

Report

IMPATTO ORGANIZZATIVO,  
GIUDIZIARIO ED ECONOMICO  
DELLA TOSSICODIPENDENZA



Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità S.r.l.

---

Supplemento a

**Mission - Italian Quarterly Journal of Addiction**

PERIODICO TRIMESTRALE DELLA FEDERAZIONE  
ITALIANA DEGLI OPERATORI DEI DIPARTIMENTI  
E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

Supplemento al N. 55 anno XV - giugno 2021

*Editor in Chief*

Alfio Lucchini - Milano

*Direttore Scientifico*

Stefano Angeli

*Proprietà e coordinamento*

FeDerSerD

Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti  
e dei Servizi delle Dipendenze

Sede legale Via Giotto 3 - 20144 Milano

federserd@expopoint.it - www.federserd.it

---

## **Autori**

### **D. Attanasi**

*Avvocato penalista e Direttore Generale Fondazione  
AIGA "T. Bucciarelli" (board scientifico)*

### **F. Bartolini**

*Farmacista, Direttore Dipartimento assistenza  
farmaceutica USL Umbria 2 (board scientifico)*

### **D. d'Angela**

*Ingegnere, Direttore Ricerca e Presidente CdA  
C.R.E.A. Sanità, Università di Tor Vergata  
(coordinatrice scientifico del progetto)*

### **S. Grisenti**

*Avvocato, Vice Procuratore Onorario Pistoia  
(board scientifico)*

### **A. Lucchini**

*Psichiatra, già Presidente FeDerSerD, Centro Studi  
Consumi e Dipendenze – Ce.R.Co.  
(board scientifico)*

### **E. Quattrococchi**

*Economista, Collaboratore di ricerca C.R.E.A.  
Sanità*

### **F. Spandonaro**

*Economista, Università "Tor Vergata" e Direttore  
scientifico C.R.E.A. Sanità  
(supervisor scientifico del progetto)*

Il progetto «Impatto organizzativo, giudiziario ed economico della tossicodipendenza» si è posto l'obiettivo di effettuare un'analisi dei costi sociali relativi alla gestione degli utenti affetti da problematiche di dipendenza da sostanze stupefacenti, partendo da una disamina dell'organizzazione socio-sanitaria, a livello nazionale e regionale, nonché della sua dinamica nel tempo; in particolare, è stata sviluppata un'analisi dell'impatto giudiziario del fenomeno; la stima dell'impatto economico del fenomeno nel nostro Paese, è stata condotta nelle sue dimensioni di gestione socio sanitaria (presa in carico), esiti e sociale (occupazione e giustizia).

Infine, mediante un modello statistico, sono stati simulati gli "effetti" economici prodotti dall'adozione di specifici interventi finalizzati a contrastare il fenomeno.

La ricerca e il modello che è stato sviluppato sono stati supportati da un board scientifico multidisciplinare, formato da: D. Attanasi, avvocato penalista e Direttore Generale Fondazione AIGA "T. Bucciarelli", F. Bartolini, farmacista Direttore Dipartimento assistenza farmaceutica USL Umbria 2, S. Grisenti, Vice Procuratore Onorario Pistoia, A. Lucchini, psichiatra, già Presidente della società scientifica FeDerSerD.

### **Organizzazione dei servizi**

Iniziamo con l'osservare che dall'analisi organizzativa socio-sanitaria, effettuata avvalendosi dei dati del Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze (SIND)<sup>1</sup> e delle relazioni annuali del Dipartimento Politiche Anti-Droga della Presidenza del Consiglio, risulta che, in Italia, nel 2019, sono attivi 562 Servizi per le Dipendenze (Ser.D), ovvero 0,9 per 100.000 abitanti: si passa da un valore

massimo pari a 1,0 del Mezzogiorno e del Nord-Ovest, ad uno minimo pari a 0,8 del Nord-Est (0,9 nel Centro); il Molise risulta essere la Regione con il valore massimo, pari a 2,0 per 100.000 abitanti, la P.A. di Trento quello con il valore minimo, pari a 0,3: Friuli Venezia Giulia e Lazio hanno un valore inferiore a 0,8, e Piemonte e Puglia un valore superiore a 1,4.

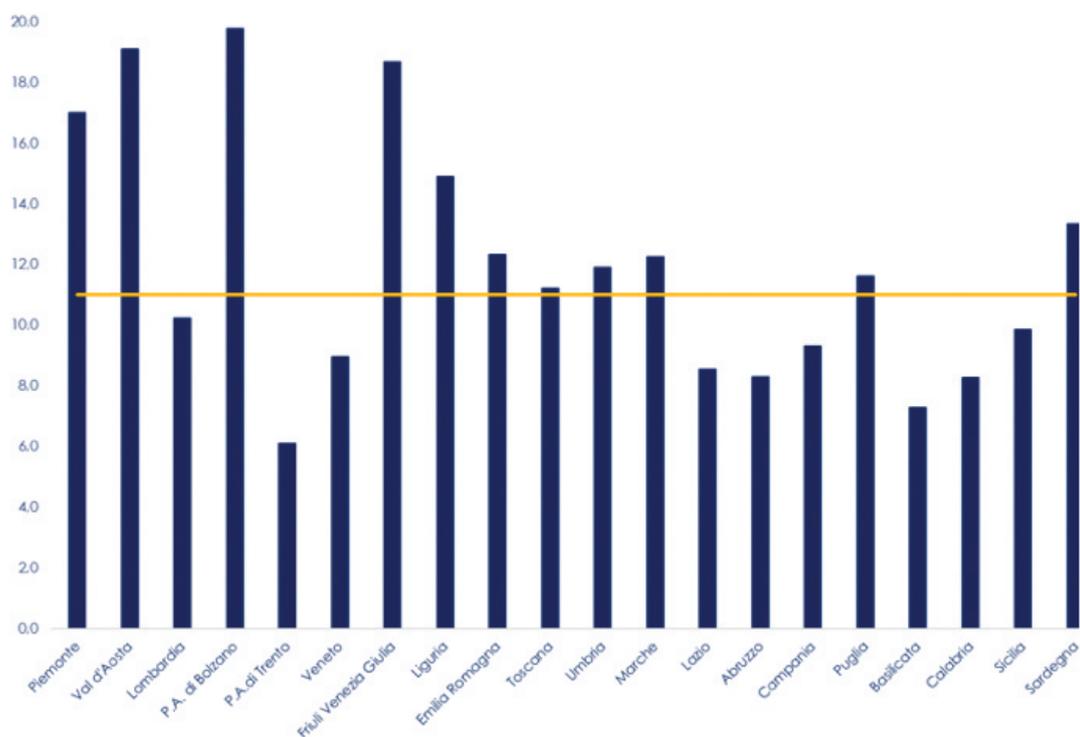
Nel periodo 2012-2019, il numero di Ser.D in rapporto alla popolazione (100.000 abitanti) si è ridotto del -11,5%, soprattutto nelle Regioni del Nord: P.A. di Trento, Friuli Venezia Giulia e Piemonte hanno registrato una diminuzione rispettivamente del -67,4%, -49,6% e -37,9%; un aumento si è invece registrato in Sardegna e Molise, (+64,1% e +23,3% rispettivamente).

Nei Ser.D, nel 2019, operano 6.624 operatori dedicati all'assistenza delle persone con problemi di dipendenza, ovvero 11,2 unità ogni 100.000 abitanti, con un valore massimo pari a 12,6 nel Nord-Ovest del Paese, seguito dal Nord-Est con 11,6, dal Centro con 10,1; il dimensionamento minimo si riscontra nel Mezzogiorno, ed è pari a 9,9 unità ogni 100.000 ab.. La massima offerta in termini di personale, pari a 19,8 unità (ogni 100.000 ab.) si riscontra della P.A. di Bolzano, la minima, pari a 6,1, nella P.A. di Trento; Lazio, Abruzzo, Calabria, Basilicata e P.A. di Trento registrano un valore inferiore a 9,0, P.A. di Bolzano, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Piemonte invece un valore superiore a 17,0 unità ogni 100.000 ab..

Con i necessari caveat dovuti alla possibile esistenza di bias dovuti alla differente fonte informativa considerata, fra il 2007 e il 2019, si è registrata una riduzione del -9,0% delle unità di personale operanti presso i Ser.D, ovvero 1,4

<sup>1</sup> Istituito nel 2010 ed entrato in vigore il 1.1.2012

Figura 1 – Unità di personale operante nei Ser.D, anno 2019



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

unità in media in meno (ogni 100.00 abitanti): tale riduzione ha interessato soprattutto il Centro (-23,2%), il Mezzogiorno (-15,3%) ed il Nord-Est (-13,5%); nel Nord-Ovest, invece, si è registrato un aumento del +2,9%.

A livello regionale, a fronte di un valore mediano di 12,8 unità di personale ogni 100.000 ab., si oscilla da un minimo di 7,3 unità della P.A. di Trento ad un massimo di 18,8 unità (ogni 100.000 ab.) del Piemonte.

Nel periodo considerato, si è registrata una riduzione massima, pari al 37,2%, di unità di personale in rapporto alla popolazione, in Basilicata, ed un incremento massimo, pari al 92,8%, in Friuli Venezia Giulia.

Analizzando il dato per tipologia di professionista (anno 2019) si osserva come, in media, il personale infermieristico rappresenti quasi un terzo dell'organico (30,2%), seguito da quello medico (22,3%); gli psicologi rappresentano il 15,0% di tutto il personale, gli assistenti sociali

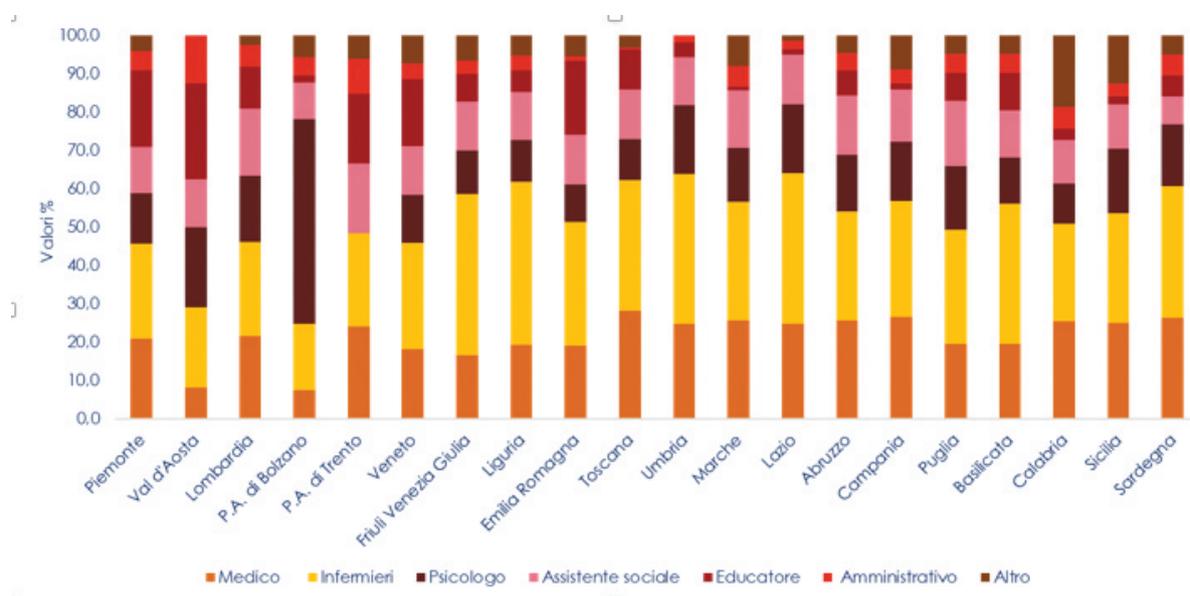
il 13,6%, gli educatori professionali il 9,4%, il personale amministrativo il 3,9%, ed il restante 5,6% altre figure professionali.

Toscana, Campania e Sardegna risultano essere le Regioni con la maggior quota di personale medico (28,2%, 26,7% e 26,5% rispettivamente);

In Liguria, Friuli Venezia Giulia, Lazio ed Umbria il personale infermieristico rappresenta quasi la metà di tutto l'organico (42,4%, 41,9%, 39,4% e 39,0% rispettivamente); all'estremo opposto abbiamo invece la P.A. di Bolzano e la Valle d'Aosta, dove gli infermieri rappresentano il 20% di tutto il personale dedicato.

La P.A. di Bolzano e Valle d'Aosta, risultano essere invece le realtà dove è maggiormente presente la figura dello psicologo, rappresentando rispettivamente il 53,3% ed il 20,8% del personale dedicato ai servizi per le persone affette da dipendenze; in queste Regioni i medici risultano il 20% (17,1% e 20,8% rispettivamente) e gli infer-

Figura 2 – Personale Ser.D: composizione per tipologia professionale, anno 2019



\*Dato del Molise non disponibile

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

mieri il 7,6% e 8,3% rispettivamente. L'incidenza minima di psicologi sull'organico complessivo si osserva invece in Emilia Romagna e in Calabria (9,6% e 10,6% rispettivamente).

All'offerta pubblica si affianca quella del privato sociale, articolata in 821 strutture ubicate per il 31,1% nel Nord-Ovest, per il 27,3% nel Nord-Est, per il 21,8% nel Mezzogiorno e per il 19,9% nel Centro. Si tratta, prevalentemente (73,1%) di strutture residenziali: per il 16,4% di semi-residenziali e per il 10,5% di ambulatori.

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

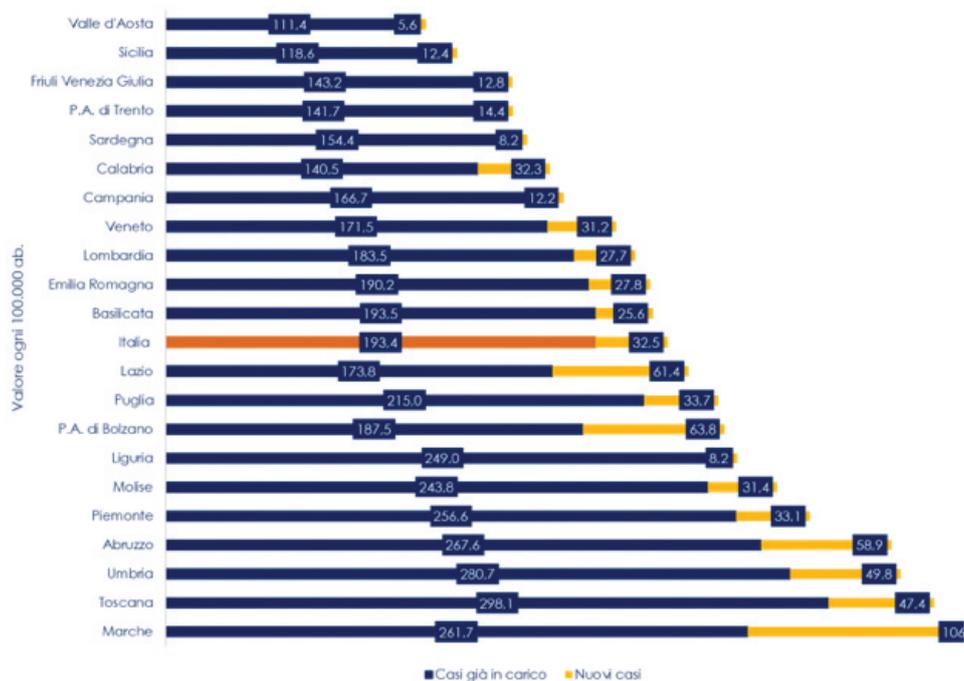
In media, ogni struttura del privato sociale accoglie 20 utenti in un range compreso tra un minimo di 10 utenti in Valle d'Aosta ad un massimo di 87 utenti nel Lazio.

Essendo l'offerta del privato sociale non ovunque complementare a quella pubblica, non sono state effettuate analisi di dimensionamento che considerassero entrambe le tipologie.

Nel 2019, risultano assistite presso i Ser.D 136.320 persone affette da tossicodipendenza da sostanze (+6,5%, +8.343 nuovi casi, rispetto all'anno precedente), pari a 225,8 ogni 100.000 abitanti, di cui il 14,4% per nuovi casi. Considerando le sostanze stupefacenti come sostanze di abuso secondaria, tale casistica raggiunge i 207.178 utenti. Si tenga presente che il bacino di utenze dei Ser.D supera i 300.000 utenti annui, considerando anche le altre forme di dipendenza trattate.

Focalizzando l'attenzione sui soli utenti affetti da tossicodipendenza da sostanze con uso pri-

Figura 3 – Tasso di presa in carico da parte del Ser.D, anno 2019



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

mario, rispetto al 2012 si è registrata una riduzione di quelli presi in carico da parte dei Ser.D, del -16,9%.

Rapportando il dato alla popolazione si osserva come la maggiore prevalenza di persone con dipendenza prese in carico si riscontra nel Centro del Paese, con 293,3 soggetti ogni 100.000 ab.; segue il Nord-ovest con 236,1, il Nord-Est con 203,7 e il Mezzogiorno con 191,0.

Si conferma un'importante variabilità a livello regionale, passando da un valore massimo di 368,5 utenti ogni 100.000 ab. delle Marche ad un minimo di 117,0 della Valle d'Aosta.

Si tratta prevalentemente di popolazione maschile, che rappresenta l'85,9% dell'utenza (in aumento di 0,1 punti percentuali rispetto all'anno precedente); nel 2018, i maschi rappresentavano oltre il 93% dei casi in carico in Basilicata e Calabria (93,1% e 93,8% rispettivamente), con una quota minima, e comunque non inferiore al 79%, in Friuli Venezia Giulia e nella P.A. di Trento con

79,2% e 80,9% rispettivamente.

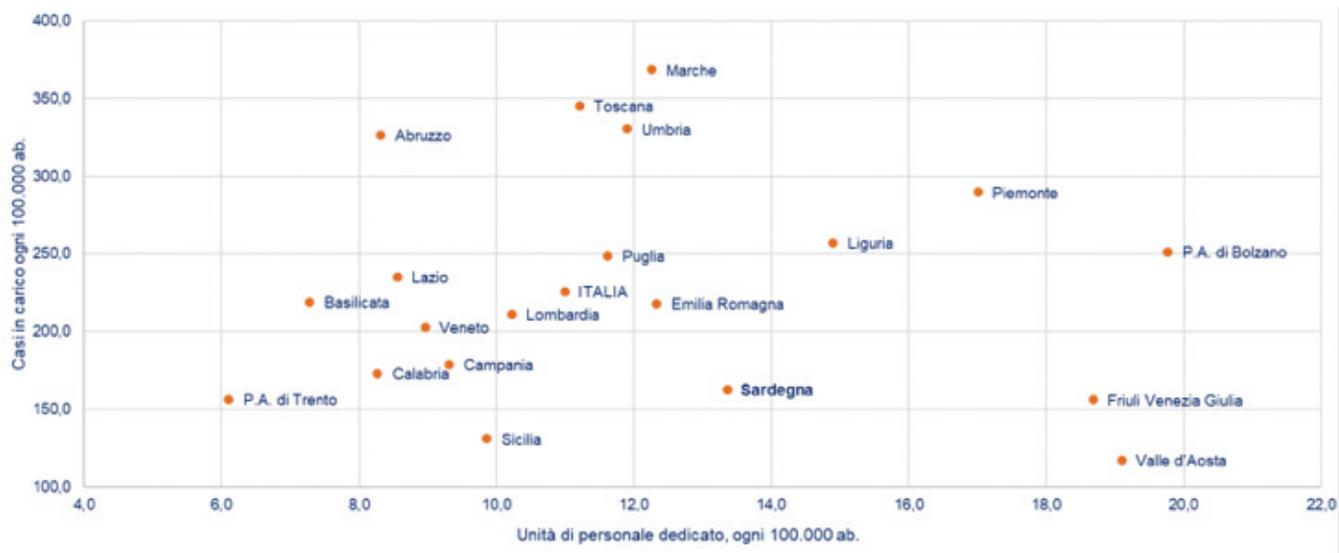
Per il 92,6% si tratta di italiani, per il 2,8% di soggetti provenienti dall'Africa Settentrionale, e per il restante 4,6% di soggetti provenienti da Paesi americani e asiatici.

Si tratta di un'utenza abbastanza giovane: circa il 60% si concentra nella fascia d'età 35-54 anni, il 25,6% in quella 25-34 anni ed il 11,9% in quella 55-64 anni.

Gli oppiacei rappresentano la sostanza di abuso più frequente, con il 65,6% dei pazienti in trattamento che ne è dipendente; segue la cocaina (21,5% dei soggetti), i cannabinoidi (11,3%); il restante 1,5% abusa di ipnotici e sedativi, stimolanti, allucinogeni e inalanti volatili.

Dei due terzi delle persone in carico ai Ser.D (per i quali è disponibile il dato), nel 2018, l'88,8% ha una dimora stabile, il 4,7% sono ospitati in istituti penitenziari, il 3,4% non ha fissa dimora. Del 75% di questi (per i quali si dispone del dato specifico), circa la metà (52,5%) ha una occupazione stabile o almeno occasionale (41,1% e

Figura 4 – Casi in carico al Ser.D vs personale dedicato, anno 2019



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

11,4% rispettivamente), il 35,5% risulta essere disoccupato, mentre per il 5,0% si tratta di studenti, ed il 3,4% sono persone che ricevono benefici sociali (pensionati/casalinghe/disabili).

L'88,3% di quelli di cui si dispone del dato specifico (77,6% del totale dei presi in carico) ha un livello di istruzione secondario, l'8,6% la licenza elementare, il 2,5% livelli superiori al secondario, ed il restante 0,6% non ha alcun titolo di studio.

Da ultimo, osserviamo che la correlazione fra unità di personale dei Ser.D e l'utenza in carico risulta essere bassa (22,1%) indicando l'assenza di standard omogenei di programmazione. A riprova di ciò, alcune Regioni, quali ad esempio Basilicata, Veneto, Emilia Romagna e Lombardia, pur presentando livelli di "domanda" simili, evidenziano differenze di organico che arrivano a raggiungere il 60%; analogamente, Veneto, Lazio e Abruzzo, a parità di organico (in rapporto agli abitanti), hanno in carico un volume di pazienti che arriva a differenziarsi di quasi l'80%.

In termini di dimensionamento dei Ser.D, si passa da un valore minimo, pari a 2,5 unità di personale ogni 100 pazienti in carico, del-

l'Abruzzo, ad uno massimo, pari a 16,3 ogni 100, della Valle d'Aosta, con un valore medio nazionale di 4,9 unità di personale ogni 100 pazienti in carico.

Il privato sociale ha in carico 16.352 utenti di cui il 68% in strutture residenziali, il 23,5% in quelle ambulatoriali e l'8,5% in semiresidenziali.

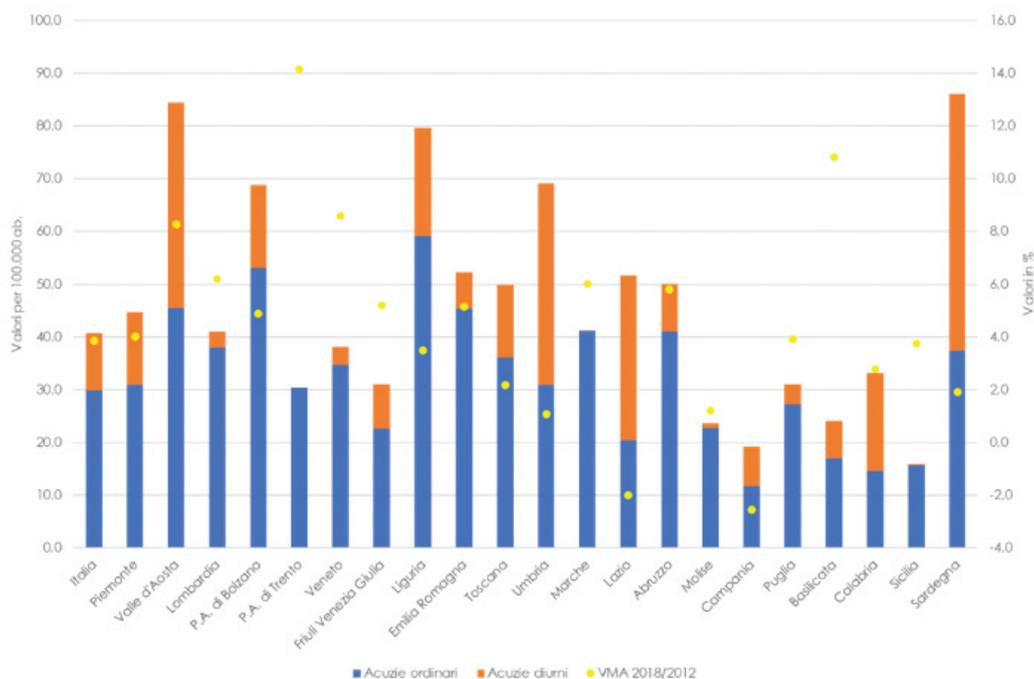
A fronte di un numero medio di 36 utenti ogni 100.000 abitanti, si va da un minimo di 11 utenti ogni 100.000 residenti in Campania ad un massimo di 72 utenti (ogni 100.00 abitanti) in Umbria ed Emilia Romagna.

Anche in questo caso non è stata effettuata un'analisi del dimensionamento complessivo (pubblico e privato), poiché diversi utenti del privato sociale risultano essere anche in carico al Ser.D.

### Utilizzazione dei servizi

Nel 2018 sono stati effettuati 21.159 ricoveri ospedalieri associati a diagnosi (anche secondarie) di patologie droga-correlate, di cui l'89,3% (18.892) in acuzie, il 10,2% (2.148) in riabilitazione e lo 0,5% (119) in lungodegenza. Si tratta di ricoveri effettuati quasi esclusivamente

Figura 5 – Tasso standardizzato di ospedalizzazione in acuzie per tossicodipendenze, anno 2018 e variazione 2018/2012



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità© su dati SDO, Ministero della Salute

(96,4%) in regime ordinario.

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

Oltre l'80% dei ricoveri vengono effettuati in quattro discipline: il 55,3% in Psichiatria, il 12,3% in Medicina generale, il 9,9% in Recupero e riabilitazione funzionale, il 7,1% in Neurologia.

Il tasso mediano di ospedalizzazione in acuzie standardizzato risulta di 35,1 ogni 100.000 ab.; il valore regionale più alto, pari a 39,0 ricoveri, si riscontra nel Nord-Ovest del Paese, segue il Nord-Est con 38,8 ricoveri ogni 100.000 ab., il Centro con 31,2 ogni 100.000 ab. ed il Mezzogiorno con 21,5 casi per 100.000 ab.

La Liguria, con 60,6 ricoveri, registra il tasso

più alto, la Campania, con 13,3, il più basso.

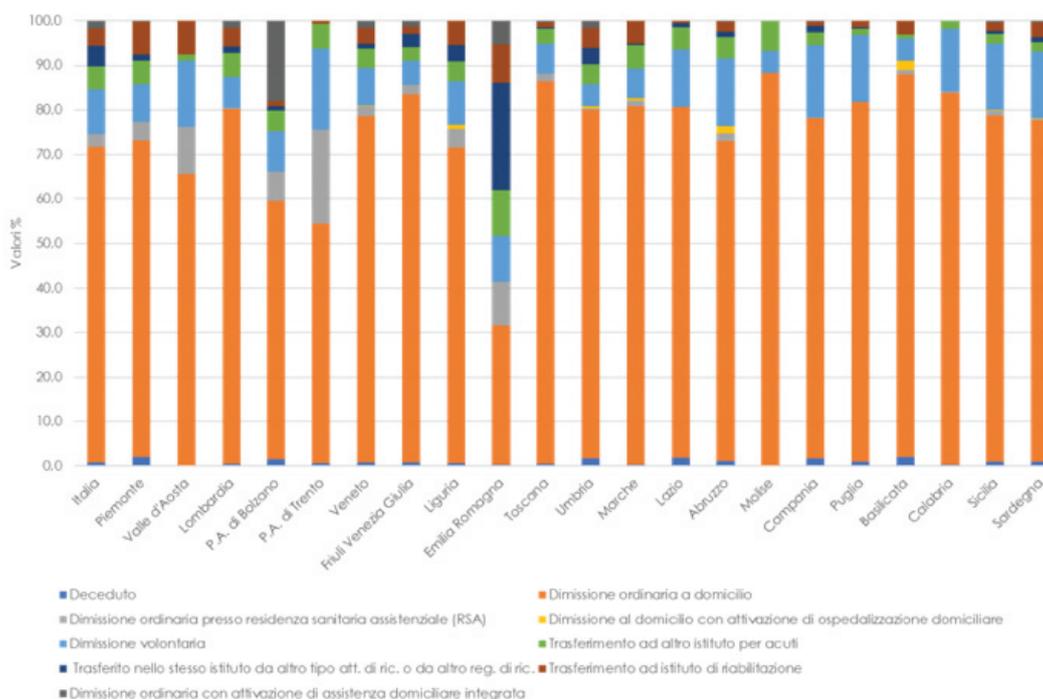
Rispetto al 2012 si è registrata una crescita dei ricoveri del +3,9% medio annuo, con una forte variabilità regionale che vede in Campania la riduzione massima (-2,5%), e nella P.A. di Trento quella massima (+14,2%).

Il ricorso all'ospedalizzazione è maggiore per il genere maschile: 44,8 ricoveri ogni 100.000 maschi vs 18,3 per le femmine, e riguarda soprattutto gli utenti nella fascia di età 25-44 anni.

La degenza media registrata per i ricoveri ordinari in acuzie, nel 2018, è pari a 10,2 giorni (in crescita del +1,5% medio annuo rispetto al 2012), con un valore massimo, pari a 10,8 giorni, nel Centro del Paese, segue il Nord-Est con 10,6 giorni, il Nord-Ovest con 10,2 giorni ed infine il Mezzogiorno con 9,3 giorni.

Il Veneto è la Regione con la degenza media più lunga, 14,0 giorni, il Molise la realtà con quella più bassa, pari a 7,9.

Figura 6 – Composizione ricoveri in acuzie per tossicodipendenze per modalità di dimissione, anno 2018



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità© su dati SDO, Ministero della Salute

Il 60,5% dei ricoveri vengono effettuati presso Ospedali a gestione diretta, il 14,3% in Case di cura private, il 10,0% in Cliniche/Policlinici universitari, il 7,2% in Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, il 6,6% in Aziende ospedaliere, l'1,2% in Ospedali classificati e lo 0,1% in Presidi Asl.

La dimissione a domicilio risulta essere la tipologia più adottata (70,9% dei ricoveri), quella presso il proprio domicilio con attivazione di ospedalizzazione domiciliare la meno frequente (0,1% dei ricoveri).

A livello delle regioni, la percentuale massima di dimissioni ordinarie a domicilio si riscontra in Molise (88,3%) mentre la percentuale minima in Emilia Romagna (31,4%).

Le dimissioni volontarie oscillano invece in un range che va da un massimo del 18,2% nella P.A. di Trento ad un minimo del 5,0% in Molise e in Basilicata.

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

Il trasferimento in istituti di riabilitazione sembra essere presente in quasi tutte le realtà ad eccezione delle P.P.A.A. di Trento e Bolzano, Lazio, Molise e Calabria.

Le dimissioni ordinarie con attivazione di assistenza domiciliare integrata hanno interessato principalmente la P.A. di Bolzano (18,0%) e l'Emilia Romagna (5,2%).

Infine, le dimissioni con decesso, oscillano da un massimo del 2,1% in Piemonte ad un minimo dello 0,3% in Emilia Romagna.

La presa in carico tipica dei pazienti prevede l'accertamento, con esami su matrice urinaria o cheratinica, di uno stato di abuso e/o dipendenza da sostanze stupefacenti e la conseguente formulazione di un piano terapeutico composto da diversi interventi. Questi ultimi

comprendono trattamenti medico-farmacologici (visite, screening di verifica per sostanze d'abuso e trattamenti farmacologici) associati a trattamenti psicologici/psicoterapeutici.

I principali trattamenti farmacologici distribuiti nei Ser.D sono il metadone, la buprenorfina e la buprenorfina in associazione al naloxone (quest'ultimo distribuito singolarmente come antidoto per i pazienti a rischio o in overdose).

Utilizzati il sodio oxibato per l'alcoldipendenza ed il levometadone (di recente introduzione, per il quale non si dispone ancora di dati nazionali di consumo e spesa); si aggiungono, in misura minore, il naltrexone e il disulfiram, impiegati nella terapia di disassuefazione dall'etilismo.

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

Per il metadone si registra un consumo giornaliero pari a 2,4 DDD ogni 1.000 ab. con una spesa media per DDD (Defined Daily Dose) pari a € 0,35 (Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali, l'uso dei farmaci in Italia: Rapporto Nazionale Anno 2019, AIFA).

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

Nel 2019 si registra un consumo medio giornaliero di 0,4 DDD ogni 1.000 ab. ed una spesa media per DDD di € 1,59.

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 2019, si registra un consumo medio giornaliero per 1.000 abitanti pari a 0,2 DDD, in riduzione del 5,0% rispetto all'anno precedente; il costo medio per DDD risulta pari a € 2,7 in riduzione del 3,4% rispetto al 2018 (Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali, l'uso dei farmaci in Italia: Rapporto Nazionale Anno 2019, 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.

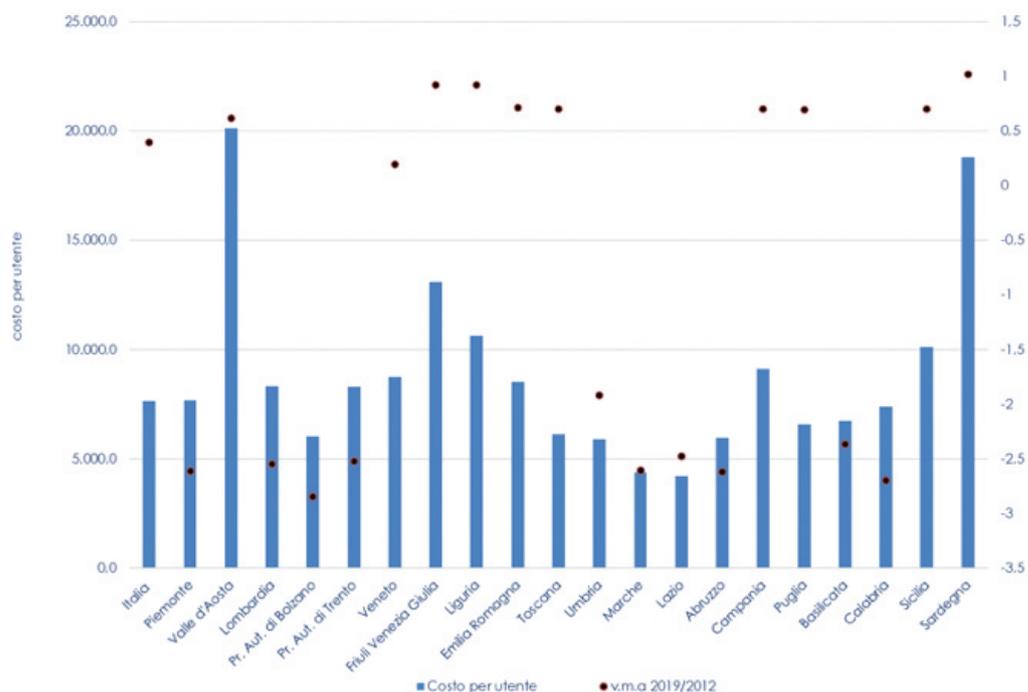
A questi trattamenti si affianca un nuovo approccio terapeutico, di recente introduzione, che prevede l'utilizzo di farmaci long acting, già ampiamente utilizzati nell'ambito della salute mentale; evidentemente questa opzione terapeutica implica una possibile riduzione di frequenza dei controlli, nonché un miglioramento di aderenza al trattamento ed una riduzione dei fenomeni di diversione e misuse.

### **Costi dell'assistenza sanitaria**

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

Per l'anno 2012 è possibile rilevare direttamente i costi per l'assistenza ai soggetti tossicodipendenti, mentre dal 2018, tale livello è stato incluso nella macrocategoria delle dipendenze patologiche, che comprende altri costi per ulte-

Figura 7 – Costo per utente dell'assistenza per dipendenze patologiche, anno 2019



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

riori forme di dipendenza divisi per setting assistenziale.

Il costo complessivo per l'assistenza dei soggetti con dipendenze patologiche in carico presso i Ser.D, nel 2019, è risultato pari a € 1.044.057.579, in diminuzione del -10,8% rispetto al 2012 (si tenga presente che tale riduzione potrebbe essere sottostimata poiché la voce del flusso nell'anno 2019 è relativa alla macrocategoria delle dipendenze patologiche, quella per l'anno 2012 all'assistenza ai soggetti tossicodipendenti).

L'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale rappresenta il 67,2% del totale, l'assistenza residenziale il 28,9% e l'assistenza semi-residenziale il restante 4,2%.

A fronte di un costo annuo pro-capite nazionale di € 17,3, a livello regionale il valore oscilla da un minimo di € 9,9 della Regione Lazio ad un massimo di € 30,6 della Regione Sardegna; rispetto al 2012, si è registrata una riduzione me-

dia annua del -2,4%.

Rapportando il costo dell'assistenza per dipendenze patologiche all'utenza in carico presso i Ser.D, a fronte di un valore medio nazionale di € 7.659, il valore minimo si riscontra nel Centro con € 3.986, seguito dal Nord-Ovest con € 8.406, dal Meridione con € 8.532 e dal Nord-Est con € 14.965.

A livello regionale, si oscilla da un costo minimo pro-capite per utente di € 4.225,8 del Lazio ad un massimo di € 20.136,0 della Valle d'Aosta.

Rispetto al 2012, il costo per l'assistenza agli utenti con dipendenze patologiche è aumentato mediamente dello 0,4% annuo, con forte variabilità a livello regionale: cinque Regioni (P.A. di Bolzano, Calabria, Abruzzo, Piemonte e Marche) hanno registrato una riduzione media annua superiore al -2,5% mentre tre (Sardegna, Liguria e Friuli Venezia Giulia) un aumento superiore allo +0,8% annuo.

Per l'attività legata ai ricoveri in acuzie, il costo medio pro-capite nazionale sostenuto è pari a € 710,8 per gli ordinari e € 3,3 per i diurni. Per gli ordinari, a livello regionale, si passa da un valore massimo di € 1305,2 della Liguria, ad uno minimo di € 324,0 della Campania, a fronte di un valore mediano pari a € 743,3.; per i diurni si passa da un valore massimo di € 9,6 del Umbria, ad uno minimo di € 0,1 della Sicilia, a fronte di un valore mediano pari a € 3,3.

Abruzzo, P.A. di Bolzano, Piemonte, Calabria hanno un valore che supera quello mediano di oltre il 16,0%, e Campania, Lazio, Sardegna, Valle d'Aosta, Toscana ed Umbria di oltre il 70%; di 8 Regioni che registrano invece un valore inferiore a quello mediano, 3 sono al di sotto del 31,0%, e 5 del 77,0%.

### **Impatto sul sistema giudiziario**

Il fenomeno della tossicodipendenza genera costi sociali sia sotto il profilo del contrasto all'attività criminale, che sotto quello della sua gestione giudiziale, a fronte di illeciti amministrativi o reati commessi dai soggetti dipendenti.

L'esclusione/auto-esclusione dal contesto sociale produttivo, spesso connessa alla dipendenza dalla sostanza stupefacente, si associa frequentemente con comportamenti criminogeni: sia per 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.

In particolare, 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).

Si consideri che 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 penale, fino a determinare l'ingresso dell'autore nel sistema di aggravanti che conduce, alla fine del percorso processuale, alla misura carceraria.

Per comprendere come il soggetto che delinque in ragione del proprio stato di tossicodipendenza sia destinato ad esaurire rapidamente tali possibilità, in ambito penale, occorre considerare che il sistema prevede una serie limitata 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.). Tutte queste misure sono concesse una volta sola e/o divengono inaccessibili a fronte della reiterazione delle condotte criminose.

Il fenomeno della tossicodipendenza riveste inoltre un ruolo assai significativo nella fase della esecuzione della pena e all'interno del nostro ordinamento penitenziario.

In tale ambito il reale interrogativo da porsi è quello circa il senso del ricorso alla pena e della reale efficacia del sistema approntato dal Legislatore ai fini del recupero del condannato.

La Costituzione italiana, all'art. 27 comma 3, stabilisce che le pene debbano "tendere alla rieducazione del condannato" e costituisce l'architrave dell'intero momento dell'esecuzione penale.

Inoltre, con riferimento alla esecuzione della pena nei confronti del condannato in condizione di tossicodipendenza, assume particolare valenza la dimensione terapeutica e trattamentale della esecuzione.

Nella fase della esecuzione della pena vengono

fondamentalmente in rilievo due istituti: la sospensione dell'esecuzione della pena inflitta al tossicodipendente che si sia sottoposto con esito positivo ad un programma terapeutico e socio-riabilitativo (art. 90 d.p.r. 309/90) e l'affidamento in prova del tossicodipendente o alcolodipendente che abbia in corso o intenda sottoporsi ad un programma di recupero (art. 94 d.p.r. 309/90).

L'istituto della sospensione dell'esecuzione della pena detentiva, disciplinato negli artt. 90 – 93 del d.p.r. n. 309 del 1990, mira a favorire la cura e la riabilitazione del tossicodipendente condannato, offrendogli la possibilità di sottrarsi all'esecuzione della sanzione detentiva allorché risulti che si sia sottoposto, con esito positivo, ad un programma terapeutico di recupero.

L'attuale art. 90 d.p.r. 309/90 prevede infatti che nei confronti della <<persona che debba espiare una pena detentiva inflitta per reati connessi in relazione al proprio stato di tossicodipendenza>> possa essere riconosciuto il beneficio della sospensione dell'esecuzione della pena quando si sia "già sottoposto", con esito positivo, ad un programma terapeutico e socio-riabilitativo eseguito presso una struttura sanitaria pubblica o una struttura privata autorizzata.

La condanna si deve riferire ad un reato commesso in relazione allo stato di tossicodipendenza.

Bisogna specificare che per "reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendente" non si intendono solo quelli in materia di stupefacenti oppure solo quelli originati dalla necessità di procurarsi il denaro per l'acquisto della sostanza (es. furto, ricettazione, rapina). Si sostiene infatti che per reati connessi dovrebbero intendersi tutti quelli la cui "commissione sia stata direttamente motivata dallo stato di tossicodipendenza", ossia commessi dal soggetto che fosse "al momento del fatto in tale patologica situazione".

L'altro istituto che viene in rilievo è quello dell'affidamento in prova in casi particolari (art. 94 d.p.r. 309/90).

Per riconoscere l'affidamento in casi particolari è richiesta la sussistenza dello stato di tossicodipendenza nel momento in cui la pena deve essere attuata, e non necessariamente al momento della commissione del fatto di reato.

Consiste nella possibilità di espiare la pena definitiva che sia contenuta entro un limite editale o il residuo di una maggiore pena, cioè de-tratta la pena già espiata o condonata, fuori dall'Istituto penitenziario, affrontando un periodo di prova il cui esito positivo estinguerà la pena e ogni effetto penale.

Ricalcando quanto già disposto dall'art. 47-bis ord. penit., il legislatore ha disposto poi che la misura può essere ammessa al tossicodipendente che "abbia in corso un programma di recupero o ad esso intenda sottoporsi".

In merito a tale presupposto, la Cassazione ha specificato che l'intenzione di "sottoporsi ad un programma terapeutico costituisce condizione necessaria ma non sufficiente per l'applicazione dell'affidamento in prova, occorrendo, comunque, la sussistenza di elementi atti a giustificare un giudizio prognostico favorevole".

Il punto fondamentale dell'affidamento terapeutico è sempre stato il c.d. "programma terapeutico". Tale programma deve essere condiviso con un'unità sanitaria locale – concretamente con un Ser.D – o con una struttura privata autorizzata ai sensi dell'art. 116 d.p.r. 309/90.

Nel caso in cui il condannato non possa accedere ai due istituti appena citati, o nel caso della revoca di quei benefici, la pena detentiva – che per il tossicodipendente costituisce l'ipotesi estrema - dovrebbe essere scontata in "istituti idonei per lo svolgimento di programmi terapeutici e socio-riabilitativi" (art. 95 d.p.r. n. 309/1990).

I luoghi adatti al perseguimento di tal fine sono individuati negli "istituti a custodia attenuata"

regolamentati dal d.p.r. 30 giugno 2000, n. 230. Sparsi sul territorio nazionale, gli Iccatt sono considerati carceri di secondo livello, ossia strutture a custodia attenuata in cui collocare soggetti detenuti che, sulla base del titolo di reato ovvero della carriera detentiva pregressa, richiedono una sorveglianza minima o, comunque, tale da consentire che le esigenze dello svolgimento dell'attività trattamentale predominano su quelle custodiali.

I tossicodipendenti rappresentano il 25% circa del totale della popolazione detenuta, dato che risulta sostanzialmente stabile nel corso degli ultimi cinque anni. Un dato questo, occorre sottolinearlo, che riguarda i detenuti con problemi droga-correlati e non con una diagnosi di dipendenza, che risultano essere meno. Di fatto, l'Italia si attesta come il Paese con il più alto numero di detenuti per reati di droga nel 2017 tra quelli aderenti al Consiglio d'Europa.

È possibile affermare che il nostro ordinamento penale e in particolar modo quello penitenziario riservano ampi ambiti di intervento alla materia della tossicodipendenza.

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

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

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

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

### **Impatto economico**

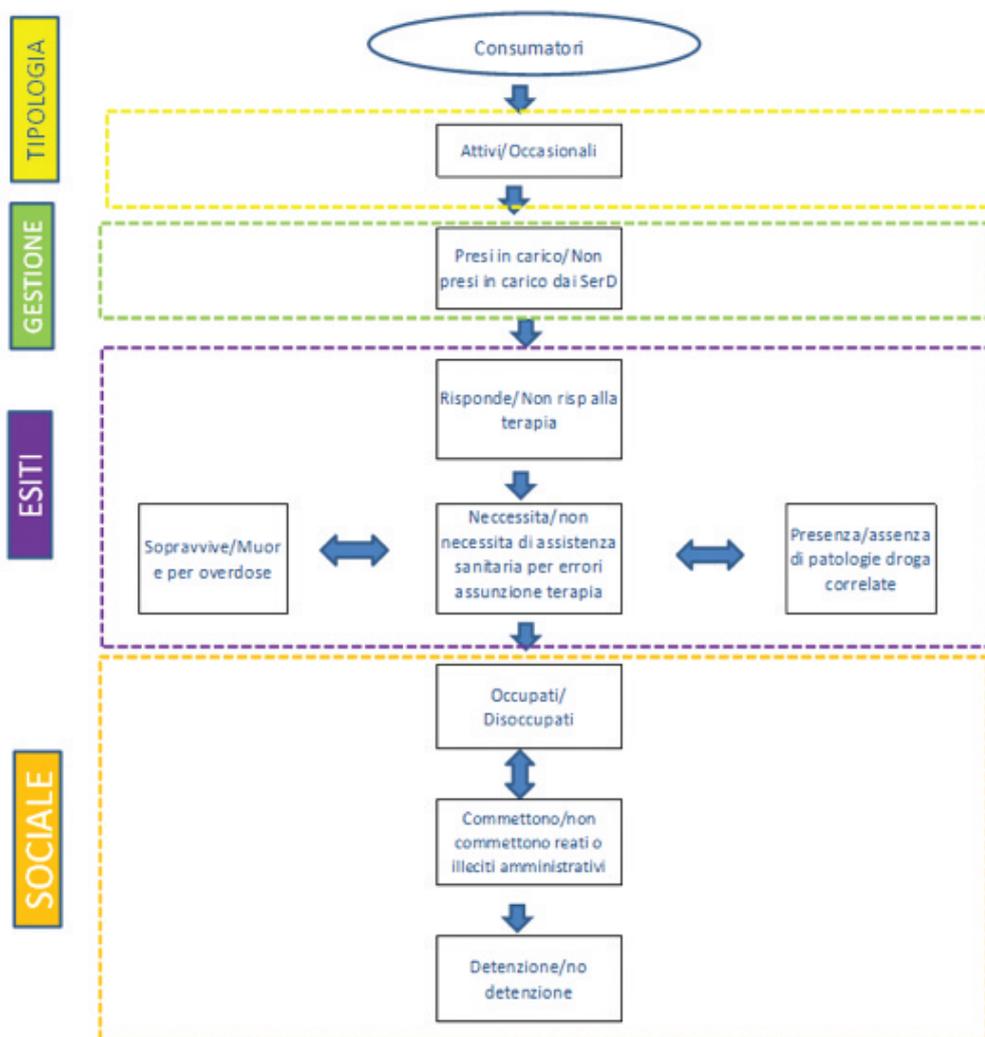
Per quanto concerne la stima dell'impatto economico del fenomeno, si è elaborata una analisi cost of illness, con un contestuale sviluppo di un modello stocastico di simulazione, finalizzato anche a stimare l'impatto di alcune azioni di politica sanitaria e sociale.

In particolare, l'analisi ha preso in considerazione i seguenti aspetti:

1. la tipologia di consumatori (attivi o occasionali)
2. la gestione del consumatore (presa in carico o meno)
3. gli esiti della presa in carico (rispondenza o meno ai trattamenti, patologie droga-correlate)
4. gli aspetti sociali (occupazione, commissione di reati, detenzione etc.).

Il modello prende in considerazione più "stati": il primo relativo alla "tipologia di consumatore", che prevede la distinzione tra consumatore abituale (attivo) o occasionale; il secondo, relativo alla "gestione" dello stesso, che riguarda la presa in carico o meno da parte dei diversi servizi disponibili (bassa soglia, drop-in, Ser.D, comunità terapeutiche etc.); il terzo, relativo agli "Esiti": si considera, in particolare, la risposta ai trattamenti terapeutici (psicologici, farmacologici, etc.), il "controllo" delle manifestazioni della

Figura 7 – Core model cost of illness



Fonte: C.R.E.A. Sanità e board scientifico

patologia (continua a lavorare, non commette reati, etc.), se il soggetto contrae o meno patologie droga-correlate (HIV, HCV, AIDS), se ricorre o meno a servizi sanitari (accessi al pronto soccorso, ricoveri, visite ambulatoriali) per eventuali complicanze da overdose, intossicazioni, errori di assunzione delle terapie etc.; un ultimo stato, "Sociale", è relativo alla commissione o meno di illeciti amministrativi o reati, e l'eventuale stato di detenzione.

Sono stati così ottenuti 104 profili di "utenti" consumatori di sostanze stupefacenti. Per ogni "stato", con riferimento all'anno 2019, è stato quindi stimato il numero di casi afferenti

(espresso con un range di valori che tiene conto delle incertezze nelle stime disponibili); in particolare, sulla base delle indicazioni del board scientifico, si è convenuto di individuare un valore minimo del range di casi che fosse associato al consumo di droghe come sostanza primaria di abuso, e un valore massimo coerente con la considerazione dell'uso di droghe anche se come sostanze secondarie; a seguire, è stata elaborata la composizione del totale dei consumatori di droghe fra i vari "strati" (trattati, con patologie droga-correlate, decessi – overdose o AIDS, necessitano di assistenza sanitaria, occupati, autori di illeciti amministrativi o commissione di reati, detenzione).

Tabella 1 – Casistica, per “stato”

	MIN	MAX
<b>Consumatori totali</b>	<b>7.500.000</b>	
Attivi	740.000	
Occasionali	6.760.000	
<b>Trattati</b>	<b>159.320</b>	<b>234.678</b>
Ser.D	136.320	207.178
Privato sociale (ambul, resid e semires)	10.500	12.500
Carcere	12.500	15.000
<b>Rispondenti ai trattamenti</b>	<b>95.592</b>	<b>135.422</b>
<b>Patol. droga correlate</b>	<b>155.957</b>	<b>454.530</b>
HCV	148.000	444.000
HIV	7.957	10.530
<b>Decessi</b>	<b>573</b>	<b>623</b>
Overdose	373	373
AIDS	200	250
<b>Con assist sanitaria</b>	<b>24.121</b>	<b>27.621</b>
<b>Occupati</b>	<b>3.000.000</b>	<b>4.425.000</b>
<b>Illeciti amministrativi e reati</b>	<b>51.152</b>	<b>102.849</b>
<b>Detenuti</b>	<b>25.000</b>	<b>30.000</b>

Ad ogni “stato” sono stati poi associati i costi ad esso attribuiti.

Sulla base delle ipotesi fatte, il modello predisposto porta a stimare che, in Italia, il costo (2019) attribuibile alle dipendenze dalle droghe sarebbe pari a € 8,1 mld..

Considerando che il valore economico degli stupefacenti consumati è stimato in € 15,8 mld., l’impatto economico del fenomeno raggiunge i € 23,9 mld.

In particolare, sarebbero attribuibili agli esiti delle dipendenze (patologie droghe-correlate, decessi e assistenza ospedaliera) € 4,4 mld. (55%); i costi della componente sociale (occupazione, illeciti amministrativi e/o reati, e detenzione), ammonterebbero a € 2,3 mld. (28%) e quelli relativi alla presa in carico da parte dei Ser.D ai restanti € 1,4 mld. (17%).

I costi relativi agli Esiti sono quasi per la totalità attribuibili alla gestione delle patologie droga-

Tabella 1 – Casistica, per “stato”

Voce	Costo medio unitario annuo (€)	Fonte e Note
Trattamento nel Ser.D	6.500	Modello LA, Ministero della Salute
		Modello LA, Ministero della Salute
		Elab. su dati modello LA, Ministero della Salute e flussi informativi Regione Umbria
Accert. nto sostanze		Lucchini A, Varano C., Sviluppo e innovazioni nell'utilizzo della matrice cherotinica nei Servizi delle Dipendenze in Italia (2021)
		Elab. su dati modello LA, Ministero della Salute
		Modello LA, Ministero della Salute
Patologie droga-correlate	11.300	Ravasio et al., 2020
Decessi	4.120	Rel. DPA (Costo medio decesso per overdose e per AIDS)
Assistenza sanitaria	1.900	Nomenclatore tariffario specialistica e tariffe DRG
Reati e illeciti amministrativi	9.600	Elaborazione su dati DPA
Detenzione	48.180	Polizia penitenziaria

correlate, con un minimo residuo relativo ai decessi e agli accessi alle strutture ospedaliere (Pronto Soccorso e ricoveri), pari a € 47,4 mln..

Tra i costi Sociali, la voce maggiore è rappresentata dalla detenzione, che rappresenta il 65,8% del costo (€ 1,5 mld.), seguita da quella associata alla gestione degli illeciti amministrativi e/o reati.

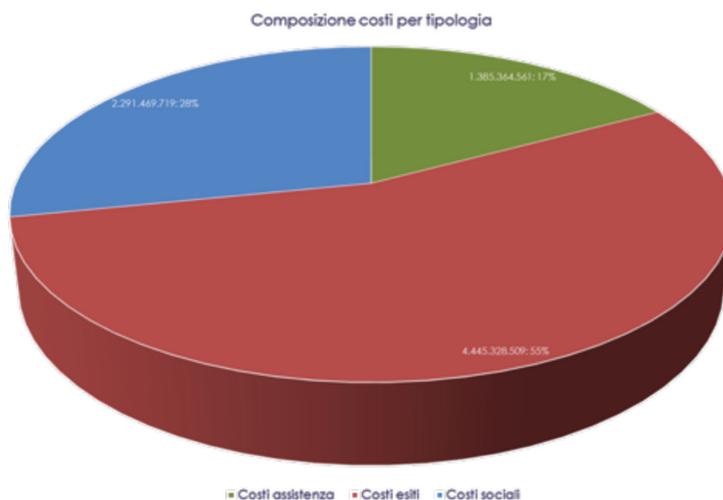
Infine, dei costi di presa in carico dei Ser.D, il

personale ne rappresenta il 71,6%, i farmaci l'8,9%, le visite l'8,1%, e gli esami per accertamento sostanze di abuso il 6,9%.

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

Con questa finalità, il board scientifico ha indicato alcune azioni ritenute di particolare efficacia:

Figura 9. Composizione del costo



in particolare si è valutato l'impatto di un miglioramento dell'aderenza al trattamento, ottenibile con le nuove terapie farmaceutiche e/o con il potenziamento dell'assistenza psicologica, della riduzione dello stigma, dell'intercettazione precoce dei consumatori, nonché della riduzione di situazioni a rischio e di commissione di illeciti amministrativi e/o reati, grazie a una più tempestiva esecuzione processuale, ovvero di inserimento tempestivo in percorsi riabilitativi finalizzati a prevenire le recidive.

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

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

Secondo gli scenari elaborati con il modello, il saldo degli effetti citati sarebbe una riduzione del costo di circa € 70 mln. annui.

Sul versante del potenziamento dei servizi e di un incremento del monitoraggio dell'efficacia dei servizi a bassa soglia, si è ipotizzato si possa produrre un incremento del 25% degli utenti attivi, che genererebbe una crescita del 10% del costo di presa in carico presso i Ser.D.

In tal caso gli scenari elaborati portano a stimare un risparmio potenziale di circa € 10 mln. annui.

Per quanto concerne il sistema giudiziario, a fronte di una possibile abbreviazione delle tempistiche dei processi penali, e di un più tempe-

stivo inserimento in percorsi riabilitativi, che consentirebbero di accedere a pene alternative alla detenzione, destinati a produrre una riduzione dei costi attribuibili agli Esiti e alla dimensione Sociale, secondo gli scenari elaborati, si otterrebbe un risparmio pari a € 67 mln. per ogni punto percentuale di riduzione degli Esiti e dei reati/illeciti amministrativi.

### **Considerazioni finali**

Il lavoro di analisi condotto, e il modello predisposto, che rappresenta uno strumento deputato a quantificare scenari possibili per la valutazione delle politiche sanitarie, sociali e giudiziarie applicate al fenomeno della dipendenza da droghe, senza pretesa di rappresentare uno strumento previsivo, permettono di trarre alcune indicazioni per la formulazione delle politiche settoriali.

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

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

Si conferma una forte eterogeneità organizzativa e anche di modello di presa in carico, confermata dal fatto che realtà regionali quali Basilicata, Veneto, Emilia Romagna e Lombardia, pur presentando livelli di domanda simili, hanno differenze di organico che arrivano a raggiungere il 60%; analogamente, Veneto, Lazio e Abruzzo,

a parità di organico (in rapporto agli abitanti), hanno in carico un volume di pazienti che arriva a differenziarsi di quasi l'80%.

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.

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

In termini evolutivi, nel periodo 2012-2019 si è assistito ad una riduzione degli utenti tossicodipendenti da sostanze in carico presso i Ser.D (-16,7%) pur in presenza di un aumento della utenza complessiva degli stessi, ed un aumento del costo pro-capite per utente (+0,4% medio annuo).

In termini economici, il fenomeno associato al consumo di stupefacenti, considerando tanto il consumatore occasionale, quanto il tossicodipendente, genera un costo (diretto) nazionale

annuo per il Paese pari a € 8,1 mld..

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

La gestione degli Esiti, ovvero in larga misura il trattamento delle patologie droga-correlate, rappresenta la voce di costo maggiore, seguita da quella sociale e poi da quella relativa alla gestione socio-sanitaria di questi utenti.

Tutte le azioni finalizzate a contenere gli "esiti del fenomeno" comportano, di conseguenza, risparmi per il Paese: per ogni euro investito in termini di presa in carico socio-sanitaria (farmaci, incremento visite etc.) si stima potrebbero esserne risparmiati 5. Analogamente si stimano molto rilevanti i risparmi ottenibili con gli effetti di una riduzione delle tempistiche dei processi penali, piuttosto che di inserimento in strutture riabilitative (alternative alla detenzione), che consentirebbero un risparmio pari a € 67 mln. per ogni punto percentuale di riduzione dei casi "a rischio".

*Il progetto è stato svolto con il contributo incondizionato di Molteni Farmaceutici*

