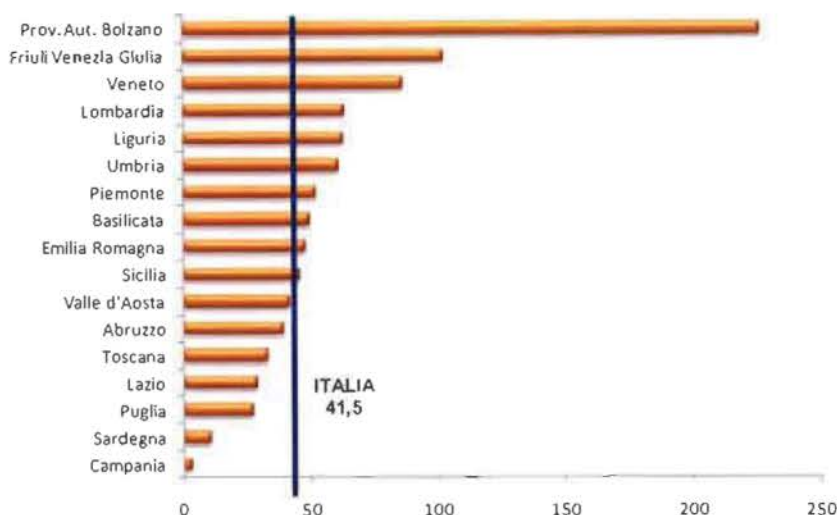
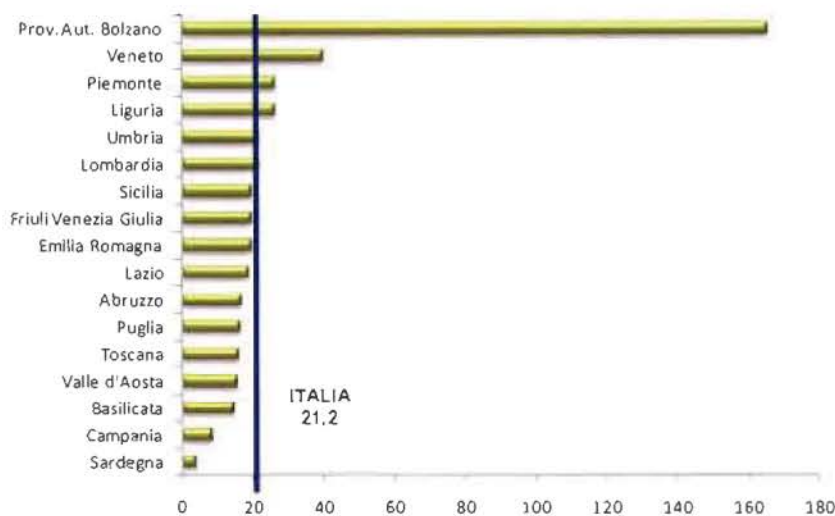


Figura 25: Numero medio di prestazioni per assistito nei Ser.T. in trattamento farmacologico integrato (esclusa l'erogazione dei farmaci). Anno 2012



Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

Figura 26: Numero medio di prestazioni per assistito nei Ser.T. in trattamento psico-socio-riabilitativo. Anno 2012



Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

Confrontando il numero medio di prestazioni erogate a ciascun paziente dei due gruppi considerati, al netto della somministrazione di farmaci per il gruppo di utenti in trattamento farmacologico, il numero medio di altre prestazioni erogate nel periodo di riferimento a quest'ultimo ammonta a 41 per soggetto, a fronte di un valore di quasi la metà (21,2) osservato nel gruppo di pazienti in trattamento psico-socio-riabilitativo. Tale risultato evidenzia che al netto delle terapie farmacologiche, il carico assistenziale per i pazienti in trattamento farmacologico è superiore, quasi il doppio in termini di numero di prestazioni, rispetto ai pazienti in trattamento psico-socio-riabilitativo.

41 prestazioni in media per assistito nel periodo di riferimento tra gli utenti in trattamento farmacologico integrato (escluse le somministrazioni di farmaci)

III.3 REINSERIMENTO SOCIALE E MISURE ALTERNATIVE

In tutti i piani regionali si è registrato una forte presenza di programmi di reinserimento sociale e lavorativo ma con un investimento globale da parte delle regioni nel corso del 2012 di circa 7,4 milioni di euro, e cioè 2 milioni meno del 2011.

Riduzione degli investimenti: 7,4 milioni di euro investiti in attività di reinserimento lavorativo (2 milioni in meno rispetto al 2011)

Il 65% delle regioni ha dichiarato di ritenere prioritario l'attivazione di programmi di reinserimento lavorativo con alta accessibilità ai servizi per l'occupazione. Contemporaneamente quai il 60% delle regioni ha attivato interventi per il completamento dell'istruzione scolastica.

Nel 24,5% dei casi nuovi è stato revocato l'affido sulla base dell'art. 94 DPR 309/90 per andamento negativo o altri motivi oppure è stato archiviato, mentre il 74,6% è giunto a buon fine.

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

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

Da segnalare che dei tossicodipendenti in affido nel 2012 in virtù dell'art. 94 solo il 35,2% era stato arrestato in seguito alla violazione al DPR 309/90 (art. 73 o art. 74), valore notevolmente inferiore a quello registrato tra i soggetti in affido da anni precedenti (40,4%). La maggior parte delle persone pertanto è stato arrestato per reati contro la persona, contro il patrimonio (estorsione, truffa, rapina, etc.) contro la famiglia, contro lo Stato o altri reati.

In generale cresce la quota di nuovi affidati agli Uffici di esecuzione penale esterna (UEPE) provenienti dalle strutture carcerarie: essa è passata dal 37% nel 2006 al 52% nel 2007, al 64% nel 2010, al 66% nel 2011 mentre nel 2012 si registra la quota pari a 62,7% in leggera diminuzione rispetto al 2011.

Forte aumento degli affidamenti all'UEPE, provenienti dal carcere, dal 2006 (37%) al 2012 (63%)

IV.2 MERCATO DELLA DROGA E INTERVENTI DI CONTRASTO

La penisola italiana, grazie alla sua baricentrica posizione nel Mar Mediterraneo e per la sua peculiare conformazione geografica, rappresenta un importante crocevia per il narcotraffico internazionale, sia per la droga per l'uso nazionale ma soprattutto per quella in transito per i Paesi del Nord-Europa.

Italia: una delle principali aree di traffico e transito di sostanze illecite

Nell'ultimo decennio, come risulta dai dati della DCSA, mentre l'andamento quantitativo dei sequestri sul territorio nazionale è altalenante, quello presso le frontiere registra un trend di crescita in termini assoluti, con un aumento costante dal 2008 al 2012.

Il quadro nazionale, delineato dall'analisi delle attività di contrasto insieme ai dati e alle informazioni catalogate ed elaborate dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, dimostra che anche nel 2012 la gestione della gran parte del narcotraffico nazionale è propria delle tradizionali consorterie criminali autoctone ('Ndrangheta, Cosa Nostra, Camorra e criminalità organizzata pugliese). La struttura delle grandi organizzazioni criminali dedite al narcotraffico si presenta come un sistema di tipo reticolare, il cui modus operandi è quello di non fare sempre riferimento a modelli operativi predefiniti, ma di creare rapporti di cooperazione e sinergie spesso occasionali e transitori, tanto dinamici e rapidi quanto insoliti ed inaspettati.

Queste, infatti, tendono ad introdurre direttamente sul territorio italiano ingenti quantitativi di cocaina e hashish e la regione che risulta essere un importante crocevia per il passaggio di

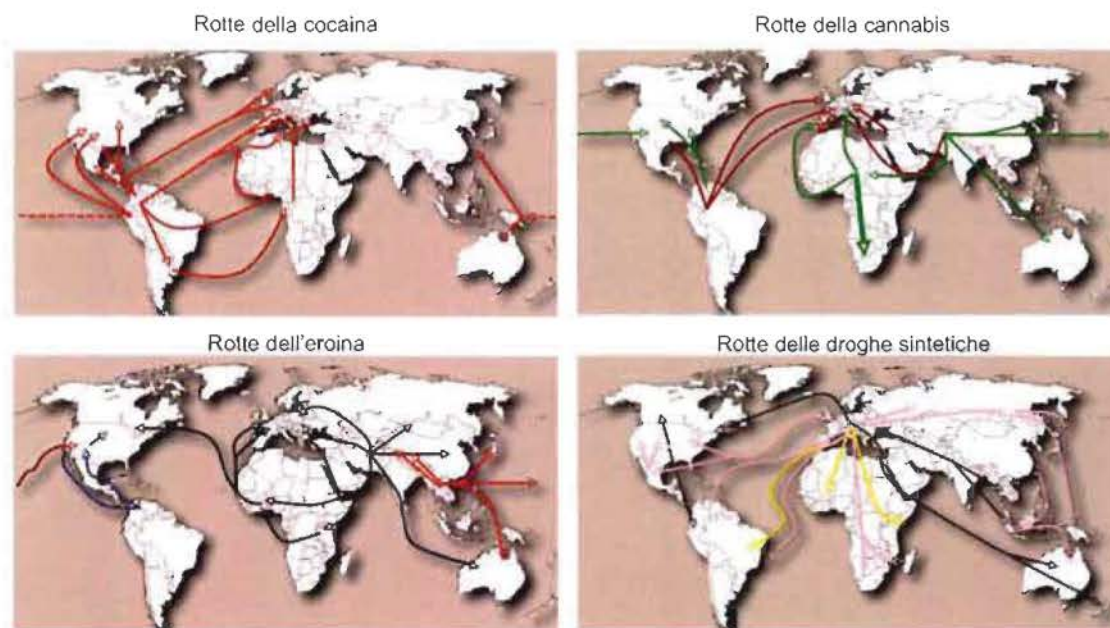
eroina e marijuana, con elevato principio attivo, di produzione albanese è la Puglia. Questa infatti è la 1^a regione per quantitativo complessivo di droghe sequestrate: la 1^a sia per la marijuana sia per il rinvenimento di piante di cannabis (oltre 4 milioni che rappresentano il 97% del totale nazionale) e la 2^a per sequestri di eroina.

Le attività investigative antidroga, inoltre, delineano scenari complessi e in continua evoluzione, contraddistinti dalle trasformazioni delle organizzazioni criminali, le quali non sempre fanno riferimento a modelli operativi predefiniti, ma creano rapporti di cooperazione e partenariato occasionali e transitori. In tale contesto proliferano compagini delinquenziali straniere che tendono a generare ed estendere il sistema relazionale che ruota attorno ad esse superando i confini regionali e sviluppando network criminali multietnici.

La criminalità estera rappresenta un fenomeno rilevante, caratterizzato da una diffusa ramificazione sul territorio con caratteristiche organizzative e peculiarità multiformi che contribuisce ad espandere il traffico di sostanze stupefacenti nel territorio italiano usufruendo del traffico marittimo e dei valichi di frontiera.

Nel 2012 in Italia non si riscontrano elementi di discontinuità rispetto all'anno precedente per quanto riguarda gli attori dello scenario del narcotraffico, che si conferma il terreno più fertile per un sincretismo criminale anche in quelle aeree ad alto indice di criminalità di tipo mafioso.

Figura 27: Zone di produzione e macroflussi: cocaina, eroina, hashish e marijuana e droghe sintetiche



Fonte: Relazione annuale DCSA 2011.

Per quanto riguarda le operazioni di polizia si registra una lieve diminuzione nel 2012, rispetto al 2011, delle operazioni globali lungo le tre direttrici (produzione, traffico e spaccio di stupefacenti) pari all'1,5%. Le operazioni antidroga nel 2012 sono state 22.748, riportando il sequestro di sostanze illecite nell'83,4% dei casi, la scoperta di reato nell'8,4% delle operazioni ed il rinvenimento di quantitativi di droga in un ulteriore 7,8% delle attività di contrasto.

I sequestri di piante di cannabis hanno fatto registrare un forte aumento pari al 308,9% rispetto al 2011, e per la marijuana, le droghe sintetiche, l'eroina e l'hashish si è registrato un aumento dei sequestri rispettivamente pari al 97,1%, 36,6%, 17,3% e 8,1%. Da segnalare una diminuzione del 16,1% dei sequestri di cocaina. Queste oscillazioni percentuali devono essere valutate considerando le quantità di maxi sequestri avvenuti nell'anno, che sono in grado di far variare fortemente le percentuali. Tali quantità di droga però potrebbero essere (come spesso accade)

Lieve diminuzione
del numero delle
operazioni

Diminuzione dei
volumi per cocaina
Forte aumento per
le piante di cannabis
(308,9%)

partite in transito sul territorio nazionale ma non destinate al consumo locale (vedi paragrafo IV.2.3 Operazioni e sequestri di sostanze stupefacenti).

Relativamente al prezzo di vendita al dettaglio delle sostanze, si assiste ad una stabilità del costo delle amfetamine, della marijuana, dell'ecstasy e dell'LSD. Diminuisce il costo massimo di eroina bianca (69 euro) ed eroina brown (47 euro), aumenta il prezzo massimo e minimo dell'hashish (9,2 e 12,6 euro, rispettivamente) e della cocaina (57,1 e 82,8 euro, rispettivamente) e vi è un aumento anche del prezzo minimo dell'eroina bianca (55 euro).

La purezza dell'eroina (oscillante tra 2 – 50%) risulta molto variabile anche nel 2012 come negli anni precedenti, analogamente a cocaina (6 – 87%) e MDMA (27 – 107 mg per pasticca/unità). Presente anche una discreta oscillazione della purezza dei cannabinoidi (1 – 27%).

Stabile il prezzo di amfetamine, marijuana, ecstasy e LSD.
Aumento del prezzo di hashish e cocaina

Forze dell'ordine e Giustizia

Dall'analisi delle informazioni contenute nella banca dati del Ministero dell'Interno, si evidenzia che, nel 2012, i soggetti segnalati dai Prefetti ai Ser.T. competenti territorialmente, in base all'art 121, sono stati 7.001, di cui 6.368 maschi (91%). Il dato complessivo risulta pertanto in netta diminuzione rispetto a quello del 2011, (9.887 persone), sebbene il dato 2012 sia da considerarsi provvisorio in relazione ai ritardi di notifica. Nel 2012 le persone segnalate ex art. 75 sono state in totale 32.694, di cui 30.628 maschi (pari al 93,7 %).

Riduzione delle segnalazioni delle Forze dell'Ordine: - art. 121 = 7.001
- art. 75 = 32.694

Dal 1990 al 2012 si è registrato un aumento del trend delle persone segnalate con età maggiore di 30 anni, soprattutto dal 2002, con una maggior incidenza di poliassuntori che spesso assumono stupefacenti in associazione con alcolici. Per quanto riguarda le sostanze d'abuso, il 77% delle segnalazioni riguarda la cannabis; bassa risulta invece la percentuale dei segnalati per sostanze a base di amfetamina. In diminuzione la percentuale di persone segnalate per detenzione per uso personale di eroina (10% nel 2010, 9% nel 2011 e 7% nel 2012).

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

Rispetto al 2011, in cui erano state erogate 17.512 sanzioni, il dato relativo alle segnalazioni per art. 75 nel 2012 risulta in diminuzione (15.405). Dal 2006 si evidenzia una forte riduzione del numero di soggetti inviati al programma terapeutico e un aumento delle sanzioni applicate. Il fenomeno è sostenuto dalla mancata sospensione delle sanzioni in caso di accettazione del programma (Legge 49/2006).

In diminuzione le sanzioni per art. 75 e delle persone inviate ai Ser.T.

Nel 2012, con riferimento alle azioni di contrasto in violazione della normativa sugli stupefacenti, 22.748 sono state le operazioni antidroga, 34.971 le denunce (-5%), 27.300 gli arresti per reati in violazione del DPR 309/90. Il 65% delle segnalazioni deferite all'Autorità Giudiziaria nel 2010 erano a carico di italiani ed un 9% circa riguardava la popolazione di genere femminile. L'età media dei soggetti segnalati è di circa trentuno anni.

Nel 2010: 34.971 denunce per reati DPR 309/90.; -5% denunce -4,4% arresti

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

Il 40,3% delle segnalazioni all'Autorità Giudiziaria per violazioni della normativa sugli stupefacenti riguardava il traffico di cannabis, seguite dalla cocaina (35,4%) ed in percentuale minore da eroina (16%), in aumento le droghe sintetiche (+7,6%).

Aumento delle denunce per traffico di droghe sintetiche

Le persone condannate dall'Autorità Giudiziaria in seguito alla violazione del DPR 309/90 per reati legati al traffico di sostanze stupefacenti ammontano nel 2012 a 10.419. Circa il 20% dei condannati mostra un comportamento recidivo. Risultano più recidivanti i soggetti coinvolti in reati di maggiore gravità.

Le condanne per reati DPR 309/90 sono 10.382:
• 20% recidivi
• recidivanti con reati più gravi

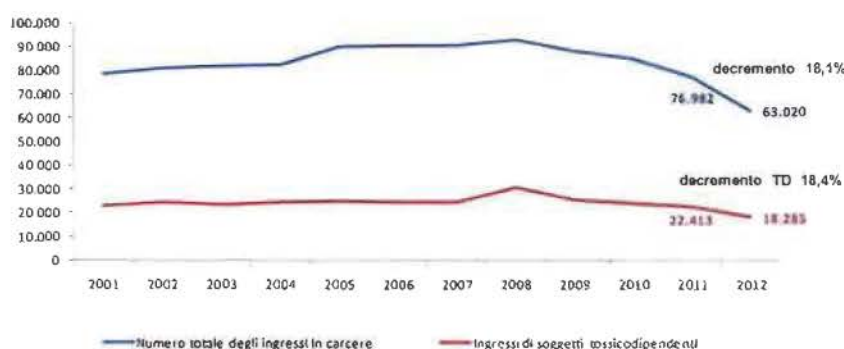
Carcere

Secondo il flusso dati del Ministero della Giustizia – DAP - nel 2012 gli ingressi totali dalla libertà in carcere per vari reati sono stati 63.020 con un decremento dal 2011 del 18,1%. Nel 2012, anche gli ingressi di soggetti con problemi socio-sanitari droga correlati hanno subito una riduzione (-18,4%) passando da 22.413 a 18.285. È importante sottolineare che il 34,5% dei soggetti entrati negli istituti penitenziari nel 2012 per reati in violazione alla normativa per gli stupefacenti sono usciti in libertà nel corso dell'anno.

Carcere: decremento del 18,1% degli ingressi totali in carcere

Il 34,5% esce in libertà nell'arco dell'anno

Figura 28: Numero di ingressi complessivi negli istituti penitenziari e ingressi di soggetti in carcere con problemi socio-sanitari droga correlati. Anni 2001 – 2012

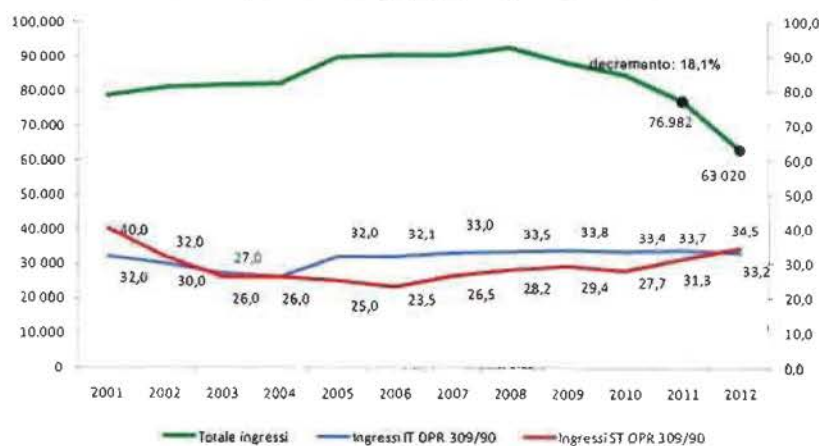


Riduzione degli ingressi in carcere per reati DPR 309/90

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Nel 2012 si è osservato un incremento degli ingressi di soggetti stranieri per reati in violazione al D.P.R. 309/90 che dal 31,3% del 2011 è passato al 34,5 del 2012. Una modesta riduzione è rilevata invece per i soggetti di nazionalità italiana (33,7% nel 2011 e 33,2 del 2012).

Figura 29: Ingressi complessivi negli istituti penitenziari e percentuali di ingressi per reati in violazione del DPR 309/90, secondo la nazionalità. Anni 2001 – 2012



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

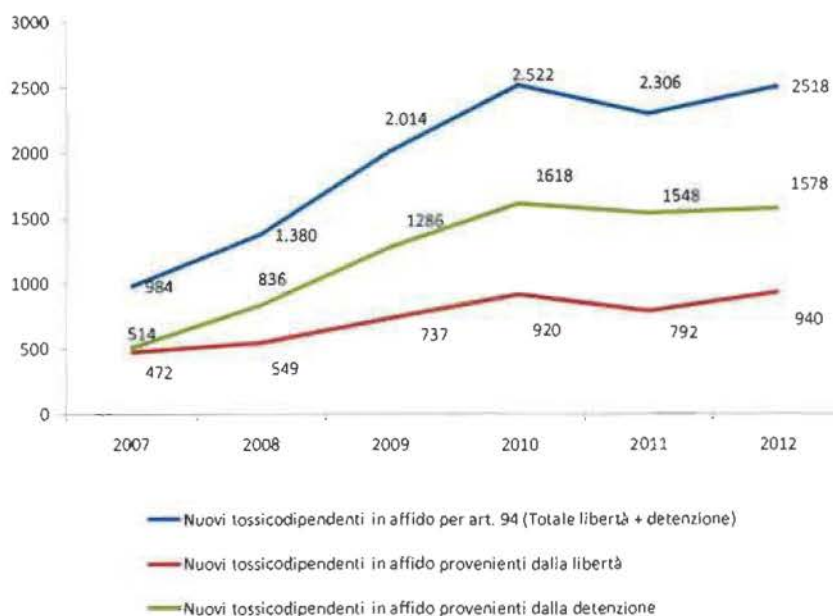
Rispetto al 2011 si registra una riduzione degli ingressi di minori in carcere del 16% per reati DPR 309/90. La reclusione di minori in violazione alla normativa sugli stupefacenti ha riguardato quasi esclusivamente il genere maschile (96,6%), con prevalenza di soggetti stranieri (53,4%), poco più che 17-enni, senza apprezzabili differenze tra i minori di diversa nazionalità.

Attraverso i flussi della Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna del DAP – Ministero della Giustizia si monitora l'andamento degli affidamenti concessi ai detenuti ex art. 94 del D.P.R. 309/90. Nel 2012 i soggetti affidati sono complessivamente aumentati del 7,6% rispetto al 2011 (da 2.306 soggetti a 2.518). L'aumento maggiore è a carico di quelli provenienti direttamente dalla libertà (18,7%) rispetto a quello provenienti dalla detenzione (1,9%).

Ingressi in carcere
per reati DPR
309/90 da parte di
minori

Aumento del 7,6%
dei nuovi
affidamenti

Figura 30: Numero di soggetti tossicodipendenti affidati al servizio sociale provenienti dalla detenzione e dalla libertà. Anni 2007 - 2012



Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna

Il 94% dei soggetti posti in affidamento è di sesso maschile, mentre nel 91,7% dei casi si tratta di cittadini italiani. La classe di età più rappresentata è quella 35-44 anni (40,5%).

Da segnalare come dato positivo che la maggior parte dei casi archiviati nel corso del 2012, pari al 56,4%, ha avuto la chiusura del procedimento con esito favorevole, mentre le revoche per andamento negativo rappresentano il 23,0% del totale delle archiviazioni.

È utile sottolineare che ai 2.518 affidi concessi nel corso del 2012 vanno aggiunti quelli già in esecuzione da anni precedenti che risultano essere 1.766. Il totale dei soggetti con affidamento per art. 94 è quindi pari a 4.284 soggetti, con diminuzione del 4,8% rispetto all'anno precedente, dove si erano osservati 4.500 casi di affidamento.

56,4% degli
affidamenti
archiviati con esito
favorevole

Dal 2010
aumento del 10%
degli affidi

Tabella 4: Numero dei tossicodipendenti affidati al servizio sociale, con distinzione tra nuovi e già attivi. Anni 2010 - 2012

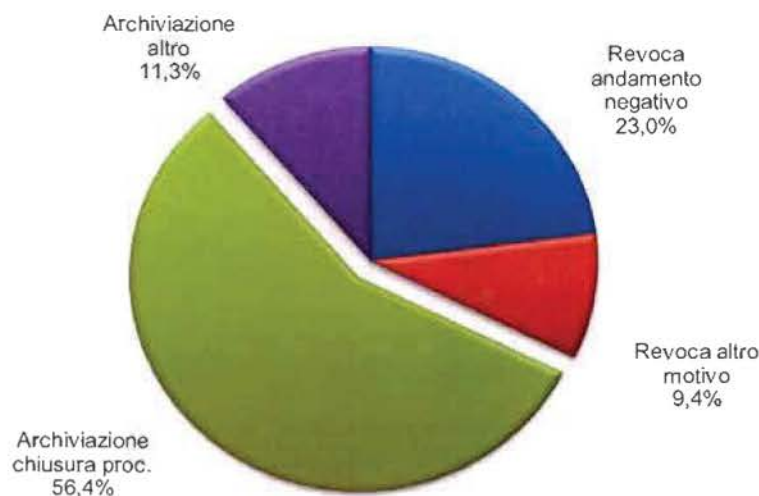
	2011			2012			Δ%
	Già attivi ⁽¹⁾	Nuovi	Totale	Già attivi ⁽²⁾	Nuovi	Totale	
Affidi	2.160	2.340	4.500	1.766	2.518	4.284	-4,8%

⁽¹⁾ presi in carico tra il 2007 e il 2010

⁽²⁾ presi in carico tra il 2007 e il 2011

Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

Figura 31: Motivo di archiviazione del procedimento riguardante i soggetti tossicodipendenti affidati ai servizi sociali. Anno 2012



Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

Per valutare in modo più attendibile il fenomeno dei tossicodipendenti in carcere a partire dall'anno scorso è stata attivata una rilevazione puntuale (Carcere -DPA, in base all'accordo siglato in Conferenza Unificata del 18 maggio 2011) eseguita al 31 dicembre di ciascun anno. A questa indagine hanno partecipato tutte le Regioni/PP.AA. con una copertura pari al 90,4% della popolazione carceraria.

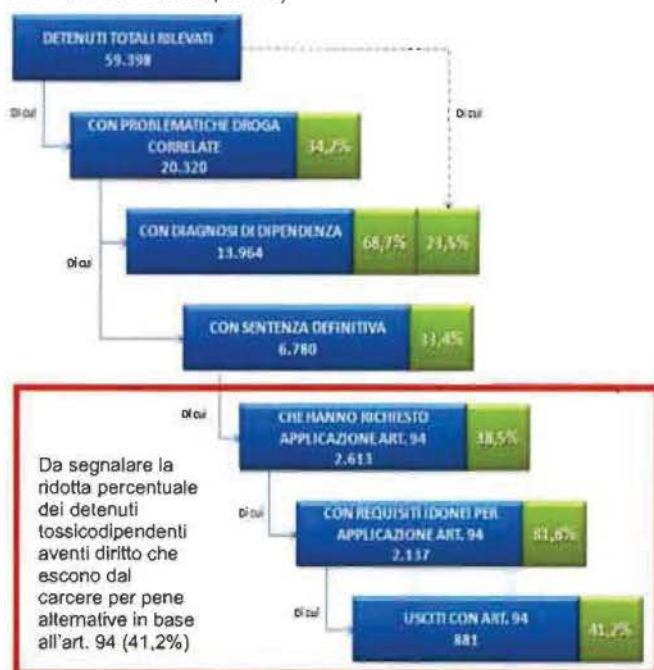
La popolazione detenuta che presentava tossicodipendenza diagnosticata secondo i criteri ICD-IX-CM risultava essere di 13.694 soggetti, pari al 23,5% del totale dei soggetti ristretti in carcere. Solo una parte di questi (2.613 soggetti) risulta aver fatto richiesta di accesso alla pena alternativa ex art.94 D.P.R. 309/90, di cui l'81,8% (2.137 soggetti) presentava i requisiti idonei per accedervi. Nel 41,2% dei casi,

Indagine "Carcere-
DPA" 2012

23,5% dei detenuti
è diagnosticato
tossicodipendente
con criteri clinici
secondo DSM IV e
ECD9 9

corrispondente a 881 detenuti, è stata applicata la pena alternativa.

Figura 32: Flusso della popolazione detenuta al 31 dicembre 2011 (le percentuali fanno riferimento al livello superiore)



Fonte: Regioni - Dipartimento Politiche Antidroga (Carcere-DPA 2011)

(*) Il nuovo flusso delle Regioni è in via di attivazione e risente di sottonotifica in relazione della iniziale fase di implementazione del sistema. L'attuale sottonotifica è del 9,6% rispetto ai dati del Ministero di Giustizia

RACCOMANDAZIONI E CONCLUSIONI

I dati in nostro possesso, provenienti da molteplici fonti indipendenti tra loro, mostrano una realtà in cambiamento per le sostanze stupefacenti tradizionali che mantiene in generale il trend di contrazione del fenomeno ma con degli spunti di variazione che riguardano soprattutto le fasce giovanili per droghe quali la cannabis. Tali variazioni devono farci riflettere sulla necessità di adottare nuove forme di prevenzione, più precoce e più selettiva.

Il quadro italiano, per essere meglio compreso, deve essere necessariamente inquadrato all'interno del contesto europeo e internazionale da cui si evince una tendenza globale alla riduzione del consumo di droga, con la comparsa di nuovi mercati e di organizzazioni criminali fortemente orientate all'uso di Internet come promozione e veicolo delle nuove offerte di droghe sintetiche.

L'osservazione trasversale e pluriennale di tutti questi dati fa comunque comprendere che il fenomeno sta trovando risposte efficaci che possono e devono sicuramente migliorare la loro performance all'interno del nostro Paese. Tuttavia, per combattere la sempre maggiore globalizzazione delle organizzazioni criminali, del traffico e dello spaccio, dovremo necessariamente trovare una risposta altrettanto globalizzata da parte delle nazioni ma anche delle singole Regioni e delle Province Autonome.

Il traffico di droga non riconosce né rispetta i confini o le frontiere, non differenzia competenze e né sovranità, siano esse nazionali o regionali, e quindi è necessario e indispensabile che, sia nel campo della prevenzione, della cura e della riabilitazione, ma anche del contrasto del traffico e dello spaccio si adottino sempre di più logiche

Positivo andamento generale, ma segni preoccupanti per le giovani generazioni in relazione all'uso di cannabis e al policonsumo

globalizzate, condivise e coordinate a tutti i livelli.

Non accettare o non comprendere lo sforzo che anche l'Unione Europea sta facendo in questo senso significa compromettere le potenzialità di successo in una lotta che può sicuramente essere vinta.

Qualsiasi atteggiamento, a qualsiasi livello, che non vada in questo senso di forte cooperazione e coordinamento interistituzionale dovrà essere considerato non virtuoso e quindi da superare.

Nell'analizzare i dati della Relazione al Parlamento sono emerse varie problematiche e aree critiche che portano a sviluppare una serie di riflessioni e considerazioni al fine di costituire una nuova base per una discussione ed una programmazione futura di miglioramento.

Ovviamente, il sistema di rappresentazione dei dati in nostro possesso può e deve essere ulteriormente migliorato ma lo sforzo che questo Dipartimento esegue ogni anno tramite il proprio Osservatorio nazionale e con la fondamentale collaborazione delle Amministrazioni centrali e regionali, porta a creare una base di dati estremamente importante per poter descrivere il fenomeno da più punti di vista e sotto vari aspetti.

L'interpretazione ed il giudizio su questi dati risentono anche delle strategie e delle politiche che le varie autorità, sia governative che regionali, si sono date, soprattutto nel verificare la validità degli obiettivi prefissati e i risultati raggiunti che erano indicati nel Piano di Azione Nazionale e avrebbero dovuti essere declinati nei singoli piani regionali.

Molto si può e si deve ancora fare ed è per questo che è necessario focalizzare, come promemoria di impegno futuro, i principali punti e le aree critiche di miglioramento. Procedendo con un ordine logico, e non di stretta priorità, possiamo quindi elencare i seguenti punti.

1. Coordinamento nazionale e interregionale

Dall'esperienza vissuta in questi 5 anni, ed in particolare nell'ultimo anno, e dall'analisi dei singoli sistemi regionali, sia da un punto di vista organizzativo che delle azioni messe in atto, si evince la presenza ancora di una particolare frammentazione e disomogeneità che tocca sia gli aspetti strutturali che funzionali dei sistemi regionali di risposta alle tossicodipendenze.

Pur condividendo e rispettando la necessità dell'autonomia regionale ed in particolare del settore socio-sanitario, si evidenzia e si coglie però che questa forte differenziazione comporta risposte estremamente diversificate mantenendo modelli ancora troppo ancorati al passato e non cogliendo, con la necessaria flessibilità che sarebbe opportuna, il cambio dei pattern d'uso delle sostanze stupefacenti, delle modalità di traffico e di accesso a queste sostanze e dei nuovi profili comportamentali che sono venuti in questi anni.

Difficoltoso si è mostrato infatti in alcuni momenti il coordinamento nazionale con varie Regioni e Province Autonome, alcune delle quali non partecipano da anni agli incontri di coordinamento e formazione nazionale. Una conseguenza di questo è un indicatore indiretto di questo fenomeno è l'assenza di importanti base di dati e informazioni regionali che a volte non arrivano all'Osservatorio nazionale del DPA da alcune Regioni, come evidenziato anche all'interno della Relazione al Parlamento 2013.

E' ovvio che per poter attuare scelte e strategiche coordinate a livello nazionale, si debba partire da un'ampia base di dati il più rappresentativa possibile delle realtà territoriali e che quindi i cosiddetti "dati mancanti" o "non forniti" oltre ad impedire l'esauritiva lettura del fenomeno, impediscono anche la possibilità di trovare giuste forme di coordinamento ed azione. L'assenza operativa di alcune Regioni comporta anche la difficoltà di trasferire computamente le indicazioni europee su parti importanti del territorio nazionale, compito questo del DPA ma che si può esercitare

Necessità di aumentare il coordinamento nazionale e interregionale con partecipazione attiva per garantire anche l'attuazione delle indicazioni europee

esclusivamente se da parte delle Amministrazioni territoriali viene assicurata una costante partecipazione attiva ai momenti di coordinamento nazionale.

Sottolineiamo inoltre l'importanza che questi momenti di coordinamento nazionale coinvolgano anche le Amministrazioni comunali o le loro rappresentanze, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti della prevenzione e del reinserimento socio-lavorativo.

2. Calo degli investimenti nelle attività di prevenzione

Dalla lettura dei dati relativi agli investimenti finanziari regionali fatti sui programmi di prevenzione, si evince un forte calo nel 2012 dei budget dedicati a questa attività. Questo aspetto risulta particolarmente preoccupante se lo si associa ad un altro fenomeno e cioè all'aumento della pressione di marketing negativa su Internet, con una grande promozione dell'offerta e dell'uso di sostanze stupefacenti (sia classiche, sia nuove) che in questi anni ha avuto un grandissimo sviluppo. Oltre a questo, ad aggravare la situazione e rendere ancora più critica questa riduzione dei finanziamenti in ambito preventivo, risulta essere l'aumento dei consumi di cannabis visti soprattutto nella fascia di età 15-19 anni.

E' necessario pertanto che si rivedano profondamente queste riduzioni dei finanziamenti per la prevenzione per non dover pagare un prezzo altissimo tra qualche anno con un aumento del numero di giovani consumatori.

I finanziamenti in questo ambito non dovrebbero essere visti e considerati come "costi" ma, più realisticamente come "investimenti per il futuro". In uno studio condotto insieme all'UNODC durante la preparazione delle linee di indirizzo internazionali sulla prevenzione, si è potuto infatti determinare che ogni euro investito in prevenzione farà risparmiare 10 euro negli anni successivi in cura e riabilitazione. Questo deve far riflettere molto su questi aspetti e sulla necessità di garantire finanziamenti idonei per le attività di prevenzione e, contestualmente, di adottare modelli e metodologie più scientificamente orientate, più precoci e più selettive che si sono dimostrate più sostenibili oltre che efficaci.

Investimenti sulla
prevenzione non
rinunciabili

Rapporto
costo/beneficio
1/10:
un euro di
prevenzione fa
risparmiare 10 euro
di terapia

Più prevenzione
selettiva e precoce

3. Bisogno di introdurre modelli innovativi di prevenzione

Dall'osservazione più particolareggiata delle modalità e degli approcci preventivi utilizzati sul territorio nazionale, al di là della carenza di finanziamenti dedicati sopra segnalata, vi è anche un altro fattore problematico, cioè il tipo di metodologie spesso utilizzate. Si è potuto infatti rilevare una mancanza di programmi di prevenzione realmente precoce (che si sono dimostrati scientificamente più efficaci), a partire dai 6-8 anni e centrati su approcci educativi orientati alla promozione del "valore salute" e all'acquisizione di life skills e di stili di vita sani che escludano l'uso di sostanze stupefacenti, di alcol e tabacco e di gioco d'azzardo. E' chiaro che a questo livello è fondamentale il maggior supporto che dovrà essere dato alla famiglia e alla scuola.

Dall'osservazione che i giovani tossicodipendenti arrivano alle strutture di cura in fase molto avanzata e tardiva rispetto al primo uso di sostanze (6-9 anni dall'inizio dell'uso), si rileva inoltre la mancanza di programmi specifici di individuazione precoce di queste condizioni di rischio aumentato e di questo periodo che viene trascorso dalla persona totalmente senza protezione.

Porsi l'obiettivo di ridurre questo tempo di latenza e di arrivare ad una diagnosi, anche di uso occasionale, più precoce è fondamentale, così come raccomandato anche da specifiche Risoluzioni delle Nazioni Unite nel corso di questi anni durante le CND, sia con le indicazioni contenute nel nuovo piano di azione europeo.

Inoltre, è possibile identificare la condizione di vulnerabilità all'uso precoce di sostanze e allo sviluppo di dipendenza già in giovanissima età attraverso una semplice osservazione comportamentale e socio-ambientale in grado di cogliere markers precoci quali la presenza di disturbi comportamentali (ad esempio, iperattività,

Verso una
prevenzione molto
più precoce e
incisiva

Life skills e stili di
vita sani mediante
un approccio
educativo

Ridurre il ritardo di
diagnosi e
intervento

Identificazione
precoce dei
markers di
vulnerabilità

aumento dell'aggressività, ecc.) e deficit attentivi.

Avere, quindi, specifici programmi e interventi di diagnosi e intervento precoce risulta strategico e fondamentale.

4. Nuove droghe

Il mercato delle nuove droghe, le offerte e le proposte in Internet potrebbero assumere nei prossimi anni dimensioni ragguardevoli, se non opportunamente monitorati e contrastati. Va mantenuta, e se possibile migliorata ancora, la tempestività di segnalazione e di tabellazione di nuove sostanze stupefacenti che il Sistema Nazionale di Allerta Precoce ha dimostrato in questi anni.

L'azione però non si dovrebbe fermare solo all'ambito della repressione, ma investire contemporaneamente gli ambiti preventivi ed educativi precoci allertando e supportando le famiglie e la scuola relativamente alle problematiche relative all'uso improprio di internet nei giovani. Sulla rete trovano inoltre spazio molte offerte illegali di farmaci contraffatti ed estremamente pericolosi. In Italia, il fenomeno dell'abuso di farmaci non prescritti nei giovani è per fortuna ancora limitato, al contrario di altri Paesi dove è diventato tra i primi problemi d'abuso, come gli Stati Uniti, ma è necessario anche in questo caso adottare programmi specifici di prevenzione che dovranno essere coordinati anche con quanto già fanno a tale proposito l'AIFA e il Ministero della Salute oltre che le singole Regioni.

Un mercato in espansione anche se sotto controllo

Non solo un problema di contrasto ma anche educativo del corretto uso di Internet

5. Poliabuso e polidipendenza

Le ricerche hanno mostrato che il poliabuso, e quindi la polidipendenza conseguente, si stanno rafforzando soprattutto tra i giovani consumatori. Oltre alle sostanze usate contemporaneamente o sequenzialmente, è stato evidenziato anche che i dipendenti da sostanze stupefacenti hanno anche un rischio molto maggiore di essere dipendenti da gioco d'azzardo e di sviluppare una vera e propria malattia anche in questo settore.

L'alcol ed il tabacco, inoltre, vengono utilizzati quasi costantemente insieme alle sostanze stupefacenti. E' necessario, quindi, che i programmi regionali e i Dipartimenti delle Dipendenze si orientino e si organizzino affinché le risposte preventive ed assistenziali siano dedicate a tutte le dipendenze, con un approccio che interpreti e soddisfi maggiormente i reali bisogni socio-sanitari degli utenti.

Questa osservazione ha anche una rilevanza importante nell'ambito della ricerca delle neuroscienze, in quanto si evidenziano sempre comune neuro-fisio-patologiche delle varie dipendenze esistenti, sia quelle da sostanze stupefacenti che da comportamenti.

Nuovo trend emergente che ingloba anche il gioco d'azzardo patologico

6. Fattori di crisi per gli operatori del settore

L'osservazione del sistema organizzativo e strutturale dei Dipartimenti delle Dipendenze e delle comunità terapeutiche ha messo in luce una forte crisi di questo settore in relazione a oggettive situazioni di difficoltà degli operatori dei servizi pubblici ma anche del privato sociale che spesso si trovano a dover operare in condizioni difficoltose, sia per la carenza di personale (a fronte di un alto numero di utenti in carico), sia per la scarsità di risorse a disposizione, sia per formule organizzative che ci vengono riferite come spesso penalizzanti i servizi per le tossicodipendenze, rispetto ad altri servizi aziendali.

Si è rilevata una diffusa condizione di demotivazione professionale dovuta a questi fattori, e contemporaneamente una forte richiesta di poter operare al meglio e continuare il proprio lavoro in condizioni di maggior agibilità e sicurezza. In particolare, le comunità terapeutiche hanno visto la riduzione del numero di unità operative sul territorio e questo è stato messo in relazione anche con la difficoltà a

Condizioni preoccupanti e da prendere in seria considerazione

Operatori impegnati ma fortemente in difficoltà

ricevere dalle Regioni i pagamenti per le prestazioni e le assistenze effettuate, in tempi rapidi e comunque idonei per poter mantenere un'attività professionale.

Da alcune ricerche eseguite da Comunitalia (Associazione che riassume insieme la maggior parte delle Comunità e delle reti di assistenza italiane) risulterebbe un mancato/ritardato pagamento delle rette comunitarie per un valore di circa 24 milioni di euro. La riorganizzazione di questo settore dovrebbe tenere conto sia della creazione di un'omogeneità nazionale fra tutte le Regioni (per esempio, la definizione di rette nazionali omogenee che ad oggi sono estremamente diverse ed ingiustificatamente diversificate) ma anche del fatto che è necessario dare identità professionale e condizioni organizzative ben strutturate ai Dipartimenti delle Dipendenze che assumono in sé sia i Ser.T. che le comunità terapeutiche, uniti in uno sforzo congiunto di fornire prestazioni e aiuto alle persone tossicodipendenti nei loro vari stadi di motivazione al cambiamento in base alle loro diverse caratteristiche cliniche e alle loro richieste di assistenza.

Problemi concreti
per le comunità
terapeutiche:
acquisire in tempi
più rapidi i crediti
dalle Regioni

7. I Dipartimenti delle Dipendenze: il futuro possibile

Per quanto riguarda l'organizzazione e l'attivazione dei Dipartimenti delle Dipendenze riscontrata nelle varie Regioni, essa è risultata estremamente eterogenea sul territorio nazionale, con una scarsa attuazione, per altro, dello specifico Atto di Intesa Stato-Regione che ne prevedeva, a suo tempo, l'attivazione. Come già segnalato, questa carenza organizzativa comporta una perdita dell'identità professionale negli operatori dei Dipartimenti, come da loro stesso riferito, soprattutto nei casi in cui i Ser.T. siano stati inopportuno inseriti nei Dipartimenti di Salute Mentale o nei distretti territoriali in qualità di unità operative generiche e non specialistiche. Queste unità operative, infatti, hanno la necessità di trovare un loro forte e autonomo coordinamento strutturale sovra-distrettuale per poter essere sempre più efficaci e specializzati e dare risposte concrete a tutto il territorio di competenza.

L'autonomia programmatica e organizzativa delle Regioni e Province Autonome a questo livello, che va sicuramente rispettata, dovrebbe però tenere conto del rispetto degli Atti di Intesa sottoscritti, oltre che delle linee di indirizzo nazionali a questo livello che sono state realizzate e divulgate dal DPA (sulla base anche di orientamenti europei in materia) che avevano tracciato molto bene e chiaramente le modalità ottimali di risposta e della relativa organizzazione che sarebbe necessario ed opportuno fosse presente su tutto il territorio nazionale, anche alla luce della necessaria economicità e sostenibilità di questo tipo che l'organizzazione strutturale dei Dipartimenti crea.

Valorizzare i
Dipartimenti delle
Dipendenze

Attuare l'Atto di
Intesa Stato-
Regioni e
promuovere le
linee di indirizzo
nazionali

8. Prevenzione delle malattie infettive droga-correlate

Nell'ambito delle malattie infettive droga-correlate, come già più volte segnalato purtroppo è ancora da rilevare una diminuzione dell'attenzione relativamente al problema della diagnosi precoce e dell'inserimento altrettanto precoce in terapia antiretrovirale, delle persone tossicodipendenti con infezione da HIV. Come più volte segnalato dal DPA con ben due allerte sanitarie nazionali si è riscontrato e si continua a riscontrare un carente utilizzo del test HIV all'interno dei Ser.T. con scarso screening sia dei nuovi soggetti che arrivano ai soggetti, sia di quelli in carico da periodi precedenti. Questa condizione deve necessariamente essere superata perché non c'è ragione che possa giustificare una mancanza di questo genere che è in grado di compromettere il buon controllo della diffusione dell'epidemia (soggetti inconsapevoli di essere sieropositivi trasmettono più facilmente l'infezione rispetto ai soggetti consapevoli) e contemporaneamente la sopravvivenza e la qualità di vita delle persone HIV positive inconsapevoli del loro stato (il ritardo di diagnosi e di ingresso in terapia comporta l'espressione di una malattia più aggressiva e più

Un'emergenza che
continua

Compromissione
del controllo
epidemico e delle
possibilità di cure
precoci per una
maggior
sopravvivenza e
qualità di vita

compromettente per la salute e la sopravvivenza delle persone oltre che per la loro qualità di vita).

Da segnalare inoltre la necessità di riattivare e mantenere costanti gli interventi di prevenzione e di rilanciare le campagne di vaccinazione per l'epatite B in questo target particolarmente a rischio che risulta ancora con una percentuale di non copertura molto elevata.

9. Nuova emergenza del gioco d'azzardo patologico (GAP)

Il fenomeno crescente del GAP è stato ben evidenziato nella sua attuale evoluzione ed è sicuramente da mettere in relazione con l'aumento dell'offerta di giochi e della relativa pressione pubblicitaria che è stata fatta negli ultimi 5 anni. Alcuni studi eseguiti dal DPA e riportati in questa Relazione al Parlamento hanno potuto mostrare anche la forte correlazione del GAP con l'uso di sostanze stupefacenti e con l'uso di alcol e tabacco, dimostrando come le persone vulnerabili al gioco d'azzardo abbiano anche una base neuro-psico-biologica comune che li porta a sviluppare dipendenze anche verso le sostanze stupefacenti e alcoliche e viceversa.

Questa importante osservazione riveste anche degli aspetti pratici di programmazione e orientamento dei servizi di prevenzione e cura, facendo riflettere sulla necessità di impostare i Dipartimenti delle Dipendenze verso risposte multiple e integrate per le varie dipendenze che, sempre più spesso, le persone che ad essi si rivolgono, presentano. La specializzazione, quindi, verso la cura delle "dipendenze" nel loro complesso o, meglio ancora, verso la persona vulnerabile alle dipendenze e non verso la "sostanza stupefacente", è la scelta giusta che dovrebbe far orientare sia l'organizzazione dell'offerta socio-sanitaria che i processi assistenziali (diagnostici, terapeutici, riabilitativi) in essa utilizzati.

La scelta, quindi, di creare e rafforzare i Dipartimenti delle Dipendenze in forma strutturale e autonoma, con un'identità professionale e tecnico-scientifica ben definita, al fine di poter costruire risposte sempre più idonee ai problemi derivanti dalle dipendenze patologiche che sempre più si vanno articolando nella popolazione, è sicuramente razionale e fortemente consigliata, basandosi proprio sulle evidenze scientifiche di cui ad oggi possiamo disporre.

Il problema del GAP tocca vari aspetti e a livello nazionale si sente fortemente l'esigenza di un coordinamento delle politiche e degli interventi non solo in ambito socio-sanitario ma anche regolamentatorio e di controllo/repressione del gioco d'azzardo illegale. Attualmente, i settori sia dello Stato che delle Amministrazioni regionali e comunali che a vario titolo si occupano di questa problematica non sono ben coordinati e non esiste ancora un piano di azione nazionale che possa (al pari di quello sulle sostanze stupefacenti) dare indirizzi per realizzare risposte integrate e concrete ad un fenomeno sicuramente in piena evoluzione. Sarebbe necessario, quindi, un organismo "super partes" (e la Presidenza del Consiglio dei Ministri potrebbe essere la giusta collocazione in merito) che possa accogliere tutti i vari stakeholders interessati in un unico ambiente strategico-programmatico al fine di realizzare politiche e indirizzi condivisi per interventi realmente integrati con il contributo del Ministero della Salute, del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, del Ministero dell'Interno, dell'Amministrazione dei Monopoli di Stato ma anche delle Regioni e delle Province Autonome, delle Amministrazioni Comunali e dei rappresentanti della società civile, nonché dei concessionari dei giochi.

Superare questo stato di scarso coordinamento e integrazione è una priorità impellente ma contemporaneamente è necessario attivare fin da subito interventi di prevenzione, cura e riabilitazione e poter disporre di strumenti normativi al fine di meglio regolamentare e monitorare l'offerta di giochi sul territorio.

La sostenibilità di queste azioni potrebbe essere mantenuta attraverso fondi e finanziamenti già esistenti provenienti sia dalle quote che i concessionari devono

Un fenomeno in
preoccupante
ascesa

Necessità di ri-
orientamento e
rafforzamento dei
Dipartimenti delle
Dipendenze verso
un approccio
globale

Necessità di un
piano di azione
nazionale
coordinato e
integrato anche per
il GAP

Coordinamento e
interventi precoci

Sostenibilità

investire in azioni di questo tipo (sulla base delle convenzioni in essere) sia da quote marginali che potrebbero essere recuperate dalle quote previste per la redistribuzione delle vincite.

In questa logica, è indicato attuare un approccio bilanciato che permetta a tutti i settori interessati di poter trovare il giusto equilibrio tra la protezione delle persone vulnerabili per lo sviluppo del GAP (aspetti socio-sanitari) e il mantenimento di un settore produttivo dell'intrattenimento (aspetti economici) che, se ben regolamentato e strutturato, può costituire un importante settore economico per lo Stato e per l'occupazione. Ovviamente, la priorità è quella della salute pubblica e della difesa dei cittadini più vulnerabili verso lo sviluppo di forme patologiche altamente invalidanti e in grado di generare oltre che sofferenze per il paziente e la sua famiglia anche un costo sanitario che lo Stato dovrebbe comunque sostenere.

Approccio
bilanciato

Priorità: la salute
pubblica

10. Carcere e droga

Per quanto riguarda il problema dei tossicodipendenti in carcere, questo Dipartimento ha ormai da anni e più volte segnalato la necessità di sfruttare maggiormente le opportunità esistenti relativamente all'attivazione di misure alternative al carcere (art. 94 DPR 309/90) da parte dei servizi per le tossicodipendenze delle Regioni e Province Autonome. Vi è infatti uno scarso ricorso alle misure alternative al carcere ma soprattutto si è registrato che molto spesso le persone tossicodipendenti reclusi aventi diritto non escono dal carcere, nonostante la presenza dei requisiti richiesti dalla legge, per mancanza di budget dedicato a queste attività.

Il DPA ritiene che sarebbe necessaria una riverifica puntuale delle reali cause e motivazioni nello specifico (al di là della semplicistica affermazione della cronica "carenza di fondi") che portano alcune Amministrazioni regionali a ridurre il budget in disponibilità dei Ser.T., così come ci viene riferito, per queste attività di recupero. Contemporaneamente, sarebbe necessario valutare l'esistenza di una reale e concreta organizzazione (sia in termini di programmi e processi specifici dedicati, sia di strutture e operatori coinvolti direttamente in questa assistenza in carcere), che dovrebbe operare quotidianamente per attuare quanti più interventi possibili alternativi al carcere per queste persone.

Esistono inoltre modelli già sperimentati con successo che potrebbero essere attuati a livello nazionale che permetterebbero, già durante i processi per direttissima, di poter offrire ed attivare percorsi alternativi alle persone tossicodipendenti che hanno commesso reati, evitando quindi fin da subito l'entrata in carcere.

Un'ulteriore possibilità, che a livello internazionale sta riscuotendo sempre più consensi sulla base dei buoni risultati ottenuti in termini di alto tasso di riabilitazione, basso tasso di ricaduta (sia criminale che di uso di sostanze stupefacenti), in relazione anche al risparmio dei costi che è in grado di creare, è l'attivazione di interventi sul modello delle "Drug Court" americane che stanno avendo applicazione anche in alcuni Stati europei, quali Belgio e Inghilterra.

Necessità di
utilizzare
maggiormente le
misure alternative
al carcere

Violazione dei
diritti esigibili

Necessità di
analizzare meglio
le reali cause dello
scarso ricorso
all'art. 94 per
rimuovere gli
ostacoli

Possibili nuovi
modelli alternativi
per evitare
l'ingresso in
carcere dei
tossicodipendenti
che hanno
commesso reati

11. Orientamento scientifico e neuroscienze

Dall'analisi dei processi preventivi, terapeutici e riabilitativi utilizzati nei Dipartimenti delle Dipendenze, sia per quanto riguarda i Ser.T. che le comunità terapeutiche, risulta la necessità di adottare ancora di più un orientamento scientifico che sia maggiormente consolidato e orientato alle neuroscienze dell'addiction. I modelli attuali risultano infatti, a parte la forte eterogeneità riscontrata, poco basati sulla valutazione costante degli esiti dei trattamenti ma soprattutto sui modelli fisiopatologici che stanno alla base poi dell'espressione comportamentale dell'addiction e quindi in grado di far comprendere al meglio quali possono essere i giusti rimedi e le giuste scelte terapeutiche per ogni singola persona. E' necessario

Necessità di un
forte impulso verso
le neuroscienze
attraverso
formazione e
collaborazioni
internazionali

quindi investire anche in formazione su questi ambiti e nel creare sempre di più collaborazioni scientifiche con Paesi ed organizzazioni di alto livello che possono contribuire a far crescere la cultura tecnico-scientifica nel nostro Paese.

Persiste ancora fortemente uno scarso trasferimento delle evidenze scientifiche derivanti proprio dall'ambito delle neuroscienze e delle scienze del comportamento, sia verso le attività preventive, sia verso quelle cliniche e quelle educative e riabilitative. Implementare questo orientamento anche nel nostro Paese attraverso la formazione avanzata degli operatori e la promozione di network di ricerca nel campo delle neuroscienze dell'addiction, come per altro inserito nel nuovo Piano di Azione europeo proprio su proposta dell'Italia, creerebbe un aumento della specializzazione dei Dipartimenti delle Dipendenze e in ultima analisi un miglioramento dell'efficacia degli interventi a tutti i livelli.

Dalla ricerca
scientifica alla
pratica clinica

12. Costi e benefici: investimenti per il futuro

Il sistema delle dipendenze in Italia, per quanto riguarda gli aspetti socio-sanitari nel loro complesso, è stimabile che abbia un costo di circa 1,65 miliardi all'anno e che permetta di mettere in trattamento circa il 40% dei tossicodipendenti aventi bisogno. La maggior parte di queste persone (circa l'80%), durante il trattamento, sospende l'uso di sostanze e, in una quota oscillante tra il 50 e il 60%, è occupato professionalmente, producendo, in questo modo, benefici diretti (valorizzabili in senso monetario) estremamente importanti e rilevanti dipendenti soprattutto dalla cessazione della spesa quotidiana per l'acquisto della droga (con cessazione del flusso di denaro alle organizzazioni criminali) e dalla ripresa della produttività economica individuale che consentirà loro una vita autonoma. In caso contrario invece e cioè di non trattamento della dipendenza patologica, queste costi diventerebbero inevitabilmente costi per lo Stato e fonti di finanziamento per le organizzazioni criminali. L'equazione è molto semplice ma estremamente efficace e vera.

I costi socio-sanitari, quindi, per la prevenzione, cura e riabilitazione devono essere visti come dei veri e propri "investimenti" sia per evitare che nuove persone si ammalino e perdano autonomia e produttività alimentando il crimine per le loro necessità cliniche, sia per recuperare forze e potenzialità soprattutto giovanili (che in altro modo andrebbero perdute e diventerebbero generatori di costi oltre che di sofferenze) e una loro riduzione comporterebbe costi aggiuntivi evitabili nel breve, medio e lungo termine, che nessuno Stato vorrebbe sostenere.

Sistema
assistenziale con
outcome positivi
ma necessità di
ridurre la quota dei
tossicodipendenti
non ancora in
terapia

Forte risposta ai
trattamenti
integrati con buon
tasso di
reinserimento
lavorativo

Curare = investire

E' necessario pertanto, incrementare la quota delle persone tossicodipendenti in trattamento, riducendo quindi quella degli aventi bisogno e che non sono ancora entrati in terapia, attraverso un aumento delle strutture in grado di fornire offerte terapeutiche valide, sia ambulatoriali che residenziali, perché è stato dimostrato che il rapporto costi/benefici, in questo caso, è estremamente vantaggioso avendo valori che oscillano tra 1/6 e 1/8.

Alto rapporto
costo/benefici dei
trattamenti: da 1/6
a 1/8

13. Contrasto del traffico e dello spaccio

Per quanto riguarda le attività di contrasto del traffico e dello spaccio delle sostanze stupefacenti, all'interno di un approccio bilanciato per la riduzione della domanda e dell'offerta, quale è quello italiano, va sottolineato l'alto e costante impegno delle Forze dell'Ordine e degli operatori della giustizia a questo proposito che, come anche in passato, hanno espresso una costante professionalità e dedizione di controllo del territorio ma anche della salute pubblica. Il DPA, nel 2012, ha aumentato i rapporti di collaborazione anche con questo importante settore coordinandosi sia sugli aspetti internazionali che sulle strategie nazionali e trovando una grande disponibilità e un ottimo riscontro nel partecipare e nel condividere sia le strategie di prevenzione ma

Approccio
bilanciato con
costante presenza
del contrasto e
della deterrenza

anche quelle di cura e riabilitazione delle persone tossicodipendenti, sia per la parte territoriale che per quanto riguarda le persone reclusi.

Una forte ed efficace collaborazione è stata infine attivata con questo settore per quanto riguarda il Sistema Nazionale di Allerta Precoce per l'identificazione delle nuove sostanze entranti sul territorio nazionale.

14. Diversi approcci

Infine, relativamente alle diverse riflessioni che vengono fatte in merito all'ipotesi di legalizzazione di una o più sostanze stupefacenti anche nel nostro Paese, per tentare di risolvere con questo sistema il problema della diffusione delle droghe e delle organizzazioni criminali, la posizione del DPA è molto chiara ed è stata espressa e ben documentata in un'apposita pubblicazione tecnico-scientifica che è possibile ritrovare sul sito del Dipartimento (a cui si rimanda per approfondimenti). Con un approccio molto oggettivo e scevro da ideologismi, nulla toglie che questo argomento possa essere oggetto di ulteriore discussione e approfondimento scientifico nelle opportune sedi tecniche prima ancora che politiche, relativamente alla sua presunta validità risolutiva del fenomeno droghe e criminalità. Avendo chiaro però che è necessario distinguere molto bene, evitando quindi manipolazioni e strumentalizzazioni comunicative, quelli che possono essere gli scopi e gli usi in ambito medico (per i quali non vi sono pregiudiziali se non quella, al pari di qualsiasi farmaco, di una rigorosa valutazione scientifica in merito all'efficacia e alla sicurezza) di alcune sostanze stupefacenti e la loro reale efficacia (ad esempio, la cannabis) e l'uso voluttuario/ricreativo che nulla ha a che fare con questi aspetti legati alla possibile cura di sintomi disagianti in alcune malattie.

Tutto questo, partendo inoltre dalla consapevolezza oggettiva che la proposta della legalizzazione non è una soluzione inserita nell'agenda né delle Nazioni Unite né dell'Unione Europea, come chiaramente espresso dagli attuali massimi vertici di tali organizzazioni e non attuata dalla stragrande maggioranza degli Stati al mondo.

L'opzione della legalizzazione, come è noto, comporterebbe un aumento dei consumi in seguito all'aumento della disponibilità di sostanze stupefacenti e al calo dei deterrenti, e dei fattori che sono stati dimostrati scientificamente protettivi della percezione del rischio e della disapprovazione sociale. Inoltre, in un'epoca storica dove in tutto il mondo, in Europa e Italia compresa, si assiste ad una diminuzione dell'uso di sostanze stupefacenti, della riduzione della mortalità correlata, delle infezioni e delle carcerazioni, sarebbe anacronistico attivare misure che comportino l'effetto contrario di quanto sta positivamente avvenendo a livello globale.

Oltre a questo e per fornire un ulteriore stimolo di riflessione sulle conseguenze della legalizzazione in termini sanitari, vale solo la pena di ricordare che le sostanze tossiche e in grado di dare una forte dipendenza più utilizzate al mondo e che generano il maggior contributo in termini di mortalità e morbidità sono proprio le due sostanze più legalizzate, cioè l'alcol e il tabacco.

Molti importanti Stati del mondo, dopo aver legalizzato tali sostanze, stanno di fatto introducendo sempre di più politiche e condizioni restrittive e di controllo al loro consumo negli ambienti pubblici, negli ambienti di lavoro e addirittura in strada, per recuperare questo *gap* ormai secolare, causa di milioni di vittime (facilmente valutabili in termini di sanità pubblica) e che dipendono da comportamenti sicuramente evitabili e prevenibili ma anche da una offerta capillare e istituzionalizzata.

In quanto alla supposta capacità di far crollare gli introiti delle organizzazioni criminali attraverso la legalizzazione delle droghe, modelli e studi eseguiti a tale proposito hanno dimostrato che ciò non è realistico ma soprattutto realizzabile e sostenibile e che non risolverebbe i due principali problemi che stanno alla base di tutto il mercato delle droghe: da un lato, l'esistenza di una domanda che nasce da

Diversi punti di
vista e salute
pubblica