



emcdda.europa.eu

Social exclusion and reintegration

EMCDDA 2003 selected issue

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

Emarginazione e reinserimento sociale

Definizioni e concetti

Secondo l'ultima indagine riguardante la «precarità sociale e l'integrazione»⁽¹⁸⁷⁾, la percentuale della popolazione europea a rischio di povertà ed esclusione sociale in Europa varia dal 9 % al 22 % (Consiglio europeo, 2001). Le persone sono considerate socialmente emarginate se «viene loro impedita la piena partecipazione alla vita economica, sociale e civile e/o quando il loro accesso al reddito o ad altre risorse (personali, familiari o culturali) è così inadeguato da impedire loro di condurre uno standard di vita considerato come accettabile dalla società in cui vivono» (Gallie e Paugam, 2002).

L'emarginazione sociale può essere così definita come una combinazione di mancanza di risorse economiche, isolamento sociale ed accesso limitato ai diritti sociali e civili; si tratta di un concetto relativo, specifico di ogni particolare società (CEIES, 1999) e rappresenta una progressiva accumulazione nel tempo di fattori sociali ed economici. I fattori che possono contribuire all'emarginazione sociale sono i problemi relativi al lavoro, agli standard educativi e di vita, alla salute, alla nazionalità, all'abuso di droghe, alla differenza di genere ed alla violenza (Consiglio europeo, 2001; Relazioni nazionali, 2002).

Il consumo di sostanze stupefacenti può essere considerato alternativamente sia una conseguenza, sia una causa di emarginazione sociale (Carpentier, 2002): il consumo di sostanze stupefacenti può provocare un deterioramento delle condizioni di vita, ma, d'altro canto, sono proprio i processi di marginalizzazione sociale che possono portare a ricorrere alle sostanze stupefacenti. Ciononostante, il rapporto tra abuso di stupefacenti ed emarginazione sociale non è un rapporto di tipo causale, perché l'emarginazione sociale «non riguarda tutti i consumatori di stupefacenti» (Tomas, 2001).

Tenendo conto di questa complessità, è possibile analizzare il consumo di stupefacenti tra le popolazioni socialmente emarginate e studiare l'emarginazione sociale tra i tossicodipendenti (cfr. grafico 22).

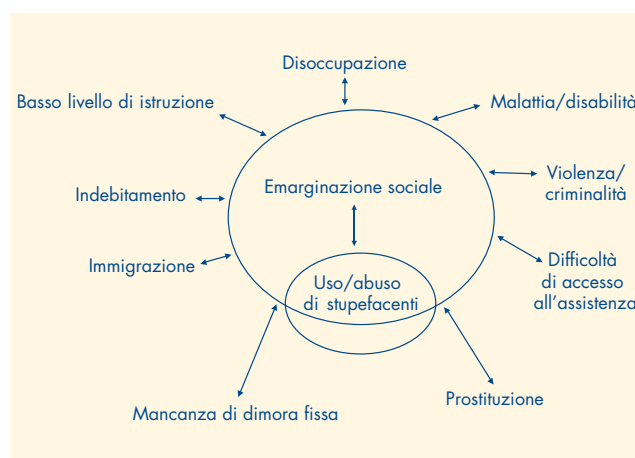
Modelli di consumo degli stupefacenti e conseguenze osservate tra la popolazione socialmente emarginata

In letteratura e nelle ricerche le seguenti popolazioni sono di solito considerate a rischio di emarginazione sociale: detenuti, immigrati⁽¹⁸⁸⁾, senza fissa dimora, lavoratori del sesso e giovani vulnerabili. Occorre ricordare i pregiudizi ed i limiti metodologici delle informazioni riguardanti il consumo di sostanze stupefacenti ed i modelli di consumo tra i gruppi socialmente emarginati, a causa della mancanza di fonti informative e di dati comparabili in Europa.

Si è visto che la relazione tra l'essere detenuto ed il far uso di sostanze stupefacenti è abbastanza stretta (cfr. anche pag. 34). In buona parte i detenuti sono già consumatori di stupefacenti prima di entrare in carcere ed il motivo della detenzione è spesso associato al consumo di sostanze stupefacenti. Tuttavia, alcune persone seguono il percorso inverso, nel senso che cominciano a far uso di droga dopo essere entrati in carcere per aver commesso un qualche reato. Gli studi suggeriscono che in Europa tra il 3 % ed il 26 % dei consumatori di stupefacenti detenuti in carcere comincia a farne uso proprio in carcere, mentre tra lo 0,4 % ed il 21 % dei detenuti che consumano stupefacenti per via parenterale si è iniettato droga per la prima volta in carcere. Il consumo di sostanze stupefacenti in carcere è molto frequente: fino al 54 % dei detenuti segnala il consumo di stupefacenti in carcere, mentre fino al 34 % segnala di averne fatto uso per via parenterale in carcere (Stoeber, 2001; OEDT, 2002a).

La correlazione tra «persone di colore e gruppi etnici minoritari», da un lato, e consumo di sostanze stupefacenti, dall'altro, è meno chiara, in quanto sono disponibili scarse informazioni. Non ci sono prove scientifiche che il consumo di stupefacenti sia più elevato tra gli immigrati che non tra la popolazione generale. Tuttavia, alcuni studi effettuati all'interno di determinati gruppi etnici minoritari hanno rilevato che la percentuale dei consumatori problematici di stupefacenti è superiore tra quei gruppi piuttosto che tra la popolazione generale, come accade per gli inglesi in Finlandia (dei quali si stima che l'1-2 % siano tossicodipendenti ed in particolare eroinomani), i curdi in Germania, i gitani in Spagna e svariati gruppi etnici nei Paesi Bassi (Vrieling e a., 2000) (189). Le motivazioni possono risiedere in una combinazione di fattori socialmente svantaggiati, come la scarsa padronanza della lingua locale, la disoccupazione ed i problemi abitativi, il modesto tenore di vita e la mancanza di

Grafico 22: Rapporto tra emarginazione sociale e consumo di stupefacenti



⁽¹⁸⁷⁾ Indagine dell'Eurobarometro, n. 56.1: http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/eurobarometer_en.pdf.

⁽¹⁸⁸⁾ Secondo l'OEDT (2002b) gli immigrati sono definiti come «neri e gruppi etnici minoritari» e comprendono popolazioni immigrate provenienti da diverse comunità che vivono in paesi dell'UE.

⁽¹⁸⁹⁾ Tabella 19 OL: Distribuzione dei problemi di dipendenza primaria (alcool, eroina, cocaina, cannabis e gioco d'azzardo) nei Paesi Bassi tra gli immigrati ed i nativi olandesi (versione on line).

di risorse economiche (Relazioni nazionali, 2002).

Per quanto riguarda i modelli di consumo degli stupefacenti, tra i vari gruppi etnici si riscontrano delle divergenze. L'uso del qat è segnalato soltanto tra le popolazioni somale e dell'Africa nera, mentre l'eroina è fumata dagli immigrati del Suriname e del Bangladesh. Inoltre il consumo di stupefacenti tra i gitani spagnoli sembra cominciare circa 2-3 anni prima rispetto alla popolazione nativa (Eland e Rigter, 2001; Reinking e a., 2001; Fundación Secretariado General Gitano, 2002).

Anche le persone senza fissa dimora sono segnalate a rischio per il consumo di stupefacenti. Pur non esistendo dati comparabili a livello europeo sulla correlazione tra mancanza di casa e consumo di stupefacenti, in molti paesi sono stati condotti studi specifici ed il consumo di stupefacenti è segnalato essere un problema frequente tra i senza casa (Relazioni nazionali, 2002). La Danimarca, la Francia, i Paesi Bassi ed il Regno Unito segnalano che fino all'80 % delle persone senza fissa dimora che vivono in alloggi di fortuna sono tossicodipendenti; gli indici di prevalenza sono ancora superiori tra le persone che vivono in strada oppure sono senza casa con altri problemi sociali. Per esempio, secondo una piccola analisi svolta in Irlanda, il 67 % degli ex detenuti senza fissa dimora è tossicodipendente (Hickey, 2002). Tra i senza fissa dimora, l'eroina è la droga più comune, seguita dalla cocaina e dalla poliassunzione. Anche altri comportamenti ad alto rischio, come l'assunzione per via parenterale e la condivisione degli aghi, sono segnalati essere molto frequenti tra i senza fissa dimora ⁽¹⁹⁰⁾.

Tra i giovani vulnerabili, il consumo di stupefacenti risulta essere frequente; si riscontra una prevalenza elevata tra i giovani che hanno vissuto problemi familiari e sociali o problemi a livello scolastico. Tra i figli dei tossicodipendenti è stata riscontrata un'elevata prevalenza del consumo di stupefacenti: gli indici del consumo una tantum di stupefacenti tra i figli di genitori che hanno fatto uso di stupefacenti nell'anno precedente sono significativamente superiori a quelli che si riscontrano nel gruppo «non vulnerabile» (una prevalenza una tantum del 37-49 % rispetto al 29-39 % dei figli di genitori che non fanno uso di stupefacenti) ⁽¹⁹¹⁾. Svariati studi segnalano che i giovani che hanno patito abusi sessuali o fisici all'interno della famiglia sono maggiormente a rischio di far uso di stupefacenti quando saranno adulti (Liebschutz e a., 2002). In Portogallo, il rischio che i giovani vittime di abusi e violenze in famiglia facciano poi uso di eroina risulta essere sette volte superiore rispetto a quello dei giovani della popolazione generale (Lourenço e Carvalho, 2002). Nel Regno Unito, sembra più probabile che «i giovani che sono fuggiti di casa» ⁽¹⁹²⁾ facciano abuso di sostanze

stupefacenti. Gli indici del consumo una tantum di stupefacenti sono da 2 a 8 volte superiori rispetto ai giovani che non sono mai fuggiti di casa. Le sostanze di cui si fa maggior uso sono crack, eroina e solventi. I problemi scolastici sono un altro fattore di rischio, che spinge ad assumere sostanze stupefacenti: viene segnalata un'elevata prevalenza del consumo di stupefacenti tra i ragazzi che non frequentano la scuola (Amossé e a., 2001), tra quelli che sono in riformatorio (il 40 % degli studenti di riformatori in Finlandia hanno avuto in passato un problema di tossicodipendenza e di questi il 16 % ha avuto un problema connesso con la droga) (Lehto-Salo e a., 2002) e tra chi ha un livello scolastico piuttosto basso (13,5 % in Norvegia) (Vestel e a., 1997).

Nell'ambito della prostituzione, il consumo di stupefacenti è spesso uno dei motivi della prostituzione stessa, ma potrebbe essere anche una conseguenza (come avviene per altri fattori associati con il consumo di stupefacenti). I modelli di consumo degli stupefacenti variano a seconda che la prostituzione avvenga prima o dopo la tossicodipendenza. Uno studio qualitativo italiano condotto tra le prostitute da marciapiede ha riscontrato che, quando queste ultime cominciano ad assumere sostanze stupefacenti per affrontare i problemi legati alla prostituzione, esse fanno uso prevalentemente di alcolici, tranquillanti o altre medicine psicoattive; viceversa, se la tossicodipendenza è la ragione principale della prostituzione, l'eroina è la droga primaria (Calderone e a., 2001).

I risultati o i dati derivanti da ricerche su altri gruppi socialmente emarginati sono scarsamente disponibili; la Danimarca segnala che tra i pazienti dei servizi psichiatrici il 50-60 % è rappresentato da tossicodipendenti, probabilmente a causa dell'ampia disponibilità di sostanze stupefacenti e del fatto che questi pazienti hanno familiarità con l'assunzione di farmaci psicoattivi (Relazione nazionale, 2002).

Rapporto tra emarginazione sociale e consumo di stupefacenti

Tra i pazienti in terapia sono disponibili maggiori dati sulle condizioni sociali. I fattori socioeconomici correlati al consumo di stupefacenti comprendono bassi livelli di istruzione, il precoce abbandono o ritiro dalla scuola; la disoccupazione; bassi livelli salariali e lavori difficili; redditi bassi ed indebitamento; alloggio precario o mancanza di casa; mortalità e malattie correlate alle droghe; scarso accesso all'assistenza; stigmate sociali (tabella 5).

In rapporto alla sostanza stupefacente consumata ed ai modelli di consumo, si riscontrano notevoli differenze nelle condizioni

⁽¹⁹⁰⁾ Il ministero degli Interni britannico segnala che nel Regno Unito circa un terzo delle persone senza fissa dimora ha fatto uso di eroina per via parenterale, mentre un quinto si è iniettato crack. Nell'ultimo mese è probabile che oltre il 10 % abbia usato la siringa di qualcun altro oppure abbia passato ad altri la propria (Carlen, 1996; Goulden e Sondhi, 2001).

⁽¹⁹¹⁾ Secondo un'indagine realizzata in Inghilterra e Galles nel 1998/99 tra 4 848 giovani (Goulden e Sondhi, 2001).

⁽¹⁹²⁾ La *Social Exclusion Unit* (Ufficio per l'emarginazione sociale) presso l'ufficio del vice primo ministro britannico dà la seguente definizione di «giovane fuggito di casa»: «un bambino o un giovane con meno di 18 anni che trascorre una o più notti lontano dalla famiglia o dalla casa di chi ne fa le veci, senza permesso, oppure è stato costretto ad andarsene dai genitori o da chi ne fa le veci» (Social Exclusion Unit, 2002).

sociali; le condizioni peggiori sono rilevabili tra i consumatori di eroina ed oppiacei e tra i tossicodipendenti cronici.

Nel 2001 il 47 % di tutti i pazienti in terapia non era mai andato a scuola, oppure aveva completato soltanto la scuola elementare; tra i consumatori di stupefacenti si trova anche un numero elevato di soggetti che hanno abbandonato precocemente la scuola oppure si sono ritirati. Si riscontrano differenze a seconda della principale droga consumata e del paese ⁽¹⁹³⁾: i consumatori di oppiacei (in particolare, i consumatori di eroina) hanno il livello d'istruzione più basso (Relazioni nazionali, 2002).

A causa delle loro precarie condizioni sociali, i consumatori di stupefacenti hanno anche problemi legati al loro status lavorativo; il tasso di disoccupazione è molto elevato rispetto alla popolazione generale [il 47,4 % tra i consumatori di stupefacenti, contro l'8,2 % ⁽¹⁹⁴⁾ della popolazione generale]; per i tossicodipendenti è difficile trovare lavoro; è raro che riescano a conservarlo a lungo, oppure che facciano carriera (DrugScope, 2000) ⁽¹⁹⁵⁾. Uno status lavorativo precario può portare a problemi finanziari; spesso i tossicodipendenti hanno un reddito basso oppure non dispongono di risorse finanziarie (il 32-77 % dei

pazienti in terapia sopravvivono grazie ai sussidi sociali). Anche l'indebitamento è frequente.

Si segnala che le condizioni di vita dei tossicodipendenti sono spesso molto modeste: il 10,4 % dei clienti vive in alloggi precari ed il 7,5 % vive in istituti. Inoltre, molti paesi segnalano un tasso elevato di senza casa (fino al 29 %) tra i tossicodipendenti ⁽¹⁹⁶⁾.

Per quanto riguarda la nazionalità, le caratteristiche non si discostano dalla struttura della popolazione generale ⁽¹⁹⁷⁾; i pazienti sono prevalentemente cittadini del paese in cui chiedono il trattamento terapeutico ed il numero dei pazienti provenienti da altri paesi (europei o extraeuropei) è rapportato alla presenza degli stranieri nella popolazione generale. Va ricordato comunque che in alcuni paesi non è permesso registrare la nazionalità/l'origine etnica dei pazienti e pertanto tali informazioni non sono disponibili in modo omogeneo.

A parte le conseguenze dirette sulla salute (cfr. pag. 24), i tossicodipendenti possono avere difficoltà ad accedere all'assistenza, per una certa riluttanza a rivolgersi ai servizi assistenziali, per scarsa istruzione o per un basso grado di accettazione da parte dei servizi medici di base e la singolarità dei loro problemi sanitari, rispetto ai quali non sono disponibili servizi adeguati.

Infine, i tossicodipendenti hanno un'immagine sociale negativa e possono incontrare l'ostilità della popolazione generale e delle autorità pubbliche. Da una ricerca svolta in un carcere di Vienna è emerso che spesso i tossicodipendenti hanno subito violenza ed abusi da parte di funzionari di polizia o altri pubblici ufficiali (Waidner, 1999).

Reinserimento sociale

Nei paesi europei ed in Norvegia sono state elaborate alcune misure per affrontare l'emarginazione sociale di alcuni gruppi, con o senza problemi di tossicodipendenza, segnati dalle conseguenze sociali dell'uso/abuso di stupefacenti.

Sulla base della strategia dell'Unione europea in materia di droga (2000-2004) (Consiglio dell'Unione europea, 2000) e di uno studio specifico sul reinserimento sociale nell'UE ed in Norvegia (OEDT, 2003b), il reinserimento sociale potrebbe essere definito «qualsiasi sforzo volto ad integrare i tossicodipendenti nella comunità».

Gli interventi di reinserimento sociale si rivolgono agli attuali consumatori problematici di stupefacenti ed agli ex consumatori problematici di stupefacenti, quindi agli ex tossicodipendenti «puliti» e in via di recupero, ai pazienti trattati a lungo termine con metadone, fino ad arrivare ai tossicodipendenti da strada, estremamente svantaggiati. Una componente di natura terapeutica, sia essa medica o psicosociale, non è strettamente

Tabella 5: Condizioni sociali (istruzione, condizione lavorativa ed abitativa) dei pazienti in trattamento negli Stati dell'UE nel 2001

Condizioni sociali		Tossicodipendenti in trattamento (in %) ⁽¹⁾
Istruzione (n = 98 688)	Non è mai andato a scuola/non ha mai completato le scuole elementari	8,0
	Livello di istruzione di primo grado	43,6
Condizione lavorativa (n = 100 000)	Disoccupato	47,4
	Economicamente inattivo	9,6
Condizione abitativa (n = 41 299)	Alloggio precario	10,4
	Istituti di vario tipo	7,5

⁽¹⁾ Le percentuali sono calcolate sul numero complessivo dei casi segnalati con riferimento a ciascuna voce; il totale non è il 100 % in quanto sono riportati soltanto i valori relativi a questo capitolo (mai andato a scuola, disoccupato ecc.); per i dati completi cfr. grafico 55 OL: Livello d'istruzione di tutti i clienti, per paese; grafico 56 OL: Status lavorativo di tutti i clienti, per paese; grafico 57 OL: Condizioni di vita di tutti i clienti, per paese (versione on line).

Fonte: Relazioni nazionali Reitox — TDI dati 2001.

⁽¹⁹³⁾ Grafico 55 OL: Livello d'istruzione di tutti i clienti, per paese (versione on line).

⁽¹⁹⁴⁾ Tasso medio di disoccupazione tra i 15 Stati membri (Eurostat, 2002).

⁽¹⁹⁵⁾ Grafico 56 OL: Status lavorativo di tutti i clienti, per paese (versione on line).

⁽¹⁹⁶⁾ Grafico 57 OL: Condizioni di vita di tutti i clienti, per paese (versione on line).

⁽¹⁹⁷⁾ Grafico 58 OL: Nazionalità dei clienti, per paese (versione on line).

necessaria. Ciò implica anche che il reinserimento sociale non avviene necessariamente dopo il trattamento terapeutico, ma può avvenire a prescindere da un precedente trattamento terapeutico, in quanto può trattarsi dell'ultima fase di un processo terapeutico oppure di un intervento post-terapeutico, separato ed indipendente, svolto da servizi diversi da quelli che erogano i trattamenti terapeutici, con propri obiettivi e strumenti. I servizi che si occupano di reinserimento sociale non si rivolgono esclusivamente ai consumatori problematici di droghe illecite, ma possono rivolgersi a tutti i tipi di tossicodipendenti (fra cui quelli dipendenti da alcool e droghe lecite) o anche a tutti i gruppi socialmente emarginati (per esempio, i senza fissa dimora e le persone che dormono all'addiaccio).

È impossibile tratteggiare un panorama quantitativo delle misure di reinserimento sociale negli Stati membri dell'UE, in quanto il termine «reinserimento sociale» non viene usato in maniera omogenea. Per quanto, a livello nazionale, servizi diversi possano coesistere l'uno a fianco dell'altro, ci sono tipicamente «modalità generali» d'inserimento sociale:

- rivolgersi a tutti i gruppi emarginati, con o senza problemi di dipendenza;
- rivolgersi alle persone che, in generale, hanno problemi di dipendenza;
- rivolgersi esplicitamente ed esclusivamente a consumatori problematici di droghe illecite (cfr. grafico 23) ⁽¹⁹⁸⁾.

Quantificare la disponibilità dei servizi di reinserimento sociale e valutare l'adeguatezza dei servizi stessi non è compito agevole ma le circostanze lasciano pensare che il numero di strutture è probabilmente inadeguato. Per esempio, la Germania stima un fabbisogno di circa 25 000 centri di reinserimento sociale, mentre il numero attualmente disponibile è di circa 4 000. In Austria un progetto di natura occupazionale ha registrato un numero di domande doppio rispetto ai posti disponibili ed ha dovuto respingere in media 15 persone al giorno.

Il reinserimento sociale può essere suddiviso in tre principali tipologie d'intervento: l'educazione (formazione compresa), l'abitazione e l'occupazione.

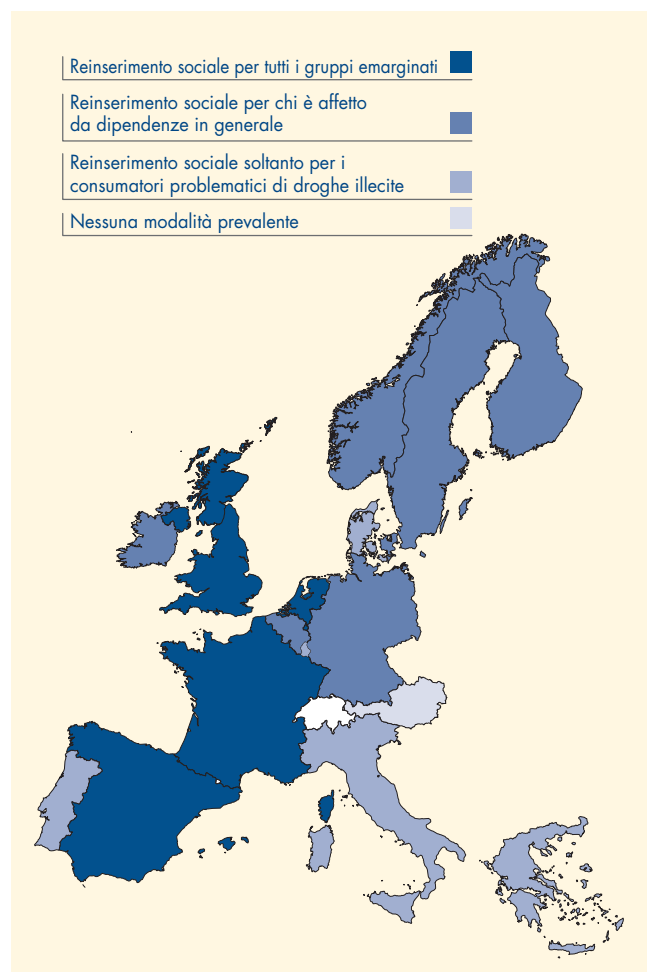
Molti consumatori di stupefacenti hanno un basso livello d'istruzione e molte relazioni nazionali parlano di scarso rapporto tra i consumatori problematici di stupefacenti ed il mercato del lavoro [Grecia (Kavounidi, 1996); Danimarca (Stauffacher, 1998); Paesi Bassi (Uunk e Vrooman, 2001)]. Da qui, gli interventi miranti ad innalzare le capacità accademiche tecniche o pratiche che potrebbero migliorare le opportunità dei pazienti sul mercato del lavoro.

Le misure occupazionali possono assumere molte forme diverse, per esempio fornendo un sostegno finanziario alle società che assumono un tossicodipendente per un posto di lavoro ambito, come segnalato dalla Grecia. Altre misure comprendono l'istituzione di servizi per l'occupazione, come lo scambio di posti di lavoro, a Vienna, in Austria, oppure l'aiuto ai pazienti ad

aprire la propria attività, come sta accadendo in Grecia ed in Spagna sotto l'egida del programma per l'occupazione «Promozione del lavoro autonomo» (questo tipo di intervento si sovrappone con l'istruzione/formazione).

Infine, fornire la casa, o assistenza per trovare la casa, può portare una qualche stabilità alla vita dei pazienti. Offrire la casa può essere già di per sé un intervento, che però viene spesso accompagnato da assistenza psicosociale e da una qualche forma di supervisione. Un esempio di assistenza psicosociale parallela è dato dalla *Haus am Seespitz*, in Tirolo, che gestisce una sorta di casa protetta per gruppi aperti di pazienti in fase post-assistenziale. In Belgio, *Habitations protégées* fornisce sia la casa, sia l'assistenza psichiatrica. Una ricerca condotta in Irlanda (Relazione nazionale irlandese, Hickey 2002) ha mostrato come la ricerca di una casa adeguata fosse il problema principale per il 79 % delle ex detenute e per il 76 % degli ex detenuti ed insieme una ragione della loro emarginazione sociale,

Grafico 23: Principali modalità di reinserimento sociale dei consumatori problematici di stupefacenti nell'Unione europea ed in Norvegia



Fonti: Relazioni nazionali Reitex.

⁽¹⁹⁸⁾ Per maggiori approfondimenti ed una panoramica dei vari paesi, cfr. lo studio «Il reinserimento sociale nell'Unione europea ed in Norvegia» (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/social_reintegration_eu.pdf).

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).