

Illicit drug policies and social outcomes: a cross-country analysis (IDPSO)



**Rapporto di ricerca
(versione bozza in progress)**

Roma, 8 agosto 2020

Sommario

1. Premessa: obiettivi e attività del progetto	5
2. Le basi dell'analisi leximetrica da applicare alle leggi "antidroga"	6
3. La percezione delle politiche (indagini qualitative e interviste di esperti).....	8
4. Politiche antidroga: interventi e valutazioni	11
5. Dati e fonti disponibili per la valutazione degli effetti delle politiche "antidroga".....	14
5.1 Le fonti ufficiali rilevate "una tantum"	18
5.2 Le survey	19
5.3 Problemi legati ai dati.....	20
6. Indicatori base per la valutazione dei costi sociali droga correlati (WP4)	21
6.1 Interventi di riduzione della domanda e relativi indicatori.....	22
6.1.1 Indicatori epidemiologici chiave (EMCDDA) sulla riduzione della domanda... ..	22
6.1.2 Indicatori socio-sanitari.....	23
6.1.3 Costi finanziari socio-sanitari.....	25
6.2 Interventi di riduzione della offerta e relativi indicatori.....	28
6.2.1 Indicatori epidemiologici chiave (EMCDDA) sulla riduzione dell'offerta	28
6.2.2 Indicatori e costi di giustizia: metodologia e un primo esempio	31
7. Valutazione d'impatto delle politiche e raccomandazioni	34
8. Attività di comunicazione e collaborazione inter istituzionale	38

Allegato 1 - Evoluzione della disciplina e risultati dell'analisi leximetrica. **Errore. Il segnalibro non è definito.**

A1.1 Ricognizione della normativa sugli stupefacenti dal 1990 ad oggi. **Errore. Il segnalibro non è definito.**

A1.2 Descrizione e riferimenti teorici dell'analisi leximetrica. **Errore. Il segnalibro non è definito.**

A1.3 Variabili selezionate

A1.4 Rischi dell'analisi leximetrica..... **Errore. Il segnalibro non è definito.**

A1.5 L'oggetto dell'analisi e modalità di quantificazione delle variabili..... **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Allegato 2 - Riduzione della domanda: variabili legate al consumo, alla mortalità, alla salute, alla terapia, alla prevenzione e alla riduzione del danno, indicatori e valutazione. **Errore. Il segnalibro non è definito.**

A2.1 Analisi dei dati relativi alle segnalazioni di utilizzatori di sostanze illegali per art.75/121 del DPR 309/90 e leggi successive..... **Errore. Il segnalibro non è definito.**

A2.2 Indicatori e ulteriori costi socio-sanitari..... **Errore. Il segnalibro non è definito.**

A2.2.1 Indicatore HRDU (PDU nei primi anni) di EMCDDA. **Errore. Il segnalibro non è definito.**

A2.2.2 Mortalità..... **Errore. Il segnalibro non è definito.**

A2.2.3 Morbilità..... **Errore. Il segnalibro non è definito.**

A2.2.4 Soggetti in terapia presso i SerD (o SerT)..... **Errore. Il segnalibro non è definito.**

A2.2.5 Comunità socio-riabilitative e assistiti..... **Errore. Il segnalibro non è definito.**

A2.3 Uso di eroina e oppioidi. **Errore. Il segnalibro non è definito.**

A2.3.1 Classificazione delle sostanze legali e illegali rispetto alle conseguenze socio-sanitarie **Errore. Il segnalibro non è definito.**

A2.3.2 Stima di consumatori di oppioidi ad alto rischio in Italia... **Errore. Il segnalibro non è definito.**

A2.3.3 Valutazione di incremento di uso di oppioidi dopo il 2010 in Italia e negli altri paesi EraniD-IDPSO e conseguenze..... **Errore. Il segnalibro non è definito.**

A2.4 Poliassunzione..... **Errore. Il segnalibro non è definito.**

A2.5 Prevenzione e riduzione del danno. **Errore. Il segnalibro non è definito.**

- A2.5.1 *Prevenzione*..... **Errore. Il segnalibro non è definito.**
- A2.5.2 *Riduzione del rischio e del danno* **Errore. Il segnalibro non è definito.**
- Allegato 3 - Riduzione dell'offerta: indicatori e valutazione **Errore. Il segnalibro non è definito.**
- A3.1 Monitoraggio e valutazione degli interventi di riduzione dell'offerta utilizzando i Core Data disponibili in Italia **Errore. Il segnalibro non è definito.**
- A3.1.1 *Operazioni repressive: denunce e denunciati* **Errore. Il segnalibro non è definito.**
- A3.1.2 *Un nuovo indicatore per valutare l'efficacia dell'attività di contrasto del mercato illegale da parte delle forze di polizia*..... **Errore. Il segnalibro non è definito.**
- A3.1.3 *Efficacia delle operazioni rispetto ai sequestri delle singole sostanze e alle denunce dai dati DCSA e normalizzazione dei sequestri e delle denunce* **Errore. Il segnalibro non è definito.**
- A3.1.4 *Procedimenti penali per offerta di sostanze illegali e soggetti coinvolti*.. **Errore. Il segnalibro non è definito.**
- A3.1.5 *Condanne e soggetti condannati*. **Errore. Il segnalibro non è definito.**
- A3.1.6 *Dopo la condanna il carcere*. **Errore. Il segnalibro non è definito.**
- A3.3 Costi di giustizia..... **Errore. Il segnalibro non è definito.**
- A3.3.1 *Settore detenzione*..... **Errore. Il segnalibro non è definito.**
- A3.3.2 *Settore forze dell'ordine* **Errore. Il segnalibro non è definito.**
- A3.3.3 *Settore tribunali*..... **Errore. Il segnalibro non è definito.**
- A3.4 Stima del mercato attraverso i dati DCSA e confronto con stima Istat dal 2011
Errore. Il segnalibro non è definito.
- A3.5 Valutazione del tasso di sequestro (5%-10% secondo la DIA) **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Prefazione

Questo Rapporto contiene non solo tutto il lavoro svolto per il Progetto che, in sintesi, viene ora inviato nella versione inglese al coordinatore internazionale, ma molto di più.

Innanzitutto perché per l'Italia è stato considerato il periodo dal 1991 al 2016, e al 2018 per alcune analisi di dati disponibili, mentre il programma internazionale prevedeva solo l'analisi del periodo 1996-2016.

Inoltre sono presentate, negli allegati, tutte le analisi di dati effettuate per valutare gli indicatori previsti dal Progetto per la valutazione del costo sociale per gli aspetti riguardanti la salute e gli aspetti riguardanti la giustizia, che non è richiesto di inviare a livello internazionale, dove si devono inviare solo i valori finali degli indicatori (serie storiche), che saranno riportati nel rapporto finale sintetico. Inoltre sono stati anche introdotti, o valorizzati, indicatori nuovi e più adeguati per la situazione attuale dei fenomeni legati all'offerta e al consumo di sostanze illegali. Si riporta la sintesi degli obiettivi del Progetto.

Sintesi: Politiche antidroga e risultati sociali: un'analisi transnazionale.

Questo studio mira a misurare l'impatto che i diversi quadri giuridici relativi alla droga hanno sulla società. I diversi paesi hanno approcci diversi su ciò che dovrebbe essere illecito in materia di droga e, di conseguenza, emanano le proprie leggi e politiche in materia di droga. La produzione, la distribuzione e l'uso di droga in ogni paese dipende dalle caratteristiche della società (demografiche, culturali, economiche), ma anche, in buona misura, dalla politica antidroga di quel paese. La nostra proposta è di studiare la relazione tra le leggi e le politiche antidroga dei paesi e gli indicatori sociali chiave, implementando, in primo luogo, una tecnica di diritto comparativo all'avanguardia, che permetta il confronto tra i paesi delle leggi sulle droghe e, in secondo luogo, integrandola con le percezioni delle parti interessate sulla legge antidroga di ogni paese, con un'attenzione particolare alla cannabis. Nello stabilire una relazione tra le leggi e i principali indicatori sociali, puntiamo a contribuire in modo significativo alla discussione in corso sulle leggi e sulle politiche in materia di droga.

1. Premessa: obiettivi e attività del progetto

Il progetto europeo Eranid-IDPSO (*Illicit drug policies and social outcomes: a cross-country analysis*), finanziato nell'ambito della Call Eranid 2017, ha avuto al centro del suo impegno l'obiettivo di valutare l'impatto che i diversi quadri normativi in materia di droga e politiche possono avere avuto sulla società (<https://www.eranid.eu/projects/idpso/>). Il periodo di studio previsto dal progetto a livello internazionale è 1996-2016, ma per l'Italia si è analizzato il periodo 1991-2018 e, per alcuni aspetti, anche il 2019 ogni volta che i dati da utilizzare sono stati disponibili.

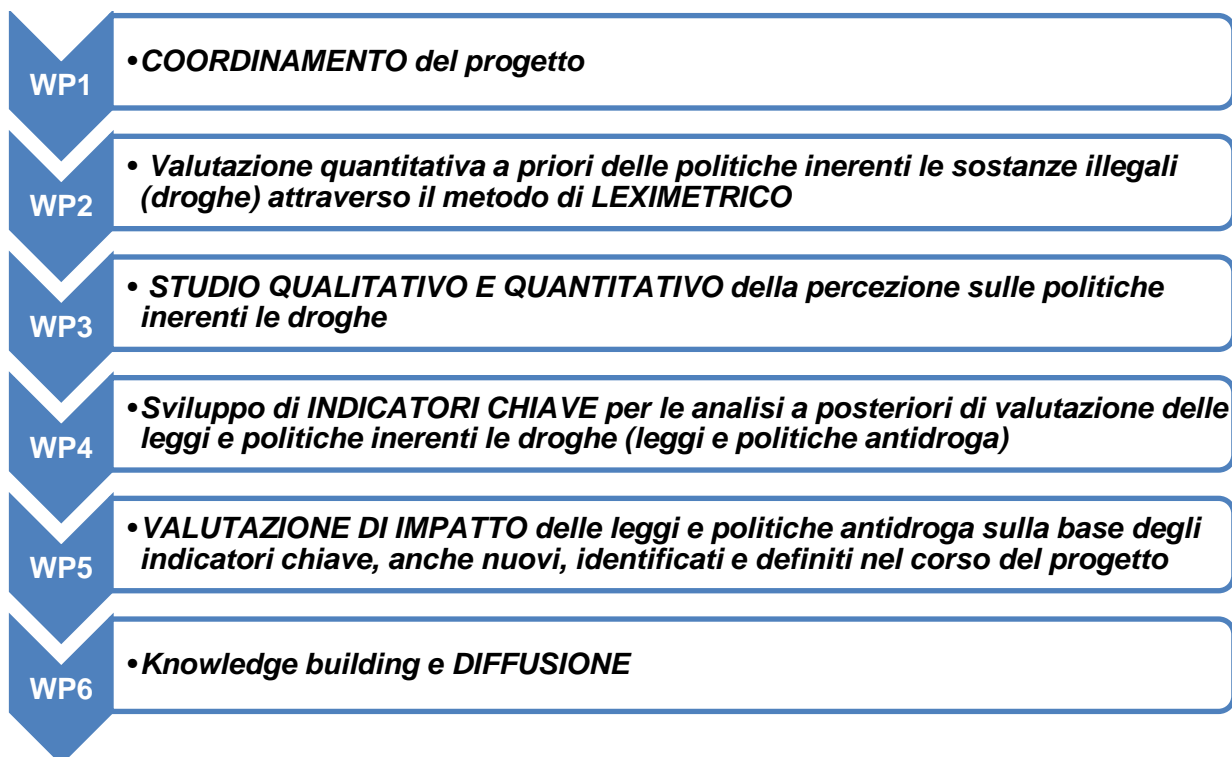
In particolare, l'obiettivo globale dello studio è stato quello di analizzare qualitativamente e, soprattutto, quantitativamente le relazioni tra le leggi e le politiche sulle droghe dei vari paesi¹ e i loro effetti, misurati con indicatori appropriati, classici e nuovi, allo scopo di valutare l'impatto, in particolare rispetto alle conseguenze sanitarie, sociali e legate alla criminalità, ovvero, in senso lato, il costo sociale.

In primo luogo, è stato considerato il corpus normativo nel corso degli anni e per i vari paesi con dei criteri che possano permettere una valutazione quantitativa a priori utilizzando l'approccio leximetrico.

Tali analisi sono poi state integrate con le percezioni dei cittadini (2 survey) e il parere di esperti (interviste) circa la legislazione e le politiche sulle droghe del proprio paese. Infine, si sono considerati gli esiti delle leggi e delle politiche con l'obiettivo di effettuare la valutazione quantitativa a posteriori e contribuire alle analisi delle leggi e delle politiche "antidroga".

Il presente rapporto, con gli allegati e le appendici, descrive i risultati ottenuti dalle diverse attività realizzate, sintetizzate nella Figura 1.1 con riferimento all'Italia.

Figura 1.1- Le attività del Progetto IDPSO



¹ I partner del Progetto IDPSO sono i seguenti: Católica Porto Business School, Universidade Católica Portuguesa (coordinatore internazionale); Paris School of Economics, Université Paris I (Paris-Sorbonne); Consorzio per lo sviluppo delle metodologie e delle innovazioni nelle pubbliche amministrazioni (MIPA); Faculty of Law, University of Amsterdam.

2. Le basi dell'analisi leximetrica da applicare alle leggi "antidroga"

Una corretta analisi delle policy legislative presuppone un attento esame dell'efficacia e conseguenze sociali della legge.

Nel progetto IDPSO è stata sperimentata l'applicazione di una nuova metodologia di analisi quantitativa che, applicata alla legge, consenta di valutarne il grado di repressività e di confrontare questo con una serie di dati socio-economici.

L'applicazione dell'analisi quantitativa dovrebbe consentire di:

- ✓ **confrontare il grado di repressività delle diverse leggi che si sono succedute in Italia, così da verificare in che modo l'aumento/riduzione dello stesso abbia inciso su diversi fattori sociali in una serie temporale di circa 20 anni (quando i dati sono disponibili dal 1991 al 2018);**
- ✓ **porre le basi per una comparazione fra le leggi dei diversi Paesi esaminati (Portogallo, Francia, Italia, Olanda, Inghilterra, Canada e Australia) e i diversi impatti di queste politiche, come anche la comparazione tra le diverse leggi in vigore e le politiche di un singolo paese nel periodo considerato, in particolare per l'Italia.**

Data tale premessa, l'analisi si è concentrata sulle leggi e sulle politiche di contrasto alle droghe illecite in sette paesi negli ultimi vent'anni, basandosi, appunto, su uno studio "quantitativo" della legge, particolarmente innovativo: la cosiddetta "analisi leximetrica", finora mai applicata nell'ambito delle politiche antidroga.

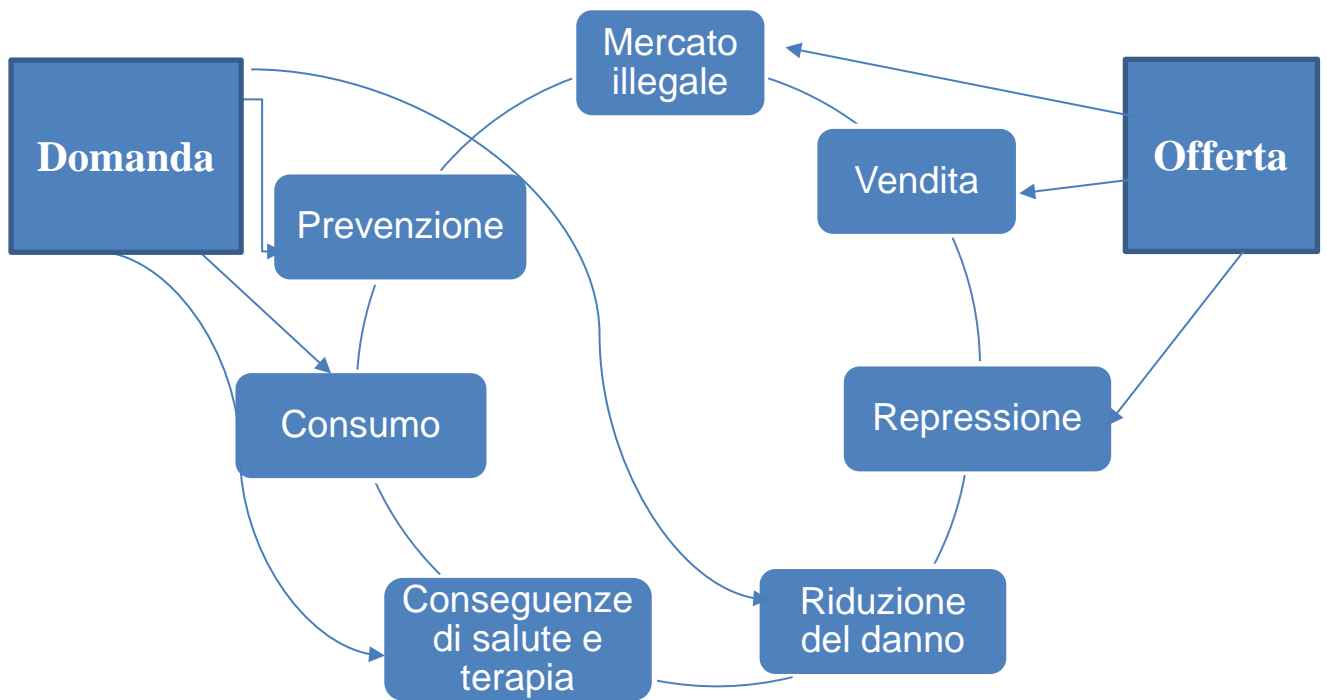
Il primo passo è stato l'identificazione delle variabili. Si è scelto di individuare due macro-variabili: a) relative alle condotte più significative, a rilevanza tanto penale quanto amministrativa; b) relative ai percorsi trattamentali riconosciuti ai tossicodipendenti che commettono reati.

Per valutare le prime è stata utilizzata una scala da 1 a 10, che ha consentito di restituire al meglio la complessità del dato normativo e di marcare la differenza tra le condotte a rilevanza puramente amministrativa (1-5) e quelle a rilevanza penale (6-10). Al contrario, le variabili del gruppo b) sono state formulate come domande, alle quali si poteva rispondere in forma negativa o affermativa, sono quindi state valutate attraverso un sistema binario, che ha il pregio di ridurre l'ineliminabile soggettività dell'autore.

Per misurare le conseguenze e l'impatto che le diverse politiche sulle droghe hanno avuto sono stati poi individuati specifici indicatori chiave, tenendo soprattutto conto degli indicatori dell'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (EMCDDA, <http://www.emcdda.europa.eu/about-IT>) e dei settori di interesse (Figura 1.2).

Con riferimento al caso italiano², l'evoluzione della normativa e le caratteristiche dell'analisi leximetrica sono riportate nell'Allegato 1.

Figura 2.1 - Settori relativi agli indicatori chiave per la valutazione a posteriori delle leggi e politiche antidroga in corrispondenza all'analisi leximetrica a priori.



3. La percezione delle politiche (indagini qualitative e interviste di esperti)

Per quanto riguarda la percezione dei cittadini, e soprattutto degli esperti, nel WP3 sono state pianificate e realizzate una serie di interviste a esperti, finalizzate ad approfondire gli aspetti riportati di seguito, con particolare riferimento a "cambiamenti" intervenuti nelle leggi e nelle politiche nel periodo di studio considerato:

✓ **Politiche sulle droghe:**

- Cambiamenti nelle politiche e pratiche effettive sulle droghe reputati più importanti dal 1991 ad oggi (es.: maggiore focalizzazione sulla messa in atto delle disposizioni di legge ovvero sulle questioni della salute; orientamento alla domanda o all'offerta; riduzione del danno/rischio piuttosto che trattamento terapeutico);
- cambiamenti di politiche e pratiche effettive sulle droghe riguardanti tipi specifici di droga? (es.: cannabis, stimolanti, oppioidi, droghe di sintesi ...);
- motivazioni e periodo nel quale sono avvenuti questi cambiamenti di politiche sulle droghe;
- conseguenze sulla salute e sulla situazione sociale degli utilizzatori di droghe, e/o per la società nel suo insieme a seguito dei citati cambiamenti;
- conseguenze positive e negative e indicatori chiave.

✓ **Effetti legati alle leggi sulle droghe (inclusa produzione e fornitura)**

- Cambiamenti ritenuti più importanti nella produzione e fornitura di droghe dal 1991 (es.: cambiamenti nelle tecniche/pratiche di spaccio o contrabbando di droghe, profilo degli spacciatori, tipo di organizzazione/rete, spostamento verso altre droghe o altre attività illegali, maggiore/minore violenza ...);
- reazioni da parte di produttori e fornitori di tipi specifici di droga (es.: cannabis, stimolanti, oppioidi, droghe di sintesi ...) a tali cambiamenti;
- motivazioni e periodo nel quale sono avvenuti questi cambiamenti nelle reazioni da parte di produttori e fornitori di droghe;
- conseguenze sulla salute e sulla situazione sociale degli utilizzatori di droghe, e/o per la società nel suo insieme a seguito dei citati cambiamenti nella produzione e fornitura di droghe.

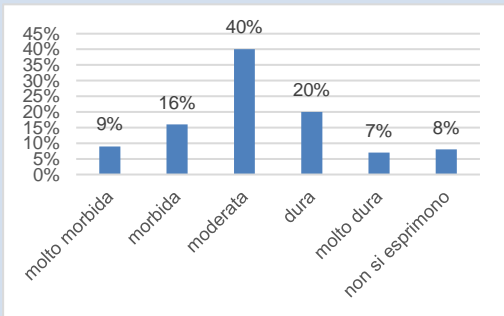

✓ **Prevenzione (inclusa riduzione del danno/rischio)**

- Cambiamenti ritenuti più importanti nella prevenzione dell'uso di droghe dal 1991 (es.: obiettivi, metodi, categorie target, tipi di operatori ...), anche con riferimento a tipi specifici di droga;
- motivazioni e periodi in cui sono avvenuti questi cambiamenti nella prevenzione dell'uso di droghe? (anni, periodi; ragioni politiche, sviluppi sociali, dinamiche del mercato delle droghe, nuove visioni/paradigmi...);
- conseguenze sulla salute e sulla situazione sociale degli utilizzatori di droghe, e/o per la società nel suo insieme a seguito dei cambiamenti nella prevenzione;
- conseguenze positive e negative e indicatori chiave.

Infine nell'ambito del progetto sono state realizzate due survey qualitative a cura del partner olandese Prof. Dirk Korf: la prima survey sulle percezioni della popolazione generale attraverso un'indagine online sui soggetti di età compresa tra 18 e 40 anni, la seconda

survey, sempre qualitativa, specifica per gli aspetti di drug policy relativi alla cannabis condotta di persona reclutando i rispondenti, sempre di età compresa tra 18 e 40 anni, presso i coffee shop olandesi in cui si chiedevano anche percezioni relative all'accesso al trattamento, l'offerta di droga, l'autoregolamentazione e le norme sociali i cui risultati sono stati presentati nel Convegno di ottobre 2019 a Lisbona "Addiction 2019" (<https://www.lisbonaddictions.eu/lisbon-addictions-2019/presentations/illicit-drug-policies-and-social-outcomes-cross-country-analysis>). I risultati relativi all'Italia sono riportati nella Tabella 3.1. Per ulteriori materiali (interviste e audizioni) si invia all'Appendice 1.

Tabella 3.1-Sintesi delle due indagini qualitative sulle percezioni della "drug law and policy" in Italia

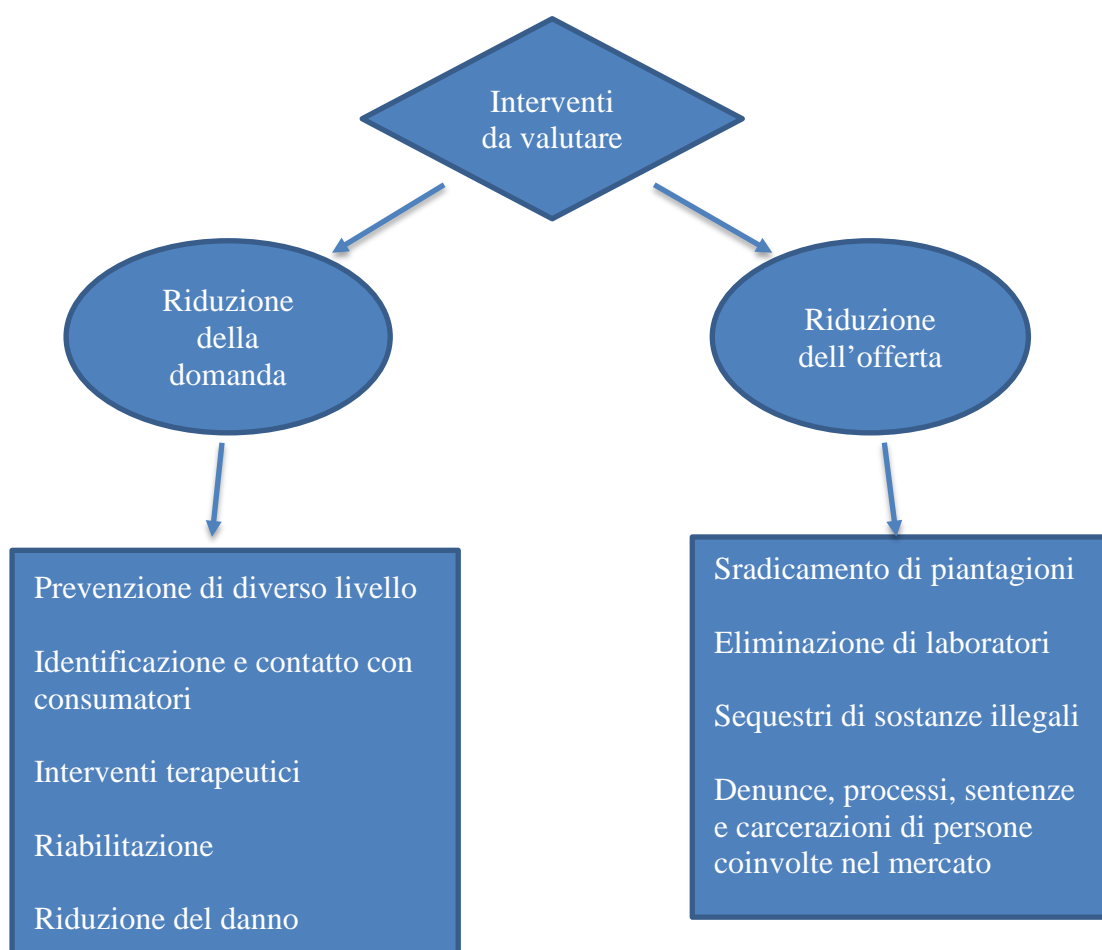
Tipologia indagine															
Survey 1	Indagine online														
Numerosità campionaria.	Circa 1000 per ogni paese.														
Distribuzione percentuale delle risposte alla domanda chiusa: Come consideri la politica della droga nei confronti dei consumatori.	 <table border="1"> <caption>Distribuzione percentuale delle risposte alla domanda chiusa</caption> <thead> <tr> <th>Categoria</th> <th>Percentuale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>molto morbida</td> <td>9%</td> </tr> <tr> <td>morbida</td> <td>16%</td> </tr> <tr> <td>moderata</td> <td>40%</td> </tr> <tr> <td>dura</td> <td>20%</td> </tr> <tr> <td>molto dura</td> <td>7%</td> </tr> <tr> <td>non si esprimono</td> <td>8%</td> </tr> </tbody> </table>	Categoria	Percentuale	molto morbida	9%	morbida	16%	moderata	40%	dura	20%	molto dura	7%	non si esprimono	8%
Categoria	Percentuale														
molto morbida	9%														
morbida	16%														
moderata	40%														
dura	20%														
molto dura	7%														
non si esprimono	8%														
Risposte alla domanda: Quanto grande o piccola sia la probabilità che uno spacciatore, che vende 100 grammi di marijuana o hashish agli utilizzatori in un mese, sia scoperto dalla polizia e quanto valuti la probabilità che poi venga condannato e incarcerato.	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">  <table border="1"> <caption>Probabilità degli eventi secondo gli intervistati</caption> <thead> <tr> <th>Evento</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Scoperto dalla polizia</td> <td>2,29</td> </tr> <tr> <td>Carcere dopo</td> <td>2,27</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Critica metodologica Bisogna osservare che la probabilità, presentata ufficialmente a Lisbona dal coordinatore come percentuale con due cifre decimali, è ottenuta banalmente come media dei valori espressi dai 1000 intervistati e non ha senso reale, in realtà vale solo 2% per entrambi gli eventi.</p> </div> </div>	Evento	Valore	Scoperto dalla polizia	2,29	Carcere dopo	2,27								
Evento	Valore														
Scoperto dalla polizia	2,29														
Carcere dopo	2,27														
Le tre principali priorità della politica antidroga percepite nella pratica dagli italiani intervistati online.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Arresto di spacciatori, 2. Integrazione sociale dei consumatori di droga, 3. Prevenzione. 														
Survey 2	Indagine condotta di persona nei coffee shops														
Numerosità campionaria.	Circa 100 per ogni paese da 45 per Australia a 230 per Francia.														
Probabilità per gli eventi della seconda domanda con formulazione uguale a quella della Survey 1.	In generale è minore di quella data dagli intervistati della popolazione generale nella Survey 1 ed è più informativa perché costoro sono consumatori e hanno maggiori informazioni in merito alla politica praticata sulla cannabis. Per l'Italia si può sempre considerare un valore del 2%.														
Principali barriere nella ricerca di aiuto.	<ol style="list-style-type: none"> 1. etichetta di tossicodipendente, 2. effetto negativo sulla carriera, gli studi, il lavoro, 														

3. mancanza di fiducia,
4. troppo costoso,
5. non aiuto immediato.

4. Politiche antidroga: interventi e valutazioni

Sono molti gli interventi a livello locale, nazionale e internazionale per contrastare la produzione, il traffico, il commercio e l'uso di sostanze stupefacenti illegali, che costituiscono le politiche antidroga, come sintetizzato in Figura 4.1, e strettamente condizionate dalle leggi antidroga in vigore.

Figura 4.1 - Sintesi degli interventi antidroga contro la fornitura (Riduzione dell'offerta) e contro l'uso di sostanze illegali (Riduzione della domanda).



L'efficacia e il costo sociale (risultati sociali) degli interventi vanno misurati, come anche le conseguenze, positive o negative, che ne derivano e che li modificano.

Per effettuare valutazioni di interventi di controllo in qualunque campo è necessario definire degli opportuni indicatori che forniscano, sulla base di evidenze empiriche (dati o stime), una conoscenza quantitativa adeguata del problema oggetto dello studio e degli effetti degli interventi adottati.

Gli indicatori, in generale, sono delle statistiche, funzioni dei dati osservati e/o delle stime ottenute, che hanno una relazione abbastanza stretta (correlazione) con il fenomeno che si vuole misurare.

Per definire gli indicatori più adatti per la valutazione da condurre occorre approfondire il fenomeno nascosto "offerta e consumo di sostanze illegali" e identificare gli eventi visibili correlati, misurabili con opportuni indicatori.

Una volta definiti gli indicatori occorre identificare i dati che permettano il loro calcolo o la loro stima. Definiti e rilevati o acquisiti i dati necessari, si può procedere a effettuare le analisi di interesse.

Nella Tabella 4.1 sono riportati in sintesi alcuni possibili eventi visibili, utilizzabili come base di indicatori, e i fenomeni nascosti correlati.

E' opportuno osservare che, come evidenziato nella tabella, gli eventi osservabili, per esempio i decessi legati all'uso delle sostanze o gli utenti dei servizi terapeutici, sono legati a più di un fenomeno nascosto, ne segue che ogni tentativo di utilizzare un solo indicatore per stimare uno specifico fenomeno nascosto, senza tener conto di altri dati, fornisce un'ottica parziale e le analisi possono condurre a conclusioni distorte.

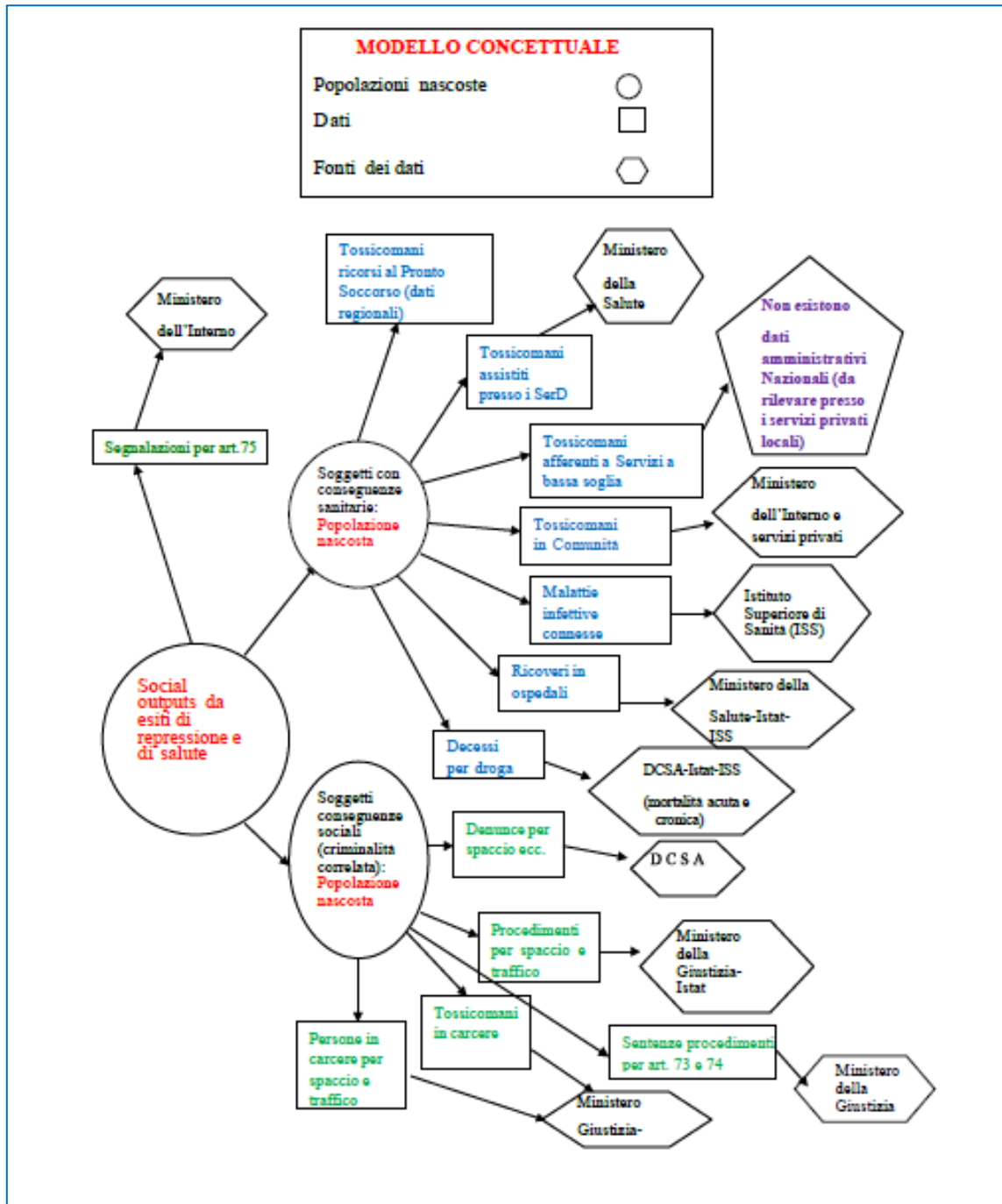
E', pertanto, necessario adottare modelli inferenziali, che tengano conto di tutti gli aspetti legati alle diverse correlazioni tra i fenomeni studiati, per produrre stime e indicatori utilizzabili per la valutazione.

Tabella 4.1- Possibili dati amministrativi da utilizzare nella descrizione dei fenomeni nascosti droga correlati da misurare con opportune stime.

Dati utilizzabili come base di indicatori	Fenomeno nascosto correlato
Decessi legati all'uso di sostanze illegali.	Uso pesante di sostanze/ numerosità di utilizzatori di sostanze/ diversa "letalità" delle sostanze.
Ospedalizzazioni legate a uso di sostanze illegali.	Morbilità legata all'uso /numerosità di utilizzatori di sostanze / sostanze diversamente problematiche.
Utilizzatori di droghe assistiti nei servizi terapeutici e sociali, pubblici e privati, e loro caratteristiche.	Politiche di assistenza e loro efficacia/ numerosità di utilizzatori problematici di sostanze.
HIV, HBV e HCV positività e altre malattie infettive legate all'uso di sostanze per utenti dei servizi terapeutici.	Comportamenti a rischio nell'uso/ numerosità di utilizzatori problematici di sostanze.
Uso per via iniettiva delle droghe da parte degli utenti dei servizi terapeutici (proporzione sugli utilizzatori).	Comportamenti a rischio nell'uso/ numerosità utilizzatori problematici.
Numero di sequestri e quantità di sostanze illegali sequestrate.	Ampiezza del mercato/ flussi commerciali.
Identificazioni di utilizzatori di sostanze illegali.	Ampiezza del mercato / numerosità utilizzatori.
Detenuti per reati relativi alle leggi antidroga.	Efficacia di identificazione di colpevoli di reati legati al mercato nero/ Ampiezza del mercato.
Tossicodipendenti detenuti per vendita di sostanze illegali e altri reati.	Criminalità legata all'uso/ Efficacia di identificazione di colpevoli di reati di furto ecc / numerosità di utilizzatori problematici di sostanze.

Considerando tutte le popolazioni nascoste, in particolare utilizzatori e venditori di sostanze illegali, e tutti gli eventi visibili correlati, si riassume nella Figura 4.2 il modello concettuale di riferimento, i dati necessari e disponibili e permette l'identificazione delle Fonti, descritte dettagliatamente nel seguito, per la valutazione delle politiche sulla base degli indicatori.

Figura 4.2- Modello concettuale: popolazioni nascoste e visibili, dati e fonti dei dati.



Nel grafo di Figura 4.2 sono indicati nelle curve gli esiti da stimare e le popolazioni nascoste, nei rettangoli i dati importanti e negli esagoni le fonti dei dati a livello nazionale, mentre nel pentagono compaiono fonti locali per dati che sarebbero molto utili, ma non sono attualmente disponibili. I dati e le fonti sono descritti ampiamente nel prossimo paragrafo.

5. Dati e fonti disponibili per la valutazione degli effetti delle politiche “antidroga”

Questo argomento è fondamentale per il lavoro del progetto relativo alle attività di WP4 e WP5 e per la presentazione dei risultati come attività WP6.

Ci sono due fonti principali di dati:

- le Basi Dati di Enti pubblici e privati come la Direzione Centrale dei Servizi Antidroga (DCSA), il Ministero della Salute, dell'Interno, della Giustizia, le Comunità di Assistenza, i Centri di Prima Accoglienza e così via.
- Le Basi Dati da indagini ad hoc su popolazioni diversamente selezionate, come l'indagine sull'uso di sostanze nella popolazione scolastica, nella popolazione generale, nei luoghi di lavoro e così via.

Entrambe le fonti hanno vantaggi e svantaggi e forniscono informazioni di diversa natura. I dati raccolti dagli Enti, in generale, sono registrati per fini amministrativi piuttosto che per monitoraggio e, di conseguenza, il tracciato record non sempre corrisponde a quello che sarebbe auspicabile per produrre stime affidabili e complete dei vari aspetti del fenomeno e valutazioni delle politiche. Spesso, inoltre, presentano dati mancanti su variabili, secondarie dal punto di vista amministrativo, ma importanti per la conoscenza del fenomeno e della sua dinamica. C'è da osservare che, data la necessità di privacy, le Basi dati vengono generalmente fornite in forma aggregata o resa anonima e non linkabile tra fonti di Enti diversi, che in generale non sono linkabili per codifica diversa; solo nella base dati della Direzione Nazionale Antimafia e Antiterrorismo sono grezzi e nominativi e quindi completamente linkabili, ma non usabili direttamente. In questo modo si perdono molte informazioni cruciali per seguire la storia dei soggetti coinvolti e per studiare correlazioni tra aspetti diversi.

D'altra parte, è possibile progettare un'indagine per raccogliere informazioni complete e complesse attraverso un opportuno questionario, ma, se il questionario è troppo lungo o troppo complesso o le domande sull'utilizzo di sostanze illegali sono troppo dirette, le risposte potrebbero essere non accurate o non veritiere, anche quando l'anonimato sia garantito. Un punto particolarmente delicato e importante nella progettazione delle indagini, che sono in generale indagini campionarie, è la costruzione del campione. Occorre fare molta attenzione a formulare ipotesi sulla popolazione bersaglio, che consentano stratificazioni utili a cogliere tutti gli aspetti importanti del fenomeno di interesse.

Sono molti gli Enti che possiedono Basi Dati relative a sotto gruppi della popolazione di interesse. Gli archivi esistenti derivano in generale da eventi legati all'applicazione della legge antidroga in vigore, oppure da conseguenze dell'uso di sostanze per la salute o per aspetti sociali. In entrambe le situazioni la raccolta dati nei diversi paesi segue la legislazione vigente e, pertanto, non si può mai arrivare a una perfetta comparabilità dei dati e delle stime prodotte e, in ogni caso, l'informazione disponibile è relativa esclusivamente agli aspetti visibili del fenomeno, sia per quanto riguarda l'offerta che la domanda. Per questo tipo di dati è, pertanto, cruciale conoscere il processo secondo cui vengono generati in modo da poter proporre adeguati modelli per la stima della parte nascosta delle popolazioni di interesse. Nel caso sia possibile collegare più Basi di Dati si possono migliorare i processi di stima.

Oltre a queste Basi Dati puramente amministrative, alcuni Enti e Ministeri svolgono a volte delle indagini specifiche.

5.1 Le fonti amministrative regolari

I diversi Ministeri effettuano una serie di indagini e rilevazioni routinarie che hanno per oggetto il commercio o l'utilizzo delle sostanze illegali.

In questo senso si inquadrano le rilevazioni effettuate dal **Ministero della Salute** sull'utenza e l'attività dei Ser.T. (Servizi pubblici per le Tossicodipendenze), di recente chiamati Ser.D (Servizi pubblici per le Dipendenze), e dal registro **delle Dimissioni Ospedaliere**; dal **Ministero di Giustizia** sui procedimenti per reati legati alla legge "antidroga", le sentenze e sulla popolazione detenuta; dal **Ministero della Difesa** sull'andamento della tossicodipendenza in ambito militare; dal **Ministero dell'Interno** sull'attività delle Forze di Polizia (Direzione Centrale dei Servizi Antidroga) nel settore degli stupefacenti, sulle principali caratteristiche demografiche e sulla localizzazione territoriale della popolazione tossicodipendente in trattamento nelle strutture private (Comunità terapeutiche, Centri di prima accoglienza, Centri di reinserimento) e sulle segnalazioni per possesso per uso personale (ex art. 75 e 121 del T.U. 309/90, modificato nel 2006 e di nuovo nel 2014).

Oltre ai diversi Ministeri c'è poi un'altra fonte altrettanto importante a livello nazionale, la quale effettua ogni anno delle precise indagini relative a diversi aspetti economici, sociali e demografici nel nostro paese: l'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) che può fornire importanti informazioni relative al fenomeno dell'abuso e della tossicodipendenza che provengono dal registro delle **cause di morte, delle dimissioni ospedaliere e dalle statistiche sull'assistenza sociale e giudiziaria** come, per esempio, i dati su apertura di procedimenti per reati previsti della legge sulle droghe.

Il registro delle cause di morte e quello delle dimissioni ospedaliere sono disponibili anche presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

MINISTERO DELLA SALUTE

Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND).

Si tratta della rilevazione dell'attività dei servizi pubblici per le tossicodipendenze (SerD). Alla fine di ogni anno vengono rilevati dati sull'attività svolta durante tutto l'anno trascorso, informazioni demografiche ed epidemiologiche relative all'utenza in carico e afflitta al servizio nel corso dell'anno (prevalenza e incidenza annuale), nonché i dati dei servizi pubblici e le caratteristiche del personale ad essi assegnato.

Tali dati sono trasmessi al Ministero della Salute dagli uffici regionali competenti. La rilevazione ha consentito di acquisire informazioni sull'utenza afferente ai servizi e sulle attività da essi svolte dal 1991 ad oggi sull'intero territorio nazionale in maniera sempre più esaustiva e qualitativamente migliore nel tempo; nello specifico, le schede relative ai pazienti riguardano informazioni su sesso, età, sostanze d'abuso, patologie infettive correlate, e sui trattamenti erogati. Tali dati rientrano nel Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND) che è andato a regime solo dopo il 2012. I dati relativi agli anni precedenti sono comunque disponibili attraverso i rapporti annuali pubblicati dal Ministero e disponibili sul sito e anche inseriti ogni anno nella Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia.

Scheda di dimissione ospedaliera (SDO).

La scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.) è lo strumento di raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale.

Le schede vengono compilate dai medici che hanno avuto in cura il paziente e le informazioni, contenute nella cartella clinica, vengono raccolte, codificate e trasmesse alle Regioni e da queste al Ministero della Salute.

Le informazioni di tutti i ricoveri registrati in Italia affluiscono nella banca dati SDO istituita nel 1994. I dati sono regolarmente disponibili dal 1999.

Le malattie riportate nelle SDO vengono codificate mediante un sistema di classificazione internazionale (ICD) nel quale le malattie e i traumatismi vengono ordinati (per finalità statistiche) in gruppi tra loro correlati. Oltre alle informazioni relative alle malattie sono disponibili le informazioni di tipo demografico.

MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

L'introduzione della legge 26 giugno 1990, n. 163 (T.U. approvata con D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309) segna una svolta nell'evoluzione legislativa italiana in materia di droga, in senso repressivo.

Il sistema è costituito da due sottogruppi di fattispecie incriminatrici, che si distinguono a seconda che abbiano carattere individuale o associativo.

Le condotte prese in considerazione dall'art. 73 D.P.R. 309/90 coprono tutte le possibili ipotesi in cui la produzione e il traffico di stupefacenti può concretamente manifestarsi: la norma punisce chiunque "coltiva, produce, fabbrica, estrae, raffina, vende, offre o mette in vendita, cede o riceve a qualsiasi titolo, distribuisce, commercia, acquista, trasporta, esporta, importa, procura ad altri, invia, passa o spedisce in transito, consegna per qualunque scopo" sostanze stupefacenti. E' infine punita anche la illecita detenzione, fuori dalle ipotesi di utilizzazione di droga per uso personale (che ricade invece nell'art.75). L'art. 74 punisce invece gli analoghi reati condotti in forma associata. Dall'applicazione della legge derivano dati routinari importanti per la valutazione del mercato e dell'uso disponibili per ogni anno.

IL DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI DI GIUSTIZIA.

I tracciati record del suo database (flusso casellario) forniscono informazioni relative ai soggetti condannati per reati previsti dal DPR 309/1990 (art.73 e/o 74) e successive modifiche, nel corso degli anni di interesse per il progetto (1991-2016)., I dati contengono anche informazioni demografiche e relative alla cittadinanza.

IL DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA (D.A.P).

Il D.A.P. cura la programmazione e il coordinamento di iniziative di carattere generale con enti locali territoriali e terzo settore, con particolare attenzione all'aspetto della tutela della salute dei tossicodipendenti soggetti a regime carcerario.

I tracciati record del data base (flusso D.A.P.) forniscono informazioni relative ai soggetti entrati in carcere assuntori di sostanze psicotrope e/o che abbiano compiuto reati previsti dal D.P.R. 309/1990 e successive modifiche (incidenza annuale) e la permanenza in carcere in due date annuali a giugno e dicembre viene rilevata (prevalenza). I dati contengono anche informazioni demografiche e relative alla cittadinanza.

MINISTERO DELLA DIFESA

Le Forze Armate, hanno sviluppato un'attenzione particolare verso i problemi attinenti al disagio giovanile e al disturbo psichico in senso lato, ritenuti possibili precursori della diffusione e dell'uso di sostanze stupefacenti.

I dati si riferiscono alle schede individuali per farmacodipendenza pervenute presso la Direzione Generale della Sanità Militare nell'arco di ogni anno.

MINISTERO DELL'INTERNO

Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA)

La Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA), è stata istituita con legge 16/1991 nell'ambito del Dipartimento della Pubblica Sicurezza, con compiti previsti nel D.P.R. 309/1990, quale struttura interforze composta, in numero paritetico, dalle tre forze di Polizia nazionali (Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri e Guardia di Finanza). Tramite tale struttura il capo della Polizia (Direttore Generale della Pubblica Sicurezza) attua le direttive emanate dal Ministro dell'Interno in materia di coordinamento e di pianificazione delle forze di polizia per la prevenzione e repressione del traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Tutti i dati devono considerarsi "di polizia" vale a dire acquisiti e inseriti nella banca dati della DCSA sulla base delle segnalazioni di polizia in collaborazione con le autorità doganali interne e quelle consolari all'estero. I dati DCSA sono molto importanti rispetto alla valutazione della dimensione del mercato delle sostanze illegali e la criminalità legata al mercato.

I tracciati record sono suddivisi in 3 tabelle, le prime due tra loro relazionabili:

- operazioni antidroga (contro il traffico art.74, contro le attività di vendita art.73 e contro altri reati), dove, per la singola operazione, si hanno informazioni relative al tipo di sostanze, le quantità rilevate, la tipologia di operazione condotta (sequestro, rinvenimento...) e la provincia in cui è stata condotta l'operazione.
- persone deferite alle Autorità Giudiziarie: per ogni soggetto si hanno informazioni relative alla provincia in cui è stata condotta l'operazione, nazionalità, genere, età, provincia di residenza, articolo di legge, tipologia di operazione.
- soggetti deceduti per abuso di sostanze, tipo overdose, rinvenuti: per ogni soggetto si hanno a disposizione informazioni quali: provincia del ritrovamento del deceduto, nazionalità, genere, provincia di nascita, provincia di residenza, età, sostanza di abuso (in media per ogni anno risulta non precisata la sostanza per circa il 60% dei decessi), luogo del ritrovamento. Tale fonte è tuttavia incompleta e produce stime non totalmente affidabili in quanto non tutti i decessi vengono comunicati agli organi di polizia (DCSA) dagli organi sanitari che li rilevano (non essendoci obbligo di legge).

E' possibile relazionare la tabella delle operazioni con quella delle denunce, e capire quante persone sono state deferite alle autorità giudiziarie in una specifica operazione. Non è però possibile sapere se uno stesso soggetto è stato coinvolto in più operazioni durante l'intero periodo considerato.

E' possibile conoscere il numero di operazioni svolte in tutti gli anni a disposizione, per regione, quali tipi di sostanze sono state sequestrate e quali quantità, quante persone sono state denunciate in ciascuna operazione.

DIREZIONE CENTRALE PER LA DOCUMENTAZIONE E LA STATISTICA (DCDS STORICAMENTE) ATTUALMENTE DIPARTIMENTO PER LE POLITICHE DEL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE CIVILE E PER LE RISORSE STRUMENTALI E FINANZIARIE

Il Dipartimento ai sensi del D.P.R. 309/1990, si occupa di rilevazione dei dati statistici inerenti:

- le strutture socio-riabilitative e i relativi utenti in trattamento.
- i soggetti segnalati ai Prefetti come assuntori e consumatori di sostanze stupefacenti, attraverso le rilevazioni eseguite dagli Uffici Territoriali del Governo.

Il database relativo ai soggetti segnalati consiste in due tabelle una relativa all'anagrafica e l'altra ai provvedimenti, con possibilità di connessione tra loro.

- la tabella anagrafica: per il singolo soggetto si hanno informazioni relative alla data di nascita, genere, provincia di nascita, nazionalità, provincia di residenza.
- la tabella provvedimenti: per ogni singolo soggetto si hanno a disposizione informazioni come: la data e la provincia di segnalazione, la sostanza primaria e secondaria assunte, l'articolo di legge (75 o 121) in base a cui è stato segnalato. Inoltre è registrata la variabile comportamentale "circostanza", che denota se il soggetto al momento del fermo si trovasse da solo o un gruppo e i provvedimenti adottati dopo colloquio o senza colloquio.

Per alcune variabili è generalmente alta la percentuale di dati mancanti (come la nazionalità e la provincia di residenza).

ISTAT (ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA)

Annualmente l'ISTAT pubblica i dati relativi alle cause di nati-mortalità e le cause di morte divise per età, sesso e per residenza.

La rilevazione dei dati viene eseguita in base alle notizie desumibili dagli atti dello stato civile e dalle diagnosi fornite dal medico curante.

Come causa di nati-mortalità o di morte è considerata quella che sulla scheda di morte risulta come **causa iniziale**, vale a dire la malattia che, attraverso eventuali complicazioni o stati morbosi intermedi, ha condotto alla causa terminale. Relativamente alle cause di morte per tossicodipendenza, per esempio anche voci come "Abuso di droghe senza dipendenza" e "farmacodipendenza", classificate come "Morti per disturbi psichici".

5.1 Le fonti ufficiali rilevate "una tantum"

Rimanendo nell'ambito delle fonti informative ufficiali sarebbe possibile arricchire il quadro conoscitivo di un tale fenomeno considerando, oltre alle indagini svolte periodicamente, con cadenza annuale o semestrale, i dati relativi a indagini effettuate occasionalmente, con cadenze variabili a seconda della rilevazione.

IL CENSIMENTO DELLA POPOLAZIONE: UN'ALTRA POSSIBILE FONTE INFORMATIVA SULLA TOSSICODIPENDENZA.

Limitatamente ai tossicodipendenti residenti in convivenze, alle fonti tradizionalmente usate se ne aggiunge ora una nuova: il Censimento della popolazione.

L'ultimo censimento effettuato nel 2011 infatti, oltre ad avere come obiettivo finale la completezza della conta censuaria, ha ampliato i suoi obiettivi concentrando la sua attenzione su specifiche realtà sociali.

L'importanza di aver incluso la comunità terapeutica e di recupero per tossicodipendenti tra i nuovi tipi di realtà sociali oggetto di rilevazione rappresenta sicuramente un ulteriore passo avanti per la definizione di una discussione iniziale su una realtà sociale che, com'è noto, è di difficile individuazione: infatti è caratterizzata, nella maggior parte delle ipotesi, da clandestinità. Nella migliore delle ipotesi, ossia quando il contatto con le istituzioni riesce a rendere il fenomeno socialmente visibile, la rilevazione dei dati appare sicuramente poco chiara a causa del carattere vario e fluttuante di tale contatto.

Mettendo da parte i limiti insiti nell'osservazione del fenomeno che rendono di difficile individuazione un universo di riferimento, oggi si dispone di risultati ottenuti dal censimento della popolazione tossicodipendente che è venuta a contatto o risiede in comunità o centri di

assistenza. Per la prima volta dunque, in occasione della scadenza censuaria, è disponibile un insieme abbastanza ampio di rilevazione con cui poter tracciare una mappa socio-demografica sia degli ospiti residenti sia di quelli temporaneamente presenti o assistiti all'interno delle comunità.

Tra le persone residenti nella comunità è possibile distinguere tra coloro che risiedono in quanto prestatori di lavoro, purché non costituiscano famiglia a sé stante, da coloro che rappresentano invece l'utenza vera e propria, vale a dire i residenti che sono l'oggetto di questa analisi.

Oltre alle informazioni di carattere strutturale (sesso, età, stato civile, condizione ed eventuale posizione nel mercato del lavoro) sono disponibili anche dati circa la durata della permanenza in comunità riferiti sia all'ultima permanenza sia ad eventuali esperienze precedenti. In tal modo si riesce ad ottenere nello stesso tempo sia una conoscenza esaustiva del tipo di persone residenti sia del tempo trascorso in essa.

5.2 Le survey

Le due survey che si conducono regolarmente in Italia sono ESPAD (European School survey Project on Alcohol and other Drugs, <http://www.espad.org/>) e IPSAD (Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs, https://www.epid.ifc.cnr.it/index.php/it/studi-di-popolazione?option=com_content&view=article&id=85:ipsad&catid=10:popolazione&lang=it-IT&Itemid=101), entrambe condotte dal CNR (Istituto di Fisiologia Clinica), che possiede i relativi data set.

C'è da osservare che, per quanto riguarda ESPAD, anche se il contributo italiano da parte del CNR rientra nel progetto europeo, vengono però rilevati in Italia dati nella scuola superiore per classi di età da 15 a 19 anni, anziché solo 16 anni, e con periodicità annuale, anziché quadriennale. L'indagine IPSAD non ha invece cadenza annuale ma bi-triennale.

La difficoltà con cui si raccolgono i questionari per IPSAD (mai oltre il 30% del campione contattato fornisce questionari compilati, distorcendo drammaticamente la rappresentatività e portando a sottostima della popolazione di utilizzatori) sono la prova evidente che lo strumento dell'invio del questionario cartaceo non è ben accetto, non solo per le difficoltà tipiche di un questionario tradizionale (lunghezza e macchinosità delle operazioni di compilazione e riinvio del modulo) ma anche per la scarsa garanzia di riservatezza e si finisce con informazioni fortemente distorte per l'auto-selezione dei rispondenti, che non rappresentano assolutamente più un campione della popolazione di interesse.

Il problema di tutte queste indagini è certamente la reticenza a rispondere, peraltro giustificabile. Un consumatore problematico finisce per essere emarginato, a volte per legge, a volte per convenzione sociale e a volte perché non riesce a stare allo stesso ritmo degli altri. In conclusione, come già affermato da un illustre studioso, coordinatore del partner Paesi Bassi Prof. Dirk Korf, nel suo intervento a un seminario³, le indagini attuali rilevano quasi esclusivamente i non consumatori e non descrivono il reale fenomeno, che invece è più radicato, soprattutto nelle età adulte, di quanto realmente sembra.

Minori difficoltà si hanno per le rilevazioni che interessano gli studenti, sicuramente perché c'è un minore stigma fra gli stessi coetanei, ancora incerti fra la necessità/volontà di sperimentare tutto per crescere e una coscienza su ciò che è bene o male ancora da delineare. A questo si somma l'effetto della condizione di studente, non ancora soggetto a limitazioni percepibili, sia perché l'eventuale uso di droga, salvo le dovute eccezioni, è ancora sperimentale, senza gravi conseguenze, e sia perché è ancora sotto la "protezione benevolente" dello Stato, che ne sta assicurando la formazione ed è quindi ancora parzialmente responsabile dei suoi eventuali insuccessi. E' necessario, comunque, tener presente che i consumatori gravi più

³ Dirk Korf (2009), Data Collection on Cannabis Use and Retail, 2° Workshop IDM, Roma 16-17 settembre 2009. Si possono fornire le slide agli interessati.

giovani non sono reperibili nella scuola superiore, ma andrebbero cercati tra quanti abbandonano la scuola.

Pertanto nessun database proveniente da indagini sarà esaminato regolarmente nel corso del lavoro relativo agli indicatori di Eranid-IDPSO, tranne per chiarire aspetti particolari, legati per esempio agli interventi di prevenzione, utilizzando nuovi indicatori applicati ai dati ESPAD nei corsi del progetto Eranid_ALAMA (<https://www.eranid.eu/projects/alama-nightlife/>), che ha portato alla pubblicazione di un articolo scientifico (Colasante et al. 2019).

5.3 Problemi legati ai dati

I dati disponibili, sia da archivi amministrativi che da survey, hanno delle carenze rilevanti, che non permettono l'adeguata conoscenza del fenomeno di uso e di offerta di sostanze illegali.

Gli archivi amministrativi non permettono di "legare" i data sets, perché utilizzano codici individuali diversi e quindi mostrano solo aspetti parziali del fenomeno a macchia di leopardo. Le survey regolari permettono di rilevare solo dati da soggetti che consumano sostanze non regolarmente (uso problematico). Per esempio gli utilizzatori regolari e problematici di età di scuola superiore non frequentano tali scuole e andrebbero indagati in altro modo, come i consumatori problematici di qualunque età, che consumano più della metà di tutta la sostanza illegale in "commercio", ma non entrano mai nella survey sulla popolazione generale, come dimostrato precedentemente e riportato nell'Allegato 2.

Sarebbero assolutamente necessarie delle indagini periodiche più adeguate per raggiungere proprio la parte di popolazione maggiormente coinvolta nell'uso e nello spaccio, come svolto nell'ambito di un progetto EUJustice (2011-2013) e riportato in Ricci & Rossi (2013) o anche in un progetto su conseguenze Art. 75 del 2007-2008 con campionamenti a "palla di neve"⁴.

Nella Tabella 5.1 sono riportate in sintesi le informazioni sui dati e le fonti.

Tabella 5.1 - Fonti e dati (sintesi)

Fonte dei dati (Ministero)	Dati amministrativi
Ministero della Salute	SIND, dati sugli assistiti dai SerD.
Ministero della Salute	SDO, dati sui dimessi dopo ricovero ospedaliero (anche Istat e Istituto Superiore di Sanità).
Ministero della Giustizia	Processi (Inizio azione penale, archiviazioni, anche Istat), Misure alternative, condanne (dati casellario).
Ministero della Giustizia-DAP	Entrati e presenti in carcere per reati previsti dalla legge in vigore e tossicodipendenti in carcere per qualsiasi reato.
Ministero della Difesa	Schede individuali sull'uso di sostanze in ambito militare.
Ministero dell'Interno-DCSA	Operazioni di polizia, Sostanze sequestrate, deferiti all'Autorità Giudiziaria.

⁴ L'ART. 75 DEL D.P.R. 309/90 E IL CONSUMO DI DROGHE ILLEGALI: UNA RICERCA SU PRASSI APPLICATIVE, ESPERIENZE, INNOVAZIONI, progetto coordinato dall'Università di Torino (https://www.sostanze.info/sites/default/files/documenti/sintesi_sanzioni_amministrative.pdf; <file:///C:/Users/User/Downloads/prina.pdf>; https://books.google.it/books?id=C35IO3ogj68C&pg=PA4&lpg=PA4&dq=L%E2%80%99ART.+75+DEL+D.P.R.+309/90+E+IL+C+ONSUMO+DI+DROGHE+ILLEGALI+UNA+RICERCA+SU+PRASSI+APPLICATIVE,+ESPERIENZE,+INNOVAZIONI+Franco+Prina&source=bl&ots=Hh_49Jrg2x&sig=ACfU3U0yIWLPPIC0jCVHNazpg4A5MlyqUw&hl=it&sa=X&ved=2ahUKEwj0KJ3NrqHpAhUF2KQKHe99BO4Q6AEwA3oECAoQAQ#v=onepage&q=L%E2%80%99ART.%2075%20DEL%20D.P.R.%20309%2F90%20E%20IL%20CONSUMO%20DI%20DROGHE%20ILLEGALI%20UNA%20RICERCA%20SU%20PRASSI%20APPLICATIVE%2C%20ESPERIENZE%2C%20INNOVAZIONI%20Franco%20Prina&f=false).

Ministero dell'Interno-DCDS	Segnalati ai prefetti per possesso di sostanze per uso personale, Strutture socio-riabilitative e utenti.
Istat	Registro Generale di Mortalità, Sistema informativo salute, Censimento, dati SDO.
Istituto Superiore di Sanità	Dati SDO, Registro Generale di Mortalità, malattie infettive nella popolazione generale.
CNR (istituto di fisiologia clinica)	Surveys regolari: ESPAD (Popolazione scolastica) indagine annuale, IPSAD (popolazione generale) indagine triennale mediamente.

Oltre ai dati amministrativi nazionali ci sono dati locali, in particolare regionali, importanti da esplorare per effettuare stime locali e modellare generazione dei dati come base per le stime nazionali, attualmente non disponibili.

Bisognerebbe inoltre studiare anche i dati relativi a reati di furto ecc., dovuti a motivi finanziari per acquisto sostanze, da parte degli utilizzatori problematici in particolare, ma sarebbe possibile solo con uno studio da effettuare in collaborazione con gli istituti penitenziari. Dal 2002 tali dati non sono più disponibili a livello centrale (DAP). Lo schema e i risultati di un progetto pilota, condotto presso il carcere di San Vittore (Milano), sono reperibili in Di Censi e Fabi (2017) e in Fabi e Rossi (2019). Tali dati si possono anche rilevare, insieme a molto altri, attraverso l'indagine riportata in Ricci e Rossi (2013), come si riassume nell'Allegato 3.

6. Indicatori base per la valutazione dei costi sociali droga correlati (WP4)

Nel corso della ricerca sono stati analizzati diversi modelli teorici rilevanti per definire un sistema di indicatori relativi ai costi sociali, tra i quali si evidenziano lo schema di Pierre Kopp (2015), ma, soprattutto, i documenti relativi a indicatori, modelli di stima e valutazione di fonte EMCDDA, che si basano sui dati nazionali, riportati completamente nella Figura 4.2 per l'Italia.

Gli indicatori base del progetto Eranid-IDPSO, denotati limitatamente sociali, anche se ne comprendono alcuni sanitari e altri relativi alla parte repressiva delle leggi e politiche, sono stati presentati, molto brevemente, nel Convegno di ottobre 2019 a Lisbona "Addiction 2019", provengono da EMCDDA

(<https://www.lisbonaddictions.eu/lisbon-addictions-2019/presentations/illicit-drug-policies-and-social-outcomes-cross-country-analysis>), e sono riassunti, nella presentazione di Lisbona, molto sinteticamente come:

- **Prevalenza di utilizzatori di sostanze**, in realtà si intendono principalmente gli utilizzatori detti inizialmente problematici e attualmente "con comportamento ad alto rischio", che è un indicatore delle conseguenze gravi delle leggi studiato e utilizzato da EMCDDA: storicamente Problem Drug Users (PDU) e ora High Risk Drug Users (HRDU);
- **Morti per overdose**, in realtà tutti i decessi legati all'uso di sostanze psicotrope acuti e "cronici", come comprende l'indicatore EMCDDA DRD;
- **Prevalenza di malattie infettive**, si intende non nella popolazione generale, ma tra gli utilizzatori di sostanze illegali a rischio, rilevabili nei dati sugli utenti dei servizi terapeutici (EMCDDA DRID);

- **Domande di trattamento**, si intende da parte degli utilizzatori di sostanze psicotrope (EMCDDA TDI);
- **Sequestri di sostanze psicotrope** (EMCDDA new supply indicators);
- **Reati rispetto alla legge antidroga in vigore** (EMCDDA new supply indicators).

E' importante analizzare in maggior dettaglio i diversi tipi di indicatori per la valutazione delle politiche e degli interventi di riduzione della domanda e dell'offerta.

6.1 Interventi di riduzione della domanda e relativi indicatori

6.1.1 Indicatori epidemiologici chiave (EMCDDA) relativi alla riduzione della domanda

Gli indicatori, su cui basare le stime e le valutazioni, si basano soprattutto sui fenomeni visibili, legati all'offerta e all'uso di sostanze illegali, in particolare si fa riferimento agli indicatori definiti o in via di definizione da EMCDDA nel lavoro WP4 del progetto.

Tali indicatori, e i dati necessari per valutarli, riguardano sia gli interventi di riduzione dell'offerta che quelli di riduzione della domanda, sono stati i primi introdotti negli anni '90 e costituiscono i cinque indicatori chiave epidemiologici dell'EMCDDA (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators>).

- **General Population Survey (GPS)**, che prevede **stime** di prevalenza di utilizzatori nella popolazione generale e nella popolazione scolastica, di 15/16 anni, da dati rilevati con indagini (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/gps>).
- **High Risk Drug Use (HRDU)** che prevede **stime** di prevalenza (e di incidenza) nella popolazione di utilizzatori a rischio, ottenibili in base a dati amministrativi e opportuni modelli di stima (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/pdu>).
- **Treatment Demand Indicator (TDI)**, che raccoglie e sintetizza i **dati** sugli utenti dei servizi per il trattamento delle tossicodipendenze, le caratteristiche dei servizi e i trattamenti offerti (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi>).
- **Drug Related Deaths and mortality (DRD)**, che raccoglie e sintetizza i **dati** sui decessi droga correlati e sulla mortalità dei tossicodipendenti attraverso archivi amministrativi e studi ad hoc, non sempre attivi (**stime**) (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drd>).
- **Drug Related Infectious Diseases (DRID)**, che raccoglie **dati** sulle malattie infettive droga-correlate e, in particolare su HIV, HBV e HCV, tra i consumatori, principalmente per via iniettiva (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drid>).

Ogni indicatore mette in luce aspetti particolari, sia statici che dinamici, degli utilizzatori. L'utilizzo sinergico permette di mettere a fuoco il fenomeno complessivamente, anche se parte del fenomeno rimane nascosta.

Gli indicatori vengono continuamente aggiornati per tener conto delle nuove tendenze che emergono nel mercato. In particolare, è stato effettuato in anni recenti un lavoro di revisione dell'indicatore PDU, che non rispecchiava più la situazione da monitorare; ora si utilizza l'indicatore HRDU (high-risk drug use) perché i cambiamenti dell'offerta (mercato) hanno indotto modifiche nel consumo, analoghe a quelle dell'offerta, e quindi il consumo di nuove sostanze e il policonsumo tra gli utilizzatori.

Per il progetto Eranid-IDPSO gli indicatori epidemiologici di EMCDDA sono utilizzati tutti, escluso il primo, se non parzialmente per i problemi legati alle indagini sulla popolazione

generale, che saranno ripresi in dettaglio nel paragrafo A2.3 su eroina ecc., dell'Allegato 2, che non permettono di valutare correttamente gli indicatori di costo sociale. I dati e le analisi relative agli interventi di riduzione della domanda sono riportati nell'Allegato 2. Si riporta qui solo una sintesi dei principali.

6.1.2 Indicatori socio-sanitari

Si parla ampiamente di tali indicatori nell'Allegato 2 dove sono anche utilizzati per la valutazione, attraverso l'analisi delle serie storiche dei dati disponibili sul periodo 1991-2019 o periodi minori quando i dati non siano disponibili su tutto il periodo.

Qui si riportano solo alcuni indicatori e si rappresentano, nel prossimo paragrafo, gli andamenti sintetici nei periodi in cui leggi diverse sono state in vigore in Italia per quegli indicatori su cui le leggi hanno prodotto variazioni.

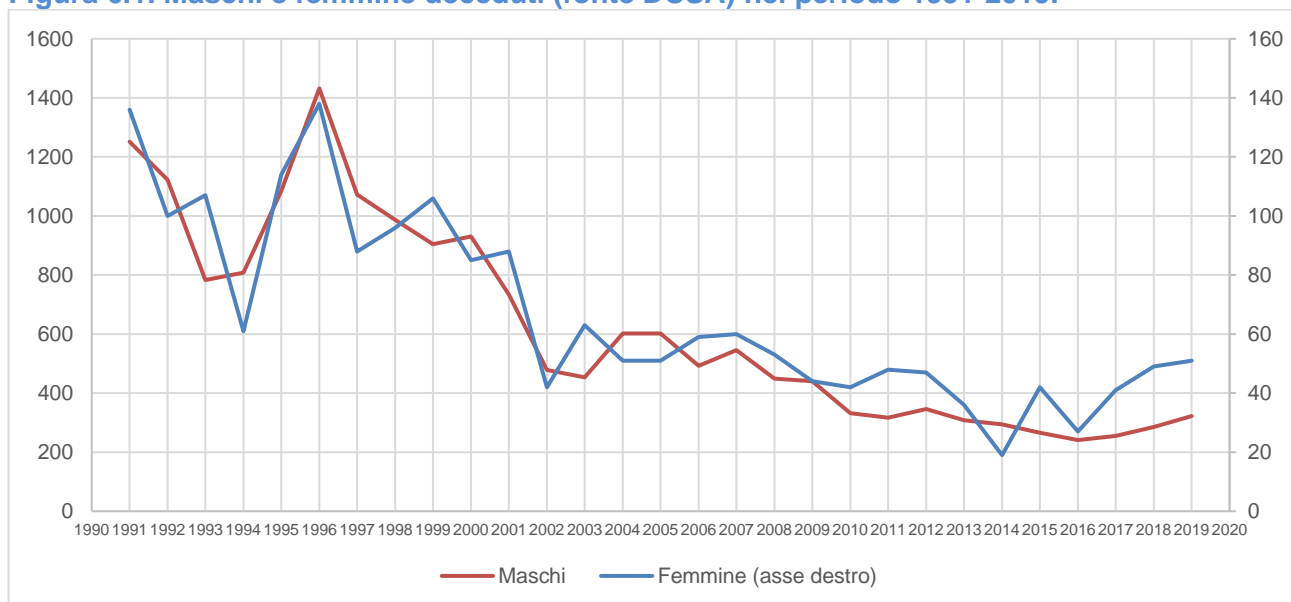
Gli altri numerosi indicatori, valutati e non inseriti nella Tabella 7.1, non si mostrano influenzati direttamente dalle modifiche delle leggi.

L'indicatore relativo alle politiche di riduzione della domanda, DRD per EMCDDA, che Kopp (2015) considera al primo posto completandolo anche con l'indicatore "vita persa", che si dovrebbe valutare sempre insieme a DRD, dato che l'informazione fornita dalla mortalità degli utilizzatori di sostanze, se non si mette in evidenza l'età dei soggetti deceduti, fornisce un'informazione molto "rozza" rispetto alla valutazione.

Data l'uscita recente del rapporto DCSA 2020 (<https://antidroga.interno.gov.it/wp-content/uploads/2020/06/DCSA-2020.pdf>), dove si riportano i dati relativi ai decessi, con informazioni sul genere dei deceduti e sulla classe di età, si possono aggiornare i dati ricevuti da DCSA per il progetto Eranid-IDPSO, analizzati nell'Allegato 2 e si può quindi anticipare una prima analisi sintetica sul periodo 1991-2019 per l'indicatore DRD, completato con vita persa secondo l'impostazione di Kopp.

La Figura 6.1 riporta i dati relativi ai deceduti (DCSA) per genere.

Figura 6.1. Maschi e femmine deceduti (fonte DCSA) nel periodo 1991-2019.



L'analisi completa e approfondita della serie storica è nell'Allegato 2, ma alcune considerazioni iniziali si possono anticipare e per quanto riguarda anni recenti:

- **Fino al 2009 le femmine sono circa un decimo dei maschi, mentre poi il rapporto mediamente diminuisce mostrando che l'ingresso nell'uso delle sostanze è crescente per le femmine più che per i maschi.**

- Dal 2014 per le femmine aumenta significativamente il numero di decessi annuali, mentre per i maschi aumenta di meno e più tardi (dal 2016).

Il costo sociale si basa anche sull'età e sulla vita persa dei deceduti. Nella Figura 6.2 sono rappresentate le età medie dei deceduti e nella Figura 6.3 la vita persa media di maschi e femmine. Come si vede l'età media al decesso cresce mediamente per le femmine fino al 2011 e per i maschi fino al 2014. Negli anni più recenti, soprattutto per le femmine, tende a decrescere. Questo implica l'aumento medio della vita persa, soprattutto per le femmine (Figura 6.3), dove si vede l'aumento regolare della vita persa dal 2011 per le femmine (+7% dal 2011 al 2019) e minore per i maschi dal 2014 al 2018.

Figura 6.2. Età media dei deceduti (fonte DCSA) nel periodo 1991-2019.

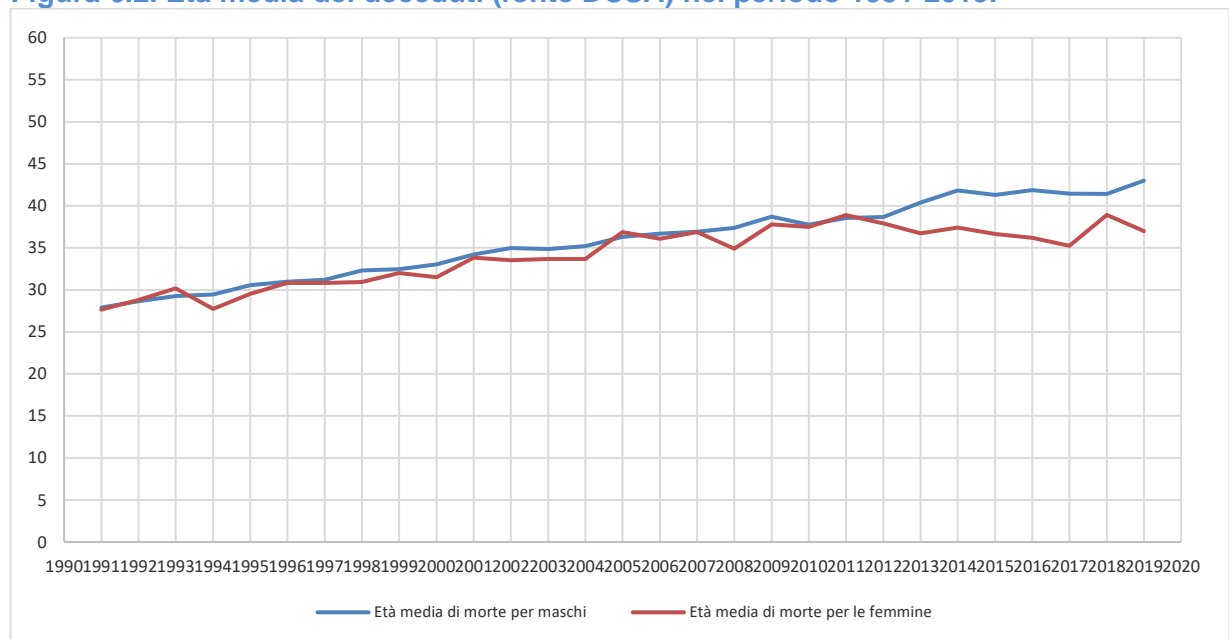
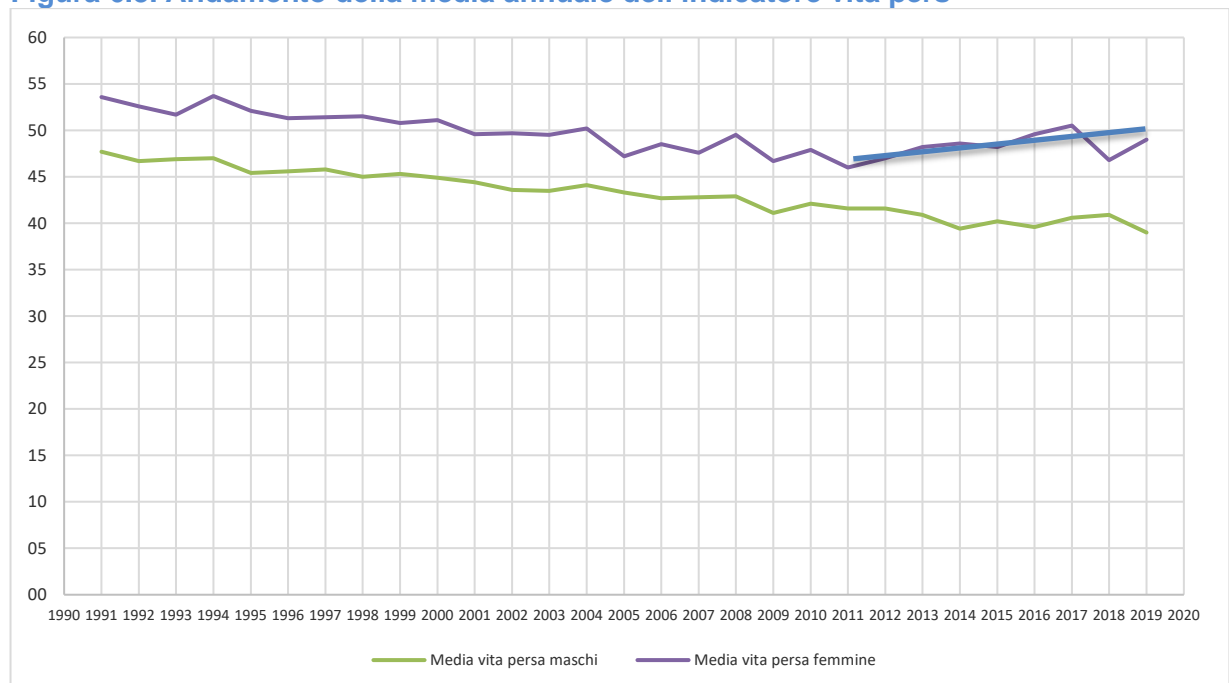


Figura 6.3. Andamento della media annuale dell'indicatore vita pers



Se si effettua la stima di consumatori HRDU per calibrazione, si può effettuare già una prima stima per il 2019 sulla base dei decessi, ma meglio utilizzare più insiemi di dati, come riportato nell'Allegato 2.

Tutti gli altri indicatori sugli utilizzatori e la conseguente valutazione delle politiche sono riportati nell'Allegato 2. La sintesi è nel paragrafo 7.

6.1.3 Costi finanziari socio-sanitari.

Anche se sulla base degli indicatori, elencati in sintesi a Lisbona dal coordinatore, è chiaro che Eranid-IDPSO non richiede i costi finanziari, si riporta una sintesi delle esposizioni ufficiali di tali analisi nel periodo di studio considerato (1991-2018). Per i costi socio-sanitari il problema è critico, anche per mancanza di dati nazionali su alcuni eventi come, per esempio, gli interventi di pronto soccorso, che corrispondono a costi importanti. Molto più valutabili sono i costi per interventi di repressione, che sono riportati di seguito e nell'Allegato 3, per completezza.

Per i costi socio-sanitari ci si riferisce, in particolare, alle Relazioni annuali al Parlamento.

Per i primi anni a partire dal 1990, si ha generalmente un riassunto dettagliato dei costi relativi al Fondo Nazionale d'intervento per la lotta alla droga, nelle Relazioni annuali al Parlamento di cui si riporta il riassunto di quanto riportato nel 1996 nella Tabella 6.1, dove si specifica: "Per gli anni 1990, 1991 e 1992 i finanziamenti alle Asl sono avvenuti tramite gli enti locali, quelli al privato sociale tramite il Ministero dell'Interno⁵". Già questo mostra come alcuni dati non sono accessibili a livello nazionale fin dall'inizio.

Tabella 6.1. Finanziamenti legati alla salute nell'ambito del DPR 309/90. Distribuzione per aree geografiche e per esercizi finanziari dei finanziamenti a carico del Fondo Nazionale d'Intervento per la lotta alla droga (importi x 1000)

Esercizi finanziari	Enti Locali	ASL	Privato sociale	Totale
1990	36,322,550	*	*	36,322,550
1991	92,792,169	*	*	92,792,169
1992	102,331,706	*	*	102,331,706
1993	98,367,200	4,786,000	56,195,509	159,348,709
1994	67,740,519	18,371,344	47,944,417	134,056,280
1995	63,656,533	22,972,023	48,729,824	135,358,380
Totale	461,210,677	46,129,367	152,869,750	660,209,794
Esercizi finanziari	Nord	Centro	Sud	Isole
1990	13,588,753	8,219,949	10,958,048	3,555,800
1991	33,804,936	21,870,365	28,830,900	8,285,968
1992	36,705,048	24,537,960	30,580,900	10,507,798
1993	60,971,935	37,558,758	46,500,928	14,317,088
1994	61,442,557	30,930,722	30,494,041	11,188,960
1995	64,221,849	28,830,229	28,235,244	14,071,058
Totale	270,735,078	151,947,983	175,600,061	61,926,672

Fonte: Dipartimento per gli Affari Sociali 1996.

⁵ In quegli anni ancora la Relazione al Parlamento era organizzata su dati organizzati dal Ministero dell'Interno, dove era anche il Focal Point nazionale.

Il totale riportato corrisponderebbe circa a 341,000,000 di euro. Altri dati simili si trovano nelle Relazioni annuali al Parlamento successive. Come per esempio:

Dal 1997 al 2000, il Dipartimento per gli Affari Sociali ha erogato finanziamenti a carico del Fondo Nazionale d'Intervento per la Lotta alla Droga per un totale di 795 miliardi di lire, così ripartiti:

Esercizi	Alle Regioni in miliardi di lire	Alle Amm. Statali in miliardi di lire	Totale in miliardi di lire
1997/1999	476	134	610
2000	139	46	185
Totale	615	180	795

Il trattamento sperimentale più ampio si trova nella Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, Anno 2007, non completamente giustificato e basato soprattutto su progetti specifici. In particolare, tutto si basa su dati di un progetto in corso in quegli anni, oltre ai dati amministrativi, analoghi a quelli utilizzati nell'ambito del progetto Eranid-IDPSO.

Successivamente non si trovano nelle Relazioni trattamenti altrettanto completi, tranne parziali occasionalmente. Come:

Nel 2012, la spesa pubblica connessa alla droga è stata stimata a circa lo 0,18% del prodotto interno lordo (PIL), pari a circa tre miliardi di euro, indicando un graduale calo dal 2010 (0,25% del PIL nel 2010 e 0,2% del PIL nel 2011). Nel 2012, la maggior parte della spesa individuata per la droga è stata destinata all'assistenza sociale e sanitaria⁶ (Relazione annuale al parlamento 2013).

Nella Relazione 2019 si presenta la Tabella 6.2.

Tabella .6.2 - Distribuzione dei costi per l'assistenza socio-sanitaria per ente fornitore dell'assistenza

Fornitore dell'assistenza	Costi	Percentuale
SerD	1.436.733.804,21	79,4%
Comunità Terapeutiche	289.683.594,94	16,0%
Ospedaliera	84.016.098,69	4,6%
Totale	1.810.433.497,84	100,0%

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute e Gruppo di lavoro SIND

Commentata così:

Una stima sicuramente in difetto quantifica in poco meno di due miliardi di euro il costo annuo per la cura e il trattamento delle tossicodipendenze. Stima che non tiene conto, ad esempio, delle patologie correlate a tutti quei comportamenti a rischio legati al consumo⁷.

⁶ Naturalmente è superficiale il modo di scrivere parlando di finanziamenti di cui non si conosce praticamente neanche l'ordine di grandezza. Per esempio, dove si dice che la maggior parte della spesa è stata destinata all'assistenza sociale e sanitaria, si dimostra di non aver valutato il finanziamento necessario per la repressione che è maggiore da sempre. (Allegato 3).

⁷ Comportamenti che sono molto costosi, inoltre non si tiene conto di altro come gli interventi i pronto soccorso.

Che viene spiegata metodologicamente:

Le stime sono state condotte tenendo in considerazione l'eterogeneità degli attori che all'interno del Sistema Sanitario Nazionale forniscono i trattamenti per le tossicodipendenze, in particolare: i Servizi per le Dipendenze (SerD), che forniscono principalmente servizi ambulatoriali e di prevenzione e salute pubblica; le comunità terapeutiche, strutture private accreditate che forniscono assistenza ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale⁸; gli ospedali che forniscono i servizi di degenza⁹.

Secondo le stime preliminari condotte il totale dell'assistenza socio-sanitaria ammonta complessivamente a 1.810.433.498 euro. Il 79,4% dei costi riguarda i servizi pubblici per le dipendenze, il 16% è riconducibile alle comunità terapeutiche e il 4,6% è assorbito dall'assistenza ospedaliera.

Il costo dell'attività condotta nei SerD è stato stimato pari a 1.436.733.804 euro. La stima è stata fatta sulla base del costo medio per personale (medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, educatori, amministrativi, altro) operante nei SerD nel 2016 (ultimo anno disponibile, dati del Ministero della Salute e del Gruppo di lavoro SIND), moltiplicato per un coefficiente dato dal rapporto tra costo della produzione e costo del personale medio delle ASL a livello nazionale (fonte Istat: Indicatori di bilancio di Aziende Sanitarie Locali)¹⁰.

I costi delle attività condotte nelle comunità terapeutiche sono stati stimati pari a 289.683.595 euro. La stima è stata fatta sulla base di un campione rappresentativo di budget regionali impegnati per gli inserimenti in comunità terapeutiche. Il budget di una Regione del Nord Italia (Veneto), una del Centro (Umbria), una del Sud (Campania) e una Regione a statuto speciale (Valle d'Aosta) sono stati utilizzati per stimare il costo medio per persona in trattamento presso strutture del privato-sociale (Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XI - Anno 2018). Sulla base del costo medio per utente riferito all'area territoriale di appartenenza a ogni Regione è stato quindi assegnato un budget per gli inserimenti in comunità terapeutiche, la cui somma corrisponde al totale nazionale stimato.

Il costo per l'assistenza ospedaliera correlata alle tossicodipendenze è stato stimato pari a 84.016.099 euro. Tale stima è stata fatta sulla base della spesa

⁸ Mancano i servizi a Bassa Soglia.

⁹ Manca completamente il pronto soccorso che riceve spesso richieste, se non altro per overdose fatale o non fatale.

¹⁰ Sembra manchino i costi di manutenzione locali (elettricità, medicine ecc.).

ospedaliera e dei giorni di degenza per causa principale¹¹ droga-correlata (dati Eurostat)¹².

Concludiamo dicendo che per la valutazione delle politiche antidroga, in vigore dal 1991 al 2018, nei costi sociali non sono inclusi i costi finanziari per l'assistenza socio-sanitaria, dato che, oltre a non essere richiesti dal progetto Eranid-IDPSO, non si hanno stime storiche affidabili e dati sufficienti per procedere in modo robusto.

6.2 Interventi di riduzione dell'offerta e relativi indicatori

Gli interventi di riduzione dell'offerta sono principalmente basati sulle operazioni, descritte ampiamente dalla DCSA in ogni rapporto annuale. A seguito delle denunce, riportate nei rapporti DCSA, seguono i processi, le condanne e gli ingressi e permanenze in carcere. Nell'Allegato 3 sono descritti e utilizzati i dati relativi a tali eventi per calcolare gli indicatori e valutare gli interventi e anche i costi, solo una prima sintesi si riporta nei paragrafi successivi.

6.2.1 Indicatori epidemiologici chiave (EMCDDA) sulla riduzione dell'offerta

La valutazione degli interventi di riduzione dell'offerta ha come strumenti di valutazione i nuovi indicatori legati alla stima del valore del mercato e a quella dell'efficacia del contrasto all'offerta (supply reduction). Tali stime costituiscono la base di nuovi indicatori qualitativi e quantitativi, indicati dalla Commissione Europea a seguito di due conferenze internazionali¹³ e dell'impegno di vari gruppi di lavoro presso EMCDDA. Si tratta, nello specifico, degli "European key indicators on drug market, crime and supply reduction", in breve "Supply Indicators".

L'impostazione delle due conferenze e dei gruppi di lavoro è stata guidata da una considerazione fondamentale, inserita nella relazione base della seconda conferenza (Conference paper)¹⁴:

The need for a holistic¹⁵ and integrated approach.

A holistic and integrated approach is necessary for an adequate understanding of the drugs phenomenon. This means analytically, that it is necessary to consider demand side data to fully understand supply side issues and vice versa.

La necessità di un approccio olistico (onnicomprensivo) e integrato.

¹¹ Causa principale riduce di molto la stima dei soggetti che sono ricorsi a ospedalizzazione per situazione legata all'uso di sostanze illegali, come si può vedere nel paragrafo in cui si trattano le morbosità legate all'uso di droghe. Chiaramente un soggetto con malattia infettiva e uso di droghe non ha l'uso di droghe nella prima diagnosi.

¹² Le note inserite nella citazione dalla Relazione annuale al Parlamento 2019 sono del gruppo Eranid-IDPSO.

¹³ The need to scale up the monitoring of illicit drug supply in Europe is an important component of the EU Drugs Action Plan 2009–12 (Action 67). The conference will provide the necessary technical support to enable the EU institutions to endorse a set of key European indicators in the fields of drug markets, drug-related crime and drug supply reduction. The event will bring together national and international experts to review a draft technical proposal on the indicators drawn up by the EMCDDA. It will also identify the elements required for defining a roadmap for moving forward in this area of recognised importance to European drug policy.

¹⁴ "A European system for the conceptualisation, implementation and exploitation of key indicators in the area of drug supply"

(http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/576/Supply_conference_conclusions_final_246156.pdf, <http://www.emcdda.europa.eu/events/2012/supply-indicators>).

¹⁵ L'olismo (dal greco ὅλος, cioè "la totalità") è una posizione teorica basata sull'idea che le proprietà di un sistema non possono essere spiegate esclusivamente tramite le sue componenti. Dal punto di vista "olistico", la sommatoria funzionale delle parti è sempre differente dalla somma delle prestazioni delle parti prese singolarmente. Un tipico esempio di struttura olistica è l'organismo biologico: un essere vivente, in quanto tale, va considerato sempre come un'unità-totalità non esprimibile con l'insieme delle parti che lo costituiscono.

Un approccio olistico ed integrato è necessario per una comprensione adeguata del fenomeno "droghe". Questo significa, in dettaglio, che è necessario prendere in considerazione dati relativi alla domanda per comprendere completamente aspetti legati all'offerta e viceversa.

Sono stati introdotti ufficialmente tre indicatori, articolati in sotto-indicatori, che identificano i dati utili, le stime da effettuare e le informazioni qualitative: Drug Markets (DM), Drug Supply Reduction (DSR) e Drug Related Crime (DRC), come riportato in appendice 2 nel dettaglio. In sintesi:

- **mercato della droga**, che comprende l'intera catena di approvvigionamento, dalla produzione/coltivazione illecita con traffico e vendita e considerando sia i driver partecipanti a queste attività che i facilitatori dell'approvvigionamento di droga;
- **riduzione dell'offerta di droga**, attività delle forze dell'ordine e altre attività che vengono intraprese per affrontare e ridurre i mercati e l'offerta di droga;
- **criminalità connessa alla droga**, danni e altre conseguenze, che vanno oltre la legge e i reati in merito alla legge antidroga per considerare altri tipi di reati connessi alla droga e danni alle comunità, come l'impatto ambientale dello scarico dei rifiuti derivanti dalla produzione di droga o i reati di appropriazione per finanziare il proprio uso di droghe e il riciclaggio da parte delle Organizzazioni criminali in economia grigia e corruzione.

Il secondo e terzo indicatore, che in parte si possono definire e valutare per il progetto Eranid-IDPSO, si basano principalmente su dati e informazioni che provengono dagli Enti che contrastano l'offerta (in Italia: DCSA, Ministero della Giustizia, ecc.). Nel primo indicatore, in gran parte qualitativo, sono presenti tre sotto indicatori derivabili da quantità stimate e non solo da dati provenienti da Enti operativi: Origini e flussi delle droghe disponibili nei mercati europei (per sostanza: analisi a fini investigativi, mappatura delle rotte del traffico, transito e punti di distribuzione derivati), Disponibilità (per sostanza: analisi a livello di popolazione tramite anche indagini), Dimensione del mercato (per sostanza e per tipo di consumatore: consumo individuale (frequenza e quantità per ogni tipo di consumo), prevalenza, modifiche nel tempo), in parte rientra negli indicatori epidemiologici, ma inoltre c'è l'obiettivo di stima del mercato come offerta.

Recentemente (dicembre 2018) l'EMCDDA ha pubblicato un rapporto, in cui si riportano gli sviluppi sui supply indicators, in cui si dice all'inizio:

Va sottolineato che dare un senso agli indicatori dell'offerta per la ricerca o per lo sviluppo, il monitoraggio e la valutazione delle politiche è un'impresa impegnativa. Tuttavia, questi dati forniscono un'importante finestra su un'area altrimenti nascosta, con lo scopo di migliorare la qualità dei dati raccolti e ampliare la portata della raccolta che dovrebbe essere una priorità per coloro che cercano di comprendere i mercati della droga e/o pianificare o valutare le attività di riduzione dell'offerta.

La conclusione attuale prevede che gli indicatori dell'offerta si basino su una serie di dati fondamentali, che vengono regolarmente raccolti, lavorando sul miglioramento della qualità e sulla valutazione della rilevanza di alcune serie di dati disponibili nei diversi paesi, in particolare:

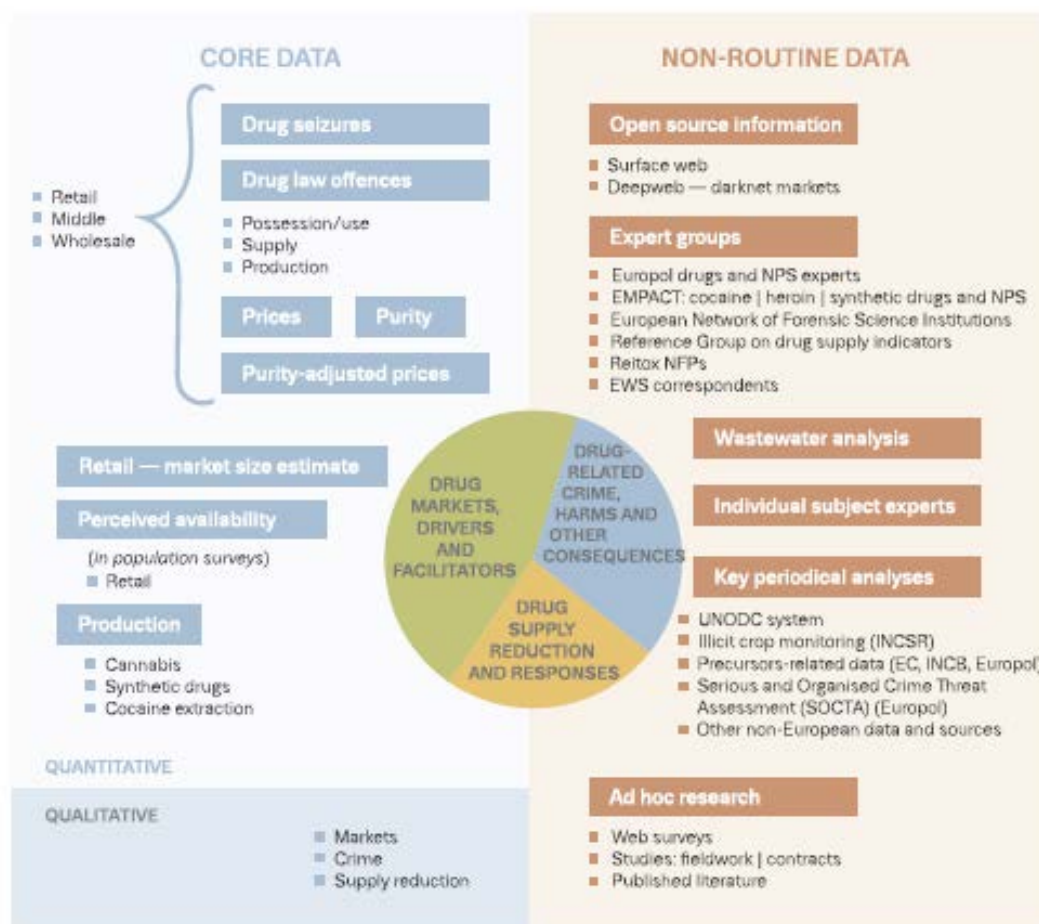
- **sequestri di droga** (set di dati rilevanti per il mercato della droga e indicatori di riduzione dell'offerta); purezza e contenuto (set di dati rilevanti per l'indicatore del mercato della droga);
- **prezzi della droga** (set di dati rilevanti per l'indicatore del mercato della droga);
- **smantellamento degli impianti di produzione della droga** (set di dati rilevanti per gli indicatori del mercato della droga e della riduzione dell'offerta);

- **reati connessi alla legge sulla droga** (set di dati rilevanti per il mercato della droga, la criminalità connessa alla droga e gli indicatori di riduzione dell'offerta ed efficacia).

Tuttavia, questi dati non sono raccolti regolarmente per monitoraggio e valutazione, ma solo per scopi amministrativi, e questo rende difficile l'interpretazione e, soprattutto, l'analisi comparativa. Ciononostante, forniscono importanti informazioni per monitorare e stimare i mercati e valutare l'efficacia della riduzione dell'offerta di droga. Una sintesi del lavoro, ancora in corso, è riportata nel rapporto EMCDDA del 2018

(http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/10178/Improved%20drug%20supply%20indicators%20for%20Europe_Joint%20publication.pdf) e nel lavoro di Nicola Singleton et al., pubblicato sulla rivista International Journal of Drug Policy nel 2018, da cui è tratta la Figura 6.4.

Figura 6.4 - Sintesi sui dati da rilevare per valutare supply indicators
Fonte: Singleton et al. 2018).



Nel seguito ci si concentra sull'analisi dei "Core Data" per l'Italia, tutte le fonti di tali dati sono riportate nella Figura 4.2 e sull'analisi e uso di nuovi indicatori, anche di efficacia.

Per la definizione e l'analisi dei costi sociali si considerano prima gli indicatori relativi alle conseguenze dell'uso, sia relative alla salute (indicatori socio-sanitari) sia le conseguenze amministrative (segnalazioni per art.75), utilizzando i dati riportati nella parte superiore della Figura 4.2 e le stime derivanti, come, solo per esempio, la prevalenza di utilizzatori HRDU. Successivamente si considerano gli indicatori legati alla criminalità (supply indicators), utilizzando i dati della parte inferiore della Figura 4.2 e le relative stime, come la dimensione

del mercato e la prevalenza degli spacciatori. Gli indicatori, con dati e analisi relative agli interventi di riduzione dell'offerta, sono riportati nell'Allegato 3.

6.2.2 Indicatori e costi di giustizia: metodologia e un primo esempio

Nella Figura 6.5 è rappresentato il riferimento (tratto dal modello Single-Kopp 16) utilizzato come base per stimare una parte dei costi legati al fenomeno droga in Italia, tenuto conto delle fattispecie studiate in sede di analisi leximetrica (WP2).

L'obiettivo di queste prime quantificazioni è, innanzitutto, di individuare un metodo e le fonti informative di riferimento, per procedere poi ai necessari approfondimenti e adeguamenti delle procedure di calcolo nelle successive fasi progettuali, in particolare in WP4.

A questo stadio di analisi, sono stati stimati i costi diretti legati all'applicazione della normativa sugli stupefacenti (DPR 309/1990), utilizzando fonti di dati di Figura 4.2 a disposizione e considerando i tre settori della giustizia penale (vedi riquadri evidenziati in rosa: "Law enforcement and criminal justice costs"):

- ✓ **costi sostenuti dalle forze dell'ordine;**
- ✓ **costi dei tribunali penali;**
- ✓ **costi di detenzione.**

Figura 6.5 - Framework di riferimento (modello Single Kopp per l'analisi dei costi sociali sul fenomeno droga legati agli interventi di prevenzione)

Fenomeni di studio WP2 (analisi leximetrica)	Law enforcement and criminal justice costs (direct costs)	Consequences to health and welfare systems, (treatment; prevention, research and welfare services)	Fonte Dati	Serie storiche disponibili
Coltivazione; Produzione; Traffico; Distribuzione, Riciclaggio di denaro	<u>Detenzione</u>		Direzione Amministrativa Penitenziaria (DAP) numero totale di detenuti; numero detenuti per violazioni del DPR 309/1990 Min. giustizia: Costo giornaliero detenuti MEF: Rendiconto economico dello Stato anni 2014-2017: costi Missione: "Giustizia"- Programma; "Amministrazione penitenziaria" e costi per Ministero	2001-2017
	<u>Forze dell'ordine</u>		Direzione Centrale dei Servizi Antidroga (DCSA): analisi sul traffico di sostanze stupefacenti: denunce per sostanza MEF - RGS (Conto Annuale- Comparto: Corpi di polizia e contratto: ppen - polizia penitenziaria) Istat: Delitti denunciati dalle forze di polizia all'autorità giudiziaria	2006-2016
	<u>Tribunali penali.</u>		MEF: Rendiconto economico dello Stato: costi Missione: "Giustizia"; "programmi: "Giustizia civile e penale" e "Giustizia minorile e di comunità" Istat: Numero di procedimenti penali al momento della decisione del PM. Autore noto Istat: Numero procedimenti civili depositati (ex sopravvenuti)	2011-2016
Possesso; Consumo			Direzione Centrale dei Servizi Antidroga (DCSA): analisi sul traffico di sostanze stupefacenti: denunce per sostanza Min. Salute: Sistema Informativo Dipendenze (SIND)	
Trattamento, Prevenzione e Riduzione del danno			Min. Salute: Sistema Informativo Dipendenze (SIND) Dati Min. Salute _Istat: dimissioni ospedaliere relative a ricoveri con DIAGNOSI PRINCIPALE + SECONDARIE droga-correlate	

La stima dei costi è stata realizzata per fornire una comprensione generale dell'impatto economico o "peso" attribuibile al contrasto e alla repressione del fenomeno droga sul bilancio nazionale.

Dato il modello Single-Kopp, indicato in precedenza, non si terrà conto delle dimensioni di costo sociale legate a:

¹⁶ *International guidelines for estimating the costs of substance abuse - Second edition (Single, Kopp 2003).*

- Productivity costs (i.e. consequences to the workplace), which includes premature mortality and lost employment or productivity.
- Other costs (e.g. property destruction, fire loss, fire prevention).

Lo schema generale dell'analisi, con ulteriori affinamenti, è stato mutuato dal metodo di stima del costo della criminalità, presentato nella "Relazione Annuale al Parlamento su droga e dipendenze 2015"¹⁷. In particolare, per affinare la stima rispetto alla citata Relazione, qui si è scelto di utilizzare, dove disponibili e utilizzabili, i dati di costo per Missioni e Programmi riportati nel Rendiconto dello Stato. Questa scelta, in prospettiva, potrebbe aprire la strada ad un confronto a livello europeo utilizzando la classificazione Cofog con la quale la classificazione per missioni e programmi a livello nazionale è raccordata¹⁸.

Con particolare riferimento alla stima del costo dei tribunali penali, i cui dati disponibili non permettono di scorporare le spese per i procedimenti civili da quelli penali, si è deciso di utilizzare, oltre al dato sul costo per missioni e programmi, il costo medio del processo penale (per procedimenti ex art. 73/74 del DPR 309/1990) indicato nella Relazione Annuale al Parlamento su droga e dipendenze 2012 (Allegato3).

Risultati

Sommando le stime relative ai tre settori dell'area giustizia: detenzione, polizia e tribunali, si ottiene la stima dei costi totali per lo Stato relativi al contrasto e la repressione del fenomeno droga. Con tutte le cautele già segnalate sopra rispetto alla stima dei costi di giustizia, le stime prodotte per gli anni dal 2011 al 2016 registrano un costo medio annuo (anni 2011-2016) di 1,36 miliardi¹⁹ pari allo 0,08% del PIL. La spesa più alta si è registrata nel 2011 con oltre 1,5 miliardi per poi attestarsi oltre 1,2 miliardi nel 2016 (Figura 6.5). Inoltre, emerge come la percentuale di costo per l'area giustizia correlata al contrasto e repressione della cannabis si attesta in media poco al di sotto del 50% con un'impennata fino al 53% registrata nel 2016.

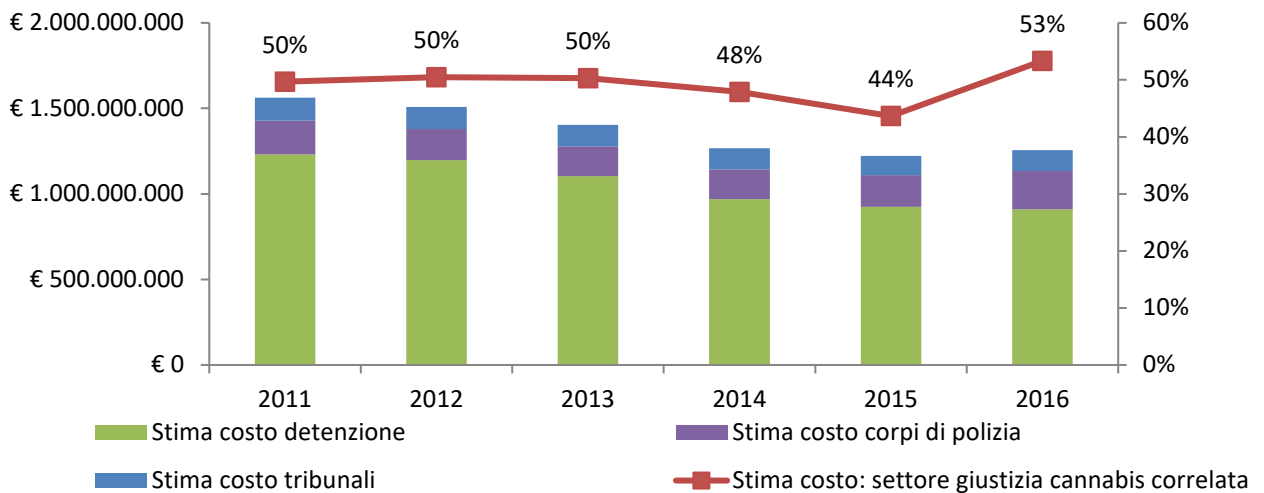
¹⁷ Si veda la Relazione Annuale al Parlamento su droga e dipendenze 2015: un percorso condiviso con istituzioni e società civile (pag. 83 Stima del costo della criminalità).

<http://www.politicheantidroga.gov.it/media/1729/parte-i.pdf>

¹⁸ La classificazione della spesa pubblica per funzione utilizzata nei conti nazionali fa riferimento alla Cofog (acronimo di Classification Of Function Of Government), classificazione internazionale adottata come standard dal Sec95. La Cofog è articolata in 3 livelli di analisi: il primo livello è costituito da dieci divisioni, ciascuna delle quali è suddivisa in gruppi, a loro volta ripartiti in classi. Secondo l'articolo 14, comma 1, lettera b) d. Lgs 118/2011, ciascun Programma si raccorda alla relativa codificazione Cofog di secondo livello (Gruppi). Nel caso di corrispondenza non univoca tra Programma e classificazione Cofog di secondo livello (Gruppi), vanno individuate le corrispondenti funzioni Cofog.

¹⁹ Questo dato è sostanzialmente in linea con quello riportato nella Relazione Annuale al Parlamento su droga e dipendenze 2015 (1,4 miliardi), al contrario è sottostimato rispetto al dato riportato nella Relazione 2012. Secondo la stima presentata nella Relazione al Parlamento del 2012 "I costi imputabili alle attività di contrasto ammontano a circa 2 miliardi di euro (7,1% del totale), di cui quasi la metà (48,2%) per la detenzione, il 18,7% per le attività delle forze dell'ordine, il 32,6% per le attività erogate dai tribunali e dalle prefetture, la stima fornita nella Relazione al Parlamento 2012 è quasi 500 milioni di euro superiore a quella prodotta in questo documento, ovviamente come abbiamo esplicitato la stima dei costi per i tribunali e di polizia deve essere ulteriormente affinata.

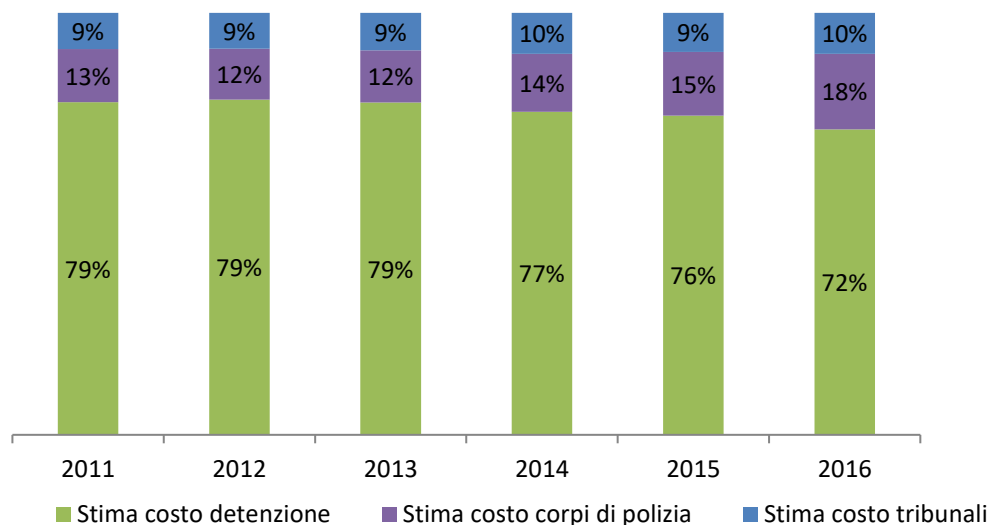
Figura 6.5- Stima costi del settore giustizia (ipotesi minima): detenzione; polizia; tribunali; relativi all'applicazione della normativa sugli stupefacenti con la specificazione della stima dei costi giustizia cannabis correlata.



Fonte: elaborazioni su dati Istat; MEF; Ministero Giustizia; Ministero dell'Interno; Relazione Annuale al Parlamento su droga e dipendenze 2012.

In ultimo, la Figura 6.6 mostra le quote di incidenza percentuale dei settori: detenzione, polizia e tribunali sul totale dei costi diretti per il contrasto e la repressione del fenomeno droga. Come si vede, il settore detenzione assorbe la gran parte delle risorse destinate al contrasto e alla repressione del fenomeno droga.

Figura 6.6. Distribuzione percentuale di costi imputabili alle attività di contrasto e repressione del fenomeno droga: Area giustizia



Fonte: elaborazioni su dati Istat; MEF; Ministero Giustizia; Ministero dell'Interno. Per approfondimenti si rimanda all'Allegato 3.

7. Valutazione d'impatto delle politiche e raccomandazioni

La valutazione per l'Italia viene qui riportata, in estrema sintesi, attraverso il richiamo dei costi sociali definiti e valutati negli Allegati 2 e 3 e dei costi finanziari relativi alla giustizia dell'Allegato 3. Negli allegati si possono trovare le definizioni e le valutazioni degli indicatori, classici e nuovi, utilizzati.

Qui si riportano, in particolare, gli indicatori trascurati nelle analisi ufficiali in Italia e in Europa, e che quindi non compaiono nelle Relazioni annuali al Parlamento, presentate per legge ma con titoli diversi dal 1991 al 2019, e nei documenti EMCDDA. Inoltre, si richiamano i collegamenti tra indicatori diversi, che permettono di comprendere meglio certi andamenti, sia della domanda che dell'offerta di sostanze illegali e delle conseguenze. Si riportano in sintesi solo alcuni costi sociali specifici corrispondenti a modifiche delle leggi antidroga in Italia (Tabella 7.1).

E' importante osservare che la scala leximetrica può essere modificata²⁰, per esempio, per avere il valore massimo minore di 1 o pari a 100. Il punto matematicamente fondamentale per l'Italia è che i rapporti del Livello leximetrico, rispetto ai consumatori e ai venditori, tra le diverse leggi siano invariati. Analogamente si può procedere per le comparazioni tra i diversi paesi inclusi nel progetto. La scala proposta, basandosi esclusivamente sui numeri naturali, è più comprensibile anche per giuristi e politici per cui si sviluppa il progetto e, in particolare, utilizzabile per i settori WP4 e WP5.

Tabella 7.1 - Alcuni indicatori di costo sociale condizionati dalle leggi in vigore in Italia

Valori leximetrici e Indicatori legati a Costi sociali	D.P.R. n. 309/90 (1990 – 2006)	Legge n. 49/2006 (2006 – 2014)	Legge n. 79/2014 (2014 -)
Livello globale	62	76	70
Livello rispetto ai consumatori	5	13	13
Livello rispetto ai venditori	57	63	57
RIDUZIONE DOMANDA (utilizzatori)			
Sanzioni amministrative per i segnalati art. 75 (% media nel periodo)	36.6	76.6	91.4
Modifica di Incidenza annuale nei SerD sul periodo	+5.8	-19.7	-34.2
Modifica Prevalenza annuale nei SerD sul periodo	+72.9	+1.8	-19.4
Durata media delle terapie sul periodo (in anni)	4.2	5.1	6.4

²⁰ Matematicamente la scala leximetrica proposta, sia per utilizzatori che per venditori, per l'Italia è interpretabile come un vettore tridimensionale, di cui i valori relativi alle tre leggi sono le componenti, e di cui si può modificare la lunghezza, ma non la direzione e il verso.

Costo sociale medio (Prevalenza moltiplicata per durata terapia)	571696	862847	877603
Indicatore di poliuso PDS (danno proprio) a 15 anni (ESPAD), (media nel periodo campionato)	No dati ma è noto che il poliuso nei primi anni non era diffuso	0.47 (legato al mercato: il polispaccio ha indotto il poliuso)	0.38 (la polivendita è ostacolata e il poliuso si riduce)
RIDUZIONE OFFERTA (venditori)			
Numerosità media della popolazione di lavoratori del mercato che rischiano di entrare in carcere per art.73 (stimata)	No dati	585444	487306 (rapporto=1.2)
Media popolazione stimata di soggetti di età<20 a rischio di entrare in carcere per art.73	No dati	29800	11200 (rapporto=2.7)
Efficacia media delle azioni per repressione del mercato al dettaglio, ovvero percentuale di identificazione dei soggetti della popolazione a rischio di carcere per art.73	No dati	6.24%	6.65%
Rapporto medio (denunciati arrestati/denunciati in libertà)	2.7	3.7	2.4
Durata media in anni del procedimento con esito condanna per art.73	1.75 (solo dal 2000, perché gli anni precedenti hanno durate molto minori)	1.82	1.85
Prevalenza di persone in carcere per l'art.73 (media)	19115	23074	18153
Percentuale di soggetti in carcere per art.73 (media)	36.3	38.9	33
Ristretti per art.73 italiani (prevalenza media)	12402	14297	6934
Ristretti per art.73 (prevalenza media)	19116	26013	25088
Stima Istat della crescita annuale del mercato nel periodo (ricavi per organizzazioni criminali)	No stime ancora	+0.65 miliardi	+0.43 miliardi

L'indicatore dato dalla percentuale di sanzioni per i segnalati ha un andamento che subisce una modifica in relazione all'entrata in vigore della legge 49/2006 e rimane anche con la legge 79/2014 e queste modifiche dipendono dal blocco delle terapie a seguito di segnalazioni per sospendere le sanzioni presenti in tali leggi; di conseguenza si verificano le modifiche nell'entrata nei SerD. L'indicatore di poliuso per i 15enni, non disponibile nel periodo 1991-2012, utilizzato per un'analisi pilota, subisce una modifica nel passaggio dalla legge 49/2006 alla legge 79/2014 e questo dipende dall'equivalenza di tutte le sostanze per la legge 49/2006 e non equivalenza per tutte le altre leggi. Si approfondisce nell'Allegato 2.

Un indicatore costo sociale, e anche costo reale, analogo alle sanzioni per i segnalati, deriva dall'arresto o la libertà per i denunciati e si evidenzia calcolando il rapporto (numero di denunciati arrestati/numero denunciati in libertà). Come riportato nella Tabella 7.1 il valore medio dell'indicatore nei tre periodi corrispondenti alle diverse leggi in vigore varia.

La numerosità della popolazione dei lavoratori a livello medio-basso nel mercato a rischio di carcerazione per art.73 decresce in media del 17% passando dalla legge 49/2006 alla legge 79/2014, e del 62% per i soggetti di età <20 anni, mentre l'efficacia delle azioni di repressione cresce del 6.2%.

Per la percentuale della prevalenza in carcere di soggetti per art. 73 o tossicodipendenti per altri reati c'è un incremento del 7% dal primo al secondo periodo e una diminuzione del 15% passando al terzo periodo.

Per gli italiani ristretti per art.73 si verifica un aumento del 15% passando dal primo al secondo periodo e una diminuzione del 51% passando al terzo periodo.

Per tutti i ristretti per art.73 si verifica un aumento del 36% passando dal primo al secondo periodo e una diminuzione del 4% passando al terzo periodo, mostrando indirettamente la grande crescita degli stranieri come venditori nel mercato illegale.

La crescita annuale del mercato, come stimato da Istat secondo la metodologia Eurostat, è di 0.65 miliardi in corrispondenza della legge 49/2006 e di 0.43 miliardi sotto la legge 79/2014 (-33%).

Tutti gli altri indicatori, descritti e valutati negli allegati, non mostrano andamenti legati alle leggi in vigore, ma mostrano, in generale, un'espansione continua del mercato e dell'uso di sostanze illegali e anche, in anni recenti, l'offerta e il consumo di sostanze nuove (NPS).

Si potrebbe procedere mettendo in relazione i singoli indicatori di costo sociale con i valori della scala leximetrica, ma non è richiesto dal progetto. La Tabella 7.1, eventualmente con l'inserimento di altri indicatori è tutto quello che si richiede.

Quello che è più importante approfondire è l'uso di oppioidi, che sono le sostanze più dannose, come è ampiamente illustrato nel paragrafo A2.3. Si approfondisce il nuovo incremento del mercato di oppioidi, ed eroina in particolare, nei paesi occidentali (OCSE) e, considerando solo i 7 paesi di Eranid-IDPSO, si verifica che l'indicatore di OCSE, ovvero l'incremento della mortalità nel periodo 2011-2016, è positivo per tutti i 7 paesi. Questo implica che, rispetto all'indicatore mortalità, nessuno dei 7 paesi ha una politica evidentemente efficace ad evitare l'influenza delle organizzazioni criminali nell'ampliamento del mercato, in particolare degli oppioidi, con sostanza centrale l'eroina. Questa influenza viene anche dimostrata dalle stime del mercato delle sostanze più diffuse e anche dall'incremento, in anni recenti, delle nuove sostanze. Approfondimenti importanti si trovano negli allegati.

Raccomandazioni

La principale raccomandazione che deriva da tutto il lavoro fatto, in particolare per WP4 e WP5, riguarda il valore e la qualità dei dati e degli indicatori, i quali, attraverso adeguati approfondimenti, possono efficacemente rappresentare diversi fenomeni nascosti, aspetto determinante ai fini del monitoraggio, della valutazione e della pianificazione delle politiche.

Inoltre, i medesimi dati, attraverso una loro sistematizzazione e relativa implementazione di un datawarehouse facilmente consultabile, potrebbero risultare utili sia per la predisposizione delle Relazioni al Parlamento sia per una lettura integrata di altre indagini, come la GPS (IPSAD condotta dal CNR) e ESPAD.

Altra raccomandazione molto importate riguarda l'utilizzo di alcuni indicatori nuovi fondamentali per la valutazione, in particolare della prevenzione, ma non solo, come gli indicatori di poliuso. La differenza importante tra gli indicatori classici EMCDDA, come la prevalenza e l'incidenza di uso, e l'indicatore PDS è nell'unità posta al centro della valutazione; per gli indicatori classici (prevalenza, incidenza) al centro si pone la sostanza e i valori che si ottengono per l'indicatore sono utili per la stima dell'offerta (mercato), mentre con gli indicatori di poliuso, FUS e PDS, si pone al centro il consumatore e quindi si valuta il livello di danno e, soprattutto, si può valutare l'efficacia degli interventi di prevenzione, primaria e secondaria, e impostare interventi più efficaci. Questi indicatori dovrebbero essere valutati in ogni situazione in cui entrano i consumatori, come nei SerD, in cui attualmente si forniscono sempre indicatori basati sulle sostanze, primarie o secondarie, ma non sul livello globale di danno dei soggetti; analogamente per quanto riguarda le Comunità e i Servizi a Bassa Soglia, come fu fatto nel 2013 (Fabi et al., 2013) per 4 paesi, come si dovrebbe procedere anche per il Ministero dell'Interno rispetto ai segnalati.

Riguardo a interventi di prevenzione e riduzione del rischio e del danno, gli indicatori analizzati mostrano risultati positivi importanti per gli interventi di riduzione del danno (indicatori mortalità e salute con andamento positivo non legato alle leggi in vigore), mentre i risultati si mostrano trascurabili per gli interventi di prevenzione e viene naturale raccomandare l'analisi dei risultati riportati in letteratura e sintetizzati in pubblicazioni Cochrane e nel sito Best Practices di EMCDDA, prima di investire in nuovi interventi.

Del resto anche i paesi europei di Eranid-IDPSO non sembrano aver utilizzato prevenzione efficace, tranne parzialmente il Portogallo come mostrato in Ventura e Rossi (2013).

Altra raccomandazione importante riguarda il tipo di indagini sui soggetti afferenti alle Comunità e, soprattutto, ai Servizi a Bassa Soglia, che andrebbe fatto regolarmente dal DPA, che rimane altrimenti assolutamente ignaro di una parte importante di utilizzatori con comportamento a rischio, di cui è fondamentale occuparsi anche per EMCDDA.

Raccomandazione importantissima e urgente: si deve organizzare l'Osservatorio in modo scientificamente sufficiente sulla base di un database completo. I dati sono per lo più già disponibili e provenienti dalle fonti illustrate. Come già evidenziato, si dovrebbe procedere ad un lavoro di sistematizzazione e successivamente di aggiornamento continuo. Con gli attuali strumenti di analisi e di business intelligence, si potrebbero implementare delle dashboard agevolmente consultabili, in modalità off-line, ovvero attraverso lo sviluppo di portali web ad accesso anche riservato. Questo strumento andrebbe a costituire una delle possibili basi per l'elaborazione delle Relazioni al Parlamento.

Una ulteriore raccomandazione consiste anche nel consiglio di riferirsi ai due ultimi rapporti (2019 e 2020) della Global Commission on Drug Policy citati nell'Allegato 2, dove si mette in luce l'opportunità di valutare le diverse sostanze in relazione alla loro pericolosità, dimostrata scientificamente, approfondimenti nell'Allegato 2, e all'obiettivo principale di combattere le organizzazioni criminali e i loro guadagni, derivanti dal traffico e offerta delle sostanze illegali, investiti poi principalmente in corruzione e mercato grigio in economia, per inserire tale conoscenza nei documenti ufficiali come la Relazione annuale al Parlamento.

Ultima raccomandazione deriva dal parere di molti esperti del terzo settore consultati che lamentano negli ultimi anni maggiori ristrettezze economiche per le attività di prevenzione e recupero. Tale situazione viene confermata anche dalla consultazione di un esponente

politico. Dall'analisi dell'efficacia della prevenzione, emerge la necessità di rafforzare tale ambito d'intervento, con migliori approcci.

8. Attività di comunicazione e collaborazione inter istituzionale

Nel corso dello svolgimento del progetto sono stati presentati risultati a diversi convegni internazionali, di cui si riporta la sintesi nella Tabella 8.1 (poster e presentazioni allegati al rapporto finale). Ai convegni erano presenti anche altri partner con cui si sono avuti scambi di informazioni e opinioni. Altre collaborazioni si sono avute con EMCDDA sugli indicatori, in particolare supply indicators. EMCDDA è intervenuta, a distanza, ufficialmente anche al convegno finale del progetto. Altre interazioni interessanti e utili si sono avute a seguito della partecipazione alla giornata di riunione con discussione a Bruxelles nell'ambito di *the european action plan on drugs: Cooperation and Collaboration for the Reduction of Demand and Supply*. Dato il basso numero (24) dei partecipanti sono nate interazioni durature.

A livello nazionale le collaborazioni interistituzionali si sono avute con tutti i soggetti fonte di dati di interesse e hanno consentito l'acquisizione di tutti i dati necessari per le analisi di WP4 e WP5, riportate in dettaglio nell'Allegato 2 e nell'Allegato 3. Si è inoltre stabilito un protocollo con l'Istituto Superiore di Sanità, che ha permesso approfondimenti sui dati relativi al Registro Generale di Mortalità e allo SDO (dimissioni ospedaliere), riportati nell'Allegato 2 e presentati al convegno finale, che consentono di pianificare lavori scientifici e pubblicazioni internazionali. Altre interazioni a livello nazionale sono state impostate con operatori e organizzazioni coinvolte nell'assistenza e nella riduzione del danno come, solo per fare un esempio, Parsec, Villa Maraini, San Patrignano, CNCA, e Gruppo Abele.

Tabella 8.1 - Schema delle partecipazioni a convegni internazionali

Convegno	Luogo e data	Contributo 1	Contributi ulteriori
Addiction 2017	Lisbona, 24-26 ottobre 2017	Presentazione: The cost of drug related incarceration in Europe. Di Censi, Fabi e Rossi	Presentazione: High-Risk Drug Use among minors in Italy: trends of available "administrative" data. Rossi e Presentazione: Drug Policy evaluation. Rossi
ISSDP 13th	Parigi, 22-24 maggio 2019	Poster: Illicit Drug Policies and social Outcomes: cross country analyses. MIPA	Presentazione da altro progetto. Rossi
Addiction 2019	Lisbona, 23-25 ottobre 2019	Poster: Preliminary methodological analysis on lexicometric assessment of laws and drug policies and evaluation of social outcomes in Italy. De	Presentazione: Application of a preliminary 'qualitative' lexicometric approach via an example: anti-drug

		Marinis, Fabi, Lanzoni e Rossi	laws, policies and social outcomes in Italy since 2000. De Marinis, Fabi, Lanzoni, Manno, Minelli e Rossi
CND meeting e side events	Vienna 2-6 marzo 2020	Partecipato attivamente a molti side event anche organizzati da Italiani come, per esempio, San Patrignano e Villa Maraini.	Partecipato anche a piccole riunioni non ufficiali con ricercatori EMCDDA e UNODC in merito agli indicatori relativi a supply e, in particolare, sulla stima del mercato con il Direttore di EMCDDA.

E' stato anche istituito un sito dedicato alla comunicazione dei risultati del progetto, dove è stato annunciato, in particolare, il convegno finale, tenutosi il 18 giugno 2020, che si può sempre seguire anche online (<https://www.radioradicale.it/scheda/606958/evidenze-scientifiche-delle-leggi-e-delle-politiche-antidroga-in-italia>). Successivamente il convegno è stato anche riproposto il 22 giugno alle 12 su Facebook de L'Istituto Luca Coscioni.

Successivamente alla conclusione del progetto anche il rapporto finale, completo di allegati e appendici, verrà inserito nel sito e lavori scientifici saranno sottoposti a riviste internazionali.

La bibliografia è inserita negli allegati.

La documentazione relativi agli interventi pubblici sarà allegata al rapporto completo.