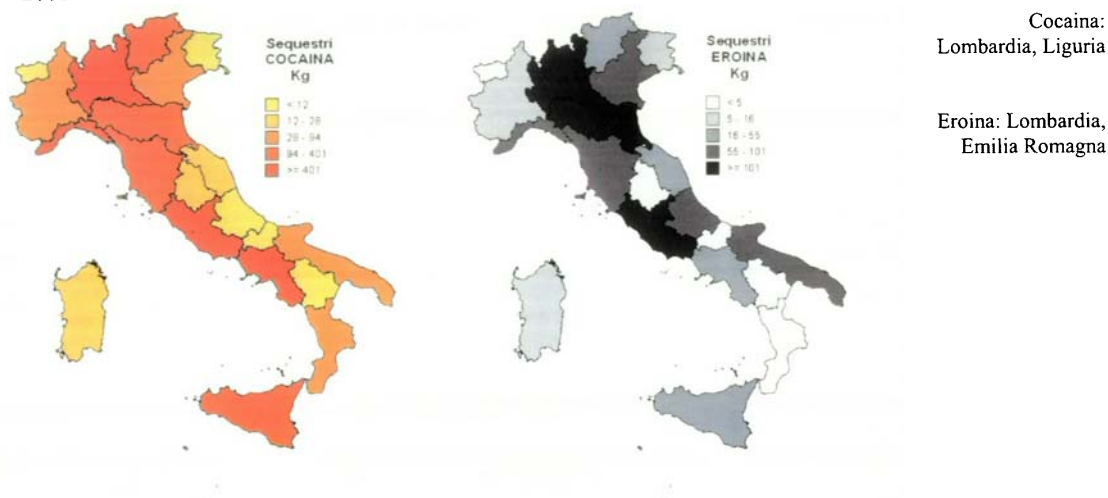
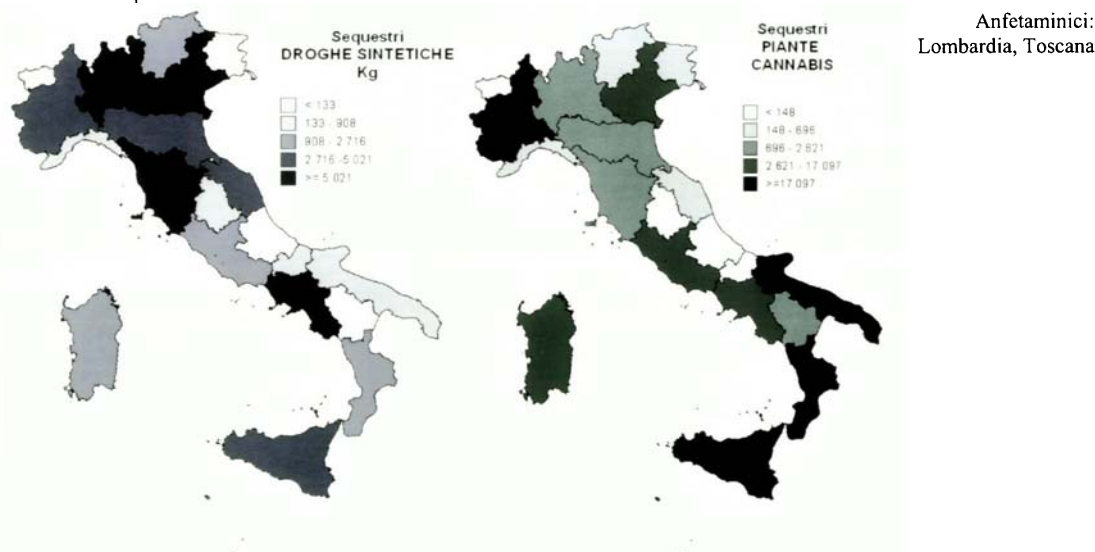


Figura I.5.2: Distribuzione percentuale delle quantità di cocaina e di eroina sequestrate nel 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Figura I.5.3: Distribuzione percentuale delle quantità di anfetaminici e delle piante di cannabis sequestrate nel 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Particolarmente interessate dalla diffusione di droghe sintetiche sembrano essere le regioni settentrionali, dove si riscontrano i maggiori quantitativi sequestrati. Come per le altre sostanze, capofila delle regioni è la Lombardia con il 39% della quantità complessiva di sostanze sequestrate, seguita da Toscana /14%) e Veneto (11%) (Figura I.5.3).

Diametralmente opposto il profilo delineato dalle attività di sequestro delle piante di cannabis a conferma dell'allarme lanciato dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga rispetto alla diffusione della produzione in proprio di sostanze illecite da parte della criminalità organizzata.

I sequestri di piante di cannabis, infatti, sono stati effettuati principalmente nelle regioni meridionali della Calabria (41%), Sicilia (19%) e Puglia (17%) (Figura I.5.3).

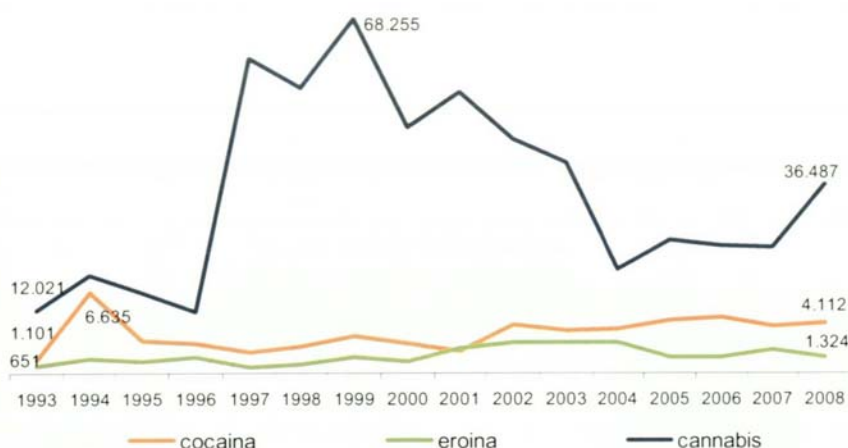
Sequestri di
anfetaminici per
area geografica

Produzione in
proprio e sequestri
di piante di cannabis
per area geografica:
Calabria, Sicilia,
Puglia

Il trend dei quantitativi di droghe sequestrate negli ultimi quindici anni, pongono al vertice della classifica i derivati della cannabis, particolarmente elevati, oltre le 40 tonnellate, nel periodo 1997 - 2003; nel 2008, dopo un biennio di sostanziale stabilità, le FFOO hanno intercettato un quantitativo che supera le 36 tonnellate (Figura I.5.4). Variabilità più contenute si osservano per gli andamenti dei sequestri di cocaina e di eroina, da 3,5 a 4,5 tonnellate per la cocaina sequestrata nel periodo 2002 - 2008, e da 1,3 a 2,5 tonnellate di eroina negli ultimi 10 anni, con trend stabile attorno al valore minimo nell'ultimo quadriennio, ad eccezione del 2007, anno in cui sono state intercettate quasi 1,8 tonnellate di sostanza.

Trend quantità di
sostanze illecite
sequestrate

Figura I.5.4: Quantitativi di sostanze illecite sequestrate dalle FFOO nell'ambito delle operazioni antidroga. Anni 1993 - 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

I.5.2.2. Laboratori smantellati

Nell'ultimo quinquennio sono stati smantellati 16 laboratori adibiti alla produzione e trasformazione delle sostanze psicoattive, in prevalenza cocaina. L'intensa attività delle FFOO ha consentito l'intercettazione nel corso del 2008 del maggior numero di laboratori negli ultimi cinque anni, 4 adibiti alla trasformazione della cocaina ed uno a quella dell'eroina.

Nel 2008 maggior
numero di laboratori
smantellati

Considerando l'intero periodo, la metà dei laboratori è stata smantellata in Lombardia, 3 nel Lazio, 2 nel Veneto e un laboratorio rispettivamente nelle regioni di Piemonte, Liguria e Puglia.

Laboratori per area
geografica:
Lombardia, Lazio

Tabella I.5.2: Laboratori smantellati dalle FFOO per tipologia di sostanza prodotta. Anni 2004 - 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Cocaina	2	4	1	2	4
Eroina	-	-	1	1	1
Metamfetamine	-	-	1	-	-
Totale	2	4	2(*)	3	5

(*) Il totale laboratori è inferiore alla somma per singola sostanza, perché un laboratorio trasformava sia eroina che cocaina

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

I.5.3. Prezzo e purezza

I.5.3.1. Prezzo

Anche nel 2008, continua la discesa dei prezzi massimi e minimi sia dell'eroina che della cocaina mentre si stabilizzano quelli dell'acido lisergico (LSD). Nell'ultimo biennio si osserva un innalzamento dei prezzi massimi dei cannabinoidi e del prezzo minimo per singola dose di ecstasy.

- Diminuzione del costo della cocaina e dell'eroina
- Stabile LSD
- In aumento i cannabinoidi

Tabella I.5.3: Minori assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi di Giustizia Minorile - Anno 2008

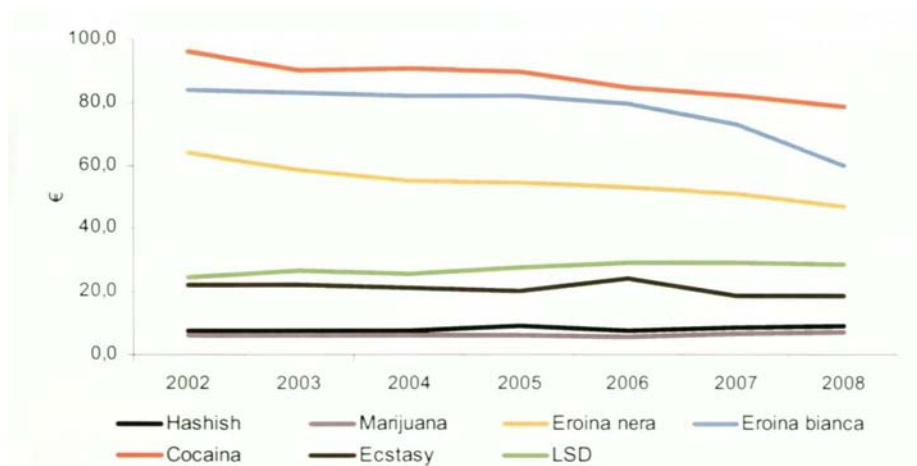
Sostanze	Prezzo minimo	Prezzo massimo
Hashish (gr)	7,91	9,7
Marijuana (gr)	6,62	7,77
Eroina nera (gr)	40,8	52,8
Eroina bianca (gr)	53	66,33
Cocaina (gr)	66,41	90,25
Ecstasy (cp)	16,58	21,1
LSD (dose)	28	29,2

Fonte: Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Nel periodo considerato, la media dei prezzi massimi e minimi è quindi passata da 96 a poco più di 78 € per grammo per la cocaina, da circa 64 a meno di 47 € per l'eroina nera e da 84 a meno di 60 € per quella bianca; una forte diminuzione della media dei prezzi si osserva per una singola pasticca di ecstasy acquistabile a circa 24 € nel 2006 ed a meno di 19 nell'ultimo biennio (Figura I.5.5).

Trend prezzi medi dal 2002 al 2008

Figura I.5.5: Media dei prezzi (minimo e massimo) per dose di sostanza psicoattiva. Anni 2002 - 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

I.5.3.2. Purezza

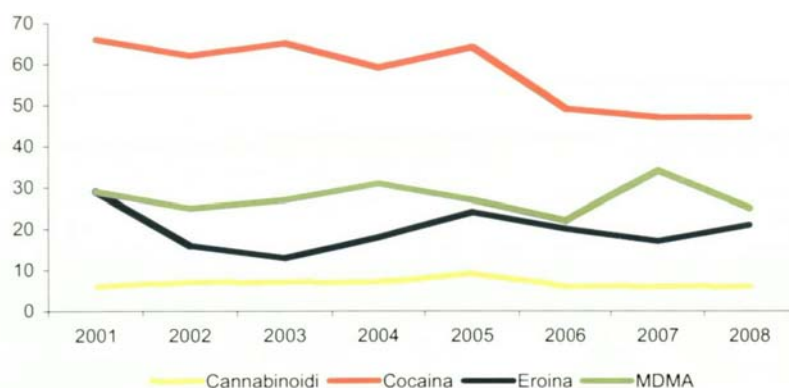
I dati di purezza delle sostanze stupefacenti derivano dalle analisi effettuate dalla Sezione Indagini sulle Droghe del Servizio Polizia Scientifica della Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato inseriti nelle schede dell'European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addictions.

I dati sono relativi sia ai sequestri di maggiori quantitativi che ai sequestri di droga da strada.

Dal 2001 al 2008 la percentuale media di principio attivo rilevata nei campioni analizzati è diminuita per la cocaina, passando dal 66% al 47%; si conferma sostanzialmente stabile la percentuale di principio attivo presente nei cannabinoidi (THC) che dopo un picco rilevato nel 2005, è diminuita fino ad assestarsi intorno al 6% circa (5,8% nel 2008).

Per quanto riguarda la percentuale di MDMA, dopo l'incremento registrato nel 2007 (dal 21% al 33%), è tornata, nel 2008, a livelli più bassi rilevati anche negli anni precedenti (circa 25%). La percentuale di eroina è aumentata nel 2008, passando dal 17% al 21%.

Figura I.5.6: Percentuale media di sostanza pura riscontrata nelle sostanze rinvenute dalle FFOO negli anni dal 2001 al 2008



Aumento della purezza dell'eroina

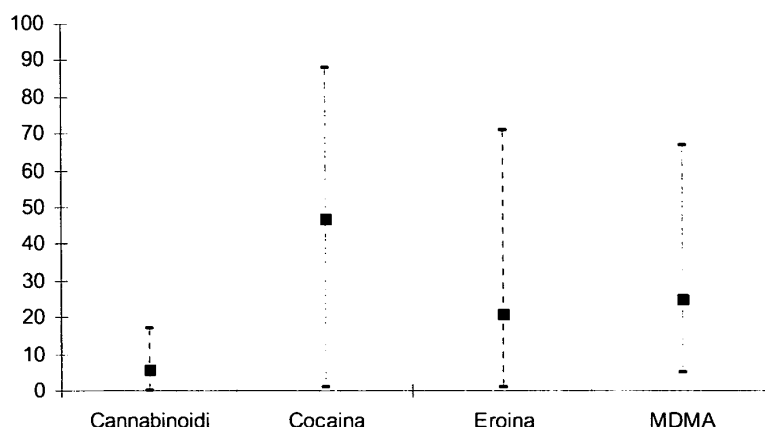
Pressoché stabile quello della cocaina

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato

Nella Figura I.5.6 sono rappresentati i valori massimi, minimi e medi di principio attivo riscontrato nelle sostanze psicoattive illegali nel 2008. La variabilità è molto elevata: dallo 0,08% al 17% per i cannabinoidi, dallo 0,77% all'88% per la cocaina, dall'1% al 21% per l'eroina e dal 5% al 67% per l'MDMA: tutte le variabili registrate possono dipendere anche dal mixing della tipologia dei sequestri (grosse partite o sequestri al dettaglio) che possono avere forti differenze di % di principio attivo.

Alta variabilità della quantità dei principi attivi

Figura I.5.7: Variabilità nella quantità di principio attivo riscontrato nelle sostanze psicoattive illegali rinvenute dalle FFOO nel 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato

Parte Seconda

Programmazione ed organizzazione del Sistema di Contrasto

PAGINA BIANCA

CAPITOLO II.1.

POLITICHE SULLE DROGHE

II.1.1. Atti normativi approvati nel 2008

II.1.1.1 Normative nazionali approvate nel 2008

II.1.1.2 Riferimenti normativi regionali 2008

II.1.2. Piano Italiano d'Azione sulle droghe 2008

II.1.2.1 Monitoraggio e stato di attuazione del PdA

II.1.2.2 Rilevanza del PdA

II.1.2.3 Autovalutazione del PdA

II.1.2.4 Orientamenti per la definizione del Piano d'Azione 2009 - 2012

PAGINA BIANCA

II.1. POLITICHE SULLE DROGHE

La riforma costituzionale del 2001, in riferimento alle politiche antidroga, ha modificato profondamente l'assetto della distribuzione di competenze tra Stato e Regioni.

Intervento significativo della riforma è rappresentato dalla nuova formulazione dell'art. 117 della Costituzione che distribuisce le competenze in materia di politiche antidroga tra potestà legislativa Statale e Regionale, in ambito esclusivo concorrente e residuale, ribaltando completamente l'impostazione ante riforma.

La legislazione ordinaria dello Stato, ora competente in via esclusiva è esercitata nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi di diritto internazionale. L'art.10 della costituzione dispone infatti che *“l'ordinamento giuridico italiano si conforma alle norme del diritto internazionale generalmente riconosciute”*; scopo della norma è quello di adeguare il diritto interno italiano a quelle norme di diritto internazionale che sono generalmente riconosciute nell'ambito della Comunità internazionale. In virtù dell'art.10, pertanto, il legislatore ordinario non può emanare norme in contrasto con le norme di diritto internazionale; in caso contrario, la legge sarebbe impugnabile dinanzi alla Corte costituzionale.

Il fondamento costituzionale dell'adesione alle Comunità europee è invece rappresentato dall'art.11 della carta Costituzionale, che *“consente, in condizioni di parità con gli altri Stati, alle limitazioni di sovranità necessarie ad un ordinamento che assicuri la pace e la giustizia fra le Nazioni”* la stessa Corte Costituzionale, sin dalla sua prima pronuncia, ha invocato l'articolo 11 quale porta d'ingresso del diritto comunitario all'interno del nostro ordinamento.

Tali limitazioni concernono non soltanto l'attività normativa Statale, ma anche quella amministrativa e giurisdizionale sicché, in conseguenza della stipulazione sia di atti di diritto originario che di atti di diritto derivato *“vincolanti”*, le autorità nazionali si trovano sottoposte, ad un sistema di pubblici poteri gerarchicamente superiori.

Potestà Legislativa esercitata dallo Stato in materia di politiche antidroga

L'articolo 117 comma 2, contempla tra le materie attribuite alla competenza legislativa esclusiva dello Stato:

- lettera a) rapporti internazionali e rapporti con l'Unione europea.
- lettera h) la sicurezza.
- lettera m) la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.

Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato. Anche per le Regioni vige il principio secondo cui tale potestà è esercitata nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali.

Potestà Legislativa esercitata dalle Regioni in materia di politiche antidroga

L'articolo 117 comma 3, contempla tra le materie attribuite alla competenza legislativa concorrente delle Regioni la *“tutela della salute”*, a differenza del vecchio testo dello stesso articolo che limitava la competenza regionale al più ristretto ambito dell'*“assistenza sanitaria ed ospedaliera”* consentendo così in questi anni un ampliamento dell'ambito della disciplina nel rispetto della determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato, estesa a comprendere tutti gli aspetti riguardanti la garanzia fondamentale del diritto alla salute.

Spetta inoltre alle Regioni la potestà legislativa riguardante la politica sulle

droghe in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato.

II.1.1 Atti normativi approvati nel 2008

Nel presente paragrafo viene fornito un profilo sintetico degli atti normativi emanati dallo Stato in virtù della propria potestà legislativa ed a seguire un riepilogo dei principali riferimenti normativi in materia di politiche antidroga emanati dalle Regioni.

II.1.1.1 Normative nazionali approvate nel 2008

Tabella II.1.1: Normative nazionali approvate nel 2008.

Atti normativi	Ambito di intervento
Accordo Stato Regioni del 24 gennaio 2008	Procedure approvazione del Piano italiano d'azione sulle droghe per l'anno 2008
D.M. 19 febbraio 2008	Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope e relative composizioni medicinali, di cui al decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni ed integrazioni, recante il testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope e di prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza: inserimento della Oripavina nella tabella I.
D.P.C.M. 01 aprile 2008	Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria.
D.L. 16 maggio 2008	Disposizioni urgenti per l'adeguamento delle strutture di Governo trasferimento competenze politiche antidroga.
D.P.C.M. 20 giugno 2008	Istituzione, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, della struttura di missione denominata "Dipartimento per le Politiche Antidroga"
Conferenza Stato-Regioni, accordo del 18 settembre 2008	Accordo, ai sensi dell'art.8, comma 2, dell'Intesa in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza perfezionata nella seduta della Conferenza Unificata del 30 ottobre 2007, inerente le "Procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi".
Atti normativi	Ambito di intervento
Procedure per gli accertamenti sanitari dei lavoratori addetti a mansioni a rischio del 17 settembre 2008	Procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi applicative del provvedimento n. 99/cu 30 ottobre 2007 (G.U. n. 266 del 15 novembre 2007)
Decreto del 20 dicembre 2008	Istituzione del comitato scientifico.
Decreto dell' 11 dicembre 2008	Istituzione della consulta delle tossicodipendenze

Fonte: Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga

II.1.1.2 Riferimenti normativi regionali 2008

Tabella II.1.2: Normative regionali approvate nel 2008 per macro categoria.

Regioni	Recepimento normativa nazionale	programmazione sanitaria / P.S.R., Prog. regionale Dipendenze	Istituzione, organizzazione e riorganizzazione servizi	Atti per il finanziamento progetti / fondo lotta alla droga	Partecipazione a progetti nazionali	Prevenzione primaria	Sistema informativo dipendenze	Altri atti normativi
Abruzzo		L.R. 5						
Emilia Romagna	Circ. 1 24/06/08	DGR 698 DGR 844						L.R. 3
Lazio				L.R. 31 DGR 186 DGR 487				
Lombardia			DGR 8720			DGR 7223 DGR 8243		DGR 7922
Liguria	DGR 1852							
Molise		L.R. 34	L.R. 18					
Puglia		L.R. 23 L.R. 45						
Toscana		L.R. 60 DCRT 53	DGR 1204 DGR 1180 DGR 223 DGR 89 DGR 581 DGR 1129 DGR 800		DGR 375	DGR 342 DGR 1133	DGR 590	DGR 868 DGR 1132
Friuli Venezia Giulia	DGR 948	DGR 2364				DGR 2920		DGR 192
Umbria		DGR 1609			DGR 896	L.R. 13		
PA Trento			DGP 1153		DGP 3247			
Campania	DGR 1766	DGR 2037	DGR 1019	DGR 314			DGR 2107	DGR 218 DGR 610
Piemonte		DGR 8611	DGR 48					

Fonte: Regioni e Province Autonome

Tutte le Regioni hanno la propria programmazione definita dalla normativa regionale con un arco temporale triennale prevalente. In alcune regioni vi sono Piani Sanitari e Sociali separati mentre in altre il Piano è integrato (Socio-Sanitario). La molteplicità delle realtà amministrative (Province, Comuni e Distretti sanitari) si riflette sugli atti programmatici in cui i livelli specifici vengono diversamente valorizzati. Mentre in alcuni piani la consultazione della cittadinanza diventa il fattore portante della programmazione, in altri la cittadinanza appare più marginale. All'interno di questi quadri programmatici si colloca la politica per le Dipendenze Patologiche che viene attuata con decreti e atti dirigenziali. Storia, evoluzione, dinamiche partecipative variano da Regione a Regione.

In questo complesso articolarsi delle realtà regionali, coesistono modelli centrati sull'integrazione socio-sanitaria, saldamente radicati nelle storie territoriali, con modelli caratterizzati dalla separazione, talvolta isolamento, dell'area sociale con quella sanitaria, con marginali modalità partecipative.

In Tabella II.1.2 viene presentato un prospetto di sintesi degli atti normativi approvati dalle Regioni e Province Autonome nel 2008 aggregate per macro categorie di provvedimento.

Piani Regionali

II.1.2 Piano Italiano d'Azione sulle Droghe 2008

Il Piano Italiano d'Azione sulle droghe è allineato all'articolazione tematica dei Piani d'azione chiesti agli Stati membri dall'Unione Europea.

Il piano è stato definito in tre mesi di lavoro (da Aprile a Luglio) durante il 2007 e attraverso 29 incontri che hanno coinvolto 54 soggetti diversi (Ministero Solidarietà, Salute, Interno, Pubblica Istruzione, Affari esteri, Giustizia, Dipartimento politiche giovanili e per la Famiglia, Rappresentanti delle Regioni, Anci, Upi, Osservatorio europeo sulle droghe).

Il Piano Italiano di Azione è costituito da un elenco di 66 obiettivi e azioni, raggruppati in 5 aree tematiche (Coordinamento, Riduzione Domanda, ecc). Per ciascun obiettivo e per ciascun azione viene indicato il riferimento temporale (annualità 2008), i soggetti responsabili, le informazioni (indicatori) da considerare per verificare l'attuazione dell'azione.

Il sistema di
monitoraggio del
PdA

II.1.2.1 Monitoraggio e stato di attuazione del PdA

II.1.2.1.1 Monitoraggio del PdA

L'azione di monitoraggio, definita da ITC-ILO e discussa all'interno del Comitato di Accompagnamento, si concentra, sul confronto fra ciò che è stato avviato e realizzato e ciò che è stato formulato.

Il monitoraggio del Piano Italiano di Azione sulle droghe 2008 è stato osservato in due cadenze: all'avvio e alla conclusione delle attività relative ai 66 Obiettivi del Piano.

Nel primo momento dedicato al monitoraggio del Piano (avvio) sono state coinvolte le seguenti istituzioni:

- a) Ministero degli Affari Esteri;
- b) Ministero dell'Interno;
- c) Ministero della Giustizia;
- d) Ministero della Pubblica Istruzione;
- e) Ministero della Salute;
- f) *Regioni e Province autonome*;
- g) Ministero della Solidarietà Sociale.

Conviene sottolineare che, nella fase di avvio, la raccolta dei dati di monitoraggio delle singole azioni è stata a carico di sette amministrazioni; per ciascuna delle istituzioni sopraelencate è stata coinvolta una sola Amministrazione individuata fra le altre come Istituzione Capofila. Il requisito utilizzato per l'individuazione dell'Amministrazione capofila non è stato di tipo amministrativo, ma è stata scelta l'Amministrazione maggiormente coinvolta nella realizzazione delle singole azioni, che vedono però coinvolte più Istituzioni. Pertanto l'Istituzione capofila è da intendersi come responsabile della comunicazione dei dati del monitoraggio.

Nella primo momento dedicato al monitoraggio, ciascuna istituzione "capofila" ha potuto fornire indicazioni sullo stato di attuazione degli obiettivi proposti mediante la compilazione di un questionario costruito ad hoc ed inviati via posta elettronica.

Le Amministrazioni hanno ricevuto il questionario relativo alle azioni di cui sono considerate "capofila", in una versione in cui le informazioni sono richieste raggruppando gli interventi di competenza. Nel caso di azioni che coinvolgano più Amministrazioni, è stato richiesto che l'Amministrazione "capofila" provveda alla compilazione delle parti specifiche per ogni singola azione in accordo con le altre Amministrazioni partecipanti.

Il sistema di
monitoraggio del
PdA

Monitoraggio del
PdA, fase di avvio

Il secondo momento di monitoraggio - fase conclusiva - è stato dedicato alla rilevazione dello stato di attuazione del piano nei singoli territori. Infatti, mediante la somministrazione di questionari costruiti ad hoc e la realizzazione di interviste in profondità, si sono raccolte le indicazioni di tutte le Amministrazioni Regionali e delle Province autonome.

Il questionario, somministrato “a distanza” mediante invio per posta elettronica, è stato costruito prendendo in esame tutte gli obiettivi e le azioni del piano che prevedono un diretto coinvolgimento delle Regioni e delle Province Autonome. Per ciascun obiettivo e azione è stato chiesto di indicare:

- lo stato di attuazione delle azioni proposte;
- la valutazione dell’influenza del piano di azione sulle azioni attuate;
- alcuni indicatori specifici di carattere elementare (ad es. n. di incontri realizzati, nome del documento di riferimento, ecc.).

Le interviste in profondità, realizzate in loco, si sono concentrate sulle difficoltà incontrate nella comprensione e nell’attuazione del Piano Italiano di Azione sulle droghe 2008.

Monitoraggio del
PdA, fase
conclusiva

Tabella II.1.3: Le Amministrazioni coinvolte nella fase conclusiva del monitoraggio

Amministrazione	Ruoli delle persone coinvolte in ciascuna Regione
Provincia Autonoma di Bolzano	Assess. alla Sanità e alle Politiche sociali – Ripartizione Sanità Assess. alla Sanità e alle Politiche sociali – Ripartizione Politiche sociali Referenti per gli aspetti sanitari e sociali delle dipendenze.
Provincia Autonoma di Trento	Dirigente Servizio PAT Direttore Ser.T Funzionario
Regione Abruzzo	Responsabile ufficio tossicodipendenze alcolismo e tabagismo della Direzione Sanità
Regione Autonoma della Sardegna	Unità di Coordinamento Regionale delle dipendenze presso la ASL 8 di Cagliari
Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia	Funzionario della Direzione Centrale Salute e Protezione Sociale
Regione Autonoma Valle d’Aosta	Dirigente Servizio Dipendenze patologiche, Salute mentale e Promozione della Salute
Regione Basilicata	Dirigente Ufficio Gestione Interventi Assistenziali, Socio Sanitari e di Solidarietà Sociale Funzionario Responsabile U.O.
Regione Calabria	Responsabile Servizio Salute mentale, Prevenzione e Cura Dipendenze, Area Svantaggio Direttore del Ser.T di Castrovillari
Regione Campania	Dirigente servizio tossicodipendenze
Regione Emilia Romagna	Dirigente area Dipendenze - Direz. Generale Sanità e Politiche sociali
Regione Lazio	Dirigente dell’Area Programmazione Rete e Servizi nell’Area dei Soggetti Deboli Collaboratori
Regione Liguria	Dirigente Servizio Salute Mentale e Dipendenze Collaboratrici dell’Osservatorio Epidemiologico sulle Tossicodipendenze
Regione Lombardia	Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale – Unità Organizzativa: Accreditamento e Qualità
Regione Marche	Resp. P.O. prevenzione disagio e dip. patologiche, Servizio Politiche sociali
Regione Piemonte	Responsabile Ufficio Patologia delle Dipendenze

continua

continua

Amministrazione	Ruoli delle persone coinvolte in ciascuna Regione
Regione Molise	Responsabile del Servizio Assistenza Socio-sanitaria della Dir. Gen. V – Politiche per la Tutela della Salute Servizio Socio Sanitario rappresentanti del SerT di Campobasso
Regione Puglia	Responsabili posizione organizzative Funzionario regionale Settore Sanità Funzionario regionale Settore Servizi Sociali Direttore Sez. n. 1 del DDP della ASL FG/1 e consulente ARES Puglia
Regione Toscana	Responsabile Dipendenze
Regione Siciliana	Dirigente servizio n. 4 – dipartimento I.R.S. 7 Dirigente servizio n. 5 –dipart. famiglia, politiche sociali e autonomie locali Funzionario Serv. V Dip. Politiche Sociali e Famiglia
Regione Umbria	Dir. Sanità e Ser. Sociali, Servizio II, Sezione Salute mentale e Dipendenze Osservatorio epidemiologico regionale
Regione Veneto	Dirigente servizio Prevenzione delle devianze Funzionario Responsabile dell'Ufficio Dipendenze, Servizio Prevenzione delle Devianze – Direzione Servizi Sociali della Regione Veneto

Fonte: ITC-ILO

Per una corretta lettura di tutte le indicazioni e di tutte le informazioni raccolte durante l'azione di monitoraggio è importante tener presente che in tutti i casi si tratta di auto-dichiarazioni fornite da referenti che sono stati chiamati a rappresentare le istituzioni responsabili degli obiettivi promossi del Piano di Azione 2008.

II.1.2.1.2 Stato di attuazione del Piano d'Azione

Il piano italiano di azione sulle droghe 2008 è composto da 66 obiettivi suddivisi in cinque macroaree tematiche. Ciascun obiettivo è caratterizzato da soggetti responsabili che possono essere le istituzioni centrali e/o le amministrazioni regionali e le province autonome. Per verificare se un obiettivo è stato attuato si sono raccolte informazioni presso alcuni dei soggetti coinvolti e, pertanto, ciascun obiettivo risulta caratterizzato da un grado di attuazione diverso che varia anche in base al territorio di riferimento. In altre parole per lo stesso obiettivo si sono rilevate indicazioni molto diverse tra loro:

- secondo alcune amministrazioni l'obiettivo risulta attuato in modo conforme alle indicazioni del piano;
- secondo altre amministrazioni l'obiettivo risulta attuato in modo non del tutto conforme;
- secondo le indicazioni raccolte presso altre amministrazioni l'obiettivo non risulta attuato.

Pertanto al momento non è possibile fornire un'indicazione sintetica del grado di attuazione del piano nel suo complesso; per avere indicazioni sul grado di attuazione è necessario considerare ciascun obiettivo e ciascuna azione separatamente.

La difficoltà di sintetizzare le informazioni raccolte è determinata, in parte, anche dalla struttura del Piano di Azione 2008 che di fatto elenca una serie di obiettivi di azioni senza ordinarle gerarchicamente, assegnando a ciascuno lo stesso grado di importanza.

Il grafico riportato di seguito (Figura II.1.1) descrive il livello di attuazione degli obiettivi dell'area *Coordinamento*, secondo le indicazioni raccolte presso le Regioni e le Province autonome, nella fase finale del monitoraggio.

Nel grafico non sono presenti tutti gli obiettivi previsti dal PdA ma solo quelli che prevedono un diretto coinvolgimento delle Amministrazioni periferiche. Il grafico

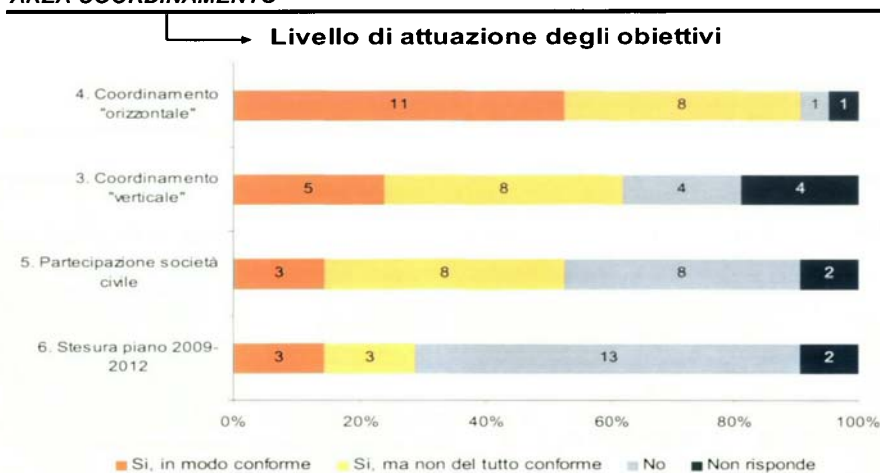
presenta le auto-dichiarazioni raccolte presso le Regioni e le Province autonome mediante la compilazione di questionari strutturati.

Il Coordinamento tra le Amministrazioni regionali (obiettivo 4) è l'obiettivo che risulta essere stato attuato nella quasi totalità delle Regioni (seppure in 8 Regioni in modo non del tutto conforme alla formulazione del PdA).

Si può ipotizzare, invece, che gli obiettivi 5 e 6 siano quelli che maggiormente necessitavano di condizioni politiche stabili e tempi più lunghi di attuazione.

Figura II.1.1: Obiettivi dell'Area Coordinamento del PdA 2008. N. di Regioni e di Province Autonome per livello di attuazione dichiarato

AREA COORDINAMENTO



Fonte: Elaborazione a cura dell'ITC-ILO

Il grafico riportato di seguito (Figura II.1.2) descrive il livello di attuazione degli obiettivi dell'area Riduzione della domanda, secondo le indicazioni raccolte presso le Regioni e le Province autonome, nella fase finale del monitoraggio.

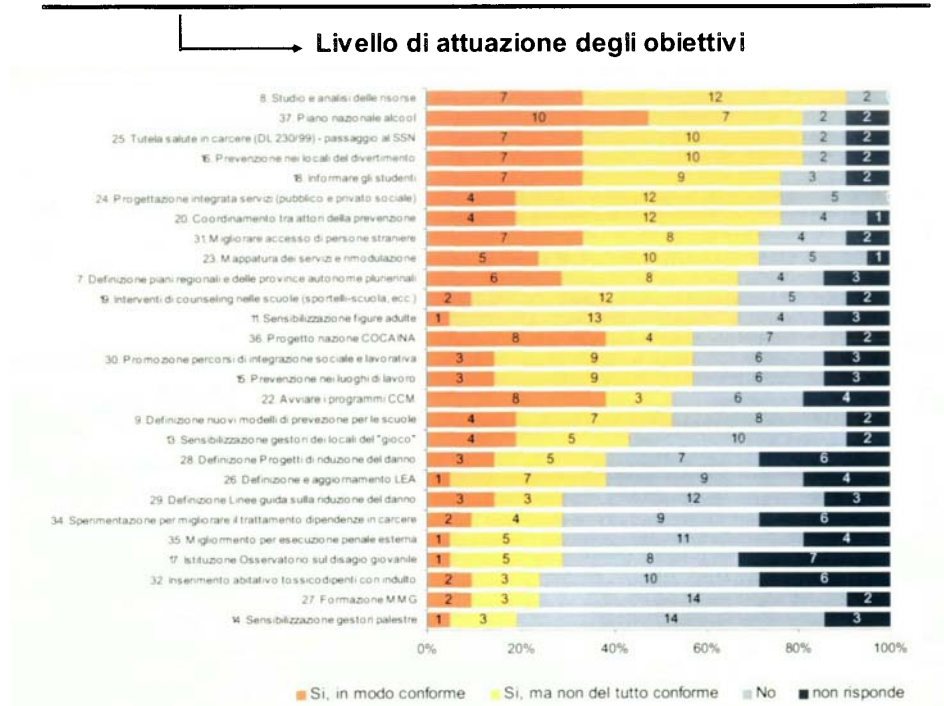
Nel grafico non sono presenti tutti gli obiettivi previsti dal PdA ma solo quelli che prevedono un diretto coinvolgimento delle Amministrazioni periferiche. Il grafico presenta le auto-dichiarazioni raccolte presso le Regioni e le Province autonome mediante la compilazione di questionari strutturati.

Per l'area della *Riduzione della Domanda* (Figura II.1.2), si evidenziano molte differenze nel grado di attuazione dei singoli obiettivi e risulta tuttavia difficile individuare degli elementi che spieghino le differenze nei livelli di attuazione. La grande eterogeneità all'interno del gruppo degli obiettivi attuati nella maggioranza delle Regioni e P.A., come anche nel gruppo degli obiettivi attuati in meno territori, non lascia intravedere un trend chiaro nelle linee di attuazione.

È possibile, quindi, ipotizzare più una scelta di tipo amministrativo-gestionale che spieghi le differenze piuttosto che una tendenza attribuibile ad una linea progettuale chiara. Infatti nella prima fase del monitoraggio, per quest'area venivano segnalati, più che in altre aree, ostacoli di tipo amministrativo-burocratico.

Figura II.1.2: Obiettivi dell'Area Riduzione della Domanda: N° di Regioni e di Province Autonome per livello di attuazione dichiarato (Valore Assoluto - V.A.)

AREA RIDUZIONE della DOMANDA



Fonte: Elaborazione a cura dell'ITC-ILO

Il grafico riportato di seguito (Figura II.1.3) descrive il livello di attuazione degli obiettivi dell'area *Informazione, Formazione, Ricerca e Valutazione*, secondo le indicazioni raccolte presso le Regioni e le Province autonome, nella fase finale del monitoraggio.

Nel grafico non sono presenti tutti gli obiettivi previsti dal PdA ma solo quelli che prevedono un diretto coinvolgimento delle Amministrazioni periferiche. Il grafico presenta le auto-dichiarazioni raccolte presso le Regioni e le Province autonome mediante la compilazione di questionari strutturati.

Per l'Area della *Informazione, formazione, ricerca e valutazione*, (Figura II.1.3), si evidenziano alcune importanti criticità: in questa area gli obiettivi meno attuati sono quelli che riguardano la raccolta e la messa a disposizione delle conoscenze (ad es. obiettivi n°61, 63, 64) che sono necessari per stabilire priorità, interventi ed azioni successive.

In questo senso, in una riprogettazione del PdA bisognerebbe puntare maggiormente sul coordinamento, sull'integrazione e sul confronto tra i vari attori per arrivare ad un consenso sulla tipologia dei dati, degli indicatori, sull'identificazione delle fonti e della metodologia di raccolta dei dati e ad un consenso sugli obiettivi che permetta una migliore comprensione del fenomeno degli usi e degli abusi di droghe e una migliore delle conoscenze sui fenomeni.