



emcdda.europa.eu

Public expenditure in the area of drug-demand reduction

EMCDDA 2003 selected issue

In EMCDDA 2003 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway

suggerendo con ciò quanto la casa rappresenti un importante intervento di reinserimento sociale.

La spesa pubblica nel settore della riduzione della domanda di stupefacenti ⁽¹⁹⁹⁾

La strategia dell'Unione europea in materia di droga (2000-2004) specifica che il Consiglio e la Commissione dell'Unione europea, sulla base dell'attività dell'OEDT e del gruppo Pompidou, cercano di redigere un elenco delle voci di spesa pubblica nel campo degli stupefacenti.

Nell'ambito degli sforzi necessari per rispondere alla strategia dell'Unione europea in materia di droga, l'OEDT, con il valido contributo dei punti focali nazionali Reitox, esamina in questa relazione la spesa pubblica direttamente sostenuta nel campo della riduzione della domanda di stupefacenti sostenuta nel 1999 ⁽²⁰⁰⁾, concentrandosi sulla spesa a livello nazionale e regionale, su riabilitazione e reinserimento, attività di prima assistenza, riduzione dei danni e istruzione e ricerca e coordinamento in relazione alla riduzione della domanda. Per delineare meglio la nostra ricerca, abbiamo escluso la spesa direttamente sostenuta dalle organizzazioni sanitarie private (centri terapeutici, cliniche ecc.) nonché la spesa indiretta sostenuta dai servizi generali, come ospedali di medicina generale e centri di pronto soccorso. Infine, non è stata considerata la questione, più ampia e complessa, dei costi sociali delle droghe illecite.

Nell'affrontare il problema della spesa pubblica nel campo della droga (sebbene in un settore ristretto), la presente relazione tende soprattutto ad aumentare, nei paesi dell'UE, la consapevolezza dell'importanza di un indicatore di politica sulla droga piuttosto che a fornire prove empiriche.

Limitatezza ed affidabilità dei dati

Anche se abbiamo limitato il nostro campo di applicazione, i risultati ottenuti confermano le difficoltà causate dalla scarsa quantità di dati raccolti in un settore poco sviluppato nell'UE. Infatti, a parte le ricerche ad hoc effettuate durante la preparazione di questa relazione ⁽²⁰¹⁾, sono stati realizzati soltanto pochi studi miranti a quantificare le risorse pubbliche assegnate ai problemi della droga nell'UE ⁽²⁰²⁾. La maggior parte dei paesi dell'UE non sa dire con precisione quanto spende per la lotta contro la droga e la tossicodipendenza.

Pertanto, la maggior parte dei partecipanti a questa ricerca non ha potuto fornire dati esaurienti, poiché a volte mancano le cifre

e spesso i calcoli sono basati su metodi di stima e di estrapolazione ⁽²⁰³⁾.

Come è stato segnalato da un gran numero di punti focali e confermato dalla letteratura del settore, almeno cinque fattori possono limitare la ricerca: 1) la mancanza di dati per alcune aree ed alcuni paesi; 2) la difficoltà di isolare i dati sulle sole droghe illecite dai dati su droghe illecite più alcool; 3) la varietà di attori ed organizzazioni a livello centrale, regionale e locale che sono responsabili della spesa; 4) la difficoltà di suddividere con precisione la spesa pubblica tra categorie teoriche, quali la riduzione della domanda e dell'offerta; 5) la difficoltà di suddividere la spesa, nell'ambito di queste due categorie, per aree di intervento (terapia, prevenzione primaria, riabilitazione, cooperazione, coordinamento ecc.).

È interessante tuttavia rilevare che, sebbene studi di questo tipo siano ovviamente complicati a causa di problemi metodologici, i responsabili decisionali mostrano crescente interesse all'esame della spesa pubblica ⁽²⁰⁴⁾, che apprezzano sia come base su cui fondare le decisioni, sia come mezzo per misurare l'efficacia.

La spesa per la riduzione della domanda di stupefacenti

Per il calcolo di «una lista» della spesa pubblica diretta complessiva per la riduzione della domanda di stupefacenti negli Stati membri dell'UE è stato tentato un confronto della spesa simile tra paesi diversi, sulla base dei dati ricevuti dai punti focali nazionali.

Per quanto siano state adottate tutte le possibili precauzioni statistiche, non è stato possibile ovviare al fatto che i dati segnalati a volte corrispondono a categorie diverse in paesi diversi e che in alcuni paesi i dati non sono disponibili. Infatti, per Belgio, Danimarca, Italia e specialmente Germania e Svezia mancano informazioni importanti sulla spesa per la riduzione della domanda e quindi la cifra totale è notevolmente sottostimata. Nel caso di altri paesi (Grecia, Spagna, Francia, Lussemburgo, Austria e Portogallo) i dati possono essere considerati più completi, nonostante alcune incertezze residue riguardo alle categorie di spesa incluse. Nei Paesi Bassi ed in Norvegia, in particolare, le stime segnalate riguardano droghe illecite insieme ad alcool, il che rende piuttosto alti i dati finali per questi due paesi in confronto agli altri. Infine, la maggior parte dei dati si riferisce al 1999 (dati di base per il processo di valutazione del piano d'azione dell'UE), anche se con alcune eccezioni. Per l'Irlanda, i dati segnalati riguardano la spesa

⁽¹⁹⁹⁾ Le differenze nei dati disponibili hanno limitato la possibilità di confronto tra i vari paesi. Per un quadro più completo della spesa nel settore della droga in ogni Stato membro dell'UE, cfr. http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml.

⁽²⁰⁰⁾ L'anno di riferimento per la strategia dell'Unione europea in materia di droga (2000-2004); esercizio «istantanea».

⁽²⁰¹⁾ L'OEDT è particolarmente grato ai punti focali di Grecia, Austria e Portogallo per aver realizzato ricerche specifiche ed indagini in questo campo, aumentando così il valore di questa relazione annuale. Un riconoscimento va dato anche al professore Pierre Kopp per aver effettuato un esame alla pari della ricerca.

⁽²⁰²⁾ Belgio (2003), Lussemburgo (2002), Regno Unito (2002). Per maggiori informazioni:

http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml.

⁽²⁰³⁾ Il nostro desiderio di includere il maggior numero possibile di paesi per fornire un quadro europeo completo si scontra con la scarsità di dati presenti in alcuni dei paesi presi in considerazione. Conseguentemente, pur avendo conservato un ampio campo di applicazione, con informazioni su 16 paesi, la capacità di analisi e confronto è stata notevolmente diminuita dall'incertezza dei dati definitivi.

⁽²⁰⁴⁾ Belgio (2003), Lussemburgo (2002), Regno Unito (2002). Ulteriori riferimenti sono disponibili sul sito web dell'OEDT, (http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml).

pianificata dallo Stato per l'anno 2000 nel settore della riduzione della domanda, per la Francia i dati risalgono al 1995 e per il Regno Unito si riferiscono all'esercizio 2000/01. Nell'interpretare le cifre riportate nella tabella 6, bisogna quindi tenere conto delle suddette limitazioni.

Nel 1999 le somme complessivamente spese dai paesi dell'UE nel campo della riduzione della domanda di stupefacenti sembrano riflettere fondamentalmente la dimensione e la ricchezza di ciascun paese (Kopp e Fenoglio, 2003). Non sorprende il fatto che i paesi più grandi e più ricchi (Germania, Francia, Italia e Regno Unito) risultano aver assegnato, in valori assoluti, risorse finanziarie superiori rispetto ai paesi piccoli, per quanto la spesa sia relativamente elevata anche nei Paesi Bassi ed in Norvegia (forse perché nei dati sono inclusi gli interventi per l'alcolismo).

Da alcune ricerche (Kopp e Fenoglio, 2003; Origer, 2002; Godfrey e a., 2002) risulta che stime di questo tipo possono essere una fonte d'informazione preziosa a livello nazionale. I confronti nel tempo all'interno di un paese possono rivelare un aumento o una diminuzione nelle dotazioni di bilancio relative alla droga. I confronti tra settori (domanda, offerta, cooperazione internazionale ecc.) possono rivelare, oltre alle strategie ufficiali, lo sforzo finanziario veramente effettuato nell'affrontare il fenomeno della droga.

A livello dell'UE, i confronti tra paesi (i più complicati) possono rivelare caratteristiche comuni, o differenze, negli importi allocati alla politica sulla droga e permettere che la spesa venga confrontata con una media europea o con regioni del mondo.

Inoltre, l'uso di indicatori macroeconomici [quali il prodotto interno lordo (PIL), la popolazione totale, la spesa statale totale o il numero di consumatori problematici di droga] a livello nazionale ed europeo può aiutare a misurare l'entità della spesa ed a dare un'interpretazione più informativa dei dati che, da soli, non sarebbero molto utili.

Infatti, il confronto tra la spesa per la riduzione della domanda di stupefacenti e, ad esempio, il prodotto interno lordo (PIL) di ciascun paese rivela quale percentuale della sua ricchezza un paese è disposto a spendere per prevenire il consumo di droga e per combatterne le conseguenze. Stando ai dati raccolti in questa ricerca, risulta che nel 1999 la Norvegia ha assegnato a tale fine lo 0,1 % circa della sua ricchezza economica (PIL), seguita da Paesi Bassi (0,078 %) (sebbene entrambi i paesi abbiano incluso nelle loro stime droga e alcool). Portogallo (0,074 %), Finlandia (0,073 %) ed Irlanda (0,070 %) hanno speso la percentuale più alta di PIL in attività di riduzione della domanda; in confronto, i paesi più grandi ed apparentemente più ricchi sembrano più indietro nella classifica, ma ciò può essere dovuto al fatto che per questi ultimi mancano dati.

L'interpretazione di queste informazioni non è semplice, e non soltanto per la mancanza di dati. La percentuale di ricchezza dedicata al controllo delle tossicodipendenze negli Stati membri dell'UE può essere interpretata come il riflesso della dimensione assunta dal problema della droga o come espressione della risposta ad esso (ma anche in entrambi i modi), oppure come il riflesso del livello degli interventi sociali e sanitari nella popolazione. Approfondire questi temi può servire a capire meglio il fenomeno ed il sistema della stima dei costi.

Un altro modo per analizzare la spesa pubblica è quello di osservarla nel contesto dell'area in cui si intende operare, in questo caso i consumatori problematici di stupefacenti ⁽²⁰⁵⁾. Utilizzando come indicatore il numero stimato di consumatori problematici di stupefacenti, si può calcolare la spesa pro capite destinata ai soggetti che hanno maggiormente bisogno di assistenza. Sfortunatamente, questo calcolo è ostacolato da due problemi: in primo luogo, i dati non riguardano necessariamente e direttamente i consumatori problematici di stupefacenti (tossicodipendenti) poiché la prevenzione, l'educazione e il coordinamento possono essere rivolti anche a persone che non sono classificate come consumatori problematici di stupefacenti; in secondo luogo, il calcolo del numero dei consumatori problematici di stupefacenti è piuttosto incerto per ovvie ragioni.

Anche qui, secondo i nostri dati, il valore dei servizi consumati da ciascun tossicodipendente bisognoso è notevolmente più elevato in alcuni paesi (Finlandia, Lussemburgo, Austria) che in altri (Grecia, Portogallo, Francia, Regno Unito). Ciò potrebbe essere interpretato come il risultato di un più forte impegno nei servizi relativi alla droga da parte del primo gruppo, però è più probabile che i dati dipendano dalla qualità e dal tipo d'intervento. Infatti, le differenze nei livelli di spesa non si traducono automaticamente in differenze di livelli d'impegno, ma piuttosto in diversi gradi di reazione, che sono determinati dalla specificità della situazione.

Insieme con la spesa per i consumatori problematici di stupefacenti, è utile calcolare l'incidenza della politica di riduzione della domanda di stupefacenti sulla società nel suo complesso. Se si considera la spesa per la riduzione della domanda di stupefacenti nei 16 paesi studiati (15 Stati membri e Norvegia) e si considerano i dati a disposizione (tabella 6), risulta che l'importo totale (minimo) speso nell'UE nel 1999 per la prevenzione del consumo di droga e per la cura dei tossicodipendenti ammonta a circa 2,3 miliardi di euro, il che significa che ogni cittadino dell'UE ha contribuito con un importo compreso tra 5 e 10 euro. Ovviamente questo contributo è probabilmente molto più elevato.

Infine, come è stato sottolineato da diversi partecipanti alla ricerca, per la ricerca tra paesi sarà indispensabile una

⁽²⁰⁵⁾ Il consumo di stupefacenti per via parenterale oppure il consumo di lunga durata/regolare di oppiacei, cocaina e/o anfetamine. Per calcolare la spesa pro capite per i consumatori problematici di stupefacenti, è stato utilizzato il numero stimato di consumatori problematici di stupefacenti, così come è segnalato dai punti focali nazionali, che usano tassi medi. Per maggiori informazioni, cfr. tabella statistica 4: Numero stimato di consumatori problematici di stupefacenti negli Stati membri dell'UE, 1995-2001 (versione on line).

Tabella 6: Ripartizione della spesa pubblica diretta — Cifre in milioni di euro ricavate dalle Relazioni nazionali Reitox 2002

Paese	Milioni di euro	Categorie di spesa nel 1999
Belgio	139	Trattamento (100); riabilitazione (22,5); metadone (8,9); comunità e regioni: prevenzione, cura, formazione, coordinamento (8,3) (non inclusi: 7 milioni di euro assegnati alla prevenzione della criminalità dal ministero dell'Interno).
Danimarca	67	Spese per «tossicodipendenza» per contee e per comuni DKK 495,5 (66,5); prevenzione a livello centrale DKK 6,2 (0,8), non nota in contee e comuni.
Germania	343,2	Alloggi di emergenza (3,0), affiancamento psicosociale (13,3); 951 strutture consultive a livello ambulatoriale (57,91); riabilitazione in ambito ospedaliero (25 % di 434 milioni di euro (99,7); inserimento nel lavoro (4,3); assistenza domiciliare (8,0); trattamento in reparti ospedalieri dedicati alle tossicodipendenze (97,0); terapia sostitutiva (non nota, ma stimata ad un minimo di 30,0), linee di bilancio dei Länder «tossicodipendenze», 23,9 % (parte relativa alla droga) di 127 milioni di euro (30,0) (non inclusa la spesa per procedimenti giudiziari e applicazione delle leggi).
Grecia	16,2	39 centri di prevenzione (OKANA), stipendi e personale (KETHEA), spese operative e di abitazione (2,4); trattamento: in situazione di astinenza (drug-free), terapia sostitutiva ed a bassa soglia (11,9); reinserimento sociale (0,3); ricerca (0,3) OKANA, dati non inclusi; istruzione (0,8), alcuni costi di amministrazione centrale (0,5).
Spagna	181,5	Livello centrale: ministeri degli Interni (GDNPD), della Difesa (prevenzione) della Salute e dei consumi, dell'Istruzione e della cultura, degli Esteri, del Lavoro e degli affari sociali (19,8); fondo di beni confiscati allocati alla riduzione della domanda, 66 % (2,8); Comunità autonome (158,7, di cui 22,3 % dal GDNPD).
Francia (1995)	205,8	Subutex (91,4); salute sociale e affari urbani (101,9); istruzione (ricerca) (6,6); gioventù e sport (1,3); occupazione e formazione (0,12); MILDT (66 % di 6,9 milioni di euro (4,5) (non inclusi: cooperazione internazionale e sovvenzioni a organizzazioni internazionali).
Irlanda (2000) Spesa statale stimata	57,1	Ministero della Salute e dell'infanzia (trattamento, prevenzione, ricerca) (32,0); ministero delle Imprese, del commercio e dell'occupazione (reinserimento) (6,0); ministero dell'Istruzione e della scienza (prevenzione) (7,5); ministero del Turismo, dello sport e del tempo libero (prevenzione, ricerca, valutazione, coordinamento) (11,6).
Italia	278,5	Trattamento ambulatoriale (99,1); trattamento residenziale e semiresidenziale (88,8); progetti del fondo nazionale antidroga promossi a livello locale/regionale (67,6); progetti del fondo nazionale antidroga appoggiati dai ministeri (23,0); otto regioni non hanno fornito dati e la maggior parte delle altre hanno fornito solo dati parziali.
Lussemburgo	13,7	Ministero della Sanità (5,7); della Famiglia, della solidarietà sociale e della gioventù (2,3); dell'Istruzione, della formazione professionale e dello sport (0,5); altri ministeri (0,3); rimborsi sicurezza sociale (4,9).
Paesi Bassi	287,9	Legge generale riguardante la gestione delle malattie particolari (agli uffici regionali di assistenza ed alle cliniche per le tossicodipendenze) (76,0); ministero della Salute, del welfare e dello sport (assistenza per le tossicodipendenze a livello ambulatoriale) (74,2); fondi per i tossicodipendenti senza fissa dimora, tossicodipendenze trascurate, circa due terzi di 150 milioni di euro (112,5); disturbi correlati alle droghe (24,1); attività di prevenzione della droga (1,1) (la maggior parte dei dati riguardano droga più alcool).
Austria	52,3	Fonti federali, provinciali e comunali, compresi fondi di assicurazione sulla salute, servizi d'impiego pubblico e il Fondo Austria sana: prevenzione primaria (2,4); attività di prima assistenza e riduzione dei danni (3,3); consulenza, assistenza e trattamento (40,7); reinserimento (4,2); assicurazione della qualità (0,6); altre spese/non attribuibili (0,8).
Portogallo	71,7	Presidenza del Consiglio dei ministri (16,2); ministero della Sanità (41,6); ministero dell'Istruzione (3,1); ministero dell'Occupazione e degli affari sociali (9,5); ministero della Difesa (1,2).
Svezia	62,5	Stime molto grossolane dei costi per la riduzione della domanda di alcool e droga (Tullverket, 2000), comuni 300 SEK (30 euro), contee 250 SEK (25 euro) e Stato 50 SEK (5 euro), Organizzazioni, fondazioni e società non governative 25 SEK (2,5 euro).
Finlandia	76,2	Assistenza sanitaria (a livello ospedaliero) (15,1); assistenza sanitaria (a livello ambulatoriale) (7,9); pensioni correlate alle droghe (4,3); sovvenzioni malattia correlate alle droghe (0,5); risarcimenti (compagnie di assicurazione) (0,9); servizi che si occupano di abusi di sostanze varie (a livello ospedaliero/ambulatoriale) (26,5); rendite (4,8); prestazioni assistenziali dedicate ai figli (10,9); ricerca e prevenzione (5,2).
Regno Unito	466,3 (2000-2001)	Stima per l'esercizio 2000-2001 (12 mesi al 31 marzo 2001), trattamento 234 milioni di GBP (367,4 euro); protezione della gioventù (prevenzione) 63 milioni di GBP (98,9 euro).
Norvegia	224,9	Stima dei costi a livello centrale, regionale e comunale per servizi relativi a droga e alcool: attività di prevenzione, trattamento ed assistenza sanitaria (a livello ospedaliero/ambulatoriale, in situazione di astinenza, terapia sostitutiva), servizi sociali per i tossicodipendenti (attività di prima assistenza, riduzione dei danni/rischi, riabilitazione e reinserimento).

Fonti: Relazioni nazionali Reitox (2002).

metodologia comune se questo tipo di informazione e la sua successiva analisi si riveleranno utili per il processo decisionale.

Ripartizione della spesa

Con i sistemi correnti di raccolta dei dati, è molto difficile effettuare un'affidabile suddivisione delle cifre della spesa per categoria. Sul piano nazionale, aree diverse come trattamento terapeutico, riduzione del danno e prevenzione, possono spesso fondersi l'una con l'altra e non tutti i paesi applicano lo stesso sistema di categorie di spesa. Ne segue che i confronti internazionali sono ostacolati dall'uso di metodi di raccolta e classificazione dei dati diversi, il che rende molto difficile confrontare la spesa in aree specifiche.

Tuttavia, a parte i limiti di natura metodologica, si può giungere ad una conclusione piuttosto sicura, sulla base dei dati migliori forniti in questa relazione: il settore dell'assistenza sanitaria e del trattamento terapeutico sembra fare la parte del leone, in quanto rappresenta il 50-80 % di tutta la spesa pubblica diretta riguardante la riduzione della domanda di droga.

In Austria, nel 1999, la voce «consigli, assistenza e trattamento terapeutico» per i tossicodipendenti rappresentava il 78 % della spesa federale per la riduzione della domanda. In Grecia, i dati indicano che quasi il 73 % della spesa nota è assegnata al trattamento terapeutico (e spesa secondaria), mentre in Spagna nel 1999 la spesa per i trattamenti terapeutici realizzati nelle comunità e città autonome rappresentava il 74 % del totale. In Portogallo, sempre nel 1999, il 49 % della spesa complessiva in materia di droga ha riguardato il trattamento terapeutico: l'assegnazione del 25 % della spesa complessiva alla prevenzione del consumo di stupefacenti rappresenta comunque in quest'area la percentuale più elevata (rispetto ai dati noti) dell'Unione europea.

È in realtà molto difficile individuare la spesa diretta per la «prevenzione», per cui questi dati sono molto incerti. Le percentuali note variano dal 4 % in Austria, che ha fornito dati soltanto sulla prevenzione primaria, al 20 % in Grecia (anche qui solo prevenzione primaria) e sono il 15 % nelle comunità spagnole e nelle città autonome e il 10 % in Lussemburgo.

Della spesa complessiva destinata alla riduzione della domanda di stupefacenti, la quota assegnata alla riabilitazione ed al reinserimento, oltre che ad attività di prima assistenza e riduzione dei danni, sembra essere inferiore, molto probabilmente a causa

della diversa entità della spesa rispetto al trattamento terapeutico oppure perché in parte vi è inclusa.

Considerazioni conclusive

A proposito dell'analisi della spesa in materia di droga è necessario distinguere tra ricerca sulla spesa a livello nazionale e confronto di questa ricerca tra paesi.

Da recenti studi condotti in alcuni paesi ⁽²⁰⁶⁾ risulta che è possibile ottenere risultati soddisfacenti anche senza applicare una «metodologia approvata a livello internazionale». È ovvio che in questo modo la possibilità di confronto tra paesi è limitata, però a livello nazionale questa ricerca può far aumentare la conoscenza delle risposte al fenomeno della droga e può essere uno strumento utile per i decisori, che consente loro di valutare il livello della spesa nei rispettivi paesi, il suo evolvere nel tempo (se ripetuta) e la sua ripartizione per settore (se abbastanza dettagliata). Inoltre, se le stime di spesa vengono confrontate con altri indicatori, come si è visto in precedenza, è possibile stimare la spesa per tossicodipendente o il costo della politica di riduzione della domanda di stupefacenti in confronto ad altre politiche, oppure il contributo che i cittadini devono dare alla riduzione della domanda di stupefacenti.

I rapporti ed i confronti danno luogo ad importanti domande e ipotesi, cui si può rispondere con studi più approfonditi.

Il confronto «tra paesi» (oggetto di questo studio) è un altro aspetto della ricerca sulle stime dei costi connessi con la droga. Come si vede nella presente relazione, questi studi si basano fondamentalmente su diverse fonti di dati e risentono quindi della mancanza di uniformità delle metodologie, delle statistiche e dei dati dei vari paesi. Per eliminare questi (ed altri) problemi è necessario applicare norme comuni per la raccolta dei dati. Questo però richiederebbe investimenti, senza la sicurezza della qualità e dell'utilità dei risultati finali. Prima di procedere agli investimenti è necessario svolgere ulteriori ricerche ed approfondire la riflessione sull'importanza e sull'utilità di tali studi a livello europeo.

Nel frattempo, mentre viene svolta dai partner europei la riflessione sui futuri sviluppi, il compito dell'OEDT è di continuare a promuovere il miglioramento dei sistemi statistici nel settore e di diffondere le informazioni sulle metodologie usate e sulla ricerca in corso.

⁽²⁰⁶⁾ Kopp e Fenoglio (2003), Uhl (2001), ONDCP (2001), Godfrey e a. (2002) e Origer (2002). Cfr. anche i punti focali nazionali di Austria, Portogallo, Spagna e Grecia, nel quadro delle Relazioni nazionali 2002.