

CAPITOLO II.2.

ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI CONTRASTO

II.2.1. Dipartimento Politiche Antidroga: organizzazione e attività 2010

II.2.2 La rete degli osservatori

II.2.3. Amministrazioni Centrali

II.2.4. Amministrazioni Regionali

II.2.5. Strutture di trattamento socio-sanitario

II.2.6. Costi sociali del consumo di sostanze stupefacenti

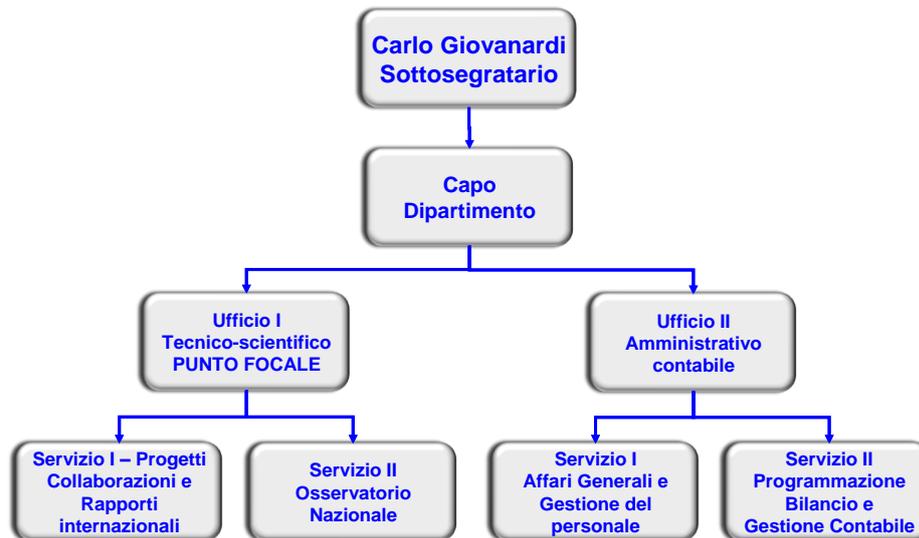
II.2. ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI CONTRASTO

II.2.1. Dipartimento Politiche Antidroga - Organizzazione e attività 2010

L'organizzazione del Dipartimento Politiche Antidroga, che con DPCM del 29 ottobre 2009 è diventato struttura permanente di supporto per la promozione, il coordinamento ed il raccordo dell'azione di Governo in materia di politiche antidroga, è stata definita dal DPCM del 31 dicembre 2009.

Il Dipartimento
come Struttura
Permanente della
Presidenza del
Consiglio dei
Ministri

Figura II.2.1: Organigramma del Dipartimento Politiche Antidroga



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Nel corso del 2010 sono proseguite, e in parte concluse, le numerose attività avviate l'anno precedente; inoltre, sono state sviluppate una serie di altre iniziative che rappresentano la prosecuzione della realizzazione delle strategie pluriennali elaborate nel 2009.

Attività svolta nel
corso del 2010

Nella seduta del 29 ottobre 2010 il Consiglio dei Ministri ha approvato il Piano Nazionale di Azione Antidroga 2010-2013. Il documento, di cui si riporta una sintesi nel paragrafo VI.1.1, rappresenta il riferimento per le politiche di settore per il triennio di sua applicazione: partendo dalle analisi condivise nel corso della V Conferenza Nazionale di Trieste e dai lavori dei gruppi post conferenza, e mantenendo la coerenza con le indicazioni del Piano d'Azione Europeo, il documento declina le strategie di intervento in modo pragmatico ed essenziale. Risulta pertanto uno strumento di particolare importanza nell'orientare lo sviluppo di azioni concrete, organizzate e coordinate tra il Dipartimento Nazionale e le Regioni/Province Autonome.

Approvazione, del
Piano Nazionale
d'Azione 2010-
2013

Tutte le azioni e le raccomandazioni contenute nel PAN trovano coerente sostegno nella attività progettuali messe in essere dal Dipartimento attraverso la definizione di appropriati piani progettuali.

All'interno del Dipartimento opera l'Osservatorio Nazionale come definito al comma 7 dell'art. 1 del D.P.R. 309/90. Oltre alle attività istituzionalmente assegnate al Servizio (Relazione Annuale al Parlamento, National Report e Tavole Standard per l'Osservatorio di Lisbona, flussi statistici per UNODC), nel corso del 2010 l'Osservatorio ha partecipato alla realizzazione di tutte le attività progettuali avviate collaborando alla pianificazione di quelle in fase di sviluppo e avvio.

Osservatorio
Nazionale

Nel 2010 un particolare rilievo ha avuto il Sistema Nazionale di Allerta Rapida la

Sistema di Allerta

cui organizzazione ha consentito di individuare precocemente i fenomeni potenzialmente pericolosi per la salute pubblica, correlati alla comparsa di nuove droghe e di nuove modalità di consumo sul territorio, e di attivare delle segnalazioni di allerta che tempestivamente hanno coinvolto sia le strutture deputate alla tutela e alla promozione della salute sia i responsabili della attivazione di adeguate misure in risposta alle emergenze segnalate.

I dettagli delle attività e dei risultati 2010 sono riportati nel capitolo V.3.

Le funzioni interne al Dipartimento nazionale sono state organizzate in gruppi di lavoro tematici con l'intento di sostenere la realizzazione e il compimento di specifiche linee di attività: questo si è reso necessario per facilitare lo svolgimento del lavoro e il raggiungimento degli obiettivi attesi nei confronti di aspetti complessi che prevedono il coinvolgimento di altre figure (istituzionali e non istituzionale) esterne al Dipartimento stesso.

Un gruppo di lavoro si occupa dell'accertamento di assenza di tossicodipendenza in lavoratori con mansioni a rischio. Al tavolo istituzionale, il cui mandato è quello di rivedere e sistematizzare l'attuale normativa di merito, partecipano tutti i Ministeri interessati e coinvolti nell'argomento (Salute, Infrastrutture e Trasporti, Lavoro e Politiche Sociali, Difesa, Interno) oltre a rappresentanti dell'Autorità Garante per la Privacy, delle organizzazioni dei medici del lavoro, ENAV e Rete Ferroviaria Italiana. A quest'ultima è stato affidato un progetto specifico (DTLR) che ha la finalità di monitorare l'andamento degli accertamenti nei lavoratori a rischio impiegati nel territorio nazionale (paragrafo I.1.3).

La Conferenza Stato-Regioni ha visto la partecipazione del DPA al tavolo tecnico sull'applicazione del DCPM 1 aprile 2008: tale DPCM, che definisce il trasferimento delle competenze sanitarie per i soggetti detenuti dal Ministero della Giustizia alle Regioni, interessa anche i soggetti tossicodipendenti o con problematiche connesse al consumo di stupefacenti. È stato definito un accordo che, con la prospettiva di favorire l'uscita dal carcere dei tossicodipendenti tramite l'affidamento in prova, istituisce una modalità di flusso dati che consenta di quantificare il fenomeno tossicodipendenza in carcere e di monitorare l'applicazione dell'affidamento in prova in esecuzione esterna della pena.

A sostegno della attività appena illustrata, il Dipartimento ha redatto delle specifiche linee di indirizzo, pubblicate e diffuse nel 2011, attraverso le quali di suggeriscono le modalità con cui favorire l'accesso all'affidamento in prova per i tossicodipendenti detenuti in carcere. L'applicabilità delle linee di indirizzo è verificata attraverso un progetto dedicato (Carcere e Droga) affidato a Formez.pa.

Sempre nel corso del 2011 sono state pubblicate e diffuse le linee di indirizzo a sostegno della prevenzione di patologie infettive correlate al consumo di stupefacenti. L'importanza di questo documento, basato su dati e prove di evidenza, è fondamentale per favorire l'accesso allo screening per HIV ed epatiti in soggetti a rischio, avendo notato un preoccupante e costante calo dell'esecuzione del test specialmente nei soggetti assistiti dai SerT. Per favorire l'adozione e l'applicazione delle linee di indirizzo è stato avviato un progetto specifico, Diagnosi e Terapia Precoce delle Infezioni Drogena-correlate (DTPI), affidato al Centro operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità.

Queste linee di indirizzo fanno seguito al documento "Misure ed Azioni Concrete per la Prevenzione delle Patologie Correlate all'uso di Sostanze Stupefacenti", pubblicato e diffuso nel 2009.

Le 49 attività progettuali definite nel piano 2009-2010 hanno avuto avvio nel corso del 2010. Nel mese di novembre è stato organizzato un workshop specifico, della durata di due giorni, nel corso del quale a tutti gli Enti affidatari di progetto è stato chiesto di rendicontare sullo stato di avanzamento dei lavori e sui risultati preliminari e intermedi ottenuti. I risultati presentati, che sono disponibili sul portale del Dipartimento, sono apparsi molto positivi sia per il raggiungimento degli obiettivi definiti per i singoli progetti che per la serietà e competenza

Rapida

Gruppi di lavoro

Lavoratori con
mansioni a rischioConferenza Stato-
RegioniLinee di indirizzo
"Tossicodipendenza
e Carcere"Linee di indirizzo
"Screening e
Diagnosi Precoce
delle principali
Patologie Correlate
all'Uso di Sostanze
Stupefacenti"Monitoraggio piano
progetti 2009-2010

dimostrata nella realizzazione del progetto assegnato. Per una parte dei progetti è prevista la conclusione nel corso del 2011 e la divulgazione dei risultati definitivi sarà oggetto di eventi pubblici oltre che di pubblicazioni edite a stampa.

Molti dei risultati dei progetti affidati nel 2009/2010 costituiscono paragrafi della presente Relazione

L'obiettivo del progetto RELI è quelli di promuovere e realizzare un nuovo modello di riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo integrato pubblico-privato per tossicodipendenti provenienti dalle Comunità Terapeutiche e dai SerT mediante l'attivazione di un network nazionale di organizzazione produttive e di coordinamento territoriali. Nel mese di ottobre 2010 con determinazione della Regione Sardegna, ente affidatario di progetto, è stato approvato il bando per la presentazione di proposte progettuali nell'ambito del progetto nazionale RELI.

Il bando, pubblicato sui siti www.politicheantidroga.it, www.droganews.it, www.dronet.org e www.regione.sardegna.it, invitava Comunità Terapeutiche, Dipartimenti delle Dipendenze, Cooperative Sociali di tipo A e B, Fondazioni e Associazione ad inviare, entro il 30 novembre 2010, un progetto territoriale di reinserimento.

Sono pervenute presso la sede della Regione Autonoma della Sardegna n. 139 proposte progettuali.

Allo stato attuale la Commissione, appositamente istituita per la valutazione e selezione delle proposte progettuali, e coadiuvata da un gruppo esterno di supporto operativo, sta provvedendo alla valutazione dei progetti, secondo i criteri individuati dal bando.

Il 2010 ha anche visto l'avvio di due importanti progetti la cui finalità è quella di realizzare il Network Italiano degli Osservatori sulle Dipendenze (NIOD) e sostenere lo sviluppo di sistemi informativi in grado di produrre informazioni standard sui soggetti in trattamento (SIND Support). Di questi due progetti si riporta lo stato di avanzamento e i risultati preliminari nei paragrafi II.2.1.2 (NIOD) e IV.5 (SIND Support).

La finalità principale del progetto Edu.Care quella di sostenere e accrescere il bagaglio conoscitivo e le attitudini dei genitori (e più in generale degli adulti di riferimento) attraverso specifici training educativi affinché siano in grado di gestire correttamente il setting relazionale, educativo, familiare, le relazioni con i giovanissimi figli, e le varie possibili problematiche in relazione al potenziale uso di droghe o abuso alcolico fra i minori.

A tal fine sono stati selezionati 50 territori in cui sono state istituite altrettante unità operative composte dal personale scolastico e dallo staff delle associazioni del privato sociale che, dopo essere state opportunamente formate, hanno avviato un training composto da 10 interventi formativi rivolti ai genitori e a genitori e figli congiuntamente. Gli interventi formativi sono stati realizzati nel corso dell'anno scolastico 2010-2011.

Contestualmente sono stati selezionati e coinvolti nel progetto i Dipartimenti delle Dipendenze afferenti ai territori selezionati al fine offrire assistenza specializzata in materia di drug testing professionale e counselling psico-educativo a quei genitori con problemi diagnostici nei confronti di figli minori per cui si ritiene necessaria una diagnosi precoce. Questa fase del progetto è stata prorogata fino a dicembre 2011.

Nel corso del 2010 è stato realizzato un nuovo piano progettuale per complessivamente 9.943.000€. Dei 32 progetti finanziati alcuni sono in continuazione dall'anno precedente (Sistema di Allerta, Prevenzione Incidentalità Stradale Alcol e Droga Correlata) o sono riedizioni di attività condotte annualmente (Indagine sui Consumi nella Popolazione Studentesca SPS-ITA, Stima dei Consumatori Problematici PDU, Misurazione delle Droghe nelle Acque Reflue AQUADRUGS), ma la maggioranza è rappresentato da linee progettuali nuove o che sviluppano precedenti attività.

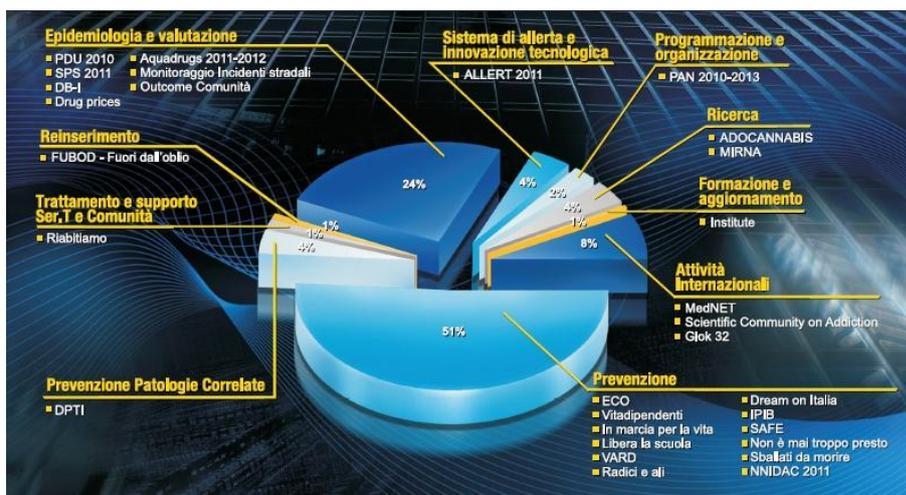
Progetto RELI:
139 progetti
territoriali

Progetti NIOD e
SIND Support

Progetto Edu.Care:
coinvolti 50 territori

Il piano progetti
2010:
9.943.000€ di
budget investito e
30 nuovi progetti
attualmente attivi

Figura II.2.2: Piano progetti 2010-2011



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Di particolare interesse il progetto DB-I (Data Base Integrato) che prevede lo sviluppo di un sistema informativo che centralizzi tutti i flussi dati provenienti dai vari interlocutori e fornitori (Ministeri, Regioni e PA) e li integri, sistematizzandoli, in un unico archivio accessibile in modalità protetta ed esclusiva. Risulterà così possibile consultare, anche in forma comparata, l'insieme dei dati raccolti a livello nazionale e utilizzarli sia per la programmazione centrale che regionale. Il data base conterrà anche i dati delle ricerche svolte centralmente sulla popolazione generale e studentesca (GPS e SPS) oltre a quelli di ricerche specifiche come, ad esempio, AQUADRUGS.

Data Base Integrato

L'aspetto innovativo del progetto DB-I è quello di rendere disponibili e accessibili in tempo reale i vari flussi dati, consentire l'interrogazione del data base integrato e produrre della reportistica standard.

Attraverso il progetto Scientific Community on Addiction, affidato a UNICRI e condotto in collaborazione con il Ministero della Salute e il MIUR, si intendono realizzare iniziative finalizzate allo sviluppo di una comunità scientifica multidisciplinare dotata di strumenti informativi, di una scuola nazionale di formazione e di collaborazioni internazionali per la condivisione delle best practices nelle dipendenze. In particolare, si prevede:

Scientific Community on Addiction

1. la costituzione di una Community scientifica nazionale, multidisciplinare sulle dipendenze, che fa riferimento al DPA del quale assume e promuove le strategie generali.
2. il mantenimento e la diffusione della Newsletter Drog@news contenente recensioni scientifiche di rapida consultazione;
3. la creazione e la diffusione di una pubblicazione scientifica di approfondimento con articoli originali provenienti sia da autori italiani che di altri Paesi (Italian Journal on Addiction);
4. la realizzazione di una scuola nazionale sulle dipendenze, con un percorso formativo annuale supportato da sistemi di e-learning, presso il DPA;
5. l'attivazione e il mantenimento di Gruppi di collaborazione internazionale per lo scambio di esperienze, best practices e ricerche;

Figura II.2.3: Progetto Scientific Community on Addiction



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

II.2.2 La rete degli osservatori regionali: Progetto NIOD

Nel 2010 l'osservatorio europeo EMCDDA congiuntamente con CICAD-OAS, ha pubblicato il manuale "Building a National Observatory: a joint manual", tradotto anche nella versione italiana, a cura del DPA in stretta collaborazione con l'EMCDDA. Il documento tecnico fornisce uno schema operativo di riferimento per la costituzione degli Osservatori nazionali, nell'ambito della loro funzione principale di supporto tecnico, basato sull'evidenza, per le decisioni strategiche necessarie ad affrontare in modo compiuto ed efficace le problematiche connesse al consumo di droghe.

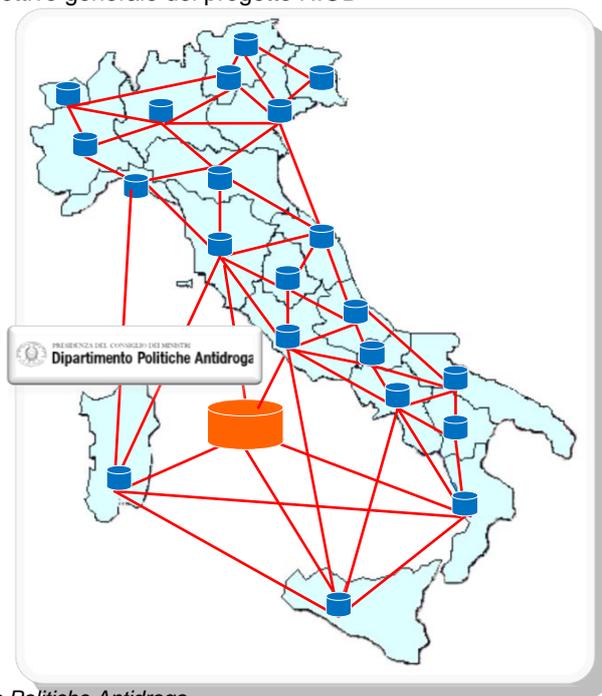
L'organizzazione ed i contenuti del documento, sono strutturati con descrizioni passo-passo che suggeriscono le azioni logiche e concrete per creare, avviare e mantenere un Osservatorio, e ne consentono la declinazione della sua applicazione anche alle realtà sub-nazionali. Infatti, la struttura e la sequenzialità dei capitoli, per quanto riferita ad ambiti nazionali, trova riscontro anche a livelli più bassi, sia regionali che locali.

Il Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, sensibilizzato dall'assenza di un sistema nazionale partecipato, coordinato e condiviso di raccolta elaborazione e trasmissione dati, cogliendo l'opportunità dell'iniziativa dell'Osservatorio europeo, nel 2010 ha promosso ed avviato un progetto per l'attivazione e supporto di una rete nazionale di osservatori regionali sull'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope, in accordo con le indicazioni e gli standard europei (progetto NIOD).

La rete degli osservatori regionali

Obiettivo generale del progetto NIOD, è l'attivazione di una rete nazionale e la realizzazione di un'organizzazione permanente e coordinata di strutture operanti in ogni singola Regione/PA in grado di produrre report standard e flussi dati pre-concordati utilizzando i cinque indicatori chiave EMCDDA (Figura II.2.4).

Obiettivo generale e obiettivi specifici del progetto NIOD

Figura II.2.4: Obiettivo generale del progetto NIOD

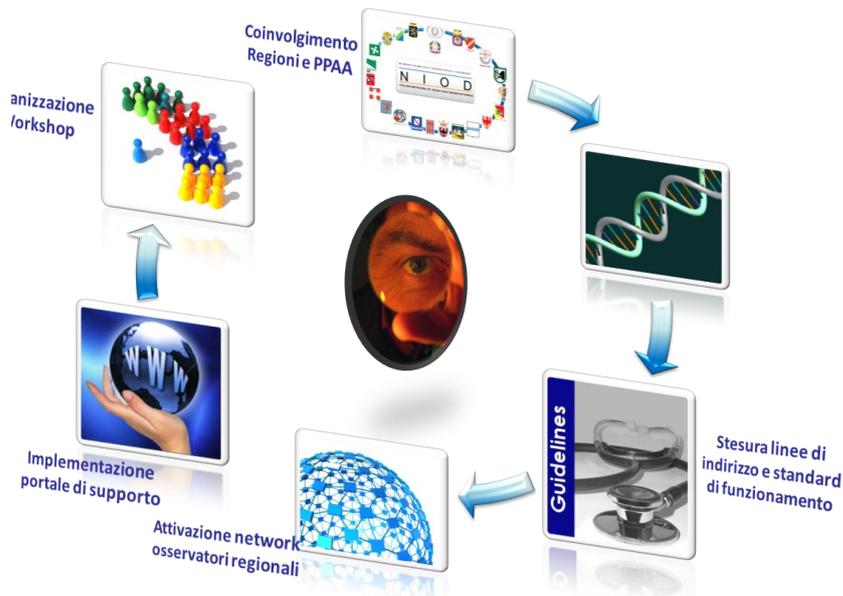
Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

L'obiettivo generale del progetto è stato declinato in obiettivi specifici a supporto delle diverse fasi operative da attivare per la realizzazione del progetto nella sua complessità e completezza. Tra gli obiettivi specifici prioritari figurano la creazione di un gruppo di lavoro permanente con le amministrazioni regionali interessate all'iniziativa, e la ricognizione sulla presenza e sullo stato di implementazione di osservatori per le dipendenze a livello regionale.

Al fine di trasferire alle regioni le competenze teoriche ed operative sugli standard europei degli osservatori nazionali e sub-nazionali, tra gli obiettivi specifici è stata inserita la realizzazione di un meeting formativo presso la sede dell'EMCDDA di Lisbona, che si è svolto nel mese di dicembre 2010. Ulteriori obiettivi del progetto riguardano la realizzazione di linee di indirizzo tecniche condivise, criteri e standard di funzionamento, la realizzazione di un portale di supporto al network nazionale degli osservatori regionali e la realizzazione di un workshop conclusivo sui risultati del progetto.

Obiettivi specifici
progetto NIOD

Figura II.2.5: Obiettivi specifici del progetto NIOD



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Attività svolte nel 2010 per l'attivazione della rete degli osservatori

Il progetto NIOD è stato finanziato con un fondo di 1.000.000 di Euro ripartito tra le Regioni e PP.AA. sulla base di una valutazione preliminare, mediante la compilazione di una versione semplificata di check-list, delle caratteristiche e dello stato di avanzamento dell'attivazione dell'Osservatorio (se esistente) o del fabbisogno primario per l'attivazione ex novo, che ha permesso di evidenziare lo status de quo per le singole Regioni/PA.

Finanziate alle Regioni e PPAA un milione di euro

Al fine di conseguire l'obiettivo generale e gli obiettivi specifici del progetto, in fase di start-up del progetto è stato attivato un gruppo di lavoro specifico al quale partecipano i referenti delle Regioni e Province Autonome aderenti all'iniziativa ed i referenti del Ministero della Salute (Figura II.2.6).

Gruppo di lavoro interregionale

Figura II.2.6: Adesione delle Regioni e PP.AA. al progetto NIOD



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Il Portale NIOD

Nel contempo è stato implementato il portale previsto come supporto tecnologico al network, attraverso il quale tutti gli Osservatori locali saranno in collegamento tra loro e con l'osservatorio nazionale presso il DPA. Questo per poter disporre di una efficiente e condivisa rete per lo scambio di dati, informazioni, metodologie e riflessioni sulle problematiche dell'osservazione epidemiologica.

Figura II.2.7: Portale e area riservata alle Regioni e PP.AA. per la rete degli osservatori



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Il portale ospiterà inoltre i flussi informativi previsti dai 5 indicatori chiave, e mediante l'alimentazione condivisa del portale attraverso i flussi informativi provenienti dalle Amministrazioni Centrali e da quelle Regionali e Provinciali, sarà possibile avviare il processo di coproduzione tra amministrazioni centrali e locali che consente una condivisione dei flussi informativi secondo le logiche sia bottom-up che top-down.

Nella fase iniziale delle attività del gruppo di lavoro, il DPA ha organizzato un percorso formativo, il Reitox Academy presso l'Osservatorio Europeo di Lisbona, che ha visto la partecipazione di 33 rappresentanti regionali oltre a quelli del DPA, del Ministero della Salute e dell'Ente affidatario. Gli obiettivi dell'Academy erano rivolti a presentare una panoramica generale del progetto italiano "NIOD – Italian Network of Addiction Observatories" in una logica organizzativa e funzionale degli osservatori secondo gli indirizzi europei, ad:

- evidenziare il ruolo e gli obiettivi degli Osservatori Nazionali e Regionali sulle Droghe,
- trasferire i concetti base dei contenuti del "Manuale sull'Osservatorio nazionale sulle Droghe" pubblicato dall'EMCDDA,
- individuare le azioni da intraprendere per la creazione e lo sviluppo del progetto NIOD.

I contenuti della formazione sono stati fortemente orientati a fornire indicazioni pratiche su come utilizzare i suggerimenti del manuale ripercorrendo la struttura dello stesso, ma non escludendo le azioni successive intese come sviluppo nazionale del network all'interno dei confini normativi italiani e del Piano Nazionale d'Azione 2010-2013.

Particolare interesse ha destato il percorso formativo Reitox Academy presso l'Osservatorio Europeo di Lisbona, non solo tra i referenti regionali partecipanti, ma e soprattutto tra i responsabili organizzatori dell'OEDT. L'evento, primo nel suo genere a livello europeo, ha permesso la messa a punto di un modello formativo per la diffusione e la condivisione di percorsi condivisi nello sviluppo degli osservatori nazionali e sub-nazionali. Questa prima esperienza positiva è

Percorso formativo con l'EMCDDA: Reitox Academy

stata trasformata a livello nazionale, in aggiornamento permanente anche per consentire uno scambio continuo con l'EMCDDA.

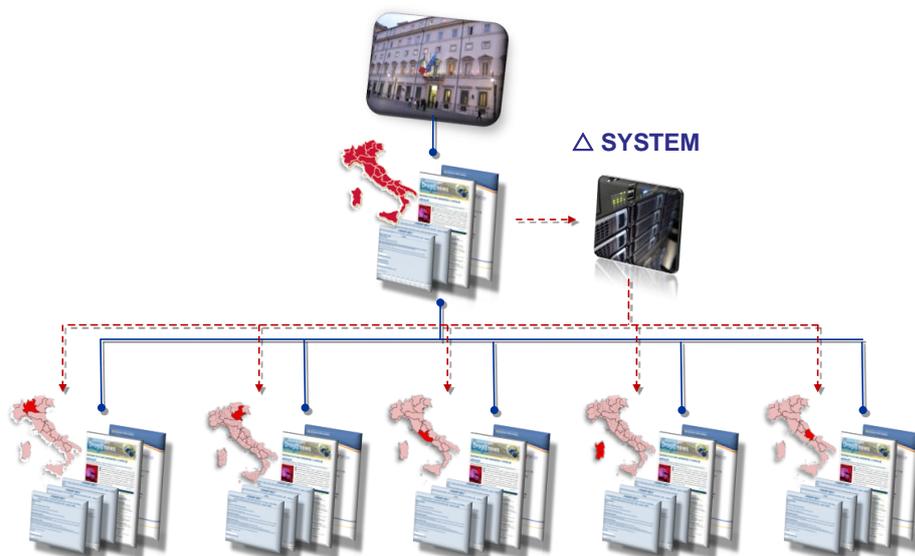
Gli incontri del gruppo di lavoro sono essenzialmente concentrati su due argomenti principali, il primo dei quali dedicato al monitoraggio dello stato di attivazione degli Osservatori regionali e provinciali, mediante l'utilizzo di uno strumento proposto dall'Osservatorio europeo e adattato alla realtà italiana, la check-list sullo stato di attivazione e miglioramento degli osservatori nazionali, che somministrata periodicamente permette di evidenziare il percorso di evoluzione della messa a regime degli osservatori regionali e provinciali, secondo le diverse aree funzionali degli stessi. Il secondo argomento è maggiormente orientato ad uno dei principali risultati finali, origine stessa dell'esistenza dell'Osservatorio regionale/provinciale, cioè la rilevazione di informazioni uniformi secondo gli standard europei e la predisposizione di report altrettanto standard da poter consentire il confronto tra le diverse realtà locali e con la dimensione nazionale.

Per tale finalità, gli Osservatori regionali, in collaborazione e con la supervisione dell'Osservatorio nazionale, dovranno essere in grado di soddisfare la compilazione dei cinque indicatori chiave europei (GPS – indagini di popolazione sui consumi di sostanze; PDU - stime sul consumo problematico; TDI – dati sulla domanda di trattamento da parte dei consumatori; DRID – dati su malattie infettive correlate; DRD – dati sulla mortalità acuta e correlata) integrati con altri indicatori di interesse locale e nazionale (concentrazione metaboliti nelle acque reflue, circolazione di nuove sostanze, produttività ed esiti dei trattamenti, analisi dei costi, dati correlati all'attività di contrasto).

La rilevazione dei 5 indicatori chiave, rappresenta il debito istituzionale ai vari livelli secondo la logica bottom-up (Azienda Sanitaria -> Regione/PA -> Stato -> EU). La condivisione di standard metodologici, strutturali, informativi e di reporting, per contro, segue un logica top-down (EU -> Stato -> Regione/PA -> Azienda Sanitaria) e pertanto dovrebbe prevedere la presenza di una tecnostuttura dedicata ad ogni livello, sia in fase di raccolta, che elaborazione, che rappresentazione dei risultati.

Aree principali di interesse negli incontri del gruppo di lavoro NIOD:
- monitoraggio dello stato di attivazione degli osservatori regionali, e
- rilevazione dei 5 indicatori chiave previsti dall'EMCDDA

Figura II.2.8: Struttura del sistema di reporting



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Per meglio supportare lo sviluppo dell'indicatore TDI, il DPA ha finanziato progetto SIND Support, a sostegno dello sviluppo locale di sistemi informativi dedicati e standardizzati per la rilevazione dei soggetti sottoposti a trattamento.

Il progetto SIND Support

Il primo risultato importante di tale progetto è la predisposizione e pubblicazione del manuale operativo per la rilevazione standard ed uniforme dei dati sull'utenza assistita dai servizi per le tossicodipendenze.

Già di per sé, oltre all'indicatore TDI, questo flusso informativo soddisfa quasi completamente anche l'indicatore DRID ed è utilizzato per produrre alcune stime dell'indicatore PDU.

II.2.3. Amministrazioni Centrali

In questa sezione vengono descritte brevemente le informazioni riguardanti l'organizzazione, i principali compiti e funzioni svolte dalle Amministrazioni centrali (e da loro fornite) nell'ambito delle droghe, le principali problematiche emerse nel 2010 nello svolgimento delle attività, soluzioni possibili/auspiccate e la programmazione delle attività previste per il 2011.

Il Ministero della Salute, attraverso il Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria e il Dipartimento della Qualità - Direzione Generale del Sistema informativo, ha partecipato al gruppo di lavoro per l'individuazione delle modifiche/integrazioni da proporre per la rivisitazione dell'Intesa Stato Regioni 30 ottobre 2007 in materia di accertamenti di assenza di tossicodipendenza fra i lavoratori. promossa dal Dipartimento Politiche Antidroga .

In collaborazione con il Coordinamento delle Regioni e con il coordinamento del Dipartimento Politiche Antidroga, è stato messo a punto il modello di rilevazione delle attività dei servizi per le tossicodipendenze e si è in attesa della messa a regime del Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND).

Nel 2010 è stato pubblicato in versione on-line, sul sito del Dipartimento Politiche Antidroga, il Bollettino sulle Dipendenze consultabile sul sito dedicato.

<http://www.droganews.it/bollettino/3/Bollettino+sulle+Dipendenze+2010+vol.1.html>

Il Dipartimento dell'Innovazione - Direzione Generale Farmaci e Dispositivi medici, ha collaborato alle attività del Sistema di allerta precoce tramite la predisposizione di numerosi decreti ministeriali e l'emanazione di provvedimenti occorrenti all'applicazione delle disposizioni legislative e delle convenzioni internazionali in materia di sostanze stupefacenti e psicotrope.

Nel corso del 2010 sono state emesse da questo Ministero tre ordinanze: 6 aprile 2010 (JWH-018 - JWH-073) e 3 dicembre 2010 (JWH-250) e 30 dicembre 2010 (JWH-122) nonché una informativa ai NAS per il Mephedrone..

Tra le attività istituzionali attribuite dal Decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 2001, n. 55 alla Direzione Generale della Giustizia Penale del Dipartimento per gli Affari di Giustizia rientra anche quella di effettuare rilevazioni statistiche al fine di valutare l'impatto socio-giuridico di alcune leggi (in particolare di recente istituzione) o la consistenza di alcuni fenomeni di rilevanza penale non sempre connessi ad una precisa normativa ma comunque ritenuti di particolare interesse. Nel caso della rilevazione sulle tossicodipendenze, ai sensi dell' art. 1, comma 9 del Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, anche il Ministero della Giustizia è tenuto a trasmettere i dati relativi alle questioni di sua competenza all'Osservatorio permanente per la verifica dell'andamento del fenomeno della tossicodipendenza.

Nel 1991 è stato pertanto avviato, mediante una circolare del Direttore Generale degli Affari Penali, un monitoraggio avente cadenza semestrale, facente parte del Piano Statistico Nazionale, con lo scopo di raccogliere i dati di cui all'art. 1, comma 8, lett. g del Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 relativi al numero ed agli esiti dei processi penali per i principali reati previsti

Premesse

Ministero della
Salute
Lavoratori a rischio
Messa a regime
SIND
Bollettino
dipendenze online

Ministero della
Salute
Ufficio Centrale
Stupefacenti

Ministero della
Giustizia
Rilevazione dati
statistici dagli uffici
giudiziari
territoriali

dal citato DPR.

Le attività svolte dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria attengono, invece, ad un ambito di tutela globale del benessere della collettività penitenziaria quale contributo alla prevenzione, non solo terziaria e quindi di recupero, del fenomeno della dipendenza. L'Amministrazione penitenziaria ha partecipato ai lavori del Tavolo di consultazione permanente per la sanità penitenziaria presso la Conferenza Unificata fornendo per gli aspetti di propria competenza indicazioni al Dipartimento politiche Antidroga, titolare a gestire i dati sulle tossicodipendenze, per l'elaborazione di apposite schede che consentiranno la conoscenza reale ed effettiva del fenomeno in carcere.

Le schede sono state già adottate in via sperimentale presso alcune sedi penitenziarie. Valutatane l'appropriatezza, le medesime saranno approvate dalla Conferenza unificata ed il loro utilizzo esteso a tutti gli istituti penitenziari del territorio nazionale.

Nel 2010 determinante è stato poi il contributo tecnico fornito al Ministero della Salute nell'elaborazione del capitolo sulla detenzione all'interno delle "Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1".

I Servizi Minorili della Giustizia attivano il Dipartimento di Salute mentale, il Servizio tossicodipendenze, le comunità pubbliche o private, i centri diurni per lo svolgimento di accertamenti diagnostici con la ricerca di sostanze stupefacenti ed interventi di tipo farmacologico. Tra le aree di collaborazione di maggiore rilevanza tra il sistema sanitario e quello della giustizia minori le, si individua certamente nell'esecuzione del collocamento in comunità terapeutiche. In attuazione del DPCM 10 aprile 2008 è previsto che l'individuazione della struttura sia effettuata congiuntamente dalla ASL competente per territorio e dal Servizio Minorile della Giustizia che ha in carico il minore sulla base di una valutazione delle specifiche esigenze dello stesso.

La Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, D.C.S.A., Ministero dell'Interno, Dipartimento della pubblica sicurezza, è lo strumento di cui si avvale il Capo della Polizia per l'attuazione del coordinamento, pianificazione e alta direzione dei servizi di polizia in materia di stupefacenti. L'Ufficio è organizzato in quattro articolazioni: I Servizio Affari Generali e Internazionali, II Servizio Studi, Ricerche e Informazioni, III Servizio Operazioni antidroga, IV Servizio Ufficio programmazione e Coordinamento generale. L'espletamento dei compiti istituzionali della D.C.S.A., in termini di coordinamento delle operazioni antidroga, costituisce un osservatorio privilegiato del quadro internazionale, in continua evoluzione, dei traffici illeciti di stupefacenti.

La Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno, Documentazione e Statistica – Ufficio I Documentazione Generale sin dall'entrata in vigore del D.P.R. N. 309/1990, cura tramite gli Uffici Territoriali del Governo, le rilevazioni dei dati statistici concernenti i soggetti segnalati ai Prefetti per consumo personale di sostanze stupefacenti, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. suddetto, i dati sulle strutture socio-riabilitative (censimento nazionale), i tossicodipendenti in trattamento nei medesimi centri di riabilitazione.

Per l'anno 2011 è allo studio la modifica della pubblicazione relativa ai tossicodipendenti in trattamento attraverso l'approfondimento e la ricerca di notizie e informazioni che si riterranno utili per lo studio del fenomeno tossicodipendenza. I dati raccolti nell'arco dell'anno non saranno più trimestrali bensì semestrali (30 giugno e 31 dicembre).

Le modifiche al Codice della Strada apportate con la Legge n. 120/2010 hanno introdotto la possibilità di procedere all'accertamento dello stato di alterazione *direttamente su strada* tramite esami clinico-tossicologici, strumentali ovvero analitici - cui è stata conferita dignità di "prova legale" - con conseguente risparmio di risorse umane ed incremento della quantità di controlli.

Ministero della
Giustizia
Tutela della salute
in ambito
penitenziario

Ministero della
Giustizia
I Servizi minorili

Ministero
dell'Interno
Servizi di Polizia in
materia di
stupefacenti

La Scuola
Superiore della
Amministrazione
dell'Interno

Il Servizio di
Polizia Stradale

Il nuovo codice ha affidato la definizione delle modalità di tali accertamenti nonché delle caratteristiche degli strumenti in grado di effettuarli, ad un decreto a firma del Ministero Infrastrutture e Trasporti, di concerto col Ministro dell'Interno della Giustizia e della Salute, sentiti la Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento Politiche Antidroga ed il Consiglio Superiore di Sanità.

In tale contesto la Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento Politiche Antidroga ha richiesto la collaborazione del Servizio Polizia Stradale, in partnership con l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e l'Università degli Studi di Verona, per la realizzazione del progetto denominato "TOX TEST", ovvero uno studio sperimentale su sistemi di drug-testing rapidi su saliva mirato alla certificazione di *criteri di idoneità su base scientifica* cui dovranno ispirarsi i futuri "drosometri".

I tre uffici del Ministero degli esteri competenti in materia, Direzione Generale per gli Affari politici e di Sicurezza – Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo – Direzione Generale per l'Unione Europea, hanno, anche nel 2010, collaborato in sinergia con il DPA proseguendo e rafforzando l'impegno in materia di promozione della prevenzione del consumo e, in maniera correlata, di definizione, nei competenti fora internazionali, del concetto di "riduzione del danno" alla luce delle normative e priorità nazionali volte al recupero clinico e sociale dei tossicodipendenti. Per poter continuare a svolgere un ruolo dinamico nel dibattito in seno alle Nazioni Unite in materia di droga, l'Italia ha presentato la propria candidatura per l'elezione dei membri della Commissione Droghe Narcotiche dell'ECOSOC per il triennio 2012-2015, le cui elezioni si sono svolte a New York nell'aprile 2011. Analogamente, il Ministero degli Affari Esteri ha presentato la candidatura italiana per la Commissione per la Prevenzione del Crimine e la Giustizia Penale per il triennio 2012-2014, organismo che svolge un ruolo rilevante anche nella prevenzione della criminalità legata alla droga. Il 28 aprile 2011 l'Italia è stata eletta membro di entrambe le predette Commissioni.

L'attenzione del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) è focalizzata verso i comportamenti che determinano rischio per la salute dei giovani e che contribuiscono a provocare problemi sociali, disabilità e decessi. Questi comportamenti, spesso acquisiti durante la prima adolescenza, includono il fumo di sigaretta, l'alcol, e l'abuso di sostanze stupefacenti. Il MIUR ha, pertanto, implementato diverse iniziative di formazione ed informazione per la prevenzione delle dipendenze condotte sia a livello nazionale che locale. Di particolare rilevanza il progetto "Centri aggregazione giovanile 2YOU", che ha promosso l'attivazione di un Centro di aggregazione in 14 località distribuite sul territorio nazionale; il progetto "WeFree", che si realizza nell'anno scolastico 2010/2011 attraverso spettacoli teatrali di prevenzione, in cui gli attori sono ragazzi che parlano ad altri ragazzi attraverso il racconto di storie vere. Gli spettacoli sono presentati in tutte le Regioni italiane e destinati agli studenti delle scuole secondarie di secondo grado ed agli educatori.

Nel corso del 2010, il Corpo del Comando Generale della Guardia di Finanza ha continuato il programma di intensificazione del contrasto sul versante patrimoniale alle organizzazioni criminali, dedite alla commissione dei più gravi reati, primi fra tutti il traffico di sostanze stupefacenti, attraverso un sistematico ricorso all'applicazione degli strumenti normativi che consentono di pervenire alla confisca dei beni. Da un punto di vista delle iniziative di prevenzione rispetto alla diffusione delle droghe fra i giovani, alla luce delle numerose richieste di dimostrazioni delle unità antidroga provenienti dalle scuole, a partire dal mese di agosto 2010 è stato avviato un organico progetto educativo, con il patrocinio del Dipartimento per le Politiche Antidroga rivolto agli studenti delle scuole elementari e medie, di età compresa tra i 9 ed i 13 anni, che si propone di promuovere la cultura della legalità fra i giovanissimi, con specifici focus sul tema

Sinergia
Esteri/DPA nella
promozione della
posizione italiana
sulla riduzione del
danno

Ministero
dell'Istruzione,
dell'Università e
della Ricerca
Progettualità di
prevenzione

Comando generale
della Guardia di
Finanza
intensificazione del
contrasto al
riciclaggio

delle droghe.

II.2.4. Amministrazioni Regionali

Sulla base delle indicazioni trasmesse dalle Regioni e dalle Province Autonome di Trento e Bolzano, attraverso le schede riportate integralmente al Capitolo V.2.3., le Amministrazioni Regionali hanno mantenuto anche per l'anno 2010 un livello di attività organizzativa, normativa e programmatica estremamente diversificato e non omogeneo. Tuttavia, conseguentemente all'approvazione e pubblicazione di alcune importanti procedure formali da parte del Dipartimento per le Politiche Antidroga, in accordo con la Conferenza Stato-Regioni e i Ministeri competenti interessati, nonché in linea con le indicazioni fornite nel Piano si è potuto riscontrare uniformità, almeno per un congruo numero di Regioni, in merito ai seguenti punti.

- Sono stati adottati nel 2010, o sono in via di adozione, i provvedimenti regionali dell'Intesa Stato-Regioni del 30/10/07 e Accordo Stato-Regioni del 18/09/08 in tema di accertamento di assenza di tossicodipendenza e consumo di sostanze in determinate categorie di lavoratori addetti a mansioni che comportano rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi.
- Si è dato avvio o impulso alla prosecuzione per l'implementazione dei sistemi informativi regionali al fine di adeguare e allineare le raccolte di dati al nuovo Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze (SIND) promosso dal DPA in collaborazione con la Conferenza Stato-Regioni e il Ministero della Salute. Il fabbisogno di dati e informazioni per la ricerca epidemiologica e per il monitoraggio di efficienza ed efficacia dei servizi si pone come obiettivo prioritario sia per soddisfare le sempre maggiori richieste di approfondimento della conoscenza del fenomeno sia per orientare le scelte programmatiche in modo più mirato ed appropriato ai bisogni dell'utenza e alla loro evoluzione..
- A seguito dell'adozione da parte di quasi tutte le Regioni al Progetto NIOD – Network Italiano degli Osservatori sulle Dipendenze, promosso dal DPA, è stato dato impulso e sostegno alla istituzione o rafforzamento degli Osservatori regionali per la raccolta dei dati e delle informazioni. I rappresentanti delle Regioni aderenti al progetto, hanno partecipato alla prima riunione di formazione per la Creazione di una Rete di Osservatori regionali organizzata a Lisbona, in collaborazione con l'OEDT, nel mese di dicembre 2010.
- In tutte le Regioni è stato dato nuovo impulso agli interventi di prevenzione, sia attraverso l'adozione di Piani o programmi regionali, sia con la stipula di accordi di cooperazione fra i diversi soggetti istituzionali e del privato sociale interessati a questa area di intervento specifico, vale a dire le aziende sanitarie, le Prefetture, le Direzioni scolastiche regionali, i Comuni, le Province, le associazioni accreditate e il mondo della società civile.

Anche a seguito dell'approvazione di nuovi Piani sociali e sanitari o di deliberazioni ad hoc, si è poi assistito alla creazione o individuazione di organismi di coordinamento regionale a carattere diversificato. Alcune Regioni hanno promosso la realizzazione di Comitati o tavoli di coordinamento per l'alcolismo o per la prevenzione delle tossicodipendenze e dell'alcolismo o per l'unificazione, a livello di azienda sanitaria, dei Dipartimenti delle Dipendenze con i Dipartimenti di Salute Mentale. Nuovo impulso è stato dato in quasi tutte le Regioni all'integrazione fra le strutture pubbliche e private mentre numerose Regioni hanno previsto un innalzamento delle rette per i servizi residenziali e semiresidenziali degli Enti ausiliari.

Accertamenti
tossicologici per i
lavoratori con
mansioni a rischio

Sistema
informativo
nazionale sulle
dipendenze - SIND

Progetto NIOD

Priorità azioni di
prevenzione

II.2.5. Strutture di trattamento socio-sanitario

Al 31.12.2010, secondo le fonti del Ministero della Salute e del Ministero dell'Interno, le strutture socio-sanitarie attive dedicate alla cura ed al recupero di persone con bisogno assistenziale legato all'uso di sostanze psicoattive sono complessivamente 1.647, di cui 554 (33,6%) servizi pubblici per le tossicodipendenze (Ser.T.) e le rimanenti 1.093 sono strutture socio-riabilitative, in prevalenza strutture residenziali (65,4%), a seguire quelle semiresidenziali (18,5%) ed i servizi ambulatoriali (16,1%). Rispetto al 2009 si osserva una riduzione delle strutture socio-riabilitative pari al 1,4% (15 strutture), più marcata per le strutture semiresidenziali (3,8%) e per le strutture ambulatoriali (2,8%), mentre il numero delle strutture residenziali è rimasto pressoché invariato (717 nel 2009 e 715 nel 2010).

La distribuzione delle strutture socio-sanitarie sul territorio nazionale evidenzia una maggior concentrazione nelle Regioni del nord: nel 2010 quasi il 17% ha sede in Lombardia, il 13% in Veneto e l'11% in Emilia Romagna. Nel 2010 rispetto all'anno precedente, in relazione a possibili attività di riorganizzazione dei servizi, si osserva principalmente un aumento dei servizi per le tossicodipendenze in Lombardia (+9) e in Campania (+4), mentre sul versante delle strutture socio-riabilitative la riduzione di strutture residenziali si registra principalmente in Calabria (-5) e in Campania (-2). Con riferimento alle altre tipologie di strutture, in Veneto e in Piemonte si riporta la diminuzione di 3 strutture semiresidenziali e di altrettanti servizi ambulatoriali in Emilia Romagna e in Veneto (Tabella II.2.1).

1.647 strutture di assistenza, di cui:

554 Ser.T.

1.093 strutture socio-riabilitative di cui 65,4% comunità residenziali

Maggiore concentrazione al nord

Tabella II.2.1: Strutture socio-sanitarie per tossicodipendenti attive tra il 31.12.09 e il 31.12.10 secondo il tipo di assistenza

	Servizi ⁽¹⁾			Strutture Socio-riabilitative ⁽²⁾								
	Tossicodipendenze			Residenziali			Semiresidenziali			Ambulatoriali		
	2009	2010	Δ %	2009	2010	Δ %	2009	2010	Δ %	2009	2010	Δ %
Abruzzo	9	11	22,2	14	14	0,0	4	4	0,0	8	8	0,0
Basilicata	6	6	0,0	7	7	0,0	1	1	0,0	5	5	0,0
Calabria	18	17	-5,6	30	25	-16,7	11	10	-9,1	5	3	-40,0
Campania	39	43	10,3	22	20	-9,1	7	8	14,3	12	12	0,0
Emilia Romagna	44	45	2,3	84	83	-1,2	24	23	-4,2	18	15	-16,7
FriuliVenezia Giulia	6	6	0,0	9	9	0,0	5	5	0,0	7	6	-14,3
Lazio	47	47	0,0	28	29	3,6	13	13	0,0	9	9	0,0
Liguria	5	6	20,0	25	24	-4,0	7	5	-28,6	6	6	0,0
Lombardia	63	72	14,3	133	134	0,8	20	20	0,0	27	29	7,4
Marche	13	15	15,4	31	32	3,2	12	13	8,3	10	10	0,0
Molise	6	6	0,0	6	6	0,0	0	0	0,0	2	2	0,0
PA Bolzano	4	4	0,0	3	2	-33,3	1	1	0,0	0	0	0,0
PA Trento	1	1	0,0	4	4	0,0	1	1	0,0	1	1	0,0
Piemonte	61	59	-3,3	67	68	1,5	6	3	-50,0	8	8	0,0
Puglia	56	57	1,8	47	47	0,0	18	17	-5,6	19	19	0,0
Sardegna	14	14	0,0	23	23	0,0	3	2	-33,3	8	8	0,0
Sicilia	49	52	6,1	27	26	-3,7	7	7	0,0	8	8	0,0
Toscana	42	42	0,0	54	55	1,9	19	19	0,0	6	8	33,3
Umbria	11	11	0,0	26	27	3,8	2	4	100,0	1	1	0,0
Valle d'Aosta	1	1	0,0	1	1	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0
Veneto	38	39	2,6	76	79	3,9	49	46	-6,1	21	18	-14,3
Totale	533	554	3,9	717	715	-0,3	210	202	-3,8	181	176	-2,8

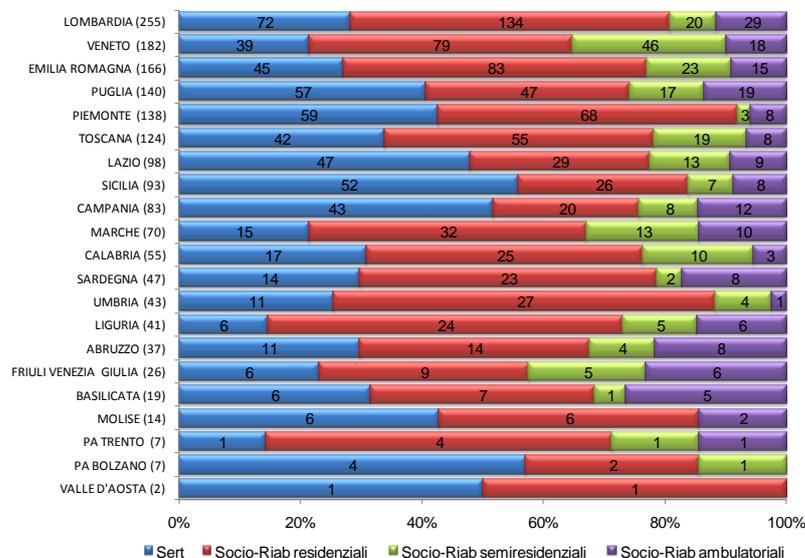
Aumento del 3,9% dei Ser.T. (2009-2010)

Diminuzione dello 0,3% delle strutture residenziali, del 3,8% delle strutture semiresidenziali e del 2,8% delle strutture totali

Fonte: Elaborazioni su dati (1) Ministero della Salute; (2) Ministero dell'Interno – DCDS

Dal punto di vista della ripartizione tra strutture sanitarie pubbliche e del privato sociale, si osserva una maggior presenza di queste ultime in Sicilia, Provincia Autonoma di Bolzano, Campania, Valle d'Aosta e Lazio (Figura II.2.9).

Figura II.2.9: Distribuzione delle strutture socio-sanitarie per tossicodipendenti secondo la tipologia e per regione - Anno 2010



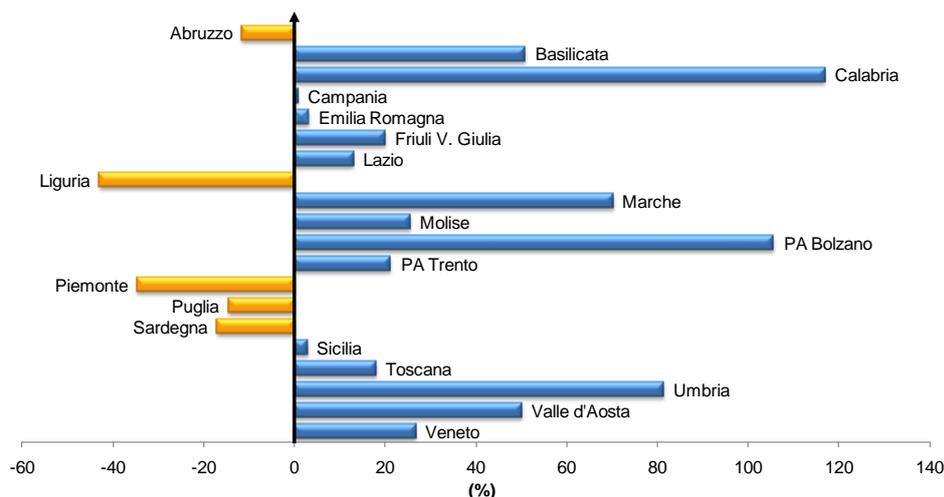
Fonte: Elaborazioni su dati (1) Ministero della Salute; (2) Ministero dell'Interno - DCDS

Tabella II.2.2: Personale addetto ai Servizi per le tossicodipendenze. Anni 2000 – 2010

	Personale addetto ai Ser.T.											Δ% 2010/ 2000
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Abruzzo	104	127	126	123	105	110	129	110	81	85	92	-11,5
Basilicata	51	66	67	71	67	72	67	68	59	70	77	51,0
Calabria	165	186	180	188	195	208	211	194	168	161	358	117,0
Campania	574	589	646	616	733	624	664	697	581	551	579	0,9
Emilia Romagna	579	573	503	571	593	632	621	671	466	714	597	3,1
Friuli V. Giulia	135	136	132	141	139	138	133	117	94	103	162	20,0
Lazio	430	443	538	524	549	475	566	596	373	646	486	13,0
Liguria	252	218	225	296	125	123	262	130	268	223	144	-42,9
Lombardia	1020	1003	978	990	961	943	904	930	873	826	ND	ND
Marche	128	94	184	170	154	193	133	200	141	189	218	70,3
Molise	43	35	39	61	39	57	60	59	38	35	54	25,6
PA Bolzano	55	26	63	55	65	58	52	64	68	58	113	105,5
PA Trento	33	34	34	35	35	36	36	37	37	35	40	21,2
Piemonte	791	827	819	781	733	745	890	810	788	708	518	-34,5
Puglia	534	468	462	479	484	491	481	552	538	520	457	-14,4
Sardegna	275	257	264	299	273	205	194	256	227	242	228	-17,1
Sicilia	489	504	490	517	479	453	460	467	392	448	503	2,9
Toscana	499	499	574	599	547	508	598	580	613	620	589	18,0
Umbria	65	114	113	116	107	101	111	111	126	124	118	81,5
Valle d'Aosta	18	19	17	22	21	21	20	21	26	26	27	50,0
Veneto	479	568	566	581	599	539	622	608	567	598	607	26,7
Totale	6.719	6.786	7.020	7.235	7.003	6.732	7.214	7.278	6.524	6.982	6.793 (*)	-9,2

(*) Dato stimato considerando il valore 2009 della Lombardia
Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute

Figura II.2.10: Differenza percentuale del personale addetto ai Servizi per le Tossicodipendenze. Anni 2000 – 2010



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute

Tabella II.2.3: Distribuzione regionale dei Servizi per le Tossicodipendenza, del personale addetto e degli utenti in carico. Anno 2010

Regioni	Ser.T. Attivi	Operatori	Utenti	Utenti/Operatori
Abruzzo	11	92	4.740	51,5
Basilicata	6	77	1.592	20,7
Calabria	17	358	8.324	23,3
Campania	43	579	16.881	29,2
Emilia Romagna	45	597	12.498	20,9
Friuli Venezia Giulia	6	162	3.311	20,4
Lazio	47	486	15.424	31,7
Liguria	6	144	8.003	55,6
Lombardia	72	829(*)	23.563	28,5
Marche	15	218	5.642	25,9
Molise	6	54	1.202	22,3
PA Bolzano	4	113	1.034	9,2
PA Trento	1	40	1.127	28,2
Piemonte	59	518	11.462	22,1
Puglia	57	457	11.545	25,3
Sardegna	14	228	4.835	21,2
Sicilia	52	503	13.067	26,0
Toscana	42	589	13.965	23,7
Umbria	11	118	3.516	29,8
Valle d'Aosta	1	27	366	13,6
Veneto	39	607	14.333	23,6
Italia	554	6.793 (**)	176.430	26,0

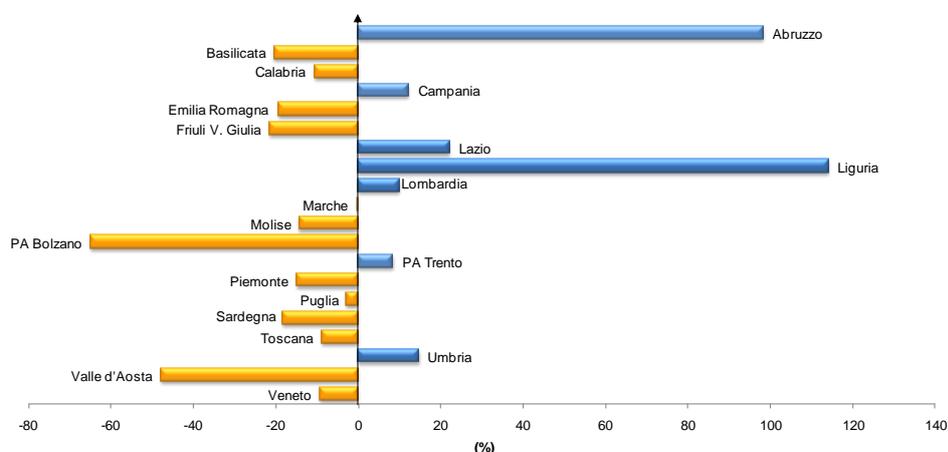
(*) Dato 2009

(**) Dato stimato considerando il valore 2009 della Lombardia

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute

Non avendo le informazioni sulla reale presenza dei soggetti a tempo parziale o a convenzione, il rapporto operatori/utenti è stato condotto sul numero assoluto di questi ultimi, e pertanto senza utilizzare il parametro “full time equivalent”.

Figura II.2.11: Scostamento percentuale dalla media nazionale del carico medio di utenti per operatore. Anno 2010

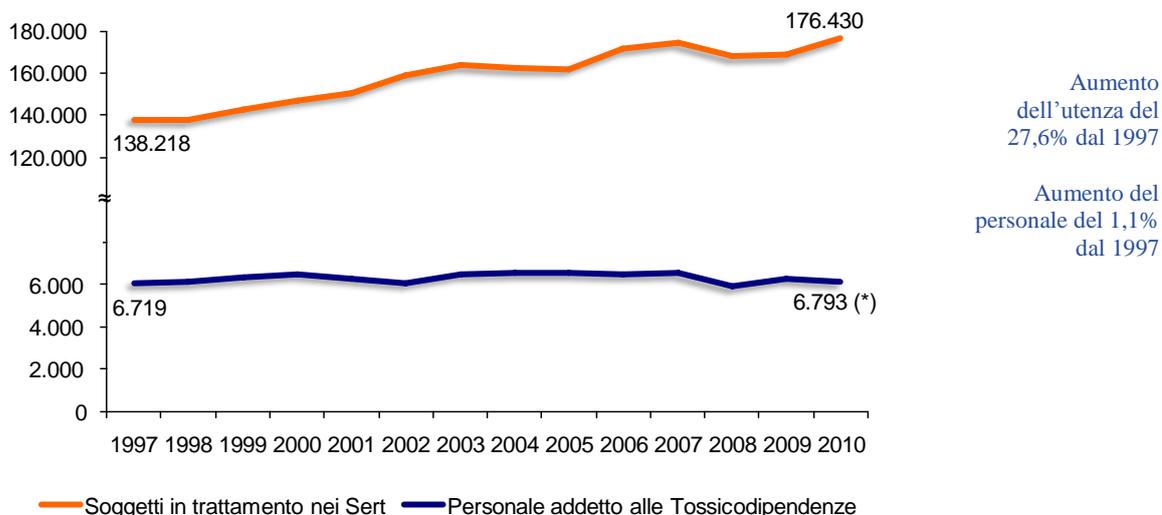


Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute

Dal 1997 al 2007 l'andamento del personale addetto ai servizi per le tossicodipendenze aumenta dell'8,3% a fronte di un aumento dell'utenza, nello stesso periodo del 26,1%. Nel 2008 si registra una diminuzione sia del personale addetto ai servizi che del numero di utenti in trattamento; nel 2009 per entrambi i contingenti si osserva un'inversione di tendenza (rispettivamente +0,4% e +7% rispetto al 2008). Va precisato, tuttavia, che nel 2008 i Ser.T. che hanno inviato informazioni relativamente al personale addetto ha raggiunto la copertura dell'89% rispetto ai Ser.T. attivi e il 92% con riferimento all'utenza in trattamento; nel 2009 tali percentuali hanno raggiunto i valori rispettivamente del 90% e del 93%. Nel 2010 si osserva un ulteriore aumento dei soggetti in trattamento ed una riduzione del personale addetto alle tossicodipendenze. La percentuale di copertura dei Ser.T. che hanno inviato informazioni relativamente al personale addetto è del 77% rispetto ai Ser.T. attivi; poiché quest'ultimo valore è fortemente influenzato dalla bassa percentuale di copertura della Lombardia (17,1%) nel 2010, nelle analisi successive si considererà per tale regione il valore osservato nel 2009.

Dal 1997:
- aumento dell'1,1% del personale
- aumento del 27,6% dell'utenza

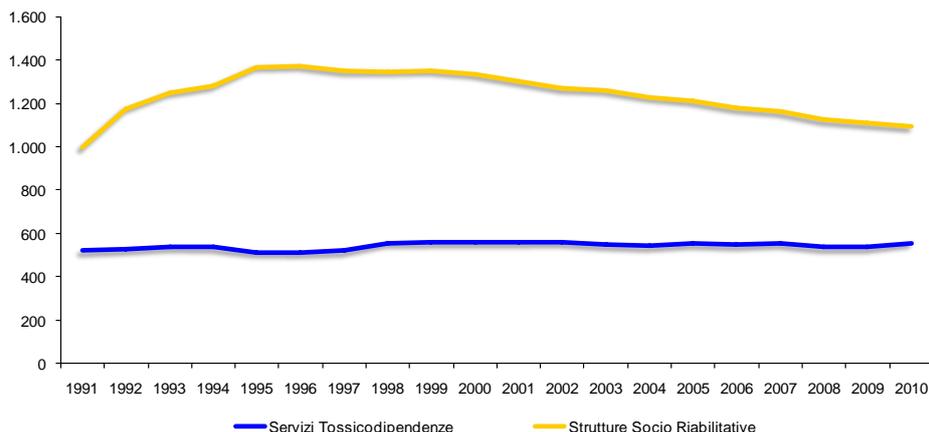
Figura II.2.12: Trend dell'utenza e del personale addetto ai servizi per le tossicodipendenze. 1997 - 2010



(*) Dato stimato considerando il valore 2009 della Lombardia

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute

Figura II.2.13: Andamento numero strutture socio-sanitarie per tossicodipendenti - Anni 1991 - 2010



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute

L'andamento della numerosità delle strutture socio-sanitarie in vent'anni evidenzia un incremento dei servizi per le tossicodipendenze attivi, passati da 518 nel 1991 a 554 nel 2010, pari ad un aumento del 6,9%. Molto più variabile appare il trend delle strutture socio-riabilitative, che secondo quanto riportato dalla Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica del Ministero dell'Interno, evidenzia un incremento nei primi anni '90, dovuto agli effetti della Legge 162 del 1990 che ha determinato un incremento dei servizi sanitari, sia pubblici che privati, per rispondere alla sempre crescente domanda di trattamento delle tossicodipendenze. Tale incremento delle strutture culmina nel 1996 con 1.372 unità, seguito da una lenta diminuzione che si fa sempre più consistente a partire dal 2002 fino ad arrivare a 1.093 strutture esistenti nel 2010.

Il numero dei Ser.T. aumenta del 6,9% dal 1991 al 2010

Dal 1996 calo delle strutture socio riabilitative

Nel corso del primo quadrimestre del 2011 è stata condotta una rilevazione presso

gli Assessorati regionali riguardante la ricognizione delle strutture del privato sociale (Enti Ausiliari accreditati/autorizzati ex artt. 115 e 166 del DPR 309/90) e del pubblico di tipo diagnostico terapeutico riabilitativo secondo l'articolazione dello Schema Atto di Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999.

Dalle informazioni fornite dalle Regioni Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Sicilia, Sardegna, Toscana, Umbria, Veneto e Province Autonome di Trento e Bolzano emerge che le strutture private diagnostico - terapeutico - riabilitative residenziali e semiresidenziali non inserite o inseribili nella casistica prevista dall'Atto d'intesa Stato-Regioni sono complessivamente 67, 98 in meno rispetto all'anno precedente (Tabella II.2.4). Diminuiscono fortemente le strutture residenziali, confermando la tendenza già osservata lo scorso anno (-69,2% rispetto al 2009), mentre aumentano di una unità le strutture semiresidenziali (+4,5% rispetto al 2009). In aumento i servizi classificati nella tipologia "Accoglienza" nello Schema Atto d'Intesa (+12,5%), in particolare aumentano del 66,7% nelle strutture residenziali e del 12,5% in quelle semiresidenziali. In aumento anche il numero di strutture afferenti all'area terapeutico-riabilitativa (+14,1%), sebbene le unità operative in regime semiresidenziale indichino una contrazione del -10,5%, dopo aver subito un forte aumento nel 2009; un incremento del 15,2% si registra anche per le strutture pedagogico-riabilitative, che da 152 nel 2009 passano a 187 nel 2010, con maggiore flessione per i servizi semiresidenziali. Le strutture di trattamento specialistico sono complessivamente 176 (+20,5% rispetto al 2009), presenti in tutte le Regioni che hanno aderito alla rilevazione ad eccezione di Campania, Molise, Puglia e Sicilia (Tabella II.2.4). Il 32% di queste eroga servizi per pazienti in doppia diagnosi, il 17% per alcolisti, il 14% per donne con bambini, il 14% sono case alloggio per pazienti con AIDS e l'8% centri di crisi.

Atto di Intesa
Stato-Regioni del 5
agosto 1999

Strutture
residenziali in calo
del 69,2%

Servizi di
accoglienza in
aumento del 12,5%

Strutture
pedagogico
riabilitative in
aumento del 15,2%

Strutture di
trattamento
specialistico:
+20,5%

Tabella II.2.4: Strutture diagnostico terapeutico riabilitative private secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999, per tipologia di struttura e di assistenza. Anni 2009 - 2010

	Residenziali			Semiresidenziali			Totale strutture		
	2009	2010	Δ %	2009	2010	Δ %	2009	2010	Δ %
<i>Dipendenze patologiche generiche (non inserite o inseribili nella casistica Schema Atto di Intesa)</i>	143	44	-69,2	22	23	4,5	165	67	-59,4
<i>Servizi di accoglienza art. 11</i>	21	35	66,7	9	10	11,1	40	45	12,5
<i>Servizi terapeutico-riabilitativi art. 12</i>	291	353	21,3	86	77	-10,5	377	430	14,1
<i>Servizi di trattamento specialistici art. 13</i>	145	170	17,2	1	6	500	146	176	20,5
13 a) Doppia Diagnosi	53	53	0,0	-	3	n.c.	53	56	5,7
13 b) Mamma con bambino	23	24	4,3	-	-	n.c.	23	24	4,3
13 c) Alcolisti	19	29	52,6	1	1	0,0	20	30	50,0
13 d) Cocainomani	-	-	n.c.	-	1	n.c.	-	1	n.c.
13 e) Giocatori d'azzardo patologici	-	-	n.c.	-	-	n.c.	-	0	n.c.
13 f) Minori	4	14	250	-	1	n.c.	4	15	275,0
13 g) Coppie	-	1	n.c.	-	-	n.c.	-	1	n.c.
13 h) Centri crisi	6	14	133,3	-	-	n.c.	6	14	133,3
13 i) Casa alloggio AIDS	24	24	0,0	-	-	n.c.	24	24	0,0
13 l) Altro	16	11	-31,3	-	-	n.c.	16	11	-31,3
<i>Servizi pedagogico-riabilitativi art. 14</i>	131	155	18,3	21	32	52,4	152	187	23,0
<i>Servizi multidisciplinari integrati art. 15</i>	21	10	-52,4	5	1	-80,0	26	11	-57,7
<i>Altri programmi accreditati</i>	-	-	n.c.	1	-	n.c.	4	0	n.c.
Totale	752	767	2,0	145	149	2,8	910	916	0,7

Aumento in
particolare dei
servizi per doppia
diagnosi, per minori
e i servizi
multidisciplinari
integrati

Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

Tabella II.2.5: Strutture diagnostico terapeutico riabilitative pubbliche secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999, per tipologia di struttura e di assistenza. Anno 2010

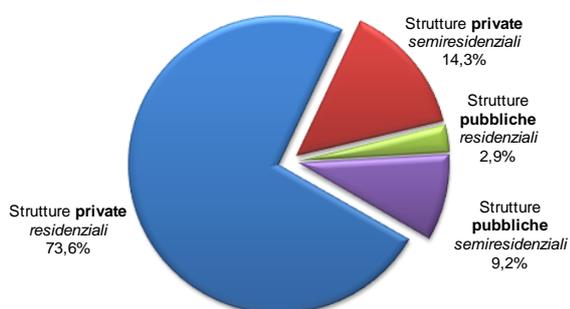
	Residenziali	Semiresidenziali	Totale strutture
Dipendenze patologiche generiche	1	10	11
Servizi di accoglienza	1	3	4
Servizi terapeutico-riabilitativi senza ulteriori specifiche (anche con trattamenti con farmaci sostitutivi)	8	64	72
Specialistiche art. 13	20	19	39
13 a) Doppia Diagnosi	7	1	8
13 b) Mamma con bambino	-	-	-
13 c) Alcolisti	2	16	18
13 d) Cocainomani	-	2	2
13 e) Giocatori d'azzardo patologici	1	-	1
13 f) Minori	1	-	1
13 g) Coppie	-	-	-
13 h) Centri crisi	1	-	1
13 i) Casa alloggio AIDS	2	-	2
13 l) Altro	6	-	6
Totale	30	96	126

Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

Nelle Regioni censite sono presenti in totale 126 strutture residenziali e semiresidenziali diagnostico-terapeutico riabilitative pubbliche.

Il 52% sono strutture terapeutico-riabilitative, il 3,2% servizi di accoglienza e il 31% sono strutture di trattamento specialistico. Tra queste ultime il 9% si occupa di utenti in doppia diagnosi, il 19% di alcolisti, una struttura è dedicata alla gestione della crisi, due si riferiscono ad un alloggio per pazienti con AIDS, infine altre 6 strutture riguardano altre specialità.

Figura II.2.14: Distribuzione percentuale delle strutture diagnostico terapeutico riabilitative pubbliche e private secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999. Anno 2010



Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

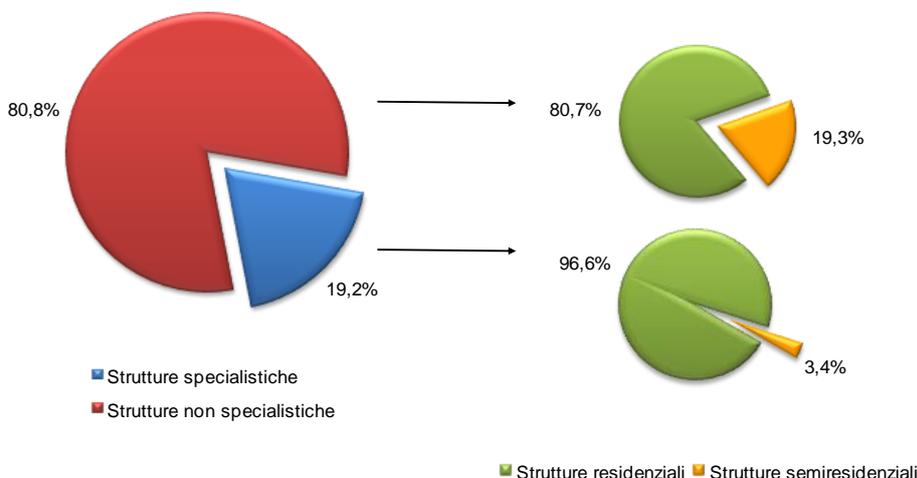
Tabella II.2.6: Strutture diagnostico terapeutico riabilitative private secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999, per tipologia di assistenza e per Regione. Anni 2009 – 2010

	Anno	Strutture specialistiche (art. 13)			Strut. non specialistiche			Totale
		Resid.	Semi	Totale	Resid.	Semi	Totale	
Abruzzo	2009	-	-	-	12	4	16	16
	2010	1	-	1	13	4	17	18
	Δ %	n.c.	n.c.	n.c.	8,3	0	6,3	12,5
Basilicata	2009	1	-	1	5	-	5	6
	2010	1	-	1	5	-	5	6
	Δ %	0	-	0	0	-	0	0
Calabria	2009	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	2010	1	0	1	15	9	24	25
	Δ %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Campania	2009	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	2010	-	-	-	22	8	30	30
	Δ %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Emilia Romagna	2009	19	-	19	57	15	72	91
	2010	19	-	19	57	15	72	91
	Δ %	0	-	0	0	0	0	0
Friuli Venezia Giulia	2009	-	-	-	2	-	2	2
	2010	1	-	1	5	4	9	10
	Δ %	n.c.	n.c.	n.c.	150	n.c.	350	400
Lazio	2009	-	-	-	30	11	41	41
	2010	16	-	16	27	16	43	59
	Δ %	-	-	-	-10	45,5	4,9	43,9
Liguria	2009	4	-	4	14	1	15	19
	2010	36	5	41	21	4	25	66
	Δ %	800	-	925	50	300	66,7	247,4
Lombardia	2009	84	7	91	242	24	266	357
	2010	17	-	17	120	13	133	150
	Δ %	-79,8	n.c.	-81,3	-50,4	-45,8	-50	-58
Marche	2009	10	-	10	54	8	62	72
	2010	9	-	9	54	8	62	71
	Δ %	-10	-	-10	0	0	0	-1,4
Molise	2009	-	-	-	4	-	4	4
	2010	-	-	-	3	1	4	4
	Δ %	-	-	-	-25	-	0	0
Piemonte	2009	26	-	26	47	7	57	83
	2010	22	-	22	48	5	53	75
	Δ %	-15,4	-	-15,4	2,1	-28,6	-7	-9,6
PA Bolzano	2009	3	1	4	3	-	3	7
	2010	2	1	3	2	-	2	5
	Δ %	-33,3	0	-25	-33,3	-	-33,3	-28,6
PA Trento	2009	3	-	3	3	1	4	7
	2010	3	-	3	4	-	4	7
	Δ %	0	n.c.	0	33,3	n.c.	0	0
Puglia	2009	-	-	-	42	10	62	62
	2010	-	-	-	47	15	62	62
	Δ %	-	-	-	11,9	50	0	0
Sardegna	2009	-	-	-	-	-	-	-
	2010	4	-	4	39	15	54	58
	Δ %	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
Sicilia	2009	-	-	-	-	-	-	-
	2010	-	-	-	19	5	24	24
	Δ %	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
Toscana	2009	16	-	16	39	11	50	66
	2010	26	-	26	39	11	50	76
	Δ %	62,5	-	62,5	0	0	0	15,2
Umbria	2009	7	-	7	16	-	16	23
	2010	7	-	7	16	-	16	23
	Δ %	0	-	0	0	-	0	0
Veneto	2009	12	-	12	36	52	88	100
	2010	5	-	5	41	10	51	56
	Δ %	-58,3	n.c.	-58,3	13,9	-80,8	-42	-44
Totale	2009	185	8	193	606	144	763	956
	2010	170	6	176	597	143	740	916
	Δ %	-8,1	-25	-8,8	-1,5	-0,7	-3	-4,2

n.c.= dato non calcolabile; n.d.=dato non disponibile

Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

Figura II.2.15: Distribuzione percentuale delle strutture diagnostiche terapeutico riabilitative private secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999, per tipologia di assistenza. Anno 2010



Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

II.2.6. Costi sociali del consumo di sostanze stupefacenti

II.2.6.1 Premessa

L'analisi del fenomeno del consumo delle sostanze stupefacenti illegali, non può prescindere dalla valutazione dell'impatto economico che lo stesso esercita sul Paese, soprattutto in un contesto epocale come quello attuale, attraversato da profonde difficoltà socio-economiche che interessano tutti i Paesi del mondo.

A supporto del profilo conoscitivo dettagliato relativo alle diverse aree di interesse ed osservazione del fenomeno in oggetto (evoluzione del fenomeno da un lato, che include il mercato illecito e il bisogno/domanda di sostanze - consumo -, ed il sistema di contrasto dall'altro, che include la prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento degli assistiti, ed il contrasto delle FFOO) delineato all'interno del presente volume, in questo paragrafo viene presentata un'ipotesi di valorizzazione monetaria delle componenti maggiormente rilevanti dell'impatto economico del fenomeno sulla società, secondo la definizione ormai consolidata del concetto di "costi sociali".

Con tale termine, infatti, si intendono i costi sopportati dai cittadini e dalla collettività direttamente ed indirettamente, derivanti dalle conseguenze dell'uso di droga e del mercato ad esso connesso. In particolare, la stima dei costi sociali è orientata a quantificare il danno economico subito dalla società, e conseguentemente dal cittadino, a fronte del consumo di sostanze illecite.

Secondo la letteratura scientifica corrente, che trae origine dai modelli economici sviluppati in seguito agli studi condotti negli anni '90 negli Stati Uniti da Rice et al, il costo sociale del consumo di sostanze è equivalente ai costi cumulativi generati dal consumo, senza tener conto del fatto che alcune attività alle quali il fenomeno dà luogo (assistenza sanitaria, contrasto delle FF.OO.) possono effettivamente creare ricchezza (ad esempio il reddito percepito dal personale che opera nel settore sanitario, nelle Forze dell'Ordine, etc).

Volendo rappresentare e classificare le diverse voci di costo imputabili al consumo di sostanze in macroaree, alcuni recenti rassegne di studi disponibili in

I costi sociali legati al fenomeno del consumo di sostanze stupefacenti

letteratura^{1,2} individuano differenti modelli di classificazione, di differente grado di complessità, secondo il dettaglio delle voci di costo in essi rappresentati.

In particolare, il modello proposto da Kopp e Palle (1998), individua tre macroaree di costi riprese e sviluppate anche nell'analisi economica dei Dipartimenti per le Dipendenze di Serpelloni (2006): costi attribuibili al singolo individuo (costi individuali, rappresentati prevalentemente dai costi per l'acquisto di sostanze stupefacenti, oltre ad altre spese non rimborsate legate al mancato pagamento delle tasse per la mancata produttività, eventuali spese giuridiche, etc), e costi che sostiene l'intera collettività (costi collettivi, sostenuti dalle Amministrazioni centrali e locali per il contrasto al traffico di sostanze illegali e per l'offerta di assistenza ai consumatori). Questi ultimi costi possono essere distinti in ulteriori tre macro-categorie: contrasto, trattamento e prevenzione, e costi esterni (indiretti per l'individuo e per la collettività, imputabili prevalentemente alla mancata produttività, assenteismo, mortalità prematura, trattamento delle patologie droga-correlate, etc).

Sulla base di tale modello, considerata talvolta la problematicità di distinguere le voci relative al costo per la prevenzione da quelle dell'assistenza socio-sanitaria, qualora sostenute entrambe dai servizi per le dipendenze, le categorie di costo utilizzate ai fini dell'analisi nel presente documento sono riferite a:

- costi individuali, imputabili principalmente all'acquisto delle sostanze stupefacenti illegali;
- costi per l'applicazione della legislazione, misurabili in termini di azioni promosse al fine di contrastare, ridurre e reprimere la domanda e l'offerta di sostanze stupefacenti;
- costi socio-sanitari, connessi alle conseguenze sanitarie ed il conseguente reinserimento sociale derivanti dal consumo di sostanze psicoattive;
- costi relativi alla perdita di produttività: derivante dalla riduzione della capacità lavorativa, in termini sia di giornate di lavoro perse sia di aumento del rischio di disoccupazione o di interruzione precoce del percorso lavorativo.

II.2.6.2 Stima dei costi sociali

Utilizzando i criteri metodologici descritti nel paragrafo seguente, secondo gli indirizzi proposti anche dall'Osservatorio europeo, il costo sociale complessivo indotto dal consumo di sostanze psicoattive illegali nel corso del 2009 in Italia è stato stimato pari a 12.351.647.972 €, corrispondenti allo 0,81% della ricchezza prodotta in Italia (PIL) nello stesso periodo, che in termini pro-capite risulta equivalente a 331 euro annui per abitante di età 15-64 anni.

Modello di classificazione dei costi

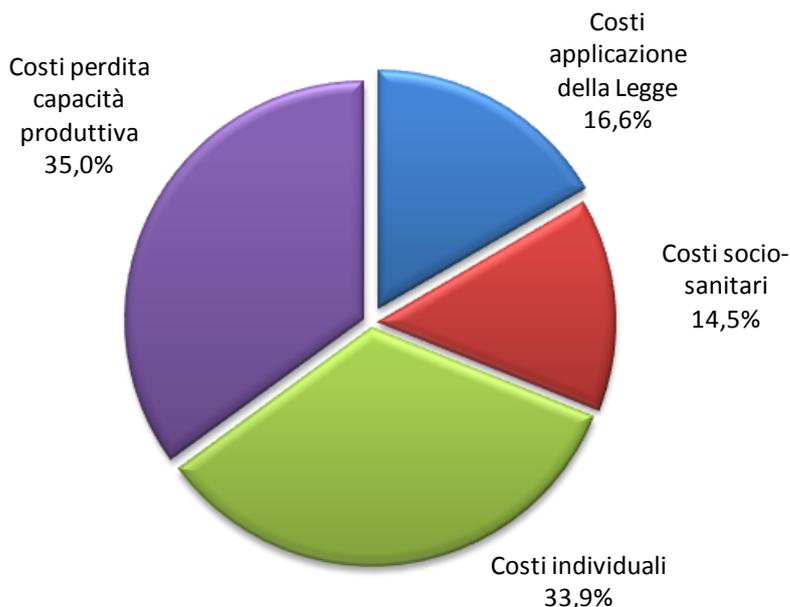
Componenti di costi da imputare al consumo di sostanze stupefacenti

Circa 12 miliardi di Euro la stima del costo sociale globale del fenomeno droga nel 2009 (0,81% del PIL)

¹ Calculating the social cost of illicit drugs - Methods and tools for estimating the social cost of the use of psychotropic substances. P. Kopp – Council of Europe (2001)

² Analisi economica dei dipartimenti delle dipendenze: prima ricognizione dei costi e valorizzazione dei risultati. G.Serpelloni, M. Gomma (2006)

Figura II.2.16: Distribuzione dei costi sociali per macro-categoria

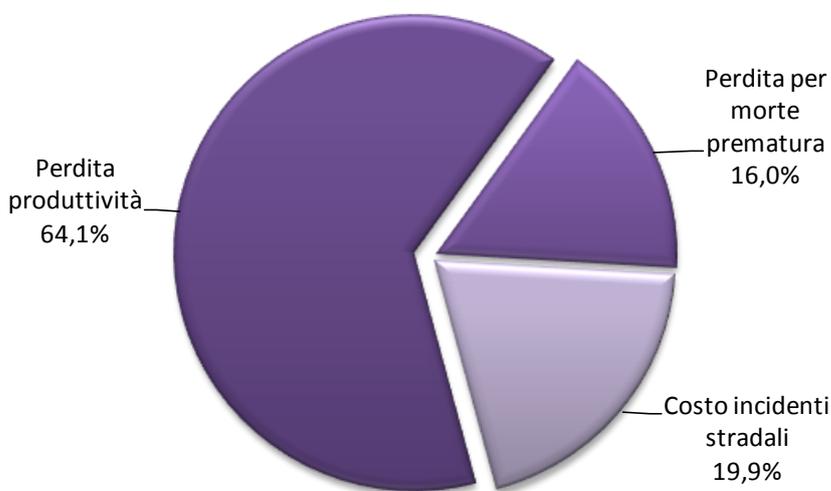


Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Rispetto alle quattro componenti principali di costo individuate nella parte introduttiva e valorizzate secondo i criteri descritti nel paragrafo metodologico (Figura II.2.16), il maggior costo sociale deriva dalla perdita di capacità produttiva (4.327.800.580,39 €) che rappresenta il 35,0% del costo complessivo, in cui figurano, la perdita di produttività in seguito al mancato impiego professionale (2.775 milioni di €), il costo per la perdita di produttività per decesso prematuro (692 milioni di €) ed il costo sociale imputabile ai consumatori in seguito agli incidenti stradali (861 milioni di €) (Figura II.2.17).

Il maggior costo è rappresentato dalla perdita di capacità produttiva

Figura II.2.17: Distribuzione dei costi sociali per perdita di produttività per micro-categorie



4,3 miliardi di spesa per la perdita della capacità produttiva

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

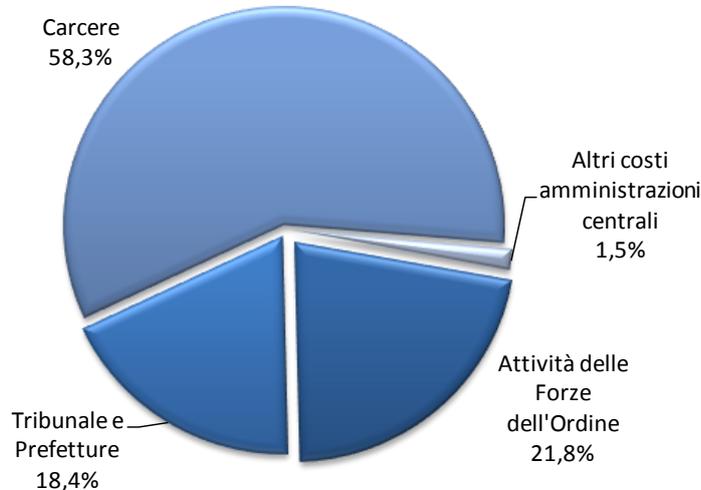
La seconda voce di costo che incide maggiormente sull'ammontare complessivo, in quota percentuale pari al 34% si riferisce al costo per l'acquisto delle sostanze

4,2 miliardi di spesa per l'acquisto della

stupefacenti da parte dei consumatori (4.188.022.233,05 €) (Figura II.2.16), in prevalenza cannabis, seguita da cocaina, eroina ed altre sostanze psicotrope.

droga da parte dei consumatori

Figura II.2.18: Distribuzione dei costi sociali per l'applicazione della Legge per micro-categorie

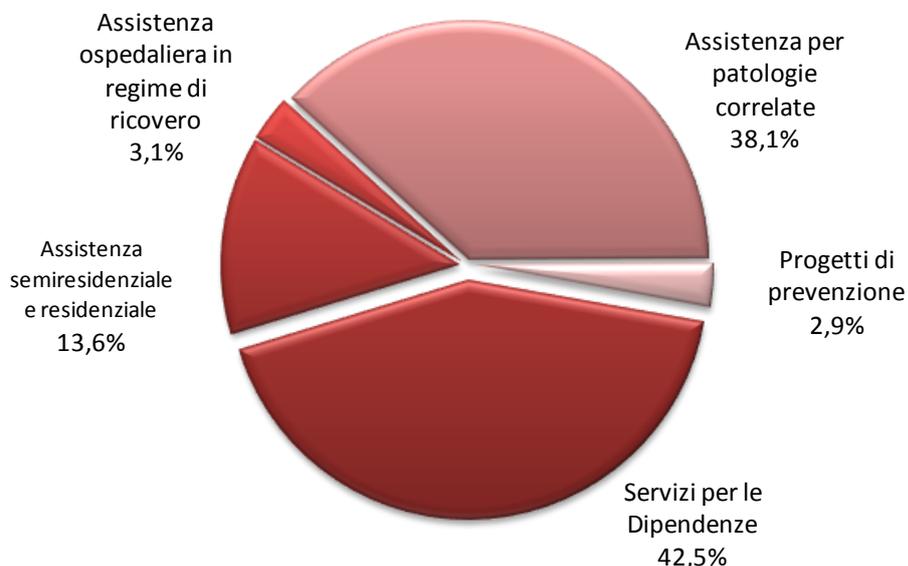


Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Le azioni di contrasto, riduzione e repressione della domanda e dell'offerta di sostanze stupefacenti incidono sul costo sociale complessivo per il 17% circa (2.048.360.494,08 Euro) (Figura II.2.16), di cui oltre la metà a carico del Ministero della Giustizia per la detenzione di persone denunciate per reati legati al DPR 309/90 o di persone tossicodipendenti reclusi per altri reati (Figura II.2.18). Il 22% dei costi per l'applicazione della legge, sono stati sostenuti dalle Forze dell'Ordine nell'ambito delle attività di prevenzione (artt 121 e 75 DPR 309/90) e di contrasto alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti, oltre alle attività di controllo sulle strade rivolti a conducenti in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti (artt 186 e 187 codice della strada).

2 miliardi il costo del contrasto

Figura II.2.19: Distribuzione dei costi sociali per l'assistenza socio-sanitaria per micro-categorie



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

L'assistenza socio-sanitaria ammonta complessivamente a 1.787.464.665,30 euro corrispondenti al 14,5% del costo sociale attribuibile al fenomeno; i maggiori costi si rilevano per l'assistenza ambulatoriale erogata dai servizi per le tossicodipendenze (760.204.959,96 euro), e poco meno per il trattamento di soggetti affetti da patologie infettive (in particolare HIV ed HCV).

1,8 miliardi di Euro
la spesa per
l'assistenza socio-
sanitaria alle persone
in trattamento

L'inserimento dell'utenza assistita dai servizi territoriali in percorsi socio-riabilitativi determina un ulteriore costo di 238.557.652,30 euro, mentre i ricoveri ospedalieri di consumatori di sostanze psicotrope incidono per una quota minima del 3,1% (55.595.047,00 euro).

In termini procapite, considerando i costi sostenuti dai Servizi per le Dipendenze, i costi per l'assistenza residenziale e semiresidenziale, ed i costi per l'erogazione delle terapie per le malattie infettive droga-correlate, il costo medio a carico del singolo cittadino di età 15-64 anni a livello nazionale è pari ad oltre 40 Euro annui, con valori sensibilmente variabili tra le diverse Regioni e Province Autonome, che oscillano tra un minimo di 22 Euro per la Regione Calabria ed un massimo di 70 Euro annui procapite per la Regione Liguria.

Il costo medio
dell'assistenza
socio-sanitaria
procapite varia da
22 Euro annui in
Calabria a 70 Euro
in Liguria

II.2.6.3 Aspetti metodologici

Nella prima parte di questo paragrafo sono descritte le fonti ed i flussi informativi utilizzati ai fini della valorizzazione economica dei costi sociali conseguenti al consumo di sostanze illecite, mentre la seconda parte è dedicata alla descrizione dei criteri metodologici adottati per l'analisi dei flussi informativi ed il calcolo delle stime delle numerose componenti di costo.

Fonti e flussi informativi

Al fine della valorizzazione economica delle diverse componenti di costo imputabili al consumo di stupefacenti, sono state consultate sia le Amministrazioni Centrali (Ministeri dell'Interno, della Salute, della Giustizia e dell'Economia e delle Finanze) che gli Assessorati delle Regioni e Province Autonome.

Fonti informative:
Amministrazioni
Centrali e
Regionali

In particolare le informazioni rilevate dalle amministrazioni centrali hanno riguardato i soggetti in carico ai Ser.T. e i ricoveri con diagnosi correlata al consumo di sostanze (Ministero della Salute), quelli segnalati ai Nuclei Operativi Tossicodipendenze delle Prefetture per possesso di sostanze stupefacenti ai sensi dell'art. 75 del Testo Unico in materia di tossicodipendenze DPR 309/90 ed i soggetti in trattamento presso le comunità terapeutiche (Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica del Ministero dell'Interno), i soggetti denunciati e/o transitati negli istituti penitenziari in qualità di indagati/imputati o condannati per reati penali specificamente connessi alla normativa in materia, i sequestri di sostanze stupefacenti e i decessi per abuso di sostanze (Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno), i soggetti feriti o deceduti in seguito ad incidente stradale sotto l'effetto di alcool o sostanze stupefacenti (Polizia di Stato del Ministero dell'Interno), gli adulti detenuti tossicodipendenti o comunque in carcere per reati inerenti la normativa in materia e i soggetti minorenni transitati presso i diversi servizi della giustizia minorile (Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e Dipartimento della Giustizia Minorile).

Flussi informativi
delle
Amministrazioni
Centrali

Con riferimento al Ministero dell'Economia e delle Finanze, sono stati acquisiti dalla Ragioneria Generale dello Stato i dati relativi alla "Rilevazione dei costi per l'anno 2009 – Riconciliazione con il rendiconto Generale dello Stato -", da cui sono stati rilevati i costi sostenuti dalle amministrazioni centrali coinvolte a vario titolo nelle azioni di contrasto e gestione delle tossicodipendenze.

In tale sistema i costi vengono rilevati, per ogni Amministrazione centrale dello Stato, con riferimento: a) alla responsabilità organizzativa, attraverso il piano dei

Centri di costo; b) alla natura, ossia alle caratteristiche fisico-economiche delle risorse utilizzate mediante il piano dei conti; c) alla finalità o destinazione, in relazione ai risultati da perseguire, rappresentati dalla nuova classificazione per missioni³ e per programmi⁴ che recepisce la legge di Bilancio 2008.

Dal punto di vista delle Regioni e Province Autonome, nell'ambito dell'annuale richiesta dati per la stesura della Relazione al Parlamento, sono state richieste informazioni relative ai costi sostenuti per specifiche attività progettuali (prevenzione primaria e secondaria, trattamento, reinserimento) e per l'assistenza erogata alle persone che si sono rivolte ai servizi socio-sanitari (informazioni attinte dai bilanci regionali e della contabilità analitica per centro di costo/responsabilità delle aziende sanitarie).

Flussi informativi regionali

Metodi di stima dei costi sociali

Per ciascuna macro-categoria di costo individuata in precedenza e relative sottovoci di costo, sulla base dei flussi informativi disponibili presso le Amministrazioni Centrali e Regionali, sono stati applicati opportuni criteri di quantificazione delle componenti di costo da attribuire al fenomeno del consumo di stupefacenti.

Per quanto riguarda la prima componente di costo, l'acquisto delle sostanze stupefacenti da parte dei consumatori, la stima è stata ottenuta applicando il metodo basato sulla domanda, quindi sul valore stimato dei consumi di droga da parte della popolazione, applicando i prezzi medi di mercato – rilevati dalle Forze di Polizia Locale di 12 città campione a livello nazionale ed elaborati dalla Direzione Centrale Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno – ai quantitativi di sostanze stupefacenti consumate in Italia nel periodo di riferimento. Per la stima dei consumi sono stati considerati due differenti criteri e prendendo il valore medio: il primo criterio, stima i consumi sulla base dei risultati emersi dallo studio multicentrico sull'analisi delle acque reflue condotto in otto città campione nel 2010, mentre il secondo stima i consumi sulla base dei dati forniti dagli studi di popolazione generale e studentesca.

Metodi di stima dei costi per l'acquisto delle sostanze stupefacenti

I costi derivanti dall'applicazione della legislazione sono caratterizzati da diverse componenti che spaziano dagli interventi delle Forze dell'Ordine in applicazione del DPR 309/90 e degli artt. 186/187 del codice stradale, agli interventi dei Nuclei Operativi Tossicodipendenze delle Prefetture, ai provvedimenti penali attuati dalle diverse Direzioni del Ministero della Giustizia (dalle spese processuali ai costi per la detenzione, all'applicazione delle misure alternative alla detenzione), infine ai costi per le attività svolte dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri in attuazione della normativa vigente in materia di tossicodipendenze.

Criteri per il calcolo dei costi per l'applicazione della Legge

Ciascuna di queste componenti è stata stimata valorizzando il costo del personale ed il costo di beni e servizi impiegati nelle attività di contrasto, riduzione e repressione della domanda e dell'offerta di sostanze stupefacenti. In generale, la stima del costo del personale è stata ottenuta applicando il costo medio per unità di personale, al numero complessivo di unità impiegate nel periodo di riferimento per le attività di contrasto. Il costo per beni e servizi è stato valorizzato applicando la quota percentuale del costo del personale per attività di contrasto sul costo del personale complessivo, al costo complessivo per beni e servizi.

³ rappresentano le funzioni principali e gli obiettivi strategici perseguiti con la spesa pubblica, costituiscono una configurazione politico istituzionale delle poste di bilancio tendenzialmente stabile nel tempo e indipendente dall'organizzazione amministrativa del Governo.

⁴ rappresentano aggregati omogenei di attività poste in essere da ciascuna Amministrazione per il raggiungimento delle proprie finalità, volti a perseguire un risultato comune, inteso – ove possibile – come impatto dell'azione pubblica sui cittadini e sul territorio.

A titolo esemplificativo, il costo del personale delle Forze dell'Ordine per le attività di prevenzione art.75 DPR 309/90 è stato calcolato secondo i seguenti punti:

1. stima del tempo persona impiegato per singola segnalazione ex art. 75 DPR 309/90 sulla base di interviste a testimoni privilegiati;
2. calcolo delle unità di personale (in anni persona) complessivamente impiegate per le segnalazioni ex art. 75 (dati forniti dalla Direzione Centrale per la Documentazione Statistica del Ministero dell'Interno), come prodotto del tempo persona per singola segnalazione al numero complessivo di segnalazioni effettuate per organo segnalante (Polizia di Stato, Carabinieri, Guardia di Finanza);
3. stima del costo complessivo del personale per segnalazioni ex art 75, come applicazione del costo medio per unità di personale al numero complessivo di unità impiegate in attività di prevenzione per singola segnalazione ex art 75 nel periodo di riferimento. Il costo medio per unità di personale è stato calcolato sulla base dei dati forniti dalla Ragioneria Generale dello Stato, come rapporto tra costo complessivo del personale, per singolo organo segnalante, e volume complessivo di personale (in anni persona).

Tale procedura è stata applicata anche per il costo dei procedimenti penali ed i dibattimenti processuali in seguito alle denunce di soggetti per i reati inerenti la produzione, il traffico e la vendita di sostanze stupefacenti (artt. 73 e 74 DPR 309/90) o altri reati commessi da tossicodipendenti. Definito il numero medio di udienze per denuncia e calcolato il numero complessivo di udienze effettuate in applicazione del DPR 309/90, sulla base del costo unitario per tipologia di unità di personale impiegato, e del numero di unità di personale (in anni persona) impiegate in tali dibattimenti, è stato calcolato il costo complessivo del personale, applicando il costo unitario per tipologia di unità di personale al contingente di avvocati e giudici (in anni persona) impiegati nell'applicazione della normativa sugli stupefacenti.

Con riferimento ai costi sostenuti dal Ministero della Giustizia in seguito alla detenzione di soggetti negli istituti penitenziari per reati legati al DPR 309/90 e/o tossicodipendenti, la stima è stata ottenuta parametrizzando il costo complessivo del personale, in base alla quota parte di tali detenuti presenti al 31.12.2009 del periodo di riferimento (dati forniti dal Ministero della Giustizia - Direzione Amministrazione Penitenziaria -) sul totale detenuti. Analogo criterio è stato adottato per la stima del costo del personale operante presso gli Uffici di Esecuzione Penale Esterna del D.A.P., per gli incarichi gestiti nell'anno relativi alle misure alternative alla detenzione a favore di persone che hanno fruito dell'art. 94 del DPR 309/90.

Più agevole la rilevazione dei costi inerenti la terza macrocategoria di costo, quella riferita all'assistenza socio-sanitaria e di competenza delle singole Regioni e Province Autonome. Dai bilanci regionali, infatti, è possibile desumere i finanziamenti erogati a favore dei progetti specifici per il settore delle tossicodipendenze e delle strutture socio-riabilitative. Dalla contabilità analitica per centro di costo/ di responsabilità delle Aziende sanitarie, inoltre, le Amministrazioni Regionali hanno dedotto i costi imputabili alle attività erogate dai Servizi per le Dipendenze. Altra voce di costo ascrivibile all'area sanitaria riguarda la valorizzazione economica dei ricoveri erogati a pazienti che in diagnosi principale o secondaria presentano l'uso o l'abuso di sostanze psicotrope. Il costo per l'ospedalizzazione di assuntori di stupefacenti è stato stimato applicando ai ricoveri, classificati per DRG (Diagnosis Related Group, sistema di classificazione dei ricoveri per gruppi omogenei isorisorse), la corrispettiva tariffa nazionale dei DRG classe C 436/07.

La valorizzazione dell'ultima macrocategoria riferita alla perdita di produttività derivante dalla riduzione della capacità lavorativa dei consumatori di stupefacenti, è stata stimata sull'utenza assistita dai servizi per le tossicodipendenze. Sulla base dei dati forniti dai servizi stessi (utenza assistita, utenza occupata professionalmente, utenza dimessa per conclusione del trattamento), è stato stimato il contingente di assistiti in età produttiva, potenzialmente inseribili nel mondo del lavoro secondo l'attuale tasso di occupazione, quindi la stima economica della perdita di produttività secondo una retribuzione media, a parità di titolo di studio, desunta dai settori industria ed agricoltura.

A questa stima sono stati aggiunti anche i costi sociali attribuibili alle persone decedute prematuramente per intossicazione acuta da sostanze stupefacenti, valorizzati secondo i parametri pubblicati dall'ACI / ISTAT per la valorizzazione dei costi sociali delle persone decedute in seguito ad incidente stradale. Con riferimento a quest'ultima voce, è stato stimato, ed inglobato in questa macrocategoria, anche il costo sociale per gli incidenti stradali correlati all'uso di sostanze stupefacenti.

