

PARTE 12

APPROFONDIMENTI METODOLOGICI

12.1 Studio IPSAD-Italia®

12.2 Studio ESPAD-Italia®

12.3 Indagine regionale su prevenzione e contrasto delle dipendenze

12.4 Progetto SIMI®Italia

12.5 Progetto Strengthening Families Program (SFP)

12.6 Consulte provinciali per la prevenzione delle tossicodipendenze

12.7 Stime di incidenza di utilizzatori con bisogno di cura

12.8 Stime di prevalenza dei soggetti eleggibili al trattamento

12.9 Progetto START

12.10 Studio PADDI

12.11 Survey ISS-Studio Istituto Superiore di Sanità–Ministero della Salute

12.12 Progetto “Geo Drugs Alert”

12.13 Analisi dei costi sociali

12.1 STUDIO IPSAD-ITALIA®

Lo studio IPSAD-Italia®, Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs è uno studio di prevalenza sull'uso di alcol ed altre sostanze psicoattive sia lecite che illecite.

Il disegno dello studio è stato strutturato in stretto accordo con le linee guida fornite dall'EMCDDA (European Monitoring Centre for Drug and Drug abuse <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm>) di Lisbona e permette di soddisfare il debito informativo del Paese relativamente al primo dei cinque indicatori epidemiologici proposti dal Consiglio d'Europa.

Il campione è di tipo stratificato randomizzato a quota proporzionale e viene individuato sulla popolazione nazionale fra i e i 15-64 anni di età.

Il primo studio è stato condotto dal CNR- IFC Sezione di Epidemiologia e Ricerche sui Servizi Sanitari nel 2001-2002, poi ripetuto nel 2003-2004, nel 2005-2006 e nel 2007-2008.

L'indagine consiste nella somministrazione ad un campione (rappresentativo della popolazione generale 15-64 anni), estratto casualmente dalle liste anagrafiche dei comuni (selezionati nell'ambito del disegno campionario), di un questionario postale anonimo.

Il questionario utilizzato nel 2007 rileva alcune informazioni socioculturali dei soggetti (sesso, età, stato civile, livello d'istruzione, condizione abitativa e lavorativa), i consumi di sostanze legali (tabacco, alcol, farmaci), illegali (cannabis, eroina, cocaina, ecstasy e amfetamine, sostanze, dopanti), e le abitudini al gioco.

Dell'utilizzo di sostanze (lecite e illecite) viene richiesta la frequenza d'uso nella vita, nei 12 mesi e nei 30 giorni precedenti alla compilazione del questionario, la facilità di reperimento, l'età di primo uso e l'ammontare della spesa negli ultimi 30 giorni; sull'abitudine al gioco è stata rilevata la propensione al gioco, compreso il gioco d'azzardo patologico (attraverso la scala Canadian Problem Gambling Index Short form).

L'ultima parte del questionario è dedicata agli atteggiamenti e le opinioni che le persone hanno rispetto al consumo di sostanze psicoattive, e alla percezione dei rischi correlati ai consumi. I dati degli studi, gli strumenti, le metodologie utilizzate ed ogni altra informazione di pertinenza sono consultabili sul sito dell'IFC-CNR all'indirizzo <http://www.epid.ifc.cnr.it/>

Uno degli aspetti più delicati di un'indagine campionaria di popolazione è quello della diffusione dell'informazione statistica che ne scaturisce. Particolare attenzione deve essere posta nel far capire al lettore i limiti che l'indagine incontra nel rappresentare la realtà e come è possibile utilizzare l'informazione elaborata. Seguendo le indicazioni della Commissione di Garanzia per l'informazione statistica¹ e dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT)², si evidenzia che gli studi campionari di popolazione nel caso di comportamenti d'uso di sostanze illegali possono essere particolarmente vulnerabili, nella loro efficacia, in funzione del numero delle persone che non forniscono risposte o che si rifiutano di rispondere. Tuttavia, il basso tasso di risposte non necessariamente indica un errore di selezione, in quanto l'effetto delle mancate risposte o dei rifiuti sulla stima della frequenza della condizione in studio può essere tenuto sotto controllo attraverso un adeguato disegno di campionamento e un'attenta conduzione dello studio³.

Non potendo costruire la lista nazionale di tutti i residenti in Italia, attingendo dalle anagrafi degli oltre 8.000 comuni italiani, lo studio prevede la costituzione

¹ E. Del Colle, S. Bagnara, F. Antolini, R. Castrucci e E. Barrile. Comunicazione e diffusione dei dati statistici ed aspetti distorsivi. Rapporto di Indagine 06.04, Settembre 2006, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Commissione per la garanzia dell'informazione statistica.

² Drug use in the general population - <http://stats06.emcdda.europa.eu/en/page008-en.html>

³ D.L. Sackett., Bias in analytic research. J. Chronic Dis. 32:51-63, 1979.

di una lista parziale, costituita dalle liste anagrafiche dei comuni selezionati nell'ambito del campione. In una prima fase, le 103 province italiane sono state ripartite in differenti strati, ognuno dei quali caratterizzato dal valore di 3 fattori: il primo corrisponde alla collocazione geografica della provincia sul territorio italiano, il secondo alla densità abitativa ed il terzo alla gravità della diffusione del fenomeno tossicodipendenza sul territorio, misurata mediante l'indice SMAD⁴ (un indicatore disponibile dal 1984 ad oggi), che valuta la situazione nell'area territoriale provinciale.

In questo modo il territorio italiano risulta suddiviso in 27 strati, generati dalla combinazione dei valori dei fattori di stratificazione, ognuno dei quali è composto da una o più province. Successivamente vengono selezionate in modo casuale una o più province per ogni strato (fino ad assicurarne l'estrazione di almeno una per regione) e il relativo comune capoluogo ed uno non capoluogo (distante dai grandi centri urbani), ai quali è stata richiesta la lista anagrafica.

Vengono poi estratti in modo casuale, dai raggruppamenti per classi di età quinquennali e per genere, i nominativi delle persone a cui inviare i questionari. La distribuzione della frazione di campionamento (su base nazionale), per classi di età (per genere ha il medesimo valore), mette in evidenza il sovracampionamento voluto delle classi più giovani 15-19 anni (5 x 1000), 20-24 (4,5 x 1000), 25-29 (3 x 1000), 30-34 (2,5 x 1000), 35-39 (2 x 1000), 40-44 (2 x 1000), 45-49 (1,5 x 1000), 50-54 (1,5 x 1000), 55-59 (1 x 1000) e 60-64 (1 x 1000). Tutte le Regioni italiane sono state coinvolte nella rilevazione. Questo procedimento permette un notevole abbattimento dei costi e dei tempi di realizzazione dell'indagine anche se ha reso necessaria una ponderazione delle stime ottenute in ogni strato, con pesi proporzionali alla popolazione residente.

Una volta estratti casualmente i nominativi dei soggetti appartenenti al campione, viene inviata per posta una busta contenente la presentazione dell'indagine (nel caso di soggetti di età compresa tra i 15 e i 17 anni viene presentata sia al minore che ai genitori), il questionario, una busta preaffrancata per la restituzione del questionario ed una cartolina da restituire in ogni caso. Tale cartolina, che presenta il nominativo di colui che riceve il materiale inviato, serve per comunicare l'adesione o meno all'indagine, ed ha una doppia funzione: di garantire la privacy e l'anonimato delle risposte fornite al questionario e di evitare il secondo invio del questionario dopo circa 6 mesi (rispedito solo a coloro che non mandano alcuna comunicazione di adesione o meno all'indagine). Il questionario non deve essere contrassegnato con alcun segno di riconoscimento e deve essere spedito separatamente dalla cartolina (il questionario dentro la busta preaffrancata e la cartolina spedita a parte).

Le indagini mediante questionario postale auto-somministrato sono spesso considerate come non utilizzabili per la stima di prevalenza in quanto affette da un alto tasso di non risposte. Tuttavia si può argomentare che nonostante le limitazioni, si può cercare di interpretare le mancate risposte e dare significato ai dati raccolti. Inoltre le indagini con questionario auto-somministrato sono usualmente affette in misura minore da altri tipi di errori di misura, potendo indagare argomenti riferibili ai comportamenti più sensibili e appartenenti alla sfera strettamente riservata. Alcuni anni fa, attraverso una meta-analisi di un'ampia varietà di studi, De Leeuw⁵ concludeva che le indagini postali hanno la migliore performance rispetto ai possibili errori di misura e le stesse indicazioni emergono anche dall'ultimo studio effettuato dall'EMCDDA⁶.

⁴ Di Fiandra T. e Mariani F., 1984. Sistema di Monitoraggio dell'Abuso di Droghe. Progetto Finalizzato Tossicodipendenze. Consiglio Nazionale delle Ricerche.

⁵ De Leeuw, E.D., Data Quality in Mail, Telephon, and Face to Face Surveys: A quantitative Review, Technical Report No 1°, Response Effects in Surveys, Vrije Universiteit, Amsterdam, 1990.

⁶ M. De Winter, P. Cohen e M. Langemijer, Methodological study to compare the effect of different methods of data collection on the prevalence of self-reported drug use in General Population Surveys. EMCDDA Scientific Report, Project CT.97.EP.02

12.2 STUDIO ESPAD-ITALIA®

Il progetto ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) è promosso e coordinato dal Consiglio Svedese per l'informazione sull'alcool e le altre droghe (<http://www.can.se/sa/node.asp?node=1765>), in collaborazione con il "Gruppo Pompidou" del Consiglio d'Europa (http://www.coe.int/T/dg3/Pompidou/default_en.asp) e con l'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1391>). ESPAD oltre che strumento di registrazione delle tendenze nel tempo è anche un'importante fonte di informazione e confronto del consumo di sostanze stupefacenti e alcol tra gli studenti europei. Gli studi ESPAD, realizzati a livello europeo, nel 1995, 1999, 2003 e 2007 al fine di permettere il confronto dei risultati, hanno utilizzato metodi e strumenti standardizzati per la definizione di campioni rappresentativi a livello nazionale di studenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni. La partecipazione al progetto ESPAD è cresciuta nel tempo includendo stati europei esterni all'Unione: all'ultima rilevazione sono stati 39 i paesi partecipanti. Maggiori informazioni su ESPAD e sulla reperibilità delle relazioni, pubblicate ogni 4 anni, periodo di ripetizione dello studio (report 95; report 99; report 03), sono disponibili sul sito web del progetto (<http://www.espad.org>).

Lo studio ESPAD-Italia® realizzato, ogni anno dal 1999 ad oggi, dall'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (IFC-CNR), si inserisce nell'omonimo progetto del Consiglio d'Europa e permette all'Osservatorio nazionale italiano di rispondere alle richieste informative dell'OEDT. ESPAD-Italia® è stato realizzato, sin dall'inizio, non solo sui giovani di 15-16 anni ma, similmente a quanto viene fatto da altri paesi europei (<http://stats06.emcdda.europa.eu/en/page009-en.html>), su un campione rappresentativo di tutti gli studenti dai 15 ai 19 anni di età della scuola media superiore dalla prima alla quinta classe. Da evidenziare, come indispensabili allo svolgimento dello studio, l'interessamento ed il supporto del Ministero dell'Istruzione, del Ministero della Solidarietà Sociale, dell'ex Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio, di molte Regioni, dei servizi territoriali per le tossicodipendenze e dei Presidi, Professori ed alunni delle scuole campionate.

Il campione nazionale di circa 600 scuole viene definito, ogni anno, stratificando prima le province italiane secondo la densità di popolazione, la collocazione geografica e la gravità della diffusione del fenomeno dell'uso di sostanze illegali. Successivamente alla scelta casuale di alcune province appartenenti ad uno strato, le scuole ivi presenti vengono ulteriormente stratificate secondo la loro tipologia e all'interno di questi strati vengono scelte casualmente le scuole e le sezioni dove effettuare l'indagine.

Le scuole vengono contattate telefonicamente da uno staff di operatori del CNR e per ciascuna viene individuato un referente dello studio ESPAD, generalmente l'insegnante che si occupa dell'educazione alla salute. Se la scuola non ha una figura dedicata alla prevenzione, il primo contatto avviene con il Dirigente scolastico. Durante questo contatto viene descritto lo studio ESPAD, vengono illustrati il questionario, le metodologie standard di somministrazione, le scadenze da rispettare e infine viene chiesta un'adesione formale alla ricerca a mezzo fax.

Successivamente viene inviato al referente ESPAD un pacco che contiene del materiale illustrativo dello studio e 5 buste per le classi che, a loro volta, contengono i questionari per gli studenti, le buste entro cui inserire i questionari compilati, le istruzioni per l'insegnante e per gli studenti, un questionario per l'insegnante (scheda della classe), oltre che le istruzioni per raccogliere e restituire al mittente i questionari compilati.

La somministrazione dei questionari avviene, se possibile, nel medesimo giorno in tutte le 5 classi individuate. Agli insegnanti che se ne occupano, viene chiesto di leggere alla classe le istruzioni (riportate anche sul frontespizio di ciascun questionario), di distribuire un questionario ed una busta a ciascun studente e nel caso di domande individuali, di rispondere solo alla fine della consegna di tutti i questionari a tutti gli studenti contemporaneamente. Agli insegnanti viene inoltre raccomandato di stare seduti alla cattedra fino a quando l'ultimo questionario verrà riconsegnato, viene richiesto di scoraggiare il fatto che gli studenti parlino fra loro, di compilare la scheda classe e di raccogliere le buste contenenti i questionari all'interno della busta più grande per tutta la classe. A conclusione, gli insegnanti invitano i ragazzi a leggere attentamente ogni domanda del questionario prima di rispondere, a non parlare con i compagni e, in caso di dubbi, a leggere attentamente le istruzioni riportate sul frontespizio. Gli insegnanti spiegano inoltre che il questionario, una volta compilato, va messo nella busta e che questa va sigillata, raccomandando di non fare alcun segno di riconoscimento né sul questionario né sulla busta.

Le informazioni richieste nella scheda classe, risultano molto importanti per una corretta valutazione dello studio, in quanto raccolgono i dati sugli studenti assenti o su eventuali astensioni dalla compilazione, oltre che l'osservazione dei comportamenti messi in atto dagli studenti durante la scrittura dei questionari. Per meglio tutelare l'anonimato degli studenti, agli insegnanti viene più volte sottolineata l'importanza di aspettare seduti che tutti abbiano riconsegnato i questionari. Altro passaggio delicato su cui vengono sensibilizzati gli insegnanti è quello di inserire tutti i questionari e la scheda classe nella busta, chiuderla quindi davanti agli studenti e consegnarla al coordinatore dell'indagine che provvederà alla spedizione. Le buste delle singole classi con i questionari compilati e la scheda, dovranno essere riunite e spedite al CNR in un unico pacco seguendo le istruzioni allegate.

Nella prima parte del questionario, vengono raccolte, oltre ad alcune informazioni anagrafiche, abitudini e comportamenti nel tempo libero, atteggiamenti e percezione verso la scuola. Successivamente inizia una parte che esamina il consumo di sigarette ed il consumo di alcolici a cui sono dedicate alcune pagine del questionario. Si indaga infatti non soltanto il consumo di alcolici tout court, ma anche il consumo sostanza-specifico (birra, vino alcol-pop, superalcolici), i quantitativi di alcol assunti, e l'autopercezione di quanto alcol si debba ingerire per essere "ubriaco", si esamina poi la frequenza delle ubriacature e del "binge drinking" oltre che la percezione dei rischi correlati a questi consumi.

La sezione successiva è dedicata all'uso di farmaci e psicofarmaci e alle sostanze illegali (cannabis, cocaina, amfetamine, eroina, ecstasy, allucinogeni, sostanze dopanti, smart drugs). Di queste sostanze viene richiesta la frequenza d'uso nella vita, nei 12 mesi e nei 30 giorni precedenti alla compilazione del questionario, l'età di primo utilizzo, la fruibilità percepita e la diffusione dell'abitudine d'uso nel gruppo dei pari di riferimento e l'eventuale somma spesa per l'acquisto negli ultimi 30 giorni.

C'è poi una parte interamente dedicata alle abitudini di gioco, dove oltre ad alcune domande relative ad esse, viene utilizzato un questionario standardizzato sul gioco d'azzardo (South Oaks Gambling Screen: Revised For Adolescents, SOGS-RA).

Infine l'ultima parte del questionario è dedicata agli atteggiamenti e alle opinioni che gli studenti hanno rispetto al consumo di sostanze psicoattive; le domande spaziano dalla prima sostanza provata alla motivazione per cui si è provata, al dove e come è stato possibile procurarla, alla contiguità con l'uso di queste sostanze, alla percezione dei rischi correlati ai consumi. I dati degli studi, gli strumenti e le metodologie utilizzate, le scuole partecipanti ed ogni altra

informazione di pertinenza sono consultabili sul sito dell'IFC-CNR (<http://www.epid.ifc.cnr.it>).

Da evidenziare come, in futuro, lo studio ESPAD-Italia® possa assumere un importante ruolo per l'individuazione della ripartizione territoriale delle risorse da impegnare per il contrasto della diffusione dell'uso di sostanze psicoattive. I dati sulle opinioni e gli atteggiamenti in rapporto alle varie sostanze e sull'esperienza del consumo rivestono, inoltre, particolare importanza se utilizzati per la valutazione e la programmazione degli interventi di prevenzione, realizzati e da realizzare, sulla popolazione generale. In particolare sia i dati sulla percezione del rischio, sia i dati relativi ai consumi riferiti nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni, possono essere utilizzati per stimare gli effetti a breve termine delle campagne di prevenzione universale, che vanno ad incidere per esempio proprio sulla percezione stessa del rischio individuale, legato ai comportamenti di assunzione di alcol, tabacco e altre droghe.

12.3 INDAGINE REGIONALE SU PREVENZIONE E CONTRASTO DELLE DIPENDENZE

L'indagine regionale sulla rete dei servizi per le tossicodipendenze, le politiche di prevenzione, trattamento e riabilitazione rivolta ai tossicodipendenti ha coinvolto tutte le Regioni e Province Autonome italiane, ed è stata effettuata nel mese di aprile-maggio 2008. Lo strumento di raccolta dei dati è stato un questionario, compilato dai referenti regionali per le tossicodipendenze, composto dalle seguenti sezioni:

- *"Prevenzione universale dell'uso di sostanze psicoattive a livello di comunità locale"* (Questionario Strutturato 25⁷ dell'EMCDDA). La prevenzione universale dell'uso di sostanze psicoattive si rivolge a gruppi generali di popolazione. Le informazioni richieste riguardano gli interventi di prevenzione del consumo di sostanze psicoattive attivati, rivolti alla comunità locale, conclusi e/o in corso nell'anno, a livello regionale.
- *"Prevenzione selettiva e mirata"* (Questionario Strutturato 26⁸ dell'EMCDDA). La prevenzione selettiva e mirata, rivolgendosi a specifici gruppi o individui a rischio/vulnerabili, raccoglie informazioni sugli interventi di prevenzione attivati, conclusi e/o in corso destinati a gruppi specifici ritenuti a rischio di disturbi da uso di sostanze psicoattive, sia in quanto appartenenti a particolari segmenti della popolazione generale (minorenni pregiudicati, giovani con problemi di emarginazione scolastica) che in base all'esposizione a fattori di rischio/vulnerabilità ambientali, biologiche, psicologiche e sociali, associati all'uso di sostanze. Raccoglie informazioni anche sugli interventi di prevenzione rivolti a famiglie problematiche (con uso problematico di sostanze, alcol incluso, con problemi di salute mentale, appartenenti a gruppi etnici emarginati, a genitori socialmente svantaggiati, in quanto disoccupati, senza fissa dimora ecc...)
- *"Programmi di trattamento"* (Questionario Strutturato 27⁹ dell'EMCDDA). Lo strumento consente di raccogliere informazioni sulle strategie e le politiche regionali in termini di trattamenti erogati, suddividendo (in base alle indicazioni dell'Osservatorio Europeo sulle droghe) i programmi di trattamento in: antiastinenziali non sostitutivi aspecifici, "farmacologicamente assistiti" con terapia specifica (sostitutivi con metadone e/o buprenorfina e con antagonisti), "drug free" (abstinence oriented).

⁷ <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1578EN.html>

⁸ <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1569EN.html>

⁹ <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1572EN.html>

- *"Reinserimento sociale"* (Questionario Strutturato 28¹⁰ dell'EMCDDA). Raccoglie informazioni sulle strategie, le politiche ed i programmi di reinserimento sociale (inteso come intervento di natura sociale che mira a reinserire nella comunità soggetti consumatori problematici di droga in fase di riabilitazione) rivolti ai consumatori e/o ex consumatori problematici di droga, attivati, conclusi e/o in corso nel 2007. Gli interventi riguardano gli ambiti dell'alloggio (interventi che mirano ad assicurare un posto in cui poter vivere mediante l'assegnazione di un sussidio finalizzato all'integrazione dell'affitto o altri servizi di sostegno all'alloggio), dell'istruzione e la formazione professionale, dell'inserimento lavorativo (interventi che mirano all'inserimento nel mondo del lavoro sia aiutando il soggetto a trovare un'occupazione che offrendogli una formazione specifica in vista di un futuro lavoro). Indaga inoltre sugli interventi riguardo l'assistenza di base, come quella psicologica, economica, legale.
- *"Riduzione della mortalità per intossicazione acuta da uso di sostanze"* (Questionario Strutturato 29¹¹ dell'EMCDDA). Raccoglie informazioni sulle politiche, le attività e i progetti volti a ridurre la mortalità per intossicazione acuta da uso di sostanze (overdose) attivati, conclusi e/o in corso nel corso del 2007.
- *"Rete dei servizi"*. Raccoglie informazioni su strutture semiresidenziali e residenziali, diagnostico-terapeutico-riabilitative private e pubbliche (tipologia di struttura, utenti in carico nell'anno e nuovi percorsi attivati), servizi di riduzione del danno/limitazione dei rischi privati e pubblici (sulle unità di strada per tossicodipendenti, alcolodipendenti, prostitute) e sugli utenti contattati nell'anno, il personale impiegato e la durata dell'attività svolta nel corso dell'anno.

12.4 PROGETTO SIMI@ITALIA

Il Progetto SIMI@Italia, Sistema Integrato Multicentrico di Indicatori, condotto dal Consiglio Nazionale delle Ricerche nell'ambito dell'accordo di programma stipulato con il Ministero della Solidarietà Sociale ed in collaborazione con la Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute e la Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica del Ministero dell'Interno, è finalizzato allo sviluppo di un modello di gestione integrato e sinergico dei flussi informativi afferenti alle diverse Amministrazioni dello Stato che riguardano i soggetti consumatori problematici di sostanze stupefacenti.

Per quanto riguarda la collaborazione con la Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica del Ministero dell'Interno, l'obiettivo è quello di conoscere e analizzare meglio i fenomeni di disagio giovanile, seguendo l'iter delle segnalazioni e contribuendo alla prevenzione selettiva in "soggetti a rischio". La Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute, è stata invece coinvolta con l'obiettivo di integrarsi con quanto già avviato mediante altri progetti (primo fra tutti il nuovo Sistema Informativo per le dipendenze SIND). Per tutte le Amministrazioni regionali e le Aziende sanitarie, infine, l'obiettivo è quello di porsi come utile strumento operativo/informativo per rispondere alle richieste europee relative alla descrizione della domanda di trattamento, offrendo allo stesso tempo un supporto alle esigenze di programmazione delle politiche sanitarie e sociali.

I risultati raggiunti tramite il coinvolgimento trasversale delle diverse Amministrazioni hanno riguardato, per il momento, l'implementazione del flusso di raccolta dei dati, il miglioramento della leggibilità e fruibilità dell'informazione, la divulgazione e la diffusione dell'informazione, la maggiore confrontabilità fra le

¹⁰ <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1573EN.html>

¹¹ <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1333>

diverse aree territoriali e lo sviluppo delle competenze, nel settore dell'epidemiologia, delle figure professionali coinvolte. I prodotti principali realizzati sono stati la descrizione ed analisi della domanda di trattamento, dei profili dei soggetti in trattamento, dei soggetti segnalati per articoli 75/121 del DPR 309/90 e la stima della prevalenza e dell'incidenza dei disturbi da uso di sostanze.

Elemento cardine di attuazione e verifica degli obiettivi posti col Progetto SIMI è lo studio multicentrico attivato con le seguenti finalità:

- individuazione e costruzione di indicatori necessari a descrivere:
 - il fenomeno del disagio sociale, soprattutto tra la popolazione giovanile
 - l'iter amministrativo delle segnalazioni, singole e multiple
 - le caratteristiche socio-sanitarie dei soggetti segnalati
 - le caratteristiche della domanda di trattamento
- raccolta di informazioni e dati sulle risposte messe in atto in tema di prevenzione e contrasto al consumo e all'abuso di sostanze psicoattive, attraverso tre "Questionari Strutturati" predisposti dall'Osservatorio Europeo sulle droghe (EMCDDA - European Monitoring Centre for Drug and Drug Abuse):
 - *Questionario Strutturato 25 "Prevenzione universale dell'uso di sostanze psicoattive a livello di comunità locale"*¹². La prevenzione universale dell'uso di sostanze psicoattive si rivolge a gruppi generali di popolazione (come ad esempio giovani che frequentano le scuole) senza prendere in considerazione specifici gruppi a rischio; è quindi quel tipo di prevenzione che si rivolge indistintamente a tutti i membri di una comunità. Le informazioni richieste dal Questionario Strutturato 25 riguardano gli interventi di prevenzione del consumo di sostanze psicoattive attivati, conclusi e/o in corso nel corso del 2007 a livello territoriale (circoscrizione, quartiere, ecc...); esclude gli interventi relativi al trattamento, alla riduzione del danno o al reinserimento sociale/lavorativo, mentre include i programmi per un impiego alternativo del tempo libero, come i programmi di prevenzione universale rivolti ai giovani al di fuori del contesto scolastico (ambito sportivo etc.).
 - *Questionario Strutturato 26 "Prevenzione selettiva e mirata"*¹³. La prevenzione selettiva e mirata si rivolge a specifici gruppi o individui a rischio (gruppi o individui vulnerabili). Le informazioni richieste dal Questionario Strutturato 26 riguardano gli interventi di prevenzione attivati, conclusi e/o in corso nel del 2007 verso gruppi specifici ritenuti a rischio di disturbi da uso di sostanze psicoattive per la loro appartenenza a particolari segmenti della popolazione generale (minorenni pregiudicati, giovani con problemi di emarginazione scolastica). I gruppi a rischio possono essere identificati in base a fattori di rischio/vulnerabilità ambientali, biologici, psicologici, sociali, che sono associati all'uso di sostanze e i sottogruppi possono essere definiti per fascia d'età, sesso, storia familiare, zona di residenza, ecc.
 - *Questionario Strutturato 29 "Riduzione della mortalità per intossicazione acuta da uso di sostanze"*¹⁴. La mortalità per intossicazione acuta da uso di sostanze a cui ci si riferisce riguarda i decessi causati direttamente dal consumo di una o più droghe e che avvengono generalmente poco dopo l'assunzione della sostanza ("overdose", avvelenamenti, o morti indotte dall'assunzione di sostanze); non vengono quindi considerate le morti causate indirettamente dal consumo di droghe (es. incidenti stradali

¹² <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1578EN.html>

¹³ <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1569EN.html>

¹⁴ <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1333>

causati dall'abuso di sostanze). Le informazioni richieste dal Questionario Strutturato 29 consentono di ottenere una panoramica del grado di copertura degli interventi volti alla riduzione delle mortalità per intossicazione acuta da uso di sostanze attivate, conclusi e/o in corso nel 2007.

- Sono state inoltre rilevati i dati relativi alla doppia diagnosi (eventuali tipi di collaborazione con i Dipartimenti di Salute Mentale, frequenza con cui un paziente con disturbi psichiatrici, in carico al servizio, incontra uno psichiatra, per una visita, colloquio, seduta di psicoterapia e prescrizione di farmaci o altri esami clinico-diagnostici) ed alla prevenzione delle malattie infettive droga correlate (distribuzione materiale informativo, siringhe, materiale sterile e profilattici, per la prevenzione del rischio di infezione di malattie droga correlate).

L'indagine multicentrica interessa l'intero territorio nazionale ed è condotta su 27 aree territoriali. Nelle diverse sedi viene sperimentato il sistema di raccolta dei dati individuali, comune ai diversi flussi. I sistemi informativi gestionali delle strutture interessate sono organizzati per record individuali dei soggetti in trattamento presso il SerT, le strutture del privato sociale e di quelli segnalati dalle Prefetture. Ogni tracciato record contiene le variabili definite nel protocollo dello studio e nel caso delle segnalazioni, ogni record individuale riporta le informazioni relative ai provvedimenti adottati dalle Prefetture e/o dalle strutture deputate al trattamento delle dipendenze. Il sistema informativo sviluppato prevede l'elaborazione standardizzata dei dati al fine della produzione automatica delle tabelle sulla domanda di trattamento per quanto riguarda gli utenti dei SerT e del privato sociale, e di tabelle appositamente costituite relativamente ai soggetti segnalati dalle Prefetture. Nel 2007 sono stati pubblicati i "report standard" annuali, realizzati su base territoriale provinciale, per le 22 aree partecipanti allo studio multicentrico 2006. La base di dati comune utilizzata per la presente Relazione comprende 40.945 persone trattate nel corso del 2007 presso i 27 Dipartimenti per le dipendenze patologiche che partecipano allo studio multicentrico.

12.5 PROGETTO STRENGTHENING FAMILIES PROGRAM (SFP)

Il Progetto SFP, implementato dal Ministero della Pubblica Istruzione, è la prima applicazione in Italia del metodo di rinforzo dei fattori di protezione della famiglia denominato Strengthening Families Program - SFP (Programma Sostegno Famiglie): uno dei programmi ritenuti più efficaci negli USA per la sua capacità di suscitare cambiamenti positivi nelle famiglie. Il progetto SFP, finanziato dal MPI secondo l'accordo di programma con il Ministero della Solidarietà Sociale, ex DNPA, si propone di creare centri distribuiti su tutto il territorio nazionale in cui sperimentare questo metodo a partire da una significativa sinergia tra famiglia, scuola e territorio.

Il metodo SFP ha la caratteristica di non essere applicato separatamente ai bambini o ai genitori, ma alla famiglia intera, partendo dall'assunto che, se si vogliono ridurre i fattori di rischio nei bambini (bullismo, dipendenze, disagio) si devono migliorare sia il contesto familiare, sia le capacità dei genitori nell'allevare e nell'offrire opportunità educative adeguate ai loro bambini.

Gli obiettivi del progetto SFP:

- rafforzare i legami familiari intergenerazionali;
- sviluppare attaccamento ai genitori e senso di appartenenza alla famiglia;
- migliorare le relazioni genitori-figli e le dinamiche all'interno del nucleo familiare;
- insegnare a comunicare e motivare i valori della famiglia.

I destinatari individuati sono i nuclei familiari con figli tra 6 e 11 anni. Le 47 sedi sono state individuate presso le province di Pescara e Teramo (Abruzzo);

Catanzaro, Cosenza e Reggio Calabria (Calabria); Caserta e Napoli (Campania); Bologna, Modena e Reggio Emilia (Emilia-Romagna); Roma (Lazio); Genova, Imperia e La Spezia (Liguria); Bergamo, Brescia, Cremona, Milano e Varese (Lombardia); Ascoli Piceno e Ancona (Marche); Torino e Novara (Piemonte); Bari, Lecce e Taranto (Puglia); Cagliari (Sardegna); Caltanissetta, Catania, Messina e Palermo (Sicilia); Firenze, Livorno, Pistoia e Prato (Toscana); Belluno, Padova, Venezia, Verona e Vicenza (Veneto).

Il Progetto sarà monitorato nel processo e valutato nei risultati dall'Università "Ca' Foscari" di Venezia, che ha già predisposto un portale telematico per la raccolta dei dati e per l'attività di help-desk rivolta agli operatori del Programma (<http://www.sfp-valutazione.org>).

Maggiori dettagli sul progetto si possono trovare all'indirizzo <http://www.progettosfp.it>

12.6 CONSULTE PROVINCIALI PER LA PREVENZIONE DELLE TOSSICODIPENDENZE

Il progetto, curato dal Ministero della Pubblica Istruzione, ha coinvolto 10 consulte provinciali degli studenti (Parma, Udine, Campobasso, Roma, Bari, Rimini, Trapani, Frosinone, Caserta e Cagliari).

Le iniziative sono state finalizzate alla produzione di spot, manifesti, spettacoli teatrali ed altro, per la realizzazione di campagne di prevenzione.

La finalità principale del progetto riguarda il coinvolgimento mirato delle consulte provinciali degli studenti rispetto a tematiche inerenti il BENESSERE e la prevenzione delle dipendenze in collaborazione con enti locali e altri soggetti esterni per migliorare la condizione giovanile unitamente all'individuazione di percorsi di formazione e di lavoro che abbiano una ricaduta reale all'interno di ciascuna scuola.

L'attuazione si è articolata attraverso la realizzazione di diverse azioni:

- realizzazione di indagini conoscitive sui bisogni e sulla percezione del rischio tra i giovani del proprio territorio,
- scelta dell'area prioritaria d'intervento,
- definizione dei percorsi di formazione,
- realizzazione dei progetti con il supporto di enti e agenzie del territorio,
- visibilità dei prodotti finali in un momento conclusivo di socializzazione,

I principali risultati ottenuti sono stati:

- sensibilizzazione dei propri compagni alle sfide della vita senza il supporto di sostanze psicoattive da abuso,
- suggerimenti e contributi per la realizzazione di campagne nazionali di lotta alla droga.

12.7 STIME DI INCIDENZA DI UTILIZZATORI CON BISOGNO DI CURA

Le stime di incidenza di uso problematico di eroina, seguendo le indicazioni fornite dall'Osservatorio europeo, sono state ottenute dalla Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari e dalla Sezione distaccata di Roma dell'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche utilizzando un modello matematico denominato Back-Calculation. Tale metodologia, a partire dal numero di nuove richieste di trattamento che ogni anno vengono effettuate ai SerT e dalla conoscenza della distribuzione del tempo che intercorre tra l'inizio dell'uso della sostanza e la prima richiesta di trattamento ai Servizi ("tempo di latenza"), permette di ricostruire il numero di persone che ogni anno iniziano ad utilizzare sostanze psicoattive illegali.

Poiché si utilizzano dati relativi alle richieste di trattamento, tale metodologia fornisce esclusivamente le stime del numero di nuovi soggetti utilizzatori di eroina che in futuro richiederanno un trattamento ai Servizi per le

Tossicodipendenze, escludendo così tutti quei soggetti che smetteranno di utilizzare la sostanza prima di richiedere un trattamento o quelli che non ne chiederanno mai uno.

Il metodo Back-Calculation fornisce, oltre alle stime di incidenza, anche i relativi intervalli di confidenza, che sono più grandi per i primi e gli ultimi anni del periodo considerato (peculiarità del metodo).

I dati relativi alle nuove richieste di trattamento sono stati forniti dal Ministero della Salute, mentre per la stima della distribuzione del tempo di latenza si è fatto riferimento a quanto già pubblicato in bibliografia.

12.8 STIME DI PREVALENZA DEI SOGGETTI ELEGGIBILI AL TRATTAMENTO

La stima di prevalenza dei soggetti eleggibili per il trattamento è stata determinata come valore medio delle stime calcolate utilizzando 4 delle metodologie¹⁵ proposte dall'Osservatorio Europeo di Lisbona all'interno dell'indicatore chiave *uso problematico di sostanze*¹⁶ e nello specifico sono: il metodo del moltiplicatore segnalazioni/decessi droga correlati, il metodo dell'indicatore multivariato, il metodo dell'indicatore demografico ed il metodo cattura ricattura.

L'informazione elaborata è quella acquisita dai flussi istituzionali del Ministero dell'Interno, del Ministero della Salute, del Ministero della Giustizia e all'interno delle attività del Progetto SIMI@Italia.

Se da un lato la disponibilità istituzionale di informazioni, in parte rilasciate in forma aggregata, può rappresentare un fattore limitante per le condizioni teoriche di applicabilità di alcuni dei metodi utilizzati, dall'altro la concordanza rilevata con le stime di prevalenza calcolate in alcuni osservatori epidemiologici sul fenomeno, a livello sia regionale che provinciale, rende sostanzialmente affidabili i valori di stima presentati.

12.9 PROGETTO START

Il Progetto START (sistemi per la lettura del fenomeno, per l'attivazione di trattamenti per l'abuso di cocaina e il miglioramento delle capacità diagnostiche e terapeutiche nell'ambito delle neuroscienze) è un progetto per la realizzazione di prodotti e servizi tecnico scientifici avanzati al fine di promuovere la crescita, lo sviluppo, l'innovazione e il coordinamento degli interventi delle organizzazioni istituzionali, anche a livello internazionale, nel campo delle tossicodipendenze. Il progetto è finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga ed è diretto e realizzato dall'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze della Regione Veneto e dal Dipartimento delle Dipendenze di Verona.

Tra gli obiettivi del progetto vi è la realizzazione di: i) una serie di offerte, quali fornire servizi, prodotti tecnici, rapporti epidemiologici, linee di indirizzo tecnico scientifiche e revisioni bibliografiche, per il supporto operativo delle realtà istituzionali; ii) azioni coordinate su progetti specifici nell'ambito delle dipendenze da sostanze, nell'ambito della prevenzione primaria, della gestione di sistemi informativi/web e la formazione del personale, dell'organizzazione di tavoli di confronto tecnico su argomenti specifici segnalati dai referenti istituzionali, dell'implementazione di collaborazioni tra referenti tecnici nazionali, internazionali e centri di ricerca su tematiche operative specifiche.

Le attività sono state concentrate su tre aspetti principali considerati dagli operatori prioritari rispetto ai bisogni emergenti: in primis, continuazione e

¹⁵ EMCDDA Recommended Draft Technical Tools and Guidelines - Key Epidemiological Indicator: Prevalence of problem drug use - EMCDDA/ July 2004.

¹⁶ <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1372>.

completamento del sistema informativo e nazionale (precedente progetto SESIT) per creare una base di dati a livello nazionale, standardizzata e permanente relativamente all'uso di sostanze e alle caratteristiche dei consumatori; tale linea di progetto si è conclusa con l'adozione da parte delle Regioni e Province Autonome di standard comuni per la registrazione delle caratteristiche dei soggetti ma anche delle prestazioni erogate presso i servizi di assistenza e degli indicatori per gli esiti dei trattamenti; successivamente questi standard hanno trovato continuità e capitalizzazione all'interno del sistema informativo sanitario nazionale del Ministero della Salute (sottogruppo SIND). Sono state realizzate una serie di pubblicazioni¹⁷ che risultano essere un punto di aggiornamento tecnico scientifico per tutti gli operatori del settore, anche mediante la produzione di una newsletter elettronica mensile inviata a tutti i SerT italiani.

Si è quindi attuata una struttura di produzione orientata alla realizzazione di attività necessarie ad una migliore programmazione e gestione dei piani di intervento delle varie organizzazioni istituzionali operanti nel campo delle dipendenze e delle patologie correlate, nel rispetto delle proprie autonomie e competenze, con finalità generali di crescita, sviluppo ed innovazione, attraverso, da un lato, il coordinamento spontaneo e volontario tra i vari partecipanti, e dall'altro, il CSRD (Centro Studi e Ricerche sulle Dipendenze), che ha orientato l'organizzazione interna e le attività in funzione delle finalità del servizio da erogare da parte di tutte le organizzazioni istituzionali partecipanti.

Una seconda linea di progetto è stata quella relativa all'approfondimento delle tematiche relative alla forte espansione dell'abuso di cocaina nella popolazione: attraverso la lettura del fenomeno cocaina, si è mirato all'attivazione di trattamenti specifici per l'abuso di cocaina e al miglioramento delle capacità diagnostiche e terapeutiche nell'ambito delle neuroscienze; sono stati realizzati prodotti e servizi tecnico-scientifici avanzati, anche mediante l'attivazione di collaborazioni europee e internazionali, al fine di promuovere la crescita, lo sviluppo, l'innovazione e il coordinamento degli interventi nel campo di tale dipendenza¹⁸.

Una terza linea di progetto ha attivato e approfondito un nuovo filone di studi sugli aspetti delle neuroscienze correlati alle dipendenze, attivando studi e ricerche mediante tecniche avanzate di neuroimaging in grado di documentare i danni prodotti dalle sostanze stupefacenti sul cervello ma anche i meccanismi di funzionamento del craving e del possibile controllo volontario di tale fenomeno; il prodotto di tale lavoro è stata una recente pubblicazione (marzo 2008) dal titolo "Elementi di Neuroscienze e dipendenze - Manuale per operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze"¹⁹.

¹⁷ inserite e scaricabili nel sito www.dronet.org.

¹⁸ informazioni in merito sono consultabili sul sito <http://cocaina.dronet.org/>

¹⁹ a c. di G. Serpelloni, F. Bricolo, M. Mozzoni.

12.10 STUDIO PADDI

Studio promosso e finanziato per l'anno 2005 dal Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga e condotto dal Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie Biomediche dell'Università degli Studi di Milano Bicocca, dal Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate e Psicocomportamentali, Sezione di Statistica Medica ed Epidemiologia dell'Università degli Studi di Pavia, dalla Facoltà di Psicologia dell'Università degli Studi "G. d'Annunzio" di Chieti e dal Department of Mental Health Sciences Royal Free and University College Medical School of London con l'obiettivo di stimare la prevalenza della comorbidità tra disturbi da uso di sostanze e disturbi psichiatrici, negli utenti in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale in Italia, e studiare l'associazione tra caratteristiche di tipo clinico e/o socio-demografico ed alcuni indicatori di interesse di tipo trattamentale e/o di esito.

Disegno dello studio: studio trasversale e studio caso-controllo innestato.

Popolazione in studio: soggetti maggiorenni affetti da comorbidità tra disturbi da uso di sostanze e disturbi mentali in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale in Italia nel 2005. Il campione è costituito a partire da quanto rilevato nei dipartimenti partecipanti allo studio che corrispondono al 57% dei DSM presenti sul territorio nazionale.

Strumenti di rilevazione: i dati sono stati raccolti tramite schede di rilevazione riguardanti le caratteristiche strutturali dei diversi DSM (sistema di archiviazione e gestione dei dati, modello di presa in carico dell'utenza), le caratteristiche dei singoli operatori (tipologia di servizio, utenza in carico per operatore, utenza in carico affetta da comorbidità psichiatrica), le caratteristiche socio-demografiche individuali dell'utenza comorbile trattata e il carico prestazionale erogato per ciascun utente (anamnesi medico internistica, sostanze d'abuso, condizione legale, familiarità, disturbi psichiatrici, trattamento per l'abuso di sostanze, trattamento per disturbi psichiatrici).

12.11 SURVEY ISS - STUDIO ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ-MINISTERO DELLA SALUTE

Disegno dello studio: studio cross-sectional condotto in due anni (2005 e 2007) su un campione di SerT.

Campionamento: dai 550 SerT presenti in Italia sono stati estratti, per ciascun anno, 50 SerT con un campionamento multistadio. Dapprima sono stati estratti 50 SerT con una probabilità di inclusione proporzionale alla numerosità di utenti seguiti da ciascun SerT, in modo da dare maggior peso a quelli più grandi; successivamente ogni SerT ha estratto in modo casuale 30 utenti dall'elenco dei soggetti in carico, utilizzando una tabella di numeri random. I SerT che hanno partecipato sia nel 2005 che nel 2007 hanno escluso nel 2007 i tossicodipendenti già inclusi nello studio del 2005. Dei 100 SerT estratti, 87 hanno accettato di partecipare (45 nel 2005 e 42 nel 2007) per un totale di 2.582 tossicodipendenti.

Modalità di inclusione: criterio di eleggibilità era "essere in carico" presso il servizio, cioè aver frequentato il servizio per un trattamento (farmacologico o non) relativo allo stato di tossicodipendenza nell'anno in studio.

Strumento di rilevazione: questionario somministrato attraverso un'intervista strutturata condotta da personale appositamente addestrato. A tutti è stato richiesto un consenso informato scritto. Il questionario era suddiviso in varie sezioni e includeva informazioni socio-demografiche, sui comportamenti sessuali, sull'uso di sostanze (tipo di sostanze usate, anno di inizio uso e modalità di assunzione), e sui risultati dei test sierologici per HIV, HBV e HCV. I dati relativi a queste infezioni sono stati estratti dalla cartella clinica.

E' necessario mettere in evidenza alcuni limiti di questo studio. I risultati si riferiscono solamente ai tossicodipendenti in carico presso i SerT, che non sono

necessariamente rappresentativi dell'intera popolazione di tossicodipendenti italiani. Inoltre è stato fatto un campionamento in base alla localizzazione dei SerT in aree a maggiore o minore densità demografica e al numero di utenti per SerT, ma non in base ad un criterio di rappresentatività geografica.

Questo studio, tuttavia, aggiunge nuove informazioni rispetto a quelle annualmente raccolte dal Ministero della Salute. In particolare esso fornisce: dati individuali sulle caratteristiche demografiche e di uso degli stupefacenti dei tossicodipendenti in trattamento; dati individuali sull'esecuzione dei test sierologici per HIV, HBV e HCV (numero soggetti testati, numero positivi, numero negativi); dati individuali sull'uso endovenoso e non-endovenoso, di tutte le sostanze utilizzate dal singolo tossicodipendente.

12.12 PROGETTO "GEO DRUGS ALERT"

Il Progetto Sistema di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe (Geo Drugs Alert), a cura del Ministero della Salute in collaborazione con Ministero della Solidarietà Sociale, è stato realizzato dal Dipartimento delle Dipendenze Ulss 20 Verona e vi hanno aderito la Calabria, il Piemonte, la Campania, il Lazio, la Lombardia, la Liguria, le Marche, la Toscana, il Veneto, le Province Autonome di Bolzano e Trento, l'Abruzzo, la Basilicata, l'Emilia-Romagna, il Friuli-Venezia Giulia, il Molise e la Sicilia.

Sulla base delle indicazioni del Consiglio Europeo si è voluto sviluppare anche in Italia un sistema di allerta rapida che mettesse le organizzazioni e gli enti deputati alla protezione della salute pubblica nelle condizioni di gestire le situazioni di rischio legate alla produzione, diffusione, consumo di nuove droghe, di nuove modalità di consumo, intossicazioni e/o morti per overdose.

L'analisi dei sistemi di allerta precoce adottati in vari ambiti e paesi, ha permesso l'elaborazione di un modello di sistema efficace ed innovativo in grado di rilevare precocemente la comparsa di sostanze o di combinazioni di sostanze particolarmente tossiche, di attivare selettivamente, ma efficacemente, la rete dei servizi e delle organizzazioni per garantire una risposta rapida sul territorio e, contemporaneamente, di segnalare al Punto Focale Nazionale Reitox il fenomeno rilevato per la diffusione delle informazioni all'interno del network europeo. Caratteristiche del sistema sono la tempestività, indispensabile nel cogliere il fenomeno e la rapidità, necessaria nell'attivare le azioni di risposta che le unità operative, dislocate sul territorio, devono adottare per fronteggiare gli eventi.

Il software non è commerciabile, è gratuitamente a disposizione di tutte le Regioni e Province Autonome italiane, consente la collaborazione con le Forze dell'Ordine per lo scambio di informazioni sul traffico e lo spaccio delle sostanze stupefacenti.

12.13 ANALISI DEI COSTI SOCIALI

Lo studio per la quantificazione dei costi sociali indotti dall'utilizzo di sostanze psicoattive illegali, è stato condotto, sia nel 2006, che nel 2007, dalla Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari e dalla Sezione distaccata di Roma dell'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche con la collaborazione del Ministero della Salute, della Ragioneria Generale dello Stato e sia delle Amministrazioni centrali dello Stato che delle Regioni e Province Autonome che hanno fornito gli elementi informativi di base. La metodologia utilizzata ricalca quella proposta dall'Osservatorio europeo per la realizzazione di tali tipi di studio²⁰ e tiene conto anche delle altre esperienze maturate²¹. Si è quindi proceduto all'analisi dei fattori incidenti che creano diseconomie e potenziali perdite di guadagno per la collettività ed il consumatore stesso.

Il punto di partenza, rappresentato dall'analisi delle diverse tipologie di costo a partire dalle problematiche direttamente connesse al consumo delle sostanze psicoattive, ha comportato l'individuazione di quattro macro-aree, riconducibili essenzialmente ai costi sostenuti per la perdita di salute (trattamenti sanitari, assistenziali, sociali), per la perdita della produttività (riduzione del reddito, maggior rischio di disoccupazione ed interruzione dei percorsi lavorativi e formativi, riduzione delle ore lavorate, incremento dell'assenteismo), per l'applicazione della legge in materia (costi sostenuti per azioni promosse al fine di contrastare, ridurre, reprimere la domanda e l'offerta di sostanze stupefacenti e costi sostenuti dal sistema giudiziario nel suo complesso, considerando anche quelli relativi all'impatto del fenomeno droga con le strutture carcerarie) ed altri costi sociali, attribuibili principalmente all'acquisto delle sostanze stupefacenti.

Per la determinazione dei costi parte dell'analisi ha riguardato i flussi informativi istituzionali provenienti dalle Amministrazioni Centrali, quali i Ministeri dell'Interno, della Salute, della Giustizia e la Ragioneria Generale dello Stato. Sono state inoltre coinvolte le Amministrazioni Regionali e delle Province Autonome al fine di reperire altra informazione specifica. Sulla base di quanto acquisito sono state elaborate, quando necessario, delle stime in riferimento alle voci difficilmente reperibili e/o rilevate solamente in forma aggregata.

Nel dettaglio le informazioni rilevate dalle amministrazioni centrali hanno considerato:

i soggetti in carico ai SerT e i ricoveri con diagnosi correlata al consumo di sostanze (Ministero della Salute), i soggetti 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, 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), 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).

Per quanto riguarda la Ragioneria Generale dello Stato, sono stati acquisiti i dati relativi al Budget Rivisto 2007, che rappresenta il consuntivo del primo semestre

²⁰ P. Kopp e P. Fenoglio. Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France. OFDT 2000.

²¹ I principali riferimenti metodologici utilizzati fanno riferimento al lavoro di E. Single, D. Collina, B. Easton, H. Harwood, H. Lapsley, P. Kopp e E. Wilson. International Guideline for Estimating the Costs of Substance Abuse. Edizione 2001., e al Report che l'Osservatorio europeo sulle droghe e le tossicodipendenze ha commissionato a P. Reuter, M. Ramstedt e H. Rigter. Developing a Framework for Estimating Government Drug Police Expenditures. del 2004.

e le previsioni aggiornate per il secondo semestre del Budget dello Stato, da cui sono stati rilevati i costi sostenuti dalle amministrazioni centrali relativamente alle missioni istituzionali²² preliminarmente individuate e selezionate (diciassette in tutto), distinguendo ulteriormente per Centri di Responsabilità Amministrativa²³ e per Centri di Costo²⁴ inerenti l'analisi e quindi per voci del piano dei conti²⁵ (circa novanta).

Il coinvolgimento delle Amministrazioni regionali e delle Province Autonome ha riguardato principalmente la rilevazione dell'informazione relativa ai costi sostenuti per l'assistenza fornita a soggetti affetti da dipendenza da sostanze d'abuso.

Nello specifico sono state approfondite le aree di costo riferite:

- all'assistenza ambulatoriale, residenziali, semiresidenziali extra-ospedaliera;
- al personale specificatamente preposto all'assistenza socio-sanitaria dei soggetti;
- alla spesa farmaceutica specificatamente sostenuta in tale ambito;
- ai ricoveri ospedalieri e/o in case di cura private e/o convenzionate effettuati secondo diagnosi correlate all'uso di sostanze stupefacenti;
- alla realizzazione di progetti di prevenzione universale e selettiva, di riduzione della mortalità per intossicazione acuta da uso di sostanze, per i programmi di trattamento, per il reinserimento sociale e lavorativo e la realizzazione di campagne mass-mediatiche nell'ambito della dipendenza da sostanze legali ed illegali.

Altri flussi informativi utilizzati sono stati quelli relativi alle rilevazioni dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'Istat relativamente alla mortalità per causa in Italia, alla banca dati dell'Istituto Nazionale Infortuni sul Lavoro relativamente agli infortuni denunciati, unitamente alle evidenze emerse dagli studi PADDI, VEdeTTE, dalle indagini IPSAD®Italia, ESPAD®Italia e dal Progetto SIMI®italia.

²² Rappresentano gli oggetti mediante i quali il bilancio economico e finanziario può essere letto dal punto di vista dello scopo; sono la risultante dei servizi, finali e strumentali, posti in essere da ciascuna amministrazione in maniera propria e/o condivisa con altre amministrazioni per il raggiungimento degli scopi dell'amministrazione medesima.

²³ Unità organizzativa di livello dirigenziale generale cui vengono assegnate le risorse finanziarie, umane e strumentali; il titolare del CRA è il responsabile della gestione e dei risultati derivanti dall'impiego delle risorse assegnategli.

²⁴ Unità organizzativa individuata in coerenza con il Centro di Responsabilità Amministrativa al quale appartiene, ad ogni C.d.C. è assegnata la responsabilità di gestire le risorse dalle quali si generano i costi.

²⁵ Strumento di riferimento necessario per la rilevazione dei costi, tali costi sono classificati secondo le caratteristiche fisico-economico delle risorse (umane, strumentali e finanziarie).

