



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento Politiche Antidroga

Prevenzione

Riabilitazione

Cura

Valutazione

Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-2013

Formazione

Reinserimento

Sviluppo

Supporto

Regolazione dei consumi

Approvato dal Consiglio dei Ministri
nella seduta del 29 ottobre 2010



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento Politiche Antidroga

Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-2013

Indice

1. Introduzione	7
2. Premesse	13
Dalla V Conferenza Nazionale contro la Droga al Piano di Azione Nazionale Antidroga	15
Ruolo del DPA nella stesura del PAN e nel coordinamento interministeriale	16
Il Piano Nazionale, i piani regionali e i diversi livelli di responsabilità: il coordinamento nazionale e le linee di indirizzo, la concertazione e gli interventi territoriali	16
Capitolo 1	
Le basi del Piano di Azione Nazionale Antidroga	19
3. Le dieci caratteristiche salienti della variazione del fenomeno droga negli ultimi cinque anni	21
Premesse	23
Le variazioni	23
Conclusioni	30
4. Le indicazioni europee	33
Capitolo 2	
Il nuovo Piano di Azione Nazionale Antidroga	39
5. La struttura logica del PAN (framework)	41
Principi metodologici	43
Le quattro principali componenti del PAN	43
6. Le aree di intervento	49
7. Indirizzi e principi generali (Statement)	55
Premesse	57
Principi generali del PAN:	58
• Prevenzione	60
• Trattamento e prevenzione delle patologie correlate	64
• Riabilitazione e reinserimento	65
• Valutazione e monitoraggio	66

• Ricerca scientifica	67
• Legislazione e contrasto: droga e crimine	67
• Coordinamento, organizzazione e programmazione	69
8. Schede "Singole aree di intervento" (Obiettivi, azioni e indicatori)	71
1. Prevenzione	73
2. Cura e prevenzione delle patologie correlate	81
3. Riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo	91
4. Monitoraggio e valutazione	95
5. Legislazione, attività di contrasto e giustizia minorile	99
9. Azioni trasversali	115
Indicazioni generali per le azioni trasversali nelle cinque aree di intervento	117
1. Coordinamento e programmazione	118
2. Cooperazione (UE, Regionale)	119
3. Sensibilizzazione dell'opinione pubblica	122
4. Valutazione degli esiti e dei costi	123
5. Ricerca scientifica	124
6. Formazione	125
7. Organizzazione	126
10. Piano dei progetti	129
11. Le risorse	139
Allegati	143
Allegato 1 Schede riassuntive dell'analisi eseguita per aree di intervento per la definizione del PAN	145
Allegato 2 Sintesi della Relazione Annuale al Parlamento 2010	173
Allegato 3 CD Rom contenente linee di indirizzo tecnico scientifico ed altre pubblicazioni di supporto e utilità al PAN	189



2

Premesse

2. Premesse

Dalla V Conferenza Nazionale contro la Droga al Piano di Azione Nazionale

Per l'elaborazione del nuovo Piano di Azione Nazionale (PAN) sulle Droghe (che trae origine ed è ispirato al Piano di Azione dell'UE in materia di lotta contro la droga 2009-2012) ci si è riferiti soprattutto a quanto emerso e riportato nella "Sintesi degli orientamenti espressi dagli operatori nella V Conferenza Nazionale sulle Politiche Antidroga", tenutasi a Trieste dal 12 al 14 marzo 2009. Tale documento fornisce una importante base di partenza da prendere in considerazione per delineare un nuovo piano rispondente ai bisogni emergenti e identificati in tale contesto assembleare e istituzionale, così come previsto dal D.P.R. 309/90 e s.m.i. nel settore della tossicodipendenza.

La Sintesi riporta le conclusioni e le conseguenti linee generali di indirizzo emerse dalla V Conferenza che ha rappresentato il principale momento istituzionale di incontro e scambio di esperienze e conoscenze tra tutti gli attori del settore tossicodipendenza: le Istituzioni centrali e regionali, i Servizi pubblici e privati, le Associazioni di Volontariato, la stampa, le Società scientifiche, ecc. Ognuno di questi attori ha portato all'attenzione di tutti le criticità che si affrontano quotidianamente nei Servizi, l'analisi dei problemi, i cambiamenti, le proposte e le soluzioni per affrontare le nuove emergenze e proporre cambiamenti efficaci da apportare nel settore della tossicodipendenza e dell'alcoldipendenza droga correlata.

Dai resoconti provenienti dalle sessioni di lavoro eseguite presso il Dipartimento per le Politiche Antidroga e dai vari documenti presentati, sono state tratte preziose informazioni e indicazioni che hanno aiutato a rendere ancor più concreto l'approccio e l'impegno che, in responsabilità e competenza diretta, dovrebbe essere assunto.

I messaggi che più fortemente sono emersi dalla Conferenza sono stati senz'altro quello di ritrovare un'unità di azione, di coordinamento nazionale, di maggior investimento e di innovazione delle strategie, dei metodi, ma anche di un sistema che appare oggi poco orientato e rispondente ai nuovi bisogni.

In definitiva, da più parti è stata evidenziata l'esigenza di ridefinire le strategie generali nazionali di intervento, concretizzandole in un realistico e sostenibile piano di azione mediante la concertazione di tre principali attori:

1. Amministrazioni Centrali
2. Regioni e Province Autonome
3. Organizzazioni non Governative e Associazioni di settore

Nel nuovo Piano di Azione Nazionale sono state individuate le linee portanti e l'orientamento generale nei vari ambiti di interesse e nel contesto normativo esistente: prevenzione, cura, prevenzione delle patologie correlate, riabilitazione, reinserimento, organizzazione, ricerca e formazione.

Il Dipartimento per le Politiche Antidroga, in virtù dei compiti e delle funzioni che gli sono state attribuite, ha pertanto fatto proprie le necessità espresse dagli operatori e dalle varie amministrazioni riunitesi a Trieste, sia dentro che fuori la Conferenza, acquisendo le indicazioni scaturite dai dibattiti e dalle discussioni di approfondimento, finalizzandole ed integrandole all'interno del presente piano.

Ruolo del DPA nella stesura del PAN e nel coordinamento interministeriale

Il Dipartimento per le Politiche Antidroga ha avuto il compito di predisporre le basi metodologiche e il coordinamento tecnico per realizzare una più approfondita analisi, a partire da quanto emerso dalla V Conferenza, delle problematiche droga correlate nel nostro Paese al fine di predisporre il Piano di Azione Nazionale in conformità anche con le indicazioni europee in materia. A questo proposito, si è provveduto ad un coordinamento interministeriale, in virtù del ruolo assegnato al DPA dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, e alla raccolta di tutte le indicazioni che le varie organizzazioni ed amministrazioni invitate hanno voluto fornire per la stesura del piano. Tutto questo al fine di rendere coerenti ed omogenee le politiche e le strategie delle singole amministrazioni centrali.

Il nuovo piano di azione è concettualmente strutturato ed impostato al fine di fornire, quindi, indicazioni di valenza nazionale, coerenti con le indicazioni europee, alle amministrazioni centrali e contestualmente alle Amministrazioni Regionali ed alle Province Autonome.

Va chiarito molto bene che queste ultime Amministrazioni mantengono la loro totale autonomia di formulazione di politiche e strategie territoriali, nonché di programmazione ed organizzazione dei propri servizi in virtù della riforma del Titolo V della Costituzione. Contestualmente, però, permane il ruolo di coordinamento e definizione di politiche nazionali delle amministrazioni centrali, in virtù delle competenze e delle direttive che provengono dagli Organismi Comunitari.

Si è ritenuto necessario, pertanto, procedere alla stesura del PAN in una maniera che non sia né prescrittiva né ordinatoria nei confronti delle Regioni, ma solo di indirizzo generale che si auspica possa essere accolto e condiviso nella trasformazione e nella realizzazione, poi, dei singoli piani e programmi di azione regionali.

Il Piano Nazionale, i piani regionali e i diversi livelli di responsabilità: il coordinamento nazionale e le linee di indirizzo, la concertazione e gli interventi territoriali

Il nuovo Piano di Azione Nazionale Antidroga vede la collaborazione e la concertazione di diversi attori per la creazione di un piano strategico che tenga conto di tutti i livelli di azione e di intervento (nazionale, regionale, locale).

Gli intenti del DPA, che hanno costituito la base per la preparazione e la stesura del PAN, sono maturati nella convinzione che il vero Piano di Azione debba avere due importanti e diversificate componenti:

- a. La componente degli indirizzi nazionali (coerente e correlata agli indirizzi europei) a cura del DPA e delle Amministrazioni centrali;
- b. I singoli piani di azione regionali e delle Province Autonome, a cura di tali Amministrazioni, che dovrebbero avere un carattere, quindi, più operativo e di realizzazione concreta degli interventi, nel pieno rispetto delle loro autonomie che si ritiene dovrebbero, per quanto possibile e realizzabile, tenere conto degli indirizzi nazionali e di una concertazione che è necessario trovare proprio nel momento della “territorializzazione” di tali indirizzi per rendere le azioni più omogenee ed efficaci possibili su tutto il territorio nazionale.

Questo anche al fine di assicurare quanto più possibile un’unità di intenti e di azioni che renderà la lotta alla droga, pur nelle legittime differenze di programmazione, il più omogenea possibile almeno sui grandi capitoli e principi unificanti gli intenti comuni.

Programmi Regionali (PR) per poter completare come parte integrante e irrinunciabile il Piano di Azione Nazionale (PAN). La programmazione e l’organizzazione dei servizi territoriali è, infatti, responsabilità delle Regioni e delle P.A. coerentemente con le proprie scelte politiche, anche in difformità dello stesso Piano di Azione Nazionale che ci si augura, comunque, possa essere veramente utile a migliorare e supportare le singole politiche regionali e delle P.A.

Il DPA provvederà, in seguito, a collezionare, valorizzare e supportare tali PR, rappresentandoli e trasferendoli anche a livello europeo, affinché vi possa essere una reale conoscenza di quanto il nostro Paese, attraverso tutte le Amministrazioni coinvolte, fa concretamente per la lotta alla droga.

Il Capo del Dipartimento per le Politiche Antidroga
Dott. Giovanni Serpelloni



Capitolo 1

Le basi del Piano di Azione Nazionale Antidroga

3

**Le dieci caratteristiche salienti
della variazione del fenomeno
droga negli ultimi cinque anni**

3. Le dieci caratteristiche salienti della variazione del fenomeno droga negli ultimi cinque anni

Premesse

Il fenomeno dell'uso di sostanze è cambiato molto negli ultimi anni, assumendo caratteristiche molto diversificate rispetto a quelle riscontrate non più tardi di cinque anni fa. Le variazioni sociali e culturali, quelle del mercato della droga e la comparsa di nuove sostanze, nonché le modalità di consumo e l'associazione di sostanze, hanno comportato una forte differenziazione dello scenario generale. Di conseguenza è necessario adattare i modelli di intervento per renderli più coerenti ed efficaci alle nuove problematiche. Soprattutto per quanto riguarda la cannabis e i suoi derivati le condizioni sono variate e i consumatori si trovano di fronte a sostanze molto diverse rispetto a quelle presenti sul mercato qualche anno fa. Basti pensare alle nuove coltivazioni con metodi intensivi e alla selezione di specie in grado di produrre più alte concentrazioni di principio attivo. Non ultima, la comparsa sul mercato di cannabinoidi sintetici ancora più pericolosi e molto poco conosciuti anche dagli stessi consumatori nella loro potenzialità tossicologica.

Le variazioni

Al fine di far meglio comprendere le scelte strategiche inserite nel piano, di seguito vengono riportate, in sintesi, le caratteristiche salienti delle variazioni riscontrate del fenomeno droga nel nostro Paese negli ultimi cinque anni.

1. Variazione delle offerte

Le organizzazioni criminali in questi anni, al fine di migliorare la propria efficienza e quindi i loro guadagni, hanno specializzato e differenziato la loro rete di distribuzione introducendo alcune varianti importanti. Anche il marketing della droga è variato nel tempo utilizzando sempre di più le tecniche di web marketing e di multiofferta, anche al dettaglio su strada. Lo spacciatore tende ad offrire qualsiasi tipologia di sostanza proprio per rendere più appetibile la sua offerta. Sono state confezionate e poste in vendita "babydosi" di cocaina al costo di 10 € l'una al fine di avvicinare i giovanissimi e rendere la sostanza più facilmente acquistabile. Il telefono cellulare tramite gli sms diventa sempre più un mezzo per raccogliere gli ordini dai clienti, rapido e discreto, con la possibilità di assicurare una maggiore mobilità allo spacciatore e quindi una minore possibilità di essere individuato durante la cessione della sostanza. L'offerta è distribuita in modo capillare anche attraverso il coinvolgimento di persone minorenni, in quanto meno legalmente perseguibili, inserite nelle fasce dei giovani "consumatori" e più propensi ad accettare rischi, poiché molto meno consapevoli di ciò che stanno commettendo.

Oltre a ciò, lo spacciatore tipo ha adottato la logica della multi offerta: offrire ai clienti

Differenziazione
dell'offerta e web-
marketing

Logiche di
multiofferta

tutti i vari tipi di droghe che potrebbero essere da loro ricercate e gradite. Le offerte prevedono anche promozioni, gadget e “sconti comitiva”, sempre nell’ottica di attirare un numero maggiore di persone e di fidelizzarle. Un nuovo tipo di offerta, fortemente diffusa soprattutto tra le giovani adolescenti, è quella di droghe e di accessi facilitati nei luoghi del divertimento in cambio di sesso. Un’ampia e importante offerta è quella che si riscontra via Internet.

Sono tantissimi i siti che offrono sostanze stupefacenti legali o illegali, farmaci stimolanti e sedativi di varia natura, droghe definite come “naturali”, per farle percepire come meno pericolose, nonché tutto il necessario per coltivarle o consumarle. Negli ultimi anni, questa è stata la modalità di offerta che si è sviluppata di più, con un volume di affari che diventa sempre più importante. Secondo l’Osservatorio Europeo, sono oltre 200 i prodotti psicoattivi commercializzati nei drugstore online europei, la maggior parte dei quali (52%) si colloca nel Regno Unito e in Olanda (37%). L’apertura di numerosi negozi specializzati (smart shop) risulta infine un altro dei fenomeni emergenti nel settore. Sono ormai centinaia i negozi aperti in tutta Italia che vendono cannabinoidi sintetici sottoforma di “profumatori ambientali” o “incensi”, prodotti i cui effetti tossici sull’uomo sono del tutto simili a quelli del THC e anche superiori, per i quali sono stati già documentati casi di intossicazione acuta anche in Italia. In Italia questi negozi si concentrano soprattutto in Emilia Romagna (17,3%) e nel Lazio (13,5%), in particolar modo a Roma (10,3%).

Internet e
smartshop

2. Età di inizio

Nonostante il calo registrato dei consumatori occasionali nell’ultimo anno, l’uso sperimentale iniziale delle sostanze diventa sempre più precoce, con una sempre più bassa consapevolezza dei rischi e dei danni derivanti da tale uso da parte di giovanissimi che già, per la loro età, tendono a sottostimare i rischi e i pericoli. L’uso precoce di sostanze comporta, inoltre, una forte interferenza con i processi di maturazione e sviluppo cerebrale dell’adolescente. Proprio a quell’età, infatti, si vanno consolidando numerose funzioni neuropsichiche in relazione sia ai meccanismi di apprendimento, di memorizzazione, della motivazione, del coordinamento sia dei sistemi della gratificazione. Non ultimo, in questa fase della crescita, si sviluppano e si definiscono importanti aspetti della personalità, dell’autostima, della self-efficacy, dei processi di problem analysis, di decision making, ecc. Pertanto, l’incidenza che sostanze fortemente psicoattive possono avere sul già complesso processo di sviluppo è piuttosto elevata ed in grado di provocare deviazioni e compromissioni importanti del fisiologico sviluppo cerebrale e del suo funzionamento. Le conseguenze neuropsichiche derivanti dalla forte e anomala sollecitazione che sostanze quali il THC, la cocaina e l’alcool possono dare sui sistemi degli endocannabinoidi endogeni, della dopamina, del GABA, delle catecolamine, ecc., sono ancora più preoccupanti e gravi se ciò avviene in età adolescenziale, in quanto in grado di attivare e indurre processi negativi di neuroplasticità anomala, con conseguenze inequivocabili sulla regolare e fisiologica maturazione cerebrale.

Uso sperimentale
precoce e
compromissione
della maturazione
cerebrale

Oltre a quanto sopra riportato, va ricordato un aspetto importante che ha implicazioni con la variazione dello scenario relativamente agli interventi preventivi in materia di droghe. La ricerca scientifica ha, infatti, dimostrato la forte correlazione tra l’esistenza di vari tipi di disturbi comportamentali e deficit di attenzione in giovane età con una maggiore vulnerabilità all’addiction in età adolescenziale. Grazie alle nuove evidenze scientifiche, la capacità diagnostica di questi disturbi è sicuramente aumentata, così come la possibilità di trattamento educativo e psicocomportamentale. Ciò consente, quindi, di

Disturbi
comportamentali:
fattori predittivi

aumentare la probabilità di mettere in atto interventi efficaci di prevenzione selettiva.

3. Sostanze di iniziazione

L'alcol, il tabacco e l'abuso di energy drink costituiscono sempre più le sostanze psicoattive di primo accesso ai comportamenti di assunzione di sostanze stupefacenti illegali sia per la facilità di acquisizione sia di uso "dosabile" e socialmente accettato che gli adolescenti ne possono fare, condizione importante soprattutto all'inizio dell'assunzione. La sperimentazione dell'effetto psicoattivo dell'alcol da parte di un adolescente, fa parte molto spesso dei rituali di crescita. In questo contesto va ricordato che soprattutto le sostanze alcoliche offerte dal mercato hanno subito in questi ultimi cinque anni una forte variazione. Sono stati prodotti e fortemente pubblicizzati molti soft drink a bassa gradazione alcolica, molto aromatizzati e dolcificati per renderli più appetibili soprattutto al pubblico giovanile. Oltre a queste bevande, sono comparsi una serie di drink a base di caffeina, taurina e altri stimolanti che hanno invaso il mercato delle bibite analcoliche, offrendo la possibilità di avere prodotti in grado di stimolare e sovraeccitare l'assuntore con sostanze legali e percepite come sicure, quali la caffeina ad alto dosaggio. Molto spesso questi energy drink, percepiti e associati a un concetto positivo di "energia, libertà e volo", vengono utilizzati in grandi quantità insieme con superalcolici (vodka, rum, gin, ecc.) creando un mix estremamente e variamente psicoattivo, associando infatti sostanze farmacologicamente attive in senso opposto (la caffeina stimolante e l'alcol inibente ad alte dosi). Una volta ottenuta una prima disinibizione verso le naturali riserve che quasi la maggior parte degli adolescenti ha nei confronti dell'assumere droghe per la prima volta, risulta verosimilmente più facile accettare sperimentazioni più azzardate utilizzando soprattutto sostanze quali il THC, la cocaina e le amfetamine.

Alcol, tabacco,
energy drink e soft
drink

Ultimamente, inoltre, sono comparse sul mercato una notevole quantità di droghe sintetiche (smart drugs) vendute come droghe legali in condizioni e con modalità che inducono una percezione di bassa pericolosità e lesività in chi le acquista e le consuma. Questo consumo è spesso associato ad un nuovo rituale di acquisto che avviene in negozi specializzati (smart shop) o sempre di più via Internet. Questa ultima modalità risulta in forte espansione e altamente utilizzata soprattutto dalle giovani generazioni che presentano un'alta propensione all'uso della tecnologia informatica. In antitesi con le percezioni dei consumatori, le sostanze vendute negli smart shop e via Internet sono risultate altamente pericolose e molto più attive dello stesso fitocannabinoide (Δ^9 – THC) più comune. Non vi è dubbio infatti che il JWH-018, JWH-073, JWH-200 e il mefedrone (principi attivi di molte smart drugs) siano più pericolose dello stesso THC.

Smart drugs

4. Rituali sociali di consumo e modalità di assunzione

Sempre di più le sostanze vengono utilizzate periodicamente e occasionalmente in relazione ai momenti del divertimento e della socializzazione. Esse vengono assunte anche in relazione alla capacità di creare disinibizione, facilità alla relazione e sensazione di sicurezza; tutti fattori e condizioni fortemente ricercate e apprezzate dagli adolescenti in quanto necessari per rafforzare la propria autostima e trovare un posto di spicco e accettazione all'interno del gruppo dei pari. L'associazione del consumo di droghe e alcol è sempre più associata al divertimento e allo "stare insieme" in attività ludiche e sembra diventare una preconditione necessaria addirittura per intraprendere tali attività, che non vengono più considerate "divertenti" se svolte in assenza dell'effetto delle sostanze. Già da qualche anno l'assunzione della stessa eroina ha variato la via di assunzione prevalente, passando da quella endovenosa a quella inalatoria/respiratoria.

Divertimento e
socializzazione

Il pattern d'uso prevalente è quello del policonsumo con associazione sequenziale o contemporanea di vari tipi di sostanze e quasi costantemente di alcol. Risulta ad oggi molto rara l'evenienza del consumatore che si dedica al consumo di un'unica sostanza. Un'altra caratteristica riscontrata è il forte aumento del consumo occasionale/episodico. Aumenta sempre di più, infatti, la fascia di popolazione che assume le sostanze solo in occasione di particolari situazioni (fine settimana, feste, impegni lavorativi particolarmente pesanti). La minore percezione del rischio e la maggiore tolleranza sociale rispetto a tali comportamenti sono corresponsabili di questo cambiamento.

Policonsumo

Tuttavia anche la crisi economica in qualche modo ha influito sul mercato delle sostanze. Le persone tossicodipendenti con una malattia che non concede periodi di pausa nella loro assunzione non hanno certo diminuito l'acquisto giornaliero delle sostanze, ma probabilmente sono ricorsi di più all'esercizio delle attività criminali e della prostituzione per procurarsi il denaro necessario per la droga. Una contrazione degli acquisti invece, legata alla minor disponibilità economica causata dalla crisi generale, è possibile che vi sia stata in questi ultimi mesi per i consumatori occasionali o del weekend, dove l'assunzione della sostanza non si connota come un bisogno compulsivo legato ad uno stato astinenziale per la presenza di una vera e propria dipendenza. A complicare la scena vi è poi l'alcol usato in associazione con le sostanze stupefacenti sia di tipo stimolante che inibente, con prevalenza tra il 60% e l'85%. L'alcol, inoltre, viene spesso assunto con la modalità "binge drinking", cioè facendone grandi "abbuffate" concentrate soprattutto nel fine settimana.

Crisi economica

Alcol e binge drinking

5. Le sostanze d'abuso

Negli ultimi anni si è assistito alla comparsa di sostanze sempre più "specializzate". Soprattutto nell'ambito delle amfetamine e metamfetamine il mercato ha prodotto nuovi elementi e combinazioni, specialmente sintetizzando droghe che producessero contemporaneamente e variamente modulati effetti di tipo eccitatorio ed allucinatorio. Per quanto riguarda queste sostanze, esse spesso sono state utilizzate dagli adolescenti anche come droghe di iniziazione causando, in qualche caso, dei decessi.

Amfetamine e metamfetamine

Va ricordato il maggior utilizzo anche di altre sostanze quali la Ketamina e l'LSD. Inoltre, da qualche anno ha preso piede l'assunzione del GHB anche come "droga delle stupro" per facilitare abusi sessuali di giovani donne.

Ketamina, LSD e GHB

L'offerta è stata fortemente differenziata per venire incontro ad esigenze sempre più "raffinate" dei consumatori. Anche per la cannabis, si è assistito alla comparsa di prodotti a più alto contenuto di principio attivo e quindi con maggiori effetti psicoattivi a parità di unità quantitative assunte.

Cannabis ad alto contenuto di principio attivo

Affiancate a queste produzioni, come già ricordato, sono comparse sostanze ancora più pericolose quali i cannabinoidi sintetici che, in un primo momento, hanno avuto una forte diffusione per il fatto di essere più facilmente vendibili in quanto non ancora tutte inserite nelle Tabelle delle sostanze stupefacenti previste dal D.P.R. 309/90.

Cannabinoidi sintetici

La cocaina è stata spesso associata a sostanze che ne prolungano e ne potenziano l'azione (levamisolo, atropina, ecc.) ma che, contemporaneamente, costituisce un grave pericolo per la salute dei consumatori.

Cocaina

Sono inoltre comparse sul territorio italiano partite particolarmente pericolose di eroina contenenti una percentuale elevata di 6-monoacetilmorfina (6-MAM) che ha causato svariati decessi droga-correlati.

Eroina

6. Integrazione sociale e comportamenti “mimetici” dei consumatori

Rispetto a qualche anno fa, gli utilizzatori di sostanze tendono ad essere maggiormente inseriti socialmente e a conservare tale status almeno nelle apparenze, adottando tutta una serie di espedienti, modalità precauzionali e comportamenti volti a mascherare l'uso di sostanze verso chi potrebbe in qualche modo recriminare tale uso. In alcuni adolescenti questo comportamento è molto spiccato soprattutto nei confronti dei genitori verso i quali spesso si adottano varie strategie per evitare la scoperta dell'uso. I ragazzi risultano molto più informati dei loro genitori rispetto, per esempio, alle modalità di falsificazione di un test antidroga, di reperimento delle informazioni per evitare i controlli, o di utilizzo dei colliri per non far scoprire l'arrossamento congiuntivale dopo aver fumato cannabis, ma anche rispetto ai siti Internet da consultare per avere informazioni legali per gestire eventuali incidenti, trovare tutte le informazioni utili alla coltivazione e fabbricazione delle droghe o, infine, dove acquistare urine sintetiche per falsificare eventuali drug test.

Strategie per mascherare l'uso

L'uso di sostanze inoltre, quali soprattutto la cocaina, viene percepito anche come “status sociale” elevato e comunque “in”, presso vari gruppi sociali legati al mondo dello spettacolo, della finanza, della politica e dei vari poteri esistenti. Questo esercita un fascino e un'attrattiva sempre più forti soprattutto per le giovani generazioni. Il conseguente comportamento emulativo viene spesso vissuto più che come disvalore, come conformità sociale.

Uso come “status sociale”

Nel tempo si è andata manifestando sempre più esplicitamente una certa tolleranza verso l'uso di sostanze spesso esplicitata da vari opinion leader sociali ed enfatizzata attraverso i media anche se ultimamente tale atteggiamento sta parzialmente cambiando. Ciò comporta l'affermarsi, soprattutto tra le giovani generazioni, che vi sia “tutto sommato” una possibilità di uso di queste sostanze senza poi dover subire recriminazioni da parte della società, se non addirittura essere una porta di entrata nel mondo del successo. E' noto, inoltre, che dove si manifestano tali condizioni socioambientali vi sia una maggior tendenza all'uso di sostanze in fase giovanile con un consumo vissuto come “ordinario e normale”, in quanto erroneamente percepito come a basso rischio e come comportamento accettato ed accettabile.

Atteggiamenti di tolleranza

7. Accesso ai trattamenti

Negli ultimi anni si è potuto notare, in particolare nella fascia di utenti con uso inalatorio e respiratorio di eroina, un accesso più precoce ai servizi di cura rispetto agli utenti che utilizzavano eroina qualche anno fa e per via endovenosa. Attualmente, si assiste ad un accesso ai trattamenti dopo sei mesi/un anno dall'inizio dell'uso della sostanza, in concomitanza con la prima comparsa della sindrome astinenziale che viene colta con sorpresa e preoccupazione dal consumatore. Infatti, uno dei fattori motivanti l'accesso più frequentemente rilevati è stata proprio la comparsa della sindrome astinenziale e la presa di coscienza che si era instaurata la dipendenza. Spesso, infatti, si è rilevata la presenza della convinzione che se l'eroina viene inalata o fumata, non dà dipendenza. In questo caso, i pazienti presentano una maggior conservazione della propria condizione sociale e fisica. È variata molto anche la percentuale di pazienti donne nei servizi, soprattutto per quanto riguarda l'eroina, passando da una media del 20% di qualche anno fa a circa il 40% di oggi, come si registra in alcuni servizi. Da segnalare anche l'aumento di pazienti minorenni soprattutto nella fascia di età compresa tra i 18 e i 24 anni. Si è registrato inoltre, nel tempo, un aumento dei pazienti per uso di cocaina spesso associata ad altre droghe ed alcol con atteggiamenti e comportamenti di aggressività a volte

Accessi più precoci

Aumentati i pazienti 18-24 anni e con uso di cocaina

slatentizzati anche nei confronti degli operatori. In considerazione del maggior utilizzo di cannabis, sia per quanto riguarda il numero di consumatori sia per quanto concerne la frequenza d'uso, sono aumentati gli accessi per gli utilizzatori di questa sostanza in relazione soprattutto alla comparsa di disturbi psichiatrici di tipo dissociativo. Questo incremento del fenomeno è stato rilevato soprattutto tra i giovani consumatori.

Per quanto riguarda le malattie infettive droga correlate (infezione da HIV, epatiti, ecc.) è da rilevare una riduzione dell'incidenza di siero conversioni, quindi, con una minor diffusione legata all'uso iniettivo di sostanze ma, contestualmente, un aumento del rischio sessuale legato alla promiscuità dei rapporti non protetti.

Resta basso l'accesso ai servizi da parte dei consumatori di amfetamine o metamfetamine, mentre è da segnalare il costante aumento dell'alcoldipendenza e il poliabuso per le quali è stato necessario attuare protocolli terapeutici integrati. Inoltre, molte giovani donne sono arrivate ai trattamenti per la cocaina in seguito anche all'uso di tale sostanza per la ricerca dell'effetto anoressizzante. Una variazione importante nella scelta e accettazione da parte dei pazienti dei vari trattamenti rilevata è stata quella riguardante la grossa difficoltà se non addirittura il rifiuto dei trattamenti residenziali a medio e lungo termine. Questo ha comportato spesso un incremento delle terapie farmacologiche sostitutive anche in persone che avrebbero potuto usufruire, al fine di un miglior trattamento, di percorsi residenziali, anche se più impegnativi.

In questi anni, inoltre, si è potuto notare un aumento dell'utenza straniera sia proveniente dal Nord Africa, sia dai Paesi dell'Est europeo. Infine, negli ultimi mesi si segnala un aumento dell'accesso di persone intercettate attraverso i controlli delle Forze di Polizia su strada o attraverso i controlli tossicologici nei lavoratori con mansioni a rischio.

Aumento dei
pazienti con
disturbi
psichiatrici

Riduzione
dell'incidenza di
sieroconversioni

Amfetamine, alcol e
poliabuso

Stranieri e
controlli delle Forze
di Polizia

8. Risorse disponibili

La disponibilità di risorse umane e finanziarie per la lotta alla droga soprattutto a livello delle singole Regioni, in considerazione anche dell'espansione del fenomeno, è andata di fatto purtroppo riducendosi nel corso degli anni. La spesa regionale globale è stimata intorno ai 1000 milioni di euro/anno anche se non è possibile quantificarla precisamente per difficoltà in alcune Regioni di ricostruzione del bilancio. Oltre a questo, l'impegno delle risorse è prevalentemente indirizzato ai trattamenti che sempre di più, anche in considerazione dell'invecchiamento e della cronicizzazione dei pazienti, sono orientati ad un mantenimento stabilizzato dello stato di dipendenza mediante farmaci sostitutivi. Molte organizzazioni sociosanitarie territoriali, a livello delle singole aziende sanitarie, inoltre non hanno visto in questi anni la corretta applicazione dell'Atto di Intesa Stato-Regioni relativo all'attivazione dei Dipartimenti delle Dipendenze in forma strutturale, comportando questo una debolezza anche nel loro funzionamento e nella risposta alle esigenze del territorio. È chiaro, infatti, che una migliore responsabilizzazione dei Dipartimenti, con una propria autonomia gestionale, incentiva anche una migliore specializzazione e motivazione del personale. Al contrario, si riscontra invece una situazione di svantaggio in quelle realtà dove i Dipartimenti delle Dipendenze non sono stati attivati e resi autonomi ma inseriti, forse meglio dire "assorbiti", nei Dipartimenti di Salute Mentale, o svuotati della valenza specialistica e di un forte coordinamento tecnicoscien- tifico, inserendo i Ser.T all'interno dei distretti sociosanitari.

Carenza di risorse
umane e finanziarie

Mancata
applicazione
dell'Intesa Stato-
Regioni e autonomia
dei Dipartimenti
delle Dipendenze

9. Strumenti e sistemi di monitoraggio del fenomeno

Da circa due anni sono stati attivati nuovi strumenti di sorveglianza della comparsa di nuove droghe e di nuove modalità di consumo che si avvalgono del Sistema Nazionale

Sistema
Nazionale di
Allerta Precoce

di Allerta Precoce del Dipartimento per le Politiche Antidroga, collegato ad una rete di laboratori e strutture del sistema dell'emergenza/urgenza (centri collaborativi) in grado di rilevare sia gli aspetti bio-tossicologici della comparsa di nuove sostanze, sia gli aspetti clinico-tossicologici presso le unità di emergenza.

Oltre a questo, è stato creato uno specifico Osservatorio Nazionale in grado di integrare i dati provenienti dalle varie Amministrazioni centrali (Ministero della Salute, Ministero dell'Interno, Ministero della Giustizia, Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, ecc.) in modo tale da permettere una migliore e più tempestiva lettura del fenomeno. Sono state, inoltre, messe a punto delle procedure più rapide relativamente alla possibilità di identificazione e di inserimento delle sostanze psicoattive non ancora inserite nelle Tabelle previste dal D.P.R. 309/90.

In questo settore si è anche assistito ad un aumento delle attività in ambito internazionale sia per quanto riguarda le politiche antidroga nel settore socio-sanitario sia per quanto concerne le azioni di coordinamento delle attività di contrasto al traffico e allo spaccio. Questo ha permesso di entrare maggiormente in contatto con altre realtà europee ed internazionali fornendo sicuramente opportunità e spunti di collaborazione che hanno potuto migliorare il sistema italiano.

Osservatorio
Nazionale

Procedure per
la tabellazione
delle sostanze
psicoattive

Attività
internazionali

10. Politiche nazionali e frammentazione degli interventi regionali

Durante la V Conferenza Nazionale di Trieste è stato più volte sottolineato da tutti i partecipanti la necessità di ripristinare ed avere un coordinamento nazionale sulle politiche antidroga. E' noto, infatti, che dopo la riforma del Titolo V della Costituzione ed il passaggio delle competenze socio-sanitarie alle Regioni ed alle Province Autonome si sia assistito ad una differenziazione dei sistemi e degli interventi nell'ambito della lotta alla droga e alle dipendenze. Pur riconoscendo la necessità e l'opportunità dell'esistenza delle autonomie regionali non può però essere sottaciuta la grande diversità dei sistemi regionali odierni che comporta un indebolimento delle azioni concrete sui vari territori in virtù della forte differenziazione e di un mancato controllo centrale sull'applicazione di quelle indicazioni che, in coordinamento con il Piano di Azione Europeo, possono e devono trovare attuazione nel Piano di Azione Nazionale e nei singoli Programmi Regionali. Spesso, in questi ultimi due anni, antagonismi politici tra alcune Regioni e il governo centrale, che nulla dovrebbero avere a che fare con la lotta alla droga, hanno giocato un ruolo a volte paralizzante dell'attività di integrazione degli interventi e le Regioni deputate al coordinamento tecnico e alla concertazione tra amministrazioni regionali e centrali purtroppo non hanno svolto tale compito in modo bilanciato e costruttivo, esercitando a volte più un ruolo di attivazione di conflitti e di opposizione politica che di negoziazione e mediazione, nonostante i ripetuti tentativi di avvicinamento e coinvolgimento svolti dal Dipartimento per le Politiche Antidroga. C'è da augurarsi che per il futuro si possano trovare nuove forme di collaborazione operativa e non solo burocratizzata in percorsi da svolgere sempre e obbligatoriamente (come più volte richiesto) esclusivamente all'interno della Conferenza Stato-Regioni al fine di rendere più efficace e coordinata l'azione su tutto il territorio nazionale, al pari di quanto accade in altri Paesi europei dove le politiche regionali sono fortemente rappresentate e presenti (es. Spagna e Germania), senza che ciò comporti la negazione della necessità e l'accettazione di un coordinamento nazionale svolto dalle Istituzioni governative che rappresentano il paese anche a livello europeo.

Esigenza di un
coordinamento
nazionale

Conclusioni

La sintesi sopra riportata ha voluto, anche se in modo riduttivo, mettere a fuoco i principali elementi che caratterizzano le variazioni del fenomeno droga in Italia negli ultimi cinque anni, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti socio-sanitari e l'andamento dell'offerta e dei consumi al fine di poter introdurre e circostanziare la lettura dei capitoli successivi con un quadro più aggiornato dell'evoluzione del fenomeno. Ci sembra importante, infatti, comprendere il contesto generale, anche se in modo sintetico, dove poter inserire gli interventi di prevenzione e di trattamento in relazione all'uso di cannabis e all'abuso alcolico. Questo in considerazione soprattutto del fatto che tale sostanze risultano essere le più frequentemente consumate e diffuse tra i giovani, specialmente come sostanze di iniziazione (gateway) e che sempre di più si sono registrati disturbi psichiatrici in relazione al loro uso.

4

Le indicazioni europee

4. Le indicazioni europee

Il Piano italiano di Azione trae le sue fondamenta ed è ispirato al Piano di Azione Europeo, adottato all'unanimità dal Consiglio dell'Unione Europea. Tale piano è stato emanato all'interno della strategia in materia di droga che l'Unione Europea ha definito per il periodo 2005-2012¹.

Suddetta strategia prevede l'elaborazione di due piani d'azione quadriennali consecutivi. Il primo piano d'azione (2005-2008)² ha individuato oltre 80 azioni finalizzate al coordinamento nei maggiori ambiti di intervento pubblico in materia di lotta alle sostanze psicoattive illecite.

Alla fine del primo piano di azione europeo è stata effettuata una valutazione e mappatura del primo triennio di applicazione del piano da parte di ciascuno Stato membro e sono stati evidenziati gli elementi positivi che hanno contraddistinto la strategia antidroga nel periodo definito, ed altri elementi che indicano invece una carenza di intervento e risultato legati soprattutto ad uno scarso coinvolgimento della società civile e alla mancanza di coordinamento. Le conoscenze sono lacunose ed in particolar modo sono scarsi i dati a disposizione relativamente all'offerta di stupefacenti.

Il secondo piano di azione, relativo al triennio 2009-2012, si concentra sulla riduzione della domanda di stupefacenti e la riduzione dell'offerta ed affronta i tre temi trasversali del coordinamento, della cooperazione internazionale e delle attività di informazione, ricerca e valutazione. Dunque il nuovo piano d'azione europeo individua le seguenti priorità:

1. Migliorare il coordinamento, la cooperazione e sensibilizzare l'opinione pubblica
2. Ridurre la domanda di stupefacenti
3. Ridurre l'offerta di stupefacenti
4. Migliorare la cooperazione internazionale
5. Migliorare la comprensione del problema

Di seguito sono stati enucleati dal Piano di Azione Europeo le aree di intervento, le relative priorità principali e gli obiettivi connessi.

¹ 15074/04 CORDROGUE 77 SAN 187 ENFOPOL 187 RELEX 564.

² GU C 168 dell'8.7.2005, pag. 1.

Area	Priorità principale	Obiettivi
1. Coordinamento	Potenziare l'efficacia della strategia sotto il profilo dell'elaborazione e dell'attuazione	1. Garantire che le politiche nazionali e l'azione dell'UE nelle relazioni con i paesi terzi e nei consessi internazionali siano improntate ad un approccio equilibrato e integrato 2. Garantire un coordinamento efficace a livello UE 3. Garantire un coordinamento efficace a livello nazionale 4. Garantire la partecipazione della società civile alle iniziative antidroga
2. Riduzione della domanda	Ridurre la domanda e le conseguenze sociali e sanitarie dell'uso di droga, migliorando portata, qualità ed efficacia dei servizi di prevenzione, trattamento e riduzione dei danni	1. Prevenire il consumo di stupefacenti e i rischi ad esso connessi 2. Prevenire il comportamento ad alto rischio dei consumatori (compreso il consumo endovenoso) tramite interventi mirati 3. Offrire trattamenti e terapie riabilitativi più efficaci garantendo maggior disponibilità, accesso e qualità dei servizi 4. Ottimizzare la qualità e l'efficacia degli interventi volti a ridurre la domanda di stupefacenti tenendo conto dei bisogni specifici dei consumatori in funzione del genere, dell'estrazione sociale, dell'età, ecc. 5. Offrire servizi di cura per i consumatori di sostanze psicoattive nei penitenziari e ridurre i danni per la salute associati al consumo di stupefacenti 6. Garantire l'offerta di servizi intesi alla riduzione dei danni onde contenere la diffusione di HIV/AIDS, epatite C e altre malattie siero-trasmissibili e ridurre i decessi per droga nell'UE
3. Riduzione dell'offerta	Migliorare in modo quantificabile a livello UE l'efficacia degli interventi di contrasto in materia di stupefacenti. Europol, Eurojust e le altre strutture UE dovranno assolvere a pieno al proprio mandato, onde garantire l'efficienza, la compatibilità delle iniziative nazionali in ambito UE, il coordinamento all'interno dell'UE e le economie di scala	1. Rendere più efficace la cooperazione UE nel campo delle misure intese a contrastare la produzione di sostanze psicoattive e il narco-traffico 2. Rafforzare l'efficacia della cooperazione giudiziaria nella lotta al narcotraffico e nelle operazioni di contrasto riguardo produzione, traffico di stupefacenti e/o precursori, riciclaggio di relativi proventi 3. Reagire in modo rapido e efficace alle insidie emergenti (es. nuove sostanze, nuove rotte del narcotraffico) a livello operativo, programmatico e politico 4. Ridurre la produzione e l'offerta di droghe sintetiche 5. Ridurre lo sviamento e il traffico dei precursori nella/attraverso l'UE utilizzati per la produzione di sostanze psicoattive illecite
4. Cooperazione internazionale	Migliorare l'efficacia della cooperazione antidroga dell'UE con i paesi terzi e le organizzazioni internazionali tramite un più stretto coordinamento delle politiche europee. Favorire una coerente diffusione mondiale dell'approccio equilibrato dell'UE al problema droga	1. Se possibile, inserire sistematicamente nelle relazioni con le Regioni e i paesi terzi, le problematiche della strategia dell'UE in materia di droga, soprattutto nel più vasto ambito delle politiche di sviluppo e di sicurezza. L'obiettivo trova realizzazione sulla base della pianificazione e del coordinamento strategico tra gli attori interessati 2. Promuovere e attuare l'approccio UE allo sviluppo alternativo (definito nel documento 9597/06 CORDROGUE 44 e UNODC/CND/2008/WG.3/CRP.4) in cooperazione con i paesi terzi, tenendo conto dei diritti umani, della sicurezza umana e delle condizioni specifiche 3. Potenziare il coordinamento UE in ambito multilaterale promuovendo un approccio integrato ed equilibrato 4. Fornire sostegno ai paesi candidati o interessati nel processo di stabilizzazione ed associazione 5. Migliorare la cooperazione con i paesi interessati dalla politica Europea di vicinato
5. Informazione, ricerca e valutazione	Migliorare la comprensione dell'uso di stupefacenti sotto tutti gli aspetti onde ampliarne le conoscenze di base ai fini della strategia pubblica, sensibilizzare i cittadini sulle implicazioni sociali e sanitarie del fenomeno e condurre studi in materia	1. Ampliare le conoscenze di base in materia di stupefacenti promuovendo la ricerca 2. Assicurare lo scambio di informazioni accurate e rilevanti ai fini della strategia in materia di sostanze psicoattive illecite 3. Sviluppare ulteriormente gli strumenti atti a monitorare l'evoluzione del problema e l'efficacia della risposta 4. Garantire l'attuale valutazione della politica antidroga



Capitolo 2

Il nuovo Piano di Azione Nazionale Antidroga

5

La struttura logica del PAN (framework)

5. La struttura logica del PAN (framework)

Principi metodologici

Nella stesura del nuovo Piano di Azione Nazionale Antidroga si è tenuto conto del contesto in cui le azioni dovranno essere declinate. Dunque, prima di delineare il piano si dovranno analizzare quattro variabili:

1. La situazione economico-sociale;
2. Gli assetti istituzionali;
3. La situazione finanziaria del sistema pubblico;
4. Lo scenario relativo al mercato globale e locale delle sostanze.

Nella formulazione del possibile modello di intervento, oltre all'analisi delle quattro variabili di cui sopra, è necessario considerare che le componenti interessate al problema droga e fortemente interagenti tra loro sono tre: l'individuo, il contesto socio-ambientale in cui vive (famiglia, scuola, lavoro, gruppo dei pari ecc.) e le varie sostanze che possono interagire con esso, la loro capacità di legare l'individuo e di produrre danni. I modelli di intervento pertanto dovranno essere sistemici e tenere conto di queste tre fondamentali componenti.

Le quattro principali componenti del PAN

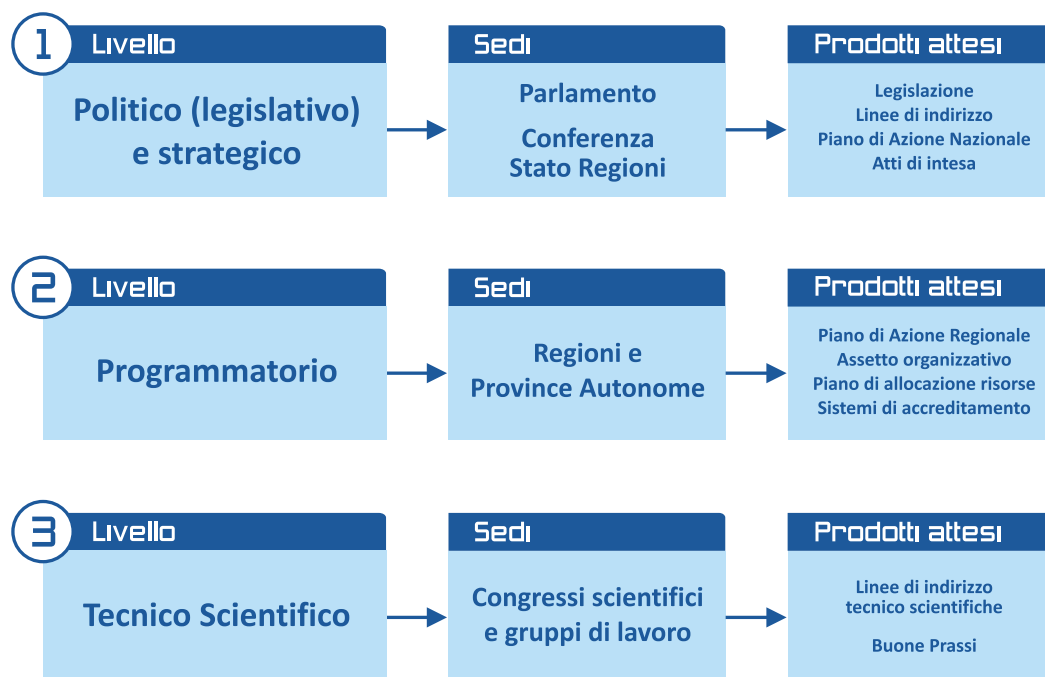
Il Piano di Azione Nazionale Antidroga prevede lo sviluppo contemporaneo di quattro componenti: un Piano di Azione Nazionale (PAN - indicazioni strategiche), i singoli Programmi Regionali (PR), le Linee di indirizzo ed i Progetti Nazionali di supporto al Piano. L'insieme di queste quattro componenti costituirà il piano concreto di azione che necessariamente, per poter essere efficace, deve prevedere l'esplicitazione delle strategie generali mediante l'elencazione degli obiettivi, delle azioni, delle organizzazioni deputate alla realizzazione e degli indicatori di esito, ma nel contempo dovranno seguire i singoli piani regionali con, per quanto possibile, una quantificazione delle risorse dedicate. Oltre a ciò, sono previste delle linee di indirizzo per le principali aree ed una serie di progetti nazionali a supporto del PAN che coinvolgeranno numerose unità operative.

Figura 1: Componenti del PAN.



- 1. Piano di Azione:** contiene tutte le indicazioni strategiche generali divise per aree di intervento corredate da obiettivi, azioni ed indicatori di valutazione. Questa parte tiene conto anche delle indicazioni europee ed ha come obiettivo principale quello di poter creare una serie di azioni coordinate su tutto il livello nazionale.
- 2. Singoli programmi regionali:** sulla base del PAN le Regioni e le Province Autonome potranno definire singoli programmi regionali o riorientare gli attuali, tenendo conto delle indicazioni strategiche nazionali espresse e contestualmente delle proprie linee di programmazione. La predisposizione di questi programmi, la cui realizzazione è competenza delle singole Regioni e Province Autonome costituirà il completamento e la reale operazionalizzazione del PAN.
- 3. Linee di indirizzo tecnico scientifico:** è un insieme di pubblicazioni metodologiche che chiariscono ancora più nel dettaglio come poter realizzare gli interventi fornendo elementi tecnici per le varie aree sotto forma di indirizzi operativi. È stata messa a punto una prima raccolta di linee di indirizzo che verrà via via implementata e aggiornata sulla base delle nuove esigenze emergenti e dei nuovi aggiornamenti scientifici nei vari campi di intervento.
- 4. Progetti Nazionali di supporto al PAN:** per sostenere concretamente il Piano sono stati attivati numerosi progetti nazionali nelle varie aree di intervento considerate prioritarie, con un forte coordinamento centralizzato e tendenti alla creazione di reti di collaborazione e cooperazione sia tra realtà nazionali che internazionali. Questo piano progetti è già attivo e coerente con il PAN, coprirà le attività 2010-2011 e potrà essere rinnovato ed implementato, sulla base delle disponibilità finanziarie annualmente definite.

La realizzazione del nuovo PAN, pertanto, si sviluppa in senso verticale attraverso tre diversi gradi di programmazione che coinvolgono attori diversificati per ciascun livello in base alle varie responsabilità ed ai compiti istituzionali. A ciascuno di essi corrispondono diversi livelli di discussione e di competenze, ed i prodotti attesi che ne derivano sono differenti, secondo lo schema riporta di seguito:

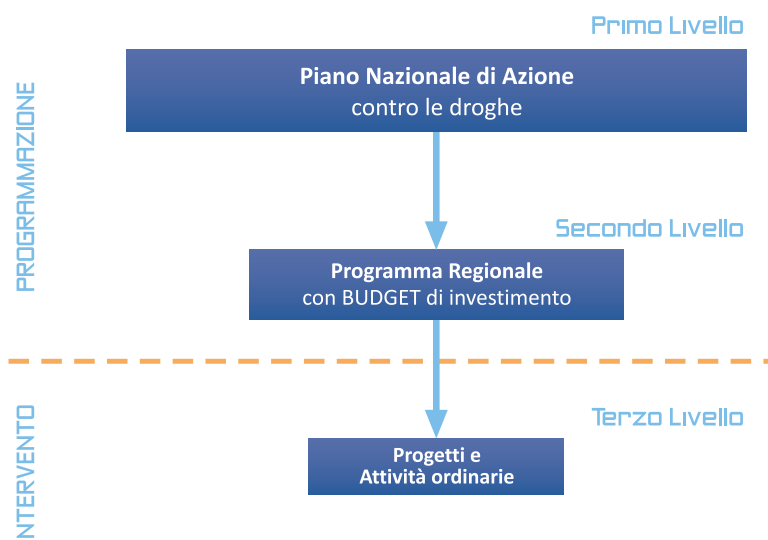
Figura 2: Livelli di programmazione del PAN.

La realizzazione e lo svolgimento del PAN per la trasformazione delle linee di indirizzo in esso contenute in azioni concrete precede tre livelli successivi di azione che dovrebbero, quindi, essere concretizzati in altrettanti tre documenti:

1. Il Piano di Azione Nazionale contro le droghe;
2. I Programmi Regionali con budget di investimento ed i progetti regionali;
3. Le attività ordinarie e quelle di progetto relative alla prevenzione, cura e riabilitazione, previste a favore delle persone con problemi droga correlati ed erogate dai servizi pubblici delle aziende sanitarie, anche mediante il privato sociale.

Al Piano di Azione Nazionale Antidroga di livello strategico dovrebbero seguire quindi dei “programmi regionali” personalizzati sui bisogni e le caratteristiche del fenomeno droga delle singole Regioni e P.A., corredati di budget specifico e articolati in progetti e indicazioni strategiche, per l’orientamento delle attività ordinarie, coerentemente, per quanto possibile, con il PAN.

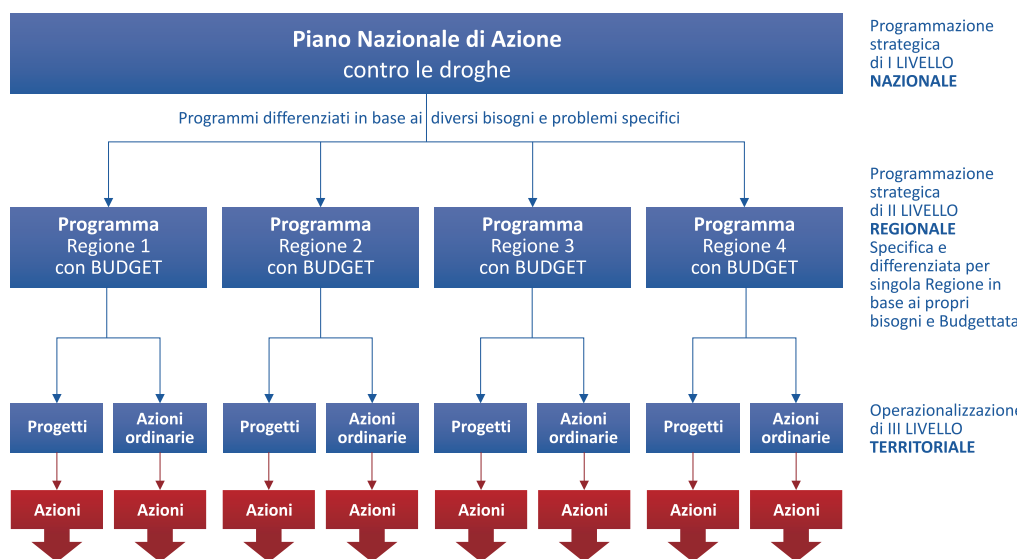
Figura 3: Microlivelli di azione.



Ci si aspetta, pertanto, che i programmi regionali vengano definiti e differenziati nelle azioni sulla base di analisi quantitative dei bisogni che mostrino in modo oggettivo la dimensione del problema e la variazione rispetto al trend nazionale che lo rende rilevante per il territorio in esame. Le azioni che si andranno a definire dovrebbero tener conto del fatto che il problema, per essere affrontato efficacemente, deve essere reso coerente con le strategie generali del PAN e, successivamente, frazionato con logiche territoriali differenziando, quindi, gli interventi di risposta ma mantenendo omogeneità e coerenza nell'organizzazione dei servizi. Andranno, pertanto, differenziate anche le varie offerte di base, specializzandole in relazione ai bisogni e fenomeni emergenti con progetti ad hoc.

Tale schema si sviluppa in senso verticale e a ciascun livello corrisponde un diverso grado organizzativo, secondo quanto illustrato negli schemi che seguono.

Figura 4: Modello esemplificativo dei livelli di azione.



6

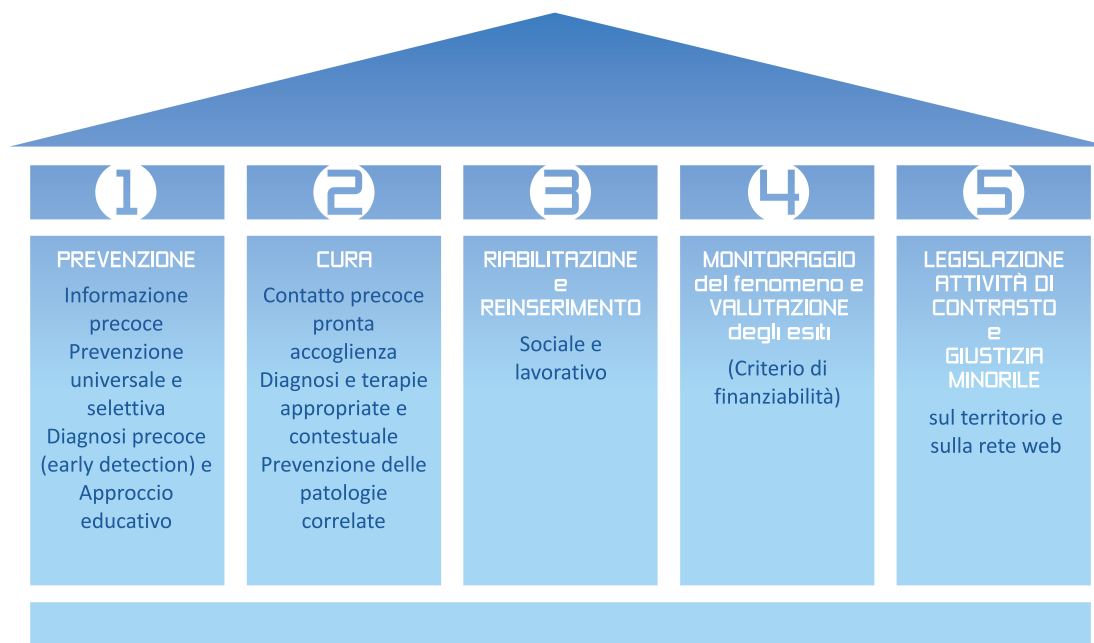
Le aree di intervento

6. Le aree di intervento

Il nuovo Piano di Azione Nazionale è logicamente suddiviso in 5 principali aree di intervento:

1. **La prevenzione** - informazione precoce, prevenzione universale e selettiva, la diagnosi precoce di uso di sostanze stupefacenti (early detection) e approccio educativo;
2. **La cura e diagnosi delle tossicodipendenze** - contatto precoce, pronta accoglienza, diagnosi e terapie appropriate e contestuale prevenzione delle patologie correlate;
3. **La riabilitazione ed il reinserimento** - sociale e lavorativo;
4. **Il monitoraggio e la valutazione** - criterio di finanziabilità;
5. **La legislazione, le attività di contrasto e la giustizia minorile** - sia sul territorio che sulla rete Internet.

Figura 5: Aree di intervento.



Per ciascuna delle cinque aree sono previste una serie di azioni trasversali relative al coordinamento, alla cooperazione, alla sensibilizzazione dell'opinione pubblica, alla valutazione degli esiti e dei costi, alla ricerca scientifica e raccolta dei dati, alla formazione e all'organizzazione, secondo lo schema che segue.

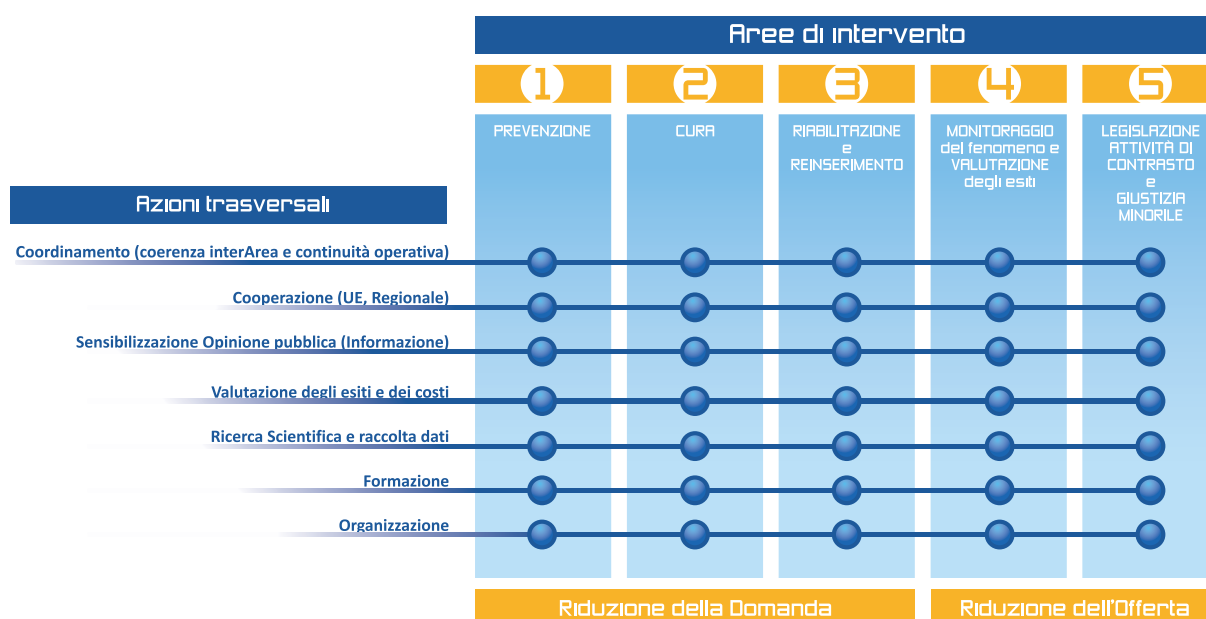
Le cinque aree indicate sono tra loro raggruppate in due grandi contenitori:

1. **Riduzione della domanda:**
Prevenzione, Cura e Diagnosi, Riabilitazione e Reinserimento;
2. **Riduzione dell'offerta:**
Monitoraggio e valutazione, Legislazione, attività di contrasto e giustizia minorile.

Ognuna delle cinque aree di intervento prevede una serie di azioni trasversali relative al coordinamento, alla cooperazione, alla sensibilizzazione dell'opinione pubblica, alla valutazione degli esiti e dei costi, alla ricerca scientifica e raccolta dei dati, alla formazione e all'organizzazione, secondo lo schema seguente. Queste azioni trasversali rappresentano delle indicazioni di azione che andrebbero perseguite per ognuna delle aree di intervento al fine di migliorare l'efficacia generale del piano.

Per ogni area di intervento le singole azioni trasversali assumono un significato diverso sia per quanto riguarda i contenuti da perseguire, sia per quanto riguarda gli attori coinvolti in tali azioni, ma è necessario sviluppare la cooperazione, la sensibilizzazione, la valutazione, la ricerca scientifica, ecc. di tutte le aree di intervento, proprio per dare un impulso forte e coordinato all'intero piano.

Figura 6: Aree di intervento e azioni trasversali.



7

Indirizzi e principi generali (Statement)

7. Indirizzi e principi generali (Statement)

Premesse

1. Il Piano di Azione Europeo per la lotta alla droga ha fornito una serie di importanti indicazioni che hanno costituito la base per la stesura del presente piano. Oltre a questo, durante la V Conferenza Nazionale sulle Politiche Antidroga tenutasi a Trieste nel mese di marzo del 2009, gli operatori dei dipartimenti delle dipendenze (Ser.T e Comunità Terapeutiche), le Amministrazioni Centrali, le Regioni e le Province Autonome, le Amministrazioni locali hanno tracciato precise linee di indirizzo e di orientamento per la realizzazione di strategie ed azioni concrete per i prossimi tre anni. Dall'analisi approfondita e condivisa tra i vari attori è scaturita una serie di attente e competenti considerazioni³ che hanno costituito la base vincolante per la preparazione del Piano di Azione Nazionale (PAN). Un'ulteriore fonte di informazioni strategiche è stata la CND - Commission on Narcotic Drugs 2010 delle Nazioni Unite, che ha ulteriormente consolidato alcune linee strategiche che sono state riprese, sviluppate ed adattate alla realtà italiana.
2. Successivamente, grazie alla collaborazione con varie organizzazioni⁴ è stata affrontata un'analisi ancora più approfondita dei problemi legati al consumo di droghe, al loro traffico e spaccio nel nostro Paese e delle varie cause in grado di sostenere e incrementare tale fenomeno. Tale analisi è stata poi suddivisa in 5 schede sintetiche, una per ciascuna area di intervento del Piano di Azione italiano. In questo modo è stata sviluppata una base informativa sul fenomeno che ha permesso di formulare il presente piano.
3. Le realizzazione del PAN ha tenuto conto delle indicazioni contenute nel Piano di Azione Europeo⁵ e delle note metodologiche, oltre che di contenuto, in esso presenti.
4. Questo documento rappresenta, quindi, l'insieme degli indirizzi generali e dei principi a cui le varie Amministrazioni ed organizzazioni, a vario titolo operanti in Italia nell'ambito della lotta alla droga, dovrebbero ispirarsi per coordinare e meglio finalizzare le proprie programmazioni ed attività all'interno di una logica Nazionale ed Europea. Tale logica, al pari di tutti gli altri Stati Europei, deve necessariamente trovare un coordinamento e una comunità di intenti e di azioni su tutto il territorio nazionale per essere realmente efficace.

Le basi del PAN:
1. Il Piano di Azione Europeo
2. La V Conferenza sulle Droghe
3. Le indicazioni della CND

L'analisi condivisa

Il Piano di Azione Europeo

³ Sintesi degli orientamenti espressi dagli operatori nelle V Conferenza Nazionale sulle tossicodipendenze.

⁴ Ministero della Salute, Ministero dell'Interno, Ministero della Giustizia, Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca, Ministero degli Affari Esteri, Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, Dipartimento della Gioventù, Dipartimento della Famiglia, Regioni e P.A., Acudipa, Ceis, Conosci, Edu.Care, Erit Italia, Federserd, Fict, Fondazione Exodus; Gruppo Abele, Gruppo Valdinievole.

⁵ Piano di Azione Europeo in materia di lotta alla droga 2009-2010 (2008/C 326/09).

5. In relazione alla forte differenziazione degli interventi e delle strategie a livello delle singole Regioni in virtù della loro autonomia di programmazione ed azione, è bene ricordare che le droghe e le organizzazioni criminali che le gestiscono, non rispettano certo i confini regionali, provinciali o comunali, così, anche le malattie infettive correlate all'uso di queste sostanze. Parlando per estremi si ricorda che gli spacciatori e i trafficanti probabilmente non conoscono e sicuramente non rispettano i confini geografici regionali italiani e non riconoscono le competenze e le autonomie dei vari territori. Perciò è necessario ritrovare e mantenere nel futuro un'unità di intenti all'interno di un coordinamento nazionale più volte richiesto a gran voce proprio dalla V Conferenza Nazionale di Trieste. Riconoscere ciò significa accettare un volere della comunità professionale e del volontariato di settore che, in primo luogo, ha sottolineato la grande differenziazione tra i vari sistemi regionali esistenti e i problemi derivanti, e, in secondo luogo, ha richiesto che questa frammentazione possa cessare e debba essere risolta con un coordinamento nazionale vero ed efficace.
6. È necessario pertanto andare oltre i vecchi schemi di programmazione parcellizzata e di organizzazioni che non sono coordinate nell'azione. È necessario introdurre principi innovativi e ritrovare soprattutto un agire comune scevro da ideologie e condizionamenti di parte.
7. Per dare una vera svolta nel nostro Paese, sarà fondamentale valorizzare sempre di più la necessità che a svolgere compiti di coordinamento, programmazione, formulazione di strategie e progettualità nazionali, siano professionisti competenti, in possesso di una formazione tecnico-specialistica adeguata al ruolo istituzionale e al compito che vengono chiamati a svolgere e in grado di ricoprire appropriati livelli di responsabilità ed in possesso di una corrispondente ed adeguata posizione professionale. È tempo oramai che anche il nostro Paese si allinei con quanto avviene a livello non solo Europeo ma anche internazionale, dove già da tempo si è abbandonata la logica "dell'incarico politico" indipendentemente dalle competenze tecnico-scientifiche reali e dal livello professionale di responsabilità, e si è invece riconosciuta la necessità, assicurando così anche la stessa sopravvivenza del sistema, di valorizzare e promuovere professionisti del settore realmente in grado di affrontare il problema sulla base della formazione professionale presente, della sensibilità e dell'equilibrio dimostrato e soprattutto della capacità di creare reti collaborative e progettualità coordinate avendo un livello istituzionale tale da permettere una piena assunzione di responsabilità delle proprie decisioni ed azioni.

Coordinamento e
confini

Andare oltre

Professionisti ed
organizzazioni
competenti e
responsabili

Principi generali del PAN

8. Al pari e concordemente con tutti i paesi Europei, la stesura di un piano di azione nazionale nasce dall'imperativa necessità di avere indicazioni per la definizione degli interventi antidroga al fine di proteggere le future generazioni dalla tragedia della tossicodipendenza e dell'alcoldipendenza derivante dall'uso di sostanze stupefacenti e abuso alcolico, riconoscendo che questo, anche nel nostro Paese così come in tutti gli altri Stati europei, è fondamentale per affrontare in modo coordinato ed efficace il problema della diffusione e dell'uso delle droghe e dell'abuso alcolico.
9. Il nostro Paese si impegna, al pari degli altri Paesi Europei, a rispondere al problema della droga attraverso un approccio integrato tra la riduzione della domanda e dell'of-

Proteggere le
future
generazioni

Un approccio
integrato e
bilanciato

ferta di droga sulla base dei principi di responsabilità condivisa e di proporzionalità, in piena coerenza con i principi fondamentali della dignità di tutti coloro che sono toccati dal problema globale della droga, compresi i tossicodipendenti, e nel pieno rispetto delle libertà fondamentali e dei diritti umani. A questo proposito, però, si ribadisce che la legislazione italiana, ma ancora prima i principi etici che sottendono le azioni di prevenzione, cura e riabilitazione, non riconoscono come diritto della persona il “diritto a drogarsi” sia per gli inequivocabili danni alla salute che questo può provocare sia per le conseguenze negative verso terze persone in contatto con chi usa queste sostanze, sia per le gravissime perdite sociali che questo comporta.

10. Per contro, sono da identificare precocemente e contrastare con fermezza tutte le eventuali forme di discriminazione e stigmatizzazione delle persone tossicodipendenti o che abusano di sostanze alcoliche, favorendo, invece, il loro accesso precoce alle cure, alla riabilitazione e al reinserimento sociale e lavorativo.

No alla
discriminazione
e alla
stigmatizzazione

11. L'approccio che si vuole dare, seguendo le indicazioni provenienti dall'Unione Europea, è quindi di tipo integrato e multidisciplinare e si concentra su due principali settori di intervento: la riduzione della domanda e la riduzione dell'offerta. Oltre a questo, sono stati individuati più temi trasversali: la cooperazione, in quanto la natura globale del problema della droga richiede approcci regionali, nazionali, europei ed internazionali; il coordinamento, come elemento chiave per stabilire e condurre una strategia di successo contro le droghe; infine, la ricerca, l'informazione e la valutazione con una conseguente migliore comprensione del problema della droga e lo sviluppo di una risposta ottimale ad esso, incluse le chiare indicazioni circa i meriti e i difetti delle azioni delle attività intraprese.

Il coordinamento
come elemento
chiave

12. La strategia italiana punta quindi a ridurre il consumo di droga nel Paese soprattutto attraverso le attività di prevenzione e, allo stesso tempo, a creare e mantenere migliori condizioni di trattamento e riabilitazione dei soggetti con dipendenza. Per questo è necessario aumentare l'impegno nel più breve tempo possibile nella riduzione della domanda e contemporaneamente, mantenere alto il livello di contrasto dell'offerta attraverso la lotta alle organizzazioni criminali dedite al traffico e allo spaccio di sostanze illecite e al riciclaggio del denaro proveniente da tali attività.

Ridurre il
consumo

13. Si riconosce la necessità di investire in maniera bilanciata nella prevenzione, nel trattamento, nel recupero e contemporaneamente anche nel sistema delle sanzioni amministrative e della giustizia penale in relazione al traffico e lo spaccio di sostanze stupefacenti.

Il bilanciamento degli
interventi

14. Questo approccio equilibrato richiede l'impegno coordinato e complementare delle attività di prevenzione, di trattamento, di reinserimento sociale e lavorativo, la contemporanea applicazione della normativa e delle azioni di contrasto.

Un approccio
equilibrato

15. Per raggiungere tale obiettivo è necessario un coordinamento e una cooperazione tra tutte le Amministrazioni Centrali, le Regioni e le Province Autonome e le Amministrazioni locali con un impegno che non può permettersi divisioni, frammentazioni e distonie nelle strategie e nelle azioni concrete, pena l'impedire o il compromettere di fatto un'erogazione equanime, appropriata e di qualità degli interventi e delle offerte in ambito preventivo, terapeutico e riabilitativo alle persone tossicodipendenti e ai giovani particolarmente vulnerabili. Oltre a questo la mancata unitarietà di intenti e di azioni

Un approccio
equilibrato

potrebbe comportare anche il consegnare il destino del nostro Paese alle organizzazioni criminali che gestiscono il traffico e lo spaccio della droga. Infatti, se non verranno realizzate azioni efficaci per la riduzione della domanda, l'offerta avrà sempre più terreno fertile per la sua crescita e la sua strutturazione organizzativa.

Coordinamento e
cooperazione per
una unitarietà di
intenti

16. La lotta alla droga deve trovare, dunque, il costante e globale coinvolgimento di tutte le componenti della società civile e delle Amministrazioni coinvolte e responsabili, a vario titolo, della salute dei cittadini.

Un impegno di tutti

17. In questa strategia generale si colloca il PAN, volendo sottolineare la necessità di basarsi su programmi scientificamente orientati, bilanciati e centrati sulla collaborazione di tutte le componenti pubbliche e private a vario titolo chiamate a dare una risposta al problema droga nel nostro Paese.

Programmi
scientificamente
orientati

Prevenzione

18. La prevenzione si deve ritenere prioritaria e fondamentale per la riduzione della domanda di droga.

Priorità

19. Tutte le sostanze stupefacenti sono da considerarsi pericolose e dannose per la salute psico-fisica e sociale dell'individuo e hanno un alto potenziale di evoluzione negativa in grado di compromettere l'integrità psicofisica delle persone e la loro armonica presenza nella società.

Sempre
pericolose e
dannose

20. Le attività di prevenzione devono essere strutturate considerando che il policonsumo di sostanze (vari tipi di droghe, alcol e tabacco) è ormai il comportamento prevalente di assunzione.

Attenzione al
policonsumo

21. Le azioni di prevenzione devono essere particolarmente sostenute e mantenute nel tempo al fine di assicurare alla comunità ed in particolare ai giovani e ai gruppi sociali particolarmente vulnerabili ed alle loro famiglie (adolescenti con disturbi comportamentali, minori con comportamenti delinquenziali, emarginati senza fissa dimora, persone detenute, prostitute, donne in gravidanza, immigrati, ecc.) ambienti sani e sicuri e quanto più possibile liberi dalle droghe.

Interventi
permanenti e su
gruppi specifici

22. Al fine di orientare correttamente le nostre azioni è necessario considerare la diffusione dell'uso delle sostanze stupefacenti anche come un problema di sanità pubblica, di sicurezza sociale e potenzialmente in grado di minare le basi della società civile, della sua stabilità e del suo sviluppo futuro.

Un problema di
sanità pubblica
a forte impatto
sociale

23. Le azioni di promozione e di protezione della salute devono, quindi, essere dirette contro l'uso di tutte le sostanze stupefacenti in grado di interferire con le normali funzioni neuro-psichiche delle persone. Le azioni sopra menzionate devono, dunque, puntare a rendere la persona non soltanto consapevole dei rischi e dei danni derivanti dall'uso di droghe, ma devono anche, e soprattutto, proporre dei comportamenti e degli stili di vita migliori al fine di evitare tali eventi. Le azioni di cui sopra andrebbero estese a tutte le dipendenze patologiche, come ad esempio il gioco d'azzardo patologico che è una forma di dipendenza senza sostanze.

La consapevolezza
del rischio

24. Pertanto, l'uso di sostanze stupefacenti deve essere considerato e comunicato come un "comportamento inadeguato, da evitare in quanto mette a rischio la propria e l'altrui salute, l'integrità psichica e sociale nel suo complesso" e deve essere considerato per la persona un "disvalore e non un plus valore". Un comportamento, quindi, sicuramente da evitare o, se presente, da abbandonare per la piena valorizzazione dell'individuo.
25. La comunicazione sociale ed ambientale, nelle campagne di prevenzione, deve esprimere in maniera costante, oggettiva e comprensibile tutti i danni ed i rischi derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti e l'assoluta opportunità di evitarne l'assunzione ma, contemporaneamente, devono essere proposti e promossi stili di vita alterativi sani e gratificanti fin dalla prima infanzia. A tale proposito è necessario supportare e rinforzare il ruolo e la responsabilità della famiglia (ruolo genitoriale) e della scuola (ruolo educativo e formativo).
26. La prevenzione risulta l'arma vincente su cui investire nel breve, nel medio e lungo termine, in maniera permanente e continuativa. Ciò in considerazione del fatto che vi è la necessità principale di promuovere e proteggere soprattutto il potenziale mentale e produttivo delle giovani generazioni.
27. Dalle ricerche scientifiche, nazionali, europee ed anche internazionali, sono stati identificati diversi fattori di rischio che possono creare uno stato di maggior vulnerabilità allo sviluppo di dipendenza. Alcuni di questi rischi sono geneticamente determinati, altri, ugualmente importanti, sono collegati alla sfera psicologica, educativo e socio-ambientale di ogni singolo individuo. Analogamente, sono stati individuati fattori protettivi dell'individuo dal rischio di avere contatti con le sostanze stupefacenti e dalla dipendenza, tra cui, in primis, le cure parentali, un ambiente scolastico e sociale fortemente orientati all'accudimento e alle politiche antidroga, dei modelli educativi impostati alla valorizzazione dell'individuo e delle sue abilità, della sua creatività ma, contestualmente, al rispetto delle regole. Questi fattori agiscono soprattutto durante la prima fase di vita (0-20 anni) e sono in grado di condizionare lo sviluppo cerebrale e comportamentale dell'individuo.
28. Le ricerche scientifiche hanno dimostrato come lo sviluppo cerebrale dell'adolescente termina, di norma, la propria maturazione intorno ai 20 anni e che, in tale periodo, vi è una forte sensibilità alle sostanze stupefacenti. Proprio le droghe producono importanti disturbi nell'armonico sviluppo delle funzioni cognitive e dei sistemi neuro-biologici deputati al controllo dei comportamenti e ad importanti sistemi di funzionamento psichico come quello della gratificazione, della memorizzazione e dell'apprendimento, del decision making e del giudizio. Queste ricerche hanno mostrato, inoltre, che nell'età compresa tra 0 e 20 anni si sviluppano e si consolidano particolari proiezioni e connessioni nervose tra alcune importanti strutture, deputate all'attivazione delle reazioni emotive (sistema limbico) e altre strutture della corteccia cerebrale superiore, che regolano e controllano tali impulsi e reazioni (lobo prefrontale). La perfetta maturazione cerebrale comporta, quindi, una regolare maturazione di questi sistemi di connessione che saranno in grado di assicurare una buona e corretta relazione funzionale tra emozioni e volontà, creando quel bilanciamento necessario ad una normale e gratificante vita sociale basata sulle relazioni con i propri simili, ben equilibrata tra gli impulsi emozionali ed il controllo volontario e responsabile dei comportamenti. Le ricerche scientifiche, poi, hanno dimostrato che la tossicodipendenza modifica strutturalmente e funzionalmente il cervello e che tali modificazioni restano a lungo anche dopo la sospensione dell'assunzione di sostanze, creando condizioni di rischio di ricaduta e di disfunzione dei normali

Uso di droghe
come disvalore

Chiarezza nella
comunicazione

Prevenzione
come
investimento a
lungo termine

Vulnerabilità,
fattori di rischio e
fattori
protettivi

Un approccio
integrato e
bilanciato

processi neuro-cognitivi. Per questi motivi la programmazione delle attività di prevenzione deve tenere in forte considerazione gli studi sugli effetti delle sostanze stupefacenti sul cervello durante tutta la fase di evoluzione.

29. Nell'ambito degli interventi concreti le ricerche hanno anche mostrato come siano più efficaci campagne di prevenzione selettiva ed indicata su gruppi ristretti, rivolte soprattutto ai gruppi di popolazione giovanile particolarmente vulnerabili e che coinvolgano contemporaneamente i loro genitori e gli insegnanti, rivolgendo una particolare attenzione alle giovanissime persone con disturbi precoci del comportamento.

Verso una
prevenzione
selettiva

30. È necessario sottolineare e valorizzare che in questo tipo di interventi preventivi svolge un ruolo determinante e fortemente condizionante la loro efficacia, l'esistenza e l'utilizzo di un approccio e di metodologie con orientamento educativo e psico-comportamentale. Questi interventi si sono dimostrati anche più sostenibili rispetto ad interventi universali e non specifici.

Valorizzare
l'approccio
educativo

31. Le agenzie educative più importanti a questo proposito risultano essere la famiglia e la scuola, dove la maggior parte dei giovani può ricevere gli adeguati supporti educativi e formativi. È necessario supportare fortemente queste due componenti con specifiche e concrete azioni. Oltre a ciò, è necessario anche assicurare una coerenza dei messaggi e degli atteggiamenti nei due settori che a volte non trovano una perfetta sintonia di intenti e di azione.

Famiglia e scuola

32. Da alcuni anni si osserva l'abbassamento dell'età del primo utilizzo di droghe e questo comporta la necessità di anticipare sempre più l'inizio delle attività di prevenzione introducendo tali programmi già nell'età della scuola primaria.

Precocità di
intervento

33. La cannabis continua ad essere la sostanza più usata e spesso la prima sostanza assunta dagli adolescenti che, successivamente, ne sono diventati dipendenti o hanno iniziato ad utilizzare droghe quali la cocaina e l'eroina. Il ruolo della cannabis come droga "gateway" (ponte verso altre sostanze) in persone con fattori di vulnerabilità all'addiction è dimostrato e risulta pertanto indispensabile non sottovalutare il rischio correlato all'uso di questa sostanza ancora erroneamente e superficialmente considerata "leggera".

La cannabis e
i suoi derivati:
sostanze
pericolose

34. Il forte ritardo di diagnosi riscontrato relativamente all'uso di sostanze e/o dalla dipendenza dei giovani, comporta non soltanto gravi conseguenze mediche, ma anche psichiche e sociali per l'individuo. E', quindi, necessario concentrare l'attenzione su questo aspetto con specifici programmi di diagnosi precoce, già fin dal primo e occasionale uso, sulle persone minori con il coinvolgimento attivo e diretto dei genitori e di tutte le agenzie educative con cui i ragazzi vengono in contatto (scuola, associazioni sportive, ecc.).

Il ritardo della
diagnosi e la
necessità di
intervento
precoce

35. Pertanto, un fattore determinante nella prevenzione dello sviluppo della tossicodipendenza, fino ad ora fortemente sottovalutato e sotto utilizzato, è la possibilità di anticipare la scoperta dell'uso di sostanze da parte delle persone minorenni (early detection) al fine di poter instaurare un intervento terapeutico precoce. Gli studi epidemiologici hanno dimostrato che esiste un lungo periodo di tempo, con continua esposizione ai rischi e danni cerebrali delle persone che utilizzano sostanze stupefacenti, che va dal momento del primo uso di tali sostanze al momento del primo contatto con i servizi di cura. Questa situazione di rischio può perdurare anche per 6-8 anni con lo sviluppo di una vera e propria malattia, quale è la tossicodipendenza, in grado di compromettere irrimediabilmen-

Anticipare la
scoperta per
intervenire
prima e meglio

te la vita delle persone coinvolte in questo problema e di ridurre le possibilità di guarigione. Risulta, dunque, indispensabile e prioritario attivare programmi di prevenzione che puntino alla scoperta precoce del problema nelle persone minorenni con l'attivazione contemporanea di interventi di supporto educativo e specialistico per le famiglie. E' noto, infatti, come interventi individuali in queste prime fasi di utilizzo di sostanze, per la minor refrattarietà al cambiamento comportamentale presente, aumentino la possibilità e la facilità di attivare cure ed interventi appropriati, meno invasivi, più accettati e maggiormente efficaci nel medio-breve termine. Questo consentirà anche di ridurre le drammatiche conseguenze e i costi della tossicodipendenza derivanti sia dal dover attivare opportune strutture e processi di cura, sia dalla riduzione del potenziale produttivo ed intellettuale della persona tossicodipendente.

36. Questa strategia preventiva comporta anche la promozione di attività di drug testing precoce, volontario e professionale (gestito da professionisti e non autosomministrato), con interventi di breve durata anche a supporto della famiglia e, se necessario, l'invio della persona a programmi di trattamento. Queste attività di testing selettivo hanno più volte dimostrato di essere efficaci, consentendo l'interruzione precoce dell'uso di droghe prima che si instauri una grave dipendenza e condizioni di svantaggio sociale e di compromissione legale che complicherebbero ulteriormente il quadro.

Il drug testing
professionale: un
possibile alleato

37. Per meglio orientare le strategie di prevenzione sui giovani, è necessario considerare che le prime cause di morte e di invalidità temporanea e permanente nella fascia di età compresa tra i 14 e i 18 anni sono da imputare all'uso di sostanze stupefacenti e agli incidenti alcol e droga correlati. Alla luce di questa incontrovertibile evidenza, si riconosce il fatto che al contrario di altre patologie minori (per esempio, la scoliosi, il calo della vista, le carie dentarie, i problemi cutanei/estetici, ecc.) per i quali screening e testing preventivi vengono attuati quasi costantemente, non ci si preoccupa nello stesso modo per quella che è dimostrata essere la prima causa di morte in questa fascia d'età, attivando opportune forme di identificazione precoce del problema. Sembra quasi esista un tabù in ambito professionale che impedisce o, in qualche modo ostacola l'attivazione di normali procedure di diagnosi precoce anche in questo ambito.

Droga come
principale fattore
invalidante e
causa di morte nei
giovani

38. Per i motivi sopra esposti, un problema che è necessario affrontare è l'incidentalità stradale droga e alcol correlata. Con alcune sperimentazioni condotte sul territorio italiano, si è potuto constatare che le percentuali di positività a droghe e/o alcol riscontrate sui guidatori sottoposti ad accertamenti nei fine settimana possono variare dal 30 al 60% in relazione anche alla presenza e numerosità sul territorio osservato di locali di intrattenimento. Questa minaccia per la pubblica sicurezza, di chi guida sotto l'effetto di droghe e/o alcol è legata agli effetti negativi che queste sostanze provocano su tempi di reazione, capacità motorie, capacità visive, percezione e sottovalutazione del pericolo, memoria procedurale, ecc. Va ricordato che l'alterazione di queste importanti funzioni cognitive che determinano l'abilità e la performance alla guida può essere presente e perdurare anche dopo parecchio tempo dall'assunzione delle sostanze stupefacenti (specialmente se abitudinaria) e non solo nell'immediata assunzione. In altre parole, si ritiene necessario cominciare ad introdurre nella valutazione della capacità alla guida, le evidenze derivanti dalle neuroscienze e relative alle disfunzioni neuro-cognitive documentate dopo l'uso di sostanze, in grado di permanere anche dopo 100 giorni, per esempio, dall'uso di cocaina e quindi con test bio-tossicologici negativi.

La prevenzione
degli incidenti
stradali alcol e
droga correlati

39. Infine, si ritiene prioritario attivare programmi di prevenzione anche all'interno degli ambienti di lavoro sia mediante la promozione di piani aziendali orientati a diffondere informazioni preventive sia mediante l'attivazione e il mantenimento del drug testing di lavoratori adibiti a mansioni a rischio. Questi accertamenti periodici⁶, senza preavviso ed eseguiti secondo procedure tossicologiche standard e di qualità, possono creare un forte deterrente all'uso di sostanze stupefacenti ed alcoliche durante lo svolgimento di mansioni lavorative in grado di generare rischi e danni a terze persone se non eseguite in totale sicurezza e lucidità. Il riscontro di positività alle sostanze e/o dipendenza di questi lavoratori dovrà necessariamente portare alla messa in sicurezza di tali soggetti con la previsione dell'allontanamento temporaneo dalla mansione e contestualmente, però, l'offerta di opportuni trattamenti e la conservazione del posto di lavoro durante il periodo di cura, così come previsto dalla normativa di settore⁷.

La prevenzione
negli ambienti di
lavoro

Trattamento e prevenzione delle patologie correlate

40. Il trattamento è da ritenere, al pari della prevenzione, prioritario e fondamentale per la riduzione della domanda di droga.
41. Un principio di base per la definizione e la realizzazione di tutti i diversi tipi di trattamento deve essere quello di assicurare a tutte le persone tossicodipendenti un accesso precoce ed equanime alle cure, evitando quindi la cronicizzazione nello stato di tossicodipendenza, anche se in trattamento. Innanzitutto, quindi, è necessario rispettare la loro dignità umana e il loro diritto di essere curati ed avere una vita libera dalle droghe.
42. L'approccio terapeutico corretto ai problemi socio-sanitari droga correlati è di tipo integrato ed interdisciplinare e coinvolge l'ambito delle neuroscienze, quello psico-comportamentale, educativo, sociale e ambientale in termini di conoscenza dei meccanismi fisiopatologici di espressione comportamentale, e in termini di trattamento. Tale approccio deve contemplare contemporaneamente azioni coordinate sulle sostanze stupefacenti, sull'abuso alcolico e sull'uso di tabacco.
43. La dipendenza da sostanze stupefacenti è una malattia cronica (cioè di lunga durata), ma trattabile e guaribile. L'uso di sostanze stupefacenti e la dipendenza da queste comporta un'alterazione contestuale dei normali meccanismi di funzionamento neuro-psichico della persona. Tale alterazione è in grado di inficiare la capacità di giudizio, la consapevolezza del problema, le funzioni psichiche principali e la capacità di controllo dei comportamenti dell'individuo.
44. È necessario aumentare e garantire un contatto precoce con le persone tossicodipendenti non ancora in trattamento e bisognose di cure, mediante una più agevole accessibilità ai trattamenti basati sulle evidenze scientifiche, ma, contemporaneamente su valori etici che considerino sempre la necessità di perseguire la totale riabilitazione e il completo reinserimento della persona nella società.

Cure: priorità per
la riduzione della
domanda

Accessibilità e
equità

Approccio
interdisciplinare,
verso droghe,
alcol e tabacco

Tossicodipendenza
malattia cronica
ma trattabile e
guaribile

Curare per
riabilitare e
reinserire

⁶ Già esplicitamente previsti per legge dall'Accordo Stato-Regioni del 3 ottobre 2007 "Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131 in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza"; Accordo Stato Regioni del 17 settembre 2008 "Procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi. Applicativa del provvedimento del 30 ottobre 2007 n. 99/CU"

⁷ DPR 309/90 "Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza e s.m.i.

45. È vincolante, al fine di poter correttamente individuare ed applicare i trattamenti idonei della dipendenza da sostanze stupefacenti, far precedere la scelta di tali trattamenti da un assessment diagnostico standardizzato e scientificamente orientato iniziale, di tipo multidisciplinare in grado di focalizzare e definire contemporaneamente, quindi, i problemi presenti in ambito medico, psicologico, educativo, sociale e legale delle persone.
46. Il trattamento deve essere personalizzato e rispettoso dello stadio del cambiamento della persona, delle sue caratteristiche, della libera scelta del luogo e del modo di cura all'interno della gamma dei servizi offerti e leciti, presenti nei Servizi Sanitari del Paese. Qualsiasi percorso di trattamento venga avviato dovrà prevedere contemporaneamente la tutela e la risoluzione dei problemi sanitari, sociali, educativi e legali.
47. Pertanto, i trattamenti devono offrire il sostegno necessario per la stabilizzazione del problema della dipendenza e dei rischi correlati (overdose, malattie infettive, ecc.) a breve termine e nel medio lungo termine anche la riabilitazione nel senso del recupero di una vita piena, sana, autonoma e responsabile.
48. Contemporaneamente all'offerta di trattamento, si riconosce la necessità di strutturare strategie e programmi permanenti per la prevenzione delle patologie correlate ed in particolare dei decessi droga correlati, della contrazione e della diffusione di malattie infettive (con particolare riferimento a infezioni da HIV, epatiti, malattie sessualmente trasmesse, TBC, ecc.). Questi programmi fanno parte anche di una strategia globale contro l'HIV/AIDS di cui si riconosce la priorità e l'importanza soprattutto in relazione all'obiettivo di migliorare l'accesso alla diagnosi precoce, alle opzioni di prevenzione contro l'HIV e ai trattamenti precoci antiretrovirali.
49. I trattamenti e gli interventi devono trovare costanti conferme mediante la valutazione sistematica e continua di sicurezza, efficacia, accettabilità, eticità, sostenibilità finanziaria e non ultima la "soddisfazione della persona in trattamento" (customer satisfaction), mediante un monitoraggio ed una valutazione continua degli effetti in grado di fornire dati oggettivi e scientificamente accreditati.

L'importanza della valutazione diagnostica prima dei trattamenti e degli interventi

Libertà di scelta e trattamento personalizzato e integrato

Obiettivi differenziati a breve termine e a medio lungo termine

La prevenzione delle patologie correlate: doverosa e complementare al trattamento ma non alternativa

Valutazione continua

Riabilitazione e reinserimento

50. La riabilitazione delle persone con dipendenza da sostanze è un lungo processo educativo sempre possibile e da ricercare attivamente e costantemente sia per quanto riguarda lo sviluppo, il recupero e il mantenimento delle abilità sociali e relazionali della persona, sia per quanto riguarda le life skills, soprattutto quelle lavorative, a garanzia del mantenimento della propria autonomia e indipendenza.
51. La riabilitazione soprattutto in ambito relazionale è da considerarsi attività e condizione preliminare indispensabile e inevitabile per poter dar corso ad un vero e proprio reinserimento sociale e lavorativo.
52. È necessario distinguere la fase della riabilitazione da quella del successivo reinserimento sociale e lavorativo anche se strettamente correlate e spesso compenetrare. La prima fase è prevalentemente finalizzata alla costruzione delle condizioni di base per poter reinserire la persona tossicodipendente; la seconda fase, evoluzione e completamento della prima, è fortemente finalizzata all'autonomizzazione sociale e lavorativa della persona. Il processo terapeutico-riabilitativo è da considerarsi, quindi, un processo con-

Riabilitazione lungo processo educativo

Condizione preliminare per il reinserimento

La riabilitazione: un processo "incrementale"

tinuativo ed “incrementale” e cioè costituito da sequenze operative mutuo-supportive con un incremento della gradualità degli obiettivi verso l’autonomizzazione della persona, secondo la sequenza: aggancio precoce, trattamento intensivo iniziale, stabilizzazione del trattamento con contestuale riabilitazione e successivo reinserimento.

53. Il trattamento, la riabilitazione e il reinserimento, quindi, non sono processi strettamente sequenziali ma “incrementali” l’uno dell’altro e fortemente integrati. Le attività di riabilitazione, infatti, possono e debbono iniziare già durante il trattamento, così come quelle di reinserimento iniziano già durante la fase di riabilitazione. Il passaggio da una fase all’altra risulta graduale e, in un primo momento, compenetrato. Il tutto attraverso una sequenza di azioni di sperimentazione (“prove di volo”) delle varie abilità da apprendere e sviluppare che, se ben dirette e di successo, portano ad un rinforzo dei risultati del trattamento, della riabilitazione e del reinserimento.

La riabilitazione:
un processo
integrato
incrementale

54. La riabilitazione e il reinserimento sociale delle persone tossicodipendenti devono trovare una giusta e prioritaria considerazione fin dall’inizio dell’attivazione dei programmi di trattamento, sia per quanto concerne quelli ambulatoriali che quelli residenziali.

Reinserimento
sociale

55. Il reinserimento lavorativo delle persone tossicodipendenti costituisce l’obiettivo e il punto di arrivo di tutti i trattamenti al fine di garantire l’autonomia, l’indipendenza e la possibilità di una reale e duratura reintegrazione nella vita e nella società delle persone tossicodipendenti.

Reinserimento
lavorativo

Valutazione e monitoraggio

56. Si sottolinea l’importanza di ottenere dati affidabili e comparabili connessi alla diffusione delle droghe, al loro utilizzo e alla loro composizione e variazione nel tempo. A questo proposito, si ritiene che il rafforzamento di un sistema informativo nazionale ed integrato per raccogliere, monitorare, analizzare dati ed informazioni affidabili e comparabili connessi al fenomeno droga sia un elemento chiave per effettuare una corretta valutazione scientifica del problema nazionale della droga e delle risposte a livello regionale ad esso essenziali per l’ulteriore sviluppo e l’attuazione di politiche e interventi antidroga efficaci.

La valutazione
elemento
irrinunciabile

57. È necessario prevedere un coordinamento centrale dei flussi dati anche mediante la creazione e il mantenimento di un unico database integrato presso il DPA alla cui alimentazione partecipino tutte le Amministrazioni centrali e regionali.

Creazione
database
integrato

58. Fondamentale sarà mantenere attivo ed efficiente il Sistema Nazionale di Allerta Precoce sulle nuove droghe offerte circolanti sul territorio ma anche sulla rete Internet, negli smart shop e nei rave party, con il compito di produrre allerte e informative nei confronti delle Regioni e P.A. al fine di poter attivare risposte rapide ed efficaci.

Mantenere il
Sistema
Nazionale di
Allerta Precoce

59. È necessario introdurre e promuovere sistemi permanenti presso i Dipartimenti delle Dipendenze per la valutazione dell’outcome (esiti dei trattamenti) al fine di poter disporre di dati ed informazioni relative all’efficacia in pratica delle cure sia per quanto riguarda i trattamenti ambulatoriali che quelli residenziali. La valutazione dell’outcome è fondamentale sia per la verifica e l’auto-correzione delle attività curative e riabilitative sia per la programmazione e l’individuazione delle strategie e delle azioni di sistema più appropriate e sostenibili.

Sistemi
permanent per
la valutazione
dell’efficacia

Ricerca scientifica

60. Si riconosce la fondamentale importanza che anche in Italia ha la ricerca scientifica nel campo delle tossicodipendenze e la necessità di sostenere e sviluppare tali attività con specifici progetti e finanziamenti.
61. Si individua come orientamento programmatico e criterio prioritario di finanziabilità la realizzazione di progetti in grado di creare network nazionali di collaborazione e coordinati su obiettivi concreti, verificabili nei risultati raggiunti, scientificamente orientati e di pubblica utilità.
62. Vi è la necessità di incrementare la ricerca nel campo delle neuroscienze e del neuroimaging ma anche nel campo delle scienze del comportamento, sociali ed educative.
63. Per sostenere concretamente lo sviluppo di una cultura ed un approccio scientifico tra gli operatori del settore si ritiene indicato attivare iniziative e progetti che supportino la creazione di comunità scientifiche istituzionali, di pubblicazioni periodiche scientifiche (sia web che cartacee), di programmi di formazione e sistemi di e-learning, ma soprattutto di collaborazioni interministeriali con centri di ricerca accreditati.

Motore
fondamentale

Progetti
nazionali e
network di
collaborazione

Neuroscienze ed
addiction

Supporto alla
creazione di
comunità
scientifiche
istituzionali

Legislazione e contrasto: droga e crimine

64. Il traffico e lo spaccio di droga sono appannaggio di organizzazioni criminali con radici e collegamenti nazionali ed internazionali. E' ormai palese e dimostrato il collegamento esistente tra i produttori delle sostanze stupefacenti e le organizzazioni criminali, comprese quelle di stampo terroristico, che gestiscono anche la distribuzione e la vendita nei Paesi di consumo.
65. I consumatori devono sviluppare la consapevolezza che l'uso di droga, anche occasionale, comporta sempre l'entrata in relazione e la collusione con le potenti organizzazioni criminali che gestiscono il traffico della droga. Con ogni singolo acquisto di droga, infatti, si finanziano la criminalità organizzata, il terrorismo e il traffico internazionale, sostenendo direttamente (anche con il piccolo contributo finanziario del fine settimana destinato al divertimento) attività illegali e violente. Tutto questo a discapito dei diritti di molte persone oppresse e sfruttate, a volte uccise, da queste organizzazioni.
66. È necessario ribadire che la normativa in vigore nel nostro Paese non prevede sanzioni penali per il consumatore/tossicodipendente qualora venga accertata nei suoi confronti una detenzione di droga destinata ad uso esclusivamente personale ma soltanto sanzioni amministrative (sospensione della patente, ritiro del porto d'armi o del passaporto, etc) che, ancor più dell'intento punitivo, hanno lo scopo di impedire all'assuntore di nuocere ulteriormente a se stesso e agli altri. Diversamente, la legge antidroga, anche dopo la riforma del 2006, prevede sanzioni di carattere penale per i responsabili delle condotte in cui si concretizza l'offerta della droga (traffico, coltivazione, produzione, spaccio, etc).
67. Va sottolineato il carattere di priorità delle attività di contrasto dell'offerta che devono essere considerate irrinunciabili e indispensabili all'interno, però, di una strategia nazionale antidroga ben bilanciata con le azioni di prevenzione, cura e riabilitazione. Tutto questo nel rispetto del ruolo e delle competenze di ciascun attore istituzionale, assicura

Droga e crimine

La
consapevolezza
del consumatore:
uso e
finanziamento
del crimine
organizzato e del
terrorismo

Sanzioni
amministrative e
reati penali

Azioni
prioritarie e
bilanciamento

67. un adeguato supporto agli organi preposti alla repressione dei fenomeni del traffico e dello spaccio di droga. Non vi è dubbio, infatti, che le Forze dell'Ordine, la Magistratura e l'Amministrazione penitenziaria, titolari in via esclusiva delle competenze in materia di repressione dell'offerta, possano svolgere al meglio l'azione di contrasto se supportate, ad ogni livello, da un'attiva e concreta azione di collaborazione e valorizzazione del proprio compito.
68. La normativa antidroga prevede che, ove non ostino esigenze cautelari di eccezionale rilevanza, le persone tossicodipendenti (diagnosticate come tali con criteri clinici) che hanno commesso reati, scontino la propria pena accedendo a misure alternative alla detenzione che consentano loro, anche nel rispetto del dettato Costituzionale, di svolgere programmi terapeutici e di recupero nelle comunità terapeutiche ovvero presso idonee strutture del servizio pubblico. A questo proposito si ritiene indispensabile e di prioritaria importanza individuare e sviluppare procedure sempre più rapide ed efficaci per favorire l'accesso ai benefici penitenziari da parte dei tossicodipendenti condannati definitivamente o in attesa di giudizio. A tal proposito, una particolare attenzione dovrà essere rivolta alle persone minori che per varie ragioni vengono coinvolte nel circuito della giustizia per aver commesso attività criminali.
69. Il traffico della droga ha raggiunto ormai livelli estremamente preoccupanti e si avvale di organizzazioni criminali transnazionali che per assicurarsi la piena efficienza delle loro attività commettono atti di violenza, corruzione, destabilizzazione delle istituzioni democratiche e degli Stati, violazione dei diritti umani, mettendo in forte crisi la sicurezza sociale e individuale. Per questo motivo è importante intensificare anche le attività di cooperazione internazionale in modo da poter sottrarre risorse a queste reti criminali (denaro, armi, droga, ecc.). Contemporaneamente, è opportuno migliorare la conoscenza del funzionamento di queste organizzazioni, delle modalità di azione e i loro collegamenti, partendo dalla produzione e risalendo fino al traffico, allo stoccaggio, alla distribuzione e alla vendita. Al riguardo, molto incisive ed efficaci si sono rivelate le investigazioni speciali (consegne controllate e attività sotto copertura). Particolare collaborazione dovrà essere offerta a quei Paesi africani, interessati dal problema droga non soltanto in qualità di paesi consumatori, ma anche quali paesi di transito e stoccaggio di ingenti quantitativi di sostanze provenienti dai paesi produttori e diretti verso i mercati di consumo europei. Tutto questo anche in relazione a quanto riportato nella Dichiarazione del 2009 del Consiglio di Sicurezza dell'ONU relativamente alle nazioni dell'Africa occidentale, che purtroppo subiscono le conseguenze negative del traffico di droga legate con particolare riferimento allo sviluppo della criminalità, della violenza e di fenomeni eversivi. La cooperazione con questi Paesi, oltre ad essere doverosa ed eticamente dovuta, permetterà anche di avere benefici alle attività e alle politiche di contrasto nazionali, riducendo il flusso di droga in entrata in Italia e nel territorio europeo. Si ribadisce, inoltre, l'adesione dell'Italia alle convenzioni internazionali in materia di sostanze stupefacenti^B, a cui continuerà a conformare le proprie politiche di contrasto del fenomeno droga.
70. Si sottolinea l'importanza di pianificare interventi e studi concernenti il fenomeno dell'offerta di sostanze stupefacenti, farmaci contraffatti e prodotti per la coltivazione e la produzione delle droghe via Internet. È necessario infatti sviluppare efficaci sistemi permanenti di sorveglianza attiva della rete, inseriti nel Sistema Nazionale di Allerta Precoce, delle farmacie on line e dei siti specializzati che sempre di più offrono sostanze psicoattive di ogni tipo pericolose per la salute.

Azioni
prioritarie e
bilanciamentoMiglior utilizzo
delle pene
alternativeTraffico di
droga e
destabilizzazione
delle istituzioniInternet: La
nuova frontiera
dell'offerta di
droghe

^B La Convenzione Unica sugli stupefacenti del 30 marzo 1961 e relativo protocollo di emendamento del 25 marzo 1972; la Convenzione del 21 febbraio 1971 sulle sostanze psicotrope; la Convenzione del 20 dicembre 1988 contro il traffico illecito di sostanze stupefacenti; la Convenzione del Dicembre 2000 contro il crimine organizzato transnazionale.

Coordinamento, organizzazione e programmazione

71. Il principio del coordinamento tra le varie organizzazioni (Amministrazioni centrali, Regioni e P.A., organismi del privato sociale e del volontariato) operanti nel campo della lotta alla droga, risulta un fattore chiave e di fondamentale importanza per poter disporre di un'organizzazione globalizzata ed efficiente, finalizzata verso obiettivi e metodi condivisi ed in grado di assicurare risposte tempestive ed efficaci.
72. Ogni organizzazione dovrebbe fare proprio questo principio prioritario, ricercando attivamente la concertazione e la condivisione dei principi di base e delle strategie generali, ma anche delle azioni e degli interventi. Questo sarà un fattore in grado di condizionare il successo delle attività dell'intero sistema nazionale.
73. Il coordinamento va ricercato a tutti i vari livelli: interministeriale (tra tutte le Amministrazioni che a vario titolo e per varie ragioni intervengono in materia di droga, quali ad esempio la tutela della salute sui luoghi di lavoro, le malattie infettive, la prevenzione degli incidenti stradali, il contrasto, la detenzione, la prevenzione a scuola, ecc.), regionale (sia in maniera trasversale tra Regioni e P.A., che verticale con le amministrazioni centrali ed in particolare con il Dipartimento per le Politiche Antidroga, nel rispetto dell'autonomia programmatoria, introducendo però il concetto che esiste un dovere di coordinarsi con il livello nazionale ed europeo e un dovere di partecipare, evitando pertanto "l'assenteismo e il conflitto" come strategia politica di non riconoscimento delle funzioni centrali di coordinamento), nazionale (tra tutte le varie organizzazioni di cui sopra), europeo ed internazionale (funzione delle Amministrazioni centrali nei confronti dell'Unione Europea e delle Nazioni Unite al fine del trasferimento delle indicazioni sul territorio nazionale).
74. In considerazione della necessità di trovare un modello più efficace di coordinamento con le Regioni e le P.A. si è ritenuto necessario sviluppare e proporre un nuovo modello di relazione e di coordinamento che tenga conto dei diversi livelli di azione richiesta in base al problema da affrontare e contestualmente ai diversi livelli di responsabilità e di rappresentatività delle istituzioni in gioco (Amministrazioni centrali, Regioni e P.A.). Un nuovo modello, quindi, che riesca a creare delle nuove condizioni per spostare l'asse portante della collaborazione e concertazione dell'azione antidroga tra Amministrazioni centrali, DPA, Regioni e P.A., più sul versante concreto delle azioni, della progettazione comune e della programmazione concertata degli interventi nell'ambito della prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento, che sul versante del confronto di fatto politico/ideologico, che in questi anni si è dimostrato più fonte di sterile conflitto ed opposizione che di reale unione di intenti ed azioni.
75. Per dare una risposta efficace alla natura globale del problema delle droghe, l'Italia, tramite il Dipartimento per le Politiche Antidroga, continua a condurre il dialogo in materia di droghe con gli Stati europei all'interno del Gruppo Orizzontale Droga (GHD) del Consiglio della Commissione Europea e del Gruppo di Dublino (quadro informale di coordinamento dell'assistenza internazionale nei settori di lotta alla droga) e con i vari Stati del mondo attraverso le Nazioni Unite. Il coordinamento europeo si avvale anche dei rapporti di collaborazione tecnico-scientifica con l'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT) tramite il Punto Focale Nazionale della rete Reitox. Oltre a questo, è necessario mantenere le relazioni con altri gruppi istituzionali in materia di droghe quali il Gruppo Pompidou del Consiglio di Europa.

Coordinamento
come fattore chiave

Principio
condiviso come
fattore di
successo

Coordinamento a
tutti i vari livelli

Nuovo modello
di relazione e
coordinamento

Il dialogo
europeo ed
internazionale

8

Schede “Singole aree di intervento” (Obiettivi, azioni e indicatori)

- 1. Prevenzione**
- 2. Cura e prevenzione delle patologie correlate**
- 3. Riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo**
- 4. Monitoraggio e valutazione**
- 5. Legislazione, attività di contrasto e giustizia minorile**

Area di intervento: 1. Prevenzione

N. Obiettivi

N. Azioni

Principali indicatori

1. Assicurare condizioni organizzative e disponibilità di risorse umane, tecnologiche, logistiche e finanziarie adeguate per le attività di prevenzione.

1.1 Definire precisi capitoli di bilancio da parte delle Amministrazioni regionali competenti per le attività di prevenzione nel settore.

Quota fondi stanziati per singola Regione per la tossicodipendenza e l'alcolodipendenza.

1.2 Definire e pubblicare specifici piani Regionali di azione sulla prevenzione, sostenibili e coerenti con il Piano di Azione Nazionale.

Nr. Regioni che hanno specifici piani per la prevenzione.

1.3 Attivare un nuovo fondo nazionale per la lotta alla droga per sostenere il miglioramento delle attività di Prevenzione mediante specifici progetti, alimentato con i finanziamenti confiscati alle organizzazioni criminali provenienti dal traffico e dallo spaccio di droga.

Nr. risorse umane dedicate.

Quota di finanziamenti del nuovo fondo e nr. di specifici progetti attivati.

2. Realizzare una campagna informativa di comunicazione nazionale permanente, ambientale e indirizzata a target differenziati e coordinata con campagne regionali.

2.1 Sensibilizzare e responsabilizzare mediante accordi e linee di indirizzo le agenzie "pseudoeducative" quali la TV, la radio, il mondo dello spettacolo e dell'intrattenimento, ecc, a volte promuoventi, implicitamente o esplicitamente, i consumi di sostanze e modelli comportamentali a rischio.

Nr. di uscite stampa, TV e radio a livello nazionale e in ciascuna Regione e P.A., coerenti con questi indirizzi.

2.2 Trasmettere chiari messaggi contro la normalizzazione dell'uso di tutte le sostanze stupefacenti e l'alcol.

Nr. di eventi organizzati.

2.3 Coinvolgere direttamente i ragazzi nella preparazione e nella promozione delle campagne di comunicazione.

Nr. persone coinvolte e raggiunte.

2.4 Mostrare e sensibilizzare i giovani sugli effetti dell'acquisto delle sostanze stupefacenti al dettaglio e del conseguente contributo al finanziamento, al mantenimento e allo sviluppo delle organizzazioni criminali e del terrorismo.

Nr. Regioni aderenti al coordinamento delle campagne informative.

2.5 Promuovere interventi fortemente integrati con le strategie antialcol.

Grado di integrazione delle campagne antidroga e antialcol.

2.6 Attuare un'informazione preventiva anche attraverso i social network.

Nr. di iniziative antidroga sui social network.

2.7 Diffondere informazioni utili sulla legislazione italiana in materia di droga a turisti e stranieri, per vario motivo residenti nel nostro Paese.

Area di intervento: 1. Prevenzione

N. Obiettivi

N. Azioni

Principali indicatori

3. Comunicare e informare a livello territoriale sui rischi e i danni derivanti dalle sostanze stupefacenti e dall'alcol, utilizzando in particolare tecniche di prevenzione selettiva.

3.1 Informare e sensibilizzare giovani e adulti sui rischi e i danni derivanti dall'assunzione delle sostanze e sulle conseguenze dell'uso di sostanze "gateway" (es. alcol, cannabis, ecc.).

3.2 Stabilire accordi/protocolli d'intesa con le agenzie di comunicazione affinché si intensifichino i programmi radio e TV con forte valenza informativa e di servizio in materia di tossicodipendenza.

Nr. accordi/protocolli d'intesa con le agenzie di comunicazione.

Nr. di trasmissioni TV e radio che si occupano del tema droga/anno.

Nr. di trasmissioni TV e radio che si occupano del tema droga/rete TV.

3.3 Definire delle linee di indirizzo per lo svolgimento di programmi radiotelevisivi che trattano il tema dell'uso di droga e l'abuso di alcol, con particolare riferimento alle persone minori.

Nr. di specifici progetti dedicati alla scuola e alle famiglie.

3.4 Supportare e riattivare le reti educative attualmente con attività molto ridotte, come la scuola, la famiglia e le associazioni.

Nr. di scuole coinvolte.

Nr. di famiglie coinvolte.

3.5 Puntare a sviluppare fattori di protezione e riconoscere precocemente fattori di rischio.

4. Attivare programmi di "identificazione" precoce (early detection) dell'uso di sostanze da parte dei minori al "primo uso" e dei consumatori di sostanze non ancora dipendenti

Nr. corsi di formazione attivati.

Nr. partecipanti ai corsi.

Nr. di programmi di "early detection" attivati.

Nr. di soggetti minorenni testati e percentuale di positività.

4.4 Creare programmi specifici di intervento e di supporto psicologico nei dipartimenti delle dipendenze per i "consumatori con uso abituario/periodico", non ancora dipendenti.

Nr. di interventi di supporto attivati.

Area di intervento: 1. Prevenzione

N. Obiettivi

N. Azioni

Principali indicatori

5. Orientare maggiormente i programmi di prevenzione verso il problema dell'uso precoce di alcol (prima sostanza d'abuso), tabacco e psicofarmaci.

5.1 Prestare particolare attenzione ai gruppi vulnerabili maggiormente a rischio (famiglie a rischio, giovani "devianti", senzatetto, detenuti, sex workers, ecc).

Nr. controlli effettuati presso i luoghi di divertimento e aggregazione giovanile.

5.2 Promuovere la riduzione dell'offerta di alcolici a basso prezzo e sempre più differenziati con gradazioni alcoliche minori ma fortemente aromatizzate ed edulcorate (più accettabili nei primi approcci).

Nr. controlli sul divieto di vendita e offerta di alcolici ai minori di 16 anni.

5.3 Sensibilizzare sia il target giovanile che adulto sui rischi derivanti dall'uso di psicofarmaci, anche attraverso i Pediatri e i Medici di Medicina Generale.

Nr. accordi siglati con i SIP e SIMMG.

5.4 Regolamentare meglio e controllare la pubblicità sugli alcolici e soprattutto quella sui soft-drinks.

Nr. di progetti specifici attivati sui territori regionali.

5.5 Incrementare i controlli sul divieto di vendita e di offerta di alcolici alle persone di età inferiore ai 16 anni e contemporaneamente proporre l'innalzamento dello stesso divieto ai 18 anni d'età.

Nr. di progetti specifici attivati sui territori regionali.

6. Attivare dei programmi di prevenzione specifici per le donne (gender oriented).

Nr. e tipo di materiali prodotti e grado di diffusione.

6.2 Diffondere informazioni sulle situazioni di rischio specifico per le donne in relazione all'uso di droga e alcol, e sulle "aggressioni sessuali".

Nr. donne coinvolte.

6.3 Realizzare corsi di formazione orientati alle giovani donne per l'identificazione precoce delle situazioni di rischio e la corretta gestione delle stesse al fine di prevenire, gestire o minimizzare i possibili pericoli conseguenti.

Nr. corsi di formazione per le giovani donne.

6.4 Sviluppare programmi dedicati al fenomeno delle giovanissime che scambiano "sesso vs. droga".

Nr. di programmi attivati per singola Regione e P.A.

6.5 Sviluppare programmi contro l'utilizzo della cocaina e delle anfetamine come droghe anorezzanti.

Nr. di programmi attivati per singola Regione e P.A.

Area di intervento: 1. Prevenzione

N. Obiettivi

N. Azioni

Principali indicatori

7. Attivare e orientare i programmi di prevenzione ai genitori e agli educatori.

7.1 Attivare programmi di formazione e informazione, rivolti alle famiglie e agli educatori in collaborazione con la scuola, sui rischi e i danni derivanti dall'uso di sostanze e sui segni e i sintomi precoci suggestivi dell'uso da parte dei ragazzi.

Tipologie di programmi attivati.

Nr. adulti coinvolti.

7.2 Attivare programmi di formazione e informazione, rivolti ai genitori e agli insegnanti, sulla corretta identificazione e gestione dei disturbi comportamentali precoci.

Nr. educatori coinvolti.

7.3 Aumentare i programmi specifici di sostegno alle famiglie presso i dipartimenti delle dipendenze.

Grado di customer satisfaction.

8. Attivare programmi di controllo stradali per la prevenzione di incidenti alcol e droga correlati.

8.1 Attivare e gestire il fondo incidentalità stradale presso il DPA promuovendo progetti di intervento nazionali finalizzati alla prevenzione e allo studio di nuove forme di intervento e presidi tecnologici.

Nr. guidatori controllati per alcol e droghe.

8.2 Aumentare i controlli su strada attraverso il drug test soprattutto nelle aree con alta prevalenza di luoghi di intrattenimento e divertimento.

Nr. positivi/negativi ai test.

Nr. patenti ritirate.

8.3 Sviluppo di studi e ricerche per la realizzazione di ulteriori presidi tecnologici di prevenzione (es. Alcol-autoblocking, ecc.).

Nr. di studi e ricerche attivate.

8.4 Incentivare l'applicazione dei drug test per i minori che fanno richiesta di patentino per il motociclo.

Nr. di veicoli confiscati.

8.5 Eseguire controlli antidroga e antialcol sui guidatori minorenni di motocicli.

Nr. di veicoli confiscati.

8.6 Promuovere e realizzare interventi di informazione/educazione diretti ai giovani per la prevenzione della guida di autoveicoli sotto l'effetto di alcol e/o droghe.

8.7 Migliorare ed integrare l'attuale normativa in tema di prevenzione e attività sanzionatorie per la guida dopo l'uso di sostanze.

Area di intervento: 1. Prevenzione

N. Obiettivi

N. Azioni

Principali indicatori

9. Ridurre il numero di incidenti sul lavoro alcol droga correlati.

9.1 Attivare le procedure previste dallo specifico atto di intesa Stato Regioni relativamente ai controlli sui lavoratori con mansioni a rischio attraverso il drug test.

Nr. persone controllate.

9.2 Promuovere l'attivazione di "piani aziendali di prevenzione ed informazione antidroga e antialcol" nelle imprese.

Nr. positivi/negativi ai test.

9.3 Promuovere un maggiore coinvolgimento e formazione dei medici del lavoro in qualità di unici responsabili della certificazione di idoneità alla mansione.

Nr. corsi di formazione attivati.

9.4 Realizzare linee di indirizzo e/o circolari esplicative tecniche per le Regioni e P.A. sul drug test nei lavoratori, al fine di rendere omogenee le procedure su tutto il territorio nazionale, sia per gli accertamenti di primo livello sia per quelli di secondo livello.

Nr. di circolari e linee di indirizzo realizzate e diffuse.

10. Elaborare programmi di prevenzione rivolti a giovani detenuti.

Nr. di programmi di prevenzione realizzati

10.2 Valutare l'esito di tali programmi anche in termini di recidive.

11. Riorientamento delle strategie di prevenzione dei servizi pubblici in risposta ai nuovi assuntori e all'evoluzione del fenomeno.

Nr. unità operative coinvolte.

11.2 Ricorrere a modelli che utilizzano contemporaneamente tecniche di prevenzione universale e soprattutto indicata e selettiva.

Nr. di programmi di prevenzione selettiva attivati.

11.3 Sensibilizzare sui fattori di vulnerabilità e di protezione da rischio "addiction" e sulle modalità di identificazione precoce e di sviluppo.

11.4 Incrementare e rafforzare gli interventi orientati allo sviluppo e mantenimento delle "life skills" e degli approcci cognitivo-comportamentali.

11.5 Elaborare linee di indirizzo nazionali, metodi e materiali facilmente accessibili, utilizzabili e accreditati da poter utilizzare su tutto il territorio nazionale.

Nr. di linee di indirizzo nazionali realizzate e diffuse.

Area di intervento: 1. Prevenzione

N. Obiettivi

N. Azioni

Principali indicatori

11. Riorientamento delle strategie di prevenzione dei servizi pubblici in risposta ai nuovi assuntori e all'evoluzione del fenomeno.	11.6 Implementare programmi territoriali di prevenzione permanenti e standardizzati che prevedono il coordinamento trasversale tra le varie unità operative delle ASL (Ser.T – Comunità – PS – Reparti – MMG), delle Amministrazioni locali e del terzo settore.		<i>Nr. di programmi territoriali di prevenzione permanente attivati.</i>
	11.7 Migliorare la presenza delle amministrazioni Comunali a supporto (sia finanziario che organizzativo) degli interventi di prevenzione territoriali.		<i>Nr. risorse umane formate.</i>
	11.8 Sviluppare interventi di prevenzione "ambientale" finalizzati a rendere coerenti i messaggi e gli stimoli ambientali con i messaggi e le informazioni di prevenzione contro l'uso di droghe e l'abuso alcolico.		
	11.9 Attivare programmi di formazione per gli operatori del settore per facilitare il riorientamento culturale e professionale verso le tecniche di prevenzione selettiva.		
12. Attivare programmi di prevenzione con la scuola.	12.1 Promuovere l'elaborazione, da parte dei singoli Istituti, di programmi scolastici di intervento preventivo da inserire nel POF che definisca anche comportamenti e regole per gli studenti e le modalità di vigilanza attiva da parte degli insegnanti.		<i>Nr. di POF contenenti programmi preventivi antidroga.</i>
	12.2 Coinvolgere direttamente, in attività di prevenzione, gli studenti della scuola primaria e secondaria di I e II grado.		<i>Nr. scuole coinvolte.</i>
	12.3 Formare gli insegnanti della scuola primaria e secondaria di I e II grado sulla corretta identificazione e gestione educativa dei disturbi comportamentali degli studenti.		<i>Nr. studenti coinvolti.</i>
	12.4 Attivare e promuovere i Centri di Informazione e Consulenza (CIC) nella scuola secondaria di II grado, così come previsto dall'art. 106 del DPR 309/90.		<i>Nr. insegnanti coinvolti.</i>
	12.5 Attivare e mantenere il progetto EDU del Dipartimento per le Politiche Antidroga per rendere disponibili materiali informativi e consulenze on-line per tutte le scuole.		<i>Nr. prodotti di prevenzione realizzati.</i>
	12.6 Attivare e mantenere il progetto EDU.CARE del DPA per la formazione degli insegnanti e dei genitori sugli aspetti educativi e preventivi.		<i>Nr. di CIC attivi in relazione al nr. di scuole.</i>

Area di intervento: 1. Prevenzione

N. Obiettivi	N. Azioni	Principali indicatori
13. Promuovere iniziative che coinvolgano i locali per l'intrattenimento (discoteche, pub, ecc).	13.1 Promuovere campagne informative all'interno dei locali di intrattenimento con manifesti permanenti posizionati all'ingresso e all'uscita delle discoteche in relazione alla necessità di non guidare in caso di uso di sostanze stupefacenti e/o abuso di alcolici.	<i>Nr. iniziative realizzate</i>
	13.2 Promuovere la differenziazione del costo delle bevande analcoliche da quelle alcoliche, riducendo il costo delle bevande analcoliche e soprattutto rendendo disponibile la distribuzione d'acqua gratuita all'interno delle discoteche.	<i>Nr. locali coinvolti.</i> <i>Nr. persone raggiunte.</i>
	13.3 Promuovere interventi di prevenzione contro l'abuso degli energy drink soprattutto se associato all'alcol.	
	13.4 Promuovere la diffusione attraverso la voce di vocalist e DJ di messaggi positivi che propongono il divertimento senza "sballo" da droga o alcol.	
	13.5 Aumento del controllo sul rispetto della regolamentazione sulla vendita degli alcolici ai minori.	
	13.6 Introduzione, attraverso protocolli concordati, del divieto di attivare forme di promozione di consumo alcolico tra i giovani (es. happy hour con prezzi ribassati).	
14. Promuovere interventi di prevenzione contro l'abuso degli integratori alimentari, l'uso di anabolizzanti e altre sostanze dopanti soprattutto nelle palestre.	14.1 Informazione preventiva sui rischi connessi all'uso inappropriato di integratori alimentari e sui rischi connessi all'abuso di sostanze anabolizzanti e dopanti.	<i>Nr. accordi siglati con le Associazioni dei gestori delle palestre</i>
	14.2 Realizzare, in collaborazione con il Ministero della Salute, prototipi di etichette informative complete da apporre sulle confezioni degli integratori alimentari.	

Area di intervento: 1. Prevenzione

N. Obiettivi

N. Azioni

Principali indicatori

15. Promuovere iniziative per la prevenzione del gambling patologico.

15.1 Fornire un'informazione preventiva sui rischi connessi al gioco d'azzardo patologico presso le sale da gioco.

Nr. di attività di prevenzione attivate.

15.2 Controllare e regolamentare meglio la pubblicità sul gioco d'azzardo legale introducendo soglie di massima.

Nr. di regolamentazioni efficaci prodotte.

15.3 Proporre di inserire il gambling patologico tra le condizioni di dipendenza per le quali è previsto l'intervento diagnostico e terapeutico mediante i sistemi sanitari regionali e, in particolare, nei dipartimenti delle dipendenze.

15.4 Attivare interventi di supporto e di assistenza specifica presso i dipartimenti delle dipendenze per le persone con gambling patologico e i loro famigliari.

Nr. di interventi di assistenza eseguiti

16. Mantenere aggiornati e promuovere i portali istituzionali informativi sulle droghe (www.politicheantidroga.it; www.droganews.it; www.dronet.org; www.drugfreed.eu; www.droganograzie.it; www.allertadroga.it; <http://cocaina.dronet.org>) e, contemporaneamente, sostenere il patrimonio scientifico italiano nel campo della ricerca sull'addiction.

16.1 Assicurare il corretto e continuativo funzionamento dei siti web indicati.

Nr. di accessi ai siti web/anno

16.2 Assicurare il continuo aggiornamento e la proposizione attiva dei contenuti dei portali ai diversi potenziali utenti.

Nr. aggiornamenti all'anno

16.3 Assicurare un coordinamento informativo ed editoriale.

16.4 Attivare una nuova linea editoriale scientifica correlata al sito www.droganews.it, per la realizzazione di una rivista elettronica sull'addiction, in grado di pubblicare studi e ricerche innovative.

Area di intervento: 2. Cura e Prevenzione delle Patologie Correlate (PPC)

N. Obiettivi

1. Assicurare condizioni organizzative e disponibilità di risorse umane, tecnologiche, logistiche e finanziarie adeguate al funzionamento e al mantenimento dei sistemi assistenziali, anche in relazione alle diverse tipologie di dipendenza da trattare (alcolismo, ecc.)

N. Azioni

1.1 Definire precisi capitoli di bilancio delle varie Amministrazioni competenti per le attività di cura e il mantenimento dei sistemi di erogazione delle prestazioni nel settore, anche in relazione alle diverse tipologie di dipendenza da trattare (alcolismo, ecc.).

1.2 Definire e pubblicare specifici piani regionali di azione sulla diagnosi, cura e PPC, sostenibili e coerenti con il PAN.

1.3 Attivare un fondo nazionale per sostenere il miglioramento delle attività di diagnosi, cura e PPC alimentato con i finanziamenti confiscati alle organizzazioni criminali provenienti dal traffico e dallo spaccio di droga.

1.4 Acquisire e rendere operativi in tutte le Regioni e P. A. gli Atti di Intesa Stato-Regioni:

- Provvedimento 5 agosto 1999 Schema di atto di intesa Stato-Regioni, su proposta dei Ministri della Salute e per la Solidarietà Sociale, recante: "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso". (Repertorio atti n. 740) - Gazzetta Ufficiale n. 231 del 01 ottobre 1999.
- Provvedimento 21 gennaio 1999 Accordo Stato-Regioni per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti".

1.5 Attivare la verifica della corretta e tempestiva applicazione degli atti di cui al punto precedente e, nel caso di mancata applicazione, attivare le procedure amministrative previste per ottenere e garantire il rispetto dell'accordo.

Principali indicatori

Quantità di finanziamento assegnato.

Previsione di finanziamenti specifici per specifiche tipologie di utenza.

Nr. piani regionali esistenti specifici sulle attività di cura e PPC.

Quantità di finanziamenti disponibili.

Nr. di Regioni e P.A. che hanno attuato concretamente gli atti di intesa/totale delle Regioni e P.A.

Nr. di Regioni che hanno completato l'attuazione / totale delle Regioni che dovevano eseguirla.

Area di intervento: 2. Cura e Prevenzione delle Patologie Correlate (PPC)

N. Obiettivi

N. Azioni

Principali indicatori

2. Promuovere e incentivare un'integrazione funzionale ed organizzativa tra i servizi pubblici e le organizzazioni del privato sociale nelle attività di prevenzione, cura, riabilitazione.

2.1 Avviare un processo di integrazione organizzativa mediante l'attivazione dei Dipartimenti delle Dipendenze come luogo di ordinamento tecnico funzionale in un contesto di pari dignità.

2.2 Elaborare ed applicare protocolli condivisi tra le organizzazioni del pubblico e del privato sociale relativamente alle procedure diagnostiche, agli obiettivi, alle fasi di cura e ai trattamenti complessi, con particolare enfasi ad assicurare la continuità delle cure.

Giudizio sul grado di integrazione dei responsabili delle Organizzazioni del privato sociale e dei responsabili dei Servizi pubblici.

Nr. di protocolli attivati / Nr. di protocolli attivabili.

3. Iniziare lo studio per una riforma dei servizi al fine di renderli più aderenti ed idonei alla trasformazione del fenomeno tossicodipendenza in Italia.

3.1 Realizzare un'analisi condivisa tra le Amministrazioni competenti (centrali, regionali e P.A.) con produzione di ipotesi di riorganizzazione generale del sistema dei servizi ma, soprattutto, di un modello di coordinamento nazionale, interregionale e intra-regionale in grado di superare gli attuali problemi derivanti dalla frammentazione e dall'alta eterogeneità dei sistemi regionali oltre che, contestualmente, di assicurare una omogeneità degli interventi e delle prestazioni erogate su tutto il territorio nazionale.

Nr. di partecipanti al gruppo di lavoro (grado di condivisione).

Realizzazione di una proposta tecnica condivisa (linee di indirizzo).

4. Aumentare l'accessibilità e la precocità di presa in carico delle persone tossicodipendenti attive.

4.1 Informare le persone che utilizzano sostanze dei danni sulla salute derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti sulla necessità di cure e sulle modalità di accesso.

Tempo di latenza tra inizio d'uso di sostanze e primo contatto con i servizi.

4.2 Differenziare maggiormente le offerte in modo da renderle più attrattive e vicine ai bisogni delle persone tossicodipendenti.

Nr. di nuovi accessi ai servizi.

4.3 Attivare programmi di facilitazione di accesso ai Servizi attraverso azioni di contatto precoce anche mediante "outreach" attivo sul territorio.

Nr. di unità operative con programmi di outreach attivo.

4.4 Attivare programmi e facilitazioni per il controllo sanitario e la cura dell'utenza straniera.

Nr. di persone tossicodipendenti straniere in carico ai servizi/nr. totale di tossicodipendenti in carico.

Area di intervento: 2. Cura e Prevenzione delle Patologie Correlate (PPC)		
N. Obiettivi	N. Azioni	Principali indicatori
5. Aumentare i contatti con la fascia di consumatori occasionali e abituali che non hanno ancora sviluppato dipendenza.	5.1 Informare sulle conseguenze neuropsichiche alla luce delle nuove ricerche nell'ambito delle neuroscienze e delle scienze del comportamento.	Nr. di consumatori occasionali / abituali in contatto con i servizi e loro andamento nel tempo.
	5.2 Orientare di più il sistema dei servizi dal punto di vista organizzativo verso i consumatori occasionali o abituarini e non soltanto alle persone con dipendenza.	Nr. di operatori formati.
	5.3 Formare e sensibilizzare gli operatori del settore sulle conseguenze negative per la salute derivanti da ogni tipo di sostanza.	
	6.1 Formare gli operatori del settore sulla diversità diagnostica e di intervento tra persone con uso occasionale, uso abituale e con dipendenza al fine di poter fornire risposte adeguate al problema.	Nr. operatori formati.
	6.2 Attivazione di interventi precoci di tipo educativo/psicologico e di supporto alla famiglia per far arrestare l'uso anche occasionale di sostanze tra i giovani.	Nr. di genitori coinvolti nei programmi di cura.
	6.3 Elaborazione ed applicazione di protocolli di cura diversificati tra coloro che fanno un uso di sostanze occasionale e abituale e coloro che sono già, invece, dipendenti (scarsa adeguatezza delle cure).	Nr. di servizi che supportano la "parent notification".
6.6 Aumentare l'offerta di cure per le "nuove" dipendenze e co-dipendenze, soprattutto per quanto riguarda l'alcol promuovendo una formazione specifica degli operatori.	6.4 Introdurre modelli di "parent notification", ossia di comunicazione di allerta tra genitori consapevoli e responsabili.	
	6.5 Aggiornare, sulla base di evidenze scientifiche, i protocolli di cura e riabilitazione rispetto ai mutati bisogni dei tossicodipendenti che spesso sono poli-tossicodipendenti con associate importanti patologie psichiatriche e infettive.	Nr. protocolli e linee guida prodotti.

Area di intervento: 2. Cura e Prevenzione delle Patologie Correlate (PPC)

N. Obiettivi

N. Azioni

Principali indicatori

6. Attivare cure e ambienti diversificati per i minori e, al contempo, attivare ambienti di cura e trattamenti idonei alle persone di sesso femminile.	6.7 Riorientare i servizi di cura in modo da tener in considerazione anche altri fattori che concorrono alla dipendenza (stile di vita).	
	6.8 Elaborazione di sistemi, metodologie e cultura tecnica per poter eseguire una valutazione costante dei risultati.	
7. Assicurare la libera scelta del modo e dei luoghi di cura per le persone tossicodipendenti.	7.1 Inserire nella Carta dei servizi aziendali dei Dipartimenti delle Dipendenze e nelle linee di indirizzo regionali specifiche indicazioni in tal senso.	Nr. di Regioni e P.A. che hanno linee di indirizzo contenenti esplicitamente la possibilità di libera scelta.
8. Adottare metodologie diagnostiche standard in ambito clinico e tossicologico per le dipendenze.	8.1 Definire linee di indirizzo nazionali per la valutazione, la gradazione della gravità e l'inquadramento diagnostico (assessment iniziale) delle persone tossicodipendenti afferenti ai servizi di cura.	Realizzazione di una proposta tecnica condivisa (linee di indirizzo).
9. Migliorare la qualità e l'efficacia dei trattamenti.	8.2 Definire linee di indirizzo nazionali per la diagnosi e il trattamento delle malattie infettive nei tossicodipendenti.	
	9.1 Definire e diffondere linee di indirizzo nazionali tecnico-scientifiche in merito ai criteri di qualità dei trattamenti e alla valutazione dell'efficacia in pratica (effectiveness).	Realizzazione di una proposta tecnica condivisa (linee di indirizzo).
	9.2 Applicare protocolli terapeutici scientificamente orientati.	
	9.3 Attivare un progetto nazionale per la valutazione degli esiti dei trattamenti al fine di introdurre metodologie standardizzate per la valutazione dell'outcome.	Nr. di U.O. partecipanti al progetto per la valutazione dell'outcome.
	9.4 Introdurre sistemi per la valutazione della customer satisfaction (soddisfazione del cliente) anche nei Dipartimenti delle Dipendenze (Ser.T e Comunità).	Nr. di servizi e di comunità che rilevano la customer satisfaction.
9.5 Realizzare e diffondere linee di indirizzo per le corrette procedure di affidamento, trasporto, conservazione e utilizzo a domicilio dei farmaci sostitutivi con particolare riguardo alle misure di sicurezza da adottare per evitare l'intossicazione accidentale di bambini.		Grado di soddisfazione medio.
		Realizzazione di una proposta tecnica condivisa (linee di indirizzo).

Area di intervento: 2. Cura e Prevenzione delle Patologie Correlate (PPC)

N. Obiettivi

N. Azioni

Principali indicatori

10. Attivare programmi per migliorare la gestione dei pazienti che presentano policonsumo di sostanze stupefacenti.

10.1 Differenziare le offerte terapeutiche dei servizi in base alla presenza d'uso di più sostanze.

10.2 Attivare protocolli per l'integrazione dei trattamenti per le varie dipendenze da sostanze stupefacenti, per le alcol dipendenze, per il tabagismo.

11. Attivare programmi per migliorare la gestione dei pazienti che presentano patologie psichiatriche correlate.

11.1 Migliorare l'integrazione con i Dipartimenti di Salute Mentale, mantenendo la differenziazione con i Dipartimenti delle Dipendenze (DDD).

11.2 Definire una programmazione integrata tra le diverse unità operative che intervengono sul paziente psichiatrico tossicodipendente.

11.3 Standardizzare l'offerta per le patologie psichiatriche tra i DSM e i DDD su tutto il territorio nazionale.

12. Diminuire la mortalità acuta droga correlata.

12.1 Attivare protocolli di collaborazione tra le unità di emergenza territoriali e i Dipartimenti per le Dipendenze, utilizzando modelli già sperimentati e dimostratisi efficaci (ad esempio i progetti CCM del Ministero della Salute).

12.2 Attivare programmi di formazione specifici per il personale del Pronto Soccorso in materia di tossicodipendenza e delle sue manifestazioni cliniche acute e sulle patologie "sentinella" (ad es. infarto o altre patologie cardiovascolari per la cocaina, stati dissociativi, crisi di panico per la cannabis o le metamfetamine, ecc.), utilizzando modelli già sperimentati e dimostratisi efficaci (ad esempio i progetti CCM del Ministero della Salute).

12.3 Informare gli utenti tossicodipendenti e i consumatori occasionali o abituarli sulle norme preventive e sui fattori che possono incrementare il rischio di overdose.

12.4 Segnalare tempestivamente al Sistema Nazionale di Allerta Precoce (NEWS) eventuali decessi droga correlati o la comparsa di fenomeni o sostanze anomali per la precoce preparazione e attivazione delle allerte.

Nr. di soggetti policonsumatori in carico ai servizi e andamento nel tempo.

Nr. di protocolli di collaborazione esistenti tra DSM e DDD.

Nr. protocolli di collaborazione esistenti tra unità di emergenza e DDD.

Nr. di corsi attivati e nr. di partecipanti.

Nr. di segnalazioni al Sistema Nazionale di Allerta distinti per Regione.

Area di intervento: 2. Cura e Prevenzione delle Patologie Correlate (PPC)

N. Obiettivi

N. Azioni

Principali indicatori

13. Definizione di un'organizzazione adeguata e ben definita per garantire idonei trattamenti anche in carcere.	13.1 Incrementare la possibilità di ricorrere alle misure alternative da parte dei tossicodipendenti in carcere. 13.2 Attivare un progetto specifico, sulla scorta dell'esperienza del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) del Ministero della Giustizia, che consenta di evitare l'ingresso in carcere per i tossicodipendenti, intervenendo già durante il giudizio per direttissima (prima dell'invio in carcere), mediante l'offerta e accettazione di un programma di trattamento presso strutture di cura accreditate.	<i>Nr. di soggetti che hanno usufruito dell'affidamento in prova (art. 94 DPR 309/90) per Regione.</i>
13.3 Definire linee di indirizzo e protocolli comuni con tutte le Regioni e P.A. per l'assistenza dei tossicodipendenti e alcolodipendenti in carcere e includere il passaggio della sanità penitenziaria ai sistemi sanitari regionali.		<i>Realizzazione di una proposta tecnica condivisa (linee di indirizzo).</i>
13.4 Garantire continuità dei trattamenti per i tossicodipendenti e alcolodipendenti in cura all'ingresso in carcere.		
13.5 Garantire continuità dei trattamenti farmacologici per le malattie infettive (in particolare infezioni da HIV, epatiti, MST, TBC, ecc) per coloro che sono entrati da poco in carcere.		<i>Nr. di Istituti penitenziari con programmi specifici anti-overdose all'uscita dal carcere.</i>
13.6 Attivare programmi di prevenzione per la riduzione dei rischi di overdose all'uscita del carcere.		
14. Ridurre il potenziale di cronicizzazione dei trattamenti.	14.1 Rivalutare i trattamenti (farmacologici e residenziali) perduranti da lungo termine o a mantenimento con farmaci sostitutivi al fine di valutarne l'adeguatezza e la reale efficacia nella riabilitazione e nel reinserimento sociale della persona. 14.2 Integrare maggiormente i trattamenti farmacologici con interventi di supporto psicologico, educativo/riabilitativo e di reinserimento sociale e lavorativo. 14.3 Avviare studi sui fattori di cronicizzazione per l'identificazione di eventuali soluzioni correttive.	<i>Realizzazione di uno studio specifico a riguardo.</i> <i>Nr. di trattamenti integrati / Nr. trattamenti eseguiti dai servizi.</i> <i>Durata dei trattamenti in relazione all'outcome.</i>

Area di intervento: 2. Cura e Prevenzione delle Patologie Correlate (PPC)

N. Obiettivi	N. Azioni	Principali indicatori
15. Attivare in via sperimentale interventi ed offerte assistenziali per le nuove dipendenze: gambling patologico, shopping compulsivo, sesso compulsivo, dipendenza dalla tecnologia digitale, ecc.	15.1 Attivare progetti specifici con valutazione dell'incidenza e della prevalenza del fenomeno e della reale efficacia dei trattamenti. 15.2 Iniziare un percorso per il riconoscimento di tali patologie nelle attuali norme nazionali e regionali di settore.	<i>Incidenza e prevalenza dei soggetti affetti dalle nuove dipendenze.</i> <i>Nr. di attività e/o procedimenti di revisione attivati.</i>

Area di intervento: 2. Cura e Prevenzione delle Patologie Correlate (PPC)

N. Obiettivi

N. Azioni

Principali indicatori

Prevenzione delle Patologie Correlate (PPC)

16. Aumentare l'integrazione della Prevenzione delle Patologie Correlate (PPC) con gli interventi di cura.	16.1 Attivare programmi di integrazione organizzativa e funzionale tra le unità operative che eseguono interventi di PPC e quelle deputate alla cura e alla riabilitazione.	Nr. di programmi di integrazione organizzata attivati.
	16.2 Uniformare dal punto di vista dei linguaggi, della programmazione e dell'organizzazione gli interventi di PPC (sia in termini di presenza, sia di tipologia) tra le varie Regioni e P.A. e le ASL.	
17. Definire nuove linee nazionali di indirizzo operative per l'attivazione, mantenimento e/o riorientamento delle attività di prevenzione delle patologie correlate (PPC – prevenzione secondaria) sul territorio nazionale.	17.1 Definire i principi e gli assunti di base per le attività di prevenzione secondaria adattati alla realtà italiana.	Realizzazione di una proposta tecnica condivisa (linee di indirizzo).
	17.2 Definire un elenco sintetico delle misure/azioni concrete che sarebbe necessario perseguire al fine di ottenere una efficace e permanente prevenzione secondaria delle principali patologie correlate all'uso di sostanze stupefacenti e di alcol.	
	17.3 Creare uno statement sintetico che sia finalizzato alla divulgazione ed adozione permanente di tali misure iniziando uno studio per la proposizione di specifici LEA (DPCM 29/11/2001), da concertare con le Regioni e P.A.	
18. Prevenire e ridurre il rischio di morte per overdose.	18.1 Distribuzione di fiale di naloxone cloridrato per il primo soccorso ai pazienti ed ai famigliari delle persone tossicodipendenti da eroina.	Nr. di fiale distribuite.
	18.2 Organizzare corsi di formazione per tossicodipendenti in modo da fornire loro rudimenti per un intervento di primo soccorso in caso di overdose di un compagno.	Nr. di fiale utilizzate. Nr. corsi organizzati. Nr. di partecipanti.
	18.3 Attivare azioni coordinate e concordate (mediante protocolli e processi condivisi) tese a prevenire e gestire l'aumento del rischio di overdose per il passaggio della persona tossicodipendente dal carcere alla vita libera, dalla comunità al territorio, dai programmi in custodia attenuata in carcere alla libertà.	Presenza di protocolli. Nr. di tossicodipendenti informati. Nr. di overdose nei gruppi a rischio. Nr. di pazienti ammessi al programma terapeutico in carcere.

Area di intervento: 2. Cura e Prevenzione delle Patologie Correlate (PPC)

N. Obiettivi		N. Azioni		Principali indicatori	
19. Prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti, quali l'infezione da HIV, le epatiti virali, TBC e le malattie sessualmente trasmissibili.		19.1	Distribuzione e scambio di siringhe.	Incidenza delle infezioni.	
		19.2	Distribuzione di profilattici.	Incidenza dei decessi droga correlati.	
		19.3	Training per l'acquisizione di abilità preventive.		
20. Attivare programmi gender-oriented.		20.1	Attivare info-point e info-line facilmente accessibili.	Nr. di tossicodipendenti di sesso femminile contattate.	
		20.2	Attivare programmi di counseling ed informazione sui rischi specifici e le particolari vulnerabilità del sesso femminile (prostituzione, violenza, gravidanze indesiderate).	Esistenza di programmi specifici per il genere femminile.	
		20.3	Attivare programmi per l'inserimento in percorsi di affrancamento dalla prostituzione.	Nr. di prostitute tossicodipendenti inserite in percorsi di affrancamento.	
		20.4	Attivare un'assistenza ginecologica e prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili.	Nr. di tossicodipendenti di sesso femminile sottoposte ad accertamenti ginecologici.	
		20.5	Attivare programmi e assistenza concreta per il supporto della gestione e cura del bambino.	Nr. di tossicodipendenti di sesso femminile con gravidanze assistite.	
21. Prevenire e ridurre i rischi sociali correlati all'uso di sostanze: emarginazione, discriminazione, stigmatizzazione; inserimento in reti criminali; carcerazione; perdita di reti sociali positive; sostituzione; abbandono scolastico e perdita della potenzialità di apprendimento; perdita del lavoro e della capacità produttiva.		21.1	Incrementare e facilitare l'accesso ai trattamenti ambulatoriali e residenziali.	Nr. dei nuovi accessi ai servizi di cura e alle comunità terapeutiche.	
		21.2	Incrementare le attività di riabilitazione e reinserimento socio lavorativo.	Nr. di nuovi accessi ai servizi di reinserimento socio lavorativo.	

Area di intervento: 2. Cura e Prevenzione delle Patologie Correlate (PPC)

N. Obiettivi

N. Azioni

Principali indicatori

22. Prevenire e ridurre i disagi e le conseguenze negative per i familiari delle persone tossicodipendenti e alcolodipendenti.

22.1 Attivare specifici programmi di supporto per i familiari dei tossicodipendenti e alcolodipendenti.

Nr. di programmi di supporto alle famiglie di tossicodipendenti attivati.

Area di intervento: 3. Riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo

N. Obiettivi	N. Azioni	Principali indicatori
1. Assicurare condizioni organizzative e disponibilità di risorse umane, tecnologiche, logistiche e finanziarie adeguate alle attività di reinserimento.	1.1 Definire precisi capitoli di bilancio o specifiche voci delle varie Amministrazioni competenti vincolanti per le attività di reinserimento sociale e lavorativo. 1.2 Definire e pubblicare specifici piani Regionali di azione sul reinserimento, sostenibili e coerenti con il PAN. 1.3 Attivare un fondo nazionale per sostenere il miglioramento delle attività di reinserimento, alimentato anche con i finanziamenti confiscati alle organizzazioni criminali provenienti dal traffico e dallo spaccio di droga.	Quantità di finanziamenti dedicati all'attività di reinserimento. <i>Nr. piani regionali esistenti specifici sulle attività di reinserimento.</i>
2. Ridurre il ricorso ad attività criminali e illegali oltre che la prostituzione nelle persone tossicodipendenti mediante la promozione di programmi specifici di reinserimento sociale e lavorativo.	2.1 Incrementare gli interventi e le attività di reinserimento presso i Dipartimenti delle Dipendenze.	<i>Nr. di programmi specifici di riabilitazione e reinserimento sociale attivati presso i DDD.</i> <i>Nr. di programmi specifici di reinserimento lavorativo attivati presso i DDD.</i> <i>Tipologie di programmi specifici di reinserimento sociale attivati presso i DDD.</i> <i>Tipologie di programmi specifici di reinserimento lavorativo attivati presso i DDD.</i>
3. Uniformare a livello nazionale i principi e i principali metodi di riabilitazione e reinserimento.	3.1 Definire mediante la realizzazione di linee di indirizzo metodologico, un modello condiviso per la riabilitazione e il reinserimento socio-lavorativo. 3.2 Organizzare e sostenere un network nazionale permanente delle organizzazioni che si occupano di reinserimento lavorativo.	<i>Nr. di organizzazioni aderenti al network nazionale di reinserimento.</i> <i>Quantità di finanziamenti dedicati a progetti di reinserimento.</i>

Area di intervento: 3. Riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo

N. Obiettivi

N. Azioni

Principali indicatori

4. Promuovere azioni concrete e progetti specifici per incrementare le attività di riabilitazione (attività prodromiche al reinserimento) sia in ambito sociale che relazionale delle persone tossicodipendenti in trattamento (si ricorda che le attività di riabilitazione dei tossicodipendenti rientrano nei LEA- DPCM 29/11/2001⁹) presso i Ser.T e presso le Comunità terapeutiche.

4.1 Attivare specifici interventi con programmi permanenti all'interno delle unità di trattamento (ambulatoriali, residenziali o semiresidenziali) finalizzati alla riabilitazione e all'acquisizione delle skill sociali e relazionali di base per permettere l'inizio delle attività di reinserimento.

Nr. di U.O. realmente attive con procedure standardizzate e programmi specifici di riabilitazione (% sul totale delle unità operative).

Tipologie di unità di trattamento.

5. Migliorare le competenze scolastiche e professionali dei soggetti tossicodipendenti in trattamento.

5.1 Attivare programmi di formazione scolastica e professionale per i tossicodipendenti in trattamento in collaborazione con scuole ed enti professionali.

Nr. corsi di formazione attivati.

Nr. partecipanti.

5.2 Attivare percorsi di formazione nell'ambito informatico e altre attività coerentemente con i bisogni e le specialità del territorio.

Nr. persone formate.

6. Promuovere lo sviluppo di U.O. specializzate nelle attività di reinserimento integrate nei dipartimenti delle dipendenze.

6.1 Definire in ogni unità di trattamento (ambulatoriale o residenziale o semiresidenziale) un documento operativo e formale (Protocollo di servizio per il reinserimento) contenente i processi e le metodologie utilizzate per il reinserimento, contenente anche gli indicatori di valutazione dell'outcome.

Nr. unità operative create nel DDP.

Nr. servizi di orientamento alla riabilitazione e reinserimento nei Ser.T e nelle CT.

6.2 Attivare, ove possibile e compatibilmente con le programmazioni regionali, U.O. pubbliche integrate all'interno dei dipartimenti delle dipendenze specializzate nel reinserimento socio-lavorativo.

6.3 Organizzare un percorso integrato di reinserimento che inizia nei Ser.T e continua nelle comunità terapeutiche e/o nelle cooperative sociali.

6.4 Creazione di un servizio di orientamento e accompagnamento all'interno di Ser.T e/o Comunità mediante tutor della persona tossicodipendente verso il reinserimento sociale e lavorativo.

⁹ DPCM 29/11/2001 - Area dipendenza da sostanze psicoattive, livelli di assistenza "Attività sanitaria e socio-sanitaria a favore dei tossicodipendenti e alcol dipendenti e/o alle famiglie", prestazioni Punto C - Programmi di reinserimento sociale e lavorativo per tutta la fase di tossicodipendenza o alcol dipendenza, Punto E - programmi di reinserimento sociale e lavorativo allorché sia superata la fase di tossicodipendenza e alcol dipendenza (fonti normative DPR 309/90 e s.m.i., legge n. 45/99, accordo Stato Regioni del 21/01/1990, legge 125/01). Natura dei costi: Punto C - costi di natura sanitaria al 100%; Punto E - costi di natura sociale al 100%.

Area di intervento: 3. Riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo

N. Obiettivi	N. Azioni	Principali indicatori
7. Integrare e coordinare l'attività di reinserimento tra le varie agenzie territoriali (Ser.T e Comunità Terapeutiche, amministrazioni Comunali e Provinciali, Aziende sanitarie, Associazioni degli Imprenditori).	7.1 Formazione degli operatori socio-sanitari nelle attività di riabilitazione e reinserimento.	Nr. corsi di formazione attivati.
	7.2 Organizzare un gruppo di coordinamento territoriale stabile che metta in contatto le cooperative sociali di tipo B con le amministrazioni pubbliche, potenziali enti affidatari.	Nr. operatori formati.
	7.3 Regolamentare e controllare la disponibilità di posti di lavoro protetti (monitoraggio delle aziende sottonumerarie ai sensi della L. 68/99).	
8. Coinvolgere direttamente le Aziende e amministrazioni pubbliche (Comune, Provincia, ASL) nelle attività di reinserimento socio-lavorativo dei tossicodipendenti, mediante l'affidamento di commesse alle cooperative sociali operanti in tale settore.	8.1 Affidare, da parte degli enti pubblici, commesse lavorative alle cooperative sociali di tipo B che si occupano di reinserimento delle persone tossicodipendenti.	Nr. Aziende e Amministrazioni pubbliche coinvolte
		Nr. commesse affidate alle cooperative sociali/anno
9. Favorire il reinserimento delle persone tossicodipendenti nel circuito lavorativo delle imprese ordinarie.	9.1 Creare una rete di contatti con imprese lavorative per facilitare la ricerca di lavoro per le persone tossicodipendenti anche mediante il coinvolgimento delle Amministrazioni Provinciali.	Nr. imprese ordinarie coinvolte
	9.2 Stipulare accordi di intesa con centri d'impiego.	Nr. accordi stipulati
	9.3 Sviluppare una rete nazionale di comunità terapeutiche e/o cooperative sociali fortemente orientate a percorsi di reinserimento lavorativo.	
	9.4 Stipulare protocolli d'intesa tra le organizzazioni degli imprenditori nel territorio e le cooperative sociali e/o Comunità terapeutiche e/o unità di reinserimento dei Ser.T	
	9.5 Promuovere azioni concrete negli ambienti di lavoro contro atteggiamenti discriminatori e stigmatizzanti la condizione di tossicodipendente, che possono compromettere gli interventi di reinserimento sociale e lavorativo.	

Area di intervento: 3. Riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo

N. Obiettivi

N. Azioni

Principali indicatori

10. Orientare le organizzazioni che si occupano di reinserimento socio-lavorativo allo sviluppo dell'imprenditoria sociale al fine di promuovere la creazione di organizzazioni per il reinserimento in grado di produrre reddito per l'auto-mantenimento delle proprie attività.

10.1 Sviluppare unità organizzative per il reinserimento impostate in modo che esercitino attività produttive in grado di realizzare un reddito e di auto-finanziare (almeno in parte) la struttura ospitante i tossicodipendenti in riabilitazione/reinserimento.

Nr. organizzazioni create.

Nr. organizzazioni per l'automantenimento attive.

11. Promuovere un progetto nazionale specifico per la riabilitazione e il reinserimento sociale e lavorativo per sostenere il processo di innovazione nazionale in tale ambito.

11.1 Attivare un network nazionale di strutture operanti secondo gli obiettivi sopra riportati, coordinate e integrate nel territorio di appartenenza e fortemente orientate al reinserimento lavorativo.

Nr. strutture coinvolte facenti parte del network.

11.2 Supportare direttamente con finanziamenti specifici le unità organizzative che si occupano del reinserimento, in base al numero di persone in reinserimento lavorativo.

Nr. Regioni e P.A. partecipanti.

11.3 Verificare l'efficacia delle attività mediante la valutazione del numero di soggetti inseriti nei percorsi riabilitativi e il numero di soggetti reinseriti con successo nel mondo del lavoro.

Nr. soggetti inseriti nel mondo del lavoro/Nr. soggetti in attività di reinserimento.

Area di intervento: 4. Monitoraggio e valutazione	
N. Obiettivi	N. Azioni
1. Promuovere l'aumento delle capacità di monitoraggio e valutazione dei sistemi nazionali e regionali.	1.1 Definire e pubblicare specifici Piani Regionali di azione sul monitoraggio e la valutazione, sostenibili e coerenti con il PAN.
	1.2 Promuovere l'attivazione di un fondo nazionale per la lotta alla droga per sostenere anche il miglioramento delle attività di monitoraggio e valutazione, alimentato con i finanziamenti confiscati alle organizzazioni criminali provenienti dal traffico e dallo spaccio di droga.
2. Migliorare la qualità dei dati e dei flussi relativi al fenomeno droga, alle attività e agli interventi ad esso correlati.	2.1 Implementare e mantenere il sistema informativo per le tossicodipendenze SIND. Avviare un nuovo sistema informativo basato su dati individuali anche per le alcoldipendenze (SINA).
	2.2 Definire e costruire un database nazionale integrato che raccolga (in copia) tutti i flussi dei dati sulle tossicodipendenze e alcoldipendenze e sulle patologie e incidentalità correlate in entrata alle Amministrazioni centrali (Ministero della Salute, Ministero dell'Interno, Ministero della Giustizia, Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti e altre fonti) e dalle Regioni e P.A., centralizzato e fruibile presso il Dipartimento Politiche Antidroga.
	2.3 Completare la realizzazione dell'Osservatorio Nazionale sulle Tossicodipendenze (così come previsto dall'art. 1 del DPR 309/90) implementando contemporaneamente un network di Osservatori regionali.
	2.4 Realizzare un nuovo flusso dati dalle Comunità Terapeutiche in grado di monitorare le presenze, i giorni di trattamento, l'efficacia in pratica (effectiveness) e i costi nonché i crediti nei confronti delle Amministrazioni pubbliche.
	2.5 Definire e concordare un formato comune di base di singoli report epidemiologici standard (RES) per la rappresentazione della realtà epidemiologica delle singole Regioni, utilizzando un set minimo e comune di indicatori.

Principali indicatori

Nr. di piani regionali esistenti.

Volume dei finanziamenti.

Nr. di Regioni in grado di fornire dati in formato SIND.

Percentuale media di copertura dei Ser.T per singola Regione inviate.

Percentuale di completezza del DB (flussi osservati / flussi attesi).

Nr. di Osservatori (o strutture funzionali analoghe) regionali attivati.

Nr. di Comunità in grado di trasmettere dati.

Grado di qualità dei dati trasmessi.

Nr. di Regioni aderenti e che utilizzano i RES.

N. Obiettivi

Principali indicatori

Nr. di collaborazioni attivate e di partecipazioni alle riunioni.

3. Realizzare reporting periodici standard sulla situazione epidemiologica nazionale e delle singole Regioni e P.A., sulla base di standard europei, che possano più tempestivamente fornire informazioni di ritorno alle unità operative alle Regioni e alle Amministrazioni centrali contribuenti alla fornitura dei dati e alla gestione dei sistemi.

Nr. di rapporti istituzionali realizzati / debito informativo.

Grado di qualità delle analisi eseguite.

3.2 Realizzare e diffondere il National Report per L'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze.

3.3 Realizzare i report OEDT sulla base dei 5 indicatori standard.

3.4 Realizzare la determinazione della stima della prevalenza del consumo nella popolazione generale (GPS).

3.5 Realizzare la determinazione della stima della prevalenza del consumo nella popolazione studentesca (SPS).

3.6 Attivare studi sperimentali per la valutazione della presenza di sostanze nelle acque reflue e nell'aria incrociando tali risultanze con gli studi di prevalenza SPS e GPS.

3.7 Valutare e monitorare i dati di prevalenza provenienti dagli accertamenti tossicologici sui lavoratori con mansioni a rischio.

3.8 Valutare e monitorare i dati di prevalenza degli accertamenti tossicologici sui conducenti di auto e motoveicoli.

3.9 Monitorare l'andamento dei sequestri e delle attività di contrasto.

Area di intervento: 4. Monitoraggio e valutazione

N. Obiettivi		N. Azioni		Principali indicatori
4. Mantenere ed estendere il National Early Warning System (N.E.W.S. - Decisione del Consiglio Europeo 2005/387/JHA) in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, il Centro Antiveleni di Pavia e il Dipartimento delle Dipendenze - ULSS 20 di Verona.		4.1 Aumentare il network nazionale ed interregionale delle strutture aderenti al Sistema relativamente alle unità di contatto (inviando le segnalazioni di primo livello), i laboratori (inviando le segnalazioni di secondo livello), le strutture del sistema dell'emergenza-urgenza, le Regioni e P.A.		Nr. di U.O. aderenti e collaboranti.
		4.2 Attivare un sistema / gruppo nazionale ed istituzionale per lo studio e il monitoraggio dell'offerta via Internet di sostanze stupefacenti e farmaci in collaborazione con la DCSA e la Polizia delle Comunicazioni.		Nr. di segnalazioni ricevute.
				Nr. di informative, attenzioni e allerte attivate.
		4.3 Realizzare e diffondere l'EWS Annual Report e l'Activity Report.		Nr. di report realizzati.
5. Attivare studi per la definizione e costruzione di sistemi permanenti per la valutazione degli esiti dei trattamenti (efficacia in pratica - effectiveness) in relazione all'impiego delle risorse utilizzate e alle prestazioni erogate.		5.1 Attivare e mantenere un network nazionale per la messa a punto e la sperimentazione di un modello e relativo sistema per la valutazione dell'efficacia in pratica (effectiveness) dei trattamenti nei Dipartimenti delle Dipendenze sulla base del progetto "OUTCOME" del DPA.		Nr. di Dipartimenti che utilizzano il modello di valutazione.
6. Attivare un'analisi ed una successiva ridefinizione dei flussi per migliorare e rendere più tempestivo il monitoraggio della mortalità droga-correlata.		6.1 Attivare un progetto specifico per la ridefinizione dei flussi dei decessi droga correlati analizzando contestualmente e proponendo integrazioni e modifiche legislative (se necessarie) al fine di ridurre il grado di sottonotifica e il ritardo di notifica.		Nr. di U.O. partecipanti al progetto. Nr. di proposte effettuate.
7. Attivare un sistema di monitoraggio dei tossicodipendenti carcerati.		7.1 Attivare un flusso standard permanente, dalle Regioni e P.A. al DPA e al Ministero della Salute, sia di dati aggregati, relativo alle persone "clinicamente definibili come tossicodipendenti" (secondo ICD9) in carcere (indipendentemente dal reato commesso), sia di dati per singolo record soggetto (coerentemente con lo standard SIND e compatibilmente con la legge sulla Privacy).		Percentuale di Regioni e P.A. partecipanti alla raccolta dei dati. Grado di completezza dei dati raccolti.
8. Attivare uno specifico studio, al fine di avere migliori elementi conoscitivi, sulle persone minorenni in trattamento o inserite nei circuiti della giustizia minorile.		8.1 Realizzare una valutazione della prevalenza delle persone minorenni in trattamento presso i Ser.T, le comunità terapeutiche o inseriti nei circuiti della giustizia minorile al fine di comprendere meglio le principali caratteristiche, le problematiche sanitarie, psichiche, educative e sociali, ed avere elementi utili alla strutturazione di nuove e specifiche strategie, organizzazioni e interventi per questo target.		Nr. di U.O. partecipanti. Grado di completezza dei dati.

Area di intervento: 4. Monitoraggio e valutazione

N. Obiettivi

9. Monitorare e valutare il raggiungimento degli obiettivi del Piano d'Azione Nazionale.

N. Azioni

9.1 Attivare un progetto di monitoraggio specifico per l'analisi dei singoli piani Regionali e delle P.A. al fine di valutarne in maniera standard: la presenza, la coerenza con il Piano di Azione Nazionale, il grado di realizzazione degli obiettivi, le varianti territoriali apportate, la qualità e la quantità dei flussi dati presenti e necessari per la valutazione del fenomeno e degli interventi, gli aspetti innovativi e di rilevanza strategica.

Principali indicatori

Nr. di Regioni partecipanti alla valutazione.

Grado di coerenza tra Piano Nazionale e Piani Regionali.

Legislazione

1. Modificare il Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, approvato con il D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni e integrazioni, in relazione alle mutate esigenze e prospettive delle politiche nazionali di contrasto al fenomeno della tossicodipendenza (anche sulla base di quanto indicato dalla V Conferenza Nazionale sulle droghe).

1.1 Modificare l'art. 75 del DPR 309/90 al fine di reintrodurre la facoltà in capo al Prefetto di sospendere il procedimento amministrativo qualora il trasgressore aderisca ad un programma terapeutico o socio riabilitativo, come già previsto dal comma 9 del previgente art. 75.

Percentuale di atti, integrazioni e modifiche realizzati sulla base di quelle proposte.

1.2 Valutare la possibilità di modificare l'art. 75 del DPR 309/90 in modo da prevedere l'applicazione di sanzioni pecuniarie, graduate a seconda dei casi, compresa la partecipazione al pagamento del costo degli esami tossicologici, indipendentemente dall'esito, per i soggetti segnalati alla Prefettura. I fondi che verranno ricavati andranno, oltre a ripianare i costi laboratoristici, a confluire in un Fondo Nazionale gestito presso il DPA utilizzato per progetti e attività di prevenzione.

1.3 Valutare l'ipotesi di modificare l'art. 75 del DPR 309/90 in modo da prevedere da parte della Prefettura l'utilizzo di un sistema a "monte punti" da assegnare al soggetto segnalato e che verranno decurtati in caso di nuove violazioni con l'applicazione di sanzioni pecuniarie più gravose.

1.4 Modificare e dare concreta attuazione all'art. 75, comma 10 in ordine all'individuazione delle strutture deputate a svolgere gli accertamenti medico-legali e tossicologico-forensi sui reperti di droga sequestrati e all'attribuzione dei relativi oneri.

1.5 Modificare gli artt. 79, 82 e 84 del Testo Unico, rispettivamente in materia di agevolazione dell'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, istigazione, proselitismo, induzione, divieto di propaganda pubblicitaria, al fine di contrastare più efficacemente l'organizzazione di eventi e lo svolgimento di attività commerciali, anche attraverso siti Internet, che promuovono il consumo di sostanze stupefacenti.

Area di intervento: 5. Legislazione, attività di contrasto e giustizia minorile

N. Obiettivi

N. Azioni

Principali indicatori

1. Modificare il Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, approvato con il D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni e integrazioni, in relazione alle mutate esigenze e prospettive delle politiche nazionali di contrasto al fenomeno della tossicodipendenza (anche sulla base di quanto indicato dalla V Conferenza Nazionale sulle droghe).
- 1.6 Modificare gli artt. 100 e 101 del Testo Unico sulla destinazione dei beni e valori sequestrati o confiscati in operazioni antidroga, al fine di destinare parte degli stessi, oltre che al potenziamento delle attività di prevenzione e contrasto dei delitti previsti dal T.U., anche alle attività di prevenzione dell'uso di sostanze stupefacenti, cura, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo delle persone tossicodipendenti, ricerca nel settore delle neuroscienze applicate agli effetti delle droghe.
- 1.7 Rivedere il Testo Unico per integrarlo e adattarlo alle nuove ed avvenute modificazioni di legge relative alle competenze e alla funzione di coordinamento generale delle politiche antidroga presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri.
- 1.8 Modificare l'art. 49 del Testo unico con riguardo agli istituti di ricerca scientifica e all'assegnazione di stupefacenti e sostanze psicotrope con l'obiettivo di pervenire ad una compiuta individuazione delle tipologie delle strutture richiedenti, alla definizione delle linee di attività sperimentali e delle relative procedure di autorizzazione e controllo.
- 1.9 Provvedere alla ripubblicazione in Gazzetta Ufficiale del testo aggiornato del Testo unico per inserirvi le modifiche e le integrazioni intervenute dopo il 15 marzo 2007 (data dell'ultima ripubblicazione).
- 2.1 Predisporre una regolamentazione idonea a garantire che l'esercizio dell'attività commerciale degli smart shop avvenga senza comportare rischi per la salute delle persone o si traduca in un'attività promozionale per l'uso, la coltivazione e la produzione di sostanze stupefacenti.
- 2.2 Individuare strumenti giuridici per monitorare, anche preventivamente, il mercato delle cosiddette "smart drugs" e controllarne la vendita sia nella rete Internet che negli smart shop, dando continuità al progetto del DPA "Smart Search" e in stretta collaborazione con il Sistema di Allerta Nazionale.

2. Predisporre un reticolato normativo idoneo a contrastare il proliferare degli smart shop sul territorio dediti alla vendita, anche tramite Internet, di sostanze stupefacenti o pericolose per la salute.
- 2.1 Predisporre una regolamentazione idonea a garantire che l'esercizio dell'attività commerciale degli smart shop avvenga senza comportare rischi per la salute delle persone o si traduca in un'attività promozionale per l'uso, la coltivazione e la produzione di sostanze stupefacenti.
- 2.2 Individuare strumenti giuridici per monitorare, anche preventivamente, il mercato delle cosiddette "smart drugs" e controllarne la vendita sia nella rete Internet che negli smart shop, dando continuità al progetto del DPA "Smart Search" e in stretta collaborazione con il Sistema di Allerta Nazionale.

Area di intervento: 5. Legislazione, attività di contrasto e giustizia minorile

N. Obiettivi

N. Azioni

Principali indicatori

2. Predisporre un reticolato normativo idoneo a contrastare il proliferare degli smart shop sul territorio dediti alla vendita, anche tramite Internet, di sostanze stupefacenti o pericolose per la salute.

2.3 Elaborare linee di indirizzo per l'orientamento dell'attività operativa e delle operazioni di controllo degli smart shop, prevedendo anche, da un lato, le necessarie interattività tra l'azione delle FF.OO. e quella del Sistema di Allerta Nazionale e dall'altro, la continuità del progetto "Droga & Internet" del DPA.

3. Rendere più agevole la procedura per l'aggiornamento delle tabelle degli stupefacenti annesse al Testo Unico per garantire un tempestivo inserimento in tali elenchi delle nuove sostanze stupefacenti che compaiono sul mercato illecito.

3.1 Definire e attivare una procedura basata su innovativi criteri di risk assessment, condivisi con gli altri soggetti istituzionali indicati dalla norma, al fine di agevolare il procedimento per l'inserimento nelle tabelle ministeriali delle nuove sostanze stupefacenti illegali o pericolose per la salute, individuate e censite dal Sistema di allerta precoce e/o del Ministero della Salute, anche tramite le informative provenienti dalle Istituzioni Comunitarie preposte o delle organizzazioni internazionali.

3.2 Rivalutare e ridefinire (D.M. 11 aprile 2006) la soglia (QMS) alle sostanze stupefacenti tabellate prendendo in considerazione quelle che ne sono sprovviste e i valori di quelle già indicate dalla norma, alla luce di eventuali progressi scientifici e della quadriennale esperienza applicativa.

4. Adeguare la normativa interna in tema di precursori di droga ai regolamenti comunitari.

4.1 Proseguire il monitoraggio, in coordinamento con le Amministrazioni competenti, delle attività legislative di adeguamento della normativa interna in tema di precursori di droga ai seguenti regolamenti comunitari (CE):

1. n. 273/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, dell'11 febbraio 2004;
2. n. 111/2005 del Consiglio, del 22 dicembre 2004;
3. n. 1277/2005 della Commissione, del 27 luglio 2005, come modificato dal regolamento (CE) n. 297/2009 della Commissione, dell'8 aprile 2009.

Area di intervento: 5. Legislazione, attività di contrasto e giustizia minorile

N. Obiettivi

N. Azioni

Principali indicatori

5. Monitorare le attività legislative per l'attuazione della Decisione quadro 2004/757/GAI del Consiglio dell'Unione Europea, del 25 ottobre 2004, riguardante la fissazione di norme minime relative agli elementi costitutivi dei reati e alle sanzioni applicabili in materia di traffico illecito di stupefacenti.

5.1 Partecipare alle procedure e alle attività necessarie all'adozione dei decreti legislativi per l'attuazione della Decisione quadro 2004/757/GAI, nell'ambito della delega governativa prevista dalla legge 4 giugno 2010, n. 96 recante "Legge Comunitaria 2009".

Percentuale di atti, integrazioni e modifiche realizzati sulla base di quelle proposte.

6. Gestire e finalizzare le risorse del Fondo contro l'incidentalità notturna, istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri con la legge 2 ottobre 2007, n. 160 di conversione del decreto-legge 3 agosto 2007, n. 117 e successive integrazioni e modificazioni.

6.1 Rendere esecutiva la normativa regolamentare per l'effettiva alimentazione del Fondo con i proventi degli incrementi sanzionatori previsti dal decreto legge 117/2007 e dal Codice della Strada.

Percentuale di atti, integrazioni e modifiche realizzati sulla base di quelle proposte.

6.2 Creare un coordinamento interministeriale permanente presso il DPA per la gestione e l'impiego delle risorse afferenti al Fondo, anche al fine di promuovere specifici progetti di prevenzione e ricerca.

7. Modificare e integrare il decreto del Ministero della Salute del 16 novembre 2007, con cui è disciplinata la consegna/affidamento da parte delle strutture pubbliche o private autorizzate dei medicinali stupefacenti ai pazienti con dipendenza da oppiacei e in trattamento farmacologico in regime domiciliare di tali terapie con particolare riferimento all'insediamento di norme di tutela dei bambini conviventi con tossicodipendenti.

7.1 Predisporre, in collaborazione con il Ministero della Salute, opportune modifiche per evitare fenomeni di accumulo o diversione del medicinale verso il mercato clandestino ovvero incidenti domestici con intossicazione acuta, in particolare di bambini, conviventi delle persone tossicodipendenti in trattamento con farmaci stupefacenti affidati per l'assunzione domiciliare.

Percentuale di atti, integrazioni e modifiche realizzati sulla base di quelle proposte.

7.2 Realizzare contemporaneamente linee di indirizzo tecnico-operative e materiali informativi per le strutture di cura finalizzati alla prevenzione delle intossicazioni acute domestiche nei bambini conviventi con persone tossicodipendenti.

Area di intervento: 5. Legislazione, attività di contrasto e giustizia minorile

N. Obiettivi

N. Azioni

Principali indicatori

8. Attuare le disposizioni normative in materia di sicurezza stradale relativamente alle norme disciplinanti la guida sotto l'effetto di alcol e sostanze stupefacenti al fine di rendere maggiormente efficaci le azioni di prevenzione e contrasto.

8.1 Monitorare costantemente l'iter per la stesura e l'approvazione dei decreti di cui alla legge 120 del 29 luglio 2010 recante "Disposizioni in materia di sicurezza stradale" per i quali è previsto il coinvolgimento della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per le Politiche Antidroga

Percentuale di atti, integrazioni e modifiche realizzati sulla base di quelle proposte.

8.2 1. Studiare e definire nuove forme e strumenti tecnici di accertamenti clinico-tossicologici per un rilevamento più agevole e con valore probatorio delle conseguenze sulla guida dell'uso di sostanze stupefacenti e/o alcoliche (modifiche e integrazioni all'art. 187 del TU);

2. Modificare l'art. 187 in modo che sia considerata condizione sanzionabile e perseguibile non tanto la guida "in stato di alterazione da sostanze stupefacenti" ma la guida "dopo l'assunzione di sostanze", indipendentemente quindi dall'immediatezza dell'assunzione rispetto al controllo. In questo modo si vuole introdurre un criterio più estensivo e prudentiale al fine di escludere dalla guida coloro che fanno uso anche occasionale di sostanze stupefacenti e vengono riscontrati positivi ai test eseguiti dopo il fermo delle Forze dell'Ordine.

3. Studiare e definire gli accertamenti tossicologici per l'ottenimento della certificazione ai fini del conseguimento della patente di guida, in particolare di ciclomotori e motocicli condotti da minorenni (modifiche e integrazioni agli artt. 116 e 119 del TU), dando continuità al progetto "Tox Test" del DPA;

8.3 Prevenire e contrastare il fenomeno dell'incidentalità notturna (stragi del sabato sera) anche attraverso l'attivazione di nuove norme in materia di somministrazione di alcolici, orari di chiusura delle discoteche, ecc.

Area di intervento: 5. Legislazione, attività di contrasto e giustizia minorile

N. Obiettivi

N. Azioni

Principali indicatori

9. Sviluppare programmi e azioni di impatto normativo e sociale per la repressione del fenomeno dei "rave party" non autorizzati e/o non a norma.

9.1 Studiare e predisporre atti regolamentari e/o normativi per il controllo e la regolamentazione del fenomeno.

9.2 Definire e regolamentare il monitoraggio dei "rave party" mediante la rete Internet sulla scorta del progetto del DPA "Rave Party Prevention" e in stretto collegamento con il Sistema di Allerta Precoce.

Percentuale di atti, integrazioni e modifiche realizzati sulla base di quelle proposte.

10. Rimodulare le "Procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi", in aderenza al decreto dell'art. 41 del decreto legislativo 81/2008 come modificato dal decreto legislativo "correttivo" 106/2009, del testo del provvedimento n. 99/CU del 30 ottobre 2007, recante «Intesa in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza» e dell'Accordo 18 settembre 2008, n. 178/CSR.

10.1 Valutare lo stato di attuazione e le varianti apportate dalle amministrazioni regionali sull'Atto di Intesa del 18 settembre 2008.

Percentuale di atti, integrazioni e modifiche realizzati sulla base di quelle proposte.

10.2 Predisporre i nuovi testi, concertati tra le Amministrazioni centrali competenti, dei provvedimenti da portare all'attenzione della Conferenza Stato Regioni per l'approvazione conclusiva, tenendo anche in considerazione l'opportunità di uniformare, sotto il profilo metodologico, le procedure per il rilascio delle certificazioni di assenza di abuso di alcol e uso di droghe, introdotte dalla legge 29 luglio 2010, n. 120, con riferimento ai lavoratori dell'autotrasporto e a coloro che richiedono il rilascio o la conferma del titolo di guida per l'esercizio di attività professionali.

10.3 Integrare l'allegato I dell'Atto di Intesa con l'analogo elenco annesso al provvedimento n. 2540, recante l'intesa, sancita il 16 marzo 2006, in materia di individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche.

10.4 Ridefinire le modalità (frequenza e numero di soggetti da esaminare/anno) di accertamento tossicologico in relazione all'aumentato numero dei soggetti da testare.

Area di intervento: 5. Legislazione, attività di contrasto e giustizia minorile

N. Obiettivi

N. Azioni

Principali indicatori

10 Rimodulare le "Procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi", in aderenza al dettato dell'art. 41 del decreto legislativo 81/2008 come modificato dal decreto legislativo "correttivo" 106/2009, del testo del provvedimento n. 99/CU del 30 ottobre 2007, recante «Intesa in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza» e dell'Accordo 18 settembre 2008, n. 178/CSR.

10.5 Monitorare gli esiti del provvedimento (numero soggetti testati, riscontro di positività, problematiche organizzative e contenziosi legali che si sono generati, conseguenze sui soggetti riscontrati tossicodipendenti, ecc.) dando continuità al progetto "Monitoraggio e valutazione del Drug Test nei Lavoratori con mansioni a Rischio - D.T.L.R." del DPA per la sorveglianza degli effetti scaturiti dall'approvazione della normativa che regola gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope sui lavoratori a rischio.

10.6 Monitorare il conforme recepimento e l'attuazione dei provvedimenti afferenti lo svolgimento dei test in conformità dei protocolli da parte delle Regioni e Province autonome.

11. Aumentare l'accessibilità e l'utilizzo delle misure alternative al carcere da parte delle persone tossicodipendenti che hanno commesso reati.

11.1 Rimodulare la normativa al fine di rendere maggiormente fruibile la possibilità di accesso alle misure alternative al carcere per le persone tossicodipendenti che hanno commesso reati in possesso dei particolari requisiti previsti dal Testo Unico in materia di sostanze stupefacenti e dalla normativa di settore (sul modello del progetto DAP 1)

11.2 Promuovere e concludere un Atto di intesa Stato Regioni per rendere effettivi ed efficaci su tutto il territorio nazionale i flussi di accesso alle Comunità Terapeutiche in regime di misure alternative al carcere e, contemporaneamente, creare un flusso dati costante all'Osservatorio nazionale per il monitoraggio dell'impatto della variazione della norma.

11.3 Promuovere e sostenere l'attivazione di un sistema informatizzato di rilevazione delle disponibilità di inserimento delle comunità di recupero operanti sul territorio allo scopo di favorire e velocizzare la procedura di concessione degli arresti domiciliari presso una struttura residenziale (art. 89) ovvero dell'affidamento in prova (art. 94) da parte della magistratura di sorveglianza.

Percentuale di atti, integrazioni e modifiche realizzati sulla base di quelle proposte.

Area di intervento: 5. Legislazione, attività di contrasto e giustizia minorile

N. Obiettivi

N. Azioni

Principali indicatori

12. Richiedere, alle Regioni e Province autonome che non hanno ancora provveduto, il recepimento e l'attivazione degli Atti di Intesa del 21 gennaio 1999 e del 5 agosto 1999 concernenti i criteri per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento istituzionale.

12.1 Verificare lo stato di effettivo recepimento e conformità degli Atti di Intesa.

12.2 Attivare procedure di impulso per le Regioni e Province autonome inadempienti o non conformi.

12.3 Acquisire gli elementi di criticità rilevati dal privato sociale e la disponibilità delle regioni ad un intervento normativo per l'aggiornamento dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso, previsti dall'atto di intesa Stato-regioni del 5 agosto 1999.

Percentuale di atti, integrazioni e modifiche realizzati sulla base di quelle proposte.

13. Concertare con le Regioni e Province autonome la destinazione di una quota vincolata per la lotta alla droga, dell'ordine del 1,5% del Fondo Sociale previsto dalla legge 328/2000, finalizzata alla prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento, al trattamento delle persone tossicodipendenti.

13.1 Avviare, sulla base degli esiti della Conferenza di Trieste, uno studio di fattibilità e formali contatti con gli enti e i soggetti istituzionali competenti in materia, per formulare una proposta normativa, da concertare con la Conferenza Stato Regioni, finalizzata a destinare una quota vincolata delle risorse afferenti al Fondo sociale previsto dalla legge 328/2000.

13.2 Preparare e sottoscrivere l'Atto di Intesa.

Percentuale di atti, integrazioni e modifiche realizzati sulla base di quelle proposte.

14. Definire indirizzi normativi per gli accertamenti sui decessi droga e alcol correlati.

Percentuale di atti, integrazioni e modifiche realizzati sulla base di quelle proposte.

15. Ridefinire la normativa per gli accertamenti sui decessi negli incidenti stradali droga e alcol correlati.

15.1 Rendere possibile e obbligatorio l'accertamento tossicologico nei casi di incidenti stradali mortali sui guidatori deceduti e su quelli sopravvissuti.

Percentuale di atti, integrazioni e modifiche realizzati sulla base di quelle proposte.

16. Prevedere l'inserimento obbligatorio di schede informative sui danni delle droghe e dell'alcol nei libri di testo delle scuole secondarie di I grado.

Percentuale di atti, integrazioni e modifiche realizzati sulla base di quelle proposte.

16.1 Integrare la normativa al fine di inserire come obbligo editoriale nei libri di testo delle scuole secondarie di I grado delle schede sintetiche sulla prevenzione dei danni e dei rischi derivanti dall'assunzione di sostanze stupefacenti e alcol.

Percentuale di atti, integrazioni e modifiche realizzati sulla base di quelle proposte.

16.2 Elaborare e scrivere, a cura del DPA, delle schede informative sulla prevenzione delle dei danni e dei rischi alcol droga correlati dedicate alle scuole.

Area di intervento: 5. Legislazione, attività di contrasto e giustizia minorile

N. Obiettivi

N. Azioni

Principali indicatori

Attività di prevenzione e contrasto

17. Mantenere e incrementare le attività ordinarie di contrasto della produzione, del traffico e dello spaccio di sostanze stupefacenti.	17.1 Sostenere e promuovere le attività di indagine, per contrastare i fenomeni della produzione di traffico e spaccio illegale.	Nr. segnalazioni. Nr. arresti. Nr. operazioni. Nr. sequestri.
	17.2 Sostenere e promuovere le attività ordinarie di sequestro delle sostanze illegali e di quelle pericolose per la salute.	Quantità di sostanze sequestrate per tipologia.
	17.3 Incrementare le attività di monitoraggio delle frontiere e del territorio.	Nr. di operazioni.
18. Intensificare e sviluppare l'attività di coordinamento interno ed internazionale di carattere operativo tra le organizzazioni preposte alle attività di contrasto.	18.1 Sviluppare ulteriormente il coordinamento interno ed internazionale delle indagini antidroga al fine di massimizzare i risultati dell'attività di contrasto evitando sovrapposizioni di forze e disconomie.	Nr. convergenze in coordinamento. Nr. attivazioni operative.
	18.2 Orientare ed implementare le indagini sul territorio per mezzo di una specifica attività di "intelligence" alimentata dall'incremento dei contatti con le competenti autorità degli stati esteri anche a mezzo degli esperti antidroga.	
	18.3 Attiva partecipazione ai progetti "COSPOL", "AWF", "MAOC-N", "CECLAD-M.	
19. Incentivare l'azione di controllo sulle droghe sintetiche con particolare riferimento alle nuove sostanze emergenti.	18.4 Organizzare e partecipare ad incontri internazionali di carattere operativo per la trattazione di specifiche tematiche emergenti in particolare nei paesi dell'Africa Occidentale.	
	18.5 Partecipare ad iniziative di collaborazione con altri organismi nazionali che concorrono all'attività di monitoraggio del traffico marittimo ed aereo con funzioni di prevenzione e contrasto ai traffici illeciti.	
	19.1 Implementazione del sistema "Logo System" finalizzato alla condivisione delle caratteristiche morfologiche delle droghe sintetiche.	Nr. sequestri di sostanze sintetiche effettuati.
	19.2 Attiva partecipazione al Progetto "EUROPEAN DRUG PROFILE SYSTEM" finalizzato alla unificazione dei sistemi di ricerca ed analisi delle sostanze stupefacenti.	

Area di intervento: 5. Legislazione, attività di contrasto e giustizia minorile

N. Obiettivi

Principali indicatori

20. Realizzare un monitoraggio del WEB al fine di ottenere un quadro costantemente aggiornato del fenomeno degli stupefacenti nella rete internet.

20.1 Realizzare un sistema tecnico quanto più completo possibile per il monitoraggio della rete in materia di stupefacenti, secondo le indicazioni ed in collaborazione con il Sistema di Allerta del Dipartimento per le Politiche Antidroga – PCM (Progetto droga e Internet, Progetto Rave Party Prevention e Progetto SmartSearch).

20.2 Ottenere e mantenere costantemente aggiornato il quadro del fenomeno degli stupefacenti nella rete Internet anche in relazione alle nuove sostanze nocive note come “Smart Drugs”.

20.3 Acquisire spunti informativi suscettibili di sviluppi investigativi.

20.4 Attivare un monitoraggio sulle farmacie online per la vendita illegale di farmaci.

Nr. di nuove sostanze individuate ed avviate alla tabellazione.

Nr. di spunti validi individuati.

Nr. di farmacie online individuate e monitorate.

21. Prevenire lo sviamiento dei precursori con particolare attenzione ai precursori di droghe sintetiche.

Nr. di confische e di spedizioni intercettate.

22. Individuare una corretta allocazione delle risorse e favorire la scelta dei metodi e delle tecniche per l'azione di contrasto.

Nr. punti situazione prodotti e note informative.

• dei dati relativi alle principali aree di coltivazione illecita ed ai relativi livelli di produzione;

• delle informazioni sulle linee di transito degli stupefacenti e sulle organizzazioni criminali che gestiscono le varie fasi;

• della movimentazione dei precursori e delle sostanze chimiche di base;

• delle principali operazioni antidroga.

22.2 Sviluppare ulteriormente l'analisi operativa delle convergenze di tipo investigativo evidenziate nel corso delle attività dei reparti operanti sul territorio.

Area di intervento: 5. Legislazione, attività di contrasto e giustizia minorile

N. Obiettivi	N. Azioni	Principali indicatori
23. Proseguire nella programmazione ed organizzazione dei corsi di formazione per migliorare le capacità operative e di analisi del personale delle FF.PP. impegnate nelle attività di contrasto.	23.1 Attivare corsi per agenti sotto copertura.	Nr. di corsi avviati.
	23.2 Organizzare corsi su droghe sintetiche e precursori.	Monitoraggio dei corsi effettuati e numero dei partecipanti.
	23.3 Attivare corsi per responsabili di unità specializzate antidroga.	Valutazione della soddisfazione dei partecipanti.
24. Stabilire/intensificare i rapporti di collaborazione con i Paesi terzi produttori di sostanze stupefacenti o ubicati sulle rotte del narcotraffico.	24.1 Promuovere negoziati per la conclusione di accordi bilaterali o di memorandum di cooperazione di polizia in materia di contrasto al traffico di sostanze stupefacenti, psicotrope e loro precursori.	Nr. dei negoziati avviati/accordi conclusi. Verifica dello stato di attuazione degli accordi conclusi.
	24.2 Organizzazione di corsi di formazione "mirati" a favore di personale delle unità antidroga dei Paesi individuati come prioritari (Africa occidentale e Sub sahariana, Centro America).	Nr. dei corsi avviati. Monitoraggio dei corsi effettuati.
	24.3 Collaborazione con i Centri regionali (quali SICA in Centramerica, CARICC in Asia Centrale) per l'organizzazione di iniziative per la formazione dei formatori.	Valutazione della soddisfazione dei partecipanti.
25. Contribuire alla formazione ed al coordinamento delle strategie internazionali di contrasto al narcotraffico.	25.1 Partecipazione ai fori internazionali, garantendo la presenza ai gruppi e tavoli di lavoro attivi in ambito UE, G8 e ONU.	Monitoraggio della partecipazione alle riunioni.
	25.2 Condivisione e scambio di migliori pratiche a livello bilaterale con i Paesi di destinazione e consumo delle droghe.	Nr. degli incontri bilaterali e monitoraggio delle richieste inoltrate a/dai Paesi partner.
	25.3 Partecipazione a seminari, conferenze e corsi organizzati dagli omologhi organismi di contrasto dei Paesi partner e dalle organizzazioni internazionali.	Nr. delle iniziative alla quali si è partecipato.

Area di intervento: 5. Legislazione, attività di contrasto e giustizia minorile

N. Obiettivi

N. Azioni

Principali indicatori

26. Mantenere la collaborazione della DCSA con il Sistema Nazionale di Allerta Precoce del Dipartimento per le Politiche Antidroga – PCM, al fine di integrare le informazioni derivanti dalle attività di contrasto con le attività finalizzate alla tutela della salute pubblica.

26.1 Trasmettere tempestivamente al Sistema di Allerta le informazioni relative alle indagini tossicologiche sulle sostanze sequestrate eseguite dai laboratori delle Forze di Polizia e alle persone colpite da overdose (fauste o infauste) al fine di poter attivare quanto più precocemente possibile le allerte sanitarie finalizzate alla tutela della salute pubblica.

Nr. segnalazioni inviate al Sistema.

Tempo medio di segnalazione.

26.2 Circolarizzare all'interno della rete delle Forze dell'Ordine le informazioni prodotte dal Sistema di Allerta.

Nr. di segnalazioni circolarizzate sul Nr. totale di segnalazioni ricevute.

26.3 Inserire e far partecipare al network dei laboratori del Sistema di Allerta i laboratori delle varie Forze di Polizia.

Nr. di laboratori collaboranti con il Sistema sul Nr. totale dei laboratori esistenti.

27. Aumentare il numero di controlli su strada delle persone alla guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti e/o alcol.

27.1 Incrementare il numero di controlli con alcolimetro.

Nr. controlli eseguiti.

27.2 Incrementare il numero dei controlli con drug test (secondo il Protocollo DOS del Dipartimento per le Politiche Antidroga – PCM, Progetto NNIDAC).

Nr. di guidatori controllati.

Nr. di soggetti positivi.

Nr. patenti ritirate.

Nr. di veicoli confiscati.

Area di intervento: 5. Legislazione, attività di contrasto e giustizia minorile

N. Obiettivi

N. Azioni

Principali indicatori

Giustizia minorile

28. Centrare maggiormente i percorsi di riabilitazione sul rafforzamento dell'identità personale, sociale e civile del minore.	28.1 Attuare progetti di: • Accompagnamento educativo; • Orientamento/formazione/inserimento lavorativo protetto con eventuale alternanza scuola, tempo libero, lavoro.	<i>Nr. minori assuntori di sostanze stupefacenti entrati nel circuito penale che fruiscono di servizio di accompagnamento educativo.</i>
		<i>Nr. minori assuntori di sostanze stupefacenti entrati nel circuito penale che fruiscono di percorsi di orientamento / formazione / inserimento lavorativo protetto.</i>
29. Prevedere la presa in carico congiunta tra Servizi Minorili della Giustizia ed Enti Locali e/o servizi competenti.	29.1 Prevedere la presenza di operatori Ser.T nei Tribunali per Minorenni.	<i>Nr. e tipologia di progetti / percorsi / iniziative attivati.</i>
	29.2 Implementare il numero dei protocolli/accordi/collaborazioni.	<i>Nr. operatori Ser.T nei Tribunali per Minorenni.</i> <i>Nr. protocolli / accordi / collaborazioni con ASL, Enti locali e/o servizi competenti.</i> <i>Nr. minori che hanno fruito della presa in carico congiunta.</i>
30. Attuare il DPCM 1° aprile 2008 "Modalità e criteri per il trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria".	30.1 Attuare collaborazioni tra sistema sanitario e giustizia minorile, con le seguenti finalità: • Sostegno, monitoraggio e valutazione dei collocamenti in Comunità terapeutica; • Incremento della possibilità di accoglienza di minori presso le Comunità terapeutiche presenti in ogni Regione • Individuazione di strutture specializzate nel trattamento dei casi di doppia diagnosi.	<i>Nr. di strutture specializzate nell'accoglienza di minori con doppia diagnosi.</i> <i>Nr. di minori inseriti in comunità terapeutiche e specializzate.</i>

Area di intervento: 5. Legislazione, attività di contrasto e giustizia minorile

N. Obiettivi

N. Azioni

Principali indicatori

31. Attuare programmi specifici di presa in carico congiunta e accompagnamento dei minori stranieri che usano sostanze stupefacenti anche al termine della misura penale.

31.1 Realizzare linee di indirizzo al fine di adottare un criterio unitario e condiviso, esteso a tutto il territorio nazionale, che consenta quindi una certezza dei referenti operativi e organizzativi.

Nr. Unità operative che hanno adottato e operano secondo le linee di indirizzo.

31.2 Prevedere un supporto al minore straniero attraverso attività di mediazione culturale .

Nr. minori stranieri fruitori dell'intervento di mediazione culturale.

9

Le azioni trasversali

9. Le azioni trasversali

Indicazioni generali per le azioni trasversali nelle cinque aree di intervento

Per ciascuna delle cinque aree di intervento sono previste una serie di azioni trasversali relative al coordinamento, alla cooperazione, alla sensibilizzazione dell'opinione pubblica, alla valutazione degli esiti e dei costi, alla ricerca scientifica e raccolta dei dati, alla formazione e all'organizzazione, secondo lo schema che segue. Queste azioni trasversali rappresentano delle indicazioni di azione che andrebbero perseguite per ognuna delle aree di intervento al fine di migliorare l'efficacia generale del piano. È chiaro che per ogni area di intervento le singole azioni trasversali assumono un significato diverso sia per quanto riguarda i contenuti da perseguire, sia per quanto riguarda gli attori coinvolti in tali azioni, ma è necessario sviluppare la cooperazione, la sensibilizzazione, la valutazione, la ricerca scientifica, ecc di tutte le aree di intervento, proprio per dare un impulso forte e coordinato all'intero piano.

Figura 6: Aree di intervento e azioni trasversali.

Azioni trasversali	Aree di intervento				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	PREVENZIONE	CURA	RIABILITAZIONE e REINserIMENTO	MONITORAGGIO del fenomeno e VALUTAZIONE degli esiti	LEGISLAZIONE ATTIVITÀ DI CONTRASTO e GIUSTIZIA MINORILE
Coordinamento (coerenza interArea e continuità operativa)	●	●	●	●	●
Cooperazione (UE, Regionale)	●	●	●	●	●
Sensibilizzazione Opinione pubblica (Informazione)	●	●	●	●	●
Valutazione degli esiti e dei costi	●	●	●	●	●
Ricerca Scientifica e raccolta dati	●	●	●	●	●
Formazione	●	●	●	●	●
Organizzazione	●	●	●	●	●
	Riduzione della Domanda			Riduzione dell'Offerta	

Le azioni trasversali di seguito riportate sono quelle considerate principali e prioritarie, avendo consapevolezza che sarà necessario integrare o ridurre tale elenco in base alle esigenze specifiche di ogni singolo territorio regionale. Le azioni, pertanto, non si devono considerare completamente esaustive, ma solo fortemente orientative.

Azione trasversale	Aree di intervento			
	Prevenzione	Cura e PPC	Riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo	Monitoraggio e valutazione
1. Coordinamento e programmazione	Prevedere e partecipare al coordinamento nazionale delle azioni di prevenzione universale, ambientale e di comunicazione istituzionale.	Prevedere e partecipare al coordinamento nazionale delle azioni relative alla concertazione dei protocolli di diagnosi e cure e della PPC.	Prevedere e partecipare al coordinamento nazionale delle azioni di promozione delle attività di reinserimento sociale e lavorativo.	Prevedere e partecipare al coordinamento nazionale delle azioni di contrasto.
	Assicurare il coordinamento tra gli obiettivi dei singoli piani di azione regionali e quelli del piano di azione nazionale.	Assicurare il coordinamento tra gli obiettivi dei singoli piani di azione regionali e quelli del piano di azione nazionale.	Assicurare il coordinamento tra gli obiettivi dei singoli piani di azione regionali e quelli del piano di azione nazionale.	Assicurare il coordinamento tra gli obiettivi dei singoli piani di azione regionali e quelli del piano di azione nazionale.
	Attivare presso il DPA un gruppo di coordinamento permanente interministeriale.	Attivare presso il DPA un gruppo di coordinamento permanente interministeriale.	Attivare presso il DPA un gruppo di coordinamento permanente interministeriale.	Attivare presso il DPA un gruppo di coordinamento permanente interministeriale.
	Attivare presso il DPA un gruppo di coordinamento permanente tra le Amministrazioni centrali, le singole Regioni e P.A. e gli Enti locali.	Attivare presso il DPA un gruppo di coordinamento permanente tra le Amministrazioni centrali, le singole Regioni e P.A. e gli Enti locali.	Attivare presso il DPA un gruppo di coordinamento permanente tra le Amministrazioni centrali, le singole Regioni e P.A. e gli Enti locali.	Attivare presso il DPA un gruppo di coordinamento permanente tra le Amministrazioni centrali, le singole Regioni e P.A. e gli Enti locali.

Azione trasversale	Aree di intervento			
	Prevenzione	Cura e PPC	Riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo	Monitoraggio e valutazione
2. Cooperazione (UE, Regionale)	Prevedere la partecipazione del DPA e delle Amministrazioni Centrali competenti al coordinamento europeo in materia di prevenzione garantendo la presenza nei vari gruppi istituzionali attivi.	Prevedere la partecipazione del DPA e delle Amministrazioni Centrali competenti al coordinamento europeo in materia di diagnosi, cura e PPC garantendo la presenza nei vari gruppi istituzionali attivi.	Prevedere la partecipazione del DPA e delle Amministrazioni Centrali competenti al coordinamento europeo in materia di riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo garantendo la presenza nei vari gruppi istituzionali attivi.	Prevedere la partecipazione del DPA e delle Amministrazioni Centrali competenti al coordinamento europeo in materia di monitoraggio e valutazione, garantendo la presenza nei vari gruppi istituzionali attivi.
	Prevedere e assicurare da parte delle singole Regioni e PA una cooperazione concorrente alla realizzazione delle attività previste nel piano di azione nazionale in materia di diagnosi, cura e PPC, nel rispetto della loro autonomia e delle competenze programmatiche ed organizzative dei propri sistemi.	Prevedere e assicurare da parte delle singole Regioni e PA una cooperazione concorrente alla realizzazione delle attività previste nel piano di azione nazionale in materia di diagnosi, cura e PPC, nel rispetto della loro autonomia e delle competenze programmatiche ed organizzative dei propri sistemi.	Prevedere e assicurare da parte delle singole Regioni e PA una cooperazione concorrente alla realizzazione delle attività previste nel piano di azione nazionale in materia di riabilitazione e reinserimento nel rispetto della loro autonomia e delle competenze programmatiche ed organizzative dei propri sistemi.	Prevedere e assicurare da parte delle singole Regioni e PA una cooperazione concorrente alla realizzazione delle attività previste nel piano di azione nazionale in materia di monitoraggio e valutazione nel rispetto della loro autonomia e delle competenze programmatiche ed organizzative dei propri sistemi.
	Promuovere e attivare la cooperazione internazionale nelle varie Aree di intervento (sia in ambito riduzione della domanda, sia in ambito riduzione dell'offerta) con i Paesi del Mediterraneo.	Promuovere e attivare la cooperazione internazionale nelle varie Aree di intervento (sia in ambito riduzione della domanda, sia in ambito riduzione dell'offerta) con i Paesi del Mediterraneo.	Promuovere e attivare la cooperazione internazionale nelle varie Aree di intervento (sia in ambito riduzione della domanda, sia in ambito riduzione dell'offerta) con i Paesi del Mediterraneo.	Promuovere e attivare la cooperazione internazionale nelle varie Aree di intervento (sia in ambito riduzione della domanda, sia in ambito riduzione dell'offerta) con i Paesi del Mediterraneo.
				Prevedere la partecipazione del DPA e delle Amministrazioni Centrali competenti al coordinamento europeo in materia di legislazione e contrasto, garantendo la presenza nei vari gruppi istituzionali attivi.
				Cooperare, da parte delle Regioni e PA, con le Amministrazioni centrali per la definizione delle modifiche e integrazioni di legge sulle tossicodipendenze.

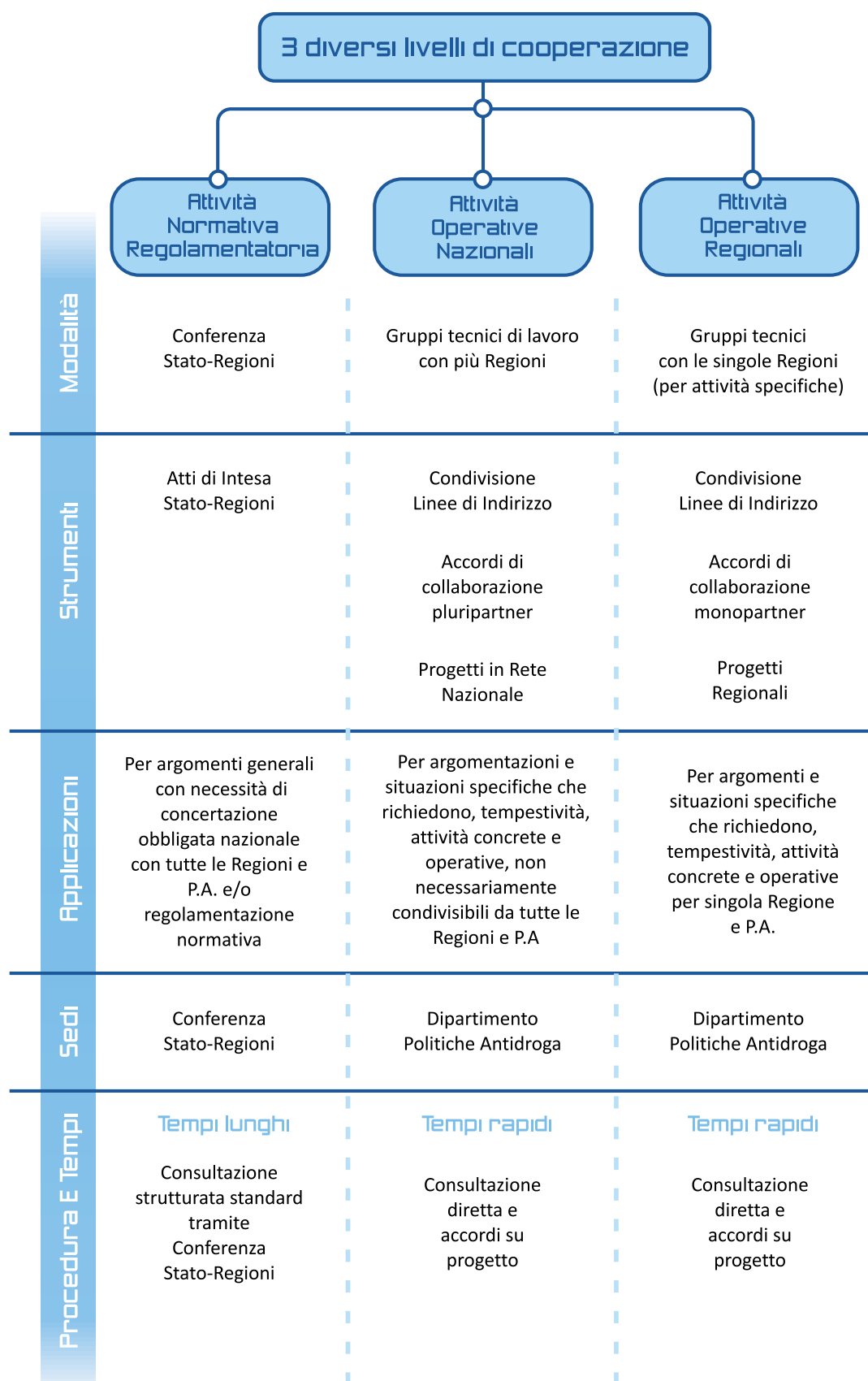
Possibile sistema della cooperazione DPA-Regioni

Al fine di migliorare l'efficienza e la concertazione delle strategie e delle azioni conseguenti a livello nazionale tra le amministrazioni centrali e le Regioni, come già più volte segnalato ed auspicato in sede di V Conferenza Nazionale sulle droghe, vi è la necessità di migliorare il modello attuale di cooperazione.

La frammentazione degli interventi e la forte differenziazione dei sistemi regionali hanno comportato in questi anni vari problemi avvertiti dagli operatori a diversi livelli. È necessario e auspicabile, pertanto, introdurre un nuovo sistema di cooperazione con le Regioni e Province Autonome che veda la possibilità di rendere le strategie comuni più concrete e le attività più operative relativamente alle possibili azioni di prevenzione, cura e riabilitazione su tutto il territorio nazionale, ferma restando la possibilità di programmazione autonoma in base alle scelte strategiche e ai bisogni specifici di ogni singola Regione.

Il Dipartimento per le Politiche Antidroga, per la sua specificità di compito e funzioni di coordinamento interministeriale, può rappresentare pertanto l'interfaccia elettiva con le amministrazioni regionali a questo scopo. Per questo motivo si ritiene che la cooperazione possa esprimersi a tre differenti livelli: il primo è relativo alle attività di concertazione in ambito normativo/regolamentatorio generale che esprime la propria operatività in sede di Conferenza Stato Regioni, mediante lo strumento dell'intesa. Il secondo livello è relativo ad attività più di tipo operativo e a problemi che necessitano risposte organizzate e concertate, rapide ed efficaci, riguardanti tutte le Regioni o la maggior parte di esse, mediante gruppi di lavoro tecnici e finalizzati alla elaborazione e alla condivisione di linee di indirizzo, attivazione e coordinamento di progetti in rete. Questo livello è dedicato ad argomenti e situazioni specifiche, attività concrete e operative che possono essere affrontate, concordemente, anche fuori dal contesto istituzionale della Conferenza Stato-Regioni. Il terzo livello, infine, riguarda attività ed accordi con singole Regioni per specifiche problematiche relative alla singola amministrazione regionale non necessariamente condivisibili o presenti in tutte le altre Regioni.

La figura al lato riassume in schema i concetti soprariportati.

Figura 7: Possibile sistema della cooperazione tra il Dipartimento Politiche Antidroga e le Regioni e Province Autonome.

Aree di intervento				
Azione trasversale	Prevenzione	Cura e PPC	Riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo	
			Monitoraggio e valutazione	
3. Sensibilizzazione dell'opinione pubblica	Prevedere campagne nazionali e regionali, permanenti e ricorrenti, sui rischi e sui danni derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti e dall'abuso alcolico, coerenti nei messaggi chiave.	Sensibilizzare la popolazione e gli operatori dei servizi sulla necessità di diagnosi precoce e di anticipare la scoperta da parte dei genitori dell'uso anche occasionale da parte dei figli soprattutto se minorenni.	Sensibilizzare la popolazione sul fatto che la tossicodipendenza è una malattia cronica (di lunga durata) ma curabile e sul fatto che qualsiasi persona tossicodipendente può essere riabilitata e reinserita nella società e nel mondo del lavoro.	Sensibilizzare l'opinione pubblica sulla necessità di affrontare il problema droga attraverso una lettura del fenomeno basata su evidenze scientifiche e quantificazioni epidemiologiche.
	Utilizzare messaggi chiari, semplici e inequivocabili relativamente alla necessità di considerare altamente pericoloso qualsiasi uso di sostanze stupefacenti e di abuso alcolico.	Sensibilizzare la popolazione rispetto alle strutture esistenti (sia pubbliche che del privato sociale) e alle possibilità di cura e di ottenere servizi adeguati nel rispetto anche della libera scelta della persona.	Sensibilizzare la popolazione rispetto alle strutture pubbliche esistenti (sia pubbliche che del privato sociale) e alle possibilità di reinserimento sociale e lavorativo.	Sensibilizzare gli amministratori pubblici e i decision makers sulla necessità di supportare le proprie scelte strategiche e programmando utilizzando maggiormente le evidenze scientifiche ed epidemiologiche.
		Sensibilizzare la popolazione contro la discriminazione e la stigmatizzazione delle persone tossicodipendenti.	Sensibilizzare la popolazione e gli amministratori pubblici sulle attività svolte dagli operatori, sull'alto valore e utilità sociale di tali attività e sulla necessità di supportare tali strutture sia concretamente che con consenso.	Sensibilizzare la popolazione e gli amministratori pubblici sulle attività svolte dalle forze dell'ordine impegnate nell'opera di prevenzione e contrasto, sull'alto valore e utilità sociale di tali attività e sulla necessità di supportare tali strutture sia concretamente che con manifestazioni di consenso.
		Sensibilizzare la popolazione e gli amministratori pubblici sulle attività svolte dagli operatori, sull'alto valore e utilità sociale di tali attività e sulla necessità di supportare tali strutture sia concretamente che con manifestazioni di consenso.		
				Sensibilizzare la popolazione sul fatto che ogni persona che acquista anche una singola dose di droga per il suo divertimento personale, concorre a produrre un flusso di denaro sporco verso le organizzazioni criminali, le mafie e le organizzazioni terroristiche, partecipando così al loro supporto e alle loro attività di violenza, di violazione dei diritti umani, di sfruttamento e ricatto delle popolazioni, esclusivamente in ragione dei loro traffici e guadagni illegali.

Aree di intervento				
Azione trasversale	Prevenzione	Cura e PPC	Riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo	Monitoraggio e valutazione
	Legislazione, attività di contrasto e giustizia minorile			
4. Valutazione degli esiti e dei costi	Richiedere come criterio di finanziabilità che i progetti e le attività di prevenzione siano sempre accompagnate dalla valutazione degli esiti e dei costi.	Introdurre sistemi permanenti per la valutazione dell'efficacia in pratica (effectiveness) delle cure in relazione alle prestazioni erogate e ai costi generati.	Introdurre sistemi permanenti per la valutazione dell'efficacia in pratica (effectiveness) delle attività di riabilitazione e reinserimento lavorativo in relazione ai costi generati. Richiedere come criterio di finanziabilità che i progetti e le attività di reinserimento sociale e/o lavorativo siano sempre accompagnate dalla valutazione degli esiti e dei costi.	Valutare e selezionare i sistemi di monitoraggio in base alla completezza delle informazioni generate, alla loro reale rappresentatività e affidabilità, alla tempestività informativa, all'utilità pratica di tali informazioni nel sostegno delle decisioni di programmazione e all'accessibilità e diffusione del reporting. Mantenere una valutazione sistematica del volume delle attività di contrasto, dei sequestri eseguiti e dei principali indicatori rappresentativi del traffico e dello spaccio.

Azione trasversale	Aree di intervento			
	Prevenzione	Cura e PPC	Riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo	Monitoraggio e valutazione
5. Ricerca scientifica	Sviluppare studi e ricerche nell'ambito dei disturbi comportamentali precoci come fattori e markers di vulnerabilità all'addiction.	Creare e supportare un network nazionale coordinato dal DPA dei centri di ricerca operanti nel campo dell'addiction.	Sviluppare e diffondere nuovi modelli per:	Sviluppare nuovi modelli e tecniche per la valutazione delle misure di prevalenza e di incidenza dell'uso delle sostanze più economici ed affidabili rispetto alle indagini di popolazione.
	Promuovere e sviluppare ricerche nell'ambito educativo orientate sia allo sviluppo e alla diffusione di tale approccio a supporto dei genitori e degli insegnanti. Prevedere quindi una gestione educativa coordinata e basata su metodologie per la corretta individuazione e gestione dei disturbi comportamentali.	Creare e promuovere rapporti internazionali con centri e istituti di ricerca nel campo dell'addiction. Promuovere e attivare ricerche nell'ambito prioritario delle neuroscienze e del neuroimaging per studiare i danni cerebrali delle sostanze e i meccanismi del craving e del controllo volontario dei comportamenti (resisting).	1. Riabilitazione (acquisizione social skill e competenze). 2. Reinserimento sociale e lavorativo.	Orientare lo sviluppo di ricerche relative alle tecniche analitiche-tossicologiche realizzate dagli accertamenti sui guidatori. Orientare lo sviluppo di ricerche nell'ambito del contrasto sulla rete Internet mediante progetti specifici in grado di analizzare e comprendere le nuove modalità di offerta e di distribuzione di stupefacenti.

Aree di intervento				
Azione trasversale	Prevenzione	Cura e PPC	Riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo	Monitoraggio e valutazione
				Legislazione, attività di contrasto e giustizia minorile
6. Formazione	Attivare corsi di formazione per gli operatori sulle tecniche di diagnosi/scoperta precoce (early detection), sui disturbi comportamentali dei bambini come markers di aumentato rischio di uso di sostanze (alcol, tabacco e droghe) e di vulnerabilità alla dipendenza, sull'approccio educativo e sulla prevenzione selettiva, sulla base delle evidenze derivanti dalle neuroscienze e dalle scienze del comportamento.	Attivare corsi sulle neuroscienze e sul neuroimaging nell'addiction. Attivare corsi di formazione per gli operatori sulla corretta gestione dei trattamenti farmacologici e sui trattamenti residenziali oltre che sulla valutazione degli esiti dei trattamenti e dei costi. Istituire corsi universitari di primo e secondo livello, e post-universitari (specializzazione, master e dottorati) specifici sull'addiction (disciplina di medicina delle dipendenze).	Attivare corsi di formazione per gli operatori sull'imprenditoria sociale dedicati alle comunità terapeutiche e alle cooperative sociali che si occupano di reinserimento. Attivare corsi sulla normativa specifica sugli appalti per agevolare le commesse da parte delle Amministrazioni pubbliche alle cooperative sociali di tipo A e B.	Promuovere e incrementare le attività di formazione per i magistrati di sorveglianza. Promuovere e incrementare le attività di formazione per gli assistenti sociali dei NOT delle Prefetture. Promuovere e incrementare le attività di formazione per gli operatori della Giustizia Minorile. Promuovere e incrementare le attività di formazione specifiche nell'ambito delle tecniche e metodologie di analisi e di contrasto, nonché di cooperazione internazionale.

Aree di intervento				
Azione trasversale	Prevenzione	Cura e PPC	Riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo	Monitoraggio e valutazione
	Legislazione, attività di contrasto e giustizia minorile			
7. Organizzazione	Attivare un gruppo istituzionale nazionale per la definizione e il monitoraggio successivo di linee di indirizzo tecnico scientifiche e sugli aspetti metodologici relativi anche alla programmazione, all'organizzazione ed al management degli interventi di prevenzione.	Promuovere l'integrazione pubblico-privato sociale per assicurare la continuità assistenziale, mediante l'attivazione dei dipartimenti delle dipendenze, nel rispetto dell'atto di intesa Stato Regioni del 5 agosto 1999 "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso".	Promuovere la cultura e la pratica della riabilitazione anche all'interno dei servizi pubblici per i soggetti tossicodipendenti in trattamento. Questo anche mediante l'inserimento e l'attuazione di specifici e strutturati programmi riabilitativi all'interno di servizi, in modo tale che i processi assistenziali siano integrati con veri e propri "piani individuali di riabilitazione" per ogni soggetto in carico a completamento dei programmi terapeutici farmacologici.	Promuovere la creazione di gruppi di lavoro interdisciplinari presso il DPA sulla legislazione al fine di individuare integrazioni e proposte di miglioramento.
	Promuovere in tutti i dipartimenti delle dipendenze (tramite Regioni e P.A.), la creazione di unità organizzative specialistiche per la prevenzione dell'uso di sostanze e le tossicodipendenze.	Valutare e monitorare la corretta applicazione dei LEA per le dipendenze da parte delle singole Regioni e P.A.	Attivare e supportare gruppi di coordinamento territoriale (a valenza provinciale) finalizzati al reinserimento sociale e lavorativo (GTR) composti dai servizi pubblici, dalle organizzazioni del privato sociale e volontariato, dalle amministrazioni comunali e provinciali e dalle associazioni degli imprenditori.	Incrementare i momenti di confronto e concertazione, su tematiche di ordine regolamentatorio, tra le Amministrazioni centrali e le Amministrazioni regionali, mediante un gruppo di lavoro specifico presso il DPA.
		Provvedere e promuovere il coinvolgimento dei medici di medicina generale nelle attività assistenziali coordinate dai Dipartimenti delle Dipendenze.	Aumentare il coordinamento e l'integrazione tra le varie Forze di Polizia.	

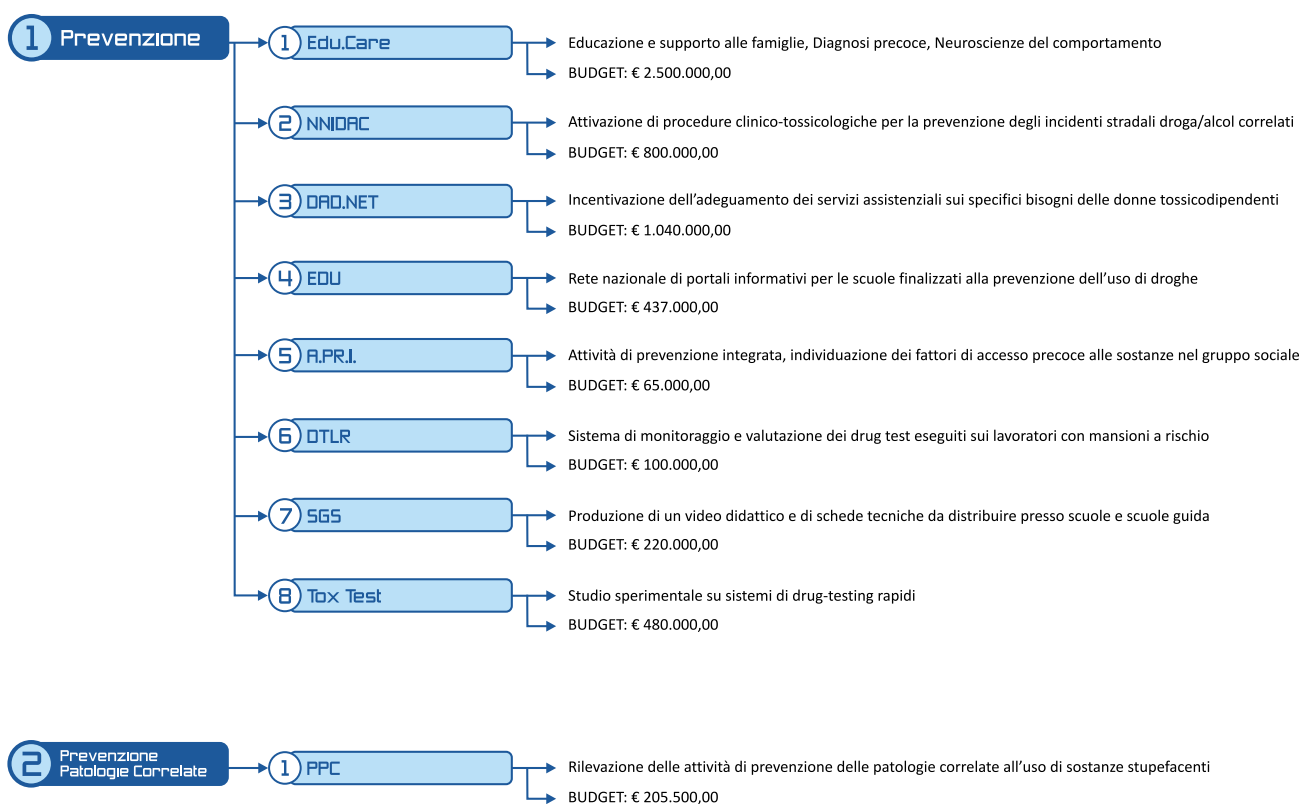
10

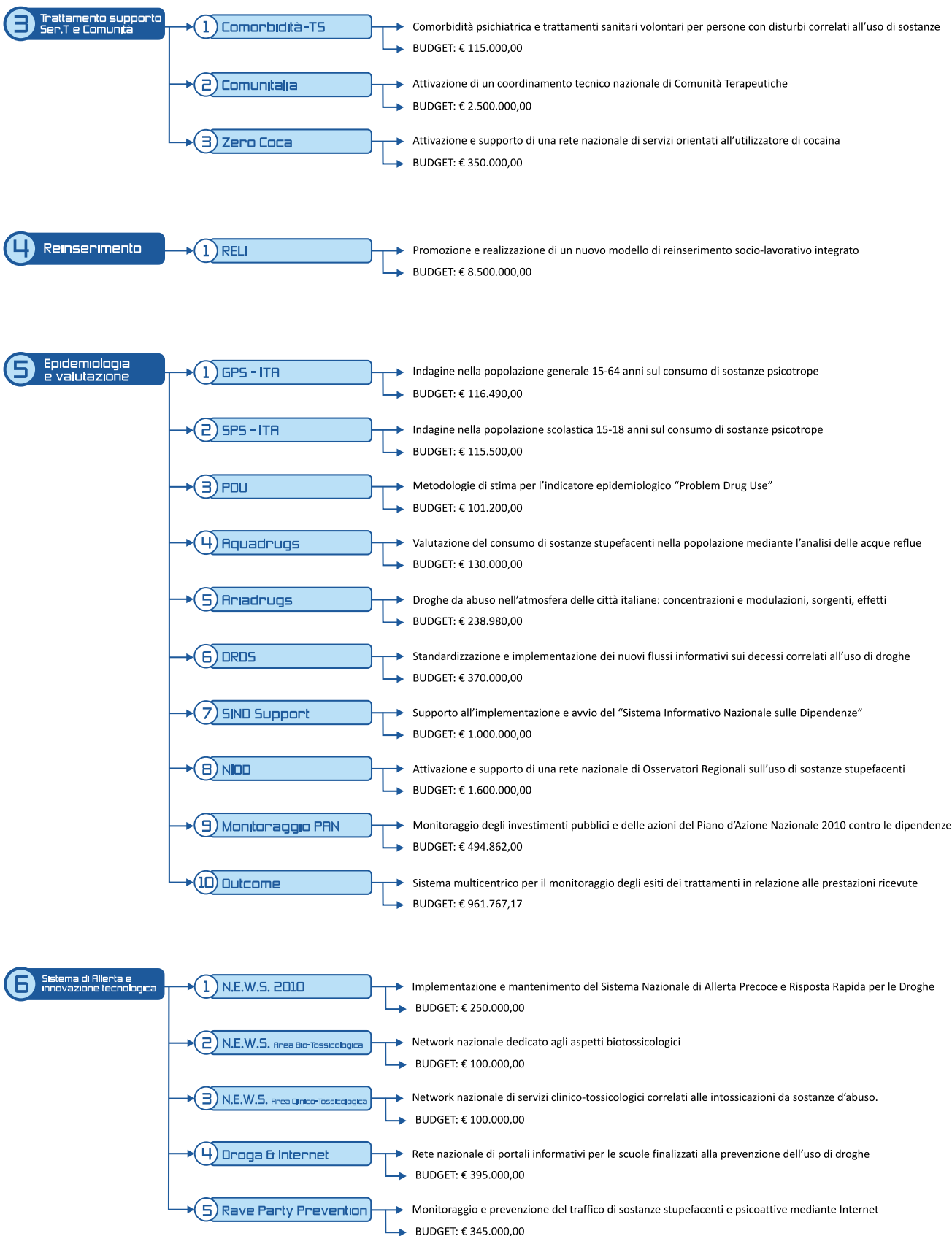
Piano dei progetti

10. Piano dei progetti

Il piano dei progetti attivati a supporto del PAN è organizzato per aree logiche ed elenca i vari progetti attivati in base alle priorità di intervento emerse anche dalle indicazioni pervenute dalla V Conferenza Nazionale sulle Politiche Antidroga. I progetti sono stati tutti affidati ad enti ed organizzazioni altamente qualificati (Centri Collaborativi) con i quali il Dipartimento per le Politiche Antidroga ha stipulato Convenzioni ed Accordi di Collaborazione che ne regolano il rapporto.

Tutti i Centri Collaborativi operano con la direzione e il coordinamento del Dipartimento che governa questo articolato piano progettuale mediante i gruppi di coordinamento tecnico-scientifico, di cui ogni progetto è dotato, al fine di assicurare un'ottimale gestione delle attività di progetto ed un controllo in progress dei risultati. Si sono privilegiati e promossi i progetti in grado di creare Network Nazionali di varie Unità Operative interessate a collaborare tra loro, proprio nell'intenzione di uscire da logiche troppo spesso locali o strettamente territoriali che alla lunga rischiano di frammentare gli interventi e di creare forti disomogeneità di azione nel Paese.





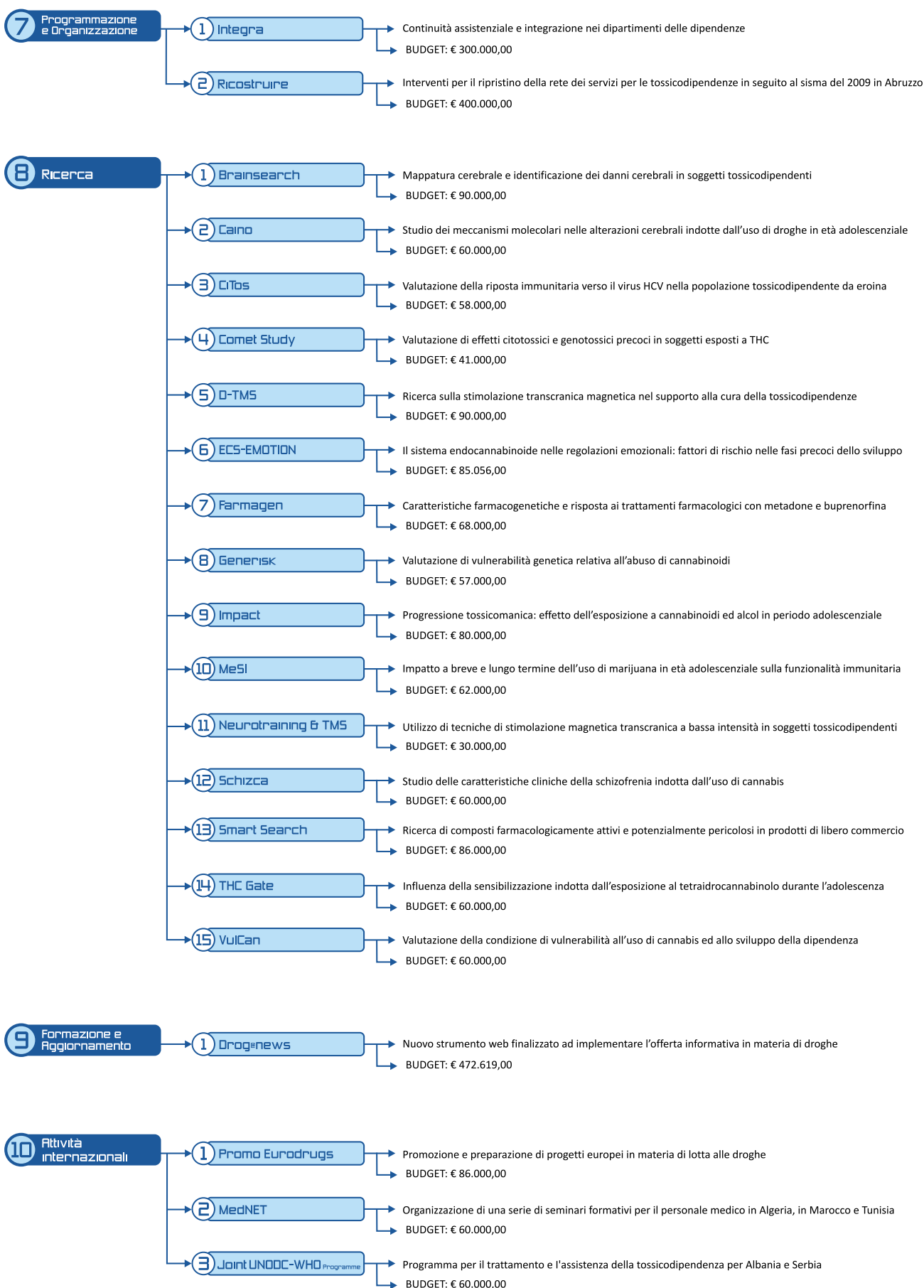
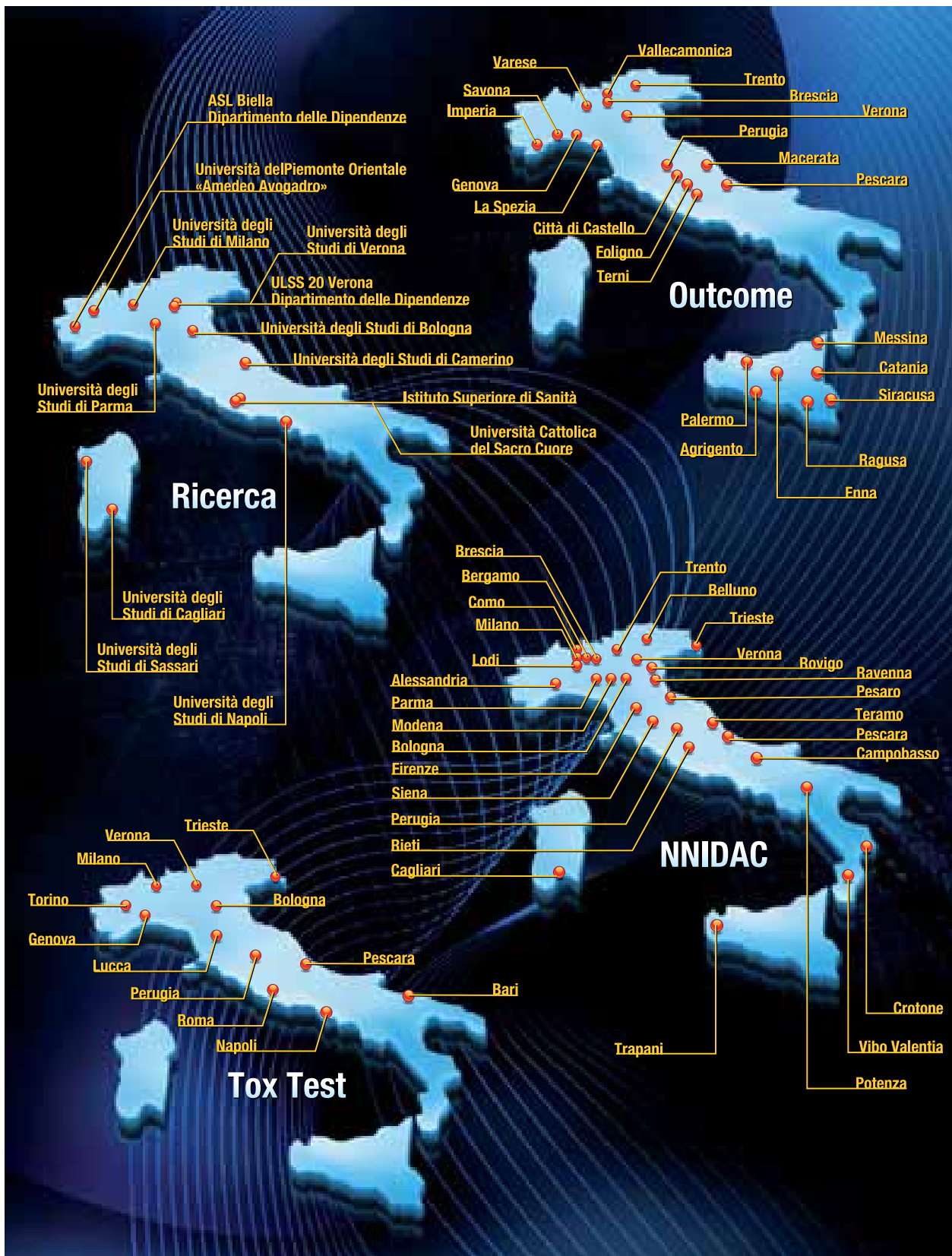


Figura 8: Network dei centri collaborativi D.P.A: Aquadrugs, Ariadrugs, Rave Party Prevention, Droga & Internet e Smart Search.



Figura 9: Network dei centri collaborativi D.P.A.: Outcome, centri di ricerca, NNIDAC e Tox Test.



Centri collaborativi DPA*

Amministrazioni Locali

Comune di Alessandria
Comune di Belluno
Comune di Bergamo
Comune di Bologna
Comune di Brescia
Comune di Cagliari
Comune di Campobasso
Comune di Como
Comune di Crotone
Comune di Firenze
Comune di Lodi
Comune di Milano
Comune di Modena
Comune di Parma
Comune di Perugia
Comune di Pesaro
Comune di Pescara
Comune di Potenza
Comune di Ravenna
Comune di Rieti
Comune di Rovigo
Comune di Siena
Comune di Teramo
Comune di Trapani
Comune di Trento
Comune di Trieste
Comune di Verona
Comune di Vibo Valentia
Comune di Torremaggiore

Regioni, Province autonome
e Aziende Sanitarie Locali

Provincia Autonoma di Trento
APSS Trento
Servizio per le Tossicodipendenze

Regione Abruzzo
ASL Lanciano Vasto Chieti
Dipartimento delle Dipendenze
ASL Pescara
Servizio per le Tossicodipendenze
ASL Avezzano Sulmona L'Aquila
Servizio per le Tossicodipendenze

Regione Liguria
ASL La Spezia
Servizio per le Tossicodipendenze
ASL Genova
Servizio per le Tossicodipendenze
ASL Imperia
Dipartimento delle Dipendenze
ASL Savona
Servizio per le Tossicodipendenze

Regione Lombardia
ASL Brescia
Servizio per le Tossicodipendenze
ASL Milano
Dipartimento delle Dipendenze
ASL Milano 2
Dipartimento delle Dipendenze

ASL Provincia di Varese
Dipartimento delle Dipendenze
ASL Vallecarnonica
Servizio Dipendenze

Regione Marche
ASUR Marche Zona Territoriale 9
Dipartimento delle Dipendenze
Servizio Gestione Progetti

Regione Piemonte
ASL Biella
Dipartimento delle Dipendenze

Regione Sardegna
Assessorato dell'Igiene e Sanità
e dell'Assistenza Sociale
ASL Carbonia
Servizio Dipendenze

Regione Siciliana
ASL Agrigento
Servizio per le Tossicodipendenze
ASL Enna
Servizio per le Tossicodipendenze
ASL Messina
Servizio per le Tossicodipendenze
ASP Palermo
Dipartimento delle Dipendenze
ASL Ragusa
Servizio per le Tossicodipendenze
ASL Siracusa
Dipartimento delle Dipendenze

Regione Umbria
ASL Terni
Dipartimento delle Dipendenze
ASL Città di Castello
Servizio per le Tossicodipendenze
ASL Foligno
Dipartimento delle Dipendenze
AUSL Perugia
Dipartimento delle Dipendenze

Regione del Veneto
ULSS 20 Verona
Dipartimento delle Dipendenze

Organizzazioni Internazionali

Gruppo Pompidou
ITC ILO
UNICRI
UNODC
WHO

Terzo settore

Associazione Comunitaria CT
Croce Rossa Italiana

Altro

Istituto Superiore di Sanità
Rete Ferroviaria Italiana
Gruppo Ferrovie dello Stato
Direzione Sanitaria

Università

Alma Mater Studiorum
Università di Bologna
Facoltà di Farmacia
Dipartimento di Scienze Farmaceutiche
Centro Nazionale di Ricerche
Istituto Indagini Atmosferiche
Consorzio Universitario di Economia
Industriale e Manageriale
Centro Antiveleni di Pavia
I.R.C.C.S. Fondazione "Salvatore Maugeri"
Istituto di Ricerche Farmacologiche
"Mario Negri"
Seconda Università
degli Studi di Napoli
Facoltà di Medicina
Dipartimento di Psichiatria
Università Cattolica del Sacro Cuore
Facoltà di Medicina e Chirurgia "A.Gemelli"
Laboratorio di Tossicologia Forense
Università degli Studi di Cagliari
Facoltà di Farmacia
Dipartimento di Tossicologia
Università di Milano "Bicocca"
*Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie
Mediche - Sezione di Psichiatria*
Università degli Studi di Milano
*Dipartimento di Farmacologia
Chemioterapia e Tossicologia Medica*
Università degli Studi di Milano
Facoltà di Farmacia
Centro di Neurofarmacologia
Università degli Studi di Parma
*Dipartimento di Genetica, Biologia
dei Microrganismi, Antropologia, Evoluzione*
Università di Roma "Tor Vergata"
*Centro Interdipartimentale
di Biostatistica e Bioinformatica*
Università degli Studi di Sassari
*Dipartimento di Scienze del Farmaco
Laboratorio di Neuroscienze Cognitive
"G. Minardi"*
Università degli Studi di Verona
Facoltà di Medicina e Chirurgia
*Sezione di Medicina Legale e
Medicina del Lavoro*
*Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica
Sezione di Farmacologia*
Università del Piemonte Orientale
"Amedeo Avogadro"
*Dipartimento di Medicina Clinica
e Sperimentale*
Università di Camerino
*Dipartimento di Medicina Sperimentale
e Sanità Pubblica*

*Altri centri collaborativi potranno essere attivati in base alle future progettualità

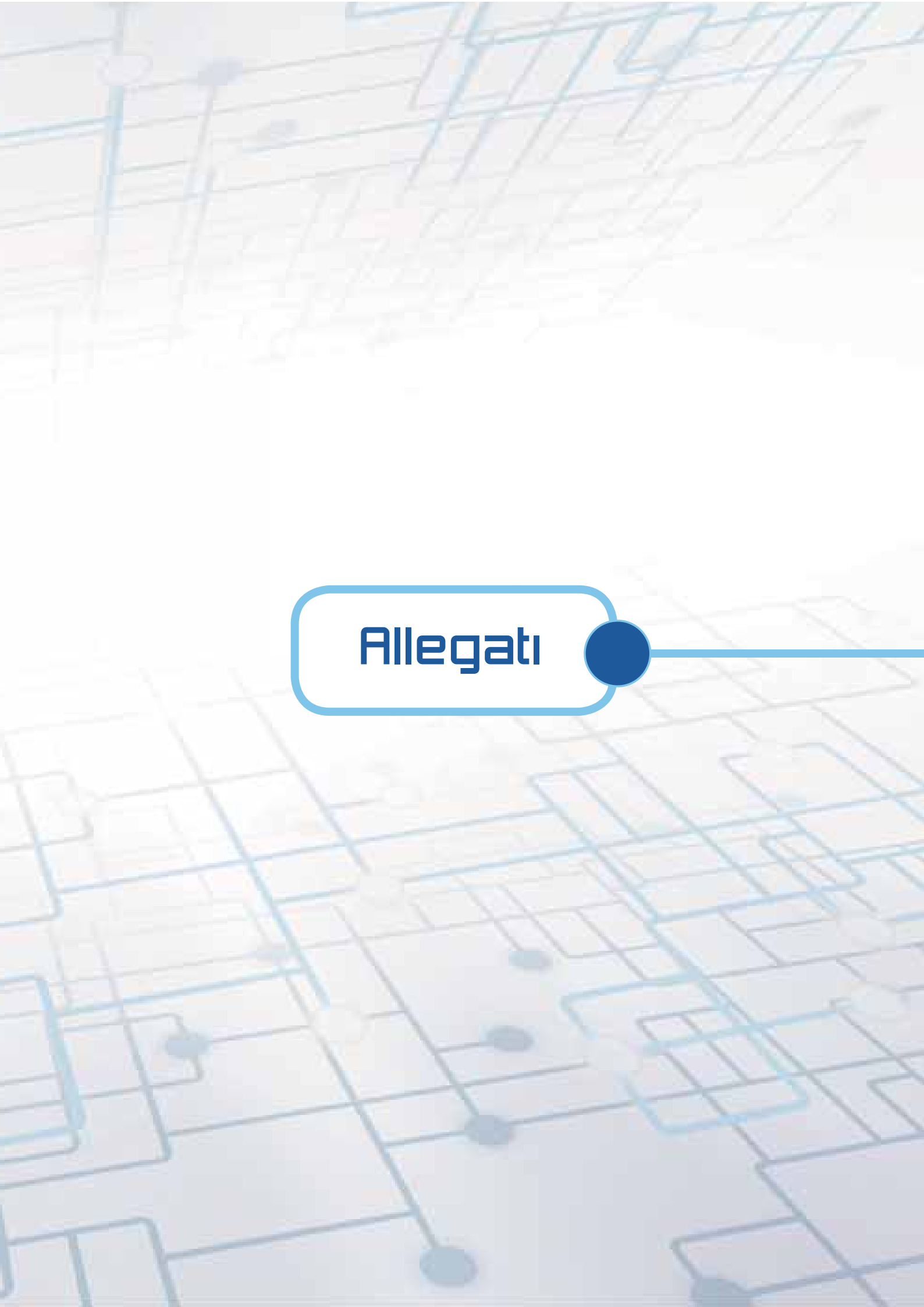
11

Le risorse

11. Le risorse

In riferimento all'indicazione relativa alle modalità di finanziamento degli interventi previsti nel presente Piano, come previsto dall'articolo 2 della legge 23 dicembre 1997, n. 451, si precisa che le azioni richiamate e da attuarsi nell'ambito della legislazione vigente risultano finanziabili nei limiti degli stanziamenti previsti. Gli impegni assunti alla presentazione alle Camere di nuovi provvedimenti legislativi, invece, saranno condizionati al rispetto della disciplina ordinaria in tema di programmazione finanziaria.

A tali impegni è, quindi, da riconoscere carattere meramente programmatico, in quanto la sede nella quale saranno ponderate le diverse esigenze di settore è la Decisione di Finanza Pubblica (DFP), sulla base della quale verrà definito il disegno di legge di stabilità.



Allegati



Allegato 1

**Schede riassuntive dell'analisi
eseguita per aree di intervento
per la definizione del PAN**



Schede riassuntive dell'analisi eseguita per aree di intervento per la definizione del PAN

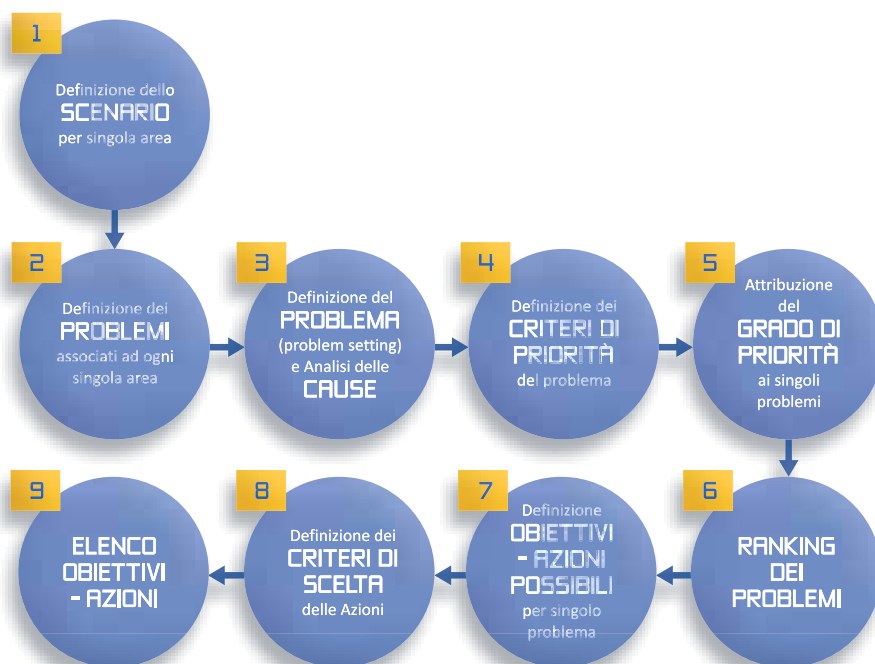
Introduzione	126
1. Analisi area prevenzione	
1.1 Tabella riassuntiva di problem analysis "area prevenzione"	127
1.2 Indicazioni generali di azione	131
2. Analisi area cura e prevenzione delle patologie correlate (PPC)	
2.1 Tabella riassuntiva di problem analysis "area cura e PPC"	133
2.2 Indicazioni generali di azione	136
3. Area riabilitazione e reinserimento	
2.1 Tabella riassuntiva di problem analysis "area riabilitazione e reinserimento"	139
2.2 Indicazioni generali di azione emergenti dal gruppo di discussione relative alla riabilitazione e al reinserimento	141
4. Analisi area valutazione e monitoraggio	
4.1 Tabella riassuntiva di problem analysis "area valutazione e monitoraggio"	143
4.2 Indicazioni generali di azione	145
5. Analisi area legislazione, attività di contrasto	
5.1 Tabella riassuntiva di problem analysis "area legislazione, attività di contrasto"	146
5.2 Indicazioni generali di azione	148

Introduzione

Per la stesura finale del nuovo Piano di Azione Nazionale sono stati realizzati degli incontri tra il DPA e varie organizzazioni che hanno aderito e partecipato ai lavori: le Amministrazioni centrali competenti in materia di droga, le Regioni e P.A. interessate alla preparazione del piano e le Organizzazioni non Governative e Associazioni del settore finalizzati all'analisi dei problemi rilevanti e delle relative specifiche e priorità, obiettivi, azioni ed indicatori. È stato richiesto a ciascuna delle componenti sopra indicate di compilare tale scheda per la parte di propria competenza. La documentazione ricevuta è stata poi rielaborata e costituisce parte integrante del PAN.

Durante le attività di analisi, al fine di procedere sistematicamente e in maniera standardizzata, si è attuato un metodo analitico e di sintesi condiviso (di seguito riportato) in modo da poter identificare i principali problemi esistenti associati ad ogni singola area, definendo e concordando sul tipo di problema e sulle sue possibili cause e il loro grado di priorità, fino a identificare in un primo momento alcune "indicazioni generali di azione" condivise per la loro soluzione e, in un secondo momento, veri e propri obiettivi ed azioni che hanno dato origine alle schede del PAN divise per area di intervento.

Figura 10: Metodo analitico utilizzato.



Nella formulazione del possibile modello di intervento si è ritenuto necessario tenere conto delle componenti interessate al problema droga fortemente interagenti: l'individuo, il contesto socio-ambientale in cui vive (famiglia, scuola, lavoro, gruppo dei pari, ecc.) e le varie sostanze. Proprio quest'ultime, possono avere effetti negativi sia sull'individuo, sia nel contesto sociale nel quale esso è inserito.

Ciascuna scelta e/o azione, infatti, deve essere condivisa dalle varie componenti sociali chiamate a costruire l'intervento di prevenzione, e contestualizzata al territorio e alla comunità dove questo avviene, rispondendo, inoltre, ad un criterio fondamentale, che è necessario rispettare nell'attivazione dei vari interventi nei diversi ambienti: la coerenza che devono avere le varie azioni e le varie forme di comunicazione sul territorio.

1. Analisi area prevenzione

Qui di seguito vengono riportati i problemi considerati rilevanti dal gruppo di analisi, le possibili cause che sono state elencate durante i gruppi di lavoro e se tali cause potevano essere considerate interne (I) o esterne (E) in relazione alla possibilità di intervento e soluzione.

Sulla base di questo elenco, sono stati, quindi, formulati gli obiettivi riportati nelle schede e completati con una serie di attività principali per poterli raggiungere.

1.1. Tabella riassuntiva di problem analysis “area prevenzione”

Problema rilevante	Possibili cause	
1 Abbassamento dell'età di primo contatto con le sostanze stupefacenti.	(Non condiviso dalla maggioranza del gruppo) Mancanza di una differenziazione/classificazione tra droghe “leggere e pesanti”.	I
	(Non condiviso dalla maggioranza del gruppo) Mancanza di un orientamento tra consumatori occasionali e non, che permetta anche di distinguere tra un approccio di cura ed uno di prevenzione.	I
	Mancanza di programmi di prevenzione precoce basati su interventi informativi ed educativi orientati a target di giovane età basati sulle evidenze scientifiche nel settore delle neuroscienze e delle scienze cognitivo-comportamentali.	I
	Forte offerta di droghe orientata ai giovanissimi.	E
	Politiche di marketing dell'offerta delle organizzazioni criminali più orientate ai giovanissimi con mancanza di unità di prevenzione nei Dipartimenti delle Dipendenze.	E
	Altre cause da definire.	
2 Scoperta tardiva dell'uso di sostanze: lungo tempo di latenza tra primo uso di sostanze e accesso ai trattamenti con forte e duratura esposizione ai danni cerebrali, psicologici e sociali droga correlati durante il periodo della maturazione cerebrale 15 – 21 anni.	Mancanza di programmi di diagnosi precoce di uso di sostanze, sistematica e periodica, negli adolescenti (“early detection”).	I
	Scarso ricorso al drug test professionale, “early detection”, in un setting diverso da quello del Ser.T e con unità operative specifiche, in collaborazione anche con i pediatri.	I
	Ricorso a forme di test non professionale che non consente la corretta gestione del risultato e ancora prima la verifica delle procedure di testing.	I
	Scarsa attenzione ai fattori predittivi dell'uso di sostanze da parte delle agenzie educative primarie (famiglia e scuola).	I
	Forte mimetismo sociale dei consumatori con difficoltà oggettive di identificazione dell'uso di sostanze e scarsa capacità conseguente di rilevare indicatori di vulnerabilità che permettano una prevenzione selettiva precoce.	E
	Mancanza di consapevolezza del problema della tossicodipendenza da parte del consumatore, soprattutto di cocaina, con tardiva richiesta di aiuto.	E/I
	Mancanza di un Piano Scolastico Antidroga che definisca comportamenti e regole per gli studenti e le modalità di vigilanza attiva da parte degli insegnanti.	I
	Scarsa presenza di programmi di intervento per i “consumatori con uso abituario/periodico”, non ancora dipendenti.	I
	Altre cause da definire.	
3 Esistenza di una fascia di “consumatori abituarini non ancora dipendenti” di difficile contatto e gestione con le attuali strutture e metodologie.	Mancanza di programmi di diagnosi precoce sistematici.	I
	Mancanza di metodologie e di cultura professionale orientata in tal senso.	I
	Mancanza di strutture idonee per queste finalità.	I

Problema rilevante	Possibili cause	
4 Aumento dei consumi: trend differenziati tra giovani (15-19 aa) e adulti (24-64 aa).	Bassa percezione dei rischi e dei danni derivanti dall'assunzione delle sostanze.	E/I
	Percezione dell'uso di sostanze "gateway" (es. alcol, cannabis, ecc) come "normale", da parte dei ragazzi ma anche in molti genitori/adulti.	E/I
	Percezione da parte degli adolescenti dell'ambivalenza e dell'incoerenza della comunicazione e del comportamento dello Stato tra sostanze legali, alcol e tabacco, e sostanze illegali, droghe, con conseguente compromissione della credibilità dei divieti e delle indicazioni di prevenzione.	E/I
	Organizzazioni socio-sanitarie poco orientate alla prevenzione con progetti e strumenti obsoleti.	I
	Messaggi fuorvianti da varie fonti che generano l'erronea percezione di "possibilità" e di "accettabilità sociale" dell'uso anche occasionale di droghe.	I
	Assenza di interventi informativi/preventivi nei "social network" utilizzati dai giovani (Facebook, Twitter, etc.).	I
	Contemporanea mancanza di messaggi netti e chiari antidroga.	I
	Mancato riconoscimento dell'esistenza di gruppi estremamente diversificati relativamente ai tratti temperamentali e all'attitudine al rischio, da utilizzare nella strutturazione degli interventi di prevenzione. Mancanza, quindi, di una corretta segmentazione della popolazione a rischio di consumo di droghe (es. alto rischio = novelty seeker, rischio variabile in relazione all'ambiente e al gruppo sociale di riferimento in cui si trovano, basso rischio = harm avoidance), per poter attuare, conseguentemente, una corretta differenziazione della programmazione degli interventi di prevenzione. Questo comporta uno scarso effetto degli interventi per ridotto utilizzo della prevenzione selettiva ed indicata su gruppi "Novelty seeker".	I
	Mancanza di controlli adeguati in tutti i luoghi di intrattenimento.	I
	Presenza di agenzie "pseudoeducative" fuori controllo (TV, Internet, mondo dello spettacolo ecc.) promuoventi implicitamente o esplicitamente i consumi di sostanze e modelli comportamentali a rischio.	E/I
Altre cause da definire.		
5 Aumento e differenziazione delle offerte illegali di droghe.	Nuova politica di marketing delle organizzazioni criminali. I giovani rappresentano un target remunerativo in quanto fonte di guadagno sicuro, e dunque vengono effettuati, da parte di produttori e spacciatori, investimenti precisi (generalmente su sostanze a lungo ciclo di consumo come la cocaina).	E
	Abbassamento dei costi della droga al dettaglio, con predisposizione di pezzature più piccole di droghe e accessibili anche ai ragazzi più giovani da cui consegue una maggior offerta a basso prezzo e, quindi, una maggiore diffusione di sostanze.	E
	Produttori e spacciatori spingono per allungare il tempo di assunzione, abbassando l'età di primo contatto con la droga in modo da trarne il maggior guadagno possibile nel tempo.	E
	Proliferazione delle nuove offerte tramite siti Internet difficilmente controllabili e specializzati nella vendita e promozione su cui in più sono assenti indicazioni per le famiglie e le scuole per migliorare il controllo e la gestione dell'accesso a questi siti da parte dei minori.	E/I
	Attivazione di smart shop e comparsa di nuove droghe sintetiche.	E/I
	Altre cause da definire.	
6 Aumento dei policonsumatori.	Forte offerta di alcolici e sempre più differenziata con gradazioni minori, ma fortemente aromatizzate ed edulcorate (più accettabili nei primi approcci).	I
	Facile accesso e maggiore diffusione dell'uso di psicofarmaci soprattutto da parte di farmacie on-line.	I
	Multiofferta di droghe dallo stesso spacciatore.	E
	Altre cause da definire.	

Problema rilevante	Possibili cause	
7 Aumento della percentuale di consumatori di sesso femminile.	Utilizzo della cocaina e delle amfetamine come droghe anoressizzanti.	E/I
	Mancata percezione da parte dei genitori che il dimagrimento, la minor assunzione di cibo e le alterazioni dell'umore possano essere messe in relazione con l'uso di droghe eccitanti.	I
	Mancanza di programmi di prevenzione di genere specifici per le femmine.	I
	Maggior consumo di sostanze "gateway" quali alcol, tabacco, cannabis.	E/I
	Altre cause da definire.	
8 Famiglie impreparate ed inadeguate ad affrontare il problema educativo.	Scarsa presenza di formazione e informazione delle famiglie.	I
	Mancanza di programmi specifici di sostegno alle famiglie presso i servizi.	I
	Mancato o difficile controllo delle fonti "pseudo-educative" (TV, Internet, Videogiochi, mondo dello spettacolo, ecc.).	I
	Messaggi informativi diretti in percentuale maggiore ai giovani e in percentuale minore agli adulti significativi.	I
	Altre cause da definire.	
9 Alto numero di incidenti stradali alcol/droga correlati.	Aumento dei consumi.	E/I
	Scarsità dei controlli su strada.	I
	Mancanza di dispositivi di sicurezza sulle auto (alcol-autoblocking ecc.).	I
	Altre cause da definire.	
10 Alto numero di incidenti sul lavoro, droga e alcol correlati.	Assenza di interventi strutturati di prevenzione nei luoghi di lavoro.	I
	Mancanza di "piani aziendali antidroga e antialcol" nelle imprese.	I
	Mancanza di una legislazione specifica a supporto dello sviluppo e della presenza di tali piani aziendali.	I
11 Forte correlazione tra le attività criminali e l'uso di droga nei minori.	Necessità di sviluppare programmi permanenti di prevenzione nei Servizi di Giustizia Minorile (età 14-18) dove entrano molto spesso persone minori con forte uso di droga e alcol e abbandono scolastico provenienti da un ambiente sociale a rischio e con condizioni sociali compromesse e basso reddito.	I
12 Aumento dell'uso e abuso dell'alcol tra i giovanissimi.	Presenza della pubblicità per gli alcolici non controllata (soprattutto per softdrinks).	I
	Facilità di accesso all'acquisto di alcolici anche per minorenni.	E/I
	Assenza di offerte alternative non alcoliche.	E/I
	Mancanza di indicazioni per i Comuni di poter regolamentare in questo senso.	I
	Altre cause da definire.	
13 Aumento delle malattie sessualmente trasmissibili (HIV, HCV, HBV ecc.) negli adolescenti e nei giovani-adulti.	Rapporti non protetti in relazione all'uso di droghe e al conseguente comportamento sessuale disinibito.	E/I
	Attività di "prostituzione", soprattutto di minorenni (sesso in cambio droga) e violenze correlate.	E
	Mancanza di linee di indirizzo specifiche in tal senso per le strutture socio-sanitarie competenti.	I
	Altre cause da definire.	
14 Aumento delle patologie cardiovascolari (ictus, ipertensione arteriosa, ischemie, ecc.) tra la popolazione anche con età di 35 anni.	Patologia in relazione all'uso di sostanze (cocaina) in fasce di età normalmente a basso rischio di incidenti cardiovascolari con ritardo e difficoltà di diagnosi dei pronto soccorsi.	E

Problema rilevante	Possibili cause	
15 Servizi e coordinamenti territoriali inadeguati / non organizzati agli interventi di prevenzione primaria.	Diverse velocità di evoluzione del fenomeno e riorganizzazione dei servizi, con creazione di un gap tra bisogno e offerta.	E
	Mancata riorganizzazione dei Ser.T con quasi totale inesistenza di unità specifiche di prevenzione.	I
	Mancata applicazione da parte delle Regioni e P.A. dell'Atto di Intesa per la creazione dei Dipartimenti che avrebbe consentito un miglior coordinamento ed organizzazione anche in ambito preventivo.	I
	Mancanza di linee di indirizzo nazionali, metodi e materiali facilmente accessibili, utilizzabili e accreditati da poter utilizzare su tutto il territorio nazionale.	I
	Mancanza di programmi territoriali di prevenzione permanenti e standardizzati.	I
	Mancanza di coordinamento trasversale tra le varie unità operative delle ASL (Ser.T – Comunità – PS – Reparti – MMG).	I
	Generalizzata scarsa presenza delle amministrazioni Comunali a supporto (sia finanziario che generale) degli interventi di prevenzione territoriali.	I
16 Metodologia e approcci obsoleti.	Forte frazionamento degli interventi territoriali da parte delle Agenzie preposte. Mancata definizione di una politica strategica fortemente coordinata, soprattutto in ambito di comunicazione e orientamento dei Servizi, che coinvolga contemporaneamente vari attori (Comuni, Ser.T, Comunità Terapeutiche, Prefetture e FF.OO., Associazioni, Strutture ospedaliere e MMG) coordinati territorialmente dai Dipartimenti delle Dipendenze.	I
	Scarso ricorso al modello che utilizza contemporaneamente tecniche di prevenzione universale, indicata e selettiva.	I
	Scarso ricorso ad interventi di prevenzione “ambientale”.	I
	Scarsa conoscenza dei fattori di vulnerabilità e di protezione da rischio “addiction”.	I
	Scarsa conoscenza delle tecniche basate sull’incremento e rafforzamento delle life skills e degli approcci cognitivo- comportamentali.	I

1.2. Indicazioni generali di azione fornite durante l'analisi

1. Si riconosce la necessità di mantenere interventi di prevenzione universale introducendo un orientamento verso interventi di comunità ed ambientali¹⁰. Contestualmente, però, si richiede un maggior orientamento ed investimento concreto sulla prevenzione selettiva e indicata essendo questi interventi maggiormente incisivi, realizzabili e focalizzati su gruppi ad alto rischio e maggiormente vulnerabili, soprattutto in relazione ai disturbi comportamentali rilevabili in età precoce che si sono dimostrati uno dei fattori di rischio principali per l'uso precoce di sostanze stupefacenti, alcol e tabacco e il successivo sviluppo di dipendenza.
2. È strategico assicurare la coerenza dei messaggi informativi all'interno delle varie agenzie preventive ed attori istituzionali coinvolti.
3. Si raccomanda la produzione, la diffusione e l'utilizzo di metodi e materiali informativi più standardizzati e accreditati a livello nazionale, mediante linee di indirizzo e raccomandazioni e un utilizzo accompagnato sempre da una valutazione quali-quantitativa dell'efficacia in pratica ottenuta.
4. Per quanto riguarda l'organizzazione si auspica una maggiore integrazione tra le varie unità operative esistenti a livello territoriale, con la maggior specializzazione di tali unità in ambito preventivo, prevedendo luoghi e tempi diversificati per l'espletamento di queste attività, rispetto ai luoghi di cura.
5. Si raccomanda di provvedere alla formazione di personale specializzato incrementando le conoscenze e le abilità professionali, soprattutto la capacità di individuare precocemente i fattori di vulnerabilità (esempio: disturbi comportamentali precoci), sul corretto uso del drug testing professionale (fornire corrette e tempestive risposte ai quei genitori che hanno il dubbio di uso di sostanze da parte del figlio), sul supporto e l'orientamento dei genitori e degli insegnanti, sul trasferimento corretto di informazioni sui danni derivanti dall'uso di sostanze ad un target adolescenziale. Contestualmente, si raccomanda l'aumento delle unità di personale così formate nei Servizi e dedicate a questa attività.
6. Si auspica, inoltre, un maggior coordinamento nazionale e interregionale per assicurare una coerenza e un'uniformità dei messaggi antidroga e un livello minimo di offerta su tutto il territorio nazionale di opzioni preventive dedicate soprattutto alla famiglia e alla scuola.
7. Si raccomandano soprattutto interventi a sostegno e centratura sulla famiglia e sulla scuola e, quindi, sul mondo degli adulti (una maggiore responsabilizzazione e il rafforzamento delle tecniche per lo sviluppo delle "life skills" nei figli).
8. Notevole rilevanza risulta avere, anche in termini preventivi, la modifica dell'art. 75 del DPR 309/90 al fine di togliere la sanzione amministrativa prevista se la persona accetta il percorso terapeutico o di supporto psico-comportamentale.
9. Si sottolinea l'importanza di concentrare l'attenzione anche su programmi e azioni di contatto precoce e di prevenzione indicata su consumatori occasionali, sperimentatori, abitudinari (es. weekend drug-user, ecc.) ancora in fase di latenza non dipendenti.

¹⁰ Con tale definizione si vogliono indicare quegli interventi orientati a creare un atteggiamento sociale percepibile, percepito e condiviso a livello della comunità sociale e dei vari gruppi in essa presenti, contro l'uso, anche occasionale, di tutte le sostanze stupefacenti evitando, quindi, la tolleranza sociale e la minimizzazione ed i rischi derivanti dall'uso di tali sostanze, compreso l'abuso alcolico ed il tabagismo. Contestualmente, la prevenzione ambientale mira a creare una forte coerenza nei messaggi e nei supporti pubblicitari (diretti o indiretti) presenti nell'ambiente sociale in modo tale che, soprattutto gli adolescenti, ne ricavano in qualsiasi ambiente essi si muovano (ambiente familiare, ambiente scolastico, piazze e strade frequentate con il gruppo dei pari, ambienti di intrattenimento e sportivi, ambienti sanitari, ambienti lavorativi, Internet, ecc.), un messaggio univoco contro l'uso di queste sostanze.

10. Si raccomanda di associare a questi programmi altre azioni di “early detection” (diagnosi precoce mediante drug testing professionale) soprattutto per le persone minorenni.
11. Si raccomanda di riorientare le organizzazioni territoriali dei Dipartimenti delle Dipendenze (Ser.T e Comunità) affinché possano dare risposte ed offerte valide ed efficaci al fine di individuare e interrompere più precocemente l’uso ed evitare lo sviluppo e il consolidamento di dipendenza anche a questa fascia di consumatori abitudinari.
12. Si raccomanda che le strategie e gli interventi derivanti dal sistema generale di prevenzione utilizzino come criterio portante quello di essere “integrati e bilanciati” portando in sé contemporaneamente tre principali caratteristiche:
 - a. L’approccio educativo;
 - b. L’approccio regolamentatorio, cioè la cultura del rispetto delle regole e delle leggi;
 - c. L’approccio repressivo, cioè la lotta al traffico e allo spaccio.

2. Analisi area cura e prevenzione delle patologie correlate

Qui di seguito vengono riportati i problemi considerati rilevanti dal gruppo di analisi, le possibili cause che sono state elencate durante i gruppi di lavoro e se tali cause potevano essere considerate interne (I) o esterne (E) in relazione alla possibilità di intervento e soluzione.

Sulla base di questo elenco, sono stati, quindi, formulati gli obiettivi riportati nelle schede e completati con una serie di attività principali per poterli raggiungere.

2.1. Tabella riassuntiva di problem analysis “area cura e PPC”

Problema rilevante	Possibili cause	
1 Basso e ritardato accesso al Sistema dei Servizi da parte delle persone che consumano (occasionalmente o abitualmente) sostanze stupefacenti e/o con dipendenza.	Il sistema utilizza politiche di accesso orientate all’ “attesa passiva dell’ingresso spontaneo e volontario” e molto poco orientate, invece, al contatto precoce mediante “outreach” attivo.	I
	Il Sistema è orientato, anche da un punto di vista organizzativo, più alle persone che presentano dipendenza e molto meno ai consumatori occasionali o abituarini.	I
	Tempi di latenza (anni trascorsi dal primo uso di sostanze al primo accesso alla struttura) prolungati prima dell’accesso ai Servizi.	E
	Sistema dei Servizi obsoleto rispetto alla necessità di differenziazione sempre maggiore di cure.	I
	L’offerta di cure risulta meno differenziata rispetto ai bisogni sempre più vari e diversificati.	I
	L’offerta dei Servizi risulta essere non attraente per le persone che utilizzano droghe.	I
	Scarsa consapevolezza da parte dei giovani che assumere sostanze stupefacenti costituisce un problema e un rischio per la salute e per l’integrità sociale, assolutamente da evitare.	E/I
	Bassa conoscenza di quali siano gli effetti negativi ed i danni del consumo di sostanze sull’organismo.	E/I
	Bassa consapevolezza da parte delle persone che utilizzano sostanze del fatto che tale uso, anche occasionale, possa costituire un problema comportamentale e di salute tale da dover essere affrontato con specifici interventi.	E
	Mancata espressione dei bisogni di trattamento da parte delle persone che utilizzano sostanze.	E
2 Aumento della difficoltà di gestione assistenziale delle persone tossicodipendenti che presentano gruppi di problematiche sempre più diversificate e richiedenti interventi e ambienti di cura specificamente dedicati.	Mancanza di informazione da parte delle Agenzie educative e dei genitori sui Servizi a cui rivolgersi.	I
	Immagine dei Ser.T spesso percepita dalla popolazione generale come luogo per sole persone con tossicodipendenza, o comunque con gravi problemi droga correlati (paura e diffidenza ad accedere per possibile stigmatizzazione sociale).	I
	Aumento del numero di persone minorenni con bisogno di cure presso i servizi normalmente frequentati da tossicodipendenti adulti.	E
	Scarsa consapevolezza da parte degli operatori di dover attuare una distinzione sia diagnostica che di intervento tra persone con uso occasionale, uso abituarinario e con dipendenza al fine di poter dare risposte adeguate al problema sostenuto sia dal tipo di sostanza sia dalle caratteristiche dell’individuo che entra in contatto con e utilizza tali sostanze.	I
	Forte carenza di consapevolezza di dover intervenire precocemente anche sull’uso occasionale nei giovani con interventi di tipo educativo/psicologico e di supporto alla famiglia.	I
	Forte carenza di una distinzione nei protocolli di cura tra persone che fanno un uso di sostanze occasionale, abituarinario, e quante sono già, invece, dipendenti (scarsa adeguatezza delle cure).	I
	Mancanza di un’adeguata corrispondenza tra gli interventi eseguiti e proposti e le diverse condizioni di gravità in relazione al tipo di sostanze assunte ma, soprattutto, alle caratteristiche di vulnerabilità della persona (attualmente non prevedibili).	I
	Tendenza a sottostimare il rischio derivante dall’uso di sostanze cosiddette “leggere” in persone di giovane età e con condizioni di elevata vulnerabilità all’addiction.	I
	Tendenza a non considerare degno di intervento attivo l’uso occasionale di cannabinoidi.	I

Problema rilevante	Possibili cause	
3 Scarso contatto con la fascia di consumatori occasionali e abituarini che non hanno ancora sviluppato dipendenza.	Fattori dipendenti dalla non consapevolezza del problema da parte di persone di questo tipo (vedi anche altri punti).	I
	Fattori dipendenti dagli operatori: presenza di un orientamento culturale in alcuni operatori che considerano “problematico” solo l’uso di sostanze che procura stato di dipendenza, non riconoscendo, di fatto, come “problematico” l’uso in quanto tale (anche se occasionale).	I
	Scarsa conoscenza delle conseguenze neuropsichiche alla luce delle nuove ricerche nell’ambito delle neuroscienze e delle scienze del comportamento.	I
	Presenza di stereotipi ideologici in alcuni operatori, con tolleranza nei confronti dell’uso di cannabis.	I
4 Servizi di cura offerti nelle strutture sanitarie ormai obsoleti rispetto alla mutazione dei pattern d’uso di sostanze e delle tipologie di utenza.	Protocolli farmacologici non aggiornati rispetto ai mutati bisogni dei tossicodipendenti che spesso sono poli-tossicodipendenti, con associate importanti patologie psichiatriche e infettive, e socialmente più integrati e quindi meno propensi al cambiamento comportamentale.	I
	Scarsa offerta di cure per le “nuove” dipendenze e co-dipendenze, soprattutto per quanto riguarda quella da alcol.	I
	Mancanza di considerazione di altri fattori che concorrono alla dipendenza (stile di vita).	I
	Mancanza di una definizione chiara degli obiettivi e delle fasi di cura nella programmazione degli interventi terapeutici.	I
	Mancanza di sistemi, metodologie e cultura tecnica per poter eseguire una valutazione costante dei risultati (e quindi, la possibilità di comprendere come, quando e se portare correttivi agli interventi e alle terapie applicate).	I
	Scarsità di corrispondenza tra tipologie di trattamento offerto e ambienti di cura.	I
5 Mancanza di una vera e continua integrazione organizzativa e funzionale tra servizi pubblici e organizzazioni del privato sociale nell’assistenza.	Mancanza di una reale integrazione territoriale per il supporto alla cura in seguito alla non completa attivazione dei Dipartimenti delle Dipendenze da parte delle Regioni.	I
	Scarsa presenza di protocolli condivisi tra le organizzazioni del pubblico e del privato sociale relativamente alle procedure diagnostiche, agli obiettivi, alle fasi di cura e ai trattamenti complessi, con compromessa continuità assistenziale tra le varie unità operative coinvolte.	I
6 Difficile gestione dei pazienti per aumento della presenza di patologie psichiatriche correlate e delle co-dipendenze (frequente policonsumo).	Scarsa integrazione con i Dipartimenti di Salute Mentale, raccomandando che l’integrazione non comporti l’inglobamento e la fagocitosi dei Dipartimenti delle Dipendenze (DdD) nei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM).	I
	Mancanza di una reale programmazione integrata tra le diverse unità operative che intervengono sul paziente psichiatrico tossicodipendente.	I
	Riscontro di una forte disomogeneità dell’offerta per le patologie psichiatriche tra i DSM e i DdD.	I
7 Ancora alta la mortalità acuta droga correlata (problema nella gestione delle manifestazioni patologiche acute).	Mancanza di un’adeguata formazione in materia di tossicodipendenza e delle sue manifestazioni cliniche acute nei Pronto Soccorsi.	I
	Scarsa conoscenza da parte degli operatori sanitari delle patologie “sentinella” (ad es. infarto o altre patologie cardiovascolari per la cocaina, stati dissociativi, crisi di panico per la cannabis o le metamfetamine, ecc.).	I
	Basso livello di conoscenza delle norme preventive e dei fattori di rischio da parte degli utenti tossicodipendenti e dei consumatori occasionali o abituarini.	I

Problema rilevante	Possibili cause	
8 Ridotta o mancata integrazione costante della Prevenzione delle Patologie Correlate (PPC) con gli interventi di cura.	Assenza di un'integrazione organizzativa e funzionale tra le unità operative che eseguono interventi di PPC e quelle deputate alla cura e alla riabilitazione.	I
	Mancanza di una programmazione specifica in merito a quanto sopra riportato.	I
	Scarsa integrazione nelle attività ordinarie ed istituzionali delle attività di PPC.	I
	Forte differenziazione di interventi di PPC (sia in termini di presenza, sia di tipologia) tra le varie Regioni e P.A. e le ASL oltre che presenza di disomogeneità e di incoerenze a livello di linguaggi, programmi ed organizzazione.	I
	Mancanza di un coordinamento nazionale delle attività di PPC.	I
	Mancanza di una definizione della gestione della PPC nel carcere e presso le Comunità Terapeutiche.	I
	Mancanza dei tre livelli fondamentali di coordinamento di PPC: • livello nazionale: mediante linee di indirizzo e metodologie generali (strumenti = Piano Nazionale di Azione e Atto di Intesa Stato-Regioni) • livello interregionale: mediante l'acquisizione di criteri di offerta uniformi e LEA (strumento = Atto di Intesa Stato-Regioni) • livello territoriale ASL: mediante protocolli operativi e di integrazione organizzativa (strumento = Dipartimento delle Dipendenze)	I
9 Mancanza di un setting adeguato e ben definito per le terapie in carcere per poter garantire continuità dei nuovi giunti (evitamento della sindrome da astinenza, ecc.) e ridurre i rischi di overdose all'uscita.	Difficoltà di poter continuare la somministrazione delle terapie farmacologiche con metadone già in atto all'ingresso o poter instaurare terapie sostitutive con finalità anti-astinenziali ex-novo.	I
	Mancanza di programmazione dell'uscita dal carcere e dell'instaurazione di un'adeguata terapia sostitutiva anticipatoria all'uscita, in modo da assicurare una copertura a rischio overdose, o (alternativamente) di poter inserire immediatamente la persona in comunità.	I
	Sovraffollamento delle strutture penitenziarie.	E/I
	Si segnala la raccomandazione di prevedere la riattivazione di due importanti progetti che avrebbero dato buoni risultati in passato e nello specifico: Progetto "DAP I" e Progetto "Custodia Attenuata". Il primo prevedeva un processo per direttissima con sospensione del giudizio e una perizia in loco degli operatori in grado di formulare un programma atto a giustificare l'attivazione di una misura alternativa. Il secondo riguardava la possibilità di attivare in vari istituti di pena regimi di custodia attenuata finalizzati alla riabilitazione delle persone tossicodipendenti.	I

2.2. Indicazioni generali di azione fornite durante l'analisi

Quest'area di interesse comprende tutto ciò che rientra nelle azioni relative a:

1. Contatto precoce
2. Corretta e precoce valutazione, gradazione della gravità, inquadramento diagnostico e comprensione dei comportamenti di assunzione, delle sostanze stupefacenti assunte con diagnosi precoce, della presenza di eventuali patologie correlate, sia in ambito psicologico, sia psichiatrico, sia internistico/infettivologico, ecc., e delle conseguenze e delle compromissioni sociali esistenti;
3. Cura e terapia della dipendenza (ma anche del consumo occasionale), mediante varie possibilità ed opzioni terapeutiche e il loro uso integrato e continuativo;
4. Prevenzione delle patologie correlate (si veda anche specifico documento sulle linee di indirizzo);
5. Processi assistenziali, aspetti organizzativi, sostenibilità finanziaria e risorse disponibili.

Nell'analizzare i problemi relativi a questi aspetti si è deciso di prendere in considerazione vari elementi ritenuti prioritari ed importanti nella formulazione di un'analisi della realtà esistente e delle cause che sostengono le eventuali problematiche, quali:

1. Le modalità di accesso alle opzioni di diagnosi precoce e di cura;
2. Il tipo di approccio e di politica di contatto (attivo o passivo) dei servizi, soprattutto con i consumatori occasionali ed abitudinari;
3. Il tipo di supporto, cure e terapie disponibili;
4. L'organizzazione ottimale e le risorse necessarie per erogare tali servizi in continuità assistenziale;
5. Le modalità con cui viene eseguita la valutazione di efficienza, ma soprattutto di efficacia di tali interventi;
6. Gli aspetti relativi al mantenimento della continuità assistenziale e i fattori condizionanti positivamente o negativamente tale continuità;
7. L'integrazione degli interventi sia per quanto riguarda il coordinamento organizzativo ed operativo del territorio, sia per quanto riguarda i processi assistenziali utilizzati;
8. Gli aspetti relativi alla cronicità e possibile cronicizzazione in relazione alle cure e alla patologia (di per sé tendente alla cronicizzazione);
9. Gli aspetti relativi alla formazione e alle competenze esistenti del personale oltre alle possibili interferenze ideologico/politiche sulle scelte di cura;
10. Altri fattori condizionanti il corretto funzionamento del sistema di diagnosi e cura.

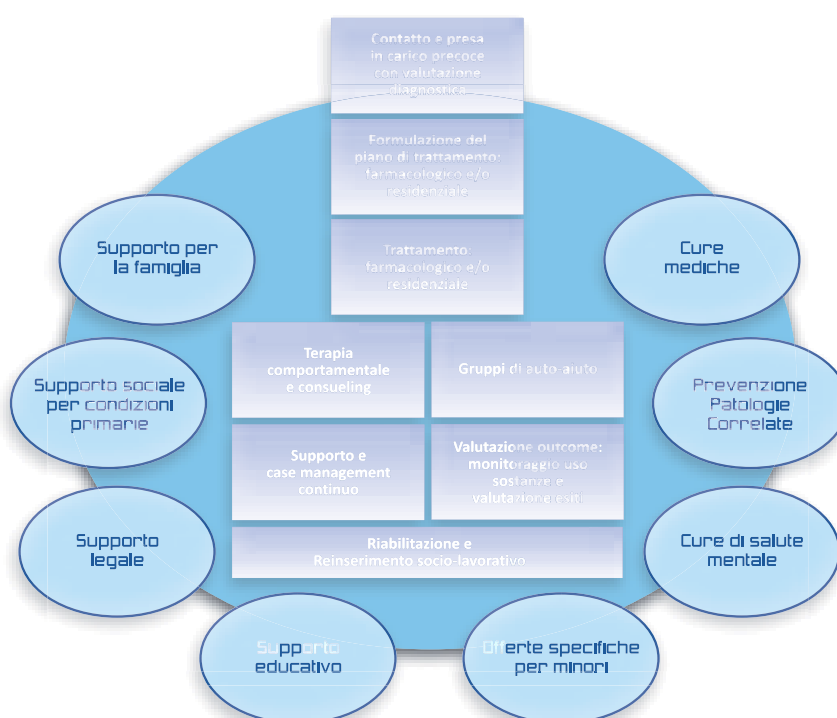
Il gruppo di operatori partecipanti alle sedute di analisi, ha focalizzato, in primis, l'attenzione sui problemi derivanti dall'organizzazione odierna dei servizi e dal fatto che esistono spesso percorsi assistenziali inficiati e messi in grave difficoltà per scarsità di risorse economiche ed umane, ma anche per la scarsa effettuazione di valutazione e monitoraggio dei risultati al fine di poter comprendere come migliorare le offerte e le

organizzazioni deputate a tali azioni.

Nel tempo dedicato all'analisi di approfondimento è stata affrontata un'approfondita e fruttuosa discussione con un confronto multidisciplinare che ha portato all'identificazione ed elencazione dei vari problemi e cause sottostanti nell'ambito della diagnosi e della cura e che sono stati riportati nel presente documento sintetico che rappresenta, quindi, il riassunto dei problemi e delle cause identificate sulla base delle quali si definiranno le azioni da inserire nel Piano di Azione Nazionale.

Al fine di rendere più comprensibile l'analisi successiva e tentare di allineare i linguaggi tecnici, si è anche messo a punto il modello, qui sotto rappresentato, che identifica le componenti fondamentali e di complemento al trattamento dell'abuso di sostanze e/o della dipendenza.

Figura 11: Modello esemplificativo delle componenti principali e di complemento, che definiscono il trattamento dell'abuso di sostanze e/o della dipendenza.



In questo modello, elaborato dopo la discussione e le indicazioni ricavate nell'incontro sulla cura e il trattamento, si vuole riassumere, focalizzare ed evidenziare la necessità di concentrarsi sulle condizioni e le azioni necessarie per un efficace trattamento dell'abuso di sostanze o della dipendenza, partendo da un contatto e una presa in carico precoce che si basino soprattutto su una specifica valutazione diagnostica, esitando poi nella formulazione di un preciso piano di trattamento, farmacologico o residenziale che sia (in base alle caratteristiche e ai bisogni della persona tossicodipendente). Il trattamento della dipendenza trae molto beneficio ed aumenta la sua efficacia se associato alla terapia comportamentale e al counseling, all'inserimento della persona in gruppi di auto-aiuto, con un supporto e un case management continuo.

Un piano strutturato e contestuale dovrebbe essere fatto anche per quanto riguarda le attività di riabilitazione e reinserimento socio-lavorativo. Si segnala, infatti, che nella maggior parte dei casi tale piano riabilitativo non viene fatto, venendo a mancare, quindi, percorsi e processi strutturati soprattutto all'interno dei servizi pubblici fortemente orientati alla riabilitazione e all'acquisizione di social skills e competenze professionali al fine di sviluppare un livello di autonomia sufficiente a garantire la ripresa delle normali attività sociali, in totale libertà dalle sostanze stupefacenti.

Fondamentale, inoltre, è la valutazione dell'outcome mediante monitoraggio dell'uso di sostanze e valutazione degli esiti del trattamento attraverso macro-indicatori quali la qualità di vita, la presenza di attività lavorativa reddituale, grado di salute e riduzione dei rischi associati alle patologie correlate.

Oltre a questo, secondo il gruppo di esperti convenuti in discussione, è necessario assicurare contemporaneamente una serie di altre offerte e servizi alla persona quali: cure mediche (in particolare per l'infezione da HIV e per le altre malattie infettive, quali epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse, ecc.), interventi per la prevenzione delle patologie correlate, cure per la salute mentale, offerte specifiche per i minori, supporto educativo, supporto legale, supporto sociale per le condizioni primarie di vita, supporto per la famiglia.

3. Analisi area riabilitazione e reinserimento

Qui di seguito vengono riportati i problemi considerati rilevanti dal gruppo di analisi, le possibili cause che sono state elencate durante i gruppi di lavoro e se tali cause potevano essere considerate interne (I) o esterne (E) in relazione alla possibilità di intervento e soluzione.

Sulla base di questo elenco, sono stati, quindi, formulati gli obiettivi riportati nelle schede e completati con una serie di attività principali per poterli raggiungere.

3.1. Tabella riassuntiva di problem analysis “area riabilitazione e reinserimento”

Problema rilevante	Possibili cause	
1 Difficoltà di reinserimento dei soggetti tossicodipendenti nel panorama delle attività di assistenza e riabilitazione – fattori individuali.	Bassa presenza di competenze professionali.	E/I
	Basso livello di formazione scolastica.	E/I
	Difficoltà relazionali dei soggetti.	E/I
	Difficoltà nell'accettazione delle regole e degli orari.	E/I
	Scarsa affidabilità relativamente alle mansioni e ai compiti attribuiti.	E/I
	Scarsa autonomia di gestione personale.	E/I
2 Difficoltà oggettive di inserimento di una persona tossicodipendente nel circuito lavorativo delle imprese ordinarie.	Scarso e difficile contatto con le aziende private del territorio che richiedono manodopera più o meno specializzata e contemporanea scarsa programmazione di percorsi di formazione professionale orientata ai bisogni professionali del territorio.	E/I
	Basso grado di efficienza dei Centri per il Lavoro.	E
	Rischio di lavoro non retribuito.	E
	Spesso le persone tossicodipendenti vengono inserite in attività di volontariato o lavori socialmente utili che non danno accesso ad una professione.	E/I
	Facile ricorso alle borse lavoro che hanno una durata limitata e non stimolano la persona ad apprendere una professione e a continuarla anche dopo la scadenza della borsa.	E/I
4 Processi utilizzati per le attività di reinserimento non univoci e non chiari.	Mancanza di un modello condiviso e di processi standard per il reinserimento socio-lavorativo.	I
	Mancanza di un livello di intervento differenziato in base alle potenzialità delle persone.	E/I
	Scarsa presenza di programmi riabilitativi permanenti e strutturati all'interno delle Comunità Terapeutiche in grado di garantire uno sviluppo di abilità lavorative e relazionali tali da poter assicurare l'inserimento e il mantenimento in normali ambienti lavorativi.	E
5 Mancanza di integrazione e di coordinamento permanente tra le agenzie territoriali (Ser.T e Comunità Terapeutiche).	Mancanza di U.O. pubbliche all'interno dei Dipartimenti delle Dipendenze specializzate sul reinserimento socio-lavorativo.	E/I
	Mancanza di un percorso integrato di reinserimento che inizia nei Ser.T e continua nelle Comunità Terapeutiche.	E/I
	Mancanza di servizi di orientamento e accompagnamento mediante tutor della persona tossicodipendente verso il reinserimento sociale e lavorativo.	E/I
	Recupero delle persone tossicodipendenti in una sola struttura (o Ser.T o Comunità).	E/I
	Scarso orientamento del sistema assistenziale attuale alla riabilitazione ed al successivo reinserimento sia di tipo sociale che lavorativo, soprattutto negli approcci ambulatoriali farmacologici. Questo in relazione all'onerosità e alla difficoltà di attivare e mantenere tali attività, ma anche alla complessità e alle competenze professionali ed educative che dovrebbero possedere gli operatori per condurre al meglio tali attività.	E/I
	Basso grado di efficienza dei SIL per difficoltà oggettive.	E/I

Problema rilevante	Possibili cause	
6 Scarso supporto delle Aziende ed Amministrazioni pubbliche (Comune, Provincia, ASL) alle organizzazioni che si occupano di reinserimento socio-lavorativo anche mediante l'affidamento di contratti ed appalti agevolati.	Scarso coinvolgimento delle Aziende pubbliche in queste attività di supporto alle organizzazioni che si occupano di reinserimento socio-lavorativo, sia per quanto riguarda la possibilità concreta e prevista dalle norme (ma molto poco utilizzata) di affidare commesse lavorative alle cooperative sociali di tipo B che si occupano del reinserimento, sia per il ruolo che l'Amministrazione Provinciale ha nella regolamentazione e nel controllo delle disponibilità di posti di lavoro protetti, mediante monitoraggio delle aziende sottonumerarie ai sensi della Legge 68/99.	E
	Mancanza di un coordinamento territoriale stabile che metta in contatto le cooperative sociali di tipo B con le Amministrazioni pubbliche, potenziali enti affidatari.	E
7 Scarso/Assente orientamento all'imprenditoria sociale (con la possibilità di produrre reddito per l'auto-mantenimento) delle organizzazioni che si occupano di reinserimento socio-lavorativo.	Scarso sviluppo di forme organizzative di reinserimento impostate sulla creazione di attività produttive in grado di autofinanziare sia i costi del personale (persone tossicodipendenti in riabilitazione) sia i costi produttivi della struttura ospitante queste persone.	E/I
	Scarso orientamento e scarse capacità di approccio di tipo manageriale da parte dei Ser.T e delle Comunità terapeutiche basato sulla creazione di realtà in grado di autosostenersi, inserite nel mercato, organizzate con modelli simile - imprenditoriali o cooperativistici in grado di assicurare anche una continuità temporale delle proprie attività.	E

3.2. Indicazioni generali di azione fornite durante l'analisi

Nella discussione di gruppo si sottolinea la necessità di sviluppare e definire un modello univoco relativo alla riabilitazione e al reinserimento socio-lavorativo delle persone tossicodipendenti in trattamento. Da più parti, infatti, si è segnalata un'estrema eterogeneità prima di tutto nel linguaggio, poi nei modelli operativi relativamente a questi argomenti, impedendo di fatto un reale confronto e miglioramento tra gli operatori del settore. Si è ravvisata, quindi, la necessità di mettere a punto nel futuro linee di indirizzo in materia di riabilitazione e reinserimento, tese a standardizzare metodi e tecniche di intervento, oltre che di valutazione, anche attraverso la promozione di specifici progetti in merito.

Il gruppo di lavoro ha sottolineato, inoltre, che generalmente ed inopportunitamente si pensa alla riabilitazione e al reinserimento come ad una fase finale e quasi svincolata dal trattamento del processo di autonomizzazione del paziente. Si ribadisce, invece, che questa dovrebbe essere una componente che inizia e si integra subito dopo il primo accesso ai servizi di cura (dopo essere arrivati alla fase di stabilizzazione della persona da un punto di vista tossicologico e medico) e continua per tutto il periodo di trattamento. Si dovrebbe intendere la riabilitazione ed il successivo reinserimento, quindi, come un elemento parallelo, complementare ed irrinunciabile al processo di cura per l'affrancamento dalla tossicodipendenza del paziente.

Si raccomanda pertanto lo sviluppo di veri e propri programmi di riabilitazione strutturati all'interno dei servizi che, al pari dei programmi terapeutici, utilizzino un assessment iniziale per comprendere il grado di compromissione o di assenza delle caratteristiche, abilità e competenze sociali e professionali della persona in trattamento, per strutturare poi un vero e proprio percorso riabilitativo personalizzato e valutato, teso a creare le condizioni di base per poter reinserire socialmente e lavorativamente la persona.

La riabilitazione va considerata, dunque, come necessariamente e fortemente "integrata" nella cura e con il trattamento farmacologico o residenziale che sia, avendo come obiettivo finale, da perseguire fin dai primi momenti, il reinserimento socio-lavorativo della persona e la sua completa autonomizzazione.

Si distingue, quindi, la fase di riabilitazione da quella del successivo reinserimento sociale e lavorativo. La prima fase è finalizzata alla costruzione delle condizioni di base per reinserire la persona tossicodipendente. La seconda fase è finalizzata all'autonomizzazione sociale e lavorativa della persona. Il processo è da

Figura 12: Sequenza incrementale del processo terapeutico-riabilitativo.



considerare continuativo ed “incrementale”, secondo la sequenza: aggancio precoce, trattamento intensivo iniziale, stabilizzazione del trattamento con contestuale riabilitazione e successivo reinserimento.

La definizione acquisita e condivisa di reinserimento socio-lavorativo viene riassunta nel testo successivo. La riabilitazione sociale è un’attività specifica e parte di un programma terapeutico che si occupa dello sviluppo e/o ripristino di abilità sociali, mai apprese o perdute, di soggetti in difficoltà, derivante da vari fattori (uso di sostanze, comportamenti anti-sociali, presenza di patologie psichiatriche e/o del comportamento, ecc.) al fine di favorire il loro pieno reinserimento sociale. Le attività di riabilitazione sociale dovrebbero iniziare sin dal momento della prima presa incarico dell’utente e continuare durante tutto il trattamento ed anche dopo la “dimissione”.

Parte fondamentale ed integrante del processo di autonomizzazione della persona tossicodipendente in trattamento, oltre alla riabilitazione sociale, è il reinserimento lavorativo che costituisce la base per poter mettere tali persone nella condizione di potersi assicurare un reddito vitale, al fine di costruire la propria autonomia e prospettiva di vita realmente e socialmente integrata. Il reinserimento lavorativo passa necessariamente attraverso l’acquisizione e lo sviluppo anche di abilità relazionali, di competenze professionali, della capacità di mantenere nel tempo i propri programmi di vita e del necessario rafforzamento dell’auto-stima della persona tossicodipendente oltre alla capacità di recupero delle possibili frustrazioni derivanti da fallimenti o da scarsa soddisfazione del proprio lavoro.

Le attività di reinserimento socio-lavorativo quindi, possono fortemente essere supportate e valorizzate attraverso una metodologia che utilizzi tutor individuali e/o di gruppo in grado di instaurare una relazione fiduciaria/educativa forte e ad alta reciprocità con le persone tossicodipendenti.

4. Analisi area monitoraggio e valutazione

Di seguito vengono riportati i problemi considerati rilevanti dal gruppo di analisi, le possibili cause che sono state elencate durante i gruppi di lavoro e se tali cause potevano essere considerate interne (I) o esterne (E) in relazione alla possibilità di intervento e soluzione.

Sulla base di questo elenco, sono stati, quindi, formulati gli obiettivi riportati nelle schede e completati con una serie di attività principali per poterli raggiungere.

4.1. Tabella riassuntiva di problem analysis “area monitoraggio e valutazione”

Problema rilevante	Possibili cause	
1 I flussi di dati e i database disponibili, anche per la compilazione della Relazione al Parlamento 2008, sono ad oggi problematici e di difficile gestione sia per quanto riguarda la raccolta dei dati sia per il recupero dei micro-dati e la loro qualità.	Mancanza di un flusso dati strutturato e coordinato tra Regioni e P.A. e le Amministrazioni Centrali.	I
	Mancanza di un database centralizzato e standardizzato su cui far convogliare una copia del flusso-dati indirizzato ai vari Ministeri e/o provenienti dalle Regioni e dalle Province Autonome.	I
	Mancata attivazione del flusso SIND con recupero dei singoli tracciati record. Attualmente sono disponibili tabelle di dati aggregati provenienti dai Ser.T secondo il vecchio standard del Ministero della Salute.	I
	Scarso e poco affidabile flusso dati derivante dalle Comunità terapeutiche.	I
	Mancata centralizzazione del flusso dati presso un Osservatorio Nazionale permanente (secondo quanto previsto anche dall'art. 1 del DPR 309/90).	I
	Scarsa disponibilità da parte delle Regioni e P.A. a condividere i dati con le Amministrazioni centrali.	E
	Scarsa disponibilità da parte delle Amministrazioni centrali a condividere i dati con altre Amministrazioni centrali.	E
	Mancanza di una rete di Osservatori Regionali in grado di raccogliere in maniera costante e standardizzata i dati sul fenomeno.	E
2 Difficoltà nell'eseguire studi tradizionali sulla prevalenza d'uso sulla popolazione generale e sulla popolazione studentesca, con scarsa affidabilità dei risultati.	Presenza di organizzazioni con tendenza alla centralizzazione e al monopolio dei dati (DB dei microdati, routine di elaborazione fonti primarie, ecc.).	E
	Alto tasso di non risposta con difficoltà nel creare campioni realmente rappresentativi.	E
	Scarso uso di Internet per la raccolta dati.	E
	Scarsa valutazione incrociata dei dati con altre modalità di valutazione dell'uso di sostanze stupefacenti nella popolazione, alternative all'impiego di questionari (es. dosaggio nelle acque reflue, dosaggio delle micro polveri nell'aria).	E/I
3 Deficit del sistema di monitoraggio della mortalità droga-correlata.	Mancanza di integrazione delle attuali informazioni sui decessi droga-correlati afferenti alla DCSA con dati provenienti dalle strutture sanitarie deputate alla gestione delle emergenze e alle analisi tossicologiche e medico-legale per la complessa autorizzazione da parte del magistrato di poter utilizzare i dati relativi ai sequestri e ai decessi droga-correlati.	E
	Necessità di integrare i dati relativi alla mortalità droga-correlata con i dati relativi all'invivialità droga-generata.	E

Problema rilevante	Possibili cause	
4 Mancanza di sistemi di allerta regionali efficienti (bassa tempestività di individuazione dei problemi) ed efficaci (bassa tempestività ed impatto della risposta) ed interfacciati con il sistema di allerta nazionale.	Ridotta presenza di sistemi di allerta regionali strutturati e organizzati all'allerta precoce e alla risposta rapida.	E
	Strutturazione dei sistemi regionali, ove esistenti, non idonea alla rapidità dell'evoluzione dei fenomeni da monitorare (es. tossicosi a grappolo, comparsa e diffusione di nuove sostanze, nuove modalità di consumo, ecc.).	E
	Scarsa presenza di strumenti tecnici idonei per il monitoraggio di Internet relativamente alla vendita di sostanze via web e alla diffusione di informazioni circa le nuove modalità di consumo.	E
	Mancanza dell'acquisizione da parte dei sistemi regionali esistenti delle procedure standardizzate del Sistema Nazionale di Allerta Precoce del DPA (N.E.W.S.).	E
	Ridotta volontà di collaborazione da parte di alcune Regioni e P.A. per motivi ideologici e politici nei confronti delle strutture governative.	E
5 Difficoltà nel conteggiare precisamente le persone recluse in carcere con reale dipendenza da sostanze.	Passaggio della medicina penitenziaria alle Regioni con frazionamento dei rilevamenti statistici presso le carceri del Paese.	I
	Assenza di protocolli diagnostici condivisi presso le strutture penitenziarie in grado di discriminare le persone realmente tossicodipendenti dai consumatori occasionali o abituali.	I
	Assenza di un nuovo flusso dati centralizzato sul DPA.	I
6 Forte ritardo di notifica del flusso dati relativi alle segnalazioni per art. 75 provenienti dalle Prefetture	Le segnalazioni vengono registrate con un ritardo di notifica che varia dai 3 ai 5 anni, il che impedisce una valutazione tempestiva e completa delle informazioni a questo livello.	I
	Carenza di personale.	E
7 Difficoltà di collegare le informazioni presenti sulle persone tossicodipendenti tra i Dipartimenti di uno stesso Ministero. Esempio: DCSA con DCDS e DCPC, oppure DAP, casellario, UEPE e giustizia minorile.	Assenza di database integrati e di un codice soggetto univoco.	I
	Problemi legati alla legge sulla privacy.	I
	Flussi in entrata differenziati e con standard diversi.	I
	Mancanza di un coordinamento nazionale finalizzato alla creazione di un database integrato.	I
8 Mancanza di dati precisi sugli esiti dei trattamenti nei Ser.T e nelle Comunità Terapeutiche (sia relativi al tasso e criteri di selezione in entrata, sia relativi al follow up di medio e lungo termine post trattamento).	Mancanza di un modello e di criteri per la valutazione dell'outcome condiviso e differenziato per i e per le Comunità.	I
	Mancanza di sistemi informatici orientati alla valutazione dell'outcome, regolarmente applicati durante l'attività di trattamento e monitoraggio del follow up post trattamento.	I
	Mancanza di una cultura tecnico-professionale degli operatori del settore relativamente alla valutazione dell'efficacia in pratica.	I

4.2. Indicazioni generali di azione fornite durante l'analisi

Il gruppo di lavoro concordava che per poter eseguire qualsiasi programmazione di interventi e azioni nell'ambito del fenomeno droga, è necessario avere dati e informazioni affidabili e tempestivamente disponibili. Per questo motivo, risulta strategico essere in possesso di sistemi di monitoraggio del fenomeno in grado di aggiornare e aggiornarsi molto rapidamente. Tali sistemi sono fondamentali per i decisori (che operano a vario livello) al fine di fornire loro tutti gli elementi necessari per poter da un lato programmare gli interventi, e dall'altro per poterne monitorare gli effetti in termini di impatto globale e anche per apportare gli eventuali correttivi in caso di insuccesso o scarsa efficacia. Oltre a questo, è auspicabile che il sistema di monitoraggio riesca a valutare anche i costi generati dalle varie attività sempre in relazione al grado di efficienza, ma soprattutto di efficacia.

Attualmente, i sistemi nazionali e regionali italiani sono estremamente eterogenei, difficilmente integrabili e tra loro interfacciabili. In varie Regioni e P.A. non esistono flussi informativi standard, né sistemi informativi in grado di produrre flussi ben controllati.

Si riconosce, pertanto, la necessità di dover arrivare ad una maggiore centralizzazione del coordinamento del flusso dati finalizzato a produrre rapporti sullo stato e la variazione del fenomeno ad uso delle varie Amministrazioni interessate (regionali, centrali, europee, internazionali).

A questo proposito, infatti, i flussi di dati e i database disponibili per la compilazione della Relazione al Parlamento 2008 e 2009 si sono mostrati altamente problematici e di difficile gestione sia per quanto riguarda la raccolta dei dati sia per il recupero dei micro-dati e la loro qualità.

Pertanto, già in tale Relazione veniva segnalata la necessità di provvedere ad un piano di ristrutturazione e riorganizzazione di questo importante aspetto che risulta fondamentale per poter ricostruire tempestivamente e adeguatamente l'andamento del fenomeno.

L'indicazione concreta che ne deriva è quella di creare un database centralizzato, integrato e standardizzato su cui far convogliare una copia del flusso-dati indirizzato ai vari Ministeri e/o provenienti dalle Regioni e dalle Province Autonome. A questo proposito, considerate anche le recenti indicazioni europee in materia, è auspicabile la creazione di una rete di Osservatori regionali in grado di raccogliere in maniera costante e standardizzata i dati sul fenomeno. Ciò contribuirebbe alla creazione di almeno due livelli di reportistica, il primo a livello regionale, il secondo a livello nazionale, per soddisfare anche il debito informativo con l'Osservatorio Europeo e le Nazioni Unite.

Vi è anche una forte necessità, quindi, di migliorare il sistema di monitoraggio della mortalità droga-correlata che attualmente viene sicuramente ben gestito dalla DCSA ma che potrebbe incrementare la sua esattività di osservazione se ulteriormente integrato con dati provenienti dalle strutture sanitarie deputate alla gestione delle emergenze e alle analisi tossicologiche e medico-legale. Questo consentirebbe di contribuire anche allo sviluppo di nuove metodologie integrate di analisi delle fonti informative sulla domanda di trattamento e sull'offerta di sostanze stupefacenti, al fine di giungere a stime sempre più esaustive rispetto al consumo di sostanze nella popolazione, sulla base degli attuali orientamenti dell'Osservatorio Europeo.

5. Analisi area legislazione, attività di contrasto

Qui di seguito vengono riportati i problemi considerati rilevanti dal gruppo di analisi, le possibili cause che sono state elencate durante i gruppi di lavoro e se tali cause potevano essere considerate interne (I) o esterne (E) in relazione alla possibilità di intervento e soluzione.

Sulla base di questo elenco, sono stati, quindi, formulati gli obiettivi riportati nelle schede e completati con una serie di attività principali per poterli raggiungere.

5.1. Tabella riassuntiva di problem analysis “area legislazione, attività di contrasto”

Legislazione	
Problema rilevante	Possibili cause
1 DPR 309/90 problematico in alcuni punti con necessità di aggiornamento e adeguamento in base all'evoluzione ed alle modifiche del fenomeno droga in Italia.	Necessità di modificare l' art. 75 del DPR 309/90 al fine di reintrodurre la facoltà in capo al Prefetto di sospendere il procedimento amministrativo qualora il trasgressore aderisca ad un programma terapeutico o socio riabilitativo, come già previsto dal comma 9 del previgente art. 75. Necessità di introdurre modifiche agli artt. 97 e 98 del Testo Unico, in materia di “attività sotto copertura” e “consegne controllate”, al fine di rendere più agevoli, efficaci e sicure tali operazioni. Necessità di modificare gli artt. 79, 82 e 84 del Testo Unico, rispettivamente in materia di agevolazione dell'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, istigazione, proselitismo, induzione, divieti di propaganda pubblicitaria, al fine di poter meglio contrastare eventuali attività commerciali e/o promozionali, nonché l'organizzazione di eventi. Necessità di modificare gli artt. 100 e 101 del Testo Unico sulla destinazione dei beni e valori sequestrati o confiscati in operazioni antidroga, al fine di destinare parte degli stessi anche alle attività di prevenzione, riabilitazione e reinserimento, ricerca nell'ambito delle neuroscienze e attività di contrasto.
2 Assenza di norme specifiche per il controllo di smart shop sul territorio dediti alla vendita anche tramite Internet di sostanze stupefacenti illegali o pericolose per la salute.	Novità del fenomeno che appare ancora poco conosciuto e pertanto difficilmente contrastabile. Assenza di un sistema di monitoraggio, anche preventivo, relativo alla vendita di sostanze psicoattive illecite e/o pericolose per la salute. Assenza di una regolamentazione specifica e di linee di indirizzo per agevolare il controllo e le eventuali operazioni di contrasto relativamente alla vendita di sostanze stupefacenti illegali o pericolose per la salute tramite la rete Internet.
3 Lento e difficoltoso aggiornamento delle tabelle degli stupefacenti annesse al Testo Unico con difficoltà di inserire tempestivamente le nuove sostanze commercializzate sul mercato illegale.	Mancanza di una specifica procedura e di criteri di risk assessment, condivisi con gli altri soggetti istituzionali indicati dalla norma, al fine di agevolare il procedimento per l'inserimento nelle tabelle ministeriali delle sostanze stupefacenti illegali o pericolose per la salute, individuate e censite dal Sistema di allerta precoce e/o del Ministero della Salute, anche tramite le informative provenienti dalle Istituzioni Comunitarie preposte.
4 Necessità di implementare e gestire il Fondo contro l'incidentalità notturna, istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri.	Ritardo nel rendere esecutiva la normativa regolamentare per l'effettiva alimentazione del Fondo con i proventi degli incrementi sanzionatori previsti dalla legge 117/2007 e dal Codice della Strada. Mancanza di un coordinamento interministeriale permanente presso il DPA per la gestione e l'impiego delle risorse afferenti al Fondo, anche al fine di promuovere specifici progetti di prevenzione e ricerca.
5 Intossicazioni acute e a volte mortali per incidenti domestici avvenuti in bambini conviventi con tossicodipendenti con consegna/ affidamento dei medicinali stupefacenti a domicilio.	Il decreto del Ministero della Salute del 16 novembre 2007 non contempla norme esplicite di sicurezza. Mancanza di linee di indirizzo tecnico-operative e materiali informativi per le strutture di cura finalizzati alla prevenzione delle intossicazioni acute domestiche nei bambini conviventi con persone tossicodipendenti.

Attività di contrasto	
Problema rilevante	Possibili cause
6 Necessità di intensificare e sviluppare l'attività di coordinamento interno ed internazionale di carattere operativo tra le organizzazioni preposte alle attività di contrasto.	Difficoltà di coordinamento interno e internazionale e di partecipazione alle iniziative di collaborazione.
7 Aumento del traffico delle droghe sintetiche ed altre nuove sostanze emergenti.	Aumento della produzione e dell'offerta illegale. Aumento della rete di vendita legale di smart drugs e legal highs.
8 Aumento dell'offerta su web di sostanze stupefacenti non ancora tabellate e illegali.	Aumento dell'offerta sulla rete Internet tramite farmacie online e drug store. Facilità di accesso e acquisto. Forte pubblicizzazione attraverso i social network particolarmente frequentati dai giovani consumatori. Bassi costi di investimento richiesti alle organizzazioni criminali e/o commerciali per aprire e mantenere il commercio in Internet. Difficoltà di intercettazione e di contrasto del traffico in rete.
9 Difficoltà di intercettare i precursori delle droghe sintetiche.	Scarso coordinamento per collaborare con le operazioni internazionali dirette dall'INCB. Ritardo nell'attivazione delle indicazioni europee in materia di precursori.
10 Ridotto sviluppo dell'analisi strategica e dell'analisi operativa per le azioni di contrasto.	Riduzione dell'allocazione delle risorse su tali attività. Ridotta scelta e utilizzo di metodi e tecniche idonee a tale scopo.
11 Ridotta opportunità di formazione del personale soprattutto relativamente alle tecniche operative di analisi.	Scarsità di risorse specifiche. Mancanza di programmi di informazione per agenti sotto copertura, sulle nuove sostanze sintetiche e precursori e per i responsabili delle unità antidroga.
12 Ridotti rapporti di collaborazione con i Paesi terzi produttori di sostanze stupefacenti o ubicati sulle rotte del narcotraffico.	Difficoltà oggettive ad instaurare rapporti e negoziati. Scarsità di risorse.

5.2. Indicazioni generali di azione fornite durante l'analisi

Il gruppo di lavoro prende atto della meritoria opera della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga e delle Forze in essa convergenti, relativamente alla prevenzione ed al contrasto antidroga. Questo soprattutto in relazione alla grande mole di attività costantemente eseguita per la lotta alla produzione, al traffico e allo spaccio nel nostro Paese dalle Forze di Polizia e del costante volume di operazioni che vengono quotidianamente eseguite, valutando che tali attività siano indispensabili ed irrinunciabili per mantenere una costante pressione di contrasto del narcotraffico e della criminalità organizzata a tal fine. Vi è, infatti, la convinzione che queste attività, se pur tra mille difficoltà, contribuiscano comunque, in maniera determinante, alla riduzione dell'offerta di droga nel nostro Paese. Contestualmente, si ritiene, inoltre, che un'integrazione con le attività di riduzione della domanda ed un buon bilanciamento delle attività di contrasto con esse (così come sottolineato anche dall'Unione Europea e dalle Nazioni Unite in materia) sia la formula migliore per ottenere buoni risultati nel medio e lungo termine.

A tal fine si sono, quindi, identificate come prioritarie e strategiche, sulla base dei problemi e delle cause sopra evidenziate, in particolare, l'intensificazione delle attività di coordinamento interno ed internazionale di carattere operativo tramite soprattutto lo sviluppo di una specifica attività di intelligence. A questo proposito, si ritiene fondamentale la partecipazione alle attività e agli incontri internazionali, in particolare nei Paesi dell'Africa occidentale.

Si ritiene, inoltre, importante concentrare l'attenzione sulle nuove droghe sintetiche ed in particolare su una serie di prodotti che vengono venduti attraverso la rete Internet e gli smart shop. A tal fine, sarà strategico il monitoraggio costante della rete web e dei siti che offrono sostanze e tecnologie per la produzione, coltivazione e consumo di tali sostanze. In considerazione della rapida evoluzione del fenomeno che investe anche la rete Internet, si ritiene necessario anche individuare e promuovere attività di formazione specifica a favore delle Forze di Polizia coinvolte nella lotta alla droga.

Rilevanti saranno anche i rapporti che si riusciranno ad instaurare con i Paesi terzi produttori di sostanze stupefacenti ed ubicati sulle rotte del narcotraffico (Africa occidentale e Sub sahariana, Centroamerica). A tal fine risulterà fondamentale il coordinamento delle strategie internazionali di contrasto al narcotraffico.

In relazione alla circolazione di nuove sostanze sul territorio nazionale provenienti sia dal traffico ordinario che dal traffico generato dalla rete Internet, si ritiene importante la partecipazione delle Forze di Polizia alle attività del Sistema Nazionale di Allerta Precoce del Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Altrettanto rilevante si ritiene essere l'azione di prevenzione dell'incidentalità stradale droga e alcol correlata, mediante il mantenimento e l'incremento dei controlli su strada sia per quanto riguarda quelli alcolimetrici, ma soprattutto per quanto riguarda i drug test, attuando e diffondendo il Protocollo DOS del Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Allegato 2

**Sintesi della Relazione Annuale
al Parlamento 2010**

Sintesi della Relazione Annuale al Parlamento 2010

Consumo di sostanze stupefacenti

Le analisi del consumo di sostanze stupefacenti in Italia sono state eseguite utilizzando diverse e indipendenti fonti informative al fine di poter stimare il più correttamente possibile il fenomeno da vari punti di vista. Per meglio comprendere la situazione è stato stimato, quindi, il numero totale dei consumatori (intendendo con questo termine sia quelli occasionali che con dipendenza da sostanze – uso quotidiano) che è di circa 2.524.500. Nel 2008 tale numero era stimato in circa 3.934.450 persone e, dunque, con un calo del 25,7%.

Quadro generale

Tabella 1: Sintesi del numero dei consumatori di sostanze stupefacenti (assunzione ultimi 12 mesi) e della frazione di persone con bisogno di trattamento (tossicodipendenti).

soggetti	2008	2010	differenza	scostamento % ($\Delta\%$)
Consumatori totali stimati	3.934.450	2.924.500	-1.009.950	-25,7

Calo dei consumi nella popolazione generale

Le percentuali di persone che nella popolazione generale contattata (su un campione di 12.323 soggetti di età compresa tra 15-64 anni) hanno dichiarato di aver usato almeno una volta nella vita stupefacenti sono risultate rispettivamente di 1,29% per l'eroina (1,6% nel 2008), 4,8% per la cocaina (7% nel 2008), 22,4% per la cannabis (32% nel 2008), per gli stimolanti – amfetamine – ecstasy 2,8% (3,8% nel 2008), per gli allucinogeni 1,9% (3,5% nel 2008).

Tali percentuali variano nella popolazione studentesca contattata (su un campione di 34.738 soggetti di età compresa tra 15-19 anni) e sono per l'eroina 1,2% (2,1% nel 2008), per la cocaina 4,1% (5,9% nel 2008) e per la cannabis 22,3% (31,5% nel 2008), per gli stimolanti – amfetamine – ecstasy 4,7% (4,7% nel 2008), per gli allucinogeni 3,5% (4,7% nel 2008). Le indagini mostrano, quindi, un calo generalizzato dei consumi come riassunto nella tabella successiva.

Calo dei consumi nella popolazione studentesca

Tabella 2: Prevalenze nella popolazione generale 15 – 64 anni (uso almeno una volta nella vita).

sostanze	2008	2009	differenza	scostamento % ($\Delta\%$)
Eroina	1,6	1,29	-0,31	-19,4
Cocaina	7	4,8	-2,2	-31,4
Cannabis	32	22,4	-9,6	-30,0
Stimolanti	3,8	2,8	-1,0	-26,3
Allucinogeni	3,5	1,9	-1,6	-45,7

Popolazione generale: decrementi % oscillanti tra i -19,4 e i -45,7

Tabella 3: Prevalenze nella popolazione studentesca 15 - 19 anni (uso almeno una volta nella vita)

sostanze	2008	2009	differenza	scostamento % ($\Delta\%$)
Eroina	2,1	1,2	-0,9	-42,9
Cocaina	5,9	4,1	-1,8	-30,5
Cannabis	31,5	22,3	-9,8	-31,1
Stimolanti	4,7	4,7	0,0	0,0
Allucinogeni	4,7	3,5	-1,2	-25,5

Popolazione studentesca:
decrementi %
oscillanti tra
0,0 e -42,9

Tale andamento è stato confermato anche nell'analisi eseguita per l'uso negli ultimi 12 mesi fatto salvo per gli stimolanti nella popolazione studentesca dove si è registrato un aumento della prevalenza passando dal 2,8% del 2008 al 3,1% del 2009.

Tabella 4: Prevalenze nella popolazione generale 15 - 64 anni (uso negli ultimi 12 mesi).

sostanze	2008	2009	differenza	scostamento % ($\Delta\%$)
Eroina	0,39	0,25	-0,14	-35,9
Cocaina	2,1	0,9	-1,2	-57,1
Cannabis	14,3	5,2	-9,1	-63,6
Stimolanti	0,74	0,22	-0,52	-70,3
Allucinogeni	0,65	0,22	-0,43	-66,2

Popolazione generale:
decrementi %
oscillanti tra
-35,9 e -70,3**Tabella 5:** Prevalenze nella popolazione generale 15 - 19 anni (uso negli ultimi 12 mesi).

sostanze	2008	2009	differenza	scostamento % ($\Delta\%$)
Eroina	0,13	0,11	-0,02	-15,4
Cocaina	3,6	3,0	-0,6	-16,7
Cannabis	24,1	18,9	-5,2	-21,6
Stimolanti	2,8	3,1	+0,3	+10,7
Allucinogeni	2,9	2,2	-0,7	-24,1

Popolazione studentesca:
decrementi %
oscillanti tra
-15,4 e -24,1
con incremento %
degli stimolanti di
+10,7

Popolazione Generale

Eroina



Il 98,7% della popolazione generale non ha mai assunto eroina mentre l'1,3% l'ha assunta almeno una volta nella vita. Solo lo 0,16% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni. Cala il consumo occasionale mentre resta stabile il consumo frequente/quotidiano.

Cocaina



Il 95,2% della popolazione generale non ha mai assunto cocaina mentre 4,8% l'ha assunta almeno una volta nella vita. Solo lo 0,4% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni. Cala il consumo occasionale. Maggior prevalenza tra i soggetti 15 - 34 anni.

Cannabis



Il 77,6% della popolazione generale non ha mai assunto cannabis mentre il 22,4% l'ha assunta almeno una volta nella vita. Solo il 3,0% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni. Maggior prevalenza tra i soggetti 15 - 24 anni. Forte presenza anche nel genere femminile.

Studenti

Eroina



Il 98,8% degli studenti non ha mai assunto eroina mentre l'1,2% l'ha assunta almeno una volta nella vita. Solo lo 0,6% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni. Rilevato un minor consumo di eroina negli studenti italiani rispetto a quelli europei.

Cocaina



Il 95,9% degli studenti non ha mai assunto cocaina mentre il 4,1% l'ha assunta almeno una volta nella vita. Solo l'1,6% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni. Tra i consumatori, maggior presenza di consumo occasionale.

Cannabis



Il 77,7% degli studenti non ha mai assunto cannabis mentre il 22,3% l'ha assunta almeno una volta nella vita. Il 12,3% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni. Il maggior consumo è rilevato tra gli studenti 19enni con percentuali che arrivano al 33,4%. I consumi di cannabis aumentano con il crescere dell'età dai 15 ai 19 anni. Rilevato un consumo di cannabis negli studenti italiani inquadrabile come prevalenza medio-alta con tendenza al decremento rispetto a quelli europei.

Per quanto riguarda l'andamento temporale dal 2008 del consumo delle sostanze nella popolazione generale (valutata attraverso il consumo di almeno una volta negli ultimi 12 mesi), è da rilevare una diminuzione dei trend di consumo (2008-2010) di tutte le sostanze, con particolare rilevanza per la cannabis che perde 9,1 punti percentuali.

Andamento temporale: popolazione generale 15-64 anni

Persiste, comunque, la tendenza al policonsumo con una forte associazione soprattutto con l'alcol (oscillante tra il 91,2% e il 79,2%) e la cannabis (oscillante tra il 64,0% e il 54,2%) delle varie altre sostanze.

Forte presenza di policonsumo

Per quanto riguarda l'andamento temporale dal 2008 del consumo delle sostanze nella popolazione studentesca (valutata attraverso il consumo di almeno una volta negli ultimi 12 mesi), è da rilevare una diminuzione dei trend di consumo (2008-2010) di tutte le sostanze, ad eccezione del consumo di stimolanti, per i quali si osserva un incremento esclusivamente nel genere maschile (diminuzione nel genere femminile) anche se tali sostanze vengono utilizzate con una bassa prevalenza (3,1%).

Andamento temporale: popolazione studentesca 15-19 anni

Persiste anche in questa popolazione la tendenza al policonsumo con una forte associazione soprattutto con l'alcol (oscillante tra il 98,6% e il 97,6%), la cannabis (oscillante tra il 96,0% e il 95,9%) e il tabacco (oscillante tra il 96,2% e l'89,3%) delle varie altre sostanze.

Forte presenza di policonsumo

Alla diminuzione dei consumi di sostanze stupefacenti va in contro tendenza il consumo di alcol, il quale fa registrare un aumento percentuale dell'assunzione quotidiana, dal 2007 al 2010, del 18,2%. L'incremento percentuale delle ubriacature (oltre 40 volte nella vita) è stato purtroppo del 200% passando da una prevalenza dell'1% nel 2007 al 3% del 2010.

Andamento contrario del consumo di alcol con tendenza all'aumento

Questo andamento contrapposto potrebbe trovare spiegazione in relazione ad una minor capacità di spesa, soprattutto negli utilizzatori occasionali di sostanze stupefacenti, conseguente alla crisi economica e in una diversificata e minore percezione del rischio nei confronti dell'alcol rispetto alle sostanze stupefacenti; questo potrebbe aver comportato uno spostamento dei consumatori occasionali di sostanze verso gli alcolici in quanto più accessibili e meno costosi e comunque in grado di dare effetti fortemente psicoattivi.

Possibile effetto della crisi economica?

Negli ultimi anni si sta registrando un sempre più marcato spostamento dell'offerta di commercializzazione delle sostanze illecite attraverso Internet. Il fenomeno dell'offerta di droga su web è caratterizzato dalla presenza di farmacie online che vendono farmaci e sostanze di qualsiasi genere, senza richiedere alcuna prescrizione medica e dalla presenza di online drugstore, dove è possibile acquistare facilmente sostanze illecite. Oltre a questo si è registrato lo sviluppo di specifici forum, blog, chatroom, social network dedicati alla discussione sulle varie droghe, dove circolano informazioni e consigli circa il consumo e l'acquisto di sostanze. Gli utenti si scambiano informazioni, consigli, indicazioni e varie "istruzioni per l'uso" molto rapidamente e in maniera molto socializzata e socializzante. A questo proposito, il Sistema d'Allerta Nazionale del D.P.A. ha già individuato una serie di nuove sostanze presenti anche sul territorio italiano estremamente pericolose per la salute attivando, tramite il Ministero della Salute, opportune forme di prevenzione e contrasto; in particolare sono stati individuati alcuni cannabinoidi sinte-

Fenomeni emergenti: droga e internet

tici (JWH018, JWH073, JWH200) e altre sostanze quali il mefedrone. Tutto questo sicuramente costituisce una nuova realtà da prendere in seria considerazione e sulla base della quale si sono attivate strategie e specifici progetti per il controllo e la prevenzione, finalizzati a proteggere le giovani generazioni, molto inclini all'utilizzo delle tecnologie informatiche e quindi maggiormente esposte ai "rischi droga" presenti anche sulla rete Internet.

Soggetti con bisogno di trattamento

I soggetti con dipendenza da sostanze (tossicodipendenti con bisogno di trattamento) risultano essere 393.490 che rappresentano il 9,95/1000 residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni. Di questi 216.000 per oppiacei (5,5/1000 residenti) e 178.000 per cocaina (4,5/1000 residenti).

Stima del numero di soggetti con bisogno di trattamento

Le Regioni con maggior bisogno di trattamento per oppiacei o cocaina sono nell'ordine la Liguria, la Lombardia, il Piemonte, la Sardegna, la Campania, la Valle d'Aosta e la Toscana, che presentano una prevalenza superiore alla media italiana che è di 10,0/1000 residenti di età compresa tra 15 - 64 anni. Le Regioni più problematiche con maggior bisogno di trattamento per oppiacei sono Liguria e Toscana, mentre per la cocaina sono la Lombardia e la Sardegna.

Le Regioni con più bisogno di trattamento

I soggetti che hanno richiesto per la prima volta un trattamento sono stati 33.984 con un tempo medio di latenza stimato tra inizio uso e richiesta di primo trattamento di 5,5 anni (oscillante tra i 4 e gli 8 anni), differenziato da sostanza a sostanza. L'età media dei nuovi utenti è circa 30 anni, con un arrivo più tardivo rispetto agli anni precedenti. Questo significa che vi è un aumento del tempo fuori trattamento con tutti i rischi che ne conseguono e quindi un arrivo sempre più tardivo ai servizi. Da segnalare la minor età media degli utenti europei rispetto agli utenti italiani.

33.984 nuovi utenti nel 2009 (-4% rispetto al 2008)

Arrivo sempre più tardivo ai servizi

Le sostanze primarie maggiormente utilizzate risultano essere il 69% eroina, il 16% cocaina e il 9,3% cannabis. In calo l'assunzione per via iniettiva.

Sostanza primaria maggiormente utilizzata, eroina

Le sostanze secondarie maggiormente utilizzate sono state la cocaina (37,7%) e la cannabis (34,3%).

Il totale delle persone in trattamento nei Ser.T sono stati 168.364, nel 2009. Questi dati sono stati calcolati dal flusso informativo del Ministero della Salute con un indice di copertura del 90%.

168.364 utenti in trattamento nei Ser.T

Vi è una stabilizzazione negli ultimi quattro anni degli utenti in trattamento per uso di eroina, mentre vi è un aumento degli utenti in trattamento per uso di cocaina.

Aumento % degli utenti in trattamento per cocaina

Le Regioni con il maggior numero assoluto di utenti in carico per uso primario di eroina sono nell'ordine: Lombardia, Campania, Veneto, Toscana e Piemonte.

Le Regioni con il maggior numero assoluto di utenti in carico per uso primario di cocaina sono nell'ordine: Lombardia, Campania, Piemonte, Lazio, Emilia Romagna e Veneto.

Tra gli utenti in trattamento nei Ser.T vi è un trend in crescita dell'uso di cocaina anche come sostanza secondaria che risulta essere dal 2007 la sostanza secondaria più usata. Si osserva, inoltre, una diminuzione generalizzata dell'uso iniettivo dell'eroina, a favore

Diminuzione dell'uso iniettivo

dell'assunzione inalatoria e respiratoria di tale sostanza.

Da segnalare un aumento dei soggetti in carico con uso iniettivo di morfina che dal 2008 ha incrementato di circa 20 punti percentuali il suo valore nel 2009, con una concentrazione del fenomeno quasi esclusivamente nella Regione Piemonte.

Aumento di soggetti
in trattamento
con uso iniettivo
di morfina nella
Regione Piemonte:
fenomeno da
indagare

Implicazioni e conseguenze per la salute

L'uso di sostanze stupefacenti, anche non iniettivo, comporta gravi danni per la salute, sia in ambito neuropsichico che internistico-infettivologico, oltre a questo si aggiunge il rischio di incidenti stradali alcol-droga correlato. Le patologie infettive correlate maggiormente presenti sono l'infezione da HIV, le infezioni da virus epatitici, le malattie sessualmente trasmesse e la TBC.

Si segnala una forte diminuzione dei casi di incidenti per AIDS nei tossicodipendenti, ormai perdurante da qualche anno.

Malattie infettive
droga-correlate

Si è potuto determinare che vi è una tendenza ormai pluriennale a non testare gli utenti in trattamento per le principali infezioni, quali quelle da HIV, HCV e HBV. La percentuale nazionale media di utenti sottoposti al test HIV è risultata del 37,3%.

La prevalenza media nazionale dei soggetti testati risultati HIV positivi è risultata dell'11,5% con percentuali differenziate nel seguente modo: il 18,7% nelle femmine e il 12,3% nei maschi nei soggetti già in carico, mentre è il 2,3% nelle femmine e il 2,0% nei maschi nei nuovi utenti. La maggior prevalenza di HIV si è riscontrata nel genere femminile. Si è rilevata un'associazione negativa tra basso livello di utilizzo del test e percentuale di soggetti HIV positivi, sottolineando che nelle Regioni a più alta prevalenza di sieropositività si tende anche a testare meno i nuovi soggetti in entrata al servizio. Le situazioni critiche per maggior positività per HIV e contemporaneo minor uso del test sono emerse nella Provincia di Bolzano, in Toscana, in Abruzzo, in Emilia Romagna e in Liguria.

Diffusione di
HIV in utenti
in trattamento
presso i Ser.T: 11,5%
HIV positivi

Le Regioni più colpite dall'HIV sono risultate: Sardegna, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia e Piemonte.

La prevalenza media nazionale dei soggetti testati risultati HBV positivi è risultata del 36,1% con percentuali differenziate nel seguente modo: il 57,3% nelle femmine e il 38,5% nei maschi tra i soggetti già in carico, mentre è il 18,6% nelle femmine e il 19,0% nei maschi tra i nuovi utenti.

Diffusione di
Epatite virale B
in utenti
in trattamento
presso i Ser.T:
36,1% HBV positivi

La scarsità di utilizzo del test si conferma anche per l'epatite B. La percentuale media degli utenti sottoposti al test sierologico è del 40,4%. In questo contesto le Regioni con minore uso del test per HBV sono Bolzano, Liguria, Toscana, Lazio e Friuli Venezia Giulia. Per contro, le Regioni con maggior positività all'HBV sono Abruzzo, Emilia Romagna, Sardegna, Piemonte, Liguria, Bolzano e Toscana. Da segnalare è la riduzione dei ricoveri per epatite B.

La prevalenza media nazionale dei soggetti testati risultati HCV positivi è risultata del 58,5% con percentuali differenziate nel seguente modo: il 65,7% nelle femmine e il

Diffusione di
Epatite virale C in
utenti in trattamento
presso i Ser.T:
58,5% HCV positivi

64,1% nei maschi tra i soggetti già in carico, mentre è il 24,3% nelle femmine e il 24,7% nei maschi tra i nuovi utenti.

Basso risulta anche l'utilizzo del test per l'epatite C, soprattutto per i nuovi tossicodipendenti afferenti ai Servizi. La percentuale media degli utenti sottoposti al test sierologico è del 46%. In questo contesto, le Regioni con minore uso del test per HCV sono Bolzano, Liguria, Toscana, Abruzzo e Lazio. Per contro, le Regioni con maggior positività all'HCV sono Sardegna, Emilia Romagna, Abruzzo, Valle d'Aosta e Liguria.

Dalla lettura delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) emerge una presenza di ricoveri per TBC droga correlati (0,3% nel 2009 contro il 0,26 del 2008). Risultano in riduzione del 2,6% i ricoveri droga-correlati con una diminuzione di 691 ricoveri rispetto al 2007. L'urgenza medica è il motivo prevalente del ricovero. La percentuale di dimissioni volontarie è alta (10,6%).

Un aspetto da evidenziare è il rilevamento di un aumento dei ricoveri per uso di cocaina (+4,2%). Si registra anche un aumento dei ricoveri per uso di cannabinoidi (+5%). Da segnalare anche ricoveri per uso di barbiturici particolarmente osservati in soggetti in età avanzata, oltre i 65 anni. Le classi di età più frequenti nei ricoveri per le diverse sostanze sono state: cannabis 20-24 anni, cocaina 30-39 anni, oppiacei 35-44 anni, psicofarmaci 40-44 anni.

Le Regioni con maggior tasso di ospedalizzazione sono la Liguria, la Valle d'Aosta, l'Emilia Romagna, la Lombardia e la Sardegna con un tasso superiore alla media nazionale che è di 41,7 ricoveri per 100.000 abitanti.

Gli incidenti stradali droga-correlati rappresentano un problema rilevante non solo per i consumatori ma anche per le terze persone coinvolte in questi eventi. Si assiste ad una diminuzione della mortalità correlata agli incidenti stradali per alcol e droga dal 2007 al 2008. Diminuzione del 41,4% dei deceduti e del 33,8% dei feriti.

Le Regioni a più alta mortalità per incidenti stradali droga correlati sono state Emilia Romagna, Veneto e Umbria. I maschi risultano essere interessati dal fenomeno in percentuale maggiore rispetto alle femmine.

Si registra ormai da tempo un trend in decremento dei decessi droga correlati, con un maggior decremento dell'andamento in Italia rispetto al trend europeo. Nel 1999 i decessi sono stati 1.002, nel 2009 sono stati 484. Si evidenzia anche un aumento dell'età media del decesso, con un aumento dei decessi nel genere femminile.

Un'importante osservazione può essere fatta sulla differenziazione geografica dei trend dal 1999 relativamente alla percentuale di overdose, che presenta un aumento al Centro-Sud, ed una diminuzione complementare al Nord. L'Umbria risulta essere la Regione più critica, con un tasso medio di mortalità acuta droga correlata tre volte superiore a quello nazionale.

L'eroina risulta essere la prima sostanza responsabile delle morti per overdose; la seconda è la cocaina. Le età medie dei deceduti sono diversificate: per l'eroina 37 anni. Da segnalare, l'aumento del trend delle overdose per la cocaina.

Ricoveri
ospedalieri
droga-correlati

In aumento i ricoveri
per uso di cocaina e
di cannabis

Riduzione dei morti
e dei feriti in seguito
ad incidenti stradali
droga-correlati

Calo della
mortalità acuta
droga-correlata

Implicazioni sociali

La percentuale di occupazione (lavori occasionali o fissi) degli utenti dei Ser.T è del 70%. Il maggior tasso di disoccupazione si registra tra le femmine. Inoltre, la percentuale di disoccupati risulta maggiore tra i consumatori di eroina rispetto ai consumatori di cocaina e cannabis. Il 4,9% degli utenti dei Ser.T risulta essere senza fissa dimora.

Condizione lavorativa: 70% degli utenti ha un lavoro

Nel 2009 gli ingressi totali dalla libertà in carcere per vari reati sono stati 88.066 con un decremento dal 2008 del 5%. Nel 2009, la percentuale di ingressi di soggetti che presentavano problemi socio-sanitari droga correlati (assuntori occasionali o abituali di droga in assenza di dipendenza, soggetti assuntori con dipendenza) sul totale degli ingressi negli istituti penitenziari, rispetto al 2008, è diminuita passando dal 33% al 29%. Sempre nello stesso anno, gli ingressi dalla libertà di persone con problemi socio-sanitari droga correlati sono stati di 25.180 unità, mentre nel 2008 erano stati 30.528. Da segnalare che il numero di soggetti che ha beneficiato degli affidamenti in prova (art. 94 D.P.R. 309/90) sono stati 1.382 nel 2008 e sono cresciuti a 2.047 nel 2009.

Criminalità droga-correlata

La popolazione dei tossicodipendenti in carcere risulta quasi esclusivamente di genere maschile, in prevalenza di nazionalità italiana, con un'età media di circa 34,9 anni. La maggior parte degli adulti tossicodipendenti in carcere associa il consumo di più sostanze (policonsumatori).

Le strutture di accoglienza per i minori che hanno commesso un reato sono di diverse tipologie. Secondo il Dipartimento della Giustizia Minorile, nel 2009 i minorenni assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei servizi di giustizia minorile sono stati 1.035, con un decremento rispetto al 2008 di 46 soggetti. Oltre il 96,3% degli ingressi è caratterizzato da minori di genere maschile, per l'80% italiani, poco più che diciassettenni. La cocaina viene usata da questa popolazione con più frequenza rispetto all'eroina. Tra i minori italiani si registra un maggior uso di cannabis rispetto agli stranieri che, invece, fanno maggior uso di cocaina e oppiacei.

Minori transitati per i servizi di giustizia minorile

I reati più frequentemente registrati sono quelli di traffico e spaccio. In particolare, negli ultimi 8 anni è stato rilevato un trend in aumento per i reati commessi in violazione del D.P.R. 309/90.

Il mercato della droga

L'Italia si colloca tra i principali Paesi europei come area di transito e di consumo di sostanze stupefacenti, oltre ad evidenziare esperienze limitate di coltivazione di cannabis. Il traffico della droga e dei suoi precursori in Italia viene gestito in gran parte dalle tradizionali organizzazioni criminali (mafia, 'ndrangheta e camorra) che controllano anche una porzione rilevante del mercato estero, grazie alla conformazione e posizione geografica che agevola i rapporti con il mondo criminale globale.

Italia punto centrale del mediterraneo per il traffico

Sul territorio nazionale gli interessi illegali nel settore delle sostanze stupefacenti hanno condotto le maggiori organizzazioni criminali a sviluppare rapporti con gruppi apparte-

Globalizzazione delle organizzazioni criminali

nenti ad etnie diverse, registrando infatti un incremento della presenza di compagini criminali straniere, che si riflette in un incremento del numero di soggetti stranieri deferiti alle autorità giudiziarie per reati in violazione della legge sugli stupefacenti.

In evidenza la criminalità organizzata cinese che si sta insinuando nel mercato nazionale degli stupefacenti; diretta conseguenza ne è il fatto che nel 2009, rispetto all'anno precedente, si riscontra una crescita di violazioni del DPR 309/90 a persone di nazionalità cinese del 107%.

Incremento della
malavita cinese del
107%

La provenienza degli stupefacenti segue le principali vie internazionali di traffico della droga riguardante la Colombia per quanto attiene al mercato della cocaina, transitata principalmente per Messico, Spagna, Olanda, Brasile e Repubblica Dominicana, e l'Afghanistan, per il traffico di eroina, transitata attraverso la Grecia e la Turchia. L'hashish parte dal Marocco e arriva nel nostro Paese transitando per la Spagna e la Francia, mentre le droghe sintetiche e la marijuana giungono principalmente dall'Olanda.

Molteplici vie di
traffico

Per quanto riguarda le operazioni di Polizia si registra un aumento nel 2009 rispetto al 2008 delle operazioni globali lungo le tre direttrici: produzione, traffico e spaccio di stupefacenti con un incremento pari al 1,6%. Le operazioni antidroga nel 2009 sono state 23.187, riportando il sequestro di sostanze illecite nell'85% dei casi, la scoperta di reato nell'8% delle operazioni ed il rinvenimento di quantitativi di droga in un ulteriore 7% delle attività di contrasto.

Aumento del
numero delle
operazioni

I quantitativi di marijuana sequestrata hanno visto un aumento del 211% rispetto al 2008, mentre per la cocaina, l'eroina e l'hashish si è registrata una diminuzione rispettivamente del 1,3%, del 12,1% e del 43,7%. Le quantità più consistenti di cocaina ed eroina sono state sequestrate in Lombardia. I maggiori sequestri di cannabinoidi sono avvenuti in Lombardia, e Campania; quelli di cocaina in Lombardia, Veneto, Calabria, Campania e Lazio; quelli di eroina in Lombardia, Puglia e Veneto; quelli di amfetamine in Piemonte, Alto Adige e Sicilia.

Diminuzione del
volume generale
delle droghe
sequestrate fatta
eccezione per la
marijuana

Si è registrata la diffusione della produzione "in proprio" di sostanze illecite da parte della criminalità organizzata, soprattutto in Calabria, Campania e Sicilia. Il trend dei quantitativi di droghe sequestrate negli ultimi sedici anni pongono al vertice della classifica i derivati della cannabis.

Relativamente al prezzo di vendita delle sostanze, si assiste ad una diminuzione del costo minimo dell'eroina (35 euro) e dell'ecstasy (15 euro) e LSD (14 euro); in aumento quello dei cannabinoidi (11 – 13 euro). La purezza dell'eroina (oscillante tra 0,6 – 68%) risulta più variabile rispetto ad anni precedenti al 2009, analogamente a cocaina (0,77 – 88%) e MDMA (5 – 67%). Più contenuta l'oscillazione della purezza dei cannabinoidi (0,08 – 17%).

Diminuzione del
prezzo di eroina,
ecstasy, cocaina e
LSD. Lieve aumento
del prezzo dei
cannabinoidi

Organizzazione del sistema di risposta alla droga

Sono state censite al 31/12/2009 complessivamente 1.641 strutture sociosanitarie dedicate alla cura e al recupero delle persone tossicodipendenti: 533 erano servizi pubblici per le tossicodipendenze (con 6.982 operatori, meno 3,2% rispetto al 2006) e 1.108

Strutture di
trattamento
socio-sanitario

erano strutture socio-riabilitative del privato sociale di cui il 64,7% erano strutture residenziali, il 19% semi-residenziali e il 16,3% servizi ambulatoriali.

Rispetto al 2008 si osserva una riduzione delle strutture socio-riabilitative pari all'1,4% (10 strutture). La distribuzione delle strutture socio-sanitarie sul territorio nazionale evidenzia una maggiore concentrazione nelle Regioni del Nord ed in particolare in Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna.

Da segnalare l'aumento percentuale in particolare dei servizi per doppia diagnosi, per minori e i servizi multidisciplinari integrati.

Dal 1997 si è assistito ad un aumento del 8,3% del personale ma contemporaneamente all'aumento del 26,1% dell'utenza. Il rapporto utenti/operatori nel 1997 era del 20,6% mentre nel 2009 è arrivato al 24,1%.

Prevenzione primaria

Dalla lettura delle relazioni inviate dalle singole Regioni e P.A. è possibile evincere un incremento degli interventi di prevenzione sia in ambito universale che selettivo e della quota di investimenti finanziari fatti in tale settore soprattutto nel corso del 2008 e del 2009.

Le Regioni che più hanno investito in prevenzione valutando tale condizione sull'indicatore "Importo procapite per tossicodipendente assistito" sono rispettivamente: Bolzano, Calabria, Emilia Romagna, Toscana.

L'importo totale investito nel 2009 è stato di circa 14.500.000,00 euro in prevenzione selettiva e di altri 15.500.000,00 € in prevenzione universale per un totale di 30 milioni di euro. Il Dipartimento per le Politiche Antidroga in tutto il 2009 ha finanziato progetti di prevenzione universale (campagna nazionale) e prevenzione selettiva (progetti per genitori, scuole, posti di lavoro, incidenti stradali) per un totale di 6.842.000,00 €.

Circa 30 milioni di euro investiti dalle Regioni in prevenzione
Circa 7 milioni di euro investiti dal D.P.A. in prevenzione

Trattamenti socio-sanitari

Relativamente ai trattamenti erogati dai Servizi per le tossicodipendenze, oltre 160.800 sono state le persone trattate nell'anno 2009. Dal profilo della distribuzione percentuale dei trattamenti erogati nel 2009 si può notare che il 67% si tratta di trattamento farmacologico (prevalentemente metadone, 48,8%) mentre il 28% è di tipo psico-sociale e/o riabilitativo.

Si osserva un aumento dei trattamenti con metadone (1,5%) ed in particolare quelli a breve termine (1,9%) con contestuale riduzione del medio e lungo termine. Si assiste ad una diminuzione dei trattamenti con buprenorfina (-1,3%) ed un contestuale aumento dei trattamenti psicosociali (+3,8%). Le terapie con naltrexone sono in costante diminuzione.

In carcere si è evidenziato un aumento delle terapie con metadone a medio termine.

Trattamenti erogati dai Ser.T

Per la prevenzione delle emergenze droga correlate e la riduzione dei decessi droga correlati, sono stati attivati numerosi progetti specifici dalle Regioni e dalle Provincie Autonome e contestualmente dalle Amministrazioni Centrali.

Oltre 6 milioni di euro investiti dalle Regioni per la prevenzione di tali emergenze. Altri 205.000 euro investiti dal D.P.A. in tale settore per un totale di 6.205.000 euro.

6.205.000 euro
investiti nelle
emergenze
droga-correlate e
nella riduzione dei
decessi

Trattamenti di prevenzione e contrasto

Dall'analisi delle informazioni contenute nella banca dati del Ministero dell'Interno, si evidenzia che, nel 2009, i soggetti segnalati dai Prefetti ai Ser.T competenti territorialmente, in base all'art. 121 del DPR 309/90, sono stati 8.055, di cui 6.956 maschi (91%). Il dato complessivo risulta pertanto in netta diminuzione rispetto a quello del 2008 (13.612 persone) sebbene il dato 2009 sia da considerarsi provvisorio in relazione ai ritardi di notifica. Nel 2009 le persone segnalate ex art. 75 sono state in totale 28.494, di cui 26.570 maschi (pari al 92,3 %).

Segnalazioni delle
Forze dell'Ordine:
- art. 121, 8.055
- art. 75, 28.494

Dal 1990 al 2009 si è registrato un aumento del trend delle persone segnalate con età maggiore di 30 anni, soprattutto dal 2002, con una maggior incidenza di poliassuntori che spesso assumono stupefacenti in associazione con alcolici. Per quanto riguarda le sostanze d'abuso, il 72% delle segnalazioni riguarda la cannabis; bassa risulta invece la percentuale dei segnalati per sostanze a base di amfetamina. In aumento la percentuale di persone segnalate per detenzione per uso personale di eroina (9% nel 2008 vs 11% nel 2009).

Aumento dell'età
media dei
segnalati e della
percentuale di
segnalati per
detenzione di eroina

Rispetto al 2008, in cui erano state irrogate 14.993 sanzioni, il dato relativo alle segnalazioni per art. 75 nel 2009 risulta in aumento (15.923). Dal 2006 si evidenzia una forte riduzione del numero di soggetti inviati al programma terapeutico e un aumento delle sanzioni applicate. Il fenomeno è sostenuto dalla mancata sospensione delle sanzioni in caso di accettazione del programma (Legge 49/2006).

In aumento le
sanzioni a fronte di
una riduzione delle
persone inviate ai
Ser.T

Con riferimento alle azioni di contrasto in violazione della normativa sugli stupefacenti, oltre 23.000 sono state le operazioni antidroga, oltre 36.000 le denunce, quasi 30.000 gli arresti per reati in violazione del DPR 309/90. Il 67,5% delle segnalazioni deferite all'Autorità Giudiziaria nel 2009 erano a carico di italiani ed un 9% riguardava la popolazione di genere femminile. L'età media dei soggetti segnalati è di poco superiore a trent'anni. In aumento la percentuale di persone straniere, di minori e di femmine deferite alle Autorità Giudiziarie.

Nel 2009
oltre 36.000
denunce per reati
DPR 309/90. In
aumento la % di
stranieri, minori
e femmine

Le denunce per reati legati alla produzione, traffico e vendita di sostanze illecite si concentrano in Lombardia, a differenza del profilo delle denunce per i reati più gravi, che si concentrano, invece, nella penisola meridionale ed insulare.

Il 37% delle segnalazioni all'Autorità Giudiziaria per violazioni della normativa sugli stupefacenti riguardava il traffico di cocaina, seguite dalla cannabis (33%) ed in percentuale minore da eroina (19%), in aumento nel 2009 rispetto al 2008.

In aumento le
denunce per
traffico di eroina

In considerazione dell'aumento negli ultimi anni degli eventi fatali in seguito al fenomeno delle "stragi del sabato sera", è stata attivata un'azione preventiva sia dal punto

di vista normativo sia per quanto riguarda l'intensificazione delle azioni di controllo e monitoraggio dello stato psico-fisico dei conducenti. Il numero di controlli per fondato sospetto di guida sotto l'effetto di alcol e/o droghe svolti dalle FF.OO. nel 2008 è ulteriormente cresciuto (+15%) rispetto all'anno precedente, anno in cui gli eventi erano già incrementati del 76%. Ciò ha portato ad un effetto deterrente cui è corrisposto un forte calo della percentuale di positività per alcol: 15% nel 2006, 6% nel 2007, 3% nel 2008 e 2009. Similmente, si è abbassata anche la positività per droga: 1,4% nel 2006, 0,6% nel 2007, stabilizzandosi allo 0,3% nel 2008 e 2009.

Aumentano i controlli su strada e cala la percentuale di positività per alcol e droga

Le persone condannate dall'Autorità Giudiziaria in seguito alla violazione del DPR 309/90 per reati legati al traffico di sostanze stupefacenti sono circa 13.500. Circa il 23% dei condannati mostra un comportamento recidivo, con un aumento della tendenza alla recidiva dal 2005. Gli stranieri risultano più recidivanti e coinvolti in reati di maggiore gravità.

Le condanne per reati DPR 309/90 sono 13.500

Gli ingressi di soggetti adulti in istituti penitenziari nel 2009 per reati in violazione della normativa sugli stupefacenti, ammontano a 28.780 persone, parte delle quali ha avuto più ingressi nell'arco dell'anno di riferimento. Rispetto al 2008 si registra una riduzione di ingressi negli istituti penitenziari per tale reato del 2,8%.

Riduzione degli ingressi in carcere per reati DPR 309/90

Il 45% dei soggetti entrati negli istituti penitenziari nel 2008 per reati in violazione alla normativa per gli stupefacenti sono usciti in libertà nel corso dell'anno.

Il 45% esce in libertà nell'arco dell'anno

Dal 2009 si registra una riduzione del 31% degli ingressi di minori in carcere per reati legati al DPR 309/90. La reclusione di minori in violazione alla normativa sugli stupefacenti ha riguardato quasi esclusivamente il genere maschile (96%), con prevalenza di soggetti italiani (66,3%), mediamente 17-enni, senza apprezzabili differenze tra i minori di diversa nazionalità.

Riduzione degli ingressi in carcere per reati DPR 309/90 da parte di minori

Reinserimento sociale

In tutti i piani regionali si è registrata una forte presenza di programmi di reinserimento sociale e lavorativo con un investimento globale da parte delle Regioni nel corso del 2009 di circa 12 milioni di euro. Contestualmente il Dipartimento per le Politiche Antidroga nel 2009 ha finanziato un progetto nazionale sul reinserimento lavorativo di 8,5 milioni di euro, per un totale nazionale di 20,5 milioni di euro.

20,5 milioni di euro investiti in attività di reinserimento lavorativo

Il 65% delle Regioni ha dichiarato di ritenere prioritaria l'attivazione di programmi di reinserimento lavorativo con alta accessibilità ai servizi per l'occupazione. Contemporaneamente il 39% delle Regioni ha attivato interventi per il completamento dell'istruzione scolastica.

Nel 2009 sono state affidate ai servizi sociali 2.047 persone tossicodipendenti, con un incremento rispetto all'anno precedente pari al 48% dei soggetti che hanno beneficiato dell'affidamento (1.382 soggetti nel 2008 vs 2.047 soggetti nel 2009 di cui il 5,8% erano stranieri).

Affidamento in prova: aumento del 48% degli affidamenti in persone tossicodipendenti

Nel 26,2% dei casi è stato revocato l'affido per andamento negativo o altri motivi, mentre il 62,8% è giunto a buon fine, mentre nei restanti casi è stato archiviato.

Resta tuttavia critica la condizione conseguente ad un bassissimo utilizzo dell'art. 94 del DPR 309/90 rispetto alle necessità e possibilità esistenti. Da più parti è stata segnalata la necessità di ricorrere all'art. 94 per il trasferimento dei tossicodipendenti dalle carceri alle comunità terapeutiche e/o servizi territoriali se ben controllati e particolarmente qualificati.

Da segnalare che dei tossicodipendenti affidati in virtù dell'art. 94 solo il 39,2% era stato arrestato in seguito alla violazione al DPR 309/90 (art. 73 o art. 74). La maggior parte delle persone pertanto è stato arrestato per reati contro la persona, contro il patrimonio (estorsione, truffa, rapina, etc) contro la famiglia, contro lo Stato o altri reati.

In crescita nell'ultimo biennio la quota di affidati agli Uffici di esecuzione penale esterna (UEPE) provenienti dalle strutture carcerarie; essa è passata dal 37% nel 2006 al 51% nel 2007, al 63% nel 2009.

Bassissimo
utilizzo dell'art.
94: necessità
di aumentare
l'efficienza della
procedura di
affidamento da
parte dei Ser.T



Indice dei documenti allegati nel CD Rom

1. Decreto istitutivo del Dipartimento per le Politiche Antidroga
2. Decreto organizzativo del Dipartimento per le Politiche Antidroga
3. Piano dei progetti 2010 - 2011
4. Sintesi degli orientamenti espressi dagli operatori nella V Conferenza Nazionale
5. Linee di indirizzo: Cocaina e minori
6. Linee di indirizzo: Misure ed azioni concrete per la Prevenzione delle Patologie Correlate all'uso di sostanze stupefacenti
7. Codice di autoregolamentazione: indicazioni per lo svolgimento dei programmi radiotelevisivi che trattano il tema dell'uso di droghe e dell'abuso di alcol, con particolare riferimento alla tutela delle persone minori
8. Linee di indirizzo per lo screening e la diagnosi delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti, nei Dipartimenti delle Dipendenze
9. Linee di indirizzo all'interno dell'attuale contesto normativo, per l'incremento della fruizione dei percorsi alternativi al carcere per persone tossicodipendenti e alcolodipendenti detenute
10. Linee di indirizzo cannabis e minori; tratto da: "Cannabis e danni alla salute - aspetti tossicologici, psicologici, medici, sociali e linee di indirizzo per la prevenzione e il trattamento"

Hanno partecipato operativamente all'analisi preliminare per la stesura del Piano:

MINISTERO DELL'INTERNO

Direzione Centrale Servizi Antidroga

Gaetano Chiusolo, Adele Moretti, Paola Ulivi, Mauro Scenna, Antonio Savoia, Renato Peres, Roberto Torre, Daniela Mengoni, Alfonso Gherso, Francesco De Santis, Francesco Di Tommasi

Direzione Centrale Diritti Civili, Cittadinanza e Minoranze

Claudia Orlando, Ida Verrecchia

Scuola Superiore Amministrazione dell'Interno

Barbara Pomardi

MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Bruna Brunetti, Roberto Liso, Giulio Starnini

Dipartimento per la Giustizia Minorile

Serenella Pesarin, Massimiliano Lucarelli, Maria Teresa Pelliccia, Giovanna Spitalieri, Alessandra Lagorio

Dipartimento per gli Affari di Giustizia

Anna Pagotto, Francesco Ciardi

Ufficio Legislativo

Nadia Plastina

MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI

Direzione Generale Cooperazione Multilaterale e Diritti Umani

Caterina Chiaravallotti, Lorenzo Tomassoni

MINISTERO DELLA SALUTE

Direzione Generale Prevenzione Sanitaria

Pietro Canuzzi

Direzione Generale dei Farmaci e dei Dispositivi Medici

Germana Apuzzo, Paola D'Alessandro

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA

Direzione Generale per lo Studente, la Partecipazione, l'Integrazione e la Comunicazione

Maria Grazia Corradini, Angela Bardi

AGENZIA DELLE DOGANE

Ufficio Centrale Antifrode - Sviluppo e Coordinamento Operativo

Maurizio Montemagno, Nicola Santulli

REGIONE BASILICATA

Rocco Libutti

REGIONE CALABRIA

Domenico Cortese

REGIONE LAZIO

Antonietta Bellisari

REGIONE MOLISE

Salvatore Panaro, Santa Carofiglio

REGIONE PUGLIA

Vito Losito

REGIONE SARDEGNA

Antonio Canu

REGIONE SICILIANA

Loredana Ciriminna

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Raffaele Lovaste, Aldo Sobotka

CNCA - COORDINAMENTO NAZIONALE COMUNITÀ DI ACCOGLIENZA

Riccardo De Facci, Germana Cesarano, Stefano Regio

Co.N.O.S.C.I.

Sandro Libianchi, Emanuela Falconi

ERIT-ITALIA

Vittorio Foschini

FONDAZIONE EXODUS

Luigi Maccaro.

FICT - FEDERAZIONE ITALIANA COMUNITÀ TERAPEUTICHE

Angelo Benvegnù, Mariafederica Massobrio

CeIS - CENTRO ITALIANO DI SOLIDARIETÀ

Marcello Musio

A.CU.DI.PA. - ASSOCIAZIONE CURA DIPENDENZE PATOLOGICHE

Giovanni Di Giovanni

EDU.CARE

Federico Samaden

FeDerSerD - FEDERAZIONE ITALIANA OPERATORI DIPARTIMENTI E SERVIZI DIPENDENZE

Guido Faillace

Lista degli acronimi e delle abbreviazioni

A.S.L. – Azienda Sanitaria Locale

CARICC – Central Asian Regional Information and Coordination Centre

CCM – Centro per la prevenzione e il Controllo delle Malattie

CE – Commissione Europea

CIC – Centri Informazione e Consulenza

CND – Commission on Narcotics Drugs

D.C.S.A. – Direzione Centrale Servizi Antidroga

DPA – Dipartimento per le Politiche Antidroga

DDD – Dipartimento delle Dipendenze

DSM – Dipartimento di Salute Mentale

DOS – Drugs On Street

EE.LL. – Enti Locali

EWS – Early Warning System

FF.OO. – Forze dell'Ordine

GPS – General Population Survey

GHD – Gruppo Orizzontale Droga

ICD – International Classification of Disease

INCB – International Narcotics Control Board

LEA – Livelli Essenziali di Assistenza

MMG – Medici di Medicina Generale

NNIDAC – Network Nazionale Incidenti Droga e Alcol Correlati

N.U. – Nazioni Unite

OEDT – Osservatorio Europeo sulle Droghe e la Tossicodipendenza

ONG – Organizzazione Non Governativa

O.N.U. – Organizzazione delle Nazioni Unite

P.A. – Province autonome

PAN – Piano di Azione Nazionale

PCM – Presidenza del Consiglio dei Ministri

POF – Piano dell’Offerta Formativa
PPC – Prevenzione delle Patologie Correlate
PR – Piani Regionali
PS – Pronto Soccorso
QMS – Quantità Minima Sostanza
RES – Report Epidemiologici Standard
Ser.T – Servizi per le Tossicodipendenze
SICA – Sistema de la Integración Centroamericana
SIP – Società Italiana di Pediatria
SINA – Sistema Informativo Nazionale Alcoldipendenze
SIND – Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze
SIMMG – Società Italiana Medici di Medicina Generale
SPS – Student Population Survey
THC – Tetraidrocannabinolo
U.E. – Unione Europea
U.O. – Unità Operative
UEPE – Ufficio Esecuzione Penale Esterna

Editing a cura di:

Giovanni Serpelloni
Francesca Marazzi

Supervisione tecnico-scientifica:

Elisabetta Simeoni
Luciana Saccone
Luigi D'Onofrio
Mauro Antonelli

Progetto grafico ed impaginazione a cura di:

Riccardo de Conciliis

