



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento Politiche Antidroga

Prevenzione

Riabilitazione

Cura

Valutazione

Monitoraggio

Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-2013

Formazione

Reinserimento

Sviluppo

Supporto

ione 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



1

Introduzione

1. Introduzione



Sen. Carlo Giovanardi

*Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri
con delega alle Politiche per la Famiglia, al contrasto delle Tossicodipendenze e al Servizio Civile*

Anche in Italia, l'uso delle droghe e della tossicodipendenza è un fenomeno rilevante da prevenire e combattere con tutti i mezzi a disposizione affinché il numero dei soggetti coinvolti, tanto nelle pratiche di consumo che nelle attività criminali connesse a tali comportamenti, si riduca drasticamente.

Le Nazioni Unite e l'Unione Europea hanno più volte evidenziato l'importanza e la necessità di un'azione comune e concertata, fondata su un approccio bilanciato, che coniughi misure di prevenzione sul lato della domanda con interventi di repressione sul versante dell'offerta.

Per intervenire in maniera incisiva su tale grave problema, è necessario uno sforzo coordinato da parte dei responsabili delle diverse istituzioni. La forza e la reale efficacia delle azioni di contrasto dipendono in larga misura dal grado di coordinamento che sarà possibile acquisire, sia in ambito nazionale che europeo ed internazionale in generale.

A questo scopo, la stragrande maggioranza di Paesi europei si è dotata, da tempo, di un piano di interventi in cui compendiare le iniziative da attuare in un arco temporale ben definito. Si tratta di un documento programmatico contenente la definizione della strategia che ciascun paese intende adottare per combattere il flagello della droga. Azioni chiare e sostenibili, che prendano in considerazione trasversalmente tutti gli aspetti connessi all'uso delle droghe: dalle azioni di contrasto del narcotraffico alle previsione di nuovi strumenti normativi, dal monitoraggio alla cura, dalla prevenzione delle patologie correlate alla riabilitazione e al reinserimento sociale e lavorativo dei tossicodipendenti.

Con l'approvazione del presente elaborato anche il nostro Paese adotta per il triennio 2010 – 2013 un Piano d'Azione Nazionale Antidroga, finalizzato ad individuare, per aree di intervento, le iniziative che i soggetti pubblici investiti di tale responsabilità, dovranno assumere in materia di contrasto del consumo di sostanze stupefacenti o psicotrope e i suoi contenuti rappresenteranno le future linee di indirizzo generali per l'attuazione di iniziative coordinate sul territorio nazionale.

Nell'individuazione dei principi cardine su cui far ruotare questo importante documento strategico si è partiti dalla posizione programmatica assunta dal Governo in fase di avvio della Legislatura. Tale posizione, come noto, può essere riassunta in tre punti fondamentali che sono ritenuti intangibili e non negoziabili. Con il primo si sottolinea che il tossicodipendente, per quanto cronicizzato, non può essere abbandonato alla sua condizione di disagio e di malattia e deve essere sempre considerato recuperabile alla vita. Il secondo conferma che, sulla base delle nuove evidenze scientifiche, le sostanze stupefacenti, prescindendo dai diversi effetti psicoattivi di ciascuna, sono tutte egualmente dannose e pericolose per la salute delle persone. Per terzo, ma non per ultimo, si afferma che non è lecito drogarsi e che non esiste un diritto a

consumare droga, neppure occasionalmente.

Così come avvenuto in fase di predisposizione del Piano, saranno chiamati a tradurre le indicazioni strategiche del documento in concrete azioni sul campo, le Amministrazioni centrali, le Regioni e le Provincie Autonome, le organizzazioni del privato sociale e del volontariato e le Forze dell'Ordine, ciascuno secondo il proprio specifico ambito di competenze.

Nel mettere a punto il Piano d'Azione si è anche tenuto conto dei diversi livelli di responsabilità, dei compiti istituzionali e dei ruoli di ciascuna amministrazione, nella consapevolezza che le politiche antidroga debbano avere come protagonisti non soltanto le Amministrazioni centrali (e, in particolare, il Dipartimento per le Politiche Antidroga), ma anche le amministrazioni locali, vere artefici delle politiche antidroga sul territorio.

I dati emersi dalle indagini demoscopiche e statistiche effettuate per predisporre la Relazione annuale al Parlamento per l'anno 2009 evidenziando, per la prima volta da molti anni, una regressione, talvolta anche sensibile, del consumo delle sostanze stupefacenti, indicano chiaramente che questa è la strada giusta da percorrere.

Ma perché questo incoraggiante risultato, frutto di uno sforzo comune profuso sia da tutti coloro che operano nell'ambito della prevenzione e della cura, sia dalle Forze dell'Ordine che agiscono nell'ambito del contrasto del narcotraffico, si consolidi nel tempo, occorre che sia sostenuto, in futuro, da azioni mirate come quelle illustrate in questo Piano di Azione Nazionale Antidroga.



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'unitarietà 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 2

Il nuovo
Piano di Azione
Nazionale Antidroga

6

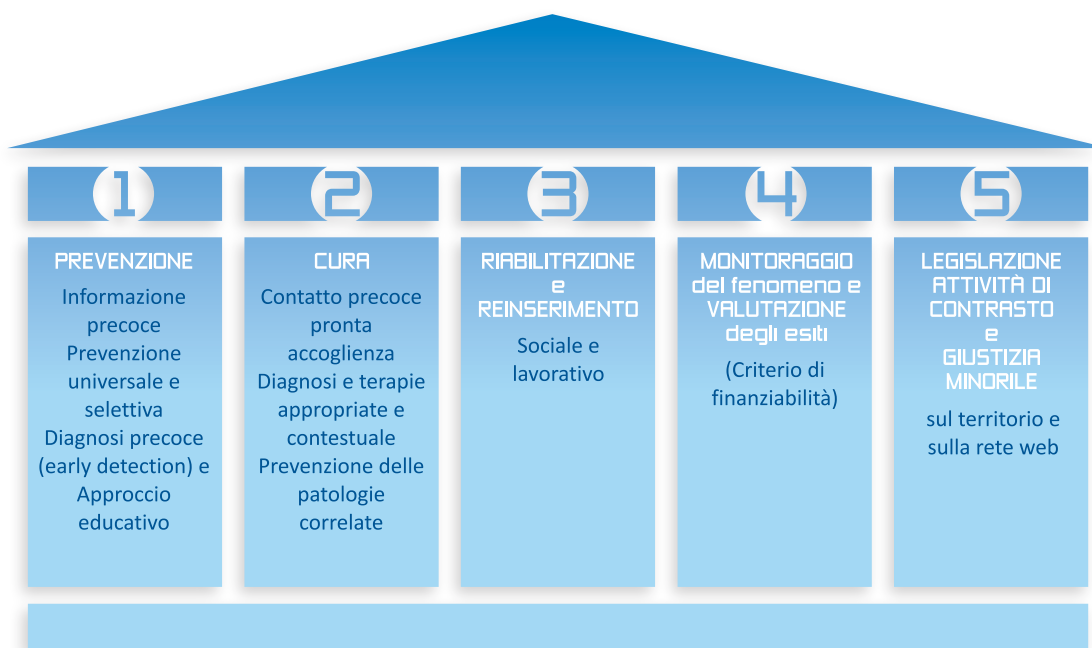
Le aree di intervento

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.

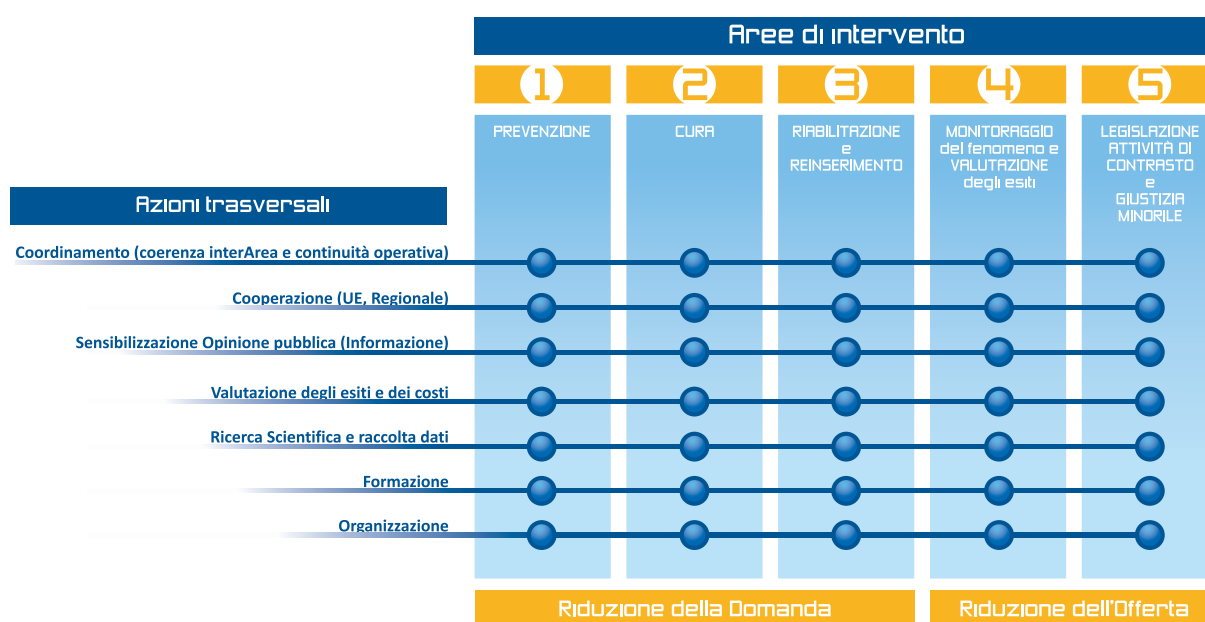
Le cinque aree indicate sono tra loro raggruppate in due grandi contenitori:

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.





Capitolo 2

Il nuovo
Piano di Azione
Nazionale Antidroga

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.

Coordinamento e
confini

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.

Andare oltre

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.

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'alcolodipendenza 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.

Proteggere le
future
generazioni

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-

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 delinquenti, 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 irrimediabilmente

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. È 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 compenstrate. 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. Motore fondamentale
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. Progetti nazionali e network di collaborazione
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. Neuroscienze ed addiction
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. 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. Droga e crimine
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. La consapevolezza del consumatore: uso e finanziamento del crimine organizzato e del terrorismo
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). Sanzioni amministrative e reati penali
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 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.

Azioni
prioritarie e
bilanciamento

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.

Miglior utilizzo
delle pene
alternative

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.

Traffico di
droga e
destabilizzazione
delle istituzioni

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.

Internet: 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 programmatica, 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



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 Chiaravalloti, 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