

Un'istantanea sui finanziamenti per la riduzione del danno

Case study nazionale

Italia - Un'istantanea sui finanziamenti per la riduzione del danno

Ricerca condotta da Susanna Ronconi

Copertura della riduzione del danno

Persone che si iniettano sostanze	326.000
Servizi NSP (distribuzione e scambio di aghi e siringhe sterili)	Bassa copertura ma enorme variazione regionale - 72 siti che raggiungono circa il 15% delle persone che usano oppiacei (per via endovenosa) in Italia
Servizi OST (trattamento sostitutivo con oppiacei)	Alta copertura, 620 siti OST che hanno fornito il servizio a 70.699 persone nel 2014
DCR (sale igieniche per il consumo sicuro)	Non disponibile
Riduzione del danno in carcere	Servizi di OST disponibili in tutte le prigioni. Nessun NSP disponibile in carcere
Take Home Naloxone	Programma nazionale naloxone a casa

Trasparenza dei dati sulla spesa

Monitorare l'attuazione e la spesa per la riduzione del danno a livello nazionale è una necessità. Però, senza un chiaro ed esplicito supporto politico e senza l'inclusione nelle linee guida nazionali in materia di droga, non esiste alcun obbligo di includere la riduzione del danno all'interno del monitoraggio nazionale e nei sistemi di valutazione. Di conseguenza, le spese sono spesso nascoste, registrate sotto la spesa complessiva per il servizio delle dipendenze e non sono disaggregate in un modo da favorire l'identificazione della spesa per la riduzione del danno. Solo otto su venti regioni italiane presentano conti disaggregati che permettono di sapere l'entità della spesa per la riduzione del danno. Tuttavia, i dati non sono disponibili per tutti gli anni, e non sono disaggregati sufficientemente in dettaglio per poter isolare le spese relative ai servizi di

Un'istantanea sui finanziamenti per la riduzione del danno

distribuzione e scambio di aghi e siringhe (NSP). La spesa per i trattamenti sostitutivi degli oppiacei (OST) è incorporata nei record di spesa complessivi dei dipartimenti pubblici per le dipendenze all'interno dei quali sono fisicamente allocati i centri OST. L'unico costo che può essere isolato è quello riguardante lo stesso medicinale, non anche quello derivante dalla sua gestione in toto[7]. Le differenze nella raccolta dei dati sulla riduzione del danno tra le varie regioni italiane rappresentano una sfida al raggiungimento di un efficace monitoraggio su scala nazionale. Bisogna adottare misure politiche e metodologiche per garantire lo sviluppo delle linee guida nazionali per la riduzione del danno e un nuovo sistema di raccolta dati che esplicitamente include i servizi di riduzione del danno.

Investimenti governativi per la riduzione del danno

La maggior parte degli investimenti per la riduzione del danno in Italia (90-95%) deriva dai bilanci pubblici a livello regionale che sono localmente detenuti dalle agenzie locali per la salute denominate ASL. In pochi casi, il finanziamento per la riduzione del danno in parte deriva dai comuni (è il caso, ad esempio, di Venezia e Roma) o da donatori privati come banche o fondazioni. I fondi derivanti dai dipartimenti giustizia e affari sociali della Commissione Europea contribuisce ad una certa ricerca, formazione o interventi sperimentali relativi alla riduzione del danno, ma tali fondi non sono direttamente impiegati nella prestazione dei servizi.

Nel 2014, in Italia sono stati spesi circa 18.892.440 di euro per i servizi di riduzione del danno¹, tra cui gli NSP. C'è stata una chiara diminuzione dei finanziamenti per la riduzione del danno e la fornitura di servizi tra il 2010 e il 2014 durante il quale i siti NSP sono diminuiti da 106 a 72 e la copertura NSP è scesa dal 24% al 15%².

In questo periodo, in quelle poche regioni dove la riduzione del danno era maggiormente implementata si è mantenuta una certa stabilità anche nei rispettivi bilanci, ma a livello nazionale le spese sono diminuite da circa 22.207.000 a 18.892.440 €³.

Nel 2014, nelle regioni la spesa per gli NSP variava drammaticamente, con 3.246.140 € spesi dalla regione Lazio, 1.979.200 € spesi in Emilia Romagna e solo 540.000 euro spesi in Toscana. Anche le tendenze delle spese differivano tra le rispettive regioni, con l'Emilia Romagna che presentava

¹ Questa stima comprende il costo di tutti i servizi forniti dai centri di drop-in e via via, comprendenti NSP, naloxone a riposo, test HIV / HCV, assistenza sociale, consulenza, visite mediche e primo soccorso.

² Calcolato per questo progetto utilizzando un denominatore del numero di persone che utilizzano oppioidi in modo problematico, in Ronconi S. (2016) La Riduzione del Danno funziona! Ricerca.

³ La stima della spesa nazionale si basa sulla spesa media annuale di 5 NSP (2 in regione Lazio, 1 in Veneto, 1 Emilia Romagna, 1 Umbria) moltiplicata per il numero di NSP in Italia, in Ronconi S. (2016) La Riduzione del Danno funziona! Ricerca.

Un'istantanea sui finanziamenti per la riduzione del danno

investimenti stabili dal 2010 al 2014, la regione Lazio che ha invece ridotto il budget per la riduzione del danno di circa il 27% e la Regione Toscana che lo ha aumentato dell'8%⁴.

Queste variazioni possono riflettere differenze sulla necessità di attuare tale servizio (o programma) per le regioni ma anche il sostegno politico che i decisori regionali hanno mantenuto nei confronti della riduzione del danno quando in diverse aree i bilanci nazionali sono stati tagliati a causa dell'austerità. Come gli NSP e in maniera più ampia i servizi di riduzione del danno non sono ancora inclusi nell'elenco dei servizi essenziali (Livelli Essenziali di Assistenza o LEA) che tutte le regioni devono fornire ai cittadini, i decisori regionali possono determinare la portata con cui questi servizi sono resi disponibili.

Nel 2014 sono stati spesi € 30,018,724 di costi farmaceutici legati ad OST (inclusi metadone, buprenorfina, naloxone e suboxone)⁵.

Isolare la spesa legata alla fornitura di OST nell'intero paese è molto impegnativo, poiché questo servizio è integrato nel sistema sanitario pubblico e, nella spesa che riguarda in particolare la fornitura di OST, il personale e i costi infrastrutturali non sono disaggregati. Mentre questa ricerca non è stata in grado di raccogliere dati per tutto il paese, è stato possibile acquisire una visione delle spese e delle tendenze degli OST nel corso del tempo per determinate regioni⁶.

Quando sono considerati i costi di consegna vi è prova di una riduzione degli investimenti dal 2010: da € 147.785.828 a € 106.896.888 nel 2014. Ciò è dovuto in parte ai tagli ai fondi sanitari pubblici e in parte alla diminuzione del 32% del numero di clienti OST. Nel complesso, gli OST rimangono relativamente e adeguatamente finanziati, nonostante i più vasti ritmi sanitari pubblici visti in Italia negli ultimi anni. Nel 2014 è stata stimata una copertura del 57% rispetto al 48% del 2010⁷.

Gli OST, a differenza degli NSP e di altri servizi di riduzione del danno, sono inclusi nei LEA che tutti le regioni devono fornire ai cittadini. Non ci sono stime di spesa per la riduzione del danno out-of-pocket, ma questo è probabile costituisca un dato sostanziale visto che in un terzo del paese non esistono servizi NSP.

Attraverso le tasse, ogni cittadino italiano contribuisce con 0,31 € l'anno per i servizi NSP (2014). Contribuiscono anche con 18,69 € l'anno per sostenere l'applicazione della legge sulle droghe (coprendo i costi di polizia, prove e reclusione).

⁴ Dipartimento di Prevenzione e Trattamento - Regione Toscana; Dipartimento di dipendenza dalle droghe - Regione Emilia Romagna; Dipartimento di tossicodipendenza - Regione Lazio in Ronconi S. (2016) La Riduzione del Danno funziona! Ricerca.

⁵ Istituto Sanitario - Dipartimento di Farmacoepidemiologia; Rapporti annuali di OsMed, in Ronconi S. (2016) La Riduzione del Danno funziona! Ricerca.

⁶ La stima della spesa nazionale si basa sulla spesa media annua di 5 siti OST (3 in regione Piemonte, 2 in Emilia Romagna) moltiplicato per il numero di OST in Italia, in Ronconi S. (2016) La Riduzione del Danno funziona! Ricerca.

⁷ Questo dato è stato calcolato mettendo al numeratore il numero di persone iscritte nei programmi OST e al denominatore il numero stimato di persone che utilizzano oppioidi, dati provenienti dal Rapporto Annuale del DPA disponibile all'indirizzo <http://www.politicheantidroga.gov.it/attivita/pubblicazioni/relazioni-al-parlamento.aspx>

Un'istantanea sui finanziamenti per la riduzione del danno

Per raggiungere la copertura NSP del 100% (piuttosto che l'attuale 15%), costerebbe a ciascun contribuente 2,07 € l'anno. Questo costo potrebbe essere coperto spostando solo 1,76 € dal contributo all'applicazione della legge sulle droghe e per la repressione, oltre alla salute e alla riduzione del danno⁸.

A livello nazionale, il governo assegna un importo al Fondo nazionale per la salute ogni anno, che include i finanziamenti per la droga e il settore del trattamento delle dipendenze. Queste allocazioni sono discusse a livello regionale e distribuite tra diversi settori secondo i piani sanitari regionali. Per la droga e il settore del trattamento delle dipendenze non viene assegnata una percentuale fissa. L'austerità ha portato a continui tagli ai bilanci sanitari regionali, e anche quelli che sono inclusi nei LEA possono ricevere fondi insufficienti⁹.

Nel 2017 ci sono mosse politiche per includere la riduzione del danno (compreso l'NSP) all'interno del LEA che migliorerà la situazione finanziaria. In termini di sostegno finanziario, è possibile sostenere la riduzione del danno con allocazioni a tutti i diversi livelli di decisione, ma questo è più fattibile ed efficace a livello regionale.

Sostenibilità dei finanziamenti per la riduzione del danno

Fino al 2014, le leggi e le politiche italiane in materia di droga erano particolarmente proibizioniste e non hanno sostenuto la riduzione del danno. L'Agenzia Nazionale per le Droghe si è concentrata sia sulla repressione sia sul rigido paradigma della malattia, e con un approccio alla riduzione della domanda che favoriva l'astinenza. Mentre alcune regioni italiane hanno una lunga storia di attuazione della riduzione del danno fin dalla metà degli anni '90, mentre due terzi delle regioni non hanno le linee guida sulla riduzione del danno e un terzo non eseguono affatto servizi di riduzione del danno. Nel 2014, gli articoli più repressivi della legge sulle droghe sono stati abrogati dalla Corte Costituzionale sotto la pressione della società civile. Allo stesso tempo, il cambio di personale all'Agenzia Nazionale sulle Droghe ha visto l'inizio di un cambiamento di approccio alle droghe in Italia. Uno dei primi segni dell'innovazione - grazie ad un'azione coordinata da parte delle organizzazioni della società civile, dei professionisti e degli attivisti per le droghe - è stata la proposta di includere gli interventi di riduzione del danno nei LEA. Sul finire del 2016, la riduzione del danno è stata approvata dal Consiglio dei Ministri come parte dei nuovi LEA, che in effetti richiede a tutte le regioni di attuare servizi di riduzione del danno.

Il fatto che oltre il 90% dei fondi per la riduzione del danno derivino da fonti pubbliche, farà una differenza significativa sulla sostenibilità della risposta in termini di riduzione del danno italiana. Il passo successivo sarà alla Conferenza delle Regioni per sviluppare gli standard minimi per la riduzione del danno, che segnerà un momento importante per il sostegno alla riduzione del danno nazionale.

⁸ Calcolato da Susanna Ronconi per questo progetto.

⁹ I Livelli Essenziali di Assistenza sono servizi standard, totalmente o parzialmente gratuiti garantiti a tutti i cittadini italiani dal Sistema Sanitario Nazionale.

Un'istantanea sui finanziamenti per la riduzione del danno

Attualmente, una gran parte dei servizi di NSP italiani non ha una certezza di stabilità dei finanziamenti. Mentre alcuni sono servizi stabili, altri rimangono progetti limitati nel tempo che solo potenzialmente possono essere rinnovati o ricevono fondi in modo discontinuo. Nel 2014, un terzo (29%) di tutti i servizi di riduzione del danno (compresi, ma non limitati agli NSP) sono stati considerati servizi stabili, il 22% ha avuto un termine di due anni, il 38% tra 1 e 2 anni e l'11% ha ottenuto la garanzia di finanziamenti per meno di 11 mesi.

I progetti con minor stabilità sono gli interventi rivolti alla sicurezza negli eventi notturni rivolti ai giovani.

"In Italia, l'attuale politica sulla droga non sta investendo per il futuro". *Susanna Ronconi, Harm Reduction Works! Ricercatrice.*

La maggior parte dei fornitori di servizi di riduzione del danno in Italia sono attivi anche nell'attività di advocacy per la riduzione del danno e la riforma delle politiche sulle droghe.

Esiste un numero esiguo di reti di persone che usano sostanze, ma raramente sono inclusi nei processi decisionali.

C'è bisogno di nuove e migliori opportunità per la partecipazione nel processo decisionale di tutte le parti interessate a livello nazionale e locale. C'è bisogno di ulteriori prove del successo della riduzione del danno nel calo delle infezioni da HIV e da epatite C, così come nella prevenzione delle overdose in Italia attraverso ricerca, monitoraggio e valutazione. Inoltre, c'è la necessità di un'analisi costi-efficacia e costi-benefici della riduzione del danno e un'attuazione più ampia delle politiche in materia di droghe per ottenere informazioni per attuare un bilancio strategico e le allocazioni a livello nazionale.

"A livello municipale, il discorso sulla riduzione del danno deve essere sviluppato in modo da rendere le città protagoniste della riduzione del danno come approccio sociale e di comunità e non solo e tanto come politica sulla salute". *Susanna Ronconi, Harm Reduction Works! Ricercatrice*