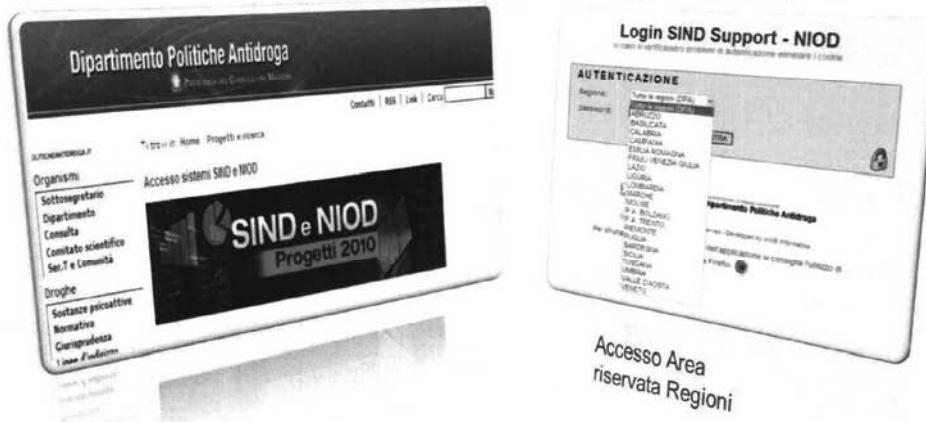


Figura II.2.6: Adesione delle Regioni e PP.AA. al progetto NIOD

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/auspicate e la programmazione delle attività previste per il 2012.

Premesse

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.

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

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>

Ministero della Salute
Ufficio Centrale
Stupefacenti

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.

Ministero della
Giustizia
Rilevazione dati
statistici dagli uffici
giudiziari territoriali

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

del Piano Statistico Nazionale, con lo scopo di raccogliere i dati di cui all'art. 1, comma 8, lett. g del Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 relativi al numero ed agli esiti dei processi penali per i principali reati previsti dal citato DPR.

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

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

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. è 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.

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.

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 fori 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

Ministero della Giustizia
Tutela della salute in ambito penitenziario

Ministero della Giustizia
I Servizi minorili

Ministero dell'Interno
Servizi di Polizia in materia di stupefacenti

La Scuola Superiore della Amministrazione dell'Interno

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.

La materia nell'ambito Difesa è attualmente disciplinata dal Codice dell'Ordinamento Militare (D-lgs. 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)".

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.

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

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

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⁾ Tossicodipendenze			Strutture Socio-riabilitative ⁽²⁾								
				Residenziali		Semiresidenziali			Ambulatoriali			
	2010	2011	Δ %	2010	2011	Δ %	2010	2011	Δ %	2010	2011	Δ %
Abbruzzo	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
P.A. Bolzano	4	4	0,0	2	2	0,0	1	1	0,0	0	0	0,0
P.A. 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
V.A. 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

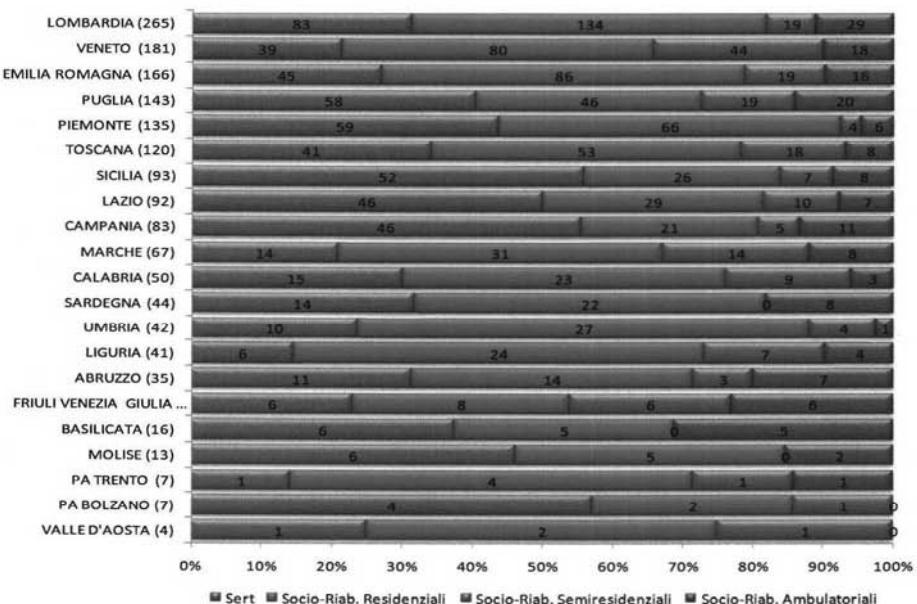
ND = dato non disponibile

(*) 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

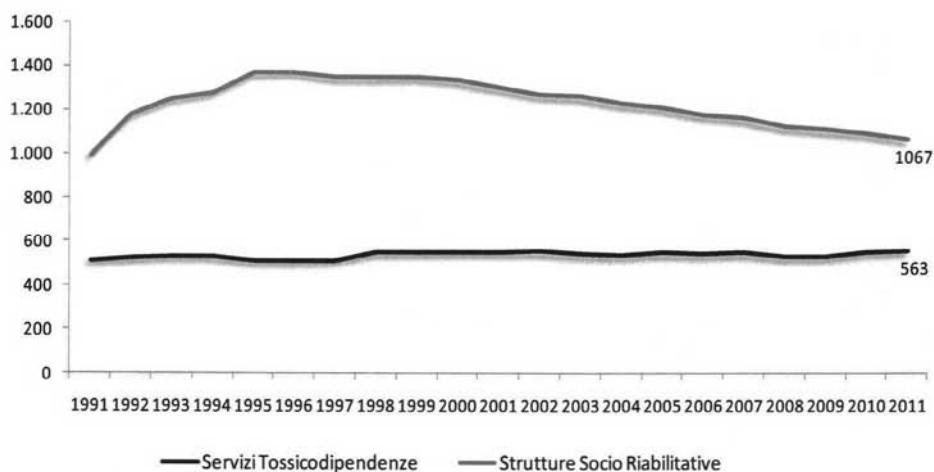
Dal punto di vista della ripartizione tra strutture sanitarie pubbliche e del privato sociale, si evidenzia una maggiore distribuzione percentuale di Sert nella Provincia Autonoma di Bolzano, in Sicilia, in Campania e nel Lazio (Figura II.2.8).

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 %
Dipendenze patologiche generiche (non inserite o inseribili nella casistica Schema Atto di Intesa)	44	30	-31,8	23	16	-30,4	-	6	n.c.	67	52	-22,4
Servizi di accoglienza art.11	35	21	-40,0	10	6	-40,0	-	21	n.c.	45	48	6,7
Servizi terapeutico-riabilitativi art.12	353	285	-19,3	77	49	-36,4	-	53	n.c.	430	387	-10,1
Servizi di trattamento specialistici art.13	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 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) Copie	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
Servizi pedagogico-riabilitativi art. 14	155	114	-26,5	32	25	-21,9	-	0	n.c.	187	139	-25,1
Servizi multidisciplinari integrati art. 15	10	10	0,0	1	0	100,0	-	0	n.c.	11	10	-9,1
Altri programmi accreditati	-	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	-13,1

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

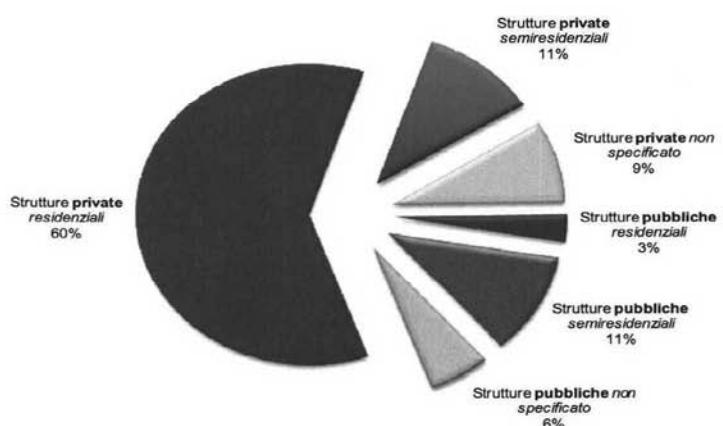
Tabella II.2.3: Strutture diagnostico terapeutico riabilitative pubbliche secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999, per tipologia di struttura e di assistenza. Anno 2011

	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 specialistico, 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

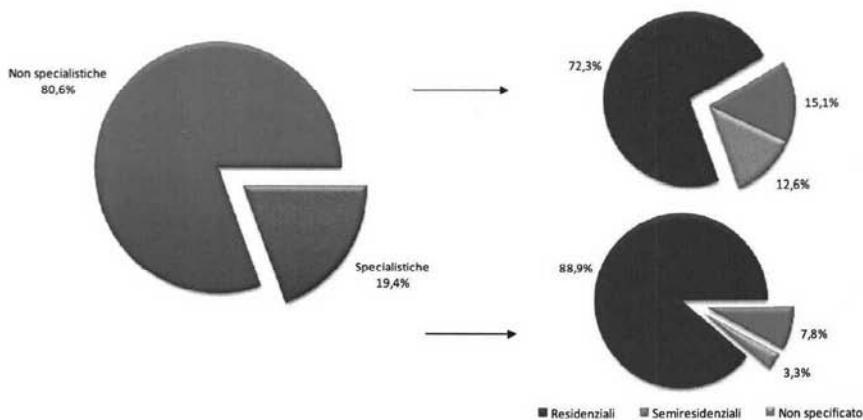
Tabella II.2.4: Strutture diagnostico terapeutico riabilitative private secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999, per tipologia di assistenza e per Regione. Anni 2010 – 2011

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

n.c.= dato non calcolabile

Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

Figura II.2.11: Distribuzione percentuale delle strutture diagnostico 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 consorziare 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.

Premessa

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 inespresso, diviso per regione con l'indicazione del periodo temporale a cui i dati si riferiscono e del numero di Comunità Terapeutiche

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 .

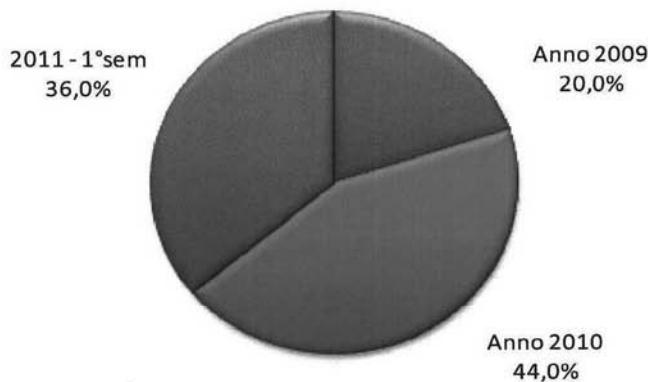
Di questo totale la quota che risulta ancora inevasa, in data 1 luglio 2011, è risultata essere di € 26.461.354,00.

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, insolite. 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 inevase 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 inevase nel 2009, 2010 e nel primo semestre del 2011 risultano essere pari a € 16 456.707,00.

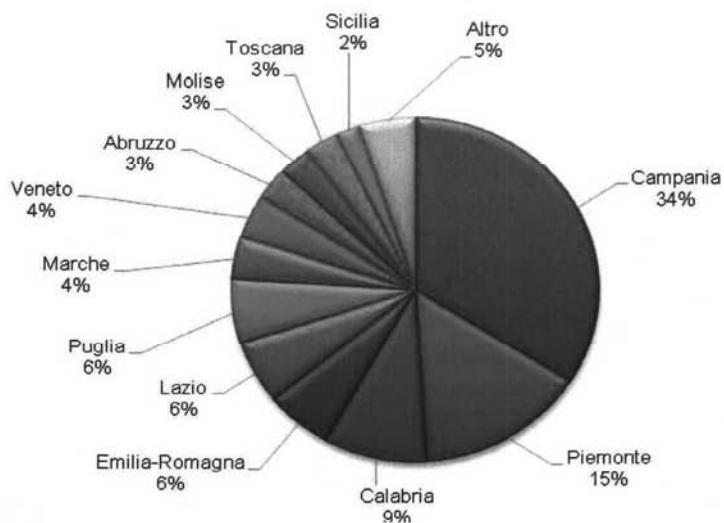
La forte differenza tra il valore delle fatture inevase indicate nel capitolo precedente, e quelle su base regionale, sono dovute ai seguenti motivi:

- 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 inevaso 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;

Esposizione verso le Regioni

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 inevase e che altre cinque regioni (Piemonte, Calabria, Puglia, Lazio ed Emilia Romagna) assorbono una quota del 43% del totale.

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

Fonte: Progetto Comunitaria

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