

CAPITOLO II.2.

ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI CONTRASTO ALLA DROGA

II.2.1. Dipartimento Politiche Antidroga - Organizzazione e attività 2011

II.2.2. La rete degli osservatori regionali: Progetto NIOD

II.2.3. Amministrazioni Centrali

II.2.4. Amministrazioni Regionali

II.2.5. Strutture di trattamento socio-sanitario

II.2.6. Analisi dei costi/benefici

II.2.6.1 Premessa

II.2.6.2 Stima dei costi sociali

II.2.6.3 Stima dei benefici derivanti dal trattamento dei consumatori di sostanze

II.2.6.4 Aspetti metodologici

II.2. ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI CONTRASTO ALLA DROGA

II.2.1. Dipartimento Politiche Antidroga - Organizzazione e attività 2011

L'organizzazione del Dipartimento Politiche Antidroga, che con DPCM del 29 ottobre 2009 è diventato struttura di supporto per la promozione, il coordinamento ed il raccordo dell'azione di Governo in materia di politiche antidroga, è stata definita con decreto adottato in data 31/12/2009 dal Sottosegretario delegato pro-tempore.

Con D.P.C.M. del 13 dicembre 2011 al Ministro per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione sono state delegate mansioni relative 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.

Il Dipartimento come
Struttura della
Presidenza del
Consiglio dei Ministri

Delega sulle
tossicodipendenze al
Ministro per la
Cooperazione
Internazionale e
l'Integrazione

Figura II.2.1: Organigramma del Dipartimento Politiche Antidroga



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Nel corso del 2011 sono proseguite, e in parte concluse, le numerose attività avviate nel corso degli anni precedenti; 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 2011

Il Piano Nazionale di Azione Antidroga (PAN) 2010-2013, già approvato dal Consiglio dei Ministri seduta del 29 ottobre 2010, è stato confermato dall'attuale esecutivo.

Conferma del Piano
Nazionale d'Azione
2010-2013

Nel corso del 2011 è stata avviata una attività di valutazione del PAN che ha evidenziato un buon riscontro da parte delle organizzazioni di settore e di cui si rendiconta nel capitolo VII.

È proseguita inoltre l'attività progettuale del Dipartimento a sostegno della realizzazione di tutte le azioni e le raccomandazioni contenute nel PAN.

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 2011 l'Osservatorio ha partecipato alla realizzazione e valutazione di

Osservatorio
Nazionale

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, ha anche attivato e attualmente conduce in collaborazione con il Ministero della Salute la riorganizzazione dei flussi dati nazionali e degli osservatori regionali per i flussi sulle tossicodipendenze secondo gli standard europei (progetto "Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze"-SIND e progetto "Network Italiano degli Osservatori sulle Dipendenze"-NIOD).

In particolare ha sviluppato e pubblicato:

- Manuale Operativo "Sistema Informativo nazionale sulle Dipendenze" (maggio 2011)
- Manuale operativo "Linee di Indirizzo per la costituzione e il funzionamento degli Osservatori Regionali" (settembre 2011)
- "Linee Guida per la stesura del report standard NIOD". Ha anche contribuito alla stesura delle "Linee di indirizzo e orientamenti organizzativi per l'integrazione dell'offerta e dei servizi nei Dipartimenti delle Dipendenze" (novembre 2011).

Sono state avviate due nuove rilevazioni dati: la prima fa riferimento all'accordo Stato-Regioni del 18 maggio 2011 relativo alla ricognizione dei detenuti tossicodipendenti, mentre la seconda è condotta soggetti in trattamento presso i SerT per gioco d'azzardo patologico.

Nel 2011 sono proseguite le attività del Sistema Nazionale di Allerta Rapida la cui organizzazione consente 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. Il Sistema consente inoltre di attivare le segnalazioni di allerta che tempestivamente coinvolgono 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 2011 sono riportati nel capitolo V.3.

Le funzioni interne al Dipartimento 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) 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 in materia, partecipano 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, dell'ENAV e della Rete Ferroviaria Italiana. A quest'ultima è stato affidato nel 2010 un progetto specifico (DTLR) con 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. Il 18 maggio 2011 è stato sancito l'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.

Sistema di Allerta
Rapida

Gruppi di lavoro

Lavoratori con
mansioni a rischio

Conferenza Stato-
Regioni

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, essendo emerso 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 attivato un progetto specifico, Diagnosi e Terapia Precoce delle Infezioni Dorga-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.

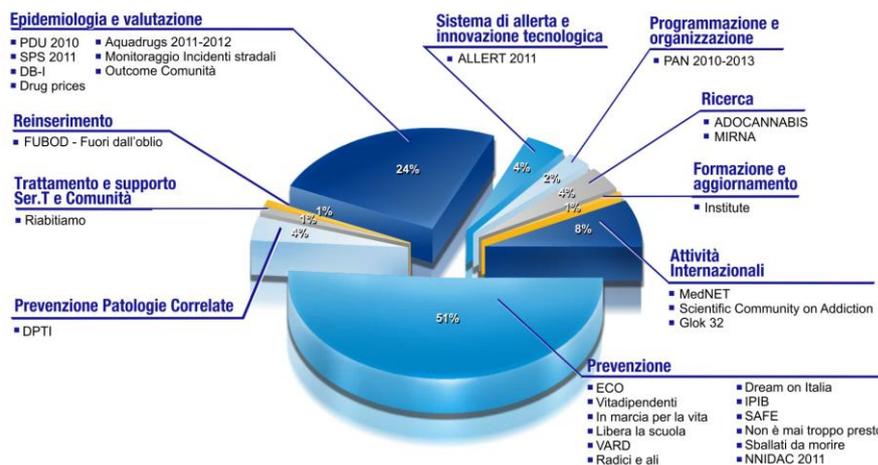
Alle 49 attività progettuali già definite nel piano 2009-2010, nel corso del 2011 si sono aggiunti altri 31 progetti per un investimento complessivo di 9.212.141 €, ripartiti come da figura che segue.

Linee di indirizzo
"Tossicodipendenza e Carcere"

Linee di indirizzo
"Screening e Diagnosi Precoce delle principali Patologie Correlate all'Uso di Sostanze Stupefacenti"

Piano progetti 2011

Figura II.2.2: Ripartizione dei finanziamenti del Piano Progetti 2011



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 dimostrata nella realizzazione del progetto assegnato.

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

L'obiettivo del progetto Reinserimento Lavorativo Integrato (RELI) è quello 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.

Dal RELI sono stati attivati 127 progetti per comunità terapeutiche e servizi pubblici su tutto il territorio nazionale per un finanziamento disponibile di 8.200.000,00 € di budget (maggior finanziamento europeo in questo ambito).

Progetto RELI:
127 progetti
territoriali attivati

Figura II.2.3: Numero di progetti attivati per regione – Progetto R.E.L.I.



Il 2011 ha anche visto la prosecuzione 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). Del progetto NIOD si riporta lo stato di avanzamento e i risultati preliminari nel paragrafo II.2.1.2.

Progetti NIOD e
SIND Support

La finalità principale del progetto Edu.Care è 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, i rapporti con i giovanissimi figli, e le varie possibili problematiche con riferimento al potenziale uso di droghe o abuso alcolico fra i minori.

Progetto Edu.Care:
coinvolti 50 territori

A tal fine sono stati coinvolti 48 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.

I risultati preliminari sono stati i seguenti:

- 48 unità operative attivate su tutte le regioni italiane
- 14.380 adulti coinvolti
- 1.038 ragazzi coinvolti
- 522 insegnanti
- 134 istituti scolastici
- 266 enti/istituzioni coinvolte
- 58.017 ore di formazione eseguite

Di particolare interesse il progetto Data Base Integrato (DB-I) che prevede lo sviluppo di un sistema informativo che centralizzi tutti i flussi dati provenienti dai vari interlocutori e fornitori (Ministeri, Regioni e Province Autonome) 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.

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, sono state realizzate 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. La presentazione dettagliata delle attività svolte nel 2011 è riportata nel capitolo V.5.

Il Dipartimento sta inoltre portando avanti, come accennato al paragrafo II.1.3, un progetto dedicato alle problematiche di genere femminile, il progetto DAD.NET, Questo progetto viene realizzato in collaborazione con l'Istituto delle Nazioni Unite per la Ricerca sul Crimine e la Giustizia (UNICRI). I principali obiettivi sono la realizzazione di linee guida che verranno implementate sul territorio nazionale. Target del progetto sono: giovani donne che non usano droghe ma considerate a rischio; quindi tale intervento sarà essenzialmente di tipo preventivo; ragazze e donne che fanno uso occasionale di droghe; ragazze e donne che hanno già sviluppato problemi di dipendenza e/o sono affette da patologie correlate che necessitano di una assistenza rispettosa del loro genere a copertura dell'ambito assistenziale e del reinserimento. Target secondario di questo progetto sono: operatori del pubblico e del privato sociale che si trovano nella necessità di avere una formazione più approfondita per coprire i bisogni preventivi, assistenziali e di reinserimento; genitori, educatori e insegnanti che necessitano di una formazione più approfondita e selezionata per supportare il percorso educativo delle giovani donne che non hanno ancora il problema della dipendenza, ma che potrebbero essere esposte ad un rischio molto elevato

Data Base Integrato

Scientific Community
on Addiction

DAD.NET

Promuovere strategie
per le donne

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 per le decisioni strategiche necessarie ad affrontare in modo compiuto ed efficace le problematiche connesse al consumo di droghe.

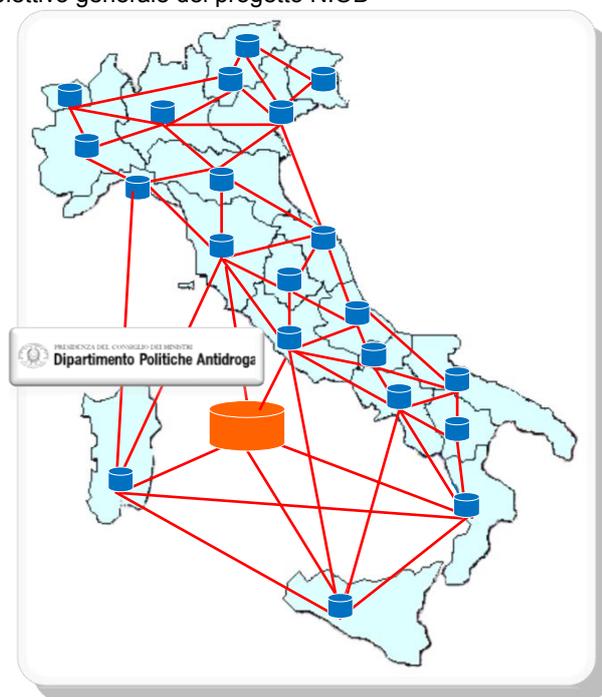
L'organizzazione ed i contenuti del documento sono strutturati con descrizioni passo-passo, che suggeriscono le azioni logiche e concrete per creare, avviare e mantenere un Osservatorio, e che ne consentono la declinazione nelle realtà sub-nazionali. Infatti, la struttura e la sequenzialità dei capitoli, 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, 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 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/Provincia Autonoma 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

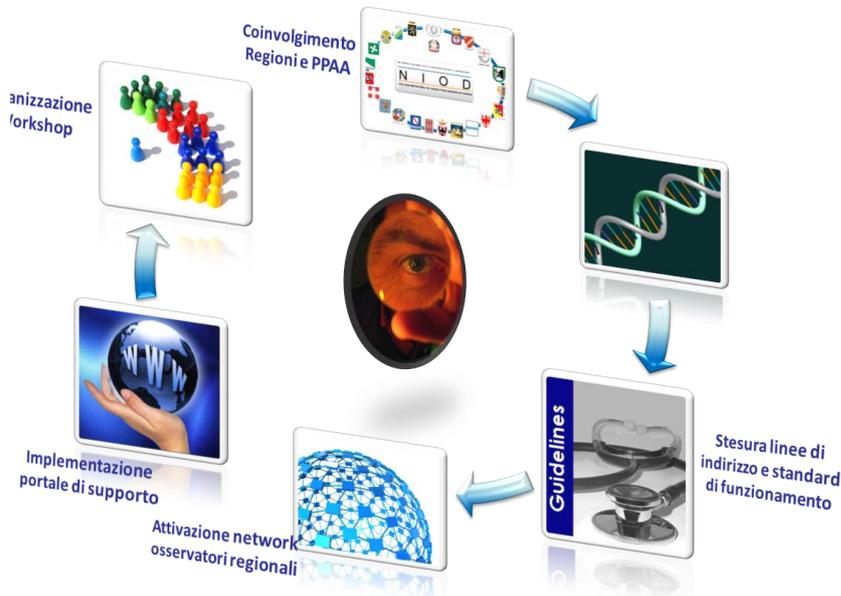


Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

L'obiettivo generale del progetto è stato declinato in obiettivi specifici a supporto delle diverse fasi operative. Tra gli obiettivi specifici carattere prioritario rivestono: la creazione di un gruppo di lavoro permanente con le amministrazioni regionali interessate all'iniziativa; la ricognizione della presenza e dello stato di implementazione di osservatori per le dipendenze a livello regionale.

Obiettivi specifici
progetto NIOD

Figura II.2.5: Obiettivi specifici del progetto NIOD



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Attività svolte nel 2011 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 Province Autonome 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/Province Autonome.

Al fine di conseguire l'obiettivo generale e gli obiettivi specifici del progetto, in fase di start-up del progetto stesso 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).

Finanziate alle
Regioni e PPAA un
milione di euro

Gruppo di lavoro
interregionale

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



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

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.

Il Portale NIOD

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.

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 secondo meeting formativo, in prosecuzione di quello tenutosi presso la sede dell'EMCDDA di Lisbona nel 2010, che si è svolto nel mese di settembre 2011 a Roma.

Nel corso di questa seconda academy, che ha visto la partecipazione dell'EMCDDA e, in qualità di osservatori, di una delegazione polacca e una israeliana, sono proseguite le attività rivolte alla costituzione degli osservatori regionali. Tra le altre, è stata compilata una check-list derivata dal manuale "Building a National Observatory: a joint manual" con la quale si è avviato un metodo di monitoraggio dello stato di avanzamento del progetto nelle singole Regioni/Province Autonome.

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 2011 nello svolgimento delle attività, soluzioni possibili/auspiccate e la programmazione delle attività previste per il 2012.

Il Ministero della Salute, attraverso il Dipartimento della Sanità pubblica e 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 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 raccordo del Dipartimento Politiche Antidroga, è proseguito il lavoro di messa a regime del 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 2011 è terminata la pubblicazione del Bollettino delle dipendenze pubblicato in versione on-line, sul sito del Dipartimento Politiche Antidroga, sul sito dedicato

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

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.

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.

Nel 1991 è stato pertanto avviato, mediante una circolare del Direttore Generale degli Affari Penali, un monitoraggio avente cadenza semestrale, facente parte

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

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 minore, 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 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.

Ministero dell'Interno
Servizi di Polizia in
materia 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 2011, 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

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

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 è stato realizzato 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.

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

La materia nell'ambito Difesa è attualmente disciplinata dal Codice dell'Ordinamento Militare (D-Igs. 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.2.4. Amministrazioni Regionali

Sulla base delle indicazioni trasmesse dalle Regioni e dalle Province Autonome di Trento e Bolzano, attraverso le schede riportate integralmente al Capitolo VI.2.3., le Amministrazioni Regionali hanno mantenuto anche per l'anno 2011 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 2011, 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

Accertamenti
tossicologici per i
lavoratori con
mansioni a rischio

Sistema informativo
nazionale sulle
dipendenze - SIND

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. I rappresentanti delle Regioni aderenti al progetto, hanno partecipato alla seconda riunione di formazione per la Creazione di una Rete di Osservatori regionali organizzata a Roma, in collaborazione con l'OEDT, nel mese di settembre 2011.
- 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.

Progetto NIOD e
Seconda Reitox
Academy

Priorità azioni di
prevenzione

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 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.

II.2.5. Strutture di trattamento socio-sanitario

Al 31.12.2011, 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 1.630, di cui 563 (34,5%) servizi pubblici per le tossicodipendenze (Ser.T.) e le rimanenti 1.067 sono strutture socio-riabilitative, in prevalenza strutture residenziali (66,4%), a seguire quelle semiresidenziali (17,9%) ed i servizi ambulatoriali (15,7%). Rispetto al 2010 si osserva una riduzione delle strutture socio-riabilitative pari al 2,4% (26 strutture), più marcata per le strutture semiresidenziali (5,4%) e per le strutture ambulatoriali (4,5%).

1.630 strutture di
assistenza, di cui:

563 Ser.T.

1.067 strutture socio-
riabilitative di cui
66,4% comunità
residenziali

La distribuzione delle strutture socio-riabilitative sul territorio nazionale evidenzia una maggior concentrazione nelle Regioni del nord: nel 2011, come nel 2010, il 17% ha sede in Lombardia, il 13% in Veneto e l'11% in Emilia Romagna. Nel 2011 rispetto all'anno 2010, in relazione a possibili attività di riorganizzazione dei servizi, si osserva principalmente un aumento dei servizi per le tossicodipendenze in Lombardia (+11) e in Campania (+3), mentre sul versante delle strutture socio-riabilitative la riduzione di strutture residenziali si registra in Calabria, Basilicata, Piemonte e Toscana (-2). Con riferimento alle altre tipologie di strutture, in Emilia Romagna si riporta la diminuzione di 4 strutture e nelle regioni Lazio e Campania si osserva una diminuzione di 3

Maggiore
concentrazione al nord

strutture semiresidenziali (Tabella II.2.1).

Tabella II.2.1: Strutture socio-sanitarie per tossicodipendenti attive tra il 31.12.10 e il 31.12.11 secondo il tipo di assistenza

	Servizi ⁽¹⁾			Strutture Socio-riabilitative ⁽²⁾								
	Tossicodipendenze			Residenziali			Semiresidenziali			Ambulatoriali		
	2010	2011	Δ %	2010	2011	Δ %	2010	2011	Δ %	2010	2011	Δ %
Abruzzo	11	10	0,0	14	14	0,0	4	3	25,0	8	7	-12,5
Basilicata	6	6	0,0	7	5	-28,6	1	0	-100,0	5	5	0,0
Calabria	17	15	-11,8	25	23	-8,0	10	9	-10,0	3	3	0,0
Campania	43	46	7,0	20	21	5,0	8	5	-37,5	12	11	-8,3
Emilia Romagna	45	45	0,0	83	86	3,6	23	19	-17,4	15	16	6,7
Friuli Venezia Giulia	6	6	0,0	9	8	-11,1	5	6	20,0	6	6	0,0
Lazio	47	46	-2,1	29	29	0,0	13	10	-23,1	9	7	-22,2
Liguria	6	ND	0,0	24	24	0,0	5	7	40,0	6	4	-33,3
Lombardia	72	83	15,3	134	134	0,0	20	19	-5,0	29	29	0,0
Marche	15	14	-6,7	32	31	-3,1	13	14	7,7	10	8	-20,0
Molise	6	6	0,0	6	5	-16,7	0	0	0,0	2	2	0,0
PA Bolzano	4	4	0,0	2	2	0,0	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	59	ND	0,0	68	66	-2,9	3	4	33,3	8	6	-25,0
Puglia	57	58	1,8	47	46	-2,1	17	19	11,8	19	20	5,3
Sardegna	14	14	0,0	23	22	-4,3	2	0	-100,0	8	8	0,0
Sicilia	52	52	0,0	26	26	0,0	7	7	0,0	8	8	0,0
Toscana	42	41	-2,4	55	53	-3,6	19	18	-5,3	8	8	0,0
Umbria	11	11	-9,1	27	27	0,0	4	4	0,0	1	1	0,0
Valle d'Aosta	1	1	0,0	1	2	100,0	0	1	-	0	0	0,0
Veneto	39	39	0,0	79	80	1,3	46	44	-4,3	18	18	0,0
Totale	554	563(*)	1,6	715	708	-1,0	202	191	-5,4	176	168	-4,5

ND = dato non disponibile

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

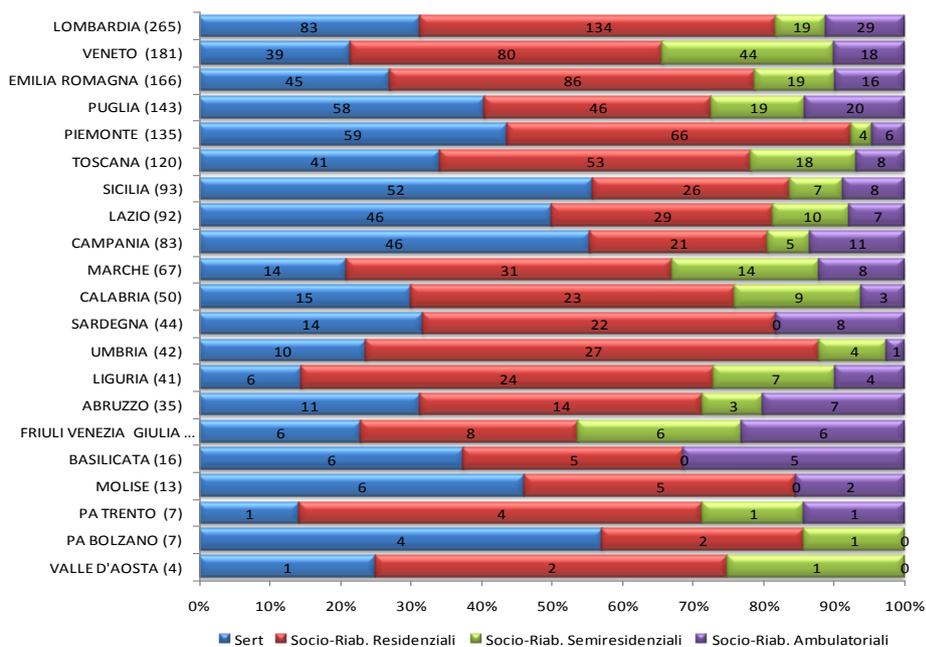
Fonte: Elaborazioni su dati (1) Ministero della Salute; (2) Ministero dell'Interno – Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie

Dal punto di vista della ripartizione tra strutture sanitarie pubbliche e del privato sociale, si evidenzia una maggiore distribuzione percentuale di Sert nella Provincia Autonoma di Bolzano, in Sicilia, in Campania e nel Lazio (Figura II.2.8).

Aumento dell'1,6%
dei Ser.T.
(2010-2011)

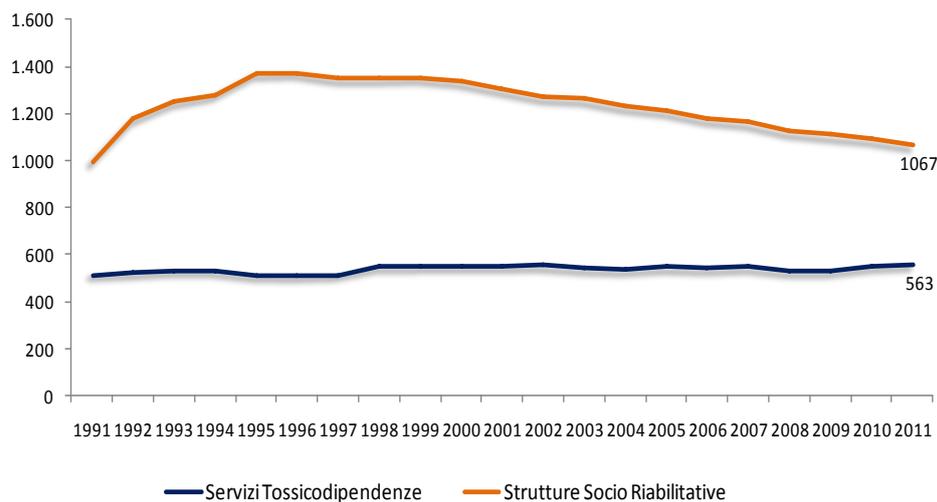
Diminuzione dello
1% delle strutture
residenziali, del 5,4%
delle strutture
semiresidenziali e del
4,5% delle strutture
ambulatoriali

Figura II.2.8: Distribuzione delle strutture socio-sanitarie per tossicodipendenti secondo la tipologia e per regione - Anno 2011



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.2.9: Andamento numero strutture socio-sanitarie per tossicodipendenti - Anni 1991 – 2011



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 563 nel 2011, pari ad un aumento dell'8,7%. Molto più variabile appare il trend delle strutture socio-riabilitative, che secondo quanto riportato dal 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

Il numero dei Ser.T. aumenta dell'8,7% dal 1991 al 2011

Dal 1996 calo delle strutture socio riabilitative

sempre più consistente a partire dal 2002 fino ad arrivare a 1.067 strutture esistenti nel 2011.

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 52, 15 in meno rispetto all'anno precedente (Tabella II.2.2). Diminuiscono fortemente le strutture residenziali, confermando la tendenza già osservata lo scorso anno (-31,8% rispetto al 2010) e diminuiscono anche le strutture semiresidenziali (-30,4% rispetto al 2010). In aumento i servizi classificati nella tipologia "Accoglienza" nello Schema Atto d'Intesa (+6,7%), non è possibile effettuare un confronto diretto con il 2010 tra strutture residenziali e semiresidenziali in quanto nel 2011 c'è un sostanziale numero di strutture in corrispondenza delle quali non è stata definita la tipologia. Diminuisce invece il numero di strutture afferenti all'area terapeutico-riabilitativa (-10%), all'area dei servizi pedagogico riabilitativi e all'area dei servizi di trattamento specialistico (-13,1%). Queste ultime sono complessivamente 153 di cui il 26% eroga servizi per pazienti in doppia diagnosi, il 20% per alcolisti, il 16% sono case alloggio per pazienti con AIDS ed il 12 % eroga servizi per donne con bambini.

Atto di Intesa
Stato-Regioni del 5
agosto 1999

Strutture residenziali
in calo del 31,8%

Servizi di accoglienza
in aumento del 6,7%

Strutture di
trattamento
specialistico:
-13,1%

Tabella II.2.2: Strutture diagnostico terapeutico riabilitative private secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999, per tipologia di struttura e di assistenza. Anni 2010 – 2011

	Residenziali			Semiresidenziali			Non specificato			Totale strutture		
	2010	2011	Δ %	2010	2011	Δ %	2010	2011	Δ %	2010	2011	Δ %
<i>Dipendenze patologiche generiche (non inserite o inseribili nella casistica Schema Atto di Intesa)</i>												
<i>Servizi di accoglienza art. 11</i>	35	21	-40,0	10	6	-40,0	-	21	n.c.	45	48	6,7
<i>Servizi terapeutico-riabilitativi art. 12</i>	353	285	-19,3	77	49	-36,4	-	53	n.c.	430	387	-10,0
<i>Servizi di trattamento specialistici art. 13</i>	170	136	-20,0	6	12	100,0	-	5	n.c.	176	153	-13,1
13 a) Doppia Diagnosi	53	36	-32,1	3	3	0,0	-	1	n.c.	56	40	-28,6
13 b) Mamma con bambino	24	18	-25,0	-	0	n.c.	-	0	n.c.	24	18	-25,0
13 c) Alcolisti	29	28	-3,4	1	2	100,0	-	1	n.c.	30	31	3,3
13 d) Cocainomani	-	1	n.c.	1	1	0,0	-	0	n.c.	1	2	100,0
13 e) Giocatori d'azzardo o patologici	-	0	n.c.	-	5	n.c.	-	0	n.c.	0	5	n.c.
13 f) Minori	14	14	0,0	1	1	0,0	-	1	n.c.	15	16	6,7
13 g) Coppie	1	1	0,0	-	0	n.c.	-	0	n.c.	1	1	0,0
13 h) Centri crisi	14	5	-64,3	-	0	n.c.	-	1	n.c.	14	6	-57,1
13 i) Casa alloggio AIDS	24	24	0,0	-	0	n.c.	-	1	n.c.	24	25	4,2
13 l) Altro	11	9	-18,2	-	0	n.c.	-	0	n.c.	11	9	-18,2
<i>Servizi pedagogico-riabilitativi art. 14</i>	155	114	-26,5	32	25	-21,9	-	0	n.c.	187	139	-25,7
<i>Servizi multidisciplinari integrati art. 15</i>	10	10	0,0	1	0	-100,0	-	0	n.c.	11	10	-9,1
<i>Altri programmi accreditati</i>	-	0	n.c.	-	0	n.c.	-	0	n.c.	0	0	n.c.
Totale	767	596	-22,3	149	108	-27,5	-	85	n.c.	916	789	-13,3

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

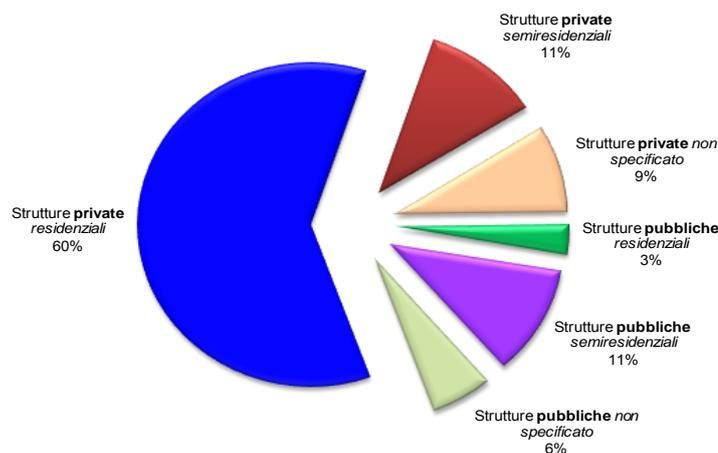
Tabella II.2.3: Strutture diagnostico terapeutico riabilitative pubbliche secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999, per tipologia di struttura e di assistenza. Anno 2011

	Residenziali	Semiresidenziali	Non specificato	Totale strutture
Dipendenze patologiche generiche	0	5	6	11
Servizi di accoglienza	1	2	33	36
Servizi terapeutico-riabilitativi senza ulteriori specifiche (anche con trattamenti con farmaci sostitutivi)	11	63	9	83
Specialistiche art. 13	16	38	9	63
13 a) Doppia Diagnosi	5	1	2	8
13 b) Mamma con bambino	0	0	0	0
13 c) Alcolisti	1	21	2	24
13 d) Cocainomani	1	3	0	4
13 e) Giocatori d'azzardo patologici	0	1	1	2
13 f) Minori	2	12	1	15
13 g) Coppie	0	0	0	0
13 h) Centri crisi	1	0	1	2
13 i) Casa alloggio AIDS	1	0	1	2
13 l) Altro	5	0	1	6
Totale	28	108	57	193

Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

Nelle Regioni censite sono presenti in totale 193 strutture (residenziali, semiresidenziali e non specificate) diagnostico-terapeutico riabilitative pubbliche. Principalmente si ha che il 43% sono strutture terapeutico-riabilitative, il 32,6% sono strutture di trattamento specialistico ed il 18,7 % sono servizi di accoglienza. Per quanto riguarda le strutture specialistiche, il 38% si occupa di alcolisti, il 23,8% di minori ed il 12,7 si occupa di pazienti in doppia diagnosi.

Figura II.2.10: Distribuzione percentuale delle strutture diagnostico terapeutico riabilitative pubbliche e private secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999. Anno 2011



Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

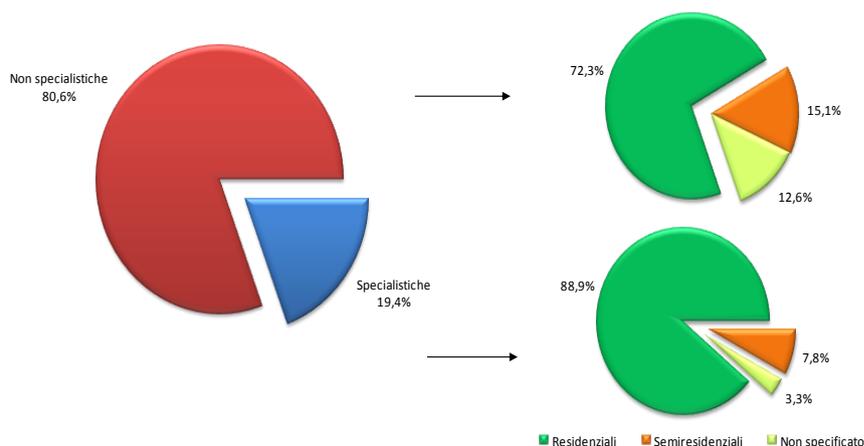
Tabella II.2.4: Strutture diagnostico terapeutico riabilitative private secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999, per tipologia di assistenza e per Regione. Anni 2010 – 2011

Anno	Strutture specialistiche (art. 13)				Strutt. non specialistiche				Totale	
	Resid.	Semi	Non spec	Totale	Resid.	Semi	Non spec	Totale		
Abruzzo	2010	1	-	-	1	13	4	-	17	18
	2011	1	0	0	1	12	4	0	16	17
	Δ %	0,0	n.c.	n.c.	0,0	-7,7	0,0	n.c.	-5,9	-5,6
Basilicata	2010	1	-	-	1	5	-	-	5	6
	2011	1	0	0	1	5	0	0	5	6
	Δ %	0,0	n.c.	n.c.	0,0	0,0	n.c.	n.c.	0,0	0,0
Calabria	2010	1	0	-	1	15	9	-	24	25
	2011	1	0	0	1	15	9	0	24	25
	Δ %	0,0	n.c.	n.c.	0,0	0,0	0,0	n.c.	0,0	0,0
Campania	2010	-	-	-	-	22	8	-	30	30
	2011	0	0	0	0	22	8	0	30	30
	Δ %	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	0,0	0,0	n.c.	0,0	0,0
Emilia Romagna	2010	19	-	-	19	57	15	-	72	91
	2011	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Δ %	-100,0	n.c.	n.c.	-100,0	-100,0	100,0	n.c.	100,0	-100,0
Friuli Venezia Giulia	2010	1	-	-	1	5	4	-	9	10
	2011	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Δ %	-100,0	n.c.	n.c.	-100,0	-100,0	100,0	n.c.	100,0	-100,0
Lazio	2010	16	-	-	16	27	16	-	43	59
	2011	8	0	0	8	32	12	0	44	52
	Δ %	-50,0	n.c.	n.c.	-50,0	18,5	-25,0	n.c.	2,3	-11,9
Liguria	2010	36	5	-	41	21	4	-	25	66
	2011	33	10	0	43	24	4	0	28	71
	Δ %	-8,3	100,0	n.c.	4,9	14,3	0,0	n.c.	12,0	7,6
Lombardia	2010	17	-	-	17	120	13	-	133	150
	2011	17	0	0	17	121	14	0	135	152
	Δ %	0,0	n.c.	n.c.	0,0	0,8	7,7	n.c.	1,5	1,3
Marche	2010	9	-	-	9	54	8	-	62	71
	2011	11	0	0	11	26	4	0	30	41
	Δ %	22,2	n.c.	n.c.	22,2	-51,9	-50,0	n.c.	-51,6	-42,3
Molise	2010	-	-	-	-	3	1	-	4	4
	2011	0	0	0	0	4	0	0	4	4
	Δ %	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	33,3	100,0	n.c.	0,0	0,0
PA Bolzano	2010	2	1	-	3	2	-	-	2	5
	2011	2	1	0	3	2	0	0	2	5
	Δ %	0,0	0,0	n.c.	0,0	0,0	n.c.	n.c.	0,0	0,0
PA Trento	2010	3	-	-	3	4	-	-	4	7
	2011	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Δ %	-100,0	n.c.	n.c.	-100,0	-100,0	n.c.	n.c.	100,0	-100,0
Piemonte	2010	22	-	-	22	48	5	-	53	75
	2011	23	0	0	23	43	4	0	47	70
	Δ %	4,5	n.c.	n.c.	4,5	-10,4	-20,0	n.c.	-11,3	-6,7
Puglia	2010	-	-	-	-	47	15	-	62	62
	2011	0	0	0	0	42	9	6	57	57
	Δ %	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	-10,6	-40,0	-	-8,1	-8,1
Sardegna	2010	4	-	-	4	39	15	-	54	58
	2011	0	0	5	5	0	0	30	30	35
	Δ %	-100	n.c.	n.c.	25	-100	-100	n.c.	-44,4	-39,7
Sicilia	2010	-	-	-	-	19	5	-	24	24
	2011	1	0	0	1	21	4	0	25	26
	Δ %	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	10,5	-20,0	n.c.	4,2	8,3
Toscana	2010	26	-	-	26	39	11	-	50	76
	2011	28	0	0	28	38	14	0	52	80
	Δ %	7,7	n.c.	n.c.	7,7	-2,6	27,3	n.c.	4,0	5,3
Umbria	2010	7	-	-	7	16	-	-	16	23
	2011	5	1	0	6	17	2	0	19	25
	Δ %	-28,6	n.c.	-	-14,3	6,3	n.c.	-	18,8	8,7
Veneto	2010	5	-	-	5	41	10	-	51	56
	2011	5	0	0	5	36	8	44	88	93
	Δ %	0,0	n.c.	n.c.	0,0	-12,2	-20,0	n.c.	72,5	-100,0
Totale	2010	170	6	-	176	597	143	-	740	916
	2011	136	12	5	153	460	96	80	636	789
	Δ %	-20,0	100,0	n.c.	-13,1	-22,9	-32,9	n.c.	-14,1	-13,9

n.c.= dato non calcolabile

Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

Figura II.2.11: Distribuzione percentuale delle strutture diagnostiche terapeutico riabilitative private secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999, per tipologia di assistenza. Anno 2011



Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

Il progetto Comunitalia

Il progetto ha la finalità di favorire lo spirito aggregativo attraverso la creazione di un coordinamento tecnico nazionale permanente Attraverso cui consorziano tutte le associazioni del privato sociale che operano nel settore della tossicodipendenza, con la finalità della concertazione e della condivisione di strategie e modalità d'intervento.

Nel concreto ci si prefigge l'obiettivo di attivare un monitoraggio sistematico e permanente dei dati relativi alle Comunità Terapeutiche:

- informazioni anagrafiche e strutturali,
- volume e tipo di attività,
- informazioni di tipo economico sul ciclo attivo e relativi crediti.

In questo modo si vuole far fronte alla conoscenza parziale e frammentaria del sistema dei servizi del privato sociale e produrre proposte in grado di garantire lo sviluppo e la crescita qualitativa di queste realtà.

L'analisi dei dati raccolti porterà poi alla definizione di una proposta di criteri standard nazionali per l'accreditamento delle Comunità Terapeutiche, di un tariffario unico e quindi di criteri univoci per la definizione delle rette, per poi poter ottenere un idoneo riconoscimento delle prestazioni erogate su cui istituire un sistema condiviso e permanente di recupero crediti, (a causa del ritardo nei pagamenti delle rette da parte di Regioni, Province autonome e Aziende Sanitarie).

Il presente paragrafo riguarda l'adempimento definito durante l'incontro dell'8 maggio 2012 e relativo alla verifica e alla ridefinizione delle Convenzioni del Progetto Comunitalia nell'ambito della spending review.

Lo sviluppo del progetto prevedeva entro il 31 maggio 2012 la elaborazione di "un report tecnico" contenente l'elaborazione dei dati economici-finanziari delle Comunità Terapeutiche raccolti in fase di acquisizione delle manifestazioni di interesse a partecipare al Progetto Comunitalia. Dall'elaborazione dei dati economico finanziari si dovrà poter evincere il valore del fatturato totale ed il valore del fatturato inevaso, diviso per regione con l'indicazione del periodo temporale a cui i dati si riferiscono e del numero di Comunità Terapeutiche

Premessa

costituenti il campione di riferimento”.

Le adesioni da parte della comunità terapeutiche sono state raccolte con una procedura on line e il successivo invio della documentazione in forma cartacea. Nello specifico si richiedeva la compilazione di una manifestazione di interesse inviata in via informatica attraverso i seguenti passaggi:

- inserimento dei dati dell’Ente Giuridico di riferimento e del referente del progetto,
- conferma dei dati attraverso l’inserimento del codice di controllo,
- inserimento dei dati anagrafici ed economici delle sedi operative.
- stampa e spedizione in formato cartaceo della ricevuta di presentazione online della manifestazione di interesse e della documentazione richiesta comprovante quanto già inviato in via elettronica.

Nello specifico:

Allegato A – Modello per l’autocertificazione del credito (uno per ogni sede operativa registrata nel corso della procedura online);

Allegato B - Modello per l’autorizzazione al trattamento dei dati forniti, sottoscritti e siglati su ogni pagina;

Copia documento Rappresentante legale della struttura.

L’invio in formato elettronico (file xls) dell’allegato A (uno per ogni sede operativa registrata nel corso della procedura online) e dell’allegato B.

Le Comunità terapeutiche hanno potuto aderire al progetto attraverso due chiamate (CALL): la prima dal 1° ottobre 2011 al 15 novembre e, la seconda dal 1° al 31 marzo 2012.

L’attività di verifica della documentazione inviata è in via di conclusione, pertanto i dati che verranno illustrati in questa relazione sono definitivi al netto di una possibile variazione del 10-15%, dovuta, appunto, alle verifiche in corso.

In totale la risposta alle due CALL è stata di 124 Enti che comprendono 352 sedi operative. Ad oggi vi sono 8 enti che pur avendo avviato la procedura di adesione, non sono stati incluse nell’elenco in quanto non in possesso dei requisiti per poter partecipare.

Dai dati richiesti alle Comunità Terapeutiche si è potuto evincere il fatturato complessivo delle strutture e quello che, alla data del 1 luglio 2011, risultava inevaso, e la quota parte del fatturato ceduto pro solvendo e pro soluto.

Nei tre anni di riferimento, il 2009, 2010 e il primo semestre del 2011 il totale fatturato delle comunità che hanno aderito alla iniziativa è stato di € 369.279475,00 .

Di questo totale la quota che risulta ancora inevasa, in data 1 luglio 2011, è risultata essere di € 26.461.354,00.

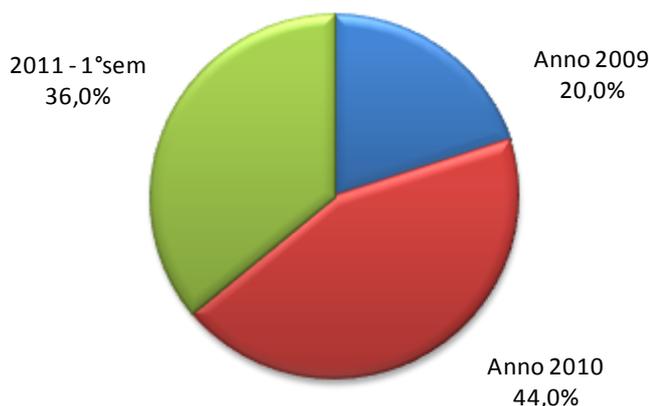
Tabella II.2.5: Fatturato Comunità Terapeutiche anni 2009-2011

	2009	2010	2011 (1sem)	Totale	% sul Totale
Inevaso	5.224.112	11.645.295	9.591.947	26.461.354	7,2
Prosolvendo	1.298.291	1.308.074	832.044	3.438.409	0,9
Prosoluto	732.037	764.317	423.920	1.920.274	0,5
Evaso	200.204.121	106.575.307	30.680.010	337.459.438	91,4
Totale	207.458.561	120.292.998	41.527.921	369.279.475	

Fonte: progetto Comunitalia

Del fatturato inevaso poco più di un terzo riguarda il primo semestre del 2011.

Figura II.2.12: Fatturato inevaso C.T. analisi per anno di riferimento



Fonte: Progetto Comunitalia

Considerando che i dati su esposti si riferiscono alla situazione esistente al primo luglio 2011, si deve evidenziare che parte del fatturato potrebbe, ad oggi, essere stato saldato e, per contro potrebbero esserci ulteriori fatture emesse dopo la data di rilevazione tutte, o in gran parte, insolute. Data la situazione economica generale e pur in presenza di significative differenze regionali, la tendenza generale è quella di un ritardo nei pagamenti.

Per contro le fatture emesse dalle comunità seguono il generale andamento delle attività, pertanto si può concludere che la somma delle fatture inevasate ad oggi debba essere superiore a quella registrata nel luglio 2011 e non inferiore.

I dati di fatturato ricevuti dalle Comunità Terapeutiche sono stati elaborati per regione e per anno di riferimento.

In totale le fatture inevasate nel 2009, 2010 e nel primo semestre del 2011 risultano essere pari a € 16 456.707,00.

La forte differenza tra il valore delle fatture inevasate indicate nel capitolo precedente, e quelle su base regionale, sono dovute ai seguenti motivi:

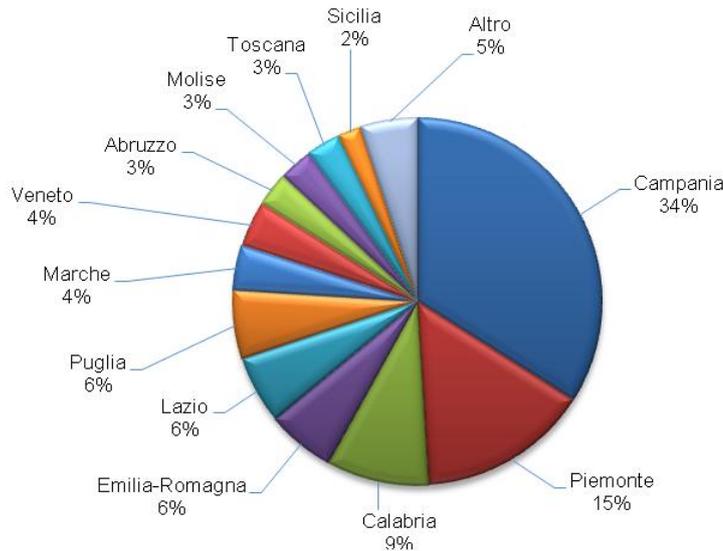
- i dati ricevuti in forma cartacea si discostano notevolmente da quelli ricevuti dalla procedura on line e l'attività di riallineamento è ancora in corso;
- per dieci comunità vi sono ulteriori e più specifiche verifiche, come anche previsto nell'impianto progettuale. Evidenziamo quindi che il fatturato inevasato per queste comunità, pari a € 7.462.702,00 che pesa per il 28% sul totale, non è stato incluso nei conteggi regionali;
- nei dati che si richiedevano alle Comunità Terapeutiche non veniva esplicitamente richiesto di fornire i dati suddivisi su base regionale, per cui i calcoli effettuati per regione sono oggetto di elaborazioni e non di aggregazioni di dati certi;

Anche se vi sono differenze, la tendenza generale di ripartizione tra gli anni e tra le regioni risulta essere attendibile. In ogni caso verranno effettuate ulteriori verifiche in sede di stipula delle convenzioni.

Dall'analisi dei dati suddivisi per regione risulta che la Campania da sola assorbe un terzo delle fatture inevasate e che altre cinque regioni (Piemonte, Calabria, Puglia, Lazio ed Emilia Romagna) assorbono una quota del 43% del totale.

Esposizione verso le
Regioni

Figura II.2.13: Fatturato inevaso C.T. analisi per Regione



Fonte: Pprogetto Comunitalia

II.2.6. Analisi dei costi/benefici

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 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

I costi sociali legati al fenomeno del consumo di sostanze stupefacenti

consumo di sostanze in macroaree, alcuni recenti rassegne di studi disponibili in 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.2.6.2 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 2010 in Italia è stato stimato pari a 31.219.389.542,87 €, corrispondenti all'2,0% della ricchezza prodotta in Italia (PIL) nello stesso periodo, che in termini pro-capite risulta equivalente a 784 euro annui per abitante di età 15-64 anni.

Modello di
classificazione dei
costi

Componenti di costi
da imputare al
consumo di
sostanze
stupefacenti

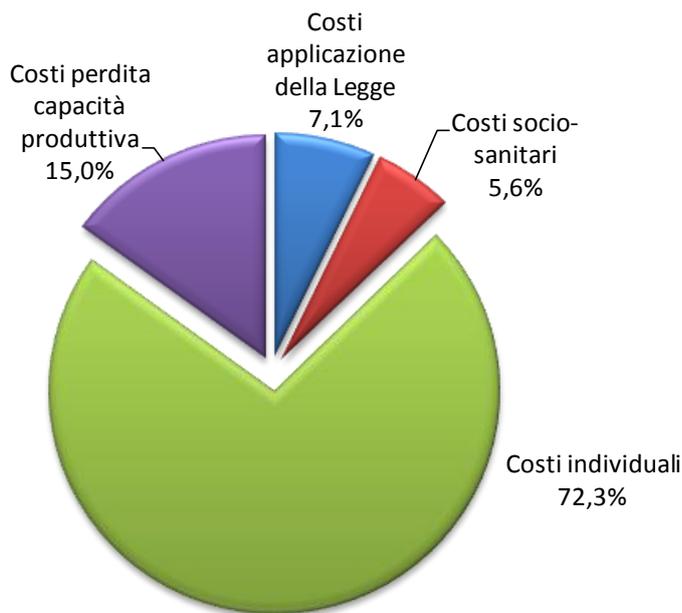
Circa 31,2 miliardi
di euro la stima del
costo sociale
globale del
fenomeno droga nel
2010 (2% del PIL)

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

Figura II.2.14: Distribuzione dei costi sociali per macro-categoria. Anno 2010



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella II.2.1: Costi sociali per il fenomeno del consumo di sostanze stupefacenti. Anno 2010

Voci di costo	Costo	Percentuale
Costi individuali	22.574.221.857,14 €	72,31%
Costi perdita capacità lavorativa	4.680.632.520,60 €	14,99%
Costi applicazione della legge	2.209.981.956,57 €	7,08%
Costi socio sanitari	1.754.553.208,56 €	5,62%
Totale	31.219.389.542,87 €	100,00%

Fonte: Elaborazioni 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 (22.574.221.857,14 €) che rappresenta il 72,3% del costo complessivo (Figura II.2.14).

Il maggior costo è rappresentato dalla spesa per l'acquisto della droga da parte dei consumatori: 22,6 miliardi di euro

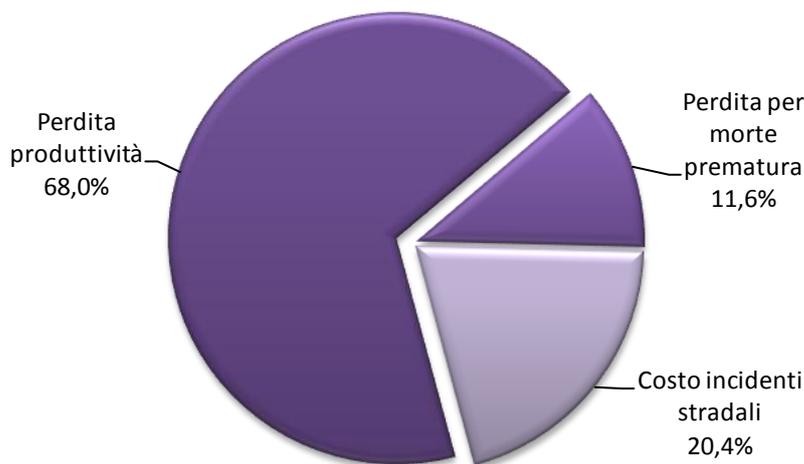
Tabella II.2.2: Stima dei costi per la perdita della capacità lavorativa. Anno 2010

Voci di costo	Costo	Percentuale
Perdita produttività	3.180.976.933,39 €	67,96%
Perdita per morte prematura	542.645.107,66 €	11,59%
Costo incidenti stradali	957.010.479,55 €	20,45%
Totale	4.680.632.520,60 €	100,00%

Fonte: elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga

Figura II.2.15: Distribuzione dei costi sociali per perdita di produttività per micro-categorie. Anno 2010

4,7 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 15,0% si riferisce al costo derivante dalla perdita di capacità produttiva (4.680.632.521 €) in cui figurano, la perdita di produttività in seguito al mancato impiego professionale (3.181 milioni di €), il costo per la perdita di produttività per decesso prematuro (543 milioni di €) ed il costo sociale imputabile ai consumatori in seguito agli incidenti stradali (957 milioni di €).

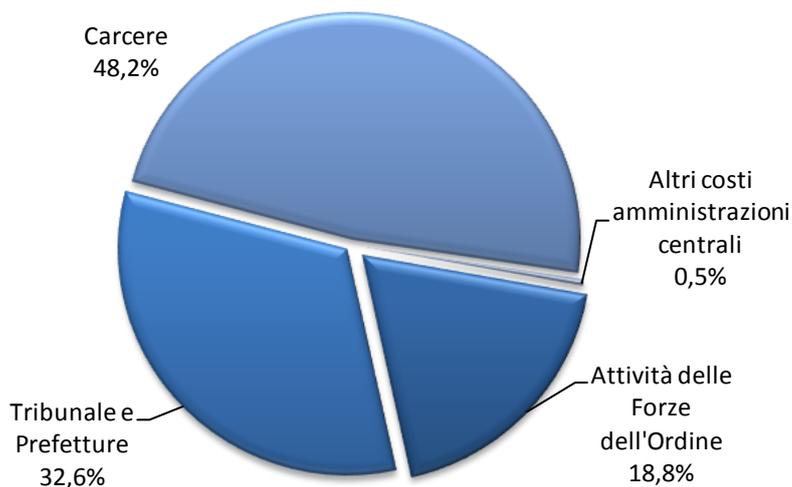
Tabella II.2.3: Stima dei costi per l'applicazione della legge. Anno 2010

Voci di costo	Costo	Percentuale
Interventi FF.OO.	413.592.760,62 €	18,71%
Detenzione e misure alternative	1.065.924.951,57 €	48,23%
Processi e spese legali	720.336.244,38 €	32,59%
Altri costi amministrazioni centrali	10.128.000,00 €	0,46%
Totale	2.209.981.956,57 €	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 7% circa (2.209.981.957 Euro) (Figura II.2.16), di cui quasi 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.2.16). Il 19% 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.2.16: Distribuzione dei costi sociali per l'applicazione della Legge per micro-categorie. Anno 2010



2,2 miliardi il costo per le azioni di contrasto, riduzione e repressione della domanda e dell'offerta di droga

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

L'assistenza socio-sanitaria ammonta complessivamente a 1.754.553.209 euro corrispondenti al 5,6% del costo sociale attribuibile al fenomeno; i maggiori costi si rilevano per il trattamento di soggetti affetti da patologie infettive (in particolare HIV ed HCV) (705.840.000 euro), e poco meno per l'assistenza ambulatoriale erogata dai servizi per le tossicodipendenze (circa 695 milioni di euro).

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 250 milioni di euro circa, mentre i ricoveri ospedalieri di consumatori di sostanze psicotrope incidono per una quota minima del 2,9% (53 milioni di euro).

Tabella II.2.4: Stima dei costi socio sanitari. Anno 2010

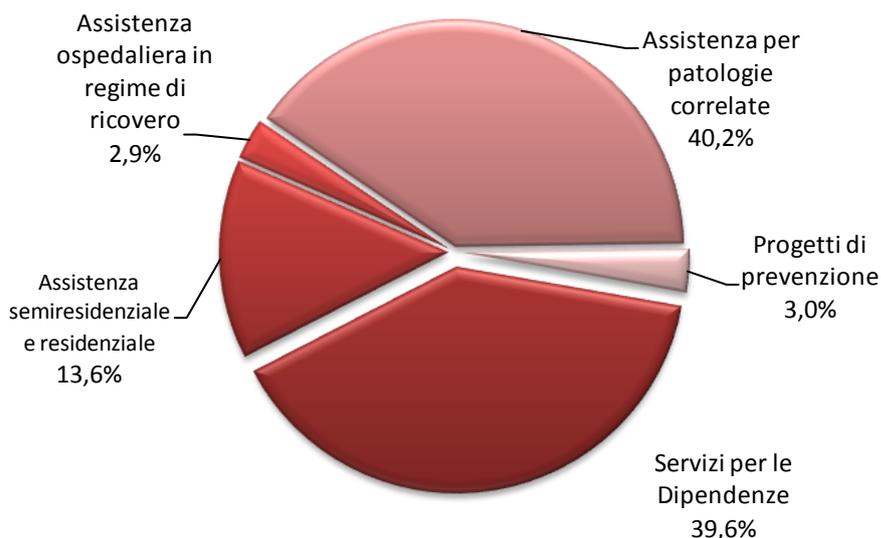
Voci di costo	Costo in Euro	Percentuale
Servizi per le dipendenze	694.769.648,69 €	39,60%
Assistenza semiresidenziale e residenziale	249.560.404,75 €	14,22%
Assistenza ospedaliera in regime di ricovero	51.473.742,64 €	2,93%
Assistenza per patologie correlate	705.840.000,00 €	40,23%
Progetti di prevenzione	52.909.412,48 €	3,02%
Totale	1.754.553.208,56 €	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 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

Figura II.2.17: Distribuzione dei costi sociali per l'assistenza socio-sanitaria per micro-categorie. Anno 2010



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

II.2.6.3 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 2011 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 2011 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.2.5: 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 2011

Soggetti	Min (€ 50,00/gg)	Max (€ 200,00/gg)
Utenti in trattamento rispondenti alla terapia (120.056)	2.191.022.000,00 €	8.764.088.000,00 €

(*) 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 2.191 milioni di Euro ad un massimo di 8.764 milioni di Euro, il mancato introito della criminalità per il mancato uso di sostanze da parte dell'utenza in trattamento farmacologico.

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

Tabella II.2.6: 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 2011

Soggetti	Reddito medio annuo	Benefici complessivi
Utenti in trattamento reinseriti nel mondo del lavoro (120.056)	32.372,17 €	3.886.473.242,00 €

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 3.886 milioni di Euro, per un totale di almeno 6 miliardi di Euro.

Circa 3.886 milioni
di euro come
benefici da
reinserimento
lavorativo

In conclusione si può stimare che, a fronte di ogni miliardo circa di euro annui investiti per l'assistenza socio-sanitaria, deriva un beneficio diretto di circa sei, un terzo dei quali derivanti dal mancato introito alle mafie e i rimanenti due terzi derivanti dal reddito produttivo dei soggetti riabilitati.

Per ogni euro
investito se ne
hanno 6 di benefici

II.2.6.4 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.

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

Flussi informativi
delle
Amministrazioni
Centrali

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 2010 – 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 (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 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^{6,7}. 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

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.

⁶ Il mercato delle droghe – dimensione, protagonisti, politiche, a cura di Rey G.M, Rossi C, Zuliani A.

⁷ Analisi economica dei dipartimenti delle dipendenze: prima ricognizione dei costi e valorizzazione dei risultati. G.Serpelloni, M. Gomma (2006)

Tabella II.2.7: Stima dei consumatori di sostanze stupefacenti per tipologia. Anni 2010-2011

Consumatori	Minimo	Massimo
Totale consumatori (di cui):	2.127.000	2.548.000
• Tossicodipendenti attivi (di cui):	213.600	434.000
- tossicodipendenti in trattamento (di cui):	171.508	171.508
➤ Tossicodipendenti non rispondenti alla terapia farmacologica	51.452	51.452
- tossicodipendenti non in trattamento	42.092	262.492
• Consumatori occasionali	1.913.400	2.114.000

Fonte: Elaborazione Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella II.2.8: 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.2.9: Stima dei costi per acquisto di sostanze stupefacenti per tipologia di consumatore. Anni 2010-2011

Consumatori	Minimo	Massimo		
Consumatori occasionali	1.913.400	2.114.000		
Tossicodipendenti attivi (con consumazione quotidiana)	93.544	313.944		
Costi individuali	Min (milioni € / anno)	Max (milioni € / anno)	Min (milioni € / anno)	Max (milioni € / anno)
Consumatori occasionali	4.974,84 €	19.899,36 €	5.496,40 €	21.985,60 €
Tossicodipendenti attivi (con consumazione quotidiana)	1.707,19 €	6.828,74 €	5.729,49 €	22.917,94 €
Totale costi consumo sostanze	6.682,03 €	26.728,10 €	11.226,00€	44.903,54 €

Fonte: Elaborazione Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella II.2.10: Stima dei costi (milioni di Euro) per acquisto di sostanze stupefacenti per tipologia di consumatore. Anno 2010

Costi individuali	Ipotesi bassa	Ipotesi media	Ipotesi alta
Consumatori problematici	10.706,58 €	12.847,89 €	12.847,89 €
Consumatori ricreazionali	8.408,13 €	10.096,58 €	10.627,45 €
Consumatori occasionali	736,69 €	959,78 €	1.250,54 €
Totale	19.851,39 €	23.904,25 €	24.725,88 €

Fonte: Il mercato delle droghe – Dimensione, protagonisti, politiche

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;
- 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).

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

Tabella II.2.11: Stima dei costi (milioni di Euro) per gli interventi delle FF.OO. per le attività di prevenzione e contrasto. Anno 2010

Voci di costo	Numero interventi FF.OO.	Costo medio per intervento	Costo totale (Milioni di Euro)
Segnalazioni art 75	50.253	361	18,14 €
Denunce Artt 73/74	138.497	1.989	275,47 €
Controlli Artt. 186/187 (di cui):	1.688.100		
Negativi	1.643.135	26	42,72 €
Positivi art. 186	40.721	281	11,44 €
Positivi art. 187	4.244	421	1,79 €
Interventi NOT			13,36 €
Costi generali (FFOO)			50,67 €
Totale			413,59 €

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.2.12: Stima dei costi (milioni di Euro) per le attività processuali. Anno 2010

Voci di costo	Numero processi	Costo medio per intervento	Costo totale (Milioni di Euro)
Spese legali	93.332	3.702,12	341,82 €
Costi processi artt 73/74	93.332	2.880,90	267,00 €
Costi generali			112,52 €
Totale			720,34 €

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 31.12.2009 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.

Tabella II.2.13: Stima dei costi (milioni di Euro) per detenzione di tossicodipendenti negli istituti penitenziari. Anno 2010

Voci di costo	Numero detenuti tossicodipendenti	Costo medio annuo per detenuto (migliaia di Euro)	Costo totale (Milioni di Euro)
Adulti	24.008	42,59 €	1.022,37 €
Minori	474	42,59 €	20,19 €
Totale	24.482	42,59 €	1.042,56 €

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

Tabella II.2.14: Stima dei costi (milioni di Euro) per affidamento dei tossicodipendenti alle pene alternative. Anno 2010

Voci di costo	Costo totale personale (Migliaia di Euro)	Coefficiente interventi per tossicodipendenti	Costo totale (Milioni di Euro)
Personale	130.201,71 €	16%	20.792,08 €
Spese generali			2.573,66 €
Totale			23.365,74 €

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

Tabella II.2.15: Stima dei costi (milioni di Euro) per assistenza ospedaliera a consumatori di sostanze. Anno 2010

Tipologia di ricovero	Numero ricoveri	Costo totale (Milioni di Euro)
Ricoveri ordinari	19.035	50,23 €
Ricoveri diurni o DH	4.859	1,25 €
Totale	23.894	51,48 €

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

Tabella II.2.16: Stima dei costi (milioni di Euro) per assistenza per patologie correlate. Anno 2010

Voci di costo	Utenti in trattamento	Costo unitario per annualità (Euro)	Costo totale (Milioni di Euro)
Trattamento HIV	15.570	12.000 €	186,84 €
Trattamento HCV	25.950	20.000 €	519,00 €
Totale	41.520		705,84 €

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.2.17: Stima dei costi (milioni di Euro) per perdita capacità produttiva. Anno 2010

Voci di costo	Soggetti	Costo unitario per annualità (Euro)	Costo totale (Milioni di Euro)
Utenza in trattamento reinseribile (al netto del tasso di disoccupazione)	98.263	32.372,17 €	3.180,98 €
Decessi per overdose	374	1.450,92 €	542,65 €
Incidenti stradali			957,01 €
Totale			4.680,64 €

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