

# IMPATTO SOCIO SANITARIO ED ECONOMICO DELLE DIPENDENZE IN ITALIA

I risultati della prima annualità  
dell'osservatorio



## Sommario

Credits	2
<b>EXECUTIVE SUMMARY</b>	3
1. <b>COS'È OISED</b>	7
2. <b>ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI</b>	8
3. <b>EPIDEMIOLOGIA DELLE DIPENDENZE</b>	10
3.1. <b>Dipendenza da stupefacenti</b>	11
3.2. <b>Dipendenza da alcol</b>	13
4. <b>UTILIZZAZIONE DEI SERVIZI</b>	15
4.1. <b>Dipendenza da stupefacenti</b>	15
4.2. <b>Dipendenza da alcol</b>	17
5. <b>COSTI DELL'ASSISTENZA SANITARIA PER LE DIPENDENZE</b>	19
6. <b>IMPATTO SUL SISTEMA GIUDIZIARIO</b>	21
7. <b>IMPATTO ECONOMICO</b>	23
7.1. <b>Costo della dipendenza da stupefacenti e poli consumatori</b>	23
7.2. <b>Costo della dipendenza da alcol</b>	26
7.3. <b>Costo della dipendenza da sostanze stupefacenti e da alcol</b>	28
8. <b>CONSIDERAZIONI FINALI</b>	28
<b>Bibliografia</b>	32
<b>Note</b>	32
<b>Appendice</b>	33

## CREDITS

- **Alborghetti Maria**, *componente comitato tecnico scientifico OISED 2023*
- **d'Angela Daniela**, *C.R.E.A. Sanità, componente executive board e comitato tecnico scientifico OISED (Project leader)*
- **Grosso Leopoldo**, *componente comitato tecnico scientifico OISED 2023*
- **Lucchini Alfio**, **Ce.R.Co**, *componente executive board e comitato tecnico scientifico OISED (Supervisor scientifico)*
- **Nava Felice**, *componente comitato tecnico scientifico OISED 2023*
- **Spandonaro Federico**, *C.R.E.A. Sanità, componente executive board e comitato tecnico scientifico OISED (Supervisor scientifico)*

### Hanno collaborato:

- **Belloni Luisa**, *Ce.R.Co*
- **Buzzi Maria Luisa**, *Ce.R.Co*
- **Carrieri Ciro**, *C.R.E.A. Sanità*
- **d'Angela Claudia**, *C.R.E.A. Sanità*
- **Polistena Barbara**, *C.R.E.A. Sanità*

### Executive board OISED:

- **Barbarini Giorgio**, *Ce.R.Co*
- **d'Angela Daniela**, *C.R.E.A. Sanità*
- **Lucchini Alfio**, *Ce.R.Co*
- **Monti Elena**, *Ce.R.Co*
- **Polistena Barbara**, *C.R.E.A. Sanità*
- **Spandonaro Federico**, *C.R.E.A. Sanità*

*La prima edizione dell'Osservatorio è stata realizzata grazie al supporto incondizionato di*



**MOLTENI**  
FARMACEUTICI

## EXECUTIVE SUMMARY

L'Osservatorio OISED (Osservatorio Impatto Socio-Economico delle Dipendenze), nato nel 2022 da una iniziativa congiunta del Centro di ricerca C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità) e di Ce.R.Co (Centro Studi e Ricerche Consumi e Dipendenze), è il primo Centro Studi e *think tank* interamente dedicato allo sviluppo di analisi a supporto della *governance* e la sostenibilità del settore per la cura delle dipendenze.

L'obiettivo che si pone OISED è quello di colmare le lacune esistenti nelle conoscenze e informazioni sul settore delle dipendenze, favorendo così il confronto tra Istituzioni e principali *stakeholder*; inoltre, si propone di alimentare costantemente una banca dati dedicata al tema delle dipendenze (OISED – DATA), contenente indicatori a livello nazionale e regionale, rappresentativi delle dimensioni socio-sanitaria, economica e giudiziaria dell'assistenza alle dipendenze.

Nella *vision* di OISED, il sistema di gestione del fenomeno delle dipendenze patologiche dovrebbe essere perfettamente integrato nel Sistema Sanitario Nazionale ed in quelli Regionali, inglobando l'impatto che si genera in ambito giudiziario ed economico e, in ultima istanza, sulla Società.

A fronte degli importanti investimenti necessari per sostenere il sistema di assistenza e cura delle dipendenze, l'aspettativa dovrebbe essere quella di garantire una corretta presa in carico e, quindi, un trattamento appropriato dei pazienti, in modo da massimizzare il ritorno dell'investimento in termini di salute e sicurezza per la Società.

La prima annualità dell'Osservatorio si è concentrata sull'analisi dei modelli organizzativi, sull'epidemiologia, sull'impatto giudiziario ed economico riferiti al fenomeno della dipendenza da stupefacenti e da alcol.

Per determinare il costo per la Società delle due forme di dipendenza, sono stati predisposti appositi modelli

che, senza pretesa di rappresentare uno strumento previsionale, rappresentano uno strumento deputato a quantificare gli impatti delle politiche sanitarie, sociali e giudiziarie applicate al fenomeno delle dipendenze, permettendo di trarre indicazioni per la formulazione delle politiche di settore.

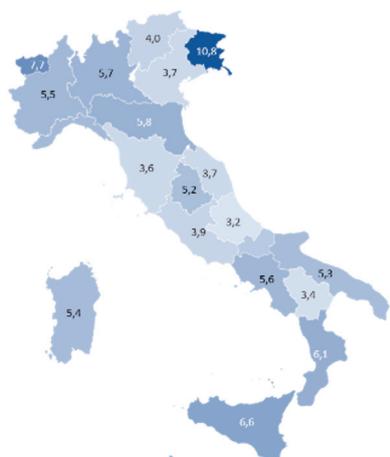
La prima annualità del progetto ha permesso di confermare che il dimensionamento dell'offerta socio-sanitaria deputata alla presa in carico di soggetti con dipendenza da stupefacenti e/o alcol, presenta un'importante variabilità regionale: sia in termini di personale dedicato, che di tipologia di figure professionali presenti; per quanto concerne la dipendenza da stupefacenti, il Nord-Ovest risulta essere la realtà con il maggior organico in rapporto alla popolazione, agli utenti presi in carico, nonché in termini di ricorso al ricovero ospedaliero; per quella da alcol è, invece, "in testa" il Nord-Est. Per entrambe le forme di dipendenza il minor tasso di personale e di utenti in carico si registra nel Mezzogiorno del Paese.

Sebbene nel caso della dipendenza da alcol non si tratti di personale dedicato in modo esclusivo alla presa in carico degli utenti, il personale in rapporto agli utenti in carico per la dipendenza da stupefacenti è di circa il 30% inferiore a quello per la presa in carico delle dipendenze da alcol (rispettivamente 5 vs 6,4 8 ogni 100 utenti in carico).

Riferendosi alla situazione rilevata nel 2015, negli ultimi anni si è registrata una riduzione del personale per utente nei SerD, in controtendenza con quanto registrato nel personale operante presso i servizi di alcologia: nei SerD si sono perse in media 0,5 unità di personale ogni 100 utenti in carico e nei servizi di alcologia, invece, se ne contano 0,4 in più (ogni 100 utenti).

La composizione per ruolo professionale è sovrapponibile per le due forme di dipendenza. Nel Mezzogiorno sono prevalenti le figure dell'infermiere e medico; nelle altre realtà assume un ruolo rilevante anche la figura dello psicologo.

**Unità di personale nei SerD ogni 100 utenti con dipendenza da stupefacenti in carico**



**Unità di personali nei servizi di alcologia ogni 100 utenti con dipendenza da alcol in carico**



La composizione per ruolo professionale è sovrappo- nibile per le due forme di dipendenza. Nel Mezzogiorno sono prevalenti le figure dell’infermiere e medico; nelle altre realtà assume un ruolo rilevante anche la figura dello psicologo.

A livello regionale, in Toscana, Campania e Sardegna prevale la componente medica; in Liguria, Friuli Venezia Giulia, Lazio e Umbria quella infermieristica; in P.A. di Bolzano e Valle d’Aosta prevale la presenza dello psicologo.

Il tasso di presa in carico, in rapporto alla popolazione, degli utenti con dipendenza da stupefacenti, è circa il doppio di quella relativa alla dipendenza da alcol.

Per via della pandemia, nel 2020, si è registrato un calo delle prese in carico, sebbene già nel 2021 si registri una ripresa. Rispetto al 2015, si è comunque registrata una riduzione degli utenti in carico, che ha interessato soprattutto gli utenti con dipendenza da stupefacenti (-9,3% vs -7,4%).

Per l’alcol il maggior tasso di presa in carico si riscon- tra nel Nord-Est; per i tossicodipendenti nel Nord-Ovest. La quota di nuovi utenti è maggiore nella dipendenza da alcol (oltre il 25%); nei tossicodipendenti sfiora il 15%.

Passando alle attività, il ricorso all’ospedalizzazione per le patologie alcol-attribuibili è circa 2,5 maggiore a quello per le patologie droga-correlate: 69,1 vs 28,9 ogni 100.000 ab.; e quello per l’alcol in crescita rispetto al 2015. Il ricorso ai servizi di emergenza-urgenza, in au- mento del +32,1% nell’ultimo anno, registra un rapporto

1:4 tra chi ha fatto abuso di droghe e chi di alcol: 18,4 e 59,6 ogni 100.000 rispettivamente; analogamente a quanto osservato per l’ospedalizzazione, il tasso mag- giore di accessi al Pronto Soccorso per consumo di stupefacenti si concentra soprattutto nel Nord-Ovest del Paese, quello per alcol nel Nord-Est. Per entrambe le ti- pologie di utenti, il 60-70% degli accessi avvengono in seguito ad un trasporto da parte del 118 e in circa il 10% dei casi esitano in un ricovero ospedaliero.

Da ultimo, osserviamo che la correlazione fra unità di personale dei Ser.D. e l’utenza con dipendenza da stupe- facenti in carico risulta essere bassa (35,2%) indicando l’assenza di standard omogenei di programmazione. A riprova di ciò, alcune Regioni, quali ad esempio Campa- nia e Friuli Venezia Giulia, o Veneto e Valle d’Aosta, pur presentando livelli di “domanda” simili, evidenziano dif- ferenze di organico che arrivano a raggiungere il 70%; analogamente, Calabria, P.A. di Trento e Basilicata, a pa- rità di organico (in rapporto agli abitanti), hanno in carico un volume di pazienti che arriva a differenziarsi di quasi l’80%.

Anche nei servizi di alcologia si riscontra tale situa- zione: alcune Regioni, quali ad esempio Veneto ed Emilia Romagna e Basilicata, Piemonte e Molise, pur presen- tando livelli di “domanda” simili, evidenziano differenze di organico che arrivano a raggiungere il 300%; analogamente, Puglia e Friuli Venezia Giulia, a parità di organico (in rapporto agli abitanti), hanno in carico un volume di

pazienti che arriva a differenziarsi di quasi il 500%.

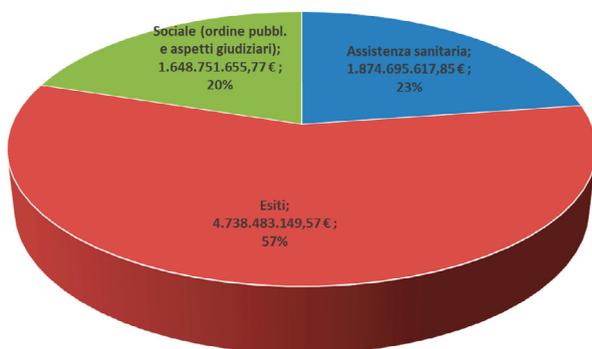
Pur tenendo conto di diversi modelli organizzativi questo dato appare significativo.

In termini di numero di prestazioni erogate per utente, si conferma l'importante variabilità regionale, sebbene la composizione delle diverse tipologie non vari molto. Per la dipendenza da stupefacenti, nel Mezzogiorno si osserva un maggior ricorso ai trattamenti farmacologici (oltre l'80% degli utenti), mentre nel Centro e nel Nord è significativo il ricorso a percorsi psicoterapeutici ed inserimenti in Comunità. Per la dipendenza da alcol solo un terzo ricorre a trattamenti farmacologici,

Entrambi i fenomeni hanno dei risvolti importanti anche in termini di contrasto da parte delle Forze dell'Ordine e giudiziario, generando costi per la gestione di illeciti amministrativi e dei reati commessi dai consumatori di sostanze, con i relativi processi e l'eventuale detenzione.

In termini economici, i fenomeni di dipendenza da stupefacenti e da alcol, generano un costo (diretto) annuo complessivo per il Paese pari a € 8,3 mld., di cui € 7,0 mld. il primo (considerando anche i poli-consumatori, e tanto il consumatore occasionale, quanto il tossicodipendente) e € 1,3 mld. il secondo.

**Composizione costo della dipendenza da stupefacenti e alcol (Valore in € e %)**



Fonte: ©OISED

Non consideriamo in questo ammontare i costi indiretti (perdite di produttività) e il valore delle sostanze stupefacenti che arriva a rappresentare circa € 15,5 mld. (1% del PIL italiano).

La gestione degli Esiti, intesa come trattamento delle patologie droga-correlate, rappresenta la voce di costo maggiore, seguita da quella sociale (ordine pubblico e aspetti giudiziari) e poi da quella relativa alla gestione socio-sanitaria di questi utenti.

Un tossicodipendente ha un costo (diretto) per il sistema Paese pari a circa tre volte quello di un soggetto con dipendenza da alcol. Rapportando il dato alla popolazione il rapporto tra i due fenomeni sale a oltre cinque: si passa da € 21,6 pro-capite per la dipendenza da alcol a € 118,4 per quella da stupefacenti.

Il modello stima che si possano mettere in atto azioni finalizzate a contenere gli "esiti del fenomeno", che comportano risparmi per il Paese: per ogni euro investito in termini di presa in carico socio-sanitaria (farmaci, incremento visite etc.) si stima potrebbero esserne risparmiati 4. Analogamente si stimano risparmi molto rilevanti ottenibili con gli effetti di una riduzione delle tempistiche dei processi penali e e/o l'inserimento in strutture riabilitative (alternative alla detenzione): potrebbero consentire un risparmio pari a € 59 mln. per ogni punto percentuale di riduzione dei casi "a rischio".

Per quanto concerne la dipendenza da alcol, considerando tanto i consumatori a rischio (8,6 milioni), quanto i consumatori con abuso di alcol (circa 670.000), eleggibili questi ultimi alla presa in carico da parte dei servizi, come anticipato si stima un costo (diretto) nazionale annuo per il Paese pari a € 1,3 mld.

Non sono considerati in questo ammontare i costi indiretti (perdite di produttività) e i costi per i trattamenti delle patologie riconducibili all'uso dell'alcol (trapianto di fegato, patologie oncologiche etc.), non essendo noti i tempi di esposizione al fattore di rischio, pur essendo consci della grande rilevanza economica di queste fattispecie, che fanno dell'alcolismo una rilevante patologia in termini di costi economici e perdita di vite.

Analogamente a quando emerso per il fenomeno della tossicodipendenza, la gestione degli Esiti, in larga misura il trattamento delle patologie alcol-attribuibili quali cirrosi, steatosi alcolica, incidenti etc., rappresenta la voce di costo maggiore, seguita da quella sociale (ordine pubblico e aspetti giudiziari) e poi da quella relativa alla ge-

stione socio-sanitaria (pubblica e del privato sociale) di questi soggetti.

Circa un terzo della popolazione carceraria è stato condannato per questioni droga-correlate, e per un terzo si tratta di popolazione straniera.

In sintesi, alla luce dell'elevato impatto del fenomeno delle dipendenze, a livello organizzativo, giudiziario ed economico, si ritiene auspicabile la definizione di:

- standard organizzativi finalizzati ad allineare l'offerta al fabbisogno "reale" (sviluppo e applicazione di indicazioni legislative)
- percorsi di presa in carico degli utenti (PDTA) trasversali tra servizi pubblici (ambulatoriali e ospedalieri), del privato sociale (servizi a bassa soglia, SMI, residenze e semiresidenze, comunità etc.) e carcere, finalizzati a:
  - aumentare il numero di nuovi utenti in carico al fine

di prevenire il verificarsi di "esiti" ed implicazioni a livello sociale (incidenti, denunce, etc.)

- garantire continuità nella presa in carico, in particolare per i detenuti stranieri una volta messi in libertà
- porre maggiore attenzione alle fasce di età giovanili
- garantire equità di trattamento.
- azioni finalizzate ad aumentare l'aderenza al trattamento, anche riducendo lo stigma, quali il potenziamento dell'approccio psicosociale, il ricorso ad approcci farmacologici sempre più personalizzati (quali ad esempio, le formulazioni *long acting* che possono aumentare l'aderenza), etc.

Le azioni sopra elencate richiedono evidentemente investimenti di risorse economiche che, però, alla luce di quanto emerso dall'analisi, generano un ritorno per il Paese e, potenzialmente anche un risparmio.

## 1. COS'È OISED

L'Osservatorio sull'Impatto Socio-Economico delle Dipendenze - OISED - è il primo Centro Studi e *think tank* interamente dedicato allo sviluppo di analisi a supporto della *governance* e la sostenibilità del settore per la cura delle dipendenze.

OISED è nato nel 2022 da una iniziativa congiunta del Centro di ricerca C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità) e di Ce.R.Co (Centro Studi e Ricerche Consumi e Dipendenze) con l'obiettivo di colmare le lacune nelle conoscenze e informazioni sul settore delle dipendenze, e favorire il confronto tra istituzioni e principali *stakeholder*.

L'Osservatorio si avvale di un *executive board* composto da Giorgio Barbarini (infettivologo, Ce.R.Co.), Daniela d'Angela (ingegnere biomedico, C.R.E.A. Sanità), Alfio Lucchini (psichiatra, FeDerSerD e Ce.R.Co), Elena Monti (*communication manager*, Ce.R.Co), Barbara Polistena (statistica, C.R.E.A. Sanità), Federico Spandonaro (economista, C.R.E.A. Sanità).

Secondo la vision di OISED il sistema di gestione del fenomeno delle dipendenze patologiche dovrebbe essere perfettamente integrato nel Sistema Sanitario Nazionale ed in quelli regionali, inglobando l'impatto che si genera in ambito giudiziario ed economico e, in ultima istanza, sulla Società.

A fronte degli importanti investimenti necessari per sostenere il sistema di cura delle dipendenze, esso dovrebbe garantire una corretta presa in carico e un trattamento appropriato dei pazienti, massimizzando il ritorno dell'investimento in termini di salute e sicurezza per la Società.

In definitiva, un sistema di presa in carico precoce della popolazione a rischio capace di limitarne gli esiti delle dipendenze in termini di patologie correlate, commissione di illeciti o reati, interventi giudiziari, limitando

indirettamente i costi sanitari e sociali di un trattamento mancato o tardivo.

La *mission* di OISED è, quindi, quella di favorire una sinergia tra il mondo istituzionale, politico, accademico, dei servizi ed aziendale finalizzata ad identificare le migliori strategie da mettere in atto.

A tal fine OISED si propone di approfondire l'impatto organizzativo socio-sanitario, economico e giudiziario delle diverse forme di dipendenza; l'Osservatorio si impegna a generare con continuità le informazioni sugli aspetti sopra descritti, attraverso l'implementazione e costante alimentazione di una banca dati (OISEDdata).

Tra le principali attività di OISED si noverano:

- aggregare e sistematizzare le informazioni esistenti sul fenomeno delle dipendenze
- produrre ed alimentare una banca dati (OISEDdata) contenente indicatori di ambito organizzativo socio-sanitario, economico e giudiziario sul tema delle dipendenze
- sviluppare ricerche, generando sistematicamente analisi, studi, approfondimenti, informazioni e dati statistici, utili ad alimentare il confronto tecnico-politico
- rappresentare un luogo di confronto attivo fra gli *stakeholder* di settore
- proporre soluzioni organizzative e promuovere iniziative normative finalizzate ad una gestione ottimale del settore delle dipendenze.

OISED, avvalendosi di un comitato tecnico-scientifico composto da esperti del settore di rilievo nazionale, individua annualmente una tematica da affrontare, pubblicando i risultati delle analisi in un Rapporto.

I risultati vorrebbero rappresentare la base per favorire un dibattito intorno alle tematiche affrontate, e la diffusione delle evidenze utili per supportare la programmazione delle politiche sanitarie nazionali e regionali.

## 2. ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

Questo report analizza la realtà italiana in tema di dipendenze da sostanze psicoattive illecite e di alcol.

Ciò permette di esaminare gran parte della richiesta di cura nell'area delle dipendenze nel Paese.

Inoltre, offre una visione unitaria di queste due fattispecie che sono affrontate dagli stessi Servizi territoriali in parte importante della organizzazione dei sistemi di cura (Ser.D – Dipartimenti delle Dipendenze – Dipartimenti Salute mentale e Dipendenze), ma sono ancora distinte nella reportistica e raccolta dati a livello centrale.

Dall'analisi organizzativa, effettuata avvalendosi dei dati del Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze (SIND)<sup>1</sup> e delle relazioni annuali al Parlamento del Dipartimento Politiche Anti-Droga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, risulta che, in Italia, nel 2022, sono attivi 570 servizi pubblici per le dipendenze (SerD), articolati in 612 sedi.

In pratica, a livello nazionale, registriamo 1 SerD ogni 100.000 abitanti, passando da un valore massimo pari a 1,1 nel Nord-Ovest, ad uno minimo, pari a 0,8, del Nord-Est (0,9 nel Centro); il Molise risulta essere la Regione con il valore massimo, pari a 2,1 SerD per 100.000 abitanti, la P.A. di Trento quello con il valore minimo, pari a 0,2; Friuli Venezia Giulia e Lazio hanno un valore inferiore a 0,8, e Piemonte e Puglia un valore superiore a 1,5.

Nel periodo 2015-2022, il numero di SerD in rapporto alla popolazione si è ridotto del -11,2% ogni 100.000 abitanti; la riduzione si è registrata soprattutto nelle Regioni del Nord: P.A. di Trento, Friuli Venezia Giulia e Piemonte hanno registrato una diminuzione rispettivamente del -67,4%, -49,6% e -37,9%; un aumento si è invece registrato in Sardegna e Molise, (+64,1% e +23,3% rispettivamente).

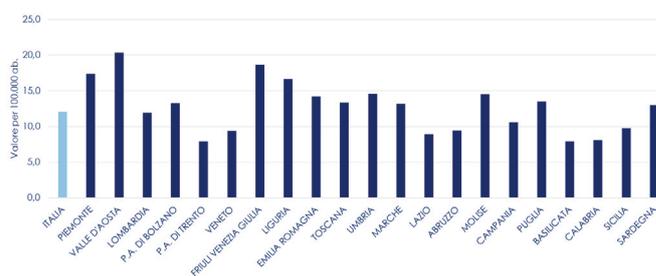
Bisogna precisare che questo dato risente dei modelli organizzativi regionali e degli eventuali accorpamenti di sedi e servizi intercorsi.

Nei SerD, nel 2021, operavano 6.213 operatori dedicati all'assistenza delle persone con problemi di dipendenza da sostanze illegali, escluso il gioco d'azzardo e l'alcol: il numero si è ridotto del -6,2% rispetto all'anno pre-pandemico, attestandosi a 12,0 operatori ogni 100.000 abitanti (-0,8 unità rispetto al 2019), con un valore massimo pari a 13,9 nel Nord-Ovest del Paese, seguito dal Nord-Est con 12,3, dal Centro con 11,3; il dimensionamento minore si riscontra nel Mezzogiorno, ed è pari a 10,8 unità ogni 100.000 ab.. La riduzione delle risorse umane rispetto al periodo pre-pandemico (anno 2019) ha interessato soprattutto il Nord-Est ed il Mezzogiorno: -8,4% e -6,1%, rispettivamente.

A livello regionale, il livello massimo di personale rispetto alla popolazione, pari a 20,13 unità (ogni 100.000 ab.), si riscontra in Valle d'Aosta; la minima, pari a 7,9, in Basilicata e nella P.A. di Trento; Lazio, Abruzzo, Calabria, Basilicata e Sicilia registrano un valore inferiore a 19,0, Molise, Umbria, Emilia Romagna, Liguria e P.A. di Bolzano e Friuli Venezia Giulia un valore superiore a 14,0 unità ogni 100.000 ab.

La riduzione delle risorse umane rispetto al periodo pre-pandemico (anno 2019) ha interessato soprattutto il Nord-Est ed il Mezzogiorno: -8,4% e -6,1%, rispettivamente.

**Figura 1. Unità di personale operante nei SerD, anno 2021**



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - ©OISEDdata

Considerano il medio periodo, nel 2015-2021 si è registrata una riduzione del -19,5% delle unità di personale operanti nei SerD, pari a 2,7 unità in media in meno ogni 100.000 abitanti: tale riduzione ha interessato il Centro (-23,2%), il Mezzogiorno (-15,3%) ed il Nord-Est (-13,5%); nel Nord-Ovest, invece, si è registrato un aumento del +2,9%.

A livello regionale, nel periodo considerato, la riduzione massima, pari al -65,5%, di unità di personale in rapporto alla popolazione si è registrata nella P.A. di Trento, e quella minima, pari al -4,0% in Puglia; in Friuli Venezia Giulia il tasso di personale è rimasto pressoché invariato nel periodo considerato.

Analizzando il dato per tipologia di professionista si os-

serva come, in media (anno 2021), il personale infermieristico rappresenta un terzo dell'organico (32,4%), seguono i medici (21,3%); gli psicologi rappresentano il 15,1% di tutto il personale, gli assistenti sociali il 13,9%, gli educatori professionali il 10,6%, il personale amministrativo il 4,1%, ed il restante 2,6% altre figure professionali.

Nelle realtà del Centro e del Mezzogiorno si riscontra in media una quota di medici e infermieri superiore alla media nazionale, e inferiore quella degli educatori professionali e degli amministrativi.

Calabria, Campania, Marche e Molise risultano essere le Regioni con la maggior quota di personale medico (28,5%, 27,4%, 26,6% e 26,3% rispettivamente).

In Friuli Venezia Giulia, Liguria e Molise il personale infermieristico rappresenta quasi la metà di tutto l'organico (46,0%, 44,0%, 42,1% rispettivamente); all'estremo opposto abbiamo invece la P.A. di Bolzano e la Valle d'Aosta, dove gli infermieri rappresentano il 18,3% ed il 22,3% rispettivamente di tutto il personale dedicato.

La P.A. di Bolzano e l'Umbria risultano essere le realtà dove è maggiormente presente la figura dello psicologo, con una presenza pari, rispettivamente, al 33,3% ed al 23,4% del personale dedicato ai servizi per le persone affette da dipendenze; in queste Regioni i medici risultano quasi il 20% (18,3% e 19,8% rispettivamente) e gli infermieri rispettivamente il 18,3% e 34,2%. L'incidenza minima di psicologi sull'organico complessivo si osserva invece in Valle d'Aosta e Molise (4,5% e 5,3% rispettivamente).

Spostando l'attenzione sui Servizi di alcologia, in Italia, nel 2021, se ne registrano 449; nei Servizi operano 4.326

persone (+0,9% rispetto all'anno pre-pandemico), anche se meno di un terzo di queste unità sono impiegate in modo esclusivo. Il valore massimo, pari a 9,9 unità ogni 100.000 ab. di età 16+, si registra nel Nord-Ovest del Paese, seguito dal Centro con 9,5 e dal Mezzogiorno con 8,0; il dimensionamento minimo si riscontra nel Nord-Est (6,2 unità ogni 100.000 ab. di età 16+).

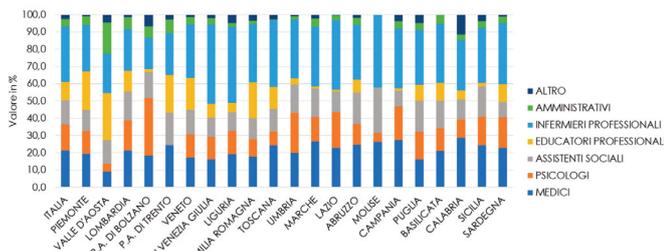
A livello regionale, la massima offerta in termini di personale, pari a 24,3 unità ogni 100.000 ab. 16+, si riscontra in Valle d'Aosta, la minima, pari a 4,9, in Abruzzo ed Emilia Romagna, a fronte di un valore mediano di 8,9 unità; Abruzzo, Emilia Romagna e Veneto registrano un valore inferiore a 6,0, Molise, P.A. di Bolzano e Valle d'Aosta, invece, un valore superiore a 15,0 unità ogni 100.000 ab. 16+.

Considerando il medio periodo (2015-2021), si è registrata una riduzione del -4,6% delle unità di personale (ogni 100.000 ab. 16+) operanti presso i Servizi di alcologia, ovvero 0,4 unità in media in meno (ogni 100.000 abitanti 16+): tale riduzione ha interessato soprattutto il Mezzogiorno (-1,2), Nord-Est (-0,9 unità), il Nord-Ovest (-0,3); nel Centro si è registrato un aumento (+1,2).

A livello regionale, nel periodo considerato (2015-2021), la riduzione massima di unità di personale, pari a -4,2 unità ogni 100.000 ab. 16+, si è registrata in Sardegna; in Valle d'Aosta, Umbria, Puglia e Basilicata si è registrato un aumento del personale; nelle altre realtà il tasso di personale è rimasto pressoché invariato.

Analizzando il dato per tipologia di professionista, si osserva come, in media (anno 2021), il personale infermieristico rappresenta circa un terzo dell'organico

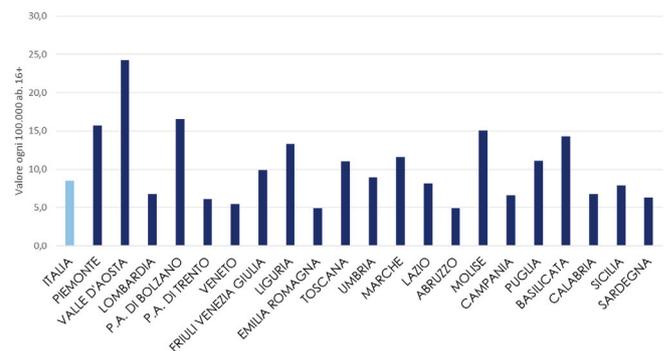
**Figura 2. Personale SerD: composizione per tipologia professionale, anno 2021**



\*Dato del Molise non disponibile

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - ©OISEDdata

**Figura 3. Unità di personale operante nei Servizi di alcologia, anno 2021**



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - ©OISEDdata

(27,9%), seguito da quello medico (22,2%); gli psicologi rappresentano il 16,7% di tutto il personale, gli assistenti sociali il 15,1%, gli educatori professionali il 9,5%, il personale amministrativo il 3,6%, ed il restante 4,9% altre figure professionali.

Nel Nord-Ovest si riscontra in media una quota di medici e infermieri inferiore alla media nazionale, e una superiore di psicologi e di educatori professionali ed amministrativi. Nel Centro e Mezzogiorno si osserva una quota di medici ed infermieri superiore alla media nazionale, e inferiore degli educatori professionali.

Calabria, Lazio e Molise risultano essere le Regioni con la maggior quota di personale medico (29,9%, 28,7% e 28,2% rispettivamente).

In Liguria, Friuli Venezia Giulia e Sardegna il personale infermieristico rappresenta quasi il 40% di tutto l'organico (38,2%, 37,5%, 36,4% rispettivamente); all'estremo oppo-

invece nella P.A. di Trento e in Molise (3,6% e 5,1% rispettivamente).

All'offerta pubblica si affianca quella del privato sociale: 803 strutture ubicate per il 32,1% nel Nord-Ovest, per il 28,0% nel Nord-Est (concentrate in Emilia Romagna e Veneto), per il 20,8% nel Mezzogiorno (soprattutto in Puglia) e per il 19,0% nel Centro (soprattutto Toscana e Marche).

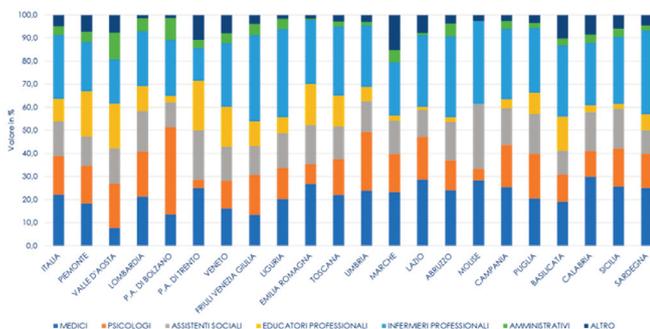
Si tratta prevalentemente (74,0%) di strutture residenziali, per il 17% di semi-residenziali e per il 9% di strutture ambulatoriali.

Anche nel privato sociale si riscontra una importante eterogeneità di offerta a livello regionale: a fronte di una media nazionale di 2 strutture ogni 100.000 abitanti, cinque Regioni (Campania, Sicilia, Lazio, Sardegna e Trentino Alto Adige) hanno meno di 1 struttura ogni 100.000 residenti mentre due Regioni (Valle d'Aosta e Marche) hanno più di 4 strutture ogni 100.000 abitanti.

Ogni struttura del privato sociale accoglie in media 20 utenti, in un range compreso tra un minimo di 10 utenti in Valle d'Aosta ad un massimo di 87 utenti nel Lazio.

Essendo l'offerta del privato sociale non ovunque complementare a quella pubblica, ovvero con servizi differenti da quelli erogati dai servizi pubblici, non sono state effettuate analisi di dimensionamento che considerassero entrambe le tipologie.

**Figura 4. Personale Servizi alcolologia: composizione per tipologia professionale, anno 2021**



\*Dato del Molise non disponibile

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - @OISED

sto abbiamo invece la P.A. di Trento e la Valle d'Aosta, dove gli infermieri rappresentano meno del 20% di tutto il personale dedicato (il 14,3% ed il 19,2% rispettivamente).

P.A. di Bolzano e Umbria risultano essere invece le realtà dove è maggiormente presente la figura dello psicologo, che raggiunge una quota del 37,8% e del 25,4% del personale dedicato ai servizi per le persone affette da dipendenza da alcol; in queste Regioni i medici risultano il 20% (13,5% e 23,9% rispettivamente) e gli infermieri il 24,3% e 26,9% rispettivamente. L'incidenza minima di psicologi sull'organico complessivo si osserva

### 3. EPIDEMIOLOGIA DELLE DIPENDENZE

A seguire si è tentato di quantificare il numero totale di utenti in carico ai servizi per le dipendenze, sia pubblici che del privato sociale, unendo le diverse fonti disponibili.

Dalle elaborazioni condotte, risulta una stima (2021) di circa 250.000 utenti affetti da dipendenza presi in carico: l'85,8% di questi lo sono dai servizi pubblici ed il 14,2% dai servizi del privato sociale. Per il 65,9% si tratta di utenti tossicodipendenti ("puri" o con dipendenza da alcol concomitante)<sup>2</sup>, per il 24,6% di alcolisti "puri"<sup>3</sup>, per il 6,0% di utenti con dipendenza da gioco d'azzardo patologico<sup>4</sup>, per il 3,0% da tabagismo<sup>5</sup> e per l'1,3% da altre

dipendenze, quali *internet, social, sex addiction*<sup>6</sup> etc..

### 3.1. Dipendenza da stupefacenti

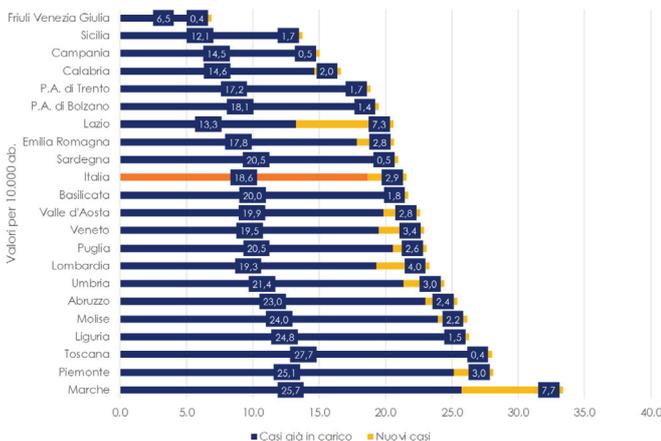
Nel 2022, risultano prese in carico dai SerD 127.365 persone con dipendenza da sostanze stupefacenti (-6,6%, ovvero -8.955 casi, rispetto all'anno pre-pandemico), pari a 21,6 ogni 10.000 abitanti; di questi il 13,6% sono nuovi casi. Considerando le sostanze stupefacenti come sostanze di abuso secondarie, tale casistica supera i 200 mila utenti.

Rispetto all'anno pre-pandemico (2019) la riduzione di utenti presi in carico è pari a 1,2 unità ogni 10.000 abitanti; rispetto all'ultimo anno, invece, si è registrato un incremento di tale numero: nel primo anno della pandemia (2020) la "prevalenza" aveva raggiunto un valore pari a 20,9 utenti ogni 10.000 abitanti.

Rapportando il dato alla popolazione, è possibile osservare come nel Nord-Ovest del Paese sia maggiore la prevalenza di persone con dipendenza da stupefacenti prese in carico, che si attesta a 24,9 soggetti ogni 100.000 ab.; segue il Centro con 24,8, il Nord-Est con 20,0 e il Mezzogiorno con 17,9.

Altrettanto significativa è la variabilità a livello regionale, che passa da un valore massimo di 33,4 utenti ogni 100.000 ab. delle Marche ad uno minimo di 6,9 del Friuli Venezia Giulia.

**Figura 5. Tasso di presa in carico da parte del SerD, anno 2022**



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - © OISED

prese in carico del -9,3% (1,5 utenti in meno ogni 10.000 ab.) rispetto al 2015: la contrazione è stata massima nel Mezzogiorno (-2,3 utenti), seguita dal Nord-Est (-2,0 utenti) e dal Nord-Ovest (-1,2 utenti); nel Centro il livello di presa in carico è rimasto pressoché invariato (-0,3 utenti).

Prevale la popolazione maschile, che rappresenta l'86,0% dell'utenza; nel 2022, per i maschi, il tasso di assistiti è di 380 persone in trattamento ogni 100.000 abitanti, contro le 61 nella popolazione femminile.

Per il 92,6% si tratta di italiani, per il 2,8% di soggetti provenienti dall'Africa Settentrionale e, per il restante 4,6%, di soggetti provenienti da Paesi americani e asiatici.

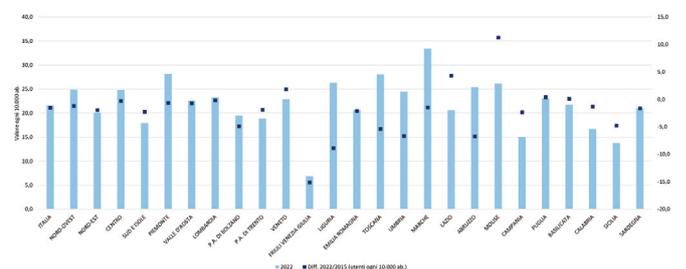
Si tratta di un'utenza "giovane": circa il 60% si concentra nella fascia d'età 35-54 anni, il 18,5% in quella 25-34 anni ed il 16,9% in quella 55-64 anni.

Soffermando l'attenzione sui nuovi utenti in carico, si osserva come la loro incidenza si sia ridotta di 0,4 punti percentuali (p.p.) rispetto al 2015: tale riduzione è stata massima nel Mezzogiorno (-2,6 p.p.) e minima nel Nord-Est (-0,5 p.p.).

Il 60% dell'utenza è in trattamento per uso primario di eroina, il 23% di cocaina e l'11% di cannabinoidi; il restante 6,0% abusa di altre sostanze, quali ipnotici e sedativi, stimolanti, allucinogeni o inalanti volatili.

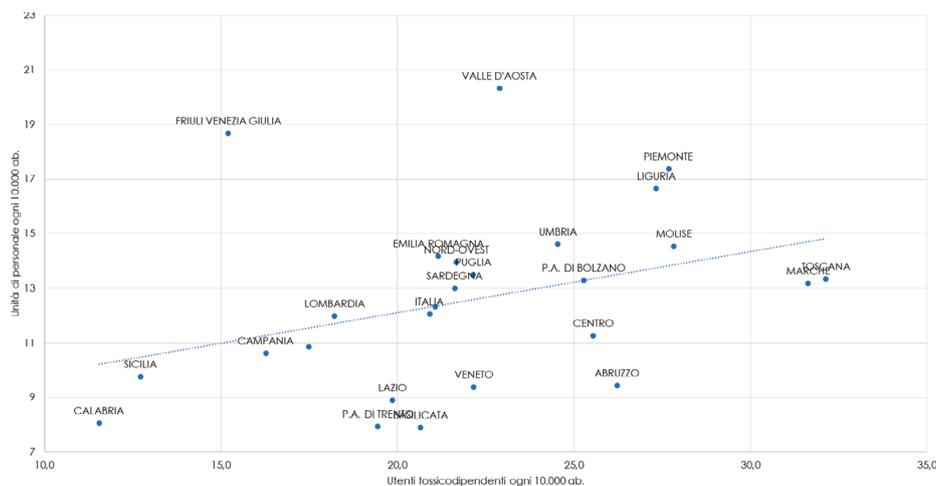
Per quanto riguarda il luogo in cui l'utente vive, nel 2021 il 58,9% ha una fissa dimora (51,6% dei nuovi utenti e 59,9% degli utenti già in carico); il 3,9% sono ospitati in istituti penitenziari, il 2,2% non ha fissa dimora. Quasi la metà (42,4%) degli utenti ha una occupazione stabile o almeno occasionale (33,3% e 9,1% rispettivamente); il 29,1% risulta essere disoccupato, mentre per il 3,8% si

**Figura 6. Tasso di presa in carico da parte del SerD e dinamica 2022/2015**



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - © OISED

**Figura 7. Tossicodipendenti in carico al SerD vs personale dedicato, anno 2021**



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - © OISED

tratta di studenti ed il 2,7% sono persone che ricevono benefici sociali (pensionati/casalinghe/disabili).

Il 71,9% degli utenti in carico presso i SerD ha un livello di istruzione secondario, il 6,4% la licenza elementare, il 2,1% livelli superiori al secondario, e lo 0,5% non ha alcun titolo di studio.

Da ultimo, osserviamo che la correlazione fra unità di personale dei SerD. e l'utenza con dipendenza da stupefacenti in carico risulta essere bassa (35,2%) indicando l'assenza di standard omogenei di programmazione. A riprova di ciò, alcune Regioni, quali ad esempio Campania e Friuli Venezia Giulia, o Veneto e Valle d'Aosta, pur presentando livelli di "domanda" simili, evidenziano differenze di organico che arrivano a raggiungere il 70%; analogamente, Calabria, P.A. di Trento e Basilicata, a parità di organico (in rapporto agli abitanti), hanno in carico un volume di pazienti che arriva a differenziarsi di quasi l'80%.

In termini di dimensionamento dei SerD, osserviamo che si passa da un valore minimo di 3,9 unità di personale ogni 100 pazienti in carico nel Centro del Paese, ad un massimo di 5,6 nel Nord-Ovest. A livello regionale si passa dalle 3,2 unità dell'Abruzzo, alle 10,8 del Friuli Venezia Giulia, con un valore medio nazionale di 5,0 unità di personale ogni 100 pazienti in carico.

Rispetto al 2015, il numero medio di unità di personale si è ridotto di 0,5 unità ogni 100 tossicodipendenti in carico.

Il privato Sociale (2022) ha in carico 16.315 utenti di cui il 66% in strutture residenziali, il 26% in quelle ambulatoriali e l'8% in semiresidenziali.

Al 31/12/2022, nelle strutture riabilitative del Privato Sociale risultano presenti mediamente 38,6 utenti ogni 100.000 residenti 15-74 anni. Il maggiore ricorso alla riabilitazione si registra nelle realtà del Centro (35% di tutti i tossicodipendenti in carico al privato sociale), seguono Nord-Ovest e Nord-Est (24,8% e 24,4% dell'utenza), e Mezzogiorno con il 15,5%.

A livello regionale si passa da un tasso minimo di 6,9 della P.A. di Bolzano, ad uno massimo di 105,5 dell'Umbria, a fronte di un valore mediano pari a 30,2 (ogni 100.000 ab.).

Si fa presente che non è stata effettuata un'analisi del dimensionamento complessivo (pubblico e privato), poiché un gran numero di utenti del privato sociale risultano essere anche in carico al SerD.

Nel 2022, il 55% degli utenti in trattamento per uso di sostanze illegali e/o psicofarmaci non prescritti ha ricevuto prestazioni farmacologiche (circa 173 prestazioni per utente); il 73% prestazioni psicosociali (con una media di 12 prestazioni per utente) e il 79% prestazioni sanitarie non farmacologiche (mediamente 19 prestazioni per utente). Inoltre, il 72% delle persone trattate ha ricevuto prestazioni di tipologia diversa da quelle sanitarie e psicosociali (mediamente 9 prestazioni per utente) e poco meno del 3% è stato inserito in percorsi terapeutici residenziali.

Il 76,0% delle prestazioni erogate (15.976.202 nel 2022) sono di tipo farmacologico, l'11,7% di tipo sanitario, 7,0% psicosociali, lo 0,1% di inserimento in comunità.

Si riscontrano delle differenze di approccio terapeutico nelle diverse realtà regionali: nel Mezzogiorno si riscontra soprattutto un ricorso al trattamento farmacologico (87,9% di tutte le prestazioni erogate), seguito da quello sanitario (5,7%) e psicosociale (3,9%); nelle realtà del Nord soprattutto farmacologico (72,3% e 65,2% Nord-ovest e Nord-Est rispettivamente) e psicosociale (9,2% e 7,2% Nord-ovest e Nord-Est rispettivamente), in quelle del Centro, invece, quello farmacologico e sanitario (rispettivamente 77,2% e 10,9% di tutte le prestazioni).

La presa in carico tipica degli utenti con dipendenza da stupefacenti prevede l'accertamento, con esami su matrice urinaria o cheratinica, di uno stato di abuso e/o dipendenza da sostanze stupefacenti e la conseguente formulazione di un piano terapeutico composto da diversi interventi. Questi ultimi comprendono trattamenti medico-farmacologici (visite, screening di verifica per sostanze d'abuso e trattamenti farmacologici) associati a trattamenti psicologici/psicoterapeutici).

I principali trattamenti farmacologici distribuiti nei SerD per la terapia della tossicodipendenza sono il metadone, la buprenorfina e la buprenorfina in associazione al naloxone (quest'ultimo distribuito anche singolarmente come antidoto per i pazienti a rischio o in overdose), il levometadone (di recente introduzione, per il quale non si dispone ancora di dati nazionali di consumo e spesa); si aggiungono, in misura minore, il naltrexone.

Il metadone, un agonista puro degli oppioidi, somministrato in forma liquida per uso orale, e da pochissimo disponibile anche in compresse, risulta essere il principio attivo più comunemente impiegato (circa nell'80% dei casi) nelle terapie sostitutive per la dipendenza da oppiacei, (EMCDDA, Relazione Europea sulla droga 2019), sia per il trattamento di disassuefazione sia per il trattamento di mantenimento.

Per il metadone si registra un consumo giornaliero pari a 2,3 DDD (*Defined Daily Dose*) ogni 1.000 ab. con una spesa media per DDD pari a € 0,3 (Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali, l'uso dei farmaci in Italia: Rapporto Nazionale Anno 2022, AIFA).

La buprenorfina, un agonista parziale degli oppioidi,

assunta per via orale attraverso compresse sublinguali (o film sublinguale), risulta essere il secondo principio attivo più utilizzato (circa nel 17% dei casi) nelle terapie sostitutive da oppiacei, (EMCDDA, Relazione Europea sulla droga 2019), soprattutto in associazione con il naloxone (antagonista degli oppioidi).

Nel 2022 si registra un consumo medio giornaliero di 0,1 DDD ogni 1.000 ab. ed una spesa media per DDD di € 0,1.

La buprenorfina in associazione al naloxone, utilizzato per scoraggiare l'uso improprio per via endovenosa, viene somministrata oralmente per uso sublinguale e/o per os con dosaggi calibrati in base alle singole esigenze dei pazienti (es. tipologia di dipendenza, lasso di tempo trascorso dall'ultimo consumo e grado di dipendenza) (*Fudala et al. Office-based treatment of opiate addiction with sublingual-tablet formulation of buprenorphine and naloxone*, 2003).

Per questa associazione terapeutica, nel 2022, si registra un consumo medio giornaliero per 1.000 abitanti pari a 0,2 DDD, in aumento del 54,6% rispetto all'anno precedente; il costo medio per DDD risulta pari a € 0,9 in riduzione del 43,4% rispetto al 2021 (Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali, l'uso dei farmaci in Italia: Rapporto Nazionale Anno 2022, AIFA).

I farmaci per i disturbi da dipendenza possono essere associati ad altri farmaci (antidepressivi, antipsicotici, ansiolitici, ipnotici, antiepilettici e sedativi) per ridurre eventuali disturbi da uso di sostanze stupefacenti e per il trattamento sintomatico dell'astinenza e per le eventuali comorbilità.

A questi trattamenti si affiancano un nuovo approccio terapeutico, che prevede l'utilizzo di farmaci long acting, già ampiamente utilizzati nell'ambito della salute mentale; questa opzione terapeutica promette una possibile riduzione di frequenza ai Servizi e ad alcune tipologie di controlli, nonché un miglioramento di aderenza al trattamento ed una riduzione dei fenomeni di diversion e misuse.

### 3.2. Dipendenza da alcol

Nel 2021, risultano assistite presso i Servizi di alcolo-

gia 63.490 persone con dipendenza<sup>7</sup>: dalla analisi della serie storiche sembrerebbe, però, potersi proporre una sottostima di circa 3.000 casi nell'ultima annualità, che porterebbe gli utenti in carico per tale forma di dipendenza, a circa 67.000 (+3,8% rispetto all'anno precedente), pari a 12,4 ogni 10.000 abitanti di età 16+, di cui il 26,0% per nuovi casi.

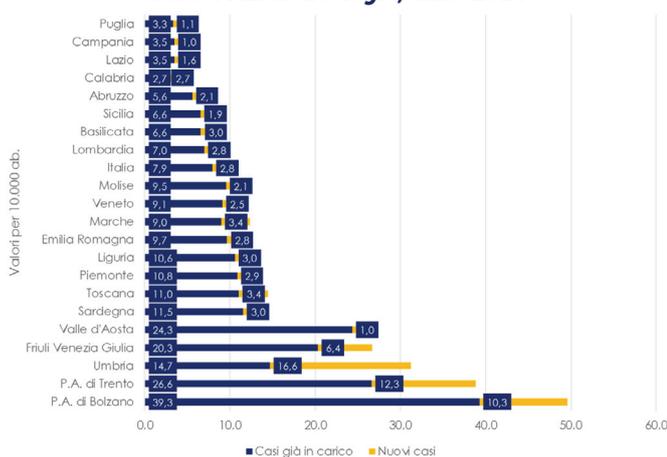
Rapportando il dato alla popolazione si osserva come la maggiore prevalenza di persone con dipendenza da alcol prese in carico dai Servizi di alcologia si riscontra nel Nord-Est del Paese, con 19,2 soggetti ogni 10.000 ab. 16+; seguono il Nord-Ovest ed il Centro con 13,2 e 12,5 rispettivamente, ed il Mezzogiorno con 7,9.

Si conferma un'importante variabilità a livello regionale: si passa da un valore massimo di 59,5 utenti ogni 10.000 ab. 16+ della P.A. di Bolzano ad uno minimo di 5,5 della Puglia.

Si fa presente che il diverso livello di presa in carico tra le diverse realtà regionali può non essere indicativo in toto di un differente livello di presa in carico, poiché risente dei diversi modelli organizzativi in essere: in moltissime realtà il soggetto con dipendenza da alcol viene preso in carico nei SerD.

Rispetto al 2015 si è registrata una riduzione delle prese in carico del -7,4% (1,2 utenti in meno ogni 10.000 ab.): in particolare la contrazione ha interessato il Nord-Est (-4,5 utenti), ed il Nord-Ovest con -2,1 utenti; nel Centro e nel Mezzogiorno si è registrato invece un aumento di rispettivamente +0,7 e +0,1 utenti (ogni 10.000 ab.)

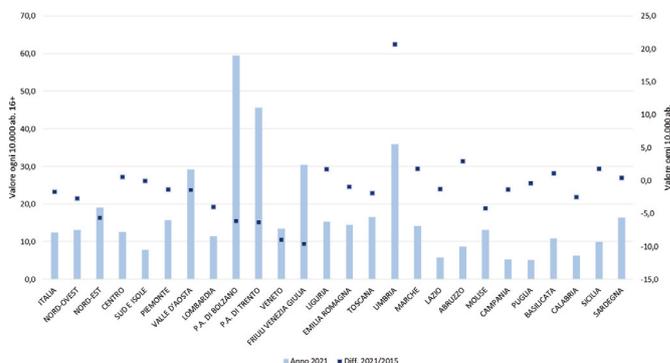
**Figura 8. Tasso di presa in carico da parte dei servizi di alcologia, anno 2021**



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - ©OISEDdata

Si tratta prevalentemente di popolazione maschile: il rapporto maschi/femmine risulta pari a 3,7.

**Figura 9. Tasso di presa in carico da parte dei servizi di alcologia e dinamica 2021/2015**



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - ©OISEDdata

Oltre il 70% degli utenti trattati hanno un'età compresa tra 30 e 59 anni; un terzo della casistica totale trattata si concentra nella fascia d'età 50-59 anni; i giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano il 7,5% della casistica trattata.

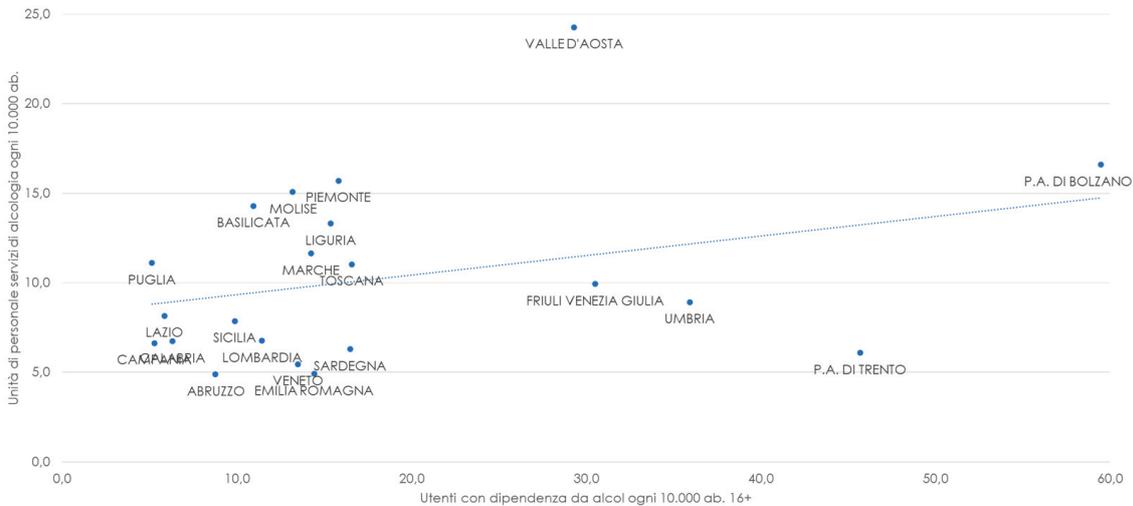
I nuovi utenti presi in carico sono per il 28,2% compresi nella fascia d'età 40-49 anni.

Soffermando l'attenzione sui nuovi utenti in carico, si osserva come la loro incidenza si sia ridotta di 1,4 p.p. rispetto al 2015: tale riduzione è stata massima nel Mezzogiorno (-3,9 punti percentuali) e minima nel Nord-Est (-0,1 punti percentuali).

Si fa presente che l'incidenza dei nuovi utenti in carico sul totale di quelli in carico dal 2015 al 2019 è progressivamente aumentata (oltre 28% nel 2019) per poi ridursi nel 2020 (22,9%), come era lecito aspettarsi per via dell'inizio della pandemia; nel 2021 si è iniziata ad osservare una ripresa facendo raggiungere una quota pari al 25,2%. L'incidenza massima si riscontra nel Centro del Paese (32,2% degli utenti totali in carico), quella minima nel Nord-Est (23,1%).

Da ultimo, come già osservato per la dipendenza da stupefacenti, la correlazione fra unità di personale operante presso i servizi di alcologia e l'utenza con dipendenza da alcol, risulta essere bassa (31,2%) indicando l'assenza di standard omogenei di programmazione. A riprova di ciò,

**Figura 10. Utenti con dipendenza da alcol in carico ai servizi di alcolologia vs personale dedicato, anno 2021**



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - © OISED

alcune Regioni, quali ad esempio Veneto ed Emilia Romagna e Basilicata, Piemonte e Molise, pur presentando livelli di “domanda” simili, evidenziano differenze di organico che arrivano a raggiungere il 300%; analogamente, Puglia e Friuli Venezia Giulia, a parità di organico (in rapporto agli abitanti), hanno in carico un volume di pazienti che arriva a differenziarsi di quasi il 500%.

In termini di dimensionamento dei Servizi di alcolologia, a livello regionale si passa da un valore minimo, pari a 3,2 unità di personale ogni 100 pazienti in carico nel Nord-Est del Paese, ad un massimo di 10,1 nel Mezzogiorno. A livello regionale si passa dall'1,3 della P.A. di Trento alle 10,6 della Puglia, con un valore medio nazionale di 6,4 unità di personale ogni 100 pazienti in carico.

Rispetto al 2015 il numero medio di unità di personale in rapporto agli utenti in carico è aumentato di 0,4 unità ogni 100 utenti.

## 4. UTILIZZAZIONE DEI SERVIZI

### 4.1. Dipendenza da stupefacenti

#### Assistenza ospedaliera

Nel 2022 sono stati effettuati 19.623 ricoveri ospedalieri associati a diagnosi (primarie o secondarie) di patologie droga-correlate: l'89,3% (17.515) in acuzie, il

10,2% (1.997) in riabilitazione e lo 0,6% (111) in lungodegenza. Si tratta di ricoveri effettuati quasi esclusivamente (96,7%) in regime ordinario.

Oltre il 70% dei ricoveri afferisce a 5 DRGs; in ordine di frequenza: il 430 “Psicosi”, il 523 “Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC”, il 428 “Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi”, il 522 “Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC”, il 433 “Abuso o dipendenza da alcool/farmaci; dimesso contro il parere dei sanitari”.

Oltre l'80% dei ricoveri vengono effettuati in tre discipline: il 62,6% in psichiatria, il 10,1% nei reparti di ricupero e riabilitazione funzionale e l'8,5% in medicina generale.

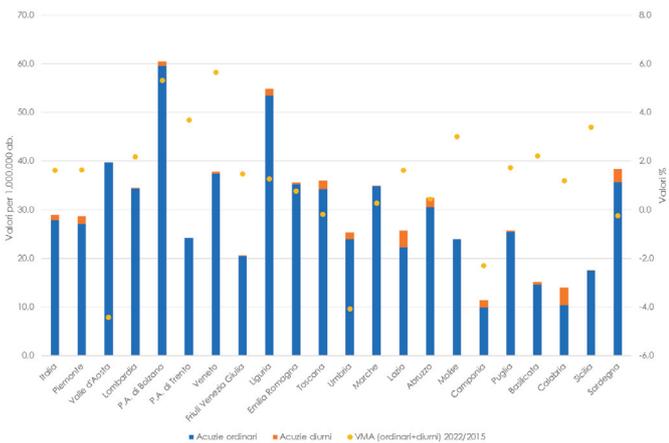
Il tasso standardizzato mediano di ospedalizzazione in acuzie risulta di 28,9 ogni 100.000 ab.; il valore più alto, pari a 35,6 ricoveri, si riscontra nel Nord-Est del Paese, segue il Nord-Ovest con 34,9 ricoveri ogni 100.000 ab., quindi il Centro con 30,1 ogni 100.000 ab. ed il Mezzogiorno con 19,7 casi per 100.000 ab..

A livello regionale, la Valle d'Aosta, con 59,7 ricoveri, registra il tasso più alto, la Campania, con 9,3, il più basso.

Il ricorso all'ospedalizzazione è maggiore per il genere maschile: 42,4 ricoveri ogni 100.000 maschi vs 16,1 per le femmine.

Nel periodo 2022-2015 si era registrata una crescita dei ricoveri del +1,6% medio annuo, con una forte variabilità regionale, con la riduzione massima (-4,4%) in Valle d'Aosta e quello massimo (+5,6%) in Veneto.

**Figura 11. Tasso standardizzato di ospedalizzazione in acuzie per tossicodipendenze, anno 2022 e variazione 2022/2015**



Fonte: Elaborazione su dati SDO, Ministero della Salute – ©OISED

La degenza media registrata per i ricoveri ordinari in acuzie, nel 2022, è pari a 10,7 giorni. con il valore massimo, pari a 11,1 giorni, nel Nord-Est del Paese; seguono il Nord-Ovest e il Centro con 10,8 giorni rispettivamente ed infine il Mezzogiorno con 9,8 giorni.

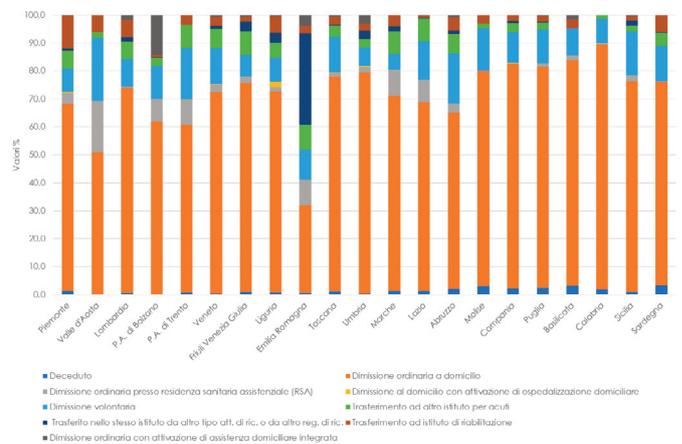
Il Veneto è la Regione dove si registra la degenza media più lunga, 13,9 giorni, mentre il Friuli Venezia Giulia quella con la degenza più bassa (8,1 giorni).

Il 61,1% dei ricoveri viene effettuato presso Ospedali a gestione diretta, il 12,0% in Case di cura private, il 9,1% in Cliniche/Policlinici universitari, il 5,9% in Aziende ospedaliere, il 5,6% in Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, l'1,2% in Ospedali classificati e lo 0,1% Istituti non classificati presidi della USL.

Quella a domicilio risulta essere la tipologia di dimissione più utilizzata (66,9% dei ricoveri); quella presso il proprio domicilio con attivazione di ospedalizzazione domiciliare la meno frequente (0,1% dei ricoveri).

A livello regionale, la percentuale massima di dimissioni ordinarie a domicilio si riscontra in Calabria (87,7%), mentre la percentuale minima in Emilia Romagna (31,3%).

**Figura 12. Composizione ricoveri in acuzie per tossicodipendenze per modalità di dimissione, anno 2022**



Fonte: Elaborazione su dati SDO, Ministero della Salute – ©OISED

Le dimissioni volontarie oscillano invece in un range che va da un massimo del 22,4% nella Valle d'Aosta ad un minimo del 5,6% nelle Marche.

Il ricorso a dimissioni ordinarie presso residenze sanitarie assistenziali (RSA) sembra essere una prerogativa delle Regioni del Nord, in particolare della Valle d'Aosta e della P.A. di Trento.

Il trasferimento in istituti di riabilitazione è presente in quasi tutte le realtà ad eccezione della Calabria.

Le dimissioni ordinarie con attivazione di assistenza domiciliare integrata risultavano poco praticate a livello regionale, con le quote più alte in Liguria (1,7%) e Umbria (0,5%).

Infine, le dimissioni con decesso oscillavano da un massimo del 3,3 % in Sardegna ad un minimo dello 0,4% in Veneto.

**Emergenza-urgenza**

Nel 2022 si sono registrati 8.631 accessi al Pronto Soccorso (PS) (flusso EMUR del Ministero della Salute,) per diagnosi totalmente attribuibili all'abuso droghe o psicosi da sostanza psicotrope, ovvero 13,9 accessi medi ogni 100.000 abitanti. Il 42% ha riguardato persone tra 25-44 anni e quasi il 10% minorenni. Al 51% degli accessi al pronto soccorso è stata attribuita la diagnosi di psicosi indotta da droghe.

Il livello di accesso massimo, pari a 18,4 accessi ogni

100.000 abitanti, si registra nel Nord-Ovest del Paese, il minimo nel Mezzogiorno (6,2). A livello regionale, si osserva una elevata variabilità: si passa da 0,7 accessi (ogni 100.000 ab.) della P.A. di Trento ai 31,5 della P.A. di Bolzano, a fronte di un valore mediano di 12,3.

Nell'ultimo anno si è registrato un incremento degli accessi del 31%.

Il 60,8% degli accessi al pronto soccorso avviene tramite il Servizio Emergenza Urgenza 118.

Il 12,4% degli accessi droga-correlati è esitato in un ricovero ospedaliero (1.010 casi): più specificatamente, il 18% e il 13% di quelli con diagnosi principale rispettivamente di psicosi indotta da droghe e avvelenamento da sostanze psicotrope; l'8% e il 7% di quelli per dipendenza e per abuso.

La maggior parte delle ospedalizzazioni (72%) ha riguardato i casi con diagnosi principale di psicosi indotta da droghe e il 24% quelli con abuso di droghe senza dipendenza.

Il 34% delle ospedalizzazioni è avvenuto nel reparto di psichiatria, il 15% in quello di medicina generale e un ulteriore 15% in terapia intensiva; per il 5% e il 2% degli accessi al PS l'esito è stato il ricovero nel reparto rispettivamente di pediatria e di neuropsichiatria infantile.

## 4.2. Dipendenza da alcol

### **Assistenza ospedaliera**

Nel 2022 sono stati effettuati 46.181 ricoveri ospedalieri associati a diagnosi (anche secondarie) di patologie alcool-correlate, di cui il 90,4% (41.769) in acuzie, il 7,6% (3.498) in riabilitazione e il 2,0% (914) in lungodegenza. Si tratta di ricoveri effettuati quasi esclusivamente (94,0%) in regime ordinario.

Circa il 70% dei ricoveri afferisce a 19 DRGs: 202 "Cirrosi e epatite alcolica", 523 "Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC", 430 "Psicosi", 428 "Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi", 522 "Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC", 203 "Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas", 205 "Malattie

del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC", 576 "Setticemia senza ventilazione meccanica  $\geq$  96 ore, età > 17 anni", 433 "Abuso o dipendenza da alcool/farmaci; dimesso contro il parere dei sanitari", 521 "Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con CC", 204 "Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne", 087 «Edema polmonare e insufficienza respiratoria», 174 "Emorragia gastrointestinale con CC", 463 "Segni e sintomi con CC", 127 "Insufficienza cardiaca e shock", 016 "Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC", 191 "Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC", 079 "Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC", 395 "Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni", 462 "Riabilitazione".

Oltre l'80% dei ricoveri vengono effettuati in cinque discipline: il 40,7% in Medicina generale, il 19,5% in Psichiatria, l'11,3% in Gastroenterologia, il 7,5% in Recupero e riabilitazione funzionale e il 4,2% in Chirurgia generale.

Il tasso mediano di ospedalizzazione in acuzie standardizzato risulta di 69,1 ogni 100.000 ab.; il valore regionale più alto, pari a 94,0 ricoveri, si riscontra nel Nord-Est del Paese, segue il Nord-Ovest con 69,0 ricoveri ogni 100.000 ab., il Centro con 65,8 ogni 100.000 ab. ed il Mezzogiorno con 56,5 casi per 100.000 ab.

La Valle d'Aosta, con 192,9 ricoveri, registra il tasso più alto, la Sicilia, con 43,7, il più basso.

Il ricorso all'ospedalizzazione è maggiore per il genere maschile: 111,3 ricoveri ogni 100.000 maschi vs 28,8 per le femmine.

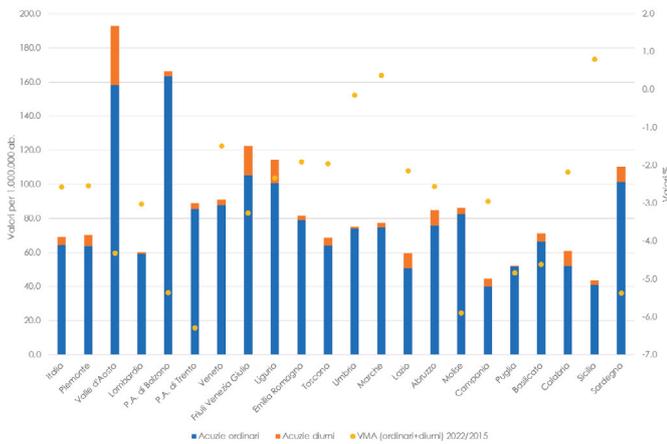
Nel periodo 2015-2022 si è registrata una riduzione dei ricoveri del -2,6% medio annuo, con una forte variabilità regionale che vede in Sicilia l'aumento massimo (+0,8%), e nella P.A. di Trento la riduzione massima (-6,3%).

La degenza media registrata per i ricoveri ordinari in acuzie, nel 2022, è pari a 11,4 giorni. con un valore massimo, pari a 12,2 giorni, nel Nord-Ovest del Paese, seguono il Nord-Est con 11,6 giorni, il Centro con 11,3 giorni ed infine il Mezzogiorno con 10,4 giorni.

Il Veneto è la Regione con la degenza media più lunga, 13,8 giorni, la P.A. di Bolzano la realtà con quella più bassa, pari a 9,0.

Il 59,0% dei ricoveri viene effettuato presso Ospedali a gestione diretta, il 13,3% in Cliniche/Policlinici univer-

**Figura 13. Tasso standardizzato di ospedalizzazione in aczie per alcool, anno 2022 e variazione 2022/2015**

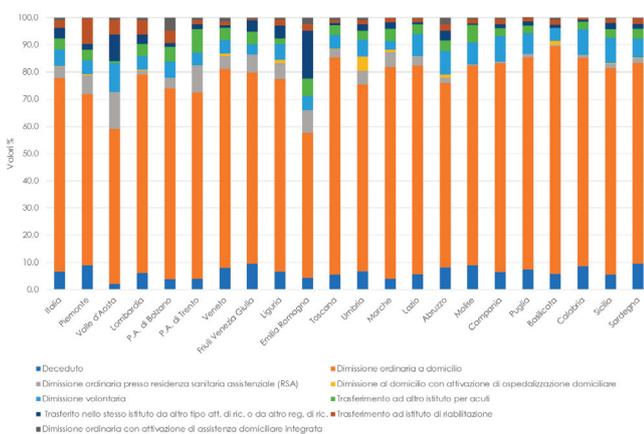


Fonte: Elaborazione su dati SDO, Ministero della Salute – ©OISED

sitari, il 10,3% in Case di cure private, il 9,2% in Aziende ospedaliere, il 5,5% in Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, il 2,3% in Ospedali classificati e lo 0,4% in Istituti non classificati presidi della USL.

La dimissione a domicilio risulta essere la tipologia più adottata (71,3% dei ricoveri), quella presso il proprio domicilio con attivazione di ospedalizzazione domiciliare la meno frequente (0,4% dei ricoveri).

**Figura 14. Composizione ricoveri in aczie per alcool per modalità di dimissione, anno 2022**



Fonte: Elaborazione su dati SDO, Ministero della Salute – ©OISED

A livello regionale, la percentuale massima di dimissioni ordinarie a domicilio si riscontra in Basilicata (83,8%) mentre la percentuale minima in Emilia Romagna (53,5%).

Le dimissioni volontarie oscillano invece in un range

che va da un massimo del 10,6% in Valle d'Aosta ad un minimo del 3,2% in Marche.

Il ricorso a dimissioni ordinarie presso residenze sanitarie assistenziali (RSA) sembra essere una prerogativa delle Regioni del Nord, in particolare della Valle d'Aosta e della P.A. di Trento.

Il trasferimento in istituti di riabilitazione ha interessato principalmente il Piemonte (9,4%) e il Friuli Venezia Giulia (0,5%).

Le dimissioni ordinarie con attivazione di assistenza domiciliare integrata sembrano essere presenti in quasi tutte le realtà ad eccezione della Calabria.

Infine, le dimissioni con decesso oscillano da un massimo del 9,5% in Friuli Venezia Giulia ad un minimo del 2,0% nella Valle d'Aosta.

**Emergenza-Urgenza**

Nel 2021, sono stati effettuati 29.362 accessi al pronto soccorso (flusso EMUR del Ministero della Salute), ovvero 59,6 ogni 100.000 ab., con il valore massimo riscontrato nel Nord-Est (93,5) e quello minimo (21,3) nel Mezzogiorno.

A livello regionale, il ricorso al pronto soccorso oscilla da un valore minimo di 5,8 accessi ogni 100.000 ab. della P.A. di Trento, ad uno massimo di 373,6 del Friuli Venezia Giulia, a fronte di un valore mediano di 48,9.

Il 53,6% degli accessi sono associati ad un codice di triage verde (poco critico), il 32,0% ad un codice giallo (mediamente critico), l'11,1% ad un codice bianco (non critico), il 2,5% ad un codice rosso e lo 0,12% al decesso.

Il 10,3% dei pazienti che accede al PS viene ricoverato in reparto ed il 7,1% accede in OBI (Osservazione Breve Intensiva).

**Trattamenti**

In merito alle tipologie di trattamento adottate per i soggetti con dipendenza da alcool, secondo quanto riportato nella Relazione al Parlamento del Ministero della Salute sugli interventi realizzati ai sensi della Legge n. 25 del 30.3.2001, nel 2021, il 31,4% è stato sottoposto a trattamenti farmacologici, il 26,0% al counseling (singolo o di famiglia), il 15,9% a trattamenti socio-riabilitativi, il

3,2% viene inserito in gruppi di Auto/Mutuo Aiuto ed il 3,2% ad inserimenti in comunità (residenziale e semiresidenziale).

Si riscontrano delle differenze di approccio terapeutico nelle diverse realtà regionali: l'utilizzo di un approccio farmacologico oscilla da un valore minimo pari a 21,9% degli utenti in carico dell'Abruzzo, ad uno del 53,6% della P.A. di Trento; quello psicologico dal 4,5% degli utenti trattati in Emilia Romagna, al 29,9% di quelli trattati nella P.A. di Bolzano; l'inserimenti in comunità oscilla da un valore minimo pari allo 0,6% degli utenti in carico nella P.A. di Trento, al 5,7% di quelli trattati in Emilia Romagna; l'inserimento in gruppo di auto/mutuo aiuto oscilla dallo 0,8% degli utenti in carico in Emilia Romagna al 12,2% di quelli in Basilicata.

I principi attivi utilizzati per il trattamento dell'alcol dipendenza sono disulfiram, sodio oxibato, acamprosato, naltrexone, metadoxina e nalmefene. Nel 2021 si è registrato un consumo totale a carico del SSN di 196,0 DDD per milione di abitanti die, in riduzione del 6,3% medio annuo rispetto al 2015: tale riduzione ha interessato soprattutto il sodio oxibato (-14,4% medio annuo); è invece cresciuto quello di metadoxina (+11,5% medio annuo) e naltrexone (+6,7% medio annuo). Il disulfiram rappresenta il 55,2% dei consumi (108,1 DDD ogni milione di ab.), seguita dal sodio oxibato con il 21,1% (41,3 DDD ogni milione di ab.), e dall'acamprosato con il 14,8% (28,9 DDD), dal naltrexone con il 7,8% (15,3 DDD).

In regime di assistenza convenzionata, il 53,4% dei pazienti viene trattato con disulfiram, il 29,1% con acamprosato, il 13,2% con naltrexone.

È opportuno far presente che, per quasi il 75 % dei pazienti in carico, sono presenti delle prescrizioni associate a farmaci neuropsichiatrici: antidepressivi, antiepilettici e antipsicotici, per via delle concomitanti patologie psichiatriche di questi pazienti.

Rispetto al 2015 si registra una significativa riduzione del consumo di farmaci e quindi della spesa, soprattutto per la componente a carico del SSN.

Nel complesso, la spesa farmaceutica a carico del SSN, nel 2021, è stata pari a € 4,78 mln (€ 8,1 ogni 100 abitanti), di cui l'82% nelle strutture pubbliche, il 17,8%

nel canale delle farmacie aperte al pubblico ed il 5% di distribuzione per conto.

## 5. COSTI DELL'ASSISTENZA SANITARIA PER LE DIPENDENZE

La determinazione del costo sostenuto per l'assistenza sanitaria extra-ospedaliera ai tossicodipendenti è stata effettuata avvalendosi dei modelli LA (Livelli di Assistenza) elaborati dal Ministero della Salute.

Il costo complessivo per l'assistenza dei soggetti con dipendenze patologiche, nel 2021, rinveniente dalla voce del modello LA "Assistenza alle persone con dipendenze patologiche", è pari a € 2.261.000.082, di cui € 1.512.430.926 (66,9%) per la presa in carico da parte dei Ser.D: quest'ultimo in aumento del +6,0% rispetto al 2019 (1.427.264.844).

L'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale rappresenta il 66,9% del totale, l'assistenza residenziale il 27,6 e l'assistenza semi-residenziale il restante 5,6%.

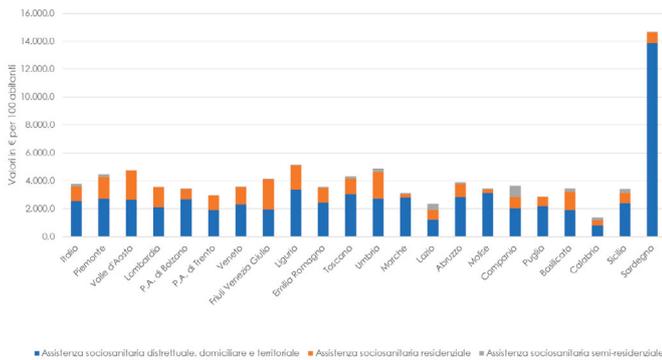
A livello regionale, nel 2021, il costo complessivo per l'assistenza dei soggetti con dipendenze patologiche è massimo in Lombardia (€ 357.809.464) e minimo in Valle d'Aosta (€ 5.906.580).

Limitando l'analisi alla presa in carico nei Ser.D, nel 2021, il costo complessivo per l'assistenza dei soggetti con dipendenze patologiche è massimo in Sardegna (€ 220.164.088) e minimo in Valle d'Aosta (€ 3.302.575).

Il costo complessivo annuo nazionale, nel 2021, è pari a € 3.816,9 per 100 abitanti ed in aumento rispetto al 2019 del +5,8% (€ 3.606,1 per 100 abitanti); a livello regionale il valore oscilla da un minimo di € 1.414,2 per 100 abitanti in Calabria ad un massimo di € 14.652,4 per 100 abitanti in Sardegna.

Limitando l'analisi alla presa in carico nei servizi pubblici, nel 2021, il costo per l'assistenza dei soggetti con dipendenze patologiche è pari a € 2.553,2 per 100 abitanti ed in aumento rispetto al 2019 del +7,0% (€ 2.386,1 per 100 abitanti); a livello regionale il valore oscilla da un minimo di € 823,9 per 100 abitanti in Calabria ad un massimo di € 13.846,4 per 100 abitanti in Sardegna.

**Figura 15. Costo dell'assistenza per dipendenze patologiche, anno 2021**



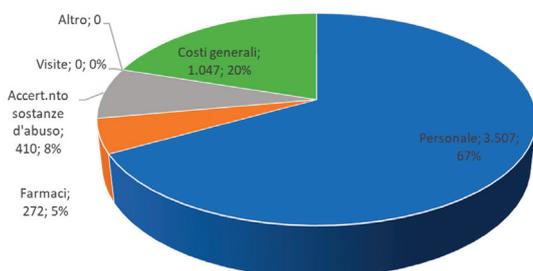
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - @OISED

La spesa pubblica per l'assistenza residenziale risulta pari a € 1.051,6 ogni 100 abitanti, in riduzione rispetto al 2019 del -1,5% (€ 1.068,0 per 100 abitanti); a livello regionale il valore oscilla da un minimo di € 237,0 per 100 abitanti in Molise ad un massimo di € 2.129,8 in Friuli Venezia Giulia.

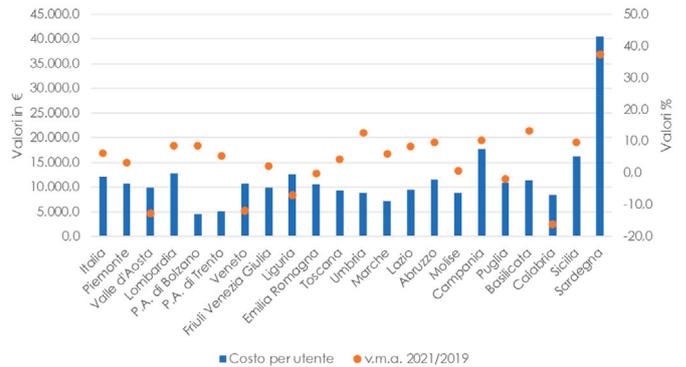
Il costo per l'assistenza semi-residenziale è pari a € 212,1 per 100 abitanti e in aumento rispetto al 2019 del +39,5% (€ 152,0 per 100 abitanti); a livello regionale il valore oscilla da un minimo di € 4,1 per 100 abitanti nella P.A. di Bolzano ad un massimo di € 809,6 per 100 abitanti in Calabria.

Nei modelli LA è fornito il dato di spesa per tutte le dipendenze, ma indistinto: di conseguenza, ci si è avvalsi di una expert opinion per stimare la composizione per tipo di dipendenza; partendo dal dato sul numero di utenti con dipendenza in carico presso i servizi (pubblici e del privato sociale), e considerando il diverso carico relativo delle diverse tipologie di dipendenza, si è determinato il costo medio unitario di un utente in trattamento, distinto per tipo di dipendenza: da stupefacenti,

**Figura 17. Costo medio annuo (€) dell'assistenza per utente: dipendenza da stupefacenti**



**Figura 16. Costo per utente dell'assistenza per dipendenze patologiche, anno 2021**



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - @OISED

da alcol o da altre forme di dipendenza (gioco d'azzardo, tabagismo etc.).

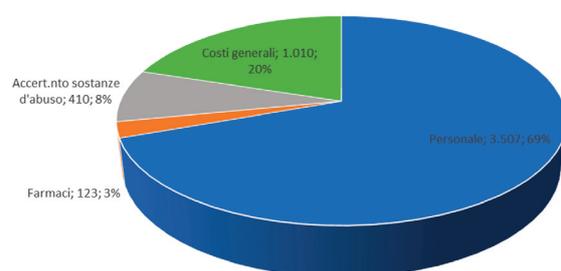
Le voci prese in considerazione sono: personale, farmaci per il trattamento della dipendenza specifica, esami per l'accertamento delle sostanze di abuso e di routine, nonché costi generali nei quali rientra anche la voce per la vigilanza etc. Le visite specialistiche di monitoraggio non sono state valorizzate poiché il loro costo è di fatto incluso nella voce di spesa del personale.

In merito a quest'ultima voce, si è ipotizzato che l'onere per un soggetto con dipendenza da stupefacenti o da alcol fosse pari al doppio di quello dedicato ad un soggetto con altre forme di dipendenza.

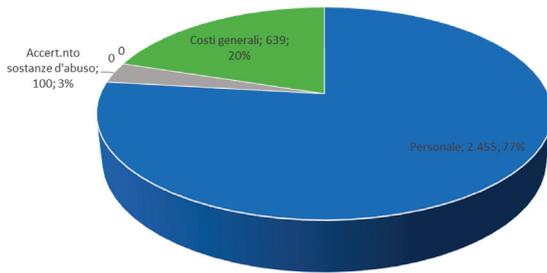
Sulla base delle assunzioni descritte, il costo medio annuo di un utente tossicodipendente in trattamento presso i SerD si può stimare essere pari a € 5.236,0; quello di un utente con dipendenza da alcol € 5.050,0; per un utente con altre forme di dipendenza € 3.194,0.

Per quanto concerne la presa in carico nel privato sociale, è stata calcolata una spesa media annua per assistito sostenuta dal SSN di € 23.471,0.

**Figura 18. Costo medio annuo (€) dell'assistenza per utente: dipendenza da alcol**



**Figura 19. Costo medio annuo (€) dell'assistenza per utente: altre forme di dipendenza**



Per l'attività legata ai ricoveri in acuzie, per i tossicodipendenti, si sostiene un costo medio pro-capite nazionale pari a € 738,4 per gli ordinari e € 2,6 per i diurni. Tale valorizzazione è stata ottenuta avvalendosi delle tariffe DRG vigenti, selezionando tutti i ricoveri con diagnosi associate alla tossicodipendenza (dettaglio in appendice). Per gli ordinari, a livello regionale, si passa da un valore massimo di € 1.321,1 della Liguria, ad un minimo di € 272,1 della Calabria, a fronte di un valore mediano pari a € 754,4; per i diurni si passa da un valore massimo di € 8,6 del Lazio, ad un minimo di € 0,1 della Lombardia, a fronte di un valore mediano pari a € 2,2.

Per l'attività legata ai ricoveri in acuzie, per i soggetti con dipendenza da alcol, si sostiene un costo medio pro-capite nazionale pari a € 2.995,8 per gli ordinari e € 16,7 per i diurni. Per gli ordinari, a livello regionale, si passa da un valore massimo di € 5.304,0 della P.A. di Bolzano, ad un minimo di € 1.759,0 della Sicilia, a fronte di un valore mediano pari a € 3.501,5; per i diurni si passa da un valore massimo di € 99,1 del Friuli Venezia Giulia, ad un minimo di € 3,0 della Puglia, a fronte di un valore mediano pari a € 15,2.

Per l'attività legata ai ricoveri in acuzie, per i tossicodipendenti, si sostiene un costo medio per ricovero nazionale pari a € 2.654,3 per gli ordinari e € 244,4 per i diurni. Per gli ordinari, a livello regionale, si passa da un valore massimo di € 3.615,8 dell'Abruzzo, ad un minimo di € 2.098,4 del Molise, a fronte di un valore mediano pari a € 2.550,2; per i diurni si passa da un valore massimo di € 724,0 del Friuli Venezia Giulia, ad un minimo di € 162,0 della Basilicata, a fronte di un valore mediano pari a € 243,1.

Per i soggetti con dipendenza da alcol, si sostiene un

costo medio per ricovero nazionale pari a € 4.585,4 per gli ordinari e € 360,4 per i diurni. Per gli ordinari, a livello regionale, si passa da un valore massimo di € 5.767,7,8 del Lazio, ad un minimo di € 3.152,9 della P.A. di Bolzano, a fronte di un valore mediano pari a € 4.360,0; per i diurni si passa da un valore massimo di € 613,6 del Friuli Venezia Giulia, ad un minimo di € 250,1 della P.A. di Bolzano, a fronte di un valore mediano pari a € 318,2.

## 6. IMPATTO SUL SISTEMA GIUDIZIARIO

### *Dipendenza da stupefacenti*

Il fenomeno della tossicodipendenza genera anche costi sociali derivanti dalle attività pubbliche di contrasto all'attività criminale, oltre che da quelle relative alla conseguente gestione giudiziale, legata tanto agli illeciti amministrativi, che ai reati commessi dai soggetti con dipendenza.

L'esclusione/auto-esclusione dal contesto sociale produttivo, spesso connesso alla dipendenza dalla sostanza stupefacente, si associa frequentemente a comportamenti criminogeni, che si estrinseca sia in reati penalmente rilevanti, commessi in prima persona, sia per la partecipazione o l'essere la causa di reati connessi alla produzione, importazione e smercio di stupefacenti.

Nello specifico, senza pretesa di esaustività, la casistica inerente i reati contravvenzionali associati al fenomeno delle dipendenze comprende la violazione degli artt. 186 e 187 del Codice della Strada; quella dei reati è associata invece agli artt. 73, 74 e 75 del D.P.R. 309/90 (per lo spaccio di sostanze stupefacenti i primi due, e per l'uso personale di sostanze il terzo).

Uno dei maggiori problemi legati alla dipendenza da sostanze, soprattutto nell'ambito degli stupefacenti, è la reiterazione degli illeciti penali da parte del soggetto, che finisce per esaurire in poco tempo tutti i meccanismi premiali previsti dalla legge, fino a determinare l'ingresso dell'autore nel sistema di aggravanti che, alla fine del percorso processuale, conduce alla misura carceraria.

Per comprendere come il soggetto che delinque in ragione del proprio stato di tossicodipendenza sia desti-

nato ad esaurire rapidamente tali possibilità, in ambito penale, si dispone di una serie di meccanismi premiali e deflattivi, sostanziali e processuali quali: la sospensione condizionale della pena (art. 163 c.p.), la particolare tenuità del fatto (131 bis c.p.), l'istituto della messa alla prova (mutuato dal processo minorile, nel quale già era previsto dalla legge, art. 168 bis c.p.), il perdono giudiziale (per i minori degli anni 18- art. 169 c.p.).

Di fatto i soggetti con problemi droga-correlati rappresentano circa il 25% circa del totale della popolazione detenuta: l'Italia si attesta come il Paese, tra quelli aderenti al Consiglio d'Europa, con il più alto numero di detenuti per reati di droga.

Sarebbe, quindi, auspicabile che il momento terapeutico fosse sempre preminente rispetto a quello sanzionatorio e che, nella difficile ricerca di un punto di equilibrio tra pena e terapia, prevalesse sempre il rispetto del principio personalista (art. 2 Cost.) e del corretto sviluppo della persona.

A tali elementi di riflessione occorre aggiungere un ulteriore dato di non trascurabile rilievo, già ampiamente valorizzato in dottrina: la lunghezza dei tempi processuali, in considerazione dei quali, nella stragrande maggioranza dei casi, il percorso di recupero viene attivato a distanza di molto tempo dalla commissione del fatto, producendo così il duplice effetto distorto di aggravare la condizione del tossicodipendente e di non arginare tempestivamente il pericolo di recidiva.

In tal senso appaiono assolutamente condivisibili le proposte di introduzione di riti premiali sottoposti a termini particolarmente stringenti, con contestuale possibilità per il Giudice di applicare direttamente in sentenza misure terapeutiche alternative alla detenzione.

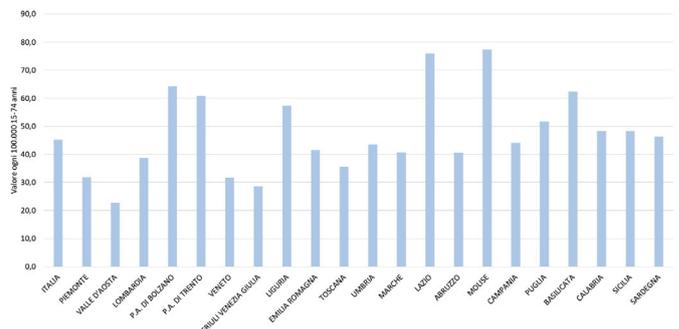
Nell'ambito di queste ultime, è infine del tutto evidente come piani terapeutici maggiormente tempestivi, individualizzati e appropriati, potrebbero favorire significativamente il recupero del condannato e il suo reinserimento sociale diminuendo, allo stesso tempo contemporaneamente, il pericolo di recidiva.

Ciò premesso, nel 2022, in Italia, sono state effettuate 26.685 denunce per violazione degli artt. 73 e 74 del DPR n.309/1990: 60,3 ogni 100.000 ab. di 15-74 anni. Il tasso

più alto, pari a 75,7 (per 100.000 ab. di 15-74 anni) si riscontra nel Centro, segue il Sud con 63,5, il Nord-Ovest con 51,7 ed il Nord-Est con 51,0.

A livello regionale si passa dal valore minimo della Valle d'Aosta (30,3 per 100.000 ab. di 15-74 anni) ad uno massimo del Molise (102,8).

**Figura 20. Tasso di denunce per reati droga-correlati, anno 2022**



Fonte: Dipartimento politiche antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri – @OISED

Nell'ultimo anno si è registrata una riduzione del tasso di denunce pari al -11,1%, e rispetto al 2015 del -10,6%.

Nel 2022, per i reati oggetto del report, sono state condannate con sentenza definitiva 11.884 persone, ovvero il 9,0% delle condanne totali.

I detenuti per reati connessi agli artt. 73 e 74 rappresentano il 31,8% della popolazione carceraria.

Il numero dei detenuti tossicodipendenti (al 31/12/2022), sono 16.845, in aumento rispetto al 2015 del 25,1% (13.465 detenuti) e in riduzione rispetto al 2019 del -0,5% (16.934 detenuti).

Il 32,9% dei detenuti è straniero (5.548 detenuti), dato in aumento rispetto al 2015 del +37,5% (4.034 detenuti) ed in riduzione rispetto al 2019 del -4,4%.

**Dipendenza da alcol**

La violazione al Codice della Strada degli Artt. 186 e 186 bis, che recita guida sotto l'influenza dell'alcol, comporta diverse pene a seconda della gravità:

- una sanzione amministrativa nel caso di tasso alcolemico tra 0,5 e 0,8 g/l (anche tra 0 e 0,5g/l per 186bis).

- l'inizio di un procedimento penale, oltre alla sanzione amministrativa, nel caso di tasso alcolemico rilevato tra 0,8g/l e 1,5 g/l e oltre 1,5g/l.

Con tasso alcolemico superiore a 1,5g/l è sempre disposta la sospensione della patente fino all'esito della visita medica.

Secondo quanto riportato nella relazione al Parlamento del Ministero della Salute, nel 2021, il 9,7% degli incidenti con lesioni osservati da Polizia e Carabinieri, hanno almeno uno dei conducenti dei veicoli coinvolti in stato di ebbrezza; sono il 3,2% (1.676) quelli per i quali è stato invece rilevato l'effetto di stupefacenti. L'incidenza dello stato di ebbrezza alla guida risulta in aumento rispetto al 2020, mentre è in lieve diminuzione per la droga (9,2% e 3,5%); il dato era rispettivamente pari all'8,7% e 3,4% nel 2019.

La Polizia stradale ha rilevato, nel 2021, 11.717 violazioni degli art. 186 e 186bis, di cui il 20,4% con incidenti stradali.

Gli incidenti mortali rilevati dai Carabinieri per violazione degli art. 186 e 186bis del codice della strada rappresentano l'8% (51) di tutti gli incidenti mortali; si sono registrati 63 decessi e 5.602 feriti (rispettivamente 5,3% e 11,4% del totale degli incidenti).

Assumendo una diversa ottica, risulta che il 36% delle sanzioni per guida in stato di ebbrezza e il 57% di quelle per guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti sono state elevate in occasione di incidente stradale.

La Polizia stradale ha rilevato, nel 2021, 11.717 violazioni degli art. 186 e 186bis, di cui il 20,4% con incidenti stradali.

## 7. IMPATTO ECONOMICO

Per quanto concerne la stima dell'impatto economico del fenomeno delle dipendenze, è stata effettuata una analisi *cost of illness*, mediante un modello di simulazione stocastica, finalizzato anche a stimare il potenziale impatto di alcune azioni di politica sanitaria e sociale.

Il modello stima, quindi, il costo medio annuo del fenomeno della dipendenza, disaggregato per tipologia di

abuso, nella prospettiva della Società.

In questa prima annualità dell'Osservatorio, la stima dell'impatto economico è stata determinata per la dipendenza da stupefacenti e da alcol. Avendo una parte gli utenti affetti da queste forme di dipendenza, una dipendenza da più tipologie di sostanze di abuso, si è convenuto che questi "policonsumatori" (nello specifico di stupefacenti e alcol) venissero inclusi nella stima relativa alla stima dei costi legati alla dipendenza da stupefacenti, essendo prevalente il carico assistenziale per il trattamento di questa forma di dipendenza; di conseguenza, il costo medio annuo del fenomeno della dipendenza da alcol si riferisce ai soli consumatori di solo alcol.

Non sono stati considerati i costi delle patologie o degli interventi indirettamente derivanti, almeno in parte, dalle forme di dipendenza: ad esempio trapianti di fegato, patologie oncologiche etc. Tali costi sono stati per ora esclusi poiché non si dispone del dato del tempo di esposizione al rischio dei diversi soggetti.

È evidente che la considerazione di questi costi per alcune Patologie Alcol Correlate determinerebbe ulteriori costi, assai notevoli, per il SSN.

Sono altresì esclusi dalla valorizzazione i costi indiretti conseguenti ai decessi.

### 7.1. Costo della dipendenza da stupefacenti e poli consumatori

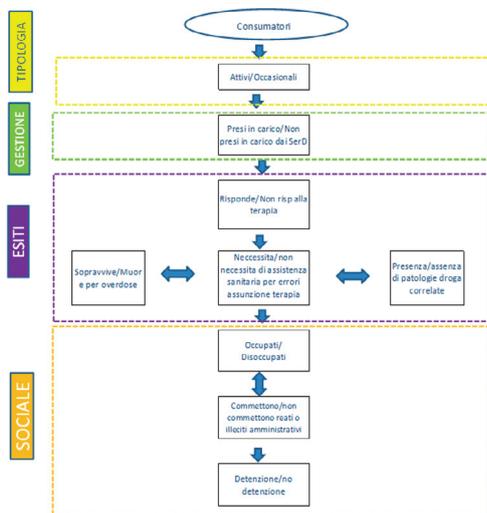
Per la determinazione del costo della dipendenza da stupefacenti (comprensiva dei costi dei poli consumatori dipendenti anche dall'alcol) l'analisi effettuata ha preso in considerazione i seguenti aspetti:

1. la tipologia di consumatori (attivi o occasionali)
2. la gestione del consumatore (presa in carico o meno da parte dei servizi)
3. gli esiti della presa in carico (rispondenza o meno ai trattamenti, presenza di patologie correlate alla sostanza di abuso)
4. gli aspetti sociali (commissione di illeciti amministrativi, reati, detenzione etc.).

Il modello prende in considerazione più "stati": il primo

relativo alla “tipologia di consumatore”, che prevede la distinzione tra consumatore abituale (attivo) o occasionale; il secondo, relativo alla “gestione” dello stesso, che riguarda la presa in carico o meno da parte dei diversi servizi disponibili (bassa soglia, drop-in, SerD, comunità terapeutiche, carcere etc.); il terzo, relativo agli “Esiti”, considera, in particolare, la risposta ai trattamenti terapeutici (psicologici, farmacologici, etc.), il “controllo” delle manifestazioni della patologia (continua a lavorare, non commette reati, etc.), se il soggetto contrae o meno patologie droga-correlate (HIV, HCV, AIDS), se ricorre o meno a servizi sanitari (accessi al pronto soccorso, ricoveri, visite ambulatoriali) per eventuali complicanze da overdose, intossicazioni, errori di assunzione delle terapie etc.; un ultimo stato, “Sociale”, è relativo alla commissione o meno di illeciti amministrativi o reati e l’eventuale stato di detenzione.

**Figura 21. Core model cost of illness dipendenza da stupefacenti**



Fonte: @OISED

Sono stati così ottenuti 104 profili di “utenti” consumatori di sostanze stupefacenti e poli consumatori (stupefacenti e alcol).

Per ogni “stato”, con riferimento all’anno 2022, è stato quindi stimato il numero di casi afferenti (espresso con un range di valori che tiene conto delle incertezze nelle stime disponibili); in particolare, sulla base delle indicazioni del board scientifico, si è convenuto di individuare un valore minimo del range di casi che fosse associato

al consumo di droghe come sostanza primaria di abuso, e un valore massimo coerente con la considerazione dell’uso di droghe anche se come sostanze secondarie.

**Tabella 1. Casistica media, per “stato” (2022)**

	Numero	Fonte
Consumatori totali	7.500.000	
Attivi	740.000	EMCDDA, Relazione europea sulla droga
Occasionali	6.760.000	
Trattati	150.818	
SerD	127.365	Ministero della Salute
Privato sociale (ambul, resid e semires)	12.817	Rel. sul fenomeno delle tossicod. in Italia, Dip Polit. Antidroga, Pres. Cons. Ministri
Carcere	10.636	Expert opinion su dati relazione tossicod. in Italia, Dip Polit. Antidroga, Pres. Cons. Ministri
Rispondenti ai trattamenti	90.491	
Patol. droga correlate	195.457	
HCV	187.500	ISS
HIV	7957	
Decessi	498	
Overdose	298	Rel. sul fenomeno delle tossicod. in Italia, Dip Polit. Antidroga, Pres. Cons. Ministri
AIDS	200	ISS
Con assist sanitaria (ricoveri, accessi al PS)	26.106	Ministero della Salute
Illeciti amministrativi e reati	38.562	Relazione tossicod. in Italia, Dip Polit. Antidroga, Pres. Cons. Ministri
Detenuti	21.272	Expert opinion su dati relazione tossicod. in Italia, Dip Polit. Antidroga, Pres. Cons. Ministri

A seguire, per ogni stato, è stata elaborato un costo unitario medio per ogni tipologia di utente.

Voce	Costo medio unitario annuo (€)	Fonte
Trattamento nel SerD	5.234	Elab. Su dati Modello LA, Ministero della Salute
Personale	3.505	Elab. Su dati Modello LA, Ministero della Salute
Farmaci	272	Elab. su dati Rapporto OSMED, AIFA
Accert. nto sostanze d'abuso	410	Lucchini A, Varango C., <i>Sviluppo e innovazioni nell'utilizzo della matrice cheratinica nei Servizi delle Dipendenze in Italia (2021)</i>
Altro (costi generali)	1.047	Stimati pari al 20% del costo totale dei SerD
Trattamento in comunità	23.471	Elab su dati Modello LA, Ministero della Salute e Relazione DPA
Trattamento nei servizi pubblici e del privato sociale	8.006	Elab. su dati Modello LA, Ministero della Salute
Patologie droga-correlate	11.300	Ravasio et al., 2020
Decessi	4.120	Rel. DPA (Costo medio decesso per overdose e per AIDS)
Assistenza sanitaria	2.100	Elab. su casistica con nomenclatore tariffario specialistica e tariffe DRG
Reati e illeciti amministrativi	9.600	Elaborazione su dati Relazione DPA
Detenzione	48.180	Polizia penitenziaria

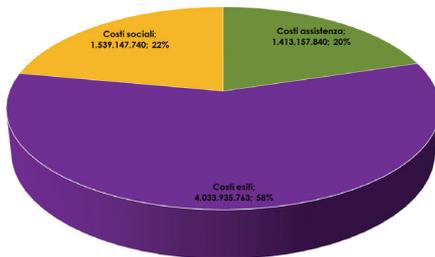
Infine, è stato calcolato e riaggregato il costo totale derivante dalle dipendenze.

Sulla base delle ipotesi fatte, il modello predisposto porta a stimare che, in Italia, il costo (2022) attribuibile alle dipendenze da stupefacenti sarebbe pari a € 7,0 mld.

Considerando che il valore economico degli stupefacenti consumati è stimato in € 15,5 mld., l'impatto economico del fenomeno raggiunge i € 22,5 mld.

In particolare, sarebbero attribuibili agli esiti delle dipendenze (patologie droghe-correlate, decessi e assistenza ospedaliera) € 4,03 mld. (58%); i costi della componente Sociale (ordine pubblico, illeciti amministrativi e/o reati, e detenzione), ammonterebbero a € 1,54 mld. (22%) e quelli relativi alla presa in carico da parte dei SerD e del privato sociale ai restanti € 1,41 mld. (20%).

**Figura 22. Composizione del costo della dipendenza da stupefacenti**



Fonte: @OISED

Nello specifico, i costi relativi agli Esiti sono quasi per la totalità attribuibili alla gestione delle patologie droga-correlate (HIV, HCV etc.), con un minimo residuo relativo ai decessi e agli accessi alle strutture ospedaliere (pronto soccorso e ricoveri), pari a € 53,8 mln. (+10,1% rispetto al 2019).

Tra i costi Sociali, la voce maggiore è rappresentata dalla detenzione, che rappresenta il 67,9% del costo (€ 1,04 mld.), seguita da quella associata alla gestione degli illeciti amministrativi e/o reati.

Dei costi di presa in carico di tale tipologia di utenti, € 1,4 mld (57,0% del totale dei costi dei servizi pubblici e del privato sociale per le dipendenze), il 34,6% è per il trattamento presso i servizi del privato sociale (comunità terapeutiche etc.), il restante 65,4% per il trattamento presso

i SerD; di quest'ultimo costo, il 67,0% è relativo al personale, il 5,2% ai farmaci, e agli esami per accertamento sostanze di abuso il 7,8%. Il costo delle visite non è stato considerato poiché incluso in quello del personale.

**Il modello è stato implementato con la finalità primaria di consentire di valutare le ricadute di azioni di politica sanitaria, sociale e giudiziaria, sui costi sociali delle dipendenze.**

Con questa finalità, il board scientifico ha indicato alcune azioni ritenute di potenziale efficacia: in particolare si è valutato l'impatto di un miglioramento dell'aderenza al trattamento, ottenibile con i nuovi approcci farmaceutici e/o con il potenziamento dell'assistenza psicologica, dell'intercettazione precoce dei consumatori, nonché la riduzione di situazioni di stigma attraverso il potenziamento del ricorso a misure alternative alla detenzione.

A questo fine si sono ipotizzati alcuni effetti e poi sono state condotte delle simulazioni probabilistiche con il metodo Montecarlo.

Per quanto concerne le ipotesi alla base degli scenari, l'adozione di azioni finalizzate a migliorare l'aderenza alla terapia, quali il ricorso a trattamenti terapeutici long acting o l'incremento del ricorso ai trattamenti psicologici, sulla base dell'expert opinion, si è assunto che si possa ottenere una crescita della quota degli attivi trattati di 10 punti percentuali, con un dimezzamento degli esami per accertamento d'abuso e delle visite di controllo; ovviamente l'onere sarebbe rappresentato da un incremento della spesa farmaceutica (posta pari al triplo dell'attuale), un dimezzamento della spesa per gli esami ed un raddoppio di quella per le visite psicologiche.

Secondo gli scenari elaborati con il modello, il saldo degli effetti citati sarebbe una riduzione del costo totale di circa € 104 mln. annui.

Sul versante del potenziamento dei Servizi e di un incremento nonché del monitoraggio dell'efficacia dei Servizi a bassa soglia, si è ipotizzato si possa produrre un incremento del 25% degli utenti attivi, che genererebbe una crescita del 10% del costo di presa in carico presso i SerD ed una riduzione degli utenti che commettono reati del 10%.

In tal caso gli scenari elaborati portano a stimare un risparmio potenziale di circa € 183 mln. annui.

Per quanto concerne il sistema giudiziario, un più tempestivo inserimento in percorsi riabilitativi, che consentirebbero di accedere a pene alternative alla detenzione, destinati a produrre una riduzione dei costi attribuibili agli Esiti e alla dimensione Sociale (ordine pubblico e aspetti giudiziari), attraverso un contestuale aumento degli utenti presi in carico dal privato sociale (con comprensivo aggravio dei costi dell'assistenza necessari per l'adeguamento delle infrastrutture per la gestione di tale categoria di utenti), secondo gli scenari elaborati comporterebbe un risparmio pari a € 59 mln. per ogni punto percentuale di riduzione degli Esiti droga-correlati e dei reati/illeciti amministrativi.

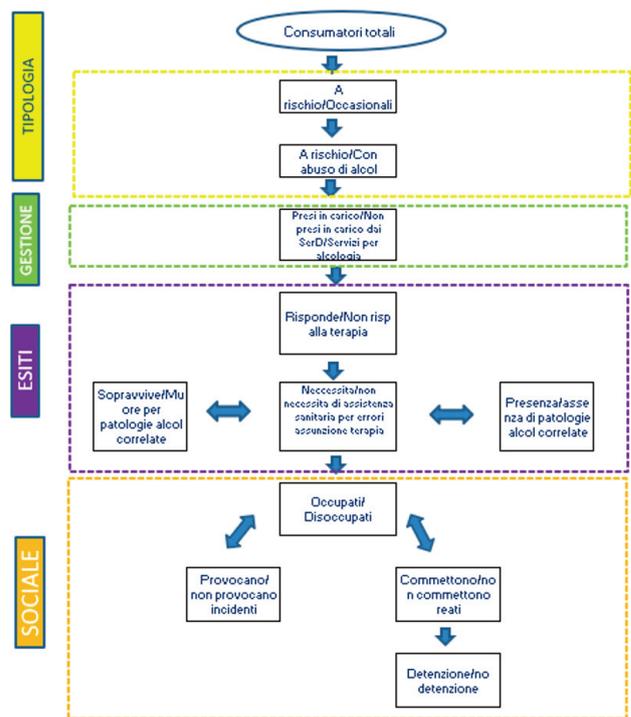
### 7.2. Costo della dipendenza da alcol

Anche per la dipendenza per l'alcol il modello prevede una stratificazione degli utenti: in particolare è stato previsto uno stato relativo alla "tipologia di consumatore", che prevede la distinzione tra consumatore a rischio o occasionale; nello specifico, si è considerato se si tratta di consumatore che fa abuso di alcol<sup>8</sup> o meno; una seconda stratificazione è relativa alla "gestione" dell'utente, riguardando la presa in carico o meno da parte dei diversi servizi disponibili (SerD, Servizi di alcolologia, associazioni auto mutuo aiuto, comunità terapeutiche, carcere etc.); nel terzo, relativo agli "Esiti", si considera la risposta ai trattamenti (psicologici, etc.), il "controllo" denti stradali, reati, etc.); inoltre, se il soggetto contrae o

meno patologie alcol-correlate (steatosi alcolica, cirrosi...), e se ricorre o meno a servizi sanitari (accessi al pronto soccorso, ricoveri, visite ambulatoriali) per eventuali complicanze delle patologie, errori di assunzione delle terapie, incidenti etc.). Un ultimo stato, denominato "Sociale", è poi relativo alla commissione o meno di illeciti amministrativi o reati, e l'eventuale stato di detenzione.

Si fa presente che il modello non considera i costi sostenuti dal SSN per il trattamento di patologie attribuibili almeno in parte alla dipendenza da alcol, quali ad esempio trapianti di fegato, patologie oncologiche, patologie cardiovascolari, non essendo noti i tempi medi di esposizione all'alcol delle persone dipendenti.

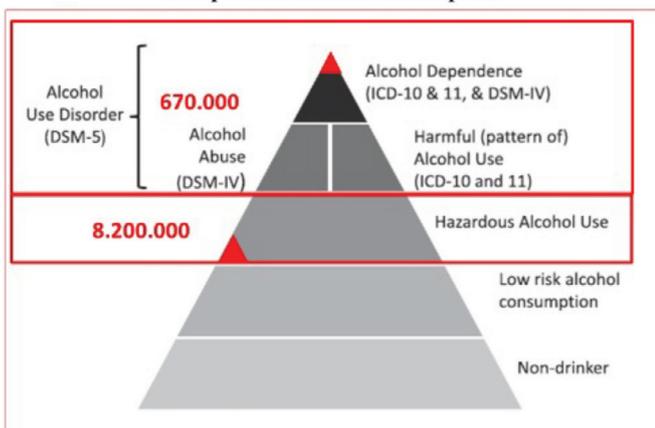
Figura 23. Core model cost of illness dipendenza da alcol



Fonte: @OISED

Sono stati ottenuti 108 profili di "utenti" consumatori di alcol ad alto rischio. Per ogni "stato", con riferimento all'anno 2021, è stato quindi stimato il numero di casi afferenti (espresso con un range di valori che tiene conto delle incertezze nelle stime disponibili); a seguire, è stata elaborata la composizione del totale dei consumatori di alcol ad alto rischio fra i vari "strati" (presi in carico, con patologie droga-correlate, decessi, necessitano di assistenza sanitaria, occupati, autori di illeciti amministrativi

The spectrum of alcohol use and misuse, and disorder related to repetitive alcohol consumption



(Saunders et al., Alcohol Clin Exp Res, 2019)

o commissione di reati, detenzione).

**Tabella 3. Casistica dipendenza da alcol, per “stato” (2021)**

	Numero	Fonte
<b>Consumatori totali</b>	<b>36.560.000</b>	ISS
Consumatori con abuso di alcol	670.000	Ministero Salute e Sounders et al. (2019)
Consumatori occasionali	35.890.000	ISS
<b>Trattati</b>	<b>87.490</b>	
SerD/servizi di alcologia	67.490	Ministero della Salute
Ambulatori ospedalieri	10.000	Ministero della Salute
Gruppi di Auto/Mutuo Aiuto	10.000	Ministero della Salute
Carcere	10	Expert opinion
Rispondenti ai trattamenti	34.996	Expert opinion
<b>Decessi</b>	<b>1.244</b>	
Epatopatie alcoliche	923	Rel. Ministero della Salute
Disturbi psichici e comportamentali dovuti ad alcol	258	
Cariomiopatia alcolica	25	
Altro	38	
Incidenti stradali	62	
<b>Assist sanitaria (osped. pat alcol correlate e accessi PS)</b>	<b>80.951</b>	
Ricoveri (pat alcol correlate e incidenti)	15.813	Ministero della Salute
Accessi PS	39.228	
Interventi 118	25.910	
Illeciti e reati amministrativi/penali (violazione artt. 186/187)	24.544	Rel. Ministero della Salute
Detenuti	100	Expert opinion

Ad ogni “stato” sono poi stati associati i costi unitari medi ad esso attribuibili.

**Figura 24. Composizione costo della dipendenza da alcol (2021)**

Voce	Costo medio unitario (€)	Fonte
Personale	3.507	Ministero della Salute
Farmaci	123	AIFA
Altri accertamenti	410	Expert opinion
Visite, terapia di gruppo etc.	0	
Altro (costi generali)	1.010	
Trattamento nei Servizi	5.050	
Trattamenti steatosi alcolica etc.	3.817	Ministero della Salute
Trattamenti altre patologie	148	Expert opinion
Patologie alcol-corr.te	3.965	Ministero della Salute
Decessi	4.436	Ministero Infrastrutture, dip mobilità sostenibile

Voce	Costo medio unitario (€)	Fonte
Assistenza sanitaria	1.636	Ministero della Salute e Rel. al parlamento su alcol
Costo sanitario medio incidente	1.196	Costo medio sanitario incidente stradale (Ministero Infrastrutture, dip mobilità sostenibile, Costi sociali incidente)
Reati e illeciti amministrativi	2.533	Ministero Infrastrutture, dip mobilità sostenibile, Rel. al Parlamento
Interventi legali	3.741	Rel. al Parlamento
Processi	2.908	
Segnalazione FF.OO.	385	
Procedimento amministrativo	1.118	
Detenzione	48.180	Polizia penitenziaria

Sulla base delle ipotesi fatte, si può stimare che, in Italia, il costo (2021) attribuibile alla dipendenza da alcol sarebbe pari a € 1,3 mld.

In particolare, sarebbero attribuibili agli Esiti dell'alcol dipendenza (patologie alcol-correlate, decessi, assistenza ospedaliera e accessi al Pronto soccorso) € 0,71 mld. (55% del totale); quelli relativi alla presa in carico da parte dei SerD/servizi di alcologia/servizi del privato sociale a € 0,46 mld. (36% del totale); i costi della componente Sociale (occupazione, illeciti amministrativi e/o reati, e detenzione), ammonterebbero ai residui € 0,11 mld. (9% del totale).

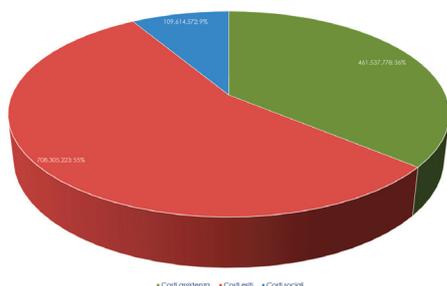
Nella valorizzazione degli Esiti, oltre ai ricoveri regi-strati nell'anno per le patologie alcol-attribuibili, sono state valorizzate due ecografie annue per il monitoraggio dei pazienti con patologie quali steatosi alcolica, cirrosi etc.

Si ribadisce che, invece, nelle patologie alcol-correlate non è stata considerata la gestione delle patologie indotte dall'alcol quali le patologie oncologiche, trapianti di fegato etc., non essendo noti i tempi di esposizione alla sostanza di abuso.

Inoltre, non sono stati valorizzati gli accessi in pronto soccorso delle persone incidentate o che hanno subito danni (violenza etc.) da persone che abusano di alcol.

I costi relativi agli Esiti sono quasi per la totalità (85,9%) attribuibili ai decessi e agli accessi alle strutture ospedaliere (pronto soccorso e ricoveri), pari a € 608,4 mln.

**Figura 24. Composizione costo della dipendenza da alcol (2021)**



Dei costi di presa in carico dei SerD/servizi di alcologia (pubblici), il personale ne rappresenta il 68,6%, i farmaci il 3,0%, gli esami per accertamento sostanze di abuso l'8,0%.

Infine, tra i costi Sociali, la voce maggiore è rappresentata dalla gestione dei reati amministrativi, che rappresentano il 96,2% del costo (€ 0,11 mld.), seguita da quella associata alla gestione degli illeciti amministrativi e/o reati.

Come già detto per le dipendenze da stupefacenti, la modellistica è stata implementata con la finalità di consentire di valutare le ricadute di azioni di politica sanitaria, sociale e giudiziaria.

Per la dipendenza da alcol, il board scientifico ha indicato quale azione ritenuta di potenziale efficacia, l'incremento degli utenti in carico del +10% attraverso attività di screening sulle abitudini di vita (es. iniziative specifiche dei Servizi del SSN, ambulatorio MMG), che comporterebbe una riduzione di richiesta di assistenza sanitaria alcol-correlata (patologie specifiche, trattamento di feriti di incidenti stradali etc.) e di denunce per violazioni degli artt. 186 e 187 del Codice della Strada di pari entità.

Secondo le simulazioni condotte con il modello, tale azione comporterebbe un risparmio per il Paese pari a € 23,4 mln.

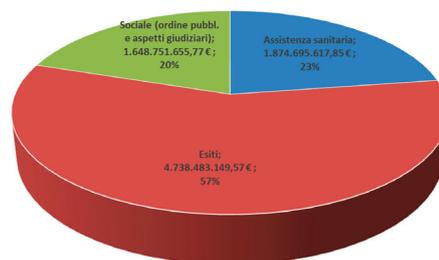
### 7.3. Costo della dipendenza da sostanze stupefacenti e da alcol

Considerando entrambe le forme di dipendenza prese in analisi in questa prima annualità, si genera un costo

per la Società pari a € 8,3 mld., di cui € 7,0 mld. per la dipendenza da stupefacenti e € 1,3 mld. per quella da alcol.

In particolare, il 57,0% del costo è attribuito agli Esiti, il 22,7% all'assistenza sanitaria ed il restante 20,3% al Sociale (illeciti/reati amministrativi/penali, detenzione).

**Figura 25. Composizione costo della dipendenza da stupefacenti e alcol**



Fonte: ©OISED

## 8. CONSIDERAZIONI FINALI

La prima annualità dell'Osservatorio si è concentrata sull'analisi dei modelli organizzativi, l'epidemiologia, l'impatto giudiziario ed economico del fenomeno della dipendenza da stupefacenti e da alcol.

I modelli predisposti per la determinazione del costo per la Società delle due forme di dipendenza, che rappresentano uno strumento deputato a quantificare scenari possibili per la valutazione delle politiche sanitarie, sociali e giudiziarie applicate al fenomeno delle dipendenze, senza pretesa di rappresentare uno strumento previsivo, permettono di trarre alcune indicazioni per la formulazione delle politiche settoriali.

In primo luogo, si conferma che il dimensionamento dell'offerta socio-sanitaria deputata alla presa in carico di soggetti con dipendenza da stupefacenti e/o alcol, presenta un'importante variabilità regionale, sia in termini di personale dedicato, che di tipologia di figure professionali; per la dipendenza da stupefacenti il Nord-Ovest risulta essere la realtà con il maggior organico in rapporto alla popolazione, agli utenti in carico, nonché in termini di ricorso al ricovero ospedaliero; per

quella da alcol è invece il Nord-Est. Per entrambe le forme di dipendenza il minor tasso di personale e di utenti in carico si registra nel Mezzogiorno del Paese.

Sebbene non si tratti di personale esclusivo per la presa in carico del soggetto con dipendenza da alcol, in termini di organico, il tasso di personale in rapporto agli utenti in carico per la dipendenza da stupefacenti è circa il 30% in meno rispetto alla dipendenza da alcol (5 vs 6,4 ogni 100 utenti in carico rispettivamente).

La composizione per ruolo professionale è sovrapponibile per le due forme di dipendenza. Se nel Mezzogiorno prevale il personale infermieristico e medico, nelle altre realtà assume un ruolo rilevante anche la figura dello psicologo.

Rispetto al 2015 si è registrata una riduzione del tasso di personale per la presa in carico dei tossicodipendenti nei SerD, in controtendenza con quanto registrato nel personale operante presso i servizi di alcologia: si sono perse nei SerD 0,5 unità in media e nei servizi di alcologia 0,4 in più ogni 100 utenti: la riduzione nei SerD ha interessato il Centro (-23,2%), il Mezzogiorno (-15,3%) ed il Nord-Est (-13,5%).

Il tasso di presa in carico degli utenti con dipendenza da stupefacenti, in rapporto alla popolazione, è circa il doppio di quello relativo alla dipendenza da alcol.

Per via della pandemia, nel 2020, si è registrato un calo della presa in carico, sebbene già nel 2021 in ripresa. Complessivamente, rispetto al 2015, si è però registrata una riduzione degli utenti in carico, che ha interessato soprattutto gli utenti con dipendenza da stupefacenti.

Se per l'alcol il maggior tasso di presa in carico si riscontra nel Nord-Est, per i tossicodipendenti nel Nord-Ovest. La quota di nuovi utenti è maggiore nella dipendenza da alcol (oltre il 25%); nei tossicodipendenti sfiora il 15%.

Il ricorso all'ospedalizzazione per le patologie alcol-attribuibili è circa 2,5 maggiore di quello per le patologie droga-correlate: 69,1 vs 28,9 ogni 100.000 ab.; e quest'ultimo in crescita rispetto al 2015.

Importante è il ricorso ai servizi di emergenza-urgenza per tali forme di dipendenza (il 60-70% degli accessi al Pronto soccorso sono attraverso il 118), con un rapporto

1:4 tra chi ha fatto abuso di droghe e chi di alcol, 18,4 e 59,6 ogni 100.000 rispettivamente; il primo fenomeno si concentra soprattutto nel Nord-Ovest del Paese, il secondo nel Nord-Est. In entrambe le tipologie di utenti il 60-70% degli accessi avvengono in seguito ad un trasporto da parte del 118 e in circa il 10% dei casi esitano in un ricovero ospedaliero.

Ancora in termini di organico, in Toscana, Campania e Sardegna, prevale la componente medica; in Liguria, Friuli Venezia Giulia, Lazio e Umbria quella infermieristica; P.A. di Bolzano e Valle d'Aosta rappresentano le realtà in cui prevale la presenza dello psicologo.

Da ultimo, osserviamo che la correlazione fra unità di personale dei SerD e l'utenza con dipendenza da stupefacenti in carico risulta essere bassa (35,2%) indicando l'assenza di standard omogenei di programmazione. A riprova di ciò, alcune Regioni, quali ad esempio Campania e Friuli Venezia Giulia, o Veneto e Valle d'Aosta, pur presentando livelli di "domanda" simili, evidenziano differenze di organico che arrivano a raggiungere il 70%; analogamente, Calabria, P.A. di Trento e Basilicata, a parità di organico (in rapporto agli abitanti), hanno in carico un volume di pazienti che arriva a differenziarsi di quasi l'80%.

Anche nei servizi di alcologia si riscontra tale situazione: alcune Regioni, quali ad esempio Veneto ed Emilia Romagna e Basilicata, Piemonte e Molise, pur presentando livelli di "domanda" simili, evidenziano differenze di organico che arrivano a raggiungere il 300%; analogamente, Puglia e Friuli Venezia Giulia, a parità di organico (in rapporto agli abitanti), hanno in carico un volume di pazienti che arriva a differenziarsi di quasi il 500%.

Pur tenendo conto di diversi modelli organizzativi questo dato appare significativo.

Anche in termini di numero di prestazioni erogate per utente si riscontra un'importante variabilità regionale, sebbene la composizione delle diverse tipologie non vari molto. Per la dipendenza da stupefacenti nel Mezzogiorno si osserva un maggior ricorso ai trattamenti farmacologici (oltre l'80% degli utenti), nel Centro e nel Nord è maggiore il ricorso a percorsi psicoterapeutici ed inserimenti in comunità. Per la dipendenza da alcol solo un

terzo ricorre a trattamenti farmacologici,

Il fenomeno ha dei risvolti importanti anche in termini di contrasto da parte delle Forze dell'Ordine e giudiziario, generando dei costi per la gestione di illeciti amministrativi e dei reati commessi dai consumatori di sostanze, con i relativi processi e l'eventuale detenzione.

In termini economici, i fenomeni di dipendenza da stupefacenti e da alcol, generano un costo (diretto) annuo complessivo per il Paese pari a € 8,3 mld., di cui € 7,0 mld. il primo (considerando anche i poli consumatori) e € 1,3 mld. il secondo.

Il fenomeno associato al consumo di stupefacenti, considerando tanto il consumatore occasionale, quanto il tossicodipendente, genera un costo (diretto) nazionale annuo per il Paese pari a € 7,0 mld.

Non consideriamo in questo ammontare i costi indiretti (perdite di produttività) e il valore delle sostanze stupefacenti che arriva a rappresentare circa € 15,5 mld. (1% del PIL italiano).

La gestione degli Esiti, ovvero in larga misura il trattamento delle patologie droga-correlate, rappresenta la voce di costo maggiore, seguita da quella "Sociale" (ordine pubblico e aspetti giudiziari) e poi da quella relativa alla gestione socio-sanitaria di questi utenti.

Un tossicodipendente ha un costo (diretto) per il sistema Paese pari a circa tre volte quello di un soggetto con dipendenza da alcol. Rapportando il dato alla popolazione il rapporto tra i due fenomeni sale a oltre cinque: si passa da € 21,6 pro-capite per la dipendenza da alcol a € 118,4 per quella da stupefacenti.

Tutte le azioni finalizzate a contenere gli "esiti del fenomeno" comportano, di conseguenza, risparmi per il Paese: per ogni euro investito in termini di presa in carico socio-sanitaria (farmaci, incremento visite etc.) si stima potrebbero esserne risparmiati 4. Analogamente si stimano molto rilevanti i risparmi ottenibili con gli effetti di una riduzione delle tempistiche dei processi penali, piuttosto che di inserimento in strutture riabilitative (alternative alla detenzione), che consentirebbero un risparmio pari a € 67 mln. per ogni punto percentuale di riduzione dei casi "a rischio".

Il fenomeno associato alla dipendenza da alcol, con-

siderando tanto i consumatori a rischio (8,6 milioni), quanto i consumatori con abuso di alcol (circa 670.000), eleggibili questi ultimi alla presa in carico da parte dei servizi, genera un costo (diretto) nazionale annuo per il Paese pari a € 1,3 mld.

Non sono considerati in questo ammontare i costi indiretti (perdite di produttività) e i costi per i trattamenti delle patologie riconducibili all'uso dell'alcol (trapianto di fegato, patologie oncologiche etc.), non essendo noti i tempi di esposizione al fattore di rischio. Si è ben consci della grande rilevanza economica di queste fattispecie, che fanno dell'alcolismo una rilevante patologia per costi economici e perdita di vite.

Analogamente a quanto emerso per il fenomeno della tossicodipendenza, la gestione degli Esiti, ovvero in larga misura il trattamento delle patologie alcol-attribuibili (cirrosi, steatosi alcolica, incidenti etc.), rappresenta la voce di costo maggiore, seguita da quella "Sociale" e poi da quella relativa alla gestione socio-sanitaria (pubblica e del privato sociale) di questi soggetti.

Circa un terzo della popolazione carceraria è stato condannato per questioni droga-correlate, e per un terzo si tratta di popolazione straniera.

Tutte le azioni finalizzate a contenere gli "esiti del fenomeno" comportano, di conseguenza, risparmi per il Paese: per ogni euro investito in termini di presa in carico socio-sanitaria (farmaci, incremento visite etc.) si stima potrebbero esserne risparmiati 4. Analogamente si stimano molto rilevanti i risparmi ottenibili con gli effetti di una riduzione del ricorso alla detenzione in favore di misure alternative, consentirebbero un risparmio pari a € 59 mln. annui per ogni punto percentuale di riduzione dei casi "a rischio".

In sintesi, alla luce dell'elevato impatto del fenomeno delle dipendenze, a livello organizzativo, giudiziario ed economico, si ritiene auspicabile la definizione di:

- standard organizzativi finalizzati ad allineare l'offerta al fabbisogno "reale" (sviluppo e applicazione di indicazioni legislative)
- percorsi di presa in carico degli utenti (PDTA) trasversali tra servizi pubblici (ambulatoriali e ospedalieri), del privato sociale (servizi a bassa soglia, SMI, resi-

denze e semiresidenze, comunità etc.) e carcere, finalizzati a:

- potenziare il numero di nuovi utenti in carico al fine di prevenire il verificarsi di "esiti" ed implicazioni a livello sociale (incidenti, denunce, etc.)
- garantire continuità nella presa in carico, in particolare per i detenuti stranieri una volta messi in libertà
- attenzione alle fasce di età giovanili
- garantire equità di trattamento.

- azioni finalizzate ad aumentare l'aderenza al trattamento, anche riducendo lo stigma, quali il potenziamento dell'approccio psicosociale, il ricorso ad approcci farmacologici sempre più personalizzati (quali ad esempio le formulazioni long acting), etc.

Le azioni sopra elencate richiedono evidentemente un incremento di risorse economiche che però, alla luce di quanto emerso dall'analisi, generano complessivamente dei risparmi per la Società.

### **Bibliografia**

- *Relazione Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei ministri (anni vari)*
- *Ministero della Salute, Open data flusso informativo SIND (anni vari)*
- *Ministero della Salute, Relazione al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge n.125 del 30.3.2001 “Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati”, (anni vari)*
- *Ministero della Salute, flusso informativo SDO (anni vari)*
- *Ministero della Salute, modelli LA (anni vari)*

### **Note**

- <sup>1</sup> Istituito nel 2010 ed entrato in vigore il 1.1.2012
- <sup>2</sup> Relazione Dipartimento Politiche Antidroga, anno 2022
- <sup>3</sup> Stime da rilevazioni regionali e nei Servizi
- <sup>4</sup> Stime da rilevazioni regionali e nei Servizi
- <sup>5</sup> Stime da rilevazioni regionali e nei Servizi
- <sup>6</sup> Stime da rilevazioni regionali e nei Servizi
- <sup>7</sup> Relazione del Ministero della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge n.125 del 30.3.2001 “Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati”
- <sup>8</sup> Saunders et al., Alcohol Clin Exp Res. 2019

**Appendice****CODICI DIAGNOSI ICD-9-CM TOTALMENTE  
ATTRIBUIBILI ALL'USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI O PSICOTROPE**

<b>Codice diagnosi ICD-9-CM</b>	<b>Descrizione diagnosi</b>
292	Disturbi mentali indotti da sostanze
292.0	Astinenza da sostanze
292.1	Disturbi psicotici indotti da sostanze
292.11	Disturbo psicotico con deliri indotto da sostanze
292.12	Disturbo psicotico con allucinazioni indotto da sostanze
292.2	Intossicazione patologica da sostanze
292.8	Altri disturbi mentali specificati indotti da sostanze
292.81	Delirium indotto da sostanze
292.82	Demenza persistente indotta da sostanze
292.83	Disturbo amnesico persistente indotto da sostanze
292.84	Disturbo dell'umore indotto da sostanze
292.85	Disturbi del sonno indotti da sostanze
292.89	Altri
292.9	Disturbi mentali non specificati indotti da sostanze
304	Dipendenza da sostanze
304.0	Dipendenza da oppioidi
304.00	Dipendenza da oppioidi, non specificata
304.01	Dipendenza da oppioidi, continua
304.02	Dipendenza da oppioidi, episodica
304.03	Dipendenza da oppioidi, in remissione
304.2	Dipendenza da cocaina
304.20	Dipendenza da cocaina, non specificata
304.21	Dipendenza da cocaina, continua
304.22	Dipendenza da cocaina, episodica
304.23	Dipendenza da cocaina, in remissione
304.3	Dipendenza da cannabinoidi
304.30	Dipendenza da cannabinoidi, non specificata
304.31	Dipendenza da cannabinoidi, continua
304.32	Dipendenza da cannabinoidi, episodica
304.33	Dipendenza da cannabinoidi, in remissione
304.4	Dipendenza da amfetamina e altri psicostimolanti
304.40	Dipendenza da amfetamina e altri psicostimolanti, non specificata

304.41	Dipendenza da amfetamina e altri psicostimolanti, continua
304.42	Dipendenza da amfetamina e altri psicostimolanti, episodica
304.43	Dipendenza da amfetamina e altri psicostimolanti, in remissione
304.5	Dipendenza da allucinogeni
304.50	Dipendenza da allucinogeni, non specificata
304.51	Dipendenza da allucinogeni, continua
304.52	Dipendenza da allucinogeni, episodica
304.53	Dipendenza da allucinogeni, in remissione
304.6	Altra dipendenza da sostanze specificata
304.60	Altra dipendenza da sostanze specificata, non specificata
304.61	Altra dipendenza da sostanze specificata, continua
304.62	Altra dipendenza da sostanze specificata, episodica
304.63	Altra dipendenza da sostanze specificata, in remissione
304.7	Combinazioni di sostanze oppioidi con altre
304.70	Combinazioni di sostanze oppioidi con altre, non specificate
304.71	Combinazioni di sostanze oppioidi con altre, continue
304.72	Combinazioni di sostanze oppioidi con altre, episodiche
304.73	Combinazioni di sostanze oppioidi con altre, in remissione
304.8	Dipendenza da combinazioni di sostanze che escludono gli oppioidi
304.80	Dipendenza da combinazioni di sostanze che escludono gli oppioidi, non specificata
304.81	Dipendenza da combinazioni di sostanze che escludono gli oppioidi, continua
304.82	Dipendenza da combinazioni di sostanze che escludono gli oppioidi, episodica
304.83	Dipendenza da combinazioni di sostanze che escludono gli oppioidi, in remissione
304.9	Dipendenza da sostanze non specificata
304.90	Dipendenza da sostanze non specificata, non specificata
304.91	Dipendenza da sostanze non specificata, continua
304.92	Dipendenza da sostanze non specificata, episodica
304.93	Dipendenza da sostanze non specificata, in remissione
305.2	Abuso di cannabinoidi
305.20	Abuso di cannabinoidi, non specificato
305.21	Abuso di cannabinoidi, continuo
305.22	Abuso di cannabinoidi, episodico
305.23	Abuso di cannabinoidi, in remissione
305.3	Abuso di allucinogeni
305.30	Abuso di allucinogeni, non specificato
305.31	Abuso di allucinogeni, continuo
305.32	Abuso di allucinogeni, episodico
305.33	Abuso di allucinogeni, in remissione
305.5	Abuso di oppioidi
305.50	Abuso di oppioidi, non specificato
305.51	Abuso di oppioidi, continuo
305.52	Abuso di oppioidi, episodico

305.53	Abuso di oppioidi, in remissione
305.6	Abuso di cocaina
305.60	Abuso di cocaina, non specificato
305.61	Abuso di cocaina, continuo
305.62	Abuso di cocaina, episodico
305.63	Abuso di cocaina, in remissione
305.7	Abuso di amfetamina o di simpaticomimetici ad azione simile
305.70	Abuso di amfetamina o di simpaticomimetici ad azione simile, non specificato
305.71	Abuso di amfetamina o di simpaticomimetici ad azione simile, continuo
305.72	Abuso di amfetamina o di simpaticomimetici ad azione simile, episodico
305.73	Abuso di amfetamina o di simpaticomimetici ad azione simile, in remissione
305.9	Altro abuso, misto o non specificato
305.90	Altro abuso, misto o non specificato, non specificato
305.91	Altro abuso, misto o non specificato, continuo
305.92	Altro abuso, misto o non specificato, episodico
305.93	Altro abuso, misto o non specificato, in remissione
965.0	Avvelenamento da oppiacei e narcotici correlati
965.00	Avvelenamento da oppio (alcaloidi), non specificati
965.01	Avvelenamento da eroina
965.02	Avvelenamento da metadone
965.09	Avvelenamento da altri oppiacei e narcotici correlati
968.5	Avvelenamento da anestetici di superficie (topici) e da infiltrazione
968.6	Avvelenamento da anestetici che agiscono sui plessi nervosi e sui nervi periferici
968.7	Avvelenamento da anestetici spinali

### CODICI DIAGNOSI ICD-9-CM TOTALMENTE ATTRIBUIBILI ALL'ALCOL

<b>Codice diagnosi</b>	
<b>ICD-9-CM</b>	<b>Descrizione diagnosi</b>
291.0	Delirium da astinenza da alcool
291.1	Disturbo amnesico persistente indotto da alcool
291.2	Demenze persistenti indotte da alcool
291.3	Disturbo psicotico con allucinazioni indotto da alcool
291.4	Intossicazione alcolica idiosincrasica
291.5	Disturbo psicotico con deliri indotto da alcool
291.8	Altri disturbi mentali specificati indotti da alcool
291.81	Astinenza da alcool
291.82	Disturbi del sonno indotti da alcool
291.89	Altri
291.9	Disturbi mentali non specificati indotti dall'alcool
303.0	Intossicazione acuta da alcool

303.00	Intossicazione acuta da alcool, non specificata
303.01	Intossicazione acuta da alcool, continua
303.02	Intossicazione acuta da alcool, episodica
303.03	Intossicazione acuta da alcool, in remissione
303.9	Altra e non specificata dipendenza da alcool
303.90	Altra e non specificata dipendenza da alcool, non specificata
303.91	Altra e non specificata dipendenza da alcool, continua
303.92	Altra e non specificata dipendenza da alcool, episodica
303.93	Altra e non specificata dipendenza da alcool, in remissione
305.00	Abuso di alcool, non specificato
305.01	Abuso di alcool, continuo
305.02	Abuso di alcool, episodico
305.03	Abuso di alcool, in remissione
357.5	Polineuropatia alcolica
425.5	Cardiomiopatia alcolica
535.30	Gastrite alcolica senza menzione di emorragia
535.31	Gastrite alcolica con emorragia
571.0	Steatosi epatica alcolica
571.1	Epatite acuta alcolica
571.2	Cirrosi epatica alcolica
571.3	Danno epatico da alcol, non specificato
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcool
980.0	Effetti tossici dell'alcool etilico
980.1	Effetti tossici dell'alcool metilico
980.2	Effetti tossici dell'alcool isopropilico
980.3	Effetti tossici del fuselolo
980.8	Effetti tossici di altri alcoli specificati
980.9	Effetti tossici di alcool non specificato



OISED DATA



RAPPORTO OISED 2023

ISBN 978-88-946007-4-2



9 788894 600742