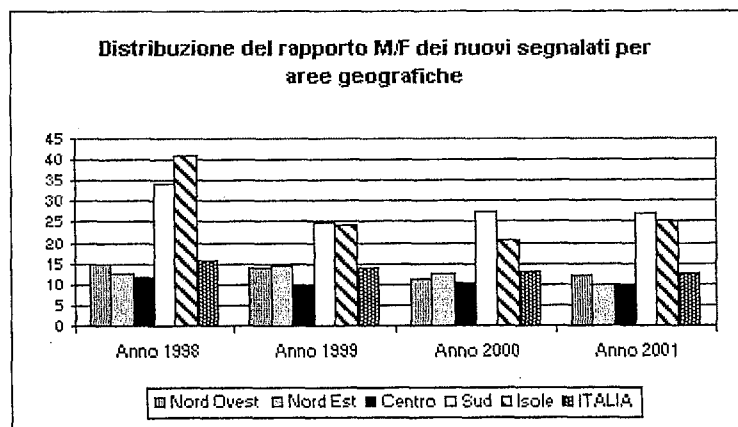


segnalati il valore di 58/1 nelle Isole e, per le nuove segnalazioni, quello di 27/1 nel Sud.

L'analisi dei dati sul 1998-2001 relativa alle caratteristiche dei nuovi soggetti segnalati ogni anno, mostra un quadro sostanzialmente stabile per quanto riguarda l'età media che, in tutto il quadriennio, è di 24 anni e la classe di età maggiormente rappresentata rimane quella tra i 18 ed i 24 anni.

In tutti gli anni viene confermata la netta prevalenza di maschi segnalati rispetto alle femmine, nonostante a livello nazionale il rapporto scenda a 15/1 nel 1998 e 12/1 nel 2001. Tale diminuzione, registrabile a livello di tutte le macroaree, risulta maggiormente accentuata nel Sud (si passa da 34/1 nel 1998 a 27/1 nel 2001) e, soprattutto, nelle Isole dove si passa da 41/1 nel 1998 a 25/1 nel 2001.



Di seguito viene presentata un'analisi sulle caratteristiche dei segnalati in funzione delle sostanze legate alla segnalazione.

EROINA. Relativamente alle "nuove" segnalazioni in base all'art. 75 per possesso di eroina, si evince, nel periodo 1998-2001, a livello nazionale un decremento delle persone segnalate per la prima volta: si passa dall'8,7% al 6% sul totale di tutte le sostanze. Ciò perché, come vedremo, la principale sostanza per cui si viene segnalati la prima volta è l'hashish/marijuana, mentre tra le persone già segnalate, l'eroina sale su valori ben più elevati, anche se in decremento negli anni (si passa dal 25% del 1998 al 20% del 2001). Tali dati si spiegano in quanto le persone già segnalate sono "recidivi", spesso tossicodipendenti, appunto, da eroina.

I soggetti segnalati per la prima volta per possesso di eroina, a livello di macro aree, risiedono principalmente nel Nord e nel Centro. In entrambe le zone del Nord (Ovest ed Est), i soggetti segnalati per la prima volta sono in aumento negli anni (rispettivamente + 5 e + 3 punti percentuali), mentre nel Centro sono invece in diminuzione (-6 punti percentuali).

COCAINA. Le segnalazioni di nuovi soggetti per possesso di cocaina indicano a livello nazionale un aumento, passando dal 5,9% del 1998 al 6,3% del 2001 sul totale delle sostanze; tali valori sono più alti per i soggetti già segnalati precedentemente, che si assestano su valori costanti per tutto in quadriennio vicini al 7%.

I soggetti segnalati per la prima volta per possesso di cocaina, a livello di macro aree, risiedono principalmente nel Nord-ovest, e soprattutto nella Lombardia, e in quest'area aumentano notevolmente negli anni: si passa dal 38,4% al 55,2% e nella sola Lombardia dal 18,4% al 35,6% nel giro di 4 anni. Nelle restanti aree si registra un sostanziale decremento: Nord-est - 3 punti percentuali, Centro e Sud - 6 e Isole - 2 punti percentuali.

CANNABINOIDI. Le segnalazioni in base all'art. 75 per possesso di cannabis tra i nuovi segnalati costituiscono, a livello nazionale, l'82% circa del totale delle sostanze, e ciò in tutti i 4 anni presi in considerazione. Così, la principale sostanza per cui si viene segnalati la prima volta è

l'hashish/marijuana, mentre tra le persone già segnalate (e in questo caso si tratta prevalentemente di tossicodipendenti "recidivi"), il possesso di cannabinoidi scende su valori ben più bassi, anche se in leggero aumento negli anni (si passa dal 64% del 1998 al 69% circa del 2001).

Su 100 soggetti segnalati per la prima volta per possesso di cannabis, a livello di macro aree, la maggior parte risiede nel Nord-ovest e nel Centro Italia (ma mentre nella prima area si segnala un aumento nei 4 anni di 15 punti percentuali, nella seconda si registra un decremento di 7 punti percentuali). Nelle restanti zone le segnalazioni rimangono più o meno costanti.

AMFETAMINE. Le segnalazioni sia di nuovi soggetti che di soggetti già segnalati per possesso di amfetamine sono state, a livello nazionale, minime nei 4 anni presi in considerazione: si tratta di valori prossimi all'1,5-2%.

I segnalati per la prima volta per possesso di tali sostanze, a livello di macro aree, risiedono prevalentemente nel Nord-ovest, in cui negli ultimi anni si è passati dal 23% al 52,3%, e nella sola Lombardia i valori sono raddoppiati) e nel Centro Italia dove i valori sono in decremento (dal 42,9% al 21,9%).

Popolazione carceraria maggiorenne

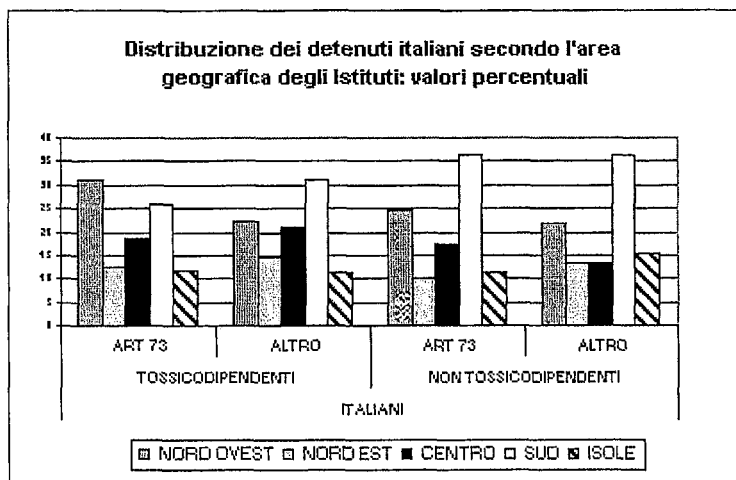
Per quanto riguarda la rilevazione dei dati relativi ai "reati droga-correlati", attraverso i flussi forniti dal Ministero di Giustizia, l'analisi verte prevalentemente sulla caratterizzazione dei detenuti in base all'art. 73 t.u.309/90, relativo alla "produzione e traffico di sostanze stupefacenti o psicotrope".

In attesa di questa necessaria distinzione, per ciò che concerne la complessiva popolazione carceraria al 2001, tra le diverse aree geografiche si evidenzia un'elevata concentrazione di detenuti tra le strutture del Nord-ovest (e in particolare della Lombardia, nella misura del 14,4%, pari a 8.008 detenuti) e del Sud (la Campania presenta la quota maggiore, del 12,5%, pari a 6.891 detenuti).

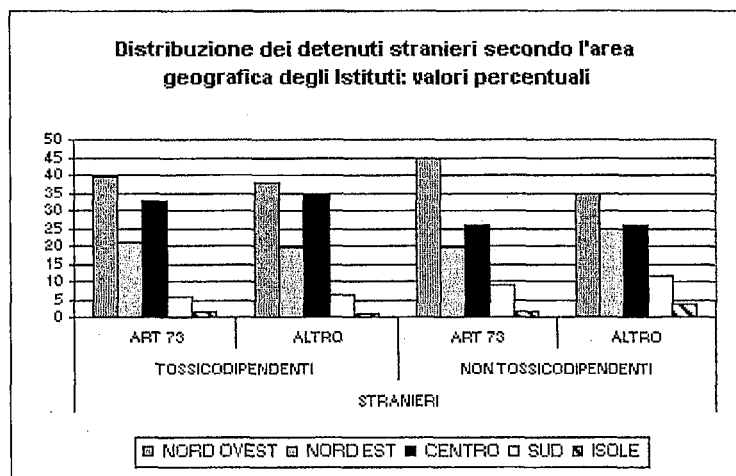
Nelle medesime zone si registra un altrettanto elevata presenza di soggetti ristretti per reati legati alla "produzione e traffico di sostanze stupefacenti o psicotrope" (art.73 t.u.309/90), rispettivamente pari al 29,5% nel Nord-ovest (i detenuti in Lombardia per questo reato sono più della metà dell'intera area geografica) e del 25,4% nel Sud.

Gli stranieri detenuti si concentrano nel Nord-ovest (soprattutto negli istituti penitenziari della Lombardia) e nel Centro (in quest'area spicca il Lazio), soprattutto per i reati legati all'art. 73. I detenuti italiani si concentrano, invece, nel Sud (e tra questi, gli istituti della Campania accolgono il 15,7% dei detenuti, pari a 6.117 soggetti) e sempre nel Nord-ovest, con una notevole presenza di detenuti in base all'art. 73.

Relativamente, invece, alla popolazione entrata in carcere nel corso del 2001, si evidenzia una relazione, sia per i detenuti italiani che per quelli stranieri, tra l'essere stati arrestati per reati connessi all'art. 73 e l'essere tossicodipendenti, e di contro tra il non essere tossicodipendenti e l'essere stati arrestati per reati non ascrivibili all'art. 73. Ciò è evidente, soprattutto, nelle zone di forte concentrazione, come il Nord-ovest e il Sud (soprattutto la Campania) per i detenuti italiani e sempre il Nord-ovest e il Centro (con il Lazio e la Toscana in testa) relativamente ai detenuti stranieri.

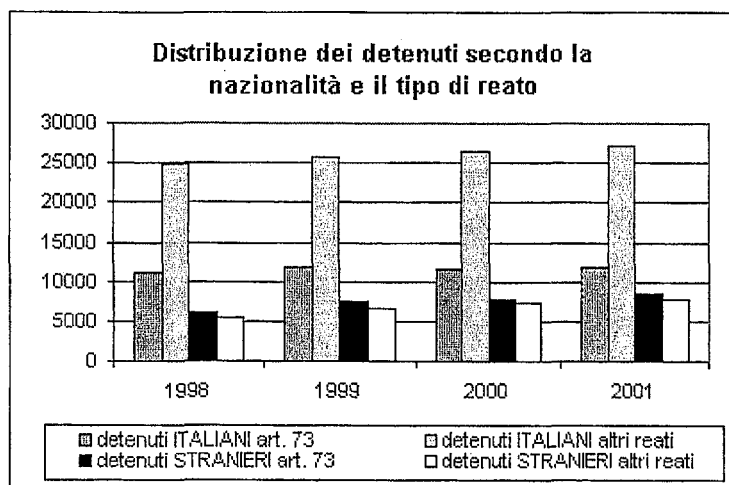


Fonte: Ministero della Giustizia



Fonte: Ministero della Giustizia

L'analisi del trend temporale 1998-2001 illustra, a livello complessivo, un costante aumento dell'istituto della detenzione, e ciò sia per i soggetti di nazionalità italiana che per gli stranieri. Entrambe le tipologie di detenuti sono in leggera e costante crescita sia in riferimento alla detenzione per "produzione e traffico di sostanze stupefacenti o psicotrope" (art.73 t.u.309/90) sia per gli altri tipi di reati.



L'analisi del trend per aree geografiche mostra nella zona del Nord-ovest un andamento discontinuo in merito ai detenuti per l'art. 73: mentre gli italiani risultano essere in costante decremento (dopo un aumento nel periodo '98-'99, in cui si passa da 2687 a 3172), gli stranieri detenuti aumentano progressivamente durante il quadriennio, passando da 2.147 soggetti del 1998 a 3.021 nell'ultimo anno.

Il Nord-est si caratterizza maggiormente, rispetto alle altre zone d'Italia, per una forte presenza di detenuti stranieri rispetto a quelli italiani, e ciò soprattutto in merito alla detenzione legata all'art. 73. I detenuti italiani per motivi legati al traffico di sostanze si attestano su valori medi di 1.100 soggetti, mentre i medesimi stranieri sono in crescita, soprattutto nell'ultimo biennio.

Nel Centro Italia si evidenzia il divario art.73/altri reati riscontrato a livello complessivo: mentre per gli italiani la detenzione per "altri reati" è più del doppio rispetto alla detenzione per l'art. 73 (e ciò si osserva in tutto il quadriennio), per gli stranieri è sempre maggiore (tranne che per il 2000) la detenzione causata da reati legati al traffico illecito di sostanze stupefacenti.

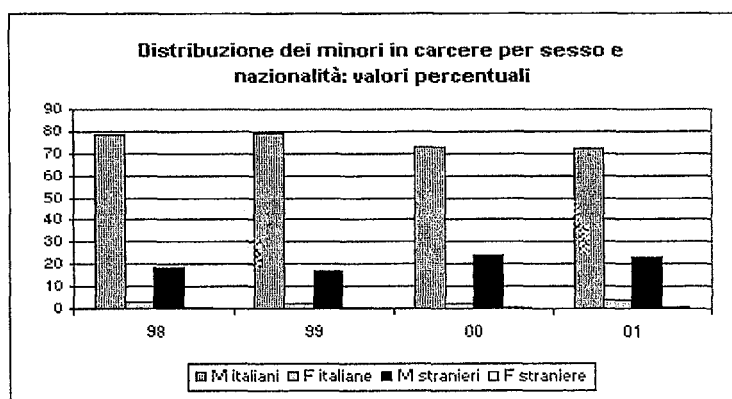
Il Sud, invece, si caratterizza per un'elevata presenza di detenuti italiani, ma mentre durante il quadriennio il numero dei detenuti aumenta relativamente ad altri tipi di reati, la detenzione per l'art. 73 decresce costantemente, per poi aumentare di poco più di 200 unità nel corso dell'ultimo anno. Gli stranieri detenuti in questa area geografica risultano essere di modesta entità per entrambi i tipi di reati, anche se in costante aumento durante gli anni.

In Sicilia e Sardegna, infine, come nel resto del Sud, si conferma la modesta presenza di detenuti stranieri (in cui dal '99 al 2001 aumentano le detenzioni per l'art. 73 e diminuiscono quelle per gli altri reati) e per la massiccia presenza di italiani detenuti non per motivi legati al mondo della droga, anche se i detenuti a causa dell'art. 73 aumentano progressivamente durante il quadriennio e soprattutto nell'ultimo biennio.

Minorenni in carcere

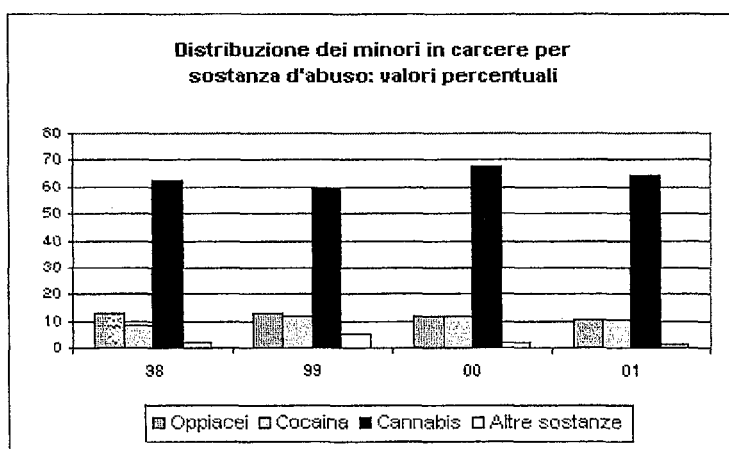
Come segnalato dal Ministero della Giustizia - Dipartimento Giustizia Minorile - nel 2001, i giovani (fino ai 18 anni) assuntori di sostanze stupefacenti venuti a contatto con i diversi Servizi della Giustizia Minorile (centri di prima accoglienza, istituti penali per minorenni, uffici di servizio sociale per i minorenni, comunità) sono stati 1.116: questi sono prevalentemente italiani (il 76%), soprattutto maschi (72,3%) di età compresa tra i 16 ed i 17 anni (63%).

Il trend 1998-2001 evidenzia come i maschi italiani siano leggermente diminuiti negli anni (dal 78,2% al 72,3%) e di contro sono aumentati quelli stranieri (dal 18,6% al 23%); le giovani straniere mantengono un andamento stabile e minoritario mentre le italiane aumentano leggermente (dal 2,8% al 3,9%).



Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento Giustizia Minorile

La cannabis risulta essere la sostanza più assunta (dal 70% dei soggetti), a cui seguono gli oppiacei (12%) e la cocaina (10%). Analizzando il trend si può osservare, considerando tutte le sostanze assunte dai minori e non solo la sostanza d'abuso primaria, che mentre la cannabis presenta un andamento variabile durante gli anni, il consumo di cocaina tra i minori tende ad aumentare (dall'8,6% del '98 al 10,7% del 2001) mentre quello di oppiacei diminuisce (dal 13% circa al 10%).



Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento Giustizia Minorile

PAGINA BIANCA

PARTE 2

Gli interventi istituzionali.

I riferimenti alle politiche di contrasto adottate a livello europeo:

- Introduzione.
- L'adozione di strategie nazionali.
- I contenuti delle strategie.
- Conclusioni.

Le politiche e le strategie nazionali.

Le priorità dell'azione dello Stato e del Governo.

Gli interventi delle Amministrazioni centrali dello Stato.

- Ministero del Lavoro e delle politiche sociali
 - Dipartimento per le politiche sociali e previdenziali - Direzione Generale per la prevenzione e il recupero dalle Tossicodipendenze e Alcolodipendenze e per l'Osservatorio permanente per la verifica dell'andamento del fenomeno delle droghe e delle tossicodipendenze
 - Dipartimento per le politiche del lavoro e dell'occupazione e tutela dei lavoratori - Direzione Generale per l'Impiego
- Ministero dell'Interno:
 - Direzione Centrale per i Servizi Antidroga
 - Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica
- Ministero della Giustizia
 - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.
 - Dipartimento per la Giustizia Minorile.
 - Dipartimento degli Affari di Giustizia- Direzione Generale della Giustizia Penale.
- Ministero della Difesa.
 - Esercito.
 - Aeronautica Militare.
 - Marina Militare.
 - Carabinieri.
- Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca.
- Ministero della Salute.
 - Direzione Generale della Prevenzione
- Ministero degli Affari Esteri.

Gli interventi delle Regioni e delle Province Autonome.

PAGINA BIANCA

Gli interventi istituzionali

I riferimenti alle politiche di contrasto adottate a livello europeo

Introduzione

In questa parte della Relazione, sono presentati gli elementi più significativi degli interventi realizzati nel corso del 2001 dai soggetti istituzionali volti sia a contrastare la diffusione dell'uso di droghe sia a sviluppare la rete di strutture di intervento, ai diversi livelli (terapeutico, riabilitativo e di reinserimento sociale), nei confronti dei soggetti già coinvolti nell'uso e nella dipendenza. Le informazioni sono organizzate seguendo una logica che prende inizialmente in esame le politiche di contrasto adottate nel contesto dell'Unione europea, successivamente vengono presentate le politiche e le strategie nazionali. A questa parte segue la descrizione della complessa rete di attività messe in atto nel corso del 2001 sia dalle Amministrazioni centrali dello Stato, sia dalle Amministrazioni regionali e delle Province Autonome. Rimane da evidenziare che per permettere una lettura comparata delle attività queste sono state articolate, per ciascuna delle Amministrazioni centrali, in:

- attività istituzionali;
- attività di cooperazione internazionale;
- attività nell'ambito UE;
- altre attività di cooperazione internazionale.

Per quanto riguarda la parte del rapporto che riguarda le Amministrazioni regionali e le Province Autonome, curata dal coordinamento Interregionale degli Uffici Tossicodipendenze, che al momento fa capo alla Regione Veneto, le informazioni provenienti da ciascuna Regione o Provincia Autonoma sono state articolate in:

- analisi dell'andamento del fenomeno;
- descrizione della struttura della rete di servizi;
- descrizione dei progetti in corso;
- segnalazione di esperienze di particolare rilevanza;
- descrizione dei costi della rete di servizi;
- descrizione degli obiettivi di programma per il 2002.

Rimane da evidenziare il lavoro fatto dalle singole Amministrazioni, ai fini della stesura della presente Relazione, che sta ad indicare un ulteriore sviluppo della capacità operativa in senso generale, ma che permette di percepire, nello specifico, la mole di attività messe in campo per contrastare il fenomeno nei suoi diversi aspetti.

L'adozione di strategie nazionali

Nel 2001 si è confermata a tendenza, già delineatasi nel 1999 e nel 2000, alla definizione e all'adozione da parte dei paesi dell'Unione Europea di strategie e piani d'azione nazionali specifici in materia di droga. In particolare, durante l'ultimo anno Irlanda, Belgio, Finlandia e Portogallo (a cui si aggiungono Galles e Scozia) hanno adottato una strategia o un piano d'azione in materia

di droga portando a 10¹ il numero dei paesi dell'Unione che hanno definito strategie programmatiche, con precisi obiettivi politici da raggiungere nel medio periodo. La Germania, la Grecia, e l'Italia, sono fra i paesi dell'Unione che ancora non hanno sviluppato un piano d'azione in materia di stupefacenti. Nel corso del 2001, i rispettivi Governi, hanno annunciato l'intenzione di attivarsi per l'adozione di una strategia nazionale nel 2002 (per quanto riguarda l'Italia il documento di riferimento è riportato nelle pagine seguenti).

1999 – 2000
<p>Regno Unito: Drug strategy : Tackling Drugs to Build a Better Britain, to 2008</p> <p>France: French Drug Strategy 1999 – 2001</p> <p>Vienna: The Vienna Drug Policy Programme, 1999</p> <p>UK - Scotland: Drug strategy: Tackling Drugs in Scotland: Action in Partnership ,1999</p> <p>UK - Northern Ireland :Drug strategy: Drug Misuse in Northern Ireland: A policy Statement 1999.</p> <p>Portugal: Portuguese Drug Strategy, 2000</p> <p>Spain: Spanish Drug Strategy 2000 – 2008</p> <p>Austria-Salzburg: Action Plan</p> <p>Luxembourg: Action Plan 2000-2004</p> <p>United Kingdom:National Plan 2000/2001</p> <p>Austria -Styria and Lower Austria: Action Plans</p>
2001
<p>Belgium: Political note, 2001</p> <p>Portugal: Action Plan 'Horizonte 2004', 2001</p> <p>Ireland: Building on experience 2001 – 2008</p> <p>Finland: Action Plan 2001 – 2004</p> <p>UK - Scotland: Scottish executive Action Plan 'Protecting Our Future', 2001</p> <p>UK - Wales: Tackling substance Misuse in Wales 'A Partnership Approach', 2001</p>
2002
<p>Svezia: Piano d'Azione Nazionale 2002-2005.</p>

I contenuti delle strategie

Pur con grandi differenze fra i paesi, le nuove strategie presentano un approccio comune nel tentativo di avvicinarsi al problema secondo criteri non più ideologici, ma basati su elementi concreti e dati scientifici.

a)Un rinnovato approccio al consumatore di stupefacenti:

se la linea di demarcazione tra condotta criminale legata all'uso di stupefacenti e "tossicodipendenza" concepita come patologia fisica, psicologica e sociale diventa sempre più marcata, le strategie di molti paesi individuano nel recupero della salute fisica e mentale degli individui la priorità rispetto alle misure penali e giudiziarie. La depenalizzazione dell'uso e del possesso di droga in alcuni paesi - il Portogallo ha depenalizzato l'uso e il possesso di tutte le droghe, il Lussemburgo dei cannabinoidi, il Belgio ha annunciato una modifica alla legge in tale senso - sono una conferma di tale tendenza, in cui le misure penali vengono sostituite da interventi sanitari e sociali. Inoltre il Regno Unito si appresta a riclassificare la cannabis, da classe B a classe C, in modo da rendere l'arresto di eventuali reati per possesso per uso personale non obbligatorio.

La cooperazione tra forze di polizia e giudiziarie e operatori dei settori sanitario e sociale è vista, nelle Strategie dei Paesi dell'Unione,

come l'elemento cruciale per la realizzazione di efficaci misure di assistenza, trattamento e reintegrazione dei tossicodipendenti. In Francia Il Piano d'Azione triennale ha permesso la realizzazione di accordi formali tra magistrati e autorità sanitarie locali in ognuna delle Province Francesi (Départments). In Belgio, la nuova Strategia prevede la creazione di Managers per ogni circoscrizione con il compito assicurare una assistenza mirata ad ogni tossicodipendente arrestato per reati inerenti al suo consumo di stupefacenti.

b)Ridurre le conseguenze negative dell'uso di droga:

l'articolo 152 del trattato di Maastrich invita gli Stati membri a prendere le necessarie iniziative nel tentativo di ridurre i "danni alla salute causati dalla

¹ Austria (a livello delle Province), Belgio, Finlandia, Francia, Irlanda, Lussemburgo, Portogallo, Spagna, Svezia, Regno Unito.

droga" mentre la Commissione Europea ha recentemente proposto una Raccomandazione per la prevenzione e riduzione dei rischi associati alla tossicodipendenza². Nei Paesi dell'Unione le cosiddette politiche di riduzione dei rischi, tuttora oggetto di molte polemiche, stanno gradualmente uscendo dalla "semi-illegalità" per passare a fare parte integrante delle strategie nazionali. Questo processo è più marcato in Germania, Olanda e Spagna dove misure sperimentali innovative, - "sale d'inezione" e la somministrazione controllata di Eroina - sono state recentemente lanciate. In Germania, 19 sale di iniezione sono state legalizzate nel 2000, in Olanda fanno parte integrante della politica del governo e ne esistono 16, mentre la Spagna ha recentemente approvato in fase test l'installazione di una vicino Madrid. In Portogallo ed in Lussemburgo le rispettive leggi sono state modificate nel 2001 per prevederne l'installazione, non ancora avvenuta per le forti resistenze delle Regioni e dei Comuni. Per quanto riguarda l'avvio di programmi di somministrazione controllata di Eroina a tossicodipendenti cronici con vari fallimenti di riabilitazione alle spalle, questi sono allo studio in Olanda dove dal 1998 750 persone hanno fatto parte di un progetto di somministrazione controllata di Eroina. Diversa invece è la situazione in altri Paesi Europei quali la Danimarca, la Finlandia, la Svezia e la Grecia, dove il dibattito è ancora molto acceso sulla possibile introduzione di misure di limitazione degli effetti negativi del consumo di droghe.

c) Misure di prevenzione e trattamento, tradizionalmente rivolte agli stupefacenti, estese ad alcol e tabacco:

recenti studi segnalano come i danni sanitari e sociali provocati da alcol e tabacco sono di gran lunga superiori a quelli provocati dalle cosiddette droghe illecite. Inoltre l'alcol fa parte integrante dei nuovi modelli di consumo di droghe (policonsumo). La maggior parte dei governi Europei e non solo i paesi nordici, dove tradizionalmente l'alcol è il problema primario, riflettono sulla necessità di estendere i messaggi preventivi e i servizi di trattamento ad altre "droghe" che non quelle esplicitamente vietate dalle leggi. In Spagna, Germania, Francia, Grecia, Austria (tre Länder), Irlanda, Norvegia, Belgio, Regno Unito, Galles, Scozia e Irlanda del Nord i nuovi programmi in materia di stupefacenti sono prevalentemente centrati sulla pericolosità per la salute pubblica delle sostanze oggetto d'abuso, indipendentemente dal loro status legale. Tabacco ma soprattutto Alcol entrano a far parte dei programmi di prevenzione, specialmente diretti ad adolescenti e giovani, prima dedicati solo agli stupefacenti.

d) Il rafforzamento degli strumenti di coordinamento:

il Piano d'Azione Europeo sulla droga invita gli Stati membri a dotarsi o a rafforzare gli strumenti di coordinamento in materia di stupefacenti. Il Piano, prevede l'istituzione di coordinatori nazionali in ogni Paese e l'organizzazione di due riunioni annuali in coincidenza con le Presidenze di turno dell'Unione.

Il segnale preponderante è quello della necessità di politiche coerenti e globali che mettano a frutto gli sforzi di tutte le risorse coinvolte nel raggiungimento di obiettivi comuni. Il requisito fondamentale per una politica anti-droga che aspira ad essere efficace è infatti il coordinamento tra tutti gli attori che operano nel campo: a livello governativo e a carattere locale, sia pubblici e che privati. Nel 2001 Italia e Svezia si sono dotate di un coordinatore

² COM (2002) 201 final Proposal for a Council Recommendation on the prevention and reduction of risks associated with drug dependence Brussels, 08.05.2002

XIV LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

nazionale portando così a nove il numero dei Paesi che si avvale di un sistema di coordinamento strutturato, direttamente collegato al processo decisionale del Governo e con a capo un coordinatore nazionale.³

Quadro sintetico referente alle strategie nazionali, organismi responsabili del coordinamento e Coordinatori Nazionali
Aggiornato al Giugno 2002

	Documenti di Strategia/ Piani d'Azione	Organismi responsabili del coordinamento	Coordinatori Nazionali
AUSTRIA	Tutte le 9 Province Austriache hanno un Piano d'Azione	Coordinamento Droge Federale + Conferenza dei Coordinatori droga/ Tossicodipendenza	Ogni provincia ha un Coordinatore droga o Coordinatore Tossicodipendenza
BELGIUM	'Political Note' Gennaio 2001	Ministero federale della Sanità	proposto
DENMARK	Strategia anti-Droga 1994	Ministero della Sanità	no
FINLAND	Piano d'Azione 2001 - 2003	Ministero Affari Sociali e Sanità	no
FRANCE	Piano d'Azione 1999-2001; nuovo Piano in preparazione	MILDT (Primo Ministro)	Ms. Maestracci
GERMANY	Future Piano d'Azione	Ministero federale della Sanità	Ms. Caspers-Merk
GREECE	Piano d'Azione 2001 - 2005 (non ancora adottato)	OKANA - Ministero della Sanità	Proposto
IRELAND	Strategia 2001-2008	Ministero del Turismo, Sport and tempo libero	Mr. Ryan
ITALY	Programma del Governo	Dipartimento per il coordinamento delle politiche antidroga	Mr. Soggiu
LUX	Piano d'Azione 2000 - 2004 (solo riduzione della domanda)	Ministero della Sanità	Mr. Origer
NL		Ministero Affari Sociali e Sanità e Sport	no
PORTUGAL	Strategia 2001-2008 e Piano d'Azione 2000-2008	IPDT - Ministero della Sanità	Technical level
SPAIN	Strategia 2001-2008 Piano d'Azione 2000-2008	PNSD - Ministero degli Interni	Mr. Robles
SWEDEN	Piano d'Azione 2002-2005	Ministero della Sanità	Mr. Fries
U.K.	Strategia 1998 - 2008	Ministero degli Interni	No

e)La decisione politica basata su fondamenti scientifici:

con le nuove strategie in materia di droga si delinea la tendenza a fondare le decisioni politiche su dati scientifici, avvalendosi dell'esperienza e delle conoscenze prodotte dal mondo scientifico e abbandonando invece un approccio solo ideologico. Portogallo, Francia, Regno Unito, Irlanda, Spagna, Belgio, Austria, Germania confermano tale tendenza nelle loro strategie nazionali. A tale proposito ci sembra importante sottolineare un passaggio della Strategia Portoghese che ben riproduce un nuovo atteggiamento in materia di politica antidroga: "La nuova strategia (Strategia Droga Portoghese 2000-2008) è basata sulla conoscenza e non sul pregiudizio, su principi e non su slogans, sul pragmatismo e non su dogma".

Conclusioni

Che qualcosa sia cambiato nel modo di fare politica in materia di droga sembra evidente almeno per quanto riguarda le intenzioni della maggior parte dei governi europei. Se infatti nei dieci anni intercorsi tra il 1987 e il 1997 erano stati adottati solamente 4 documenti strategici in materia di stupefacenti, nei quattro anni successivi, dal 1998 al 2002 sono stati adottati circa 25 tra Piani d'Azione e Strategie Nazionali. Questo indica come la politica antidroga sia ormai concepita come una tra le

³ L'Osservatorio Europeo ha recentemente pubblicato una rassegna comparativa delle strategie nazionali e dei meccanismi di comunicazione in materia di droghe nei paesi dell'Unione.

priorità più importanti dei Governi Europei. Il passaggio da una "politica reattiva" - nella quale gli interventi vengono spesso intrapresi nell'urgenza - ad una "politica proattiva" - che tende ad anticipare il problema piuttosto che subirlo -, è elemento centrale di tale nuovo approccio. In esso si identificano con chiarezza obiettivi e strumenti, risorse e responsabilità. Ferma restando l'ideologia, la cultura ed i principi guida caratteristici ad ogni Paese Europeo, il processo di adozione di una Strategia nazionale ha stimolato quasi ovunque un ampio e franco dibattito sulla necessità di raggiungere risultati più efficaci in confronto a quanto non sia stato raggiunto nel passato. Ciò ha sensibilmente contribuito a ravvicinare alcune posizioni discordanti e ad accrescere la consapevolezza sia a livello governativo, politico che nell'opinione pubblica sui problemi correlati all'uso di droga e sulle risposte ad esso più adeguate. Tuttavia, l'adozione di una Strategia o di un Piano d'Azione non implica direttamente la sua efficace applicazione ed il conseguente raggiungimento degli obiettivi fissati. Se da un lato la tendenza seguita da molti Paesi ad indicare, nelle proprie strategie, precisi 'targets' ed obiettivi dimostra la lodevole intenzione di voler raggiungere risultati concreti e tangibili, dall'altro la mancanza risorse adeguate (Portogallo), di dati di riscontro (baseline⁴ - Regno Unito) e di solidi meccanismi di valutazione potrebbe rendere vano il processo di pianificazione.

Da una prima analisi d'insieme delle Strategie Europee è possibile concludere sui seguenti elementi portanti:

- Strategie che identificano i principi e gli obiettivi generali e Piani d'Azione per definire in dettaglio, modalità, tempi, risorse e responsabilità;
- Impegni a lungo termine per identificare e mettere in pratica non sempre facili programmi sembrano preferibili a strategie limitate della durata di 2-3 anni;
- Definizione di obiettivi concreti in modo da concentrare l'azione del Governo;
- Ricerca di risultati concreti e misurabili per individuare eventuali progressi;
- Istituzione di meccanismi interni ed esterni di valutazione per correggere ed affinare gli interventi;
- Coordinamento forte in grado di sviluppare sinergie tra tutti gli attori nazionali per il raggiungimento in partnership di obiettivi comuni.

⁴ Per baseline si intende una soglia statistica di partenza alla con la quale confrontare dati della stessa categoria dopo l'esecuzione degli obiettivi previsti nella strategia. Es. Se l'obiettivo posto è di ridurre il consumo di cocaina nei giovani del 50% in 4 anni, è necessario stabilire la 'baseline', cioè di identificare quale è il dato sul consumo di cocaina nei giovani all'inizio della misurazione.

Le politiche e le strategie nazionali

L'avvio dell'attuale legislatura è coinciso con l'entrata in vigore dei decreti legislativi n. 300/99 di "Riforma dell'organizzazione del Governo a norma dell'art. 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59" e n. 303/99 di "Ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri a norma dell'art. 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59", i quali hanno realizzato una radicale trasformazione dell'Amministrazione centrale. Tale riforma ha profondamente inciso anche nel settore della prevenzione e recupero dalle tossicodipendenze in conseguenza, in particolare, del trasferimento dei compiti (con le inerenti risorse finanziarie, materiali ed umane) dal Dipartimento degli affari sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri al Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Le funzioni già esercitate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di lotta alla droga sono state attribuite dal nuovo regolamento di organizzazione (D.P.R. n. 176 del 2001) alla "Direzione Generale per la prevenzione e il recupero delle tossicodipendenze e alcooldipendenze correlate e per l'osservatorio permanente per la verifica dell'andamento del fenomeno delle droghe e delle tossicodipendenze", collocata nell'ambito del Dipartimento per le politiche sociali e previdenziali del Ministero. Tali funzioni sono, più precisamente, così definite:

- coordinamento delle politiche per contrastare il diffondersi delle tossicodipendenze e delle alcooldipendenze correlate;
- collaborazione con le associazioni, le comunità terapeutiche ed i centri di accoglienza operanti nel campo della prevenzione, recupero e reinserimento sociale dei tossicodipendenti;
- informazione e documentazione sulle tossicodipendenze;
- definizione e aggiornamento delle metodologie per la rilevazione, la elaborazione, la valutazione ed il trasferimento all'estero delle informazioni sulle tossicodipendenze.

La *ratio* posta a fondamento della citata ampia riforma dell'Amministrazione centrale dello Stato era, come noto, quella di portare a compimento il potenziamento - già intrapreso con la legge n. 400 del 1988 - delle autonome funzioni di impulso, indirizzo e coordinamento del Presidente del Consiglio (e quindi, indirettamente, del suo apparato amministrativo di supporto), da realizzarsi anche mediante "l'eliminazione, riallocazione e trasferimento ad altre amministrazioni delle funzioni concernenti compiti operativi, gestionali, o comunque non riconducibili alle predette funzioni di impulso, indirizzo e coordinamento" (art 12 della legge n. 59/97). Nella concreta attuazione, tuttavia, tale nuova impostazione non aveva tenuto in adeguata considerazione le peculiarità proprie del settore delle tossicodipendenze, nel quale il Dipartimento degli affari sociali della Presidenza svolgeva anteriormente alla riforma - particolarmente a seguito delle innovazioni introdotte con la legge n. 45 del '99 - funzioni solo in parte connesse a compiti di natura operativa e gestionale. Nel corso dell'attuale legislatura è emersa, dunque, l'impellente ed improcrastinabile esigenza di riallocare ad un livello più elevato le attività di definizione delle strategie generali di contrasto al fenomeno, di elaborazione di future revisioni della normativa in materia, di raccordo dell'attività posta in essere dalla pluralità dei soggetti pubblici e privati operanti nel campo della lotta alla droga. A tale esigenza, il Governo ha fatto fronte con la nomina di un Commissario straordinario, al fine di coordinare le iniziative in materia di contrasto alla diffusione della droga e di recupero dei tossicodipendenti e di formulare eventuali proposte in materia (Decreto del Presidente della Repubblica in data 30 novembre 2001).

Il Commissario è supportato dal Dipartimento nazionale per le politiche antidroga, istituito presso la Presidenza del Consiglio dei ministri con D.P.C.M. in data 15 novembre 2001.

Il Commissario straordinario ha il compito di perseguire i seguenti obiettivi:

- coordinare le iniziative e gli interventi urgenti tra le Amministrazioni e gli Enti operanti in materia di contrasto e di recupero delle persone dedite all'uso di sostanze stupefacenti;
- formulare proposte al Presidente del Consiglio dei Ministri dirette ad assicurare la massima operatività dell'azione di prevenzione, di contrasto e di recupero connessa all'uso illecito delle sostanze stupefacenti e psicotrope.

Il Dipartimento nazionale per le politiche antidroga ha il compito di assicurare il necessario supporto amministrativo alla funzione di indirizzo e coordinamento del Comitato di coordinamento per l'azione antidroga e, in particolare, del Presidente del Consiglio dei Ministri che lo presiede. Ferme restando le competenze attribuite ad altre Amministrazioni, il Dipartimento:

- svolge attività istruttorie necessarie ai fini dell'esercizio del potere di indirizzo e coordinamento del Governo;
- predispone un Piano triennale di contrasto alla diffusione del fenomeno della droga, nonché ulteriori proposte e piani operativi;
- acquisisce, per il tramite delle amministrazioni competenti, ed elabora adeguate statistiche su tutti gli aspetti del fenomeno della tossicodipendenza;
- predispone proposte di revisione della vigente legislazione in materia da sottoporre al Comitato nazionale di coordinamento per l'azione antidroga;
- verifica il rispetto, da parte dei Ministeri interessati e degli altri soggetti pubblici e privati operanti nel settore, delle linee-guida e degli obiettivi previsti dal Piano nonché da ogni ulteriore provvedimento del Governo in materia di recupero dei tossicodipendenti, sia per l'utilizzazione delle risorse finanziarie, sia per l'attuazione degli interventi.

In tali sedi sono iniziati, negli ultimi due mesi dell'anno 2001, lo studio e l'elaborazione del piano triennale di contrasto alla diffusione del fenomeno della droga (successivamente formalmente proposto dal Commissario straordinario del Governo ed approvato dal Consiglio dei Ministri nella seduta del 14 febbraio 2002). Nel documento di definizione delle politiche e strategie nazionali in tema di tossicodipendenza si indicano le modalità di raccordo e coordinamento tra le Amministrazioni centrali, regionali, locali, enti ausiliari e soggetti privati, si definiscono gli strumenti di valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi definiti e si propongono i necessari interventi correttivi in materia di contrasto alla droga e di recupero delle persone dedite all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Dettaglio del documento di definizione delle politiche e strategie nazionali

Prevenzione del disagio giovanile e delle dipendenze.

Le attività di prevenzione dovranno rappresentare il punto centrale delle politiche sociali. Dovranno essere indirizzate verso diverse tipologie di intervento, ad una più vasta platea di soggetti. A tal fine, risulterà necessario coordinare interventi che coinvolgano tutta la società, in modo particolare, la famiglia e la scuola. Gli interventi dovranno essere orientati al sostegno della progettualità e dell'autonomia dei giovani, per costruire un futuro libero dall'uso di qualunque sostanza stupefacente. I progetti dovranno essere finalizzati a promuovere lo sviluppo integrale della persona, offrire occasioni di miglioramento dei processi di partecipazione attiva e concrete occasioni di inserimento nel mondo della formazione e del lavoro. Le iniziative di prevenzione dovranno essere sviluppate all'interno di una rete di servizi che coinvolgano sia i soggetti

istituzionali che il privato sociale. Inoltre, le campagne informative dovranno valorizzare il ruolo dell'individuo nella società. Gli obiettivi della campagna informativa nazionale e di prevenzione dovranno pertanto promuovere stili di vita responsabili, potenziare la ricerca di sensazioni ed emozioni non legate a comportamenti a rischio e quindi ridurre la domanda e ricerca di droga.

Servizi pubblici per le dipendenze.

Il governo dovrà valorizzare la diffusione sul territorio dell'esperienza maturata dal Ser.T.. Al fine di favorire l'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999 che prevede, per le Regioni e le Aziende Sanitarie, l'organizzazione di un'area dipartimentale funzionale per il trattamento, il reinserimento e la prevenzione dei problemi correlati all'uso di sostanze psicotrope, si renderà necessario il potenziamento delle attività psico-sociali dei servizi in un'ottica di sinergia e di collaborazione con gli altri enti, pubblici e privati, operanti nel campo delle dipendenze. Di conseguenza, tale valorizzazione riguarderà anche l'area della salute mentale e l'area materno-infantile, al fine di costruire progetti comuni e coerenti e di ottimizzare le risorse. Il Dipartimento dovrà pertanto essere organizzato con modalità di integrazione interistituzionale che vedano la diretta partecipazione, a livello operativo-decisionale, del privato sociale accreditato, delle Associazioni di volontariato e delle Associazioni-famiglie alle quali dovrà essere riconosciuto, con apposite convenzioni, un ruolo strategico importante nell'ambito dello sviluppo di un moderno sistema di protezione della salute.

Strutture socio-riabilitative, pubbliche e private.

Il Governo dovrà assicurare la disponibilità dei principali trattamenti relativi alla cura e alla riabilitazione dall'uso di sostanze stupefacenti e garantire la libertà di scelta del cittadino tossicodipendente e della sua famiglia di intraprendere i programmi riabilitativi presso qualunque struttura autorizzata su tutto il territorio nazionale, sia essa pubblica che del privato sociale. A tal fine, sarà necessario intervenire sull'attuale normativa affinché anche le strutture socio-riabilitative siano autorizzate a certificare lo stato di tossicodipendenza della persona ed avviarla verso un programma riabilitativo avvalendosi di un'apposita équipe multidisciplinare integrata. Considerata l'entità del fenomeno e l'obiettivo di avviare un maggior numero di tossicodipendenti in percorsi riabilitativi, si rende necessaria la costituzione di misure per l'edilizia residenziale, finalizzate alla creazione di nuove strutture e al potenziamento della ricettività e dei servizi delle strutture già esistenti. Si dovranno valorizzare le risorse dei servizi pubblici attraverso una reale integrazione tra il servizio pubblico ed il privato-sociale in un quadro di effettiva pari dignità. Si dovrà, infine, provvedere alla formazione del personale e dei volontari operanti nelle strutture socio-riabilitative.

I tossicodipendenti in carcere.

Particolare attenzione si dovrà rivolgere ai detenuti tossicodipendenti ai quali occorrerà garantire il diritto di accedere, qualora ne facciano richiesta e secondo le normative vigenti, a percorsi riabilitativi alternativi alla detenzione. Si dovrà, pertanto, promuovere la realizzazione di specifiche strutture "a custodia attenuata", inserite nell'ambito del Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria, gestite in collaborazione con le realtà del privato sociale e propedeutiche al successivo inserimento delle persone in programmi riabilitativi "drug-free".

Reinserimento lavorativo.

Per promuovere l'inserimento lavorativo di coloro che hanno concluso con successo un programma di riabilitazione dalla tossicodipendenza, si dovranno incentivare programmi di formazione professionale.

Sono stati perciò individuati interventi relativi a:

- applicazione dell'Atto di Intesa Stato-Regioni per la formazione e l'avviamento al lavoro dei tossicodipendenti;
- inclusione degli ex-tossicodipendenti tra le "categorie svantaggiate" previste dal 1° comma dell'art. 4 della legge 381/91 in materia di Cooperative Sociali;
- incentivazione all'avviamento di attività imprenditoriali da parte di ex-tossicodipendenti;
- miglioramento della normativa che regola "l'aspettativa" per i lavoratori che si sottopongono a programmi riabilitativi.

Sistema di valutazione degli interventi.

Al fine di garantire più adeguati interventi di prevenzione, cura, recupero e reinserimento dei tossicodipendenti, sarà necessario attivare procedure di valutazione e accreditamento dei servizi sia pubblici che privati; saranno promosse attività progettuali nelle diverse aree di intervento volte alla messa a punto degli strumenti metodologici e alla produzione di informazioni sui processi e i risultati raggiunti. In particolare, si dovranno promuovere attività di valutazione a medio-lungo termine degli esiti degli interventi in relazione alle diverse realtà sociali che compongono il quadro nazionale.

Più in generale, i nuovi indirizzi manifestati dal Governo in una pluralità di occasioni istituzionali e non istituzionali evidenziano, anzitutto, l'esigenza di collocare le scelte nazionali nel quadro degli indirizzi europei. Alla definizione