

CAPITOLO 15a

Impatto socio-sanitario ed economico delle dipendenze in Italia

*d'Angela D.¹, Lucchini A.², Alborghetti A.M.³, Barbarini G.², Carrieri C.¹, d'Angela C.⁴,
Grosso L.⁵, Monti E.², Nava F.⁶, Spandonaro F.⁷*

15a.1. Cos'è OISED

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

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

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

A fronte degli importanti investimenti necessari per sostenere il sistema di assistenza e cura delle dipendenze, l'aspettativa dovrebbe essere quella

di garantire una corretta presa in carico e, quindi, un trattamento appropriato dei pazienti, in modo da massimizzare il ritorno dell'investimento in termini di salute e sicurezza per la Società.

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

Per determinare il costo per la Società delle due forme di dipendenza, sono stati predisposti appositi modelli che, senza pretesa di rappresentare uno strumento previsivo, costituiscono uno strumento deputato a quantificare gli impatti delle politiche sanitarie, sociali e giudiziarie applicate al fenomeno delle dipendenze, permettendo di trarre indicazioni per la formulazione delle politiche di settore.

15a.2. Organizzazione dei servizi

La prima annualità del progetto ha permesso di confermare che il dimensionamento dell'offerta socio-sanitaria deputata alla presa in carico di soggetti con dipendenza da stupefacenti e/o alcol, presenta un'importante variabilità regionale: sia in termini di personale dedicato, che di tipologia di figure professionali presenti; per quanto concerne la dipendenza da stupefacenti, il Nord-Ovest risulta essere la realtà

¹ C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

² Ce.R.Co. Centro Studi e Ricerche – Consumi e Dipendenze

³ Camera Penale di Padova

⁴ C.R.E.A. Sanità

⁵ Gruppo Abele, Torino

⁶ Area penale e dipendenze ULSS Padova, FeDerSerD

⁷ Università degli Studi di Roma Tor Vergata, C.R.E.A. Sanità

con il maggior organico in rapporto alla popolazione, agli utenti presi in carico, nonché in termini di ricorso al ricovero ospedaliero; per quella da alcol è, invece, “in testa” il Nord-Est. Per entrambe le forme di dipendenza il minor tasso di personale e di utenti in carico si registra nel Mezzogiorno del Paese.

Sebbene nel caso della dipendenza da alcol non si tratti di personale dedicato in modo esclusivo alla presa in carico degli utenti, il personale in rapporto agli utenti in carico per la dipendenza da stupefacenti è di circa il 30% inferiore a quello per la presa in carico delle dipendenze da alcol (rispettivamente 5 vs 6,4 8 ogni 100 utenti in carico) (Figura 15a.1).

Riferendosi alla situazione rilevata nel 2015, negli ultimi anni si è registrata una riduzione del personale per utente nei SerD, in controtendenza con quanto registrato nel personale operante presso i servizi di alcologia: nei SerD si sono perse in media 0,5 unità di personale ogni 100 utenti in carico e nei servizi di alcologia, invece, se ne contano 0,4 in più (ogni 100 utenti) (Figura 15a.2.).

Figura 15a.1. Unità di personale nei SerD ogni 100 utenti con dipendenza da stupefacenti in carico

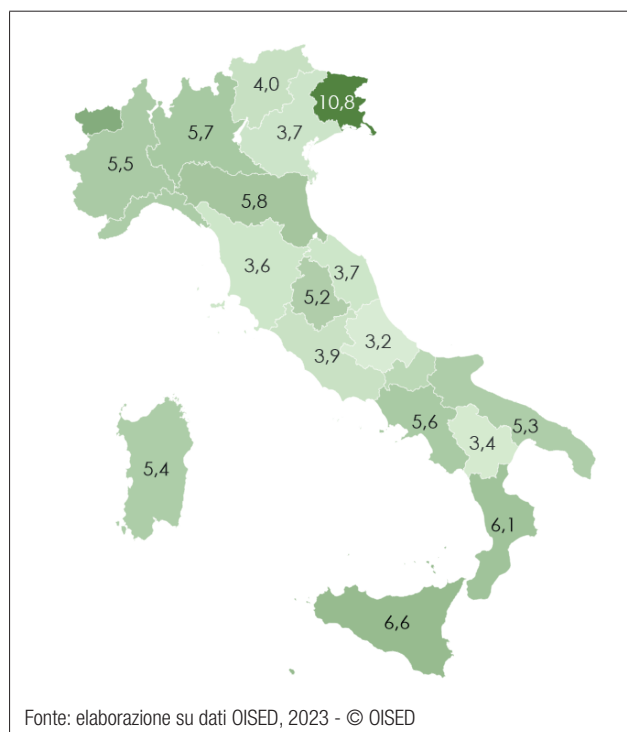
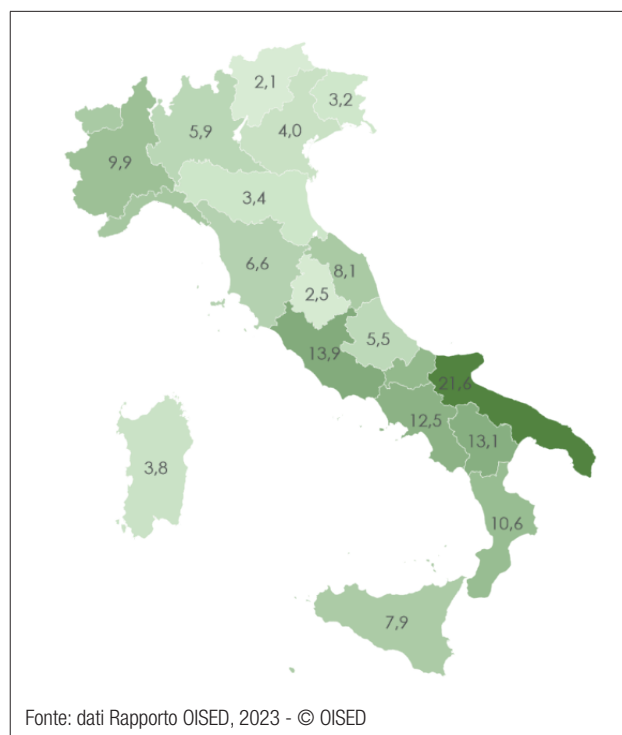


Figura 15a.2. Unità di personali nei servizi di alcologia ogni 100 utenti con dipendenza da alcol in carico



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

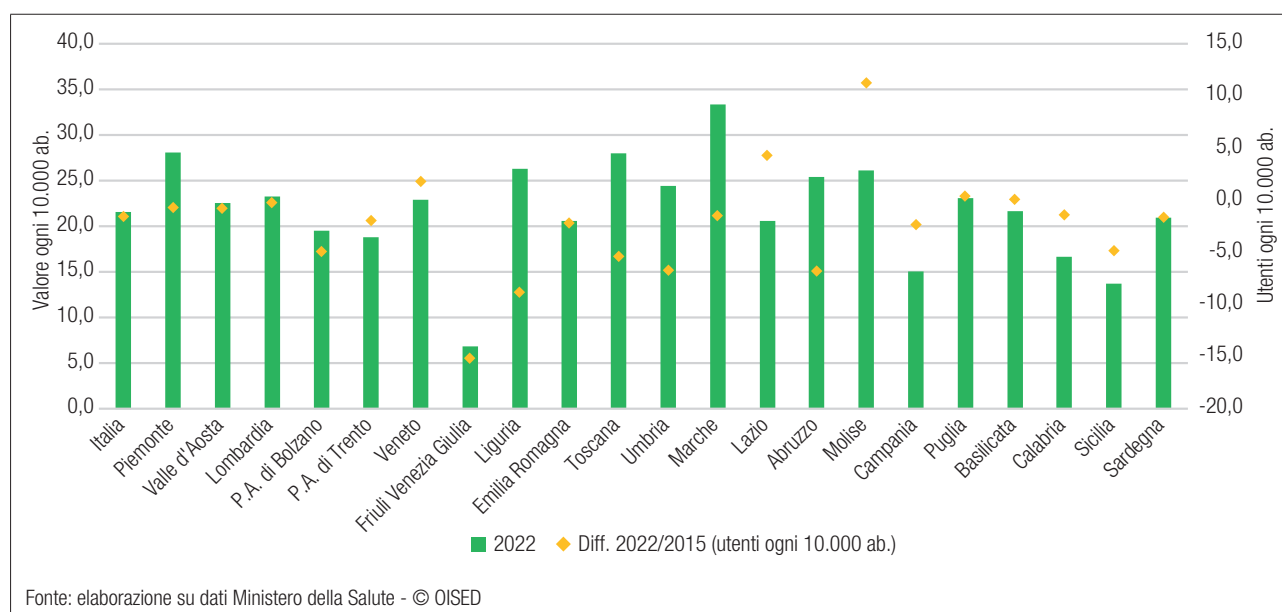
A livello regionale, in Toscana, Campania e Sardegna prevale la componente medica; in Liguria, Friuli Venezia Giulia, Lazio e Umbria quella infermieristica; in P.A. di Bolzano e Valle d'Aosta prevale la presenza dello psicologo.

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

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

Nel 2022, risultano prese in carico dai SerD 127.365 persone con dipendenza da sostanze stu-

Figura 15a.3. Tasso di presa in carico da parte del SerD e dinamica 2022/2015



pefacenti (-6,6%, ovvero -8.955 casi, rispetto all'anno pre-pandemico), pari a 21,6 ogni 10.000 abitanti; di questi il 13,6% sono nuovi casi. Considerando le sostanze stupefacenti come sostanze di abuso secondarie, tale casistica supera i 200 mila utenti.

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

Rapportando il dato alla popolazione, è possibile osservare come nel Nord-Ovest del Paese sia maggiore la prevalenza di persone con dipendenza da stupefacenti prese in carico, che si attesta a 24,9 soggetti ogni 100.000 ab.; segue il Centro con 24,8, il Nord-Est con 20,0 e il Mezzogiorno con 17,9 (Figura 15a.3.).

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

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

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

Nel 2021, risultano assistite presso i Servizi di alcolologia 63.490 persone con dipendenza⁸: dalla analisi della serie storiche sembrerebbe, però, potersi proporre una sottostima di circa 3.000 casi nell'ultima annualità, che porterebbe gli utenti in carico per tale forma di dipendenza, a circa 67.000 (+3,8% rispetto all'anno precedente), pari a 12,4 ogni 10.000 abitanti di età 16+, di cui il 26,0% per nuovi casi.

Rapportando il dato alla popolazione si osserva come la maggiore prevalenza di persone con dipendenza da alcol prese in carico dai Servizi di alco-

8 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"

logia si riscontra nel Nord-Est del Paese, con 19,2 soggetti ogni 10.000 ab. 16+; seguono il Nord-Ovest ed il Centro con 13,2 e 12,5 rispettivamente, ed il Mezzogiorno con 7,9.

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

Si fa presente che il diverso livello di presa in carico tra le diverse realtà regionali può non essere indicativo in toto di un differente livello di presa in carico, poiché risente dei diversi modelli organizzativi in essere: in moltissime realtà il soggetto con dipendenza da alcol viene preso in carico nei SerD (Figura 15a.4.).

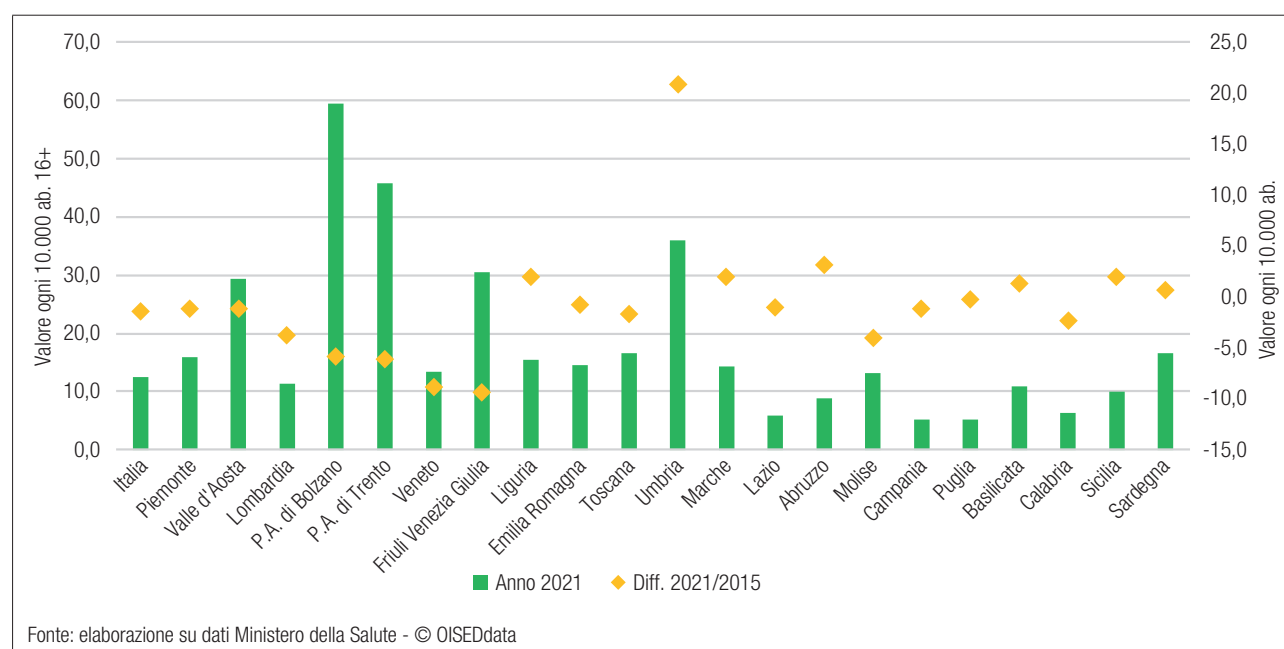
Rispetto al 2015 si è registrata una riduzione delle prese in carico del -7,4% (1,2 utenti in meno ogni 10.000 ab.): in particolare la contrazione ha interessato il Nord-Est (-4,5 utenti), ed il Nord-Ovest con -2,1 utenti; nel Centro e nel Mezzogiorno si è registrato invece un aumento di rispettivamente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

Passando alle attività, il ricorso all'ospedalizzazione per le patologie alcol-attribuibili è circa 2,5 maggiore a quello per le patologie droga-correlate:

69,1 vs 28,9 ogni 100.000 ab.; e quello per l'alcol in crescita rispetto al 2015. Il ricorso ai servizi di emergenza-urgenza, in aumento del +32,1% nell'ultimo anno, registra un rapporto 1:4 tra chi ha fatto abuso di droghe e chi di alcol: 18,4 e 59,6 ogni 100.000 rispettivamente; analogamente a quanto osservato per l'ospedalizzazione, il tasso maggiore di accessi al Pronto soccorso per consumo di stupefacenti si concentra soprattutto nel Nord-Ovest del Paese, quello per alcol nel Nord-Est. Per entrambe le tipologie di utenti, il 60-70% degli accessi avvengono in seguito ad un trasporto da parte del 118 e in circa il 10% dei casi esitano in un ricovero ospedaliero.

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

Figura 15a.4. Tasso di presa in carico da parte dei servizi di alcologia e dinamica 2021/2015



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

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

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

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

15a.3. Impatto economico

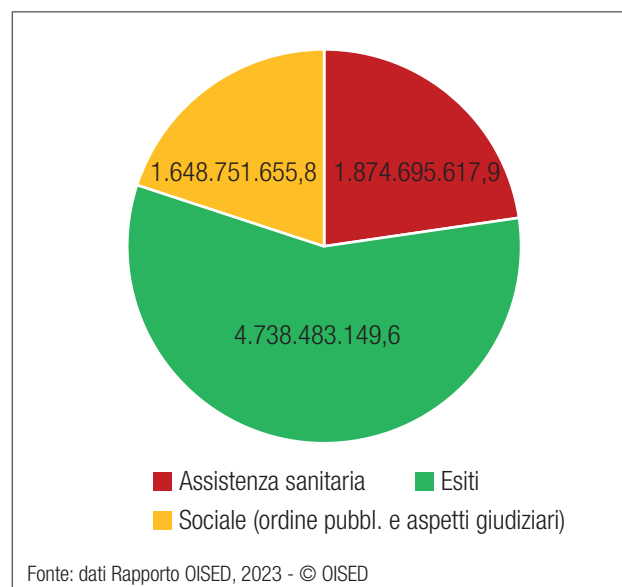
In termini economici, i fenomeni di dipendenza da stupefacenti e da alcol, generano un costo (diretto) annuo complessivo per il Paese pari a € 8,3 mld., di cui € 7,0 mld. il primo (considerando anche i poli-consumatori, e tanto il consumatore occasionale, quanto il tossicodipendente) e € 1,3 mld. il secondo (Figura 15a.5.).

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

La gestione degli Esiti, intesa come trattamento delle patologie droga-correlate, rappresenta la voce di costo maggiore, seguita da quella sociale (ordine

pubblico e aspetti giudiziari) e poi da quella relativa alla gestione socio-sanitaria di questi utenti.

Figura 15a.5. Composizione costo della dipendenza da stupefacenti e alcol. Valori in €. Anno 2021



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

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

Per quanto concerne la dipendenza da alcol, considerando tanto i consumatori a rischio (8,6 milioni), quanto i consumatori con abuso di alcol (circa

670.000), eleggibili questi ultimi alla presa in carico da parte dei servizi, come anticipato si stima un costo (diretto) nazionale annuo per il Paese pari a € 1,3 mld..

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

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

15a.4. Riflessioni finali

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

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

munità etc.) e carcere, finalizzati a:

- o aumentare il numero di nuovi utenti in carico al fine di prevenire il verificarsi di "esiti" ed implicazioni a livello sociale (incidenti, denunce, etc.)
- o garantire continuità nella presa in carico, in particolare per i detenuti stranieri una volta messi in libertà
- o porre maggiore attenzione alle fasce di età giovanili
- o garantire equità di trattamento.
- azioni finalizzate ad aumentare l'aderenza al trattamento, anche riducendo lo stigma, quali il potenziamento dell'approccio psicosociale, il ricorso ad approcci farmacologici sempre più personalizzati quali ad esempio, le formulazioni *long acting* che possono aumentare l'aderenza, etc..

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

Riferimenti bibliografici

Ministero della Salute (anni vari). Open data flusso informativo SIND

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"

Ministero della Salute (anni vari). Flusso informativo SDO

Ministero della Salute (anni vari). Modelli LA

Presidenza del Consiglio dei ministri (anni vari). Relazione Dipartimento Politiche Antidroga