

IMPATTO SOCIO SANITARIO ED ECONOMICO DELLE DIPENDENZE IN ITALIA

I risultati della seconda annualità dell'Osservatorio



2024

Sommario

Credits	4
1. OISED	5
2. Organizzazione dei servizi	6
3. Epidemiologia delle dipendenze	12
3.1. Dipendenza da stupefacenti	12
3.2. Dipendenza da alcol	16
4. Utilizzazione dei servizi	17
4.1. Dipendenza da stupefacenti	17
4.2. Dipendenza da alcol	21
5. Costi dell'assistenza sanitaria per le dipendenze	23
6. Impatto sul sistema giudiziario	25
7. Impatto economico	27
7.1. Costo della dipendenza da stupefacenti e poli consumatori	28
7.2. Costo della dipendenza da alcol	30
7.3. Costo della dipendenza da sostanze stupefacenti e da alcol	32
8. Proposta metodologica per il monitoraggio degli effetti dell'Autonomia Differenziata nelle dipendenze patologiche	33
9. Continuità assistenziale	36
10. Considerazioni finali	41
Bibliografia	45
Appendice	46

Credits

- **Alborghetti Anna Maria**
Componente comitato tecnico scientifico OISED 2024
- **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 2024
- **Lucchini Alfio**
Ce.R.Co, componente *executive board* e comitato tecnico scientifico OISED (*Supervisor scientifico*)
- **Nava Felice**
Componente comitato tecnico scientifico OISED 2024
- **Spandonaro Federico**
Università di "Tor Vergata" e 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
- **Caforio Gaetano**
C.R.E.A. Sanità
- **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**
Università di "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

La seconda edizione dell'Osservatorio è stata realizzata grazie al supporto incondizionato di Molteni Farmaceutici.

1. 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.

L'uso di sostanze stupefacenti illegali rappresenta una delle principali minacce per la salute pubblica a livello globale, provocando danni fisici, psicologici e sociali; secondo l'EUDA (*European Union Drugs Agency*), il consumo di droghe illegali rappresenta una delle principali cause di mortalità prevenibile (direttamente attraverso l'*overdose* e indirettamente attraverso malattie correlate alla droga, incidenti, violenza e suicidio).

L'uso di droghe illegali, in particolare tra le persone che ne fanno uso regolarmente e in grandi quantità, è associato a rischi più elevati di malattie cardiovascolari, problemi di salute mentale e incidenti, nonché malattie come HIV ed epatite C quando le sostanze vengono iniettate.

Secondo la *World Health Organization* (WHO), l'uso di sostanze stupefacenti è responsabile di circa 600.000 morti ogni anno a livello globale. Le morti sono causate principalmente da *overdose*, malattie infettive (come HIV ed epatiti), malattie cardiovascolari e disturbi psichiatrici (come suicidi e violenza), incidenti stradali.

Secondo l'EUDA, sarebbero complessivamente circa 6.400 i decessi indotti da stupefacenti in EU nel 2022, in crescita rispetto al 2021, ma si tratta di una sottostima in quanto il dato non comprende tutti i Paesi membri. In generale, la disponibilità e il consumo di droghe rimangono a livelli elevati in tutta l'Unione Europea, sebbene esistano notevoli differenze tra i Paesi.

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 favori-

re il confronto tra istituzioni e principali *stakeholder*.

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 limitare 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 nel nostro Paese.

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, si avvale di un comitato tecnico-scientifico composto da esperti del settore di rilievo nazionale, che individua annualmente una tematica da affrontare, i cui risultati sono oggetto di un Rapporto.

La prima annualità dell'Osservatorio si è concentrata sull'analisi dei modelli organizzativi dei servizi delle dipendenze, sull'epidemiologia del fenomeno, sull'impatto giudiziario ed economico riferiti al fenomeno della dipendenza da stupefacenti e da alcol, nonché sulla stima del costo per la Società delle due forme di dipendenza.

Nella presente annualità, l'analisi si è concentrata sulla dinamica nel periodo 2018-2023 degli ambiti organizzativi ed economici analizzati nella prima annualità, effettuando approfondimenti sul dimensionamento del personale. È stato altresì fatto un focus sugli aspetti organizzativi di comunicazione tra i diversi *setting* assistenziali al fine di rilevare la capacità del sistema dei servizi di garantire la continuità di presa in carico post-dimissione da ambienti protetti: simulandone gli effetti in termini economici e rilevando le modalità di finanziamento degli inserimenti degli utenti nelle comunità terapeutiche. Infine, è stata introdotta una metodologia finalizzata a monitorare gli effetti dell'Autonomia Differenziata (AD) in Sanità sul tema specifico delle dipendenze, applicata in via sperimentale, non essendo ancora stata concessa l'AD ad alcuna Regione, su gruppi specifici di Regioni.

2. Organizzazione dei servizi

L'analisi è stata condotta sul sistema dei servizi per le dipendenze da sostanze psicoattive illegali e da alcol attivo in Italia.

Sebbene l'epidemiologia del fenomeno sia in continua evoluzione, sia in termini di casistica che di tipologia di domanda, per via del sempre mag-

giore ricorso, soprattutto nella popolazione giovanile, a Nuove Sostanze Psicoattive (NSP), l'oggetto del Rapporto comprende gran parte della richiesta di cura nazionale nell'area delle dipendenze.

Inoltre, si sottolinea che il Rapporto offre una visione unitaria di due fattispecie ("sostanze stupefacenti" e "alcol") che, pur se ancora distinte nella reportistica e raccolta dati a livello centrale, sono affrontate dagli stessi Servizi territoriali (SerD – Dipartimenti delle Dipendenze – Dipartimenti Salute mentale e Dipendenze),.

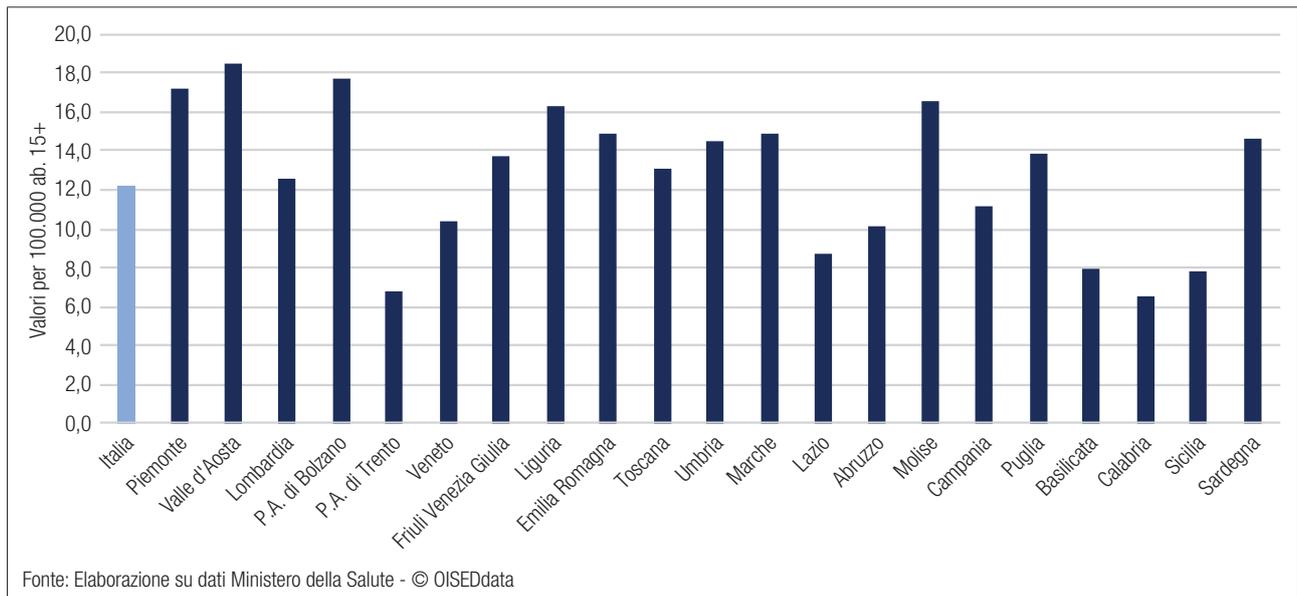
L'analisi organizzativa, effettuata avvalendosi dei dati del Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze (SIND)¹ e delle relazioni annuali al Parlamento del Dipartimento Politiche Anti-Droga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, riporta che, in Italia, nel 2023, sono attivi 570 servizi pubblici per le dipendenze (SerD), articolati in 614 sedi dislocate su tutto il territorio.

Pur considerando che il dato risente dei modelli organizzativi regionali, del dimensionamento dei Servizi in termini di personale ivi operanti, e degli eventuali accorpamenti di sedi e servizi intercorsi, si registra in media 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 e 1,0 nel Sud e Isole); 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; P.A. di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Lazio e Campania hanno un valore inferiore a 0,8, e Piemonte e Puglia un valore superiore a 1,4.

Nell'ultimo quinquennio (2018-2023), il numero di SerD in rapporto alla popolazione è aumentato di 0,04 ogni 100.000 abitanti; l'aumento si è registrato soprattutto nelle Regioni del Sud: Sardegna, Abruzzo e Calabria hanno registrato un aumento rispettivamente di +0,35, +0,26 e +0,15 ogni 100.000 abitanti; una riduzione si è invece registrata in Piemonte, P.A. di Trento e Toscana (-0,14, -0,01 e -0,001 ogni 100.000 abitanti rispettivamente).

¹ Istituito nel 2010 ed entrato in vigore il 1.1.2012

Figura 1. Personale operante nei SerD, anno 2023



Nei SerD (2023) operano 6.264 operatori dedicati all'assistenza delle persone con problemi di dipendenza da sostanze illegali, escluso il gioco d'azzardo e l'alcol: 133 unità in meno rispetto all'anno precedente; di questi 5.800 sono dipendenti del SSN. Nell'ultimo quinquennio il numero si è ridotto complessivamente del -3,9%, portando il livello a 12,1 operatori ogni 100.000 abitanti di età 15+ (-0,3 unità per 100.000 rispetto al 2018), con un valore medio pari a 13,7 unità. Il valore massimo, pari a 14,2 unità per 100.000 abitanti si registra nel Nord-Ovest del Paese, seguito dal Nord-Est con 12,6, dal Centro con 11,3; il dimensionamento minore si riscontra nel Mezzogiorno, ed è pari a 10,7 unità ogni 100.000 ab.. Rispetto al 2018 diminuisce il personale in tutte le ripartizioni geografiche, in misura maggiore nel Mezzogiorno (-7,4%) e minima nel Nord-Ovest (-0,3%).

A livello regionale, il dato è eterogeneo: il livello massimo di personale rispetto alla popolazione, pari a 18,5 unità ogni 100.000 ab., si riscontra in Valle d'Aosta; quello minimo, pari a 6,6, in Calabria; P.A. di Trento, Lazio, Basilicata, Calabria e Sicilia registrano un valore inferiore a 9,8 unità per 100.000 abitanti, Piemonte, Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano, Emilia Romagna, Liguria e Molise un valore superiore a 14,6

unità.

Nell'ultimo quinquennio, la variabilità regionale sembra essersi ridotta: la variazione interquartile è pari al -10,5%.

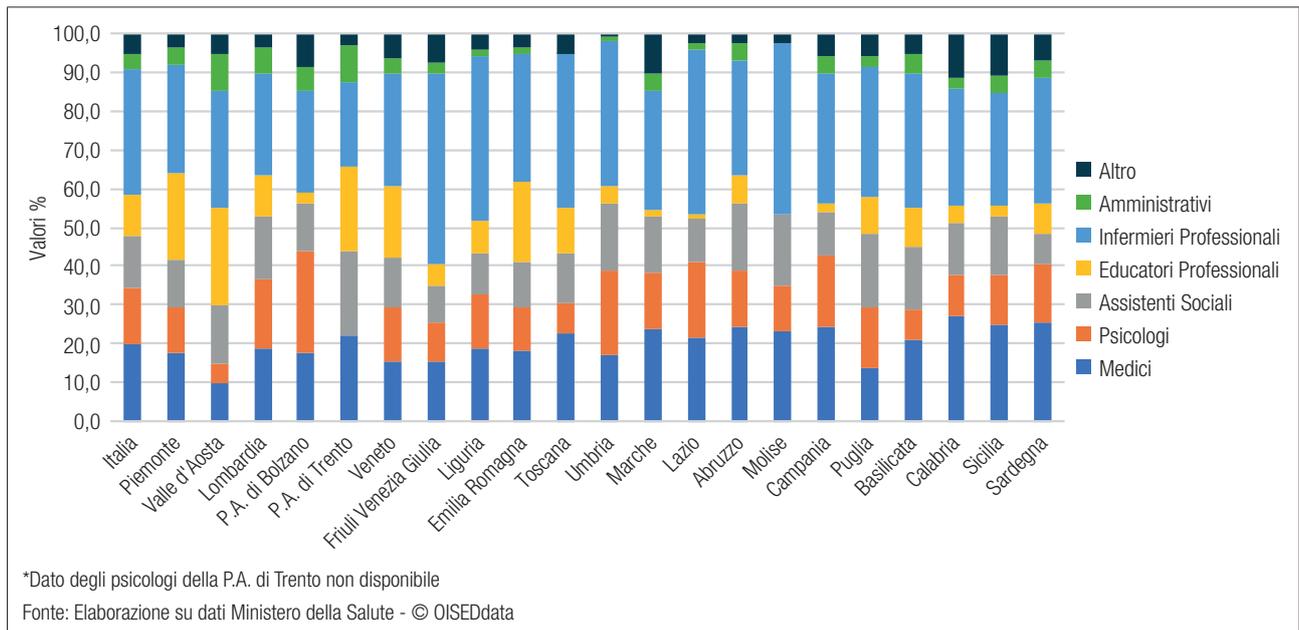
Analizzando il dato per tipologia di professionista, si osserva come, in media (anno 2023), il personale infermieristico rappresenti un terzo dell'organico (32,5%), seguito dai medici (19,8%); dagli psicologi (14,6%), dagli assistenti sociali (13,6%), dagli educatori professionali (10,6%), dal personale amministrativo (3,8%) ed altre figure professionali per il restante 5,2%.

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

Calabria (27,4%), Sardegna (25,2%), Sicilia (24,6%) e Abruzzo (24,6%) risultano essere le Regioni con la maggior quota di personale medico.

In Friuli Venezia Giulia il personale infermieristico rappresenta quasi la metà di tutto l'organico (49,0%), a seguire il dato del Molise (44,2%), Liguria (42,5%) e Lazio (42,4%); all'estremo opposto troviamo la P.A. di Trento (21,9%), la P.A. di Bolzano (26,3%) e il Piemonte (28,1%),.

Figura 2. Personale SerD: composizione per tipologia professionale, anno 2023



La P.A. di Bolzano e l'Umbria risultano essere le Regioni dove è maggiormente presente la figura dello psicologo, con una presenza pari, rispettivamente, al 26,3% ed al 21,8% del personale dedicato ai servizi per le persone affette da dipendenze; in

queste Regioni i medici risultano quasi il 20% (17,5% e 17,3% rispettivamente) e gli infermieri il 26,3% e 37,3%. L'incidenza minima di psicologi sull'organico complessivo si osserva invece in Valle d'Aosta e Toscana (5,0% e 7,8% rispettivamente).

Figura 3. Unità di personale operante nei Servizi di alcolologia, anno 2022

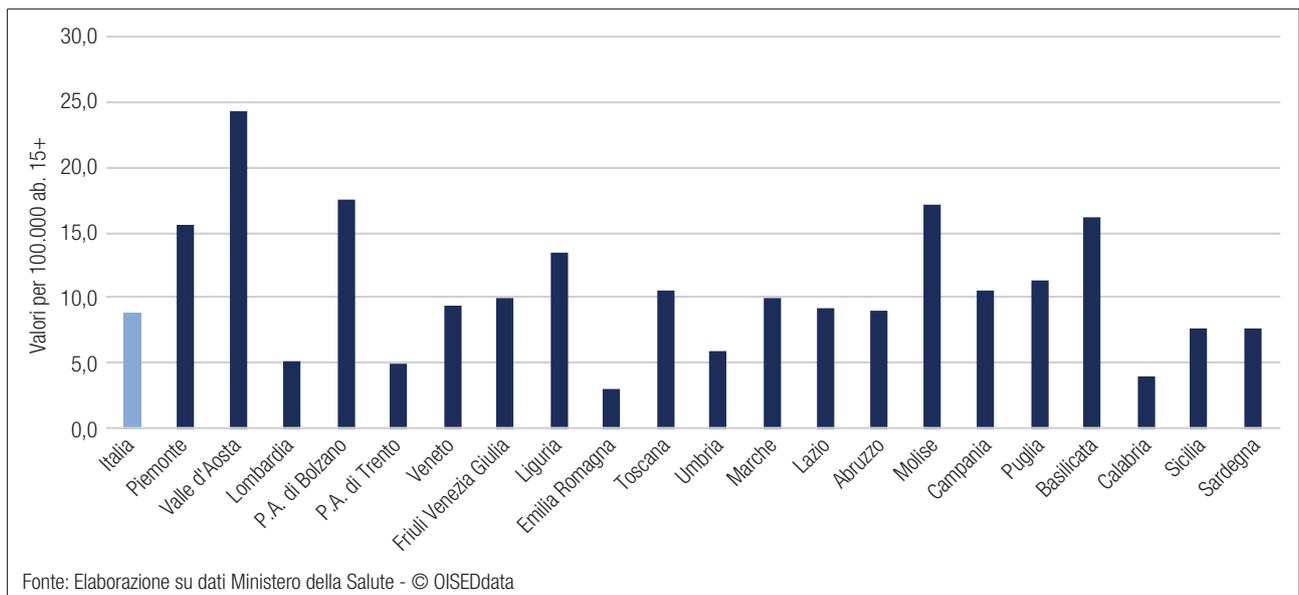
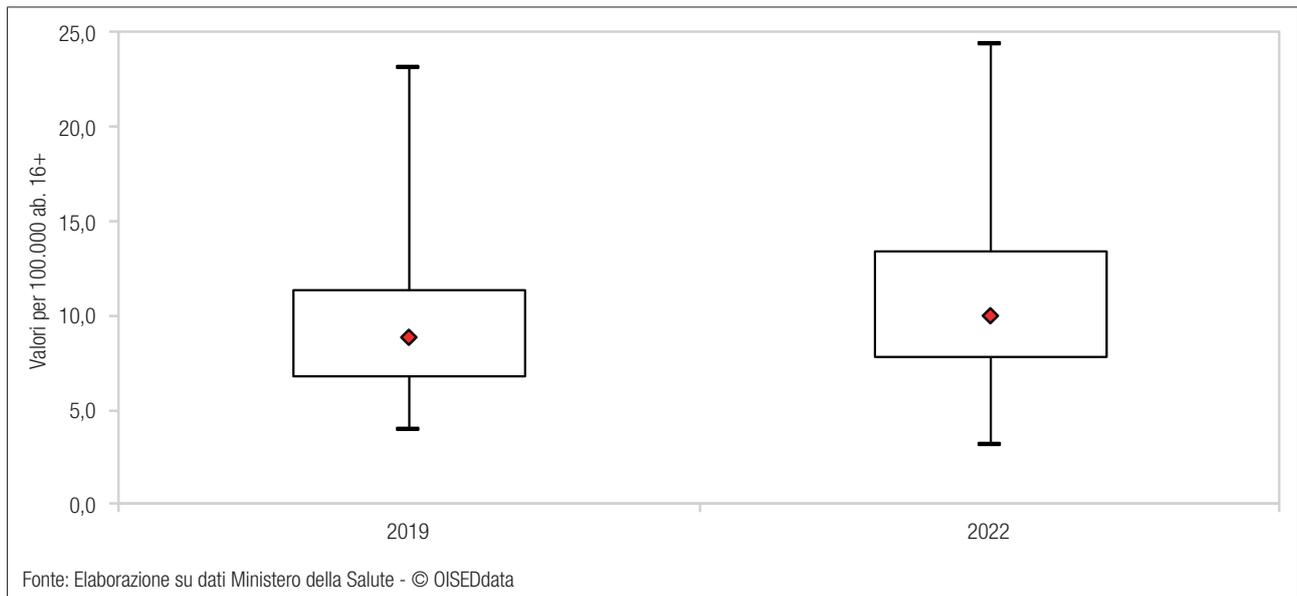


Figura 4. Variabilità del tasso di personale operante nei Servizi di alcologia



Spostando l'attenzione sui Servizi di alcologia, in Italia, nel 2022 (ultimo anno disponibile), se ne registrano 449; nei Servizi operano 4.512 persone (di cui una buona quota parte sono le stesse dei SerD), in crescita del +5,2% rispetto al 2019. Il valore massimo, pari a 9,5 unità ogni 100.000 ab. di età 16+, si registra nel Centro del Paese, seguito dal Sud e Isole con 9,3 e dal Nord-Ovest con 9,0; il dimensionamento minimo si riscontra nel Nord-Est (7,2 unità ogni 100.000 ab. di età 16+).

A livello regionale, il dato risulta eterogeneo: 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 3,1, in Emilia Romagna, a fronte di un valore mediano di 9,9 unità. Lombardia, P.A. di Trento, Emilia Romagna, Umbria, Calabria, Sicilia e Sardegna registrano un valore inferiore a 7,8 unità ogni 100.000 ab. 16+; Piemonte, Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano, Liguria, Molise e Basilicata, invece, un valore superiore a 13,4.

Analizzando il dato per tipologia di professionista, si osserva come, in media (anno 2022), il personale infermieristico rappresenti circa un terzo dell'organico (28,5%), seguito da quello medico (20,9%); gli psicologi rappresentano il 17,6% di tutto il personale, gli assistenti sociali il 14,9%, gli educatori profes-

sionali il 9,6%, il personale amministrativo il 3,9%, ed il restante 4,7% altre figure professionali.

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

Calabria (28,6%), Campania (25,9%) e Lazio (25,9%) risultano essere le Regioni con la maggior quota di personale medico.

In Molise (38,6%), Friuli Venezia Giulia (35,6%) e Liguria (35,2%) il personale infermieristico rappresenta quasi il 40% di tutto l'organico; all'estremo opposto abbiamo invece la P.A. di Trento e l'Umbria, dove gli infermieri rappresentano meno del 20% di tutto il personale dedicato (il 13,0% ed il 17,8% rispettivamente).

P.A. di Bolzano e Umbria risultano essere invece le Regioni dove è maggiormente presente la figura dello psicologo, che raggiunge una quota rispettivamente del 38,5% e del 24,4% del personale dedicato ai servizi per le persone affette da dipendenza da alcol; in queste Regioni i medici risultano meno del 20% (12,8% e 17,8% rispettivamente) e gli infermieri

il 24,4% e 17,8% rispettivamente. L'incidenza minima di psicologi sull'organico complessivo si osserva invece nella P.A. di Trento e in Emilia Romagna (8,7% e 7,6% rispettivamente).

Il personale attualmente operante nei servizi per le dipendenze ha un dimensionamento inferiore a

quello previsto dagli *standard* indicati nel DM 77 del 24 Gennaio 2023. Prendendo come riferimento tali valori, ad oggi, nei servizi pubblici mancherebbero all'appello 1.929 unità di personale: 261 medici, 396 psicologi, 215 infermieri, 646 educatori professionali, 273 assistenti sociali e 139 amministrativi.

Figura 5. Personale Servizi alcolologia: composizione per tipologia professionale, anno 2022

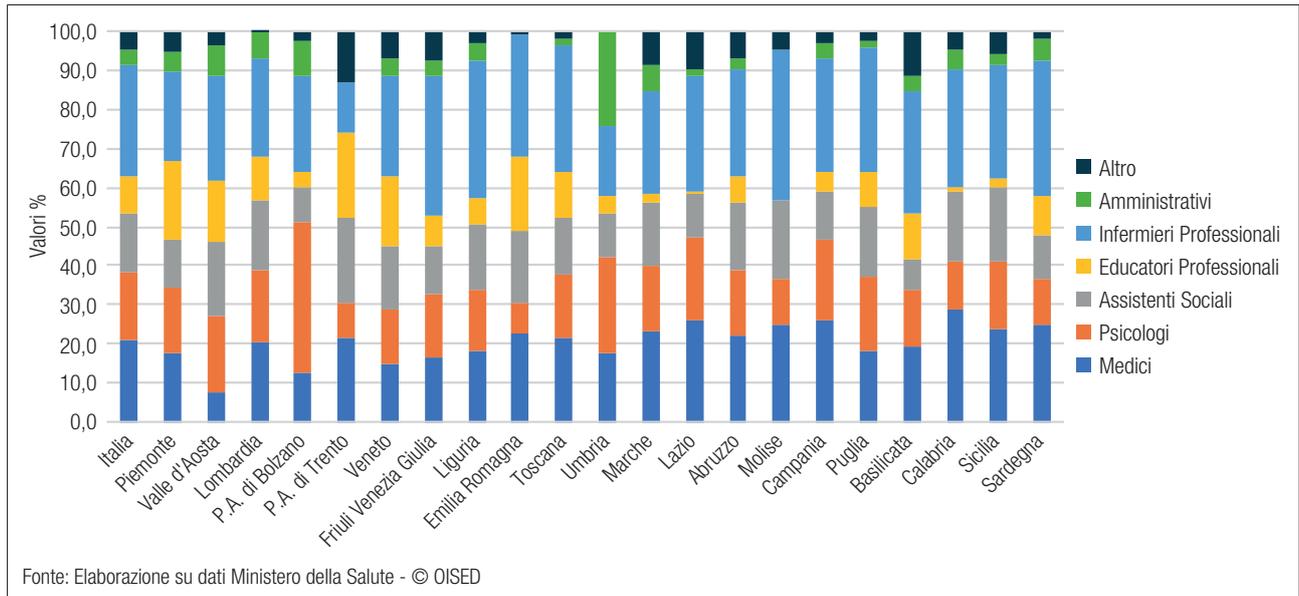


Figura 6. Personale SerD 2023 vs standard DM 77/2022

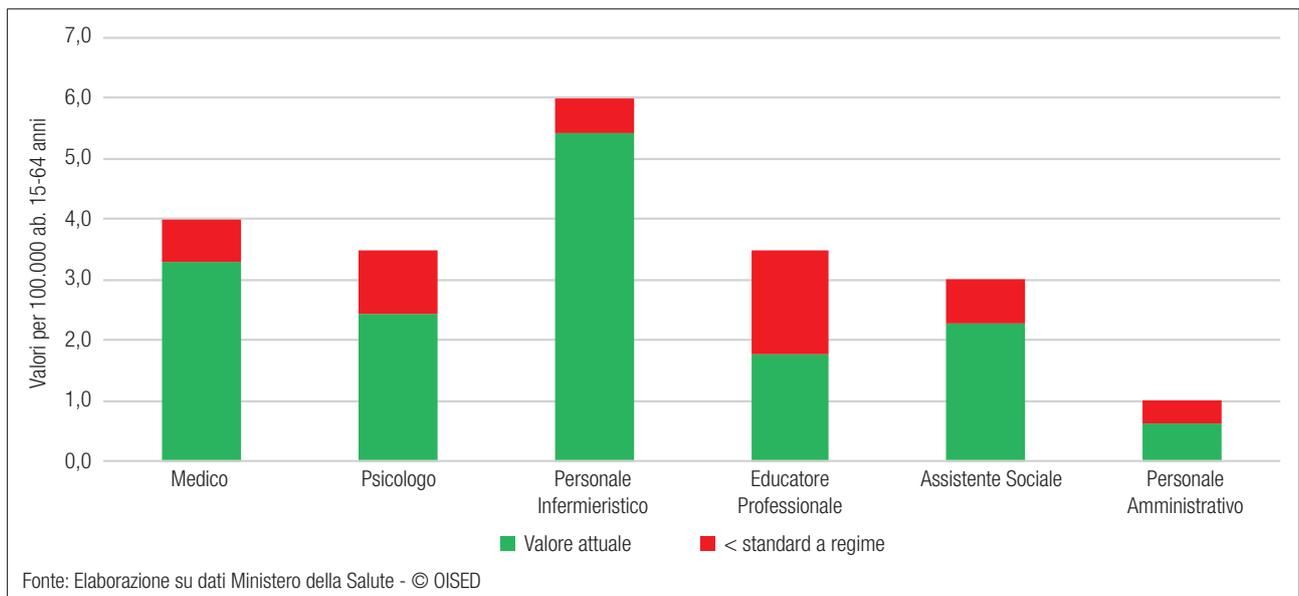
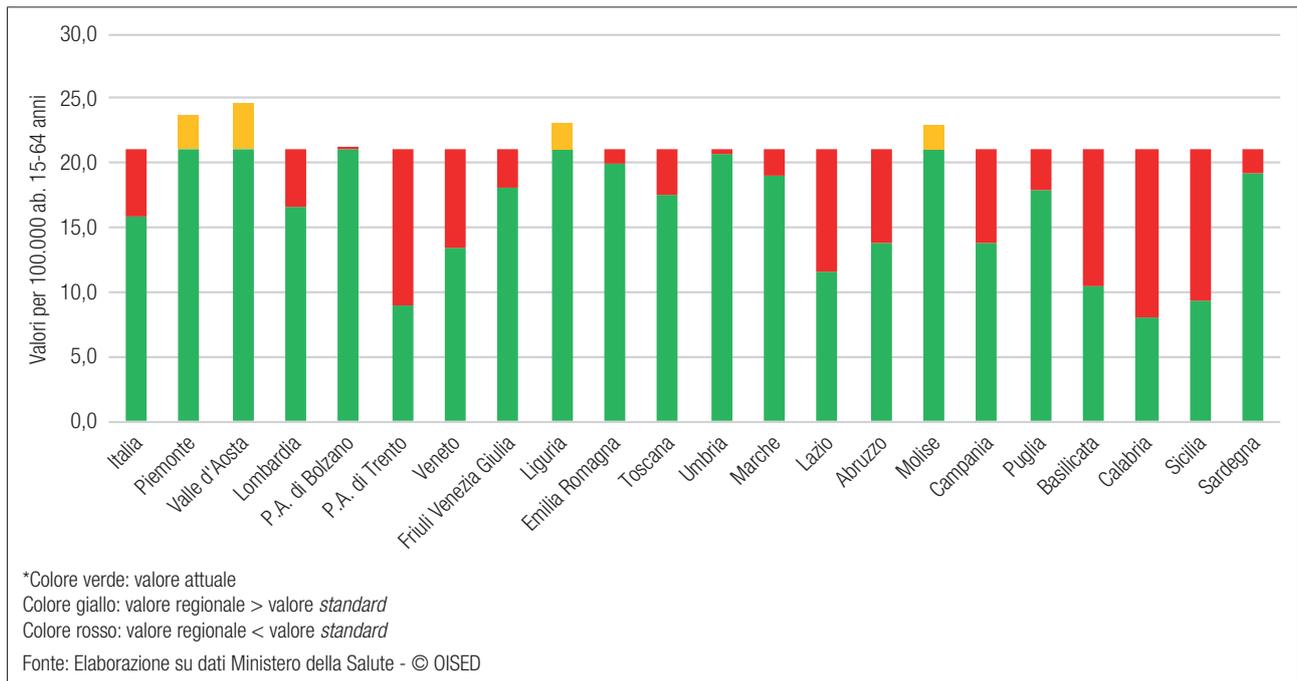


Figura 7. Personale SerD in rapporto allo *standard* a regime del DM 77 (per tutte le figure professionali)*

A livello regionale, solo 4 Regioni risultano essere allineate agli *standard* indicati: Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria e Molise; nel Mezzogiorno, tranne Puglia e Sardegna, tutte le Regioni hanno un *gap* di personale, rispetto allo *standard* previsto, superiore a quello medio registrato a livello nazionale; nel Centro solo il Lazio supera il *gap* medio nazionale; nel Nord-Est P.A. di Trento e Veneto.

L'allineamento del personale allo *standard* previsto, considerando un rapporto personale-utenti pari a quello medio nazionale (4,6 unità ogni 100 utenti), teoricamente consentirebbe di prendere in carico ulteriori 40.000 soggetti all'anno.

Ricordiamo altresì che in questa rilevazione non sono considerati gli incrementi di personale previsti dal DM 77/2022 per numerose fattispecie, tra le quali servizi rivolti agli *under 25*, servizi *outreach* di Riduzione del Danno, finalizzati ad informare, prevenire danni da uso di sostanze illegali, nei luoghi di incontro di soggetti a rischio; ampliamento di orari di apertura dei servizi, dotazioni per le carceri, ecc..

All'offerta pubblica si affianca quella del privato sociale, con 803 strutture: il 32,1% nel Nord-Ovest, il 28,0% nel Nord-Est (concentrate in Emilia Romagna

e Veneto), il 20,8% nel Mezzogiorno (soprattutto in Puglia) ed 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.

Con i limiti legati ai diversi dimensionamenti, 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.

In media le strutture del privato sociale accolgono 20 utenti, in un *range* compreso tra un minimo di 10 utenti in Valle d'Aosta ad un massimo di 87 utenti nel Lazio.

In sintesi, dalle analisi condotte emerge una significativa variabilità regionale nel dimensionamento dell'offerta socio-sanitaria deputata alla presa in carico di soggetti con dipendenza da stupefacenti e/o alcol, sia in termini di personale dedicato, che di

tipologia di figure professionali; per la dipendenza da stupefacenti il Nord-Ovest risulta essere la ripartizione con il maggior numero di unità di personale in rapporto alla popolazione e agli utenti in carico; per quella da alcol è invece il Nord-Est la ripartizione con l'offerta maggiore. Per entrambe le forme di dipendenza il minor tasso di personale dedicato e di utenti in carico si registra nel Mezzogiorno del Paese.

Nel medio periodo (2018-2023) si è registrata una riduzione del personale dedicato nei SerD (-252 unità), in controtendenza con l'aumento registrato nei servizi di alcologia (2019-2022) di +224 unità. Mentre nei primi tale riduzione è associata ad una diminuzione degli utenti presi in carico (-4.125 nel periodo), sebbene in aumento nell'ultimo anno (+4.835 utenti), nei servizi di alcologia si è registrata una riduzione degli utenti in carico sia nel medio periodo (-2.501), che nell'ultimo anno (-604).

Il dimensionamento dei servizi è inferiore di circa 2.000 unità rispetto agli *standard* previsti dal DM 77: solo un quinto delle Regioni risultano allineate.

3. Epidemiologia delle dipendenze

Le fonti disponibili, riferite ai servizi per le dipendenze sia pubblici che del privato sociale, restituiscono una stima (2023) di circa 235.000 utenti presi in carico: l'83,5% di questi lo sono dai servizi pubblici ed il 16,5% dai servizi del privato sociale. Per il 65,9% si tratta di utenti tossicodipendenti ("puri" o con dipendenza da alcol concomitante)², per il 24,6% di alcolisti "puri"³, per il 6,4% di utenti con dipendenza da gioco d'azzardo patologico⁴, per il 3,4% da tabagismo⁵ e per l'1,3% da altre dipendenze, quali *internet, social, sex addiction*⁶ ecc..

3.1. Dipendenza da stupefacenti

Nel 2023, risultano prese in carico dai SerD 132.195 persone con dipendenza da sostanze stupefacenti (+4.830 rispetto all'anno precedente; -0,6% complessivo, ovvero -860 casi, nell'ultimo quinquennio). Rapportando il dato alla popolazione si registrano 25,6 utenti ogni 10.000 abitanti *over 15* anni, in crescita di +0,2 unità; si tratta per il 13,0% di nuovi casi presi in carico. Considerando le sostanze stupefacenti come sostanze di abuso secondarie, tale casistica supera i 200.000 utenti.

Nel Centro del Paese le prese in carico (utenti già in carico), sono pari a 30,7 soggetti ogni 10.000 ab. 15+; segue il Nord-Ovest con 28,6, il Nord-Est con 25,1 e il Mezzogiorno con 20,5.

Nell'ultimo quinquennio, si registra un aumento delle prese in carico per 10.000 abitanti di età *over 15*: +1,9 nel Nord-Est e +1,1 nel Nord-Ovest; nel Centro del Paese e nel Mezzogiorno le prese in carico si riducono rispettivamente di -1,3 e -0,9 unità ogni 10.000 abitanti *over 15*.

Sebbene in riduzione nell'ultimo quinquennio, la variabilità a livello regionale è elevata, passando da un valore massimo di 38,7 utenti ogni 10.000 ab. delle Marche ad uno minimo di 14,7 della Sicilia.

Nella popolazione presa in carico prevale la quota maschile, che rappresenta l'85,4% dell'utenza (2023), pari a 392 utenti in trattamento ogni 100.000 abitanti, contro le 64 nella popolazione femminile.

Per il 90,9% si tratta di italiani, per il 3,2% di soggetti provenienti dall'Africa Settentrionale e, per il restante 5,9%, di soggetti provenienti da Paesi americani e asiatici.

Si tratta di un'utenza "giovane": il 54,6% si concentra nella fascia d'età 35-54 anni, il 18,0% in quella 25-34 anni ed il 18,0% in quella 55-64 anni.

² Relazione Dipartimento Politiche Antidroga, anno 2023

³ Stime da rilevazioni regionali e nei Servizi

⁴ Stime da rilevazioni regionali e nei Servizi

⁵ Stime da rilevazioni regionali e nei Servizi

⁶ Stime da rilevazioni regionali e nei Servizi

Figura 8. Tasso di presa in carico da parte del SerD, anno 2023

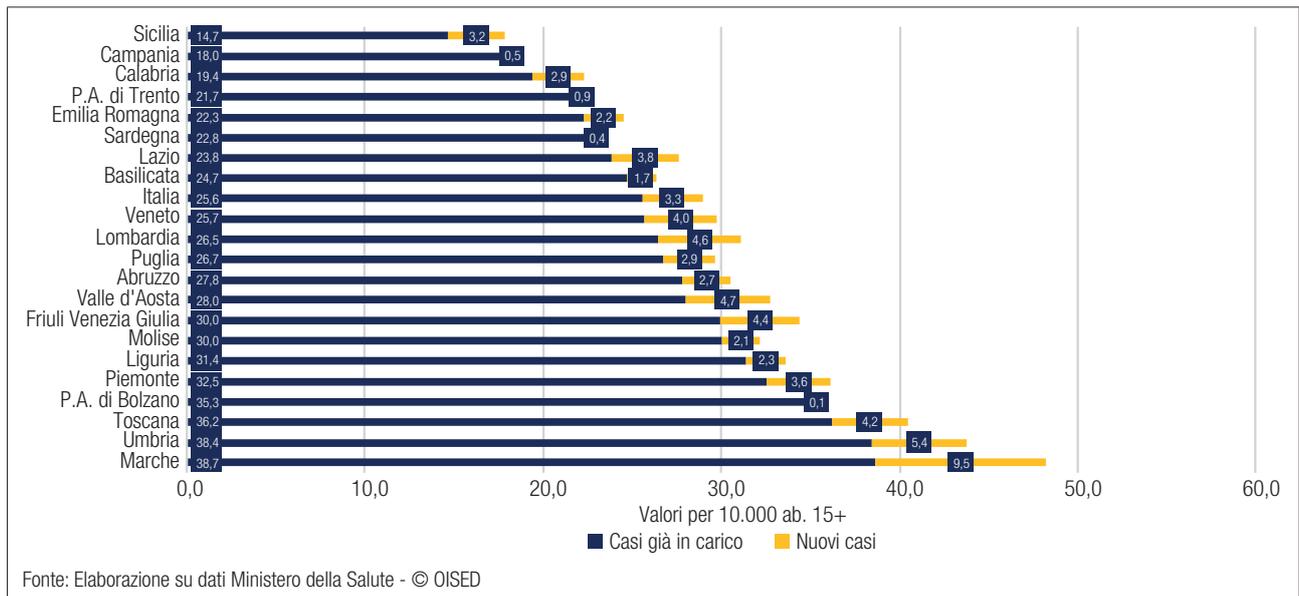
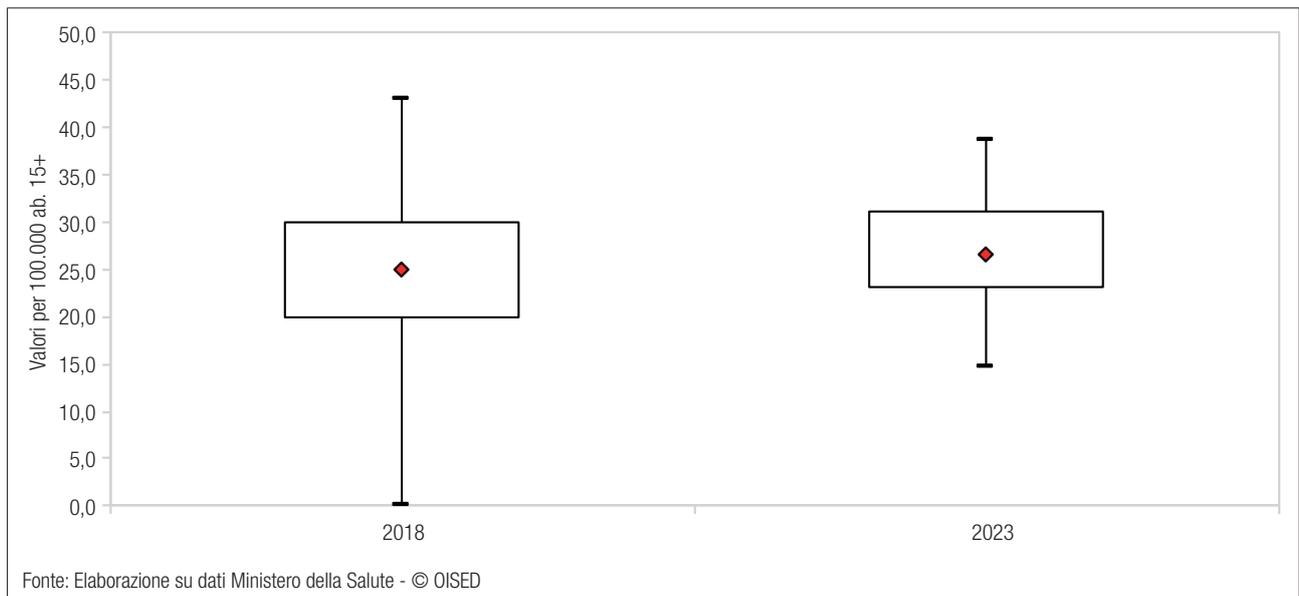


Figura 9. Tasso di presa in carico da parte del SerD variabilità regionale (Valore per 10.000 ab. 15+)



Soffermando l'attenzione sui nuovi utenti in carico, si osserva come la loro incidenza sugli utenti totali si sia ridotta di 0,7 punti percentuali (p.p.) rispetto al 2018: tale riduzione è stata massima nel Nord-Est (-2,7 p.p.) e minima nel Centro (-0,5 p.p.); nel Mezzogiorno si registra un aumento (+0,7 p.p.).

Il 60,2% dell'utenza è in trattamento per uso primario di eroina, il 26,0% di cocaina e il 12,0% di can-

nabinoidi; il restante 1,8% abusa di altre sostanze, quali ipnotici e sedativi, stimolanti, allucinogeni o inalanti volatili.

Il 60,9% dell'utenza ha una fissa dimora; il 4,5% sono ospitati in istituti penitenziari, per i restanti utenti il dato non è disponibile. Il 40,0% degli utenti ha una occupazione stabile o almeno occasionale (30,8% e 9,2% rispettivamente); il 29,0% risulta essere di-

soccupato, mentre per il 3,5% si tratta di studenti ed il 3,1% sono persone che ricevono benefici sociali (pensionati/casalinghe/disabili); per i restanti utenti il dato non è disponibile.

Il 72,1% degli utenti in carico presso i SerD ha un livello di istruzione secondaria, il 5,9% la licenza elementare, il 2,4% livelli superiori al secondario, e lo 0,6% non ha alcun titolo di studio (dato non disponibile per i restanti utenti).

Da ultimo, osserviamo che la correlazione fra unità di personale dei SerD e l'utenza con dipendenza da stupefacenti in carico risulta essere positiva, ma bassa (0,39) indicando l'assenza di *standard* omogenei di programmazione. A riprova di ciò, alcune Regioni, quali ad esempio Valle d'Aosta e Abruzzo, ma anche Emilia Romagna e P.A. di Trento, pur presentando livelli di "domanda" simili, evidenziano differenze di organico che arrivano a raggiungere il 50%, con differenze comunque in riduzione rispetto al 2022, quando arrivavano al 70%; analogamente, Sicilia, Calabria e P.A. di Trento, a parità di organico (in rapporto agli abitanti), hanno in carico un volume di pazienti che arriva a differenziarsi di quasi l'80%, valore pressoché invariato rispetto al 2022.

Figura 9. Tossicodipendenti in carico al SerD vs personale dedicato, anno 2023

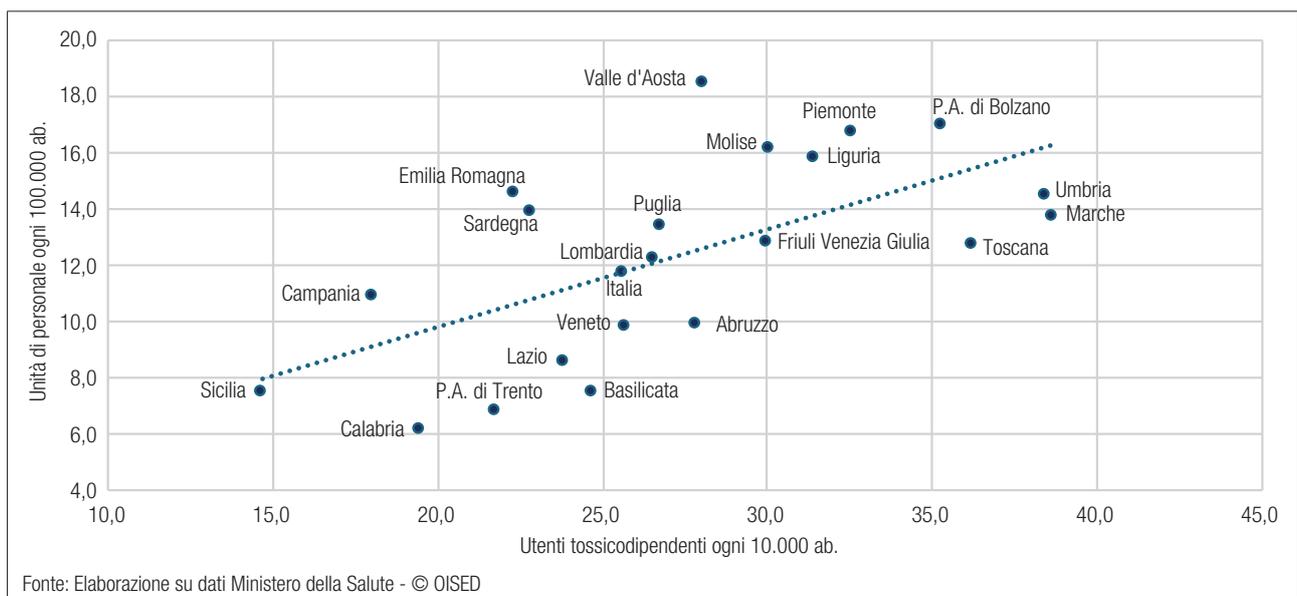
A livello regionale si passa da un valore minimo di 3,6 unità di personale ogni 100 pazienti in carico nel Centro del Paese, ad un massimo di 5,1 nel Mezzogiorno. A livello regionale si passa dalle 3,2 unità della Basilicata, alle 6,6 dell'Emilia Romagna, con un valore medio nazionale di 4,6 unità di personale ogni 100 pazienti in carico.

Nell'ultimo quinquennio, il numero medio di unità di personale si è ridotto di -0,3 unità ogni 100 tossicodipendenti in carico.

Il privato Sociale (2023) ha in carico 26.132 utenti di cui il 71,0% in strutture residenziali, il 19,0% in quelle ambulatoriali e il 10,0% in semi-residenziali.

Al 31/12/2023, nelle strutture residenziali del Privato Sociale risultavano presenti mediamente 34,0 utenti ogni 100.000 residenti 15-74 anni. Il maggiore ricorso si registra nelle realtà del Nord (55,0% di tutti i tossicodipendenti in carico al privato sociale) e in particolare in Lombardia (20,0%), Emilia Romagna (14,0%) e Veneto (10,0%), seguono le Regioni del Centro (30,0%) e prevalentemente nel Lazio (17,0%) e il Mezzogiorno con il 15,0%.

Figura 10. Tossicodipendenti in carico al SerD vs personale dedicato, anno 2023



Nel 2023, il 56,0% degli utenti in trattamento per uso di sostanze illegali e/o psicofarmaci non prescritti ha ricevuto prestazioni farmacologiche (circa 177 prestazioni per utente); il 73,0% prestazioni psicosociali (con una media di 12 prestazioni per utente) e l'81,0% prestazioni sanitarie non farmacologiche (mediamente 18 prestazioni per utente). Inoltre, il 73,0% delle persone trattate ha ricevuto prestazioni di tipologia diversa da quelle sanitarie e psicosociali (mediamente 9 prestazioni per utente) e il 2,0% è stato inserito in percorsi terapeutici residenziali

Il 76,7% delle prestazioni erogate (16.994.549 nel 2023) sono di tipo farmacologico, l'11,1% di tipo sanitario (visite, interventi di prevenzione delle patologie correlate, esami e procedure cliniche), 6,9% psicosociali (colloqui di assistenza, interventi psico-terapeutici, socio-educativi), 0,05% inserimento in comunità e il restante 5,3% per altro.

Si riscontrano differenze di approccio terapeutico nelle diverse realtà regionali: nel Mezzogiorno si riscontra soprattutto un ricorso al trattamento farmacologico (84,3% di tutte le prestazioni erogate), seguito da quello sanitario (7,2%) e psicosociale (4,9%); nelle Regioni del Nord soprattutto farmacologico (68,6% e 59,1% Nord-ovest e Nord-Est rispettivamente) e sanitario (13,9% e 21,2% Nord-ovest e Nord-Est rispettivamente); in quelle del Centro, invece, quello farmacologico e sanitario (rispettivamente 83,7% e 8,1% di tutte le prestazioni).

La presa in carico tipica degli utenti con dipendenza da stupefacenti prevede l'accertamento di uno stato di abuso e/o dipendenza da sostanze stupefacenti con esami su matrice urinaria o cheratinica, 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 (80,0%), la buprenorfina (11,0%) e la buprenorfina in associazione al naloxone (9,0%)

(quest'ultimo distribuito anche singolarmente come antidoto per i pazienti a rischio o in *overdose*).

Per il metadone, nel 2023, si registra un consumo giornaliero pari a 1,3 DDD (*Defined Daily Dose*) ogni 1.000 ab. con una spesa media per DDD pari a € 0,4 (Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali, l'uso dei farmaci in Italia: Rapporto Nazionale Anno 2023, AIFA).

Per la buprenorfina, si registra un consumo medio giornaliero di 0,2 DDD ogni 1.000 ab. ed una spesa media per DDD di € 4,8.

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 2023, 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 2023, 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 comorbidità.

A questi trattamenti si affianca l'utilizzo di farmaci *long acting*, già ampiamente utilizzati nell'ambito della salute mentale; questa opzione terapeutica consentirebbe una possibile riduzione di frequenza ai Servizi e ad alcune tipologie di controlli, associata ad un miglioramento di aderenza al trattamento ed una riduzione dei fenomeni di *diversion* e *misuse*.

3.2. Dipendenza da alcol

Nel 2022, risultano assistite presso i Servizi di alcologia 62.886 persone con dipendenza⁷, casistica in riduzione rispetto all'anno precedente di 604 unità.

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 21,4 soggetti ogni 10.000 ab. di età 16+; seguono il Nord-Ovest ed il Centro con 11,2 rispettivamente, ed il Mezzogiorno con 8,6.

Si conferma un'importante variabilità a livello regionale: si passa da un valore massimo di 61,1 utenti ogni 10.000 ab. 16+ della P.A. di Bolzano ad un minimo di 5,3 della Puglia.

Si fa presente che il diverso livello di presa in carico regionale 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 2019 (primo anno in cui è reso dispo-

nibile il dato nei flussi informativi ministeriali) si è registrata una riduzione delle prese in carico del -3,0% (0,4 utenti in meno ogni 10.000 ab.), con una variabilità regionale sostanzialmente invariata nel periodo: la contrazione ha interessato il Nord-Ovest (-3,6 utenti), ed il Centro con -1,5 utenti; nel Nord-Est e nel Mezzogiorno si è registrato invece un aumento di rispettivamente +3,3 e +0,7 utenti (ogni 10.000 ab.)

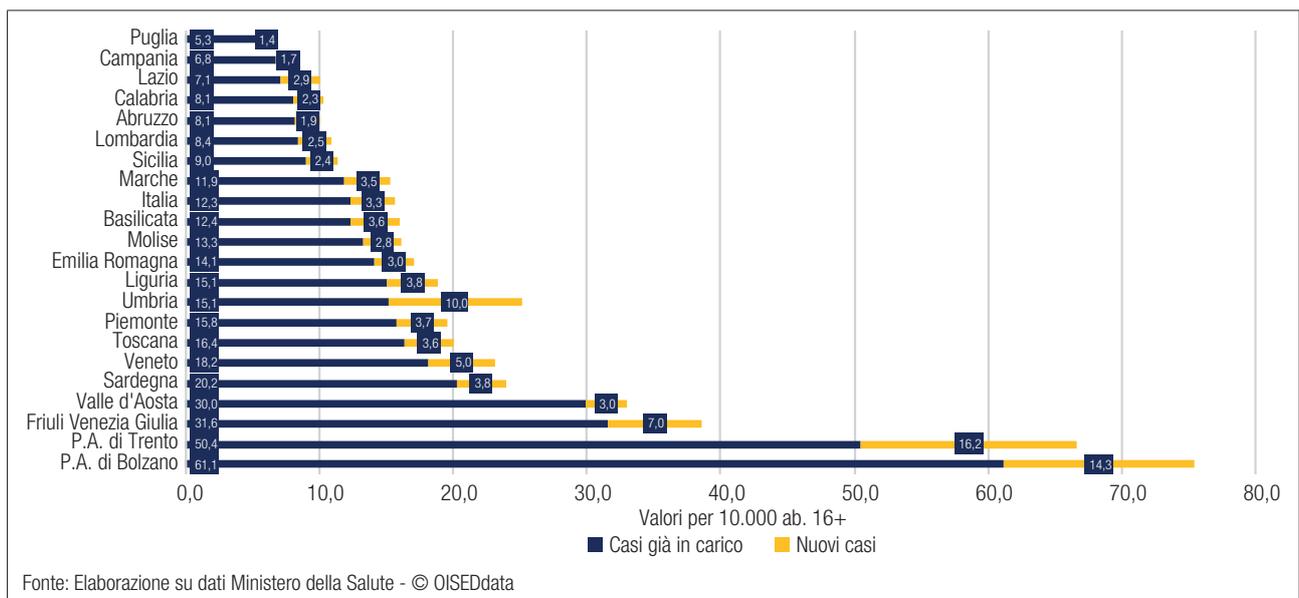
Si tratta prevalentemente di popolazione maschile: il rapporto maschi/femmine risulta pari a 3,2.

Il 73,2% 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 7,4% della casistica trattata.

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

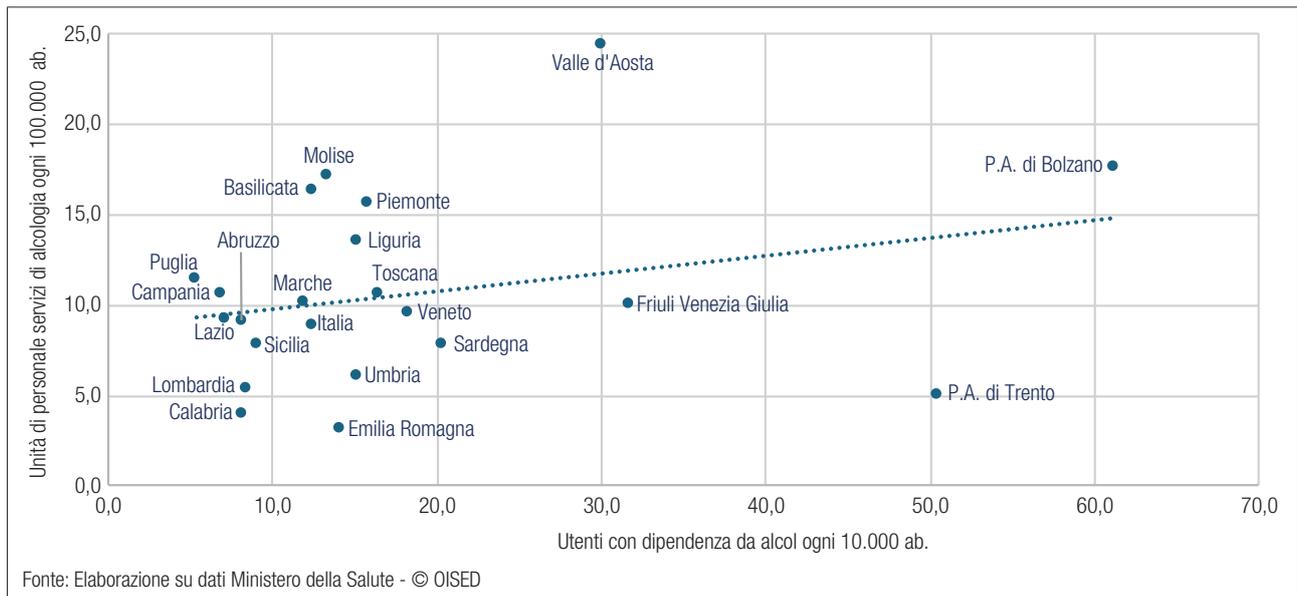
Soffermando l'attenzione sui nuovi utenti in carico, si osserva come la loro incidenza si sia ridotta di 1,8 p.p. rispetto al 2019: tale riduzione è stata massima nel Centro (-4,8 p.p.) e minima nel Nord-Est (-0,5 p.p.).

Figura 11. Tasso di presa in carico da parte dei servizi di alcologia, anno 2022



⁷ 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" (2023)

Figura 12. Utenti con dipendenza da alcol in carico ai servizi di alcologia vs personale dedicato, anno 2022



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 positiva ma non elevata (0,26) indicando l'assenza di *standard* omogenei di programmazione. A riprova di ciò, alcune Regioni, quali ad esempio Emilia Romagna e Molise, pur presentando livelli di "domanda" simili, evidenziano differenze di organico che arrivano a superare il 500%, valore in peggioramento rispetto all'anno precedente, dove le differenze arrivavano al 300%; analogamente, Lazio e Friuli Venezia Giulia, a parità di organico (in rapporto agli abitanti), hanno in carico un volume di pazienti che arriva a differenziarsi di oltre il 400%, valore pressoché simile all'anno precedente (500%).

A livello regionale si passa da un valore minimo, pari a 3,4 unità di personale ogni 100 pazienti in carico nel Nord-Est del Paese, ad un massimo di 10,9 nel Mezzogiorno. A livello regionale si passa dall'1,0 della P.A. di Trento alle 21,4 della Puglia, con un valore medio nazionale di 7,2 unità di personale ogni 100 pazienti in carico.

Rispetto al 2019 il numero medio di unità di personale in rapporto agli utenti in carico è aumentato di 0,6 unità ogni 100 utenti.

Oltre alle riscontrata disomogeneità di dimensionamento del personale a livello regionale, va ricordato che i flussi informativi finora disponibili non consentono di fornire una visione completa del fenomeno delle dipendenze, sebbene il recente aggiornamento del flusso ministeriale dovrebbe, a partire dal 2025, superare alcuni dei problemi di rilevazione fin qui evidenziati.

4. Utilizzazione dei servizi

4.1. Dipendenza da stupefacenti

Assistenza ospedaliera

Nel 2023 sono stati effettuati 18.968 ricoveri in acuzie ospedaliere associate a diagnosi (primarie o secondarie) di patologie droga-correlate: il 96,4% (18.279) in regime ordinario e il 3,6% (689) in regime diurno.

Il tasso mediano di ospedalizzazione in acuzie risulta di 32,2 ogni 100.000 ab., di cui 31,0 per i ricoveri in regime ordinario e 1,2 per quelli in regime diurno; il valore più alto, pari a 53,6 ricoveri (53,1 in acuzie ordinarie e 0,5 in acuzie diurne), si riscontra nel Nord-Est del Paese, segue il Nord-Ovest con 35,7 ricoveri ogni 100.000 ab. (35,0 in acuzie ordinarie e

0,6 in acuzie diurni), quindi il Centro con 31,6 ogni 100.000 ab. (29,3 in acuzie ordinari e 2,2 in acuzie diurni) ed il Mezzogiorno con 17,2 casi per 100.000 ab. (15,8 in acuzie ordinari e 1,4 in acuzie diurni).

A livello regionale, l'Emilia Romagna, con 75,2 ricoveri (74,9 in acuzie ordinari e 0,3 in acuzie diurni), registra il tasso più alto, la Basilicata, con 8,9 (8,7 in acuzie ordinari e 0,2 in acuzie diurni), il più basso.

Il ricorso all'ospedalizzazione è maggiore per il genere maschile: 47,1 ricoveri ogni 100.000 maschi vs 17,9 per le femmine.

Nell'ultimo quinquennio (2023-2018) si è registrata una crescita dei ricoveri di +1,3 ricoveri ogni 100.000 abitanti, con una forte variabilità regionale; in Basilicata si è osservata la riduzione massima (-6,6 ricoveri ogni 100.000 abitanti), nella Valle d'Aosta l'aumento massimo (+22,0 ricoveri ogni 100.000 abitanti).

La degenza media registrata per i ricoveri ordinari in acuzie, nel 2023, è pari a 12,6 giorni, con il valore massimo, pari a 13,4 giorni, nel Nord-Ovest del Paese; seguono il Centro con 13,0 giorni, il Nord-Est con 12,8 giorni e il Mezzogiorno con 10,1 giorni.

Nelle Marche si registra la degenza media più alta, 19,4 giorni, mentre in Friuli Venezia Giulia quella più bassa (7,9 giorni).

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%).

Emergenza-urgenza

Nel 2023 sono stati registrati 8.596 accessi al Pronto Soccorso (PS) (flusso EMUR del Ministero della Salute) per diagnosi totalmente attribuibili all'abuso di droghe o psicosi da sostanze psicotrope, pari a 14,6 accessi medi ogni 100.000 abitanti. Il 41,2% ha riguardato persone tra 25-44 anni e quasi il 10% minorenni. Al 48,8% degli accessi al Pronto Soccorso è stata attribuita la diagnosi di psicosi indotta da droghe.

Il livello di accesso massimo, pari a 19,6 accessi ogni 100.000 abitanti, si registra nel Nord-Est del Paese, il minimo nel Mezzogiorno (6,7). A livello regionale, si osserva una elevata variabilità: si passa da 0,6 accessi (ogni 100.000 ab.) della P.A. di Trento ai 34,1 della P.A. di Bolzano, a fronte di un valore mediano di 11,5.

Nell'ultimo quinquennio si è registrato un incremento degli accessi del 22,0%, con un contestuale aumento della variabilità regionale, misurata con una variazione interquartile pari al +34,3%.

Figura 13. Tasso di ospedalizzazione in acuzie per tossicodipendenze. Anno 2023

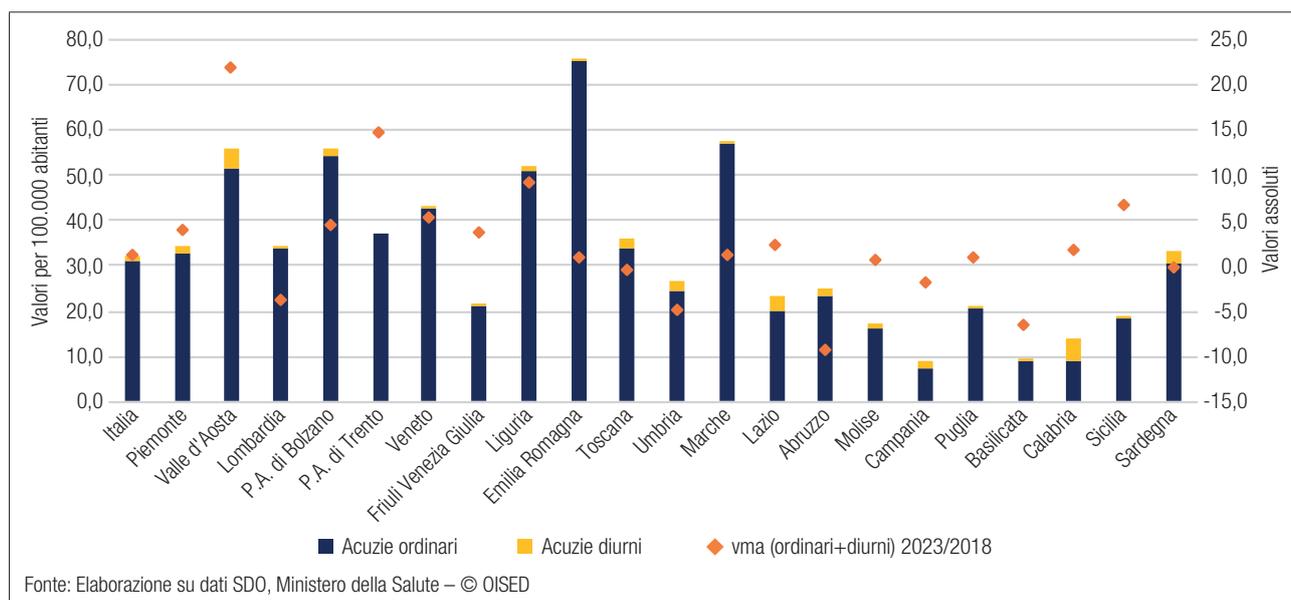


Figura 14. Tasso di accesso al Pronto Soccorso per diagnosi di abuso di droghe e sostanze psicotrope

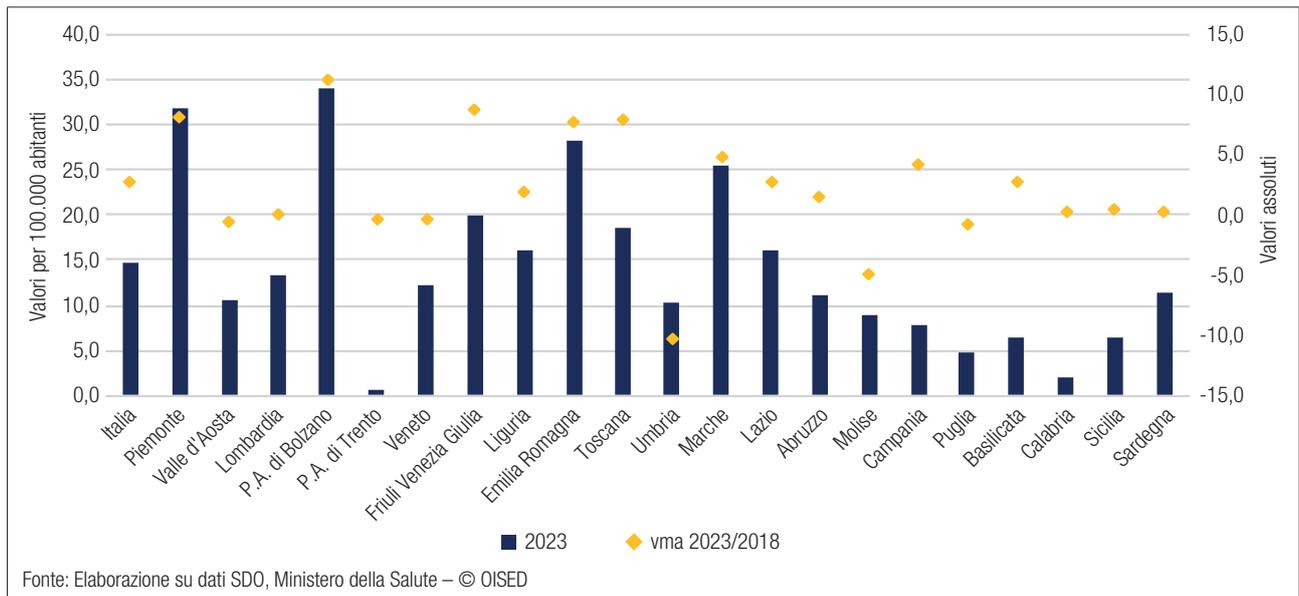
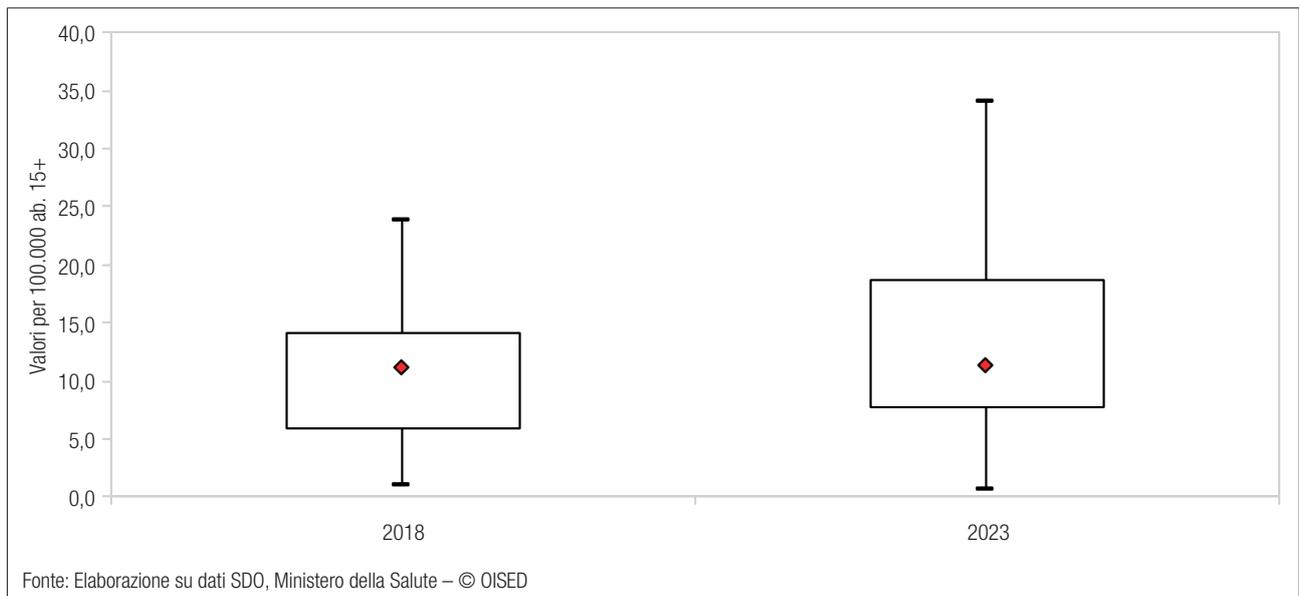


Figura 15. Tasso di accesso al Pronto Soccorso per abuso di droghe e sostanze psicotrope, variabilità regionale



Il 57,9% degli accessi al Pronto Soccorso avviene tramite il Servizio Emergenza Urgenza 118.

Il 12,0% degli accessi droga-correlati è esitato in un ricovero ospedaliero (1.028 casi): più specificamente, l'8,4% e il 2,9% di quelli con diagnosi principale rispettivamente di psicosi indotta da droghe e abuso di droghe senza dipendenza; lo 0,5% e lo 0,2% di quelli per dipendenza e per avvelenamento.

La maggior parte delle ospedalizzazioni (70,6%) ha riguardato i casi con diagnosi principale di psicosi indotta da droghe e il 24,1% quelli con abuso di droghe senza dipendenza.

Mettendo in relazione il tasso di utenti in carico al SerD e il tasso di accesso al Pronto Soccorso per diagnosi attribuibili all'abuso di droghe o psicosi da sostanze psicotrope si evidenzia una correlazione

positiva. Tale correlazione positiva permane anche al netto delle Regioni con maggior ricorso all'ospedalizzazione (P.A. di Bolzano, Piemonte, Marche, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia). Tale risultato è suggestivo di una importante quota di soggetti non presi in carico dai servizi che ricorre ai servizi

di emergenza-urgenza: a conferma di ciò, secondo i dati rinvenuti dal flusso ministeriale, oltre il 50% della casistica che accede al Pronto Soccorso ha una diagnosi di abuso di sostanze senza dipendenza.

Figura 16. Tasso di utenti in carico al SerD e tasso di accesso al pronto soccorso per diagnosi totalmente attribuibili all'abuso droghe o psicosi da sostanze psicotrope. Anno 2023

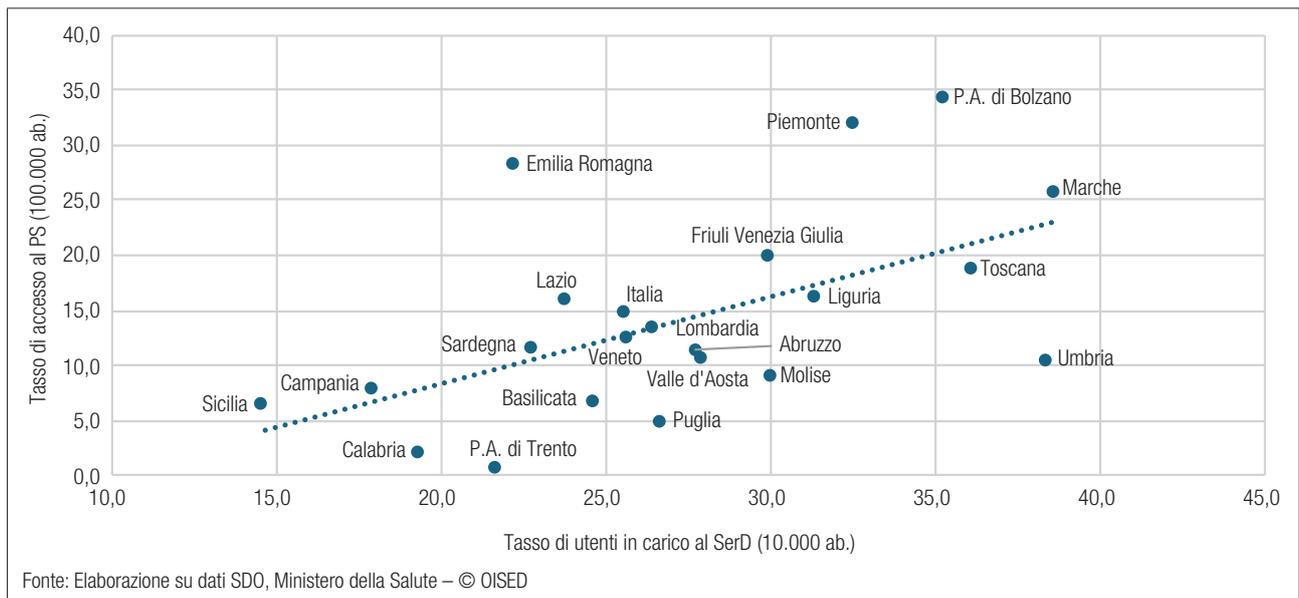
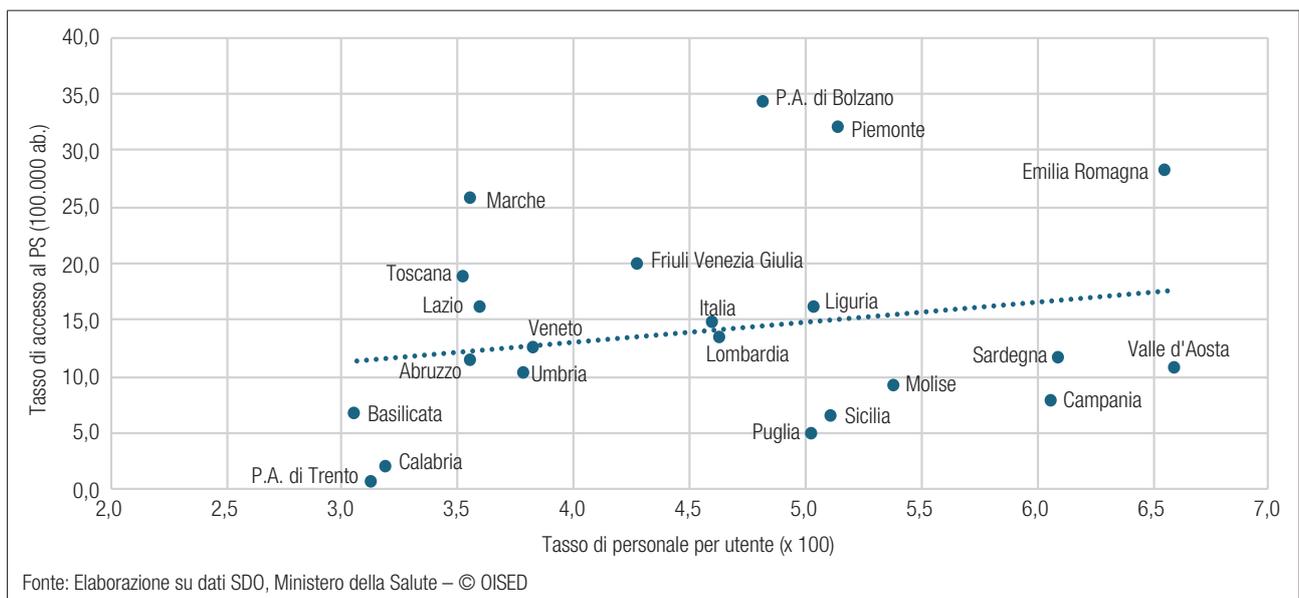


Figura 17. Tasso di personale per utente in carico al SerD e tasso di accesso al pronto soccorso per diagnosi totalmente attribuibili all'abuso droghe o psicosi da sostanze psicotrope. Anno 2023



Mettendo in relazione il tasso di personale per utente e il tasso di accesso al Pronto Soccorso, si registra, sempre al netto delle Regioni sopra indicate, una correlazione negativa, in parte interpretabile come espressione del sovraccarico del Pronto Soccorso conseguente al sottodimensionamento del personale in rapporto agli utenti in carico.

4.2. Dipendenza da alcol

Assistenza ospedaliera e emergenza-urgenza

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.

Il tasso mediano di ospedalizzazione in acuzie risulta di 69,1 ogni 100.000 ab., di cui 64,4 in acuzie ordinari e 4,6 in acuzie diurni; il valore regionale più alto, pari a 94,0 ricoveri (89,5 ordinari e 4,5 diurni), si riscontra nel Nord-Est del Paese, segue il Nord-Ovest con 69,0 ricoveri ogni 100.000 ab. (65,1

ordinari e 4,0 diurni), il Centro con 65,8 ogni 100.000 ab. (59,7 ordinari e 6,2 diurni) ed il Mezzogiorno con 56,5 casi per 100.000 ab. (52,2 ordinari e 4,3 diurni).

La Valle d'Aosta, con 192,9 ricoveri (158,1 ordinari e 34,9 diurni), registra il tasso più alto, la Sicilia, con 43,7 (40,8 ordinari e 2,8 diurni), il più basso.

Nel periodo 2019-2022 si è registrata una riduzione del ricorso all'ospedalizzazione di -10,5 ricoveri ogni 100.000 abitanti, con una forte variabilità regionale che vede in Abruzzo l'aumento massimo (+2,7 ricoveri ogni 100.000 abitanti) e nella Valle d'Aosta la riduzione massima (-41,8 ricoveri ogni 100.000 abitanti).

Nel 2022, sono stati effettuati 39.590 accessi al Pronto Soccorso (flusso EMUR del Ministero della Salute), ovvero 67,1 ogni 100.000 ab., con il valore massimo riscontrato nel Nord-Est (99,6) e quello minimo (27,5) nel Mezzogiorno.

A livello regionale, il ricorso al Pronto Soccorso oscilla da un valore minimo di 12,9 accessi ogni 100.000 ab. della Calabria, ad uno massimo di 377,5 del Friuli Venezia Giulia, a fronte di un valore mediano di 51,3.

Figura 18. Tasso di ospedalizzazione in acuzie per alcol, anno 2022

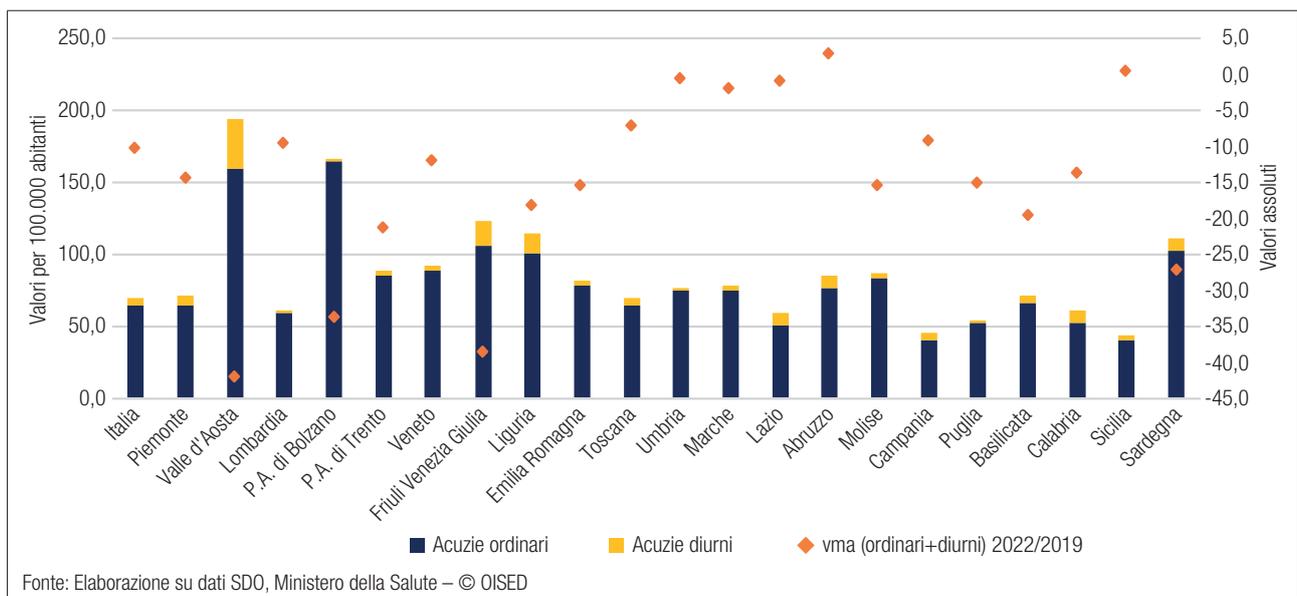
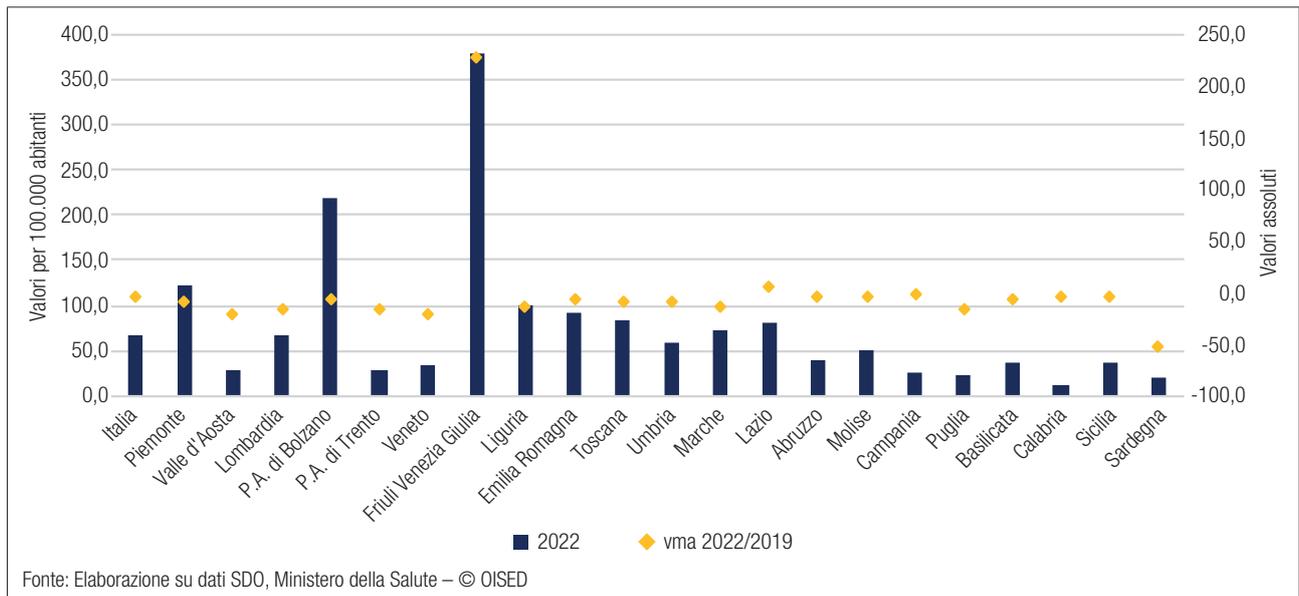


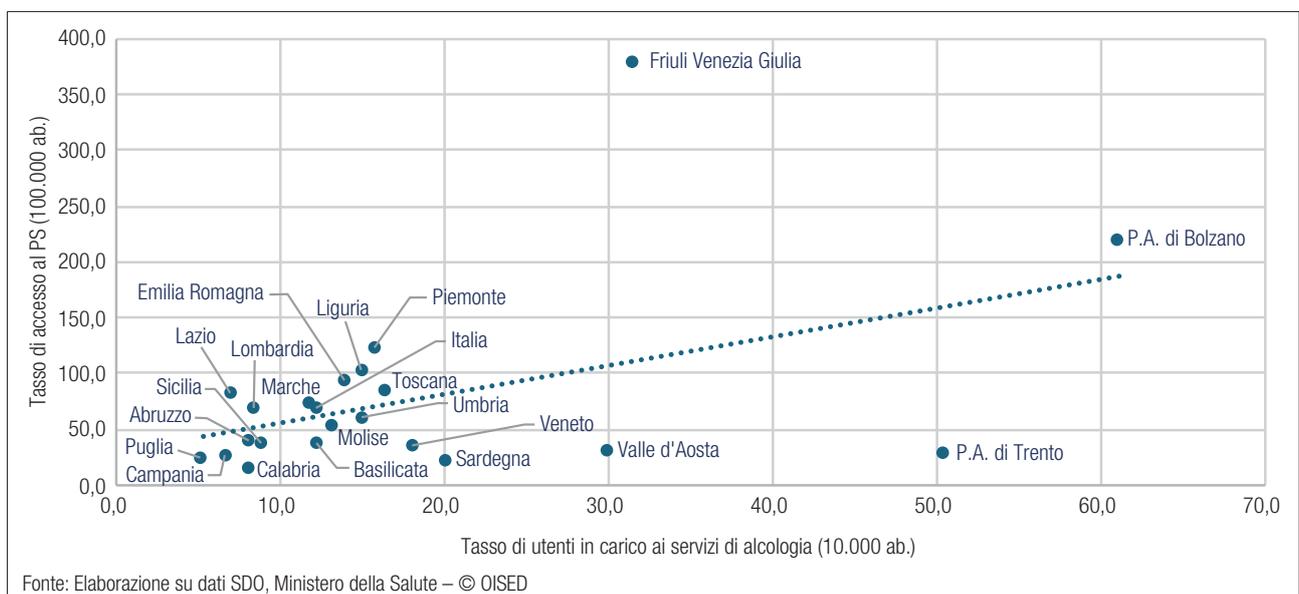
Figura 19. Tasso di accesso al Pronto Soccorso per abuso di alcol



Tra il 2022 e il 2019 si registra una riduzione degli accessi al pronto soccorso (-2,4% medio annuo). In tutte le Regioni si registra una riduzione, massima in Sardegna (-34,4% medio annuo) e quella minima in Campania (-1,5% medio annuo). Fanno eccezione Friuli Venezia Giulia e Lazio, che registrano un aumento degli accessi al Pronto Soccorso nel periodo considerato (+36,0% e +2,6% medio annuo rispettivamente).

Il 51,1% degli accessi sono associati ad un codice di *triage* verde (poco critico), il 37,7% ad un codice giallo (mediamente critico), il 7,8% ad un codice bianco (non critico), il 2,7% ad un codice rosso (non critico), il 0,11% al decesso. Rispetto al 2019 il dato è in diminuzione per il codice verde e il codice bianco, rispettivamente di -14,8 e -1,8 p.p., in aumento per il codice giallo e per il codice rosso (+16,2 e +0,4 p.p.); si sono ridotti anche i decessi (-0,55 p.p.).

Figura 20. Tasso di utenti in carico presso i servizi di alcologia e tasso di accesso al Pronto Soccorso per abuso di alcol. Anno 2023



Il 9,5% dei pazienti che accede al PS viene ricoverato in reparto ed il 7,6% accede all'OBI (Osservazione Breve Intensiva).

Mettendo in relazione il tasso di utenti in carico ai servizi di alcologia e il tasso di accesso al Pronto Soccorso per diagnosi attribuibili all'abuso di alcol, si osserva una correlazione positiva (0,449). Al netto di quelle Regioni nelle quali si registra un maggiore tasso di ospedalizzazione (Friuli Venezia Giulia, P.A. di Bolzano e Piemonte), dove evidentemente il passaggio dal Pronto Soccorso è "propedeutico" al ricovero, la correlazione permane positiva. Tale risultato è suggestivo di una significativa quota di utenti con dipendenza da alcol che non sono presi in carico dai servizi (circa il 90% dei consumatori ad alto rischio) e/o che vi ricorre in seguito ad incidenti stradali associati all'utilizzo di alcol.

Trattamenti

In merito alle tipologie di trattamento erogate ai soggetti con dipendenza da alcol, 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 2022, il 32,0% è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici, il 25,0% al *counseling* (singolo o di famiglia), il 16,0% a trattamenti socio-riabilitativi, il 3,7% viene inserito in gruppi di Auto/Mutuo Aiuto ed il 3,1% ad inserimenti in comunità (residenziale e semiresidenziale).

Si riscontrano differenze di approccio terapeutico nelle diverse realtà regionali: l'utilizzo di un approccio farmacologico oscilla da un valore minimo pari a 13,8% degli utenti in carico dell'Umbria, ad uno del 60,9% della P.A. di Trento; quello psicologico dall'1,4% degli utenti trattati nella P.A. di Trento, al 37,8% di quelli trattati in Umbria; l'inserimenti in comunità oscilla da un valore minimo pari allo 0,9% degli utenti in carico nella P.A. di Trento, al 6,9% di quelli trattati in Valle d'Aosta; l'inserimento in gruppo di auto/mutuo aiuto oscilla dallo 0,0% degli utenti in carico nella P.A. di Bolzano al 10,4% di quelli in Basilicata.

I principi attivi utilizzati per il trattamento dell'alcol dipendenza sono disulfiram, sodio oxibato, acamprosato, naltrexone, metadoxina e nalmefene. Nel

2022 si è registrato un consumo totale a carico del SSN di 199,9 DDD per milione di abitanti die, in riduzione del 9,5% medio annuo rispetto al 2019: tale riduzione ha interessato soprattutto il sodio oxibato (-21,4% medio annuo); è invece cresciuto quello di acamprosato (+0,4% medio annuo). Il disulfiram rappresenta il 51,0% dei consumi (101,5 DDD ogni milione di ab.), seguita dal sodio oxibato con il 24,9% (49,7 DDD ogni milione di ab.), e dall'acamprosato con il 14,9% (29,9 DDD).

Rispetto al 2019 si registra una significativa riduzione del consumo di farmaci e quindi della spesa, soprattutto per la componente a carico del SSN.

In regime di assistenza convenzionata, il 50,2% dei pazienti viene trattato con disulfiram, il 30,1% con acamprosato, il 14,9% con naltrexone.

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

5. Costi dell'assistenza sanitaria per le dipendenze

Nel presente paragrafo vengono stimati i costi sostenuti per l'assistenza sanitaria dei soggetti con dipendenza, distintamente per la parte extra-ospedaliera (ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale), ospedaliera (distintamente per dipendenza da stupefacenti ed alcol) e farmaceutica.

La stima del costo sostenuto dal SSN per l'assistenza sanitaria extra-ospedaliera ai tossicodipendenti è stata effettuata partendo dalle informazioni contenute nel flusso LA (Livelli di Assistenza), rilevato dal Ministero della Salute.

Il costo attribuibile all'assistenza dei soggetti con dipendenze patologiche è registrato alla voce del modello LA "Assistenza alle persone con dipendenze patologiche", ed è pari nel 2022 a € 1.198.014.808 (+13,1% nell'ultimo anno), di cui € 804.382.005 (67,1%) per la presa in carico da parte dei SerD, in aumento del +6,0% rispetto all'anno precedente. Segue per incidenza l'assistenza residenziale con il 26,4% (+2,7 p.p. rispetto al 2019) e l'assistenza

semi-residenziale con il restante 6,5% (+2,3 p.p. rispetto al 2019).

Il costo medio nazionale è, quindi, pari a € 2.029,5 ogni 100 abitanti, in aumento rispetto al 2019 del +14,6% (€ 1.771,2); a livello regionale il valore oscilla da un minimo di € 1.193,8 in Lazio ad un massimo di € 6.915 in Sardegna.

Limitando l'analisi alla presa in carico nei servizi pubblici, nel 2022, il costo per l'assistenza dei soggetti con dipendenze patologiche è pari a € 1.362,7 ogni 100 abitanti, ed in aumento rispetto al 2019 del +15,2% (€ 1.183,2); a livello regionale il valore oscilla da un minimo di € 650,6 nel Lazio a ad un massimo di € 6.444,0 in Sardegna.

La spesa pubblica per l'assistenza residenziale risulta pari a € 534,8 ogni 100 abitanti, in aumento rispetto al 2019 del +4,0%; a livello regionale il valore oscilla da un minimo di € 120,0 in Molise ad un massimo di € 1.369,1 in Liguria.

Il costo per l'assistenza semi-residenziale è pari a € 132,0 ogni 100 abitanti, in aumento rispetto al 2019 del +78,8% (€ 73,8); a livello regionale il valore oscilla da un minimo della Valle d'Aosta (che ha spesa nulla) ad un massimo di € 676,0 in Campania.

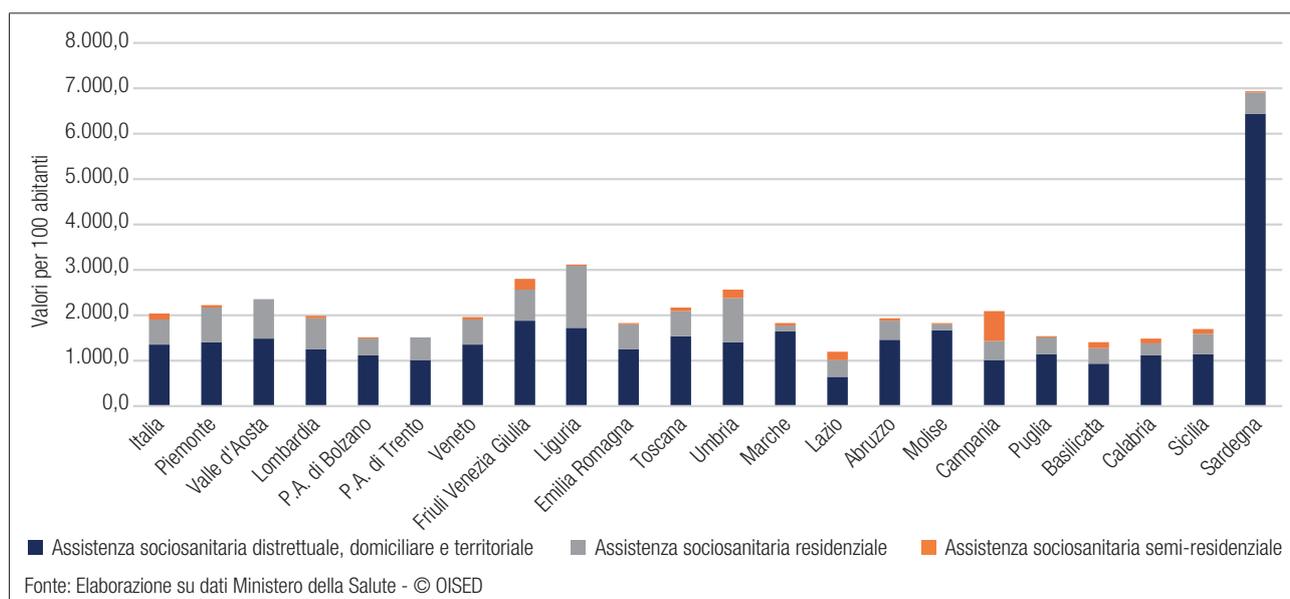
Per quanto concerne l'attività ospedaliera, per i ri-

coveri in acuzie per i tossicodipendenti, il SSN sostiene un costo medio pro-capite nazionale pari a € 0,9. Tale stima è stata ottenuta applicando le tariffe DRG massime vigenti a livello nazionale, ai ricoveri con diagnosi associate alla tossicodipendenza (dettaglio in appendice). A fronte di un valore mediano nazionale pari a € 0,9, a livello regionale si passa da un valore massimo di € 2,1 dell'Emilia Romagna, ad un minimo di € 0,3 della Campania.

Il "valore medio" di un ricovero in acuzie, nel 2023, è pari a € 2.864,1 (mediana € 2.694,4): € 2.654,3 per gli ordinari e € 244,4 per i diurni (ultimo anno di disponibilità del dato per regime di ricovero 2022). A livello regionale, si passa da un valore massimo di € 4.076,6 della Basilicata, ad un minimo di € 1.985,4 della P.A. di Bolzano.

Per l'attività legata ai ricoveri in acuzie, per i soggetti con dipendenza da alcol, la stima è pari a € 3,0 per gli ordinari e € 0,02 per i diurni. Per gli ordinari, a livello regionale, si passa da un valore massimo di € 5,3 della P.A. di Bolzano, ad un minimo di € 1,8 della Sicilia (valore mediano nazionale pari a € 3,5); per i diurni si passa da un valore massimo di € 0,1 del Friuli Venezia Giulia, ad un minimo di € 0,003 della Puglia (valore mediano nazionale pari a € 0,02).

Figura 21. Costo dell'assistenza per dipendenze patologiche, anno 2022



Per i soggetti con dipendenza da alcol, il valore medio nazionale di un ricovero in regime ordinario è pari a € 4.585,4 (mediana € 4.360,0), di un diurno è pari a € 360,4 (mediana € 318,2). Per gli ordinari, a livello regionale, si passa da un valore massimo di € 5.767,7 del Lazio, ad uno minimo di € 3.152,9 della P.A. di Bolzano; per i diurni si passa da un valore massimo di € 613,6 del Friuli Venezia Giulia, ad uno minimo di € 250,1 della P.A. di Bolzano.

Infine, la spesa farmaceutica a carico del SSN per il trattamento della dipendenza da alcol, nel 2022, è stata pari a € 5,66 mln (€ 9,6 ogni 100 abitanti), di cui l'84,0% nelle strutture pubbliche, il 12,5% nel canale delle farmacie aperte al pubblico ed il 3,5% distribuzione per conto.

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, quanto 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 gli 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, con i costi connessi.

Per comprendere come il soggetto che delinque in ragione del proprio stato di tossicodipendenza sia destinato 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.).

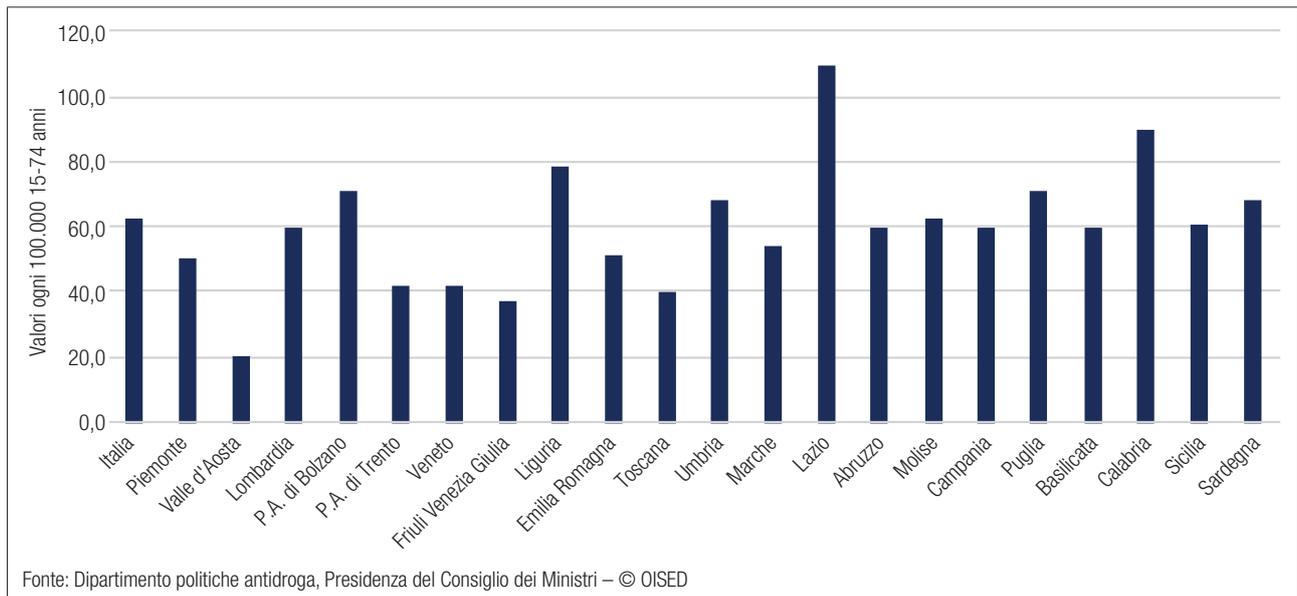
Sarebbe, quindi, auspicabile che il momento terapeutico fosse sempre preminente rispetto a quello sanzionatorio e che, nella difficile ricerca di un punto di equilibrio tra pena e terapia, prevalesse sempre il rispetto del principio personalista (art. 2 Cost.) e del corretto sviluppo della persona.

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, finalizzati a favorire il recupero del condannato e il suo reinserimento sociale diminuendo, allo stesso tempo, il pericolo di recidiva.

Ciò premesso, nel 2023, in Italia, sono state effettuate 27.674 denunce per violazione degli artt. 73 e 74 del DPR n.309/1990: 62,3 ogni 100.000 ab. di 15-74 anni. Il tasso più alto, pari a 77,7 (per 100.000 ab. di 15-74 anni) si riscontra nel Centro, segue il Sud con 65,5, il Nord-Ovest con 58,8 ed il Nord-Est con 46,0.

A livello regionale si passa dal valore minimo della Valle d'Aosta (20,5 per 100.000 ab. di 15-74 anni) a quello massimo del Molise (109,0).

Figura 22. Tasso di denunce per reati droga-correlati, anno 2023



Nell'ultimo quinquennio si è registrato un aumento del tasso di denunce pari al +5,6%.

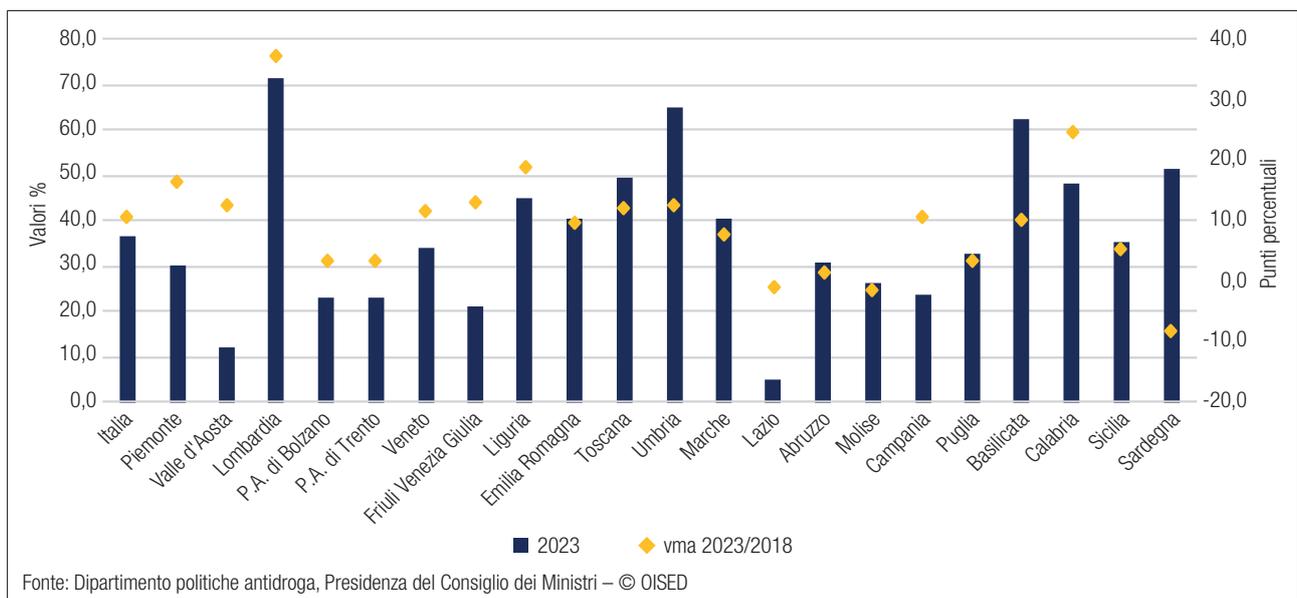
Considerando i reati relativi alla violazione degli artt. 73 e 74 del DPR 309/90, nel 2023, sono state condannate con sentenza definitiva 12.963 persone, pari all'11,0% delle condanne totali registrate in Italia.

I soggetti con problemi droga-correlati (reati con-

nessi agli artt. 73 e 74) rappresentano, nel 2023, circa il 30% 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 in rapporto alla popolazione.

Il numero dei detenuti tossicodipendenti, al 31/12/2023, è pari a 17.405, in aumento nell'ultimo quinquennio del +2,8% (16.934 detenuti).

Figura 23. Tasso di misure alternative alla detenzione su condannati definitivi artt. 73 e 74



Il 30,3% dei detenuti è straniero (5.899 detenuti), dato in riduzione nell'ultimo quinquennio del -31,2%.

Passando ad analizzare il ricorso alle misure alternative, dai dati dell'UEPE (Ufficio Esecuzione Penale Esterna) si registra un aumento del ricorso a tali misure: si è passati dal 26,1% dei condannati definitivi del 2018 al 36,9% nel 2023. Nel Nord-Ovest si registra il ricorso maggiore (57,4%), nel Centro il minore (19,8%). A livello regionale, il dato risulta eterogeneo, con il tasso di misure alternative più alto in Lombardia (71,6%), il più basso nel Lazio (5,1%).

Dipendenza da alcol

La violazione al Codice della Strada degli Artt. 186 e 186 bis, che recita la 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 2022, su un totale di 56.284 incidenti con lesioni osservati da Polizia e Carabinieri, 9,7% (4.979 casi) hanno almeno uno dei conducenti dei veicoli coinvolti in stato di ebbrezza e il 3,0% (1.672) quelli per i quali è stato invece rilevato l'effetto di stupefacenti. L'incidenza dello stato di ebbrezza alla guida e per la droga risulta in diminuzione rispetto al 2021, quando il dato era rispettivamente 9,7% e 3,2%.

La Polizia stradale ha rilevato, nel 2022, 15.754 violazioni degli art. 186 e 186bis, valore in aumento rispetto al 2021 del +34,5% (11.717 violazioni), di cui il 17,4% con incidenti stradali.

Gli incidenti mortali rilevati dai Carabinieri per violazione degli art. 186 e 186bis del codice della

strada rappresentano il 5,6% (68) di tutti gli incidenti mortali; si sono registrati 85 decessi e 5.786 feriti (rispettivamente 6,5% e 11,0% del totale degli incidenti).

7. Impatto economico

Per quanto concerne la stima dell'impatto economico del fenomeno delle dipendenze, in continuità con quanto già effettuato nella prima annualità dell'Osservatorio, è stata replicata l'analisi *cost of illness*, avvalendosi del modello di simulazione stocastica implementato, finalizzato anche a stimare il potenziale impatto di alcune azioni di politica sanitaria e sociale.

Il modello elabora una stima del costo medio annuo del fenomeno della dipendenza, disaggregato per tipologia di abuso, nella prospettiva della Società.

Nella prima annualità dell'Osservatorio, la stima dell'impatto economico è stata determinata per la dipendenza da stupefacenti e da alcol. Considerando che i soggetti affetti da forme di dipendenza spesso lo sono da più tipologie di sostanze di abuso, si è convenuto che i "policonsumatori" (nello specifico di stupefacenti e alcol) venissero "aggregati" alla stima dei costi legati alla dipendenza da stupefacenti, in quanto questi ultimi risultano solitamente prevalenti in termini di carico assistenziale; di conseguenza, il costo medio annuo del fenomeno della dipendenza da alcol è stato riferito ai consumatori di solo alcol.

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

In definitiva, va tenuto conto che si tratta di una stima incompleta che sottostima il reale "*cost of illness*" delle dipendenze.

7.1. Costo della dipendenza da stupefacenti e poli consumatori

Rimandando al *report* della prima annualità per i dettagli metodologici, si riporta a seguire l'epidemiologia relativa all'anno 2023 (ultimo disponibile), utilizzata per le stime. Sulla base delle indicazioni del *board* scientifico, si è confermato l'approccio di adottare alternativamente un *range* che va da un valore minimo misurato come 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.

Sulla base delle assunzioni di cui alla Tabella 1 e

2, si stima che, in Italia, nel 2023 il costo attribuibile alle dipendenze da stupefacenti (comprensiva dei poli-consumatori) sia pari a € 6,7 mld..

Considerando che il valore economico degli stupefacenti consumati è stimato in € 16,2 mld., l'impatto economico del fenomeno raggiunge i € 22,9 mld..

In particolare, sarebbero attribuibili agli esiti sanitari delle dipendenze (patologie droghe-correlate, decessi e assistenza ospedaliera) € 4,1 mld. (61%); ai costi della componente Sociale (ordine pubblico, illeciti amministrativi e/o reati, e detenzione), € 1,6 mld. (23%) e alla presa in carico da parte dei SerD e del privato sociale i restanti € 1,1 mld. (16%).

Tabella 1. Casistica media, per "stato" (2023)

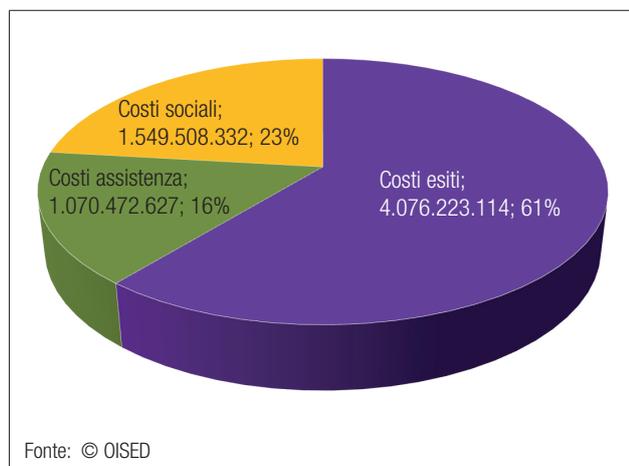
	Numero	Fonte
Consumatori totali	7.500.000	
Attivi	740.000	EUDA, Relazione europea sulla droga
Occasionali	6.760.000	
Trattati	158.395	
SerD	132.195	Ministero della Salute
Privato sociale (ambul, resid e semires)	13.066	Rel. sul fenomeno delle tossicod. in Italia, Dip Polit. Antidroga, Pres. Cons. Ministri
Carcere	13.134	<i>Expert opinion</i> su dati relazione tossicod. in Italia, Dip Polit. Antidroga, Pres. Cons. Ministri
Rispondenti ai trattamenti	95.037	
Patologie droga correlate	195.501	
HCV	187.500	ISS ed <i>expert opinion</i>
HIV	8.001	
Decessi	427	
Overdose	227	Rel. sul fenomeno delle tossicod. in Italia, Dip Polit. Antidroga, Pres. Cons. Ministri
AIDS	200	ISS
Con assistenza sanitaria (ricoveri, accessi al PS)	15.151	Ministero della Salute
Illeciti amministrativi e reati	34.679	Relazione tossicod. in Italia, Dip Polit. Antidroga, Pres. Cons. Ministri
Detenuti	26.268	<i>Expert opinion</i> su dati relazione tossicod. in Italia, Dip Polit. Antidroga, Pres. Cons. Ministri

Fonte: ©OISED

Tabella 2. Costo medio unitario annuo

Voce	Costo medio unitario annuo	Fonte
Trattamento nei servizi pubblici	3.939	Elab. su dati Modello LA, Ministero della Salute
Trattamento in Comunità Terapeutiche	23.471	Elab. su dati Modello LA, Ministero della Salute e Relazione DPA
Trattamento nei servizi pubblici e del privato sociale	6.797	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 overdose e AIDS)
Assistenza sanitaria	2.170	Elab. su casistica con nomenclatore tariffario specialistica e tariffe DRG
Reati e illeciti amministrativi	9.600	Elab. su dati Relazione DPA
Detenzione	48.180	Polizia penitenziaria

Figura 24. Composizione del costo della dipendenza da stupefacenti



Nello specifico, i costi relativi agli Esiti sono quasi per la totalità attribuibili alla gestione delle patologie droga-correlate (HIV, HCV ecc.), con un minimo residuo relativo ai decessi e agli accessi alle strutture ospedaliere (pronto soccorso e ricoveri), pari a € 54,3 mln.

Tra i costi Sociali (pubblici non sanitari), la detenzione ne rappresenta il 68,0% del costo (€ 1,1 mld.), seguita da quella associata alla gestione degli illeciti amministrativi e/o reati.

Dei costi di presa in carico degli utenti, pari a € 1,0 mld, il 34,6% è attribuibile al trattamento presso i servizi del privato sociale (comunità terapeutiche ecc.), il restante 65,4% al trattamento presso i SerD.

Al fine di valutare l'impatto economico delle possibili azioni di politica sanitaria, sociale e giudiziaria, il *board* scientifico ha individuato alcune azioni ritenute di potenziale efficacia: in particolare si è simulato l'impatto di un miglioramento dell'aderenza al trattamento, ottenibile con i nuovi approcci farmaceutici e/o con il potenziamento dell'assistenza psicologica, e con la formalizzazione di percorsi trasversali tra i diversi *setting* assistenziali (carcere-SerD, Comunità Terapeutiche-SerD), dell'intercettazione precoce dei "nuovi" consumatori (Nuove Sostanze Psicoattive ecc.), nonché il potenziamento del ricorso a misure alternative alla detenzione.

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) si è assunto (*expert opinion*), che si possa ottenere una crescita della quota degli attivi trattati rispondenti in un range 5-15 punti percentuali, con un dimezzamento per utente degli esami per accertamento d'abuso e delle visite di con-

trollo; 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 le simulazioni effettuate, il saldo degli effetti citati risulterebbe in una riduzione del costo totale nel *range* € -58,0 – 126,9 mln. annui.

L'adozione di azioni finalizzate a migliorare l'aderenza alla terapia, attraverso la formalizzazione di percorsi trasversali tra i vari *setting* assistenziali, in una potenziale crescita degli utenti trattati in un *range* 5-15 punti percentuali produrrebbe una riduzione compresa tra € - 66,3 e -198,6 mln.. In tal caso il valore centrale della distribuzione, che prevede un aumento di +10 p.p. di utenti trattati, comporterebbe una riduzione del costo totale di € -86,3 mln annui.

Sul versante del potenziamento dei Servizi a bassa soglia, si è ipotizzato si possa produrre un incremento del 15-25% degli utenti attivi, che genererebbe una crescita nel *range* 5-15% del costo di presa in carico presso i SerD, una riduzione degli utenti che commettono illeciti/reati del 5-15%, e degli accessi al Pronto Soccorso del 15-25%.

In tal caso il valore centrale delle distribuzioni sopra elencate porta a stimare un risparmio potenziale di circa € 175,1 mln. annui.

Per quanto concerne il sistema giudiziario, un maggior ricorso alle misure alternative alla detenzione, e relativi percorsi riabilitativi, potrebbero 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), e un risparmio pari a € 45,7 mln. per ogni punto percentuale di riduzione degli Esiti droga-correlati e dei reati/illeciti amministrativi.

7.2. Costo della dipendenza da alcol

Per quanto concerne la dipendenza dall'alcol, il modello prevede una prima stratificazione degli utenti in base alla "tipologia di consumatore": si prevede la distinzione tra consumatore a rischio o occasionale, e se si tratta di consumatore che fa abuso di alcol⁸ o meno; una seconda stratificazione è stata poi assunta in base alla "gestione" dell'utente, riguardando la presa in carico o meno da parte dei diversi servizi disponibili (SerD, Servizi di alcologia, associazioni auto mutuo aiuto, comunità terapeutiche, carcere ecc.).

Relativamente agli "Esiti", si considera la risposta ai trattamenti (psicologici, ecc.), il "controllo" delle manifestazioni della patologia (non commette incidenti stradali, reati, ecc.); inoltre, se il soggetto contrae o meno patologie alcol-correlate (steatosi alcolica, cirrosi ecc.), 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 ecc.). Un'ultima disaggregazione è poi relativa alla commissione o meno di illeciti amministrativi o reati, e l'eventuale stato di detenzione (denominato stato "Sociale").

Sulla base delle assunzioni contenute nelle Tabella 3 e Tabella 4, si può stimare che, in Italia, nel 2022, il costo attribuibile alla dipendenza da alcol sarebbe pari a € 1,1 mld..

In particolare, agli Esiti dell'alcol dipendenza (patologie alcol-correlate, decessi, assistenza ospedaliera e accessi al Pronto soccorso) si può attribuire un costo di € 0,74 mld. (63% del totale); alla presa in carico da parte dei SerD/servizi di alcologia/servizi del privato sociale € 0,27 mld. (27% del totale); ai costi della componente Sociale (occupazione, illeciti amministrativi e/o reati, e detenzione), i residui € 0,10 mld. (10% del totale).

⁸ Saunders et al., Alcohol Clin Exp Res. 2019

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

Si ricorda che nelle patologie alcol-correlate non è stata considerata la gestione di quelle indotte, qua-

li le patologie oncologiche, trapianti di fegato ecc., 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 ecc.) da persone che abusano di alcol.

Tabella 3. Casistica dipendenza da alcol, per "stato" (2022)

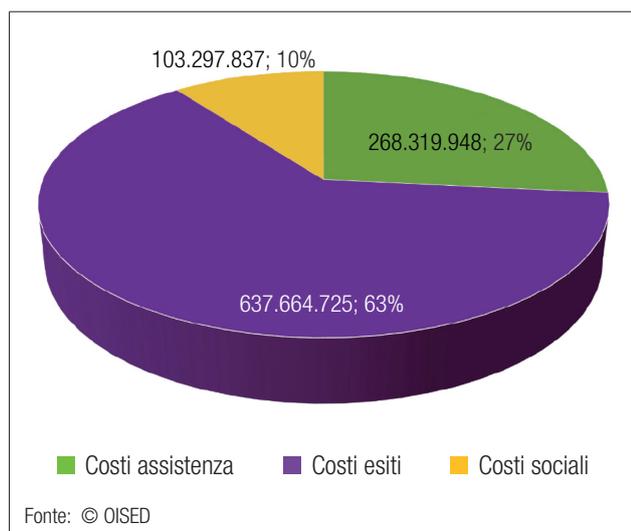
	Numero	Fonte
Consumatori totali	36.560.000	ISS
Consumatori con abuso di alcol	770.000	ISS
Consumatori occasionali	35.890.000	ISS
Trattati	81.486	
SerD/servizi di alcologia	62.886	Ministero della Salute
Ambulatori ospedalieri	10.000	Ministero della Salute
Gruppi di Auto/Mutuo Aiuto	8.600	Ministero della Salute
Carcere	10	Expert opinion
Rispondenti ai trattamenti	30.085	Expert opinion
Decessi	1.260	
Epatopatie alcoliche	891	
Disturbi psichici e comportamentali dovuti ad alcol	262	Rel. Ministero della Salute
Cariomiopatia alcolica	22	
Incidenti stradali	85	
Assist sanitaria (osped. pat alcol correlate e accessi PS)	113.549	
Ricoveri (pat alcol correlate e incidenti)	47.917	
Accessi PS	39.863	Ministero della Salute
Interventi 118	25.768	
Illeciti e reati amministrativi/penali (violazione artt. 186/187)	40.850	Rel. Ministero della Salute
Detenuti	100	Expert opinion

Fonte: ©OISED

Tabella 4. Costo medio unitario annuo

Voce	Costo medio unitario annuo	Fonte
Assistenza sanitaria	1.636	Ministero della Salute e Relazione al Parlamento su alcol
Costo sanitario medio incidente	1.196	Ministero infrastrutture
Reati e illeciti amministrativi	6.797	Ministero infrastrutture
Interventi legali	11.300	Relazione al Parlamento su alcol
Processi	4.120	
Segnalazioni FF.OO.	2.170	
Procedimento amministrativo	9.600	
Detenzione	48.180	Polizia penitenziaria

Figura 25. Composizione costo della dipendenza da alcol (2022)



I costi relativi agli Esiti, pari a € 637,7 mln., sono quasi per la totalità (86,0%) attribuibili ai decessi e agli accessi alle strutture ospedaliere (al Pronto Soccorso e ricoveri, dovuti sia alle patologie alcol-correlate sia agli incidenti stradali).

Dei costi di presa in carico dei SerD/servizi di alcologia (pubblici), il personale ne rappresenta il 57,1%, i trattamenti non farmacologici il 26,1%, i farmaci il 4,0%, gli altri accertamenti il 13,0%.

Infine, tra i costi Sociali, la voce maggiore è rappresentata dalla gestione dei reati amministrativi, che rappresentano il 96,0% del costo (€ 103,3 mln.),

seguita da quella relativa alla detenzione (€ 4,1 mln.).

Analogamente a quanto fatto per la dipendenza da sostanze stupefacenti, è stato determinato l'impatto economico di azioni politica sanitaria, sociale e giudiziaria, finalizzate a contenerne gli effetti.

Per la dipendenza da alcol, un incremento degli utenti in carico presso i servizi nel range 10-20% attraverso attività di screening sulle abitudini di vita, campagne informative da parte dei MMG, che comporterebbe una riduzione di richiesta di assistenza sanitaria alcol-correlata nel range 5-15% (patologie specifiche, trattamento di feriti di incidenti stradali ecc.) e di denunce per violazioni degli artt. 186 e 187 del Codice della Strada di pari entità nel range 5-15%.

Secondo le simulazioni condotte con il modello, tali azioni comporterebbero un risparmio per il Paese nel range € 8,2-21,3 mln.. Lo scenario relativo ai valori centrali della distribuzione comporterebbe un risparmio annuo di € 19,2 mln.

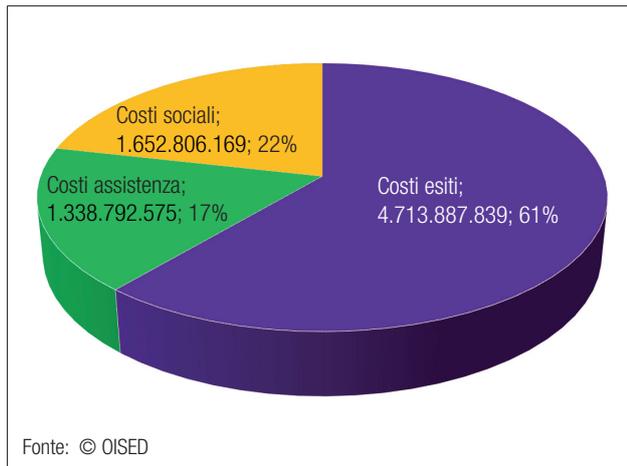
7.3. Costo della dipendenza da sostanze stupefacenti e da alcol

Considerando entrambe le forme di dipendenza prese in analisi in questa prima annualità, si genera un costo per la Società pari a € 7,8 mld., di cui € 6,7 mld. per la dipendenza da stupefacenti e € 1,1 mld.

per quella da alcol.

In particolare, il 61,2% del costo è attribuito agli Esiti sanitari, il 21,4% all'assistenza sanitaria ed il restante 17,4% al Sociale (illeciti/reati amministrativi/penali, detenzione).

Figura 26. Composizione costo della dipendenza da stupefacenti e alcol



Per entrambi i fenomeni i costi indiretti, associati alle perdite di produttività dovuti ai decessi per patologie e eventi connessi all'uso di sostanze, agli accessi al Pronto Soccorso e ai ricoveri, associati alle patologie alcol e droga correlate, ammontano a € 198,9 mln..

8. Proposta metodologica per il monitoraggio degli effetti dell'Autonomia Differenziata nelle dipendenze patologiche

Ai fini del monitoraggio degli effetti della autonomia differenziata (AD) in Sanità, l'elemento chiave (in ossequio al vigente disegno federalista) è la verifica che non si generino arretramenti regionali (almeno rispetto ai LEA, ma si ritiene più in generale anche rispetto alla *Performance* complessiva), ovvero che tutte le Regioni procedano in un processo di miglioramento, evitando peggioramenti attribuibili a una autonomia più competitiva che cooperativa.

Questa esigenza richiede di operare il monito-

raggio osservando le variazioni di un nucleo di indicatori, ritenuti rappresentativi per la specifica area, onde permettere l'apprezzamento delle dinamiche in essere.

Ai fini della sintesi della valutazione, il C.R.E.A. Sanità, nell'edizione 2024 del progetto "*Opportunità di tutela della salute: Le Performance Regionali*", ha introdotto una proposta metodologica che ha previsto l'elaborazione di un indicatore sintetico, relativo alla diversa dinamica regionale registrata di alcuni indicatori prescelti, fra Regioni in cui sarà riconosciuta un'autonomia differenziata in Sanità, rispetto alle restanti.

In pratica, è stata determinata una "area standardizzata" di miglioramento e peggioramento di un set di indicatori selezionati, ipotizzando che le dimensioni e gli indicatori contribuiscano in egual modo alla *Performance*.

La metodologia è stata applicata all'area delle dipendenze patologiche. A titolo esplicativo, sono stati selezionati dal *board* scientifico 10 indicatori, efferenti a cinque Dimensioni di valutazione: Equità, Appropriatezza, Esiti, Innovazione ed Economico-finanziaria.

Per simulare il monitoraggio degli effetti dell'AD è stata valutata la dinamica nel medio periodo (ultimi cinque anni) in tre sottogruppi di Regioni. In particolare, sono stati identificati i seguenti sottogruppi:

- Province/Regioni Autonome e/o a statuto speciale
- Regioni in Piano di Rientro economico-finanziario
- Regioni che hanno richiesto l'AD in Sanità nel 2017: Emilia Romagna, Lombardia e Veneto

La dinamica dei diversi gruppi di Regioni, a coppie come sopra indicato, sono state messe a confronto e quindi le differenze rappresentate graficamente come variazioni medie annue nelle singole Regioni. Quindi, è stato elaborato un indice sintetico dei dieci indicatori selezionati, denominato Indice Sintetico di *Performance* (ISP).

L'indice assume un valore compreso tra 1 (solo miglioramento) e -1 (solo peggioramento); il valore 0 è indicativo di una equidistribuzione tra area di miglioramento e area di peggioramento.

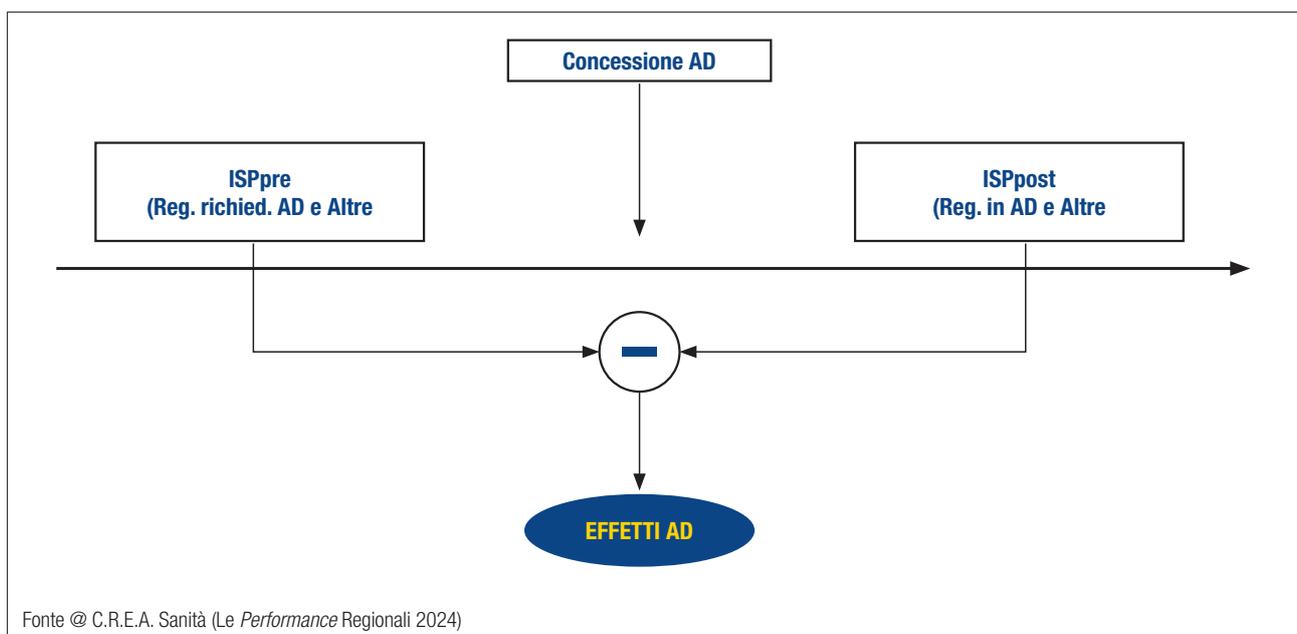
Indicatori di Performance per monitoraggio Autonomia Differenziata

EQUITÀ	Tasso di utenti tossicodipendenti in carico presso i SerD
	Unità di personale nei servizi per le dipendenze per utente in carico
ESITI	Tasso di decessi per <i>overdose</i> 15-64 anni
	Tasso di infezioni per HIV/HCV
APPROPRIATEZZA	Tasso di accesso al PS per problematiche droga-correlate
	Tasso di utenti in carico presso residenze e semiresidenze
INNOVAZIONE	Tasso di <i>screening</i> HIV/HCV/HBV utenti in carico ai servizi
	Tasso di ricorso alle misure alternative alla detenzione per i tossicodipendenti
ECONOMICO-FINANZIARIA	Costo medio per utente tossicodipendente
	Costo medio ricovero ospedaliero droga-correlato

Nello specifico, tale indice è rappresentativo dei miglioramenti e dei peggioramenti degli indicatori selezionati, per i due gruppi di Regione identificati, nel periodo pre introduzione dell'AD (t=-1), ISPpre.

Nel periodo successivo alla concessione (al tempo t=1) dell'AD verrà determinato nuovamente il valore di tale indice (ISPpost), ed il risultato del confronto produrrà gli esiti degli effetti dell'AD:

Algoritmo monitoraggio effetti AD



Reg. con AD Δ ISP (post-pre)	Altre Regioni Δ ISP (post-pre)	Effetto
▲	▲	"Effetto traino"
▲	▼	Alert per "Altre"
▼	▲	Effetto boomerang
▼	▼	Alert generale
=	=	No effetto
▲	=	Miglioramento senza "traino"
▼	=	Effetto boomerang
=	▲	No effetto
=	▼	Alert per "Altre"

Fonte @ C.R.E.A. Sanità (Le Performance Regionali 2024)

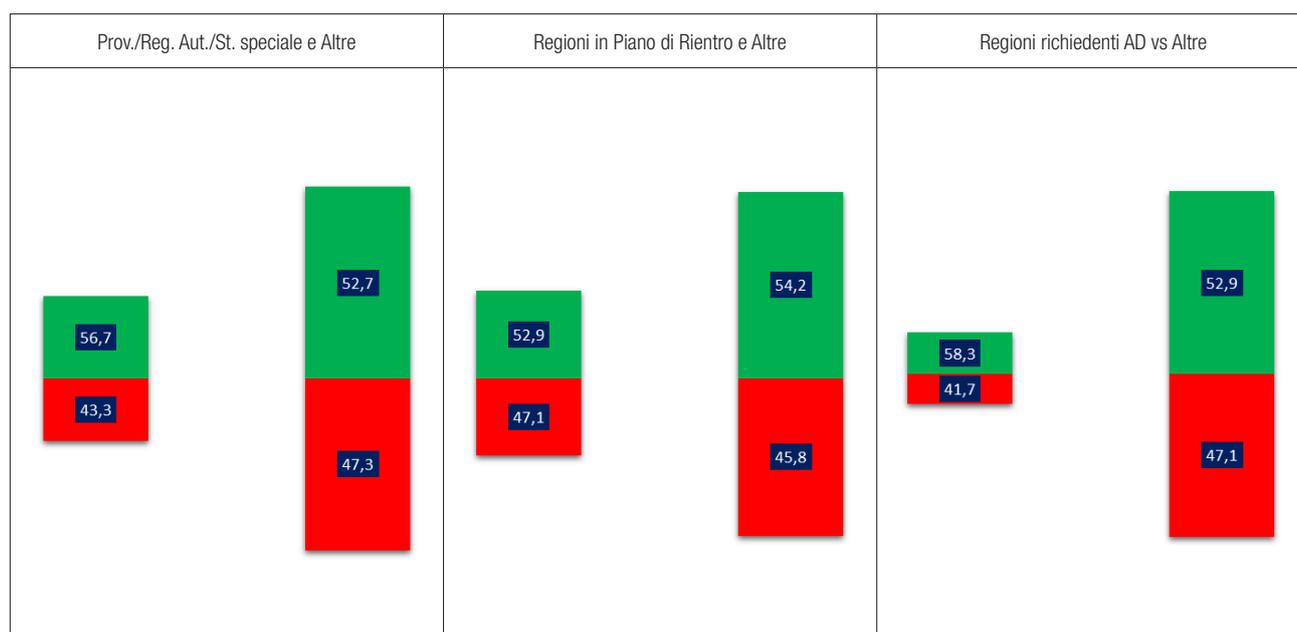
A fini esemplificativi, si è proceduto a determinare gli indici ISPpre, che potranno essere poi confrontati con quelli "post", qualora sia concessa l'AD ad una o più Regioni, con l'assunzione che tutti gli indicatori abbiano lo stesso peso.

Attualmente, per il primo confronto proposto, (Prov./Reg. Aut. a statuto speciale vs "Altre") si determina un ISP pari a 0,24 vs lo 0,10 delle "Altre".

Nel confronto fra Regioni in Piano di Rientro e Altre, risulta un ISP pari a 0,11 verso lo 0,16 delle "Altre".

Nel terzo confronto (Regioni richiedenti AD vs "Altre") si determina un ISP pari a 0,29 verso lo 0,11 delle "Altre".

In sintesi, in due confronti il *gap* tra miglioramento e peggioramento nel gruppo di Regioni "target" è



maggior rispetto a quello delle "Altre", la situazione si inverte nello scenario delle Regioni in Piano di Ri-entrio.

9. Continuità assistenziale

Nell'ambito della seconda annualità dell'Osservatorio, si è anche ritenuto opportuno distribuire un

questionario fra i servizi delle dipendenze ubicati sul territorio nazionale, nella figura dei loro responsabili, al fine di colmare alcuni dei *gap* informativi attuali. In particolare, sono state richieste informazioni inerenti la tipologia di pazienti in carico, il loro *setting* assistenziale (ambulatoriale, carcerario, comunità terapeutiche), la continuità di presa in carico post-dimissione da ambienti protetti ecc..

Figura 27. Composizione degli utenti in carico per tipo di dipendenza prevalente, per ripartizione geografica

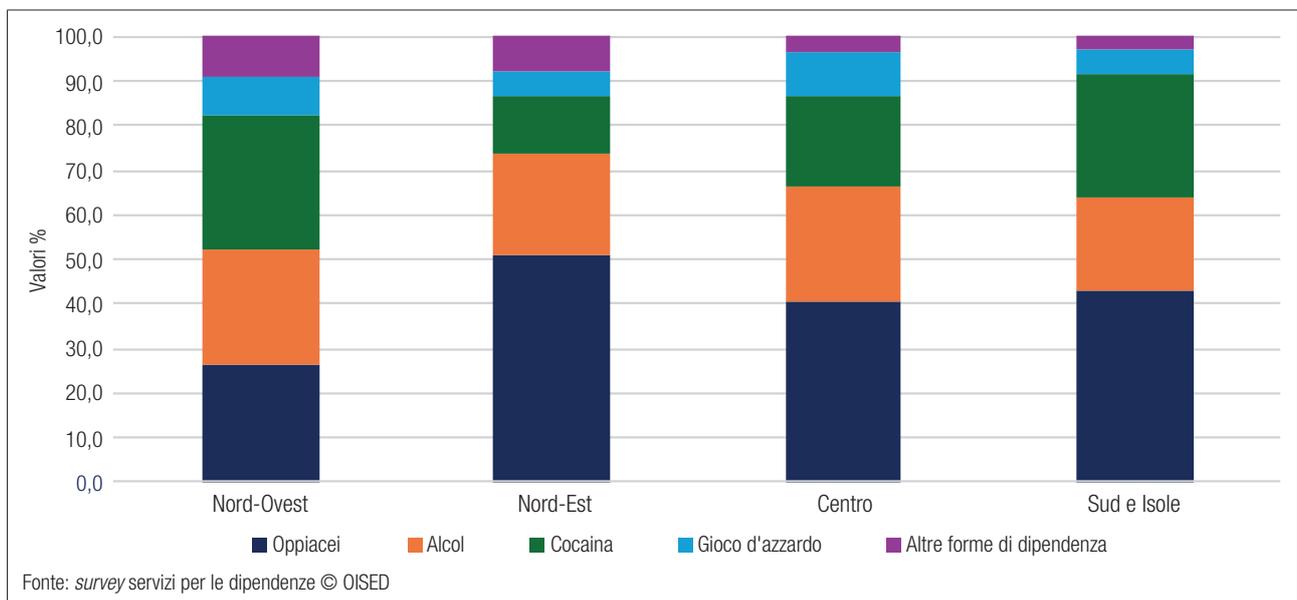
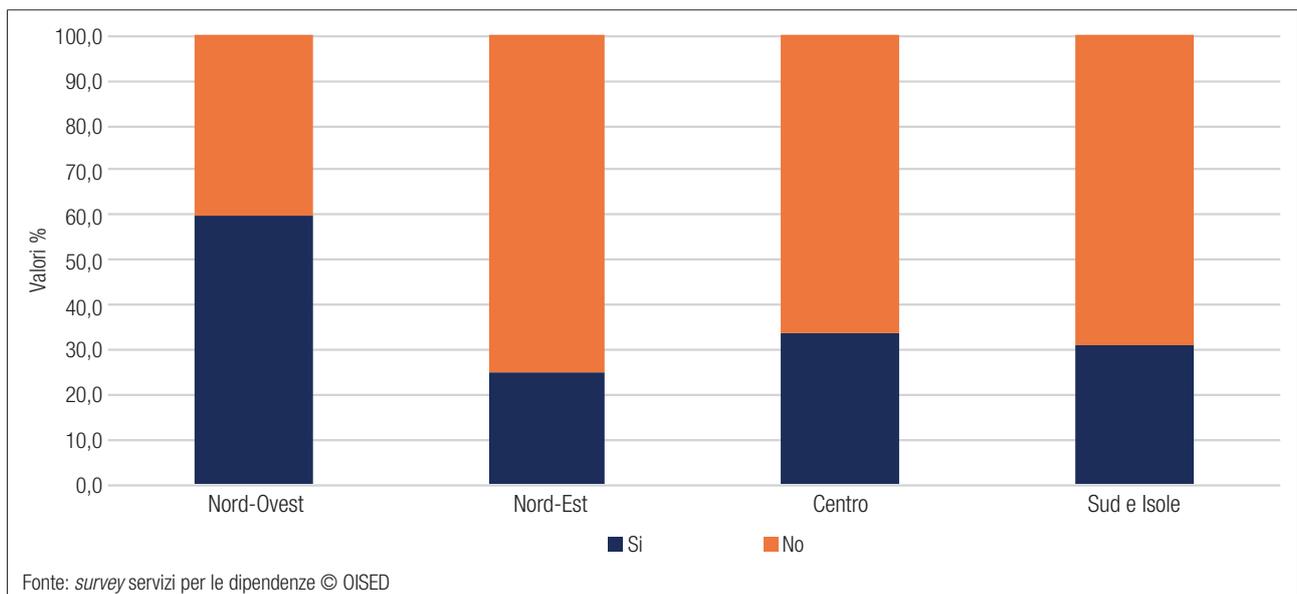


Figura 28. Notifica al SerD della messa in libertà degli utenti in carico: quota servizi rispondenti



Alla data del 25 Novembre 2024, hanno risposto alla *survey* (tutt'ora aperta) 35 servizi (il 6,14% dei SerD italiani), di cui il 42,9% (15) del Nord-Ovest (11 della Lombardia, 3 del Piemonte e 1 della Liguria), il 37,1% (13) del Mezzogiorno (4 della Puglia, 4 della Sardegna, 3 della Campania, 1 della Calabria e 1 della Sicilia), l'11,4% (4) del Nord-Est (2 del Friuli Venezia Giulia, 1 del Veneto e 1 dell'Emilia Romagna) e l'8,6% (3) a quella del Centro (1 della Toscana, 1 dell'Umbria e 1 del Lazio).

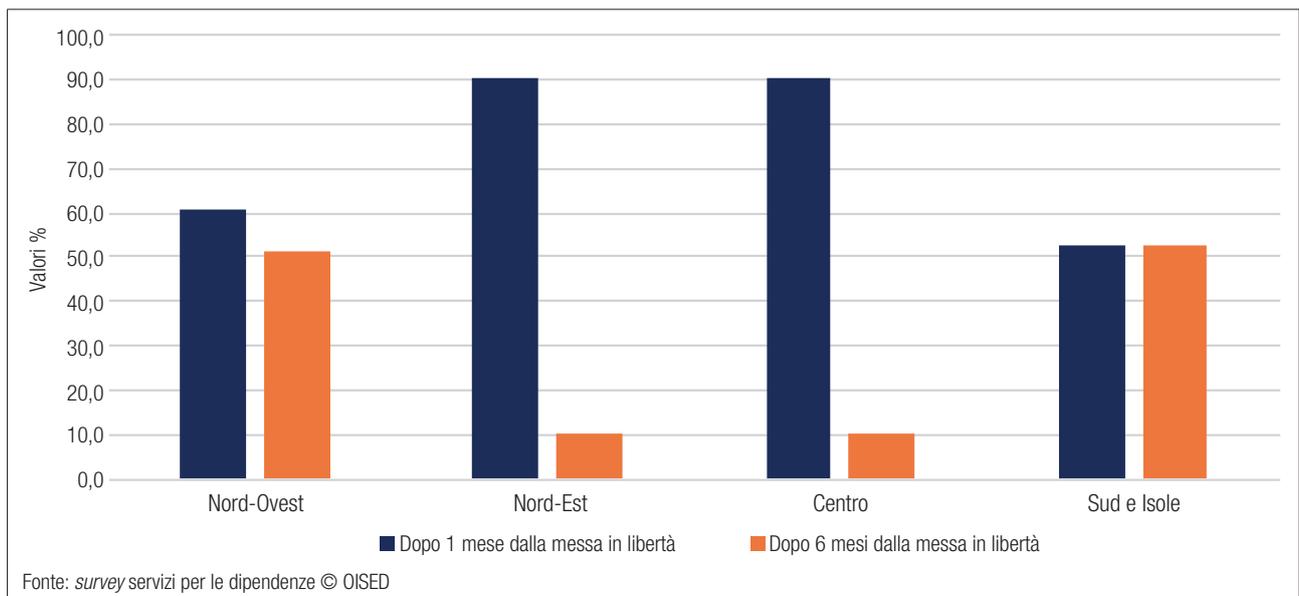
In merito alla tipologia di utenti in carico, dalle risposte risulta che, in media, il 36,4% degli utenti abbia una dipendenza da oppiacei, seguono quelli con dipendenza da cocaina (26,5%), da alcol (23,9%), da gioco d'azzardo (7,3%) e altre forme di dipendenza (6,0%). Per la dipendenza da oppiacei la quota maggiore si registra nel Nord-Est (51,3% degli utenti in carico), quella più bassa nel Nord-Ovest (26,2%); per la dipendenza da alcol la quota maggiore si registra nel Nord-Ovest (25,8%) e quella minore nel Sud e Isole (21,5%); per la dipendenza da cocaina la quota maggiore si registra nel Nord-Ovest (30,4% degli utenti in carico), quella minore nel Nord-Est

(12,5%); per la dipendenza da gioco d'azzardo la quota maggiore si registra nel Centro (9,3%) e quella minore nel Nord-Est (5,5%).

In sintesi, emerge che in tutti i servizi rispondenti, gli utenti con dipendenza da oppiacei, alcol e cocaina, rappresentano oltre l'80% dell'utenza in carico.

In merito alla gestione dei trattamenti farmacologici degli utenti in carcere, dalla *survey* emerge una eterogeneità organizzativa sul territorio nazionale: il 57,1% (20 su 35) dei rispondenti ha dichiarato che la gestione dei trattamenti farmacologici avviene tramite il SerD; in particolare, il 45,0% di questi ha dichiarato che il personale del SerD è ubicato nel carcere, il 20,0% che il serD provvede alla sola erogazione dei farmaci senza occuparsi della somministrazione, il 20,0% che il personale del SerD si reca in carcere solo per la somministrazione delle terapie e il restante 15,0% che gli operatori del SerD forniscono consulenze periodiche per il piano farmacologico, supporto periodico degli utenti con colloqui e lavoro di rete, oppure tramite medico psichiatra convenzionato *part-time*.

Figura 29. Quota utenti messi in libertà che continua a frequentare il SerD



In merito alla continuità di presa in carico da parte dei Servizi post dimissione da ambienti protetti, quali carcere o comunità terapeutiche, solo il 42,9% dei rispondenti ha dichiarato che è prevista una notifica al SerD in fase di messa in libertà dal carcere. A livello di ripartizione geografica si registrano evidenti differenze di gestione: l'esistenza di una procedura di notifica è maggiore nel Nord-Ovest: il 60,0% dei centri rispondenti in tale ripartizione ha dichiarato di ricevere una notifica al SerD in corrispondenza della messa in libertà dei detenuti; all'estremo opposto abbiamo il Nord-Est, dove appena il 25,0% dei rispondenti ha dichiarato che viene effettuata una notifica ai servizi della messa in libertà.

Sulla continuità di trattamento nel tempo da parte dei servizi per i soggetti tossicodipendenti messi in libertà, in media il 62,4% continua a frequentare il servizio dopo 1 mese dalla messa in libertà, quota che scende al 46,3% dopo 6 mesi. A livello di ripartizione la quota maggiore dei messi in libertà che continua a frequentare il servizio dopo 1 mese si registra nel Nord-Est e nel Centro (90,0% rispettivamente), quella minore nel Sud e Isole (52,5%); per gli utenti in carico messi in libertà, che frequentano il servizio dopo 6 mesi dalla messa in libertà, la quota maggio-

re si registra nel Mezzogiorno (52,5%) e quella minore nel Nord-Est e nel Centro (10,0% rispettivamente).

In sintesi, dai centri rispondenti emerge un quadro di non continuità di presa in carico per tutti gli utenti che vengono messi in libertà, in particolare nel medio periodo (a sei mesi), ed in alcune ripartizioni geografiche.

Passando alla gestione degli utenti dimessi dalle Comunità Terapeutiche il 77,1% dei Centri rispondenti ha dichiarato che è prevista una notifica al SerD in fase di dimissione: la percentuale è del 93,3% per i servizi del Nord-Ovest, mentre si ferma nel Mezzogiorno al 61,5%.

Degli utenti che arrivano dalle comunità terapeutiche, il 51,6% continua a frequentare il servizio dopo 1 mese dall'uscita dalla comunità terapeutica, il 34,4% dopo 6 mesi. Nel Nord-Ovest si registra la quota maggiore degli utenti che effettuano prestazioni (visite ecc.) presso il servizio ad un mese dalla dimissione (62,1%), nel Nord-Est quella minore (33,3%); di quelli che continuano a frequentare il servizio dopo 6 mesi dall'uscita dalla comunità terapeutica, la quota maggiore si registra nel Nord-Ovest (47,0%), quella minore nel Nord-Est (5,0%).

Figura 30. Notifica al SerD delle persone che arrivano dalle comunità terapeutiche: quota servizi rispondenti

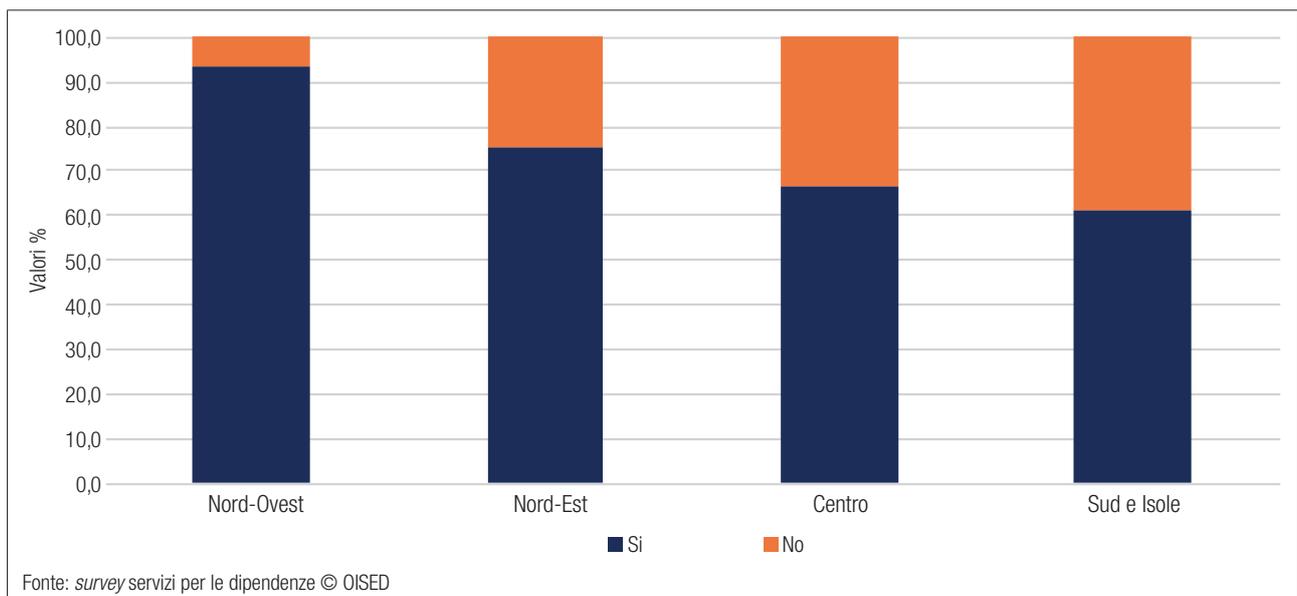
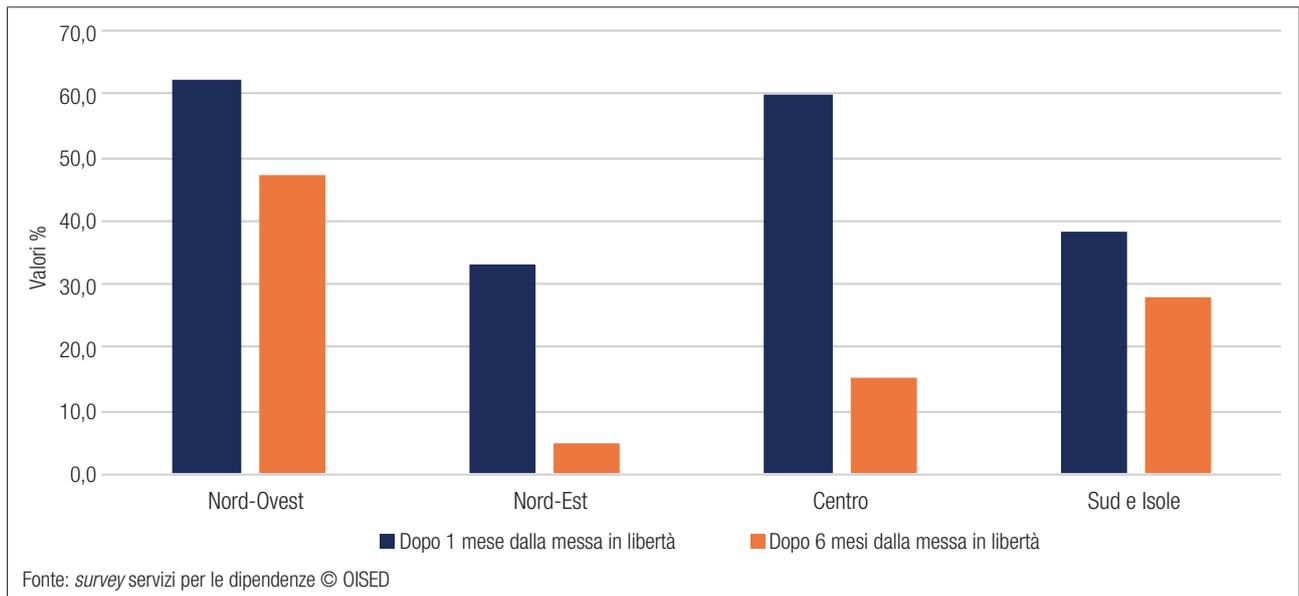


Figura 31. Quota utenti messi in libertà dalla comunità terapeutiche che continuano a frequentare il servizio

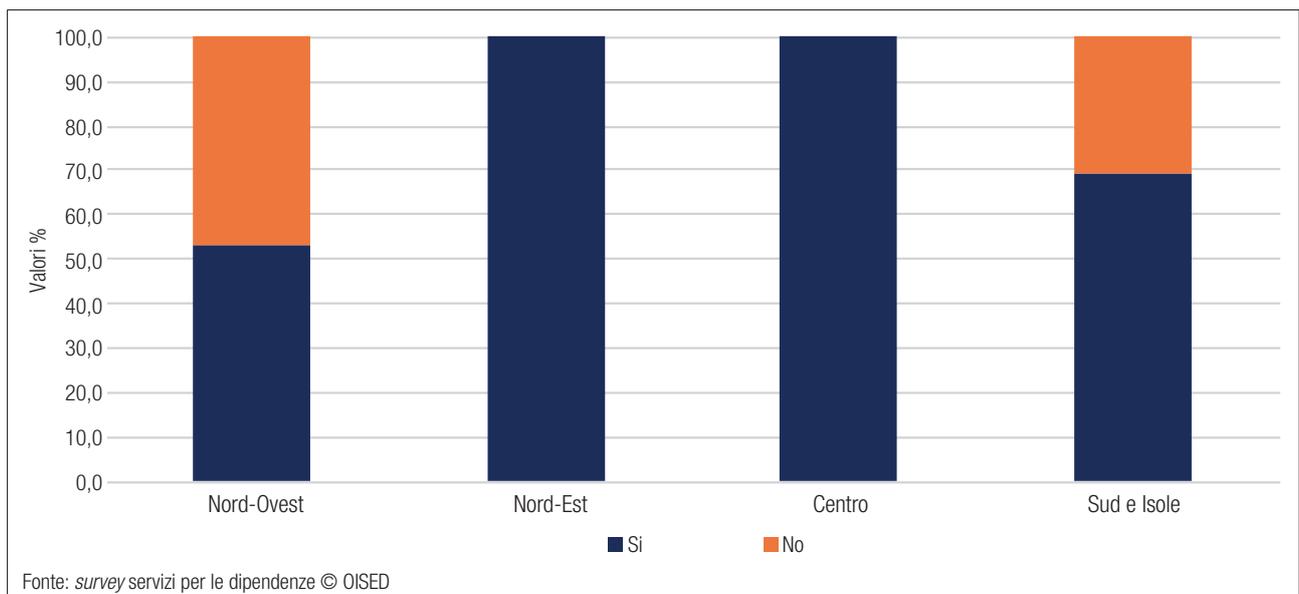


In sintesi, la continuità di presa in carico da parte dei servizi, nel medio periodo (a sei mesi), in seguito a dimissione dalle Comunità Terapeutiche, risulta essere maggiore rispetto a quella che è stata dichiarata nel caso di utenti messi in libertà dal carcere.

Per quanto concerne gli aspetti di programma-

zione sanitaria aziendale, il 68,6% dei servizi rispondenti ha dichiarato di disporre di un *budget* aziendale dedicato. Tutti i rispondenti del Nord-Est hanno dichiarato di averlo; nel Mezzogiorno e nel Nord-Ovest dichiarano di averlo rispettivamente il 69,2% ed il 53,3% dei servizi rispondenti.

Figura 32. Disponibilità di un budget dedicato per il servizio (SerD): quota servizi rispondenti



Le risorse per l'invio degli utenti in Comunità Terapeutica (CT) sono parte integrante del *budget* del SerD nel 62,9% dei servizi rispondenti, con evidenti differenze a livello di ripartizione geografica: tale procedura riguarda tutti i servizi rispondenti del Centro; nei due terzi dei servizi rispondenti del Nord-O-

vest l'inserimento nelle Comunità Terapeutiche non ricade nel *budget* del SerD.

Per i servizi nei quali l'accesso in CT non fa parte del *budget* del servizio, il finanziamento, per il 61,5% dei rispondenti, è regionale, per il 30,8% proviene dalle Aziende Sanitarie e per il 7,7% da altri Enti.

Figura 33. Inserimento in comunità terapeutiche afferente al budget dei servizi

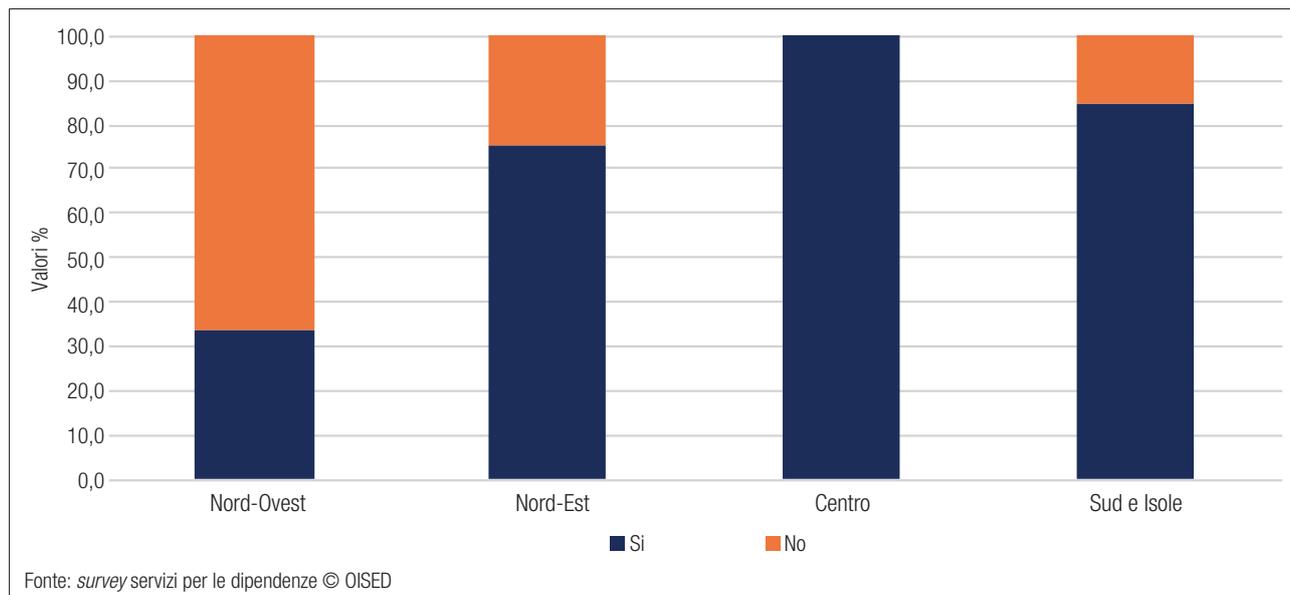
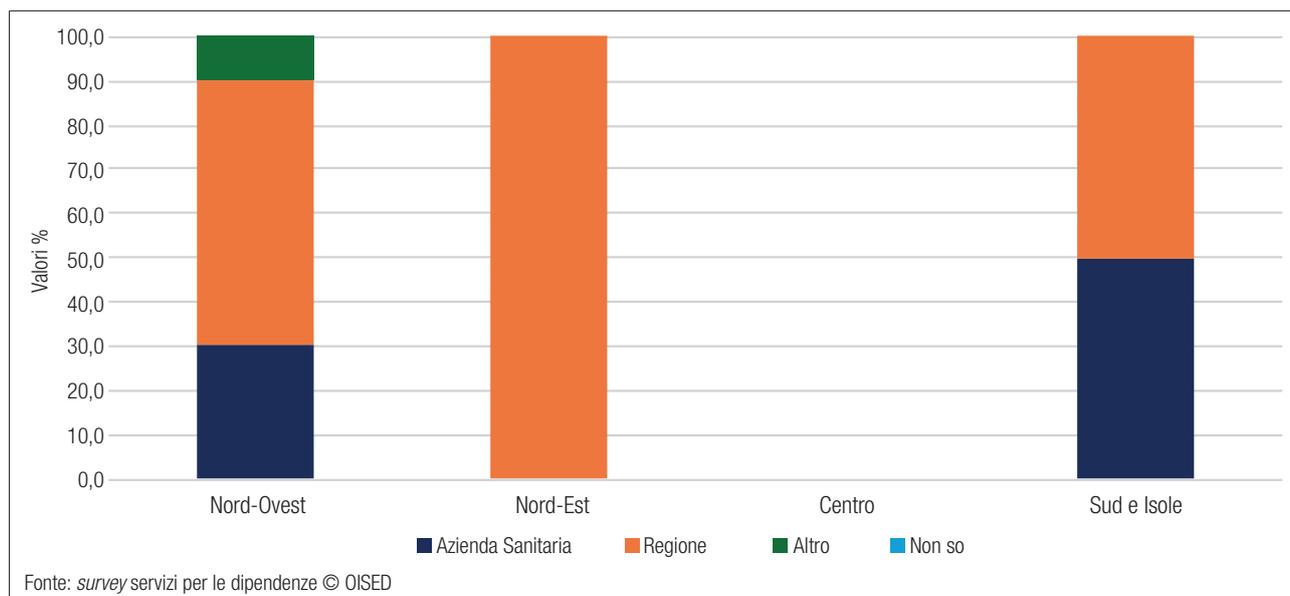


Figura 34. Provenienza del finanziamento per l'inserimento in CT



In sintesi, dall'indagine, sebbene non rappresentativa per via del numero ancora contenuto di risposte ricevute da parte dei servizi, emergono varie criticità in termini di continuità della presa in carico.

Ad esempio, si osserva una scarsa formalizzazione, delle procedure nel passaggio da un *setting* protetto (quale il carcere e/o le comunità terapeutiche) al servizio delle dipendenze: per quasi il 40% dei messi in libertà dal carcere e quasi il 20% per i dimessi dalle CT non viene notificata la dimissione al servizio. La pratica della notifica sembrerebbe più consolidata nelle realtà rispondenti del Nord-Ovest. In tale ripartizione, e nel Centro, è anche maggiore la quota di utenti dimessi dalle CT che restano in trattamento nei SerD a 1 e a 6 mesi dalla dimissione da tali ambienti protetti; nel caso delle visite post messa in libertà, la quota maggiore di utenti che la eseguono ad un mese dalla messa in libertà è maggiore nei servizi del Centro e del Nord-Est, sebbene si riduca drasticamente ai sei mesi dalla messa in libertà.

In termini di programmazione sanitaria, per quanto di nostra conoscenza Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia e Veneto, sono le uniche Regioni che hanno previsto nel riparto del FSR una quota destinata alle dipendenze patologiche, in un *range* compreso fra l'1,2-1,6% della quota destinata all'assistenza distrettuale.

Dalla *survey* è emerso che tutti i servizi rispondenti del Nord-Est e del Centro dispongono di un *budget* aziendale dedicato alle dipendenze, come anche oltre la metà di quelli ubicati nel Mezzogiorno e nel Nord-Est.

La gestione dell'accesso nelle Comunità Terapeutiche è variegata: in tutte le realtà del Centro rispondenti e nei tre quarti di quelle del Nord-Est e del Mezzogiorno, ricade nel *budget* del SerD; i due terzi dei servizi rispondenti del Nord-Ovest hanno invece dichiarato che non afferisce al loro *budget*. In tali casi, nel Nord-Est il finanziamento per l'accesso alle CT è regionale, come nella metà di quelli del Mezzogiorno e del Nord-Ovest; per un terzo di questi ultimi e metà di quelli del Mezzogiorno il finanziamento è dell'Azienda Sanitaria.

10. Considerazioni finali

La seconda annualità dell'Osservatorio si è concentrata sulla dinamica dei modelli organizzativi (con un focus sulle modalità operative in essere nei diversi *setting* assistenziali e sulla continuità di presa in carico), l'epidemiologia, l'impatto giudiziario ed economico del fenomeno della dipendenza da stupefacenti e da alcol; è stata, inoltre, introdotta una metodologia per il monitoraggio degli effetti dell'Autonomia Differenziata sull'area delle dipendenze; infine è stata effettuata una *survey* finalizzata a rilevare gli aspetti organizzativi in essere tra i Servizi ed altri *setting* assistenziali quali carcere e comunità terapeutiche, nonché aspetti di programmazione sanitaria.

I modelli predisposti nell'ambito delle attività permanenti dell'Osservatorio, che consentono la determinazione del costo per la Società delle due forme di dipendenza, hanno consentito di stimare altresì gli effetti economici per il Paese di una serie di azioni di politiche sanitarie e sociali, finalizzate a contrastare gli effetti delle dipendenze.

Nello specifico, dalle analisi condotte emerge una significativa variabilità regionale nel dimensionamento dell'offerta socio-sanitaria deputata alla presa in carico di soggetti con dipendenza da stupefacenti e/o alcol, sia in termini di personale dedicato, che di tipologia di figure professionali; per la dipendenza da stupefacenti il Nord-Ovest risulta essere la ripartizione con il maggior numero di unità di personale in rapporto alla popolazione e agli utenti in carico; per quella da alcol è invece il Nord-Est la ripartizione con l'offerta maggiore. Per entrambe le forme di dipendenza il minor tasso di personale dedicato e di utenti in carico si registra nel Mezzogiorno del Paese.

Nel medio periodo (2018-2023) si è registrata una riduzione del personale dedicato nei SerD (-252 unità), in controtendenza con l'aumento registrato nei servizi di alcologia (2019-2022) di +224 unità. Mentre nei primi tale riduzione è associata ad una diminuzione degli utenti presi in carico (-4.125 nel periodo), sebbene in aumento nell'ultimo anno (+4.835 utenti), nei servizi di alcologia si è registrata una riduzione degli utenti in carico sia nel medio periodo (-2.501),

che nell'ultimo anno (-604).

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 (4,7 vs 7,2 ogni 100 utenti in carico rispettivamente). Nell'ultimo quinquennio per le dipendenze da stupefacenti il tasso ha registrato una riduzione (-0,2 unità ogni 100 utenti), mentre per quelle da alcol un aumento di +0,6 unità ogni 100 utenti.

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

Ad oggi, per raggiungere gli *standard* previsti dal DM 77/2022, mancano all'appello circa 2.000 unità di personale: 261 medici, 215 infermieri, 396 psicologi, 646 educatori professionali, 273 assistenti sociali, 139 amministrativi. Solo quattro Regioni, Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria e Molise, hanno un dimensionamento allineato agli *standard*. Sono al di sotto della media nazionale tutte le Regioni del Mezzogiorno, ad eccezione della Puglia, e tutte quelle del Centro, ad eccezione del Lazio. L'allineamento agli *standard* consentirebbe di prendere in carico altri 40.000 soggetti.

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

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 è del 13,0%, con una riduzione di incidenza negli ultimi anni in entrambe le tipologie di dipendenza, in controtendenza con il dato epidemiologico.

Il ricorso all'ospedalizzazione per le patologie alcol-attribuibili, sebbene in riduzione nell'ultimo quinquennio, è più del doppio rispetto a quello per le patologie droga-correlate: 69,1 vs 32,2 ogni 100.000 ab.; il ricorso all'ospedalizzazione è aumentato nel medio periodo per i disturbi droga-correlati (+1,3 ricoveri) e diminuito per le patologie alcol-attribuibili (-10,5 ricoveri). La correlazione positiva in essere

con gli utenti in carico ai Servizi denota come parte dell'utenza non sia adeguatamente presa in carico.

Importante, e in continuo aumento (+22% nell'ultimo quinquennio), è il ricorso ai servizi di emergenza-urgenza per la dipendenza da stupefacenti, in controtendenza con quanto accade per le problematiche connesse all'alcol; il rapporto è di 1:4 tra gli accessi di chi ha fatto abuso di droghe e chi di alcol (14,6 e 67,1 ogni 100.000 rispettivamente); entrambi i fenomeni si concentrano soprattutto nel Nord-Est del Paese. 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 12% dei casi esitano in un ricovero ospedaliero.

La correlazione positiva in essere tra gli accessi al Pronto Soccorso e gli utenti in carico ai Servizi denota come parte dell'utenza non sia adeguatamente di fatto presa in carico; oltre la metà degli accessi al Pronto Soccorso sono per problematiche connesse ad abuso di sostanze senza dipendenza.

Per l'abuso di alcol, si è registrata una riduzione degli accessi nell'ultimo periodo, ed appare evidente come l'aumento di presa in carico da parte dei servizi comporti una riduzione degli accessi ai servizi di emergenza-urgenza.

Da ultimo, osserviamo che la correlazione fra unità di personale dei SerD e l'utenza con dipendenza da stupefacenti in carico risulta essere positiva e bassa (0,389) indicando l'assenza di *standard* omogenei di programmazione. A riprova di ciò, alcune Regioni, quali ad esempio Valle d'Aosta e Abruzzo, o Emilia Romagna e P.A. di Trento, pur presentando livelli di "domanda" simili, evidenziano differenze di organico che arrivano a raggiungere il 50%, valore comunque in miglioramento rispetto al 2022, quando le differenze arrivavano al 70%; analogamente, Sicilia, Calabria e P.A. di Trento, a parità di organico (in rapporto agli abitanti), hanno in carico un volume di pazienti che arriva a differenziarsi di quasi l'80%, valore pressoché invariato rispetto al 2022.

Anche nei servizi di alcologia si riscontra una analoga situazione: alcune Regioni, quali ad esempio Emilia Romagna e Molise, pur presentando livelli di "domanda" simili, evidenziano differenze di organico che arrivano a superare il 500%, differenza in

allargamento rispetto all'anno precedente, quando si "fermavano" al 300%; analogamente, Lazio e Friuli Venezia Giulia, a parità di organico (in rapporto agli abitanti), hanno in carico un volume di pazienti che arriva a differenziarsi di oltre il 400%, valore pressoché simile all'anno precedente (500%).

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.

Da una *survey*, in corso, indirizzata ai servizi pubblici ambulatoriali, è emersa una importante eterogeneità in termini di comunicazione in fase di messa in libertà e/o dimissione tra i *setting* assistenziali "protetti" quali carcere e comunità terapeutiche e i servizi. Tale scenario desta preoccupazione in termini di esiti, dal momento che da letteratura emerge che il rischio di decessi da *overdose* è molto alto nei primi quindici giorni dopo la dimissione dei pazienti da ambienti protetti (carcere, comunità terapeutiche, ecc.). Il passaggio tra i diversi *setting* ed il Servizio appare maggiormente strutturato nel caso di dimissione dalle Comunità Terapeutiche, ed in particolare nelle ripartizioni geografiche per le quali l'accesso a tali strutture non è incluso nel *budget* dei Servizi, essendo regolamentato a livello di Azienda Sanitaria o Regione.

Il fenomeno delle dipendenze 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. Negli ultimi anni si è registrato un aumento del ricorso alle misure alternative alla detenzione: si è passati dal 26,1% dei condannati definitivi del 2018 al 36,9% nel 2023. Nel Nord-Ovest si registra il ricorso maggiore (57,4%), nel Centro il minore (19,8%). A livello regionale, il dato risulta eterogeneo, con il tasso di misure alter-

native più alto in Lombardia (71,6%), il più basso nel Lazio (5,1%).

In termini economici, i fenomeni di dipendenza da stupefacenti e da alcol, generano un costo (diretto) annuo complessivo per il Paese pari a € 7,8 mld., di cui € 6,7 mld. il primo (considerando anche i poli consumatori) e € 1,1 mld. il secondo.

A tale costo, si affiancano i costi indiretti, associati alle perdite di produttività dovuti ai decessi per patologie e eventi connessi all'uso di sostanze, agli accessi al Pronto Soccorso e ai ricoveri, associati alle patologie alcol e droga correlate, che, per entrambi i fenomeni ammontano a € 198,9 mln..

Il costo totale per il Paese, considerando i costi diretti e indiretti è pari a € 8,0 mld., che sommato al valore delle sostanze illegali (€ 16,2 mld nel 2023), raggiunge i € 24,2 mld. (1,2% del PIL).

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 soggetto con dipendenza da stupefacenti genera un costo pro-capite per il sistema Paese pari a circa 7 volte quello di un soggetto con dipendenza da alcol: si passa da € 17,1 pro-capite per la dipendenza da alcol a € 113,5 per quella da stupefacenti.

Il fenomeno associato alla dipendenza da alcol, considerando tanto i consumatori a rischio (8,6 milioni), quanto i consumatori con abuso di alcol (circa 770.000), eleggibili questi ultimi alla presa in carico da parte dei servizi, genera un costo (diretto) nazionale annuo per il Paese pari a € 1,1 mld., al quale si aggiungono € 82,5 mln. di costi indiretti dovuti alle perdite di produttività.

Non sono considerati in questo ammontare i costi per i trattamenti delle patologie riconducibili all'uso dell'alcol (trapianto di fegato, patologie oncologiche ecc.), 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 quando emerso per il fenome-

no della tossicodipendenza, la gestione degli Esiti, ovvero in larga misura il trattamento delle patologie alcol-attribuibili (cirrosi, steatosi alcolica, incidenti ecc.), 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, e nel medio periodo è aumentato il ricorso alle misure alternative alla detenzione. In tale contesto appare ancora poco strutturata la comunicazione tra i diversi *setting* assistenziali, e nello specifico nella fase di dimissione dagli ambienti protetti (messa in libertà o dimissione dalle Comunità Terapeutiche). Appare inoltre una discontinuità di presa in carico in seguito alla dimissione da tali *setting*, soprattutto nel medio periodo (sei mesi). Tale fenomeno richiede evidentemente la definizione di percorsi trasversali tra i diversi *setting*, finalizzata ad ottimizzare l'aderenza al percorso terapeutico e quindi la stabilità del paziente.

Da ultimo, alla luce della recente approvazione della Legge sull'Autonomia Differenziata in Sanità, OISED ha sviluppato una metodologia finalizzata a monitorarne gli effetti nella specifica area, basato su un set di indicatori rappresentativi di cinque dimensioni di valutazione. Da una sperimentazione condotta confrontando fra loro sottogruppi di Regioni (Regioni e Province Autonome, Lombardia, Veneto ed Emilia, e Regioni in Piano di Rientro), è emerso come nel medio periodo siano migliorate per tutti i gruppi, soprattutto le Regioni "focus"; fa eccezione il gruppo delle Regioni in Piano di Rientro che sono invece cresciute meno delle Altre.

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 ecc.) 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, che consentirebbero un risparmio pari a € 45,7 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, giuridico ed economico, si ritiene auspicabile:

- un allineamento della dotazione di personale agli *standard* organizzativi previsti dal DM 77, al fine di allineare l'offerta al fabbisogno "reale", anche alla luce della "nuova" domanda
- la promozione e il potenziamento dell'attività di sensibilizzazione rivolta alla popolazione giovanile, onde introdurla in percorsi terapeutici anche specifici finalizzati a prevenire, oltre agli episodi acuti, la "cronicizzazione" della dipendenza
- l'introduzione di 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 semi-residenze, comunità ecc.) e carcere, finalizzati a:
 - o potenziare il numero di nuovi utenti in carico al fine di prevenire il verificarsi di "esiti" ed implicazioni a livello sociale (incidenti, denunce, ecc.)
 - o garantire continuità nella presa in carico, sia per i detenuti stranieri una volta messi in libertà sia per i dimessi dalle comunità terapeutiche, per i quali dalla letteratura emerge un rischio massimo di episodi di overdose nei primi quindici giorni dopo la dimissione
 - o attenzione alle fasce di età giovanili, per le quali si è riscontrato un aumento di consumo di "nuove" sostanze di abuso
 - o garantire equità di trattamento.
- adottare 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*), ecc.

Le azioni sopra elencate richiedono evidentemente un incremento di risorse economiche che, però, rappresentano un investimento nella misura in cui, alla luce di quanto emerso dall'analisi, generano

complessivamente dei risparmi per la Società.

Va infine fatto presente che, alla luce del quadro epidemiologico, che, oltre a prevedere un aumento della casistica delle ormai “consolidate” forme di dipendenza, vede l’ingresso sempre più importante di nuove sostanze di abuso soprattutto nella popolazione giovanile, sarebbe auspicabile rivedere il ruolo dei servizi e la tipologia di attività che gli stessi erogano. I “nuovi” servizi, pubblici e del privato sociale, dovrebbero evidentemente lavorare in maniera integrata al fine di garantire una individuazione e relativa presa in carico, in fase precoce (pre-dipendenza), di questi nuovi utenti.

A tal proposito, sarebbe auspicabile prevedere a livello regionale un finanziamento dedicato alle dipendenze, auspicabilmente associato anche alla definizione di un *budget a livello di Azienda Sanitaria*, preferibilmente anche con distinzione per tipologia di *setting* assistenziale (ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale, carcerario), al fine a garantire

equità di presa in carico nei diversi *setting*, nelle diverse Regioni.

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, modelli LA (anni vari)
- EUDA, Relazione Europea sulle droghe 2024
- Ministero della Salute, DM 77/2022

Appendice

Codici diagnosi ICD-9-CM totalmente attribuibili all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope

Codice diagnosi ICD-9-CM	Descrizione diagnosi
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

Codice diagnosi ICD-9-CM	Descrizione diagnosi
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

Codice diagnosi ICD-9-CM	Descrizione diagnosi
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

Codice diagnosi ICD-9-CM	Descrizione diagnosi
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

EDIZIONE FUORI COMMERCIO

ISBN 978-88-946007-6-6



9 788894 600766