

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

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

Il Dipartimento della Programmazione e dell’Ordinamento del Servizio sanitario Nazionale – Direzione Generale Farmaci e Dispositivi medici, ha collaborato alle attività del Sistema di allerta precoce tramite la predisposizione di numerosi decreti ministeriali e l’emanazione di provvedimenti occorrenti all’applicazione delle disposizioni legislative e delle convenzioni internazionali in materia di sostanze stupefacenti e psicotrope.

Tra le attività istituzionali attribuite dal Decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 2001, n. 55 alla Direzione Generale della Giustizia Penale del Dipartimento per gli Affari di Giustizia rientra anche quella di effettuare rilevazioni statistiche al fine di valutare l’impatto socio-giuridico di alcune leggi (in particolare di recente emanazione) o la consistenza di alcuni fenomeni di rilevanza penale non sempre connessi ad una precisa normativa ma comunque ritenuti di particolare interesse. Nel caso della rilevazione sulle tossicodipendenze, ai sensi dell’art. 1, comma 9 del Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, anche il Ministero della Giustizia è tenuto a trasmettere i dati relativi alle questioni di sua competenza all’Osservatorio permanente per la verifica dell’andamento del fenomeno della tossicodipendenza.

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

Messa a regime
SIND
Italian Journal of
Addiction

Ministero della
Salute
Ufficio Centrale
Stupefacenti

Ministero della
Giustizia
Rilevazione dati
statistici dagli
uffici giudiziari
territoriali

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

generale. L'espletamento dei compiti istituzionali della D.C.S.A., in termini di coordinamento delle operazioni antidroga, costituisce un osservatorio privilegiato del quadro internazionale, in continua evoluzione, dei traffici illeciti di stupefacenti.

La Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno, Documentazione e Statistica – Ufficio I Documentazione Generale sin dall'entrata in vigore del D.P.R. N. 309/1990, cura tramite gli Uffici Territoriali del Governo, le rilevazioni dei dati statistici concernenti i soggetti segnalati ai Prefetti per consumo personale di sostanze stupefacenti, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. suddetto, i dati sulle strutture socio-riabilitative (censimento nazionale), i tossicodipendenti in trattamento nei medesimi centri di riabilitazione.

La Scuola
Superiore della
Amministrazione
dell'Interno

I tre uffici del Ministero degli esteri competenti in materia, Direzione Generale per gli Affari politici e di Sicurezza, Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo, Direzione Generale per l'Unione Europea, hanno, anche nel 2012, collaborato in sinergia con il DPA, proseguendo e rafforzando l'impegno in materia di promozione della prevenzione del consumo e, in maniera correlata, di definizione, nei competenti fora internazionali, del concetto di "riduzione del danno" alla luce delle normative e priorità nazionali volte al recupero clinico e sociale dei tossicodipendenti. Per poter continuare a svolgere un ruolo dinamico nel dibattito in seno alle Nazioni Unite in materia di droga, l'Italia ha presentato la propria candidatura per l'elezione dei membri della Commissione Droghe Narcotiche dell'ECOSOC per il triennio 2012-2015, le cui elezioni si sono svolte a New York nell'aprile 2011. Analogamente, il Ministero degli Affari Esteri ha presentato la candidatura italiana per il triennio 2012-2014 per la Commissione per la Prevenzione del Crimine e la Giustizia Penale, organismo che svolge un ruolo rilevante anche nella prevenzione della criminalità legata alla droga. Il 28 aprile 2011 l'Italia è stata eletta membro di entrambe le predette Commissioni.

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

L'attenzione del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) è focalizzata verso i comportamenti che determinano rischio per la salute dei giovani e che contribuiscono a provocare problemi sociali, disabilità e decessi. Questi comportamenti, spesso acquisiti durante la prima adolescenza, includono il fumo di sigaretta, l'alcol, e l'abuso di sostanze stupefacenti. Il MIUR ha, pertanto, implementato diverse iniziative di formazione ed informazione per la prevenzione delle dipendenze condotte sia a livello nazionale che locale.

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

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

La materia nell'ambito Difesa è attualmente disciplinata dal Codice dell'Ordinamento Militare (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'incolinità e la salute di terzi presso il Ministero della Difesa.(DIFESAN-2010)".

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

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

II.2.3. Amministrazioni Regionali

Sulla base delle indicazioni trasmesse dalle Regioni e dalle Province Autonome di Trento e Bolzano, attraverso le schede riportate integralmente al Capitolo V.2.3., le Amministrazioni Regionali hanno mantenuto anche per l'anno 2012 un livello di attività organizzativa, normativa e programmatica estremamente diversificato e non omogeneo. Tuttavia, conseguentemente all'approvazione e pubblicazione di alcune importanti procedure formali da parte del Dipartimento per le Politiche Antidroga, in accordo con la Conferenza Stato-Regioni e i Ministeri competenti, nonché in linea con le indicazioni fornite nel Piano Nazionale di Azione Antidroga si è potuto riscontrare uniformità, almeno per un congruo numero di Regioni, in merito ai seguenti punti.

- Sono stati adottati nel 2012, o sono in via di adozione, i provvedimenti regionali attuativi dell'Intesa Stato-Regioni del 30/10/07 e dell'Accordo Stato-Regioni del 18/09/08 in tema di accertamento di assenza di tossicodipendenza e consumo di sostanze in determinate categorie di lavoratori addetti a mansioni che comportano rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi.
- Si è dato avvio o impulso alla prosecuzione per l'implementazione dei sistemi informativi regionali al fine di adeguare e allineare le raccolte di dati al nuovo Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze (SIND) promosso dal DPA in collaborazione con la Conferenza Stato-Regioni e il Ministero della Salute. Il fabbisogno di dati e informazioni per la ricerca epidemiologica e per il monitoraggio di efficienza ed efficacia dei servizi si pone come obiettivo prioritario sia per soddisfare le sempre maggiori richieste di approfondimento della conoscenza del fenomeno sia per orientare le scelte programmatiche in modo più mirato ed appropriato ai bisogni dell'utenza e alla loro evoluzione.
- A seguito dell'adesione da parte di quasi tutte le Regioni al Progetto NIOD – Network Italiano degli Osservatori sulle Dipendenze, promosso dal DPA, è stato dato impulso e sostegno alla istituzione o rafforzamento degli Osservatori regionali per la raccolta dei dati e delle informazioni..
- In tutte le Regioni è stato dato nuovo impulso agli interventi di prevenzione, sia attraverso l'adozione di Piani o programmi regionali, sia con la stipula di accordi di cooperazione fra i diversi soggetti istituzionali e del privato sociale interessati a questa area di intervento specifico, vale a dire le aziende sanitarie, le Prefetture, le Direzioni scolastiche regionali, i Comuni, le Province, le associazioni accreditate e il mondo della società civile.

Anche a seguito dell'approvazione di nuovi Piani sociali e sanitari o di deliberazioni ad hoc, si è poi assistito alla creazione o individuazione di organismi di coordinamento regionale a carattere diversificato. Alcune Regioni hanno promosso la realizzazione di Comitati o tavoli di coordinamento o per la prevenzione delle tossicodipendenze e/o dell'alcolismo e per il gioco d'azzardo, o per l'unificazione, a livello di azienda sanitaria, dei Dipartimenti delle Dipendenze con i Dipartimenti di Salute Mentale. Nuovo impulso è stato dato in quasi tutte le Regioni all'integrazione fra le strutture pubbliche e private.

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

Accertamenti
toxicologici per i
lavoratori con
mansioni a rischio

Sistema
informativo
nazionale sulle
dipendenze -
SIND

Progetto NIOD

Priorità azioni di
prevenzione

Scarsità di budget

II.2.4. Strutture di trattamento socio-sanitario

Al 31.12.2012, secondo le fonti del Ministero della Salute e del Ministero dell'Interno, le strutture socio-sanitarie attive dedicate alla cura ed al recupero di persone con bisogno assistenziale legato all'uso di sostanze psicoattive sono complessivamente 1.661, di cui 633 (38,1%) servizi pubblici per le tossicodipendenze (Ser.T.) e le rimanenti 1.028 sono strutture socio-riabilitative, in prevalenza strutture residenziali (66,5%), a seguire quelle semiresidenziali (18,6%) ed i servizi ambulatoriali (14,9%). Rispetto al 2011 si osserva una riduzione delle strutture socio-riabilitative pari al 3,7% (39 strutture), più marcata per le strutture ambulatoriali (-8,9) e per le strutture residenziali (-3,4%).

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

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

	Servizi (1)			Strutture Socio-riabilitative (2)											
	Tossicodipendenze			Residenziali				Semiresidenziali				Ambulatoriali			
	2011	2012	Δ %	2011	2012	Δ %	2011	2012	Δ %	2011	2012	Δ %	2011	2012	Δ %
Abruzzo	10	11	10,0	14	13	-7,1	3	3	0,0	7	6	-14,3			
Basilicata	6	6	0,0	5	5	0,0	0	2	-	5	4	-20,0			
Calabria	15	17	13,3	23	24	4,3	9	9	0,0	3	3	0,0			
Campania	46	45	-2,2	21	19	-9,5	5	6	20,0	11	13	18,2			
Emilia Romagna	45	46	2,2	86	89	3,5	19	20	5,3	16	14	-12,5			
Friuli Venezia Giulia	6	12	100,0	8	8	0,0	6	4	-33,3	6	5	-16,7			
Lazio	46	46	0,0	29	23	-20,7	10	12	20,0	7	7	0,0			
Liguria	ND	16	186,7	24	24	0,0	7	7	0,0	4	5	25,0			
Lombardia	83	92	10,8	134	134	0,0	19	19	0,0	29	23	-20,7			
Marche	14	13	-7,1	31	31	0,0	14	14	0,0	8	9	12,5			
Molise	6	5	-16,7	5	5	0,0	0	0	-	2	1	-50,0			
PA Bolzano	4	4	0,0	2	2	0,0	1	1	0,0	0	0	-			
PA Trento	1	3	200,0	4	4	0,0	1	1	0,0	1	1	0,0			
Piemonte	ND	111	88,1	66	64	-3,0	4	4	0,0	6	6	0,0			
Puglia	58	55	-5,2	46	43	-6,5	19	16	-15,8	20	16	-20,0			
Sardegna	14	8	-42,9	22	21	-4,5	0	1	-	6	8	0,0			
Sicilia	52	51	-1,9	26	23	-11,5	7	7	0,0	8	5	-37,5			
Toscana	41	41	0,0	53	54	1,9	18	19	5,6	8	7	-12,5			
Umbria	11	11	0,0	27	18	-33,3	4	5	25,0	1	1	0,0			
Valle d'Aosta	1	1	0,0	2	2	0,0	1	1	0,0	0	0	-			
Veneto	39	39	0,0	80	78	-2,5	44	40	-9,1	18	17	-5,6			
Totale	563(*)	633	12,4	708	684	-3,4	191	191	0,0	168	153	-8,9			

ND = dato non disponibile

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

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

1.661 strutture di assistenza, di cui:

633 Ser.T.

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

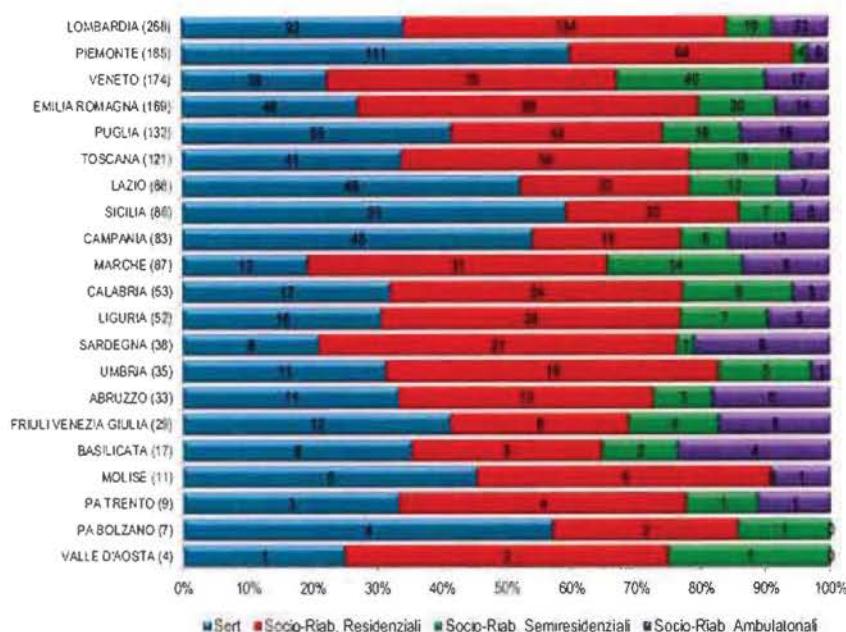
Maggiore concentrazione al nord

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

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

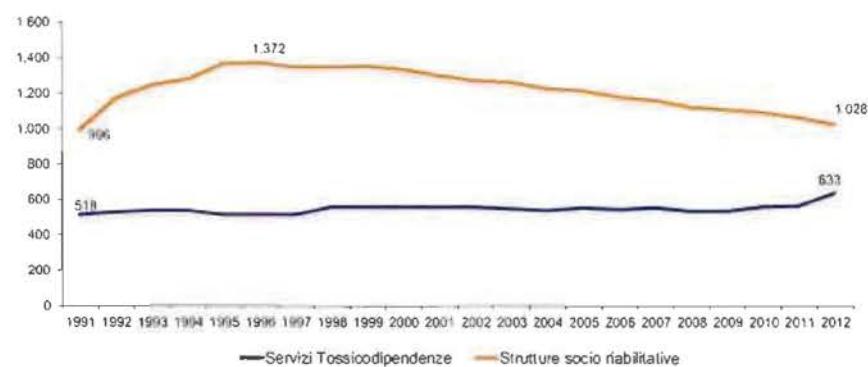
Dal punto di vista della ripartizione tra strutture sanitarie pubbliche e del privato sociale, si evidenzia una maggiore distribuzione percentuale di Sert in Piemonte, in Sicilia, nella Provincia Autonoma di Bolzano e in Campania (Figura II.2.11).

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



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

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



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute

L'andamento della numerosità delle strutture socio-sanitarie in vent'anni evidenzia un incremento dei servizi per le tossicodipendenze attive, passati da 518 nel 1991 a 633 nel 2012, pari ad un aumento del 22,2%. Molto più variabile appare il trend delle strutture socio-riabilitative, che secondo quanto riportato dalla Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie del Ministero dell'Interno, evidenzia un incremento nei primi anni '90, dovuto agli effetti della Legge 162 del 1990 che ha determinato un incremento dei servizi sanitari, sia pubblici che privati, per rispondere alla sempre

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

crescente domanda di trattamento delle tossicodipendenze. Tale incremento delle strutture culmina nel 1996 con 1.372 unità, seguito da una lenta diminuzione che si fa sempre più consistente a partire dal 2002 fino ad arrivare a 1.028 strutture esistenti nel 2012.

Nel corso del primo quadriennio del 2012 è stata condotta una rilevazione presso gli Assessorati regionali riguardante la ricognizione delle strutture del privato sociale (Enti Ausiliari accreditati/autorizzati ex artt. 115 e 166 del DPR 309/90) e del pubblico di tipo diagnostico terapeutico riabilitativo secondo l'articolazione dello Schema Atto di Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999. Dalle informazioni online fornite in una specifica piattaforma creata dal Dipartimento per le Politiche Antidroga, da tutte le Regioni e PP. AA. esclusa la Valle D'Aosta, emerge che le strutture private diagnostico - terapeutico - riabilitative residenziali e semiresidenziali non inserite o inseribili nella casistica prevista dall'Atto d'intesa Stato-Regioni sono complessivamente 39, 13 in meno rispetto all'anno precedente (Tabella II.2.2). Diminuiscono le strutture residenziali, confermando la tendenza già osservata lo scorso anno (-16,7% rispetto al 2011) e diminuiscono anche le strutture semiresidenziali (-12,5% rispetto al 2011). In aumento i servizi classificati nella tipologia "Accoglienza" nello Schema Atto d'Intesa per quanto riguarda le strutture residenziali (+14,3%) e quelle semiresidenziali (+83,3%), complessivamente non è possibile effettuare un confronto diretto con il 2011 in quanto in tale anno c'è un sostanziale numero di strutture in corrispondenza delle quali non è stata definita la tipologia. Il numero di strutture afferenti all'area terapeutico-riabilitativa aumenta per le strutture residenziali (+16,3%), mentre per quanto concerne i servizi di trattamento specialistico, questi aumentano per le strutture residenziali (+8,8%) e diminuiscono per quelle semiresidenziali (-16,7%). In totale si ha un aumento delle strutture pari al 3,3%, infatti queste sono complessivamente pari a 158 (153 nel 2011), di cui il 31,6% eroga servizi per pazienti in doppia diagnosi, il 18,4% per alcolisti, il 15,2% eroga servizi per donne con bambini e il 10,8% sono case alloggio per pazienti con AIDS.

Dal 1996 calo delle strutture socio riabilitative

Atto di Intesa
Stato-Regioni del
5 agosto 1999

Strutture residenziali in calo del 16,7%

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

Strutture di trattamento specialistico: +3,3%

Tabella II.2.4: Strutture diagnostico terapeutico riabilitative private secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999, per tipologia di struttura e di assistenza. Anni 2011 – 2012

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

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

n. c.= dato non calcolabile

Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

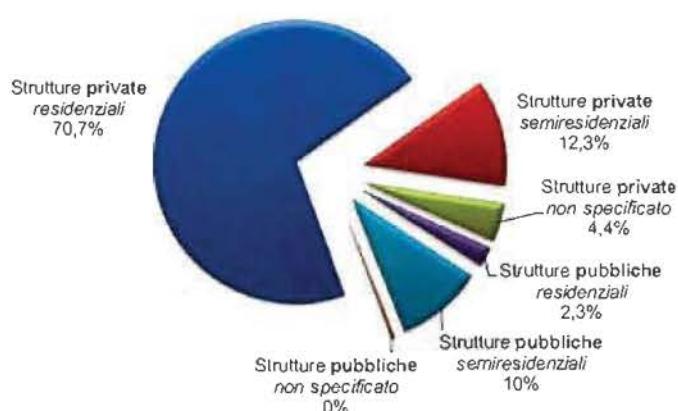
Tabella II.2.5: Strutture diagnostico terapeutico riabilitative pubbliche secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999, per tipologia di struttura e di assistenza. Anno 2012

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

Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

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

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



Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

Tabella II.2.6: Strutture diagnostico terapeutico riabilitative private secondo lo Schema Alto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999, per tipologia di assistenza e per Regione. Anni 2010 – 2012

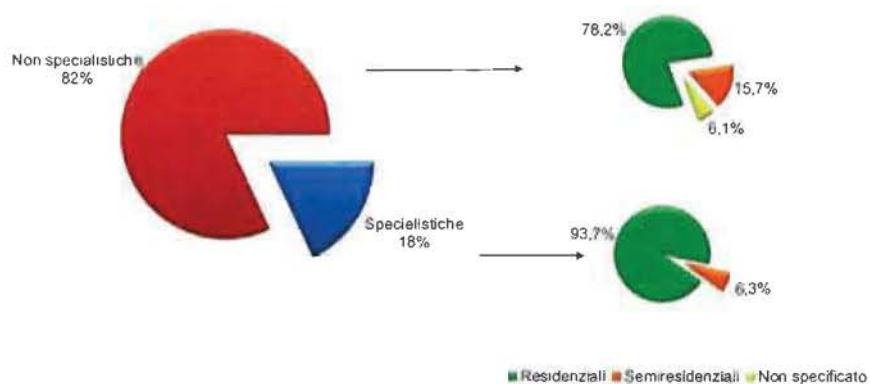
Anno	Strutture specialistiche (art. 13)				Strutt. non specialistiche				Totale	
	Resid.	Semi	Non spec	Totale	Resid.	Semi	Non spec	Totale		
Abruzzo	2011	1	0	0	1	12	4	0	16	17
	2012	1	0	0	1	12	4	0	16	17
	Δ %	0,0	-	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	
Basilicata	2011	1	0	0	1	5	0	0	5	6
	2012	1	0	0	1	5	0	0	5	6
	Δ %	0,0	-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

n.c.= dato non calcolabile

* = dato richiesto nell'anno 2012 non fornito

Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

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



Fonte: *Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome*

II.2.5. Analisi dei costi/benefici

II.2.5.1 Premessa

L'analisi del fenomeno del consumo delle sostanze stupefacenti illegali, non può prescindere dalla valutazione dell'impatto economico che lo stesso esercita sul Paese, soprattutto in un contesto epocale come quello attuale, attraversato da profonde difficoltà socio-economiche che interessano tutti i Paesi del mondo.

A supporto del profilo conoscitivo dettagliato relativo alle diverse aree di interesse ed osservazione del fenomeno in oggetto (evoluzione del fenomeno da un lato, che include il mercato illecito e il bisogno/domanda di sostanze - consumo -, ed il sistema di contrasto dall'altro, che include la prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento degli assistiti, ed il contrasto delle FFOO) delineato all'interno del presente volume, in questo paragrafo viene presentata un'ipotesi di valorizzazione monetaria delle componenti maggiormente rilevanti dell'impatto economico del fenomeno sulla società, secondo la definizione ormai consolidata del concetto di "costi sociali".

Con tale termine, infatti, si intendono i costi sopportati dai cittadini e dalla collettività direttamente ed indirettamente, derivanti dalle conseguenze dell'uso di droga e del mercato ad esso connesso. In particolare, la stima dei costi sociali è orientata a quantificare il danno economico subito dalla società, e conseguentemente dal cittadino, a fronte del consumo di sostanze illecite.

Secondo la letteratura scientifica corrente che trae origine dai modelli economici sviluppati in seguito agli studi condotti negli anni '90 negli Stati Uniti dal gruppo di Kenner Rice, il costo sociale del consumo di sostanze è equivalente ai costi cumulativi generati dal consumo, senza tener conto del fatto che alcune attività alle quali il fenomeno dà luogo (assistenza sanitaria, contrasto delle FF.OO.) possono effettivamente creare ricchezza (ad esempio il reddito percepito dal personale che opera nel settore sanitario, nelle Forze dell'Ordine, etc).

Volendo rappresentare e classificare le diverse voci di costo imputabili al consumo di sostanze in macroaree, alcuni recenti rassegne di studi disponibili in

I costi sociali legati
al fenomeno del
consumo di
sostanze
stupefacenti

letteratura^{1,2} individuano differenti modelli di classificazione, di differente grado di complessità, secondo il dettaglio delle voci di costo in essi rappresentati.

In particolare, il modello proposto da Kopp e Palle (1998), individua tre macroaree di costi riprese e sviluppate anche nell'analisi economica dei Dipartimenti per le Dipendenze di Serpelloni (2006)³: costi attribuibili al singolo individuo (costi individuali, rappresentati prevalentemente dai costi per l'acquisto di sostanze stupefacenti, oltre ad altre spese non rimborsate legate al mancato pagamento delle tasse per la mancata produttività, eventuali spese giuridiche, etc), e costi che sostiene l'intera collettività (costi collettivi, sostenuti dalle Amministrazioni centrali e locali per il contrasto al traffico di sostanze illegali e per l'offerta di assistenza ai consumatori). Questi ultimi costi possono essere distinti in ulteriori tre macro-categorie: contrasto, trattamento e prevenzione, e costi esterni (indiretti per l'individuo e per la collettività, imputabili prevalentemente alla mancata produttività, assenteismo, mortalità prematura, trattamento delle patologie droga-correlate, etc).

Sulla base di tale modello, considerata talvolta la problematicità di distinguere le voci relative al costo per la prevenzione da quelle dell'assistenza socio-sanitaria, qualora sostenute entrambe dai servizi per le dipendenze, le categorie di costo utilizzate ai fini dell'analisi nel presente documento sono riferite a:

- costi individuali, imputabili principalmente all'acquisto delle sostanze stupefacenti illegali;
- costi per l'applicazione della legislazione, misurabili in termini di azioni promosse al fine di contrastare, ridurre e reprimere la domanda e l'offerta di sostanze stupefacenti;
- costi socio-sanitari, connessi alle conseguenze sanitarie ed il conseguente reinserimento sociale derivanti dal consumo di sostanze psicoattive;
- costi relativi alla perdita di produttività: derivante dalla riduzione della capacità lavorativa, in termini sia di giornate di lavoro perse sia di aumento del rischio di disoccupazione o di interruzione precoce del percorso lavorativo.

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

II.2.5.2 Stima dei costi sociali

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

Modello di classificazione dei costi

Componenti di costi da imputare al consumo di sostanze stupefacenti

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

¹ Calculating the social cost of illicit drugs - Methods and tools for estimating the social cost of the use of psychotropic substances. P. Kopp – Council of Europe (2001)

² Analisi economica dei dipartimenti delle dipendenze: prima ricognizione dei costi e valorizzazione dei risultati. G.Serpelloni, M. Gomma (2006)

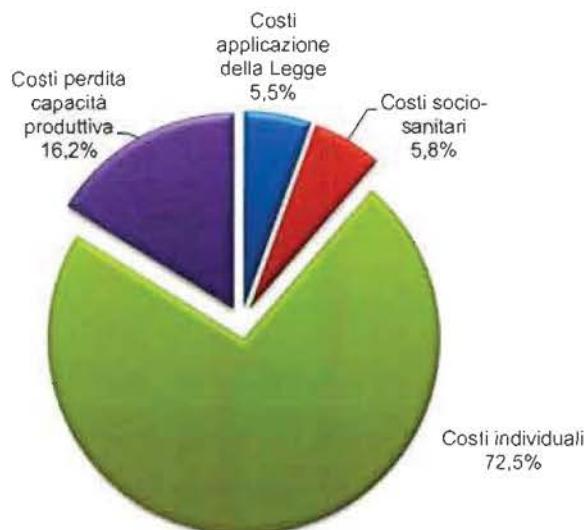
³ Come nota 2

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

Voci di costo	Costo	
Costi individuali	20.651.056.123,84 €	
Costi perdita capacità lavorativa	4.615.677.697,81 €	
Costi applicazione della legge	1.574.434.036,73 €	
Costi socio sanitari	1.650.512.215,58 €	
Totale	28.491.680.073,96 €	
Voce di beneficio	Beneficio minimo	Beneficio massimo
Benefici diretti (evitato acquisto di droghe)	2.096.390.275,00 €	6.088.147.100,00 €
Utenti in trattamento reinseriti nel mondo del lavoro		3.718.613.828,42 €
Totale	5.815.004.103,42 €	9.806.760.928,42 €

Fonte: Elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga

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



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

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

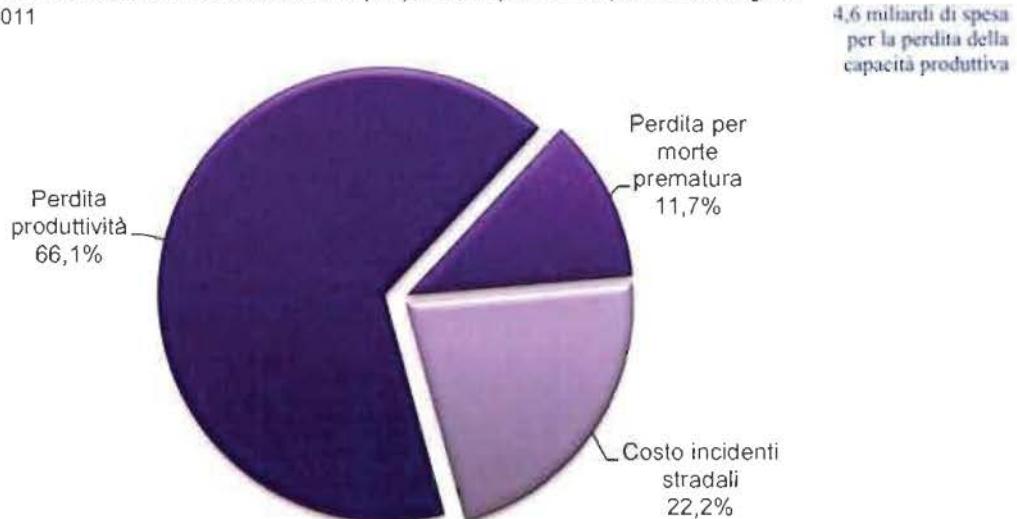
Il maggior costo è rappresentato dalla spesa per l'acquisto della droga da parte dei consumatori: 20,7 miliardi di euro

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

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

Fonte: elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga

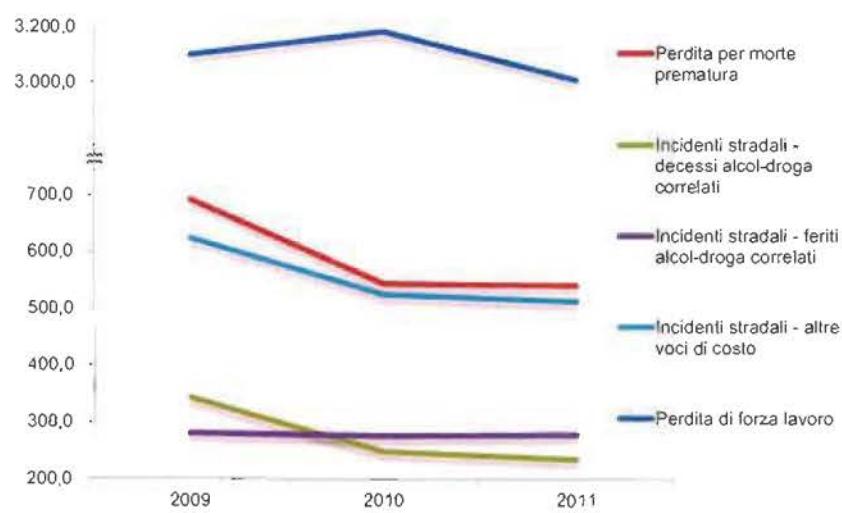
Figura II.2.16: Distribuzione dei costi sociali per perdita di produttività per micro-categorie.
Anno 2011



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

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

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



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

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

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

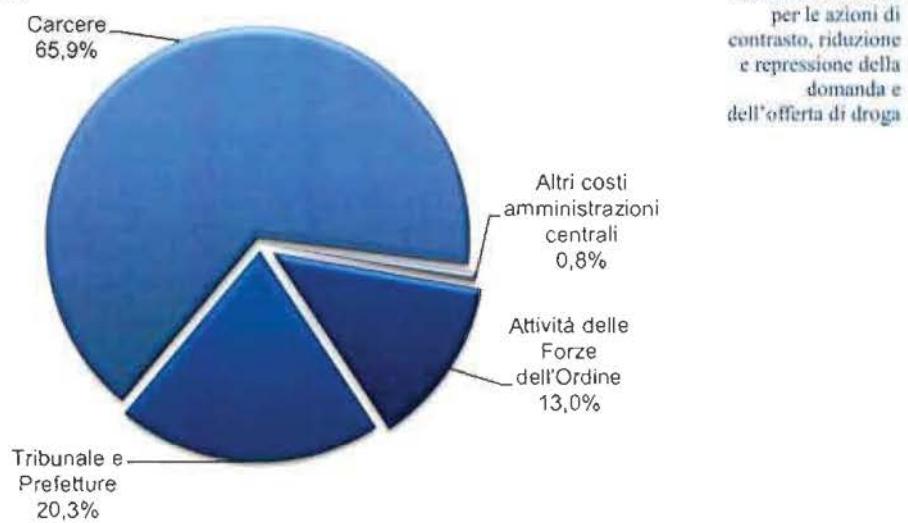
Tabella II.2.9: Stima dei costi per l'applicazione della Legge. Anno 2011

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

Fonte: elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga

Le azioni di contrasto, riduzione e repressione della domanda e dell'offerta di sostanze stupefacenti incidono sul costo sociale complessivo per il 5,5% circa (1.574.434.037 Euro) (Figura II.2.18), di cui oltre la metà a carico del Ministero della Giustizia per la detenzione di persone denunciate per reati legati al DPR 309/90 o di persone tossicodipendenti recluse per altri reati (Figura II.2.18). Il 13% dei costi per l'applicazione della legge, sono stati sostenuti dalle Forze dell'Ordine nell'ambito delle attività di prevenzione (artt 121 e 75 DPR 309/90) e di contrasto alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti, oltre alle attività di controllo sulle strade rivolti a conducenti in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti (artt 186 e 187 codice della strada).

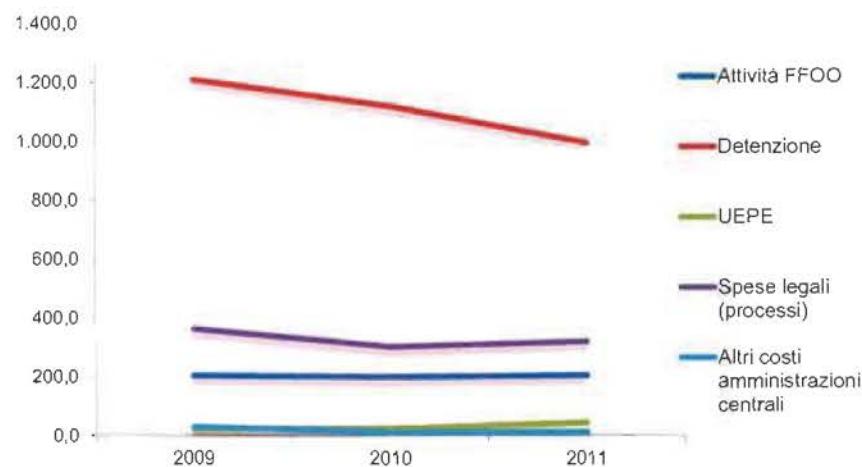
Figura II.2.18: Distribuzione dei costi sociali per l'applicazione della Legge per micro-categorie. Anno 2010



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

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

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



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

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

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

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

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

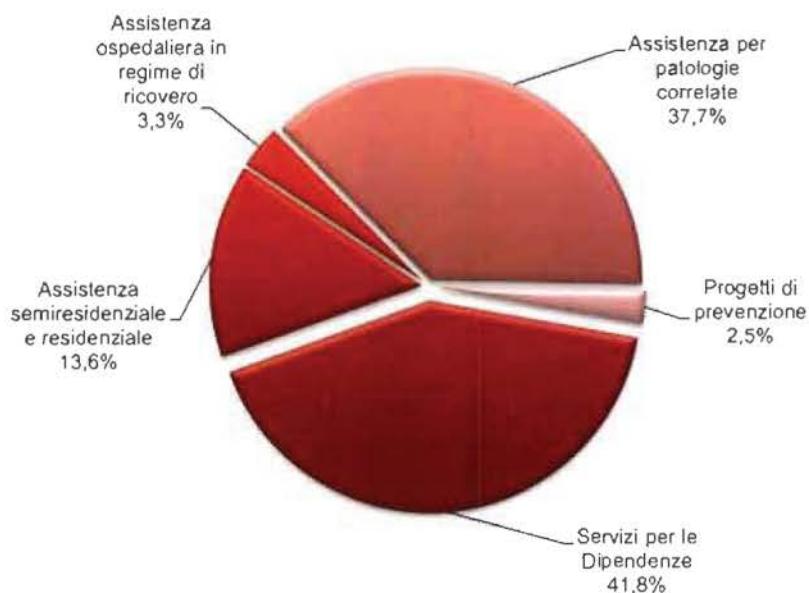
Voci di costo	Costo in Euro	Percentuale
Servizi per le dipendenze	689.167.477,37 €	41,75%
Assistenza semiresidenziale e residenziale	243.638.249,91 €	14,76%
Assistenza ospedaliera in regime di ricovero	54.700.173,37 €	3,31%
Assistenza per patologie correlate	621.614.588,00 €	37,66%
Progetti di prevenzione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

Fonte: Elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga

In termini procapite, considerando i costi sostenuti dai Servizi per le Dipendenze, i costi per l'assistenza residenziale e semiresidenziale, ed i costi per l'erogazione delle terapie per le malattie infettive droga-correlate, il costo medio a carico del singolo cittadino di età 15-64 anni a livello nazionale è pari a circa 40 euro annui, con valori sensibilmente variabili tra le diverse Regioni e Province Autonome, che oscillano tra un minimo di 15 euro per la Regione Calabria ed un massimo di 75 euro annui procapite per la Regione Liguria.

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

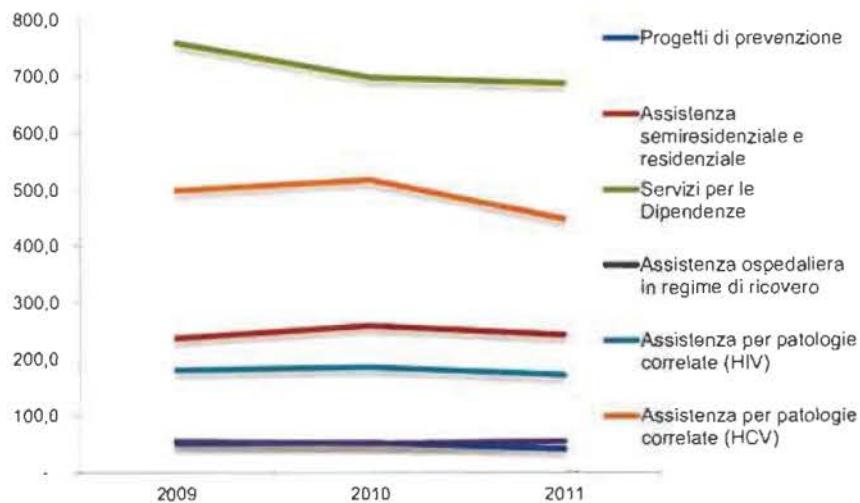
Figura II.2.20: Distribuzione dei costi sociali per l'assistenza socio-sanitaria per micro-categorie. Anno 2011



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

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

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



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga