OISED
Osservatorio sull'Impatto
Socio-Economico delle Dipendenze

CREA Sanità
Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità

CE·R·CO
Centro Studi e Ricerche Consumi e Dipendenze

IMPATTO SOCIO SANITARIO ED ECONOMICO DELLE DIPENDENZE IN ITALIA

I risultati della seconda annualità dell'Osservatorio

anno 2024

RAPPORTO

MOLTENI®
FARMACEUTICI

La seconda annualità dell'osservatorio
è stata realizzata grazie al contributo
incondizionato di Molteni Farmaceutici

IMPATTO SOCIO SANITARIO ED ECONOMICO DELLE DIPENDENZE IN ITALIA

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

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

La seconda annualità dell'Osservatorio (2024) 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, nonché 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; inoltre, è stata effettuata una *survey* (in corso), rivolta ai servizi per le dipendenze, finalizzata a rilevare gli aspetti organizzativi in essere tra i Servizi stessi ed altri *setting* assistenziali quali carcere e comunità terapeutiche, nonché aspetti di programmazione sanitaria sul tema delle dipendenze.

I modelli implementati nella prima annualità sono stati ulteriormente ampliati, consentendo la determinazione del costo per la Società della dipendenza da stupefacenti e/o alcol, ivi compresi quelli legati agli effetti di una serie di azioni di politica sanitaria e sociale, finalizzate a contrastare gli effetti delle dipendenze.

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 coinvolte; 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 quella con l'offerta maggiore. Per entrambe le forme di dipendenza nel Meridione si registra il minor tasso di personale dedicato e di utenti in carico.

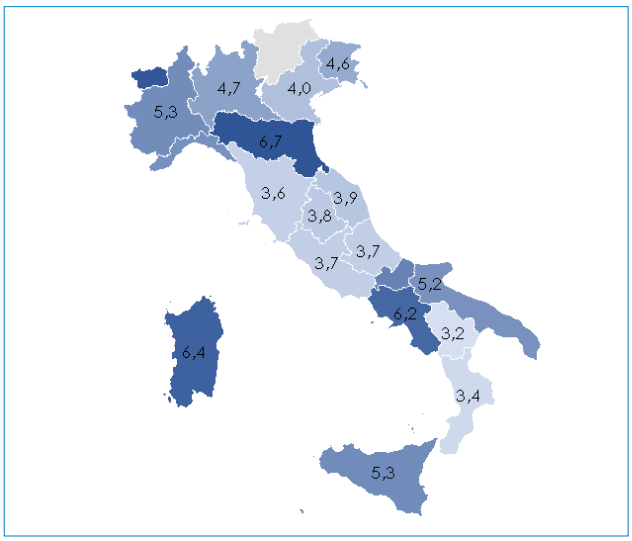
Nell'ultimo quinquennio (2018-2023) si è registrata una riduzione del personale dedicato nei SerD (-252 unità), in controtendenza con l'aumento registrato nei servizi di alcologia (2019-2022), pari a +224 unità. Va tenuto presente che in alcune realtà il personale è condiviso tra le due tipologie di servizi. Nei primi la riduzione è associata ad una diminuzione degli utenti presi in carico (-4.125 nel periodo), sebbene il dato sia in controtendenza nell'ultimo anno (+4.835 utenti); nei servizi di alcologia si è registrata una riduzione degli utenti in carico sia nel periodo considerato (-2.501), che nell'ultimo anno (-604).

Il tasso di personale in rapporto agli utenti in carico ai SerD per la dipendenza da stupefacenti è circa il 30% in meno rispetto a quello operante nei servizi di alcologia (4,7 vs 7,2 ogni 100 utenti in carico rispettivamente). Nell'ultimo quinquennio il tasso ha registrato una riduzione per le dipendenze da stupefacenti (-0,2 unità ogni 100 utenti), ed un aumento per quella da alcol (+0,6 unità ogni 100 utenti).

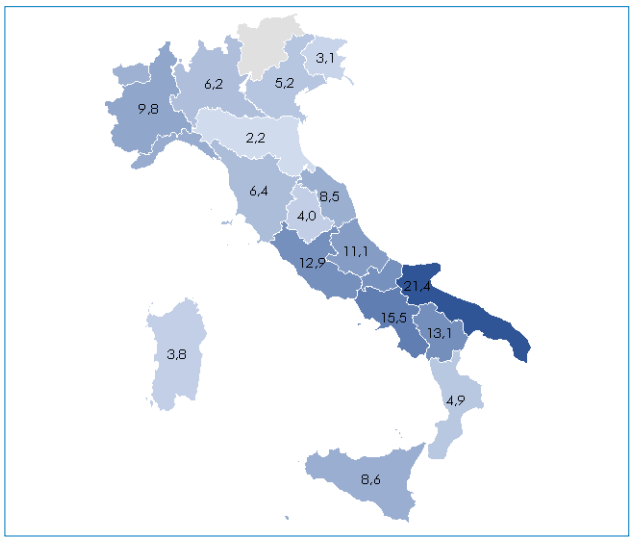
La composizione del personale per ruolo professionale è sovrapponibile per le due forme di dipendenza. Nel Mezzogiorno prevale il personale infermieristico e medico, nelle altre realtà assume un ruolo rilevante anche la figura dello psicologo.

Per raggiungere gli standard previsti dal DM 77/2022, nel 2023 mancavano all'appello circa 2.000 unità di personale: 261 medici, 215 infermieri, 396 psicologi, 646 educatori professionali, 273 assistenti sociali, 139 amministrativi.

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



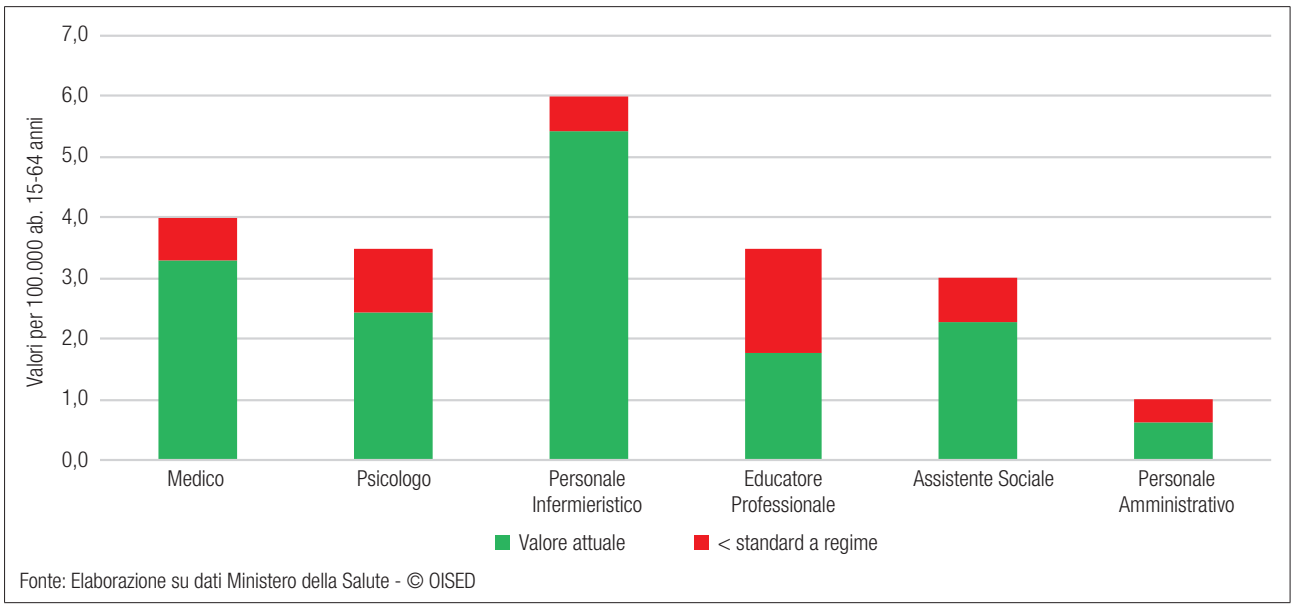
Unità di personali nei servizi di alcologia ogni 100 utenti con dipendenza da alcol in carico



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* previsti, con i tassi personale per utente registrati attualmente, consentirebbe di prendere in carico altri 40.000 soggetti.

Osserviamo anche come la correlazione fra unità di personale dei SerD e l'utenza con dipendenza da stupefacenti in carico risulta essere positiva (0,39) indicando la necessità di allineamento a standard omogenei di programmazione.

Personale SerD 2023 vs standard DM 77/2023



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - © OISED

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 differenza 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%, percentuale in aumento 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%).

In termini "epidemiologici", in rapporto alla popolazione, il numero di utenti con dipendenza da stupefacenti presi in carico, 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 Centro. La quota di nuovi utenti (incidenti) 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, riportato nella Relazione annuale al Parlamento del Dipartimento Politiche Antidroga, che riferisce un aumento di consumo di sostanze ed in particolare tra i soggetti in potenziale piena età produttiva.

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), mentre è diminuito per le patologie alcol-attribuibili (-10,5 ricoveri).

Il ricorso ai servizi di emergenza-urgenza nei casi di dipendenza da stupefacenti è in continuo aumento (+22% nell'ultimo quinquennio) e rilevante, 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 dei soggetti con abuso di sostanze non sia in carico ai servizi; peraltro, oltre la metà degli accessi al Pronto Soccorso sono dovuti a problematiche connesse a disturbo d'uso di sostanze. 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.

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, nella fase di messa in libertà e/o dimissione è emersa una importante eterogeneità nei processi di comunicazione 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 come Il rischio di decessi da *overdose* sia molto alto nei primi quindici giorni dopo la dimissione dei pazienti da ambienti protetti. Il passaggio tra i diversi *setting* ed il Servizio appare maggiormente strutturato nel caso di dimissione dalle Comunità Terapeu-

tiche, ed in particolare nelle ripartizioni geografiche per le quali l'accesso a tali strutture non è incluso nel *budget* gestito dai Servizi, ma regolamentato a livello di Azienda Sanitaria o regionale.

Il fenomeno delle dipendenze ha dei risvolti importanti anche in termini di contrasto da parte delle Forze dell'Ordine e giudiziari, 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.

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

Negli ultimi anni si è registrato un aumento del ricorso alle misure alternative alla detenzione: si è passati dal 26,0% 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%).

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.

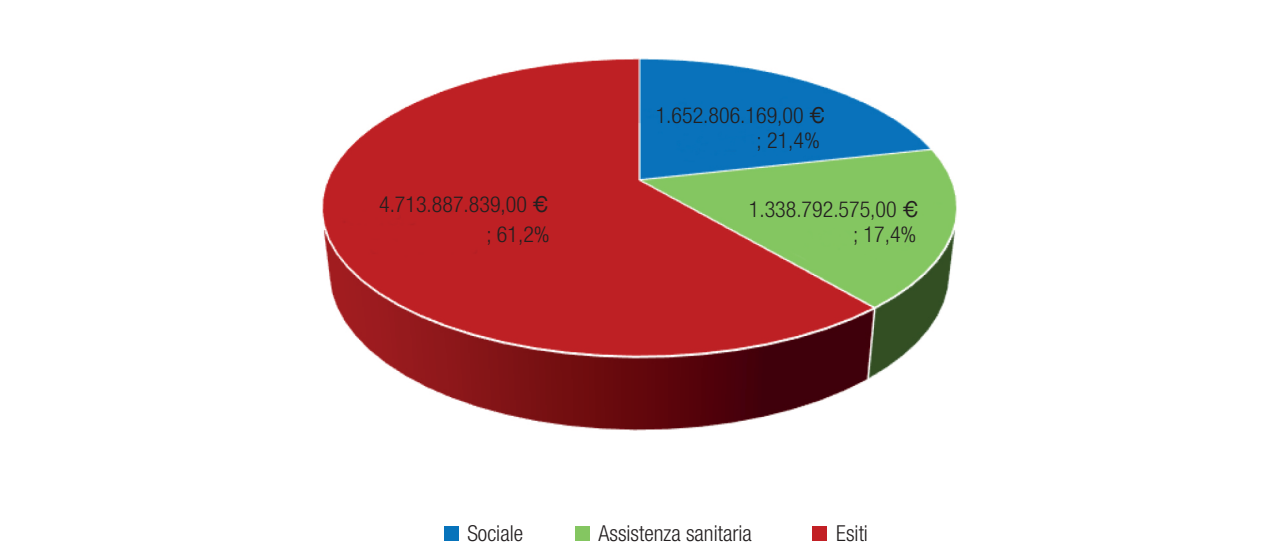
A tale costo, si affiancano i costi indiretti, associati alle perdite di produttività dovuti ai decessi per patologie e eventi connessi all'uso di sostanze, agli accessi al Pronto Soccorso e ai ricoveri, associati alle patologie alcol e droga correlate, che, per entrambi i fenomeni ammontano a € 198,9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

Composizione del costo relativo alla dipendenza da stupefacenti e alcol



Fonte: © OISED

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 pari a € 1,1 mld., al quale si aggiungono € 82,5 mln. di costi indiretti dovuti alle perdite di produttività.

Non sono state, peraltro, considerati 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, pur 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 fenomeno 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. È evidente che le spese complessive legate al consumo dannoso, abuso e dipendenza da alcol siano le più rilevanti.

Complessivamente appare evidente come tutte le azioni di politica sanitarie e sociale ipotizzate, e finalizzate a contenere gli "esiti del fenomeno" dipendenza, possano comportare 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".

Da ultimo, alla luce della recente approvazione della Legge sull'Autonomia Differenziata, OISED ha sviluppato una metodologia finalizzata a monitorarne gli effetti sull'area delle dipendenze, basata su un set di indicatori rappresentativi di cinque dimensioni di valutazione: Equità, Esiti, Appropriatezza, Economico-finanziaria ed Innovazione.

A fini esemplificativi, la metodologia è stata applicata su tre gruppi di Regioni: 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.

Mettendo a confronto i tre gruppi di Regioni con le "altre" Regioni rispettivamente rimanenti, l'andamento degli indicatori selezionati è stato migliore nel gruppo di Regioni "*target*" specifico che non nelle "Altre" per quelle a statuto speciale e, soprattutto, quelle che hanno richiesto l'Autonomia Differenziata, mentre è stato peggiore nel gruppo delle Regioni in Piano di Rientro.

Le proposte di OISED

Alla luce dell'elevato impatto del fenomeno delle dipendenze nel nostro Paese, a livello organizzativo, giudiziario ed economico, le analisi svolte fanno ritenere che sarebbe 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 crescita della domanda registrata negli ultimi anni (4 unità in più consentirebbero una presa in carico di 100 utenti in più)
- la promozione e il potenziamento dell'attività di sensibilizzazione rivolta alla popolazione in potenziale piena età produttiva, onde introdurli in percorsi terapeutici anche specifici finalizzati a prevenire, oltre agli episodi acuti, la "cronicizzazione" della dipendenza
- l'introduzione di percorsi socio-sanitari di presa in carico degli utenti (PDTA-SS, Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali Socio-Sanitari) trasversali tra servizi pubblici (ambulatoriali e ospedalieri), del privato sociale (servizi a bassa soglia, servizi ambulatoriali privati, strutture comunitarie residenziali e semi-residenziali, ecc.) e carcere, finalizzati a:
    - o potenziare la capacità di presa in carico di nuovi utenti al fine di prevenire il verificar-

si di "esiti" ed implicazioni a livello sociale (incidenti, denunce, ecc.), ed in particolare i soggetti in età giovanile, per i quali si è riscontrato un aumento di consumo di "nuove" sostanze di abuso e di farmaci senza obbligo di prescrizione
  - o garantire continuità nella presa in carico, anche per i detenuti stranieri una volta messi in libertà, e per i dimessi dalle comunità terapeutiche, situazioni per le quali dalla letteratura emerge un rischio massimo di episodi di *overdose* nei primi quindici giorni dopo la dimissione. Attenzione deve essere posta anche sulla continuità tra il *setting* ospedaliero e non
  - o garantire equità di trattamento tra i diversi *setting*, nelle diverse Regioni
  - o favorire una integrazione socio-sanitaria
- l'adozione di azioni finalizzate ad aumentare l'aderenza al trattamento, anche riducendo lo stigma, attraverso soluzioni quali il potenziamento-integrazione degli interventi psicosociali, il ricorso ad approcci farmacologici sempre più personalizzati (quali, ad esempio, potrebbero essere le formulazioni *long acting* dei farmaci), ecc.. Particolare attenzione deve essere dedicata ai senza dimora, ai disoccupati, ai soggetti con comorbidità psichiatriche, 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, le azioni previste possono in prospettiva generare risparmi per la Società.

Alla luce del quadro epidemiologico che fa prevedere un aumento della casistica delle forme di dipendenza ormai "consolidate", ma anche l'ingresso sempre più importante di nuove sostanze di abuso, a cui è dedita soprattutto la 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 lavorare in maniera integrata al fine di garantire una individuazione e relativa presa in carico, anche in una fase pre-dipendenza.

A tal proposito, sarebbe auspicabile prevedere un finanziamento dedicato alle dipendenze, peraltro introdotto nella recente Legge di Bilancio, sebbene quantitativamente limitato e da monitorare nel riparto e nell'effettiva implementazione nelle Regioni; è altresì auspicabile che il fondo regionale delle dipendenze sia associato anche alla definizione di un *budget* a livello di *A*zienda Sanitaria, con una distinzione per tipologia di *setting* assistenziale (ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale, carcerario), al fine di garantire equità di presa in carico nei diversi *setting*, nelle diverse Regioni.

OISED-data

RAPPORTO OISED 2024

stampa: Locopress - Mesagne (BR)