

CAPITOLO II.2.

ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI CONTRASTO ALLA DROGA

II.2.1. Dipartimento Politiche Antidroga - Organizzazione e attività 2012

II.2.1.1 Progetto NIOD – Network Italiano degli Osservatori per le Dipendenze

II.2.1.2 Scuola nazionale sulle dipendenze

II.2.2. Amministrazioni Centrali

II.2.3. Amministrazioni Regionali

II.2.4. Strutture di trattamento socio-sanitario

II.2.5. Analisi dei costi/benefici

II.2.5.1 Premessa

II.2.5.2 Stima dei costi sociali

II.2.5.3 Stima dei benefici derivanti dal trattamento dei consumatori di sostanze

II.2.5.4 Aspetti metodologici

II.2. ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI CONTRASTO

II.2.1. Dipartimento Politiche Antidroga - Organizzazione e attività 2012

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

Con D.P.C.M. del 13 dicembre 2011 il Ministro Andrea Riccardi ha assunto la funzione di delega relativamente alla promozione ed all'indirizzo delle politiche per prevenire, monitorare e contrastare il diffondersi delle tossicodipendenze e delle alcoolodipendenze correlate, di cui al testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni.

Delega sulle
tossicodipendenze
al Ministro
Andrea Riccardi

A seguito della conversione in legge 94 del 6 luglio 2012 del d. lgs. 52/2012 sulle nuove norme in materia di revisione della spesa pubblica (Spending review) il Dipartimento Politiche Antidroga ha assunto una nuova organizzazione interna sulla base del ridimensionamento avvenuto sulle strutture interne della Presidenza del Consiglio dei Ministri, all'interno della quale il DPA ha mantenuto la sua collocazione.

Le attività svolte dal Dipartimento nel corso del 2012 hanno portato al proseguimento di quelle avviate negli anni precedenti cui si sono aggiunte ulteriori attività avviate nel corso dell'anno attraverso le quali si sono ulteriormente implementate le azioni previste nel Piano Nazionale di Azione Antidroga 2010-2013, già approvato dal precedente Consiglio dei Ministri seduta del 29 ottobre 2010 e confermato dal governo Monti.

Attività svolta nel
corso del 2012 e
Piano d'Azione
2010-2013

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 2012 l'Osservatorio ha partecipato alla realizzazione e valutazione di tutte le attività progettuali avviate collaborando alla pianificazione di quelle in fase di sviluppo e avvio. L'Osservatorio, in stretta collaborazione con il Punto focale nazionale, prosegue le attività necessarie per la riorganizzazione dei flussi dati nazionali e degli osservatori regionali secondo gli standard europei (progetti SIND Support e NIOD) al fine di aggiornamento dei flussi stessi agli adattamenti approvati dall'Osservatorio Europeo di Lisbona.

Osservatorio
Nazionale

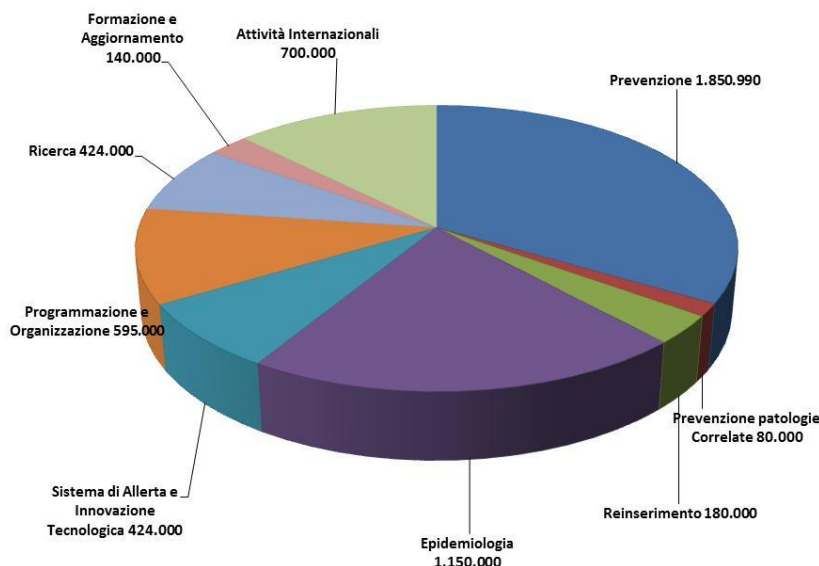
All'interno dello sviluppo e messa a regime di un network nazionale per la gestione dei flussi dati, il DPA ha avviato la definizione di uno Studio Progettuale con il SISTAN (Sistema Statistico Nazionale) dell'ISTAT per inserire le proprie statistiche nel Piano Statistico Nazionale (PSN) che rappresenta il report delle statistiche ufficiali nazionali. In questo modo l'attività e i prodotti dell'Osservatorio saranno validati dall'ISTAT sia in termini metodologici che di risultati e troveranno pubblicazione tra le statistiche ufficiali italiane.

Piano Statistico
Nazionale

Dal 2009 il DPA ha finanziato complessivamente 207 progetti, 29 dei quali nel 2012 pari a un investimento di 5.543.990 €, ripartiti come da figura che segue.

Piano progetti
2012

Figura II.2.1: Ripartizione dei finanziamenti del Piano Progetti 2012



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Molti dei risultati dei progetti affidati dal 2009 al 2012 costituiscono paragrafi della presente Relazione

Nel mese di aprile è stato organizzato un workshop specifico, della durata di tre giornate, finalizzato alla formazione su Early Detection for Early Intervention che ha visto la partecipazione di oltre 70 professionisti provenienti da tutto l’ambito nazionale e coinvolti nell’applicazione territoriale del modello preventivo orientato all’identificazione e al trattamento precoce delle forme di consumo di sostanze.

L’accordo di collaborazione scientifica tra DPA e NIDA si è consolidata nel corso del 2012 con una serie di iniziative che hanno permesso la partecipazione reciproca di rappresentanti delle due organizzazioni nel contesto di eventi congressuali di elevato valore. In particolare, autorevoli esponenti statunitensi hanno direttamente collaborato e partecipato in Italia ad attività formative nell’ambito del progetto Outcome e all’interno della Scuola Nazionale sulle Dipendenze in una sessione di due giorni dedicata esclusivamente al NIDA. Inoltre, nel mese di novembre è stato tenuto a Verona il Terzo Congresso Internazionale sulle Neuroscienze “Addiction: new evidence from neuroimaging and brain stimulation” cui hanno partecipato quasi 100 iscritti.

Il DPA è stato invitato a partecipare e presentare i risultati delle proprie attività nel corso di due importanti eventi tenutisi negli USA a maggio (APA Conference) e giugno (NIDA International Forum).

La partecipazione reciproca agli eventi è stata inoltre l’occasione per concordare e avviare ulteriori ambiti di ricerca congiunti a rafforzamento della collaborazione bi-nazionale.

Tra le altre collaborazioni internazionali è da segnalare quella con UNODC che ha portato alla realizzazione del “Consorzio Internazionale di Solidarietà per la prevenzione dell’uso di droga” la presentazione del Consorzio è avvenuta nel mese di ottobre con un incontro internazionale cui hanno partecipato delegazioni provenienti 57 Paesi e rappresentanti delle più importanti istituzioni internazionali che si occupano di addiction.

Early Detection
for Early
Intervention

Collaborazione
scientifica DPA-
NIDA

Consorzio
Internazionale di
Solidarietà

Figura II.2.2: Locandina evento.



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

La creazione del Consorzio è stata anticipata dalla sottoscrizione di una dichiarazione internazionale congiunta contro al legalizzazione delle droghe cui hanno aderito Svezia, USA, Regno Unito, Russia e Italia siglata nel mese di maggio.

II.2.1.1 Progetto NIOD – Network Italiano degli Osservatori per le Dipendenze

Il progetto NIOD, avviato nel 2010, ha proseguito le proprie attività di costituzione del network nazionale tra osservatori regionali e osservatorio nazionale implementando una serie di funzionalità e azioni per il sistema che si intende portare a regime nel corso del 2013. In particolare, è in continua crescita e potenziamento il portale dedicato alle Regioni/PPAA che partecipano al progetto (solo Emilia Romagna e Toscana non hanno aderito) al fine consentire una gestione facilitata della raccolta e trasmissione dati, ma, nel contempo, l'opportunità di accedere ad archivi e statistiche standard, oltre ad analisi comparate, che il DPA mette loro a disposizione.

Stato di avanzamento del progetto

Figura II.2.3: 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.

Al fine del monitoraggio e funzionamento delle attività degli Osservatori è stata sviluppata uno strumento (check list) derivata dai contenuti dal manuale "Building a National Observatory: a joint manual". Il manuale è stato tradotto in lingua italiana e l'edizione italiana è disponibile sul sito del Dipartimento www.politicheantidroga.it

Monitoraggio del
funzionamento
degli osservatori
regionali

Figura II.2.4: Edizione italiana del manuale europeo per la creazione di un osservatorio



Fonte: www.EMCDDA.europa.EU

La check-list deve essere intesa come uno strumento di lavoro che facilita e armonizza il monitoraggio delle attività dell'Osservatorio. Il suo utilizzo diffuso a tutto l'ambito nazionale consente di verificare il funzionamento degli osservatori regionali identificandone i punti di forza e di debolezza, e, all'interno della cooperazione e dell'interscambio di soluzioni tra gli osservatori stessi, suggerendo azioni utili al superamento delle difficoltà riscontrate. Questa check-list consta in 78 item, corrispondenti a caratteristiche organizzative o funzionali degli osservatori, organizzati in una struttura ad albero che fa riferimento ai tre Fattori Chiave Strategici (Key Strategic Factors-KSF) identificati dall'Osservatorio Europeo (Valore percepito, Co-produzione, Risorse combinate) riconvertiti in cluster (Precondizioni, Risorse, Output, Qualità, Comunicazione) per rendere il sistema maggiormente idoneo alle specifiche nazionali e consentire una compilazione più agevole dalla check-list da parte delle Regioni/PPAA.

Funzione della
check-list

Le rilevazioni semestrali condotte dal 2011 evidenziano che per tutte le Regioni/PPAA si osserva un aumento della percentuale di item raggiunti nel corso del tempo a sostenere che il progetto NIOD ha consentito di migliorare le condizioni operative degli osservatori regionali. La regione Liguria ha aderito al progetto successivamente al mese di settembre 2012 e pertanto non è riportata nella tabella che segue.

Tabella II.2.1: Grado di avanzamento degli Osservatori regionali: raffronto settembre 2011 - settembre 2012

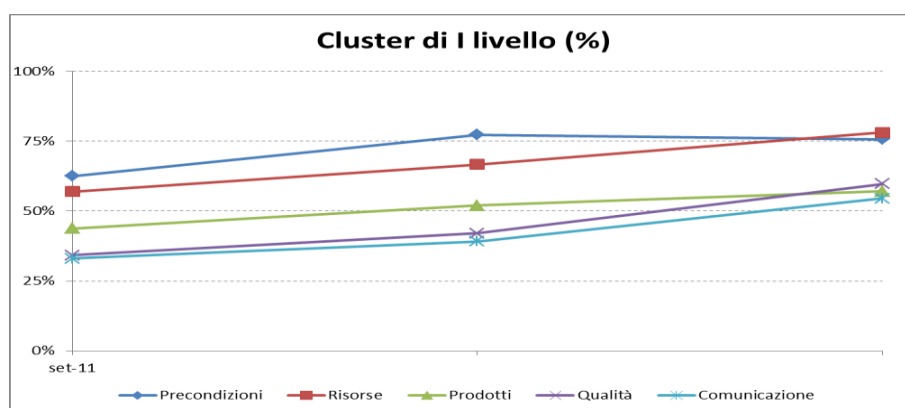
SITUAZIONE GENERALE (% di copertura di tutti gli items)			
Regioni	Sett. 2011	Mar. 2012	Sett.2012
Abruzzo	32,1	70,5	73,1
Basilicata	23,1	15,4	29,5
Calabria	12,8	35,9	37,2
Campania	42,3	64,1	65,4
Friuli Venezia Giulia	15,4	44,9	56,4
Lazio	55,1	82,1	84,6
Lombardia	70,5	70,5	78,2
Marche	7,7	50,0	Missing
Molise	0,0	0,0	Missing
P.A. Bolzano	24,4	6,4	42,3
P.A. Trento	91,0	Missing	Missing
Piemonte	71,8	79,5	80,8
Puglia	10,3	66,7	66,7
Sardegna	21,8	23,1	41,0
Sicilia	55,1	61,5	57,7
Umbria	42,3	52,6	71,8
Veneto	38,5	47,4	Missing
ITALIA	36,1	48,2	56,0

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Il dato nazionale del 2011 partiva da una copertura del 36,1% e ha raggiunto il 56,9% dopo un anno di attività progettuale. Da notare i notevoli miglioramenti osservabili in Puglia (da 13,3% a 66,7%), Friuli Venezia Giulia (da 15,4% a 56,4%) e Abruzzo (da 32,1% a 73,1%) che risultano più evidenti in quanto partivano da valori bassi. Anche le regioni che avevano un punteggio elevato all'inizio (Lombardia e Piemonte) hanno mostrato un miglioramento, sebbene più contenuto. Dall'analisi del grado di copertura percentuale dei cluster di I livello (Figura II.2.5) sono ben evidenziati i progressi in tutte e 5 le aree (precondizioni, risorse, prodotti, qualità e comunicazione), le precondizioni e le risorse hanno mediamente un grado di raggiungimento dell'80% mentre le altre sono intorno a un grado di copertura intorno al 50%.

Lazio, Piemonte,
Umbria, Abruzzo
e Lombardia
sopra il 70%

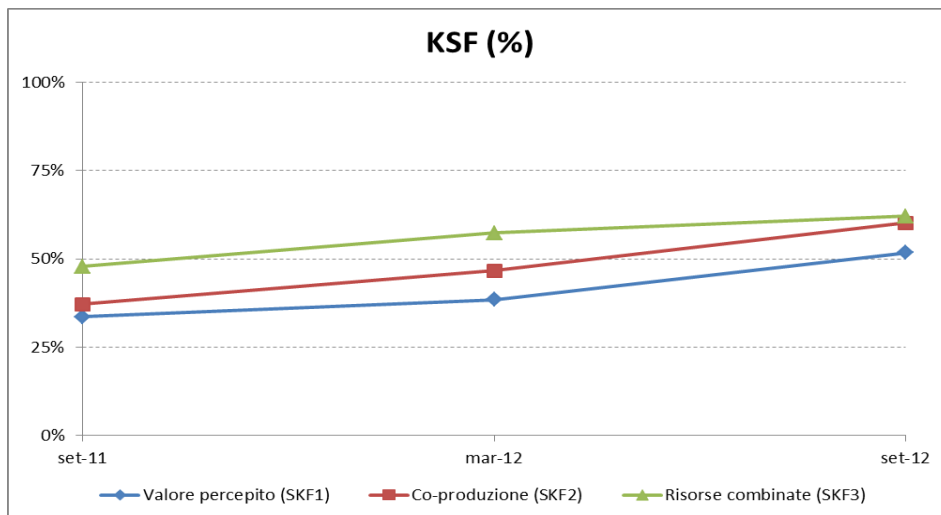
Figura II.2.5: Cluster di I livello – copertura percentuale settembre 2011 – settembre 2012



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

L'analisi condotta secondo la classificazione in tre KSF dell'Osservatorio europeo di Lisbona, (Valore Aggiunto Percepito, Co-produzione, e Risorse Combinate) mostra uno scenario raggruppato secondo logiche differenti rispetto ai cluster, ma evidenzia comunque il livello di progressivo miglioramento ottenuto dopo un anno di attività del progetto.

Figura II.2.6: KSF - grado di raggiungimento - settembre 2011 – settembre 2012



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

II.2.1.2 Scuola nazionale sulle dipendenze

Nel corso del 2012 è stata avviata la prima edizione della Scuola Nazionale sulle Dipendenze attraverso l'attivazione di un progetto triennale affidato alla Scuola Superiore della Pubblica Amministrazione. L'obiettivo principale della Scuola Nazionale, condotta in collaborazione con il NIDA all'interno dell'accordo di collaborazione scientifica siglato a Roma nel 2011, è stato quello di colmare la lacuna di aggiornamento tecnico-scientifico e strategico-organizzativo basato sull'evidenza nel settore delle dipendenze; in particolare, attraverso l'orientamento alla formazione transdisciplinare si è perseguita anche l'adozione di impostazioni metodologiche omogenee e condivise da parte dei discenti che, per tale motivo, appartenevano e provenivano da settori di intervento diversificati.

Figura II.2.7: Partecipanti alla Scuola nazionale sulle Dipendenze – Edizione 2012



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Figura II.2.8: Partecipanti alla Scuola nazionale sulle Dipendenze – Edizione 2013



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

L'accesso alla scuola, riservato a 100 iscritti all'anno, è gratuito per la frequenza delle lezioni ma subordinato a una selezione dei candidati in base alla valutazione dei titoli curriculari. L'edizione del 2012 ha avuto la partecipazione di professionisti provenienti da settori differenti dell'ambito dipendenze e da realtà territoriali distribuite su tutto il territorio nazionale.

Tabella II.2.2: Descrizione partecipanti edizione 2012 Scuola Nazionale sulle Dipendenze

Profilo professionale		Provenienza professionale		Provenienza geografica	
Medici	27	SerT/ASL	33	Abruzzo	5
Psicologi	23	Privato sociale	17	Campania	4
Amministratori/ Tecnologi	14	Univesità/Centri di ricerca	17	Emilia Romagna	3
Ricercatori universitari	5	Enti centrali	17	Lazio	43
Educatori	5	Ospedale	4	Liguria	4
Assistenti sociali	3	Privato	3	Lombardia	8
Responsabili CT	3	Altro	2	Marche	3
Sociologi	2			Molise	2
Infermieri	1			PA Bolzano	1
Altro	4			Piemonte	1
				Sardegna	2
				Sicilia	2
				Toscana	2
				Umbria	1
				Veneto	6

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Ottantasette dei cento inizialmente ammessi alla frequenza della Scuola hanno completato il percorso formativo, costituito da 9 moduli tematici su temi specifici che hanno compreso aspetti clinici e trattamentali, epidemiologici e valutativi, organizzativo-gestionali oltre ad aspetti legali.

Figura II.2.8: Programma della Scuola nazionale sulle Dipendenze – Edizione 2012

Moduli formativi

Sede di svolgimento
Scuola Superiore per la Pubblica Amministrazione

19-20 gennaio 2012 Modulo 1	L'inquadramento generale multidisciplinare sulle dipendenze
16-17 febbraio 2012 Modulo 2	Il processo di cura e di riabilitazione
12-13 marzo 2012 Modulo 3	NIDA/NIH days
29-30 marzo 2012 Modulo 4	La prevenzione
12-13 aprile 2012 Modulo 5	Il monitoraggio epidemiologico e il sistema di allerta
17-18 maggio 2012 Modulo 6	I rapporti internazionali
15 giugno 2012 Modulo 7	Legislazione e contrasto
20 settembre 2012 Modulo 8	Coordinamento nazionale e delle Regioni e Province autonome
19 ottobre 2012 Modulo 9	Modulo di valutazione finale

In base al citato accordo scientifico con NIDA un modulo è stato completamente dedicato alle attività dell'istituto statunitense con la partecipazione di nove esperti americani. Oltre agli iscritti alla Scuola, l'evento è stato aperto in modalità webinar anche a 35 partecipanti esterni che hanno potuto assistere alle due giornate attraverso un collegamento internet interattivo.

Figura II.2.9 : Locandina modulo NIDA/NIH Days

Scuola Nazionale sulle Dipendenze
The National School on Addiction

Programma formativo multidisciplinare per i professionisti del sistema italiano delle dipendenze

Modulo 3
NIDA/NIH Days

Elenco dei docenti

	Nora Volkow <i>Director National Institute on Drug Abuse, NIDA, NIH (Video)</i>		
	Antonello Bonci <i>Scientific Director NIDA, NIH</i>		Marilyn Huestis <i>Chief, Chemistry & Drug Metabolism, Intramural Research Program, NIDA, NIH</i>
	Wilson Compton <i>Director, Division of Epidemiology, Services and Prevention Research, NIDA, NIH (Videoconference)</i>		Markus Heilig <i>Clinical Director, and Chief, Lab of Clinical and Translational Studies, NIAAA, NIH (Videoconference)</i>
	Walter Ling <i>Professor of Psychiatry and Director, Integrated Substance Abuse Programs, Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences, David Geffen School of Medicine, University of California-Los Angeles</i>		Thomas McLellan <i>Professor, Dept. of Psychiatry University of Pennsylvania Director, Penn Center for Substance Abuse Solutions</i>
	Robert Schwartz <i>Medical Director, Friends Research Institute, Baltimore, Maryland</i>		David Gastfriend <i>Vice President, Scientific Communications, Alkermes, Inc.</i>
	Giovanni Serpelloni <i>Direttore Scuola Nazionale sulle Dipendenze</i>		Roberto Mollica <i>Responsabile Scientifico Scuola Nazionale sulle Dipendenze</i>

Il corso di formazione, accreditato ECM e CNOAS, ha previsto una valutazione in itinere alla fine di ogni modulo tramite questionario e una valutazione finale con presentazione di un project work che poteva essere preparato individualmente o in piccolo gruppo e la cui valutazione ha contribuito alla votazione finale in sede di acquisizione di diploma.

Oltre alla valutazione dell'apprendimento è stata rilevata la valutazione del gradimento da parte dei discenti, che ha mostrato valutazioni superiori al 86%, e la valutazione dei singoli docenti che mediamente è sempre oltre il 90%.

Alla luce del successo rilevato, e su suggerimento degli stessi discenti, si è provveduto a organizzare per il 2013 un corso "avanzato", di circa 80 ore formative, finalizzato all'approfondimento di aspetti trattati in modo non sufficientemente esaustivo o per affrontare argomenti non previsti all'interno della prima edizione del corso base.

Attualmente l'edizione 2013 della Scuola pertanto prevede lo svolgimento della seconda edizione del corso base con partecipazione di 100 nuovi iscritti e la creazione di un corso avanzato cui partecipano 50 iscritti.

Oltre alla Scuola nazionale in senso stretto, l'attività formativa 2012 ha ricompreso

anche altri eventi collegati a progetti del DPA per un totale di 26 eventi accreditati: a tal proposito si sono tenuti corsi ed eventi satellite nel contesto delle attività progettuali Outcome, RELI, Early Detection, Safework, Promoeurodrugs, oltre a un convegno internazionale sulle Neuroscienze. Complessivamente, considerando sia il ciclo formativo residenziale che gli eventi satellite, nel corso del 2012 sono state erogate 290 ore formative accreditate per la formazione continua cui hanno partecipato 642 professionisti e coinvolto 104 esperti nazionali e internazionali come relatori e docenti.

L'edizione 2013 della Scuola nazionale è attualmente in corso. Rispetto all'anno precedente sono stati organizzati 2 corsi differenziati: base e avanzato. Il corso base ripercorre le modalità di quello realizzato nel 2012 con alcune integrazioni nel programma didattico, mentre quello avanzato presenta argomenti nuovi o approfondimenti del corso base dell'anno precedente.

Edizione 2013
della Scuola
nazionale sulle
Dipendenze

Figura II.2.10 : Giornata inaugurale della Scuola – Edizione 2013



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Le richieste di ammissione al corso base 2013 pervenute sono state 123 e cento di queste sono state ritenute idonee alla partecipazione: allo stato attuale, dopo aver superato la metà delle ore di insegnamento programmate, risultano frequentare regolarmente 91 studenti. La programmazione e realizzazione del corso avanzato è stato suggerito dai discenti dell'edizione 2012 che hanno manifestato il desiderio di proseguire la positiva esperienza formativa iniziale: il corso vede la partecipazione di 49 iscritti.

II.2.2. 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 2012 nello svolgimento delle attività, soluzioni possibili/auspiccate e la programmazione delle attività previste per il 2013.

Premesse

Il Ministero della Salute, attraverso il Dipartimento della Sanità pubblica e

Ministero della
Salute

dell'Innovazione - Direzione Generale della Prevenzione e il Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale – Direzione Generale del Sistema informativo, ha partecipato al gruppo di lavoro istituito presso il Dipartimento Politiche Antidroga, per il lavoro di messa a regime del modello di rilevazione delle attività dei servizi per le tossicodipendenze per la messa a regime del Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND).

Messa a regime
 SIND
 Italian Journal of
 Addiction

Nel 2012 è stato pubblicato online l'Italian Journal of Addiction, sul sito del Dipartimento Politiche Antidroga.

Il Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio sanitario Nazionale – 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.

Ministero della
 Salute
 Ufficio Centrale
 Stupefacenti

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 emanazione) 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.

Ministero della
 Giustizia
 Rilevazione dati
 statistici dagli
 uffici giudiziari
 territoriali

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 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 della gestione dei dati sulle tossicodipendenze, per l'elaborazione di apposite schede che consentiranno la conoscenza reale del fenomeno in carcere.

Ministero della
 Giustizia
 Tutela della salute
 in ambito
 penitenziario

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 minorile, si individua certamente il 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.

Ministero della
 Giustizia
 I Servizi minorili

La Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, D.C.S.A., Dipartimento della Pubblica Sicurezza del Ministero dell'Interno, è la struttura per l'attuazione del coordinamento, pianificazione e alta direzione dei servizi di polizia in materia di stupefacenti. La D.C.S.A. E' organizzata 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

Ministero
 dell'Interno
 Servizi di Polizia
 in materia di
 stupefacenti

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.

La Scuola
Superiore della
Amministrazione
dell'Interno

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 2012, 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 il triennio 2012-2014 per la Commissione per la Prevenzione del Crimine e la Giustizia Penale, 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.

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

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.

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

Di particolare rilevanza i progetti "Cittadinanza e costituzione", "Centri educativi alla scoperta di sé", nonché l'adesione alle iniziative promosse dal DPA quali l'indagine SPS e il Progetto Educare.

La materia nell'ambito Difesa è attualmente disciplinata dal Codice dell'Ordinamento Militare (DLgs. 66/2010) e dal "Regolamento per l'applicazione delle procedure per gli accertamenti sanitari di assenza della tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in militari addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi presso il Ministero della Difesa.(DIFESAN-2010)".

Ministero della
Difesa
Stato Maggiore
dell'Esercito
Ufficio generale
della Sanità
Militare

Le Forze Armate italiane assorbono dalla società civile le proprie risorse umane e risentono dunque del trend sociale, soprattutto per quel che riguarda le fasce di età tra i 20 e 30 anni. In tal senso l'Amministrazione della Difesa è particolarmente sensibile al *fenomeno droga* e ai comportamenti d'abuso.

II.2.3. 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 2012 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, nonché in linea con le indicazioni fornite nel Piano Nazionale di Azione Antidroga si è potuto riscontrare uniformità, almeno per un congruo numero di Regioni, in merito ai seguenti punti.

- Sono stati adottati nel 2012, o sono in via di adozione, i provvedimenti regionali attuativi dell'Intesa Stato-Regioni del 30/10/07 e dell'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'adesione 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..
- 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 o per la prevenzione delle tossicodipendenze e/o dell'alcolismo e per il gioco d'azzardo, 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.

E' però necessario sottolineare come quasi tutte le Regioni lamentino insufficienza di fondi a disposizione dei servizi assistenziali a causa del protrarsi della crisi economica in atto a livello nazionale, nonché delle conseguenze degli ultimi eventi sismici avvenuti in Emilia-Romagna e in Abruzzo.

Accertamenti
tossicologici per i
lavoratori con
mansioni a rischio

Sistema
informativo
nazionale sulle
dipendenze -
SIND

Progetto NIOD

Priorità azioni di
prevenzione

Scarsità di budget

II.2.4. Strutture di trattamento socio-sanitario

Al 31.12.2012, 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 1.661, di cui 633 (38,1%) servizi pubblici per le tossicodipendenze (Ser.T.) e le rimanenti 1.028 sono strutture socio-riabilitative, in prevalenza strutture residenziali (66,5%), a seguire quelle semiresidenziali (18,6%) ed i servizi ambulatoriali (14,9%). Rispetto al 2011 si osserva una riduzione delle strutture socio-riabilitative pari al 3,7% (39 strutture), più marcata per le strutture ambulatoriali (-8,9) e per le strutture residenziali (-3,4%).

La distribuzione delle strutture socio-riabilitative sul territorio nazionale evidenzia una maggior concentrazione nelle Regioni del Nord: nel 2012, come nello scorso anno, il 17% ha sede in Lombardia, il 13% in Veneto e il 12% in Emilia Romagna. Nel 2012 rispetto all'anno 2011, in relazione a possibili attività di riorganizzazione dei servizi, si osserva principalmente un aumento dei servizi per le tossicodipendenze in Piemonte (+52), Liguria (+10) e Lombardia (+9), mentre sul versante delle strutture socio-riabilitative la riduzione di strutture residenziali si registra maggiormente in Umbria (-9), Lazio (-6), Puglia e Sicilia (-3). Con riferimento alle altre tipologie di strutture, si riporta la diminuzione di 4 e 3 strutture semiresidenziali per Veneto e Puglia, rispettivamente, e di strutture ambulatoriali per Lombardia (-6) e Sicilia (-3) (Tabella II.2.3).

1.661 strutture di assistenza, di cui:

633 Ser.T.

1.028 strutture socio-riabilitative di cui 66,5% comunità residenziali

Maggiore concentrazione al nord

Tabella II.2.3: Strutture socio-sanitarie per tossicodipendenti attive tra il 31.12.11 e il 31.12.12 secondo il tipo di assistenza

	Servizi ⁽¹⁾			Strutture Socio-riabilitative ⁽²⁾								
	Tossicodipendenze			Residenziali			Semiresidenziali			Ambulatoriali		
	2011	2012	Δ %	2011	2012	Δ %	2010	2012	Δ %	2011	2012	Δ %
Abruzzo	10	11	10,0	14	13	-7,1	3	3	0,0	7	6	-14,3
Basilicata	6	6	0,0	5	5	0,0	0	2	-	5	4	-20,0
Calabria	15	17	13,3	23	24	4,3	9	9	0,0	3	3	0,0
Campania	46	45	-2,2	21	19	-9,5	5	6	20,0	11	13	18,2
Emilia Romagna	45	46	2,2	86	89	3,5	19	0	5,3	16	14	-12,5
Friuli Venezia Giulia	6	12	100,0	8	8	0,0	6	4	-33,3	6	5	-16,7
Lazio	46	46	0,0	29	23	-20,7	10	12	20,0	7	7	0,0
Liguria	ND	16	166,7	24	24	0,0	7	7	0,0	4	5	25,0
Lombardia	83	92	10,8	134	134	0,0	19	19	0,0	29	23	-20,7
Marche	14	13	-7,1	31	31	0,0	14	14	0,0	8	9	12,5
Molise	6	5	-16,7	5	5	0,0	0	0	-	2	1	-50,0
PA Bolzano	4	4	0,0	2	2	0,0	1	1	0,0	0	0	-
PA Trento	1	3	200,0	4	4	0,0	1	1	0,0	1	1	0,0
Piemonte	ND	111	88,1	66	64	-3,0	4	4	0,0	6	6	0,0
Puglia	58	55	-5,2	46	43	-6,5	19	16	-15,8	20	18	-10,0
Sardegna	14	8	-42,9	22	21	-4,5	0	1	-	8	8	0,0
Sicilia	52	51	-1,9	26	23	-11,5	7	7	0,0	8	5	-37,5
Toscana	41	41	0,0	53	54	1,9	18	19	5,6	8	7	-12,5
Umbria	11	11	0,0	27	18	-33,3	4	5	25,0	1	1	0,0
Valle d'Aosta	1	1	0,0	2	2	0,0	1	1	0,0	0	0	-
Veneto	39	39	0,0	80	78	-2,5	44	40	-9,1	18	17	-5,6
Totale	563(*)	633	12,4	708	684	-3,4	191	191	0,0	168	153	-8,9

ND = dato non disponibile

(*) Dato stimato considerando il valore 2010 della Liguria e del Piemonte

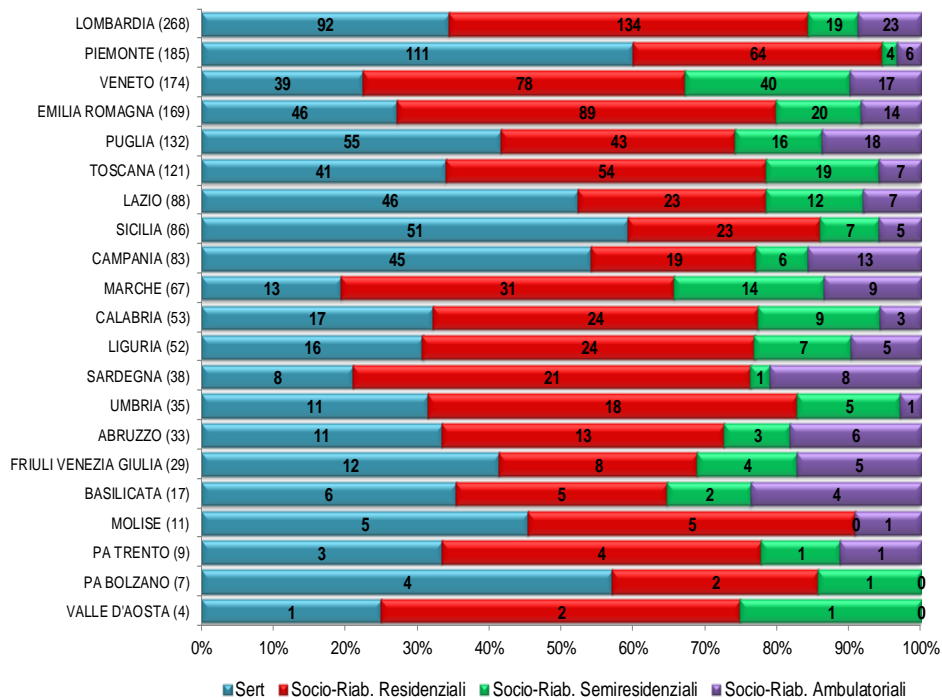
Fonte: Elaborazioni su dati (1) Ministero della Salute; (2) Ministero dell'Interno – Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie

Aumento dell'12,4% dei Ser.T. (2011-2012)

Diminuzione del 3,4% delle strutture residenziali e dell'8,9% delle strutture ambulatoriali

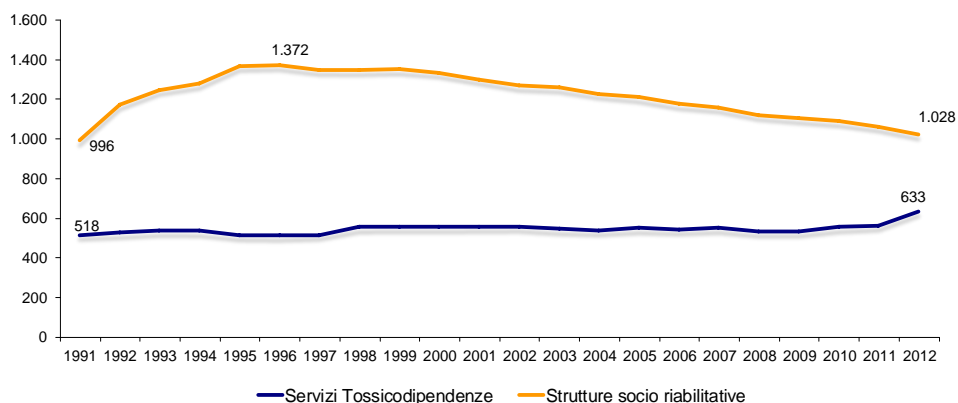
Dal punto di vista della ripartizione tra strutture sanitarie pubbliche e del privato sociale, si evidenzia una maggiore distribuzione percentuale di Sert in Piemonte, in Sicilia, nella Provincia Autonoma di Bolzano e in Campania (Figura II.2.11).

Figura II.2.11: Distribuzione delle strutture socio-sanitarie per tossicodipendenti secondo la tipologia e per regione - Anno 2012



Fonte: Elaborazioni su dati (1) Ministero della Salute; (2) Ministero dell'Interno - Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie

Figura II.2.12: Andamento numero strutture socio-sanitarie per tossicodipendenti - Anni 1991-2012



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 633 nel 2012, pari ad un aumento del 22,2%. Molto più variabile appare il trend delle strutture socio-riabilitative, che secondo quanto riportato dalla Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie 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

Il numero dei Ser.T. aumenta del 22,2% dal 1991 al 2012

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 1.028 strutture esistenti nel 2012.

Dal 1996 calo delle strutture socio riabilitative

Nel corso del primo quadrimestre del 2012 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 online fornite in una specifica piattaforma creata dal Dipartimento per le Politiche Antidroga, da tutte le Regioni e PP. AA. esclusa la Valle D'Aosta, 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 39, 13 in meno rispetto all'anno precedente (Tabella II.2.2). Diminuiscono le strutture residenziali, confermando la tendenza già osservata lo scorso anno (-16,7% rispetto al 2011) e diminuiscono anche le strutture semiresidenziali (-12,5% rispetto al 2011). In aumento i servizi classificati nella tipologia "Accoglienza" nello Schema Atto d'Intesa per quanto riguarda le strutture residenziali (+14,3) e quelle semiresidenziali (+83,3%), complessivamente non è possibile effettuare un confronto diretto con il 2011 in quanto in tale anno c'è un sostanziale numero di strutture in corrispondenza delle quali non è stata definita la tipologia. Il numero di strutture afferenti all'area terapeutico-riabilitativa aumenta per le strutture residenziali (+16,3%), mentre per quanto concerne i servizi di trattamento specialistico, questi aumentano per le strutture residenziali (+8,8%) e diminuiscono per quelle semiresidenziali (-16,7%). In totale si ha un aumento delle strutture pari al 3,3%, infatti queste sono complessivamente pari a 158 (153 nel 2011), di cui il 31,6% eroga servizi per pazienti in doppia diagnosi, il 18,4% per alcolisti, il 15,2% eroga servizi per donne con bambini e il 10,8% sono case alloggio per pazienti con AIDS.

Atto di Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999

Strutture residenziali in calo del 16,7%

Servizi di accoglienza: in aumento strutture residenziali del 14,3%

Strutture i di trattamento specialistico: +3,3%

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 2011 – 2012

	Residenziali			Semiresidenziali			Non specificato			Totale strutture		
	2011	2012	Δ %	2011	2012	Δ %	2011	2012	Δ %	2011	2012	Δ %
<i>Dipendenze patologiche generiche (non inserite o inseribili nella casistica Schema Atto di Intesa)</i>	30	25	-16,7	16	14	-12,5	6	-	-	52	39	-25,0
<i>Servizi di accoglienza art. 11</i>	21	24	14,3	6	11	83,3	21	-	-	48	35	-27,1
<i>Servizi terapeutico-riabilitativi art. 12</i>	285	283	-0,7	49	57	16,3	53	44	-17,0	387	384	-0,8
<i>Servizi di trattamento specialistici art. 13</i>	136	148	8,8	12	10	-16,7	5	-	-	153	158	3,3
13 a) Doppia Diagnosi	36	45	25,0	3	5	66,7	1	-	-	40	50	-
13 b) Mamma con bambino	18	24	33,3	0	0	-	0	-	-	18	24	33,3
13 c) Alcolisti	28	26	-7,1	2	3	50,0	1	-	-	31	29	-6,5
13 d) Cocainomani	1	4	300,0	1	1	0,0	0	-	-	2	5	150,0
13 e) Giocatori d'azzardo patologici	0	2	-	5	0	-100,0	0	-	-	5	2	-60,0
13 f) Minori	14	6	-57,1	1	0	-100,0	1	-	-	16	6	-62,5
13 g) Coppie	1	1	0,0	0	0	-	0	-	-	1	1	0,0
13 h) Centri crisi	5	14	180,0	0	0	-	1	-	-	6	14	133,3
13 i) Casa alloggio AIDS	24	16	-33,3	0	1	-	1	-	-	25	17	-32,0
13 l) Altro	9	10	11,1	0	0	-	0	-	-	9	10	11,1
<i>Servizi pedagogico-riabilitativi art. 14</i>	114	117	2,6	25	29	16,0	0	-	-	139	146	5,0
<i>Servizi multidisciplinari integrati art. 15</i>	10	10	0,0	0	2	-	0	-	-	10	12	20,0
<i>Altri programmi accreditati</i>	0	103	-	0	0	-	0	-	-	0	103	-
Totale	596	710	19,1	108	123	13,9	85	44	-	789	877	11,2

Diminuzione dei centri crisi, dei servizi per doppia diagnosi e per donne con bambini

n. c.= dato non calcolabile

Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

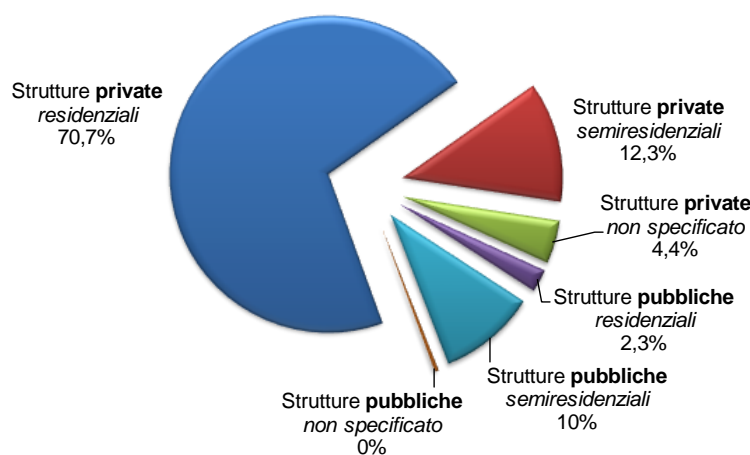
Tabella II.2.5: Strutture diagnostico terapeutico riabilitative pubbliche secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999, per tipologia di struttura e di assistenza. Anno 2012

	Residenziali	Semiresidenziali	Non specificato	Totale strutture
Dipendenze patologiche generiche	0	5		5
Servizi di accoglienza	1	2		3
Servizi terapeutico-riabilitativi senza ulteriori specifiche (anche con trattamenti con farmaci sostitutivi)	6	56		62
Specialistiche art. 13	16	37	4	57
13 a) Doppia Diagnosi	5	1	1	7
13 b) Mamma con bambino	0	0		0
13 c) Alcolisti	1	21	1	23
13 d) Cocainomani	1	3		4
13 e) Giocatori d'azzardo patologici	0	0	1	1
13 f) Minori	2	12		14
13 g) Coppie	0	0		0
13 h) Centri crisi	1	0		1
13 i) Casa alloggio AIDS	1	0		1
13 l) Altro	5	0	1	6
Totale	23	100	4	127

Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

Nelle Regioni censite sono presenti in totale 127 strutture (residenziali, semiresidenziali e non specificate) diagnostico-terapeutico riabilitative pubbliche. Principalmente si ha che il 48,8% sono strutture terapeutico-riabilitative e il 44,8% sono strutture di trattamento specialistico. Per quanto riguarda le strutture specialistiche, il 40,4% si occupa di alcolisti, il 24,5% di minori ed il 12,3 si occupa di pazienti in doppia diagnosi.

Figura II.2.13: Distribuzione percentuale delle strutture diagnostico terapeutico riabilitative pubbliche e private secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999. Anno 2012



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 2010 – 2012

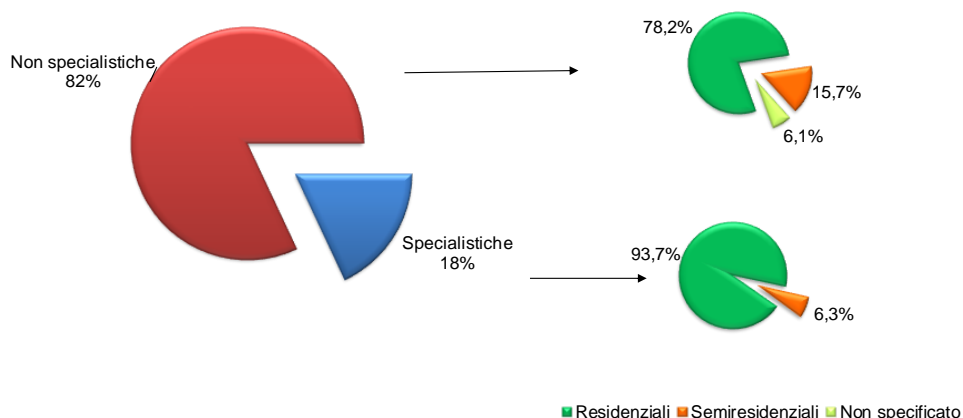
	Anno	Strutture specialistiche (art. 13)				Strutt. non specialistiche				Totale
		Resid.	Semi	Non spec	Totale	Resid.	Semi	Non spec	Totale	
Abruzzo	2011	1	0	0	1	12	4	0	16	17
	2012	1	0	0	1	12	4	0	16	17
	Δ %	0,0	-	-	0,0	0,	0,0	-	0,0	0,0
Basilicata	2011	1	0	0	1	5	0	0	5	6
	2012	1	0	0	1	5	0	0	5	6
	Δ %	0,0	-	-	0,0	0,0	-	-	0,	0,0
Calabria	2011	1	0	0	1	15	9	0	24	25
	2012	1	0	0	1	15	9	0	24	25
	Δ %	0,0	-	-	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0
Campania	2011	0	0	0	0	22	8	0	30	30
	2012	0	0	0	0	120	7	0	127	127
	Δ %	-	-	-	-	445,5	-12,5	-	323,3	323,3
Emilia Romagna	2011	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2012	20	0	0	20	43	14	0	57	77
	Δ %	n.c.	-	-	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
Friuli Venezia Giulia	2011	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2012	12	3	0	15	4	3	0	7	22
	Δ %	n.c.	n.c.	-	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
Lazio	2011	8	0	0	8	32	12	0	44	52
	2012	5	0	0	5	32	12	0	44	49
	Δ %	-37,5	-	-	-37,5	0	0	-	0	-5,8
Liguria	2011	33	10	0	43	24	4	0	28	71
	2012	22	5	0	27	26	4	0	30	57
	Δ %	-33,3	-50,0	-	-37,2	8,3	0	-	7,1	-19,7
Lombardia	2011	17	0	0	17	121	14	0	135	152
	2012	17	1	0	18	121	14	0	135	153
	Δ %	0,0	-	-	5,9	0,0	0,0	-	0,0	0,7
Marche*	2011	11	0	0	11	26	4	0	30	41
	2012	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Δ %	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
Molise	2011	0	0	0	0	4	0	0	4	4
	2012	0	0	0	0	4	0	0	4	4
	Δ %	-	-	-	-	0,0	-	-	0,0	0,0
PA Bolzano	2011	2	1	0	3	2	0	0	2	5
	2012	2	1	0	3	0	0	0	0	3
	Δ %	0,0	0,0	-	0,0	-100,0	-	-	-100,0	-40,0
PA Trento	2011	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2012	3	0	0	3	5	0	0	5	8
	Δ %	n.c.	-	-	n.c.	n.c.	-	-	n.c.	n.c.
Piemonte	2011	23	0	0	3	43	4	0	47	70
	2012	22	0	0	22	43	4	0	47	69
	Δ %	-4,3	-	-	-4,3	0,0	0,0	-	0,0	-1,4
Puglia	2011	0	0	0	0	42	9	6	57	57
	2012	0	0	0	0	42	16	0	58	58
	Δ %	-	-	-	-	0,0	77,8	-100,0	1,8	1,8
Sardegna*	2011	0	0	5	5	0	0	30	30	35
	2012	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Δ %	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
Sicilia*	2011	1	0	0	1	21	4	0	25	26
	2012	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Δ %	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
Toscana	2011	28	0	0	28	38	14	0	52	80
	2012	28	0	0	28	38	14	0	52	80
	Δ %	0,0	-	-	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0
Umbria	2011	5	1	0	6	17	2	0	19	25
	2012	7	0	0	7	16	4	0	20	27
	Δ %	40,0	-100,0	-	16,7	-5,9	100,0	-	5,3	8,0
Veneto	2011	5	0	0	5	36	8	44	88	93
	2012	7	0	0	7	36	8	44	88	95
	Δ %	40,0	-	-	40,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2
Totale	2011	136	12	5	153	460	96	80	636	789
	2012	148	10	0	158	562	113	44	719	877
	Δ %	8,8	-16,7	-100,0	3,3	22,2	17,7	-45,0	13,1	11,2

n.c.= dato non calcolabile

* = dato richiesto nell'anno 2012 non fornito

Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

Figura II.2.14: Distribuzione percentuale delle strutture diagnostiche terapeutico riabilitative private secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999, per tipologia di assistenza. Anno 2012



Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

II.2.5. Analisi dei costi/benefici

II.2.5.1 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 dal gruppo di Kenner Rice, 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)³: 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.

A fronte dei costi sociali che il fenomeno delle sostanze stupefacenti comporta sulla società, di particolare interesse risulta la valutazione di alcuni benefici derivanti dall'attuazione di interventi socio-sanitari a favore delle persone che si rivolgono ai servizi territoriali. Limitatamente alla componente dei costi socio-sanitari, nel paragrafo II.2.5.3 viene presentata una stima dell'efficacia in termini monetari degli interventi socio-sanitari rivolti ai tossicodipendenti.

II.2.5.2 Stima dei costi sociali

Utilizzando i criteri metodologici descritti nel paragrafo II.2.5.4, secondo gli indirizzi proposti anche dall'Osservatorio europeo, il costo sociale complessivo indotto dal consumo di sostanze psicoattive illegali nel corso del 2011 in Italia è stato stimato pari a 28.491.680.073,96 Euro, corrispondenti all'1,8% della ricchezza prodotta in Italia (PIL) nello stesso periodo, che in termini pro-capite risulta equivalente a 715 euro annui per abitante di età 15-64 anni. Rispetto all'anno precedente si riscontra una contrazione della stima dei costi sociali dell'8,7%.

Modello di classificazione dei costi

Componenti di costi da imputare al consumo di sostanze stupefacenti

Circa 28,5 miliardi di euro la stima del costo sociale globale del fenomeno droga nel 2011 (1,8% 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)

³ Come nota 2

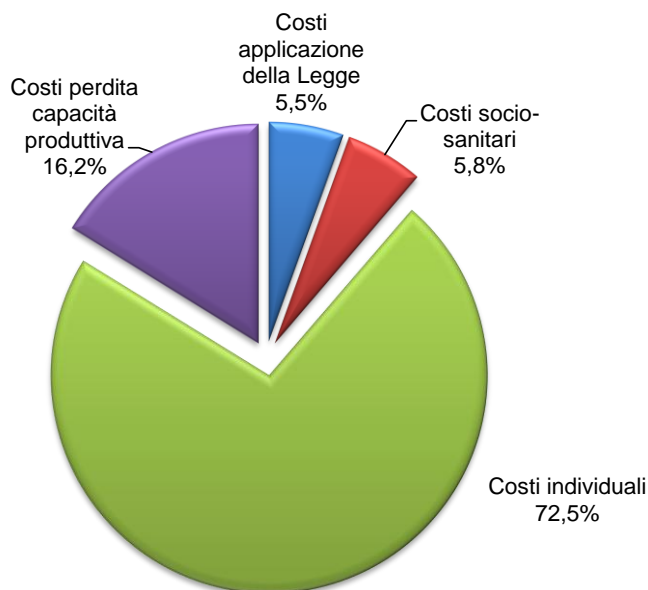
Tabella II.2.7: Costi sociali e benefici per il fenomeno del consumo di sostanze stupefacenti. Anno 2011

Voci di costo	Costo	
Costi individuali	20.6	1.056.123,84 €
Costi perdita capacità lavorativa	4.615.677	697,81 €
Costi applicazione della legge	1.574.434	036,73 €
Costi socio sanitari	1.650.512	215,58 €
Totale	28.491.680	073,96 €

Voce di beneficio	Beneficio minimo	Beneficio massimo
Benefici diretti (evitato acquisto di droghe)	2.096.390.275,00€	6.088.147.100,00 €
Utenti in trattamento reinseriti nel mondo del lavoro		3.718.613.828,42 €
Totale	5.815.004.103,42€	9.806.760.928,42 €

Fonte: Elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga

Figura II.2.15: Distribuzione dei costi sociali per macro-categoria. Anno 2011



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Rispetto alle quattro componenti principali di costo individuate nella parte introduttiva e valorizzate secondo i criteri descritti nel paragrafo metodologico, il maggior costo sociale deriva dalla spesa per l'acquisto delle sostanze stupefacenti (20.651.056.123,84 €) che rappresenta il 72,5% del costo complessivo (Figura II.2.15). Rispetto al 2010 si osserva una contrazione della spesa per consumi di sostanze dell'8,5%, imputabile alla contrazione dei consumi osservata nel periodo considerato.

Il maggior costo è rappresentato dalla spesa per l'acquisto della droga da parte dei consumatori: 20,7 miliardi di euro

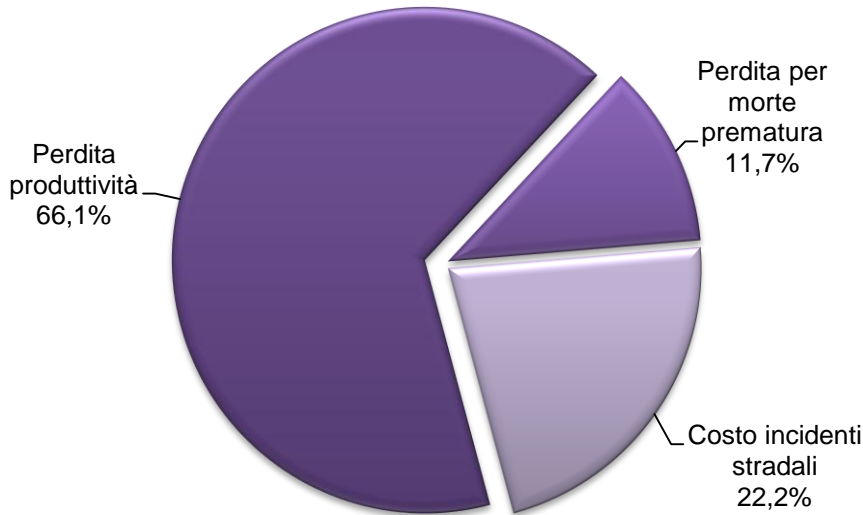
Tabella II.2.8: Stima dei costi per la perdita della capacità lavorativa. Anno 2011

Voci di costo	Costo	Percentuale
Perdita produttività	3.052.584.011,45 €	66,14%
Perdita per morte prematura	539.940.587,65 €	11,70%
Costo incidenti stradali	1.023.153.098,70 €	22,17%
Totale	4.615.677.697,81 €	100,00%

Fonte: elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga

Figura II.2.16: Distribuzione dei costi sociali per perdita di produttività per micro-categorie. Anno 2011

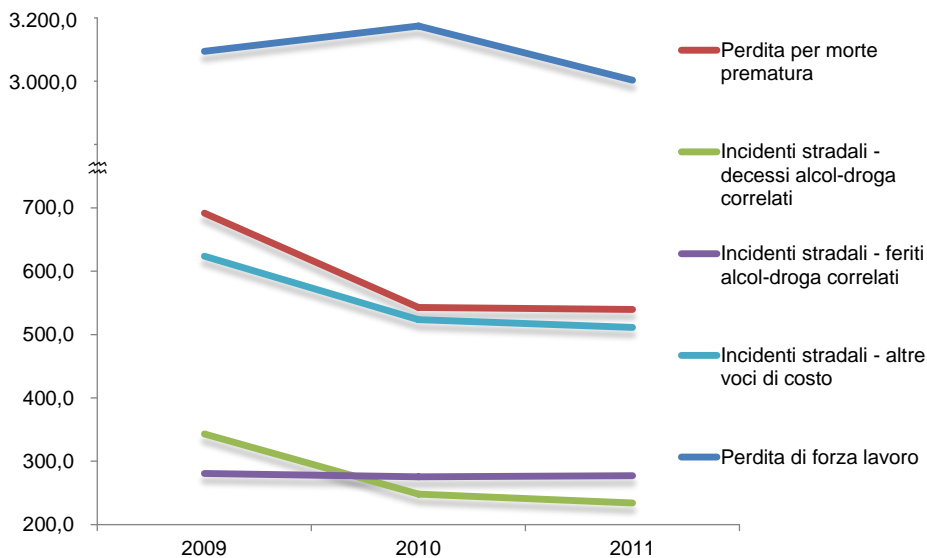
4,6 miliardi di spesa per la perdita della capacità produttiva



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

La seconda voce di costo che incide maggiormente sull'ammontare complessivo, in quota percentuale pari al 16,0% si riferisce al costo derivante dalla perdita di capacità produttiva (4.615.677.697,81 €) in cui figurano, la perdita di produttività in seguito al mancato impiego professionale (3.053 milioni di €), il costo per la perdita di produttività per decesso prematuro (540 milioni di €) ed il costo sociale imputabile ai consumatori in seguito agli incidenti stradali (1.023 milioni di €).

Figura II.2.17: Andamento dei costi sociali per perdita di produttività per micro-categorie (dati in migliaia di euro). Anni 2009 - 2011



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Rispetto al 2010 in cui i costi per mancata produttività erano pari a 4,77 miliardi di Euro (dato aggiornato al 2012), nel 2011 si osserva una contrazione del 3,3%. Nel triennio 2009-2011 si osserva una sensibile contrazione dei costi inerenti i decessi in incidenti stradali (-31,7%), la perdita per morte prematura (-22,0%) e

altri costi amministrativi legati alla contrazione degli incidenti stradali (-18,0%) (Figura II.2.17).

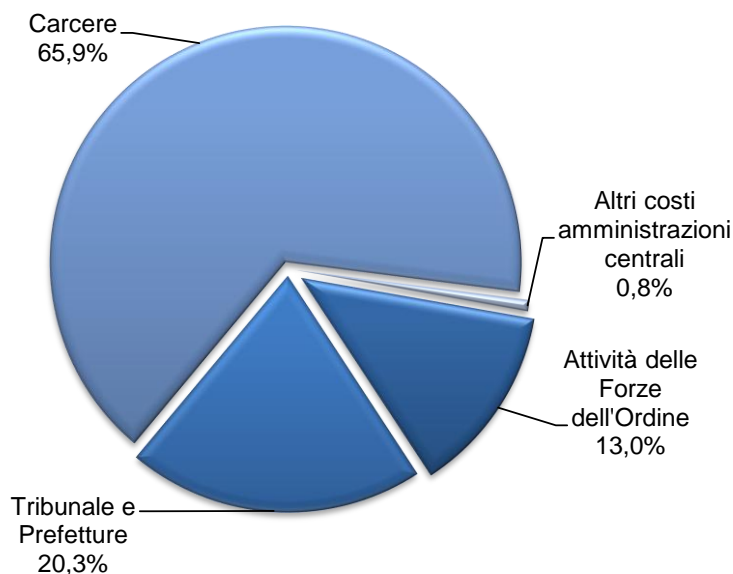
Tabella II.2.9: Stima dei costi per l'applicazione della legge. Anno 2011

Voci di costo	Costo	Percentuale
Interventi FF.OO.	204.604.327,40 €	13,00%
Detenzione e misure alternative	1.038.013.287,92 €	65,93%
Processi e spese legali	319.832.542,60 €	20,31%
Altri costi amministrazioni centrali	11.983.878,81 €	0,76%
Totale	1.574.434.036,73 €	100,00%

Fonte: elaborazioni 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 5,5% circa (1.574.434.037 Euro) (Figura II.2.18), 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 13% 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).

Figura II.2.18: Distribuzione dei costi sociali per l'applicazione della Legge per micro-categorie. Anno 2010

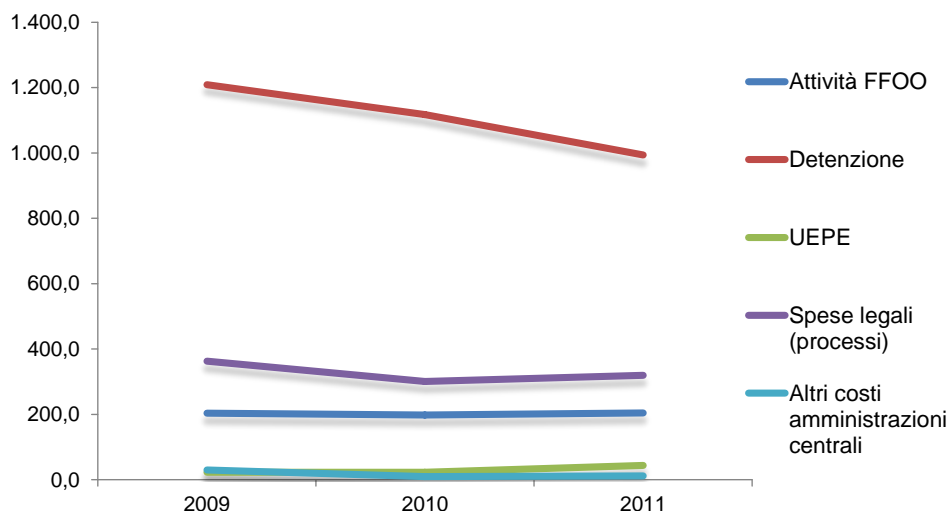


1,6 miliardi il costo per le azioni di contrasto, riduzione e repressione della domanda e dell'offerta di droga

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Nel triennio di osservazione dal 2009 al 2011 si assiste ad una progressiva contrazione dei costi per la detenzione (-18%) a fronte di un incremento dei costi per le misure alternative alla detenzione a favore di persone tossicodipendenti del 87%. Forte anche la contrazione degli altri costi delle amministrazioni centrali, che nel triennio considerato si è ridotta del 60%.

Figura II.2.19: Andamento dei costi sociali per l'applicazione della Legge per micro-categorie (dati in migliaia di euro). Anni 2009 - 2011



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

L'assistenza socio-sanitaria ammonta complessivamente a 1.650.512.216 euro corrispondenti al 5,8% del costo sociale attribuibile al fenomeno; i maggiori costi si rilevano per l'assistenza ambulatoriale erogata dai servizi per le tossicodipendenze (689.167.477 euro), e poco meno per il trattamento di soggetti affetti da patologie infettive (in particolare HIV ed HCV) (circa 622 milioni di euro).

L'inserimento dell'utenza assistita dai servizi territoriali in percorsi socio-riabilitativi determina un ulteriore costo di 245 milioni di euro circa, mentre i ricoveri ospedalieri di consumatori di sostanze psicotrope incidono per una quota minima del 3,3% (55 milioni di euro).

1,65 miliardi di Euro la spesa per l'assistenza socio-sanitaria alle persone in trattamento

Tabella II.2.10: Stima dei costi socio sanitari. Anno 2011

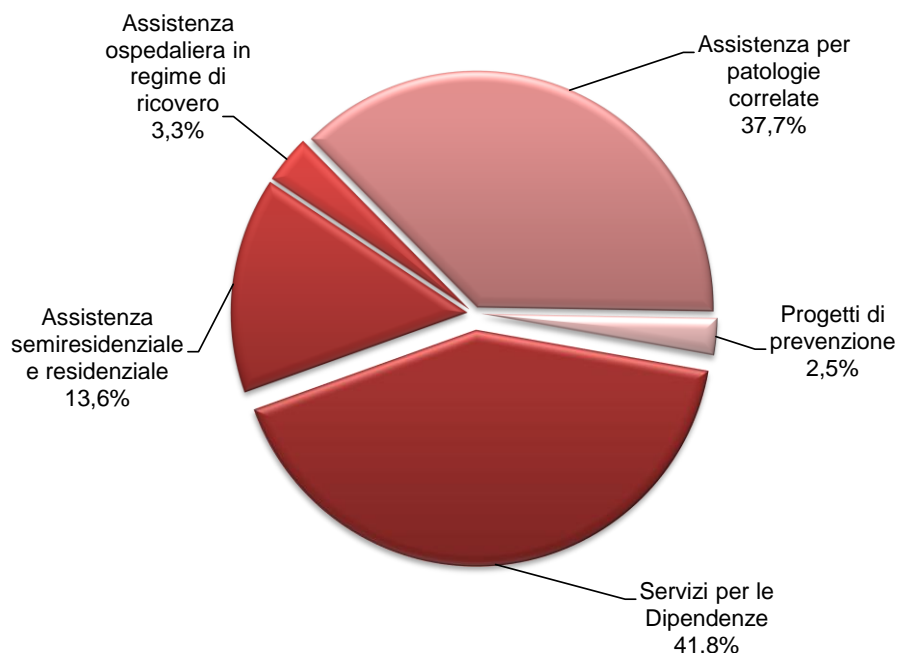
Voci di costo	Costo in Euro	Percentuale
Servizi per le dipendenze	689.167.477,37 €	41,75%
Assistenza semiresidenziale e residenziale	243.638.249,91 €	14,76%
Assistenza ospedaliera in regime di ricovero	54.700.173,37 €	3,31%
Assistenza per patologie correlate	621.614.588,00 €	37,66%
Progetti di prevenzione	41.391.726,93 €	2,51%
Totale	1.650.512.215,58 €	100,00%

Fonte: Elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga

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 a circa 40 euro annui, con valori sensibilmente variabili tra le diverse Regioni e Province Autonome, che oscillano tra un minimo di 15 euro per la Regione Calabria ed un massimo di 75 euro annui procapite per la Regione Liguria.

Il costo medio dell'assistenza socio-sanitaria procapite varia da 15 euro annui in Calabria a 75 euro in Liguria

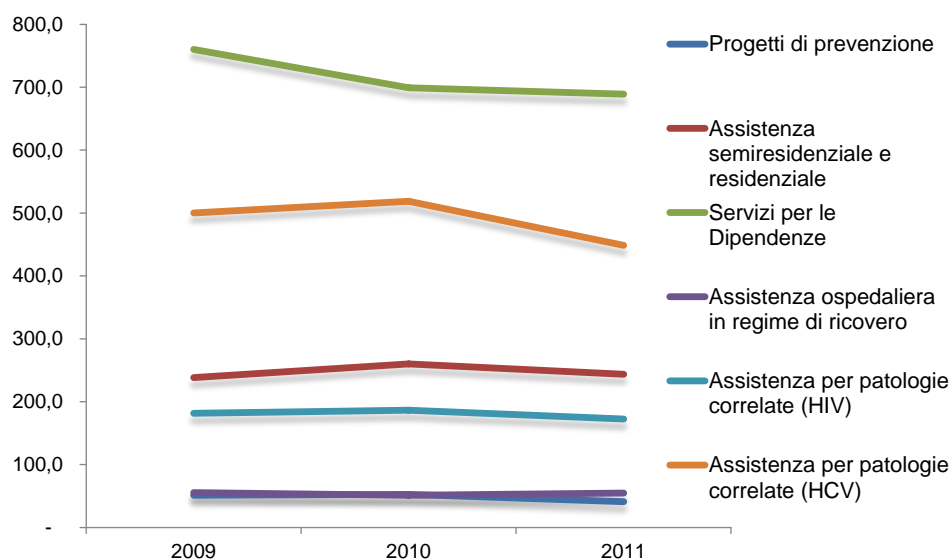
Figura II.2.20: Distribuzione dei costi sociali per l'assistenza socio-sanitaria per micro-categorie. Anno 2011



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Rispetto al 2010, i costi per l'assistenza socio-sanitaria subiscono una contrazione del 6,7%. Tra le diverse voci che compongono i costi socio-sanitari, quelle che subiscono la maggior contrazione nel triennio 2009-2011 sono i costi inerenti i progetti di promozione ed attivazione di interventi per la prevenzione (-19,3%) e l'assistenza per le patologie droga-correlate relative alle epatiti C, che si sono ridotte del 13,5% in relazione alla riduzione dell'utenza assistita, accompagnata anche da una contrazione del 9% dei costi sostenuti dai servizi per le dipendenze.

Figura II.2.21: Andamento dei costi sociali per l'assistenza socio-sanitaria per micro-categorie (dati in migliaia di euro). Anni 2009 - 2011



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

II.2.5.3 Stima dei benefici derivanti dal trattamento dei consumatori di sostanze

A completamento dell'analisi sui costi sociali derivanti dal consumo di sostanze stupefacenti, di particolare interesse ed utilità appare l'approfondimento sulla valutazione economica preliminare, oltre che socio-sanitaria che non è oggetto in questo ambito, dell'efficacia degli interventi socio-sanitari sia di tipo ambulatoriale che residenziale.

A tal fine vengono considerate per le analisi due componenti che costituiscono le voci economiche dei benefici derivanti dall'azione socio-sanitaria e riguardano il risparmio derivante dal mancato acquisto delle sostanze da parte dell'utenza in trattamento ed il reddito da lavoro dei soggetti riabilitati e nuovamente reinseriti nel mondo del lavoro.

Per la stima di tali componenti sono stati considerati i soggetti assistiti nel 2012 dai servizi per le tossicodipendenze; sulla base dell'esperienza clinica, che indica nel 70% i soggetti che in seguito al trattamento socio-sanitario vengono reinseriti nella società e nel mondo del lavoro, è stato stimato il contingente di utenti in trattamento nel 2012 che verranno reinseriti nel mondo del lavoro. I risultati del progetto pluriennale sulla valutazione degli esiti dei trattamenti farmacologici, inoltre, evidenziano che il 70% dell'utenza in terapia farmacologica non assume sostanze stupefacenti nel periodo del trattamento.

70% soggetti
vengono reinseriti
nel mondo del
lavoro

Tabella II.2.11: Stima dei benefici diretti(*) tramite terapie (farmacologiche e residenziali): il 70% dei tossicodipendenti trattati smette di usare e acquistare sostanze stupefacenti per tutto l'anno. Anno 2012

Soggetti	Min (€ 50,00/gg)	Max (€ 200,00/gg)
Utenti in trattamento rispondenti alla terapia (114.871)	2.096.390.275,00 €	6.088.147.100,00 €

(*) Benefici diretti = costo della dose giornaliera x 365 gg

Fonte: Elaborazione Dipartimento Politiche Antidroga

Sulla base di tali evidenze cliniche, ed utilizzando la stima sui consumi medi giornalieri della popolazione tossicodipendente sono stati stimati gli importi dei benefici diretti raggiunti tramite le terapie quantificando da un minimo di 2.100 milioni di Euro ad un massimo di 6.088 milioni di Euro, il mancato introito della criminalità per il mancato uso di sostanze da parte dell'utenza in trattamento farmacologico.

Almeno
2.100 milioni di
euro come benefici
da mancato uso di
sostanze

Tabella II.2.12: Stima dei benefici diretti derivante dall'inserimento nel mondo del lavoro dell'utenza che conclude il trattamento con successo (circa il 70% dei tossicodipendenti). Anno 2012

Soggetti	Reddito medio annuo	Benefici complessivi
Utenti in trattamento reinseriti nel mondo del lavoro (114.871)	32.372,17 €	3.718.613.828,42 €

Fonte: Elaborazione Dipartimento Politiche Antidroga

A questo importo vanno aggiunti gli altri benefici diretti derivanti dal reinserimento nel mondo del lavoro dell'utenza in trattamento farmacologico in assenza di consumo di sostanze o che termina il percorso assistenziale socio-riabilitativo, stimabili in ulteriori 3.719 milioni di Euro, per un totale di almeno 6 miliardi di Euro circa.

In conclusione si può stimare che, a fronte di ogni miliardo circa di euro annui investiti dalle Regioni e Province Autonome per l'assistenza socio-sanitaria, deriva un beneficio diretto di circa sette, un terzo dei quali derivanti dal mancato

Circa 3.719 milioni
di euro come
benefici da
reinserimento
lavorativo

Per ogni euro
investito se ne
hanno 6 di benefici

introito alle mafie e i rimanenti due terzi derivanti dal reddito produttivo dei soggetti riabilitati.

Il.2.5.4 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.

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).

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 2011 – 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 missioni⁴ e per programmi⁵ 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

Fonti informative:
Amministrazioni
Centrali e
Regionali

Flussi informativi
delle
Amministrazioni
Centrali

Flussi informativi
regionali

⁴ 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.

⁵ 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.

(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).

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 l'acquisto delle sostanze stupefacenti da parte dei consumatori, i criteri metodologici adottati nelle edizioni precedenti, basati sulla stima del consumo di stupefacenti calcolata partendo dai quantitativi di sostanze sequestrate dalle Forze dell'Ordine, sono stati rivisti alla luce di nuove metodologie di stima. Tali metodologie sono sempre improntate sulla stima della domanda di sostanze stupefacenti, ma sono basate su ipotesi di consumo di droga da parte della popolazione, partendo dalle stime dei consumatori classificati in categorie sulla base della frequenza dei consumi, secondo differenti ipotesi. Attribuendo un consumo medio giornaliero, settimanale o mensile per ciascuna categoria di consumatore ed applicandolo al contingente di consumatori stimato per ciascuna categoria, sono stati calcolati, quindi, i relativi costi derivanti dall'acquisto delle sostanze.

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

Tabella II.2.13: Stima dei consumatori di sostanze stupefacenti per tipologia. Anni 2011-2012

Consumatori	Minimo	Massimo
Totale consumatori (di cui):	2.127.000	2.548.000
• Tossicodipendenti attivi (di cui):	210.000	345.000
- tossicodipendenti in trattamento (di cui):	164.101	164.101
➢ Tossicodipendenti non rispondenti alla terapia farmacologica	49.230	49.230
- tossicodipendenti non in trattamento	45.899	180.899
• Consumatori occasionali	1.917.000	2.203.000

Fonte: Elaborazione Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella II.2.14: Costo medio die/settimanale/annuo secondo due ipotesi di minimo e massimo, per tipo di consumatore

Costi individuali	Min € / die	Max € / die	Min annuale €	Max annuale €
Tossicodipendenti	€ 50,00	€ 200,00	€ 18.250,00	€ 73.000,00
Costi individuali	Min € / sett.	Max € / sett.	Min annuale €	Max annuale €
Consumatori occasionali	€ 50,00	€ 200,00	€ 2.600,00	€ 10.400,00

Fonte: Elaborazione Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella II.2.15: Stima dei costi per acquisto di sostanze stupefacenti per tipologia di consumatore. Anni 2011-2012

Consumatori	Minimo		Massimo	
Consumatori occasionali	1.917.000		2.203.000	
Tossicodipendenti attivi (con consumazione quotidiana)	95.129		230.129	
Costi individuali	Min (milioni € / anno)	Max (milioni € / anno)	Min (milioni € / anno)	Max (milioni € / anno)
Consumatori occasionali	€ 4.984,20	€ 19.936,80	€ 5.727,80	€ 22.911,20
Tossicodipendenti attivi (con consumazione quotidiana)	€ 1.736,11	€ 6.944,44	€ 4.199,86	€ 16.799,44
Totale costi consumo sostanze	€ 6.720,31	€ 26.881,24	€ 9.927,66	€ 39.710,64

Fonte: Elaborazione Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella II.2.16: Stima dei costi (milioni di Euro) per acquisto di sostanze stupefacenti per tipologia di consumatore. Anno 2011

Costi individuali	Ipotesi bassa	Ipotesi media	Ipotesi alta
Consumatori problematici	7.066,57 €	8.479,88 €	10.317,19 €
Consumatori ricreazionali	7.233,80 €	8.805,63 €	10.850,70 €
Consumatori occasionali	2.446,79 €	2.446,79 €	3.670,19 €
Totale	16.747,16 €	19.732,30 €	24.838,08 €

Fonte: Elaborazione Dipartimento Politiche Antidroga

Il confronto delle stime definite dalle due fonti informative indipendenti (Amministrazioni Centrali e Regionali; Forze dell’Ordine) concordano su un valore medio dello stesso ordine di grandezza, che ha motivato la scelta di adottare il valore medio calcolato come media degli importi derivanti dalle diverse ipotesi.

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.

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.

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;

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

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).

Tabella II.2.17: Stima dei costi (milioni di Euro) per gli interventi delle FF.OO. per le attività di prevenzione e contrasto. Anno 2011

Voci di costo	Numero interventi FF.OO.	Costo medio per intervento	Costo totale (Milioni di Euro)
Segnalazioni art 75	49.778	385 €	19,19 €
Denunce Artt 73/74	36.796	1.934 €	71,15 €
Controlli Artt. 186/187 (di cui):	1.845.192		
Negativi	1.802.280	26 €	46,19 €
Positivi art. 186	39.295	277 €	10,88 €
Positivi art. 187	3.617	415 €	1,50 €
Interventi NOT			33,10 €
Costi generali (FFOO)			22,60 €
Totale			204,61 €

Fonte: elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga su dati del Ministero dell'Interno e R.G.S.

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.

Tabella II.2.18: Stima dei costi (milioni di Euro) per le attività processuali. Anno 2011

Voci di costo	Numero processi	Costo medio per intervento	Costo totale (Milioni di Euro)
Spese legali	39.826	3.740,86	148,98 €
Costi processi artt 73/74	39.826	2.907,50	115,79 €
Costi generali			55,05 €
Totale			319,83 €

Fonte: Elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga su dati del Ministero della Giustizia e R.G.S.

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 31.12.2011 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.

Tabella II.2.19: Stima dei costi (milioni di Euro) per detenzione di tossicodipendenti negli istituti penitenziari. Anno 2011

Voci di costo	Numero detenuti tossicodipendenti	Costo medio annuo per detenuto (migliaia di Euro)	Costo totale (Milioni di Euro)
Adulti	24.060	41,18 €	990,69 €
Minori	83	41,18 €	3,42 €
Totale	24.143	41,18 €	994,10 €

Fonte: Elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga su dati del Ministero della Giustizia e R.G.S

Tabella II.2.20: Stima dei costi (milioni di Euro) per affidamento dei tossicodipendenti alle pene alternative. Anno 2011

Voci di costo	Costo totale personale (Migliaia di Euro)	Coefficiente interventi per tossicodipendenti	Costo totale (Milioni di Euro)
Personale	148.728,81 €	26,6%	43,91 €

Fonte: Elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga su dati del Ministero della Giustizia e R.G.S.

Tabella II.2.21: Stima dei costi (milioni di Euro) per assistenza ospedaliera a consumatori di sostanze. Anno 2011

Tipologia di ricovero	Numero ricoveri	Costo totale (Milioni di Euro)
Ricoveri ordinari	21.406	54,28 €
Ricoveri diurni o DH	1.725	0,42 €
Totale	23.131	54,70 €

Fonte: Elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga su dati del Ministero della Salute

Tabella II.2.22: Stima dei costi (milioni di Euro) per assistenza per patologie correlate. Anno 2011

Voci di costo	Utenti in trattamento	Costo unitario per annualità (Euro)	Costo totale (Milioni di Euro)
Trattamento HIV	14.400	12.000 €	172,80 €
Trattamento HCV	22.441	20.000 €	448,82 €
Totale	36.841		621,61 €

Fonte: Elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga su dati del Ministero della Salute

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.

Tabella II.2.23: Stima dei costi (milioni di Euro) per perdita capacità produttiva. Anno 2011

Voci di costo	Soggetti	Costo unitario per annualità (Euro)	Costo totale (Milioni di Euro)
Utenza in trattamento reinseribile (al netto del tasso di disoccupazione)	93.332	32.706,57 €	3.052,58 €
Decessi per overdose	362	1.491.548,58 €	539,94 €
Incidenti stradali - decessi alcol-droga correlati	157	1.491.548,58 €	234,17 €
Incidenti stradali -Feriti alcol-droga correlati	9.567	28.995,86 €	277,40 €
Incidenti stradali - altre voci di costo		1.450,92 €	511,58 €
Totale			4.680,64 €

Fonte: elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga su dati del Ministero della Salute

