

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-Calculaton. 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).