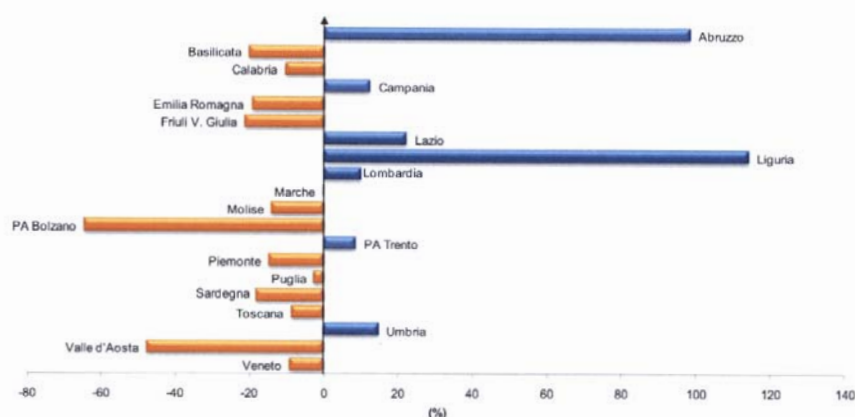


Non avendo le informazioni sulla reale presenza dei soggetti a tempo parziale o a convenzione, il rapporto operatori/utenti è stato condotto sul numero assoluto di questi ultimi, e pertanto senza utilizzare il parametro “full time equivalent”.

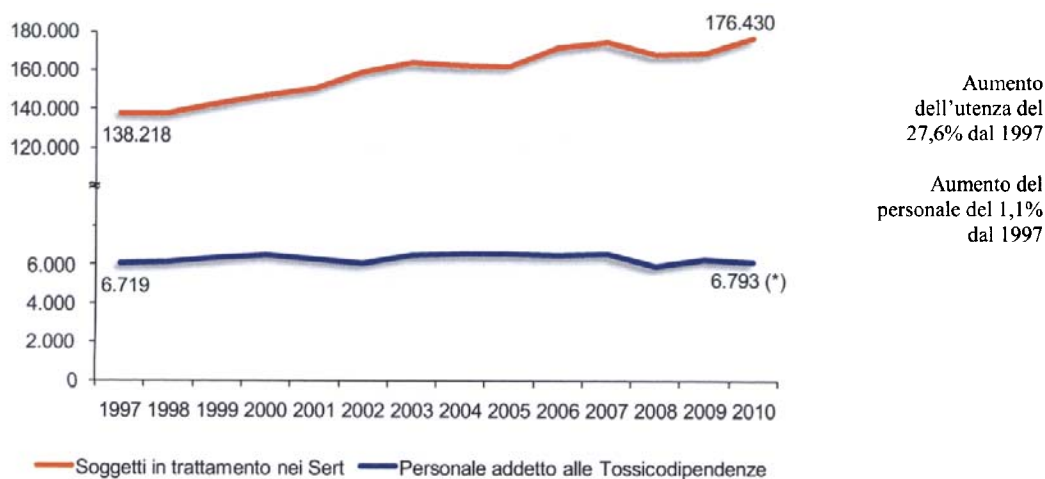
Figura II.2.11: Scostamento percentuale dalla media nazionale del carico medio di utenti per operatore. Anno 2010



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute

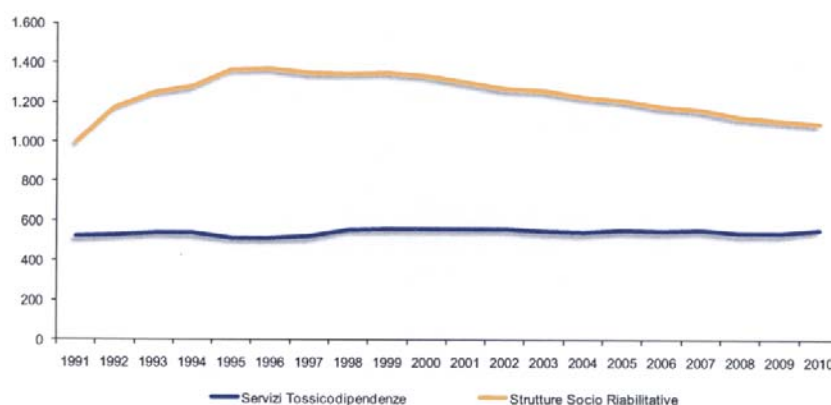
Dal 1997 al 2007 l'andamento del personale addetto ai servizi per le tossicodipendenze aumenta dell'8,3% a fronte di un aumento dell'utenza, nello stesso periodo del 26,1%. Nel 2008 si registra una diminuzione sia del personale addetto ai servizi che del numero di utenti in trattamento; nel 2009 per entrambi i contingenti si osserva un'inversione di tendenza (rispettivamente +0,4% e +7% rispetto al 2008). Va precisato, tuttavia, che nel 2008 i Ser.T. che hanno inviato informazioni relativamente al personale addetto ha raggiunto la copertura dell'89% rispetto ai Ser.T. attivi e il 92% con riferimento all'utenza in trattamento; nel 2009 tali percentuali hanno raggiunto i valori rispettivamente del 90% e del 93%. Nel 2010 si osserva un ulteriore aumento dei soggetti in trattamento ed una riduzione del personale addetto alle tossicodipendenze. La percentuale di copertura dei Ser.T. che hanno inviato informazioni relativamente al personale addetto è del 77% rispetto ai Ser.T. attivi; poiché quest'ultimo valore è fortemente influenzato dalla bassa percentuale di copertura della Lombardia (17,1%) nel 2010, nelle analisi successive si considererà per tale regione il valore osservato nel 2009.

Dal 1997:
- aumento
dell'1,1% del
personale
- aumento del
27,6% dell'utenza

Figura II.2.12: Trend dell'utenza e del personale addetto ai servizi per le tossicodipendenze. 1997 - 2010

(*) Dato stimato considerando il valore 2009 della Lombardia

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute

Figura II.2.13: Andamento numero strutture socio-sanitarie per tossicodipendenti - Anni 1991 - 2010

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 554 nel 2010, pari ad un aumento del 6,9%. Molto più variabile appare il trend delle strutture socio-riabilitative, che secondo quanto riportato dalla Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica 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 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 1.093 strutture esistenti nel 2010.

Nel corso del primo quadrimestre del 2011 è stata condotta una rilevazione presso

Il numero dei Ser.T. aumenta del 6,9% dal 1991 al 2010

Dal 1996 calo delle strutture socio riabilitative

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 fornite dalle Regioni Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Sicilia, Sardegna, Toscana, Umbria, Veneto e Province Autonome di Trento e Bolzano 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 67, 98 in meno rispetto all'anno precedente (Tabella II.2.4). Diminuiscono fortemente le strutture residenziali, confermando la tendenza già osservata lo scorso anno (-69,2% rispetto al 2009), mentre aumentano di una unità le strutture semiresidenziali (+4,5% rispetto al 2009). In aumento i servizi classificati nella tipologia "Accoglienza" nello Schema Atto d'Intesa (+12,5%), in particolare aumentano del 66,7% nelle strutture residenziali e del 12,5% in quelle semiresidenziali. In aumento anche il numero di strutture afferenti all'area terapeutico-riabilitativa (+14,1%), sebbene le unità operative in regime semiresidenziale indichino una contrazione del -10,5%, dopo aver subito un forte aumento nel 2009; un incremento del 15,2% si registra anche per le strutture pedagogico-riabilitative, che da 152 nel 2009 passano a 187 nel 2010, con maggiore flessione per i servizi semiresidenziali. Le strutture di trattamento specialistico sono complessivamente 176 (+20,5% rispetto al 2009), presenti in tutte le Regioni che hanno aderito alla rilevazione ad eccezione di Campania, Molise, Puglia e Sicilia (Tabella II.2.4). Il 32% di queste eroga servizi per pazienti in doppia diagnosi, il 17% per alcolisti, il 14% per donne con bambini, il 14% sono case alloggio per pazienti con AIDS e l'8% centri di crisi.

Atto di Intesa
Stato-Regioni del 5
agosto 1999

Strutture
residenziali in calo
del 69,2%

Servizi di
accoglienza in
aumento del 12,5%

Strutture
pedagogico
riabilitative in
aumento del 15,2%

Strutture di
trattamento
specialistico:
+20,5%

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 2009 - 2010

	Residenziali			Semiresidenziali			Totale strutture		
	2009	2010	Δ %	2009	2010	Δ %	2009	2010	Δ %
<i>Dipendenze patologiche generiche (non inserite o inseribili nella casistica Schema Atto di Intesa)</i>	143	44	-69,2	22	23	4,5	165	67	-59,4
<i>Servizi di accoglienza art.11</i>	21	35	66,7	9	10	11,1	40	45	12,5
<i>Servizi terapeutico-riabilitativi art.12</i>	291	353	21,3	86	77	-10,5	377	430	14,1
<i>Servizi di trattamento specialistici art.13</i>	145	170	17,2	1	6	500	146	176	20,5
13 a) Doppia Diagnosi	53	53	0,0	-	3	n.c.	53	56	5,7
13 b) Mamma con bambino	23	24	4,3	-	-	n.c.	23	24	4,3
13 c) Alcolisti	19	29	52,6	1	1	0,0	20	30	50,0
13 d) Cocainomani	-	-	n.c.	-	1	n.c.	-	1	n.c.
13 e) Giocatori d'azzardo patologici	-	-	n.c.	-	-	n.c.	-	0	n.c.
13 f) Minori	4	14	250	-	1	n.c.	4	15	275,0
13 g) Coppie	-	1	n.c.	-	-	n.c.	-	1	n.c.
13 h) Centri crisi	6	14	133,3	-	-	n.c.	6	14	133,3
13 i) Casa alloggio AIDS	24	24	0,0	-	-	n.c.	24	24	0,0
13 l) Altro	16	11	-31,3	-	-	n.c.	16	11	-31,3
<i>Servizi pedagogico-riabilitativi art. 14</i>	131	155	18,3	21	32	52,4	152	187	23,0
<i>Servizi multidisciplinari integrati art. 15</i>	21	10	-52,4	5	1	-80,0	26	11	-57,7
<i>Altri programmi accreditati</i>	-	-	n.c.	1	-	n.c.	4	0	n.c.
Totale	752	767	2,0	145	149	2,8	910	916	0,7

Aumento in
particolare dei
servizi per doppia
diagnosi, per minori
e i servizi
multidisciplinari
integrati

Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

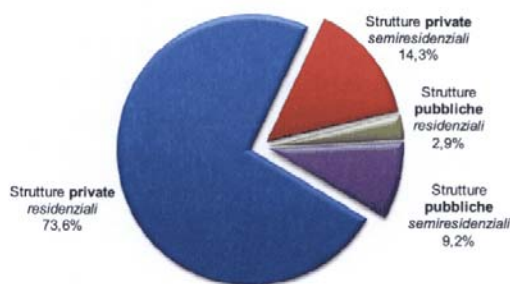
Tabella II.2.5: Strutture diagnostico terapeutico riabilitative pubbliche secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999, per tipologia di struttura e di assistenza. Anno 2010

	Residenziali	Semiresidenziali	Totale strutture
Dipendenze patologiche generiche	1	10	11
Servizi di accoglienza	1	3	4
Servizi terapeutico-riabilitativi senza ulteriori specifiche (anche con trattamenti con farmaci sostitutivi)	8	64	72
Specialistiche art.13	20	19	39
13 a) Doppia Diagnosi	7	1	8
13 b) Mamma con bambino	-	-	-
13 c) Alcolisti	2	16	18
13 d) Cocainomani	-	2	2
13 e) Giocatori d'azzardo patologici	1	-	1
13 f) Minori	1	-	1
13 g) Coppie	-	-	-
13 h) Centri crisi	1	-	1
13 i) Casa alloggio AIDS	2	-	2
13 l) Altro	6	-	6
Totale	30	96	126

Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

Nelle Regioni censite sono presenti in totale 126 strutture residenziali e semiresidenziali diagnostico-terapeutico riabilitative pubbliche.

Il 52% sono strutture terapeutico-riabilitative, il 3,2% servizi di accoglienza e il 31% sono strutture di trattamento specialistico. Tra queste ultime il 9% si occupa di utenti in doppia diagnosi, il 19% di alcolisti, una struttura è dedicata alla gestione della crisi, due si riferiscono ad un alloggio per pazienti con AIDS, infine altre 6 strutture riguardano altre specialità.

Figura II.2.14: Distribuzione percentuale delle strutture diagnostico terapeutico riabilitative pubbliche e private secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999. Anno 2010

Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

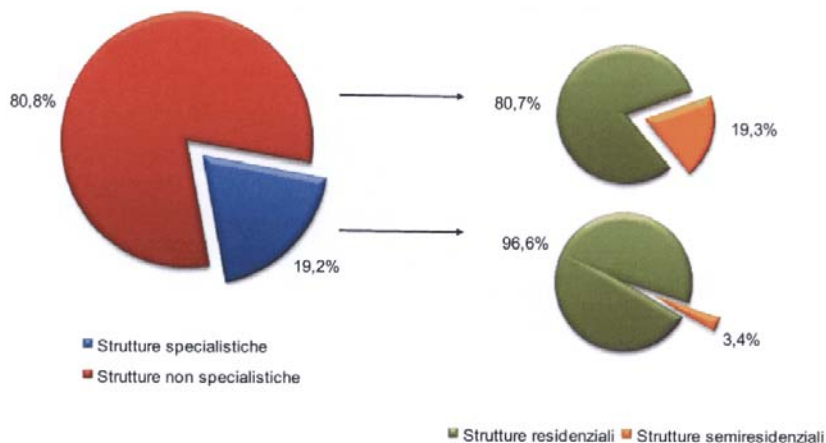
Tabella II.2.6: Strutture diagnostico terapeutico riabilitative private secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999, per tipologia di assistenza e per Regione. Anni 2009 – 2010

	Anno	Strutture specialistiche (art. 13)			Strut. non specialistiche			Totale
		Resid.	Semi	Totale	Resid.	Semi	Totale	
Abruzzo	2009	-	-	-	12	4	16	16
	2010	1	-	1	13	4	17	18
	Δ %	n.c.	n.c.	n.c.	8,3	0	6,3	12,5
Basilicata	2009	1	-	1	5	-	5	6
	2010	1	-	1	5	-	5	6
	Δ %	0	-	0	0	-	0	0
Calabria	2009	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	2010	1	0	1	15	9	24	25
	Δ %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Campania	2009	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	2010	-	-	-	22	8	30	30
	Δ %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Emilia Romagna	2009	19	-	19	57	15	72	91
	2010	19	-	19	57	15	72	91
	Δ %	0	-	0	0	0	0	0
Friuli Venezia Giulia	2009	-	-	-	2	-	2	2
	2010	1	-	1	5	4	9	10
	Δ %	n.c.	n.c.	n.c.	150	n.c.	350	400
Lazio	2009	-	-	-	30	11	41	41
	2010	16	-	16	27	16	43	59
	Δ %	-	-	-	-10	45,5	4,9	43,9
Liguria	2009	4	-	4	14	1	15	19
	2010	36	5	41	21	4	25	66
	Δ %	800	-	925	50	300	66,7	247,4
Lombardia	2009	84	7	91	242	24	266	357
	2010	17	-	17	120	13	133	150
	Δ %	-79,8	n.c.	-81,3	-50,4	-45,8	-50	-58
Marche	2009	10	-	10	54	8	62	72
	2010	9	-	9	54	8	62	71
	Δ %	-10	-	-10	0	0	0	-1,4
Molise	2009	-	-	-	4	-	4	4
	2010	-	-	-	3	1	4	4
	Δ %	-	-	-	-25	-	0	0
Piemonte	2009	26	-	26	47	7	57	83
	2010	22	-	22	48	5	53	75
	Δ %	-15,4	-	-15,4	2,1	-28,6	-7	-9,6
PA Bolzano	2009	3	1	4	3	-	3	7
	2010	2	1	3	2	-	2	5
	Δ %	-33,3	0	-25	-33,3	-	-33,3	-28,6
PA Trento	2009	3	-	3	3	1	4	7
	2010	3	-	3	4	-	4	7
	Δ %	0	n.c.	0	33,3	n.c.	0	0
Puglia	2009	-	-	-	42	10	62	62
	2010	-	-	-	47	15	62	62
	Δ %	-	-	-	11,9	50	0	0
Sardegna	2009	-	-	-	-	-	-	-
	2010	4	-	4	39	15	54	58
	Δ %	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
Sicilia	2009	-	-	-	-	-	-	-
	2010	-	-	-	19	5	24	24
	Δ %	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
Toscana	2009	16	-	16	39	11	50	66
	2010	26	-	26	39	11	50	76
	Δ %	62,5	-	62,5	0	0	0	15,2
Umbria	2009	7	-	7	16	-	16	23
	2010	7	-	7	16	-	16	23
	Δ %	0	-	0	0	-	0	0
Veneto	2009	12	-	12	36	52	88	100
	2010	5	-	5	41	10	51	56
	Δ %	-58,3	n.c.	-58,3	13,9	-80,8	-42	-44
Totale	2009	185	8	193	606	144	763	956
	2010	170	6	176	597	143	740	916
	Δ %	-8,1	-25	-8,8	-1,5	-0,7	-3	-4,2

n.c.= dato non calcolabile; n.d.=dato non disponibile

Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

Figura II.2.15: Distribuzione percentuale delle strutture diagnostico terapeutico riabilitative private secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999, per tipologia di assistenza. Anno 2010



Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

II.2.6. Costi sociali del consumo di sostanze stupefacenti

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 da Rice et al, 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): 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.

Modello di
classificazione dei
costi

Componenti di costi
da imputare al
consumo di
sostanze
stupefacenti

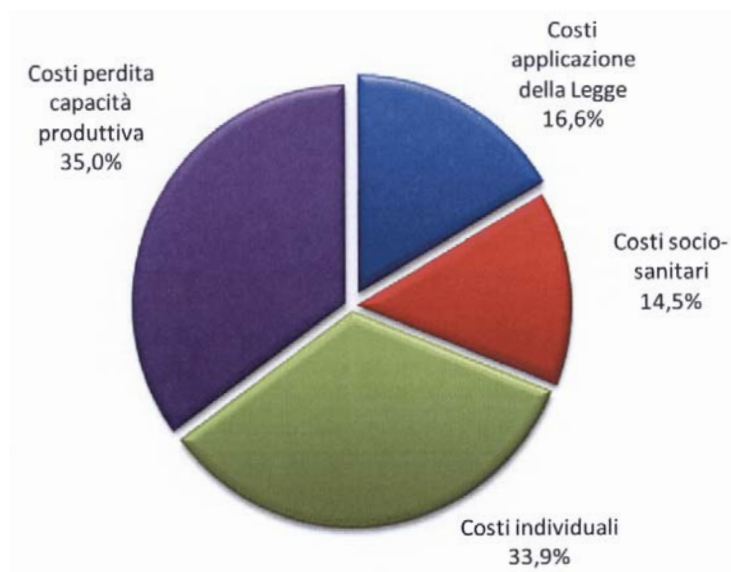
II.2.6.2 Stima dei costi sociali

Utilizzando i criteri metodologici descritti nel paragrafo seguente, secondo gli indirizzi proposti anche dall'Osservatorio europeo, il costo sociale complessivo indotto dal consumo di sostanze psicoattive illegali nel corso del 2009 in Italia è stato stimato pari a 12.351.647.972 €, corrispondenti allo 0,81% della ricchezza prodotta in Italia (PIL) nello stesso periodo, che in termini pro-capite risulta equivalente a 331 euro annui per abitante di età 15-64 anni.

Circa 12 miliardi di
Euro la stima del
costo sociale
globale del
fenomeno droga nel
2009 (0,81% 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)

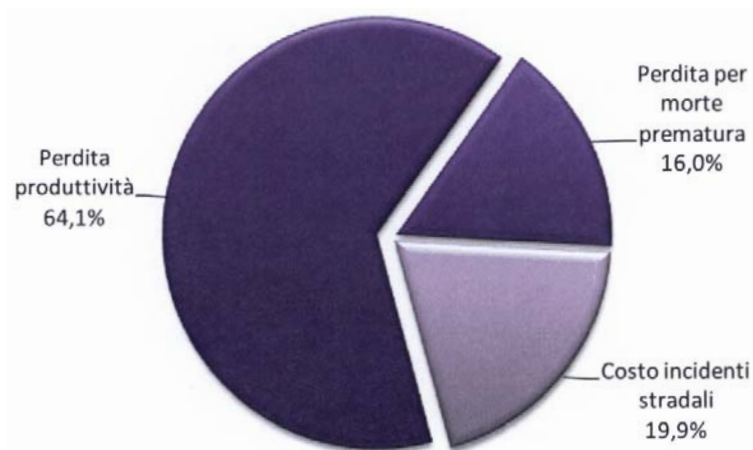
² Analisi economica dei dipartimenti delle dipendenze: prima ricognizione dei costi e valorizzazione dei risultati. G.Serpelloni, M. Gomma (2006)

Figura II.2.16: Distribuzione dei costi sociali per macro-categoria

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Rispetto alle quattro componenti principali di costo individuate nella parte introduttiva e valorizzate secondo i criteri descritti nel paragrafo metodologico (Figura II.2.16), il maggior costo sociale deriva dalla perdita di capacità produttiva (4.327.800.580,39 €) che rappresenta il 35,0% del costo complessivo, in cui figurano, la perdita di produttività in seguito al mancato impiego professionale (2.775 milioni di €), il costo per la perdita di produttività per decesso prematuro (692 milioni di €) ed il costo sociale imputabile ai consumatori in seguito agli incidenti stradali (861 milioni di €) (Figura II.2.17).

Il maggior costo è rappresentato dalla perdita di capacità produttiva

Figura II.2.17: Distribuzione dei costi sociali per perdita di produttività per micro-categorie

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

La seconda voce di costo che incide maggiormente sull'ammontare complessivo, in quota percentuale pari al 34% si riferisce al costo per l'acquisto delle sostanze

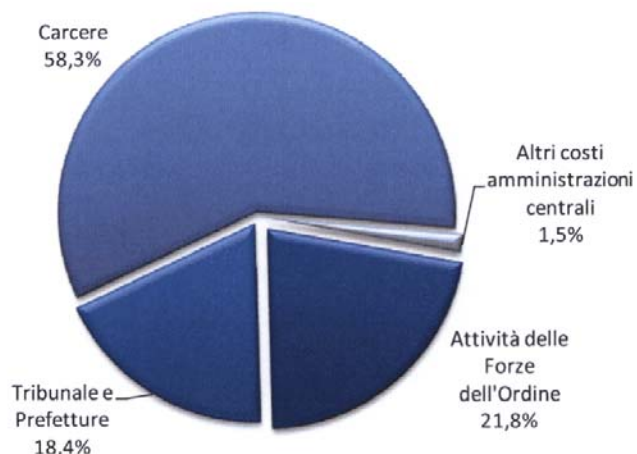
4,3 miliardi di spesa per la perdita della capacità produttiva

4,2 miliardi di spesa per l'acquisto della

stupefacenti da parte dei consumatori (4.188.022.233,05 €) (Figura II.2.16), in prevalenza cannabis, seguita da cocaina, eroina ed altre sostanze psicotrope.

droga da parte dei consumatori

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

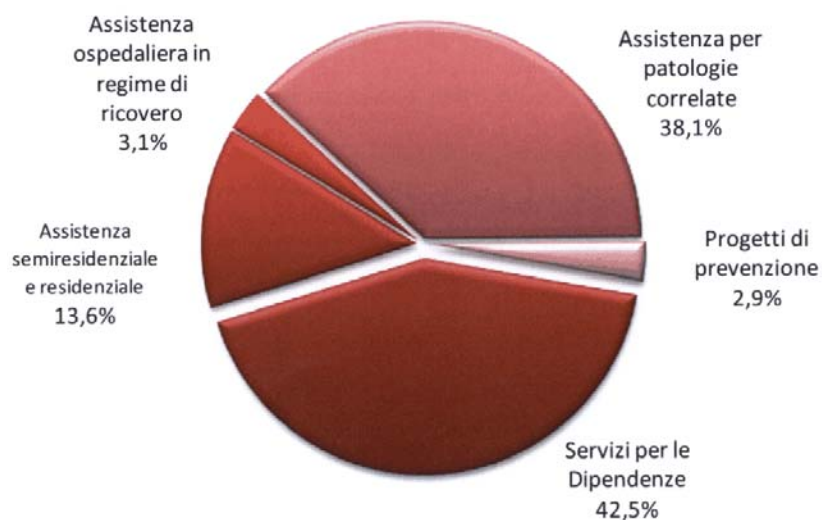


Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Le azioni di contrasto, riduzione e repressione della domanda e dell'offerta di sostanze stupefacenti incidono sul costo sociale complessivo per il 17% circa (2.048.360.494,08 Euro) (Figura II.2.16), 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 reclusi per altri reati (Figura II.2.18). Il 22% 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).

2 miliardi il costo del contrasto

Figura II.2.19: Distribuzione dei costi sociali per l'assistenza socio-sanitaria per micro-categorie



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

L'assistenza socio-sanitaria ammonta complessivamente a 1.787.464.665,30 euro corrispondenti al 14,5% del costo sociale attribuibile al fenomeno; i maggiori costi si rilevano per l'assistenza ambulatoriale erogata dai servizi per le tossicodipendenze (760.204.959,96 euro), e poco meno per il trattamento di soggetti affetti da patologie infettive (in particolare HIV ed HCV).

L'inserimento dell'utenza assistita dai servizi territoriali in percorsi socio-riabilitativi determina un ulteriore costo di 238.557.652,30 euro, mentre i ricoveri ospedalieri di consumatori di sostanze psicotrope incidono per una quota minima del 3,1% (55.595.047,00 euro).

In termini procapite, considerando i costi sostenuti dai Servizi per le Dipendenze, i costi per l'assistenza residenziale e semiresidenziale, ed i costi per l'erogazione delle terapie per le malattie infettive droga-correlate, il costo medio a carico del singolo cittadino di età 15-64 anni a livello nazionale è pari ad oltre 40 Euro annui, con valori sensibilmente variabili tra le diverse Regioni e Province Autonome, che oscillano tra un minimo di 22 Euro per la Regione Calabria ed un massimo di 70 Euro annui procapite per la Regione Liguria.

1,8 miliardi di Euro
la spesa per
l'assistenza socio-
sanitaria alle persone
in trattamento

Il costo medio
dell'assistenza
socio-sanitaria
procapite varia da
22 Euro annui in
Calabria a 70 Euro
in Liguria

II.2.6.3 Aspetti metodologici

Nella prima parte di questo paragrafo sono descritte le fonti ed i flussi informativi utilizzati ai fini della valorizzazione economica dei costi sociali conseguenti al consumo di sostanze illecite, mentre la seconda parte è dedicata alla descrizione dei criteri metodologici adottati per l'analisi dei flussi informativi ed il calcolo delle stime delle numerose componenti di costo.

Fonti e flussi informativi

Al fine della valorizzazione economica delle diverse componenti di costo imputabili al consumo di stupefacenti, sono state consultate sia le Amministrazioni Centrali (Ministeri dell'Interno, della Salute, della Giustizia e dell'Economia e delle Finanze) che gli Assessorati delle Regioni e Province Autonome.

In particolare le informazioni rilevate dalle amministrazioni centrali hanno riguardato i soggetti in carico ai Ser.T. e i ricoveri con diagnosi correlata al consumo di sostanze (Ministero della Salute), quelli segnalati ai Nuclei Operativi Tossicodipendenze delle Prefetture per possesso di sostanze stupefacenti ai sensi dell'art. 75 del Testo Unico in materia di tossicodipendenze DPR 309/90 ed i soggetti in trattamento presso le comunità terapeutiche (Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica del Ministero dell'Interno), i soggetti denunciati e/o transitati negli istituti penitenziari in qualità di indagati/imputati o condannati per reati penali specificamente connessi alla normativa in materia, i sequestri di sostanze stupefacenti e i decessi per abuso di sostanze (Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno), i soggetti feriti o deceduti in seguito ad incidente stradale sotto l'effetto di alcool o sostanze stupefacenti (Polizia di Stato del Ministero dell'Interno), gli adulti detenuti tossicodipendenti o comunque in carcere per reati inerenti la normativa in materia e i soggetti minorenni transitati presso i diversi servizi della giustizia minorile (Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e Dipartimento della Giustizia Minorile).

Con riferimento al Ministero dell'Economia e delle Finanze, sono stati acquisiti dalla Ragioneria Generale dello Stato i dati relativi alla "Rilevazione dei costi per l'anno 2009 – Riconciliazione con il rendiconto Generale dello Stato -", da cui sono stati rilevati i costi sostenuti dalle amministrazioni centrali coinvolte a vario titolo nelle azioni di contrasto e gestione delle tossicodipendenze.

In tale sistema i costi vengono rilevati, per ogni Amministrazione centrale dello Stato, con riferimento: a) alla responsabilità organizzativa, attraverso il piano dei

Fonti informative:
Amministrazioni
Centrali e
Regionali

Flussi informativi
delle
Amministrazioni
Centrali

Centri di costo; b) alla natura, ossia alle caratteristiche fisico-economiche delle risorse utilizzate mediante il piano dei conti; c) alla finalità o destinazione, in relazione ai risultati da perseguire, rappresentati dalla nuova classificazione per missioni³ e per programmi⁴ che recepisce la legge di Bilancio 2008.

Dal punto di vista delle Regioni e Province Autonome, nell'ambito dell'annuale richiesta dati per la stesura della Relazione al Parlamento, sono state richieste informazioni relative ai costi sostenuti per specifiche attività progettuali (prevenzione primaria e secondaria, trattamento, reinserimento) e per l'assistenza erogata alle persone che si sono rivolte ai servizi socio-sanitari (informazioni attinte dai bilanci regionali e della contabilità analitica per centro di costo/responsabilità delle aziende sanitarie).

Flussi informativi
regionali

Metodi di stima dei costi sociali

Per ciascuna macro-categoria di costo individuata in precedenza e relative sottovoci di costo, sulla base dei flussi informativi disponibili presso le Amministrazioni Centrali e Regionali, sono stati applicati opportuni criteri di quantificazione delle componenti di costo da attribuire al fenomeno del consumo di stupefacenti.

Per quanto riguarda la prima componente di costo, l'acquisto delle sostanze stupefacenti da parte dei consumatori, la stima è stata ottenuta applicando il metodo basato sulla domanda, quindi sul valore stimato dei consumi di droga da parte della popolazione, applicando i prezzi medi di mercato – rilevati dalle Forze di Polizia Locale di 12 città campione a livello nazionale ed elaborati dalla Direzione Centrale Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno – ai quantitativi di sostanze stupefacenti consumate in Italia nel periodo di riferimento. Per la stima dei consumi sono stati considerati due differenti criteri e prendendo il valore medio: il primo criterio, stima i consumi sulla base dei risultati emersi dallo studio multicentrico sull'analisi delle acque reflue condotto in otto città campione nel 2010, mentre il secondo stima i consumi sulla base dei dati forniti dagli studi di popolazione generale e studentesca.

Metodi di stima dei
costi per l'acquisto
delle sostanze
stupefacenti

I costi derivanti dall'applicazione della legislazione sono caratterizzati da diverse componenti che spaziano dagli interventi delle Forze dell'Ordine in applicazione del DPR 309/90 e degli artt. 186/187 del codice stradale, agli interventi dei Nuclei Operativi Tossicodipendenze delle Prefetture, ai provvedimenti penali attuati dalle diverse Direzioni del Ministero della Giustizia (dalle spese processuali ai costi per la detenzione, all'applicazione delle misure alternative alla detenzione), infine ai costi per le attività svolte dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri in attuazione della normativa vigente in materia di tossicodipendenze.

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

Ciascuna di queste componenti è stata stimata valorizzando il costo del personale ed il costo di beni e servizi impiegati nelle attività di contrasto, riduzione e repressione della domanda e dell'offerta di sostanze stupefacenti. In generale, la stima del costo del personale è stata ottenuta applicando il costo medio per unità di personale, al numero complessivo di unità impiegate nel periodo di riferimento per le attività di contrasto. Il costo per beni e servizi è stato valorizzato applicando la quota percentuale del costo del personale per attività di contrasto sul costo del personale complessivo, al costo complessivo per beni e servizi.

³ rappresentano le funzioni principali e gli obiettivi strategici perseguiti con la spesa pubblica, costituiscono una configurazione politico istituzionale delle poste di bilancio tendenzialmente stabile nel tempo e indipendente dall'organizzazione amministrativa del Governo.

⁴ rappresentano aggregati omogenei di attività poste in essere da ciascuna Amministrazione per il raggiungimento delle proprie finalità, volti a perseguire un risultato comune, inteso – ove possibile – come impatto dell'azione pubblica sui cittadini e sul territorio.

A titolo esemplificativo, il costo del personale delle Forze dell'Ordine per le attività di prevenzione art.75 DPR 309/90 è stato calcolato secondo i seguenti punti:

1. stima del tempo persona impiegato per singola segnalazione ex art. 75 DPR 309/90 sulla base di interviste a testimoni privilegiati;
2. calcolo delle unità di personale (in anni persona) complessivamente impiegate per le segnalazioni ex art. 75 (dati forniti dalla Direzione Centrale per la Documentazione Statistica del Ministero dell'Interno), come prodotto del tempo persona per singola segnalazione al numero complessivo di segnalazioni effettuate per organo segnalante (Polizia di Stato, Carabinieri, Guardia di Finanza);
3. stima del costo complessivo del personale per segnalazioni ex art 75, come applicazione del costo medio per unità di personale al numero complessivo di unità impiegate in attività di prevenzione per singola segnalazione ex art 75 nel periodo di riferimento. Il costo medio per unità di personale è stato calcolato sulla base dei dati forniti dalla Ragioneria Generale dello Stato, come rapporto tra costo complessivo del personale, per singolo organo segnalante, e volume complessivo di personale (in anni persona).

Tale procedura è stata applicata anche per il costo dei procedimenti penali ed i dibattimenti processuali in seguito alle denunce di soggetti per i reati inerenti la produzione, il traffico e la vendita di sostanze stupefacenti (artt. 73 e 74 DPR 309/90) o altri reati commessi da tossicodipendenti. Definito il numero medio di udienze per denuncia e calcolato il numero complessivo di udienze effettuate in applicazione del DPR 309/90, sulla base del costo unitario per tipologia di unità di personale impiegato, e del numero di unità di personale (in anni persona) impiegate in tali dibattimenti, è stato calcolato il costo complessivo del personale, applicando il costo unitario per tipologia di unità di personale al contingente di avvocati e giudici (in anni persona) impiegati nell'applicazione della normativa sugli stupefacenti.

Con riferimento ai costi sostenuti dal Ministero della Giustizia in seguito alla detenzione di soggetti negli istituti penitenziari per reati legati al DPR 309/90 e/o tossicodipendenti, la stima è stata ottenuta parametrizzando il costo complessivo del personale, in base alla quota parte di tali detenuti presenti al 31.12.2009 del periodo di riferimento (dati forniti dal Ministero della Giustizia - Direzione Amministrazione Penitenziaria -) sul totale detenuti. Analogo criterio è stato adottato per la stima del costo del personale operante presso gli Uffici di Esecuzione Penale Esterna del D.A.P., per gli incarichi gestiti nell'anno relativi alle misure alternative alla detenzione a favore di persone che hanno fruito dell'art. 94 del DPR 309/90.

Più agevole la rilevazione dei costi inerenti la terza macrocategoria di costo, quella riferita all'assistenza socio-sanitaria e di competenza delle singole Regioni e Province Autonome. Dai bilanci regionali, infatti, è possibile desumere i finanziamenti erogati a favore dei progetti specifici per il settore delle tossicodipendenze e delle strutture socio-riabilitative. Dalla contabilità analitica per centro di costo/ di responsabilità delle Aziende sanitarie, inoltre, le Amministrazioni Regionali hanno dedotto i costi imputabili alle attività erogate dai Servizi per le Dipendenze. Altra voce di costo ascrivibile all'area sanitaria riguarda la valorizzazione economica dei ricoveri erogati a pazienti che in diagnosi principale o secondaria presentano l'uso o l'abuso di sostanze psicotrope. Il costo per l'ospedalizzazione di assuntori di stupefacenti è stato stimato applicando ai ricoveri, classificati per DRG (Diagnosis Related Group, sistema di classificazione dei ricoveri per gruppi omogenei isorisorse), la corrispettiva tariffa nazionale dei DRG classe C 436/07.

La valorizzazione dell'ultima macrocategoria riferita alla perdita di produttività derivante dalla riduzione della capacità lavorativa dei consumatori di stupefacenti, è stata stimata sull'utenza assistita dai servizi per le tossicodipendenze. Sulla base dei dati forniti dai servizi stessi (utenza assistita, utenza occupata professionalmente, utenza dimessa per conclusione del trattamento), è stato stimato il contingente di assistiti in età produttiva, potenzialmente inseribili nel mondo del lavoro secondo l'attuale tasso di occupazione, quindi la stima economica della perdita di produttività secondo una retribuzione media, a parità di titolo di studio, desunta dai settori industria ed agricoltura.

A questa stima sono stati aggiunti anche i costi sociali attribuibili alle persone decedute prematuramente per intossicazione acuta da sostanze stupefacenti, valorizzati secondo i parametri pubblicati dall'ACI / ISTAT per la valorizzazione dei costi sociali delle persone decedute in seguito ad incidente stradale. Con riferimento a quest'ultima voce, è stato stimato, ed inglobato in questa macrocategoria, anche il costo sociale per gli incidenti stradali correlati all'uso di sostanze stupefacenti.

PAGINA BIANCA