

INSERIMENTI SOCIO-TERAPEUTICI DEI TOSSICODIPENDENTI:

I COSTI EVITATI ALLA COLLETTIVITA'

Dr. Paolo Costantino - Psicologo Psicoterapeuta

Responsabile Unità Funzionale Multiprofessionale Ser.T. Firenze/A

Dr.ssa Laura Ulivieri – Assistente Sociale

Coordinatore Gruppo Osservatorio Socio-Epidemiologico Dipartimento Dipendenze Firenze

Premessa

L'abuso di sostanze psicotrope da parte di soggetti tossicodipendenti crea una serie di conseguenze negative, non solo per i singoli soggetti che ne subiscono gli effetti direttamente in termini di danni alla salute (morbosità e mortalità), ma anche per la società stessa, su cui si riversano, oltre che le conseguenze ed i costi di natura sanitaria sostenuti per far fronte al problema della tossicodipendenza, anche i costi in termini più generali di welfare. Si tratta di *costi esterni*, ossia del risultato delle azioni di soggetti che, abusando di tali sostanze, determinano effetti negativi di tipo economico-sociale sulla collettività, come le spese che la società deve sostenere per il controllo del fenomeno, per il trattamento e la riabilitazione degli individui, per i crimini correlati alla tossicodipendenza e per la perdita di produttività, come conseguenza indiretta di una maggiore probabilità di decesso o dello stato di malattia dei soggetti dipendenti. Per la messa in atto di pubblici programmi di intervento, ai fini di arginare il fenomeno della tossicodipendenza attraverso azioni di prevenzione e recupero, è quindi importante stimare dal punto di vista economico le ricadute, sia in termini di costi sostenuti dagli individui tossicodipendenti, sia dai soggetti terzi sui quali si riversano alcune e rilevanti conseguenze. La stima dei costi sociali o collettivi della tossicodipendenza risulta importante non solo perché permette di sensibilizzare maggiormente la collettività rispetto al problema, di far conoscere la dimensione del fenomeno e di quantificare le giuste risorse necessarie a questo settore, ma anche perché permette di quantificare i benefici raggiunti attraverso l'attuazione di programmi e politiche specifiche per il recupero dei tossicodipendenti attuando politiche volte, presumibilmente, alla massimizzazione dei benefici sociali. Ciò rende più completa l'analisi, poiché, oltre ad evidenziare le implicazioni economiche dei problemi sanitari, permette di valutare il processo del programma sanitario che va ad incidere sulla patologia e quindi anche i benefici che tale programma comporta per la società (Colombo, 2002; Postma 2006; Candio et al. 2006).

Una stima economica sviluppata sui costi e benefici sociali permette perciò di valorizzare gli interventi a favore dei tossicodipendenti e di valutare tali interventi in termini di **costi evitati per la società**, poiché la riduzione del fenomeno costituisce non solo un beneficio per il singolo

consumatore di sostanze stupefacenti, ma anche e soprattutto per la collettività con conseguenze anche di tipo economico.

Le attività assistenziali e riabilitative effettuate dai Ser.T. a favore dei tossicodipendenti tendono non solo a interrompere l'uso di sostanze stupefacenti ma anche, quando possibile, a modificare lo stile di vita attraverso un processo di integrazione sociale. Come vedremo, all'interno di tali politiche socio-sanitarie gli interventi basati sull'**inserimento socio-terapeutico** del tossicodipendente, rispetto ad altri interventi di recupero possono rappresentare uno strumento efficace per la riduzione dei costi sociali, poiché rispetto e a completezza degli altri interventi, facilitano il reinserimento nel sistema sociale delle persone coinvolte. Questo tipo di intervento, quasi sempre utilizzato dai Ser.T. come intervento integrativo ad altre politiche di recupero per tossicodipendenti, garantisce, infatti, non solo benefici sociali in termini di costi evitati dalla società, conseguenti alla diminuzione o alla sospensione dell'abuso e del consumo di sostanze, alla riduzione o all'abbandono dei comportamenti a rischio per la salute, alla diminuzione o all'abbandono delle attività illegali o, infine, al miglioramento in generale della *performance* personale, sociale e produttiva dei soggetti; ma anche un miglioramento della qualità di vita del tossicodipendente attraverso un'evoluzione sociale, relazionale e terapeutica del soggetto.

Allo stato dell'arte i riferimenti principali della letteratura sui costi sociali della tossicodipendenza riguardano ancora soprattutto lavori statunitensi e canadesi¹. La predominanza oltreoceano della letteratura di riferimento sui costi sociali a livello internazionale mostra quindi le lacune che su tale argomento esistono ancora in Europa² e in Italia, in cui i contesti socio-culturali sono molto diversi e necessitano perciò di metodologie e valutazioni empiriche *ad hoc*³. Negli ultimi anni, anche nel nostro Paese, sono stati effettuati studi specifici sulla valutazione dei costi sociali della tossicodipendenza.

A questi ritardi nella ricerca si aggiungono problemi di stima e quantificazione del fenomeno della tossicodipendenza dal momento che il traffico di droga e le attività che spesso sono connesse a questo tipo di realtà (furto, prostituzione, contrabbando) rientrano in quella parte di economia che difficilmente risulta quantificabile, proprio per la natura illecita delle transazioni economiche che la caratterizzano.

¹ Tra gli studi metodologici di stampo americano e canadese che fanno riferimento anche ai costi sociali si vedano: (Harwood, 1999; Single et al. 1996; Kleiman 1999, Cohen 1999). Tra gli studi empirici: (French and Martin, 1996; Rice et al. 1990, Harwood et al., 1998, Single et al. 1996, Xie et al., 1998, Mark et al., 2001).

² Per ora a livello europeo il lavoro più importante rimane uno studio francese sui costi sociali delle sostanze illecite (Kopp P., Fenoglio P., 2000).

³ In generale la stima dei costi sociali correlati all'abuso di droghe illecite risulta di più difficile quantificazione rispetto a stime che riguardano altri tipi di dipendenza come da tabacco o alcool per la natura stessa (illegale) delle sostanze. Più vasta è invece la letteratura sulla valutazione dei costi sociali legata alle conseguenze sulla salute dell'inquinamento o dell'incidentalità alla quale questi lavori fanno a volte riferimento in particolare per la valutazione economica della vita umana.

A livello locale i pochi lavori sulla stima dei costi della tossicodipendenza si indirizzano più che altro ad analizzare i costi sostenuti per i programmi di intervento dei Ser.T. o dalle agenzie sanitarie locali per la riduzione del fenomeno, mentre i benefici vengono analizzati, soprattutto in termini qualitativi (Cifiello e Giannotti, 1997; Serpelloni et al., 2002; Serpelloni et al., 2004).

Vista la rilevanza del fenomeno, la quantificazione dei costi sociali, anche a livello decentrato, risulta invece un utile strumento di politica economica: permette di ricostruire, come già considerato, l'insieme degli effetti diretti e indiretti della tossicodipendenza, che riguardano l'individuo o la collettività, e di misurare l'efficacia degli interventi in termini non solo di vite salvate, ma anche di riduzione dei costi per la società, tanto più evidenti nel caso dei programmi di inserimento socio-terapeutico.

A completamento della prima parte in cui si descrive lo strumento "*Inserimento socio-terapeutico*" utilizzato dai Ser.T. dell'ASL 10 di Firenze (**primo paragrafo**), la seconda parte di questo studio ha come scopo il tentativo di fornire una **stima economica dei costi e benefici degli interventi di inserimento socio-terapeutico** dei tossicodipendenti, a dimostrazione della loro validità anche su un piano economico.

Il lavoro sarà articolato come segue. Il **secondo paragrafo** introduce una rassegna dei metodi di valutazione della morbosità e mortalità (approccio COI, WTP, Capitale Umano), cui fa riferimento la letteratura in materia di esternalità e recepibili nell'ambito degli studi sulle tossicodipendenze; il **terzo paragrafo** è dedicato alla descrizione dei costi sociali direttamente imputabili all'abuso di sostanze psicotrope; il **quarto paragrafo** fornisce, infine, una stima dei costi e dei benefici sociali imputabili agli inserimenti socio-terapeutici per il territorio dell'ASL 10 di Firenze a cui seguono brevi considerazioni finali.

I -Lo strumento: l'inserimento socio-terapeutico (IST)

L'inserimento socio-terapeutico viene progettato e realizzato come vero e proprio mezzo terapeutico, parte integrante del programma individuale del tossicodipendente, in quanto migliora l'integrazione sociale degli utenti in programma, che acquisiscono, in tal modo, una maggiore capacità di "tenuta" sia dell'esperienza lavorativa sia del programma stesso. E' ormai assodato che per i soggetti che usano sostanze le problematiche all'interno delle realtà lavorative si moltiplicano; insieme a difficoltà esterne (scarsa formazione, debolezza nel mercato del lavoro, pregiudizi e discriminazioni nei luoghi dove il lavoro viene svolto) sono presenti difficoltà "interne" (depressione ed ansia, ruolo soggettivamente ed oggettivamente svolto all'interno della famiglia, paura di non farcela/paura di riuscire) che intrecciandosi fra loro possono rendere impossibile l'ingresso nel mondo produttivo.

La sperimentazione di questo strumento è iniziata, nella seconda metà degli anni '80, in quello che allora era il Ser.T. dell'ex USL 10 G di Sesto Fiorentino (adesso Zona Nord Ovest 1) all'interno del progetto del "Centro Diurno"; l'obiettivo era quello di avvicinare progressivamente gli utenti al mondo del lavoro. L'inserimento socio-terapeutico prevedeva, ed ancora oggi prevede, un accordo stipulato dal Ser.T. con le ditte artigiane e/o gli enti locali, sancito da una convenzione. Lo schema di riferimento era quello offerto dalla legge regionale n. 73 del 1982⁴, che aveva come obiettivo la formazione e la preparazione all'ingresso nel mondo del lavoro. Gli operatori del Ser.T. ne "importarono" il disegno, integrandolo ed adeguandolo alle necessità dell'utenza di quegli anni, costituita, prevalentemente, da eroinomani che conducevano vita di piazza. La finalità era principalmente quella dell'acquisizione e/o ri-acquisizione delle capacità di "stare" nell'ambiente lavorativo, rispettando i tempi e i ritmi, imparando a relazionarsi con gli altri; per questo tutto doveva essere definito e chiaro: dall'orario di lavoro, al gettone di presenza giornaliero. La richiesta esplicita era quella di mettere in gioco le proprie attitudini, le risorse, spesso sommerse da anni. Il progetto significava il passaggio dalla mera "assistenza" ad un ruolo più attivo, anche se come soggetto svantaggiato, l'avvio di un percorso di autonomia e l'inizio da parte del soggetto di una modifica nella percezione del sé.

Progressivamente l'esperienza si allargò ai Ser.T. della Zona Mugello, della zona Sud-Est e nella seconda metà degli anni '90, grazie ad una richiesta di finanziamento sul Fondo Nazionale Lotta alla Droga, si è potuto allargare il progetto al territorio del Comune di Firenze, prevedendo un'articolazione molto più ampia.

A questo primo obiettivo di "socializzazione", nel corso degli anni se ne è aggiunto un altro: l'inserimento come possibilità di "professionalizzazione", ovvero possibilità di apprendere un sapere spendibile sul mercato del lavoro. Così facendo l'utente si avvia ad acquisire il ruolo di lavoratore, allargando anche le sue relazioni sociali e iniziando ad apportare grandi modificazioni socio-culturali nella percezione della figura del tossicodipendente, in un ampio contesto sociale come quello rappresentato dal mondo del lavoro.

La sostituzione dell'iter assistenziale con quello del lavoro, ancorché protetto, stimola positivamente la persona a non essere passivo fruitore di un intervento, attiva le sue risorse, gli consente di mettere in atto esperienze che gli serviranno per il futuro. Per questo è importante che la durata dell'inserimento lavorativo venga definita "ad personam", avendo ben presente i rischi che comporta sia prolungare troppo l'inserimento (la persona si può adagiare in una situazione protetta, o la ditta può "approfittare" di mano d'opera gratuita), sia non dare tempo alla persona di recuperare una piena capacità lavorativa, parallelamente al suo programma terapeutico.

⁴ L.R. 6 settembre 1982, n.73 "Interventi di preformazione professionale e per l'inserimento al lavoro delle persone handicappate"

Il mondo del lavoro rappresenta per le persone svantaggiate non solo una risorsa occupazionale, ma anche un luogo dove sperimentare una dimensione esistenziale nuova, per essere protagonisti nel contesto sociale, per possedere un ruolo sociale attivo e consolidare maggiori livelli di autonomia individuale.

L'obiettivo dell'IST è diventato nel tempo quello di potenziare le capacità residue dei soggetti suddetti o di riattivarne la potenzialità produttiva e favorire il loro ingresso nel mondo del lavoro; è un'azione di avvicinamento al mondo della formazione e del lavoro per utenti che, in quella fase del programma, avrebbero maggiori difficoltà nel reperimento di un'attività lavorativa. Ha essenzialmente finalità terapeutiche-riabilitative-abilitative e formative con tempi stabiliti dal progetto individuale; è, inoltre, finalizzato all'osservazione dell'utente e all'eventuale acquisizione di pre-requisiti di tipo lavorativo e relazionale; può essere propedeutico a successivi percorsi di effettivo inserimento lavorativo o di formazione professionale.

I dati in nostro possesso ci dicono che nei Ser.T. dell'Azienda Sanitaria Firenze dal 1992 al 2010 sono stati effettuati 1324 inserimenti socio-terapeutici (223 solo nel 2010), di cui il 76% ha riguardato utenti di sesso maschile. Il 63% degli utenti inseriti ha un'età compresa tra 25 e 39 anni; circa il 32% ha un'età compresa tra 40 anni fino ad oltre i 50; il 5% tra 15 e 24 anni. La sostanza d'abuso primaria è nel 72% dei casi l'eroina, seguita dal 24% dall'alcol.

Più della metà di soggetti di sesso maschile sono inseriti in aziende private; più donne nella P.A. e nelle Associazioni. Per quanto riguarda il periodo di inserimento si è visto che più l'inserimento si prolunga nel tempo, più aumenta la possibilità di avere un esito positivo, intendendo con ciò il rispetto del programma concordato.

La sperimentazione regionale

Forti dell'esperienza pregressa, i Ser.T. appartenenti al Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda Sanitaria Firenze hanno partecipato attivamente alla sperimentazione che la Regione Toscana ha promosso, finanziandola con Del. GR 1046/2005, del *“Progetto integrato regionale per gli inserimenti lavorativi per soggetti con problematiche di tossico-alcoldipendenza e valutazione degli esiti”*. Per la Regione le esperienze di inserimento lavorativo se *“possono essere considerate come delle vere e proprie evidenze in alcuni servizi per le dipendenze, risultano ancora patrimonio di pochi addetti ai lavori e le modalità con cui sono stati costruiti percorsi e procedure sono molto legate alle capacità dei singoli piuttosto che derivanti da un intervento di sistema. Fino ad oggi è mancato quindi la capacità di costruire procedure standardizzate di applicazione degli interventi e di verifica dei risultati, che potessero creare prassi e modalità operative trasferibili.”*

Si è così deciso di avviare un progetto di sperimentazione comune tra i Servizi Pubblici e gli Enti Ausiliari (CEART) con l'obiettivo di progettare inserimenti terapeutico-lavorativi rivolti a soggetti con dipendenza da sostanze e di valutarne gli esiti.

A tal fine è stato costituito un Gruppo di lavoro Regionale, composto da operatori e responsabili dei Ser.T. e degli Enti Ausiliari della Toscana e coadiuvato dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana per gli aspetti metodologici ed epidemiologici, che perseguisse gli obiettivi di classificare e definire le diverse tipologie di intervento e rilevare le prassi esistenti.

La classificazione e la definizione degli strumenti di intervento ha permesso la caratterizzazione specifica di ambiti, target e finalità per 3 tipi di intervento (Tabella 1): *esperienze formative e di qualificazione professionale, inserimenti lavorativi e inserimenti socio terapeutici.*

Tabella 1 - Griglia definizione interventi

INTERVENTI	DESCRIZIONE	TARGET	FINALITA'	AMBIENTAZIONE	INDICATORI
ESPERIENZE FORMATIVE E DI QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE	E' un inserimento individualizzato finalizzato all' acquisizione di specifiche competenze formative/lavorative e relazionali. E' prevalente l'aspetto formativo con l'attivazione di percorsi sia specifici per l'utenza che con accesso ad iniziative rivolte alla generalità della popolazione. Può prevedere l'erogazione di un contributo economico a favore dell'utente.	Può variare in virtù dell' argomento e della localizzazione dell' evento formativo, accessibile a tutte le tipologie di utenza	E' finalizzato all'acquisizione di specifiche competenze formative/lavorative e relazionali e come tale è da intendersi PROPEDEUTICO all'inserimento lavorativo vero e proprio	Può avvenire anche SENZA la presenza in una "Impresa", potendosi svolgere in aula, in laboratorio, in una struttura, ecc.	- Acquisizione qualifica o attestato di partecipazione - <i>Questionario di valutazione degli interventi</i>
INSERIMENTI LAVORATIVI	Aiuto individualizzato all'inserimento nel mondo del lavoro dopo una valutazione delle competenze lavorative e delle capacità possedute. Finalizzato all'attivazione delle risorse personali dell'utente. Può prevedere l'erogazione di un incentivo a favore dell'utente o un contributo alla ditta pari alla totale o parziale copertura degli oneri relativi all'assunzione (stipendio o oneri assicurativi o previdenziali) per un periodo di tempo stabilito dai singoli progetti	Destinato ad una utenza della quale siano già state valutate le adeguate capacità sociali e lavorative	E' finalizzato all' ASSUNZIONE vera e propria in quella o altra IMPRESA	Avviene SEMPRE E SOLTANTO in una "Impresa"	- Assunzione - <i>Questionario di valutazione degli interventi</i>
INSERIMENTI SOCIO-TERAPEUTICI	Azioni di avvicinamento al mondo della formazione e del lavoro per utenti che, in quella fase del programma, avrebbero maggiori difficoltà nel reperimento di una attività lavorativa. Ha essenzialmente finalità terapeutiche-riabilitative-abilitative e formative con tempi stabiliti dal progetto individuale. E' inoltre finalizzato all'osservazione dell'utente ed all' eventuale acquisizione di pre-requisiti di tipo lavorativo e relazionale. Può essere propedeutico a successivi percorsi di effettivo inserimento lavorativo o di formazione professionale. Può prevedere l'erogazione di un incentivo economico.	Destinato anche ad una utenza a bassa soglia	E' finalizzato essenzialmente al MANTENIMENTO/ MIGLIORAMENTO DELLE CONDIZIONI PERSONALI. Acquisizione/ri-acquisizione di pre-requisiti di tipo sociale, formativo e lavorativo	Può avvenire anche SENZA la presenza in una "Impresa", potendosi svolgere in strutture protette che simulano l'Impresa, in laboratori opportuni, ecc.	- <i>Questionario di valutazione degli interventi</i>

Se per il primo strumento occorre la "compartecipazione" di specifiche agenzie formative e per il secondo è possibile l'utilizzo degli strumenti messi a disposizione dalla normativa vigente (es: tirocinio, stage in azienda, ecc), l'inserimento socio-terapeutico è lo strumento che risponde in modo appropriato alle esigenze terapeutiche dei Servizi.

La rilevazione delle prassi esistenti ha permesso di stabilire alcune regole generali per la sperimentazione dell'intervento: la durata, il numero di ore medie settimanale di presenza del soggetto beneficiario della misura, la quantificazione economica media degli incentivi da erogare.

La sperimentazione regionale, ripetuta con Delibera della Giunta n.1260 del 28.12.2009, oltre a portare all'approvazione con decreto dirigenziale (n. 2308 del 15 maggio 2008) del "Protocollo regionale per la sperimentazione e valutazione degli inserimenti lavorativi della popolazione tossico-alcoldipendente", ha dato un impulso anche all'approvazione da parte dell'ASF del Regolamento e degli schemi di convenzione per gli Inserimenti socio-terapeutici in ambiente lavorativo" (del.101 del 10.02.2011). La tabella 2 evidenzia l'operatività dei SERT e delle Comunità Terapeutiche prima dell'avvio della sperimentazione regionale. Le tabelle 3 e 4 individuano le tipologie di tossicodipendenti inseriti dai SERT e dalle CT nella sperimentazione.

Tabella 2: numero di interventi effettuati dai Dipartimenti dipendenze e dagli Enti Ausiliari. Regione Toscana. Anno 2006

ENTI	ESPERIENZA FORMATIVA		INSERIMENTI LAVORATIVI		INSERIMENTI SOCIO-TERAPEUTICI		TOTALE	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ASL	58	8,6	203	30,3	410	61,1	671	100
Enti Ausiliari	64	24,1	112	42,1	90	33,8	266	100
Totale	122	13	315	33,6	500	53,4	937	100

Tabelle 3 e 4: distribuzione per tipologia intervento e sostanze primaria per ASL e Comunità Terapeutiche (Agenzia Regionale di Sanità Toscana)

Sostanza	Tipo di intervento						SERT Totale	
	Esperienza formativa Qualificazione professionale		Inserimento lavorativo		Inserimento socio - terapeutico		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Alcol	0	0,0	5	26,3	8	15,1	13	16,7
Cocaina	1	16,7	3	15,8	0	0,0	4	5,1
Eroina	5	83,3	10	52,6	45	84,9	60	76,9
Ipnotici	0	0,0	1	5,3	0	0,0	1	1,3
Totale	6	100	19	100	53	100	78	100

Sostanza	Esperienza formativa Qualificazione professionale		Inserimento lavorativo		Inserimento socio - terapeutico		C.T. Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alcol	0	0,0	1	10,0	5	45,5	6	20,7
Cocaina	0	0,0	2	20,0	0	0,0	2	6,9
Eroina	8	100	7	70,0	6	54,4	21	72,4
Totale	8	100	10	100	11	100	29	100

II - I metodi di valutazione della morbosità e mortalità: COI - WTP - Capitale Umano.

Come si rileva dalla vasta letteratura sulla valutazione dei costi sociali tanto la perdita della vita umana che l'insorgere o l'acutizzarsi di una malattia creano una serie di effetti economici che possono essere tradotti in:

- **costi diretti** riconducibili ad effettivi esborsi monetari da parte dell'individuo e della collettività, come le spese ospedaliere e farmaceutiche sostenute per la cura del tossicodipendente;
- **costi indiretti** riferiti alle risorse andate perdute e quindi alla riduzione di potenziali guadagni per l'individuo e la collettività attribuibili al fenomeno della tossicodipendenza e riferiti, in particolare, alla minore produzione futura causata dalla minore capacità di guadagno per inabilità temporanea o permanente dovuta alla malattia del soggetto dipendente. In particolare, si annoverano nella categoria dei costi indiretti della malattia anche i costi imputabili alla criminalità ed all'incidentalità;
- **costi intangibili**: derivanti da stati o fattori soggettivi di dolore, minor godimento della vita, stato d'ansia, pena e sofferenza dovuti alla privazione della salute.

Tra i metodi di stima sviluppati nel calcolo dei costi sociali delle tossicodipendenze e derivati dalla più vasta letteratura sulla valutazione delle esternalità, assumono rilevanza l'approccio **COI** (*costs of illness*), l'approccio del **Capitale Umano** e l'approccio **WTP** (*willingness to pay*).

L'approccio COI

L'approccio **COI** (*costs of illness*), introdotto negli Stati Uniti, tiene conto, nella valutazione delle esternalità, di tre componenti fondamentali, quali il costo dei trattamenti, la perdita di produzione futura e i costi legati alla criminalità. Trascura invece la stima dei costi intangibili (pena, sofferenza, malessere) legati allo stato di dipendenza del soggetto che in questo campo trovano ancora scarso approfondimento.

Attraverso il metodo COI si estrae dalla collettività il numero degli individui che soffrono della patologia considerata e, in base ad una stima delle risorse impiegate dai pazienti per la cura della malattia e per le strutture sanitarie, è possibile stimare il costo medio annuo sostenuto da ciascun individuo ed il costo totale medio sostenuto dall'insieme degli individui.⁵

⁵ In base ai criteri epidemiologici utilizzati gli studi COI sulle malattie possono essere sviluppati secondo due approcci (Colombo, 2002): "*PREVALENT BASED*" che stima il costo complessivo di una malattia in una determinata popolazione per un determinato periodo e "*INCIDENCE BASED*" che valuta il costo per l'intera vita dei casi diagnosticati in un certo anno.

Il metodo COI evidenzia, quindi, in che misura le risorse spese dalla collettività in relazione alla patologia, potrebbero essere impiegate per altri propositi, qualora questa non esistesse e non rappresentasse, quindi, un problema per la società. Tale approccio mette quindi in risalto il costo opportunità tra le risorse perse dalla collettività a causa della patologia, in questo caso la tossicodipendenza, e l'allocazione di tali risorse in altri ambiti più vantaggiosi per la società stessa (Fondazione Censis, 1996).

L'approccio del Capitale Umano

Uno dei principali problemi per la stima dei costi sociali riguarda poi, in particolare, come vengono trattati i costi della mortalità prematura ed il conseguente valore assegnato al venir meno della vita, ed, infine, i costi legati all'inabilità temporanea della produttività.

L'approccio del **Capitale Umano** tende a stimare la presente e futura perdita economica della collettività tramite il valore dell'output che sarebbe stato prodotto dall'individuo se non fosse stato malato o deceduto in modo prematuro, stabilendo la quota persa di produttività di un singolo soggetto attraverso il numero di anni che l'individuo in una condizione normale di salute avrebbe presumibilmente vissuto per la propria produttività – misurata in termini di Prodotto Interno Lordo. Tale approccio attribuisce quindi un valore alla vita in relazione all'apporto che l'individuo può fornire alla ricchezza collettiva.

Una delle maggiori critiche rivolte a questo metodo di valutazione della morbosità e mortalità è che ha una visione “economicista” limitata, non tenendo conto del valore che la vita umana acquisisce sul piano soggettivo, quello che in letteratura economica rappresenta un costo intangibile o non prettamente monetario, il valore, cioè, di non uso legato alla pura esistenza di un bene, in questo caso il prolungarsi della vita stessa.

L'approccio WTP

Oggi più accreditato è, quindi, l'approccio **WTP** (willingness to pay- disponibilità a pagare), di derivazione anglosassone, rivolto a tener conto sia nella perdita della vita umana, che nello stato di malattia, anche dei costi di natura intangibile attraverso una valutazione della disponibilità a pagare dei singoli individui per una riduzione del rischio di morte o per il proprio stato di salute. Tale approccio tiene quindi conto anche del disagio e delle sofferenze degli individui misurabile in termini di perdita qualità della vita.

Dal WTP è quindi possibile estrarre maggiori informazioni non solo di natura economica, ma anche di natura sociale e comportamentale riferite agli attributi e alle percezioni dei soggetti.

Viene, invece, trascurata nella valutazione delle esternalità la componente dei costi sostenuti dalla collettività per la sanità e per le spese farmaceutiche, direttamente inserita nel computo dei costi esterni attraverso il metodo COI.

Ancora scarsamente sviluppato in questo contesto alcune applicazioni riprendono i risultati proposti nel campo della sicurezza stradale e poi ampiamente recepiti nella stima della mortalità da inquinamento (Collins, Lapsley, 2002).

III - I costi sociali imputabili all'abuso di sostanze psicotrope

I costi esterni della tossicodipendenza sono di varia natura, alcuni strettamente legati al fenomeno ed in particolare agli effetti sanitari, altri invece non direttamente correlati alla natura della patologia, come i costi sociali dovuti alla criminalità o alle spese amministrative per le strutture sanitarie e riabilitative.

Solo alcuni degli effetti, inoltre, sono facilmente rilevabili e quindi misurabili economicamente, altri invece, essendo effetti indiretti o intangibili, sono solamente stimabili.

In relazione agli scopi specifici di una valutazione economica e alla disponibilità dei dati, la letteratura si è riservata, inoltre, di includere o escludere alcune voci di costo.

In particolare, come sarà approfondito più avanti, la letteratura si è occupata di stimare i costi di natura materiale (costi diretti ed indiretti che gli individui e la società sostengono a causa del fenomeno della tossicodipendenza), trascurando gli studi che nella stima dei costi sociali hanno fornito una valutazione dei costi intangibili che riflettono, in modo più completo, la perdita di produttività e di benessere della collettività, includendo nelle valutazioni dei costi anche una stima economica della perdita della qualità di vita legata alla tossicodipendenza, per i quali sono richieste valutazioni *ad hoc*.

La tabella 6 ripresa dallo studio francese (Kopp P., Fenofoglio P., 2000) mostra come le diverse tipologie di costo della tossicodipendenza possono essere ricondotte non solo al soggetto che fa uso di sostanze, ma anche ai soggetti terzi (familiari, collettività, governo centrale e locale, sistema di sicurezza sociale), che subiscono indirettamente alcune delle conseguenze della trasmissione di malattie associate allo stato di tossicodipendenza o subiscono una perdita di produzione e qualità della vita a causa del comportamento del tossicodipendente.

Tabella 5 - Effetti della droga considerati negli studi di costo sociale.

	Valore dei beni e dei servizi	Valore della perdita di produttività	Costi generalmente non quantificabili
Effetti sanitari	Trattamento e prevenzione. Supporto ai trattamenti speciali inclusi corsi di formazione, ricerca, assicurazione amm.va. Conseguenze sulla salute dell'abuso di droghe compresa assistenza ospedaliera, servizi fisici, assistenza domiciliare e farmaceutica, servizi per patologie correlate quali epatiti, HIV/AIDS, TBC ecc.	Riduzione e perdita di guadagno per riduzione dell'attività o disoccupazione. Perdita di guadagno dovuta alla mortalità prematura.	Pena e sofferenza. Lutto. Danni nello sviluppo psico-sociale dei tossicodipendenti e dei loro figli. Salute familiare. Costi associati alla malattia non direttamente quantificabili (viaggi per cure dei malati, cura dei figli, e altri fattori associati a cura della malattia dei soggetti).
Altri effetti non sanitari	Spese per il sistema di giustizia criminale incluse spese di protezione giudiziarie e correttive. Criminalità legata alla distruzione di proprietà. Amministrazione politiche finalizzate al recupero. Incidenti stradali.	Perdita di guadagno per incarcerazione. Perdita di guadagno delle vittime di crimini. Perdita di guadagni legittimi inclusa la perdita di tasse dovute alla "carriera criminale".	Riduzione della qualità della produzione. Effetti secondari sul mercato. Conseguenze sulla produttività familiare. Conseguenze sulla produttività dei compagni di lavoro e delle aziende non direttamente quantificabili nel reddito di coloro che abusano di sostanze.

Fonte: Nida, 1998

Tabella 6 - I costi sociali della droga: categoria di danno per soggetto passivo.

Tipologia di costo	Tossicodipendente	Individui non tossicodipendenti	Governo centrale e locale	Sicurezza sociale	= Società
<i>Costi diretti</i>	(1) Acquisto di droga	(2)	(3) Costi pubblici di prevenzione e mantenimento dei programmi	(4) Costi dei trattamenti socio-sanitari	Costi totali per la società
<i>Costi delle conseguenze dirette</i>	(5) Costi trattamenti individuali (non rimborsabili); costo per spese legali (non rimborsabili)	(6) Costo trattamento di malattie trasmesse dai tossicodipendenti (parte non rimborsabile), costi dei danni e incidenti personali e materiali	(7) Costi trattamenti fuori dal settore pubblico, costi legali, costi per consulenza e assistenza legale	(8) Costi trattamenti individuali (parte rimborsabile), costi dei trattamenti per le vittime (parte rim-borsabile)	
<i>Costi delle conseguenze indirette</i>	(9) Perdita di guadagno	(10) Perdita di produttività, perdita di guadagno	(11) Perdita di tasse, varia assistenza sociale	(12) Perdita sociale contributi assicurativi	
<i>Costi intangibili</i>	(13) Perdita di qualità della vita dovuta allo stato di malattia, morte prematura, carcerazione	(14) Perdita qualità della vita familiare, offese commesse dai tossicodipendenti, morti dovute a trasmissione malattie infettive ecc.			

Fonte: Kopp, Fenofoglio, 2000

Esternalità in senso stretto = 3 + 4 + 6 + 7 + 8 + 10 + 11 + 12.

Esternalità in senso lato = *esternalità in senso stretto* + 5 + 9.

Costi sociali definiti dalla teoria economica = 1 + (5 + 9) + *esternalità in senso stretto* = 1 + *esternalità in senso lato*.

Costi sociali definiti negli studi COI = *esternalità in senso lato*.

Costi sociali definiti negli studi del Capitale Umano = 9.

Costi sociali definiti negli studi WTP = 9 + 13 + 14.

Secondo quanto emerge dallo studio di Kopp e Fenofoglio, in particolare, assieme ai costi sociali sostenuti dai tossicodipendenti e dagli individui non tossicodipendenti (costi per l'acquisto di droga, costi diretti per il trattamento, la prevenzione e mantenimento dei programmi per il tossicodipendente) esistono costi associati alla natura della patologia (costi delle conseguenze dirette) che si ripercuotono direttamente sulla collettività (costi del trattamento delle malattie trasmesse dai tossicodipendenti, costi dei danni e incidenti personali e materiali) e costi indiretti o intangibili (perdita di produttività e di guadagno a livello individuale e collettivo, perdita di gettito dovuta sia alla perdita della produttività del tossicodipendente, sia all'attività illecita legata alla

natura del fenomeno, oltre che la perdita della qualità di vita dovuta allo stato di malattia, morte prematura e incarcerazione o alle morti dovute alla trasmissione delle malattie infettive) che vanno ad incidere sulle politiche di governo centrale e locale volte al sostegno, alla prevenzione e reintegrazione dei tossicodipendenti.

Le principali categorie di costo economico e danno sociale conseguenti all'abuso di sostanze psicotrope sulle quali si dispone di un po' di letteratura possono essere raggruppate in:

- *perdita di produzione futura dei soggetti tossicodipendenti;*
- *costi sanitari privati e pubblici per la cura delle patologie, inclusi i costi amministrativi;*
- *costi intangibili legati al valore della vita umana;*
- *costi amministrativi della criminalità associata alla tossicodipendenza.*

IV - Stima dei costi e dei benefici sociali nel territorio ASF

L'obiettivo di questo studio è l'analisi di una specifica politica rivolta a verificare l'effetto sociale e la sostenibilità economica degli inserimenti socio-terapeutici dei tossicodipendenti confrontata con gli effetti positivi sul piano economico e sociale.

Non disponendo di dati statistici consolidati sulla durata della cura e l'esito si preferisce far riferimento a uno specifico gruppo di trattati, con evidenti limiti sul piano della generalizzabilità dei risultati. Si è scelto, quindi, di ricostruire i costi del trattamento cumulando i costi effettivamente sostenuti per un gruppo ben definito di inserimenti, quelli del 2010.

Stima del costo degli inserimenti socio-terapeutici

Come abbiamo visto, sebbene l'inserimento socio-terapeutico venga progettato e realizzato come parte integrante del programma terapeutico individuale del tossicodipendente, lo scopo dello studio è anche quello di riuscire a stimare il costo sostenuto dai Ser.T. dell'Azienda Sanitaria Firenze.

Per stabilire quanto costa alla collettività un trattamento sono stati stimati i costi generali e quelli specifici per reinserimento sulla base delle seguenti informazioni.

Gli utenti⁶ seguiti durante il 2010 nei Ser.T. del Dipartimento⁷ sono risultati **4614**, di cui il **22%** di sesso femminile e il **78%** di sesso maschile.

Come mostra la Tabella 7, le voci di costo rilevate sono:

- 1. quelle relative alla gestione del Ser.T. nel suo insieme;*
- 2. quelle specifiche per il programma di recupero socio-abilitativo.*

⁶ Dati tratti dal Bollettino 2010 dell'Osservatorio socio-epidemiologico sulle tossicodipendenze, ASL 10 Firenze.

⁷ Comprensivo del carcere di Sollicciano.

Tra le prime, classificate come spese generali che riguardano tutti i tossicodipendenti, si considerano i dati riferiti ai consumi farmaceutici ed economici per CdR, CdC, Conto Economico e Classe merceologica disponibili per l'anno 2010 nonché i dati relativi al costo del personale nello stesso anno, le spese sostenute per le comunità nell'anno 2010 e le spese relative alle strutture pubbliche a gestione diretta per il trattamento riabilitativo dei tossicodipendenti; tra le seconde si considerano le spese di budget destinato alle politiche di reinserimento sociale, come spese specifiche per il tipo di trattamento analizzato⁸.

Tabella 7: Spesa per dipendenze anno 2010

Spese dipendenze anno 2010			
Tipologia Spesa	Totale spesa in euro	Spesa pro capite generali di gestione*	Spesa pro capite per inserimento**
Consumi farmaceutici ed economici	785.161	170,16	-
Spesa per il personale	8.672.364,08	1.879,5	-
Spesa per le Comunità Terapeutiche	3.509.490	760,61	-
Spesa per le strutture a gestione diretta	1.428.894	309,68	-
Spesa per gli inserimenti socio-terapeutici	408.600,33	-	1.832,28
Totale	14.804.509,41	3.208,6	1.832,28

* la spesa pro capite generale è stata calcolata facendo riferimento ai **4614** soggetti seguiti durante il 2010 nei Ser.T. del Dipartimento.

** la spesa pro capite per gli inserimenti è stata calcolata tenendo in considerazione i soggetti che hanno goduto di un inserimento socio-terapeutico nell'anno 2010 più i soggetti che ne avevano in corso uno a partire dagli anni precedenti e che nel 2010 hanno continuato il programma, per un totale di **223** soggetti.

Il costo totale di un inserimento lavorativo nell'anno 2010 è, quindi, risultato pari a **5.040,88** euro, di cui il **36,34%** (1.832,28 euro) direttamente imputabile al tipo di trattamento considerato, mentre il rimanente **63,66%** (3.208,6 euro) alle spese generali di gestione. Considerando che il trattamento è stato applicato a 223 soggetti la spesa sostenuta dalla Pubblica Amministrazione per gli inserimenti risulta pari a **1.124.116,2** euro, mentre il danno che ricade sull'intera collettività di riferimento (**807.680** soggetti)⁹ è meno **1,00** euro pro capite per soggetto trattato.

⁸ Nella voce "consumi farmaceutici ed economici" sono inclusi i costi amministrativi sostenuti dai singoli Sert per i prodotti farmaceutici (penicilline, corticosteroidi sistemici, oppioidi, antipsicotici, ansiolitici ed ipnotici, antidepressivi, etc.), per i materiali per la profilassi (vaccini) e i materiali diagnostici, per i presidi chirurgici e i materiali sanitari (cotone, garze, siringhe, materiale sanitario economico vario), per i prodotti alimentari, i prodotti e gli accessori di pulizia personale, i materiali informatici e di cancelleria ed, infine, i costi sostenuti per il materiale per la manutenzione degli immobili e loro pertinenze (materiale elettrico, attrezzi ed utensili, etc.).

Alla voce "spesa per il personale" vengono considerate le spese sostenute per il personale assegnato ai Sert distribuito tra le quattro zone sociosanitarie afferenti all'ASL 10 di Firenze.

Le ultime voci riguardano le spese relative alle comunità terapeutiche e quelle destinate al sostegno delle strutture pubbliche a gestione diretta (Cannocchiale, Casa Emilia, Poggio Ascianto, Guarlone Residenziale, Guarlone Diurno), utilizzate per il recupero e la disintossicazione degli utenti in carico al Sert.).

Infine, si considerano le spese sostenute nello specifico per gli inserimenti socio-terapeutici, in particolare, i budget stanziati per l'erogazione dei gettoni giornalieri destinati al tossicodipendente inserito.

⁹ Dati Azienda Sanitaria Firenze, 2010.

I benefici sociali

E' importante sottolineare che a fronte dei 15,49 euro giornalieri erogati¹⁰ per coloro che usufruiscono del trattamento (gettone giornaliero), i benefici complessivi indotti dalla terapia nel caso in cui questa si concluda con un riposizionamento della persona nel suo ruolo sociale, o comunque con una crescita ed una acquisizione consapevole di responsabilità, impegni, abilità, capacità relazionali, assumono notevole rilevanza da un punto di vista economico. In particolare, si tratta dei **costi sociali evitati alla collettività** in termini di diminuzione dell'attività illegale legata alla tossicodipendenza e di **costi sanitari evitati** per i soggetti che non fanno più uso di sostanze psicotrope, nonché del contributo apportato alla collettività misurabile in termini di **valore aggiunto** (produttività al netto dei consumi). In questo contesto, i benefici per la collettività costituiscono solo una parte dei benefici complessivi indotti dalla terapia. La più recente letteratura sulle politiche di tutela della vita umana (che conosce un certo sviluppo in ambito di impatto sulla salute dell'inquinamento dell'aria e in ambito di sicurezza) tende ad inserire in questo tipo di analisi alcuni costi indiretti e di natura affettiva evitati, generati dai danni di natura biologica (stato di sofferenza creato dal malessere o malattia che precede il decesso) e morale (stato di sofferenza e difficoltà di adattamento per i familiari a seguito di un decesso prematuro) subiti dall'individuo e dai familiari della vittima. Per i soggetti recuperati, più propriamente, ci si aspetta una maggiore probabilità di sopravvivenza o un prolungamento della vita attesa, che viene stimata in termini di "valore della vita umana", VSL (Value of Statistical Life). In generale, si tratta della volontà di riconoscere un valore economico alla possibilità di sopravvivenza o di prolungamento della vita attesa esattamente come ad un bene pubblico. Il valore della vita umana rappresenta, allora, uno strumento di controllo razionale con cui il decisore pubblico, investito del ruolo di tutore degli interessi della collettività, è in grado di promuovere un processo decisionale e soprattutto la qualità delle scelte pubbliche che perseguono obiettivi di equità e di benessere sociale.

Concludendo, i benefici sociali raggiungibili attraverso le politiche di recupero, in termini di costi evitati, si possono raggruppare in tre categorie:

- *i costi sanitari evitati;*
- *la diminuzione dell'attività illegale e la diminuzione dei costi ad essa correlati;*
- *il beneficio economico in termini di valore aggiunto (produttività al netto dei consumi).*

Nello specifico delle politiche di reinserimento lavorativo si aggiunge una maggiore probabilità di inserimento nel mondo del lavoro rispetto ad altri interventi che però non è quantificabile se non attraverso un adeguato riscontro epidemiologico.

¹⁰ Dal 1 gennaio 2012 il gettone è passato a €17,01 al giorno.

Effetti sulla salute e costi sanitari privati e pubblici evitati

Lo stato di tossicodipendenza genera conseguenze rilevanti sulla salute sia in termini di morbosità sia in termini di mortalità.

L'abuso di sostanze stupefacenti, in particolare dell'eroina, che rappresenta la sostanza più comunemente assunta dai tossicodipendenti in cura ai Ser.T., provoca, infatti, effetti sia sullo stato psichico dei soggetti, sia su quello fisico. Molte sono, quindi, le patologie correlate allo stato di tossicodipendenza per la quale il consumo di sostanze diviene uno dei fattori causali, a volte primario a volte solo con-causale con altri fattori di rischio.

Altri e non meno riconosciuti sono, infatti, i rischi indiretti derivanti dal riscontro di infezioni molto gravi (quali AIDS, epatite C ed epatite B, endocarditi) riconducibili soprattutto a comportamenti sbagliati nell'assunzione delle sostanze.

Per quanto riguarda la mortalità la più conosciuta causa direttamente riconducibile alla tossicodipendenza è il decesso da overdose.

L'eccesso di rischio di mortalità in un tossicodipendente, rispetto alla popolazione in generale, riguarda però anche cause di tipo cardiocircolatorie, respiratorie e gastrointestinali e cause violente come incidenti stradali, avvelenamenti e suicidi dovuti a comportamenti non pienamente razionali legati allo stato di tossicodipendenza.

Al di là della mortalità da overdose, le altre cause di mortalità non sono direttamente imputabili allo stato di tossicodipendenza, è quindi necessario disporre di dati e strumenti statistici per attribuire una parte del rischio di mortalità associato strettamente all'abuso di sostanze psicotrope.

Gli studi epidemiologici di coorte riconoscono, tuttavia, che per alcune cause di morte esiste un eccesso di mortalità dei tossicodipendenti rispetto al resto della popolazione normalmente ricondotto all'indice SMR¹¹ (rapporto standardizzato di mortalità).

Ogni malattia, in generale, comporta comunque effetti negativi sulla condizione di vita del paziente, dei familiari e della collettività. Lo stato di morbosità ed il maggior rischio di mortalità del tossicodipendente crea quindi costi che possono essere ricondotti in gran parte alle spese ospedaliere per la degenza e la cura delle patologie che il tossicodipendente e la collettività generale, attraverso il sistema di sicurezza sociale, sostengono per la cura e riabilitazione dei soggetti e normalmente identificati come i costi materiali sostenuti per il trattamento della malattia.

Esistono poi una serie di costi intangibili, non riconducibili a quantità fisiche e quindi non direttamente quantificabili nella categoria dei costi sanitari legati alla tossicodipendenza, come il dolore, il minor godimento della vita, lo stato d'ansia, la pena e la sofferenza dovuti alla privazione della salute, difficili da quantificare, ma non meno rilevanti per le conseguenze che possono avere

¹¹ L'SMR negli studi epidemiologici di coorte esprime il rapporto tra il numero di decessi osservati e quello degli attesi.

sulla collettività poiché oltre a colpire direttamente il tossicodipendente (costo privato), sono spesso sopportati dai familiari e dalle persone moralmente vicine ai consumatori di sostanze stupefacenti.

Come sottolineato, insieme alle spese ospedaliere per la cura della morbosità associata allo stato di tossicodipendenza a carico non solo dell'individuo ma del sistema sociale, l'amministrazione pubblica deve sostenere i costi per le strutture sanitarie e riabilitative necessarie a curare e recuperare i soggetti tossicodipendenti.

I costi riguardano in particolare sia le spese per le strutture fisiche, sia le spese del personale impiegato a tali scopi, sia le spese per i programmi di recupero (spese farmaceutiche, spese per i trattamenti riabilitativi per la riabilitazione e reinserimento anche sociale dei soggetti ecc.).

La stima della riduzione dell'aspettativa di vita e la mortalità droga-correlata.

Una delle conseguenze fondamentali legata alla tossicodipendenza riguarda la riduzione nella speranza degli anni di vita per i soggetti che fanno uso di sostanze stupefacenti. Come per gli incidenti stradali, la tossicodipendenza è, infatti, causa primaria di decesso, anche se spesso gli individui possono continuare a vivere per anni, sopportando i danni arrecati dalla malattia.

Il consumo di sostanze psicotrope genera, come già sottolineato, effetti diretti sulle persone che ne fanno uso riconducibili principalmente allo stato di salute degli individui, ed effetti indiretti riscontrabili principalmente nelle patologie trasmesse per via sessuale e nelle conseguenze prodotte dalle condizioni di illegalità associate al consumo delle sostanze stupefacenti.

La mortalità correlata all'uso di droga, secondo quanto afferma l'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (EMCDDA, Lisbona), rappresenta uno degli indicatori di maggiore importanza nella valutazione dell'impatto sulla salute del consumo di sostanze psicotrope.

Molti dei paesi dell'Unione Europea hanno già adottato la definizione individuata dall'EMCDDA a livello nazionale.

I dati sulla mortalità dei tossicodipendenti derivanti da studi di coorte sono parte integrante dell'indicatore individuato dall'EMCDDA. I dati forniti dalle fonti ufficiali, quali ad esempio il Ministero dell'Interno e l'ISTAT, infatti, hanno il vantaggio di essere facilmente reperibili, ma presentano diversi limiti per quanto riguarda la completezza dei dati relativi alle cause di morte della popolazione tossicodipendente¹² e soffrono della mancanza di un denominatore comune e quindi non è possibile stimare i tassi di mortalità relativi alla specifica causa di morte.

¹² Come sottolinea uno studio epidemiologico sulla mortalità dei tossicodipendenti in Italia (Barbagli A. M., Davoli M., Peducci C. A., 2004), le fonti ufficiali forniscono dati relativi alle morti per overdose, che rappresenta solo una delle cause di decesso per l'intera popolazione in questione, nella quale sono presenti anche decessi per patologie renali croniche, malattie polmonari e dell'apparato digerente, endocarditi, malattie infettive, traumi ed incidenti.

Gli studi di coorte costituiscono, quindi, l'unico strumento per misurare i tassi di mortalità per tutte le cause e causa specifica, indipendentemente dalla prevalenza di tossicodipendenti in una popolazione e per misurare l'eccesso di rischio delle persone che fanno uso di droga rispetto alla popolazione generale dello stesso genere ed età.

Tra gli studi condotti più di recente, risulta di grande interesse, la coorte VEdeTTE che ha coinvolto 112 Ser.T. in 13 regioni italiane, arruolata nel periodo 1998-2000 e seguita fino a Marzo 2001. Come per le altre coorti, l'overdose è la principale causa di morte attribuibile alla tossicodipendenza ed è responsabile del 26% dei decessi mentre il 17% ed il 13% sono attribuibili rispettivamente alle cause violente e all'AIDS.

Sebbene la tossicodipendenza rappresenti il principale fattore di rischio per i decessi da overdose e AIDS, esistono altre cause di morte droga-correlata legate al fenomeno, tra le quali assumono notevole rilevanza gli incidenti stradali come causa di morte violenta.

Dallo studio MICOTOX (1998) condotto in Toscana risulta che la metà dei decessi per cause violente è dovuta ad incidenti stradali (19 casi osservati su un totale di 40 decessi per cause violente) causati da un'alterazione dello stato psico-fisico degli individui per abuso di sostanze stupefacenti.

Pur non essendo sempre dimostrabile che l'abuso di sostanze psicotrope rientri nel determinismo degli incidenti stradali, le cifre relative alla mortalità e ai costi sociali legati al fenomeno ne confermano l'allarmante rilevanza.

La stima dei costi della criminalità evitati

L'abuso di sostanze stupefacenti da parte di soggetti tossicodipendenti comporta un altro costo sociale dato dalla manifestazione di fenomeni di criminalità legata in particolare alla violazione della legislazione che punisce i reati inerenti al mercato della droga (traffico, commercio e uso di stupefacenti) e che si riflette negli esborsi della collettività per le spese processuali, spese per la carcerazione, e spese per le forze dell'ordine sostenute di conseguenza.

Secondo quanto emerge dal Rapporto Annuale 2004 sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione Europea ed in Norvegia, le "segnalazioni"¹³ di reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti (uso, possesso, spaccio, traffico, ecc.) riflettono non soltanto le differenze esistenti

¹³ Il termine "segnalazioni" per reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti è riportato tra virgolette, perché descrive concetti diversi nei diversi paesi (relazioni di polizia di persone sospettate di aver commesso reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti, accuse di reato contro la suddetta legge, ecc.). Per una esatta definizione, per ogni paese, si fa riferimento alle note metodologiche sulle definizioni di "segnalazioni" per i reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti contenute nel bollettino statistico 2004 (nelle relazioni nazionali, fino al 2001, è stato utilizzato il termine "arresti").

nelle legislazioni nazionali, ma anche le diverse modalità di applicazione delle leggi, nonché le differenze esistenti tra le priorità e le risorse assegnate alla giustizia penale a reati specifici. Inoltre i sistemi informativi sui reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti variano considerevolmente da un paese all'altro, con particolare riferimento alle prassi di segnalazione e registrazione (che cosa viene registrato, quando e come). Queste differenze rendono il confronto tra i paesi dell'UE piuttosto difficile.

In particolare, tra i reati correlati agli stupefacenti figurano le seguenti categorie:¹⁴

- *reati psicofarmacologici*: reati commessi sotto l'effetto di una sostanza psicoattiva;
- *reati economici compulsivi*: reati commessi per ottenere denaro (o droga) a fronte di una dipendenza da droghe;
- *reati sistemici*: reati commessi nel quadro del funzionamento dei mercati illeciti di sostanze stupefacenti, cioè dell'attività di distribuzione ed offerta di droghe illecite;
- *reati correlati* alle condizioni di vita nelle quali vertono coloro che abusano di sostanze stupefacenti (povertà, degrado, ecc.).

Dal punto di vista della stima dei costi, tale ultimo aspetto è di più difficile quantificazione in quanto lo stato di dipendenza non è solo causa diretta di violazione della legge, ma rappresenta soprattutto un fattore di con-causa con altre determinanti.

Riuscire a trovare un rapporto causale tra consumo di stupefacenti e criminalità è quindi particolarmente difficile.

Come indicato nella Relazione Annuale 2003, sebbene alcuni studi europei mostrino che è più probabile che i tossicodipendenti, rispetto ai non-tossicodipendenti, commettano un numero maggiore di reati¹⁵ (Università aristotelica di Salonicco (2000); Bennett, (2000)) è difficile stimare, se non con studi specifici, il collegamento tra il consumo di stupefacenti e la criminalità.

Come è già stato più volte sottolineato nell'ambito di questo studio, attraverso l'inserimento lavorativo ci si aspetta un miglioramento delle condizioni di vita del tossicodipendente e quindi minori costi dovuti alla criminalità legata al fenomeno della tossicodipendenza, nonché quelli dovuti alle spese carcerarie. Vista l'insufficienza dei dati relativi alle spese sostenute per la criminalità legata alla tossicodipendenza in Toscana, per fornire una stima del costo sopportato dalla collettività si è scelto di considerare solo le spese carcerarie. Secondo i dati del Ministero di Grazia e Giustizia il costo pro capite medio giornaliero per detenuto nel 2010 risulta essere stato di 113,04 euro.

¹⁴ Single E. (1998); Merzagora Betsos (2001); Rapporto Annuale 2004 sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione Europea e in Norvegia.

¹⁵ Da uno studio condotto sulla popolazione carceraria irlandese da Hannon et al. (2000) emerge, ad esempio, che il 51% degli uomini ed il 69% delle donne che ha commesso il reato per il quale ha subito la carcerazione, era sotto l'influenza di sostanze stupefacenti. Lo studio di Millar et al. (1998) condotto su giovani soggetti coinvolti in reati contro la legge ha stimato che il 17% di questi è collegato al consumo di stupefacenti.

Considerando che la condanna minima per un reato legato alla tossicodipendenza (che può andare dallo spaccio minimo di sostanza, al furto di un motorino) corrisponde almeno a 6 mesi di detenzione, si conclude che il costo annuale pro capite evitato alla collettività è pari a 20460,24 euro.

La perdita di produzione futura e il beneficio economico in termini di valore aggiunto

La riduzione della produttività dei soggetti dipendenti, legata a fenomeni di inabilità permanente o temporanea e, in generale, al maggior rischio per tali soggetti di disoccupazione, interruzione di percorsi lavorativi e minore capacità di sostenere la propria professionalità sul lavoro, produce effetti rilevanti anche sulla collettività. Tale componente di costo sociale, infatti, risulta essere molto elevata. Mark et al. (2001), ad esempio, nello studio sul costo della dipendenza da eroina negli USA, sviluppato nel 1996, sottolineano come la perdita di produttività rappresenta il 53% del costo sociale complessivo. Tale percentuale risulta molto maggiore rispetto alle spese per le cure mediche a cui è imputabile il 23% del totale, alle spese relative all'attività criminale a cui è imputabile il 24% e alle spese di sicurezza sociale a cui è imputabile invece solo lo 0,5%. Anche nel lavoro sui costi sociali delle sostanze illecite in Francia (Kopp e Fenofoglio, 2000) la perdita di guadagno e di produttività indotta dal problema della tossicodipendenza viene stimata al 45.69% del costo totale del fenomeno.

La produttività del soggetto tossicodipendente può infatti interrompersi in modo permanente poiché rispetto ad un individuo sano, un individuo che fa uso di sostanze psicotrope ha maggiore probabilità di decesso. Lo stato di dipendenza crea, inoltre, stati psichici o fisici difficilmente recuperabili che precludono per l'individuo la possibilità di mantenere un posto di lavoro.

In generale, la perdita di produttività causata da un decesso per tossicodipendenza viene misurata in termini di anni di vita persi dal soggetto rispetto all'aspettativa di vita di un soggetto sano della stessa età.

La produttività può inoltre interrompersi in modo temporaneo a causa di periodi persi per lo stato di malattia e indotti quindi dal periodo di ricovero per la patologia conseguente in modo diretto e indiretto all'abuso di sostanze o per l'eventuale detenzione in carcere del tossicodipendente e indotta quindi dal periodo di inabilità dell'individuo a causa dello stato di carcerazione.

L'impatto economico dell'abuso di droghe illecite sull'attività lavorativa comporta non poche conseguenze, alcune facilmente riscontrabili anche per l'abuso di alcool e tabacco, come la crescita dell'assenteismo, la minor cura della propria salute e la minore produttività, altre, come sottolineato da Single (1998) tipiche della dipendenza da droga. In queste ultime, si includono i furti e i crimini sul luogo del lavoro e i costi dovuti al frequente "turnover" legato alla mancanza di continuità del rapporto lavorativo per il soggetto tossicodipendente.

Vi sono costi sociali legati poi al rapporto lavorativo, come i premi assicurativi o le spese legali che vengono divisi dall'impresa ed il governo attraverso coloro che contribuiscono al normale pagamento delle imposte, sostenendo costi di varia natura per l'assistenza sociale. Una stima della perdita di produttività dovuta alla malattia, all'assenteismo, all'emarginazione o alla carenza di *performance* lavorativa dei tossicodipendenti si può derivare, così, paragonando i salari percepiti da coloro che fanno abuso di sostanze psicotrope e i lavoratori dipendenti che non ne utilizzano, a parità di età, sesso ed occupazione.

Accanto a questo tipo di costi presumibilmente quantificabili, vi sono costi non quantificabili che necessitano una maggiore attenzione nell'ambito della ricerca.

Lo ABS (Australian Bureau of Statistics) ha incluso in questa categoria i costi della produzione non pagata sostenuti dagli individui e dai familiari dei tossicodipendenti che curano e supportano i malati senza per questo percepire un reddito.

In particolare, secondo quanto stabilito dal SNA 93¹⁶, l'economia di un Paese si divide in settori "market" e "non-market". Nel secondo settore rientra una parte consistente di risorse umane spese per la produzione di beni e servizi direttamente consumati dalle famiglie senza passare attraverso il normale flusso di mercato (lavoro domestico, custodia di bambini e anziani, servizi sociali personali per handicappati, malati, infanzia, anziani; assistenza ad amici, parenti, vicini, ecc.) e, perciò, non contabilizzate nelle statistiche ufficiali.

Il recupero delle persone tossicodipendenti oltre al miglioramento dello stato di salute degli individui e alla diminuzione delle attività criminali legate alla tossicodipendenza comporta, quindi, anche vantaggi a livello economico in termini di valore aggiunto (produttività al netto dei consumi). Ci si aspetta, infatti, che gli individui trattati e reinseriti nel mondo del lavoro portino un contributo all'economia del Paese misurato in termini di produttività e consumi pro capite.

Considerando che per l'anno 2010 in Toscana, il valore medio del PIL pro capite e del consumo pro capite sono risultati rispettivamente pari a 28.429 euro e 17.467 euro¹⁷, è possibile fornire una stima del contributo economico che ci si attende da un soggetto recuperato e reinserito, definito come produttività al netto dei consumi, e quantificabile in 10962 euro all'anno¹⁸. Tenendo conto,

¹⁶ Sistem of National Account (1993).

¹⁷ Elaborazione dati Irpet, (2010).

¹⁸ Nel caso della coorte analizzata nel *follow up, in corso di aggiornamento*, è possibile fornire una stima del contributo economico che ci si attende dai soggetti inseriti nel mondo del lavoro dopo il trattamento, considerando la produttività al netto dei consumi (10.962 euro), per il numero dei soggetti che hanno concluso la terapia con successo, per il numero di anni di aspettativa lavorativa, calcolato attraverso l'età media effettiva di cessazione dell'età lavorativa, al netto dell'età media di anni già vissuti dai tossicodipendenti della coorte. Secondo quanto emerge dai dati, il numero di anni di aspettativa di vita lavorativa è 19,03, pari alla differenza tra l'età media effettiva di cessazione dell'età lavorativa, 59,4 (Elaborazioni del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali su dati Istat, 2004), e l'età media della coorte di eroinomani qui esaminata, 40,37. In termini monetari il valore del beneficio economico apportato alla collettività è quindi pari a 3.337.709,7 euro.

infine, del fatto che il numero dei giorni lavorativi attesi nell'arco di un anno è circa 230¹⁹, la perdita di produzione media giornaliera pro capite relativa al 2010, risulta pari a circa 123,60 euro.

Brevi considerazioni finali.

La valutazione degli effetti generati dalla tossicodipendenza presenta risvolti di notevole rilevanza dal punto di vista economico.

In generale si è visto che i costi sociali legati alla tossicodipendenza riguardano non solo i costi di natura prettamente monetaria per i quali è già disponibile una valutazione economica perché scambiati nel mercato, ma anche costi indiretti ed intangibili, che non essendo oggetto di transazione nel mercato necessitano di strumenti di analisi *ad hoc* per essere ricondotti al parametro monetario.

Accanto quindi ai costi di natura diretta, riconducibili agli effettivi esborsi monetari sostenuti dagli individui per le spese ospedaliere e farmaceutiche per la cura del tossicodipendente, sono state individuate altre due categorie di costi sociali indirettamente riconducibili alla malattia. Si tratta dei costi sostenuti dalla collettività per le risorse andate perdute per inabilità temporanea o permanente del soggetto dipendente a cui si aggiungono i costi della criminalità correlata alla malattia e quelli più propriamente definiti *intangibili*, derivanti da stati o fattori soggettivi di dolore, minor godimento della vita, stato d'ansia, pena o sofferenza dovuti alla privazione della salute.

Ad una vasta rassegna letterale di riferimento per i costi imputabili alla tossicodipendenza sono stati proposti i risultati più importanti raggiunti sia sul piano della riduzione nella speranza di vita e la mortalità droga-correlata, seguendo i più recenti studi epidemiologici, sia sul piano della valutazione del valore della vita umana (VSL- Value of Statistical Life), seguendo il metodo del Capitale Umano, che si propone di stimare la presente e futura perdita economica della collettività tramite il valore dell'output che sarebbe stato prodotto dall'individuo se non fosse stato malato o se non fosse deceduto in modo prematuro.

Nell'ambito di questo studio si è cercato di valutare i costi ed i benefici derivanti da un particolare tipo di trattamento per il recupero dei soggetti tossicodipendenti: l'inserimento socio-terapeutico.

Al fine di valutare l'efficienza degli inserimenti socio-terapeutici come politica di recupero per i soggetti arruolati nei Ser.T. afferenti all'ASF, si è cercato di stimare l'effetto e la sostenibilità economica di questo tipo di trattamento confrontandoli con gli effetti positivi generati dalla terapia sul piano economico e sociale.

¹⁹ Il numero dei giorni lavorativi attesi è stato calcolato sottraendo al numero delle settimane lavorative in un anno, 52, il numero delle settimane di ferie disponibili per ogni lavoratore, 6 (corrispondenti a 30-35 giorni di ferie), per un totale di 46 settimane. Moltiplicando poi questo risultato per il numero di giorni lavorativi in una settimana, 5, si ottiene un totale di 230 giorni lavorativi all'anno.

A questo proposito, sono stati considerati tutti coloro che hanno usufruito di un inserimento socio-terapeutico in ognuno dei dieci Ser.T. nell'anno 2010 (223 soggetti). È stato, così, possibile ricondurre i danni alla salute a valori monetari, ottenendo, in particolare, stime dei costi e dei benefici per la collettività grazie a questo specifico tipo di trattamento.

Una volta stabilito il costo totale di un inserimento lavorativo per singolo soggetto trattato (5.040,88 euro), di cui solo il 36,34% (1832,28 euro) direttamente imputabile al tipo di trattamento considerato, mentre il rimanente 63,66% (3.208,6 euro) riconducibile alle spese generali di gestione, si è visto che il costo sostenuto dalla Pubblica Amministrazione per il mantenimento ed il sostegno di questo particolare tipo di terapia per i 223 soggetti trattati ammonta a 1.124.116,2 euro, mentre il danno che ricade sull'intera collettività di riferimento (807.680 soggetti residenti nel territorio dell'A.S. di Firenze nell'anno di riferimento) è circa 1 euro pro capite per soggetto trattato. A fronte, quindi, dei 15,49 euro giornalieri erogati attualmente per coloro che usufruiscono del trattamento, e dei 5040,88 euro totali spesi nell'arco di un anno solare per sostenere un inserimento socio-terapeutico, si è cercato di stabilire l'ammontare dei costi evitati annualmente e quindi i benefici raggiungibili dal miglioramento delle condizioni di vita e di salute degli stessi soggetti trattati. L'ipotesi è, quindi, che a seguito della terapia non si verificheranno ulteriori costi di natura sanitaria; costi legati all'attuazione di crimini e l'individuo non si trovi ulteriormente a rischio di sopravvivenza. A questo proposito, come mostra la Tabella 8, si è visto che gli individui recuperati portano un contributo alla collettività in termini di valore aggiunto (produttività al netto dei consumi) pari a 10.962 euro, a cui si aggiungono i costi sanitari evitati pari a 2.190,49 euro, e i costi relativi alle spese carcerarie evitate per un importo pari a 20.460,24 euro. Il beneficio ottenuto dalla collettività per i soggetti "recuperati e reinseriti nel mondo del lavoro" al netto dei costi sostenuti per la terapia è, quindi, pari a **563,58** euro giornalieri e **33.612,73** euro annuali.

Tabella 8 - Costi e Benefici delle politiche di inserimento socio-terapeutico .

Tipologia di costo	Costo giornaliero pro capite per sogg. trattato in euro	Costo giornaliero pro capite evitato per sogg. trattato in euro	Costo annuale pro capite per sogg. Trattato in euro	Costo annuale pro capite evitato per sogg. Trattato in euro
Inserimenti socio-terapeutici	15,49	-	5.040,88	-
Spese ospedaliere (6,7gg)*	-	326,94	-	2190,49
Spese carcerarie (6 mesi)**	-	113,04	-	20.460,24
Perdita di produzione	-	123,60	-	10.962
Totale costo per inserimento	15,49	-	5.040,88	-
Totale costi evitati per inserimento	-	563,58	-	33.612,73
Costi evitati al netto dei costi per l'inserimento	-	-	-	28.571,85

* 6,7 gg. di degenza media. Dati nazionali 2007 da SDO

** 180 gg. come dato medio calcolato per condanna

Concludendo, il lavoro mostra come l'analisi dei dati di *IST* e le cifre relative ai costi evitati alla collettività sembrano confermare la validità di questo tipo di trattamento come strumento

terapeutico, tanto più se ad esso viene imputato il recupero della vita umana, bene dal valore inestimabile.

Resta da sottolineare che, al fine di ottenere una corretta analisi costi-benefici delle politiche di reinserimento socio-terapeutico e per poter confermare i risultati raggiunti, sarebbe interessante e spunto per nuovi lavori confrontare questo particolare tipo di terapia con un altro tipo di trattamento di recupero per verificarne le implicazioni e la sostenibilità sia da un punto di vista economico che sociale. In questo modo si confronterebbero, più correttamente, i costi e i benefici differenziali legati allo specifico della politica sotto osservazione, nei termini di maggiori costi della politica e di più efficace recupero e reinserimento lavorativo.

Bibliografia

Barbagli A.M., Davoli M., Peducci C.A., *La mortalità dei tossicodipendenti in Italia: risultati degli studi longitudinali*, Italian Journal of the Addictions, Anno XII, Numero (43-44), Giugno-Settembre 2004.

Bennett, T., *Drugs and Crime: the Results of the Second Stage of the NEW-ADAM programme*, ricerca ministero degli Interni n. 205, Home Office, 2000.

Bollettino 2000, *Bollettino dell'Osservatorio Socio-Epidemiologico per le Tossicodipendenze e l'Alcolismo*, Dipartimento delle Dipendenze, ASL 10, Firenze, 2000.

Candio D., Zusi D., Serpelloni G., *Costi sociali del fenomeno della tossicodipendenza in Analisi economica dei dipartimenti delle dipendenze: prima analisi dei costi e valorizzazione dei risultati*", Regione Veneto, 2006.

Cifiello, S. and Giannotti, *Il costo sociale della tossicodipendenza e dell'alcolismo. I servizi delle AUSL, gli enti ausiliari e le altre agenzie*, Regione Emilia Romagna, Assessorato alle Politiche Sociali, Educative e familiari. Bologna, 1997.

Cipriani et al. (gruppo Micotox), *Epidemiologia della tossicodipendenza in Toscana. I risultati dello studio "Micotox" sulla mortalità per tutte le cause e sull'incidenza dei tumori in una coorte di eroinomani nel periodo 1985-1994*, Salute e territorio n° 111, 1998.

Collins D. J., Lapsley H. M., *Economic Costs of Alcohol and other drugs in the workplace*, University of NSW, 2002.

Colombo Giorgio L., *Gli studi di costo della malattia in Italia: scenari attuali e prospettive future*, *Igiene e Sanità pubblica*, Speciale costo sociale della malattia, volume LVIII n° 5 Settembre/Ottobre 2002.

Dimauro P.E., Menozzi R., 2000, *Gli inserimenti lavorativi come strumento terapeutico. Bilancio dell'esperienza del SERT della Az. Usl 8 Zona Aretina*, Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo, anno XXIII, n° 4, www.unicri.it/bulletin_it/2000-4/.

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug), *Addiction Public spending on drugs in the European Union during the 1990s*. Retrospective Research EMCDDA, Lisbona, 2003.

Fondazione Censis, *Economie e diseconomie dell'alcool in Italia*, Osservatorio permanente sui giovani e l'alcool, quaderno n° 8, 1996.

Giangrandi A., Serventi E., *Traiettorie di Vita, esperienze di lavoro. Percorsi socio-lavorativi per persone in situazione di disagio*, Franco Angeli, Milano, 2008.

Isabella Merzagora Betsos, *Lezioni di Criminologia*, Cedam, Padova, 2001.

Kopp P., Fenofoglio P., *Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France*, O.E.D.T, Septembre, Étude n° 22, Londra, 2000.

Mark TL, Woody GE, Juday T, Kleber HD, *The economic costs of heroin addiction in the United State*, Drug Alcohol Depend, Jan 1;61(2):195-206, 2001.

Millar D., O'Dwyer K., Finnegan M., *Alcohol and Drugs as Factors in Offending Behaviour: Garda Survey*, rapporto di ricerca n. 7/98, Garda, Research Unit, Tipperary, Irlanda, 1998.

National Institute of Public Health and the Environment (RIVM), *The Impact and Cost of HCV, HBV and HIV Infections in Injecting Drug Users in the European Union*, Final Report, Workshop June 24-25, Bilthoven, the Netherlands, 1999.

Nida, *The Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse in the United States*, 1998.

O.E.D.T, *Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione Europea e in Norvegia*, Lussemburgo, 2002.

O.E.D.T., *Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'unione europea ed in Norvegia*, Lussemburgo, 2004.

Postma M., *Spesa pubblica e costi sociali della tossicodipendenza nell'Unione Europea in Outcome: "la valutazione dei risultati e l'analisi dei costi nella pratica clinica nelle tossicodipendenze"*, Regione Veneto, 2006

Serpelloni G., De Angeli M., Ramazzo L., *La valutazione dell'Outcome nei trattamenti della Tossicodipendenza, Regione del Veneto*, Assessorato alle Politiche Sociali, al Volontariato e No Profit, 2002.

Serpelloni G., Simeoni E., Rampazzo E. (a cura di), *Sistema di Analisi dei costi e dei benefici (Ancosben) per le tossicodipendenze in Quality Management. Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e il Dipartimento delle Dipendenze*, edizioni La Grafica, 2004.

Single E., *The Economic costs of Illicit Drugs and Drug Enforcement*, University of Toronto, 1998.

Single et al., *International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse*, World Health Organization), 2003.

Single E., Robson L., Xie X., Rehm J., *The Costs of Substance abuse in Canada*, Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa, 1996.

Ulivieri L., Vegli D., Fini L., Guasti A.L., Bartoli S., *Gli inserimenti lavorativi dei tossicodipendenti*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie," Anno XXII, n.10 - IRS, Milano, 2002.

Ulivieri L., Vegli D., *"L'inserimento lavorativo delle persone con problemi di tossicodipendenza dal 1990 al 2005: le riflessioni degli operatori e l'evoluzione del progetto"*, *il Seme e l'Albero*

Ulivieri L., (a cura di), *Le dipendenze nel territorio della ASL 10 Firenze: Bollettino anno 2010 e andamento nel periodo 1996-2010*

Università aristotelica di Salonicco, *Evaluation report of the Leonardo da Vinci programme: needs and methods assessment for vocational training in juvenile delinquents and adolescents at risk – ORESTIS*, Università aristotelica di Salonicco, 2000.

Riferimento a siti e riviste:

OEDT: per dati europei e documenti sui costi sociali (www.emcdda.eu.int)

OIDT , ministero politiche sociali, ministero salute per dati italiani (www.welfare.gov.it)

WHO: (www.who.int/substance_abuse)

Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo (www.unicri.it/bulletin_it/)

DrogNet: Network Nazionale sulle Dipendenze (www.drognet.it)

Dronet: www.dronet.org

Drugnet: www.drugnet.net : (www.drugabuse.gov/infobox/drugabuse.html)