ITALIA	**91,41**	**3,99**	**1,61**	**2,99**

TAB. 5 Utenti dei servizi pubblici distribuiti per sesso e rapporto maschi/femmine

regione	Uomini	Donne	Totale
Piemonte	5.351	1.125	5
Valle d'Aosta	115	30	4
Lombardia	9.640	1.989	5
Prov.aut. Bolzano	710	212	3
Prov.aut. Trento	499	121	4
Veneto	4.380	842	5
Friuli V.Giulia	587	189	3
Liguria	2.662	582	5
Emilia R.	3.520	992	4
Toscana	2.783	707	4
Umbria	697	175	4
Marche	614	158	4
Lazio	3.468	675	5
Abruzzo	917	200	5
Molise	104	24	4
Campania	3.333	245	14
Puglia	6.420	545	12
Basilicata	272	22	12
Calabria	601	56	11
Sicilia	1.993	228	9
Sardegna	2.247	333	7
ITALIA	**50.913**	**9.450**	**5**

TAB.6-Utenti dei servizl pubblici distribuiti per tipo di trattamento (dati %)						
	Trattamento Integrato protratto		Farmacologico non sostitutivo integrato		Solo Psicosociale e/o riabilitativo	Totale
	SI	NO	SI	NO		
Piemonte	9,88	3,63	19,19	2,49	64,81	100
Valle d'Aosta	27,08	6,25	14,58	0,00	52,08	100
Lombardia	4,54	19,41	17,46	6,31	52,28	100
Prov.aut. Bolzano	4,22	14,12	0,97	0,32	80,36	100
Prov.aut. Trento	58.47	0,00	0,00	0,00	41,53	100
Veneto	13,68	14,87	28,39	6,04	37,02	100
Friuli V.Giulia	16,71	6,63	19,61	2,62	54,42	100
Liguria	14,80	17,91	27,45	7,06	32,78	100
Emilia R.	3,59	9,91	17,84	2,55	66,10	100
Toscana	23,75	18,41	15,33	1,05	41,46	100
Umbria	17,86	21,53	11,48	0,48	48,64	100
Marche	13,93	2,66	10,80	1,56	71,05	100
Lazio	34,56	39,93	8,19	2,34	14,98	100
Abruzzo	27,60	10,53	16,65	4,51	40,71	100
Molise	48,39	4,30	5,38	0,00	41,94	100
Campania	43,78	21,60	9,31	0,67	24,64	100
Puglia	23,68	4,41	22,77	9,46	39,69	100
Basilicata	45,07	6,57	1,88	1,41	45,07	100
Calabria	18,66	17,46	3,35	13,40	47,13	100
Sicilia	6,17	2,59	38,40	15,00	37,84	100
Sardegna	17,51	38,40	20,89	9,11	14,08	100
ITALIA	**17,79**	**16,42**	**18,29**	**5,09**	**42,40**	**100**

TAB.7-Domande ex art.131 e 132						
	anno	associazioni	comuni	USL	Province	totale
DOMANDE PERVENUTE	**1990**	623	287	166	6	**1.082**
	1991	533	189	131	1	**854**
	1992	632	296	177	1	**1.106**
DOMANDE ACCOLTE	**1990**	**434**	**104**	**80**	**2**	**620**
		69,67%	*36,24%*	*48,20%*	*33,34%*	*57,31%*
	1991	**374**	**110**	**64**	**--**	**548**
		70,17%	*58,21%*	*48,86%*	--	*64,17%*
	1992	**420**	**149**	**101**	**--**	**670**
		66,46%	*56,34%*	*57,67%*	--	*60,58%*

TAB 8-Finanziamenti ex art.131 e 132						
	anno	Associazioni	comuni	USL	province	totale
FINANZIAMENTI RICHIESTI	**1990**	106.204 331.558	76.588.781.141	51.297.308.900	1.354.053.300	**235.444.474.899**
	1991	105.150.904.845	34.783.964.413	26.150.028.532	70.000.000	**166.154.897.790**
	1992	129.295.475.314	69.953.133.047	34.412.312.824	70.000.000	**233.730.921.185**
FINANZIAMENTI CONCESSI	**1990**	**20.909.000.000**	**4.839.000.000**	**4.168.500 000**	**83.500.000**	**30.000.000.000**
		19,5%	*6,3%*	*8%*	*6%*	*12,7%*
	1991	**21.529.700.000**	**5.083.000.000**	**3.387.300.000**	**--**	**30.000.000.000**
		20%	*14%*	*13%*	--	*18%*
	1992	**19.421.600.000**	**5.986.900.000**	**4.591.500.000**	**--**	**30.000.000.000**
		15%	*8,5%*	*13,4%*	--	*12,8%*

TAB.9- Ministero degli Interni
Finanziamenti nel 1992 ex art. 131-132

Piemonte	1.729.400.000	
Valle d'Aosta	48.500.000	
Lombardia	2.936.500.000	
Trentino A.A.	392.000.000	
Veneto	1.370.000.000	
Friuli V.G.	587.500.000	
Liguria	944.000.000	
Emilia R.	4.053.100.000	
NORD	**12.061.000.000**	**40,2%**
Toscana	1.654.000.000	
Umbria	560.000.000	
Marche	2.622.500.000	
Lazio	2.248.000.000	
CENTRO	**7.084.500.000**	**23,6%**
Abruzzi	427.500.000	
Molise	99.500.000	
Campania	1.411.500.000	
Puglia	4.675.500.000	
Basilicata	504.000.000	
Calabria	1.246.500.000	
SUD	**8.364.500.000**	**27,9%**
Sicilia	1.609.000.000	
Sardegna	880.500.000	
ISOLE	**2.489.500.000**	**8,3%**
MEZZOGIORNO	**10.854.000.000**	**(36,2%)**
TOTALE	**29.999.500.000**	
TOTALE PROGETTI FINANZIATI: 550	PRIVATI: 314 PUBBLICI: 236	57,1% 42,9%

TAB.9bis-Principali comunità finanziate nel 1992
ex art.131-132 ed ex art.134

COMUNITÀ	ex art.		TOTALE
	131-132	134	
SAMAN	1.124.000.000	2.446.610.000	**3.570.610.000**
C.E.I.S. gruppo giov. e comun.	1.457.500.000	1.144.450.000	**2.601.950.000**
EXODUS Istituto Don Calabria	846.500.000	1.284.000.000	**2.130.500.000**
SAN PATRIGNANO	1.148.100.000	950.000.000	**2.098.100.000**
COMUNITÀ INCONTRO	1.419.500.000		**1.419.500.000**
ASS.COMUNITÀ EMMANUEL	644.500.000	510.000.000	**1.154.500.000**
COOP.PROMOZIONE UMANA	623.000.000	300.000.000	**923.000.000**
ASS.AQUILONE	209.000.000	619.360.000	**828.360.000**
ASS.L'ARCOBALENO	209.500.000	180.000.000	**389.500.000**
COOP. PAPA GIOVANNI XXIII	267.500.000	30.000.000	**297.500.000**

TAB.10-Andamento dei decessi per overdose

mese	1991 decessi			1992 decessi		
	numero	giorni	media mese	numero	giorni	media mese
gennaio	129	31	4,161	112	31	3,612
febbraio	109 (1)	29	3,893	128	29	4,413
marzo	112 (2)	31	3,613	100 (5)	31	3,225
aprile	120	30	4,000	92 (6)	30	3,066
maggio	115 (3)	31	3,712	118	31	3,806
giugno	110 (4)	30	3,667	142	30	4,733
luglio	110	31	3,548	100	31	3,225
agosto	122	31	3,935	97 (7)	31	3,129
settembre	129	30	4,300	79	30	2,633
ottobre	120	31	3,871	93	31	3,000
novembre	99	30	3,300	75	30	2,500
dicembre	107	31	3,452	71	31	2,290
TOTALE	**1.383**	**365**	**3,786**	**1.207**	**366**	**3,297**

dati provvisori al 24.03.1993
(1) di cui 1 deceduto in Brasile
(2) di cui 1 deceduto in Germania
(3) di cui 1 deceduto in Spagna
(4) di cui 1 deceduto in Brasile
(5) di cui 1 deceduto in Germania
(6) di cui 1 deceduto in Svizzera
(7) di cui 1 deceduto in Croazia e 1 deceduto in Olanda

TAB.11-Andamento dei decessi per overdose

regione	1991	1992	%
Piemonte	145	97	-33,10
Valle d'Aosta	7	2	-71,42
Lombardia	355	278	-21,69
Trentino A.A.	27	23	-14,81
Veneto	75	89	18,66
Friuli V.G.	23	22	-4,34
Liguria	94	95	1,06
Emilia R.	126	109	-13,49
Toscana	72	66	-8,33
Umbria	11	6	-45,45
Marche	18	19	5,55
Lazio	119	139	16,80
Abruzzo	18	16	-11,11
Molise	3	4	33,33
Campania	107	80	-25,23
Puglia	79	57	-27,85
Basilicata	5	4	-20
Calabria	10	16	60
Sicilia	47	51	2,12
Sardegna	38	30	-21,05
ITALIA	**1.383****	**1.207***	**-12,72**

* di cui 4 deceduti all'estero
** di cui 4 deceduti all'estero

TAB.12-Detenuti tossicodipendenti

	GIU-91	GIU-92	DIC-92
PRESENTI	30.744	44.108	46.968
TOSSICODIPENDENTI	9.623	13.970	14.818
%	31,30%	31,67%	31,55%

Fonte: Ministero di Grazia e Giustizia -Dipartimento Amministrazione Penitenziaria.

TAB.13-Rilevamento detenuti tossicodipendenti, alcol-dipendenti ed in trattamento metadonico presenti alla data del 31/12/92

REGIONI	DETENUTI										
	PRESENTI			TOSSICODIPENDENTI				ALCOOLDIPENDENTI			
	uomini	donne	totale	uomini	donne	totale	% sui presenti	uomini	donne	totale	% sui presenti
Abruzzo											
Basilicata											
Calabria											
Campania											
Emilia R.											
Friuli V.G.	516	48	564	161	19	180	31,91	5	1	6	1,06
Lazio											
Liguria	907	91	998	397	65	462	46,29	3	1	4	0,40
Lombardia											
Marche	636	23	659	202	10	212	32,17	1	0	1	0,15
Molise											
Piemonte											
Puglia											
Sardegna											
Sicilia	4.878	162	5.040	761	45	806	15,99	6	0	6	0,12
Toscana											
Trentino											
Umbria											
Veneto	1.875	°	2.073	552	89	641	30,92	26	1	27	1,30
Valle d'A.											
TOTALE	**44.397**	**2.571**	**46.968**	**13.791**	**1.027**	**14.818**	**31,55**	**316**	**19**	**335**	**0,71**

TAB.14-Rilevamento detenuti affetti da HIV presenti alla data del 31/12/92

REGIONI	DETENUTI															
	AFFETTI DA HIV													IN TERAPIA AZT		
	TOSSICODIPENDENTI									NON TOSSICO DIPENDENTI			TOTALE			
	Sieropositivi asintomatici		A.R.C.		AIDS conclamato		TOTALE									
	U	D	U	D	U	D	U	D	U+D	U	D	U+D		U	D	TOT
Abruzzo	28	4	8	0	5	0	41	4	45	4	0	4	49	10	2	12
Basilicata	9	0	7	0	0	0	16	0	16	0	0	0	16	4	0	4
Calabria	14	2	2	0	0	0	16	2	18	6	0	6	24	4	1	5
Campania	155	12	11	8	6	0	172	20	192	0	0	0	192	6	1	7
Emilia R.	271	50	99	16	3	0	373	66	439	7	0	7	446	105	17	122
Friuli V.G	10	1	9	0	0	0	19	1	20	3	0	3	23	8	0	8
Lazio	261	82	44	12	6	2	311	96	407	11	1	12	419	86	7	93
Liguria	73	8	9	11	3	2	85	21	106	5	0	5	111	18	4	22
Lombardia	513	80	98	6	7	2	618	88	706	43	0	43	749	68	12	89
Marche	27	3	10	0	0	0	37	3	40	3	0	3	43	11	1	12
Molise	6	2	0	1	0	0	6	3	9	1	0	1	10	0	1	1
Piemonte	292	44	15	0	3	0	310	44	354	13	0	13	367	44	12	56
Puglia	137	10	21	0	2	0	160	10	170	10	1	11	181	52	4	56
Sardegna	155	7	33	2	5	0	223	9	232	3	0	3	235	44	3	47
Sicilia	92	10	27	0	0	1	119	11	130	7	0	7	137	17	3	20
Toscana	157	19	31	5	2	0	190	24	214	17	1	18	232	65	2	67
Trentino	20	4	2	0	0	0	22	4	26	1	0	1	27	2	0	2
Umbria	18	2	4	0	1	0	23	2	25	3	0	3	28	19	0	19
Veneto	148	13	33	7	0	0	181	20	201	13	0	13	214	40	6	46
Valle d'A.	22	3	2	0	0	0	24	3	27	0	0	0	27	2	0	2
TOTALE	**2.438**	**356**	**465**	**68**	**43**	**7**	**2.946**	**431**	**3.377**	**150**	**3**	**153**	**3.530**	**605**	**75**	**680**

Nota: i dati sono stati rilevati a seguito di screening volontario

TAB.15-Assuntori di stupefacenti entrati negli istituti penali minorili (1986-I semestre 1992).

ANNO	MINORI		
	TOTALE ENTRATI	ASSUNTORI DI DROGHE	
		numero	%
1986	5.891	516	8,8
1987	7.402	780	10,5
1988	7.343	888	12,1
1989	5.569	638	11,5
1990	782	199	25,4
1991			24,6
I sem 92			17,8

Fonte: Ministero di Grazia e Giustizia-Ufficio Centrale Giustizia Minorile.

TAB.16-Assuntori di droga entrati negli Istituti Penali Minorili. Periodo 1.7.1992/31.12.1992

	italiani		stranieri	
	uomini	donne	uomini	donne
ASSUNTORI	**85**	**3**	**19**	
TOTALE	**107**			
TIPI DI REATO				
FURTO	24	1	4	
RAPINA	24		1	
SCIPPO	1			
ESTORSIONE	2			
RICETTAZIONE	1			
LEGGE ARMI	1			
LEGGE DROGA	31	1	14	
LESIONI	3			
VIOLENZA CARNALE	2			
OMICIDIO		1		
ASS. A DELINQUERE	1			
ALTRI	3			

TAB.17-Tipi di sostanza e qualità dell'assunzione da parte dei soggetti entrati nei centri di prima accoglienza. Periodo 1.7.1992/31.12.1992

	italiani		stranieri	
SOSTANZA	uomini	donne	uomini	donne
OPPIACEI	80	3	14	
COCAINA	9			
CANNABIS	156	5	26	1
ANSIOLITCI	3	3		
DUE O PIU' SOSTANZE	44	4	8	
ALTRO			1	
TOTALE	292	15	49	1
TIPO DI ASSUNZIONE				
ASSUNTORI OCCASIONALI	126	4	24	
ASSUNTORI ABITUALI	137	10	17	1
TOSSICODIPENDENTI	29	1	7	
TOTALE	292	15	48	1

TAB.18-Dati relativi ad assuntori di droga entrati nei C.P.A. e negli I.P.M.

	sesso	ITALIANI			STRANIERI			TOTALE		
		entrati		Assun.	entrati		Assun.	entrati		Assun.
		CPA	IPM		CPA	IPM		CPA	IPM	
I SEMESTRE 1991	U	979	620	227	488	216	44	1.467	836	271
	D	37	27	12	412	106	4	449	133	16
	TOT	**1.016**	**647**	**239**	**900**	**322**	**48**	**1.916**	**969**	**287**
I SEMESTRE 1992	U	1.271	919	318	480	234	62	1.751	1.153	380
	D	33	12	7	411	163	4	442	175	11
	TOT	**1.302**	**931**	**325**	**891**	**397**	**66**	**2.193**	**1.328**	**391**

Fonte: Ufficio Centrale Giustizia Minorile.

TAB.19-Tipi di sostanza e qualità dell'assunzione da parte dei soggetti seguiti dagli uffici di servizio sociale minorenni. Periodo 1.7.1992/31.12.1992

	italiani		stranieri	
	uomini	donne	uomini	DONNE
SOSTANZA				
OPPIACEI	25	3		
COCAINA	1			
CANNABIS	71	5		
ANSIOLITICI				
DUE O PIU' SOSTANZE	32	5		
ALTRO	1	1		
TOTALE	**130**	**14**		
TIPO DI ASSUNZIONE				
ASSUNTORI OCCASIONALI	70	6		
ASSUNTORI ABITUALI	44	2		
TOSSICODIPENDENTI	16	6		
TOTALE	**130**	**14**		

TAB.20-Assuntori di droga entrati nei Centri di Prima Accoglienza. Periodo 1.7.1992/31.12.1992

	italiani		stranieri	
	uomini	donne	uomini	donne
ASSUNTORI	292	15	49	1
TOTALE	**357**			
TIPI DI REATO				
FURTO	58	3	9	
RAPINA	42	3	2	
SCIPPO	9			
ESTORSIONE	17	1		
DANNEGGIAMENTI	3			
RICETTAZIONE	24			
LEGGE ARMI	10			
LEGGE DROGA	158	10	36	1
RISSA			2	
VIOLENZA CARNALE	6			
OMICIDIO	1			
ASS. DELINQUERE	7			
SEQUESTRO PERS.	4			

TAB.21-Indicazioni temporali sull'applicazione della normativa relativa al procedimento amministrativo previsto dall'art.75 del T.U. delle leggi in materia di droga approvato con D.P.R. 309/1990

PREFETTURA	1	2	3	4	5
Piemonte	8,00	32,00	26,00	29,00	104,00
Valle d'Aosta	25,00	22,00	32,00	16,00	109,00
Lombardia	7,00	13,00	16,00	62,00	112,00
Trentino A.A.	8,00	23,00	26,00	8,00	55,00
Veneto	8,00	20,00	20,00	27,00	82,00
Friuli V.G.	6,00	7,00	11,00	14,00	53,00
Liguria	3,00	9,00	7,00	24,00	55,00
Emilia Romagna	6,00	15,00	13,00	10,00	46,00
ITALIA SETTENTRIONALE	**8,88**	**17,63**	**18,88**	**23,75**	**77,00**
Toscana	5,00	15,00	18,00	22,00	72,00
Umbria	5,00	25,00	15,00	5,00	45,00
Marche	71,00	54,00	10,00	19,00	104,00
Lazio	47,00	66,00	61,00	35,00	123,00
ITALIA CENTRALE	**32,00**	**40,00**	**26,00**	**20,25**	**86,00**
Abruzzi	7,00	18,00	8,00	13,00	65,00
Molise	3,00	29,00	7,00	16,00	31,00
Campania	9,00	39,00	38,00	40,00	85,00
Basilicata	4,00	22,00	10,00	6,00	18,00
Calabria	8,00	18,00	28,00	15,00	60,00
PUGLIE	17,00	19,00	22,00	59,00	131,00
ITALIA MERIDIONALE	**8,00**	**24,17**	**18,83**	**24,83**	**65,00**
Sicilia	6,00	31,00	8,00	24,00	76,00
Sardegna	11,00	9,00	17,00	2,00	33,00
ISOLE	**8,50**	**20,00**	**12,50**	**13,00**	**54,50**
TOTALE	**13,20**	**24,30**	**19,65**	**22,30**	**72,95**

1 = tempo (giorni) che intercorre didi media tra l'episodio del controllo da parte delle forze di polizia e la segnalazione al Prefetto

2 = tempo (giorni) che intercorre di media per l'esecuzione delle analisi

3 = tempo (giorni) che intercorre di media tra la ricezione da parte della Prefettura del verbale redatto dalle forze di polizia comprensivo delle risultanze delle analisi e la convocazione del soggetto

4 = tempo (giorni) che intercorre di media tra la data del colloquio e il momento della effettiva irrogazione della sanzione amministrativa

5 = tempo (giorni) che intercorre di media tra l'episodio del controllo da parte delle forze di polizia e l'irrogazione della sanzione amministrativa

TAB.22-Sostanze sequestrate.

sostanze sequestrate	1° gennaio 31 dicembre		%
	1992	1993*	
eroina Kg	1.555,645	1.356,934	-12,77
cocaina Kg	1.300,096	1.366,594	5,11
cannabis e derivati Kg	9.752,448	23.188,422	138,50
anfetaminici vari (compresse) numero	5.913***	75.298**	1172,72

(*) dati provvisori al 13 marzo 1993
(**) di cui: 53.099 amfetamine; 20.904 MDMA; 1.295 MDA.
(***) di cui: 487 amfetamine; 5.426 MDMA

TAB.23-Ambiti interni di sequestri riferiti al 1992

AMBITO	EROINA *grammi*	COCAINA *grammi*	CANNABIS ED AFFINI *grammi*	ALTRE *nr. dosi confezioni*
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 dosi	240,580	1.752

TAB.24-Persone oggetto di informativa di P.G. in relazione ad operazioni contro traffico, spaccio, altri reati.

reato	in stato di	1991	1992	
		nr	nr	%
TRAFFICO	arresto	3.134	5.003	59,63
	libertà	452	615	36,06
	irreperibilità	139	220	58,27
SPACCIO	arresto	19.776	22.532	13,93
	libertà	7.025	9.674	37,70
	irreperibilità	102	112	9,80
ALTRI REATI	arresto	46	15	-67,39
	libertà	30	132	340
	irreperibilità	1	--	100
TOTALI		**30.705**	**38.303**	**24,74**

TAB.25-Classi di dosi sequestrate in rapporto al numero degli arresti

sostanza	Grammi	1992								1991							
		persone oggetto di PG				% sul totale (18.700)				persone oggetto di PG				% sul totale (16.526)			
		ARRESTO		LIBERTÀ		ARRESTO		LIBERTÀ		ARRESTO		LIBERTÀ		ARRESTO		LIBERTÀ	
		TR	SP	TR	SP	TR	SP	TR	SP	TR	SP	TR	SP	TR	SP	TR	SP
EROINA	<0,100	-	15	-	41	-	0,08	-	0,21	-	10	-	18	-	0,06	-	0,10
	0,100-1	14	1.581	-	1.038	0,07	8,45	-	5,55	11	1.447	-	871	0,06	8,75	-	5,27
	1-5	64	4.531	3	886	0,34	24,2	0,01	4,73	38	4.496	-	660	0,22	27,2	-	3,99
	5-30	48	4.320	-	282	0,25	23,1	-	1,50	40	4.462	-	234	0,24	26,9	-	1,41
	>30	1.188	1.573	33	69	6,35	8,41	0,17	0,36	1.238	1.298	96	49	7,49	7,85	0,58	0,29
COCAINA	<0,150	-	7	-	22	-	0.16	-	0,50	-	5	-	5	-	0,16	-	0,16
	0,150-1	15	190	51	246	0,34	4,35	1,16	5,64	4	162	-	164	0,13	5,29	-	5,36
	1-5	28	619	-	181	0,64	14,2	-	4,15	18	490	13	107	0,58	16	0,42	3,50
	5-30	14	700	1	46	0,32	16	0,02	1,05	56	519	-	54	1,83	16,9	-	1,76
	>30	869	370	29	30	19,9	8,48	0,66	0,68	695	221	22	11	22,7	7,22	0,71	0,35
HASHISH	<0,500	12	17	-	121	0,10	0,14	-	1,06	-	25	-	66	-	0,26	-	0,70
	0,500-2	15	272	2	1.190	0,13	2,39	0,01	10,4	6	267	-	941	0,06	2,83	-	9,99
	2-5	1	613	-	1.695	-	5,40	-	14,9	5	697	-	1.226	0,05	7,40	-	13
	5-30	7	2.286	1	1.699	0,06	20,1	-	14,9	11	2.347	-	1.153	0,11	24,9	-	12,2
	>30	410	2.213	16	284	3,61	19,4	0,14	2,50	321	1.715	12	275	3,40	18,2	0,12	291
MARIJUANA	<0,500	-	31	-	165	-	2,75	-	14,6	-	8	-	53	-	1,50	-	10
	2,5-10	4	108	-	255	0,35	9,60	-	22,6	-	32	-	114	-	6,03	-	21,5
	10-25	-	86	-	66	-	7,65	-	5,87	-	41	-	25	-	7,73	-	4,71
	25-150	3	146	-	32	0,26	12,9	-	2,84	-	86	-	29	-	16,2	-	5,47
	>150	58	79	5	16	5,16	7,02	0,44	1,42	33	62	4	5	6,22	11,6	0,75	0,94

TR=traffico SP=spaccio

XI RAPPORTO – GENNAIO 1994

Le fonti dei dati ufficiali sulla tossicodipendenza in Italia

DI CARLA ROSSI

Il presente contributo ha l'unico scopo di fornire, finalmente, l'informazione completa sulle fonti ufficiali dei dati sui fenomeni legati alle droghe, non entreremo, quindi nel dettaglio, né sulla qualità e affidabilità, né sulla completezza, né sull'accessibilità di tali dati che dovrebbero essere pubblici per consentire a tutti il controllo sull'andamento dei fenomeni ed eliminare, una volta per tutte, la possibilità di speculare sui decessi per droga, data l'impossibilità per il pubblico di controllare i dati stessi. Ricordiamo che l'unica volta che tale opportunità, fortuitamente, ci è stata fornita, abbiamo evidenziato la falsità delle analisi ufficiali in proposito.
L'analisi dei dati stessi, relativi alle rilevazioni sotto elencate, viene rinviato ad un prossimo più esteso contributo.
I dati ufficiali sui fenomeni legati al problema droga sono rilevati in Italia da diversi Ministeri.
I vari ministeri partecipano al sistema statistico nazionale con delle rilevazioni che vengono inserite e contraddistinte da un proprio numero di scheda che individua il ministero che effettua la rilevazione e il tipo di rilevazione.

Il Ministero di Grazia e Giustizia effettua le seguenti rilevazioni:
- Rilevazione dei procedimenti instaurati e dei provvedimenti restrittivi nei confronti dei tossicodipendenti, tale rilevazione è prevista per i bienni 1992-1994 e 1993-1995 (MGG-003).
- Assuntori di droga- Legge 309/90, il biennio di rilevazione è il 1992-1994 (MGG-016).
- Rilevazione dei procedimenti penali pendenti per delitti di criminalità organizzata di stampo mafioso, la rilevazione è prevista per i bienni 1992-1994 e 1993-1995 (MGG-011)
- Rilevazioni delle prescrizioni di reati verificatesi nel corso dei procedimenti penali, la rilevazione è prevista per i bienni 1992-1994 e 1993-1995 (MGG-006)

Il Ministero dell'Interno effettua le seguenti rilevazioni:
- Tossicodipendenti nuovi utenti, la rilevazione è prevista per i bienni 1992-1994 e 1993-1995 (INT-007).
- Tossicodipendenti in trattamento presso i servizi sanitari pubblici e le strutture socio-riabilitative (comunità terapeutiche, centri di primo accoglimento, centri di reinserimento) per i bienni 1992-1994 e 1993-1995 (INT-008).

- Osservatorio permanente sul fenomeno droga - Rilevazione sui laboratori pubblici, l'anno di inizio della rilevazione è il 1990, ma la periodicità della rilevazione è occasionale (INT-010)
- Monitoraggio sull'applicazione dell'art. 75 (sanzioni amministrative) T.U. leggi in materia di droga D.P.R. 309/1990, la rilevazione è prevista per i bienni 1922-1994 e 1993-1995 (INT-011).
- Attività delle forze di Polizia nel settore degli stupefacenti, per i bienni 1992-1994 e 1993-1995 (INT-013).
- Delitti denunziati all'autorità giudiziaria da parte della P.S., Carabinieri e Guardia di Finanza la rilevazione è prevista per i bienni 1992-1994 1993-1995 (INT-015).
- Casi di decesso per assunzione di stupefacenti, la rilevazione è prevista per i bienni 1992-1994 e 1993-1995 (INT-017).

Il Ministero della Sanità effettua la seguente rilevazione:
- Utenza e attività dei servizi pubblici per le tossicodipendenze *(SeRT)*, la rilevazione è prevista per i bienni 1992-1994 e 1993-1995 (SAN-012).

Tutte le rilevazioni effettuate presentano delle incompletezze ed incongruenze, che saranno oggetto di analisi dettagliate nel prossimo rapporto OLD.

Verso un'analisi costi-utilità delle politiche sulla droga nel mondo

DI CARLA ROSSI

0. Premessa

Il presente testo costituisce l'introduzione del rapporto, predisposto in collaborazione con la LIA, che sarà pubblicato tra breve e comprenderà un'analisi statistica dei fenomeni droga-correlati nei diversi Paesi. Una particolare attenzione sarà dedicata all'analisi dei dati italiani, di cui si provvederà anche a pubblicare un rapporto LIA-CoRAOLD.

1. Introduzione

Recentemente abbiamo sentito riportare dai telegiornali la notizia, rimbalzata dagli Stati Uniti, del riconoscimento, da parte delle autorità americane, del fallimento della guerra contro la droga di Bush. Si riconosce che i Paesi produttori continuano più che mai a produrre e i Paesi consumatori più che mai a consumare, senza nessun consistente cambiamento dovuto ai massicci interventi e agli ancora più massicci investimenti effettuati.

Ancora una volta, però, l'analisi è condotta sulla base di informazioni parziali e senza che venga effettuata una quantificazione scientifica dei fenomeni che permetta una reale analisi costi-benefici delle diverse politiche sulla droga e un confronto oggettivo sui risultati ottenuti nei diversi Paesi e che consenta di identificare strategie più o meno adeguate a controllare il fenomeno. Troppo spesso le analisi che si fanno sono piuttosto dettate da ipotesi a priori e basate su dati parziali che non supportate da metodologie di indagine scientificamente consolidate.

Nel seguito verrà fornita, per la prima volta, una metodologia di quantificazione "globale" dei fenomeni interessati basata su indicatori statistici. Si utilizzeranno, quindi, dei dati internazionali per la determinazione, sia pur parziale, del valore degli indicatori.

C'è da osservare che la carenza di metodologie di quantificazione dell'impatto delle diverse politiche sulla droga sembra avere come effetto, oltre alla continua riproposta di analisi basate solo su ipotesi ideologiche, anche l'estrema inaffidabilità dei dati ufficiali raccolti nei diversi Paesi, tanto che la stessa Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU), non diffonde i dati che le vengono trasmessi, tramite schede di tipo statistico, dagli stati membri, ma ne effettua un sunto "discorsivo" e sintetico che inserisce in un rapporto annuale di scarso interesse ed utilità per un qualsiasi monitoraggio del fenomeno.

C'è anche da osservare che la gran parte degli approcci al problema parte da analisi di tipo "umanistico" molto più spesso tese allo studio degli interventi sulla tossicodipendenza, che è solo uno degli aspetti del fenomeno droga e, forse, dal punto di vista globale, neanche il più rilevante, mentre vengono spesso trascurati gli aspetti economici e legati al mercato che sono a monte non solo del fenomeno "tossicodipendenza" ma di altri ben più gravi come la macro e micro criminalità, l'inquinamento dell'economia legale per via del riciclaggio del narcodenaro, gli

intrecci tra organizzazioni criminali e organizzazioni partitiche, le collusioni tra organizzazioni criminali e forze preposte a interventi repressivi. Per analizzare un fenomeno tanto complesso è invece necessario un approccio totalmente scientifico che non può prescindere, trattandosi di analisi di fenomeni "collettivi" e non individuali, dall'impiego di metodologie statistiche sia a livello di descrizione e di interpretazione della situazione attuale, sia a livello di previsione e analisi di impatto delle politiche da adottare per il controllo del fenomeno. Sarebbe auspicabile, tra l'altro, l'utilizzo di metodologie scientifiche di valutazione anche per quanto riguarda gli interventi tesi al recupero dei tossicodipendenti, anche perché rilevanti sono gli investimenti pubblici e privati in questo campo (finanziamenti a Comunità ecc.), mentre quasi nulla è noto in termini qualitativi e quantitativi sui risultati ottenuti a seguito di tali interventi. Si auspica che analoghe valutazioni siano poste in essere per quanto riguarda gli interventi di riduzione del danno, ora che questa strategia sembra finalmente trovare strada di attuazione in vari Paesi.

Perché sia possibile effettuare tali tipi di analisi sui fenomeni collettivi legati al problema droga è però necessario disporre di dati affidabili relativi ai diversi aspetti implicati. A questo proposito c'è da osservare che, per quanto riguarda le fonti di dati nei diversi Paesi, si rileva un'estrema disomogeneità delle informazioni raccolte che rende impossibile un confronto del fenomeno basato su un unico indicatore. Si procederà, pertanto, nel seguito, dopo una presentazione statistica della situazione dei diversi Paesi su cui si dispone di dati, a confronti parziali basati sulle diverse componenti degli indicatori, una per ogni fenomeno correlato alla politica sulla droga. Per ottenere degli indicatori più robusti, data la scarsissima qualità dei dati su cui dovremo basare le analisi, verranno anche costruiti degli indicatori ordinali, basati su graduatorie.

In particolare, per ogni aspetto considerato verranno costruite graduatorie, basate sui valori degli indicatori quantitativi, dei Paesi di cui si dispone di informazioni: dal Paese con la situazione "migliore" a quello con la situazione "peggiore".

L'ordine di graduatoria costituirà il corrispondente indicatore "ordinale" del Paese. Di tali valori sarà quindi possibile effettuare la somma per pervenire ad un indicatore globale.

Il procedimento è lo stesso attualmente in uso per l'analisi della qualità della vita nelle diverse città o Paesi e ha il pregio di dare luogo ad indicatori facilmente interpretabili e, soprattutto, robusti dal punto di vista statistico e, pertanto, non troppo sensibili a piccole variazioni nei dati di base, dovuti a disomogeneità nella raccolta, a imprecisioni e così via.

2. I diversi aspetti legati al "fenomeno droga"

La droga non coinvolge solo tutti quei fenomeni legati alla tossicodipendenza in senso stretto, come le morti droga-correlate (overdosi, infezioni, epatiti, endocarditi) e gli interventi sanitari sui tossicodipendenti (assistenza da parte dei Servizi, soggiorni in comunità terapeutiche...), ma anche molti altri aspetti che hanno un impatto importante anche su quanti non hanno nessun legame diretto con la

tossicodipendenza; basti pensare a tutte le vittime della microcriminalità legata alla tossicodipendenza (si valuta che almeno il 70-80% degli scippi e piccoli furti che avvengono in Italia siano commessi da tossicodipendenti in cerca di denaro per l'acquisto di droga).
Per poter proporre degli indicatori che permettano di quantificare i diversi fenomeni è opportuno identificare con esattezza almeno i principali.

2.1. Fenomeni legati ad aspetti sanitari

Si tratta di tutti i fenomeni che hanno un impatto con le strutture sanitarie: casi di malattie legate alla tossicodipendenza in quanto fattore di rischio specifico (epatiti, endocarditi, setticemie, casi di AIDS ecc.), interventi dei servizi per il recupero di tossicodipendenti (ambulatoriali, residenziali, di strada ecc.), mortalità giovanile legata alla tossicodipendenza (overdose, AIDS, morti violente, morti per infezioni e altre sindromi specifiche).
Tali fenomeni sono suscettibili di diversi tipi di quantificazione:

- è possibile effettuare una quantificazione in termini di impatto economico diretto sulla collettività; in questo caso basterà calcolare la frequenza assoluta annuale (o periodica) di tali casi e moltiplicare per i costi medi di ogni caso, dividendo quindi per il totale della popolazione relativo allo stesso periodo di tempo. In tal modo si ottiene il "prezzo pro capite" dei diversi fenomeni, da confrontare sui diversi Paesi per cui si dispone dei dati sufficienti.
- È anche possibile, però, effettuare una valutazione di impatto più generale rapportando semplicemente le frequenza assolute dei casi relativi ai fenomeni di interesse alle rispettive popolazioni di riferimento: il numero di casi di AIDS tra tossicodipendenti al numero totale di casi di AIDS, il numero di decessi per le cause correlate, al numero totale dei decessi relativi alla popolazione giovanile, eventualmente stratificata per sesso e classe di età, il numero stimato di tossicodipendenti alla popolazione relativa alle stesse classi di età e allo stesso rapporto sessi, il numero di soggetti interessati agli interventi di assistenza al numero totale di tossicodipendenti e così via.

2.2. Fenomeni legati alla repressione

Si tratta, in particolare, di analizzare le operazioni di polizia legate alla repressione del consumo e commercio delle sostanze definite dalle varie legislazioni come sostanze stupefacenti o del riciclaggio, le persone detenute per i reati legati al problema droga (per infrazioni alle leggi sugli stupefacenti, o perché tossicodipendenti che hanno commesso azioni di micro e macro criminalità legate al mercato delle droghe), i procedimenti civili e penali relativi.
Anche per tali fenomeni è possibile, come visto sopra, pervenire essenzialmente a due tipi di quantificazioni: una schiettamente economica e una relativa all'impatto più generale sulle popolazioni di riferimento rapportando il numero di operazioni di polizia al totale delle operazioni, il numero di procedimenti penali al totale dei procedimenti penali, il numero di detenuti droga-correlati al totale dei detenuti e così via.

2.3. Fenomeni legati al mercato illegale

Per quanto riguarda il mercato delle sostanze stupefacenti, è possibile pervenire ad una quantificazione attraverso la rilevazione o la stima del numero di occupati in tale settore economico e dei relativi valori aggiunti. Anche in questo caso è poi possibile effettuare i due tipi di valutazione di impatto visti sopra: la prima relativa al valore "assoluto" di tale mercato, la seconda relativizzando tale valore al valore corrispondente di un settore economico legale importante per il Paese (per l'Italia si può pensare all'industria meccanica compresa quella dei mezzi di trasporto o all'industria alimentare).

2.4. Fenomeni legati alla macro e micro criminalità

Si tratta di tutti quei "delitti" legati o alla condizione di tossicodipendente (furti, scippi, borseggi ecc.) o alla gestione del mercato illegale delle sostanze stupefacenti (produzione e traffico di sostanze stupefacenti, delitti commessi dalle organizzazioni criminali a danno di persone di "cartelli" concorrenti ecc.).

Per quanto riguarda i primi è noto che un'alta percentuale è commessa da tossicodipendenti (70-80% del totale); per valutarne il costo per la società occorrerebbe semplicemente moltiplicare il numero per il valore medio del danno globale prodotto, eventualmente dopo un aggiustamento necessario per tener conto della possibilità di mancate denunce (esistono statistiche in proposito che permettono di fare delle valutazioni in merito).

Per ottenere invece un indicatore di impatto si può rapportare il numero di tali delitti al totale delle azioni di microcriminalità.

Per quanto riguarda i secondi è possibile procedere in modo analogo, tenendo conto che la valutazione dei costi è alquanto più complessa, mentre per un indicatore di impatto si può nuovamente rapportare il totale dei delitti droga-correlati al totale di tutte le azioni di macro criminalità.

A questo andrebbe poi aggiunto il costo o l'impatto sul sistema giudiziario valutato attraverso il numero e il costo medio delle azioni giudiziarie conseguenti.

3. Verso un indicatore numerico "globale"

Per calcolare un indicatore globale sulla base delle quantificazioni puramente economiche basterà calcolare il costo medio totale pro capite.

Per quanto riguarda un indicatore globale di impatto, si potrà invece effettuare una media ponderata di tutti i rapporti relativi ai diversi aspetti analizzati.

Data la disomogeneità dei dati relativi ai diversi Paesi, non sembra opportuno, allo stato attuale, procedere in tal senso, i diversi rapporti verranno quindi esaminati separatamente e l'analisi dell'impatto delle politiche sulla droga verterà sui confronti separati di tali indicatori parziali, o meglio delle rispettive graduatorie.

Naturalmente il valore di tali indicatori numerici o ordinali andrà messo in relazione con le diverse legislazioni e politiche sulla base di indicatori di "qualità" definiti sui singoli aspetti delle politiche stesse.

Trattamento con metadone e riduzione del rischio di infezione da HIV

DI GIANNI REZZA

La polemica sull'uso del metadone come farmaco sostitutivo nei confronti dell'eroina da strada è ormai vecchia, e rischia di essere estremamente retorica e noiosa l'elencazione dei motivi che portano operatori sanitari e sociali, politici e opinione pubblica a schierarsi in due opposte fazioni: chi è favorevole e chi è contrario all'uso del farmaco sostitutivo. Purtroppo, è scarsa la valutazione scientifica sui possibili effetti, positivi o negativi, di quella che è stata demagogicamente definita, su diversi fronti ideologici ed in periodi diversi, "droga di stato". La "medicalizzazione" del problema tossicodipendenze è stata spesso stigmatizzata - magari con toni diversi - sia da destra che da sinistra, e considerata una scorciatoia da chi proponeva soluzioni globali e utopistiche società simili a paradisi terrestri. Come conseguenza, l'uso del metadone veniva antagonizzato, in Germania come in Francia, oppure, è il caso dell'Italia, veniva considerato improponibile se non finalizzato alla detossificazione a breve termine. Nel nostro paese, a fronte di un apparentemente facile accesso al trattamento con metadone, l'utilizzazione del farmaco è stata sempre soggetta a vincoli e restrizioni più o meno formali che ne limitavano di fatto l'impiego in dosi adeguate e per periodi sufficientemente lunghi. Ciò contrastava con quanto avveniva nei paesi anglosassoni, specie negli Stati Uniti, ed in Olanda, laddove i programmi di mantenimento con metadone venivano a tutti gli effetti considerati un cardine del trattamento delle tossicodipendenze. Del resto, vi sembrerebbe logico imporre per legge dei limiti di dosaggio ad un qualsiasi farmaco, aldilà di quelli imposti dal sottile rapporto che esiste fra la sua efficacia e la tollerabilità biologica (in particolare gli effetti collaterali da sovradosaggio)? La pressione ideologica ha impedito una seria discussione scientifica sulla possibile efficacia del metadone sino all'emergenza determinata dalla comparsa dell'epidemia di AIDS. La necessità di porre argini alla diffusione dell'infezione da HIV ha portato nuovamente a considerare l'opportunità dei trattamenti di mantenimento con metadone, sono stati finalmente considerati -almeno negli Stati Uniti ed in alcuni paesi nord-europei - come uno dei pochi presidi disponibili per ridurre il rischio di infezione da HIV nei tossicodipendenti, ma anche per ridurre la mortalità per "overdose" e la criminalità legata al mercato nero dell'eroina da strada. La letteratura scientifica internazionale ha evidenziato l'importanza dei programmi di mantenimento nel determinare una riduzione del rischio di infezione da HIV[1,2]. Studi condotti negli Stati Uniti hanno dimostrato che la frequenza di iniezioni di eroina diminuisce coll'aumentare della dose di metadone somministrata[3], suggerendo che la somministrazione di dosi relativamente elevate per lunghi periodi di tempo lunghi può contribuire a ridurre il rischio di infezioni ed al reinserimento degli utenti. Sembrerebbe infatti esistere un classico meccanismo dose-risposta: la riduzione della frequenza di assunzione di eroina per via parenterale sarebbe inversamente proporzionale alla dose di metadone somministrata per via orale. Altri studi

dimostravano che programmi di mantenimento con dosi elevate di metadone, integrato da supporto psicologico, erano altamente efficaci nel determinare l'astinenza dall'uso iniettivo di eroina[4]. L'offerta di *counseling* ed altre terapie di sostegno si rivelava di grande utilità nell'aumentare le possibilità di successo del mantenimento con metadone[5]. Per questo motivo, soprattutto negli Stati Uniti, ci si orientava verso programmi onnicomprensivi, che prevedessero accanto alla prescrizione di metadone, altre forme di supporto/trattamento e reinserimento. Nasceva però un problema, almeno in parte, di natura economica, relativo alla possibilità di fornire servizi tanto articolati ad un grande numero di possibili utenti. Le lunghe liste di attesa, già criticabili in era pre-AIDS, risultavano ora un problema gravissimo col quale confrontarsi in tempi brevi. Per questo motivo, le autorità sanitarie americane decidevano di favorire i cosiddetti programmi "ad interim" o a bassa soglia di accettazione; ovverosia, di offrire la possibilità di somministrare metadone anche al di fuori di programmi integrati, ed al di fuori di rigide norme di controllo (es. esami delle urine per la ricerca di metaboliti degli oppiacei)[6,7]. Una valutazione di questi programmi a bassa soglia non integrati da altre terapie di sostegno mostrava comunque la loro efficacia nel ridurre la frequenza di uso parenterale di eroina da strada, e quindi l'opportunità del loro impiego per favorire forme di riduzione del rischio[8,9]. Una valutazione dell'efficacia preventiva dei programmi a base di metadone è stata effettuata anche in Italia, su una coorte di tossicodipendenti inizialmente sieronegativi seguiti presso un centro di assistenza di Verona[10]. La durata e la dose quotidiana di metadone risultavano protettivi, riducendo il rischio di contrarre l'infezione da HIV. E naturalmente difficile interpretare i dati, non potendo discernere l'effetto del metadone in sé, da quello del counseling e degli interventi di educazione sanitaria che vengono effettuati sugli individui in trattamento. Purtroppo, specie nel nostro paese, sono ancora radicati pregiudizi nei confronti dell'efficacia dei farmaci sostitutivi nel ridurre il rischio di infezione da HIV. Un'indagine condotta presso un campione rappresentativo di centri di assistenza (250 su poco più di 500 servizi) mostrava come circa il 50% dei responsabili intervistati dichiarava di non ritenere i programmi di mantenimento con metadone utili per la prevenzione dell'infezione da HIV. Ciò appare in forte contrasto col fatto che oltre il 90% degli intervistati riteneva utile distribuire siringhe e profilattici[11]. Evidentemente, tali opinioni sono in gran parte condizionate dalle esperienze reali effettuate negli anni passati, caratterizzati dall'uso del metadone in cicli ripetuti di breve durata e dosaggi, per lo più scalari, relativamente bassi. Appare quindi quanto mai importante riappropriarsi di strumenti di valutazione scientifica anche nel campo delle tossicodipendenze e del loro trattamento. Soprattutto, è opportuno validare scientificamente l'efficacia delle strategie di prevenzione dell'infezione da HIV. Se si vuole valutare l'efficacia del metadone nel ridurre il rischio di infezioni, bisogna definire innanzitutto quali sono gli indicatori di successo nonché le caratteristiche del trattamento stesso, a cominciare dalle dosi utilizzate e dalla durata del programma. Bisogna inoltre tener presente che esistono approcci diversi ai programmi di mantenimento. L'obiettivo principale dei programmi americani, ad esempio, è quello

di ottenere l'astinenza completa dall'uso di eroina da strada, viene prediletto il trattamento integrato, e sono previsti controlli routinari delle persone in trattamento. In Olanda, invece, l'obiettivo principale dei programmi è rappresentato dalla riduzione del rischio in sé. Al fine di favorire il contatto con i tossicodipendenti e la riduzione dello scambio di siringhe contaminate vengono preferiti i programmi a bassa soglia che permettono di raggiungere i tossicodipendenti direttamente sulla strada (es. "methadone bus"), e non sono previsti controlli delle urine. La letteratura scientifica comprovante l'efficacia dei programmi di mantenimento nel ridurre il rischio infettivo è ormai ampia. Semmai, resta da valutare quale approccio è maggiormente efficace. Certamente, i programmi integrati, impegnando maggiori energie umane e finanziarie, risulterebbero più efficaci in un "trial clinico randomizzato controllato". Ma, nel valutare una strategia di prevenzione, si deve tener conto dell'effetto di popolazione della misura adottata. I programmi a bassa soglia, allora, offrendo uno strumento di prevenzione allargato potrebbero dimostrare una maggiore "efficienza" preventiva a livello di popolazione nel prevenire la diffusione dell'infezione da HIV fra i tossicodipendenti.
In conclusione, l'epidemia di AIDS ci ha insegnato che non c'è spazio per gli assolutismi nella scelta delle strategie preventive (Cates, 1992). Certamente, i programmi di mantenimento con metadone possono essere di ausilio, anche se non rappresentano l'unico intervento possibile per arginare la diffusione dell'infezione da HIV. Ogni giudizio sulle diverse strategie di prevenzione dovrebbe essere basato su seri elementi di valutazione scientifica, così come la prescrizione di farmaci sostitutivi non potrà che essere considerata esclusivamente per quello che di fatto è: un semplice atto medico, da compiersi secondo scienza e coscienza. Niente su cui disputare in termini di faziosità ideologica o da regolare in termini di legislazione repressiva.

Riferimenti bibliografici

1) Cooper J.R. (1989) Methadone treatment and acquired immunodeficiency syndrome. JAMA, 262, pp. 1664-1668.

2) Novick D.M., Joseph H., Croxson T.S., et al. (1990) Absence of antibody to human immunodeficiency virus in long-term, socially rehabilitated methadone maintenance patients. Arch Intern Med, 150, pp. 97-99.

3) Ball J.C., Lange W.R., Myers C.P., Friedman S.R. (1988) Reducing the risk of AIDS through methadone maintenance treatment. Journal of Health and Social Behavior, 29, pp. 214-226.

4) Glass R. (1993) Methadone maintenance. New research on a controversial treatment. JAMA, 269, pp. 1995-1996.

5) McLellan A.T., Arndt I.O., Metzger D.S., Woody G.E., OBrien C.P. (1993) The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. JAMA, pp. 1953-1959.

6) Cates W. Jr., Hinman A.R. (1992) AIDS and absolutism-the demand for perfection in perfection. NEJM, 327, pp. 492-494.

7) Anonymous (1993) Interim methadone maintenance treatment. JAMA, 269, pp. 1361.

8) Yancovitz S.R., Des Jarlais D.C., Peyser N.P., et al. (1991) A randomized trial of an interim methadone maintenance clinic. Am J Publ Health, 81, pp. 1185-1191.

9) Dole V.P. (1991) Interim methadone clinics: an undervalued approach. AJPH, 81, pp. 1111-1112.

10)Serpelloni G, Carrieri P, Rezza G, et al. Methadone tretment as a determinant of HIV risk reduction among injecting drug users: a nested case-control study. AIDS Care, in press.

11) Salamina G., Binkin N., Gianzi F.P., Lattanzi A., Rezza G. (1993) Attitudes and practices of public drug treatment center directors regarding HIV prevention among injecting drug users, Italy, 1992. IX International Conference on AIDS. Berlin, June 6-11 (PO-D17-3933).

AIDS e droga, quali interventi: tra ideologia e pragmatismo

DI GIANNI REZZA

In seguito alla comparsa dell'AIDS, per la prima volta nel dopoguerra i paesi industrializzati si sono trovati a fronteggiare un'epidemia causata da una malattia infettiva potenzialmente letale, non trattabile farmacologicamente.
Di fatto, sin dall'inizio, l'epidemia è stata affrontata dalle autorità sanitarie di questi paesi con razionalità, e poche concessioni sono state fatte alla pressione emotiva esercitata dai cittadini meno informati.
Il controllo dell'epidemia è stato effettuato senza ricorrere a misure coatte, ed è prevalsa una reattività di tipo "democratica" che tiene conto sia delle esigenze della società (la prevenzione di nuovi casi di infezione) che della tutela del singolo individuo (norme a tutela della *privacy*, quali quelle contenute nella Legge n. 135 del 5 giugno 1990 sull'AIDS).
Il ricorso a strategie di prevenzione basate sulla responsabilizzazione dei singoli contrasta con la gestione "autoritaria" che aveva caratterizzato le altre grandi epidemie della storia moderna e che si esprimeva nell'adozione delle tradizionali misure repressive di sanità pubblica: "screening obbligatorio di massa", identificazione dei soggetti colpiti e di eventuali conviventi ("partner" nel caso di malattie a trasmissione sessuale), e quarantena.
Queste misure, giustificate per malattie ad alta contagiosità, risultano peraltro inappropriate nel caso di malattie infettive che, come l'AIDS, si trasmettono solo attraverso i rapporti sessuali e il sangue.
A livello nazionale e internazionale, esiste una complessità di interventi diretti a contenere l'epidemia di AIDS riconducibile, più che ad una reale antagonismo sul piano scientifico, ad una diversa sensibilità politica e sociale. È interessante notare come, in analogia con quanto accade col fenomeno tossicodipendenze, peraltro strettamente correlato a quello dell'"AIDS", si scontrino due diverse scuole di pensiero, i pragmatici ed i dogmatici, e come quest'ultimi - lungi dal considerare se stessi poco efficienti idealisti - riversino l'accusa di dogmatismo libertario sui primi. Utilizzare vecchi e rigidi schemi "politici" (destra e sinistra, democrazia e reazione) per cercare di interpretare tale complessità può essere sicuramente fuorviante. L'inconciliabile antagonismo che divide coloro che si occupano di tossicodipendenze in pragmatici e sostenitori di valori assoluti può essere espresso dallo slogan "la lotta all'AIDS si fa dichiarando guerra alla droga", apparentemente innocuo e condivisibile da tutti. Esso sottintende infatti che, per prevenire la diffusione dell'AIDS, è necessario ingaggiare una guerra al fine di sconfiggere il consumo di droghe illegali.
Ciò è nettamente in contrasto con l'approccio cosiddetto pragmatico in voga in alcuni paesi nordeuropei che privilegia la filosofia della "riduzione del rischio": una siringa pulita in cambio di una sporca, metadone in luogo di eroina da strada, sesso sicuro e non astinenza, e che si pone come obiettivo prioritario quello di prevenire un'infezione letale a prescindere da pregiudizi o condanne

moralistiche. Chi pensa che non valga la pena salvare una persona che momentaneamente continua a drogarsi sposa un approccio assolutista che ricorda quello di chi andava dicendo che nulla vale la pena cambiare se non tutto il "sistema". L'approccio pragmatico, che trova i suoi maggiori sostenitori nella liberale Olanda, viene sostenuto negli Stati Uniti da minoranze costituite da intellettuali "liberal", ma osteggiato dai grandi schieramenti populisti. In Italia, la cultura pragmatica era considerata estremista dalla maggioranza delle componenti confessionali o conservatrici o anche, sino a pochi anni orsono, intrinsecamente reazionaria da ampi settori della sinistra ancora pesantemente ideologizzati.
In Inghilterra, un governo considerato conservatore è stato in grado di accettare e proporre strategie di controllo pragmatiche ed efficaci sulla base di un calcolo costi-benefici; una siringa pulita in più ed un malato di AIDS in meno determina un notevole risparmio in termini finanziari, oltre che di sofferenze umane.
L'approccio pragmatico non è certo figlio della cultura della droga. È vero che i primi a scrivere trattati sulla riduzione del rischio da assunzione di sostanze stupefacenti sono stati il "profeta" delle droghe Timothy Leary e, in seguito, David Cooper nel libro "La grammatica del vivere". Ma ciò avveniva ben prima dell'era dell'AIDS e della conseguente medicalizzazione del fenomeno tossicodipendenze. La cultura della droga è finita molto prima dell'inizio degli anni ottanta e nessuno si sognerebbe, oggi, di propagandare la beatitudine dei famosi paradisi artificiali. Nella sua attuale accezione, la riduzione del rischio si configura essenzialmente come un intervento sanitario e, come tale, a carattere umanitario.
A volte, interventi apparentemente pragmatici sono invece il riflesso di mere scelte politiche influenzate da sottoculture diffuse a livello di massa. Il bando di ingresso in un paese per i soggetti sieropositivi si configura come un inutile atto di "imbarbarimento" della legislazione, direttamente influenzato dalla necessità di rispondere all'epidemia.
Si tratta di una misura discriminatoria (limita la libertà di movimento internazionale) e apparentemente poco efficace: a cosa serve impedire l'ingresso a poche persone quando migliaia di individui residenti nello stesso paese sono già infetti? Il bando all'ingresso dei sieropositivi, almeno negli Stati Uniti, rappresenta paradossalmente un effetto collaterale della democrazia diretta, di un sistema politico che sente molto la pressione e l'emotività di un'opinione pubblica condizionata dai "media" e si trova quindi costretta a reagire, con provvedimenti immediati ed emotivi quanto inutili.
Gli stessi provvedimenti vengono presi in altri paesi - arabi, asiatici, africani - e rivelano spesso una propensione dirigistica ed autoritaria che tende ad attribuire allo "straniero" la qualifica di untore. Nelle Conferenze Internazionali sull'AIDS la protesta è stata sempre rivolta contro il governo americano in quanto solamente nelle democrazie esiste la possibilità di agire scopertamente come lobby organizzata e, quindi, solo alle democrazie è lecito sbagliare. Lo sfogo dei "liberal" americani contro le misure coercitive nei confronti delle libertà individuali manca purtroppo di una prospettiva globale ed evidenzia una profonda linea di demarcazione ancor più difficile da superare: anche in ciò che li accomuna,

normalmente gli errori, i paesi industrializzati e quelli in via di sviluppo restano divisi da mura invalicabili.
Ciò che provoca reazioni esasperate nei primi scompare, nei secondi, nel silenzio.
Nei paesi a struttura autoritaria, i limiti fra ideologia, moralismo e pragmatismo divengono talvolta indistinguibili. Ad esempio, una serie di interventi quali i programmi di screening di massa, la adozione di norme quarantenarie (segregazione), la rottura della confidenzialità, sono armi che il governo cubano utilizza, forse con un certo successo dal punto di vista del controllo dell'epidemia, per arginare la diffusione dell'AIDS.
Queste misure, apparentemente pragmatiche, non possono non essere considerate repressive da parte degli attivisti che si battono contro la discriminazione dei sieropositivi. Lo strumento repressivo fa però parte del bagaglio tradizionale della lotta alle malattie a trasmissione sessuale, anche se può sembrare curioso che venga utilizzato per arginare la diffusione di infezioni prevenibili con adeguate campagne di informazione.
La nostra sensibilità ci impone, comunque, di considerare le persone con infezione da HIV del tutto responsabili delle proprie azioni, e di far sì che i necessari interventi di prevenzione non determinino violazioni dei diritti individuali dei cittadini sieropositivi. E rimane invece flebile la voce dei poveri del mondo.
Se altrove c'è spazio per un dibattito sul tipo di interventi da adottare, l'Africa e l'Asia - i continenti che pagheranno il più grande tributo all'epidemia - sembrano assenti. I vecchi contenuti demagogici di sapore post-terzomondista non sono stati ancora sostituiti da prassi in grado di modificare lo stato di arretratezza culturale e finanziaria delle minoranze etniche e/o sociali e delle larghe maggioranze dei popoli dei paesi in via di sviluppo, e la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità non riesce a mobilitare risorse finanziarie e intellettuali.
La piramide dell'età di alcuni paesi a sud del Sahara avrà una base sempre più larga e una strozzatura nelle fasce produttive della popolazione: un disastro demografico. Ma, esistono alternative alla retorica delle parole e al cinismo degli eventi reali?
L'AIDS è una metafora, ma non nel senso di Susan Sontag, bensì un indicatore della arretratezza degli steccati ideologici. La lezione che i paesi europei, per primi, sembrano aver imparato è che anche di fronte alle emergenze si può e si deve reagire in maniera razionale.
E in questo caso, è possibile adottare un "pragmatismo umanitario" che tenga conto, ad un tempo, sia delle esigenze della società (il controllo dell'epidemia), che di quelle dell'individuo (confidenzialità, non discriminazione, diritto all'assistenza). Queste esigenze non sono inconciliabili e, lungi dal rappresentare dei disvalori, possono configurare un'alternativa civile al pragmatismo repressivo e alle ideologie "forti", magnifici contenitori vuoti.

La mortalità nei tossicodipendenti

DI MARINA DAVOLI, CARLO A. PERUCCI, ANNA MARIA BARGAGLI,
DANIELA D'IPPOLITI, FABRIZIO FAGGIANO, GIORGIO MERLO

1.Introduzione

La valutazione dell'impatto sulla salute dell'uso di droga non è semplice, anche in considerazione della difficoltà a reperire dati di occorrenza di danni alla salute nella popolazione dei tossicodipendenti. Uno dei metodi più appropriati è quello di studiare come e per quali cause muoiono i tossicodipendenti.

Esistono in letteratura numerosi dati relativi alla mortalità da intossicazioni acute nei tossicodipendenti[1-3]; pochi sono, però, gli studi longitudinali che analizzano la mortalità totale e per causa.

Uno studio condotto negli USA su tossicodipendenti da morfina afferenti ad un servizio di trattamento nel 1920[4] ha evidenziato che l'età media alla morte era di circa 13 anni più bassa di quella della popolazione generale. Le cause principali di morte erano le malattie a trasmissione sessuale, la cirrosi e le cause violente.

In Inghilterra, uno studio di mortalità su tossicodipendenti registrati nel periodo 1947-1967, ha evidenziato un tasso di mortalità del 27 per 1000, 28 volte superiore a quello della popolazione generale della stessa età e sesso[5].

La mortalità. Più del 60% dei decessi era dovuto a overdose o cause violente, il 20% a infezioni. Uno studio di mortalità di una coorte di circa 3.000 tossicodipendenti da eroina, afferenti ai vari servizi di assistenza degli USA dal 1969 al 1973[6], ha evidenziato un tasso di mortalità del 15.2 per 1000, 14 volte superiore a quello della popolazione generale della stessa età e sesso. Il 72% dei decessi era attribuibile a cause violente.

Gli stessi Autori[7] hanno seguito per ulteriori sei anni un campione di tossicodipendenti sopravvissuti al precedente follow-up, riportando un tasso di mortalità pari a 13.8 per 1000, sette volte maggiore di quello della popolazione generale.

In uno studio condotto a Copenaghen dal 1973 al 1980[8], si è osservato un tasso di mortalità annuale del 2%, venti volte superiore a quello della popolazione generale. Il 77% dei decessi era attribuibile ad overdose e solo il 4% a cause naturali. Uno studio di mortalità è stato condotto anche in Svezia[9], dove si è osservato un eccesso di mortalità rispetto alla popolazione generale di circa 5 volte. Per studiare l'impatto dell'epidemia di AIDS sulla mortalità dei tossicodipendenti, è stato condotto uno studio di follow-up[10] dei soggetti entrati nel programma di mantenimento a metadone tra il 1984 e il 1987 a New York; la mortalità totale è aumentata dal 13 per 1000 nel 1984 al 44 per 1000 nel 1987.

In uno studio effettuato tra i tossicodipendenti di New York[11] viene riportato che la mortalità era aumentata del 400% tra il 1980 e il 1986; le più frequenti cause di morte erano l'overdose, l'AIDS, la polmonite, la cirrosi ed altre malattie infettive. Il numero assoluto di decessi per overdose e cause violente è rimasto pressoché costante dal 1979 al 1986, mentre la proporzione dei decessi dovuti a queste cause era progressivamente diminuita.

La situazione italiana, dal 1980 al 1988, può essere esemplificata dallo studio di mortalità dei tossicodipendenti di Roma[12]. È stata studiata una coorte di tossicodipendenti, rivoltisi almeno una volta, nel periodo 1980-1988, ad alcuni servizi di assistenza (SAT) di Roma inclusi nello studio. Il tasso di mortalità totale è stato del 9.96 per 1000, con un eccesso di mortalità per tutte le cause di 10 volte superiore a quello della popolazione generale dello stesso sesso ed età. In Italia, fino al 1988, l'impatto dell'AIDS sulla mortalità dei tossicodipendenti era trascurabile; nella popolazione studiata è comparsa per la prima volta come causa di morte, nel 1986, ed è responsabile, nel 1988, dell'11% dei decessi. Per studiare l'impatto dell'AIDS sulla mortalità complessiva dei tossicodipendenti e per valutare l'esistenza di differenze geografiche della mortalità dei tossicodipendenti in Italia, il follow-up della coorte romana è stato esteso al 1992 e sono state arruolate altre popolazioni di tossicodipendenti a Napoli, Torino, Cagliari e in Lombardia. Il follow-up di alcune di queste coorti è ancora in corso, per cui verranno qui presentati i risultati dell'aggiornamento del follow-up della coorte romana ed il confronto dell'andamento della mortalità per tutte le cause a Roma e Torino.

2. Metodologia

2.1. Popolazione in studio

Sono stati selezionati per questo studio tre dei principali Servizi di assistenza ai tossicodipendenti di Roma (SerT) e tutti i SerT del Comune di Torino. Le informazioni raccolte dalle cartelle cliniche di questi servizi hanno consentito di arruolare una coorte di tutti i tossicodipendenti che si erano presentati a questi centri almeno una volta nel periodo 1980-91 a Roma e 1978- 1992 a Torino. Nello studio sono stati inclusi solo i tossicodipendenti per i quali erano disponibili le informazioni anagrafiche complete necessarie all'accertamento dello stato in vita.

2.2 Follow-up

Lo stato in vita al 31 dicembre 1992 è stato accertato presso i comuni di ultima residenza. La causa di morte è stata accertata mediante:

a) record linkage con il file di mortalità ISTAT per i decessi avvenuti tra il 1980 e il 1989;

b) ottenendo direttamente i certificati di morte per i decessi avvenuti dal 1990 al 1992 o non riscontrati con il metodo del record linkage.

Le cause di morte, relativamente al punto b) sono state codificate da un esperto, sulla base della IX revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-9), mentre il linkage forniva direttamente i codici stessi.

Per il calcolo degli anni-persona[13], ciascun soggetto ha contribuito dalla data di ingresso nella coorte fino al termine del 1992, o alla data di morte.

A Roma è stato arruolato un totale di 4.967 soggetti; 306 sono stati esclusi, perché i dati di identificazione delle loro schede non erano sufficienti a verificare lo stato in vita. Il follow-up della coorte romana è completo al 95%; i soggetti persi al follow-up sono stati considerati vivi al termine dello studio. L'81% dei soggetti

inclusi nell'analisi sono maschi di età media 24.3 anni, il 19% femmine di età media 24,1 anni; più del 95% fanno uso di eroina per via endovenosa.
A Torino è stato arruolato un totale di 13.000 soggetti che rappresentavano l'archivio individuale non nominativo dei contatti presso i SerT di Torino dal 1978 al 1992; per 10.000 soggetti è stata possibile l'attribuzione dell'identificativo nominativo; 8.528 avevano i dati sufficienti per la verifica dello stato in vita.
L'analisi qui presentata si riferisce solo ai 5.804 soggetti per i quali il follow-up è completo e la data di contatto è nota. L'82% dei soggetti inclusi nell'analisi sono maschi di età media 23,7 anni, il 18% femmine di età media 23,1 anni; più del 95% fanno uso di eroina per via endovenosa.

2.3 Analisi dei dati

Per il calcolo degli anni-persona è stato utilizzato il programma statistico OCMAP[14]; ciascun soggetto ha contribuito dalla data di ingresso nella coorte fino al termine del 1992, o alla data di morte; i soggetti persi al follow-up sono stati considerati vivi al termine dello studio.
Per confrontare la mortalità dei tossicodipendenti con quella della popolazione generale sono stati utilizzati i Rapporti Standardizzati di Mortalità (SMR) ed i loro limiti di confidenza al 95% (95% CI).
Questa analisi è stata condotta solo per la coorte romana, il cui follow-up era completo. I decessi attesi per tutte le cause e per causa, escluse AIDS ed overdose, sono stati calcolati utilizzando i tassi laziali di mortalità età e sesso specifici applicati ai corrispondenti anni-persona di osservazione della coorte.
Per l'analisi dell'andamento temporale della mortalità dei tossicodipendenti di Roma sono stati calcolati i tassi standardizzati diretti di mortalità per tutte le cause, per overdose e per AIDS, biennali, utilizzando come popolazione standard la distribuzione degli anni-persona di tutta la coorte.
Per il confronto geografico dell'andamento temporale della mortalità tra i tossicodipendenti di Roma e Torino, sono stati calcolati i tassi standardizzati diretti di mortalità per tutte le cause, biennali, utilizzando come popolazione standard la distribuzione degli anni-persona delle due coorti.

3. Risultati

3.1. La mortalità nei tossicodipendenti a Roma

I decessi attesi in questa coorte, sulla base dei tassi di mortalità età e sesso specifici della popolazione generale nello stesso periodo, sono 39,6, mentre i decessi osservati 639 (SMR =16.12; 95% CI =14.89 - 17.42). Le tabelle 1 e 2 mostrano la mortalità specifica per sesso e causa.
Sebbene l'overdose e l'AIDS siano responsabili di più del 50% dei decessi, si è riscontrato un eccesso di mortalità in ambedue i sessi per tutte le cause, anche quelle per le quali non sono disponibili evidenze sulla associazione con l'uso di sostanze stupefacenti. Si evidenzia inoltre un eccesso di mortalità molto rilevante per cause mal definite.

L'SMR per tutte le cause è più alto per le femmine che per i maschi, anche se i tassi di mortalità sono simili (16.1 e 14.7/1000 anni-persona nei maschi e nelle femmine rispettivamente).
L'andamento temporale della mortalità mostra una diminuzione della mortalità nella prima metà degli anni '80, fino ad un minimo nel 1986, dopo di che si osserva un aumento della mortalità totale attribuibile principalmente ad un aumento della mortalità per overdose ed AIDS che vanno ad aggiungersi alla mortalità per altre cause. Si passa da un tasso standardizzato di mortalità del 7.8 per 1000 nel biennio 1985-86 a 23.8 per 1000 nel 1991-92. La mortalità per overdose passa dal 2.1 per 1000 nel biennio 1985-86 al 5.9 per 1000 nel biennio 1991-92. La mortalità per AIDS è dello 0.1 per 1000 nel 1986 e sale al 12.1 per 1000 nel biennio 1991-92.

3.2. La mortalità nei tossicodipendenti a Roma e Torino, 1980-1992

Per quanto riguarda il confronto geografico di mortalità tra le due coorti, l'accertamento ancora incompleto delle cause di morte a Torino non consente un confronto della mortalità per causa, ma solo un confronto dell'andamento temporale dei tassi standardizzati di mortalità totale. L'andamento temporale della mortalità totale nelle due città è sostanzialmente sovrapponibile. La mortalità nei tossicodipendenti di Torino è maggiore della mortalità dei tossicodipendenti di Roma nel periodo 1985-86 (11.4/1000 rispetto a 7.41/1000), 1987-88 (20.45/1000 rispetto a 13.71/1000) e 1989-90 (21.94/1000 rispetto a 17.57/1000).

4.Discussione

Questo studio dimostra che il rischio di mortalità tra i tossicodipendenti rispetto alla popolazione generale, è 15 volte più alto tra i maschi e 28 volte tra le femmine. Sebbene più della metà dei decessi è dovuto ad overdose ed AIDS, si osserva un eccesso di mortalità per tutte le grandi cause specifiche, compresi i tumori, sia nei maschi che nelle femmine. La mortalità per AIDS ed overdose, inoltre, è verosimilmente sottostimata in questa coorte, in considerazione del rilevante eccesso di mortalità osservato per "cause mal definite", che probabilmente includono anche casi di decessi per overdose ed AIDS. Oltre al sesso e all'età, non è stato possibile controllare per altri potenziali confondenti (come la classe sociale, il fumo di sigaretta e l'uso di alcool). Parte dell'aumento del rischio di mortalità potrebbe essere spiegato dal fatto che i tossicodipendenti appartengono alle classi sociali più disagiate. Uno studio condotto nel Nord Italia ha dimostrato che le differenze di mortalità per tutte le cause non sono maggiori del doppio, nelle diverse classi sociali[15], e quindi differenze di stato sociale potrebbero spiegare solo una minima parte di questo eccesso di rischio. Questi dati concordano con quelli di altri studi per l'eccesso di mortalità per cirrosi, endocardite, setticemia, traumi, suicidi, cardiopatie non infettive e per AIDS[4-11,16].
L'eccesso di tumori osservato non era mai stato riportato precedentemente in letteratura, sebbene fosse stato riportato, da altri Autori, che l'incidenza di tumori nei tossicodipendenti positivi per HIV era maggiore rispetto ai tossicodipendenti

siero- negativi[17,18]. Un'analisi preliminare della mortalità totale e per causa ha evidenziato una mortalità maggiore nei tossicodipendenti positivi per HIV rispetto ai tossicodipendenti sieronegativi per HIV.
L'analisi dell'associazione tra status HIV e mortalità, in particolare per tumori o altre malattie croniche è resa difficile dal potenziale bias di classificazione dovuto ad una maggiore probabilità di diagnosticare la positività per HIV a seguito della diagnosi di tumore.
Un elemento molto importante per l'analisi di questa associazione è il rapporto tra incidenza di infezione HIV, piuttosto che prevalenza, e mortalità. A questo proposito è in corso di elaborazione un modello di imputazione multipla, che permette di attribuire una data di incidenza di infezione ad una coorte di infetti prevalenti[19]. Questa analisi permetterà di valutare in maniera più appropriata l'associazione tra infezione HIV e mortalità.
Nella interpretazione dell'eccesso di mortalità per tumori osservato in questa coorte di tossicodipendenti, va tenuto presente inoltre il potenziale effetto confondente del fumo di sigaretta e dell'uso di alcool, data la loro forte associazione con il consumo illecito di droga[20,21].
Per quanto riguarda l'andamento temporale della mortalità dei tossicodipendenti a Roma, si è osservata una diminuzione della mortalità dal 1980 al 1986, quindi un progressivo aumento, caratterizzato in particolare da un aumento della mortalità per overdose ed AIDS che si sono aggiunte alla mortalità per altre cause.
In termini di mortalità proporzionale è interessare notare che nel periodo 1980-88 l'AIDS era responsabile solo del 8% dei decessi nei maschi e del 2% nelle femmine, mentre l'overdose del 32% nei maschi e del 41% nelle femmine; nel periodo complessivo 1980-92 l'AIDS è responsabile del 28% dei decessi nei maschi e del 36% nelle femmine, l'overdose del 28% nei maschi e del 23% nelle femmine.
Il confronto dell'andamento temporale della mortalità nei tossicodipendenti a Roma e Torino, seppur limitato ad una analisi della mortalità totale e non per causa, non ha mostrato sostanziali differenze, il che suggerirebbe l'esistenza di determinanti della mortalità non legati a caratteristiche locali, quanto piuttosto ad aspetti di carattere più generale e nazionale.
In conclusione, i nostri risultati, in accordo con quelli di altri studi condotti in altre parti del mondo, dimostrano in maniera coerente l'impatto della tossicodipendenza sulla mortalità giovanile nell'aree metropolitane.
Tale fenomeno era evidente già prima della comparsa dell'AIDS e nei primi anni dell'epidemia. In una prima fase, pre-AIDS, l'overdose e le cause violente rappresentavano le cause più frequenti di morte.
Successivamente, le malattie infettive, la cirrosi e quindi l'AIDS hanno costituito una quota sempre crescente del totale dei decessi.
È interessante notare che, mentre negli Stati Uniti l'impatto dell'AIDS sulla mortalità dei tossicodipendenti era già evidente negli anni 1986 e 1987, in Italia esiste un ritardo di circa tre anni, rispetto alla città di New York, nella comparsa dell'effetto AIDS sulla mortalità dei tossicodipendenti.

5.Bibliografia

1. Zimney EL, Luke JL. *Narcotic-related deaths in the District of Columbia: 1971-1979*. Journal of Forensic Sciences 1981;26(3):462-9.

2. Montagna M, Crippa O. *Drug abuse and death in Italy.* Ann Ist Super Sanità 1982;18(4):801-4.

3. Reig P, Sanz P, Marti G et al. *Opioid related deaths in Barcelona 1981-86.* Letter. Lancet 1987;2(8557):508-9.

4. Musto DF, Ramos MR. *Notes on the American medical history: a follow-up study of the New Haven morphine maintenance clinic of 1920.* N Engl J Med 1981; 304:1071-7.

5. Bewley TH, Ben-Aire O, James IP. *Morbidity and mortality from heroin dependence 1: survey of heroin addicts known to the Home Office.* Br Med J 1968; 1:725-6.

6. Joe GW, Lehman W, Simpson DD. *Addict death rates during a four-year posttreatment follow-up.* Am J Public Health 1982; 72:703-9.

7. Joe GW, Simpson DD. *Mortality rates among opiate addicts in a longitudinal study*. Am J Public Health 1987; 77:347-8.

8. Haastrup S, Jepsen PW. *Seven-year follow-up of 300 young drug abusers.* Acta Psychiatr Scand 1984; 70:503-9.

9. Engstrom A, Adamsson C, Allebeck P et al. *Mortality in patients with substance abuse: a follow-up in Stockholm County, 1973-1984.* Int J Addict 1991;26(1):91-106.

10. Selwyn PA, Hartel D, Wasserman W, Drucker E. *Impact of the AIDS epidemic on morbidity and mortality among intravenous drug users in a New York City methadone maintenance program.* Am J Public Health 1989; 79:1358-62.

11. Stoneburner RL, Des Jarlais DC, Benezra D, et all. *A larger spectrum of severe HIV-1 related disease in intravenous drug users in New York City.* Science 1988; 242:916-9.

12. Perucci CA, Davoli M, Rapiti E, Abeni DD, Forastiere F. *Mortality of intravenous drug users in Rome: a cohort study.* Am J Public Health 1991; 81(10):1307-1310.

13. Lagorio S, Forastiere F, Perucci CA, et all. *Cause of death ascertainment in follow-up studies: comparison of procedures available in Italy.* Epidemiol Prev 1987; 31:57-61.

14. OCMAP, version 2.0 May 1989. Department of Biostatistics Graduate School of Public Health, University of Pittsburg; Pittsburg, PA 15621.

15. Costa G, Ciccone G, Vineis P. *Mortality by job and economic activity in the Turin longitudinal study.* Epidemiol Prev 1989; 38:14-29.

16. Dressler FA, Roberts WC. *Modes of death and types of cardiac diseases in opiate addicts: analysis of 168 necropsy cases.* Am J Cardiol 1989;64(14):909-20.

17. Gachupin-Garcia A, Selwyn P, Salisbury Budner N. *Population- based study of malignancies and HIV infection among injecting drug users in a New York City methadone treatment program, 1985-1991.* AIDS 1992; 6:843-848.

18. Fraire AE, Awe RJ. *Lung cancer in association with Human Immunodeficiency Virus infection.* Cancer 1991; 70:432-436.

19. Munoz A, Carey V, Taylor JMG, Chmiel JS, Kingsley L, VanRaden M, Hoover DR. *Estimation of time since exposure for a prevalent cohort.* Statistics in Medicine 1992; 11:939-52.

20. Henningfield JE, Clayton R, Pollin W. *Involvement of tobacco in alcoholism and illicit drug use.* Br J Addict 1990; 85:279- 92.

21. De Leon G. *Alcohol: the hidden drug among substance abusers.* Br J Addict 1989; 84:837-40.

TAB.1 Mortalità causa specifica tra i tossicodipendenti di sesso maschile, Roma 1980-1992. 32.734 anni-persona.

CAUSE DI MORTE*	decessi		SMR (rapporto Standardizzato di mortalità) **	LDC (limiti di confidenza) al 95% ***
	osservati	attesi		
Tutte le cause (000-999)	528	35.75	14.77	13.54-16.08
Malattie infettive (000-139)	7	0.38	18.37	7.38-37.85
Tumori maligni (140-239)	18	5.59	3.22	1.91-5.08
AIDS (279)	150	-	-	--
Overdose (304)	150	-	-	--
Malattie del sistema circolatorio (390-459)	31	4.58	6.76	4.59-9.60
Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	7	0.83	8.48	3.41-17.47
Malattie dell'apparato digerente (520-579)	42	1.98	21.20	15.28-28.65
Cirrosi (571)	35	1.32	26.44	18.42-36.77
Cause violente (800-999)	84	15.09	5.57	4.44-6.89
Stati morbosi mal definiti (780-799)	9	0.25	36	16.44-68.32
Cause sconosciute	17	-	-	--

* le cause di morte sono codificate secondo la classificazione internazionale delle malattie, nona revisione, 1975.
** gli SMR non sono stati calcolati per quelle categorie con meno di due decessi osservati.
*** test a due code.

TAB.2 Mortalità causa specifica tra i tossicodipendenti di sesso femminile, Roma 1980-1992. 7.525 anni-persona.

CAUSE DI MORTE*	decessi		SMR (rapporto standardizzato di mortalità) **	LDC (limiti di confidenza) al 95% ***
	osservati	attesi		
Tutte le cause (000-999)	111	3.88	28.59	23.52-34.44
Malattie infettive (000-139)	2	0.06	35.31	4.27-127.54
tumori maligni (140-239)	4	1.32	3.04	0.83-7.78
AIDS (279)	40	-	-	--
Overdose (304)	26	-	-	--
malattie del sistema circolatorio (390-459)	6	0.65	9.29	3.41-20.21
malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	9	0.15	59.93	27.40-113.76
malattie dell'apparato digerente (520-579)	6	0.17	34.37	12.62-74.82
Cirrosi (571)	6	0.09	67.23	24.67-146.32
cause violente (800-999)	10	0.86	11.63	5.57-21.38
stati morbosi mal definiti (780-799)	1	0.03	-	--
cause sconosciute	3	-	-	--

* le cause di morte sono codificate secondo la classificazione internazionale delle malattie, nona revisione, 1975.
** gli SMR non sono stati calcolati per quelle categorie con meno di due decessi osservati.
*** test adue code.

TAB.3 Mortalità causa specifica tra i tossicodipendenti di sesso maschile, Roma 1989-1992. 13.134 anni-persona.

CAUSE DI MORTE*	decessi		SMR (rapporto standardizzato di mortalità) **	LDC (limiti di confidenza) al 95% ***
	osservati	attesi		
tutte le cause (000-999)	328	15.44	21.24	19.00-23.67
malattie infettive (000-139)	2	0.15	13.72	1.66-49.57
tumori maligni (140-239)	10	2.79	3.59	1.72-6.6
AIDS (279)	132	-	-	--
overdose (304)	85	-	-	--
malattie del sistema circolatorio (390-459)	8	2.39	3.34	1.44-6.58
malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	4	0.39	10.36	2.82-26.53
malattie dell'apparato digerente (520-579)	22	1.04	21.09	13.22-31.93
cirrosi (571)	17	0.71	23.93	13.94-38.32
cause violente (800-999)	36	5.45	6.60	4.62-9.14
stati morbosi mal definiti (780-799)	5	0.11	45.45	14.73-106.09
cause sconosciute	16	-	-	--

* le cause di morte sono codificate secondo la classificazione internazionale delle malattie, nona revisione, 1975.
** gli SMR non sono stati calcolati per quelle categorie con meno di due decessi osservati.
*** test adue code.

TAB.4 Mortalità causa specifica tra i tossicodipendenti di sesso femminile, Roma 1989-1992. 3.168 anni-persona.

CAUSE DI MORTE*	decessi		SMR (rapporto standardizzato di mortalità) **	LDC (limiti di confidenza) al 95% ***
	osservati	attesi		
tutte le cause (000-999)	73	1.87	39.02	30.58-49.06
malattie infettive (000-139)	0	0.03	-	--
tumori maligni (140-239)	3	0.72	4.18	0.86-12.21
AIDS (279)	39	-	-	--
overdose (304)	10	-	-	--
malattie del sistema circolatorio (390-459)	2	0.33	6.02	0.73-21.76
malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	6	0.07	89.13	32.71-194
malattie dell'apparato digerente (520-579)	2	0.09	21.82	2.64-78.83
cirrosi (571)	2	0.05	38.64	4.68-139.59
cause violente (800-999)	6	0.33	17.95	6.59-39.06
stati morbosi mal definiti (780-799)	0	-	-	--
cause sconosciute	2	-	-	--

* le cause di morte sono codificate secondo la classificazione internazionale delle malattie, nona revisione, 1975.
** gli SMR non sono stati calcolati per quelle categorie con meno di due decessi osservati.
*** test adue code.

XII RAPPORTO GIUGNO 1995

La situazione fenomeni droga-correlati in Italia

DI CARLA ROSSI

Premessa.

Questo rapporto, che esce apparentemente a grande distanza dal precedente, dovrebbe, in realtà, portare il numero XIII. Infatti, poco meno di un anno fa, le analisi statistiche condotte dall'OLD, in parallelo sui dati di diversi Paesi occidentali, hanno trovato ampio spazio nell'ambito del primo rapporto sulla droga nel mondo, edito dalla LIA e, purtroppo, scarsamente diffuso in Italia e fuori.

Alcune parti più attuali di quel rapporto verranno riprese nell'ambito della presente pubblicazione, mentre la parte più metodologica, riguardante, in particolare, i problemi di valutazione delle diverse politiche e interventi sulla droga e l'analisi quantitativa di diversi fenomeni droga-correlati, troverà spazio nel rapporto XIV, previsto subito dopo l'estate, che conterrà i diversi contributi scientifici presentati nel corso del Workshop, organizzato dal CORA nell'ambito della VI Conferenza Internazionale sulla Riduzione del Danno, tenutasi a Firenze alla fine di marzo 1995. Nel presente rapporto si prenderanno, in particolare, in considerazione gli ultimi dati ufficiali prodotti in Italia in merito ai diversi fenomeni droga-correlati.

In particolare, facendo riferimento alle fonti dei dati riguardanti tali fenomeni e riportate nell'XI rapporto dell'OLD, sono a nostra disposizione i dati relativi a tutte le rilevazioni elencate, aggiornati al 31/12/93, al 30/6/94, al 30/9/94 o al 31/12/94, con l'eccezione di quelli rilevati dal Ministero della Sanità per quanto riguarda le utenze dei *SerT* (che comunque sono anche forniti dal Ministero dell'Interno). Nel seguito verranno, quindi, riportati grafici e tabelle, suddivisi per temi: mortalità per droga, interventi di assistenza ai tossicodipendenti, criminalità, repressione, situazione penitenziaria.

I dati di fonte Ministero dell'Interno sono desunti dal volume "Compendio delle Statistiche Ufficiali dell'Amministrazione dell'Interno" (ottobre 1994) e dal rapporto dell'Osservatorio Permanente sul Fenomeno Droga di aprile 1995. I dati di fonte Ministero di Grazia e Giustizia sono desunti dal "Bollettino Penitenziario" (novembre 1994). Ricordiamo che tutti i Servizi Statistici delle Amministrazioni dello Stato fanno parte del Sistema Statistico Nazionale, regolato dal Decreto Legislativo 6 settembre 1989, n.322.

A questo proposito si riporta di seguito lo stralcio del decreto come pubblicato all'inizio del volume del Ministero dell'Interno. Oltre ai dati relativi ai suddetti fenomeni, riporteremo anche l'ultimo aggiornamento dei casi di AIDS al 31/3/95 secondo il documento trimestrale fornito dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità. I dati relativi agli aspetti penitenziari saranno inoltre completati con tabelle, tratte dal rapporto edito dalla LIA e predisposto nell'ambito dell'attività dell'OLD nel 1994, relative ai "costi" delle strutture

carcerarie, alla loro capienza ed utilizzazione. Per quanto riguarda le stime sulla microcriminalità, si inseriscono alcuni dati desunti dal rapporto del Centro Nazionale di Prevenzione e Difesa Sociale "Il Peso della Criminalità Non Associata sull'Italia", volume primo del gennaio 1995.
È anche inserito in questo rapporto un contributo della dottoressa Aurora Rossodivita, che ha già collaborato alla predisposizione del citato rapporto LIA, riguardante alcune stime in merito al mercato delle sostanze illegali.
Prima di concludere questa premessa vogliamo riportare lo stralcio del decreto legislativo sopra citato.

DECRETO LEGISLATIVO

6 settembre 1989, n. 322

Norme sul Sistema Statistico Nazionale e sulla riorganizzazione dell'Istituto Nazionale di Statistica.

(Omissis)

Art.2

Ordinamento del Sistema Statistico Nazionale

Fanno parte del Sistema Statistico Nazionale gli uffici di Statistica centrali e periferici delle Amministrazioni dello Stato.

(Omissis)

Art.3

Uffici di Statistica

1. Presso le Amministrazioni centrali dello Stato e presso le aziende autonome sono istituiti uffici di statistica posti alle dipendenze funzionali dell'Istat.
2. Gli uffici di statistica costituiti presso le Prefetture assicurano, fatte salve le competenze a livello regionale del Commissario del Governo previste dall'art. 13, comma 1, lettera c, della Legge 23 agosto 1988, n. 400, anche il coordinamento, il collegamento e l'interconnessione a livello provinciale di tutte le fonti pubbliche preposte alla raccolta ed alla elaborazione dei dati statistici, come individuate dall'Istat.

(Omissis)

Art. 10

Accesso ai dati statistici

3. Presso gli uffici di statistica delle Prefetture sono costituiti uffici di collegamento del Sistema Statistico Nazionale con il Pubblico.

Come si vede, ci sarebbero, sulla carta, le garanzie per un'informazione statistica adeguata anche sui fenomeni droga correlati, ma, come vedremo nel seguito, siamo ancora lontani dal poter contare su dati di qualità accettabile, in particolare quelli relativi alla fonte "Ministero dell'Interno".

1. Mortalità per droga.

Nella tabella 1 sono riportati i dati dei decessi per droga (fonte Ministero dell'Interno), disaggregati per regione, relativi agli anni 1990-1994, la tabella è completata con i dati stimati relativi alla popolazione residente, i tassi di mortalità (calcolo OLD) e i decessi per AIDS negli stessi anni su tutto il territorio nazionale.

Tab. 1 - decessi per droga, per regione, negli anni 1990-1994, tassi di mortalità per droga per regione, (per 100.000 abitanti), mortalità per AIDS

	residenti (unità di misura 100.000 abitanti, anno 1992) *	Decessi per overdose					Tasso di mortalità per overdose (per 100.000 abitanti				
		1990	1991	1992	1993	1994	1990	1991	1992	1993	1994***
Piemonte	43	135	145	100	69	47	3,1	3,4	2,3	1,6	1,1
Valle d'Aosta	1	3	7	2	1	1	3,0	7,0	2,0	1,0	1,0
Lombardia	88	271	355	278	136	124	3,1	4,0	3,2	1,5	1,4
Trentino A.A.	9	14	27	23	18	14	1,6	3,0	2,6	2,0	1,6
Veneto	44	83	75	91	69	65	1,9	1,7	2,1	1,6	1,5
Friuli V.G.	12	13	23	22	13	26	1,1	1,9	1,8	1,1	2,2
Liguria	17	68	94	95	72	78	4,0	5,5	5,6	4,2	4,6
Emilia R.	40	115	126	109	101	102	2,9	3,2	2,7	2,5	2,5
Toscana	35	65	73	67	54	53	1,9	2,1	1,9	1,5	1,5
Umbria	8	6	11	6	7	11	0,8	1,4	0,8	0,9	1,4
Marche	14	20	18	20	11	16	1,4	1,3	1,4	0,8	1,1
Lazio	50	124	118	139	133	53	2,5	2,4	2,8	2,7	1,1
Abruzzo	12	9	18	17	13	19	0,8	1,5	1,4	1,1	1,6
Molise	3	0	3	4	1	1	0,0	1,0	1,3	0,3	0,3
Campania	56	80	107	80	80	97	1,4	1,9	1,4	1,4	1,7
Puglia	40	59	79	57	45	52	1,4	2,0	1,4	1,1	1,3
Basilicata	6	5	5	4	5	6	0,8	0,8	0,7	0,8	1,0
Calabria	20	20	10	17	6	5	1,0	0,5	0,8	0,3	0,2
Sicilia	50	45	47	51	29	38	0,9	0,9	1,0	0,6	0,8
Sardegna	17	23	38	30	23	30	1,4	2,2	1,8	1,4	1,8
ITALIA	**565**	**1.158**	**1.379**	**1.212**	**886**	**838**					
Media							*1,75*	*2,39*	*1,95*	*1,42*	*1,49*
Morti per AIDS		2.000	2.500	3.000	3.300	3.000 +					
Tasso di mortalità per AIDS							3,5	4,4	0,3	5,8	6,6

* valori stimati su base ISTAT | ** valori stimati su base COA | *** valori stimati su base Ministero dell'Interno | + al 30/09/1994

Nonostante sia necessaria estrema cautela nel commentare questo genere di dati di cui è nota la scadente qualità, sia dal punto di vista statistico (incertezza di rilevazione corretta), che come indicatore utile per il monitoraggio della tossicodipendenza, possiamo fare alcune considerazioni generali:

- il tasso di mortalità per droga raggiunge il suo massimo nel 1991 (primo anno successivo all'approvazione della legge Jervolino-Vassalli);
- a partire dal 1992 tende a diminuire e sembra stabilizzarsi su valori pari a circa il 65% del valore massimo nel 1993 e 1994;
- nei cinque anni considerati il tasso di mortalità per AIDS aumenta sempre.

Ricordando che si mantiene attorno al 65% la proporzione di tossicodipendenti tra i malati di AIDS (fonte COA), si può stimare che per un tossicodipendente, per esempio nel 1993, la probabilità di morire per AIDS era pari a circa 2,5 volte la probabilità di morire per overdose. Questo ci porta a dire che una parte rilevante della diminuzione osservata nel tasso di mortalità per droga è da ascrivere al fatto che gran parte di quanti erano sottoposti al rischio di morte per droga sono morti "prima" per AIDS (modello dei rischi competitivi citato anche nel rapporto

Bompiani, ripreso nel X rapporto OLD). Se si osservano i tassi di mortalità per droga a livello regionale, si rileva che la diminuzione generale è in gran parte dovuta a diminuzione rilevante in alcune regioni come il Piemonte, la Lombardia e il Lazio, in altre i valori si mantengono sostanzialmente costanti o in lieve diminuzione (Liguria, Emilia-Romagna, Toscana..), mentre nelle regioni meridionali ed insulari si riscontrano aumenti significativi (+36% in Abruzzo, +33% in Sicilia, +29% in Sardegna, +21% in Campania, +18% in Puglia). Sarebbe utile ed auspicabile indagare sulle cause possibili sia delle diminuzioni, sia, ancor di più, degli incrementi. L'impressione generale che ne deriva è quella di un'onda epidemica che, dopo aver colpito le regioni del Nord e del Centro Italia, va in queste zone ad "esaurimento" e si sposta verso il Sud. In realtà, da notizie che si hanno sui sequestri e sulle caratteristiche dei tossicodipendenti seguiti dai Servizi Pubblici, sembra che, in particolare nel Nord, la diminuzione dei decessi classificati "per droga", che sono in massima parte attribuibili all'eroina, possa anche essere spiegata con l'emergere di nuovi e diversi tipi di consumo (cocaina, droghe sintetiche) che provocano altro genere di effetti e potrebbero, per esempio, spiegare alcune delle "morti del sabato sera" che, però, non vengono al momento conteggiate nelle statistiche dei decessi per droga. C'è poi da osservare, ancora una volta, come sia ancora basso il tasso di mortalità per droga in regioni come la Calabria e la Sicilia dove, si dice, sia più efficace il controllo di qualità sulle sostanze da parte del mercato illegale.

Se si esaminano i dati mensili a confronto per il 1993 e il 1994, riportati nella seguente tabella 1bis, si possono fare altre ipotesi sulla sia pur lieve, forse più apparente che reale, diminuzione dei decessi dal 1993 al 1994. Infatti, considerando gli andamenti fino a settembre si osserva un aumento dei decessi del 7,3% (da 626 a 672) riassorbito dal decremento degli ultimi tre mesi dell'anno in cui è ipotizzabile un maggiore effetto dei ritardi di notifica.

Tab. 1bis - Andamento mensile dei decessi per droga negli anni 1993 e 1994

mese	1993	1994
gennaio	82	82
febbraio	75	76
marzo	50	73
aprile	67	64
maggio	66	77
giugno	50	70
luglio	72	80
agosto	86	85
settembre	78	65
ottobre	87	57
novembre	79	50
dicembre	90	61
TOTALE	882	840

In altre parole, è presumibile che, una volta divenuti definitivi anche i dati relativi all'ultimo trimestre 1994, la presunta diminuzione sarà riassorbita e probabilmente osserveremo di nuovo un trend in aumento, particolarmente preoccupante perché in massima parte ascrivibile alle regioni del Sud, che sembravano meno colpite dal fenomeno negli scorsi anni.

A conferma dell'ipotesi relativa al ritardo di notifica, c'è da osservare che nel Compendio di ottobre 94 il totale dei decessi fino al 30/6/94 risultava di 396, mentre il totale risultante alla stessa data nel rapporto di aprile 95 (ma si dice che i dati sono consolidati solo al 23 febbraio 1995) è di 442, con una differenza di quasi il 12%, se si avesse una sottostima, anche del solo 12% ed esclusivamente sugli ultimi 4 mesi dell'anno 94, occorrerebbe prevedere un incremento di 28 unità, che porterebbe il totale sull'anno a 868, non significativamente diverso dal valore dell'anno precedente.

Come ultima annotazione rileviamo che il Ministero dell'Interno ci informa che 5 decessi riguardano persone in stato di detenzione o agli arresti domiciliari (purtroppo non si distingue tra le due situazioni come sarebbe opportuno).

2. Interventi di assistenza ai tossicodipendenti (fonte Ministero dell'Interno).

Nella tabella 2 sono riportati i dati al 31/12/94 relativi ai servizi e tossicodipendenti in trattamento, disaggregati su base regionale.

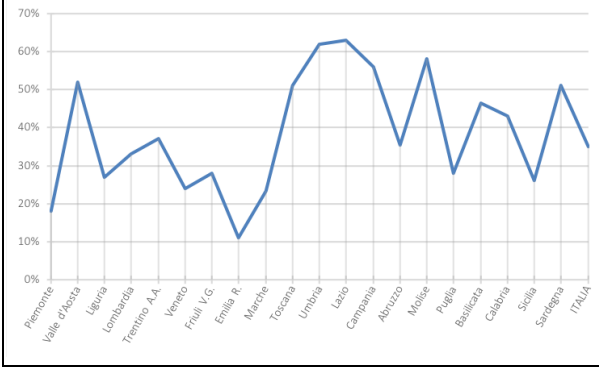
Dalla tabella si possono evidenziare alcuni elementi importanti:

- Prendendo in considerazione i tossicodipendenti in trattamento presso i *SerT*, emerge una grande disparità regionale per quanto riguarda l'utilizzo dei trattamenti con farmaci sostitutivi: considerando solo le regioni con almeno 2.000 TD in trattamento, si va dal 63% di soggetti trattati con farmaci sostitutivi nel Lazio al solo 11% in Emilia-Romagna (18% in Piemonte, 27% in Liguria, 24% nel Veneto, 33% in Lombardia, 51% in Toscana, 56% in Campania, 28% in Puglia, 26% in Sicilia, 51% in Sardegna), mentre è del 35% circa la media nazionale. Disparità di questo genere sembra possano essere più ragionevolmente attribuibili a impostazione diversa degli operatori piuttosto che a esigenze diverse degli utenti.

Tab. 2 - Servizi pubblici e strutture socio riabilitative esistenti nelle diverse regioni e corrispondente numero di utenti

REGIONE	SERVIZI PUBBLICI			STRUTTURE SOCIO RIABILITATIVE		
	esistenti	censiti	TD in carico	esistenti	censiti	TD in carico
Piemonte	63	56	7.970	94	89	1.566
Valle d'Aosta	1	1	150	3	3	26
Lombardia	96	96	13.414	269	262	3.777
Trentino A.A.	5	5	1.053	17	17	453
Veneto	36	36	5.897	111	106	1.436
Friuli V.G	6	6	1.456	29	28	221
Liguria	15	10	3.133	36	34	669
Emilia R.	41	35	4.625	121	118	3.969
Toscana	40	39	6.317	85	85	1.495
Umbria	11	10	1.005	25	22	750
Marche	24	21	1.631	56	52	752
Lazio	50	36	4.248	86	50	1.267
Abruzzo	11	11	1.650	36	29	420
Molise	5	5	175	7	7	64
Campania	38	32	5.256	47	42	843
Puglia	55	49	7.176	110	100	2.018
Basilicata	6	6	414	9	9	137
Calabria	13	11	1.361	36	30	688
Sicilia	43	42	3.193	69	63	1.211
Sardegna	14	14	3.211	33	27	567
ITALIA	573	521	73.335	1.279	1.173	22.329

Figura 1 – Proporzione di tossicodipendenti in trattamento farmacologico (disaggregazione regionale, anno 1994)



- Per quanto riguarda i TD presso le Comunità terapeutiche, quasi il 18% risulta vivere in Emilia-Romagna e il 3,4% in Umbria. Il peso di queste due regioni (sedi delle Comunità di San Patrignano e Amelia) è ancor più evidente nei diagrammi di figura 2b e 3b, dove si riportano i dati regionali relativi all'incidenza procapite per 100.000 abitanti (popolazione residente) dei tossicodipendenti presso le strutture socio riabilitative e il numero medio di tossicodipendenti per struttura socio riabilitativa (colonne 4 e 6 della tabella 2bis).

Tab. 2bis - Proporzione di servizi pubblici e strutture socio riabilitative censiti rispetto agli esistenti. Numero medio di utenti per servizio o struttura e numero medio di utenti per 100.000 abitanti.

REGIONE	PROPORZIONE DI		NUMERO MEDIO DI UTENTI			
	servizi pubblici censiti rispetto a quelli esistenti	strutture socio riabilitative censite rispetto a quelle esistenti	per servizio pubblico	per struttura socio riabilitativa	di servizi pubblici per 100.000 abitanti	di strutture socio riabilitative per 100.000 abitanti
Piemonte	0,90	0,90	142,32	17,60	185,35	36,42
Valle d'Aosta	1,00	1,00	150,00	8,67	150,00	26,00
Lombardia	1,00	1,00	139,73	14,42	152,43	42,92
Trentino A.A.	1,00	1,00	210,60	26,65	117,00	50,33
Veneto	1,00	1,00	163,81	13,55	134,02	32,64
Friuli V.G.	1,00	1,00	242,67	7,89	208,00	31,57
Liguria	0,70	0,90	313,30	19,68	184,29	39,35
Emilia R.	0,90	1,00	132,14	33,64	115,63	99,23
Toscana	1,00	1,00	161,97	17,59	180,49	42,71
Umbria	0,90	0,90	100,50	34,09	125,63	93,75
Marche	0,90	0,90	77,67	14,46	116,50	53,71
Lazio	0,70	0,60	118,00	25,34	84,96	25,34
Abruzzo	1,00	0,80	150,00	14,48	137,50	35,00
Molise	1,00	1,00	35,00	9,14	58,33	21,33
Campania	0,80	0,90	164,25	20,07	93,86	15,05
Puglia	0,90	0,90	146,45	20,18	179,40	50,45
Basilicata	1,00	1,00	69,00	15,22	69,00	22,83
Calabria	0,80	0,80	123,73	22,93	68,05	34,40
Sicilia	1,00	0,90	76,02	19,38	63,86	24,42
Sardegna	1,00	0,80	229,36	21,00	188,88	33,35
ITALIA	0,93	0,92	147,33	18,80	130,66	40,54

Figura 2a – Incidenza dei tossicodipendenti in trattamento presso i servizi pubblici per 100.000 abitanti (anno 1994)

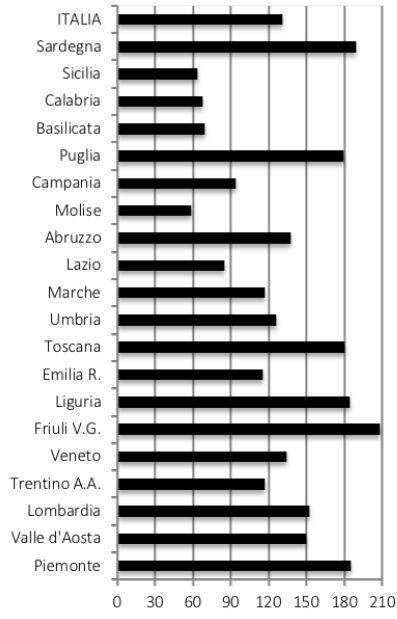


Figura 2b – Incidenza dei tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio riabilitative per 100.000 abitanti (anno 1994)

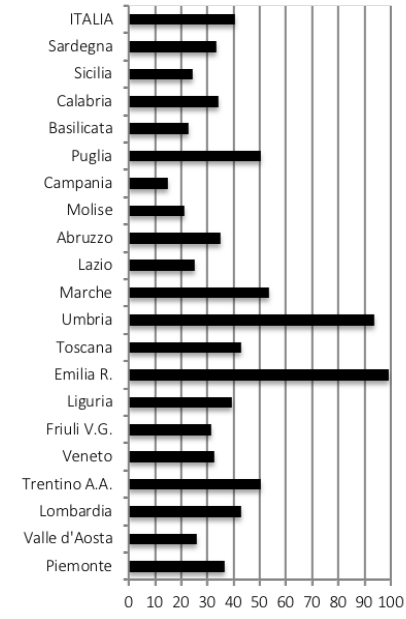


Figura 3a – Numero medio di utenti per servizio pubblico (anno 1994)

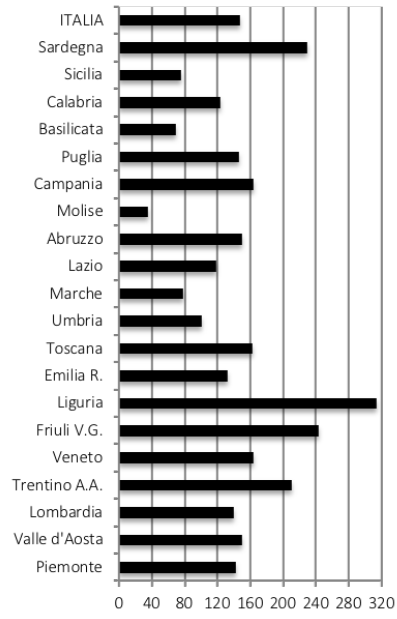
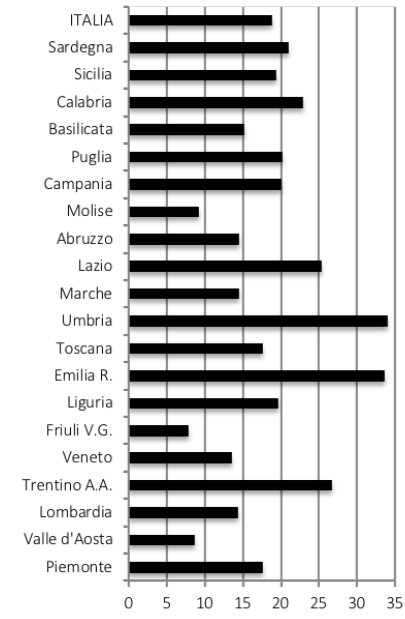


Figura 3b – Numero medio di utenti per struttura socio riabilitativa (anno 1994)



- La tabella 3 riporta la media pro capite (per 100000 abitanti) del numero di servizi pubblici e strutture socio riabilitative disaggregato per regione. È evidente il maggior peso delle strutture socio riabilitative, soprattutto nelle regioni settentrionali e centrali. Altre informazioni sulle strutture e sugli utenti, sia pur in forma diversa, emergono sulla base della tabella 4.

Tab. 3 - Numero medio per 100.000 abitanti (anno 1994).

REGIONE	SERVIZI PUBBLICI	STRUTTURE SOCIO RIABILITATIVE
Piemonte	1,47	2,19
Valle d'Aosta	1,00	3,00
Lombardia	1,09	3,06
Trentino A.A.	0,56	1,89
Veneto	0,82	2,52
Friuli V.G.	0,86	4,14
Liguria	0,88	2,12
Emilia R.	1,02	3,02
Toscana	1,14	2,43
Umbria	1,37	3,12
Marche	1,71	4,00
Lazio	1,00	1,72
Abruzzo	0,92	3,00
Molise	1,67	2,33
Campania	0,68	0,84
Puglia	1,37	2,75
Basilicata	1,00	1,50
Calabria	0,65	1,80
Sicilia	0,86	1,38
Sardegna	0,82	1,94
ITALIA	1,04	2,44

Emerge la preoccupante tendenza ad un aumento del numero di Comunità terapeutiche non accompagnato da un analogo aumento dei TD in trattamento presso tale tipo di strutture, a fronte di un consistente aumento di quelli in trattamento presso strutture pubbliche il cui numero, invece, risulta pressoché invariato dall'entrata in vigore della Jervolino-Vassalli: dal 30/6/90 al 31/12/94 le strutture pubbliche sono aumentate del 10,8%, le Comunità terapeutiche del 64,4%; i TD in trattamento presso le strutture pubbliche sono aumentati, nello stesso periodo, del 94%, quelli presso le strutture private del 30,5%.

L'effetto della 162/90 sembra essere stato molto rilevante per l'aumento delle strutture private mentre non ha funzionato altrettanto per l'adeguamento del numero delle strutture pubbliche. Il trend nel corso del 1994 è ancora più anomalo.

Considerando i dati trimestrali si ha la seguente tabella 4bis.

Figura 4a – Media di utenti per Servizio pubblico (--) e per Struttura socio riabilitativa (-) (disaggregazione regionale, anno 1994)

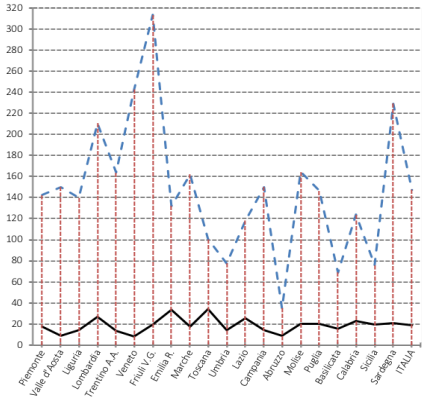


Figura 4b – Numero medio di Servizi pubblici (-) e Strutture socio riabilitative (--) (disaggregazione regionale, anno 1994)

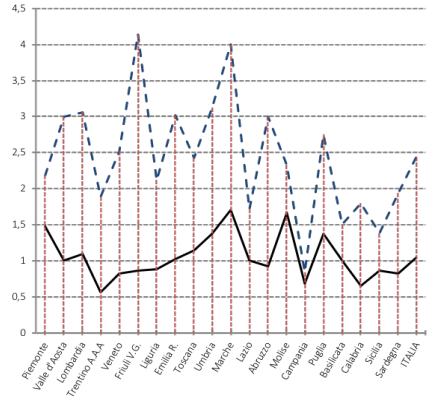


Tabella 4. Andamento nel tempo (rilevazioni trimestrali) del numero di servizi pubblici e delle Comunità Terapeutiche e delle rispettive utenze. Andamento degli utenti in trattamento farmacologico.

PERIODO		servizi pubblici				comunità terapeutiche		TOTALE utenti
		esistenti	utenti			esistenti	utenti	
			totali	in trattamento farmacologico				
1984	15-giu	417	18.483	11.104	60,08%	207	4.373	22.856
	15-set	422	18.310	11.124	60,75%	215	4.358	22.668
	15-dic	436	20.747	11.923	57,47%	222	4.476	25.223
1985	15-mar	444	16.731	9.772	58,41%	237	4.845	21.576
	15-giu	454	18.429	10.306	55,92%	280	4.930	23.359
	15-set	454	17.620	9.222	52,34%	296	4.881	22.501
	15-dic	455	19.919	9.820	49,30%	301	5.028	24.947
1986	15-mar	459	19.018	9.906	52,09%	310	5.303	24.321
	15-giu	464	19.079	9.214	48,29%	324	5.540	24.619
	15-set	465	18.590	9.388	50,50%	325	5.645	24.235
	15-dic	469	20.137	9.463	46,99%	326	5.927	26.064
1987	15-mar	468	20.866	9.927	47,58%	324	5.841	26.707
	30-giu	470	21.895	10.886	49,72%	327	6.114	28.009
	30-set	474	23.174	11.430	49,32%	335	6.174	29.348
	31-dic	473	23.276	10.604	45,56%	342	6.676	29.952
1988	31-mar	477	23.860	10.301	43,17%	340	7.109	30.969
	30-giu	484	25.533	10.936	42,83%	347	7.527	33.060
	30-set	483	26.005	11.905	45,78%	352	7.422	33.427
	31-dic	492	27.906	11.464	41,08%	356	8.017	35.923
1989	31-mar	501	28.672	11.783	41,10%	360	8.547	37.219
	30-giu	508	31.568	11.991	37,98%	366	8.792	40.360
	30-set	509	32.299	12.366	38,29%	381	8.895	41.194
	31-dic	513	33.335	12.986	38,96%	415	9.965	43.300
1990	31-mar	513	35.286	13.462	38,15%	434	10.618	45.904
	30-giu	517	37.804	12.520	33,12%	433	10.667	48.471
	30-set	527	38.999	12.725	32,63%	434	11.381	50.380
	31-dic	530	40.928	12.457	30,44%	454	12.413	53.341
1991	31-mar	533	37.788	12.046	31,88%	476	12.682	50.470
	30-giu	532	43.650	12.382	28,37%	488	12.426	56.076
	30-set	529	46.905	13.734	29,28%	499	12.793	59.698
	31-dic	551	49.305	13.860	28,11%	534	14.519	63.824
1992	31-mar	552	52.507	14.374	27,38%	581	15.397	67.904
	30-giu	557	55.797	14.750	26,44%	586	15.663	71.460
	30-set	562	55.556	14.765	26,58%	624	15.745	71.301
	31-dic	559	59.737	14.781	24,74%	642	17.148	76.885
1993	31-mar	560	57.860	15.652	27,05%	649	17.098	74.958
	30-giu	561	59.909	16.092	26,86%	659	16.143	76.052
	30-set	556	61.914	17.898	28,91%	678	15.914	77.828
	31-dic	561	65.313	19.154	29,33%	681	16.117	81.430
1994	31-mar	568	67.867	20.417	30,08%	700	16.370	84.237
	30-giu	576	72.681	21.851	30,06%	706	15.517	88.198
	30-set	575	75.728	24.461	32,30%	712	15.715	91.443
	31-dic	573	73.335	25.506	34,78%	712	13.916	87.251

I valori da considerare con particolare attenzione sono quelli
del 30 giugno 1990, entrata in vigore della legge Jervolino-Vassalli;
e quello del 30 giugno 1993, prima rilevazione successiva al referendum.

Figura 5a – andamento temporale del numero di comunità terapeutiche (- -) e dei servizi pubblici (…).

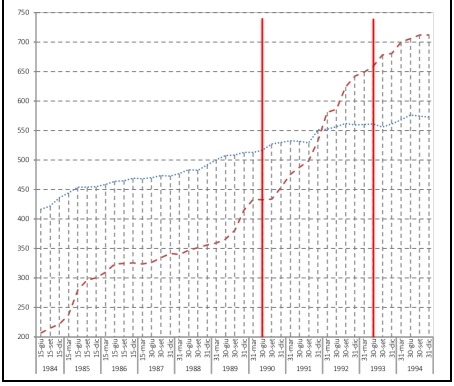
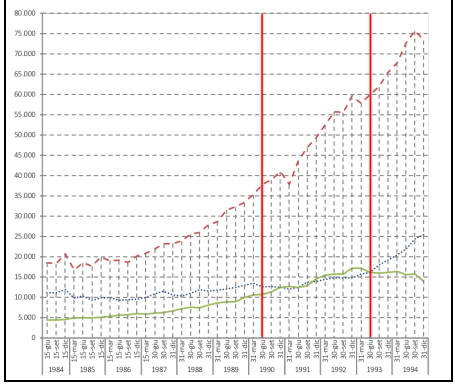


Figura 5b – andamento temporale del numero di utenti delle comunità terapeutiche (—) dei servizi pubblici (- -) e in trattamento farmacologico (…).



Gli istanti evidenziati corrispondono all'entrata in vigore della legge Iervolino Vassalli e alla prima rilevazione post referendum.

Il numero di strutture pubbliche aumenta nell'anno dell'1%, quello delle Comunità dell'1,7%, nel contempo gli utenti delle strutture pubbliche aumentano dell'8% e quelli delle Comunità diminuiscono del 15%. È evidente l'andamento approssimativamente esponenziale della crescita di strutture private accompagnata da crescita non più che lineare degli utenti, mentre per le strutture pubbliche si evidenzia un andamento opposto (lineare la crescita delle strutture, esponenziale quella degli utenti). Se si considerano i punti corrispondenti all'entrata in vigore della Jervolino-Vassalli e alla prima rilevazione post referendum, è evidente, in particolare, l'inversione di tendenza rispetto all'utilizzo di trattamenti farmacologici a seguito del risultato referendario (è anche evidente il contenimento di tali trattamenti tra i due istanti considerati, come risulta anche dalla quinta colonna della tabella 4).

Tabella 4bis. Andamento dell'utenza nelle strutture pubbliche e nelle Comunità terapeutiche nel 1994.

	servizi pubblici		comunità terapeutiche		TOTALE
	n°	utenti	n°	utenti	utenti
31 marzo	568	67.867	700	16.370	84.237
30 giugno	576	72.681	706	15.517	88.198
30 settembre	576	75.728	712	15.715	91.443
31 dicembre	573	73.335	712	13.916	87.251

3. Criminalità (fonte Ministero dell'Interno)

La tabella 5 è desunta dal Compendio del Ministero dell'Interno citato in premessa. Leggendo la "nota metodologica", che la precede nella suddetta pubblicazione, non si può non rilevare che i dati forniti non si riferiscono a tutti i delitti, ma solo ad alcuni *...alle più frequenti fattispecie delittuose...*, si recita nella nota. In effetti, nella tabella non si ritrova alcun dato relativo a delitti legati al traffico e spaccio di droga. Non essendo credibile, anche sulla base dei dati del Ministero di Grazia e Giustizia che si analizzeranno nel seguito, che tale tipologia di delitti sia meno frequente, per esempio, dei sequestri di persona (12 nel 1991, 7 nel 1992, 9 nel 1993), c'è da ritenere che sia stata posta in atto una vera e propria censura, o forse si tratta di una dimenticanza dovuta a ignoranza degli argomenti su cui si sta lavorando o della metodologia. In ogni caso queste nostre

osservazioni sul modo di lavorare degli uffici statistici del Ministero dell'Interno non sono purtroppo una novità. La situazione non è cambiata nel corso di questi cinque anni di attività dell'OLD, sembrerebbe, anzi, peggiorata. Sarebbe auspicabile un energico intervento dell'ISTAT, alle cui dipendenze funzionali sono posti gli uffici di Statistica delle Amministrazioni dello Stato, in modo da rimuovere quegli ostacoli che impediscono che anche il Ministero dell'Interno fornisca i suoi dati in modo affidabile, trasparente ed esauriente, o c'è qualcosa che si vuole nascondere? Per completare questo piccolo "inciso metodologico" si può far riferimento alla cartina riportata a pagina 37 della suddetta pubblicazione in cui si rappresenta la situazione regionale dei decessi per assunzione di stupefacenti in base al luogo del decesso (dati al giugno 1994), colorando in modo diverso le regioni in base al numero (assoluto) di decessi verificatisi (sembrerebbe nel primo semestre 1994, ma la data di inizio della rilevazione non è riportata). È evidente a chiunque che il dato riportato, da solo, non fornisce alcuna indicazione utile sull'incidenza regionale del fenomeno, dato che non è stata fatta la normalizzazione per popolazione residente, cosa che è invece stata da noi calcolata e riportata nella tabella 1. Se si rifacesse la cartina con i dati delle incidenze per 100.000 abitanti, si avrebbe un'immagine assai diversa e più informativa dell'andamento regionale del fenomeno: errore od omissione?

Tabella 5. Dati statistici sulla criminalità in Italia al 31 dicembre 1993 (popolazione 56.778.031) - Dati nazionali.

DELITTI (dati interforze)	DATI ANNUALI DEFINITIVI						QUOZIENTE PER 100.000 ABITANTI			VARIAZIONE %	
	1991		1992		1993						
	totale	media mensile	totale	media mensile	totale	media mensile	1991	1992	1993	91/92	92/93
omicidi volontari	1.812	151,00	1.444	120,33	1.057	88,08	3,19	2,54	1,86	-20,31	-26,80
rapine gravi	16.136	1.344,67	11.314	942,83	11.837	986,42	28,42	19,93	20,85	-29,88	4,62
sequestri di persona	12	1,00	7	0,58	9	0,75	0,02	0,01	0,02	-41,67	28,57
tentati omicidi	2.197	183,08	1.851	154,25	1.718	143,17	3,87	3,26	3,03	-15,75	-7,19
rapine (totale)	39.206	3.267,17	31.735	2.644,58	31.515	2.626,25	69,05	55,89	55,51	-19,06	-0,69
furti (totale)	1.702.074	141.839,50	1.477.955	123.162,92	1.369.623	114.135,25	2.997,77	2.603,04	2.412,24	-13,17	-7,33
scippi	73.899	6.158,25	56.924	4.743,67	54.791	4.565,92	130,15	100,26	96,50	-22,97	-3,75
furti autovetture	367.252	30.604,33	324.384	27.032,00	307.283	25.606,92	646,82	571,32	541,20	-11,67	-5,27
auto recuperate	160.518	13.376,50	139.960	11.663,33	142.078	11.839,83	282,71	246,50	250,23	-12,81	1,51
estorsioni	2.851	237,58	3.353	279,42	3.214	267,83	5,02	5,91	5,66	17,61	-4,15
incendi dolosi	10.277	856,42	10.673	889,42	10.616	884,67	18,10	18,80	18,70	3,85	-0,53
attentati dinamitardi	2.600	216,67	2.155	179,58	1.800	150,00	4,58	3,80	3,17	-17,12	-16,47
associazioni art.416bis	201	16,75	244	20,33	253	21,08	0,35	0,43	0,45	21,39	3,69
denunciati art.416bis	2.055	171,25	2.956	246,33	3.980	331,67	3,62	5,21	7,01	43,84	34,64
associazioni art.416	817	68,08	1.001	83,42	1.239	103,25	1,44	1,76	2,18	22,52	23,78
denunciati art.416	5.445	453,75	7.454	621,17	8.864	738,67	9,59	13,13	15,61	36,90	18,92
TOTALE delitti	**2.647.735**	**220.644,58**	**2.390.539**	**199.211,58**	**2.259.826**	**188.318,83**	**4.663,31**	**4.210,32**	**3.980,11**	**-9,71**	**-5,47**
persone denunciate	502.033	41.836,08	562.621	46.885,08	607.714	50.642,83	884,20	990,91	1.070,33	12,07	8,01
persone arrestate	85.441	7.120,08	102.183	8.515,25	112.523	9.376,92	150,48	179,97	198,18	19,59	10,12
persone identificate nei posti di blocco	31.316.302	2.609.691,83	32.603.034	2.716.919,50	32.143.988	2.678.665,67	55.155,67	57.421,92	56.613,43	4,11	-1,41
automezzi controllati nei posti di blocco	22.588.996	1.882.416,33	27.220.659	2.268.388,25	23.187.726	1.932.310,50	39.784,75	47.942,24	40.839,26	20,50	-14,82

3.1. Dati e informazioni desunti dalla pubblicazione "Il Peso della Criminalità non Associata sull'Italia", edito dal Centro nazionale di Prevenzione e Difesa Sociale, gennaio 1995.

Riporteremo solo alcune tabelle e informazioni di particolare interesse, rinviando alla lettura del volume citato per approfondimenti.

Ci limiteremo a considerare quei crimini non associati che sono generalmente legati alla tossicodipendenza, in particolare, nella categoria dei furti: gli scippi, i borseggi e i furti sulle auto in sosta.

Innanzitutto, nella tabella 6 riportiamo l'andamento degli scippi, borseggi e furti sulle auto in sosta in alcuni anni.

Tabella 6. Reati denunciati dalle forze dell'ordine all'autorità giudiziaria in Italia (fonte: ISTAT)

reati	1984	1988	1991	1992	1993	variazione 1984-1993		variazione 1992-1993		sui furti
borseggio	67.142	104.771	146.380	124.825	113.335	46.193	68,80%	-11.490	-9,20%	8,30%
scippo	44.939	49.667	73.889	56.924	54.791	9.852	21,92%	-2.133	-3,75%	4,00%
furto su auto in sosta	284.092	402.269	475.277	378.395	322.181	38.089	13,41%	-56.214	-14,86%	23,50%

Sembra, dai dati riportati sopra, che negli ultimi anni si osservi una diminuzione, almeno per quanto riguarda i delitti denunciati. Per meglio interpretare i dati bisogna, però, tener presente che i reati considerati spesso non vengono denunciati alle Forze dell'Ordine. Il problema è, allora, quello di capire se la proporzione di sotto denuncia si può considerare costante nel decennio. Per approfondire questo aspetto abbiamo a disposizione i risultati di due indagini ISTAT, una condotta tra il dicembre 1987 e il maggio 1988 e l'altra tra il dicembre 1989 e il maggio 1990. I risultati sono abbastanza chiari: dalla prima indagine risulta che il 48,6% dei borseggi e il 52,9% degli scippi non venivano denunciati, mentre dalla seconda le corrispondenti percentuali risultano salite al 56,7% e 59,4%.

In base a queste informazioni è evidente che i dati della tabella non si possono considerare omogenei nel tempo e non è possibile trasferire gli andamenti osservati sui totali delle denunce al totale dei reati.

Certamente possiamo osservare che gli andamenti qualitativi sono omologabili, in modo impressionante, agli indicatori legati alla tossicodipendenza, in particolare da eroina, come i decessi per droga o lo sviluppo dell'epidemia di AIDS (si veda anche il rapporto OLD-I del 1991). Se passiamo alla valutazione dei "costi" dei piccoli reati legati alla tossicodipendenza, occorre aggiungere informazioni legate allo spaccio di stupefacenti in forma non associata, si stima, infatti, l'esistenza di un piccolo spazio di autonomia dalle organizzazioni mafiose all'interno del traffico e spaccio degli stupefacenti (ricordiamo che molti tossicodipendenti da eroina sono in carcere per reati di spaccio). Nel rapporto citato si forniscono le seguenti stime annuali sul fatturato, che riportiamo nella tabella 7. Per quanto riguarda l'analisi regionale, riportiamo integralmente le considerazioni generali che si trovano nel rapporto.

Tabella 7. Stima del fatturato della criminalità non associata relativamente ad alcune tipologie di reato

reato	fatturato*	sui reati considerati
furti	2.754	37,40%
spaccio	324	4,40%
TOTALE	3.078	43,80%

* in miliardi di lire

I dati relativi alle singole realtà regionali rivelano come, ai primi posti di una ipotetica graduatoria, si collochino regioni in cui non vi è una forte presenza di criminalità organizzata: con 389.519 delitti compiuti nel 1993 è la Lombardia la regione che, in termini assoluti, si pone al primo posto; in realtà bisogna considerare come, eliminando gli effetti della variabile demografica, il Lazio faccia registrare ben 66,3 delitti per 1.000 abitanti, contro i 43,9 della Lombardia.
Altra regione a pericolosa diffusione del crimine è la Liguria, con 63,4 delitti per 1.000 abitanti (105.847 il valore assoluto), seguita dalla Sardegna (51,4 reati per 1.000 abitanti). Con 225.660 delitti denunciati, la Campania registra un'incidenza sulla popolazione pari a 40 reati per 1.000 abitanti, e la Sicilia (203.277 il valore assoluto dei delitti denunciati) un'incidenza appena superiore, pari a 40,8 delitti sulla medesima quota di residenti.
Le regioni dell'Umbria, del Molise e della Basilicata hanno fatto registrare i valori minimi in relazione all'incidenza dei delitti sulla popolazione (rispettivamente 20,3 casi per 1.000 residenti, 19,1 e 18).
Disaggregando ulteriormente il dato a livello provinciale, Genova è la provincia in cui vi è una maggiore diffusione del crimine (84,3 reati per 1.000 abitanti); segue Roma, che fa segnare una cifra solo di poco inferiore (82,4), mentre piuttosto distaccata risulta la terza provincia in graduatoria, Cagliari, con 68.9 delitti per 1.000 residenti.
Sempre nelle posizioni più alte della graduatoria si collocano le altre due grandi realtà metropolitane di Torino (in quarta posizione con un'incidenza sulla popolazione pari a 64.5 delitti ogni 1.000 abitanti) e di Milano (62); seguite da Bologna, Firenze e Palermo: ancora una volta la variabile "urbana", con tutti i fenomeni ad essa collegati, concorre a spiegare la diffusione del crimine in determinati contesti.
Con 17 o meno delitti denunciati per 1.000 abitanti chiudono la graduatoria le province di Rovigo, L'Aquila, Potenza, Mantova e Isernia.
Al termine di questo paragrafo, nel ricordare che la seconda parte del volume citato tratta di stime dei costi, anche sociali, della criminalità non organizzata e sarà esaminata in un prossimo rapporto dedicato all'analisi costi-efficacia delle politiche sulla droga, possiamo ancora fare alcune considerazioni:

- dai dati evidenziati, se si confrontano anche con i vari indicatori di presenza dei fenomeni legati al mercato illegale delle droghe riportati nei paragrafi precedenti, si riscopre ancora una volta la stretta correlazione tra fenomeni di microcriminalità e "droga": la Liguria è in testa sempre a tutte le graduatorie e Genova lo è tra le province.
- Il fenomeno della sotto denuncia degli scippi e borseggi e altri reati affini non è presumibilmente omogeneo neanche su base territoriale, oltre che temporale. Sembra abbastanza strano, infatti, che Napoli compaia nella graduatoria solo al tredicesimo posto dopo Ravenna e Trieste, il che contrasta con altre informazioni disponibili sul fenomeno in studio.

Per ulteriori approfondimenti si rinvia al testo citato.

4. Repressione (fonte Ministero dell'Interno).

4.1. Repressione del consumo.

Nella tabella 8 sono riportate le segnalazioni di consumatori dall'entrata in vigore della Jervolino-Vassalli al 31/12/93. Anche se questi dati vanno presi con molta cautela (la qualità della rilevazione è dubbia, come abbiamo messo in evidenza con rilevazioni a campione nei primi rapporti OLD), emerge, comunque, il fatto preoccupante che oltre il 43% delle segnalazioni riguarda sostanze leggere, con una punta del 61% nel Lazio.

Tabella 8. Segnalazioni ex art. 75 T.U. 309/90 (dall'11 luglio 1990 al 31 dicembre 1993).

REGIONE	segnalazione* sostanze		TOTALE
	leggere	pesanti	
Piemonte	2.634	3.876	6.510
Valle d'Aosta	177	58	235
Lombardia	4.631	7.433	12.064
Trentino A.A.	630	634	1.264
Veneto	1.155	2.266	3.421
Friuli V.G.	525	547	1.072
Liguria	2.112	3.083	5.195
Emilia R.	2.724	3.277	6.001
Toscana	2.923	4.035	6.958
Umbria	538	391	929
Marche	1.285	1.071	2.356
Lazio	6.708	4.306	11.014
Abruzzo	838	589	1.427
Molise	117	122	239
Campania	2.364	2.688	5.052
Puglia	1.582	2.945	4.527
Basilicata	205	196	401
Calabria	875	495	1.370
Sicilia	3.473	2.849	6.322
Sardegna	895	1.246	2.141
ITALIA	36.391	42.107	78.498

(*) il numero delle segnalazioni può essere superiore al numero delle persone segnalate
perché ogni soggetto può essere segnalato più volte.
N.B. I dati sono suscettibili di continui e successivi aggiornamenti.

4.2. Repressione del traffico e spaccio.

Nella tabella 9 sono riportati i dati, disaggregati su base regionale, relativi alle attività di contrasto delle forze di Polizia nel settore degli stupefacenti per gli anni 1993 e 1994 e (di nuovo) i decessi per motivi di droga (tratti dal Compendio). Notiamo, innanzi tutto, che il numero totale di decessi per il primo semestre 1994 è diverso (+6) rispetto a quello riportato nella sezione apposita dello stesso volume (la tabella di pagina 80 non è congruente con quella di pagina 36 del Compendio).

Questo non ci meraviglia più di tanto, dati i ritardi di notifica in questo settore.

Ci rafforza, però, nel dire che i dati sui decessi sono da interpretare con estrema cautela. Un aspetto curioso di questa tabella e dei grafici analoghi è nell'ordine alfabetico, anziché geografico (quello geografico corrisponde all'ordine corrente dell'ISTAT), delle regioni, fatto che ostacola non poco la comprensione dell'andamento territoriale dei fenomeni droga-correlati, e questo è un aspetto molto rilevante. Ancora una volta viene da chiedersi: errore dovuto a ignoranza statistico-metodologica od omissione voluta per ostacolare l'analisi?

Tabella 9. Attività delle forze di polizia nel settore degli stupefacenti. Anno 1993 e I semestre 1994.

REGIONE	1993								
	SEQUESTRI kg			n° operazioni	persone oggetto di informativa di P.G.				numero decessi
	eroina	cocaina	cannabis		arresti	liberi	irreperibili	totali	
Abruzzo	1.230	6.140	43.119	349	277	484	3	764	13
Basilicata	0,093	0,414	1,998	71	85	48	---	133	5
Calabria	2.270	14.204	194.637	454	823	290	24	1.137	6
Campania	44.951	186.126	833.497	1.937	3.011	298	62	3.371	80
Emilia R.	35.818	14.105	177.957	1.648	2.127	713	7	2.847	101
Friuli V.G.	11.746	4.391	16.159	345	250	217	8	475	13
Lazio	71.204	412.385	1.270.805	2.875	3.706	1.086	34	4.826	133
Liguria	21.396	62.221	225.051	1.231	1.330	466	12	1.808	72
Lombardia	181.745	201.110	661.229	3.431	3.396	1.376	34	4.806	136
Marche	2.674	13.221	11.142	412	315	343	3	661	11
Molise	0,061	0,014	0,839	413	33	39	---	72	1
Piemonte	20.571	18.284	233.147	1.842	2.335	485	17	2.837	69
Puglia	65.639	17.310	29.404	957	1.451	332	29	1.812	45
Sardegna	7.606	6.936	64.528	413	337	272	1	610	23
Sicilia	4.987	2.923	7.797.563	1.007	1.192	683	13	1.888	29
Toscana	7.946	103.780	317.511	1.062	1.145	915	23	2.083	54
Trentino A.A.	7.066	9.006	28.061	660	347	340	2	689	18
Umbria	0,748	0,699	13.705,000	177	132	117	1	250	7
Valle d'Aosta	0,035	---	0,065	30	46	10	2	58	1
Veneto	37.532	22.767	101.297	1.168	1.130	769	12	1.911	69
ITALIA	**629.318**	**1.096.036**	**12.021.714**	**20.112**	**23.468**	**9.283**	**287**	**33.038**	**888***
totale reale	**524.382**	**1.094.910**	**12.018.815**	**20.482**					

* sono compresi due connazionali deceduti all'estero

REGIONE	I semestre 1994								
	SEQUESTRI kg			n° operazioni	persone oggetto di informativa di P.G.				numero decessi
	eroina	cocaina	cannabis		arresti	liberi	irreperibili	totali	
Abruzzo	1.533	7.294	5.795	255	219	259	1	479	13
Basilicata	0,192	0,010	2.463	42	92	34	5	131	2
Calabria	1.844	5.799	87.613	235	365	251	41	657	1
Campania	13.932	36.570	152.341	1.206	2.022	260	54	2.336	36
Emilia R.	39.804	21.005	333.435	722	783	330	3	1.116	47
Friuli V.G.	324.230	17.578	1.640	178	130	102	5	237	11
Lazio	29.990	340.515	547.840	1.627	2.222	399	18	2.639	20
Liguria	7.760	26.985	1.723.871	631	770	248	15	1.033	47
Lombardia	280.240	95.546	286.637	1.722	2.552	599	90	3.241	65
Marche	2.180	2.605	19.445	217	178	182	3	363	8
Molise	0,016	---	0,533	25	18	18	---	36	---
Piemonte	28.393	5.519.439	77.663	1.327	1.793	315	12	2.120	20
Puglia	13.992	4.586	181.350	481	893	150	24	1.067	36
Sardegna	5.017	0,266	1.923.660	185	168	86	---	254	18
Sicilia	3.639	0,837	48.397	518	591	308	12	911	12
Toscana	34.324	220.544	265.438	584	749	469	36	1.254	24
Trentino A.A.	3.364	0,446	14.336	316	228	160	2	390	5
Umbria	0,387	5.808,000	1.670	101	108	60	1	169	3
Valle d'Aosta	0,058	0,101	0,359	11	12	5	---	17	1
Veneto	66.528	4.842	36.692	588	654	358	38	1.050	33
ITALIA	**854.383**	**6.310.785**	**5.711.590**	**10.941**	**14.547**	**4.593**	**360**	**19.500**	**402**
totale reale	**856.771**	**6.309.118**	**5.710.287**	**10.971**					

Dalla tabella 10, che riporta i dati nazionali in merito alle azioni delle forze dell'ordine di contrasto del traffico e spaccio di sostanze stupefacenti, emerge chiaramente la rilevanza di questo tipo di azione delittuosa, trascurata nella tabella 5 dedicata alla criminalità, dato che comporta annualmente circa 20.000 operazioni di Polizia, porta ad oltre 20.000 arresti ed al sequestro di cospicue, ma per altro irrilevanti (non superano, secondo stime attendibili il 10% delle quantità di sostanze in circolazione), quantità di sostanze stupefacenti. Dalla tabella

sembra potersi rilevare un'espansione del mercato, in particolare delle droghe pesanti e delle droghe chimiche, nell'ultimo anno. A fronte di un numero circa invariato di operazioni di Polizia, c'è stato un aumento notevole delle quantità sequestrate. Potrebbe essere dovuto ad un'azione più mirata al grande traffico, ma, probabilmente, si deve far riferimento anche ad un'espansione, o almeno non contrazione, del mercato.

Tabella 10. Dati nazionali			1994 (*)	% + -	1993 (*)
TOTALE SOSTANZE SEQUESTRATE		kg	27.745,263	94,63	14.255,189
		n°	893.631	119,32	407.451
di cui	**eroina**	kg	1.194,134	76,59	650.730 (5)
	cocaina	kg	6.633.148 (1)	502,56	1.100.819 (6)
	cannabis totale	kg	18.941,305	50,83	12.018.867
	hashish	kg	18.128,276	70,09	10.658.117
	marijuana	kg	803.339	-40,95	1.360.387
	hashish liquido	kg	9.690	2.569,42	0,363
	piante	n°	708.206	163,34	268.936
	amfetaminici				
	amfetamine	kg	3.348	562,97	0,505
		n°	3.338	-82,62	19.216
	M.D.M.A.	n°	85.926	105,96	41.719
	M.D.E.A.	n°	5.120	-53,59	11.031
	M.D.A.	n°	---	---	3.602
	allucinogeni				
	L.S.D.	n°	28.473	40	20.361
	ALTRI TIPI	kg	1.018,149 (2)	110,24	484.268 (7)
		n°	54.394 (3)	70,03	31.991 (8)
OPERAZIONI CONTRO LA PRODUZIONE, IL TRAFFICO LO SMERCIO ED ALTRI REATI		n°	21.696	7,51	20.180
PERSONE OGGETTO DI INFORMATIVA DI P.G.		n°	36.061	8,80	33.143
di cui	**in stato di arresto**	n°	25.882	10,03	23.522
	minori	n°	987	23,99	796
	minori in stato di arresto	n°	564	17,01	482
DECESSI PER NARCOTISMO ACUTO		n°	840 (4)	-5,40	888 (9)

* dati provvisori o consolidati al 23 febbraio 1995.
(1) non comprende il sequestro di kg 1.850 facente parte di una "consegna controllata" conclusasi in Spagna. Sono compresi kg 7,785 di *crack.*
(2) comprendono kg 992,851 di *khat sedulis* e gr 179 di M.D.M.A.
(3) comprendono 25.854 piante di *papaver sonnifer.*
(4) di cui 2 connazionali deceduti all'estero; 18 stranieri e 4 persone di cittadinanza non nota morti in Italia.
(5) non comprende il sequestro effettuato in regime di "consegna controllata" di kg 303 intercettati nel porto di Bari e lasciati proseguire per l'Olanda.
(6) non comprende il sequestro di kg 6,219 facente parte di due consegne controllate conclusesi rispettivamente in Olanda e Svizzera. Sono comprese gr 54.453 di *crack.*
(7) comprendono kg 24,596 di *anfrepamone propione,* nonché kg 443.680 di *khat sedulis*.
(8) comprendono 22.301 piante di *papaver sonnifer*.
(9) di cui 2 connazionali deceduti all'estero; 11 stranieri e 3 persone di cittadinanza non nota morti in Italia.

Questo sembra confermato dal dettaglio sul tipo di operazioni che riportiamo in tabella 10bis e che si commenta da solo (si veda, in particolare, l'ultima colonna della tabella da cui risulta che il massimo aumento si ha nelle operazioni di "rinvenimento", seguite da quelle contro lo smercio, mentre il traffico sembra essere stato perseguito di meno dell'anno precedente).

Tabella 10bis. Tipologia delle operazioni di polizia relativamente agli anni 1993 e 1994.

tipo di operazioni	1993	1994	differenza
traffico	1.829	1.813	-0,87%
smercio	16.794	17.772	5,82%
altri reati	81	85	4,94%
rinvenimenti	1.476	2.026	37,26%
totale	20.180	21.696	7,51%

Nelle successive tabelle 11-30 sono riportati gli andamenti temporale e territoriale dei sequestri delle diverse sostanze. Si osservi il trend territoriale dei sequestri di droghe chimiche (discoteche) e, in particolare, l'M.D.M.A. (ecstasy) che sembra essere diffuso ampiamente quasi solo nelle regioni settentrionali.

Tabella 11. Regione Piemonte

			1994 (*)	% + -	1993 (*)
TOTALE SOSTANZE SEQUESTRATE		kg	5.762,120	1.894,30	288,929
		n°	8.260	233,46	2.477
di cui	**eroina**	kg	49,495	140,62	20,570
	cocaina	kg	5.533,443	---	18,284
	cannabis totale	kg	178,014	-23,64	233,146
	hashish	kg	155,940	-26,42	211,941
	marijuana	kg	22,074	4,10	21,205
	hashish liquido	kg	---	---	---
	piante	n°	162	54,29	105
	amfetaminici				
	amfetamine	kg	0,006	---	---
		n°	18	---	---
	M.D.M.A.	n°	2.558	154,53	1.005
	M.D.E.A.	n°	---	---	---
	M.D.A.	n°	---	---	97
	allucinogeni				
	L.S.D.	n°	3.006	815,22	335
	ALTRI TIPI	kg	1,162	-93,14	16,929
		n°	2.185	241,41	640,00
OPERAZIONI CONTRO LA PRODUZIONE, IL TRAFFICO LO SMERCIO ED ALTRI REATI		n°	2.570	39,37	1.844
PERSONE OGGETTO DI INFORMATIVA DI P.G.		n°	4.101	44,45	2.839
di cui	in stato di arresto	n°	3.400	45,55	2.336
	minori	n°	243	170,00	90
	" in stato di arresto	n°	168	147,06	68
DECESSI PER NARCOTISMO ACUTO		n°	47	-31,88	69

* dati provvisori o consolidati al 23 febbraio 1995.

Tabella 12. Regione Valle d'Aosta

			1994 (*)	% + -	1993 (*)
TOTALE SOSTANZE SEQUESTRATE		kg	20,809	---	0,100
		n°	2	-99,16	239
di cui	**eroina**	kg	0,144	311,43	0,035
	cocaina	kg	0,101	10,10	---
	cannabis totale	kg	20,564	---	0,065
	hashish	kg	20,564	---	0,058
	marijuana	kg	---	---	0,007
	hashish liquido	kg	---	---	---
	piante	n°	---	---	---
	amfetaminici				
	amfetamine	kg	---	---	---
		n°	---	---	---
	M.D.M.A.	n°	2	-99,07	216
	M.D.E.A.	n°	---	---	---
	M.D.A.	n°	---	---	---
	allucinogeni				
	L.S.D.	n°	---	---	---
	ALTRI TIPI	kg	---	---	---
		n°	---	---	---
OPERAZIONI CONTRO LA PRODUZIONE, IL TRAFFICO LO SMERCIO ED ALTRI REATI		n°	24	-20,00	30
PERSONE OGGETTO DI INFORMATIVA DI P.G.		n°	35	-39,66	58
di cui	in stato di arresto	n°	27	-41,30	46
	minori	n°	---	---	---
	" in stato di arresto	n°	---	---	---
DECESSI PER NARCOTISMO ACUTO		n°	1	---	1

* dati provvisori o consolidati al 23 febbraio 1995.

Tabella 13. Regione Liguria

			1994 (*)	% + -	1993 (*)
TOTALE SOSTANZE SEQUESTRATE		kg	2.222,311	619,19	309,000
		n°	9.901	-25,71	13.328
di cui	**eroina**	kg	31,432	311,43	21,396
	cocaina	kg	51,978	-16,46	62
	cannabis totale	kg	2.138,761	850,31	225,059
	hashish	kg	2.116,732	853,71	221,946
	marijuana	kg	22,029	607,65	3,113
	hashish liquido	kg	---	---	---
	piante	n°	183	-65,34	528
	amfetaminici				
	amfetamine	kg	0,020	81,82	0,01
		n°	83,000	-72,05	297,000
	M.D.M.A.	n°	4.184	-32,64	6.211
	M.D.E.A.	n°	---	---	---
	M.D.A.	n°	---	---	---
	allucinogeni				
	L.S.D.	n°	347	-94	6.007
	ALTRI TIPI	kg	0,120	-61,66	0,313
		n°	5.059	2.468,02	197
OPERAZIONI CONTRO LA PRODUZIONE, IL TRAFFICO LO SMERCIO ED ALTRI REATI		n°	1.130	-8,43	1.234
PERSONE OGGETTO DI INFORMATIVA DI P.G.		n°	1.740	-3,55	1.804
di cui	in stato di arresto	n°	1.281	-4,62	1.343
	minori	n°	63	3,27	61
	" in stato di arresto	n°	41	-4,65	43
DECESSI PER NARCOTISMO ACUTO		n°	78	8,33	72

* dati provvisori o consolidati al 23 febbraio 1995.

Tabella 14. Regione Lombardia

			1994 (*)	% + -	1993 (*)
TOTALE SOSTANZE SEQUESTRATE		kg	7.393,564	569,70	1.104,008
		n°	34.155	-2,78	35.134
di cui	**eroina**	kg	332,443	82,37	182,284
	cocaina	kg	205,504	1,44	202,57
	cannabis totale	kg	6.774,283	924,46	661,249
	hashish	kg	6.750,778	953,23	640,960
	marijuana	kg	23,503	15,88	20,282
	hashish liquido	kg	0,002	-71,43	0,007
	piante	n°	797	-94,21	13.761
	amfetaminici				
	amfetamine	kg	0,123	-59,40	0,303
		n°	71,000	-98,15	3.847
	M.D.M.A.	n°	17.636	105,45	8.584
	M.D.E.A.	n°	---	---	1.476
	M.D.A.	n°	---	---	3.490
	allucinogeni				
	L.S.D.	n°	13.608	507,22	2.241
	ALTRI TIPI	kg	81,211	40,99	57,600
		n°	1.391	4,43	1.332
OPERAZIONI CONTRO LA PRODUZIONE, IL TRAFFICO LO SMERCIO ED ALTRI REATI		n°	3.541	2,87	3.442
PERSONE OGGETTO DI INFORMATIVA DI P.G.		n°	5.260	8,70	4.839
di cui	in stato di arresto	n°	3.854	13,12	3.407
	minori	n°	79	-4,82	83
	" in stato di arresto	n°	40	-16,66	48
DECESSI PER NARCOTISMO ACUTO		n°	124	-8,82	136

* dati provvisori o consolidati al 23 febbraio 1995.

Tabella 15. Regione Trentino Alto Adige

			1994 (*)	% + -	1993 (*)
TOTALE SOSTANZE SEQUESTRATE		kg	63,265	43,32	44,143
		n°	2.389	-67,19	7.282
di cui	**eroina**	kg	4,602	-34,87	7,066
	cocaina	kg	0,606	-93,27	9,006
	cannabis totale	kg	57,931	106,44	28,061
	hashish	kg	55,832	110,26	26,554
	marijuana	kg	2,059	36,72	1,506
	hashish liquido	kg	0,040	3.900,00	0,001
	piante	n°	1.204	-79,54	5.886
	amfetaminici				
	amfetamine	kg	---	---	0,002
		n°	119	-16,20	142
	M.D.M.A.	n°	521	41,19	369
	M.D.E.A.	n°	---	---	---
	M.D.A.	n°	---	---	---
	allucinogeni				
	L.S.D.	n°	476	480,49	82
	ALTRI TIPI	kg	0,126	1.475,00	0,008
		n°	23	-96,82	724
OPERAZIONI CONTRO LA PRODUZIONE, IL TRAFFICO LO SMERCIO ED ALTRI REATI		n°	704	6,67	660
PERSONE OGGETTO DI INFORMATIVA DI P.G.		n°	770	11,76	689
di cui	in stato di arresto	n°	369	6,34	347
	minori	n°	10	---	10
	" in stato di arresto	n°	5	---	5
DECESSI PER NARCOTISMO ACUTO		n°	14	-22,22	18

* dati provvisori o consolidati al 23 febbraio 1995.

Tabella 16. Regione Veneto

			1994 (*)	% + -	1993 (*)
TOTALE SOSTANZE SEQUESTRATE		kg	2.380,209	1.370,38	161,877
		n°	17.792	-25,31	23.822
di cui	**eroina**	kg	167,735	346,91	37,532
	cocaina	kg	10,750	-52,78	22,767
	cannabis totale	kg	2.201,722	2.073,53	101,297
	hashish	kg	2.183,714	2.683,43	78,454
	marijuana	kg	12,210	-46,55	22,843
	hashish liquido	kg	5,798		
	piante	n°	409	-59,06	999
	amfetaminici				
	amfetamine	kg	---	---	---
		n°	---	---	12.314
	M.D.M.A.	n°	15.678	359,09	3.415
	M.D.E.A.	n°	---	---	4.231
	M.D.A.	n°	---	---	2
	allucinogeni				
	L.S.D.	n°	284	-50,87	578
	ALTRI TIPI	kg	0,002	-99,29	0,281
		n°	1.192	-36,93	1.890
OPERAZIONI CONTRO LA PRODUZIONE, IL TRAFFICO LO SMERCIO ED ALTRI REATI		n°	1.149	-1,63	1.168
PERSONE OGGETTO DI INFORMATIVA DI P.G.		n°	1.930	99,00	1.911
di cui	in stato di arresto	n°	1.162	2,83	1.130
	minori	n°	35	29,63	27
	" in stato di arresto	n°	13	160,00	5
DECESSI PER NARCOTISMO ACUTO		n°	65	-5,80	69

* dati provvisori o consolidati al 23 febbraio 1995.

Tabella 15. Regione Friuli Venezia Giulia

			1994 (*)	% + -	1993 (*)
	TOTALE SOSTANZE SEQUESTRATE	kg	365,897	168,46	136,294
		n°	7.430	64,85	4.507
di cui	**eroina**	kg	331,724	186,60	115,746
	cocaina	kg	16,468	275,04	4,391
	cannabis totale	kg	17,644	9,20	16,157
	hashish	kg	10,625	-16,75	12,762
	marijuana	kg	7,019	106,75	3,395
	hashish liquido	kg			
	piante	n°	377	1.042,42	33
	amfetaminici				
	amfetamine	kg	---	---	---
		n°	26	---	---
	M.D.M.A.	n°	1.935	333,86	446
	M.D.E.A.	n°	---	---	3.084
	M.D.A.	n°	---	---	---
	allucinogeni				
	L.S.D.	n°	4.598	584,23	672
	ALTRI TIPI	kg	0,061	---	---
		n°	466	89,43	246
	OPERAZIONI CONTRO LA PRODUZIONE, IL TRAFFICO LO SMERCIO ED ALTRI REATI	n°	353	2,32	345
	PERSONE OGGETTO DI INFORMATIVA DI P.G.	n°	538	13,26	475
di cui	in stato di arresto	n°	255	2,00	250
	minori	n°	17	750,00	2
	" in stato di arresto	n°	1	-50,00	2
	DECESSI PER NARCOTISMO ACUTO	n°	26	100,00	13

* dati provvisori o consolidati al 23 febbraio 1995.

Tabella 18. Regione Emilia Romagna

			1994 (*)	% + -	1993 (*)
	TOTALE SOSTANZE SEQUESTRATE	kg	2.216,314	777,30	252,627
		n°	17.426	-6,98	18.734
di cui	**eroina**	kg	48,356	35,00	35,818
	cocaina	kg	31,785	125,35	14,105
	cannabis totale	kg	2.135,343	1.099,92	177,956
	hashish	kg	2.127,992	1.223,98	160,727
	marijuana	kg	7,351	-57,17	17,164
	hashish liquido	kg	---	---	0,065
	piante	n°	764	-84,48	4.924
	amfetaminici				
	amfetamine	kg	0,766	760,67	0
		n°	2.608	3,04	2.531
	M.D.M.A.	n°	4.334	28,49	3.373
	M.D.E.A.	n°	---	---	---
	M.D.A.	n°	---	---	2
	allucinogeni				
	L.S.D.	n°	1.877	-72,37	6.776
	ALTRI TIPI	kg	0,064	-99,74	24,659
		n°	7.668	972,45	715
	OPERAZIONI CONTRO LA PRODUZIONE, IL TRAFFICO LO SMERCIO ED ALTRI REATI	n°	1.556	-5,58	1.648
	PERSONE OGGETTO DI INFORMATIVA DI P.G.	n°	2.285	-19,74	2.847
di cui	in stato di arresto	n°	1.641	-22,85	2.127
	minori	n°	55	30,95	42
	" in stato di arresto	n°	38	15,15	33
	DECESSI PER NARCOTISMO ACUTO	n°	102	0,99	101

* dati provvisori o consolidati al 23 febbraio 1995.

Tabella 19. Regione Marche

			1994 (*)	% + -	1993 (*)
	TOTALE SOSTANZE SEQUESTRATE	kg	32,150	18,91	27,037
		n°	4.155	48,71	2.794
di cui	**eroina**	kg	3,836	43,46	2,674
	cocaina	kg	3,009	-77,24	13,221
	cannabis totale	kg	25,298	127,05	11,142
	hashish	kg	24,794	152,43	9,822
	marijuana	kg	0,504	-61,82	1,320
	hashish liquido	kg	---	---	---
	piante	n°	1.529	1.811,25	80
	amfetaminici				
	amfetamine	kg	0,007	0,70	---
		n°	---	---	---
	M.D.M.A.	n°	1.633	14,52	1.426
	M.D.E.A.	n°	---	---	250
	M.D.A.	n°	---	---	---
	allucinogeni				
	L.S.D.	n°	219	-74,08	845
	ALTRI TIPI	kg			
		n°	587	574,71	87
	OPERAZIONI CONTRO LA PRODUZIONE, IL TRAFFICO LO SMERCIO ED ALTRI REATI	n°	440	6,80	412
	PERSONE OGGETTO DI INFORMATIVA DI P.G.	n°	743	12,41	661
di cui	in stato di arresto	n°	384	21,90	315
	minori	n°	14	-22,22	18
	" in stato di arresto	n°	2	-33,33	3
	DECESSI PER NARCOTISMO ACUTO	n°	16	45,45	11

* dati provvisori o consolidati al 23 febbraio 1995.

Tabella 20. Regione Toscana

			1994 (*)	% + -	1993 (*)
	TOTALE SOSTANZE SEQUESTRATE	kg	597,285	33,94	445,919
		n°	43.906	891,777	4.427
di cui	**eroina**	kg	38,775	387,25	7,958
	cocaina	kg	222,803	114,69	103,779
	cannabis totale	kg	304,674	-3,17	314,650
	hashish	kg	254,632	-11,97	289,254
	marijuana	kg	50,024	96,99	25,394
	hashish liquido	kg	0	800,00	0,002
	piante	n°	163	-29,13	230
	amfetaminici				
	amfetamine	kg	1,020	---	---
		n°	71	610,00	10
	M.D.M.A.	n°	30.256	1.956,83	1.471
	M.D.E.A.	n°	5.009	---	---
	M.D.A.	n°	---	---	1
	allucinogeni				
	L.S.D.	n°	3.150	132,64	1.354
	ALTRI TIPI	kg	30,013	53,66	19,532
		n°	4.894	331,19	1.135
	OPERAZIONI CONTRO LA PRODUZIONE, IL TRAFFICO LO SMERCIO ED ALTRI REATI	n°	1.137	3,74	1.096
	PERSONE OGGETTO DI INFORMATIVA DI P.G.	n°	2.288	6,97	2.139
di cui	in stato di arresto	n°	1.257	8,46	1.159
	minori	n°	38	---	38
	" in stato di arresto	n°	13	30,00	10
	DECESSI PER NARCOTISMO ACUTO	n°	53	-1,85	54

* dati provvisori o consolidati al 23 febbraio 1995.

Tabella 21. Regione Umbria

			1994 (*)	% + -	1993 (*)
TOTALE SOSTANZE SEQUESTRATE		kg	11,178	-26,98	15,309
		n°	852	-16,96	1.026
di cui	eroina	kg	0,712	-4,69	0,747
	cocaina	kg	5,828	734,96	0,698
	cannabis totale	kg	3,583	-73,85	13,704
	hashish	kg	3,261	-76,04	13,613
	marijuana	kg	0,322	253,85	0,091
	hashish liquido	kg	---	---	---
	piante	n°	---	---	51
	amfetaminici				
	amfetamine	kg	1,055	955,00	0,10
		n°	69	3.350,00	2
	M.D.M.A.	n°	487	-7,24	525
	M.D.E.A.	n°	---	---	---
	M.D.A.	n°	---	---	---
	allucinogeni				
	L.S.D.	n°	165	-45,72	304
	ALTRI TIPI	kg	---	---	0,060
		n°	39	-65,49	113
OPERAZIONI CONTRO LA PRODUZIONE, IL TRAFFICO LO SMERCIO ED ALTRI REATI		n°	184	3,95	177
PERSONE OGGETTO DI INFORMATIVA DI P.G.		n°	284	13,60	250
di cui	in stato di arresto	n°	173	31,06	132
	minori	n°	9	80,00	5
	" in stato di arresto	n°	3	---	---
DECESSI PER NARCOTISMO ACUTO		n°	11	57,14	7

* dati provvisori o consolidati al 23 febbraio 1995.

Tabella 22. Regione Lazio

			1994 (*)	% + -	1993 (*)
TOTALE SOSTANZE SEQUESTRATE		kg	3.595,654	69,51	2.121,161
		n°	7.217	-59,850	17.977
di cui	eroina	kg	51,194	-28,18	71,284
	cocaina	kg	490,432	17,97	415,709
	cannabis totale	kg	2.149,677	69,15	1.270,804
	hashish	kg	1.991,457	58,31	1.257,971
	marijuana	kg	158,200	1.144,00	12,717
	hashish liquido	kg	0	-82,76	0,116
	piante	n°	635	102,88	313
	amfetaminici				
	amfetamine	kg	---	---	---
		n°	13	-51,85	27
	M.D.M.A.	n°	4.546	-67,57	14.020
	M.D.E.A.	n°	---	---	1.990,00
	M.D.A.	n°	---	---	10
	allucinogeni				
	L.S.D.	n°	657	-10,85	737
	ALTRI TIPI	kg	904,351	148,88	363,364
		n°	832	56,39	532
OPERAZIONI CONTRO LA PRODUZIONE, IL TRAFFICO LO SMERCIO ED ALTRI REATI		n°	3.052	5,61	2.890
PERSONE OGGETTO DI INFORMATIVA DI P.G.		n°	4.949	2,19	4.843
di cui	in stato di arresto	n°	4.017	8,10	3.716
	minori	n°	71	-1,38	72
	" in stato di arresto	n°	44	7,31	41
DECESSI PER NARCOTISMO ACUTO		n°	53	-60,15	133

* dati provvisori o consolidati al 23 febbraio 1995.

Tabella 23. Regione Campania

			1994 (*)	% + -	1993 (*)
TOTALE SOSTANZE SEQUESTRATE		kg	295,191	-72,29	1.065,399
		n°	6.630	67,93	3.948
di cui	eroina	kg	44,616	-2,44	45,734
	cocaina	kg	39,329	-78,87	186,126
	cannabis totale	kg	210,239	-74,77	833,496
	hashish	kg	189,843	-19,14	236,525
	marijuana	kg	16,634	-97,21	596,971
	hashish liquido	kg	4	---	---
	piante	n°	793	-64,07	2.207
	amfetaminici				
	amfetamine	kg	0,351	---	---
		n°	9	800,00	1
	M.D.M.A.	n°	304	204,00	100
	M.D.E.A.	n°	111	---	---
	M.D.A.	n°	---	---	---
	allucinogeni				
	L.S.D.	n°	7	-95,76	165
	ALTRI TIPI	kg	0,656	1.425,58	0,043
		n°	4.493	297,96	1.129
OPERAZIONI CONTRO LA PRODUZIONE, IL TRAFFICO LO SMERCIO ED ALTRI REATI		n°	2.191	13,05	1.938
PERSONE OGGETTO DI INFORMATIVA DI P.G.		n°	4.142	22,87	3.371
di cui	in stato di arresto	n°	3.576	18,65	3.014
	minori	n°	156	1,96	153
	" in stato di arresto	n°	110	-13,38	127
DECESSI PER NARCOTISMO ACUTO		n°	97	21,25	80

* dati provvisori o consolidati al 23 febbraio 1995.

Tabella 24. Regione Abruzzo

			1994 (*)	% + -	1993 (*)
TOTALE SOSTANZE SEQUESTRATE		kg	25,508	-49,57	50,584
		n°	2.057	14,02	1.804
di cui	**eroina**	kg	2,554	107,64	1,230
	cocaina	kg	7,669	24,90	6,140
	cannabis totale	kg	15,285	-64,55	43,118
	hashish	kg	14,759	-64,84	41,975
	marijuana	kg	0,526	-53,98	1,143
	hashish liquido	kg	---		
	piante	n°	109	55,71	70
	amfetaminici				
	amfetamine	kg	---	---	---
		n°	---	---	---
	M.D.M.A.	n°	992	223,13	307
	M.D.E.A.	n°	---	---	---
	M.D.A.	n°	---	---	---
	allucinogeni				
	L.S.D.	n°	8	60,00	5
	ALTRI TIPI	kg	---	---	0,096
		n°	690	50,22	1.386
OPERAZIONI CONTRO LA PRODUZIONE, IL TRAFFICO LO SMERCIO ED ALTRI REATI		n°	454	30,09	349
PERSONE OGGETTO DI INFORMATIVA DI P.G.		n°	875	14,53	764
di cui	in stato di arresto	n°	400	44,40	277
	minori	n°	28	154,54	11
	" in stato di arresto	n°	7	600,00	1
DECESSI PER NARCOTISMO ACUTO		n°	19	46,15	13

* dati provvisori o consolidati al 23 febbraio 1995.

Tabella 25. Regione Molise

			1994 (*)	% + -	1993 (*)
TOTALE SOSTANZE SEQUESTRATE		kg	3,154	245,45	0,913
		n°	71	-52,020	148
di cui	eroina	kg	0,066	8,20	0,061
	cocaina	kg	0,012	-14,29	0,014
	cannabis totale	kg	3,076	267,06	0,838
	hashish	kg	0,709	42,37	0,498
	marijuana	kg	2,367	596,18	0,340
	hashish liquido	kg	---	---	---
	piante	n°	55	-60,99	141
	amfetaminici				
	amfetamine	kg	---	---	---
		n°	---	---	---
	M.D.M.A.	n°	10	150,00	4
	M.D.E.A.	n°	---	---	---
	M.D.A.	n°	---	---	---
	allucinogeni				
	L.S.D.	n°	---	---	---
	ALTRI TIPI	kg	---	---	---
		n°	---	---	---
OPERAZIONI CONTRO LA PRODUZIONE, IL TRAFFICO LO SMERCIO ED ALTRI REATI		n°	49	13,95	43
PERSONE OGGETTO DI INFORMATIVA DI P.G.		n°	68	5,56	72
di cui	in stato di arresto	n°	36	9,09	33
	minori	n°	2	100,00	1
	" in stato di arresto	n°	---	---	---
DECESSI PER NARCOTISMO ACUTO		n°	1	---	1

* dati provvisori o consolidati al 23 febbraio 1995.

Tabella 26. Regione Puglia

			1994 (*)	% + -	1993 (*)
TOTALE SOSTANZE SEQUESTRATE		kg	269,527	137,10	113,675
		n°	13.505	-44,890	24.505
di cui	eroina	kg	25,640	-60,94	65,639
	cocaina	kg	5,192	-70,01	17,310
	cannabis totale	kg	238,673	711,73	29,403
	hashish	kg	211,256	706,07	26,208
	marijuana	kg	27,371	801,85	3,035
	hashish liquido	kg	---	-71,25	0,160
	piante	n°	2.950	1.119,01	242
	amfetaminici				
	amfetamine	kg	---	---	---
		n°	---	---	---
	M.D.M.A.	n°	134	-30,93	194
	M.D.E.A.	n°	---	---	---
	M.D.A.	n°	---	---	---
	allucinogeni				
	L.S.D.	n°	---	---	253
	ALTRI TIPI	kg	0,022	-98,34	1,323
		n°	7.517	-64,23	21.015
OPERAZIONI CONTRO LA PRODUZIONE, IL TRAFFICO LO SMERCIO ED ALTRI REATI		n°	1.003	4,81	957
PERSONE OGGETTO DI INFORMATIVA DI P.G.		n°	2.013	11,15	1.811
di cui	in stato di arresto	n°	1.657	14,28	1.450
	minori	n°	57	-9,52	63
	" in stato di arresto	n°	48	2,13	47
DECESSI PER NARCOTISMO ACUTO		n°	52	15,56	45

* dati provvisori o consolidati al 23 febbraio 1995.

Tabella 27. Regione Basilicata

			1994 (*)	% + -	1993 (*)
TOTALE SOSTANZE SEQUESTRATE		kg	3,302	31,86	2,504
		n°	50	-15,25	59
di cui	eroina	kg	0,214	130,11	0,093
	cocaina	kg	0,470	13,53	0,414
	cannabis totale	kg	2,618	31,09	1,997
	hashish	kg	0,494	-66,09	1,457
	marijuana	kg	2,124	293,33	0,540
	hashish liquido	kg	---	---	---
	piante	n°	48	23,08	39
	amfetaminici				
	amfetamine	kg	---	---	---
		n°	---	---	---
	M.D.M.A.	n°	---	---	---
	M.D.E.A.	n°	---	---	---
	M.D.A.	n°	---	---	---
	allucinogeni				
	L.S.D.	n°	---	---	---
	ALTRI TIPI	kg	---	---	---
		n°	---	---	---
OPERAZIONI CONTRO LA PRODUZIONE, IL TRAFFICO LO SMERCIO ED ALTRI REATI		n°	83	16,90	71
PERSONE OGGETTO DI INFORMATIVA DI P.G.		n°	188	41,35	133
di cui	in stato di arresto	n°	120	41,18	85
	minori	n°	5	---	5
	" in stato di arresto	n°	1	---	---
DECESSI PER NARCOTISMO ACUTO		n°	6	20,00	5

* dati provvisori o consolidati al 23 febbraio 1995.

Tabella 28. Regione Calabria

			1994 (*)	% + -	1993 (*)
TOTALE SOSTANZE SEQUESTRATE		kg	346,458	49,89	231,128
		n°	697.940	198,80	233.579
di cui	eroina	kg	2,354	-89,43	22,270
	cocaina	kg	6,137	-56,79	14,204
	cannabis totale	kg	337,691	73,49	194,636
	hashish	kg	14,032	9,14	12,857
	marijuana	kg	323,659	78,05	181,779
	hashish liquido	kg	---	---	---
	piante	n°	684.035	198,29	229.316
	amfetaminici				
	amfetamine	kg	---	---	---
		n°	---	---	---
	M.D.M.A.	n°	---	---	3
	M.D.E.A.	n°	---	---	---
	M.D.A.	n°	---	---	---
	allucinogeni				
	L.S.D.	n°	---	---	1
	ALTRI TIPI	kg	0,276	1.433,33	0,018
		n°	13.817	6.843,22	199
OPERAZIONI CONTRO LA PRODUZIONE, IL TRAFFICO LO SMERCIO ED ALTRI REATI		n°	531	16,45	456
PERSONE OGGETTO DI INFORMATIVA DI P.G.		n°	1.221	7,20	1.139
di cui	in stato di arresto	n°	660	-19,90	824
	minori	n°	35	34,61	26
	" in stato di arresto	n°	6	---	6
DECESSI PER NARCOTISMO ACUTO		n°	5	-16,67	6

* dati provvisori o consolidati al 23 febbraio 1995.

Tabella 29. Regione Sicilia

			1994 (*)	% + -	1993 (*)
TOTALE SOSTANZE SEQUESTRATE		kg	129,355	-98,34	7.805,495
		n°	16.497	47,74	11.166
di cui	eroina	kg	7,216	44,70	4,987
	cocaina	kg	1,157	-60,42	2,923
	cannabis totale	kg	120,959	-98,44	7.797,563
	hashish	kg	15,681	-99,79	7.350,292
	marijuana	kg	105,274	-76,46	447,271
	hashish liquido	kg	0,004		
	piante	n°	12.323	25,13	9.848
	amfetaminici				
	amfetamine	kg			
		n°			45
	M.D.M.A.	n°	87	690,91	11
	M.D.E.A.	n°			
	M.D.A.	n°			
	allucinogeni				
	L.S.D.	n°	5	-16,67	6
	ALTRI TIPI	kg	0,023	4,55	0,022
		n°	2.906	494,27	489
OPERAZIONI CONTRO LA PRODUZIONE, IL TRAFFICO LO SMERCIO ED ALTRI REATI		n°	1.125	11,72	1.007
PERSONE OGGETTO DI INFORMATIVA DI P.G.		n°	1.998	5,83	1.888
di cui	in stato di arresto	n°	1.262	5,70	1.194
	minori	n°	60	-29,41	85
	" in stato di arresto	n°	21	-51,16	43
DECESSI PER NARCOTISMO ACUTO		n°	38	31,03	29

* dati provvisori o consolidati al 23 febbraio 1995.

Tabella 30. Regione Sardegna

			1994 (*)	% + -	1993 (*)
TOTALE SOSTANZE SEQUESTRATE		kg	2.011,833	2.443,82	79,087
		n°	3.396	586,060	495
di cui	eroina	kg	6,026	-20,77	7,606
	cocaina	kg	0,475	-93,15	6,935
	cannabis totale	kg	2.005,270	3.007,69	64,526
	hashish	kg	1.985,181	2.990,11	64,243
	marijuana	kg	20,089	7.312,92	0,271
	hashish liquido	kg	---	---	0,012
	piante	n°	1.670	924,54	163
	amfetaminici				
	amfetamine	kg	---	---	---
		n°	251	---	---
	M.D.M.A.	n°	629	1.512,82	39
	M.D.E.A.	n°	---	---	---
	M.D.A.	n°	---	---	---
	allucinogeni				
	L.S.D.	n°	11	---	---
	ALTRI TIPI	kg	0,062	210,00	0,020
		n°	635	291,98	162
OPERAZIONI CONTRO LA PRODUZIONE, IL TRAFFICO LO SMERCIO ED ALTRI REATI		n°	420	1,69	413
PERSONE OGGETTO DI INFORMATIVA DI P.G.		n°	633	3,77	610
di cui	in stato di arresto	n°	351	4,15	337
	minori	n°	10	150,00	4
	" in stato di arresto	n°	3	---	---
DECESSI PER NARCOTISMO ACUTO		n°	30	30,43	23

* dati provvisori o consolidati al 23 febbraio 1995.

5. Situazione penitenziaria (fonte Ministero di Grazia e Giustizia).

5.1. Situazione generale.

Nella tabella 31 sono riportati i dati generali sulle presenze in carcere al 30/9/94, disaggregati su base regionale, distinti rispetto al sesso, al regime e alla posizione giuridica. C'è da osservare che circa il 47%, su base nazionale, risulta "imputato" (il 5% è costituito da donne).

Tabella 31. Detenuti presenti al 30-9-1994. Riepilogo regionale

REGIONE	PRESENZA					POSIZIONI GIURIDICHE					
	detenuti		semiliberi		totale	imputati			condannati		
	uomini	donne	uomini	donne		uomini	donne	totale	uomini	donne	totale
Abruzzo	1.449	64	29	4	1.546	485	26	511	993	42	1.035
Basilicata	466	12	11	0	489	226	2	228	251	10	261
Calabria	1.837	32	94	4	1.967	1.088	24	1.112	843	12	855
Campania	5.828	294	261	13	6.396	4.117	207	4.324	1.972	100	2.072
Emilia R.	3.144	137	55	5	3.341	1.239	68	1.307	1.960	74	2.034
Friuli V.G.	570	41	38	0	649	244	16	260	364	25	389
Lazio	4.949	318	105	13	5.385	2.615	162	2.777	2.439	169	2.608
Liguria	959	83	32	1	1.075	590	39	629	401	45	446
Lombardia	6.478	497	182	11	7.168	3.238	238	3.476	3.422	270	3.692
Marche	773	20	14	1	808	334	12	346	453	9	462
Molise	301	6	5	0	312	85	0	85	221	6	227
Piemonte	4.115	186	119	8	4.428	1.736	96	1.832	2.498	98	2.596
Puglia	3.231	148	125	11	3.515	1.655	60	1.715	1.701	99	1.800
Sardegna	2.330	60	85	1	2.476	585	13	598	1.830	48	1.878
Sicilia	5.251	143	112	5	5.511	2.727	77	2.804	2.636	71	2.707
Toscana	3.541	120	103	3	3.767	1.203	60	1.263	2.441	63	2.504
Trentino A.A.	391	42	14	0	447	150	13	163	255	29	284
Umbria	727	72	19	2	820	171	17	188	575	57	632
Valle d'Aosta	158	7	6	0	171	42	3	45	122	4	126
Veneto	1.846	135	45	2	2.028	727	50	777	1.164	87	1.251
TOTALE	**48.344**	**2.417**	**1.454**	**84**	**52.299**	**23.257**	**1.183**	**24.440**	**26.541**	**1.318**	**27.859**

La tabella 32 è estratta dal rapporto LIA 1994, ed è stata aggiornata a cura dell'OLD con i dati e le stime relativi al 1994. È evidente la tendenza ad un continuo aumento del tasso di detenzione negli anni successivi all'entrata in vigore della Jervolino-Vassalli. C'è anzi da osservare che proprio il 1991 costituisce l'anno di inversione di tendenza; il tasso di detenzione era in calo dalla fine dell'emergenza terrorismo (1984) e si osserva il valore minimo proprio prima dell'inizio dell'applicazione della suddetta legge (1990); osserviamo ancora che dal 1990 al 1994 il tasso è più che raddoppiato.

Tabella 32. Quoziente di criminalità e tasso di detenzione

anno	delitti denunciati per i quali l'Autorità giudiziaria ha iniziato l'azione penale	Popolazione residente alla fine dell'anno (per 1.000)	Totale Detenuti presenti	Tasso di detenzione (su 100.000 abitanti)	Quoziente di criminalità (su 100.000 abitanti)
1970	1.015.330	53.832	21.379	39,71	1.886,11
1971	1.255.151	54.179	25.960	47,92	2.316,67
1972	1.404.658	54.646	27.603	50,51	2.570,47
1973	1.591.109	55.180	26.987	48,91	2.883,49
1974	1.813.493	55.645	28.216	50,71	3.259,04
1975	2.039.499	56.014	39.726	70,92	3.641,05
1976	2.144.830	56.322	29.973	53,22	3.808,16
1977	1.912.053	56.599	32.337	57,13	3.378,25
1978	2.050.762	56.828	26.424	46,50	3.608,72
1979	2.101.169	56.999	28.606	50,19	3.686,33
1980	1.919.651	57.140	31.765	55,59	3.359,56
1981	1.952.478	56.536	29.506	52,19	3.453,51
1982	2.045.114	56.742	35.043	61,76	3.604,23
1983	2.042.770	56.929	40.225	70,66	3.588,28
1984	1.978.339	57.080	42.795	74,97	3.465,91
1985	2.000.436	57.202	41.536	72,61	3.497,14
1986	2.030.173	57.278	33.609	58,68	3.544,42
1987	2.204.986	57.399	31.773	55,35	3.841,51
1988	2.233.930	57.505	31.382	54,57	3.884,76
1989	2.273.095	57.576	30.680	53,29	3.947,99
1990	1.998.074	57.738	25.931	44,91	3.460,59
1991	2.779.945	57.776	35.469	61,39	4.811,59
1992	2.740.891	57.782	47.316	81,89	4.743,50
1993	2.500.000^	57.000^	52.299*	91,75	4.385,96°

^ = dato stimato su base ISTAT
* = fonte Ministero Grazia e Giustizia (al 30-9-1994)
° = dato in leggera flessione (concorda con le relazioni di inaugurazione dell'anno giudiziario)
Fonte dati: ISTAT, D.A.P.

Le tabelle 33-36 sono desunte dal rapporto LIA e riportano i dati più aggiornati disponibili per effettuare un'analisi sullo stato di affollamento e sugli aspetti economici legati alla detenzione.

Tabella 33. Stato degli Istituti penitenziari per adulti al 16 luglio 1992

stato dell'istituto	numero istituti	periodo di costruzione	istituti		capienza	
			n°	sul totale	persone	sul totale
nuovo	64	prima 1900	66	32,67%	8.741	25,80%
buono	27	1900-1949	41	20,30%	6.211	18,33%
discreto	36	1950-1979	23	11,39%	4.405	13,00%
mediocre	41	1980-1981	55	27,23%	12.026	35,49%
scadente	31	n.r.	17	8,42%	2.500	7,38%
inagibile	1	---	---	---	---	---
in ristrutturazione	1	---	---	---	---	---
n.r.	1	---	---	---	---	---
totale	**202**		**202**	**100,00%**	**33.883**	**100,00%**

Tabella 34. Rapporto tra presenza e capienza

anno	capienza	presenza media	sovraffollamento	
	a	*b*	*c=b-a*	*% di c/a*
1983	33.535	39.246	5.711	17,03%
1984	34.291	43.774	9.483	27,65%
1985	34.749	40.235	5.486	15,79%
1986	37.219	43.295	6.076	16,32%
1987	39.139	33.865	-5.274	-13,48%
1988	29.560*	35.222	5.662	19,15%
1989	29.779	35.187	5.408	18,16%
1990	29.836	31.676	1.840	6,17%
1991	30.986°	31.170	184	0,59%
1992	33.883^	44.133	10.250	30,25%

* il brusco calo è dovuto in parte alla soppressione di alcuni istituti con D.M. 23 novembre 1988, ma soprattutto alla ridefinizione della capienza sulla base di decreti del Ministero della Sanità.
° al 30 novembre | ^ al 16 luglio

Tabella 35. Tempi e costi dell'edilizia penitenziaria in 52 istituti consegnati negli anni 1972-1991

istituto	Inizio lavori	tempi consegna	anni necessari	Costo (in milioni di lire)		
				iniziale	finale	
						entità
Alba	1981	1987	6	12.500	24.792	198,34%
Alessandria	1984	1990	6	46.000	64.200	139,57%
Ancona	1979	1984	5	8.003	26.120	326,38%
Aosta	1976	1983	7	3.888	17.142	440,90%
Ariano Irpino	1968	1981	13	1.300	11.980	921,54%
Ascoli Piceno	1974	1980	6	1.650	8.077	489,52%
Asti	1985	1991	6	49.000	54.920	112,08%
Augusta	1981	1987	6	20.631	55.400	268,53%
Avellino	1970	1983	13	1.323	19.985	1.510,58%
Benevento	1979	1986	7	6.625	25.920	391,25%
Bergamo	1973	1978	5	900	6.468	718,67%
Biella	1983	1988	5	33.500	39.350	117,46%
Bologna	1981	1985	4	32.050	42.730	133,32%
Brescia	1982	1986	4	10.800	14.000	129,63%
Busto Arsizio	1980	1984	4	3.400	26.000	764,71%
Carinola	1963	1982	19	704	12.196	1732,39%
Catania	1983	1987	4	18.000	25.764	143,13%
Como	1980	1985	5	5.411	27.700	511,92%
Cosenza	1957	1980	23	606	7.988	1.318,15%
Crotone	1970	1983	13	450	4.435	985,56%
Cuneo	1957	1975	18	600	8.127	1.354,50%
Firenze1	1975	1983	8	8.346	40.120	480,71%
Firenze2	1982	1986	4	6.664	15.969	239,63%
Foggia	1963	1978	15	800	12.165	1.520,63%
Frosinone	1985	1991	6	59.762	82.207	137,56%
Genova	1983	1990	7	14.600	21.280	145,75%
Ivrea	1975	1980	5	3.724	11.756	315,68%
Larino	1980	1987	7	6.400	28.500	445,31%
Livorno	1976	1984	8	6.750	31.723	469,97%
Melfi	1979	1991	12	5.995	28.490	475,23%
Milano	1982	1986	4	135.000	135.290	100,21%
Modena	1985	1991	6	43.704	47.705	109,15%
Napoli Secondigliano	1984	1991	7	155.826	209.200	134,25%
Novara		1972		3.900	3.900	100,00%
Palmi	1963	1979	16	1.450	4.250	293,10%
Padova	1980	1989	9	13.520	76.146	563,21%
Pesaro	1980	1988	8	5.340	22.205	415,82%
Prato	1981	1986	5	14.652	52.960	361,45%
Rimini	1969	1974	5	910	2.560	281,32%
Salerno	1963	1982	19	700	13.460	1.922,86%
Saluzzo	1984	1989	5	45.000	48.015	106,70%
San Gimignano	1983	1990	7	34.254	57.480	167,81%
Spoleto	1975	1981	6	5.520	26.414	478,51%
Taranto	1977	1985	8	8.716	31.596	362,51%
Teramo	1980	1985	5	9.362	39.727	424,34%
Terni	1985	1991	6	31.972	39.823	124,56%
Torino	1975	1986	11	8.722	99.620	1.142,17%
Trani	1962	1974	12	600	1.939	323,17%
Vasto	1981	1987	6	12.500	27.540	220,32%
Vercelli	1975	1983	8	3.194	14.970	468,69%
Vicenza	1980	1985	5	8.000	30.068	375,85%
Voghera	1979	1982	3	5.400	21.800	403,70%
	1.976,61 media	1.984,44 media	8,08 media	918.624 somma	1.802.172 somma	496,51% media

Fonte dati: D.A.P.

Tabella 36. Analisi economica del consuntivo di spesa e costo medio giornaliero di un detenuto (in lire)

servizi generali	Impegni		costo medio giornaliero di un detenuto*	
	1991	1990	1991	1990
stipendi, indennità, straordinari, contributi, ritenute	1.503.181.000.000	1.316.293.000.000	132.126	113.845
acquisto beni e servizi	752.759.000.000	632.607.000.000	66.166	54.714
spese varie (cat.V del bilancio)	21.851.000.000	45.297.000.000	1.921	3.918
TOTALE	**2.277.791.000.000**	**1.994.197.000.000**	**200.213**	**172.477**

* impegno di spesa/365/presenza media

5.2. Situazione relativa ai detenuti tossicodipendenti.

Nella tabella 37 sono riportati alcuni dati desunti dall'indagine nazionale sui soggetti tossicodipendenti e affetti da virus HIV negli Istituti penitenziari al 30/6/94.

Tab. 37 – Tossicodipendenti e Sieropositivi detenuti. Situazione al 30/6/1994.

REGIONE	DETENUTI	DI CUI TOSSICODIPENDENTI		IN TRATTAMENTO METADONICO	SIEROPOSITIVI		DI CUI SIEROPOSITIVI
Piemonte	4.655	1.785	38%	3,20%	364	20%	383
Valle d'Aosta	199	95	48%	5,30%	17	18%	17
Liguria	1.099	538	49%	2,40%	104	19%	110
Lombardia	7.543	2.455	33%	1,70%	589	24%	618
Trentino A.A.	473	172	36%	2,90%	26	15%	31
Veneto	2.098	767	37%	1,80%	150	20%	161
Friuli V.G.	656	245	37%	4,00%	35	14%	37
Emilia R.	3.434	1.280	37%	0,90%	269	21%	312
Marche	701	224	32%	-	29	13%	29
Toscana	3.808	695	18%	9,20%	143	21%	170
Umbria	796	206	26%	3,90%	31	15%	32
Lazio	5.773	2.184	38%	0,3	397	18%	406
Campania	6.968	1.765	25%	0,50%	162	9%	166
Abruzzi	1.476	374	25%	0,80%	28	7%	31
Molise	296	78	26%	-	5	6%	5
Puglie	3.321	1.091	33%	1,40%	143	13%	146
Basilicata	473	86	18%	-	19	22%	20
Calabria	2.162	188	9%	1,60%	12	6%	19
Sicilia	5.844	848	15%	0,2	89	10%	107
Sardegna	2.323	881	38%	5,20%	185	21%	187
ITALIA	**54.098**	**15.957**	**29%**	**1,90%**	**2.797**	**18%**	**2.987**

Fonte: Ministero di Grazia e Giustizia.

Il documento è tratto dal Bollettino Penitenziario di novembre 1994 ed è stato sintetizzato a cura dell'OLD per rendere le analisi più fruibili.

La tabella è auto esplicativa, possiamo solo, ancora una volta, rimarcare come sia rilevante la presenza di tossicodipendenti in carcere: la proporzione nazionale è vicina al 30% con punte regionali del 49% in Liguria e attorno al 38% in molte regioni settentrionali e in Sardegna. A fronte di questa presenza, è ancora irrilevante l'utilizzo di terapie farmacologiche ed è tuttora grave il problema dei detenuti HIV positivi, quasi tutti tossicodipendenti.

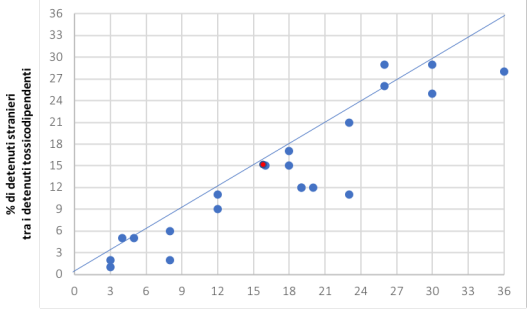
Nella successiva tabella 38 e nella figura 6 si analizza la presenza di detenuti stranieri, in particolare tossicodipendenti.

Tabella 38. Detenuti stranieri tossicodipendenti.

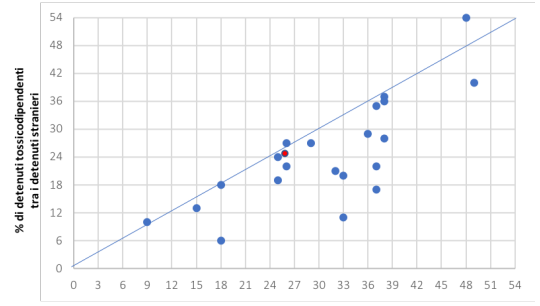
REGIONE	DETENUTI						
		TOSSICODIPENDENTI		STRANIERI		TOSSICODIPENDENTI	
Piemonte	4.655	1.785	38%	815	18%	302	37%
Valle d'Aosta	199	95	48%	52	26%	28	54%
Liguria	1.099	538	49%	335	30%	133	40%
Lombardia	7.543	2.455	33%	1.426	19%	285	20%
Trentino A.A.	473	172	36%	169	36%	49	29%
Veneto	2.098	767	37%	416	20%	93	22%
Friuli V.G.	656	245	37%	154	23%	26	17%
Emilia R.	3.434	1.280	37%	777	23%	275	35%
Marche	701	224	32%	136	19%	28	21%
Toscana	3.808	695	18%	973	26%	179	18%
Umbria	796	206	26%	142	18%	31	22%
Lazio	5.773	2.184	38%	1.737	30%	630	36%
Campania	6.968	1.765	25%	535	8%	103	19%
Abruzzi	1.476	374	25%	176	12%	42	24%
Molise	296	78	26%	15	5%	4	27%
Puglie	3.321	1.091	33%	90	3%	10	11%
Basilicata	473	86	18%	36	8%	2	6%
Calabria	2.162	188	9%	93	4%	9	10%
Sicilia	5.844	848	15%	176	3%	23	13%
Sardegna	2.323	881	38%	287	12%	81	28%
ITALIA	54.098	15.957	29%	8.540	16%	2.333	27%

Il problema è alquanto rilevante, dato che la proporzione di detenuti stranieri è di circa il 16% su scala nazionale, con punte del 36% in Trentino A.A. e del 30% nel Lazio. Il problema della tossicodipendenza tra i detenuti stranieri è solo lievemente migliore che tra i detenuti in generale, come risulta evidente dalla figura 6, dove i punti dei due diagrammi risultano sempre al di sotto della diagonale disegnata indicando che (figura 6a) la proporzione di stranieri tra i tossicodipendenti è minore della proporzione di stranieri nella popolazione penitenziaria globale e, ancora, (figura 6b) la proporzione di tossicodipendenti tra gli stranieri è inferiore della proporzione di tossicodipendenti nella popolazione penitenziaria globale. Anche le medie nazionali rispecchiano tale andamento.

Diagrammi della % regionale di detenuti stranieri tra i detenuti tossicodipendenti e di detenuti stranieri sul totale dei detenuti (figura 6a). Il punto rosso rappresenta la media nazionale.



Diagrammi della % regionale di detenuti tossicodipendenti tra i detenuti stranieri e di detenuti tossicodipendenti sul totale dei detenuti (figura 6b). Il punto rosso rappresenta la media nazionale.



La tabella 39 riporta i dati relativi ai detenuti ristretti per violazione dell'art.73 T.U. 309/90. Si vede chiaramente come l'affollamento delle carceri italiane sia dovuto in massima parte al "problema droga". Infatti: sono 15.957 i detenuti tossicodipendenti in carcere per diversi reati (il 48% per art.73) a questi vanno aggiunti i non tossicodipendenti ristretti per art.73 (10.650) a cui si aggiungono ancora almeno i ristretti per art.74 T.U. 309/90, che risultano circa 3.000 (tabella 43). Il totale è circa pari a 29.600 unità, che, rapportate al totale dei detenuti presenti, danno una percentuale di incidenza delle carcerazioni droga-correlate del 55%, oltre la metà delle presenze!

Tabella 39. Detenuti ristretti per art.73 T.U.309/90 al 30/6/94.

REGIONE	DETENUTI RISTRETTI PER ART.73 T.U.309/90							
			TOSSICODIPENDENTI		NON TOSSICODIPENDENTI		STRANIERI	
				sul totale dei detenuti tossicodipendenti		sul totale dei detenuti non tossicodipendenti		sul totale dei detenuti stranieri
Piemonte	2.422	52%	1.005	56%	1.417	30%	472	58%
Valle d'Aosta	75	38%	44	46%	31	16%	24	46%
Liguria	439	40%	236	44%	203	18%	111	33%
Lombardia	3.001	40%	1.367	56%	1.634	22%	702	49%
Trentino A.A.	228	48%	93	54%	135	29%	120	71%
Veneto	862	41%	351	46%	511	24%	209	50%
Friuli V.G.	250	38%	130	53%	120	18%	50	32%
Emilia R.	1.004	29%	524	41%	480	14%	270	35%
Marche	231	33%	108	48%	123	18%	61	45%
Toscana	1.473	39%	402	58%	1.071	28%	514	53%
Umbria	226	28%	86	42%	140	18%	94	66%
Lazio	2.082	36%	1.093	50%	989	17%	862	50%
Campania	2.356	34%	864	49%	1.492	21%	293	55%
Abruzzi	361	24%	164	44%	197	13%	89	51%
Molise	73	25%	27	35%	46	16%	9	60%
Puglie	1.185	35%	460	42%	725	22%	19	21%
Basilicata	108	23%	36	42%	72	15%	15	42%
Calabria	310	14%	69	37%	241	11%	30	32%
Sicilia	963	16%	289	34%	674	12%	48	27%
Sardegna	644	28%	295	33%	349	15%	199	69%
ITALIA	**18.293**	**34%**	**7.643**	**48%**	**10.650**	**20%**	**4.191**	**49%**

Vogliamo rimarcare, ancora una volta, che, dall'entrata in vigore della Jervolino-Vassalli, si ha un incremento molto rilevante dei detenuti (+65%) e dei detenuti tossicodipendenti (+66%) (si vedano i dati riportati in tabella 40 relativamente al periodo compreso tra il 30/6/90 e il 30/6/94). Un dato incoraggiante riguarda la sieropositività dei detenuti giunti dallo stato di libertà, che è andata sempre diminuendo a partire dal 1992 (si veda tabella 41).

Tabella 40. Situazione carceraria: serie storica

DATA	DETENUTI												
	PRESENTI	TOSSICODIPENDENTI		SIEROPOSITIVI		SIEROPOSITIVI TOSSICODIPENDENTI			SIEROPOSITIVI NON TOSSICODIPENDENTI			AFFETTI DA AIDS	
			SUI PRESENTI		SUI PRESENTI		SUI DETENUTI			SUI DETENUTI			SUI DETENUTI SIEROPOSITIVI
							TOSSICO DIPENDENTI	SIEROPOSITIVI		NON TOSSICO DIPENDENTI	SIEROPOSITIVI		
31.12 1990	25.573	7.299	28,54%	2.489	9,73%	2.378	32,58%	95,54%	111	0,61%	4,46%	39	1,57%
30.06 1991	30.774	9.623	31,27%	2.838	9,22%	2.770	28,79%	97,60%	68	0,32%	2,40%	48	1,69%
31.12 1991	35.168	11.540	32,81%	3.169	9,01%	3.030	26,26%	95,61%	139	0,59%	4,39%	84	2,65%
30.06 1992	44.108	13.970	31,67%	3.884	8,81%	3.731	26,71%	96,06%	153	0,51%	3,94%	84	2,16%
31.12 1992	46.968	14.818	31,55%	3.530	7,52%	3.377	22,79%	95,67%	153	0,48%	4,33%	50	1,42%
30.06 1993	51.513	15.531	30,15%	3.638	7,06%	3.413	21,98%	93,82%	225	0,63%	6,18%	58	1,59%
31.12 1993	49.983	15.135	30,28%	3.407	6,82%	3.170	20,94%	93,04%	237	0,68%	6,96%	86	2,52%

Tabella 41. Serie storica: dati relativi alla sieropositività

data	screening sui detenuti provenienti dalla libertà				
	nuovi giunti	detenuti			
		testati	sui nuovi giunti	Risultati positivi	sui testati
31.12.1990	---	---	---	---	---
30.06.1991	38.327	18.208	47,51	2.430	13,35
31.12.1991	40.422	20.722	51,26	2.814	13,58
30.06.1992	47.250	19.645	41,58	2.678	13,63
31.12.1992	47.113	21.203	45,00	2.376	11,21
30.06.1993	52.320	21.942	41,94	1.879	8,56
31.12.1993	47.128	20.547	43,60	1.625	7,91
30.06.1994	52.854	22.011	41,64	1.674	7,61

5.3. Situazione relativa al traffico di droga in forma associata.

Nella tabella 42 sono riportati i dati relativi alle presenze in carcere (al 30/9/94) per reati di associazione per deliquere di stampo mafioso (art. 416 bis), sequestro di persona a scopo di estorsione (art.630) e associazione per delinquere finalizzata al traffico di droga (art. 74 T.U. 309/90), nella tabella 43 gli analoghi dati nel tempo. Date le priorità riportate nella nota alla tabella 42, non è possibile effettuare un'analisi puntuale sulle tendenze in quanto è molto probabile che stessi individui siano

Tabella 42. Soggetti ristretti per i reati di cui agli artt. 416bis (associazione di tipo mafioso), 630 C.P. (sequestro di persona a scopo di estorsione), art. 74 T.U. 309/90, ovvero art. 75 L. 685/75(associazione per delinquere finalizzata al traffico di droga). Rilevamento al 30-09-1994.

reati	nuovi giunti	appellanti	ricorrenti	definitivi	TOTALE
416bis c.p.	2.184	491	212	1.113	**4.000**
630 c.p.	82	26	20	602	**730**
74 T.U. 309/90	1.430	396	191	941	**2.958**
TOTALE	3.696	913	423	2.656	**7.688**

NOTA La rilevazione ha per oggetto le persone fisiche implicate nei reati indicati nel prospetto. Al fine di non conteggiare più volte la medesima persona fisica, i soggetti aventi diverse imputazioni vengono segnalati in una sola classe di reato secondo la seguente priorità:
priorità uno: 416bis c.p. | priorità due: 630 c.p. | priorità tre: 74 T.U. 309/90

implicati in più di un reato, ne segue che il numero di persone implicate nel traffico di droga risulta certamente sottostimato. In ogni caso possiamo rilevare come, anche in questo caso, ci sia una generale tendenza verso l'aumento (nel 1991 erano 1918 i detenuti per l'art.74, +54%).

Tabella 43. Rilevamenti sui soggetti implicati nei reati di cui agli artt. 416bis, 630 C.P. e art. 74 T.U. 309/90 (ovvero art. 75 L. 685/75) - Serie storica

rilevamenti	reati			
	416bis c.p.	630 c.p.	74 T.U. 309/90	TOTALE
31.07.1992	2.060	878	2.172	**5.110**
05.10.1992	2.130	892	2.252	**5.274**
13.03.1993	2.173	674	2.330	**5.177**
26.06.1993	2.795	697	2.559	**6.051**
30.09.1993	2.960	812	2.509	**6.281**
30.10.1993	3.124	839	2.716	**6.679**
21.12.1993	3.340	788	2.925	**7.053**
17.01.1994	3.416	795	2.886	**7.097**
25.03.1994	3.667	807	3.044	**7.518**
31.05.1994	3.843	806	3.137	**7.786**
30.06.1994	4.115	804	3.222	**8.141**
31.07.1994	4.164	799	3.034	**7.997**
31.08.1994	4.068	779	2.955	**7.802**
30.09.1994	4.000	730	2.958	**7.688**

Figura 7 – Andamento territoriale della % di detenuti ristretti per violazione all'art.73 T.U.309/90 sul totale dei detenuti, dei detenuti tossicodipendenti sul totale dei detenuti tossicodipendenti e dei detenuti non tossicodipendenti sul totale dei detenuti non tossicodipendenti

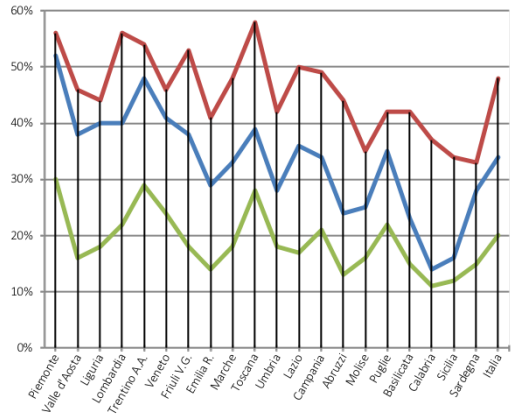
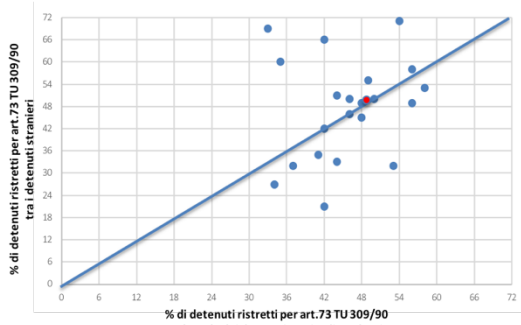


FIGURA 8 – Diagramma della % regionale di detenuti stranieri ristretti per violazione all'art.73 TU 309/90 in funzione dell'analoga proporzione di detenuti tossicodipendenti. Il punto rosso rappresenta le medie nazionali.



6. L'epidemia di AIDS.

Nel seguito si riportano alcune tabelle COA con l'aggiornamento dei dati al 31/3/95. Osserviamo che l'epidemia è ancora in gran parte legata allo stato di tossicodipendente non solo attraverso lo scambio di siringhe, ma anche attraverso i rapporti con partner tossicodipendente, come risulta evidente dalle tabelle che seguono. La seconda modalità di trasmissione, inoltre, risulta particolarmente preoccupante per il futuro sviluppo dell'epidemia perché segna il passaggio del virus dalla popolazione tossicodipendente alla popolazione giovanile generale attraverso la trasmissione eterosessuale da tossicodipendenti (in genere maschi) a non tossicodipendenti, per lo più femmine, con grave rischio anche di trasmissione verticale.

Tabella 44. Distribuzione dei casi di AIDS per anno e per regione di residenza.

REGIONE	82-85	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995^	TOTALE
Piemonte	11	37	67	133	162	198	291	291	306	363	47	1.906
Valle d'Aosta	0	0	0	0	1	7	9	5	6	5	1	34
Lombardia	95	168	346	569	813	954	1.203	1.214	1.456	1.558	126	8.502
Bolzano	0	1	3	6	5	7	18	24	16	18	9	107
Trento	1	2	5	7	15	14	21	30	37	31	9	172
Veneto	14	28	57	94	156	200	229	258	290	297	45	1.668
Friuli V.G.	2	4	10	12	15	27	26	34	40	33	11	214
Liguria	8	28	66	99	143	173	210	237	231	260	30	1.485
Emilia R.	28	35	117	174	229	288	377	420	404	536	77	2.685
Toscana	12	30	54	100	164	207	216	252	269	315	51	1.670
Umbria	1	2	2	10	21	11	26	37	28	32	1	171
Marche	3	9	13	35	33	42	61	66	66	78	12	418
Lazio	25	48	122	234	343	403	463	542	620	613	66	3.479
Abruzzi	0	3	8	6	18	24	24	24	37	41	4	189
Molise	0	0	0	0	1	3	3	2	5	4	1	19
Campania	6	16	27	64	74	95	108	173	147	190	37	937
Puglie	6	7	36	49	62	108	139	165	185	166	41	964
Basilicata	0	2	1	3	4	9	10	9	18	13	1	70
Calabria	4	3	15	12	15	37	33	39	43	54	10	265
Sicilia	8	21	38	75	101	161	160	182	224	219	25	1.214
Sardegna	11	11	33	71	65	112	110	142	168	155	22	900
estero	8	3	5	11	17	19	23	16	28	26	2	158
ignota	1	0	0	3	5	17	23	42	71	107	15	284
TOTALE	244	458	1.025	1.767	2.462	3.116	3.783	4.204	4.695	5.114	643	27.511

^ al 31 marzo 1995

Tabella 45. Distribuzione dei casi di AIDS per sesso ed anno di diagnosi.

anno	maschi		femmine		Totale n°
	n°	%	n°	%	
1982	1	100,0	0	0,0	**1**
1983	6	75,0	2	25,0	**8**
1984	34	87,2	5	12,8	**39**
1985	157	80,1	39	19,9	**196**
1986	379	82,8	79	17,2	**458**
1987	824	80,4	201	19,6	**1.025**
1988	1.417	80,2	350	19,8	**1.767**
1989	2.008	81,6	454	18,4	**2.462**
1990	2.537	81,4	579	18,6	**3.116**
1991	3.007	79,5	776	20,5	**3.783**
1992	3.338	79,4	866	20,6	**4.204**
1993	3.679	78,4	1.016	21,6	**4.695**
1994	3.971	77,6	1.143	22,4	**5.114**
1995^	506	78,7	137	21,3	**643**
TOTALE	**21.864**	**79,5**	**5.647**	**20,5**	**27.511**

^ al 31 marzo 1995

Tabella 46. Distribuzione dei casi di AIDS per fasce di età e per sesso. Tassi di incidenza cumulativa sesso-età specifici (per 100.000 abitanti)

classi di età	maschi			femmine			totale		
	n°	%	tassi età specifici	n°	%	tassi età specifici	n°	%	tassi età specifici
0	92	0,42%	31,6	107	1,89%	39,1	199	0,72%	35,35
1-4	83	0,38%	7,0	99	1,75%	8,8	182	0,66%	7,90
5-9	38	0,17%	2,3	31	0,55%	2,0	69	0,25%	2,15
10-12	14	0,06%	1,5	4	0,07%	0,4	18	0,07%	0,95
13-14	17	0,08%		3	0,05%		20	0,07%	0,00
15-19	68	0,31%	3,0	23	0,41%	1,0	91	0,33%	2,00
20-24	1.213	5,55%	50,2	621	11,00%	26,5	1.834	6,67%	38,35
25-29	5.970	27,31%	270,2	2.003	35,47%	92,9	7.973	28,98%	181,55
30-34	6.930	31,70%	349,9	1.583	28,03%	80,3	8.513	30,94%	215,10
35-39	3.492	15,97%	180,9	629	11,14%	32,4	4.121	14,98%	106,65
40-49	2.561	11,71%	69,4	353	6,25%	9,4	2.914	10,59%	39,40
50-59	986	4,51%	29,0	114	2,02%	3,1	1.100	4,00%	16,05
>60	399	1,82%	8,3	77	1,36%	1,2	476	1,73%	4,75
indeterminata	1			0			1		
TOTALE	**21.864**	**100%**		**5.647**	**100%**		**27.511**	**100%**	

Tabella 47. Distribuzione dei casi di AIDS per categorie di esposizione e anno di diagnosi.

	82-86	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
omosessuali	164	171	248	375	463	542	541	626	697
	23,36%	16,68%	14,04%	15,23%	14,86%	14,33%	12,87%	13,33%	13,63%
tossicodipendenti	389	683	1.213	1.648	2.053	2.453	2.728	2.953	3.135
	55,41%	66,63%	68,65%	66,94%	65,89%	64,84%	64,89%	62,90%	61,30%
tossicodipendenti omosessuali	34	25	45	68	77	80	75	83	104
	4,84%	2,44%	2,55%	2,76%	2,47%	2,11%	1,78%	1,77%	2,03%
emofilici	26	19	24	29	35	33	35	27	20
	3,70%	1,85%	1,36%	1,18%	1,12%	0,87%	0,83%	0,58%	0,39%
trasfusi	13	21	29	31	37	39	45	47	47
	1,85%	2,05%	1,64%	1,26%	1,19%	1,03%	1,07%	1,00%	0,92%
contatti eterosessuali	28	61	119	215	288	396	499	641	699
	3,99%	5,95%	6,73%	8,73%	9,24%	10,47%	11,87%	13,65%	13,67%
trasmissione verticale	39	27	54	44	54	66	61	52	31
	5,56%	2,63%	3,06%	1,79%	1,73%	1,74%	1,45%	1,11%	0,61%
altro non determinato	9	18	35	52	109	174	220	266	381
	1,28%	1,76%	1,98%	2,11%	3,50%	4,60%	5,23%	5,67%	7,45%
TOTALE	702	1.025	1.767	2.462	3.116	3.783	4.204	4.695	5.114

^ al 31 marzo 1995

Tabella 48. Distribuzione dei casi di AIDS in adulti per categorie di esposizione e sesso.

	maschi		femmine		totale	
	n°	%	n°	%	n°	%
omosessuali	3.913	18,08	-	-	3.913	14,47
Tossicodipendenti	14.144	65,37	3.494	64,63	17.638	65,22
Tossicodipendenti omosessuali	598	2,76	-	-	598	2,21
emofilici	235	1,09	-	-	235	0,87
trasfusi	186	0,86	119	2,20	305	1,13
contatti eterosessuali	1.603	7,41	1.434	26,53	3.037	11,23
altro non determinato	958	4,43	359	6,64	1.317	4,87
TOTALE	**21.637**	**100**	**5.406**	**100**	**27.043**	**100**

Tabella 49. Distribuzione dei casi di AIDS in adulti eterosessuali per tipo di rischio e sesso.

partner	maschi		femmine		totale	
	n°	%	n°	%	n°	%
bisessuale	-	-	31	2,16	31	1,02
tossicodipendente	405	25,27	857	59,76	1.262	41,55
emofilico trasfuso	13	0,81	28	1,95	41	1,35
di zona endemica	188	11,73	14	0,98	202	6,65
HIV positivo	149	9,30	339	23,64	488	16,07
promiscuo*	676	42,17	85	5,93	761	25,06
originario di zona endemica	172	10,73	80	5,58	252	8,30
TOTALE	**1.603**	**100**	**1.434**	**100**	**3.037**	**100**

* pazienti che presumibilmente hanno contratto l'infezione per via eterosessuale (inclusi i partner di prostituta e le prostitute)

Giro d'affari delle attività illegali

DI AURORA ROSSODIVITA

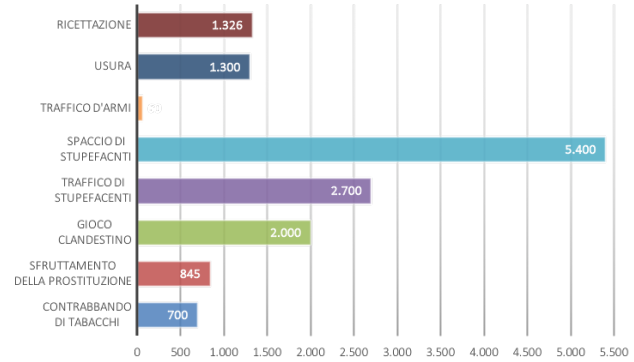
Nella tabella 1 sono riportate tutte le informazioni che al momento si hanno sull'occupazione e il giro d'affari nelle attività illegali di redistribuzione e produzione del reddito ritenute più affidabili. Tale tabella è stata fatta in base ad informazioni provenienti dalla *Criminalpol* e che si riferiscono sostanzialmente ai cosiddetti "professionisti" delle attività economiche illegali; escludono cioè coloro che sono coinvolti nelle medesime soltanto in maniera occasionale. I criteri di elaborazione della *Criminalpol* prevedono in generale l'attribuzione di ciascun individuo o "testa") alla tipologia di reato nella quale, sulla base del numero di denunce, egli è risultato prevalentemente impegnato. Risulta chiaramente evidente dalla tabella come il giro di affari più elevato sia nel traffico e spaccio di stupefacenti (come evidenzia il grafico 1). Nel primo viene considerata valida la stima inferiore del giro d'affari: in entrambi i casi l'attività di produzione e spaccio risulta essere quella con il più grande giro d'affari ed anche con il maggior numero di persone coinvolte.

Tabella 1. giro d'affari e persone coinvolte nelle attività illegali (1990 - miliardi di lire)

	persone coinvolte	giro d'affari
ATTIVITÀ DI REDISTRIBUZIONE		
furti e rapine		
in appartamenti	10.000	2.210
in esercizi commerciali	5.000	505
altri furti	10.000	650
rapine a banche e portavalori	1.000	105
rapine a uffici postali	300	38
rapine a gioiellerie e altro	800	40
furti a banche	100	52
altre rapine	3.000	26
estorsioni	10.000	1.400
truffe	10.000	800
sequestri di persona	42	15
frodi in danno della CEE	719	156
ATTIVITÀ DI PRODUZIONE		
contrabbando di tabacchi		700
trafficanti	2.000	
sfruttamento della prostituzione	6.000	845
gioco clandestino	15.000	2.000
produzione e commercio di stupefacenti		
trafficanti	10.000	2.700-4.500
spacciatori	55.000	5.400-7.200
traffico d'armi^		60
usura	5.000	1.300
ricettazione	8.000	1326-1908

^ dato relativo alle sole banconote false sequestrate
Fonte: "analisi economica ed evidenza empirica dell'attività illegale in Italia" di Guido Rey

Grafico 1. Giro d'affari stimato nelle attività illegali di produzione (in miliardi di lire, anno 1990).



Fonte: "analisi economica ed evidenza empirica dell'attività illegale in Italia" di Guido Rey

La tabella 2 riporta il fatturato (si intende il giro d'affari delle attività illegali, anche di quelle che direttamente non "producono" ricchezza, ma la "redistribuiscono") e il valore aggiunto o reddito disponibile pro capite. Anche da questa tabella risulta evidente che l'attività di produzione e commercio di stupefacenti ha il valore aggiunto più elevato rispetto a tutte le altre attività illegali. Quindi se si riflette sulla "produttività" e "redditività" delle diverse attività, si può delineare una scala di "valori" tra i diversi reati: "valori" che si basano esclusivamente sul maggiore o minore reddito che ognuna di queste attività rende disponibile per il singolo addetto del settore, scala di "valori" che vede sicuramente al primo posto la produzione e il commercio di stupefacenti.

Tabella 2. fatturato e reddito o valore aggiunto pro-capite per settore di attività illegale (1990 - milioni di lire)

	fatturato (produzione)	reddito disponibile
ATTIVITÀ DI REDISTRIBUZIONE		
furti e rapine		
in appartamenti	221	11-55
in esercizi commerciali	101	5-25
altri furti	65	3-16
rapine a banche e portavalori	105	105
rapine a uffici postali	127	
rapine a gioiellerie e altro	50	
furti a banche	520	
altre rapine	9	
estorsioni	140	
truffe	80	
sequestri di persona	357	
frodi in danno della CEE	217	
ATTIVITÀ DI PRODUZIONE		valore aggiunto
contrabbando di tabacchi trafficanti		148
sfruttamento della prostituzione	140	140
gioco clandestino	133	80
produzione e commercio di stupefacenti		
trafficanti	270-450	141-280
spacciatori	98-131	33-51
traffico d'armi^		
usura	260	
ricettazione	166-238	

^ dato relativo alle sole banconote false sequestrate
Fonte: "analisi economica ed evidenza empirica dell'attività illegale in Italia" di Guido Rey

La tabella 3 illustra i dati relativi al traffico e commercio dell'eroina basati sulla valutazione del numero di tossicodipendenti, della quantità media di sostanza da questi assunta giornalmente e del costo della sostanza stessa.

Tabella 3. traffico e commercio dell'eroina (valori in milioni di lire)

ipotesi numero tossicodipendenti	180.000
a) CONSUMO INTERNO	
fatturato	6.500.000
spese di acquisto "sostanza"	4.153.000
altri costi	153.000
valore aggiunto	2.200.000
b) SOSTANZA IN TRANSITO	
fatturato	630.000
spese di acquisto "sostanza"	337.000
altri costi	28.000
valore aggiunto	265.000

Fonte: "analisi economica ed evidenza empirica dell'attività illegale in Italia" di Guido Rey

La tabella 4 relativa al traffico e commercio della cocaina, la tabella 5 alla cannabis, la tabella 6 al traffico e spaccio di stupefacenti dove il valore aggiunto pro capite degli spacciatori arriva anche a 85-100 milioni se si considera anche il valore della sostanza utilizzata per il consumo personale; se si paragonano, la sostanza con più elevato valore aggiunto è la cocaina, il più basso è la cannabis.

Tabella 4. traffico e commercio della cocaina (valori in milioni di lire)

quantità sequestrata (5-20% del totale)	800 kg
quantità importata	4.000-16.000 kg
prezzo al dettaglio (purezza del 70%)	300.000 lire/grammo
giro d'affari	1.200-4.800
costo di acquisto della "sostanza"	340-1.360
altri costi	30-115
valore aggiunto	830-3.225

Fonte: "analisi economica ed evidenza empirica dell'attività illegale in Italia" di Guido Rey

Tabella 5. traffico e commercio di droghe leggere (valori in milioni di lire)

quantità immessa sul mercato	39.500 kg
quantità sequestrata	8.000 kg
giro d'affari	380
costi di acquisto della "sostanza"	200
altri costi	20
valore aggiunto	160

Fonte: "analisi economica ed evidenza empirica dell'attività illegale in Italia" di Guido Rey

Tabella 6. traffico e spaccio di stupefacenti (fatturato e valore aggiunto, totale e pro capite (valori in milioni di lire)

	persone coinvolte	fatturato totale	valore aggiunto totale	fatturato pro capite	valore aggiunto pro capite
trafficanti	10.000	2.683-4.483	1.415-2.804	268-448	141-280
spacciatori	55.000	5.405-7.205	1.795-2.801	98-131	33-51
TOTALE	65.000	8.088-11.688	3.200-5.605	---	---

Fonte: "analisi economica ed evidenza empirica dell'attività illegale in Italia" di Guido Rey

XIII RAPPORTO – SETTEMBRE 1995

Il contributo del CoRA nell'ambito della VI Conferenza mondiale sulla riduzione del danno (Firenze, marzo 1995)

DI CARLA ROSSI
Segretaria del CoRA, Professore Ordinario di Statistica Matematica presso l'Università di Roma Tor Vergata

La sesta Conferenza Internazionale sulla "Riduzione del Danno legato alla Droga" si è svolta a Firenze dal 26 al 30 marzo 1995. Il CoRA ha fatto parte delle Organizzazioni Non Governative che hanno contribuito alla predisposizione del programma della Conferenza ed ha partecipato con uno stand, una relazione nell'ambito di una Major Session e l'organizzazione di un Workshop sugli aspetti quantitativi dei fenomeni droga-correlati. Il CoRA ha sempre sostenuto la necessità di effettuare valutazioni quantitative sull'impatto dei vari provvedimenti, anche per costruire strumenti di conoscenza più approfondita dei diversi fenomeni droga-correlati, necessari per poter prendere decisioni non ideologiche in un ambito tanto delicato e importante. Proprio per questo alla valutazione quantitativa è stato dedicato il Workshop organizzato nell'ambito della Conferenza di Firenze, che ha visto interventi da parte di ricercatori dell'ISTAT, del Ministero della Sanità, di Grazia e Giustizia e dell'Istituto Superiore di Sanità, oltre, naturalmente, a interventi di collaboratori del CoraOLD.
Il nostro impegno nella partecipazione sia alla fase organizzativa che alla Conferenza è stato dettato da motivi culturali e "storici". L'approccio "riduzionista" al problema droga, pur non essendo strettamente inquadrabile in un panorama antiproibizionista, è stato da noi considerato, fin dall'inizio degli anni '90, come l'unico utile per "governare" le diverse problematiche legate all'uso di droghe illegali pur nell'ambito di un impianto legislativo proibizionista.
In effetti il CoRA, come ci è stato riconosciuto nell'ambito della Conferenza Nazionale sulla Droga, tenutasi a Palermo nel giugno 1993, dall'allora Ministro degli Affari Sociali Fernanda Contri, è stata la prima organizzazione a parlare in Italia di riduzione del danno, a fare proposte concrete in tal senso, a dotarsi di strumenti scientifici (CoraOLD Osservatorio delle Leggi sulla Droga) per effettuare monitoraggi sui diversi fenomeni droga-correlati in relazione ai possibili approcci politici di controllo.
È opportuno, comunque, precisare che la politica di riduzione del danno, come è generalmente intesa, si inquadra in un'ottica proibizionista e prende in considerazione essenzialmente la riduzione dei danni legati all'uso di droghe illegali sulla salute, principalmente dei tossicodipendenti. I principali programmi di riduzione del danno prevedono progetti di scambio di siringhe e distribuzione di materiale informativo e, eventualmente, di preservativi per la prevenzione dell'epidemia di

AIDS e altre malattie trasmissibili attraverso sangue infetto o rapporti sessuali, la somministrazione di farmaci sostitutivi con protocolli a mantenimento, la somministrazione controllata di eroina o morfina.
Dove sono stati attuati e controllati questi programmi hanno portato, generalmente, risultati incoraggianti ed effettiva riduzione dei danni non solo sulla popolazione tossicodipendente, ma anche sulla popolazione generale. In particolare, alcuni programmi di scambio di siringhe mediante unità di strada hanno portato a richiesta di interventi di disintossicazione da parte dei tossicodipendenti da eroina coinvolti nel programma oltre che ad un rallentamento della diffusione del virus che provoca l'AIDS (si veda CoraOLD, VII rapporto, ottobre 1992 per la descrizione di uno di tali programmi e della sua valutazione).
I programmi di somministrazione di farmaci sostitutivi a mantenimento hanno avuto valutazioni scientifiche a livello internazionale (si veda CoraOLD, IV rapporto, gennaio 1995 anche per la valutazione di un programma di somministrazione di morfina).
I programmi di somministrazione controllata di eroina, come, per esempio, quello in atto a Zurigo, sembrano aver già dato alcuni risultati incoraggianti, tanto da convincere ad aumentare il numero di persone arruolate, sia in merito allo stato di salute dei tossicodipendenti seguiti, sia in merito alla diminuzione delle azioni di microcriminalità.
Gli aspetti legati alla microcriminalità non sono da sottovalutare se si stima, almeno in Italia, che circa il 65% delle azioni di microcriminalità (scippi, borseggi, ma anche rapine) siano commessi da tossicodipendenti per procurarsi il denaro per comprare la droga. E non sono neanche da sottovalutare gli aspetti di riduzione del piccolo traffico, dovuto altrettanto a tossicodipendenti che spacciano per avere la loro dose.
Queste ultime considerazioni avvicinano alcuni interventi di riduzione del danno alle proposte antiproibizioniste che, da un punto di vista filosofico, possono anche essere inquadrate come interventi "radicali" di riduzione del danno, inteso in senso più ampio, come danno sull'intera popolazione.
Nelle pagine che seguono sono riportati i testi degli interventi tenuti nell'ambito del Workshop e il testo della relazione "Valutare le politiche sulla droga nel mondo", tenuta nell'ambito della Major Session.

Valutare le politiche sulla droga nel mondo (verso un'analisi costi-efficacia degli interventi)

DI CARLA ROSSI

1. Introduzione

Recentemente si sono avute diverse prese di posizione in merito alla scarsa efficacia delle politiche sulla droga adottate dai diversi Paesi del mondo per ottenere la riduzione della produzione, del traffico e del consumo delle sostanze definite "droghe". Si riconosce che i Paesi produttori continuano più che mai a produrre e i Paesi consumatori più che mai a consumare, senza nessun consistente cambiamento dovuto ai massicci interventi e agli ancora più massicci investimenti effettuati. Ancora una volta, però, l'analisi è condotta sulla base di informazioni parziali e senza che venga effettuata una quantificazione su base scientifica dei fenomeni che permetta una reale analisi costi-efficacia delle diverse politiche sulla droga e un confronto oggettivo sui risultati ottenuti nei diversi Paesi al fine di identificare strategie più o meno adeguate a controllare il fenomeno.

Troppo spesso le analisi che si fanno sono piuttosto dettate da ipotesi a priori e basate su dati parziali che non supportate da metodologie di indagine scientificamente consolidate. Nel seguito verrà suggerito un indicatore che consenta una quantificazione "globale" dei fenomeni interessati basata su indici statistici. Si propone, quindi, di utilizzare i dati internazionali disponibili per la determinazione del corrispondente valore nei diversi Paesi in modo da ottenere un ordinamento in base all'efficacia delle politiche di controllo del fenomeno droga adottate che consenta, eventualmente, il superamento di quelle meno efficaci.

C'è da osservare che la carenza di metodologie di quantificazione dell'impatto delle diverse politiche sulla droga sembra avere come effetto, oltre alla continua riproposizione di analisi basate solo su ipotesi ideologiche, anche l'estrema inaffidabilità dei dati ufficiali raccolti nei diversi Paesi, tanto che la stessa Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU), non diffonde i dati che le vengono trasmessi, tramite questionari, dagli stati membri, ma ne effettua un sunto "discorsivo" e sintetico che inserisce in un rapporto annuale di scarso interesse ed utilità per un qualsiasi monitoraggio del fenomeno. C'è anche da osservare che la gran parte degli approcci al problema parte da analisi di tipo "umanistico" molto più spesso tese allo studio degli interventi sulla tossicodipendenza, che è solo uno degli aspetti del fenomeno droga e, forse, dal punto di vista globale, neanche il più rilevante, mentre vengono spesso trascurati gli aspetti economici legati al mercato che sono a monte non solo del fenomeno "tossicodipendenza" ma di altri ben più gravi come la macro e micro criminalità, l'inquinamento dell'economia legale per via del riciclaggio del narcodenaro, gli intrecci tra organizzazioni criminali e organizzazioni partitiche, le collusioni tra organizzazioni criminali e forze preposte a interventi repressivi (riferimenti a questo tipo di studi quantitativi si trovano in Robson e Single, 1995). Per analizzare un fenomeno tanto complesso è invece necessario un approccio totalmente scientifico che non può prescindere,

trattandosi di analisi di fenomeni "collettivi" e non individuali, dall'impiego di metodologie statistiche sia a livello di descrizione e di interpretazione della situazione attuale, sia a livello di previsione e analisi di impatto delle politiche da adottare per il controllo del fenomeno. Sarebbe auspicabile, tra l'altro, l'utilizzo di metodologie scientifiche di valutazione anche per quanto riguarda gli interventi tesi al recupero dei tossicodipendenti, anche perché rilevanti sono gli investimenti pubblici e privati in questo campo (finanziamenti a Comunità ecc.), mentre quasi nulla è noto in termini qualitativi e quantitativi sui risultati ottenuti a seguito di tali interventi. Si auspica che analoghe valutazioni siano poste in essere per quanto riguarda gli interventi di riduzione del danno, ora che questa strategia sembra finalmente trovare strada di attuazione in vari Paesi. Perché sia possibile effettuare tali tipi di analisi sui fenomeni collettivi legati al problema droga è però necessario disporre di dati affidabili relativi ai diversi aspetti implicati.

2. I diversi aspetti legati al "fenomeno droga"

La droga non coinvolge solo tutti quei fenomeni legati alla tossicodipendenza in senso stretto, come le morti droga-correlate (overdosi, infezioni, epatiti, endocarditi) e gli interventi sanitari sui tossicodipendenti (assistenza da parte dei Servizi, soggiorni in comunità terapeutiche), ma anche molti altri aspetti che hanno un impatto importante anche su quanti non hanno nessun legame diretto con la tossicodipendenza: basti pensare a tutte le vittime della microcriminalità legata alla tossicodipendenza (si valuta che il 60-80% degli scippi, furti e rapine che avvengono in Italia siano commessi da tossicodipendenti in cerca di denaro per l'acquisto di droga.

2.1. Gli aspetti sanitari

Si tratta di tutti i fenomeni che hanno un impatto con le strutture sanitarie: casi di malattie legate alla tossicodipendenza in quanto fattore di rischio specifico (epatiti, endocarditi, setticemie, casi di AIDS ecc.), interventi dei servizi per il recupero di tossicodipendenti (ambulatoriali, residenziali, di strada ecc.), mortalità giovanile legata alla tossicodipendenza (overdose, AIDS, morti violente, morti per infezioni e altre sindromi specifiche). Tali fenomeni sono suscettibili di diversi tipi di quantificazione:

- è possibile effettuare una quantificazione in termini di impatto economico diretto sulla collettività; in questo caso basterà calcolare la frequenza assoluta annuale (o periodica) di tali casi e moltiplicare per i costi medi di ogni caso, dividendo quindi per il totale della popolazione relativo allo stesso periodo di tempo. In tal modo si ottiene il "prezzo pro capite" dei diversi fenomeni, da confrontare sui diversi Paesi per cui si dispone dei dati sufficienti.
- È anche possibile, però, effettuare una valutazione di impatto più generale rapportando semplicemente le frequenze assolute dei casi relativi ai fenomeni di interesse alle rispettive popolazioni di riferimento: il numero di casi di AIDS tra tossicodipendenti al numero totale di casi di AIDS, il numero di decessi per le cause droga-correlate, al numero totale dei decessi relativi alla popolazione

giovanile, eventualmente stratificata per sesso e classe di età, il numero stimato di tossicodipendenti alla popolazione relativa alle stesse classi di età e allo stesso rapporto sessi, il numero di soggetti interessati agli interventi di assistenza al numero totale di tossicodipendenti e così via.

2.2. Gli aspetti legati alla repressione

Si tratta, in particolare, di analizzare le operazioni di polizia legate alla repressione del consumo e commercio delle sostanze, definite dalle varie legislazioni come sostanze stupefacenti, o del riciclaggio, le persone detenute per i reati legati al problema droga (per infrazioni alle leggi sugli stupefacenti, o perché tossicodipendenti che hanno commesso azioni di micro e macro criminalità legate al mercato delle droghe), i procedimenti civili e penali relativi. Anche per tali fenomeni è possibile, come visto sopra, pervenire essenzialmente a due tipi di quantificazioni: una puramente economica e una relativa all'impatto più generale sulle popolazioni di riferimento, rapportando il numero di operazioni di polizia legate alla droga al totale delle operazioni, il numero di procedimenti penali droga-correlati al totale dei procedimenti penali, il numero di detenuti droga-correlati al totale dei detenuti e così via. In Italia, per esempio, sulla base della rilevazione del 30/9/95, si può valutare che l'impatto sulla popolazione carceraria delle detenzioni droga-correlate sia del 55% circa (si veda anche CoraOLD, XII rapporto, giugno 1995).

2.3. Gli aspetti legati al mercato illegale

Per quanto riguarda il mercato delle sostanze stupefacenti, è possibile pervenire ad una quantificazione attraverso la rilevazione o la stima del numero di occupati in tale settore economico e dei relativi valori aggiunti. Anche in questo caso è poi possibile effettuare i due tipi di valutazione di impatto visti sopra. In particolare, per ottenere una misura relativa di impatto, si può effettuare il confronto con un settore importante dell'economia legale: in Italia si può prendere, per esempio, il settore turistico o l'industria dell'auto.

2.4. Gli aspetti legati alla macro e micro criminalità

Si tratta di tutti quei "delitti" legati o alla condizione di tossicodipendente (furti, scippi, borseggi ecc.) o alla gestione del mercato illegale delle sostanze stupefacenti (produzione e traffico di sostanze stupefacenti, delitti commessi dalle organizzazioni criminali a danno di persone di "cartelli" concorrenti ecc.). Per quanto riguarda i primi è noto che un'alta percentuale è commessa da tossicodipendenti (60-80% del totale); per valutarne il costo per la società occorrerebbe semplicemente moltiplicare la frequenza periodica per il valore medio del danno globale prodotto, eventualmente dopo un aggiustamento necessario per tener conto delle mancate denunce (esistono statistiche in proposito che permettono di fare delle valutazioni in merito). Per ottenere invece un indicatore di impatto si può rapportare il numero di tali delitti al totale delle azioni di microcriminalità. Per quanto riguarda i secondi è possibile procedere in modo analogo, tenendo conto che la

valutazione dei costi è alquanto più complessa, mentre per un indicatore di impatto si può nuovamente rapportare il totale dei delitti droga-correlati al totale di tutte le azioni di macro criminalità. Se consideriamo, per esempio, il numero di persone in carcere in Italia per traffico di droga in forma associata (art. 74 T.U. 309/90) secondo la rilevazione al 30/9/94 e lo rapportiamo al numero totale di persone in carcere per reati in forma associata (associazione per delinquere di stampo mafioso + sequestro di persona a scopo di estorsione + art.74) otteniamo 38,5%, ovvero, il traffico di droga costituisce oltre 1/3 dei reati in forma associata. Si deve, inoltre, considerare che questa è sicuramente una sottostima dell'impatto effettivo in quanto, quando una stessa persona è implicata in più di uno dei reati sopra menzionati, questa viene classificata seguendo l'ordine gerarchico riportato. Quanti sono in carcere per associazione mafiosa e traffico di droga, sono contati solo come "associazione mafiosa" (si veda CoraOLD, XII rapporto, giugno 1995). A questo andrebbe poi aggiunto il costo, o l'impatto, sul sistema giudiziario valutato attraverso la frequenza periodica e il costo medio delle azioni giudiziarie conseguenti.

3. Verso un indicatore "globale"

Per valutare un indicatore globale di costo, sulla base delle quantificazioni puramente economiche, basterà calcolare il costo medio totale pro capite. Per quanto riguarda un indicatore globale di impatto, occorrerà invece effettuare una media ponderata di tutti i rapporti relativi ai diversi aspetti analizzati. Sulla base di tali indicatori è possibile effettuare diversi tipi di indagine:

- analisi su un singolo Paese;
- analisi longitudinali;
- analisi di tipo cross-sectional.

Nel seguito si riportano alcuni esempi di tali tipi di analisi dove, data la disomogeneità menzionata dei dati prodotti nei diversi Paesi, non è sembrato opportuno, procedere con il calcolo degli indicatori globali, i diversi rapporti vengono, quindi, esaminati separatamente e l'analisi dell'impatto delle politiche sulla droga può essere effettuato sulla base di confronti separati sui diversi indicatori parziali. Naturalmente il valore di tali indicatori di efficacia deve essere messo in relazione con le diverse legislazioni e politiche sulla base di indicatori di "qualità" definiti sui singoli aspetti delle politiche stesse.

Introduciamo le notazioni necessarie per effettuare i calcoli:

- sia Nij(i)(t) il numero di eventi accaduti nel periodo di tempo t e relativi all'aspetto j(i)-esimo del fenomeno i-esimo.

Per esempio, se decidiamo che il fenomeno i=1 è la "repressione" e l'aspetto j(i)=3 è il numero di azioni di polizia riportato per trimestre. Se l'analisi inizia con il primo trimestre del 1990, allora:

- $N_{13}(5)$ = numero di azioni di polizia nel primo trimestre del 1991.

Rimangono così definiti i due indici:

- indice di impatto: Im(i,j(i),t)=Nij(i)(t)/N(t)
- indice di costo: CI(i,j(i),t)=cij(i)(t)Nij(i)(t)/N(t)

dove, in entrambi i casi, N(t) è la popolazione di riferimento nel periodo considerato e cij(i)(t) è il costo medio associato ad ogni evento. Osserviamo che per semplicità abbiamo utilizzato la stessa notazione N(t) in entrambi i casi, ma la popolazione di riferimento può essere diversa nei due casi, come specificato sopra.

3.1. Analisi su un singolo Paese

Consideriamo i guadagni legati al mercato illegale e valutiamo il guadagno medio pro capite, utilizzando stime effettuate da prof. Guido Rey nel 1993, relative all'Italia. Sulla base dei valori riportati nella tabella sarà possibile effettuare analisi comparative con settori dell'economia legale o valutare il costo sociale del mercato illegale, o confrontare la situazione italiana con quella di altri Paesi (analisi di tipo cross-sectional) oppure, ancora, analizzare lo sviluppo del mercato in diversi anni (analisi longitudinale).

Tab.1 - Guadagni annuali pro-capite per trafficanti e commercianti di sostanze psicotrope illegali

	Persone coinvolte	Vendite totali	Valore aggiunto	Vendite pro-capita	Valore aggiunto
Trafficanti	10.000	3.683±1.000	2.109	358	210
Commercianti	55.000	6.305±900	2.298	115	42

3.2. Analisi longitudinale

Per fare un esempio di analisi longitudinale, consideriamo l'andamento nel tempo dei detenuti e valutiamone l'impatto sulla popolazione italiana. Dalla tabella, anche senza entrare in maggiori dettagli, è evidente l'influenza sul fenomeno dell'entrata in vigore della legge 162/90 (Jervolino-Vassalli) a seguito della quale si osserva un aumento del tasso di detenzione, in particolare per i tossicodipendenti (si veda CoraOLD, XII rapporto, giugno 1995).

Tab.2 - Detenuti nelle carceri italiane nei diversi anni e percentuale di tossicodipendenti

anno	detenuti	tasso di detenzione (per 100.000)	% tossico dipendenti
1986	33.609	59	18
1987	31.773	55	16
1988	31.382	55	24
1989	30.680	53	25
1990	25.931	45	28
1991	35.469	61	33
1992	47.316	82	30

3.3. Analisi di tipo cross-sectional

Consideriamo le morti per droga, che vengono erroneamente assunte come indicatore principale di impatto (positivo o negativo) dei provvedimenti assunti nei diversi anni o nei diversi Paesi. Nella tabella 3 sono riportati i valori relativi ad anni più o meno vicini in diversi Paesi. La tabella dimostra come si tratti di dati disomogenei, almeno rispetto all'anno di riferimento, pertanto i confronti saranno

effettuati solo a titolo di esemplificazione di utilizzo della metodologia. C'è poi da osservare che la stessa definizione di "decesso droga-correlato" è diversa nei diversi paesi. Senza entrare in dettaglio, quello che emerge dalla tabella precedente è l'impatto molto minore delle morti per droga in Olanda in relazione a tutti gli altri Paesi considerati.

Tab.3- Morti per droga rilevate in diversi Paesi (fonte: Substance Abuse related Mortality: a Worldwide Review, ONU, 1994)

paese	anno	decessi assoluti	Residenti per mille
Austria	1991	116	0,015
Belgio	1990	91	0,01
Canada	1988	414	0,016
Francia	1991	411	0,007
Germania	1992	2099	0,03
Italia	1990	1152	0,02
Olanda	1989	52	0,0035
Regno Unito	1991	1356	0,023
Spagna	1991	579	0,015
Svizzera	1991	405	0,06
Stati Uniti	1993	6000(stima)	0,024

4. Considerazioni conclusive

Per superare il problema relativo alla disomogeneità dei dati si può anche procedere attraverso indicatori ordinali (graduatorie). Basterà ordinare i diversi Paesi in funzione degli indicatori parziali e utilizzare, per le analisi di efficacia, i corrispondenti ordini di graduatoria che sono meno sensibili a spostamenti e errori nei dati di base (si tratta del procedimento comunemente utilizzato per l'analisi della qualità della vita nelle diverse città). In relazione ai dati della tabella precedente si ottiene, per esempio, la tabella 4. La metodologia proposta è stata applicata ad una raccolta di dati internazionali che, sia pure disomogenei, hanno comunque permesso dei confronti interessanti (per i dettagli si veda *Questioning Prohibition*, edito dalla LIA nel 1994).

Tab.4 - Punteggi relativi all'impatto della mortalità per droga nei diversi Paesi

paese	decessi	% pro-capite	punteggio
Svizzera	405	0,06	1
Germania	2.099	0,03	2
USA	6.000	0,024	3
Regno Unito	1.356	0,023	4
Italia	1.152	0,02	5
Canada	414	0,016	6
Austria	116	0,015	7
Spagna	579	0,015	7
Belgio	91	0,01	8
Francia	411	0,007	9
Olanda	52	0,0035	10

Bibliografia

Robson L. e Single E. *Literature Review of Studies on the economic Costs of Substance Abuse*, report of the Canadian Centre of Substance Abuse, March 1995;

ONU report *Substance Abuse Related Mortality: A Worldwide Review*, United Nations International .TDrug Control Program, Vienna International Centre, March 1994.

La tossicodipendenza attraverso i dati del censimento della popolazione

DI VITTORIA BURATTA, ROBERTA CRIALESI (ISTAT)

Il panorama informativo sulla progressiva penetrazione del fenomeno droga nella realtà italiana si alimenta di dati provenienti da numerose fonti ufficiali.
I diversi Ministeri, attraverso i propri Uffici di Statistica, sono impegnati in una serie di indagini e rilevazioni che hanno per oggetto il fenomeno della tossicodipendenza, cogliendolo secondo prospettive e angolazioni differenti legate, nella maggior parte dei casi, alle necessità di monitoraggio delle proprie attività.
In questo senso si inquadrano rilevazioni come quella effettuata dal Ministero della Sanità, a partire dal 1990, sulla utenza e l'attività dei *SeRT* (Servizi pubblici per le tossicodipendenze) o quella del Ministero di Grazia e Giustizia sui "procedimenti instaurati nei confronti dei tossicodipendenti" o ancora il monitoraggio sull'attività delle Forze di Polizia nel settore degli stupefacenti, curata dal Ministero degli Interni.
L'indagine che vanta la più lunga tradizione è quella sui tossicodipendenti in trattamento presso i Servizi Sanitari pubblici e le strutture socio-riabilitative: dal 1984, con cadenza di rilevazione trimestrale, il Ministero degli Interni fornisce dati statistici sulle principali caratteristiche demografiche e sulla localizzazione territoriale della popolazione tossicodipendente in trattamento, secondo il tipo di struttura utilizzata (SeRT, Centri di prima accoglienza, Centri di reinserimento).
Una ricognizione completa delle fonti informative pubbliche sulla tossicodipendenza è riportata nel seguente quadro sinottico in cui si evidenziano le principali caratteristiche delle rilevazioni (Ente che effettua la rilevazione, unità presso cui si raccolgono le informazioni, anno di inizio, periodicità, tipo di rilevazione e i principali contenuti informativi oggetto di indagine). Tali rilevazioni per la loro rilevanza a livello nazionale, sono entrate a far parte del Programma Statistico Nazionale e vengono diffuse attraverso specifiche pubblicazioni.
In realtà l'auspicata armonizzazione e razionalizzazione dell'attività conoscitiva pubblica sulla tossicodipendenza è ancora un obiettivo da perseguire essendo l'informazione ancora fortemente caratterizzata dal tradizionale utilizzo che ne viene fatto a sostegno delle decisioni e della gestione degli enti preposti alle rilevazioni. La prima considerazione che consegue all'analisi di questa rassegna è che qualsiasi informazione è sempre limitata a quello che viene definito il fenomeno di secondo grado ovvero l'utenza dei servizi pubblici, mentre sfugge completamente all'osservazione statistica quello che è il fenomeno primario: la tossicodipendenza. In Italia, così come avviene in altri Paesi, non è possibile quantificare l'entità reale del fenomeno: non si conosce né il numero di soggetti tossicodipendenti, ovvero la prevalenza, né si è in grado di stimare l'incidenza cioè il numero di nuovi soggetti nell'anno.
Un limite questo che è intrinseco alla natura stessa del fenomeno che si intende quantificare: l'esperienza dell'assunzione di droga in molti casi rimane un fatto

personale, che si consuma in spazi privati, al riparo da interferenze esterne o sanzioni penali.
Dalla molteplicità di rilevazioni effettuate dal Ministero di Grazia e Giustizia e dal Ministero della Difesa emerge che nella sfera dell'informazione pubblica il problema della devianza e del controllo sociale viene percepito come prioritario; i vari indicatori deducibili da tali fonti si riferiscono ad esempio al numero di tossicodipendenti imputati o condannati, al quantitativo di sostanza stupefacenti sequestrate o ancora al numero di denunce per detenzione o spaccio di droghe.
Nella loro genericità questi indicatori consentono una stima, ancorché approssimata, che tuttavia si presta a descrivere la dinamica del fenomeno in termini delle caratteristiche legate ai problemi di ordine pubblico e giudiziario.
Proprio per le finalità con cui tali rilevazioni sono state disegnate le carenze informative più rilevanti si registrano in relazione ad un controllo conoscitivo che abbia invece obiettivi preventivi e terapeutici; su questi aspetti si dovrebbe incentrare una diffusione di notizie e conoscenze che diano l'esatta misura di quali siano le forze in gioco.

Ricognizione delle fonti informative sulla tossicodipendenza

Denominazione	ente di rilevazione	unità di rilevazione	anno inizio	tipo di rilevazione	oggetto della rilevazione
Utenza e attività dei *SerT*	Ministero della Sanità	*SerT* (576)	1990	Annuale	- Caratteristiche socio-demografiche degli utenti tossicodipendenti - Struttura e personale dei *SerT*
Fenomeno della tossicodipendenza in ambito militare	Ministero della Difesa	Ospedali militari	1988	Semestrale	Tossicodipendenti in ambito militare
Tossicodipendenti in trattamento presso i *SerT* e le strutture socio-riabilitative	Ministero dell'Interno	*SerT* e strutture socio-riabilitative (900)	1984	Trimestrale	- Tossicodipendenti in cura - Strutture
Monitoraggio sull'applicazione dell'art.75 (sanzioni amministrative) TU leggi in materia di droga DPR 309/90	Ministero dell'Interno	Forze di polizia	1990	Continua	Consumatori e detentori di sostanze stupefacenti segnalati alle Prefetture
Rilevazione dei procedimenti instaurati nei confronti dei tossicodipendenti	Ministero di Grazia e Giustizia	Uffici Giudiziari (702)	1990	Bimestrale	Procedimenti e provvedimenti (L. 309/90)
Detenuti tossicodipendenti	Ministero di Grazia e Giustizia	Uffici di statistica degli istituti penitenziari (202)	1986	Semestrale	Detenuti tossicodipendenti
Cause di decesso per assunzione di stupefacenti	Ministero dell'Interno	Dipartimento di PS Direzione centrale dei servizi antidroga	1984	Semestrale	Decessi desunti dalle attività delle forze di polizia nel settore degli stupefacenti

Il Censimento della popolazione: un'altra possibile fonte informativa sulla tossicodipendenza.

Rimanendo nell'ambito delle fonti informative ufficiali sarebbe possibile arricchire il quadro conoscitivo di un tale fenomeno, in continua evoluzione e sempre più presente in tutti gli strati della popolazione, anche se con caratteristiche diversificate, utilizzando scientificamente ogni strumento tecnico e ogni fonte informativa disponibile come occasione di consapevolezza e di conoscenza. Informazioni aggiuntive o di confronto possono essere dedotte ad esempio da alcune rilevazioni di fonte amministrativa, basti pensare alla rilevazione sulle cause di

morte dalle quali è possibile stimare i decessi correlati all'assunzione di sostanze stupefacenti Limitatamente ai tossicodipendenti residenti in convivenze, alle fonti tradizionalmente usate se ne aggiunge ora una nuova: il Censimento della popolazione 1991.
L'ultimo Censimento infatti, oltre le finalità primarie di esaustività della conta censuaria, ha ampliato i suoi ambiti conoscitivi rivolgendo la sua attenzione anche a specifiche realtà sociali.
L'inclusione delle comunità terapeutiche e di recupero per tossicodipendenti tra i nuovi tipi di convivenze oggetto di rilevazione, rappresenta una innovazione significativa e un contributo importante per la definizione di un quadro preliminare e di confronto di una realtà sociale che, come è noto è di difficile individuazione, essendo caratterizzata da clandestinità o nella migliore delle ipotesi, almeno dal punto di vista della raccolta dei dati, quando il contatto con le istituzioni rende il fenomeno socialmente visibile, dai contorni estremamente sfumati a causa del carattere vario e fluttuante di tale contatto.
Al di là di questi limiti intrinseci che ostacolano l'individuazione di un universo di riferimento si dispone attualmente dei risultati della rilevazione censuaria della popolazione tossicodipendente che è venuta a contatto o risiede permanentemente in comunità o centri di assistenza.
Per la prima volta dunque, in occasione della scadenza censuaria, si rende disponibile un set sufficientemente ampio di informazioni con cui tracciare un profilo socio-demografico sia degli ospiti residenti sia degli ospiti temporaneamente presenti o assistiti all'interno di tali comunità.
Tra i membri permanenti, ovvero quelli che nella comunità hanno trasferito la propria residenza, è possibile distinguere tra quanti prestano impiego o lavoro (ad esempio personale direttivo, amministrativo, sanitario ecc.), purché non costituisca famiglia a sé stante; dagli ospiti veri e propri che rappresentano l'utenza di tossicodipendenti residente e sono l'oggetto della presente analisi descrittiva.
Le informazioni rilevate su tali soggetti sono schematicamente riportate nel prospetto1. Oltre alle classiche informazioni di carattere strutturale (sesso, età, stato civile, istruzione, condizione e posizione con riferimento alla eventuale presenza nel mercato del lavoro) sono disponibili anche notizie sulla durata della permanenza in comunità relativamente sia all'ultima esperienza sia ad eventuali esperienze precedenti, in modo da avere non solo una conoscenza approfondita del tipo di persone che vivono in comunità ma anche del tempo in essa trascorso.
La componente meno stabile, che a vario titolo è in carico alle Comunità terapeutiche, è stata censita come non residente, temporaneamente presente nella comunità e al suo riguardo sono state acquisite solo le notizie per valutarne la consistenza numerica e le caratteristiche che ne consentono un'analisi della struttura demografica, il che comunque si pone come punto di partenza per la progettazione di eventuali approfondimenti nonché come termine di confronto con le risultanze di altre indagini conoscitive a carattere ufficiale e non.
Le informazioni censuarie rappresentano un ulteriore tassello in vista della acquisizione di un quadro conoscitivo sempre più completo all'interno del quale sia

possibile una lettura integrata delle molteplici informazioni attualmente esistenti e che a tutt'oggi forniscono solo descrizioni disorganiche e frammentarie i e non sono in grado di produrre reale conoscenza e comprensione del fenomeno.

PROSPETTO 1 – CENSIMENTO 1991: QUESITI RELATIVI AI MEMBRI DELLA CONVIVENZA PERMANENTI O TEMPORANEI

PERMANENTI (CP.2 SEZ.I)				TEMPORANEI (CP.2 SEZ. II) 2
CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE	ISTRUZIONE E FORMAZIONE	LAVORO	ALTRE VARIABILI	
Posizione nella convivenza	Titolo di studio	Condizione	Tipo della convivenza	Posizione nella convivenza
Sesso	Eventuale specializzazione post laurea o dottorato di ricerca	Ore di lavoro effettuate nella settimana	Durata della permanenza	Dimora abituale (cod. Comune)
Luogo di nascita	Frequenza corso regolare di studio	(se occupato o alla ricerca di nuova occupazione)	Presenza di familiari in vita	Cittadinanza
Data di nascita	Frequenza corsi di formazione professionale	Posizione nella professione	Dimora abituale del familiare più vicino	Sesso
Stato civile		Professione		Data di nascita
Data di matrimonio		Attività economica		Stato civile
Cittadinanza (se straniero)				
Anno di trasferimento della dimora abituale in Italia				
Luogo di presenza alla data del censimento				
Motivo eventuale temporanea assenza				
Luogo di dimora abituale nel 1986				
Dimora in convivenza o in famiglia nel 1986				

Gli ospiti in trattamento residenti nelle comunità

Tra coloro che risiedono nelle comunità circa il 65% sono ospiti, tossicodipendenti o ex tossicodipendenti. Tra di loro si registra un'ampia prevalenza di uomini (70%). Interessante è la composizione per fasce di età: oltre il 70% degli ospiti ha un'età inferiore ai 35 anni. La classe di età più rappresentata è quella tra 25 e 29 anni che da sola rappresenta il 26% dei casi. Occorre segnalare tuttavia anche una elevata presenza di giovanissimi (16%), particolarmente accentuata tra le donne. Non sorprende la proporzione di giovanissimi presenti nelle comunità. È noto infatti da ricerche condotte sulle loro storie di vita che quasi la metà dei tossicodipendenti ha il primo contatto con la droga entro i 14 anni e oltre il 90% ha questa esperienza entro i 18 anni. È ovvio quindi che questo periodo rappresenta l'età di massima esposizione al rischio. Si tratta nella quasi totalità di persone senza esperienza matrimoniale: oltre il 90% sono celibi o nubili.

È il caso di sottolineare che questa proporzione di individui non coniugati è più elevata di quella degli ospiti in trattamento non residenti (80%). Probabilmente la scelta stessa di risiedere in comunità discende anche, talvolta, dalla mancanza di un legame matrimoniale che comunque, al di là delle differenze tra gruppi, è la situazione assolutamente prevalente per tutti i tossicodipendenti.

Un aspetto fortemente allarmante è il basso livello di scolarità raggiunto: se un ospite su 5 ha un titolo di scuola media superiore oltre il 50% ha invece solo la scuola dell'obbligo; e il 30% non ha nemmeno concluso la scuola dell'obbligo. Questo dato, che mette in luce un grande fenomeno di sotto scolarizzazione di questa popolazione, se rapportato al resto della popolazione nelle stesse classi di

età, è in parte il risultato del disagio scolastico che si associa molto frequentemente alla tossicodipendenza. Tra i tossicodipendenti si hanno infatti percentuali elevate di abbandono del percorso di istruzione come risulta da precedenti ricerche (Barbero-Avanzini, 1981) in conseguenza della difficoltà a conciliare scuola e tossicodipendenza. Il fenomeno è tanto più elevato quanto più precoce è l'inizio della dipendenza (Moriconi, 1994). Va comunque detto che l'associazione tra abbandono scolastico e tossicodipendenza può a sua volta essere la risultante di una sottostante situazione di disagio sociale, familiare e psicologico.
Solo il 7% si dichiarano occupati, il che significa che hanno una occupazione retribuita. Ciò non vuol dire che queste persone non svolgano un lavoro nella comunità. è noto che la maggioranza di coloro che risiedono nelle comunità si impegnano attivamente e stabilmente in lavori socialmente utili. La bassissima proporzione di occupati è evidentemente da associare al percorso terapeutico intrapreso nella comunità. I tossicodipendenti che scelgono di vivere in questo contesto si lasciano alle spalle anche l'eventuale lavoro che avevano prima dell'ingresso nel centro. A differenza di quanto accade per il rapporto con la scuola che viene molto spesso a cessare in una fase precoce o era già cessato all'inizio della tossicodipendenza, il rapporto con il mondo del lavoro è presente per la maggioranza dei tossicodipendenti prima dell'ingresso in comunità (anche per l'ovvio problema di disporre di risorse per l'acquisto delle sostanze) ma viene abbandonato a partire da questo momento. Di conseguenza tra queste persone troviamo percentuali di occupati molto basse e non comparabili con quelle della popolazione tossicodipendente non in trattamento. Poco meno di un terzo di questi ospiti risiedono nella comunità da meno di un anno, ma si registrano anche presenze significativamente lunghe: circa il 17% vi si trova da oltre 10 anni.

Ospiti residenti in trattamento	
sul totale dei residenti	65%
Maschi	70%
Persone con meno di 35 anni	70%
Persone non coniugate	90%
Senza certificato della scuola dell'obbligo	30%
Occupati	7%
Residenti in comunità da meno di 1 anno	30%

Censimento della popolazione 1991

Gli ospiti non residenti

Circa 17.000 ospiti temporanei sono stati registrati nelle comunità al momento del censimento. Per il 72% si trattava di uomini e per il rimanente 28% di donne. Dunque, l 'immagine corrente della tossicodipendenza, quale scaturisce dagli utenti delle comunità terapeutiche, è quella di un fenomeno prevalentemente maschile. La distribuzione per età evidenzia, come tra gli ospiti residenti, una forte presenza di giovani e giovanissimi. La classe di età più rappresentata è quella tra i 25 e 29 anni. per entrambi i sessi, ma negli uomini il tasso di concentrazione in questa classe arriva al 35% mentre nelle donne è del 26%. È da segnalare una presenza molto rilevante di giovanissime (con meno di 19 anni): si tratta del 17% delle tossicodipendenti, mentre per gli uomini tale quota è del 11%. Questa distribuzione è molto simile a quella dei tossicodipendenti residenti ma è un po' più sbilanciata verso le classi di età giovani (fino a 24 anni), in particolar modo per le donne. Sebbene si registri circa il 79% di celibi o nubili, è però presente, in misura chiaramente minoritaria (17%) anche una proporzione di coniugati.

Il tasso di celibato degli uomini è sensibilmente più elevato di quello delle donne: 83% contro 66% rispettivamente.
È interessante segnalare che la distribuzione dei tossicodipendenti per provincia di residenza abituale riflette abbastanza da vicino quella delle morti per overdose, poiché ai primi posti della graduatoria delle province di provenienza si trovano Milano, Roma, Napoli Torino e Catania.
Complessivamente però la provenienza dei soggetti in trattamento è distribuito su tutto il territorio, portando in evidenza la ormai chiara disseminazione del problema in tutte le zone d'Italia.
In conclusione, l'immagine che si delinea del tossicodipendente in trattamento presso le comunità, a partire da questi dati molto sintetici, è ancora una volta quella di un fenomeno fortemente caratterizzato dalla presenza di giovani e giovanissimi, molto maschile e associato ad un depauperamento socio-culturale dell'individuo che è per lo più dequalificato dal punto di vista scolastico ed estraniato, in questo stadio, dal mercato del lavoro. La mancanza di un ruolo sociale si accompagna, anche per i meno giovani, ad una mancanza di ruolo familiare. Questi individui non formano, al di là di qualche caso, nuclei familiari propri e si trovano in quello che è stata definita una adolescenza interminabile.

TOSSICODIPENDENTI NON residenti	
Numero	17.000
uomini	70%
donne	72%

Persone al di sotto dei 35 anni	72%
tra le donne: 66%	66%
tra gli uomini: 83%	83%

Province di provenienza (graduatoria)
1 Milano
2 Roma
3 Napoli
4 Torino
5 Catania

Censimento della popolazione 1991

La mortalità per overdose in Italia: andamento temporale e descrizione geografica

DI SUSANNA CONTI

Per descrivere questo fenomeno, ci si è avvalsi delle due principali fonti di dati in Italia: la base di dati sulla mortalità italiana, elaborata dal Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità a partire dalle rilevazioni ufficiali svolte dall'ISTAT e le pubblicazioni della Direzione Centrale per i Servizi Anti-droga del Ministero degli Interni.
L'anno più recente per il quali, in entrambe le fonti, vi sono dati completi, è il 1991. Per quanto riguarda i dati di mortalità, le cause di decesso vi sono codificate secondo la Classificazione Internazionale delle Cause di Morte; il codice che indica le morti per overdose è "304". Per descrivere la mortalità dovuta all'overdose, ne riportiamo il Tasso di Mortalità Standardizzato: si tratta di un indicatore statistico-epidemiologico che mette in rapporto il numero di eventi (in questo caso di morti per overdose) con la popolazione generale, correggendo per la distribuzione per età; questo tasso viene riferito a 100.000 persone.
Per prima cosa occorre precisare che il fenomeno dell'overdose riguarda in larghissima prevalenza gli uomini: per le donne l'overdose si mantiene ancora al di sotto dell'1 per 100.000. Dunque, tra gli uomini il tasso di mortalità per overdose è andato sempre aumentando, a partire dall'inizio degli anni 80; era di 0.51 per 100.00 nel 1980, di 0.69 nel 1985 ed è di 3.21 nel 1991.
L'età media di coloro che muoiono per overdose è andata aumentando: era di 23.5 anni per gli uomini e 21.4 nelle donne nel 1980 ed è diventata di 28.1 anni per gli uomini e 28.7 anni per le donne nel 1991.
La classe di età in cui si concentra la maggioranza dei casi (60,7%) è quella compresa tra 25 e 34 anni. In essa l'aumento nel tempo è ancora più evidente: il tasso era di 1.20 nel 1980, di 2.53 nel 1985, per arrivare a 14.62 nel 1991.
Se questa è in generale la situazione italiana, sono da rilevare le differenze regionali: le regioni in cui il tasso è più elevato sono: la Liguria (28.9), la Lombardia (26.1), il Piemonte (20.8), l'Emilia Romagna (18.5), il Lazio (16.3) e la Puglia (14.8). Le regioni in cui il tasso è più basso sono invece la Calabria (2.43), la Basilicata (3.63) e la Sicilia (5). Il quadro completo è fornito dalla Tabella 1.
La Tabella 2 mostra le prime dieci cause di morte tra i giovani uomini di di età 25-34 anni, in Italia nel 1991: l'overdose è al terzo posto, con un contributo del 10,1%, dietro l'AIDS (18,4%) e gli Incidenti Stradali (18,4%). Vi sono però delle regioni, quali la Liguria ed il Friuli, in cui è al secondo posto. Quando si vanno a confrontare questi dati, provenienti dalla mortalità generale, con quelli più specifici sul fenomeno droga del Ministero degli Interni, si osserva come questi ultimi risultino sempre più elevati. La differenza tra le due rilevazioni è stata analizzata nel tempo e nello spazio, come è riassunto dalla Tabella 3; da essa si evince come le rilevazioni del Ministero degli Interni siano in larga prevalenza superiori a quelle dell'ISTAT, tranne l'eccezione del Lazio, che meriterà un'indagine ad hoc.

Tenendo conto delle caratteristiche delle due fonti, l'una di carattere generale e l'altra assai specifica, questo risultato non deve sorprendere, ma deve suggerire invece una migliore integrazione tra le diverse rilevazioni.

TAB.1 – Mortalità per overdose nelle regioni italiane. Uomini di età 25-34 anni, anno 1991 (Fonte ISTAT/ISS)

Regione	Tassi (100.000)	Regione	Tassi (100.000)
Piemonte	20,84	Umbria	4,78
Valle d'A.	20,80	Lazio	16,28
Liguria	28,86	Campania	6,89
Lombardia	26,05	Abruzzi	8,46
Trentino	10,04	Molise	9,03
Veneto	11,32	Puglie	14,77
Friuli VG	13,15	Basilicata	3,63
Emilia R	18,50	Calabria	2,43
Marche	9,99	Sicilia	4,97
Toscana	13,22	Sardegna	12,81

Tab.2-Le dieci principali cause di morte tra gli uomini di età 25-34 anni nel 1991 (N°morti=6.520)

ranghi	cause	% morti
1	Incidenti stradali	**18,5**
2	Aids	**18,4**
3	Overdose	**10,1**
4	Cancro	**7,8**
5	Suicidio	**6,8**
6	Omicidio	**6,7**
7	Incidenti Vari	**6,2**
8	Malattie del Cuore	**5,1**
9	Malattie mal definite	**3,7**
10	Cirrosi	**2,2**

Tabella 3 - Trend temporale delle differenze percentuali tra le rilevazioni del Ministero degli Interni e dell'Istat sulle overdosi (uomini e donne) per regione di decesso.

Regioni	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991*	M	I
Piemonte	-114,3	10,3	-26,7	0,0	6,5	2,4	3,4	-8,1	10,3	145	130
Valle d'A.	0,0	0,0	50,0	-	25,0	50,0	-	-33,3	14,3	7	6
Lombardia	13,3	6,1	1,4	10,0	22,4	8,5	12,2	-7,0	-2,5	355	364
Trentino A.A.	25,0	0,0	-	100,0	58,3	33,3	5,9	-7,1	22,2	27	21
Veneto	16,0	14,3	47,8	35,0	38,0	13,8	0,0	6,0	10,7	75	67
Friuli V.G.	50,0	40,0	50,0	25,0	44,4	-40,0	40,0	-7,7	21,7	23	18
Liguria	-10,0	50,0	-50,0	61,1	75,7	64,3	36,9	25,0	38,3	94	58
Emilia R.	25,9	31,6	33,3	4,2	38,6	25,0	4,5	7,0	15,1	126	107
Toscana	-8,3	17,4	-33,3	33,3	12,5	17,0	11,6	7,7	13,7	73	63
Umbria	-	0,0	0,0	50,0	33,3	0,0	28,6	0,0	18,2	11	9
Marche	25,0	25,0	0,0	0,0	28,6	0,0	50,0	20,0	5,6	18	17
Lazio	-56,7	-23,1	-28,9	-51,9	11,3	6,4	-20,2	-28,2	-31,4	118	155
Abruzzi	0,0	0,0	-100	50,0	100,0	0,0	-16,7	11,1	33,3	18	12
Molise	-	0,0	-	-	-	-	33,3	-	66,7	3	1
Campania	-66,7	15,6	28,6	70,0	69,4	60,0	45,3	51,3	61,7	107	41
Puglie	-33,3	25,0	28,6	0,0	31,0	0,0	-5,2	8,5	8,9	79	72
Basilicata	33,3	0,0	-	-	100,0	25,0	0,0	20,0	20,0	5	4
Calabria	-	0,0	-100,0	0,0	50,0	57,1	66,7	45,0	80,0	10	2
Sicilia	58,3	40,0	37,5	53,3	70,8	11,1	25,9	26,7	31,9	47	32
Sardegna	-50,0	50,0	0,0	100,0	37,5	54,5	42,9	30,4	31,6	38	26
Italia	**-0,8**	**11,7**	**3,8**	**15,3**	**34,1**	**17,8**	**10,8**	**4,0**	**12,6**	**1379**	**1205**

(*) Per questo anno sono riportati i valori assoluti delle due rilevazioni M = Ministero degli Interni I = Istat

Analisi della gestione dei fondi "antidroga" 1990/93

DI ANTONELLO MARZANO

La legge Jervolino-Vassalli ha previsto il finanziamento di progetti d'iniziativa di soggetti privati finalizzati alla prevenzione, al recupero, alla riabilitazione di soggetti tossicodipendenti ed alla lotta al fenomeno della diffusione dell'AIDS. Le somme messe in gioco sono estremamente rilevanti (nell'ordine di alcune centinaia di miliardi all'anno), mentre come vedremo non è stato previsto un soddisfacente sistema di controllo sulla attendibilità delle iniziative finanziate, sui requisiti propri dei progetti e dei soggetti responsabili della loro corretta attuazione, così come richiesto dalla legge. Vista la cospicua entità delle somme messe in gioco (di molto superiori a quelle stanziate in altri paesi), le domande da porsi a quattro anni dalla entrata in vigore della legge, sono le seguenti:

1) qual è stata la "resa" - in termini di una corretta ed effettiva realizzazione delle iniziative e dei progetti - degli investimenti andati a finanziare alcune centinaia di centri, comunità, associazioni, strutture di vario genere un po' in ogni regione del paese?
2) quali i risultati finora ottenuti grazie alle iniziative finanziate col denaro dello Stato?

A queste domande tenteremo di rispondere, ma vedremo come a causa delle vistose lacune evidenziate dal sistema dei controlli, gli esiti che sarebbe lecito attendersi sono assai deludenti se commisurati ai massicci investimenti operati. Quest'ultimo aspetto presenta risvolti politici non trascurabili. Al contrario dell'antiproibizionismo, che taglia alla radice le ragioni economiche (strutturali) del fenomeno delle tossicodipendenze, la risposta proibizionista va invece commisurata alla sempre crescente dimensione che questo viene via via assumendo. Essa "deve" per sua stessa natura impegnare energie, sforzi, risorse economiche ed umane tanto più rilevanti quanto più solido ed agguerrito si fa il "nemico" che si intende combattere in quella che, non per niente, viene definita una vera e propria "guerra" alla droga. Una guerra, del resto, è una guerra, e la guerra alla droga, che è "la" guerra dei nostri giorni (o della nostra epoca) rappresenta il luogo in cui le democrazie dei nostri moderni stati si confrontano con le loro contraddizioni e nel quale si giocano scommesse che ne possono mettere in discussione la stessa sopravvivenza. Ciò che va messo in conto, però, è anche il costo che, in termini economici ma non solo, politici e sociali, una guerra di tal fatta richiede. Ed il bilancio da fare, volta per volta, battaglia per battaglia, è quello fra i costi e i benefici della strategia nel suo complesso. In Italia, a quattro anni dalla scesa in campo della corazzata Jervolino-Vassalli, la guerra alla droga non sembra aver lasciato sul campo troppi corpi di avversari, perché non sembra aver nemmeno un poco messo in crisi le grandi organizzazioni criminali nè ridimensionato gli enormi profitti che il monopolio del "mercato nero" a buon diritto garantisce loro. Tutt'altro. Gli unici cadaveri riconoscibili (ci si dice sempre che siano meno di quelli dell'anno precedente...) sono quelli di qualche poveretto che si è trovato a

passare sul luogo di "battaglia" in un momento meno fortunato della sua esistenza. Incidenti di percorso, di nessun conto o quasi, come quella decina di giovani e meno giovani ammazzati a Palermo nel giro di pochi giorni, ad agosto, da una droga forse troppo pura; incidenti su cui non occorre stare troppo a recriminare, se i nostri duri e puri alfieri del proibizionismo ci garantiscono la vittoria, prima o poi. Anche questi, come e più di quelli che andiamo a calcolare, vanno annoverati fra i "costi" del proibizionismo e delle sue inutili battaglie.

I dati

Finanziamenti della legge sulle tossicodipendenze nel quadriennio 1990/1993

Fra il 1990 ed il 1993 sono stati disposti, e concessi per la massima parte, finanziamenti stimabili in circa 1.666,565850 mld, per progetti di prevenzione, recupero, riabilitazione, reinserimento siciale di tossicodipendenti e per il contenimento dell'AIDS.

I fondi sono stati così suddivisi (vedi tab. allegata):

- circa 368,243 mld a COMUNI E REGIONI (ex art.127) e tramite questi ad Enti, cooperative ed associazioni di privati
- circa 257,374 mld a MINISTERI (ex art.127)
- circa 109,200 mld al MINISTERO DELL'INTERNO (ex art.131-132) per finanziamento di progetti di associazioni e cooperative private (solo triennio 90-92)
- circa 60,000 mld al MINISTERO DEL LAVORO (ex art.134) per progetti finalizzati al reinserimento sociale di tossicodipendenti (solo triennio 90-92)
- circa 300,000 mld al MINISTERO DEI LAVORI PUBBLICI (ex art.128) per progetti finalizzati all'acquisto, alla locazione, alla costruzione di strutture edilizie da destinare a sedi di comunità, ecc.ecc. (solo triennio 90-92)
- circa 511,200 mld ai *SerT* per il potenziamento dei servizi (solo triennio 90-92)
- per un totale di 1.666,565850 mld di "pizze e fichi" di cui parlava il Prefetto Sotgiu quando si lamentava dell'esiguità dei fondi a disposizione per la cosiddetta lotta alla droga in una trasmissione televisiva.

L'emersione del fenomeno come segnale di un aumento della diffusione

Nel settembre 1990 (prima del varo della Jervolino-Vassalli) si aveva:

SERVIZI SANITARI PUBBLICI	527 (521 censiti)	38.999 utenti
COMUNITÀ TERAPEUTICHE	434 (421 censite)	11.381 utenti
TOTALE STRUTTURE	961 (942 censite)	50.380 utenti

Nel dicembre 1993 (dopo tre anni di applicazione della legge) si aveva:

SERVIZI SANITARI PUBBLICI	561 (537 censiti) *(+6,3%)*	65.313 utenti *(+67,5%)*
COMUNITÀ TERAPEUTICHE	681 (664 censite) *(+56,9%)*	16.117 utenti *(+41,5%)*
STRUTTURE SOCIO-RIABILITATIVE	1.249 (incl. le CT) *(+187%)*	25.267 utenti *(+123%)*
TOTALE STRUTTURE	**1.810**	**90.580 utenti**

(alle C.T. a partire dal marzo del 1993, vanno aggiunti i centri di prima accoglienza CPA, e i centri di reinserimento CR, per ottenere il totale delle strutture socio-riabilitative SSR)

I Controlli

Possono essere di due tipi:

a) quelli finalizzati ad una verifica contabile-amministrativa circa la corretta utilizzazione delle somme ricevute;
b) quelli tesi a valutare l'efficacia degli interventi realizzati e dei programmi svolti.

Fino ad oggi essi sono stati effettuati attraverso due distinti canali, fra loro assolutamente separati. La S.I.M. (Società Italiana di Monitoraggio), incaricata nel 1991 dal Dipartimento Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri; le Prefetture.

1. La SIM ha operato verifiche su 8 progetti finalizzati nel 1990 in altrettanti Comuni (3 del Nord, 3 del centro, 2 del mezzogiorno), su di un totale di 244 PROGETTI FINANZIATI NEI COMUNI, e verifiche su 13 progetti finanziati nel 1991 (delle quali solo 8 ultimate ad oggi...) su di un totale di 619 PROGETTI FINANZIATI in quell'anno. In totale, quindi, su 863 progetti finanziati nel biennio 1990-91, la SIM, ha operato soltanto 16 verifiche complete. Il risultato di tali verifiche è stato il seguente:

NEGATIVO	per 5 progetti su 16	31,25% dei casi
PARZIALMENTE POSITIVO	per 5 progetti su 16	31,25% dei casi
POSITIVO	per 5 progetti su 16	37,50% dei casi

2. I controlli delle Prefetture sono anch'essi scoraggianti, ma forse più significativi perché effettuati su un numero molto maggiore di iniziative.

PROGETTI FINANZIATI NEL	ESITO (% sul totale dei casi)	
	NEGATIVO	POSITIVO
1990	18.3	80.6
1991 *	43.9	55.3
biennio 90/91 **	36.6	62.5

* verifiche su 526 iniziative sul totale delle 619 finanziate
** verifiche su 736 iniziative sul totale delle 863 finanziate

In particolare si è avuto, disaggregando i dati per tipologia di progetto:

PREVENZIONE	esito POSITIVO	nel 64,3% dei casi
RECUPERO	esito POSITIVO	nel 61,1% dei casi
REINSERIMENTO	esito POSITIVO	nel 58,5% dei casi

Raffrontando per quanto possibile i dati delle verifiche delle prefetture con quelli delle SIM, si vede come i dati percentuali riferiti agli esiti negativi sono abbastanza simili (il 36,6% delle Prefetture rispetto al 31,25% della SIM, cui però andrebbe comunque aggiunta una parte degli esiti cosiddetti "parzialmente positivi"). Possiamo quindi dire che, dai pochi ed insoddisfacenti controlli fin qui eseguiti, più di 1/3 dei progetti finanziati nel biennio 1990/91 non hanno superato l'esame dei controlli e delle verifiche.

Certo sarebbe da chiarire quali siano i criteri secondo cui si operano le scelte e si valutano le iniziative in termini di maggiore o minore efficacia.

Ma in molti casi si tratta, come sappiamo, di programmi finanziati e mai avviati, o do programmi avviati con tale pressapochismo da lasciare intravedere l'assenza di ogni professionalità ed un puro intento speculativo, di cui è del resto sintomo la "corsa al finanziamento" denunciata dallo stesso Dipartimento.
La percentuale di controlli negativi così rilevata è assolutamente inaccettabile e, secondo ogni ragionevole previsione, destinata a crescere con i dati relativi al 1992 e 1993. Essa non è semplicisticamente valutabile come un normale incidente di percorso, come sembra invece emergere dalla lettura delle ultime Relazioni del Dipartimento. È invece il sintomo più che della corsa al finanziamento, del consolidarsi nel corso di questi anni di una vera e propria TECNICA DI ACCESSO AL FINANZIAMENTO, spesso come si vede coronata da successo, quale strumento di affermazione di una INDUSTRIA DEL RECUPERO, come altrove da noi denunciato.
Questo fenomeno fa leva su due gravissime lacune riscontrabili nella meccanica della gestione e della distribuzione dei fondi:

a) i colpevoli ritardi nella istituzione degli ALBI DEGLI ENTI AUSILIARI, con la conseguente definizione dei REQUISITI DEGLI OPERATORI;
b) i ritardi ancor più gravi ed inspiegabili nell'istituzione dell'annunciatissimo NUCLEO OPERATIVO.

È attraverso l'assenza di questi strumenti che si è di fatto reso possibile:

A) l'accesso al finanziamento da parte di operatori senza scrupoli, motivati esclusivamente dalla possibilità di ottenere i contributi, e spesso spregiudicati a tal punto da non avviare neppure i programmi finanziati dallo Stato. Altre volte interessati comunque a rendere operativa una struttura che, se ben avviata, si può dimostrare una generosa fonte di ulteriori finanziamenti (le rette delle USL, eventuali contributi regionali, altre linee di finanziamento dello Stato);
B) il mantenimento in vita di strutture che continuano ad operare, adeguatamente assistite e finanziate, nella pressoché totale assenza di controlli sull'efficacia e la qualità del lavoro svolto, in condizioni di oggettiva impunità.

La ormai evidente assenza della volontà politica di procedere a colmare i "buchi neri" della legge, non può essere giustificata con la tradizionale farraginosità della nostra legislazione né con la connaturata macchinosità dei nostri apparati burocratico-amministrativi. Lo stesso Ministero dell'Interno avanza seri dubbi sull'efficacia del costituendo NUCLEO OPERATIVO e, anzi, sembra metterne in discussione la stessa utilità quando afferma l'opportunità di affidare alle Prefetture la responsabilità di controlli che, per loro stessa natura, comportano un'attività capillare e continuativa nel territorio. Il Ministero dell'Interno afferma quindi la necessità di creare degli organismi ad hoc all'interno delle singole Prefetture, al fine di effettuare adeguati controlli anche per quei progetti finanziati ai sensi della legge n.216/91 per i minori a rischio di coinvolgimento in attività criminose. Infine, esso si spinge a chiedere il ripristino della linea di finanziamento diretto tramite lo stesso Ministero dell'Interno prevista dagli artt.131-132 del T.U.309/90 ed interrotta nel 1993 con l'accentramento della gestione finanziaria presso la Presidenza del Consiglio.

Conclusioni

Come si vede, i dati sono estremamente deludenti, e segnalano con tutta evidenza un approssimativo livello di professionalità nella gestione dei fondi, delle scelte delle iniziative da finanziare, e quindi della serietà ed efficacia dei progetti.

Compito del legislatore, delle forze politiche e sociali, e di ogni soggetto istituzionale seriamente impegnato nel problema delle tossicodipendenze, dovrebbe essere quello di realizzare le condizioni di una sorta di ottimizzazione del rapporto costi/benefici. Uno strumento utile a questo fine potrebbe essere la individuazione di concreti e ragionevoli modelli e parametri di riferimento ai quali ispirarsi nella scelta dei progetti, nella determinazione dei requisiti degli operatori, e nella valutazione della qualità complessiva dei risultati ottenuti dalle singole iniziative. Si tratterebbe, in sostanza, di riuscire a definire un quadro di parametri attraverso i quali sia possibile "misurare" l'efficacia dell'operato di una comunità assistita e finanziata dallo Stato, l'efficacia dei programmi di recupero e di riabilitazione, ecc. ecc., in rapporto ai costi che esse comportano. All'interno di questo quadro si potrebbe delineare, finalmente, una sorta di identikit della singola struttura (numero di tossicodipendenti in cura, numero di giorni di permanenza media, numero medio di giorni necessari per un recupero "definitivo" o per un "primo recupero", percentuale media di tossicodipendenti recuperati su quelli avuti in cura, calcolata per periodi temporali determinati, stabilendo prima che cosa si voglia intendere per recupero definitivo o primo recupero, ecc. ecc.).

Il quadro di parametri indicatori dell'efficacia dei programmi finanziati può invece riguardare interi gruppi di strutture facenti capo ad una medesima organizzazione centrale (ad esempio tutte le strutture di *Saman*, o tutte quelle facenti parte di *Comunità Incontro*, ecc. ecc.), individuando per ciascuno di essi gli elementi interessanti, quali ad esempio: il finanziamento annuo ricevuto, il numero medio complessivo di tossicodipendenti transitati attraverso quelle strutture ed il periodo medio di permanenza, il costo medio per tossicodipendente avuto in cura, il numero di tossicodipendenti recuperati e la loro percentuale su quelli transitati, il costo medio per tossicodipendente recuperato, ecc. ecc.).

Sarebbe così possibile verificare l'efficacia dell'azione svolta ed il suo costo, mettere a confronto i risultati delle singole comunità o gruppi di comunità, e premiare in seguito quei programmi e quelle iniziative che si dovessero rivelare più efficaci a parità di finanziamento, penalizzando e scartando invece quelle meno efficaci, inutili o puramente strumentali. È evidente che per intraprendere questa strada occorre che le comunità escano da quella sorta di condizione blindata in cui esse si trincerano, difendendo coi denti la segretezza non solo sui risultati terapeutici ottenuti, ma perfino sui propri bilanci.

Analisi statistico-economica dei finanziamenti previsti dal T.U. 309/90 nel periodo 1990-93

DI MARCO ALFÒ, ROCCO SANTORO

1. Introduzione

La svolta indubbiamente più significativa nella legislazione nazionale in materia di stupefacenti avviene con la Legge 22 dicembre 1975, n° 685, con la quale l'intera materia viene sottoposta a nuove regole su basi e principi nuovi.
Il testo della Legge anche nelle dimensioni (108 articoli) rivela l'intendimento di una regolamentazione a vasto raggio, che affianca allo strumento repressivo una serie di interventi di controllo amministrativo e di programmi di prevenzione sociale e di assistenza socio-sanitaria. La rottura rispetto alla legislazione preesistente è dovuta soprattutto alla premessa che l'assuntore di stupefacenti è un soggetto caratterizzato da disadattamento sociale: l'assunzione è considerata, in linea con le tendenze culturali dell'epoca, una vera e propria malattia. La conseguenza diretta di questa impostazione è che la risposta punitiva non può certamente essere la più adatta nei confronti di chi è dedito all'uso o all'abuso di stupefacenti; questa impostazione fondamentale della legge si traduce nella famosa causa di non punibilità della cosiddetta "modica quantità".
La riforma realizzata con la Legge 26 giugno 1990, n° 162 segna nuovamente una svolta nell'evoluzione legislativa italiana, questa volta in senso repressivo.
Probabilmente influenzata dal clima generale, interno ed internazionale, orientato ad una più incisiva lotta contro il fenomeno della produzione, traffico e consumo di stupefacenti, la nuova regolamentazione torna ad assoggettare a sanzione punitiva, di natura normalmente amministrativa, il detentore di piccole quantità per uso personale non terapeutico.
La Legge prosegue nel potenziamento sia della risposta sanzionatoria e dei poteri investigativi nei confronti delle attività illecite, sia dell'apparato e degli strumenti destinati alle attività di prevenzione e controllo, aumentando il numero di livelli e di organismi centrali e periferici dello Stato che vengono coinvolti, sia in fase di finanziamento, sia in fase di erogazione, sia in fase di spesa. Sotto il profilo formale la Legge n° 162 ha operato in modo novellistico, cioè senza sostituire integralmente la precedente, ma innestandovi numerose modifiche, sostituzioni e soppressioni; conseguentemente si è reso necessario provvedere ad un riordino integrale della materia mediante l'elaborazione del Testo Unico delle Leggi in materia di stupefacenti, approvato con DPR 9 ottobre 1990, n° 309.
Il Testo Unico ha istituito il Fondo Nazionale di Intervento per la lotta alla Droga. Questo strumento è affiancato da altre fonti di finanziamento: il Fondo Sanitario Nazionale, la Cassa Depositi e Prestiti tramite il C.E.R., fondi appositi tramite il Ministero dell'Interno ed il Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale.
Tutti questi flussi finanziari non sono stati finora analizzati dal profilo statistico-finanziario, poiché è stata disattesa, a nostro parere, l'attuazione delle forme di controllo gestionale previste dalla legge stessa.

La ricerca che presentiamo ha lo scopo di descrivere statisticamente lo stato dei finanziamenti erogati, ossia il lato dell'offerta, nel triennio 01/01/1991-01/03/1994 tramite un modello economico-finanziario dedotto da un lavoro presentato da Nomisma nell'aprile del 1994, appositamente studiato per l'analisi del costo sociale della droga nella città di Bologna.
L'obiettivo è fornire agli operatori ed agli studiosi un primo strumento cognitivo ai fini gestionali ed interpretativi del fenomeno; la ricerca non ha pretese di esaustività poiché sconta l'assenza di informazioni attendibili del lato della domanda di finanziamenti.

2. Modello economico

L'analisi economico-finanziaria dell'erogazione dei fondi per la lotta alla tossicodipendenza deve essere basata sull'identificazione degli attori coinvolti e delle loro azioni.
A tale scopo si è fatto riferimento al modello suggerito da Nomisma nella ricerca citata in precedenza, che aveva lo scopo di individuare i meccanismi

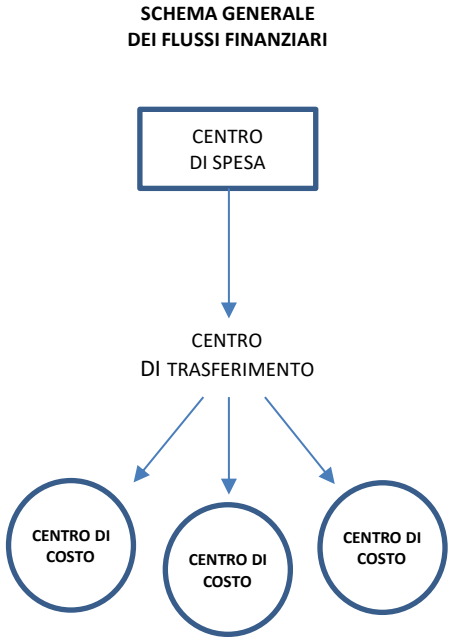
> *(...) attraverso cui si possono realizzare i trasferimenti di fondi pubblici a favore delle politiche locali in materia di droga*.

Tale modello si rivolge all'ambito regionale, per cui è stato necessario emendarlo nelle parti strettamente connesse alle realtà regionale dell'Emilia Romagna.
Inoltre, il concetto di potenzialità del finanziamento è stato escluso, ed è stato sostituito dalla analisi empirica delle azioni effettuate (stanziamenti già erogati).
Gli attori considerati dal modello sono classificati in base alle azioni che sono state compiute:

1. Centri di spesa, le Amministrazioni centrali che erogano i fondi in base agli articoli di legge;
2. Centri di trasferimento, le amministrazioni centrali e locali che ricevono i fondi dai Centri di spesa in base ad una loro richiesta esplicita e li ridistribuiscono tra enti privati e pubblici;
3. Centri di costo, gli enti privati e pubblici che accedono sotto varie forme ai fondi erogati e li utilizzano per fornire i servizi.

Ciascun centro è univocamente identificabile dal punto di vista del flusso erogato, mentre non è definibile dal profilo della competenza gestionale mancando l'organismo di controllo.
Ciò implica che le interazioni esistenti tra i centri sono escluse poiché già verificatesi a fondo erogato, quindi non rilevabili, per cui il modello permette di fotografare la situazione esistente.
Da ciò si evince che il modello opera sui dati di azioni di finanziamento già compiute e quindi non fornisce alcuna indicazione intorno al processo decisionale che le ha originate. Nel grafico vengono illustrate lo schema generale di relazione tra gli attori descritti.
La dinamica dei flussi dei finanziamenti erogati individua nella Regione il dettaglio territoriale più omogeneo rispetto agli effetti delle azioni che potranno essere attuate con il danaro stanziato.

Ciò implica che l'analisi svolta ha riguardato il dettaglio regionale.
Una volta individuati i flussi regionali erogati di finanziamento si è associato al modello un sintetico indice di valutazione dei costi sulla popolazione a rischio, considerata quella di riferimento in codesti tipi di analisi. Il costo unitario regionale (CUR) è il rapporto tra il totale del finanziamento erogato e la popolazione a rischio dedotta da fonte Istat. L'indicatore risente dell'indebita attribuzione alla dizione costo l'intero ammontare del finanziamento erogato non distinguendo le forme di impiego dello stesso. Inoltre, non tiene conto dei costi che comunque la struttura fruitrice sostiene indipendentemente.
Infine, non monetizza in alcuna maniera il costo sociale della presenza di tossicodipendente nel territorio che è a carico della collettività a diversi livelli: produttivo, educativo, sanitario, urbanistico, ambientale. Il CUR permette unicamente di mettere a confronto le diverse realtà territoriali rispetto a un parametro unitario di riferimento non influenzato dalla dimensione della fenomenologia della tossicodipendenza, che può essere relazionato con l'indicatore socio-sanitario tradizionale noto come il tasso di prevalenza.



3. Analisi dei flussi finanziari previsti dal T.U.309/90

Non vogliamo dilungarci in questa sede sulla effettiva efficacia del Testo Unico dal punto di vista meramente legislativo, quanto sugli effetti che la sua introduzione ha avuto nell'ottica della prevenzione e cura degli stati di tossicodipendenza, della rieducazione e del reinserimento lavorativo dei soggetti tossicodipendenti sottoposti a cura. La misurazione di tali effetti si baserà essenzialmente sulla analisi economica dei flussi finanziari erogati verso le realtà locali per il miglioramento quali-quantitativo delle attività sopra ricordate, poiché risulta praticamente impossibile verificare:
1. la reale necessità a priori di questi interventi e, in seconda istanza,
2. i benefici che gli stessi hanno apportato sia ai soggetti tossicodipendenti sia, in un'ottica di programmazione a medio-lungo termine decisamente sconosciuta in Italia, a chi non era tossicodipendente, ma era a forte rischio di diventarlo.

Di seguito il modello economico scelto come riferimento sarà esplicitato tramite la definizione degli scopi dei fondi erogabili in base ai differenti articoli del T.U. 309/90, fornendo una breve rivisitazione degli articoli stessi ed una chiarificazione delle alternative tra le differenti modalità di finanziamento.

Art.1-Comitato Nazionale di Coordinamento per l'azione Antidroga

Sancisce la istituzione del suddetto Comitato, composto dal Presidente del consiglio dei Ministri (che lo presiede), dai seguenti Ministri:

- Affari Esteri
- Interno
- Grazia e Giustizia
- Finanze
- Difesa
- Pubblica Istruzione
- Sanità
- Lavoro e Previdenza Sociale
- Università e Ricerca Scientifica e Tecnologica
- Affari Sociali
- Affari regionali e Problemi Istituzionali
- Problemi delle aree urbane,
- nonché dal Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio.

Tale Comitato ha la responsabilità dell'indirizzo e della promozione della politica globale di intervento e prevenzione contro la illecita distribuzione e produzione delle sostanze stupefacenti, a livello nazionale ed internazionale. Ha inoltre potere di formulare delle proposte al Governo per l'esercizio delle funzioni di coordinamento ed indirizzo delle attività amministrative di competenza delle regioni nel settore.

Art.118-Organizzazione dei servizi per le tossicodipendenze (Ser.T.) presso le Unità Sanitarie Locali

Regolamenta i finanziamenti finalizzati al potenziamento dei *SerT* Il centro di spesa è per l'anno 1990 il Fondo Nazionale di Intervento per la Lotta alla Droga, istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri con il successivo art. 127, e per gli anni successivi il Fondo Sanitario Nazionale. La spesa è effettuata secondo una tabella di ripartizione messa a punto periodo per periodo dal Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (fino ad oggi basata al 50% sul numero di strutture presenti sul territorio, ed al 50% sul numero di tossicodipendenti assistiti). I soggetti giuridici che agiscono come centri di trasferimento sono le Regioni e le Province Autonome, che sono i destinatari dei fondi stanziati secondo lo schema citato, e che hanno l'onere di muovere i fondi a loro disposizione verso i centri di costo, ossia le USL, che si occupano del mantenimento e del potenziamento dei *SerT*, secondo le rispettive esigenze in ottemperanza al D.M. n° 444 del 30/11/1990. Non è meglio specificato se il potenziamento riguarda le strutture, il personale specializzato e non, le metodologie di cura, eventuali interventi sul campo, o altro ancora.

Art.127-Fondo Nazionale di Intervento per la Lotta alla Droga

Sancisce la costituzione presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri del summenzionato Fondo, per il finanziamento di progetti finalizzati al perseguimento

degli obiettivi del T.U. (in qualità di teorico centro di spesa). Il finanziamento è disposto con proprio decreto dal Presidente del Consiglio dei Ministri, sentito il parere del Comitato Nazionale di Coordinamento per l'Azione Antidroga (C.N.C.A.A.) di cui all'art. 1; i progetti ammissibili al finanziamento possono essere presentati dai seguenti Organi Centrali:
1. Ministero dell'Interno
2. Ministero di Grazia e Giustizia
3. Ministero della Difesa
4. Ministero della Pubblica Istruzione
5. Ministero della Sanità

In questi casi i centri di trasferimento e di costo coincidono, e particolare riguardo è raccomandato per i progetti da attuare nelle regioni meridionali. Possono altresì accedere al finanziamento progetti presentati dai seguenti Organi periferici:
1. Comuni più interessati dall'espansione del fenomeno
2. Regioni (quota almeno pari al 7% dei finanziamenti ai Comuni)

Anche in tale caso particolare attenzione è rivolta ai progetti provenienti dal Mezzogiorno ed ai progetti che intendono attivare servizi sperimentali di prevenzione sul territorio, cui si permette accesso prioritario al finanziamento. In questo caso, i soggetti citati possono agire sia da semplici centri di trasferimento per la formazione degli operatori dei servizi pubblici e privati per l'assistenza sanitaria alle tossicodipendenze di loro competenza territoriale (questi ultimi divengono i centri di costo), sia come centri di trasferimento e di costo, come nel caso di campagne di prevenzione ed informazione preventiva attuate direttamente sul territorio.
Le amministrazioni destinatarie del finanziamento sono tenute ad avviare la realizzazione del progetto entro tre mesi dalla erogazione del finanziamento (dandone comunicazione alla Presidenza del Consiglio) e ad inviare alla stessa Presidenza una relazione semestrale sull'andamento del progetto e sui risultati ottenuti. Nel caso in cui la realizzazione del progetto dovesse incontrare concrete difficoltà operative, l'amministrazione interessata, previo parere favorevole del C.N.C.A.A., può apportarvi le necessarie modifiche, ferma restando l'entità del finanziamento accordato.

Art.128-Contributi

Regola la concessione da parte del Comitato per l'Edilizia Residenziale (C.E.R.) di contributi in conto capitale ai cosiddetti Enti Ausiliari (comuni, comunità montane, loro consorzi od associazioni, USL singole ed associate, che in questo frangente fungono da centri di costo) per la costruzione, l'ampliamento od il recupero di immobili destinati a sede di comunità terapeutiche, pubbliche o private.
Il centro di spesa (C.E.R.) si avvale in questo frangente delle disponibilità della sezione autonoma della Cassa Depositi e Prestiti, e ripartisce i suddetti contributi alle regioni (centro di trasferimento) in proporzione al numero di tossicodipendenti assistiti sulla base delle rilevazioni dell'O.P.F.D. (Osservatorio Permanente sul Fenomeno Droga), destinando una quota non inferiore al 40% alle regioni del Mezzogiorno.

Art.131-Contributi per il recupero ed il reinserimento dei tossicodipendenti: relazione al Parlamento" e Art.132-Destinazione e criteri di ripartizione dei contributi di cui all'art. 131

Regolano l'intensità e la ripartizione dei contributi erogati dal Ministero dell'Interno (centro di spesa), tramite l'ente locale competente per territorio (centro di trasferimento), ai comuni, alle USL, nonché ad altri enti, associazioni di volontariato, cooperative o privati che operino senza scopo di lucro e con finalità di sostegno alle attività di prevenzione e reinserimento sociale dei tossicodipendenti.
Il Ministro dell'Interno è tenuto a presentare ogni anno al Parlamento una relazione sulle attività relative all'erogazione di tali contributi; la ripartizione dei fondi è effettuata sulla base dei dati forniti dall'O.P.F.D. e dei criteri e dei requisiti determinati da apposita commissione istituita presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri. Tale commissione è presieduta dal Ministro per gli Affari Sociali ed è composta da un rappresentante per ciascuno dei Ministeri seguenti:

- Interno
- Sanità
- Grazia e Giustizia
- Lavoro e Previdenza Sociale
- Affari Sociali,
- nonché da tre rappresentanti delle regioni e dei comuni, designati rispettivamente dalla conferenza dei presidenti delle regioni e dall'ANCI.

Art.134-Progetti per l'occupazione di tossicodipendenti

Sancisce che i contributi di cui all'art. 132 siano destinati, nella misura del 40 per cento, al finanziamento di progetti per l'occupazione di tossicodipendenti che abbiano completato il programma terapeutico e debbano inserirsi o reinserirsi nel mondo del lavoro. Il centro di spesa è ancora il Ministero dell'Interno, che mette a disposizione del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale (centro di trasferimento) i fondi da indirizzare ai singoli enti richiedenti (centri di spesa).
I progetti possono essere elaborati dalle comunità terapeutiche e dalle cooperative operanti per l'inserimento lavorativo, sia autonomamente che in collaborazione con imprese pubbliche e/o private e con cooperative, con il concorso, anche in veste propositiva, delle agenzie per l'impiego.
I progetti sono inviati al Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, che esprime alla Commissione di cui all'art. 132 un parere sulla fattibilità e sulla congruità economico-finanziaria, nonché sulla validità del progetto in relazione alle esigenze del mercato del lavoro. Detta Commissione, in seguito, autorizza la realizzazione del progetto e l'eventuale anticipazione dei fondi necessari.

Integrazioni successive.

Il T.U. è stato successivamente integrato ed esplicato in più parti, soprattutto negli ultimi anni. Il Decreto Legge 13 marzo 1993 n°60 ridefinisce (art. 8) il ruolo del Fondo Nazionale di Intervento per la Lotta alla Droga, nel quale oggi confluiscono fondi sia di diretta spettanza della Presidenza del Consiglio (art. 127 T.U.),

sia fondi provenienti dal Ministero dell'Interno (artt. 131, 132, 134), al fine di assicurare una migliore e più coerente utilizzazione delle risorse.
La destinazione dei fondi deve essere ripartita, secondo quote percentuali limite stabilite dal già ricordato D.L. 60/1993, tra i progetti presentati da tre categorie di soggetti:

- Ministeri vari
- Comuni ed enti locali
- enti ed organizzazioni privati

La ripartizione definitiva (che può non essere in linea con quella fissata dal D.L. richiamato) avviene, in base ai criteri adottati dal C.N.C.A.A., tra le varie richieste di finanziamento in relazione alle esigenze di priorità di determinati obiettivi (profili educativi, servizi diffusi sul territorio, aree geograficamente maggiormente carenti, etc.) e di coordinamento tra le varie amministrazioni interessate, secondo quanto dispone la Circolare delle Presidenza del Consiglio dei Ministri dell'11 febbraio 1993, n°33530.2.

4. Natura e qualità dei dati utilizzati

Oltre alle analisi dei contributi per progetti finalizzati che vengono indirizzati verso le singole realtà locali per le finalità sopra elencate, questo studio ci ha permesso di raggiungere un altro scopo ritenuto fondamentale: l'acquisizione su supporto informatico dei dati relativi a tutti i flussi di finanziamento, regolati dagli articoli del T.U. sopra ricordati, che sono stati pubblicati sulla "Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana" tra il 1° gennaio del 1990 ed il 10 luglio del 1994. Da un punto di vista meramente tecnico, il volume di informazioni acquisite è contraddistinto, oltre che da una certa profondità storica, da diversi livelli di dettaglio territoriale, legati alle diversità tra i centri di trasferimento e/o di costo individuati dai singoli articoli; questa situazione ci ha spinto a formalizzarne la struttura su più tabelle, ognuna relativa ad uno specifico articolo. Nostro obiettivo a breve sarà quello di costruire, a partire dalle singole tabelle attualmente a nostra disposizione, un database complessivo di collegamento, più maneggevole e semplice da implementare con i dati che raccoglieremo in futuro. Il database utilizzato dovrà essere di tipo relazionale, per permettere di legare tra di loro le informazioni contenute nelle singole tabelle tramite alcune variabili fondamentali, per sfruttare tutte le informazioni in nostro possesso, senza per questo dover rinunciare in via definitiva a dati di indubbio interesse locale, mantenendo quelle caratteristiche di esaustività e di dettaglio che sono fondamentali per un'analisi approfondita del fenomeno. L'acquisizione di queste informazioni risponde almeno a tre ordini di esigenze: in primo luogo, permette di avere una visione unificante del fenomeno dei flussi finanziari erogati per la lotta, il recupero e la cura degli stati di tossicodipendenza; in secondo luogo, fornisce uno strumento di confronto per una eventuale analisi di tipo costi-benefici; in ultima istanza, può dare vita ad un tentativo di esame degli obiettivi che il policy maker si era proposto con gli interventi adottati. A questo proposito, indubbio interesse riveste l'analisi della relazione, a livello territoriale, tra la dislocazione dei fondi erogati e la diffusione

del fenomeno tossicodipendenza e dei fenomeni ad esso collegati, così come ci vengono descritti dall'unica grande fonte ufficiale, l'O.P.F.D. presso il Ministero dell'Interno. Ovviamente, dobbiamo spendere alcune parole sulla qualità dei dati acquisiti: se questi, infatti, fotografano esattamente i fondi stanziati, nel periodo in oggetto, per attività più o meno localmente individuate (cioè l'evoluzione dell'offerta di finanziamento), dall'altro non possono dire nulla sulla effettiva dinamica della domanda di finanziamento. Ossia, non ci danno alcuna informazione su tutti quei progetti che sono stati sottoposti all'esame delle Autorità competenti e che, per un motivo o per l'altro non sono stati ammessi al finanziamento, motivi che non possono semplicemente essere legati alla forma o alle modalità di presentazione del progetto da parte del richiedente.
Va inoltre notato che se i finanziamenti erogati in base agli artt. 118 e 128 mostrano degli ovvii collegamenti con la situazione di fatto del fenomeno tossicodipendenza, almeno così come viene registrata dall'Osservatorio del Ministero dell'Interno, non abbiamo alcuna assicurazione che i finanziamenti erogati in base ai restanti articoli siano effettivamente legati ad una visione strategica o di riduzione del rischio futuro, a meno di non fidarci completamente dell'operato delle Commissioni preposte.
In uno scenario completamente pessimistico, potremmo trovarci di fronte a dei non sense dal punto di vista analitico, ma soprattutto a delle situazioni assurde da un punto di vista squisitamente sociale, laddove regioni o comunità territoriali maggiormente a rischio non dovessero fruire dei finanziamenti necessari per impiantare una idonea politica di prevenzione, cura e reinserimento necessaria a preservare l'equilibrio del sistema socio-sanitario.

5. Metodologia statistica di riferimento

Il volume di dati acquisiti rappresenta, ovviamente, il punto di partenza per le analisi statistiche ed economico-finanziarie che presenteremo nelle prossime pagine; per rendere queste informazioni grezze utilizzabili nel prosieguo, si devono, a questo punto, introdurre delle ipotesi di base che possano essere di aiuto nella formalizzazione del modello statistico di riferimento.
In primo luogo, l'unità territoriale utilizzata nelle analisi che seguiranno è la regione: questa ipotesi ha origine dalla notevole differenza tra i dettagli territoriali relativi ai finanziamenti regolati da ciascun specifico articolo; si è quindi scelto di omogeneizzare tutto il volume di dati al livello regionale, mantenendo sia la possibilità di utilizzare per l'analisi tutti i dati acquisiti, sia una struttura non esageratamente complessa dal punto di vista dell'interpretazione dei risultati.
La scelta della regione come unità di rilevazione omogenea ha reso possibile il confronto tra le diverse situazioni territoriali per quanto riguarda i flussi finanziari che le hanno interessate, anche allo scopo di effettuare un parallelo tra flussi erogati e situazione del fenomeno tossicodipendenza, così come rilevato istituzionalmente. L'aver scelto un livello territoriale omogeneo per tutti i fondi ammessi al finanziamento ha quindi reso possibile l'analisi esplorativa dei meccanismi sottostanti al finanziamento statale delle attività di lotta, repressione, cura e

reinserimento dagli stati di tossicodipendenza. Una ulteriore ipotesi fatta riguarda il collettivo di riferimento utilizzato per rendere confrontabili i flussi regionali, ossia per relativizzare dei volumi finanziari fortemente legati all'ammontare di popolazione residente in ciascuna unità territoriale.
Si è deciso, in questa sede, di non utilizzare i dati sui tossicodipendenti sottoposti a cura all'interno del singolo territorio regionale, ma piuttosto il numero di residenti in età comprese tra i 15 ed i 44 anni. Questa scelta è dovuta sostanzialmente a tre motivi: in primo luogo, i tossicodipendenti assistiti non sono necessariamente residenti nella regione e vi si potrebbero essere recati semplicemente per proprio desiderio; il loro utilizzo come collettivo di riferimento potrebbe causare una marcata non significatività degli indici o dei rapporti così ottenuti. In secondo luogo, i cambiamenti della legislazione avvenuti negli ultimi anni, culminati nei referendum del 1993, non permettono di considerare tendenzialmente stabile la dimensione di tale collettivo, introducendo un'altra possibile fonte di distorsione, dovuta soprattutto a fattori esterni e non a reali e profondi cambiamenti nell'approccio del tossicodipendente con le strutture di cura pubbliche e private. In terza istanza, il collettivo scelto rappresenta quella che normalmente viene indicata come popolazione a rischio ed è quindi proprio quella fascia di popolazione a cui vanno indirizzate principalmente le attività di informazione preventiva, e di medicina sociale in generale, nel campo dell'abuso di sostanze stupefacenti.
Da ultimo, è necessario ricordare che il collettivo scelto come riferimento non è connesso ad alcun modello di consumo di sostanze stupefacenti, al contrario del collettivo dei tossicodipendenti in cura che sono legati soprattutto all'abuso di eroina, visto che i servizi sanitari pubblici e privati in Italia rispondono quasi esclusivamente a quest'ultimo fenomeno.
Quindi, l'utilizzo della popolazione in età compresa tra i 15 ed i 44 anni, che ci porterà alla definizione di quello che è a tutti gli effetti un costo regionale per la lotta alla droga, ci ha permesso di evitare tutta una serie di inconvenienti legati all'utilizzo, come popolazione di riferimento, del collettivo dei tossicodipendenti in cura, che avrebbe potuto avere sulle analisi che proporremo un effetto distorcente di segno e dimensione sconosciuti. Come indicatore, ovviamente parziale, della diffusione del fenomeno tossicodipendenza in ciascuna realtà regionale, verrà utilizzato il tasso di prevalenza, definito come rapporto (moltiplicato per 1000) tra la dimensione del collettivo dei tossicodipendenti conclamati (ossia i soggetti sottoposti a cura presso i servizi pubblici) e quella della popolazione definita a rischio (ancora i soggetti in età 15-44).

6. Analisi statistica

L'ipotesi di lavoro scelta è stata molto semplice, poichè lo stato attuale delle conoscenze non permetteva sofisticazioni ulteriori. Essa è così formulabile:
il sistema di finanziamento attuale opera a pioggia ovvero agisce secondo le finalità dei progetti.
Si suppone quindi che la gestione dell'erogazione dei fondi nel periodo considerato abbia abbracciato le due opposte filosofie che caratterizzano il trasferimento

di risorse da un ente pubblico ad altri soggetti pubblici e privati. Sono evidenti i limiti del duplice scenario prospettato dal profilo descritto ed interpretativo.
Per cui il lavoro risulta un prototipo di analisi del problema di cui è stata enucleato il cuore. In tale ottica la metodologia statistica ha avuto l'unico obiettivo di fornire elementi confermativi a favore di un'ipotesi rispetto all'altra; in ogni caso non sarà in grado di definire una nuova ipotesi di lavoro, bensì di suscitare stimoli per approfondimenti successivi che possano generare nuove ipotesi di lavoro.
L'analisi consta di quattro fasi teoriche:
- esplorativa per descrivere sinteticamente i flussi,
- ricerca della concordanza tra i dati,
- ricerca di gruppi omogenei,
- ricerca dei fattori esplicativi della dinamica di erogazione.

L'ultima fase è da ritenersi solo teorica, poiché l'analisi fattoriale mancando del lato della domanda non ha fornito ulteriori spunti rispetto alla ricerca di gruppi omogenei. Nel diagramma di flusso in fondo al paragrafo sono esplicate le singole fasi teoriche del lavoro di ricerca. L'analisi è stata effettuata sia sui fondi aggregati sia sui CUR.
La *fase esplorativa* ha utilizzato frequenze e percentuali applicate sulle seguenti variabili:
- finanziamenti annuali ex Artt. 118, 128 suddivisi in CIPE, Ministero dei Lavori Pubblici, Ministero del Bilancio e P.E.;
- finanziamenti annuali ex Art. 127 suddivisi in Comune, Regione, Province, USL;
- finanziamenti annuali ex Artt. 131, 132, 134 suddivisi in Comune, Associazioni, USL, Province.

All'insieme degli articoli di legge la Lombardia e la Puglia risultano essere le regioni più favorite mentre l'Emilia Romagna è stata favorita soprattutto in ambito di artt.131,132,134; Abruzzo, Campania, Veneto hanno alte percentuali ma sembrano risultare episodiche.
Dal secondo aspetto si osserva che i comuni lombardi e pugliesi sono i più favoriti analogo ragionamento vale per le associazioni.
Le regioni meno favorite sono risultate la Valle d'Aosta e il Trentino Alto Adige, ma il dato è fuorviante, poiché esse contano su fondi speciali propri per le caratteristiche peculiari di entrambe.
Le considerazioni sui CUR devono essere effettuate rispetto il periodo temporale complessivo considerato. Rispetto all'art.127 erogato ai comuni le regioni a più alto costo sono risultate Umbria (da 3.694 nel 1990 a 13.684 nel 1993) Marche (da 2.494 nel 1990 a 10.358 nel 1993) e Molise (da 286 nel 1990 a 10.358 nel 1993), molto uniforme e di ben minore consistenza è invece il fondo erogato alle regioni afferente allo stesso articolo.
Diversa è l'analisi rispetto agli artt. 131, 132, 134 il costo è da esaminarsi nel complesso e soprattutto nella quota afferente alle associazioni ove spiccano nuovamente Umbria (media triennale 3.532) e Marche (media triennale 3.989) insieme all'Emilia Romagna (media triennale 3.740).

Difficile è la valutazione per quanto concerne il costo unitario riferito agli artt.118 e 128 per la differente natura dei fondi erogati e delle istituzioni che ne usufruiscono: rimane l'impressione che le regioni nord-orientali siano privilegiate rispetto alle altre. L'analisi ha permesso di evidenziare la distribuzione regionale dei fondi mediante le percentuali di fondi a dettaglio regionale, sia rispetto ai singoli articoli di legge, sia rispetto agli enti pubblici e privati fruitori dei fondi.
La *ricerca della concordanza* tra i dati ha avuto lo scopo di individuare quali flussi mostrano una tendenza analoga nel tempo rispetto alle stesse tipologie di finanziamento. La eventuale presenza di tale fenomeno fornisce una conferma ad un comportamento di finanziamento indipendente dalla natura dei progetti ma legato a scelte che non sono evidenziabili mediante l'analisi dei dati disponibili.
Le variabili esaminate sono state le seguenti:

- finanziamenti annuali ex Artt. 127, 131
- costo unitario regionale ex Artt. 118, 128 distinto in CIPE, Ministero dei Lavori Pubblici, Ministero del Bilancio e P.E.;
- costo unitario regionale ex Art. 127 distinto in Comune, Regione, Province, USL;
- costo unitario regionale ex Artt. 131, 132, 134 distinto in Comune, Associazioni, USL, Province.

L'indice statistico impiegato è stato il coefficiente di concordanza di Spearman che ha range tra -1 massima discordanza e +1 massima concordanza.
L'analisi non può ritenersi del tutto soddisfacente poiché vi è un piccolo numero di osservazioni (non eccede mai il numero di 20) che pongono dubbi sulla validità statistica dei risultati.
In generale è possibile affermare che esiste un fenomeno di concordanza tra le variabili che fa propendere a ritenere l'ipotesi di finanziamento non mirato più aderente ai dati.
La *ricerca di gruppi omogenei* è stata effettuata mediante l'algoritmo delle medie dei gruppi che opera massimizzando la distanza euclidea tra i gruppi.
L'analisi è stata effettuata sul CUR riferito ai seguenti finanziamenti totali erogati nel periodo considerato:

- finanziamenti per le associazioni ex Artt. 131, 132, 134
- finanziamenti dal CIPE ex Artt.118
- finanziamenti per i Comuni ex Artt. 131, 132, 134
- finanziamenti per i Comuni ex Art. 127
- finanziamenti dal Ministero dei Lavori Pubblici ex Art. 128
- finanziamenti per le Regioni ex Art. 127
- finanziamenti per le USL ex Artt. 131, 132, 134
- finanziamenti per le USL ex Art. 127

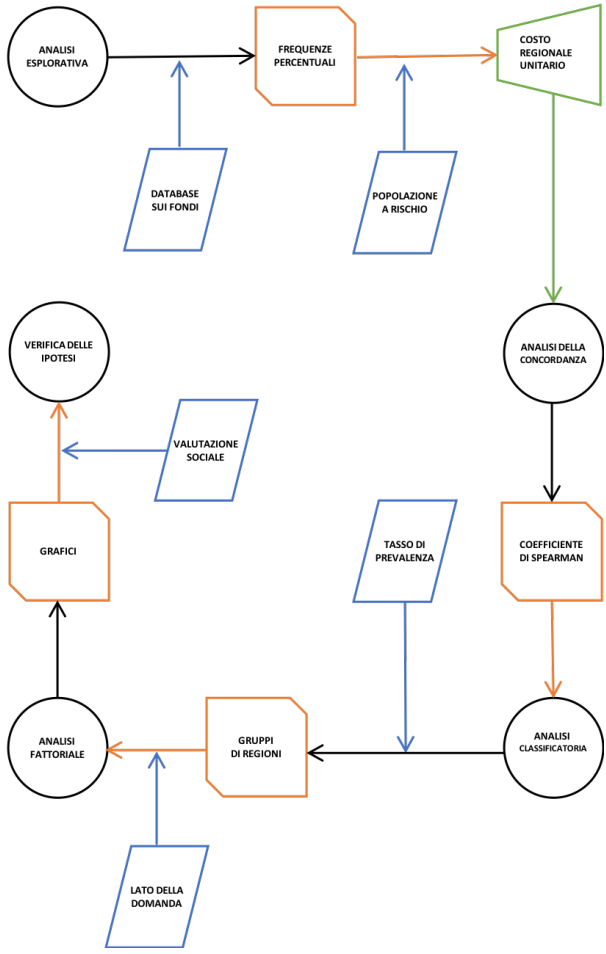
I risultati sono stati messi a confronto con il tasso regionale di prevalenza (tossicodipendenti in trattamento presso i *SerT* su popolazione a rischio per 1000).
Sono stati identificati due gruppi: il primo costituito da 13 regioni con CUR che si colloca al di sotto dei valori medi nazionali e il secondo costituito dalle rimanenti con CUR che si colloca al di sopra.

Il confronto ha evidenziato che non esiste relazione tra alto tasso di prevalenza e maggior CUR: Molise Marche, Abruzzo sono al disotto del valore 2. Ciò implica che postulare l'ipotesi di una correlazione tra il crescere dell'importo dei finanziamenti erogati, rappresentato da CUR, e la maggiore presenza ufficializzata di tossicodipendenza nel territorio, rappresentata dal tasso di prevalenza, risulta temeraria.

REGIONI CON C.U.R. RISPETTO ALLA MEDIA NAZIONALE

MINORE			MAGGIORE		
regioni	distanza	tasso di prevalenza	regioni	distanza	tasso di prevalenza
Piemonte	8.795	3,47	Liguria	10.863	4,65
Valle d'A.	10.804	2,77	Emilia R	8.449	2,69
Lombardia	3.552	2,88	Umbria	10.685	2,52
Trentino AA	8.947	3,78	Marche	9.190	1,26
Veneto	2.706	2,56	Abruzzo	9.227	1,98
Friuli VG	5.167	1,49	Molise	9.693	0,87
Toscana	8.761	2,31	Puglia	12.528	3,66
Lazio	6.369	1,74			
Campania	6.084	1,30			
Basilicata	7.846	1,05			
Calabria	7.106	0,66			
Sicilia	3.369	0,94			
Sardegna	8.723	3,20			

LE FASI TEORICHE DELLA RICERCA



7. Conclusioni

Le analisi effettuate hanno evidenziato come la complessità del fenomeno non possa essere ridotta a pochi indicatori di base se non vi è preliminarmente un'analisi dettagliata dal lato |della domanda e dell'offerta. Ciò induce a riflettere sulle facili affermazioni amplificate dai mass-media di chi vuole perorare l'efficacia dell'attuale sistema: allo stato attuale non è possibile definire una strategia di finanziamento ottimale ovvero semplicemente a costo zero, ossia parità tra costi e benefici. Infatti, l'erogazione dei finanziamenti nel periodo esaminato risulta statisticamente non relazionata a strategie connesse alla presenza nel territorio di fenomeni di tossicodipendenza accertati. È difficile quindi sostenere che vi sia strategia mirata, ma anche che la strategia sia a pioggia.

Abbiamo l'impressione di una situazione di continuo adeguamento all'esistente privo di modalità di controllo e tutta dipendente dalla capacità di chi chiede di essere capace di stare nelle regole date per fare richiesta di finanziamenti. Tali regole sono soggette a continui mutamenti connessi spesso a cambi di direzione politica ovvero a problemi gestionali propri della struttura amministrativa italiana. La discrezionalità risulta sovrana e rende sempre più opaco l'interfaccia tra gli attori del modello preso in considerazione.

Per cui ci risulta molto difficile trarre conclusioni: qualcuno potrebbe osservare che se il Molise ha così basso valore del tasso di prevalenza è perché riceve tanti soldi, altri ritenere che il Piemonte ha un alto tasso di prevalenza perché riceve pochi soldi. Ad entrambi non possiamo altro che constatare la bontà formale delle deduzioni tratte, ma confermare che in base a quanto è stato esaminato non vi sono prove statistiche che uno dei due abbia ragione.

Ciò apre ad una terza ipotesi ancora più inquietante: i finanziamenti erogati dalla 309/90 non sono impiegati per la lotta contro la droga, bensì per altri scopi, magari altrettanto rimarchevoli dal profilo sociale, ma che non sono esplicitati da coloro che ne usufruiscono e quindi non rilevabili.

È un dubbio che rafforza la nostra convinzione che è inderogabile il riesame dei meccanismi di erogazione dei fondi nella prospettiva di omogeneizzare i parametri di approvazione, controllo e verifica in un sistema complessivo di monitoraggio che renda trasparente l'interfaccia tra gli attori e quindi valutabile in termini di efficacia la strategia di lotta alla droga. È un imperativo categorico al quale non ci si potrà più sottrarre.

TABELLA 1 - FONDI EX ARTT. 118, 128. VALORI ASSOLUTI IN MIGLIAIA DI LIRE 1990/1993

REGIONE	DECRETO		DELIBERA CIPE			DECRETO	DELIBERA CIPE			
	MLP 30/10 1990	MBPE 5/12 1990	12/03 1991	30/5/1991 parte corrente FSN		MLP 12/11 1991	31/1/1992 Conto FSN		13/10/1993 (parte corrente FSN)	
				addestramento personale	prevenzione		corrente	corrente	rafforzamento SERT	lotta contro l'AIDS
Piemonte	9.217.000	1.637.000	3.231.000	24.500.000	1.961.000	9.553.000	2.861.000	2.077.000	26.461.000	4.939.000
Valle d'A.	100.000	-	72.000	550.000	55.000	102.000	94.000	-	605.000	71.000
Lombardia	14.045.000	2.449.000	5.761.000	26.250.000	4.273.000	13.947.000	6.752.000	2.847.000	30.253.000	7.222.000
Trentino AA	1.220.000	-	377.000	1.950.000	445.000	1.224.000	488.000	-	2.395.000	689.000
Veneto	4.677.000	1.018.000	2.614.000	15.950.000	2.187.000	4.611.000	2.529.000	1.205.000	18.137.000	2.584.000
Friuli VG	1.230.000	-	639.000	7.000.000	545.000	1.243.000	718.000	-	7.545.000	797.000
Liguria	4.123.000	759.000	1.300.000	10.000.000	725.000	4.668.000	1.792.000	670.000	10.725.000	1.904.000
Emilia R	9.024.000	1.188.000	2.742.000	19.700.000	1.749.000	9.641.000	3.767.000	1.373.000	21.449.000	3.061.000
Toscana	6.052.000	1.202.000	2.135.000	22.200.000	1.590.000	4.918.000	2.263.000	1.340.000	23.790.000	2.693.000
Umbria	2.450.000	300.000	448.000	4.100.000	369.000	2.050.000	544.000	525.000	4.469.000	565.000
Marche	2.110.000	494.000	1.050.000	6.000.000	660.000	1.921.000	1.012.000	536.000	6.660.000	1.094.000
Lazio	5.752.000	1.036.000	2.029.000	4.050.000	2.575.000	6.122.000	3.616.000	1.949.000	6.625.000	3.538.000
Abruzzo	1.720.000	327.000	501.000	4.300.000	618.000	1.558.000	819.000	592.000	4.918.000	477.000
Molise	100.000	174.000	151.000	1.350.000	162.000	138.000	135.000	242.000	1.512.000	235.000
Campania	6.852.000	731.000	1.476.000	10.300.000	3.115.000	5.194.000	2.514.000	3.052.000	13.415.000	1.584.000
Puglia	18.358.000	1.022.000	2.508.000	16.500.000	2.163.000	20.654.000	1.677.000	1.742.000	18.663.000	3.480.000
Basilicata	570.000	155.000	249.000	2.250.000	314.000	660.000	260.000	201.000	2.564.000	211.000
Calabria	2.300.000	377.000	628.000	10.350.000	1.130.000	2.260.000	715.000	1.649.000	11.480.000	640.000
Sicilia	5.110.000	-	1.412.000	22.800.000	2.659.000	5.599.000	2.413.000	-	25.459.000	1.307.000
Sardegna	4.990.000	-	677.000	2.300.000	905.000	3.937.000	1.031.000	-	3.205.000	909.000
ITALIA	100.000.000	12.869.000	30.000.000	212.400.000	28.200.000	100.000.000	36.000.000	20.000.000	240.330.000	38.000.000

TAB. 1bis - FONDI EX ARTT. 118,128. PERCENTUALI REGIONALI 1990/1993

REGIONE	DECRETO		DELIBERA CIPE			DECRETO	DELIBERA CIPE			
	MLP 30/10 1990	MBPE 5/12 1990	12/03 1991	30/5/1991 parte corrente FSN		MLP 12/11 1991	31/1/1992 Conto FSN		13/10/1993 (parte corrente FSN)	
				addestramento personale	prevenzione		corrente	capitale	rafforzamento SERT	lotta contro l'AIDS
Piemonte	9,22%	12,72%	10,77%	11,53%	6,95%	9,55%	7,95%	10,39%	11,01%	13,00%
Valle d'A.	0,10%	-	0,24%	0,26%	0,20%	0,10%	0,26%	-	0,25%	0,19%
Lombardia	14,05%	19,03%	19,20%	12,36%	15,15%	13,95%	18,76%	14,24%	12,59%	19,01%
Trentino AA	1,22%	-	1,26%	0,92%	1,58%	1,22%	1,36%	-	1,00%	1,81%
Veneto	4,68%	7,91%	8,71%	7,51%	7,76%	4,61%	7,03%	6,03%	7,55%	6,80%
Friuli VG	1,23%	-	2,13%	3,30%	1,93%	1,24%	1,99%	-	3,14%	2,10%
Liguria	4,12%	5,90%	4,33%	4,71%	2,57%	4,67%	4,98%	3,35%	4,46%	5,01%
Emilia R	9,02%	9,23%	9,14%	9,27%	6,20%	9,64%	10,46%	6,87%	8,92%	8,06%
Toscana	6,05%	9,34%	7,12%	10,45%	5,64%	4,92%	6,29%	6,70%	9,90%	7,09%
Umbria	2,45%	2,33%	1,49%	1,93%	1,31%	2,05%	1,51%	2,63%	1,86%	1,49%
Marche	2,11%	3,84%	3,50%	2,82%	2,34%	1,92%	2,81%	2,68%	2,77%	2,88%
Lazio	5,75%	8,05%	6,76%	1,91%	9,13%	6,12%	10,04%	9,75%	2,76%	9,31%
Abruzzo	1,72%	2,54%	1,67%	2,02%	2,19%	1,56%	2,28%	2,96%	2,05%	1,26%
Molise	0,10%	1,35%	0,50%	0,64%	0,57%	0,14%	0,38%	1,21%	0,63%	0,62%
Campania	6,85%	5,68%	4,92%	4,85%	11,05%	5,19%	6,98%	15,26%	5,58%	4,17%
Puglia	18,36%	7,94%	8,36%	7,77%	7,67%	20,65%	4,66%	8,71%	7,77%	9,16%
Basilicata	0,57%	1,20%	0,83%	1,06%	1,11%	0,66%	0,72%	1,01%	1,07%	0,56%
Calabria	2,30%	2,93%	2,09%	4,87%	4,01%	2,26%	1,99%	8,25%	4,78%	1,68%
Sicilia	5,11%	-	4,71%	10,73%	9,43%	5,60%	6,70%	-	10,59%	3,44%
Sardegna	4,99%	-	2,26%	1,08%	3,21%	3,94%	2,86%	-	1,33%	2,39%

TABELLA 2 - FONDI EX ART. 127 VALORI ASSOLUTI IN MIGLIAIA DI LIRE 1990/1993

REGIONI	1990		1991		1992		1993			
	COM	REG	COM	REG	COM	REG	COM	REG	PROV	USL
Piemonte	1.998.550	648.577	4.515.732	929.551	5.826.262	916.630	5.613.000	600.000	-	674.000
Valle d'A	-	-	420.000	160.000	-	500.000	170.000	-	-	-
Lombardia	4.206.281	1.028.000	9.397.410	1.800.000	12.952.796	1.500.000	10.038.000	750.000	-	30.000
Trentino AA	365.000	138.000	490.000	-	715.000	52.000	230.000	-	-	-
Veneto	2.362.780	1.291.150	6.462.186	1.170.090	5.964.000	410.550	4.954.800	215.000	-	380.000
Friuli VG	454.000	289.820	1.837.000	86.500	2.852.017	-	1.550.000	80.000	-	70.000
Liguria	989.000	201.000	3.171.350	300.000	3.450.924	95.000	2.665.000	220.000	-	120.000
Emilia R	2.501.510	947.652	6.476.129	1.366.000	7.314.850	1.318.200	9.263.000	920.000	-	585.000
Toscana	3.521.815	478.500	5.919.137	500.000	6.280.900	321.500	5.502.200	150.000	-	335.000
Umbria	1.217.040	293.000	2.302.910	274.000	2.383.000	130.000	4.509.000	77.000	-	-
Marche	1.484.194	337.200	5.007.894	900.000	5.638.040	632.400	6.164.200	150.000	-	158.000
Lazio	2.435.000	888.000	8.204.750	800.000	10.056.020	1.005.000	10.522.000	780.000	100.000	-
Abruzzo	1.342.961	215.000	4.486.600	394.850	5.655.000	383.180	2.605.000	200.000	-	-
Molise	40.000	-	1.080.000	300.000	1.045.000	-	1.630.000	50.000	-	-
Campania	2.002.838	349.576	8.858.000	1.400.000	7.703.000	1.150.000	6.263.000	550.000	470.000	310.000
Puglia	4.788.750	-	8.258.600	1.300.000	8.905.000	1.650.000	11.495.000	400.000	-	1.190.000
Basilicata	480.000	183.280	1.758.000	-	1.870.000	244.700	1.165.000	220.000	-	-
Calabria	2.299.500	-	4.115.000	448.000	5.180.000	350.000	5.305.000	-	-	-
Sicilia	2.651.800	-	4.699.869	1.300.000	6.487.798	1.100.000	6.170.000	-	-	194.000
Sardegna	740.000	200.000	3.586.099	310.009	3.870.000	-	2.083.000	-	40.000	130.000
ITALIA	35.881.019	7.488.755	91.046.666	13.739.000	104.149.607	11.759.160	97.897.200	5.362.000	610.000	4.176.000

COM=Comuni REG=Regioni PROV=Province USL=Unità Sanitarie Locali

NOTE: I finanziamenti ai ministeri ammontavano nel 1991 a £ 73.983.000.000, nel 1992 a £ 53.898.950.000, nel 1993 a £ 49.860.000.000

TABELLA 2 bis - FONDI EX ARTT. 127 PERCENTUALI REGIONALI 1990/1993

REGIONI	1990		1991		1992		1993			
	COM	REG	COM	REG	COM	REG	COM	REG	PROV	USL
Piemonte	5,57%	8,66%	4,96%	6,77%	5,59%	7,80%	5,73%	11,19%	-	16,14%
Valle d'A	-	-	0,46%	1,16%	-	4,25%	0,17%	-	-	-
Lombardia	11,72%	13,73%	10,32%	13,10%	12,44%	12,76%	10,25%	13,99%	-	0,72%
Trentino AA	1,02%	1,84%	0,54%	-	0,69%	0,44%	0,23%	-	-	-
Veneto	6,59%	17,24%	7,10%	8,52%	5,73%	3,49%	5,06%	4,01%	-	9,10%
Friuli VG	1,27%	3,87%	2,02%	0,63%	2,74%	-	1,58%	1,49%	-	1,68%
Liguria	2,76%	2,68%	3,48%	2,18%	3,31%	0,81%	2,72%	4,10%	-	2,87%
Emilia R	6,97%	12,65%	7,11%	9,94%	7,02%	11,21%	9,46%	17,16%	-	14,01%
Toscana	9,82%	6,39%	6,50%	3,64%	6,03%	2,73%	5,62%	2,80%	-	8,02%
Umbria	3,39%	3,91%	2,53%	1,99%	2,29%	1,11%	4,61%	1,44%	-	-
Marche	4,14%	4,50%	5,50%	6,55%	5,41%	5,38%	6,30%	2,80%	-	3,78%
Lazio	6,79%	11,86%	9,01%	5,82%	9,66%	8,55%	10,75%	14,55%	16,39%	-
Abruzzo	3,74%	2,87%	4,93%	2,87%	5,43%	3,26%	2,66%	3,73%	-	-
Molise	0,11%	-	1,19%	2,18%	1,00%	-	1,67%	0,93%	-	-
Campania	5,58%	4,67%	9,73%	10,19%	7,40%	9,78%	6,40%	10,26%	77,05%	7,42%
Puglia	13,35%	-	9,07%	9,46%	8,55%	14,03%	11,74%	7,46%	-	28,50%
Basilicata	1,34%	2,45%	1,93%	-	1,80%	2,08%	1,19%	4,10%	-	-
Calabria	6,41%	-	4,52%	3,26%	4,97%	2,98%	5,42%	-	-	-
Sicilia	7,39%	-	5,16%	9,46%	6,23%	9,35%	6,30%	-	-	4,65%
Sardegna	2,06%	2,67%	3,94%	2,26%	3,72%	-	2,13%	-	6,56%	3,11%

COM=Comuni REG=Regioni PROV=Province USL=Unità Sanitarie Locali

TABELLA 3 - FONDI EX ARTT. 131, 132, 134 VALORI ASSOLUTI IN MIGLIAIA DI LIRE 1990/1993

Regione	1990				1991			1992		
	PROV	ASS	COM	USL	ASS	COM	USL	ASS	COM	USL
Piemonte	-	1.555.478	222.000	176.000	1.362.790	143.000	441.900	1.667.600	218.000	235.400
Valle d'Aa	-	37.000	-	-	46.000	-	-	58.500	-	-
Lombardia	-	6.058.818	266.000	341.500	6.650.950	70.100	334.000	8.391.780	91.900	119.100
Trentino AA	-	212.500	15.000	-	410.500	-	-	376.500	15.500	-
Veneto	10.500	1.658.208	98.000	424.000	3.569.670	102.500	191.000	1.909.480	124.500	606.000
Friuli VG	-	793.520	102.000	137.500	787.500	54.500	100.500	780.830	10.000	90.500
Liguria	-	1.618.361	163.500	-	1.610.310	72.900	-	1.261.030	142.000	-
Emilia R	-	6.790.219	389.000	605.000	5.834.810	270.500	723.000	5.720.900	411.500	579.000
Toscana	-	2.518.291	177.500	485.000	2.190.000	164.500	372.400	1.252.450	193.000	460.500
Umbria	-	604.667	46.000	46.000	2.207.600	130.500	35.000	679.000	62.500	22.500
Marche	-	2.605.495	788.500	341.000	2.502.280	982.000	277.500	1.836.000	800.000	269.500
Lazio	-	6.425.000	171.000	258.000	3.605.970	32.000	370.500	3.756.480	229.500	110.000
Abruzzo	73.000	1.062.086	340.000	298.000	542.000	124.000	145.000	309.500	86.500	107.500
Molise	-	90.000	24.500	-	448.858	46.000	-	249.500	-	-
Campania	-	687.900	269.500	214.000	2.263.350	203.000	-	1.898.500	548.000	195.000
Puglia	-	3.010.280	1.031.000	583.000	4.252.240	1.403.000	168.500	3.381.500	2.245.000	857.500
Basilicata	-	141.500	153.000	-	270.300	355.500	-	463.500	189.000	-
Calabria	-	473.000	47.000	153.000	1.040.020	49.000	200.000	1.916.500	95.000	290.000
Sicilia	-	3.264.500	627.500	86.500	2.768.500	177.500	28.000	2.654.000	204.500	264.500
Sardegna	-	979.500	56.000	-	594.000	414.500	-	1.006.500	324.000	-
ITALIA	**83.500**	**40.586.323**	**4.987.000**	**4.148.500**	**42.957.648**	**4.795.000**	**3.387.300**	**39.570.050**	**5.990.400**	**4.207.000**

PROV=Province ASS=associazioni COM=Comuni USL=Unità Sanitarie Locali

TAB. 3bis - FONDI EX ARTT. 131, 132, 134. PERCENTUALI REGIONALI 1990/1993

Regione	1990				1991			1992		
	PROV	ASS	COM	USL	ASS	COM	USL	ASS	COM	USL
Piemonte	-	0,04	0,04	0,04	0,03	0,03	0,13	0,04	0,04	0,06
Valle d'A	-	0,00	-	-	0,00	-	-	0,00	-	-
Lombardia	-	0,15	0,05	0,08	0,15	0,01	0,10	0,21	0,02	0,03
Trentino AA	-	0,01	0,00	-	0,01	-	-	0,01	0,00	-
Veneto	0,13	0,04	0,02	0,10	0,08	0,02	0,06	0,05	0,02	0,14
Friuli VG	-	0,02	0,02	0,03	0,02	0,01	0,03	0,02	0,00	0,02
Liguria	-	0,04	0,03	-	0,04	0,02	-	0,03	0,02	-
Emilia R	-	0,17	0,08	0,15	0,14	0,06	0,21	0,14	0,07	0,14
Toscana	-	0,06	0,04	0,12	0,05	0,03	0,11	0,03	0,03	0,11
Umbria	-	0,01	0,01	0,01	0,05	0,03	0,01	0,02	0,01	0,01
Marche	-	0,06	0,16	0,08	0,06	0,20	0,08	0,05	0,13	0,06
Lazio	-	0,16	0,03	0,06	0,08	0,01	0,11	0,09	0,04	0,03
Abruzzo	0,87	0,03	0,07	0,07	0,01	0,03	0,04	0,01	0,01	0,03
Molise	-	0,00	0,00	-	0,01	0,01	-	0,01	-	-
Campania	-	0,02	0,05	0,05	0,05	0,04	-	0,05	0,09	0,05
Puglia	-	0,07	0,21	0,14	0,10	0,29	0,05	0,09	0,37	0,20
Basilicata	-	0,00	0,03	-	0,01	0,07	-	0,01	0,03	-
Calabria	-	0,01	0,01	0,04	0,02	0,01	0,06	0,05	0,02	0,07
Sicilia	-	0,08	0,13	0,02	0,06	0,04	0,01	0,07	0,03	0,06
Sardegna	-	0,02	0,01	-	0,01	0,09	-	0,03	0,05	-

PROV=Province ASS=associazioni COM=Comuni USL=Unità Sanitarie Locali

1993 - Appello per il SI al referendum per cancellare le sanzioni penali per i consumatori di droghe proibite.

La legge Jervolino-Vassalli sulla droga ha quasi tre anni. In tutto questo tempo il Parlamento, nemmeno quello rinnovato dalle elezioni del 5 aprile 1992, non ha trovato in sé - nonostante il significativo progresso rappresentato dal costituirsi dell'Intergruppo parlamentare antiproibizionista - la forza di modificarne gli aspetti più iniqui e punitivi, ignorando i segnali provenienti dalla società e dalle forze politiche.
Con il referendum sulla legge Jervolino-Vassalli viene richiesta l'abolizione delle sanzioni penali per i consumatori di sostanze illegali, l'abolizione del criterio della "dose media giornaliera" e la restituzione ai medici dell'autonomia terapeutica.
Con la vittoria del "sì" al referendum:
* il tossicodipendente potrà farsi curare dal proprio medico di fiducia il quale potrà scegliere la terapia migliore caso per caso e non sarà più obbligato a segnalare ai servizi chi abbia fatto uso di sostanze proibite;
* chi fa uso personale di sostanze proibite non subirà più, solo per questo motivo, una condanna penale, ma soltanto la sanzione amministrativa;
* sarà restituito al giudice il diritto-dovere di punire il reato di spaccio sulla base dei fatti e non dell'assurdo automatismo della "dose media giornaliera";
* l'amministrazione della giustizia sarà liberata dal peso e dai costi di decine di migliaia di processi e le forze dell'ordine potranno concentrare la loro azione contro il crimine.
Noi sottoscritti rivolgiamo un appello a tutte le forze politiche e sociali che già hanno sostenuto l'iniziativa referendaria, un appello a un impegno straordinario per un grande successo del "sì" nel referendum sulle parti più inique della legge 162/90, perché nel nostro Paese tornino a prevalere le ragioni del diritto e della solidarietà, e per costruire subito una politica più efficace e più umana contro la tossicodipendenza.

Hanno firmato l'appello del CORA i parlamentari
DEMOCRAZIA CRISTIANA:
ALAIMO Gino, ALESSI Alberto, ALTERIO Giovanni, BIAFORA Pasqualino, BINETTI Vincenzo, CIRINO POMICINO Paolo, CORRAO Calogero, CULICCHIA Vincenzino, DEGENNARO Giuseppe, DI GIUSEPPE Cosimo, DIANA Lino, GELPI Luciano, LA RUSSA Angelo, MANCINI Vincenzo, MANTI Leone, MASTRANZO Pietro, NICOLOSI Rino, SBARDELLA Vittorio, SERRA Pinuccio, TATTARINI Paolo, TUFFI Paolo.
PARTITO DEMOCRATICO DELLA SINISTRA ALVETI Giuseppe, BARBERA Augusto, BASSOLINO Antonio, BIRICOTTI Anna Maria, BORDON Willer, BRESCIA Giuseppe, CALZOLAIO Valerio, CAMOIRANO ANDRIOLLO Maura, CESETTI Fabrizio, CHIAVENTI Massimo, CIONI Graziano, COLAIANNI Nicola, COSTANTINI Luciano, DE SIMONE Andrea, DI PRISCO Elisabetta, EVANGELISTI Fabio, FOLENA Pietro, GAROFALO Carmine, GHEZZI Giorgio, GIANNOTTI Vasco, GIOVANELLI Fausto, GUIDI Galileo, IMBENI Renzo, IMPEGNO Berardo, INGRAO Chiara, JANNELLI Eugenio, LETTIERI Mario, LONGO Franco, LUONGO Giuseppe, LORENZETTI Maria Rita, MANCINA Claudia, MASIELLO Ennio, MELILLA Gianni, MUSSI Fabio, NARDONE Carmine, NICOLINI Renato, OLIVERIO Mario, PELELLA Enrico, PERINEI Fabio, PEZZONI Marco, RAMOUS FABJ Valeria, RODOTA' Stefano, SALVI Cesare, SANGIORGIO Maria Luisa, SANNA Anna, SENESE Salvatore, SITRA Giancarlo, SMURAGLIA Carlo, SOLAROLI Bruno, STRADA Renato, TADDEI Maria, TATTARINI Flavio, TESTA Enrico, TRONTI Mario, TRUPIA Lalla, TURCI Lanfranco, VIGNERI Adriana, VIOLANTE Luciano, VOZZA Salvatore.
PARTITO SOCIALISTA ANIASI Aldo, BORGOGLIO Felice, BORSANO Gian Mauro, BREDA Roberta, BUTTITTA Antonino, CALDORO Stefano, CORTESE Michele, CURCI Francesco, D'AMATO Carlo,

DEL BASSO DE CARO Umberto, DEMITRY Giuseppe, FILIPPINI Rosa, FORMICA Rino, LABRIOLA Silvano, LANDI Bruno, MACCHERONI Giacomo, MASSARI Renato, OLIVO Rosario, PILLITTERI Paolo, PISCHEDDA Antonello, PRINCIPE Sandro, REINA Giuseppe, RUSSO Giuseppe, RUSSO Raffaele, SIGNORILE Claudio, STORNELLO Salvatore, TOGNOLI Carlo.
LEGA BERTOTTI Elisabetta, BOSCO Rinaldo, CALDEROLI Roberto, CASTELLANETA Sergio, CASTELLI Roberto, DOSI Fabio, FRONTINI Claudio, LATRONICO Fede, MAGRI Antonio, MATTEJA Bruno, MAZZETTO Mariella, METRI Corrado, PETRINI Pierluigi, PIOLI Claudio, PROVERA Nello, SARTORI Marco.
RIFONDAZIONE COMUNISTA AZZOLINA Angelo, BACCIARDI Giovanni, BARZANTI Nedo, BENEDETTI Gianfilippo, BORGHETTA Ugo, BOLOGNESI Marida, BRUNETTI Mano, CALINI Emilia, CANGEMI Luca, CAPRILI Milziade, CARCARINO Antonio, CONDARCURI Virgilio, DIONISI Angelo, DOLINO Giovanni, DORIGO Martino, GIOLLO Roberto, GORACCI Orfeo, GUERRA Mauro, LENTO Federico, MAIOLO Tiziana, MANISCO Lucio, MANTOVANI Ramon, MARINO Luigi, MITA Pietro, MUZIO Angelo, ROGHETTA Ugo, RUSSO SPENA Giovanni, SALVATO Ersilia, SESTERO M. Grazia, SPERANZA Francesco, TRIPODI Girolamo, VENDOLA Nichi, VINCI Luigi.
PARTITO REPUBBLICANO AYALA Giuseppe, BIANCO Enzo, BONOMO Giovanni, CASTAGNETTI Guglielmo, DE CAROLIS Stelio, GRILLO Salvatore, LAVAGGI Ottavio, MODIGLIANI Enrico, NUCARA Francesco, ORGIANA Benito, PAGGINI Roberto, PASSIGLI Stefano, POGGIOLINI Danilo, RIZZI Augusto, SBARBATI Luciana.
PARTITO LIBERALE BATTISTUZZI Paolo, BIONDI Alfredo, MARCUCCI Andrea, MARTUCCI Alfonso, SCARFAGNA Romano, SGARBI Vittorio.
LISTA VERDE APUZZO Stefano, BETTIN Gianfranco, BOATO Marco, GRIPPA Chicco, DE BENEDETTI Lino, GIULIARI Francesco, GRASSI MAISANO Pina, LECCESE Vito, MATTIOLI Gianni, PAISSAN Mauro, PECORARO Alfonso, PIERONI Maurizio, PRATESI Fulco, ROCCA Carla, RONCHI Edo, RUTELLI Francesco, SCALIA Massimo, TURRONI Sauro.
PARTITO SOCIALDEMOCRATICO COSTI Rotino, DE PAOLI Paolo PAPPALARDO Ameno, ROMEO Paolo.
LA RETE BERTEZZOLO Paolo, DALLA CHIESA Nando, FAVA Claudio, GALASSO Alfredo, GAMBALE Giuseppe, GIUNTELLA Laura, NOVELLI Diego. NUCCIO Gaspare, PISCITELLO Rino.
GRUPPO MISTO ACCIARO Giancarlo, CAVERI Luciano, RIGO Mario, RONZONI Pierluigi, THALER AUSSERHOFER Helga, WIDMANN Hans.
GRUPPO FEDERALISTA EUROPEO BONINO Emma, CICCIOMESSERE Roberto, PANNELLA Marco, RAPAGNA' Pio, TARADASH Marco, VITO Elio.

L'appello del CORA è stato sottoscritto, tra gli altri, da:
AGNOLETTO Vittorio, presidente nazionale LILA-lega italiana lotta aids; ARNAO Giancarlo, medico; BARBARISI Alfonso, docente II facoltà di Medicina Università di Napoli, Presidente del COREL di Napoli; BENNI Stefano, scrittore; CALABRESE Omar, docente universitario; CANIPAROLI Riccardo, sociologo, Napoli; CERABONA Michele, presidente Camera Penale di Napoli; CIOTTI Don Luigi, gruppo Abele, Torino; CIRUZZI Domenico, del consiglio direttivo Camera Penale di Napoli; CRAVERI Piero, ordinario di Storia delle Istituzioni parlamentari Università di Napoli; DEVASTATO dr. Giovanni, responsabile comunità "Il pioppo" di Somma Vesuviana; GALLO Don Andrea, fondatore comunità San Benedetto al Porto, Genova; GNARINI dr. Roberto, caposettore alle tossicodipendenze Ospedale Cotugno, Napoli; GRELLA Antonio, tossicologo, Preside della prima facoltà di Medicina Università di Napoli; GRILLINI Franco, presidente nazionale ARCI GAY; MAJ Mario, primario Istituto di Psichiatria Università di Napoli; MANCONI Luigi, sociologo, Milano; MASSARENTI Mario, responsabile Sert Usl 27 Bologna; PISAPIA Giuliano, avvocato, Milano, RESTANTE Antonia, operatrice Sert, Bologna; RIGOLDI Don Gino, comunità Nuova, Milano; SPAGNOLO VIGORITA Tullio, docente diritto Università di Napoli; STARACE Fabrizio, medico psichiatra, Napoli; TARTARINI Marco, operatore Sert, Bologna; TESINI Andrea, operatore Sert, Bologna; VATTA Don Mario, comunità San Martirio al Campo, Trieste; VECCHIO dr. Stefano, responsabile "Centro Aleph" presso Usl 39 Napoli.
dalla redazione di CUORE Andrea ALAI, Luca BOTTURA, Lia CALI, Carlo MARULLI, Piergiorgio PATERLINI, Alessandro ROBECCHI, Michele SERRA (direttore).
tra gli **AMMINISTRATORI LOCALI** AMBROGLINI Virgilio, assessore comunale alla cultura Pds, Perugia; BOCCALI Vladimiro, consigliere comunale Pds, Perugia; CIAMBRIELLO Samuele, consigliere regionale PDS, Campania; CLO' Forte, consigliere provinciale capogruppo Pds, Bologna; CUCCO Enzo, consigliere regionale antiproibizionista, Piemonte; DEL GATTO Luigi, consigliere regionale antiproibizionista, Abruzzo; DE MASI Roberto, assessore comunale politiche sociali PSI, Napoli; INZANI Giorgio, consigliere regionale antiproibizionista, Lombardia; LAMBERTI Amato, consigliere comunale Verde, Napoli; direttore "Osservatorio sulla Camorra"; LOMBARDI Vera, consigliere comunale Rifondazione comunista, Napoli; PARIZZI Carduccio, consigliere regionale verde arcobaleno, Emilia Romagna; PEZZUTO Vittorio, consigliere regionale antiproibizionista, Liguria; TAVERNINI Monica, consigliere comunale PDS, Napoli; TOLOMELLI Karen, assessore comunale politiche sociali PDS, Casalecchio di Reno (BO); VESCE Emilio,

consigliere regionale antiproibizionista, Veneto.
dal **CONSIGLIO REGIONALE DEL LAZIO** AMATI (Pds), ANGRISANI (Psi), ANTONINI (Dc), BERNARDI (Pr), CARELLA (Pds), CAVALLO (Pds), CERRI (Pds), CIANI (Dc), COLLEPARDI (Pds), COSENTINO (Pds), D'AMATA (Dc), DAGA (Pds), DANESE (Dc), DE LUCIA (Pds), DELLE FRATTE (Psdi), DELLE MONACHE (Psi), DIONISI (Dc), FAUTTILLI (Dc), FERRONI (Pds), FORLANI (Dc), GALLUCCI (Dc), GENTILE (Dc), GIGLI (Dc), GUERRA (antiproibizionisti), MARRONI (Pds), MASCI (Pri), MASELLI (Dc), MASTRANTONI (verdi arcobaleno), META (Pds), MICELI (Ps), MOLINARI (Pri), OSTO (verdi sole che ride), PALADINI (Pds), PROIETTI (Psi), REDLER (Ps), SALATTO (Dc), SCHIETROMA (Psdi), SIGNORE (Psi), SPAZZONI (Dc), TIDEI (Pds), TROJA (Dc), VITELLI (Pds).
dal **CONSIGLIO PROVINCIALE DI ROMA** ALEANDRI (Psdi), BARENGHI (Antiproibizionisti), CANZONERI (Pri), CARUSO (Pds), CASTRICIANO (Verde), CENTO (Verde), FREGOSI (Pds), INSOLERA (Pds), LICARI (Ps), MILANA (Ps), MORRA (Pds), MUOTO (Ps), NATALINI (Psi), PAROLA (Pds), PASQUALI (Pds), PASUELLO (Pds), PETROCCHI (Pri), PLAGIALI (Pds), REGGIANI (Pensionati), RICCI (indip.PI), SETTIMI Gino, (Pds, presidente), VITALE (Pds), ZIGROSSI (india.), ZUPPELLO (Verde).
dal **COMUNE DI BOLOGNA** BONAGA, (assessore, Costituente democratica), BORIANI (Verdi sole che ride), DEL MUGNAIO (assessore), GRILLI (capogruppo Pri), MATULLI (capogruppo PDS), MISCHIATTI (antiproibizionisti), POLI (assessore, PSI), POZZATI (assessore), RAMINA (capogruppo Verdi), SCAVONE Angelo (capogruppo PSDI), SELVA Antonella (Rifondazione comunista), STEFANELLI (assessore comunale sanità e tossicodipendenze, PSI), TORREGGIANI Andrea (Verdi), VITALI Walter, Sindaco.

Le parole per capire il referendum

ANTIPROIBIZIONISMO Il referendum non è antiproibizionista e non porterà alla legalizzazione. Ciò che si chiede è l'abolizione delle sanzioni penali per il consumatore e una politica sanitaria più aperta, meno condizionata da direttive politiche.
CARCERE. Il carcere per chi si droga è la peggiore, la più inutile e la più ingiusta delle risposte possibili. Eppure è la sola struttura antidroga che abbia funzionato a pieno ritmo dopo l'entrata in vigore della legge Jervolino-Vassalli. Nel primo anno di applicazione l'aumento degli arresti per reati di droga è stato di oltre il 25% e la percentuale ufficiale dei detenuti tossicodipendenti ha raggiunto il 35% (ma il direttore nazionale degli istituti di pena, Niccolò Amato, parla, di punte oltre il 70% di detenuti tossicodipendenti nelle carceri settentrionali). La capienza delle carceri italiane è di circa 25 mila posti, ma oggi il numero dei detenuti supera i 50 mila, e l'incremento mensile è di oltre mille unità.
COMUNITÀ TERAPEUTICHE. Il referendum non incide direttamente sulla loro attività anche se, diminuendo il rischio del carcere per i tossicodipendenti e favorendo l'inizio di un rapporto terapeutico coi medici, potrebbe liberare le comunità da compiti impropri. Sono per il sì il gruppo Abele di Don Ciotti, le comunità del CNCA di Don Vinicio Albanesi e le comunità Incontro di Don Gelmini. Silenzio, finora, da San Patrignano.
CONSUMATORI. Chi fa uso personale di sostanze proibite, e non commette altri reati, non rischierà più il carcere, se vince il sì. I tossicodipendenti avranno diritto ad una assistenza sanitaria più estesa, a partire dal medico di famiglia. Per tutti restano in vigore le sanzioni amministrative, che però non potranno in nessun caso trasformarsi in penali. Il prefetto infatti non potrà più inviare le persone davanti al pretore per l'irrogazione delle sanzioni penali destinate ai consumatori (fra cui il divieto di allontanarsi dal comune di residenza, l'obbligo di rientrare a casa la sera, il lavoro coatto, la sospensione del permesso di soggiorno) la cui violazione consente l'arresto fino a tre mesi.
DECRETO AMATO. Aveva introdotto lievi modifiche alla legge per ridurre il rischio del carcere ma non è stato ratificato dal Parlamento. È stato trasformato in disegno di legge.
DOSE MEDIA GIORNALIERA. Attualmente rappresenta la frontiera fra l'uso personale e lo spaccio di droga. In pratica equivale al possesso di un paio di spinelli del valore, sulla strada, di 7 mila lire e di un decimo di grammo di eroina pura, del valore di circa 150 mila lire. Chi è sorpreso con una dose superiore alla media viene automaticamente condannato a pene detentive che vanno da due a sei anni sei anni per gli spinelli (da sei mesi a quattro anni se "per fatti di lieve entità") e da due a venti anni per l'eroina (da uno a sei anni se per "fatti di lieve entità"). Il referendum chiede l'abrogazione della dose media giornaliera per consentire ai giudici di punire per spaccio soltanto chi ne è realmente responsabile.
ILLECITO. Viene richiesta la cancellazione di quella sorta di manifesto ideologico della legge Jervolino-Vassalli che è l'articolo 72: "E' vietato l'uso personale delle sostanze stupefacenti e psicotrope". L'abolizione di questo articolo non ha alcuna conseguenza pratica, poiché la detenzione di sostanze stupefacenti resta illecita, come vuole la Convenzione di Vienna, un accordo internazionale che, in quanto tale, non può essere sottoposto a referendum. Il prefetto continuerà quindi a proporre l'alternativa fra sanzioni amministrative (come la sospensione della patente, del porto d'armi o del passaporto) e l'inizio di un programma terapeutico e di reinserimento, ma dalla legge verrà espulso un elemento di "morale di stato" del tutto anomalo all'interno della tradizione giuridica dello stato di diritto.

LEGALIZZAZIONE. Significa che Io stato assicura il controllo sulla produzione, la qualità, il prezzo e la distribuzione delle sostanze stupefacenti. E' ciò che vogliono gli antiproibizionisti, per sconfiggere il narcotraffico, ridurre l'influenza della criminalità organizzata sulla vita politica ed economica, abbassare il tasso di delinquenza urbana e offrire alternative sanitarie ai tossicodipendenti. Il referendum non introduce neppure una forma blanda di legalizzazione: il suo scopo è depenalizzare l'uso personale delle sostanze proibite.
LIBERALIZZAZIONE. Il proibizionismo ha prodotto la "liberalizzazione criminale della droga" dicono gli antiproibizionisti, aggiungendo che non esiste altro prodotto al mondo così disponibile a tutte le ore del giorno e della notte in tutte le città. I missini invece continuano ad accusare i promotori del referendum di chiedere la "liberalizzazione" della droga. Del tutto falso.
MEDICI. Oggi i medici che hanno in terapia un tossicodipendente devono obbedire alle direttive ultrarestrittive del ministero della sanità sull'uso dei farmaci sostitutivi e non possono adeguare la cura alle necessità del paziente. Inoltre devono obbligatoriamente segnalare il nome del loro assistito al servizio pubblico per le tossicodipendenze. Il referendum chiede la cancellazione di
queste norme per restituire al medico la decisione sulle terapie e per ricostruire un rapporto di fiducia con l'assistito. Una conseguenza indiretta del sì sarebbe la moltiplicazione dei punti di assistenza per i tossicodipendenti, che potranno rivolgersi con assoluta tranquillità al medico di fiducia.
MODICA QUANTITÀ. Prima della legge JervolinoVassalli chi veniva trovato in possesso di una "modica quantità" di sostanze stupefacenti veniva prosciolto dal giudice. Oggi, di fatto, il possesso di una modica quantità, superiore alla dose media giornaliera, consente all'imputato di ottenere le attenuanti previste dall'articolo 73. Il referendum non tocca direttamente questa materia.
RIDUZIONE DEL DANNO. È una politica sanitaria e sociale sulla droga che si contrappone alle ideologie della punizione e della demonizzazione. Evitare il rischio di overdose, di infezione da Aids o di emarginazione nel mondo della delinquenza viene considerato altrettanto importante della disintossicazione. Intorno alla "riduzione del danno" ruotano le esperienze internazionali più significative di contrasto non repressivo dell'abuso di droga.
VUOTO LEGISLATIVO. Se vinceranno i sì, non si creerà nessun vuoto legislativo e non ci sarà alcun bisogno di mettere mano alla legge per adeguarla agli esiti del referendum. Il successo del sì, tuttavia, potrà dare impulso al processo di revisione della legge in modo da poter giungere presto ad una politica più efficace per ridurre le ragioni e le occasioni di fuga nella droga, per responsabilizzare tutti di più, per una reale attenzione alle persone e al rispetto della loro dignità.