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 terza annualità dell'Osservatorio



anno 2026

III RAPPORTO

Sommario

	Credits	2
1.	OISED	3
2.	Organizzazione dei servizi	6
3.	Epidemiologia delle dipendenze	14
3.1	Dipendenza da stupefacenti	14
3.2	Dipendenza da alcol	19
4.	Utilizzazione dei servizi	24
4.1	Dipendenza da stupefacenti	24
5.	Costi dell'assistenza sanitaria per le dipendenze	30
6.	Impatto sul sistema giudiziario	32
7.	Impatto economico	35
7.1	Costo della dipendenza da stupefacenti e poli consumatori	35
7.2	Costo della dipendenza da alcol	38
7.3	Costo della dipendenza da sostanze stupefacenti e da alcol	41
8.	Impatto della presa in carico "precoce" e integrata dei soggetti a rischio	43
8.1	DM 77/2022 e dipendenze patologiche	43
8.2	Profilo utenti e fabbisogno di personale	44
8.3	Impatto economico	48
9.	Considerazioni finali	49
	Bibliografia	53
	Appendice	54

Credits

- ***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 2026
- ***Galimberti Giovanni***, componente comitato tecnico scientifico OISED 2026
- ***Lucchini Alfio***, Ce.R.Co, componente executive board e comitato tecnico scientifico OISED (Supervisor scientifico)
- ***Nava Felice***, componente comitato tecnico scientifico OISED 2026
- ***Spandonaro Federico***, Università di Tor Vergata e C.R.E.A. Sanità. Componente executive board e comitato tecnico scientifico OISED (Supervisor scientifico)

Hanno collaborato alla realizzazione:
- ***Belloni Luisa***, Ce.R.Co
- ***Buzzi Maria Luisa***, Ce.R.Co
- ***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 terza edizione dell'Osservatorio è stata realizzata grazie al supporto incondizionato di *Molteni Farmaceutici* e *Laboratorio Farmaceutico CT Sanremo*

CE.R.CO Edizioni Milano
Vol. 19 - 2026
Collana Studi e Ricerche, n. 7

1. OISED

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.

L'uso di sostanze stupefacenti illegali rappresenta una delle principali minacce per la salute pubblica a livello globale, determinando rilevanti conseguenze sanitarie, psicologiche e sociali. Secondo l'*European Union Drugs Agency* (EUDA), il consumo di droghe illegali costituisce una delle principali cause di mortalità prevenibile, causata sia direttamente dai casi di overdose, che indirettamente, per effetto delle patologie correlate all'uso di sostanze, degli incidenti, della violenza e dei suicidi.

L'uso di droghe illegali, soprattutto quando frequente e prolungato nel tempo, è associato a un aumento del rischio di malattie cardiovascolari, disturbi della salute mentale, eventi traumatici e incidenti, nonché di infezioni trasmissibili come IST, HIV ed epatite C nei soggetti che utilizzano sostanze per via iniettiva o adottano comportamenti sessuali a rischio.

A livello mondiale, la *World Health Organization* stima che l'uso di sostanze stupefacenti sia responsabile di circa 600.000 decessi ogni anno, confermando fra le principali cause di morte i casi di overdose, le malattie infettive correlate al consumo di droghe, le patologie cardiovascolari, i disturbi psichiatrici, inclusi suicidi e atti di violenza, nonché gli incidenti stradali.

In Europa, secondo l'EUDA, nel 2024 si sono registrati circa 7.500 decessi droga-indotti, in aumento rispetto ai 7.100 del 2023 e ai 6.400 del 2022, confermando una tendenza crescente della mortalità correlata alle sostanze. L'Agenzia sottolinea tuttavia che tali valori devono essere considerati una sottostima del fenomeno, poiché per l'anno più recente i dati completi non sono disponibili per tutti i Paesi monitorati e le stime sono in parte ottenute mediante procedure di estrapolazione statistica.

Nonostante le differenze esistenti tra i singoli Paesi, la disponibilità e il consumo di sostanze stupefacenti rimangono elevati in tutta l'Unione Europea, con una crescente complessità del mercato delle droghe, caratterizzato dalla diffusione del policonsumo e dalla presenza di sostanze sintetiche ad alta potenza: fattori che contribuiscono ad accrescere il rischio di eventi acuti e di esiti fatali.

OISED (Osservatorio Italiano sul Sistema delle Dipendenze) è nato nel 2022 da un'iniziativa congiunta di C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità) e Ce.R.Co. (Centro Studi e Ricerche Consumi e Dipendenze) con l'obiettivo di contribuire al superamento delle principali lacune conoscitive che caratterizzano il settore delle dipendenze e di promuovere il confronto tra istituzioni, operatori, comunità scientifica e *stakeholder*.

Secondo la visione di OISED, il sistema di prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze patologiche dovrebbe essere pienamente integrato nel Servizio Sanitario Nazionale e nei sistemi sanitari regionali, adottando una prospettiva multidimensionale in grado di considerare non solo le

conseguenze sanitarie del fenomeno, ma anche gli impatti in ambito sociale, economico e giudiziario.

Adottando tale prospettiva, gli investimenti destinati al sistema delle dipendenze devono essere considerati non soltanto come una voce di costo sanitario, ma anche come uno strumento capace di generare valore per l'intera collettività. Un sistema efficace dovrebbe garantire una presa in carico tempestiva e appropriata delle persone con problemi di dipendenza, massimizzando il ritorno dell'investimento in termini di salute pubblica, sicurezza, inclusione sociale e riduzione dei costi indiretti.

In particolare, la capacità di intercettare precocemente la popolazione a rischio rappresenta un elemento strategico per limitare l'insorgenza e la progressione delle patologie correlate all'uso di sostanze, ridurre il coinvolgimento in comportamenti illegali e criminali, contenere il ricorso al sistema giudiziario e diminuire il peso economico e sociale associato a interventi tardivi o alla mancata presa in carico. In quest'ottica, la prevenzione e l'accesso precoce ai servizi costituiscono strumenti fondamentali per migliorare gli esiti clinici e sociali delle persone con dipendenza e per assicurare una maggiore sostenibilità del sistema nel suo complesso. Parallelamente, anche un *follow-up* caratterizzato da una integrazione socio-sanitaria, con il coinvolgimento del terzo settore etc., consentirebbe di favorire il reinserimento del soggetto nella Società, con una riduzione del rischio di "ricaduta".

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 per il razionalizzare e rendere più efficace la presa in carico delle dipendenze.

A tal fine, la ricerca condotta da OISED analizza l'impatto organizzativo, socio-sanitario, economico e giudiziario delle diverse forme di dipendenza.

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: il comitato individua annualmente una tematica prioritaria su cui concentrare l'attenzione, sviluppando analisi oggetto di un Rapporto.

La seconda annualità dell'Osservatorio si era concentrata sull'analisi dei modelli organizzativi dei servizi delle dipendenze, sull'epidemiologia del fenomeno, sull'impatto giudiziario ed economico, con riferimento al fenomeno della dipendenza sia da stupefacenti che da alcol, nonché sulla stima del costo per la Società delle due forme di dipendenza; è stata inoltre effettuata una analisi sulla continuità assistenziale nel passaggio tra i diversi *setting* assisten-

ziali (carcere, comunità terapeutiche), oltre ad essere stata introdotta una metodologia per il monitoraggio degli effetti dell'Autonomia Differenziata per la gestione delle dipendenze.

L'analisi della terza annualità si è concentrata sulla dinamica nell'ultimo quinquennio degli ambiti organizzativi ed economici, effettuando approfondimenti sul dimensionamento del personale ed il *gap* rispetto agli standard previsti. È stata, altresì, effettuata una analisi dell'introduzione dei servizi per le dipendenze nelle Case di Comunità (CdC) finalizzata a valorizzarne il contributo alla diagnosi precoce, alla presa in carico integrata e alla continuità assistenziale delle persone con disturbi da uso di sostanze e altre forme di dipendenza.

Tale introduzione e/o potenziamento consentirebbe di avvicinare i servizi per le dipendenze ai contesti di vita delle persone e favorire una maggiore integrazione con le cure primarie. Tuttavia, la limitata diffusione attuale di tale modello organizzativo suggerisce l'esigenza di ulteriori interventi organizzativi e programmatori per garantire una presenza più capillare e uniforme di questi servizi all'interno della rete territoriale.

Un ulteriore approfondimento è stato dedicato all'identificazione dei profili di personale che sarebbero richiesti in tali strutture, le tipologie di attività erogabili: in fine è stata sviluppata una proposta di definizione di uno standard di personale, commisurato all'esigenza di intercettare il sommerso che rappresenta ancora un fenomeno quantitativamente rilevante.

2. Organizzazione dei servizi

Le analisi sono state condotte sul sistema dei servizi dedicati alla prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze da sostanze psicoattive illegali e da alcol operante in Italia, comprendendo sia i Servizi per le Dipendenze (SerD) sia i servizi di alcologia presenti sul territorio nazionale.

Sebbene l'epidemiologia del fenomeno sia in continua evoluzione, sia per quanto riguarda le caratteristiche della popolazione interessata, sia per le modalità di consumo, il sistema dei servizi analizzato rappresenta il principale punto di riferimento per la risposta assistenziale alle dipendenze nel Paese. In particolare, negli ultimi anni si è osservata una crescente diffusione delle Nuove Sostanze Psicoattive (NSP), soprattutto tra le fasce più giovani della popolazione, fenomeno che contribuisce ad aumentare la complessità della domanda di cura e dei bisogni assistenziali.

Pur in presenza di tali cambiamenti, il perimetro considerato dal Rapporto intercetta la gran parte dell'offerta di trattamento erogata a livello nazionale nell'ambito delle dipendenze patologiche.

Un ulteriore elemento di interesse è rappresentato dall'approccio unitario adottato nell'analisi. Il Rapporto, infatti, considera congiuntamente le dipendenze da sostanze stupefacenti e quelle da alcol che, sebbene continuino a essere oggetto di sistemi informativi, flussi di monitoraggio e attività di *reporting* distinti a livello centrale, si basano su una gestione sempre più integrata sul piano organizzativo e assistenziale, che favorisce la continuità assistenziale e l'integrazione multidisciplinare. Entrambe le tipologie di utenza sono infatti prese in carico dagli stessi servizi territoriali, che in base alle diverse scelte organizzative regionali corrispondono ai SerD, ai Dipartimenti delle Dipendenze, ai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze e i servizi di alcologia.

In tale prospettiva, una lettura congiunta dei fenomeni appare particolarmente utile per comprendere in modo più completo il fabbisogno assistenziale, le risorse impiegate e gli impatti sanitari e sociali delle dipendenze, superando una visione settoriale e favorendo un approccio orientato alla persona e ai suoi bisogni di salute.

L'analisi organizzativa, effettuata avvalendosi dei dati del Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze (SIND)[1] e delle relazioni annuali al Parlamento del Dipartimento Politiche contro la droga e le altre dipendenze della Presidenza del Consiglio dei Ministri, riporta che, in Italia, nel 2024, sono attivi 565 servizi pubblici per le dipendenze (SerD), articolati in 615 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 1,0 nel Sud e Isole, ad uno minimo, pari a 0,90, del

[1] Istituito nel 2010 ed entrato in vigore il 1.1.2012

Centro, con il Nord che si attesta a 0,92 nel Nord-Est e 0,95 nel Nord-Ovest; la P.A. di Bolzano risulta essere la Regione con il valore massimo, pari a 3,6 SerD per 100.000 abitanti, e la P.A. Liguria quello con il valore minimo, pari a 0,4; Lombardia, P.A. di Trento, Veneto, Liguria, Lazio e Campania hanno un valore inferiore a 0,8, mentre Piemonte, P.A. di Bolzano, Friuli Venezia Giulia e Puglia un valore superiore a 1,5.

Nell'ultimo quinquennio (2019-2024), il numero di SerD in rapporto alla popolazione è rimasto sostanzialmente invariato (-0,01 ogni 100.000 abitanti): nelle Regioni del Nord si è registrata una riduzione: Lombardia, Toscana e P.A. di Bolzano rispettivamente di -0,14, -0,06, -0,02 ogni 100.000 abitanti; un aumento si è invece registrato in Puglia, Molise e Calabria (+0,10 e +0,09 rispettivamente ogni 100.000 abitanti).

Nei SerD (2024) operano 6.200 operatori dedicati all'assistenza delle persone con problemi di dipendenza da sostanze illegali, escluso il gioco d'azzardo e l'alcol: -64 unità rispetto all'anno precedente; di questi 5.766 (93,0%) sono dipendenti del SSN.

Nell'ultimo quinquennio il personale operante nei servizi per le dipendenze ha registrato una contrazione complessiva del -5,7% (-374 unità), attestandosi nel 2024 a 11,9 operatori ogni 100.000 abitanti di età pari o superiore a 15 anni, con una riduzione di -0,8 unità per 100.000 abitanti rispetto al 2019. Il valore mediano regionale risulta pari a 12,7 operatori per 100.000 abitanti, evidenziando una significativa eterogeneità territoriale.

La maggiore disponibilità di personale si osserva nel Nord-Ovest, con 13,7 operatori ogni 100.000 abitanti, seguito dal Nord-Est con 12,1 operatori e dal Centro con 11,6. La dotazione più contenuta si rileva invece nel Mezzogiorno, dove il valore scende a 10,7 operatori ogni 100.000 abitanti. Rispetto al 2019, tutte le ripartizioni geografiche mostrano una riduzione del personale, particolarmente marcata nel Nord-Est (-10,2%) e più contenuta nel Centro (-1,4%).

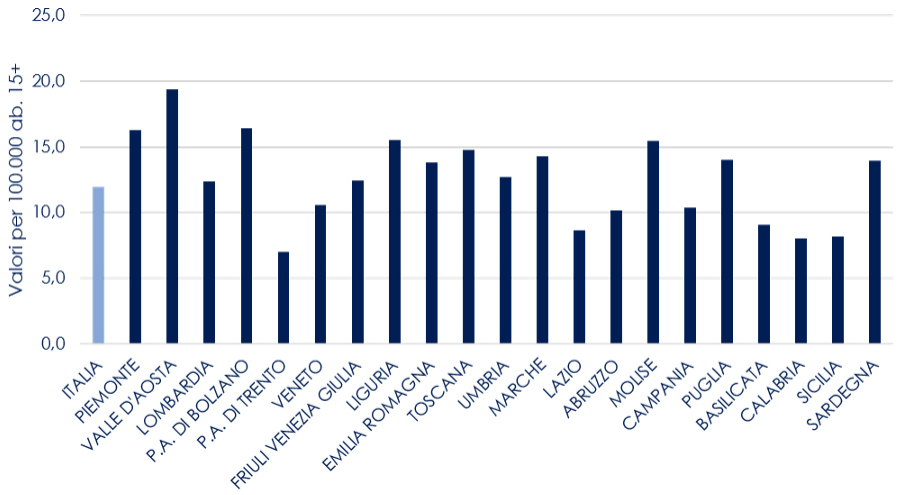
L'analisi regionale conferma una notevole variabilità nella distribuzione delle risorse professionali. Il valore più elevato si registra in Valle d'Aosta, con 19,4 operatori ogni 100.000 abitanti, mentre il valore minimo si osserva nella P.A. di Trento, con 7,0 operatori ogni 100.000 abitanti. Solo Piemonte, Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano, Liguria e Molise presentano una dotazione superiore a 15,5 operatori ogni 100.000 abitanti, mentre la maggior parte delle Regioni si colloca su livelli significativamente inferiori.

Nonostante permangano rilevanti differenze e disparità nella capacità di risposta dei servizi sul territorio nazionale, nel periodo 2019-2024 si osserva una moderata riduzione delle disuguaglianze territoriali nella disponibilità di personale. La variabilità regionale, misurata attraverso la differenza interquartile, si è infatti ridotta del 10,5%, suggerendo una parziale convergenza tra i diversi modelli organizzativi regionali.

In sintesi, i dati evidenziano una progressiva riduzione delle risorse professionali dedicate alle dipendenze, associata a persistenti differenze territoriali. Tale dinamica assume particolare rilevanza alla luce dell'evoluzione epidemiologica del fenomeno e dell'aumento della complessità dei bisogni assistenziali.

Analizzando la composizione del personale dei servizi per le dipendenze nel 2024, emerge una prevalenza delle figure sanitarie e socio-sanitarie. Il personale in-

Figura 1. Personale operante nei SerD, anno 2024



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - ©OISEDdata

fermieristico rappresenta mediamente la componente più numerosa degli organici, pari al 33,1% del totale, seguito dai medici (19,8%), dagli psicologi (14,4%), dagli assistenti sociali (12,9%) e dagli educatori professionali (11,1%). Il personale amministrativo costituisce il 3,7% degli addetti, mentre il restante 4,9% è rappresentato da altre figure professionali.

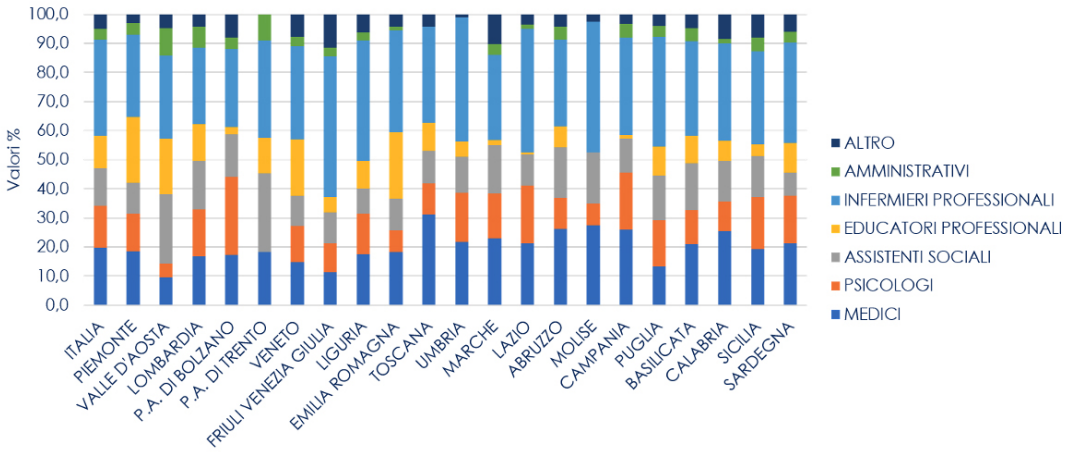
La distribuzione delle diverse professionalità presenta tuttavia significative differenze territoriali. Nelle Regioni del Centro e del Mezzogiorno si osserva generalmente una maggiore incidenza della componente medica rispetto alla media nazionale, accompagnata da una presenza relativamente più contenuta degli educatori professionali. Le quote più elevate di personale medico si registrano in Toscana (31,3%), Molise (27,5%), Abruzzo (26,3%), Campania (25,9%) e Calabria (25,6%), evidenziando modelli organizzativi maggiormente orientati alla componente clinica della presa in carico.

Il personale infermieristico rappresenta invece la figura prevalente nella maggior parte dei servizi. In Friuli Venezia Giulia gli infermieri costituiscono quasi la metà dell'intero organico (48,5%), seguiti da Molise (45,0%), Umbria (42,7%), Lazio (42,5%) e Liguria (41,4%). All'opposto, le quote più basse si osservano in Lombardia (26,4%), nella P.A. di Bolzano (26,7%), in Piemonte (28,4%) e in Valle d'Aosta (28,6%).

Particolarmente interessante risulta la distribuzione degli psicologi, professione che assume un ruolo sempre più rilevante nella gestione dei disturbi da uso di sostanze e delle frequenti comorbilità psichiatriche. Le incidenze più elevate si registrano nella P.A. di Bolzano, dove gli psicologi rappresentano il 26,7% dell'organico complessivo, e nel Lazio (19,8%). In entrambe le realtà la componente psicologica assume un peso relativamente maggiore rispetto a quella medica, che si attesta rispettivamente al 17,3% e al 21,4% del personale, mentre la presenza infermieristica è pari al 26,7% e al 42,5%.

Le quote più contenute di psicologi si registrano in Valle d'Aosta (4,8%) ed Emilia-Romagna (7,4%), evidenziando modelli organizzativi nei quali la presa in carico è maggiormente affidata ad altre figure pro-

Figura 2. Personale SerD: composizione per tipologia professionale, anno 2024



**Dato degli psicologi della P.A. di Trento non disponibile*

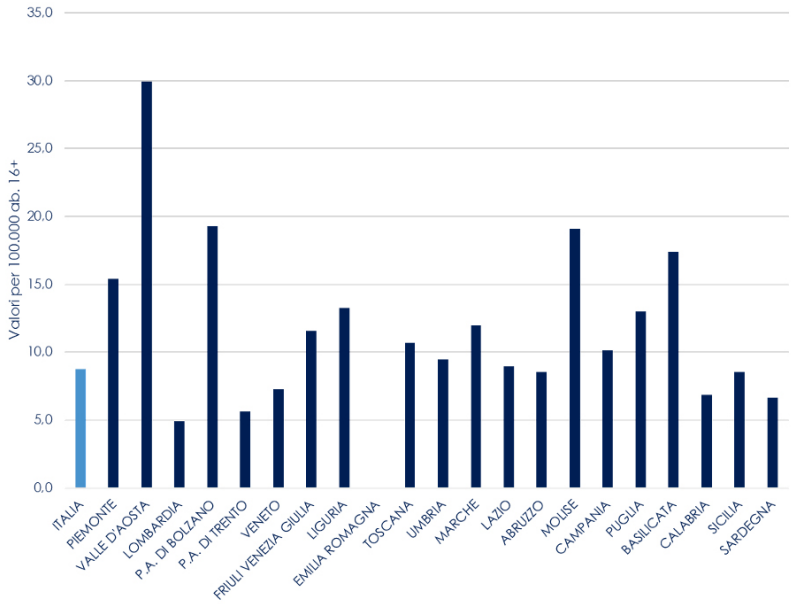
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - ©OISEDdata

fessionali.

In sintesi, persistono significative differenze regionali nella composizione delle équipe multidisciplinari, rendendo palpabile la necessità di definire standard organizzativi condivisi, in grado di garantire una maggiore omogeneità nell'accesso alle diverse competenze professionali sul territorio nazionale.

Spostando l'attenzione sui Servizi di alcologia, in Italia, nel 2023 (ultimo anno disponibile), se ne registrano 442; nei Servizi operano 4.457 operatori, in buona quota parte personale già "contato" nei SerD, in crescita del +3,9% rispetto al 2019. Il valore massimo, pari a 10,0 unità ogni 100.000 ab. di età 16+, si registra nel Sud e Isole del Paese, seguito dal Centro con 9,9 e dal

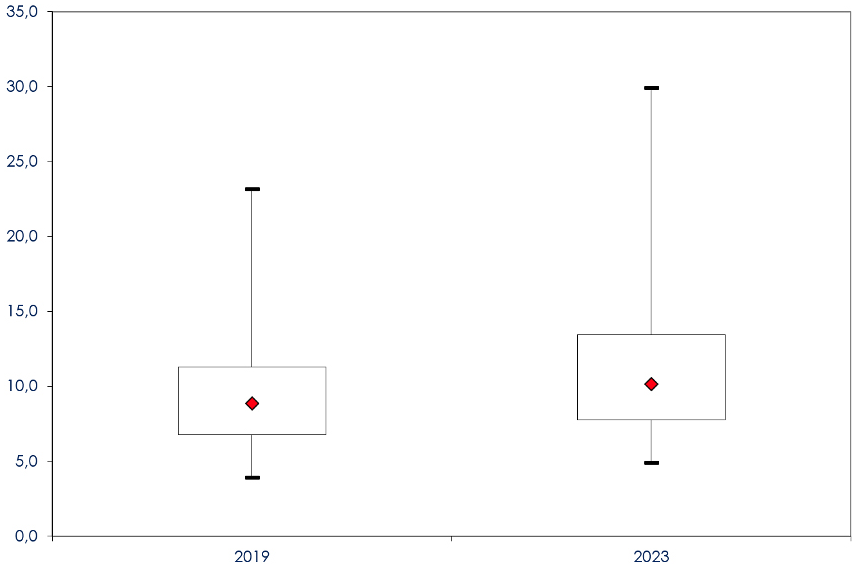
Figura 3. Unità di personale operante nei Servizi di alcologia, anno 2023



**Dato dell'Emilia Romagna non disponibile*

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - ©OISEDdata

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



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - ©OISEDdata

Nord-Ovest con 8,7; il dimensionamento minimo si riscontra nel Nord-Est (5,4 unità ogni 100.000 ab. di età 16+).

A livello regionale, il dato risulta eterogeneo: la massima offerta di personale, pari a 29,9 unità ogni 100.000 ab. 16+, si riscontra in Valle d'Aosta, la minima, pari a 4,9, in Lombardia, a fronte di un valore mediano di 10,1 unità. Lombardia, P.A. di Trento, Veneto, Calabria e Sardegna registrano un valore inferiore a 7,3 unità ogni 100.000 ab. 16+; Piemonte, Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano, Molise e Basilicata, invece, un valore superiore a 13,3.

In questo caso, nel periodo analizzato si è registrato un aumento della variabilità interregionale, con un aumento della differenza interquartile dell'8,4%.

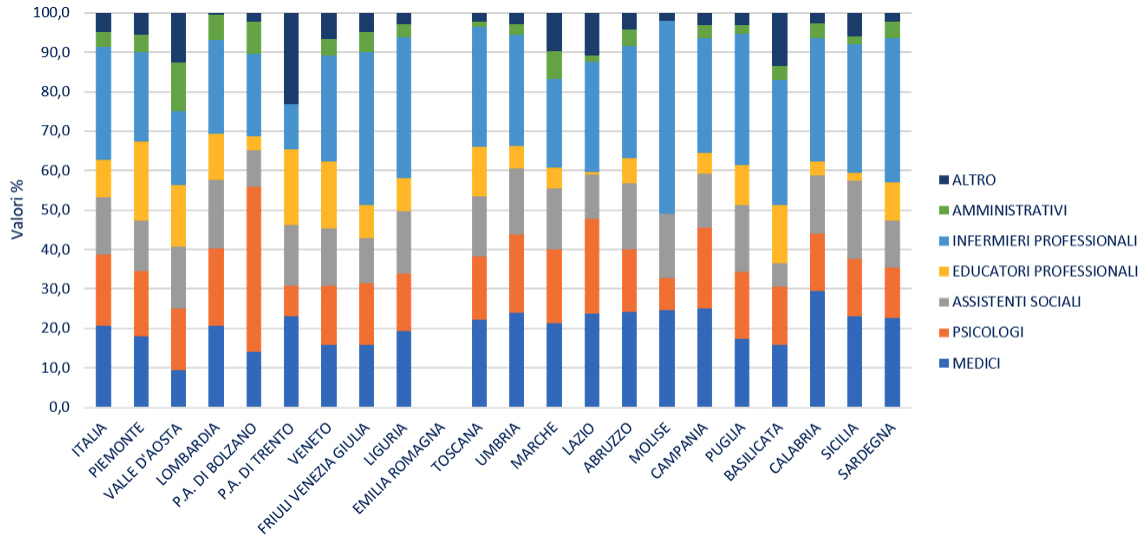
Analizzando la composizione professionale dei servizi di alcologia nel 2023 (ultimo dato disponibile), emerge una prevalenza delle figure sanitarie, in particolare del personale infermieristico, che rappresenta mediamente il 28,7% dell'organico complessivo. Seguono i medici con il 20,7%, gli psicologi con il 18,0%, gli assistenti sociali con il 14,7% e gli educatori professionali con il 9,4%. Più contenuta risulta la presenza del personale amministrativo (3,6%), mentre il restante 4,9% è costituito da altre figure professionali.

Dall'analisi della tipologia di figura professionale si evidenziano significative differenze territoriali. Nel Nord-Ovest si osserva una minore incidenza di medici e infermieri rispetto alla media nazionale, compensata da una maggiore presenza di educatori professionali, assistenti sociali e personale amministrativo. Al contrario, nel Centro e nel Mezzogiorno la componente sanitaria assume un peso maggiore, con quote di medici e infermieri superiori alla media nazionale e una presenza relativamente più contenuta delle figure educative e amministrative.

Con riferimento al personale medico, le incidenze più elevate si registrano in Calabria (29,4%) e Campania (25,0%).

Il personale infermieristico rappresenta la principale figura professionale in molte

Figura 5. Personale Servizi alcologia: composizione per tipologia professionale, anno 2023



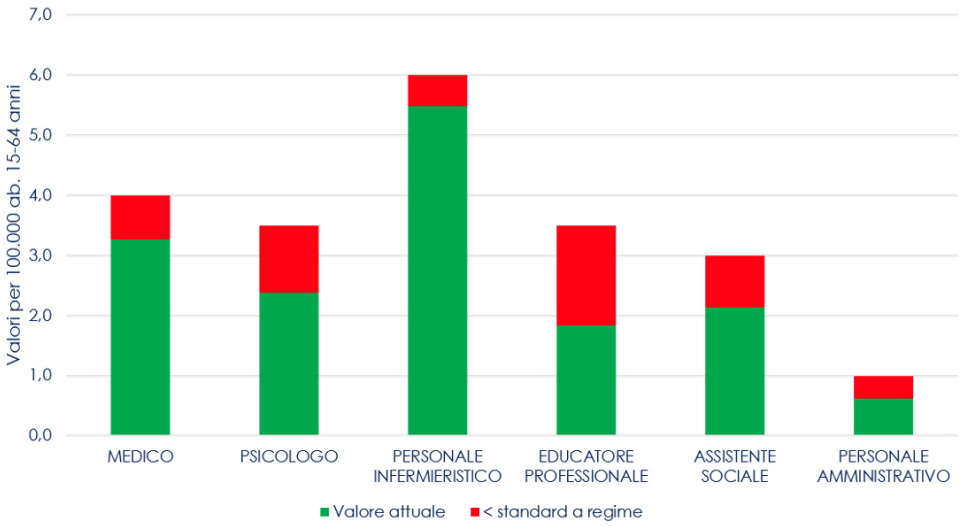
**Dato dell'Emilia Romagna non disponibile*

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - ©OISED

realtà territoriali. In Molise esso costituisce quasi la metà dell'organico complessivo (49,0%), seguito dal Friuli Venezia Giulia (38,8%) e dalla Sardegna (36,6%). All'estremo opposto si collocano la P.A. di Trento e la Valle d'Aosta, dove gli infermieri rappresentano rispettivamente l'11,5% e il 18,8% dell'organico dei servizi di alcologia.

Come già osservato nei servizi per le dipendenze, nella P.A. di Bolzano e in Lazio si osserva la maggiore incidenza di psicologi sul totale del personale, rispettivamente pari al 41,9% e al 24,0%. In entrambe le realtà la componente medica si mantiene al di sotto del 25% dell'organico (14,0% e 23,8%), mentre quella infermieristica raggiunge rispettivamente il 20,9% e il 27,8%. Al contrario, le quote più basse di psicologi si osservano in Molise (8,2%) e nella P.A. di Trento (7,7%).

Figura 6. Personale SerD 2024 vs standard DM 77 bis



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - ©OISED

Il personale attualmente operante nei servizi per le dipendenze ha un dimensionamento inferiore a quello previsto nel documento "Standard per l'assistenza territoriale dei Servizi Salute Mentale Adulti, Dipendenze Patologiche, Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e Salute in carcere" (Accordo Stato-Regioni del 21/12/2022)[2]. Prendendo come riferimento tali valori, ad oggi, nei servizi pubblici mancherebbero all'appello 1.976 unità di personale: 272 medici (-17,4%), 420 psicologi (-30,2%), 193 infermieri (-9,6%), 624 educatori professionali (-49,2%), 323 assistenti sociali (-23,4%) e 144 amministrativi (-37,1%).

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), consentirebbe teoricamente di prendere in carico ulteriori 46.000 soggetti all'anno.

Ricordiamo, altresì, che in questa rilevazione non sono considerati gli incrementi di personale previsti dal DM 77 bis (addenda sui fabbisogni del personale SerD del 2023) 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, etc.

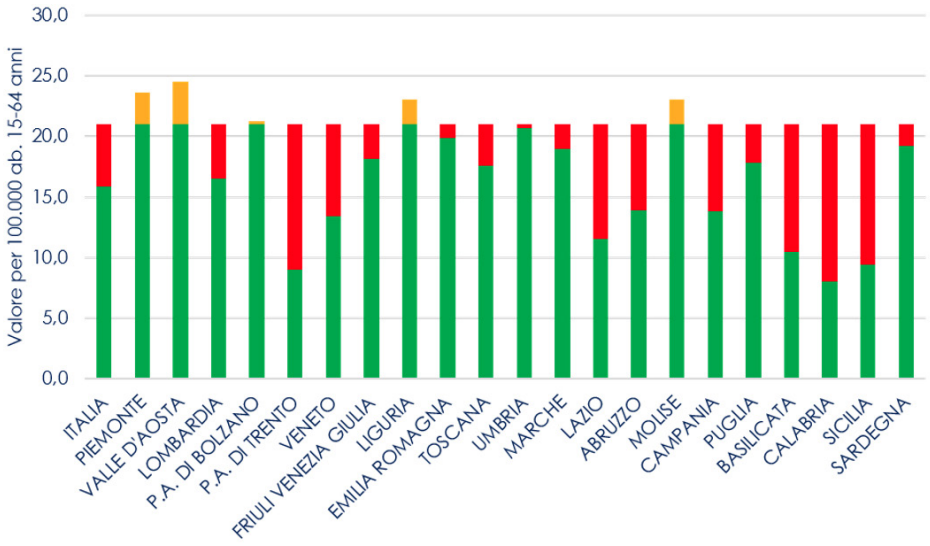
All'offerta pubblica si affianca quella del privato sociale, con: 761 strutture terapeutiche (flusso semestrale del Ministero dell'Interno al 31.12.2024), con 15.562 persone in trattamento. Si tratta per la maggior parte in strutture di tipo residenziale (69%), il 9% di tipo semi-residenziale e il 22% di servizi ambulatoriali. Più della metà degli utenti (52%) è in carico presso le strutture presenti in Lombardia (18%), Emilia Romagna (14%) e Veneto (10%), il 31% nei servizi ambulatoriali della Regione Lazio (18%), il 12% e il 5% in quelle delle regioni rispettivamente di Sud e Isole. Nelle strutture terapeutiche del Privato Sociale il 31 dicembre 2024 risultano presenti 34 utenti ogni 100.000 residenti tra i 15 e i 74 anni, con una forte variabilità interregionale: si passa da circa 8 utenti ogni 100.000 residenti in provincia di Bolzano a circa 92 in Umbria, dove prevalgono le strutture residenziali.

Nel corso del 2024, le persone complessivamente in carico ai servizi del Privato Sociale sono state 23.977, segnando un calo dell'8% rispetto ai 26.132 utenti dell'anno precedente. L'utenza maschile è nettamente predominante, rappresentando l'83% del totale. A livello nazionale, il rapporto tra utenti e popolazione residente è di 54 persone in trattamento ogni 100.000 abitanti di età compresa tra i 15 e i 74 anni, con un picco di 84 utenti ogni 100.000 nelle regioni centrali e un minimo di 19 regioni meridionali e insulari.

In sintesi, dalle analisi condotte emerge una significativa variabilità regionale nel di-

[2] documento che ha integrato successivamente il DM 77/22: per brevità, da ora, viene definito 77/bis

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



**Colore verde: valore attuale*
Colore giallo: valore regionale > valore standard
Colore rosso: valore regionale < valore standard

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - ©OISED

mensionamento 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.

Il dimensionamento dei servizi è inferiore di circa 2.000 unità rispetto agli standard previsti dal DM 77 bis: 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 (2024) di circa 290.000 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)[3], per il 24,6% di alcolisti "puri"[4], per il 6,4% di utenti con dipendenza da gioco d'azzardo patologico[5], per il 3,4% da tabagismo[6] e per l'1,3% da altre dipendenze, quali *internet, social, sex addiction*[7] etc.

I soggetti tossicodipendenti presi in carico rappresentano circa il 21% della popolazione con consumo di sostanze psicotrope non occasionale ed il 9,9% dei consumatori di alcol ad alto rischio.

3.1 Dipendenze da stupefacenti

Nel 2025, secondo quanto riportato nella Relazione al Parlamento politiche antidroga risultano in carico presso i servizi 131.328 utenti, +3,5% rispetto all'anno precedente.

Non essendo disponibile un dato epidemiologico a livello regionale, per le analisi a livello regionale i dati sono stati rapportati alla popolazione 15+).

Secondo il flusso SIND del Ministero della Salute, nel 2024 (ultimo anno disponibile) risultano presi in carico dai SerD 126.910 persone con dipendenza da sostanze stupefacenti (+1,1%, ovvero 1.482 casi, nell'ultimo quinquennio). Rapportando il dato alla popolazione si registrano 24,4 utenti ogni 10.000 abitanti over 15 anni, in diminuzione di -1,8 unità; si tratta per il 13,5% 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 31,4 soggetti ogni 10.000 ab. 15+; segue il Nord-Est con 25,7, il Nord-Ovest con 23,4 ed il Mezzogiorno con 20,4.

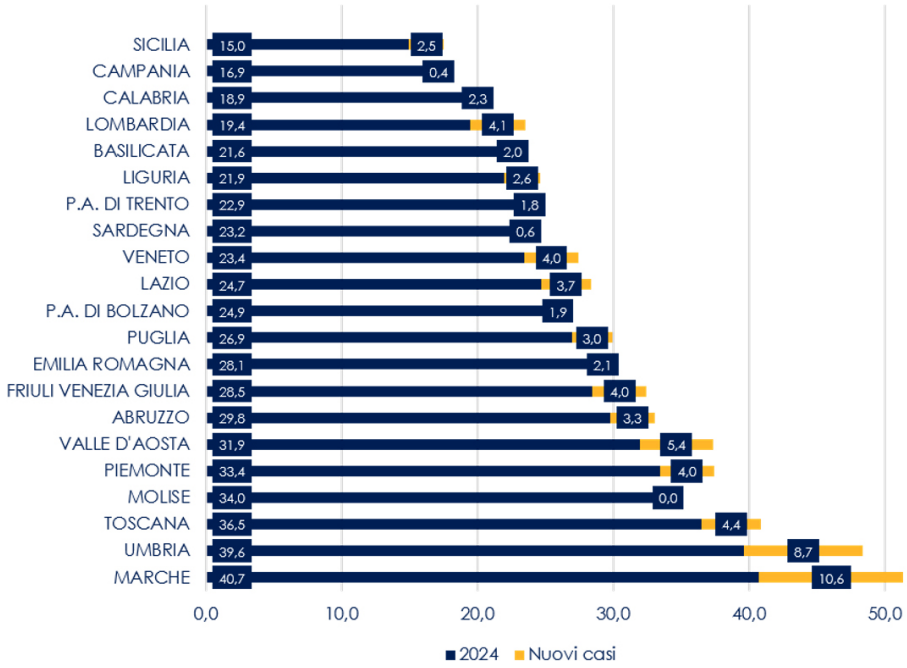
Nell'ultimo quinquennio, si registra un aumento delle prese in carico per 10.000 abitanti di età over 15: +2,2 nel Nord-Est mentre nel Nord-Ovest, nel Centro del Paese e nel Mezzogiorno le prese in carico si riducono rispettivamente di -3,9, -2,7 e -2,0 unità ogni 10.000 abitanti over 15.

Si può osservare una elevata variabilità a livello regionale, passando da un valore massimo di 40,7 utenti ogni 10.000 ab. delle Marche ad uno minimo di 15,0 della Sicilia.

Nella popolazione presa in carico prevale la quota maschile, che rappresenta l'85,4% dell'utenza (2024).

[3] Relazione Dipartimento Politiche Antidroga, anno 2023
[4] Stime da rilevazioni regionali e nei Servizi
[5] Stime da rilevazioni regionali e nei Servizi
[6] Stime da rilevazioni regionali e nei Servizi
[7] Stime da rilevazioni regionali e nei Servizi

Figura 8. Tasso di presa in carico da parte del SerD, anno 2024



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - ©OISED

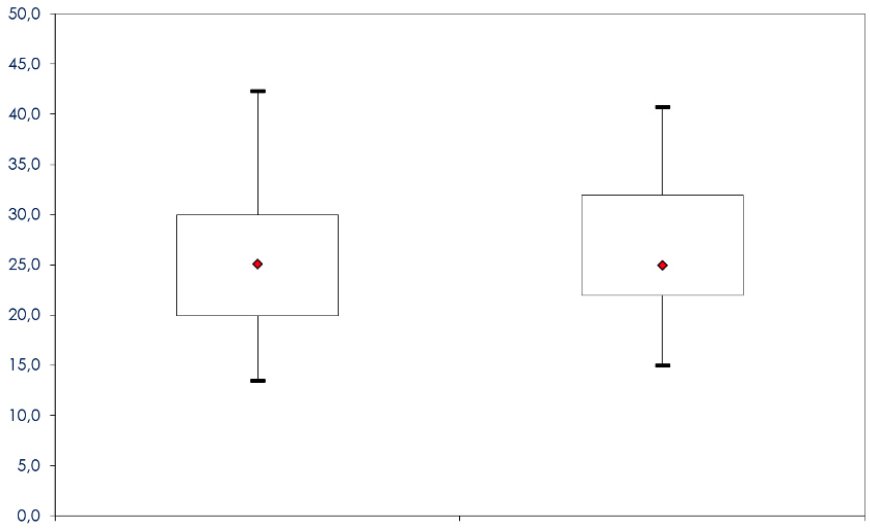
Per l'89,1% si tratta di italiani, per il 4,3% di soggetti provenienti dall'Africa e, per il restante 6,6%, di soggetti provenienti da Paesi americani e asiatici.

Si tratta di un'utenza in potenziale età produttiva: il 53,5% si concentra nella fascia d'età 35-54 anni, il 17,0% in quella 25-34 anni ed il 19,5% in quella 55-64 anni.

Soffermando l'attenzione sui nuovi utenti in carico, questi rappresentano il 13,2% dell'utenza in carico.

Il 56,5% dell'utenza è in trattamento per uso primario di eroina, il 26,4% di cocaina e il 12,7% di cannabinoidi; il restante 4,4% abusa di altre sostanze, quali ipnotici e sedativi, stimolanti, allucinogeni o inalanti volatili.

Figura 9. Variabilità del tasso di presa in carico da parte del SerD



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - ©OISED

Il 64,5% dell'utenza ha fissa dimora; il 5,1% sono ospitati in istituti penitenziari, per i restanti utenti il dato non è disponibile. Il 39,5% degli utenti ha una occupazione regolare o almeno occasionale (30,3% e 9,2% rispettivamente); il 28,5% risulta essere disoccupato, mentre per il 3,5% si tratta di studenti ed il 3,2% sono persone che ricevono benefici sociali (pensionati/casalinghe/disabili); per i restanti utenti il dato non è disponibile.

Il 71,3% degli utenti in carico presso i SerD ha un livello di istruzione secondaria, il 5,9% la licenza elementare, il 2,6% livelli superiori al secondario, e lo 0,6% non ha alcun titolo di studio (dato non disponibile per i restanti utenti).

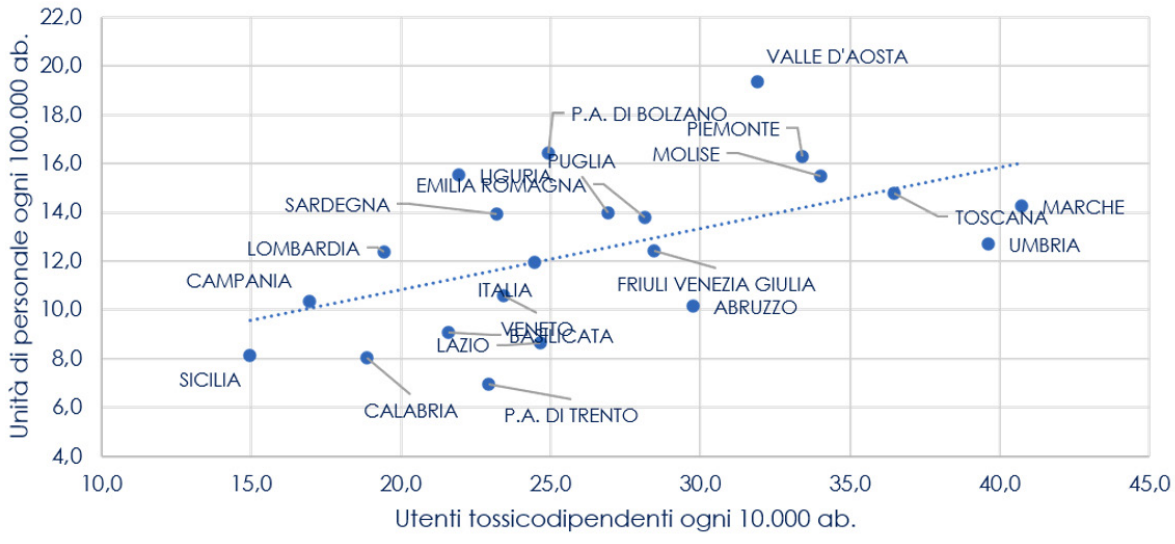
Da ultimo, osserviamo che la correlazione fra unità di personale dei SerD e l'utenza con dipendenza da stupefacenti in carico risulta essere positiva (0,32) indicando l'esigenza di allinearsi a *standard* omogenei di programmazione. A riprova di ciò, alcune Regioni, quali ad esempio Valle d'Aosta e Abruzzo, 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 2023, 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 2023.

A livello regionale si passa da un valore minimo di 3,7 unità di personale ogni 100 pazienti in carico nel Centro del Paese, ad un massimo di 5,9 nel Nord-Ovest. A livello regionale si passa dalle 3,0 unità della P.A. di Trento, al 7,1 della Liguria, con un valore medio nazionale di 4,9 unità di personale ogni 100 pazienti in carico.

Nell'ultimo quinquennio, il numero medio di unità di personale è aumentato dello +0,03 unità ogni 100 tossicodipendenti in carico.

Analizzando il personale medico, si passa da un valore minimo di 0,8 unità di personale ogni 100 pazienti in carico nel Nord-Est del Paese, ad un massimo di 1,1 nel

Figura 10. Tossicodipendenti in carico al SerD vs personale dedicato, anno 2024



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - © OISED

Mezzogiorno. A livello regionale si passa da 0,5 unità di personale medico del Friuli Venezia Giulia ad 1,6 della Campania, con un valore medio nazionale di 1,0 unità di personale ogni 100 pazienti in carico.

Per il personale infermieristico, si passa da un valore minimo di 1,3 unità di personale ogni 100 pazienti in carico nel Centro del Paese, ad un massimo di 1,8 nel Mezzogiorno. A livello regionale si passa da 1,0 unità di personale medico della P.A. di Trento, Marche ed Abruzzo a 2,9 della Liguria, con un valore medio nazionale di 1,6 unità di personale ogni 100 pazienti in carico.

Il privato Sociale (2024) ha in carico 23.977 utenti di cui il 69,0% in strutture residenziali, il 22,0% in quelle ambulatoriali e il 9,0% in semi-residenziali.

Al 31/12/2024, 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 (52,0% di tutti i tossicodipendenti in carico al privato sociale) e in particolare in Lombardia (18,0%), Emilia Romagna (14,0%) e Veneto (10,0%), seguono le Regioni del Centro (31,0%) e prevalentemente nel Lazio (17,0%) e il Mezzogiorno con il 17,0%.

Trattamenti

Nel 2024, il 51,0% degli utenti in trattamento per uso di sostanze illegali e/o psicofarmaci non prescritti ha ricevuto prestazioni farmacologiche (circa 175 prestazioni per utente); il 72,0% prestazioni psicosociali (con una media di 12 prestazioni per utente) e l'80,0% 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 10 prestazioni per utente) e il 2,0% è stato inserito in percorsi terapeutici residenziali.

Il 74,0% delle prestazioni erogate (16.234.884 nel 2024) sono di tipo farmacologico, il 12,0% di tipo sanitario (visite, interventi di prevenzione delle patologie correlate, esami e procedure cliniche), 7,0% psicosociali (colloqui di assistenza, interventi psico-terapeutici, socio-educativi) ed il 6,0% di altra natura.

I dati evidenziano una forte differenziazione degli interventi in funzione del canale di invio o della modalità di contatto.

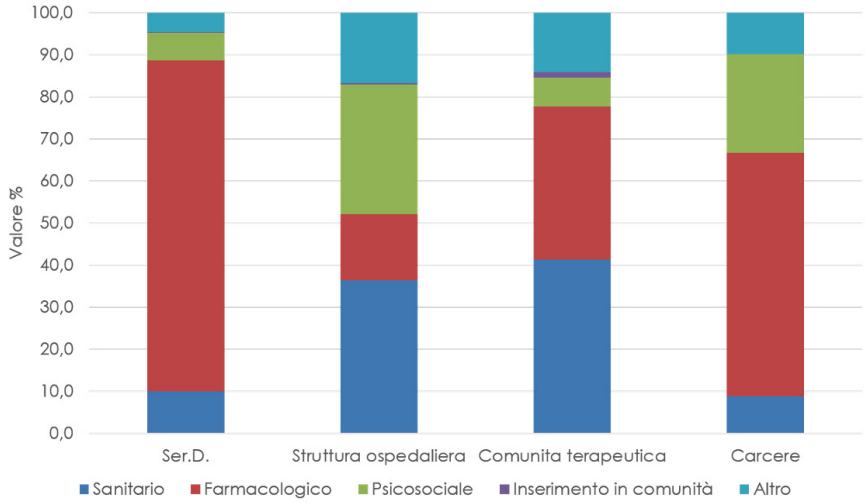
L'utenza in carico al SerD riceve prevalentemente interventi di tipo farmacologico (78,7%), seguono quelli sanitari – visite etc. - (10,0%) e quelli psicosociali (6,6%). Questo dato conferma come i servizi per le dipendenze rappresentano il principale contesto di presa in carico terapeutica integrata e farmacologica delle persone con disturbo da uso di stupefacenti.

Anche per i soggetti in carcere prevalgono nettamente gli interventi farmacologici (57,9%), seguiti dagli interventi psicosociali (23,4%), indicando la necessità di trattamenti clinici strutturati in una popolazione ad elevata complessità assistenziale.

Diversamente, le strutture ospedaliere e le comunità terapeutiche mostrano una maggiore componente di interventi sanitari, rispettivamente pari al 36,5% e al 41,4%, associata comunque a una rilevante quota di trattamenti farmacologici (15,7% e 36,3%).

I contatti a distanza sono invece caratterizzati da una prevalenza di interventi psicosociali. In particolare, il 65,2% delle videochiamate e il 74,4% delle telefonate significative (superiori a 15 minuti) è stato destinato ad attività di supporto psicologi-

Figura 11. Composizione prestazioni erogate ai tossicodipendenti, per tipologia e tipo di setting assistenziale



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - © OISED

co, *counselling* e sostegno sociale. In queste modalità la quota di interventi farmacologici risulta minima (1,1% e 0,5%).

L'inserimento in Comunità terapeutica rappresenta una quota residuale per tutti i canali di accesso, con valori compresi tra 0% e 1,6%. Quest'ultimo dato risente anche dei diversi modelli organizzativi in essere nelle Regioni per l'ingresso in Comunità.

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, patologie infettive correlate) associati a trattamenti psicologici/psicoterapeutici).

I principali trattamenti farmacologici distribuiti nei SerD per la terapia della tossicodipendenza sono il metadone (80,0%), suboxone (11,0%) e la buprenorfina in associazione al naloxone (10,0%) (quest'ultimo distribuito anche singolarmente come antidoto per i pazienti a rischio di overdose).

Per il metadone, nel 2024, 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.)*.

I farmaci per i disturbi da dipendenza possono essere associati ad altri farmaci (antidepressivi, antipsicotici, ansiolitici, ipnotici, antiepilettici e sedativi) per ridurre

eventuali disturbi da uso di sostanze stupefacenti e per il trattamento sintomatico dell'astinenza e per le eventuali comorbilità.

A questi trattamenti si affianca l'utilizzo di farmaci *long acting*, già ampiamente utilizzati nell'ambito della salute mentale; questa opzione terapeutica, sebbene ad oggi non rimborsata dal SSN, è stata introdotta in diverse Regioni (con spesa a carico delle Regioni), poiché potenzialmente consente una riduzione degli accessi ai Servizi per prestazioni inerenti l'assunzione di terapie e l'effettuazione dei controlli tossicologici, associata ad un miglioramento di aderenza al trattamento, di qualità della vita ed una riduzione dei fenomeni di *diversion* ***e*** *misuse*.

3.2 Dipendenza da alcol

Epidemiologia

Il consumo di bevande alcoliche continua a essere un comportamento ampiamente diffuso nella popolazione italiana. Secondo i più recenti dati dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità, oltre la metà degli italiani consuma almeno occasionalmente bevande alcoliche, con prevalenze sistematicamente più elevate negli uomini rispetto alle donne e un andamento variabile nelle diverse classi di età.

Particolare rilevanza assume il fenomeno del consumo a rischio, definito dall'ISS sulla base delle quantità assunte, della frequenza di consumo e della presenza di comportamenti particolarmente pericolosi, quali il *binge drinking* o il consumo fuori pasto. Nel 2023 i consumatori a rischio sono stati stimati in circa 8 milioni, di cui circa 5,5 milioni uomini e 2,5 milioni donne. Tale dato conferma come il consumo di alcol rappresenti uno dei principali fattori di rischio prevenibili per la salute pubblica.

Soffermando l'attenzione sulla popolazione giovanile, secondo i dati dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità, nel 2024 (ultimo anno disponibile) il consumo di alcol continua a rappresentare un importante problema di salute pubblica. Nella fascia di età compresa tra 11 e 24 anni, il 45,5% dei maschi e il 40,8% delle femmine ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno.

L'analisi per età evidenzia un marcato incremento dei consumi con il passaggio alla maggiore età. Tra gli 11-17 anni, il consumo di almeno una bevanda alcolica riguarda il 15,5% dei maschi e il 13,3% delle femmine, mentre nella fascia 18-24 anni le prevalenze salgono rispettivamente al 75,7% e al 67,7%.

Il fenomeno del consumo a rischio interessa 1,3 mln. di giovani di età compresa tra 11 e 24 anni (18,2% dei maschi e 13,1% delle femmine). Di questi, circa 580.000 sono minorenni (11-17 anni) e 690.000 appartengono alla fascia 18-24 anni.

Per i minorenni (11-17 anni) qualsiasi consumo di alcol è considerato a rischio per la salute. In questa fascia risultano consumatori a rischio il 15,5% dei maschi e il 13,3% delle femmine.

Tra i giovani adulti di 18-24 anni il consumo a rischio interessa invece il 21,0% dei maschi e il 12,9% delle femmine, evidenziando una maggiore vulnerabilità del sesso maschile ma anche un incremento rilevante del fenomeno tra le giovani donne rispetto agli anni precedenti.

Tra i comportamenti maggiormente associati a danni acuti e cronici emerge il *binge drinking*, definito come il consumo di almeno sei unità alcoliche in un tempo rav-

vicinato. Complessivamente, tra gli 11 e i 24 anni, questo comportamento interessa l'11,1% dei maschi e il 6,9% delle femmine.

Anche per il binge drinking si osserva una forte differenza per età:

• 11-17 anni: 2,4% dei maschi e 1,5% delle femmine;

• 18-24 anni: 19,9% dei maschi e 12,1% delle femmine.

I dati evidenziano quindi come il passaggio all'età adulta sia accompagnato da una netta crescita dei comportamenti di consumo rischiosi. In particolare, circa un giovane maschio su cinque e una giovane donna su otto tra i 18 e i 24 anni praticano binge drinking, mentre oltre un giovane maschio su cinque e una giovane donna su dieci risultano consumatori a rischio secondo i criteri di salute pubblica.

Decessi per patologie alcol-correlate

Nel 2022, in Italia, i decessi per patologie totalmente alcol-attribuibili sono stati 1.306, di cui 1.077 tra gli uomini (82,5%) e 229 tra le donne (17,5%). La quota prevalente della mortalità è stata determinata dalle epatopatie alcoliche (ICD-10 K70), responsabili di 937 decessi complessivi (765 uomini e 172 donne), pari al 71,7% di tutte le morti totalmente attribuibili all'alcol. Seguono i disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol (ICD-10 F10), con 290 decessi (247 uomini e 43 donne), corrispondenti al 22,2% del totale. Complessivamente, queste due condizioni rappresentano il 94% di tutta la mortalità alcol-attribuibile (in via esclusiva). Quote molto più contenute sono state osservate per gli effetti tossici dell'alcol (31 decessi; 2,4%), la degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol (24 decessi; 1,8%), la cardiomiopatia alcolica (11 decessi; 0,8%), la polineuropatia alcolica (8 decessi; 0,6%), la pancreatite cronica indotta da alcol (4 decessi; 0,3%) e la gastrite alcolica (1 decesso; 0,1%). Questi dati confermano come il carico di mortalità direttamente attribuibile all'alcol sia concentrato soprattutto nelle patologie epatiche croniche e nei disturbi psichiatrici e comportamentali correlati al consumo di alcol.

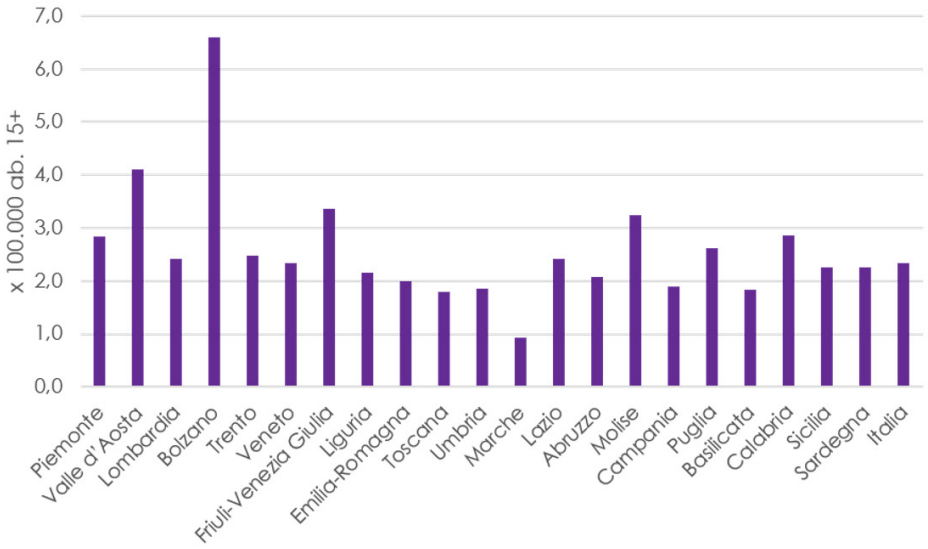
L'analisi della mortalità totalmente alcol-attribuibile evidenzia come i tassi di mortalità abbiano mostrato una sostanziale stabilità negli ultimi anni, con una sensibile crescita nel medio periodo (2019-2021), che ha interessato soprattutto il genere femminile.

In Italia, il tasso standardizzato di mortalità nella popolazione di età ≥15 anni è passato, nei maschi, da 3,88 decessi per 100.000 abitanti nel 2019 a 4,05 per 100.000 nel 2022, mentre nelle femmine è diminuito da 0,81 a 0,78 per 100.000 abitanti nello stesso periodo. Il divario di genere rimane particolarmente marcato, con livelli di mortalità maschili circa cinque volte superiori rispetto a quelli femminili.

L'analisi regionale mostra un'elevata variabilità territoriale. Tra i maschi, i tassi standardizzati più elevati si osservano nella P.A. di Bolzano (12,32 per 100.000), seguita da Molise (6,53), Friuli-Venezia Giulia (6,01) e Calabria (5,70). Valori superiori alla media nazionale (4,05 per 100.000) si registrano anche in Valle d'Aosta (5,14), Piemonte (5,13), Puglia (4,74), Veneto (4,23), Sardegna (4,23), Lombardia (4,13), Lazio (4,08) e Sicilia (4,07). I tassi più bassi sono invece rilevati nelle Marche (1,43), seguite da Basilicata (2,69) e Toscana (2,80).

Tra le femmine, il tasso nazionale è pari a 0,78 per 100.000 abitanti. I valori più elevati si osservano in Valle d'Aosta (2,83) e nel-

Figura 12. Decessi per patologie alcol-attribuibili



Fonte: Elaborazione su dati ISS - @OISED 2026

la P.A. di Bolzano (1,70); seguono Liguria (1,25), Trento (1,23), Basilicata (1,03), Friuli-Venezia Giulia (0,97), Lazio (0,93), Toscana (0,91), Lombardia ed Emilia-Romagna (0,90). I livelli più bassi si registrano invece in Calabria (0,25), Sardegna (0,46), Marche (0,49), Molise (0,60) e Sicilia (0,60).

Nel complesso, il quadro epidemiologico evidenzia una maggiore concentrazione della mortalità alcol-attribuibile nelle regioni del Nord-Est e in alcune realtà del Mezzogiorno, con la P.A. di Bolzano che presenta i valori più elevati a livello nazionale per entrambi i sessi. Nonostante la sostanziale stabilità dei tassi rispetto al 2019, la mortalità alcol-attribuibile continua, quindi, a rappresentare un rilevante problema di sanità pubblica, soprattutto nella popolazione maschile.

Presa in carico

Nel 2023, risultano assistite presso i Servizi di alcologia 64.856 persone con dipendenza[8], casistica in aumento rispetto all'anno precedente di 1.970 unità (+3,1%).

Rapportando il dato alla popolazione si osserva come la prevalenza di persone con dipendenza da alcol prese in carico dai Servizi di alcologia è maggiore nel Nord-Est del Paese (22,3 ogni 10.000 ab. di età 16+); seguono il Centro ed il Nord-Ovest con 12,5 e 10,9 rispettivamente, ed il Mezzogiorno con 8,7.

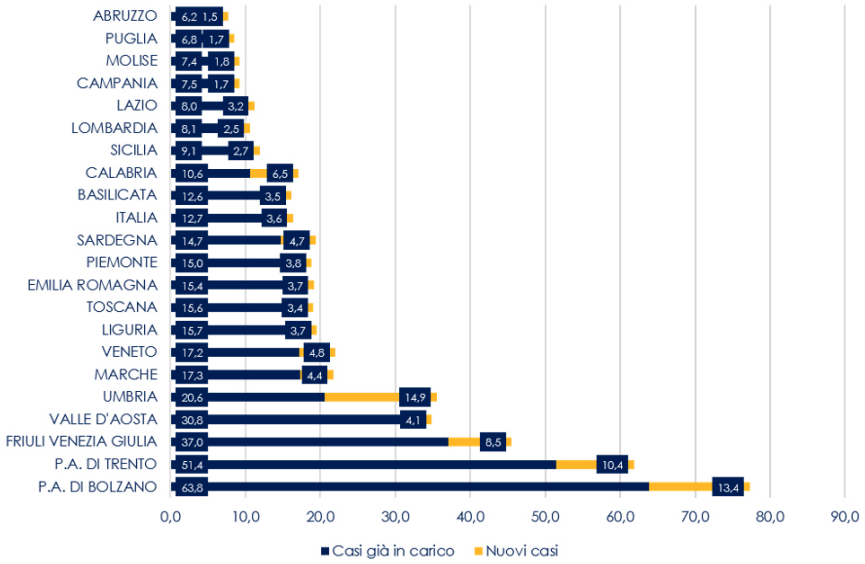
Si conferma un'importante variabilità a livello regionale: si passa da un valore massimo di 63,8 utenti ogni 10.000 ab. 16+ della P.A. di Bolzano ad uno minimo di 6,2 dell'Abruzzo.

Il diverso livello di presa in carico regionale 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 disponibile il dato nei flussi informativi ministeriali) si è registrata una riduzione

[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" (2023)

Figura 13. Tasso di presa in carico da parte dei servizi di alcologia, anno 2023



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - ©OISEDdata

delle prese in carico del -0,2% (-0,03 utenti in meno ogni 10.000 ab.), con una variabilità regionale sostanzialmente invariata nel periodo: la contrazione ha interessato il Nord-Ovest (-4,0 utenti), ed il Centro con -0,2 utenti; nel Nord-Est e nel Mezzogiorno si è registrato invece un aumento di rispettivamente +4,1 e +0,8 utenti (ogni 10.000 ab.)

Si tratta prevalentemente di popolazione maschile: il rapporto maschi/femmine risulta pari a 3,1.

Il 72,7% degli utenti presi in carico hanno un'età compresa tra 30 e 59 anni; un terzo della casistica si concentra nella fascia d'età 50-59 anni; i giovani al di sotto dei 30 anni ne rappresenta il 7,5%.

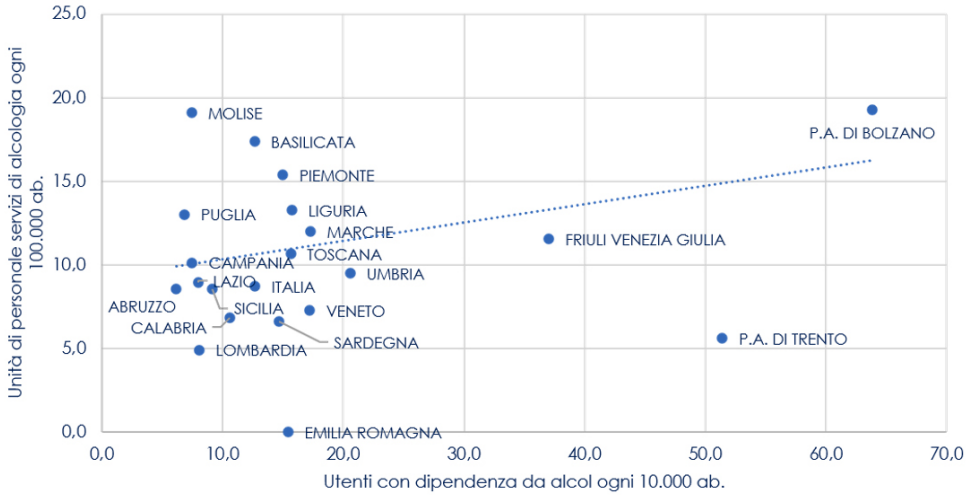
I nuovi utenti presi in carico sono per il 27,5% compresi nella fascia d'età 40-49 anni.

Soffermando l'attenzione sulle nuove prese in carico, si osserva come la loro incidenza sia rimasta sostanzialmente stabile rispetto al 2019 (-0,01 p.p.): la riduzione è stata massima nel Centro (-3,8 p.p.) e minima nel Nord-Est (-1,45 p.p.).

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; 0,55 escludendo P.A. di Trento, P.A. di Bolzano e Friuli Venezia Giulia), 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 ulteriore crescita rispetto all'anno precedente, quando 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, quando era del 500%).

A livello regionale si passa da un valore minimo, pari a 2,4 unità di personale ogni 100 pazienti in carico nel Nord-Est del Paese, ad un massimo di 11,5 nel Mezzogiorno. A livello regionale si passa dall'1,1 della P.A. di Trento al 25,7 del Molise, con un va-

Figura 14. Utenti con dipendenza da alcol in carico ai servizi di alcologia vs personale dedicato, anno 2023



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - © OISED

lore medio nazionale di 6,9 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 0,3 unità ogni 100 utenti.

Analizzando la presenza di personale medico, si passa da un valore minimo di 0,8 unità di personale ogni 100 pazienti in carico nel Centro del Paese, ad un massimo di 1,1 nel Mezzogiorno. A livello regionale si passa da 0,6 unità nel Veneto a 1,6 in Sardegna, con un valore medio nazionale di 0,9.

Per il personale infermieristico, si passa da un valore minimo di 1,4 unità di personale ogni 100 pazienti in carico nel Nord-Ovest del Paese, ad un massimo di 1,7 nel Mezzogiorno. A livello regionale si passa da 0,7 nella P.A. di Trento a 2,4 nel Molise, con un valore medio nazionale di 1,5.

4. Utilizzazione dei servizi

4.1 Dipendenza da stupefacenti

Assistenza ospedaliera

Nel 2024 sono stati effettuati 18.968 ricoveri ospedalieri in acuzie associati 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 ordinari e 0,5 diurni), si riscontra nel Nord-Est del Paese, segue il Nord-Ovest con 35,7 ricoveri in acuzie ogni 100.000 ab. (35,0 ordinari e 0,6 in diurni), quindi il Centro con 31,6. (rispettivamente 29,3 e 2,2) ed il Mezzogiorno con 17,2 (15,8 ordinari e 1,4 diurni).

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

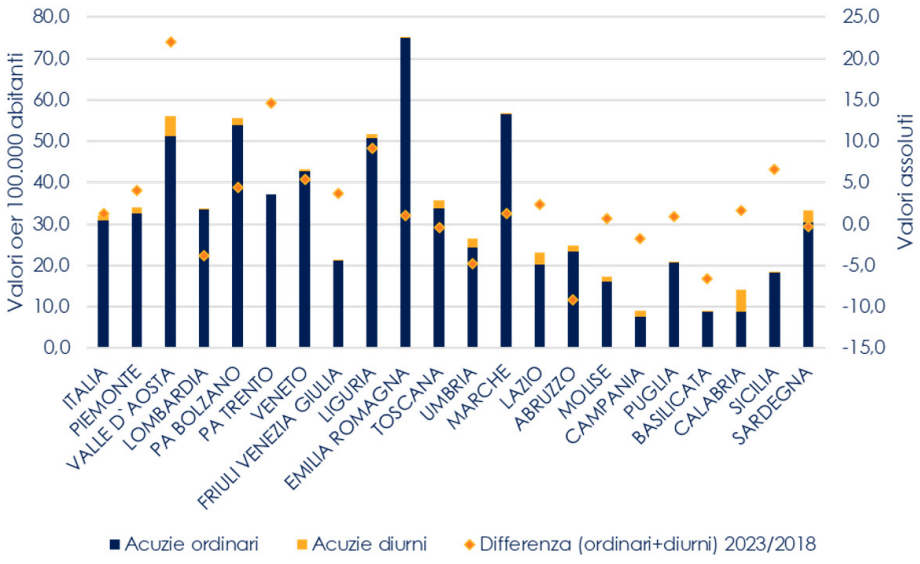
Il ricorso all'ospedalizzazione è maggiore per il genere maschile: 47,1 ricoveri ogni 100.000 maschi vs 17,9 per le femmine.

Nell'ultimo quinquennio (2018-2023) 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 per i ricoveri ordinari in acuzie, nel 2023, è stata pari a 12,6 giorni, con il valore massimo (13,4 giorni) nel Nord-Ovest; seguono il Centro con 13,0 giorni, il Nord-Est con 12,8 giorni e il Mezzogiorno con 10,1.

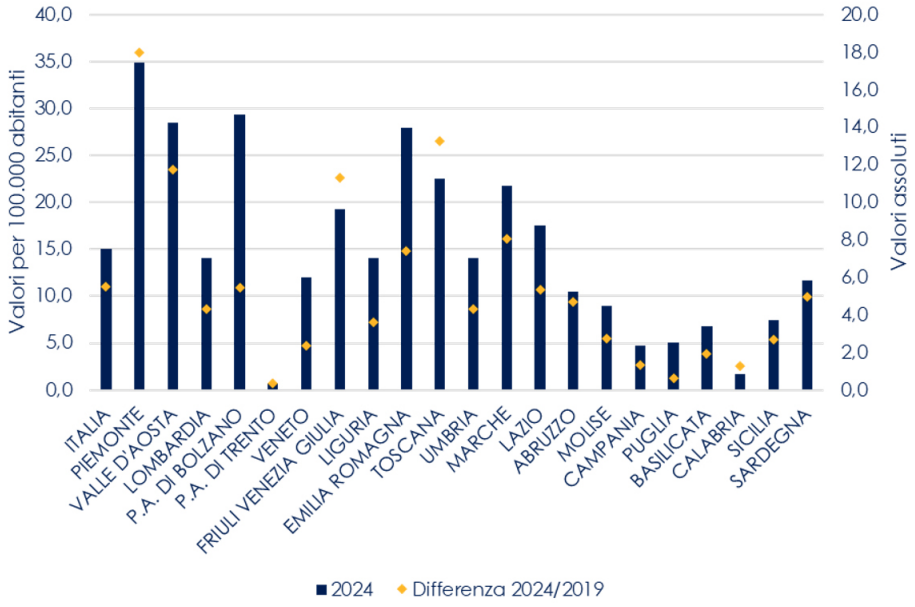
Nelle Marche si registra la degenza me-

Figura 15. Tasso di ospedalizzazione in acuzie per tossicodipendenze. Anno 2023



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

Figura 16. Tasso di accesso al Pronto Soccorso per diagnosi di abuso di droghe e sostanze psicotrope



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

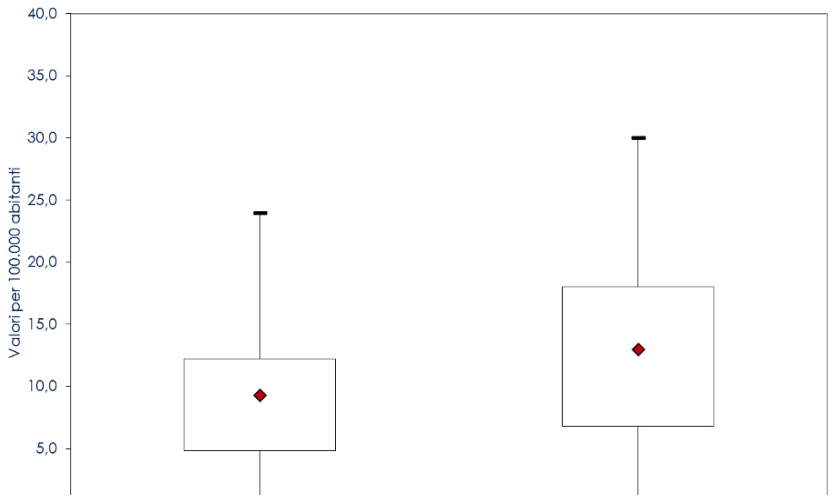
dia più alta (19,4 giorni) e in Friuli Venezia Giulia quella più bassa (7,9 giorni).

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 2024, secondo flusso EMUR (Sistema Informativo per il monitoraggio dell'assistenza in emergenza-urgenza) del Ministero della Salute, si sono registrati 8.849 accessi al Pronto Soccorso (PS) per diagnosi totalmente attribuibili all'abuso di

Figura 17. Variabilità regionale del tasso di accesso al Pronto Soccorso per abuso di droghe e sostanze psicotrope



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

droghe o psicosi da sostanze psicotrope, pari a 14,0 accessi ogni 100.000 abitanti. Il 42,4% ha riguardato persone tra 25-44 anni ed il 10,3% minorenni. Al 47,5% degli accessi al Pronto Soccorso è stata attribuita la diagnosi di psicosi indotta da droghe.

Il livello massimo, pari a 19,7 accessi ogni 100.000 abitanti, si è registrato nel Nord-Ovest del Paese, il minimo nel Mezzogiorno (6,2). A livello regionale, si osserva una elevata variabilità: si passa da 0,7 accessi (ogni 100.000 ab.) della P.A. di Trento ai 34,9 del Piemonte, a fronte di un valore mediano di 14,0.

Nell'ultimo quinquennio si è registrato un incremento pari a +5,5 accessi ogni 100.000 abitanti, con un contestuale aumento della variabilità regionale, misurata con una variazione interquartile pari al +34,3%.

Il 60,5% degli accessi al Pronto Soccorso avviene tramite il Servizio Emergenza Urgenza 118.

Il 10,8% degli accessi droga-correlati è esitato in un ricovero ospedaliero (956 casi): più specificatamente, l'8,2% e il 2,8% di quelli con diagnosi principale rispettivamente di psicosi indotta da droghe e da abuso di sostanze senza dipendenza; lo 0,5% e lo 0,1% 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% con diagnosi di abuso di sostanze senza dipendenza.

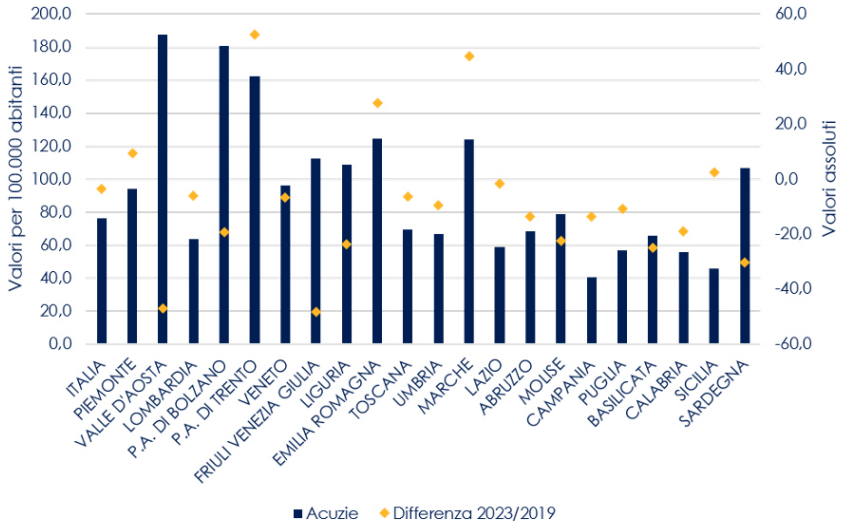
Mettendo in relazione il tasso di utenti in carico al SerD e il tasso di accesso al Pronto Soccorso per diagnosi attribuibili all'abuso di droghe o psicosi da sostanze psicotrope si evidenzia una correlazione positiva.

Dipendenza da alcol

Assistenza ospedaliera e emergenza-urgenza

Nel 2023 sono stati effettuati 47.766 ricoveri ospedalieri in associati a diagnosi (anche secondarie) di patologie alcool-correlate, di cui il 93,7% (44.775) ordinari e il 6,3% (2.991) diurni. Si tratta di ricoveri effettuati quasi esclusivamente (93,7%) in

Figura 18. Tasso di ospedalizzazione in acuzie per alcol. Anno 2023



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

regime ordinario.

Il tasso mediano di ospedalizzazione in acuzie risulta di 81,0 ogni 100.000 ab., di cui 75,9 ordinari e 5,1 diurni; il valore regionale più alto si riscontra in Valle D'Aosta, pari a 233,1 ricoveri (187,6 ordinari e 45,5 diurni), mentre il valore più basso si riscontra in Campania con 45,8 (40,3 ordinari e 5,5 diurni).

Nel periodo 2019-2023 si è registrata una riduzione del ricorso all'ospedalizzazione di -3,6 ricoveri ogni 100.000 abitanti, con una forte variabilità regionale, che registra nella P.A. di Trento l'aumento massimo (+52,4 ricoveri ogni 100.000 abitanti) e nel Friuli Venezia Giulia la riduzione massima (-48,3 ricoveri ogni 100.000 abitanti).

La distribuzione per categorie diagnostiche mostra la netta prevalenza delle patologie epatiche croniche, come steatosi, epatite e cirrosi (57,1% delle dimissioni); seguono le sindromi da dipendenza da alcol, come intossicazione acuta (ubriacatezza acuta in corso di alcolismo) e alcolismo cronico e dipsomania (19,4%). I ricoveri per abuso di alcol, effetti postumi all'eccessiva assunzione più o meno occasionale di alcol, *hangover*, ebbrezza ed ubriachezza, si collocano al terzo posto (17,6%)

Nel 2023, risultano 3.097 casi di riammissioni urgenti non programmate entro 30 giorni per problemi alcol-correlati (7,4% dei ricoverati), e 1.356 (3,2% dei ricoveri) entro 7 giorni.

L'analisi regionale evidenzia una marcata variabilità territoriale. La *Valle d'Aosta* presenta il valore più elevato di riammissioni entro 30 giorni (15,2%), oltre il doppio della media nazionale, seguita da Umbria (12,3%), Liguria (10,9%) e Sardegna (10,9%). All'estremo opposto si collocano la P.A. di Trento (4,5%), la P.A. di Bolzano (4,7%) e la Campania (4,9%).

Per le riammissioni entro 7 giorni, considerate un indicatore particolarmente sensibile di fragilità clinica e continuità assistenziale, il valore nazionale è pari al 3,2%. Il dato più elevato si osserva in Liguria (5,2%), seguita da Valle d'Aosta (4,3%), Sardegna (4,2%) e Veneto (3,9%). I valori più contenuti si registrano invece in Basilicata (1,7%), Campania (1,8%) e P.A. di Bolzano (2,0%).

Complessivamente, emerge come i pazienti ricoverati per patologie totalmente alcol-attribuibili rappresentino una popolazione ad elevata complessità assistenziale, caratterizzata da frequenti necessità di ri-ospedalizzazione. Le differenze regionali possono riflettere vari fattori, tra cui la gravità clinica dei pazienti, l'organizzazione della presa in carico territoriale, la disponibilità di servizi specialistici alcologici e l'efficacia dei percorsi di continuità assistenziale dopo la dimissione.

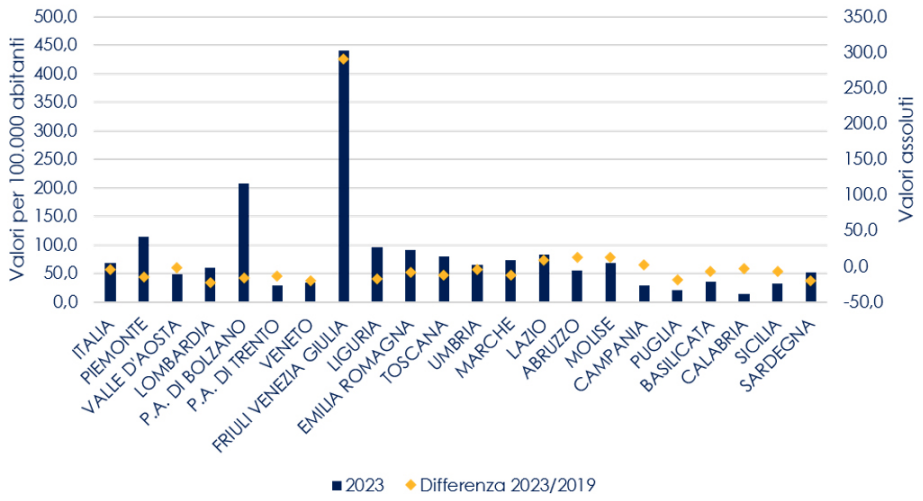
Spostando l'attenzione sull'emergenza-urgenza (flusso EMUR del Ministero della Salute) emerge come, nel 2023, si siano registrati 40.277 accessi al Pronto Soccorso, ovvero 68,3 ogni 100.000 ab., con il valore massimo riscontrato nel Nord-Est (106,1) e quello minimo (31,1) nel Mezzogiorno.

A livello regionale, il ricorso al Pronto Soccorso oscilla da un valore minimo di 13,9 accessi ogni 100.000 ab. della Calabria, ad uno massimo di 441,4 del Friuli Venezia Giulia, a fronte di un valore mediano di 60,8.

Nonostante nel periodo 2019-2023 si sia registrata una riduzione degli accessi (-3,9 accessi ogni 100.000 abitanti), nell'ultimo anno si è registrata una crescita del +3,4%.

Nel periodo considerato in quasi tutte le Regioni si è registrata una riduzione, mas-

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



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

sima in Lombardia (-22,0 accessi) e minima in Valle D'Aosta (-1,4 accessi). Fanno eccezione Friuli Venezia Giulia, Molise, Abruzzo, Lazio e Campania, che registrano un aumento degli accessi al Pronto Soccorso nel periodo considerato (+291,3, +13,1, +12,3, +8,5 e +1,6 accessi ogni 100.000 abitanti rispettivamente).

Il 48,8% degli accessi sono associati ad un codice di triage verde (poco critico), il 40,6% ad un codice giallo (mediamente critico), il 7,1% ad un codice bianco (non critico), il 3,0% ad un codice rosso e lo 0,08% al decesso. Rispetto al 2019 il dato è in diminuzione per il codice verde e il codice bianco, rispettivamente di -17,5 e -2,5 p.p., in aumento per il codice giallo e per il codice rosso (+19,1 e +0,4 p.p.); si sono però ridotti i decessi (-0,58 p.p.).

Il 10,0% dei pazienti che accede al PS viene ricoverato in reparto ed il 7,7% in 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 (0,48).

Trattamenti

In merito alle tipologie di trattamento erogate ai soggetti con dipendenza da alcol, nel 2023, secondo quanto riportato nella Relazione al Parlamento del Ministero della Salute sugli interventi realizzati ai sensi della Legge n. 25 del 30.3.2001, il 31,1% è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici, il 26,5% al *counseling* (singolo o di famiglia), il 16,8% a trattamenti socio-riabilitativi, il 3,2% viene inserito in gruppi di Auto/Mutuo Aiuto ed il 3,2% ad inserimenti in Comunità (residenziale e semiresidenziale).

Si riscontrano differenze di approccio terapeutico nelle diverse realtà regionali: l'utilizzo dell'approccio farmacologico oscilla da un valore minimo pari a 21,4% degli utenti in carico dell'Abruzzo, ad uno del 46,9% dell'Emilia Romagna; quello psicologico dallo 0,8% degli utenti trattati nella P.A. di Trento, al 29,0% di quelli trattati nella P.A. di Bolzano; l'inserimenti in Comunità oscilla da un valore minimo pari allo 0,5% degli utenti in carico nella P.A. di Trento, al 14,6% di quelli trattati in Abruzzo; l'inserimento in gruppo di auto/mutuo aiuto oscilla dallo 0,0% degli utenti in carico nella P.A.

di Bolzano al 10,2% di quelli in Basilicata.

I principi attivi utilizzati per il trattamento dell'alcol dipendenza sono disulfiram, sodio oxibato, acamprosato, naltrexone, metadoxina e nalmefene. Nel 2023, per queste molecole si è registrato un consumo totale a carico del SSN di 177,4 DDD per milione di abitanti die, in riduzione del 4,0% medio annuo rispetto al 2019; Il disulfiram rappresenta il 49,3% dei consumi (87,5 DDD ogni milione di ab.), seguita dal sodio oxibato con il 19,4% (34,4 DDD ogni milione di ab.), e dall'acamprosato con il 18,9% (33,6 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 42,8% dei pazienti viene trattato con disulfiram, il 34,2% con acamprosato, il 18,2% 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.

A fronte di una spesa/DDD a carico del SSN media pari a € 1,1, si passa da € 1,8 del sodio oxibato, a € 1,2 della metadoxina, a € 0,8 rispettivamente di acamprosato e naltrexone.

Nell'ultimo quinquennio tale spesa è aumentata del +67,3%, passando da € 0,53/DDD a € 0,89/DDD.

5. Costi dell'assistenza sanitaria per le dipendenze

La determinazione del costo sostenuto per l'assistenza sanitaria dei soggetti con dipendenza, effettuata distintamente per la parte extra-ospedaliera (ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale) ed ospedaliera (a sua volta distintamente per dipendenza da stupefacenti ed alcol) è stata effettuata per la parte extra-ospedaliera avvalendosi dei modelli Livelli di Assistenza (LA) elaborati dal Ministero della Salute, per quella ospedaliera attraverso la valorizzazione dei ricoveri dipendenza-attribuibili effettuata con le tariffe DRG vigenti.

Il costo complessivo per l'assistenza territoriale (socio-sanitaria distrettuale, domiciliare e territoriale, residenziale e semi-residenziale) nei soggetti tossicodipendenti, nel 2024, risulta pari a € 1.218.038.308,63 (1,4% del costo dell'assistenza sanitaria distrettuale e lo 0,8% della spesa sanitaria totale). A tale costo va aggiunto quello relativo all'assistenza ospedaliera che, considerando la remunerazione riconosciuta in base alle tariffe vigenti, ammonta nel 2024 (ultimo anno disponibile), a € 54.325.000, pari allo 0,3% della spesa ospedaliera. Il costo complessivo è quindi pari a € 1,3 mld., rappresentando lo 0,9% del FSN (Fondo Sanitario Nazionale).

Il costo relativo all'assistenza territoriale è complessivamente in crescita del +3,3% medio annuo rispetto all'anno 2019, +1,3% medio annuo dopo la pandemia da Covid-19 (2024-2021).

In termini di incidenza, risulta invece in diminuzione di -0,02 p.p. rispetto al 2019; l'incidenza massima si registra nella Regione Sardegna (2,1%, +0,7 p.p. rispetto al 2019) e quella minima in Calabria (0,4%, -0,2 p.p.).

In termini pro-capite, il costo per l'assistenza territoriale risulta pari a € 19,3 per ab., di cui il 64,5% per l'assistenza ambulatoriale e domiciliare, il 29,4% per la residenziale e il 6,1% per la semi-residenziale.

A livello regionale i valori massimi si registrano in Sardegna (€ 57,2 pro-capite, +13,3% medio annuo rispetto al 2019) e quelli minimi in Calabria (€ 11,0 pro-capite, -4,8% medio annuo rispetto al 2019).

Per quanto concerne l'assistenza socio-sanitaria distrettuale, domiciliare e territoriale (ovvero la quota ambulatoriale) l'incidenza è pari allo 0,5% della spesa del SSN (-0,02 p.p. rispetto al 2019) e lo 0,9% del costo dell'assistenza distrettuale complessiva; l'incidenza massima sul costo totale SSN si registra nella Liguria (1,4%, +0,04 p.p. rispetto al 2019), quella minima in Lazio (0,6%, +0,03 p.p.).

Si spendono in media € 13,8 pro-capite, in crescita del +3,2% medio annuo rispetto all'anno 2019; il valore massimo si registra in Sardegna (€ 52,0 pro-capite, +14,6% medio annuo rispetto al 2019); la Regione con la spesa minima è il Lazio (€ 8,2 pro-capite, +4,8% medio annuo rispetto al 2019).

Rapportando la spesa agli utenti in carico in tale tipologia di assistenza si osserva un costo medio per utente pari a € 6.428,8, in crescita del +10,2% medio annuo rispetto al 2019.

Per quanto concerne l'assistenza residenziale l'incidenza ammonta allo 0,2%

della spesa del SSN, in diminuzione di -0,02 p.p. rispetto al 2019 e allo 0,4% del costo dell'assistenza distrettuale; l'incidenza massima si registra nella Regione Liguria (0,7%, -0,02 p.p. rispetto al 2019) e quella minima in Molise (0,1%, -0,001 p.p.).

Si spendono in media € 5,8 pro-capite, in crescita del +2,5% medio annuo rispetto all'anno 2019, in maggior misura nel periodo 2024-2021 (+1,3% medio annuo), dopo la pandemia da Covid-19 (2024-2021); il valore massimo si registra in Liguria (€ 9,7 pro-capite -2,4% medio annuo rispetto al 2019) e quello minimo in Molise (€ 1,3 pro-capite, +2,8% medio annuo rispetto al 2019).

Rapportando la spesa agli utenti in carico in tale tipologia di assistenza si osserva un costo medio per utente pari a € 21.645,3.

Infine, per quanto concerne l'assistenza socio-sanitaria semi-residenziale, l'incidenza è pari allo 0,05% della spesa del SSN, in aumento dello +0,01 p.p. rispetto al 2019 e allo 0,1% del costo dell'assistenza sanitaria distrettuale; l'incidenza massima si registra in Campania (0,3%, +0,21 p.p. rispetto al 2019), quella minima in P.A. di Bolzano (0,001%, +0,001 p.p.).

Si spendono € 1,2 pro-capite, in crescita del +9,8% medio annuo rispetto all'anno 2019; dopo la pandemia da Covid-19 la crescita è stata minore (2,6% medio annuo); il valore massimo si registra in Campania (€ 4,2 pro-capite, +27,2% medio annuo rispetto al 2019); la spesa minima nella P.A. di Bolzano (€ 0,02 pro-capite, +4,2% medio annuo rispetto al 2019).

Rapportando il costo agli utenti in carico in tale tipologia di assistenza si osserva un costo medio per utente pari a € 9.996,2.

Per quanto riguarda l'attività ospedaliera, per i ricoveri in acuzie per i tossicodipendenti, il costo medio pro-capite medio nazionale è 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).

Il "valore medio" di un ricovero in acuzie, nel 2023, è pari a € 2.972,0; a livello regionale, si passa da un valore massimo di € 4.316,7 dell'Abruzzo, ad uno minimo di € 2.047,4 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 pro-capite 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 uno 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 uno minimo di € 0,003 della Puglia (valore mediano nazionale pari a € 0,02.

Per i soggetti con dipendenza da alcol, il valore medio dei ricoveri in regime ordinario è pari a € 4.585,4 (mediana € 4.360,0), e per i diurni di € 360,4 (mediana € 318,2). 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 da un valore massimo di € 613,6 del Friuli Venezia Giulia, ad uno minimo di € 250,1 della P.A. di Bolzano.

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 estrinsecano 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 gli illeciti 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, la quale produce costi ulteriori per la Società.

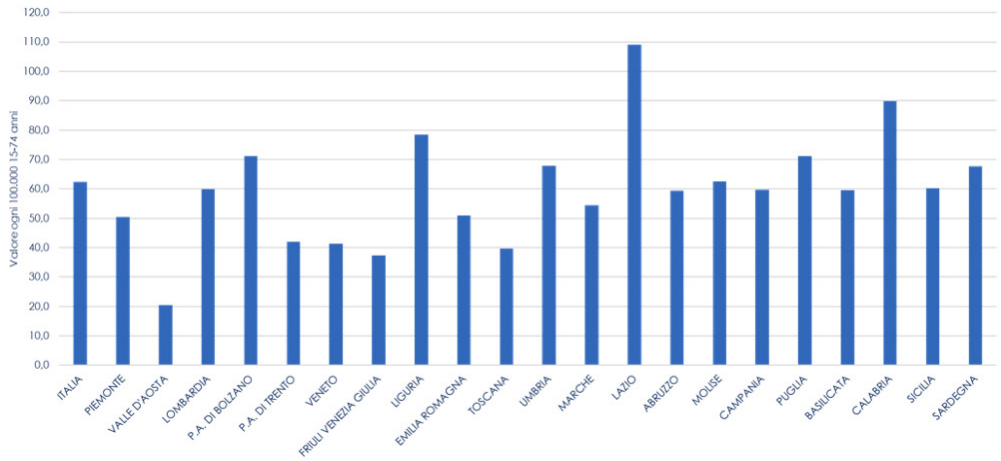
Per comprendere come il soggetto che delinque in ragione del proprio stato di tossicodipendenza sia destinato ad esaurire rapidamente tali possibilità, in ambito penale, si dispone di una serie di meccanismi premiali e deflattivi, sostanziali e processuali quali: la sospensione condizionale della pena (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 modifica normativa che sviluppino le misure alternative alla detenzione, con contestuale possibilità per il Giudice di applicare direttamente in sentenza misure alternative alla detenzione, finalizzate a favorire il recupero del condannato e il suo reinserimento sociale, diminuendo, allo stesso tempo, il pericolo di recidiva.

Ciò premesso, nel 2025, in Italia, sono state effettuate 26.423 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

Figura 20. Tasso di denunce per reati droga-correlati, anno 2024



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

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).

Nel 2025, secondo i dati del Ministero della Giustizia[9], sono stati registrati 42.005 ingressi negli istituti penitenziari (7,1 ogni 100.000 ab.) con una riduzione del -8,3% (-0,41 ogni 100.000) nell'ultimo decennio (45.823 nel 2015).

La riduzione degli ingressi, peraltro registrata anche nel primo semestre 2026 (-10,6% rispetto allo spesso periodo dell'anno precedente) testimonia una progressiva contrazione della criminalità.

Fra questi, anche l'incidenza degli ingressi per violazione dell'art. 73 del DPR 309/1990 (produzione, traffico, commercio e detenzione illecita di sostanze stupefacenti o psicotrope) ha registrato una riduzione nell'ultimo decennio: dopo aver superato il 32% degli ingressi tra il 2009 e il 2012, si è ridotta sino al 25,7% (10.784; 1,8 ogni 10.000 ab.) nel 2025; una riduzione, quindi, indicativa di una diminuzione dell'incidenza dei reati legati alle tossicodipendenze rispetto al complesso delle condotte criminali.

Nel 2025, il 41,2% dei soggetti entrati in carcere (2,9 ogni 10.000 ab.) ha dichiarato una dipendenza e tale incidenza è cresciuta negli anni registrando un aumento di +9,6 punti percentuali (p.p.) nell'ultimo decennio.

Il 38,7% dei tossicodipendenti entrati in carcere che hanno dichiarato il loro stato, sono stranieri, sebbene nell'ultimo decennio si sia registrata una riduzione di incidenza di -10,2 p.p.

Nell'ultimo decennio è quindi aumentata di +0,3 punti percentuali l'incidenza delle presenze in carcere per reati connessi alla violazione del DPR 309/1990[10] (Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi

[9] Dip.to Amm.ne Penitenziaria

[10] Ministero della Giustizia, Dip.to Amm.ne Penitenziaria - Ufficio del Capo del Dipartimento - Segreteria generale - Sezione Statistica.

stati di tossicodipendenza), che, nel 2025, rappresentano il 34,4% del totale delle presenze (21.562 su 63.499 presenze in carcere, pari a 3,7 ogni 10.000 ab.).

Nello stesso periodo le presenze per tali reati sono aumentate complessivamente del +22,6%, più della media (+21,7%) del totale: +0,77 presenze (ogni 10.000 ab.) e +2,2 (ogni 10.000 ab.) rispettivamente.

Nel complesso, l'analisi degli ingressi in carcere evidenzia come nell'ultimo decennio la criminalità e, in misura ancora maggiore, le violazioni della normativa sugli stupefacenti, abbiano subito una contrazione, a fronte però di un aumento del +19,7% dei tossicodipendenti dichiarati fra i carcerati; tale incremento potrebbe essere in parte associato ad un aumento di incidenza delle dipendenze, ma anche ad una maggiore strutturazione per l'intercettazione dei casi all'ingresso in carcere.

Nello stesso decennio si è registrato un aumento del ricorso alle misure alternative al carcere, che sono più che raddoppiate, passando da 22.285 condannati che ne usufruivano del 2015 a 44.854 nel 2025. Quelle relative agli affidati tossico/alcoldipendenti dallo stato di libertà o di detenzione ne rappresentano l'8,9% (4.337) e sono aumentate del +42,1% nell'ultimo decennio.

Dipendenza da alcol

La violazione al Codice della Strada (Artt. 186 e 186 bis, che recitano della 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 2023, su un totale di 56.077 incidenti con lesioni osservati da Polizia e Carabinieri, nell'8,5% (4.787 casi) si è evidenziato come almeno uno dei conducenti dei veicoli coinvolti fosse in stato di ebbrezza; nel 3,2% (1.813) è stato invece rilevato l'effetto di stupefacenti. L'incidenza dello stato di ebbrezza alla guida risulta in diminuzione rispetto al 2022, quando il dato era pari al 9,7%; è invece aumentata di +0,2 punti percentuali quella per la droga.

La Polizia stradale ha rilevato, nel 2023, 15.893 violazioni degli art. 186 e 186bis, valore in aumento rispetto al 2022 del +1,0% (15.734 violazioni), di cui il 15,3% con incidenti stradali.

Gli incidenti mortali rilevati dai Carabinieri per violazione degli art. 186 e 186bis del codice della strada rappresentano il 4,8% (55) di tutti gli incidenti mortali; si sono registrati 60 decessi e 5.092 feriti (rispettivamente 4,8% e 9,6% del totale degli incidenti).

7. Impatto economico

Per la stima dell'impatto economico del fenomeno delle dipendenze, in continuità con quanto realizzato nella prima annualità dell'Osservatorio, è stata replicata l'analisi del *cost of illness*, utilizzando il modello di simulazione stocastica sviluppato a tale scopo.

Il modello è deputato a stimare il costo medio annuo delle dipendenze, disaggregato per tipologia di sostanza d'abuso, adottando la prospettiva della Società nel suo complesso. Inoltre, permette di valutare il potenziale impatto economico degli interventi di politica sanitaria e sociale.

Nella prima annualità dell'Osservatorio, la stima dell'impatto economico ha riguardato le dipendenze da sostanze stupefacenti e da alcol. Considerato che i soggetti con problemi di dipendenza presentano frequentemente forme di policonsumo, si è convenuto di attribuire i policonsumatori di stupefacenti e alcol alla categoria delle dipendenze da stupefacenti. Tale scelta è motivata dal fatto che queste ultime risultano generalmente prevalenti in termini di complessità clinico-assistenziale e di assorbimento delle risorse. Di conseguenza, la stima dei costi associati alla dipendenza da alcol è stata riferita ai soggetti esclusivamente consumatori di alcol, senza concomitante uso di sostanze stupefacenti.

Inoltre, non sono stati inclusi nella valutazione i costi correlati a patologie o interventi sanitari indirettamente riconducibili alle dipendenze, quali il trapianto di fegato, le patologie oncologiche e altre condizioni associate. L'esclusione di tali componenti è dovuta all'assenza di informazioni sufficienti sul tempo di esposizione al rischio dei diversi soggetti, elemento necessario per una corretta attribuzione dei costi.

Pertanto, i risultati presentati devono essere interpretati come una stima conservativa dell'impatto economico delle dipendenze, che verosimilmente 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 gli approfondimenti metodologici, si riportano di seguito i dati epidemiologici relativi all'anno 2025, ultimo anno disponibile, utilizzati per l'elaborazione delle stime. In linea con le indicazioni formulate dal Board Scientifico, è stato confermato l'approccio adottato nella precedente annualità, basato sulla definizione di un intervallo di stima *(range)* compreso tra un valore minimo e un valore massimo. Il valore minimo è stato determinato considerando esclusivamente i soggetti che riportano l'uso di droghe come sostanza primaria di abuso, mentre il valore massimo include anche i soggetti che dichiarano l'uso di droghe come sostanza secondaria. Tale approccio consente di rappresentare in modo più completo l'incertezza associata alla reale dimensione del fenomeno e di tenere conto della rilevante diffusione dei modelli di policonsumo tra le persone con disturbo da uso di sostanze.

Sulla base delle assunzioni di cui alla Tabella 1 e 2, si stima che, in Italia, nel 2025 il

Tabella 1. Casistica media, per "stato" (2025)

	Numero	Fonte
Consumatori totali	**7.500.000**	
Attivi	740.000	EUDA, Relazione europea sulla droga
Occasionali	6.760.000	
Trattati	155.817	
SerD	131.328	Ministero della Salute
Privato sociale (ambul, resid. e semires.)	11.989	Rel. sul fenomeno delle tossicod. in Italia, Dip Polit. Antidroga, Pres. Cons. Ministri
Carcere	12.500	Expert opinion su dati relazione tossicod. in Italia, Dip Polit. Antidroga, Pres. Cons. Ministri
Rispondenti ai trattamenti	96.047	
Patologie droga correlate	195.458	
HCV	187.500	ISS ed expert opinion
HIV	7.958	
Decessi	431	
Overdose	231	Rel. sul fenomeno delle tossicod. in Italia, Dip Polit. Antidroga, Pres. Cons. Ministri
AIDS	200	ISS
Con assistenza sanitaria (ricoveri, accessi al PS)	27.817	Ministero della Salute
Illeciti amministrativi e reati	34.679	Relazione tossicod. in Italia, Dip Polit. Antidroga, Pres. Cons. Ministri
Detenuti	26.268	Expert opinion su dati relazione tossicod. in Italia, Dip Polit. Antidroga, Pres. Cons. Ministri

Fonte: ©OISED

costo attribuibile alle dipendenze da stupefacenti (comprensiva dei poli-consumatori) sia pari a € 7,2 mld., in crescita di € 0,5 mld.

Considerando che il valore economico degli stupefacenti consumati (2024) è stimato in € 16,8 mld. (-€ 0,4 mld. rispetto all'anno precedente), l'impatto economico del fenomeno raggiunge i € 24,0 mld.

L'analisi evidenzia che oltre la metà del costo complessivo stimato del fenomeno delle dipendenze, pari a € 4,1 miliardi (57,0%), è assorbita dalle conseguenze sanitarie, incluse le patologie correlate all'uso di sostanze, i decessi e i ricoveri ospedalieri. La componente sociale rappresenta € 1,6 miliardi (24,3%) del totale e comprende i costi sostenuti per le attività di ordine pubblico, gli illeciti amministrativi e penali e il sistema detentivo. Infine, € 1,3 mld. (18,7%) sono riconducibili all'assistenza e alla presa in carico garantite dai SerD e dagli enti del privato sociale.

Nello specifico, i costi relativi agli Esiti, stimati in € 4,0 mld., sono quasi per la totalità attribuibili alla gestione delle patologie droga-correlate (HIV, HCV etc.), con un

Figura 2. Composizione del costo della dipendenza da stupefacenti

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

Fonte: ©OISED

minimo residuo relativo ai decessi e agli accessi alle strutture ospedaliere (pronto soccorso e ricoveri), pari a € 52,1 mln.

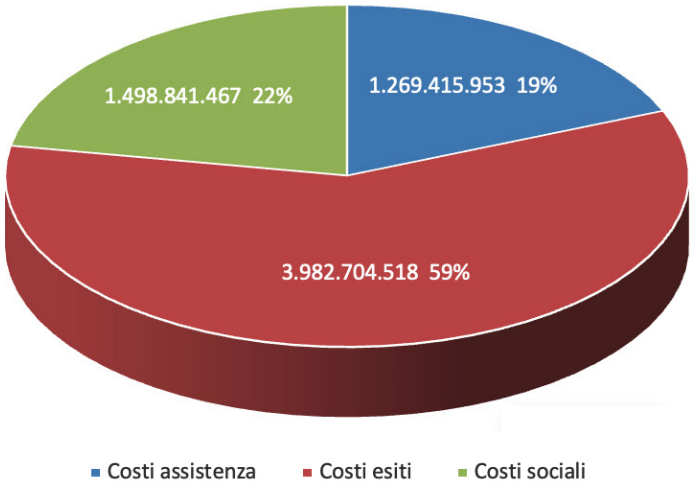
La detenzione (€ 1,2 mld.) rappresenta il 69,0% del costo dei costi Sociali (pubblici non sanitari), seguita dalla gestione degli illeciti amministrativi e/o reati (€ 0,55 mld.).

Dei costi di presa in carico degli utenti, pari a € 1,3 mld, il 35,5% è attribuibile al trattamento presso i servizi del privato sociale (comunità terapeutiche etc.), il restante 64,5% al trattamento presso i SerD.

Il *board* scientifico ha individuato alcune azioni ritenute di potenziale efficacia: al fine di valutarne l'impatto economico si è simulato l'impatto di:

- 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,

Figura 21. Composizione del costo della dipendenza da stupefacenti



Fonte: ©OISED

Comunità Terapeutiche-SerD);

• Intercettazione precoce dei giovani "nuovi" consumatori attraverso una riduzione dello stigma;

• Potenziamento del ricorso a misure alternative alla detenzione (Legge n. 140/2026);

• Coinvolgimento del terzo settore per attività finalizzate a ridurre il rischio di recidiva di reato.

Per quanto riguarda le ipotesi alla base degli scenari analizzati, è stato assunto, sulla base di una *expert opinion*, che l'adozione di interventi finalizzati a migliorare l'aderenza terapeutica, quali il ricorso a trattamenti farmaceutici *long acting* e il maggiore utilizzo di interventi psicologici, possa determinare un incremento della quota di pazienti in trattamento che raggiungono una risposta terapeutica compreso tra 5 e 15 punti percentuali. Parallelamente, si è ipotizzato un dimezzamento, per paziente, del numero di esami per l'accertamento dell'abuso di sostanze e delle visite di controllo.

Tali benefici sarebbero tuttavia associati a un aumento della spesa farmaceutica, stimato in misura pari a tre volte quella attuale, nonché a un raddoppio della spesa per le visite psicologiche; viceversa, la spesa per gli esami diagnostici si ridurrebbe del 50%.

Secondo le simulazioni effettuate, il saldo complessivo di tali effetti si tradurrebbe in una riduzione del costo totale compresa tra € 62,7 mln. e € 102,3 mln.

Sul versante del potenziamento dell'intercettazione precoce dei giovani "nuovi" consumatori attraverso una riduzione dello stigma, si è ipotizzato che si possa ottenere garantendo l'accesso in strutture prossime al domicilio di almeno il 15-25% degli utenti attivi; misura 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 e detenuti del 5-10%, e degli accessi al Pronto Soccorso del 30-35%.

In tal caso (assumendo il valore centrale dei *range* sopra indicati) porta a stimare un risparmio potenziale di circa € 402,9 mln. annui.

Per quanto concerne l'ipotesi di un maggior ricorso alle misure alternative alla detenzione, come previsto dal D.L. 140/2026, si stima potrebbe 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 ad eventuali requisiti di accreditamento), e un risparmio pari a € 32,2 mln. per ogni punto percentuale di riduzione degli Esiti droga-correlati e dei reati/illeciti amministrativi.

Infine, l'ipotesi di una maggiore ricorso ad interventi di rete pubblico - terzo settore per attività finalizzate al reinserimento sociale del soggetto, finalizzata all'obiettivo di riduzione del rischio di recidiva del reato, si stima generebbe un risparmio potenziale di € 134,5 mln. grazie ad una diminuzione dei soggetti che commettono reati del 15-20%, a fronte di un investimento finalizzato ad incrementare del 25-30% il numero di utenti attivi in trattamento riabilitativo/di recupero (tirocini formativi, borse di studio etc.).

7.2 Costo della dipendenza da alcol

Per quanto concerne la dipendenza dall'alcol, il modello prevede una prima

Tabella 3. Casistica dipendenza da alcol, per "stato" (2023)

	Numero	Fonte
Consumatori totali	**36.560.000**	ISS
Consumatori con abuso di alcol	730.000	ISS
Consumatori occasionali	7.373.730	ISS
Trattati	89.866	
SerD/servizi di alcologia	64.856	Ministero della Salute
Ambulatori ospedalieri	10.000	Ministero della Salute
Gruppi di Auto/Mutuo Aiuto	15.000	Ministero della Salute
Carcere	10	Expert opinion
Rispondenti ai trattamenti	**30.085**	Expert opinion
Decessi	**1.406**	Rel. Ministero della Salute
Epatopatie alcoliche	937	
Disturbi psichici e comportamentali dovuti ad alcol	290	
Cariomiopatia alcolica, degenerazione SN, pancreatite cronica etc.	79	
Incidenti stradali	100	
Assist sanitaria (osped. Pat. alcol correlate e accessi PS)	**116.703**	
Ricoveri (pat. alcol correlate e incidenti)	47.766	Ministero della Salute
Accessi PS	40.277	
Interventi 118	28.660	
Illeciti e reati amministrativi/penali (violazione artt. 186/187)	**40.850**	Rel. Ministero della Salute
Detenuti	**100**	Expert opinion

Fonte: ©OISED

stratificazione degli utenti in base alla "tipologia di consumatore": in particolare, il modello distingue fra consumatori a rischio e occasionali, e nel primo caso fra soggetti che fanno abuso di alcol[11] 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 etc.).

Relativamente agli "Esiti", si considera la risposta ai trattamenti (psicologici, etc.), il "controllo" delle manifestazioni della patologia (legato al non commettere incidenti stradali, reati, etc.); inoltre, se il soggetto

[11] Saunders et al., Alcohol Clin Exp Res. 2019

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

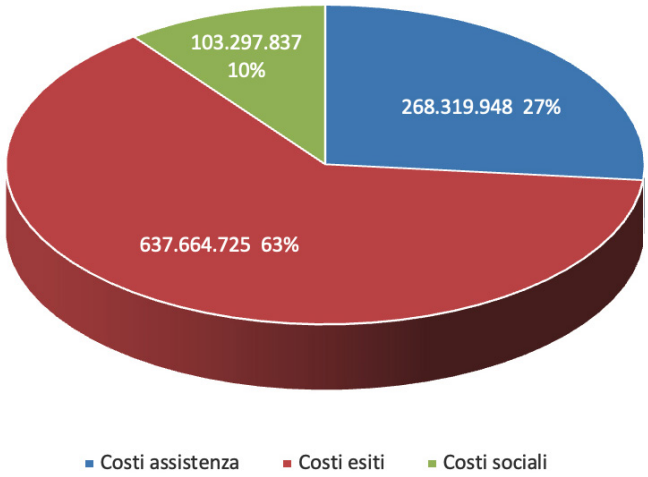
Fonte: ©OISED

contrae o meno patologie alcol-correlate (steatosi alcolica, cirrosi etc.), e se ricorre o meno a servizi sanitari (accessi al pronto soccorso, ricoveri, visite ambulatoriali) per eventuali complicanze delle patologie, errori di assunzione delle terapie, incidenti etc.). Un'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 2023, il costo attribuibile alla dipendenza da alcol sia pari a € 1,0 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 € 0,64 mld. (63% del totale); presa in carico da parte dei SerD/servizi di alcologia/servizi del privato sociale vale € 0,28 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).

Figura 22. Composizione costo della dipendenza da alcol (2023)



Fonte: ©OISED

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 etc.

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

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

I costi relativi agli Esiti, pari a € 541,0 mln., sono quasi per la totalità (85,0%) 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 (€ 93,7 mln.), seguita da quella relativa alla detenzione (€ 3,8 mln.).

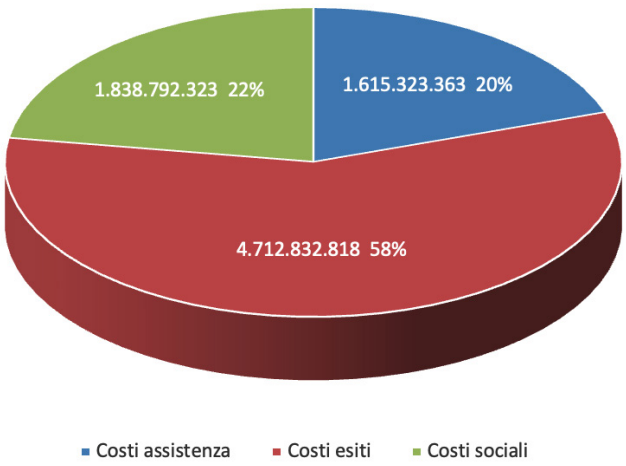
Analogamente a quanto fatto per la dipendenza da sostanze stupefacenti, è stato determinato l'impatto economico di azioni politica sanitaria, sociale e giudiziaria, finalizzate a contenerne gli effetti.

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

Secondo le simulazioni condotte, tali azioni comporterebbero un risparmio per il Paese nel range € 7,8-20,1 mln.

Lo scenario relativo ai valori centrali della distribuzione comporterebbe un risparmio annuo di € 18,1 mln.

Figura 23. Composizione costo della dipendenza da stupefacenti e alcol



Fonte: ©OISED

7.3 Costo della dipendenza da sostanze stupefacenti e da alcol

Considerando entrambe le forme di dipendenza analizzate, complessivamente si stima un costo delle dipendenze per la Società pari a € 8,2 mld., di cui € 7,2 mld. per la dipendenza da stupefacenti e € 1,0 mld. per quella da alcol.

In particolare, il 57,7,2% del costo è attribuito agli Esiti sanitari, il 22,6% al Sociale (illeciti/reati amministrativi/penali, detenzione) ed il restante 19,8% all'assistenza sanitaria.

Per entrambi i fenomeni, i costi indiretti associati alla perdita di produttività conseguente ai decessi per patologie ed eventi correlati all'uso di sostanze, nonché agli accessi al Pronto Soccorso e ai ricoveri ospedalieri per condizioni alcol e droga-correlate, ammontano complessivamente a 151,2 milioni di euro.

Considerando sia i costi diretti sia quelli indiretti e includendo il valore economico del mercato delle sostanze illegali (€ 16,8 mld.), il costo complessivo per il Paese raggiunge € 25,2 mld., pari a circa l'1,1% del Prodotto Interno Lordo (PIL).

8. Impatto della presa in carico "precoce" e integrata dei soggetti a rischio

8.1 DM 77/2022 e dipendenze patologiche

Le Case della Comunità (CdC) rappresentano il principale pilastro della riforma dell'assistenza territoriale delineata dal DM 77/2022 e finanziata dal PNRR. Concepite come strutture di prossimità orientate alla presa in carico integrata dei bisogni sanitari e sociosanitari della popolazione, le CdC sono chiamate a garantire l'accesso coordinato ai servizi territoriali attraverso équipe multiprofessionali e multidisciplinari, favorendo l'integrazione tra assistenza primaria, specialistica, servizi infermieristici, assistenza domiciliare e servizi sociali.

L'integrazione del 24 gennaio 2023 del DM 77 (77bis) ad oggetto "Metodologia per la definizione del fabbisogno di personale" riporta che l'assistenza nell'area delle Dipendenze è organizzata funzionalmente secondo quattro livelli, in modo da garantire prestazioni di qualità e con intensità di intervento differenziate per tipologia di target di popolazione e di bisogni espressi.

In particolare, il primo livello di prevenzione, consultazione ed assistenza primaria vede le funzioni garantite all'interno delle Case di Comunità in stretta collaborazione con i MMG, i PLS e gli altri servizi del territorio coinvolti nella rete sociosanitaria, secondo le modalità organizzative che le Regioni individueranno in attuazione del DM 77/2022.

I dati del monitoraggio nazionale AGENAS relativi al secondo semestre 2025 evidenziano una progressiva attivazione della rete territoriale. A fronte di 1.715 Case della Comunità programmate a livello nazionale, risultano operative 781 strutture con almeno un servizio attivo. Tuttavia, il percorso di implementazione appare ancora incompleto: solo una quota limitata delle strutture ha raggiunto la piena conformità agli standard organizzativi e ai requisiti previsti dal DM 77, indicando come la realizzazione del nuovo modello territoriale sia ancora in una fase di consolidamento.

In questo contesto, i servizi per le dipendenze patologiche (SerD) assumono un ruolo strategico, in quanto consentono di intercettare precocemente situazioni di vulnerabilità, favorire l'accesso alle cure, garantire percorsi integrati con la salute mentale ed altri specialisti, rafforzare la continuità assistenziale tra servizi specialistici e territorio. La presenza dei servizi per le dipendenze all'interno delle Case della Comunità risponde inoltre all'esigenza di sviluppare modelli di presa in carico multidimensionale, particolarmente rilevanti per persone con bisogni complessi e spesso caratterizzati da comorbilità internistiche, psichiatriche e problematiche sociali.

Nonostante tale rilevanza, il DM 77/2022 non include i servizi per le dipendenze tra le attività obbligatorie delle Case della Comunità. Essi rientrano infatti tra i servizi raccomandati, analogamente ai servizi di salute mentale e di neuropsichiatria infantile, lasciando alle Regioni e alle Aziende sanitarie la facoltà di definirne il livello di

integrazione organizzativa all'interno delle nuove strutture territoriali.

I dati di monitoraggio mostrano che, al 31 dicembre 2025, i servizi per le dipendenze risultavano attivati in 164 Case della Comunità, pari a circa il 21% delle strutture operative. Il dato appare significativamente inferiore rispetto ad altri servizi territoriali, quali gli *screening*, le attività consultoriali, la valutazione multidimensionale o i servizi di salute mentale, evidenziando come l'integrazione delle dipendenze nel nuovo modello territoriale sia ancora limitata e disomogenea sul territorio nazionale. Tale evidenza suggerisce l'opportunità di rafforzare ulteriormente il ruolo dei SerD all'interno delle Case della Comunità, valorizzandone il contributo alla diagnosi precoce, alla presa in carico integrata e alla continuità assistenziale delle persone con disturbi da uso di sostanze e altre forme di dipendenza.

Il monitoraggio conferma che la riforma dell'assistenza territoriale offre un'importante opportunità per avvicinare i servizi per le dipendenze ai contesti di vita delle persone e favorire una maggiore integrazione con le cure primarie. Tuttavia, la limitata diffusione attuale dei SerD nelle Case della Comunità indica che tale potenziale non è ancora pienamente realizzato e che saranno necessari ulteriori interventi organizzativi e programmatori per garantire una presenza più capillare e uniforme di questi servizi all'interno della rete territoriale.

8.2 Profilo utenti e fabbisogno di personale

Dipendenza da sostanze illegali

Al fine di promuovere una presa in carico dei soggetti anche nelle Case di Comunità, il board scientifico ha identificato dei profili di utenti che potrebbero opportunamente ricorrere a tale struttura, nonché le fasi del percorso di cura e riabilitativo ed eventuale progetto terapeutico ivi erogabili.

L'identificazione dei gruppi di utenti proposta ha carattere orientativo e non intende esaurire l'insieme delle casistiche potenzialmente coinvolgibili, ed è limitata alle dipendenze da stupefacenti e da alcol, sulle quali ci siamo concentrati in questa annualità.

I profili proposti sono di seguito riportati:

- Giovane under 25 consumatore con allarme familiare, alterazioni psichiche con uso di alcol, sintomi depressivi e ritiro sociale (fase: richiesta di ascolto, consultazione, approfondimento diagnostico e progetto terapeutico)
- Studente dopo primi colloqui presso Centro di Informazione e Consulenza (CIC), scuole superiori o frequentatore di Centri di Ascolto Giovanili (CAG) (fase: approfondimenti con ciclo max 8 colloqui o gruppi educativi o terapeutici max 20 sedute)
- Giovane under 34, *binge drinking*, psicofarmaci, episodi acuti (Fase: diagnosi e cura)
- Diagnosi e cura persona stabilizzata in fase di reinserimento lavorativo, relazionale, abitativo. valutazione e attivazione rete (Fase: valutazione e attivazione rete)
- Persona in fase di *follow-up* dopo completamento per alcune tipologie di programma (Fase: monitoraggio e strumenti di valutazione).

Per ogni attività sono state specificate le figure professionali coinvolte ed il tempo da esse impiegato.

Ipotizzando che i profili individuati come

eleggibili per una presa in carico presso le Case della Comunità (CdC) rappresentino il 10% degli utenti attualmente in carico ai Servizi per le Dipendenze (SerD), e assumendo una distribuzione uniforme tra le tre principali fasi del percorso assistenziale (accoglienza e valutazione diagnostica, programma terapeutico-riabilitativo e *follow-up*), è stato possibile stimare il fabbisogno di personale necessario a garantire tale attività. Considerando inoltre l'ipotesi di intercettare e prendere in carico il 20% delle persone con disturbo da uso di sostanze non ancora seguite dai servizi, pari a 123.734 soggetti, il numero complessivo di utenti da assistere nelle CdC sarebbe pari a 136.867.

Assumendo questo scenario, il fabbisogno stimato risulterebbe di circa 13 operatori per Casa della Comunità, in grado di seguire mediamente 104 utenti per struttura, per un totale nazionale di 5.681 professionisti.

Qualora, invece, la capacità di emersione e presa in carico del sommerso fosse più contenuta, pari al 5% della popolazione non intercettata dai servizi, il fabbisogno si ridurrebbe a circa 4,2 unità di personale per CdC, corrispondenti a 1.829 operatori a livello nazionale; infine, in uno scenario intermedio, con una presa in carico del 10% del sommerso, sarebbero necessarie circa 7,1 unità di personale per CdC, per un totale di 3.113 professionisti.

Le stime evidenziano come il fabbisogno di risorse umane sia strettamente correlato alla capacità del sistema di intercettare la popolazione attualmente non in carico ai servizi per le dipendenze: all'aumentare della quota di sommerso raggiunta, cresce proporzionalmente la necessità di personale dedicato nelle Case della Comunità.

% sommerso preso in carico	Unità di personale/CdC	Unità di personale totali
5	4,2	1.829
10	7,1	3.113
20	13,0	5.681

I profili che richiedono il maggior impiego di risorse sono i giovani consumatori under 25 con segnali di disagio psicologico e utilizzo di sostanze e i giovani under 34 con problematiche correlate a *binge drinking*, uso di psicofarmaci o sostanze: per questi il fabbisogno medio è pari a 4 unità professionali equivalenti ogni 100 utenti. In questi casi emerge una forte componente psicologica e multidisciplinare: lo psicologo rappresenta, quindi, la figura maggiormente coinvolta (10,3), seguito dall'educatore (5,3), l'assistente sociale (5,1) e il medico (4,0).

Nel caso degli studenti provenienti dai percorsi di ascolto scolastico (CIC) o dai CAG, che necessitano di cicli limitati di approfondimento o interventi di gruppo, il fabbisogno medio risulta più contenuto, pari a 2,3 unità professionali ogni 100 utenti. Anche in questo ambito il ruolo centrale è svolto dallo psicologo (9,0), affiancato dall'educatore (2,8), l'assistente sociale (2,5) e l'infermiere (1,6).

Per le persone già in carico ai servizi e in una fase di reinserimento lavorativo, abitativo e relazionale, la presa in carico richiede mediamente 2,2 unità professionali ogni 100 utenti, con un coinvolgimento prevalente delle figure educative (4,0), dell'assistente sociale (3,8) e dello psicologo (4,6), orientato soprattutto alla valutazione e all'attivazione delle reti territoriali e delle opportunità di inclusione sociale.

Infine, per gli utenti in *follow-up* dopo il completamento del programma terapeutico, il fabbisogno assistenziale si riduce notevolmente, attestandosi a 0,4 unità professionali ogni 100 utenti. In tale fase

Figura 24. Unità di personale CdC ogni 100 utenti, per tipo di professionista

	Under 25 con disagio e sostanze	Studenti CIC/CAG	Under 34 binge drinking e uso sostanze	Reinserimento	Follow-up
MEDICO	4,0	0,5	4,0	1,2	0,5
INFERMIERE	2,2	1,6	2,2	1,3	0,0
PSICHIATRA	1,0	0,0	1,0	0,3	0,0
PSICOLOGO	10,3	9,0	10,3	4,6	0,6
ASSISTENTE SOCIALE	5,1	2,5	5,1	3,8	0,0
EDUCATORE	5,3	2,8	5,3	4,0	1,3
MEDIA	**4,0**	**2,3**	**4,0**	**2,2**	**0,4**

il monitoraggio è affidato prevalentemente ad educatori (1,3), psicologi (0,6) e medici (0,5), con il supporto della dirigenza per le funzioni di coordinamento e governo clinico (0,5).

Complessivamente, l'analisi evidenzia come il modello di intervento per le dipendenze nelle CdC è fortemente connotato dalla presenza delle professioni psicologiche e socio-educative, mentre le figure sanitarie mediche e infermieristiche assumono un ruolo particolarmente rilevante nelle fasi di valutazione diagnostica e presa in carico clinica iniziale. Ciò suggerisce che l'eventuale implementazione di attività dai SerD alle Case della Comunità dovrebbe essere accompagnato da una dotazione multiprofessionale equilibrata, nella quale psicologi, educatori e assistenti sociali costituiscano il nucleo principale dell'équipe, integrato da medici, psichiatri e infermieri per la gestione degli aspetti clinici e diagnostici.

Dall'analisi per tipologia di attività si osserva come mentre nelle fasi iniziali di diagnosi e trattamento prevale nettamente il fabbisogno sanitario e socio-sanitario, nelle fasi di reinserimento cresce il peso degli interventi sociali, confermando la necessità di un modello integrato tra sanità, servizi sociali e terzo settore all'interno delle CdC.

I profili dei giovani under 25 con consumo problematico e disagio psichico associato e dei giovani under 34 con *binge drinking*, uso di psicofarmaci o sostanze presentano un fabbisogno prevalentemente sanitario, pari a 5,0 unità professionali equivalenti ogni 100 utenti, a cui si aggiunge una significativa componente socio-sanitaria (3,9) e una quota di interventi di tipo sociale (2,3). Tali dati riflettono la necessità di integrare valutazione clinica, diagnosi, trattamento psicologico e presa in carico educativa e sociale.

Nel caso degli studenti provenienti dai CIC o dai CAG, il fabbisogno si riduce rispettivamente a 2,6 unità (ogni 100 utenti) nell'area sanitaria, 2,6 nell'area socio-sanitaria e 1,3 nell'area sociale, coerentemente con interventi a minore intensità assistenziale e prevalentemente orientati alla prevenzione, all'intercettazione precoce e all'approfondimento diagnostico.

Per le persone stabilizzate inserite in percorsi di reinserimento lavorativo, abitativo e relazionale, il peso relativo degli interventi sociali aumenta considerevolmente, raggiungendo un valore di 2,1, molto vicino a

Figura 25. Unità di personale CdC ogni 100 utenti, per ambito di intervento

Ambito di intervento	Under 25 con disagio e sostanze	Studenti CIC/CAG	Under 34 binge drinking e uso sostanze	Reinserimento	Follow-up
Sanitario	5,0	2,9	5,0	2,3	0,4
Socio-sanitario	4,1	2,6	4,1	1,3	0,4
Sociale	2,3	1,3	2,3	2,1	0,2

quello dell'area sanitaria (2,3), a conferma della centralità delle attività di inclusione sociale, sostegno all'autonomia e attivazione delle reti territoriali.

Nella fase di *follow-up* post trattamento il fabbisogno complessivo si riduce sensibilmente e si concentra soprattutto negli interventi socio-sanitari (0,4) e sanitari (0,3), mentre la componente sociale assume un ruolo più limitato (0,2), coerentemente con attività di monitoraggio, verifica degli esiti e prevenzione delle ricadute.

Considerando complessivamente tutti i profili analizzati, il fabbisogno medio risulta pari a 3,1 unità nell'ambito sanitario (ogni 100 utenti), 2,3 nell'ambito socio-sanitario e 1,6 nell'ambito sociale, con una media generale rispettivamente di 4,1, 2,3, 4,2, 1,8, e 0,3 tra le diverse tipologie di utenza. Questo quadro evidenzia come un modello di presa in carico territoriale efficace nelle Case della Comunità debba fondarsi su una forte integrazione tra competenze cliniche, socio-sanitarie e sociali, garantendo la presenza coordinata di professionisti sanitari, psicologi, educatori e assistenti sociali.

Dipendenza da alcol

Spostando l'attenzione sulla dipendenza da alcol, ipotizzando che i profili individuati come eleggibili per una presa in carico presso le CdC rappresentino il 10% degli utenti attualmente in carico ai Servizi di alcologia, e assumendo una distribuzione uniforme tra le tre principali fasi del percorso assistenziale (accoglienza e valutazione diagnostica, programma terapeutico-riabilitativo e *follow-up*), è stato possibile stimare il fabbisogno di personale necessario a garantire tale attività. Considerando inoltre l'ipotesi di intercettare e prendere in carico il 20% delle persone con dipendenza da alcol non ancora seguite dai servizi, pari a 133.029 soggetti, il numero complessivo di utenti da assistere sarebbe pari a 139.514. In questo scenario, il fabbisogno stimato risulterebbe di circa 13,1 operatori per ciascuna CdC, in grado di seguire mediamente 106 utenti per struttura, per un totale nazionale di 5.630 professionisti.

Qualora, invece, la capacità di emersione e presa in carico del sommerso fosse più contenuta, pari al 5% della popolazione non intercettata dai servizi, il fabbisogno si ridurrebbe a circa 3,7 unità di personale per CdC, corrispondenti a 1.635 operatori a livello nazionale. In uno scenario intermedio, con una presa in carico del 10% del sommerso, sarebbero necessarie circa 6,9 unità di personale per CdC, per un totale di 3.003 professionisti.

Si conferma come il fabbisogno di risorse umane sia strettamente correlato alla capacità del sistema di intercettare la popolazione attualmente non in carico ai servizi per le dipendenze: all'aumentare della quota di sommerso raggiunta, cresce proporzionalmente la necessità di personale dedicato nelle CdC.

% sommerso preso in carico nelle CdC	Unità di personale/CdC	Unità di personale totali
5	3,7	1.635
10	6,9	3.003
20	13,1	5.630

8.3 Impatto economico

La presa in carico di quota parte del sommerso (5-10%) con dipendenza da sostanze stupefacenti nelle CdC, incentiva minore stigma, un aumento di costi per la presa in carico, ma comporta riduzioni in termini di esiti e di commissione di illeciti amministrativi/reati, generando, secondo le nostre stime, un risparmio complessivo annuo per il Paese compreso tra € 222,3 mln. e € 102,3 mln.

Lo stesso scenario nella dipendenza da alcol genererebbe un risparmio annuo compreso tra € 47,8 mln. e € 16,7 mln.

9. Considerazioni finali

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; va però tenuto presente che presumibilmente l'epidemiologia non è uniforme sul territorio nazionale; se 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 Mezzogiorno che ha la ripartizione con l'offerta maggiore. Per entrambe le forme di dipendenza il minor tasso di utenti in carico si registra nel Mezzogiorno del Paese, sebbene sia stata, insieme al Nord-Est, la ripartizione geografica che ha registrato un aumento di utenti in carico nell'ultimo quinquennio.

Nell'ultimo quinquennio (2019-2024) si è registrata una riduzione del personale dedicato nei SerD (-5,7%), in controtendenza con l'aumento registrato nei servizi di alcologia +3,9% fra il 2019 e il 2023. Mentre nei primi tale riduzione è associata ad un aumento degli utenti presi in carico (+1,1%); nei servizi di alcologia si è registrata una riduzione degli utenti in carico (-0,2%), ma un aumento nell'ultimo anno (+1.970, +3,1%).

Il tasso di personale in rapporto agli utenti in carico per la dipendenza da stupefacenti è circa un terzo in meno rispetto alla dipendenza da alcol (4,6 vs 6,9 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 +0,3 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 77bis mancano all'appello circa 2.000 unità di personale: 272 medici (-17,4%), 420 psicologi (-30,2%), 193 infermieri (-9,6%), 624 educatori professionali (-49,2%), 323 assistenti sociali (-23,4%) e 144 amministrativi (-37,1%).

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 della Sardegna, e tutte quelle del Centro, ad eccezione del Lazio.

Si stima che 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 Centro. La quota di nuovi utenti è maggiore nella dipendenza da alcol (28,5%); nei tossicodipendenti è

del 13,2%, 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: 81,0 vs 32,2 ogni 100.000 ab.; Il ricorso all'ospedalizzazione è aumentato nel medio periodo per i disturbi droga-correlati (+1,3%) e diminuito per le patologie alcol-attribuibili (-3,6% medio annuo).

A 7 e 30 giorni dalla dimissione rispettivamente il 3,2% ed il 3,7% dei ricoverati per problemi alcol-attribuibili vengono nuovamente ricoverate: fenomeno indicativo di una elevata complessità assistenziale di tali pazienti, ma anche di una probabile non adeguata presa in carico da parte dei servizi, come la carenza di continuità assistenziale ospedale-territorio.

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, sebbene nel tempo sia aumentata la criticità della casistica e nell'ultimo anno anche il numero di accessi; il rapporto è di 1:4 tra gli accessi di chi ha fatto abuso di droghe e chi di alcol (14,0 e 60,8 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 10% dei casi esitano in un ricovero ospedaliero.

Da ultimo, osserviamo che in Regioni, quali ad esempio Valle d'Aosta e Abruzzo, ma anche Emilia Romagna e P.A. di Trento, che presentano livelli di "domanda" simili, si evidenziano differenze di organico che arrivano a raggiungere il 50%; 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%. Anche nei servizi di alcologia si riscontra una analoga situazione: Regioni, quali ad esempio Emilia Romagna e Molise, pur presentando livelli di "domanda" simili, evidenziano differenze di organico che arrivano a superare il 500%; 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%.

Si evidenzia quindi l'urgente necessità di incentivare una più omogenea programmazione ed organizzazione dell'offerta e il raggiungimento di standard comuni.

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.

L'analisi degli ingressi in carcere evidenzia come nell'ultimo decennio la criminalità e, in misura ancora maggiore, le violazioni della normativa sugli stupefacenti abbiano subito una contrazione, a fronte però di un aumento fra i carcerati dei tossicodipendenti dichiarati (+19,7%); tale incremento potrebbe essere in parte associato ad un aumento di incidenza delle dipendenze, ma anche ad una maggiore strutturazione per l'intercettazione dei casi all'ingresso in carcere.

Nello stesso decennio si è registrato un aumento del ricorso alle misure alternative

al carcere, che sono più che raddoppiate, passando da 22.285 condannati che ne usufruivano del 2015 a 44.854 nel 2025. Quelle relative agli affidati tossico/alcoldipendenti dallo stato di libertà o di detenzione ne rappresentano l'8,9% (4.337) e sono aumentate del +42,1% nell'ultimo decennio.

Il fenomeno associato alla dipendenza da alcol, considerando tanto i consumatori a rischio (8,6 milioni), quanto i consumatori con abuso di alcol (circa 730.000), eleggibili questi ultimi alla presa in carico da parte dei servizi, genera un costo (diretto) nazionale annuo pari a € 1,0 mld., al quale si aggiungono € 81,2 mln. di costi indiretti dovuti alle perdite di produttività.

Si consideri che non sono stati considerati 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 consci della grande rilevanza economica di queste fattispecie, che fanno dell'alcolismo una rilevante patologia per costi economici e perdita di vite, e che 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 etc.), rappresenta la voce di costo maggiore, seguita da quella "Sociale" e poi da quella relativa alla gestione socio-sanitaria (pubblica e del privato sociale) di questi soggetti.

In termini economici, i fenomeni di dipendenza da stupefacenti e da alcol, si stima che generino un costo (diretto) annuo complessivo per il Paese pari a € 8,2 mld., di cui € 7,2 mld. riferiti al primo caso (considerando anche i poli consumatori) e € 1,0 mld. al secondo.

A tale costo si affiancano € 151,2 mln, di costi indiretti associati alle perdite di produttività dovuti ai decessi, agli accessi al Pronto Soccorso e ai ricoveri, associati alle patologie droga e alcol correlate.

Il costo totale annuo per il Paese, considerando anche il valore delle sostanze illegali (€ 16,8 mld), raggiunge un valore economico per il Paese di € 25,2 mld., ovvero circa l'1,1% del PIL.

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

Ad oggi sono presi in carico dai servizi (pubblici e del privato sociale) appena il 20% dei soggetti con consumo non occasionale di sostanze psicotrope (740.000) e circa il 10% di quelli con consumo di alcol ad alto rischio (730.000).

Un contributo importante potrebbe provenire dalle Case di Comunità, ma nonostante il DM 77/2022 raccomandi l'introduzione in esse dei servizi delle dipendenze, ad oggi sono stati dichiarati attivi in appena il 21% delle strutture attivate.

Tali strutture consentirebbero una presa in carico integrata e multidisciplinare del soggetto con dipendenza, oltre che una presa in carico precoce di soggetti non ancora in trattamento per via del minore stigma generato in caso di accesso in tali strutture.

In vista di un potenziamento dell'integrazione, sono state analizzate le tipologie di utenti e le fasi di presa in carico opportunamente erogabili nelle CdC, stimando le risorse di personale necessarie.

La gestione del 10% degli utenti in cari-

co ai servizi unitamente ad una presa in carico del sommerso in un range 5-20% richiederebbe un fabbisogno di personale compreso tra 4,2 unità e 13,0 unità ogni CdC, con una media di 100 utenti per ogni struttura.

Da ultimo, sono state analizzate azioni finalizzate a contenere gli esiti sanitari, sociali ed economici delle dipendenze; le nostre stime indicano che si possono produrre benefici significativi per il Paese: ad esempio per ogni euro investito nel rafforzamento della presa in carico socio-sanitaria, comprese le terapie farmacologiche, l'incremento delle visite specialistiche e degli interventi assistenziali, potrebbero essere generati risparmi pari a circa quattro euro. Analogamente, risultano particolarmente rilevanti i potenziali benefici economici derivanti dalla riduzione del ricorso alla detenzione in favore di misure alternative, con un risparmio stimato di circa 45,7 milioni di euro annui per ogni punto percentuale di riduzione dei soggetti a rischio.

Alla luce dell'elevato impatto del fenomeno delle dipendenze sotto il profilo organizzativo, sanitario, sociale, giudiziario ed economico, appare pertanto opportuno:

- allineare progressivamente la dotazione di personale agli standard organizzativi previsti dal DM 77 bis, al fine di adeguare l'offerta assistenziale al fabbisogno reale della popolazione, tenendo conto anche dell'emergere di nuovi bisogni assistenziali. In termini esemplificativi, l'incremento di una unità di personale consentirebbe la presa in carico di circa 25 utenti aggiuntivi;
- allineare progressivamente la dotazione di personale dei SerD agli standard organizzativi previsti dal DM 77 bis, al fine di adeguare l'offerta assistenziale al fabbisogno reale della popolazione, tenendo conto anche dell'emergere di nuovi bisogni assistenziali.
- promuovere e rafforzare le attività e in collaborazione con i medici di medicina generale, favorendo l'intercettazione precoce delle situazioni a rischio e l'avvio a percorsi terapeutici appropriati, finalizzati a prevenire sia gli episodi acuti sia la progressiva cronicizzazione delle dipendenze;
- potenziare la presa in carico precoce e integrata all'interno delle CdC, al fine di contrastare il bisogno sommerso, prevenire il verificarsi di esiti sanitari e sociali sfavorevoli, quali incidenti, problematiche giudiziarie e altre conseguenze correlate;
- dedicare particolare attenzione alla popolazione giovanile, nella quale si osserva una crescente diffusione di nuove sostanze psicoattive, favorendo l'accesso attraverso strutture di prossimità (CdC, servizi under 25, servizi a bassa soglia, azioni di rete territoriale, etc.)
- favorire una maggiore integrazione tra interventi sanitari, sociosanitari e sociali, promuovendo percorsi assistenziali continui e multidisciplinari, integrati anche con il Terzo Settore.

Le azioni sopra descritte richiedono inevitabilmente un incremento delle risorse economiche dedicate. Tali risorse, tuttavia, rappresentano un investimento, capace di generare benefici in termini di riduzione degli esiti negativi e dei costi sociali, ampiamente superiori agli oneri sostenuti.

Occorre inoltre ribadire che l'attuale quadro epidemiologico, oltre a mostrare un aumento delle forme di dipendenza già consolidate, è caratterizzato dalla crescente diffusione di nuove sostanze d'abuso, in particolare tra le fasce di popolazione in età produttiva.

In tale contesto, appare necessario ripen-

sare il modello organizzativo dei servizi per le dipendenze e aggiornarne l'offerta assistenziale, che appare disomogenea a livello regionale. I servizi pubblici e quelli del privato sociale dovrebbero operare secondo modalità pienamente integrate, al fine di garantire l'identificazione precoce delle situazioni di rischio, l'intervento nelle fasi iniziali del consumo problematico e il successivo reinserimento sociale delle persone prese in carico.

In questa prospettiva, sarebbe auspicabile prevedere specifiche risorse dedicate alle dipendenze anche nell'ambito delle Case della Comunità, nonché una integrazione con quelle del distretto socio-sanitario, assicurandone il monitoraggio sia nella fase di riparto sia in quella di concreta attuazione da parte delle Regioni.

Infine, sarebbe auspicabile che il settore possa godere di uno sviluppo dei sistemi di flussi informativi e di monitoraggio delle diverse attività erogate, per consentire analisi sistematiche necessarie alla programmazione socio sanitaria ai diversi livelli di *governance*.

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 2025
- Ministero della Salute, DM 77/2022 e integrazioni 2023

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
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

Codice diagnosi ICD-9-CM	Descrizione diagnosi
304.73	Combinazioni di sostanze oppioidi con altre, in remissione
304.8	Dipendenza da combinazioni di sostanze che escludono gli oppioidi
304.80	Dipendenza da combinazioni di sostanze che escludono gli oppioidi, non specificata
304.81	Dipendenza da combinazioni di sostanze che escludono gli oppioidi, continua
304.82	Dipendenza da combinazioni di sostanze che escludono gli oppioidi, episodica
304.83	Dipendenza da combinazioni di sostanze che escludono gli oppioidi, in remissione
304.9	Dipendenza da sostanze non specificata
304.90	Dipendenza da sostanze non specificata, non specificata
304.91	Dipendenza da sostanze non specificata, continua
304.92	Dipendenza da sostanze non specificata, episodica
304.93	Dipendenza da sostanze non specificata, in remissione
305.2	Abuso di cannabinoidi
305.20	Abuso di cannabinoidi, non specificato
305.21	Abuso di cannabinoidi, continuo
305.22	Abuso di cannabinoidi, episodico
305.23	Abuso di cannabinoidi, in remissione
305.3	Abuso di allucinogeni
305.30	Abuso di allucinogeni, non specificato
305.31	Abuso di allucinogeni, continuo
305.32	Abuso di allucinogeni, episodico
305.33	Abuso di allucinogeni, in remissione
305.5	Abuso di oppioidi
305.50	Abuso di oppioidi, non specificato
305.51	Abuso di oppioidi, continuo
305.52	Abuso di oppioidi, episodico
305.53	Abuso di oppioidi, in remissione
305.6	Abuso di cocaina
305.60	Abuso di cocaina, non specificato
305.61	Abuso di cocaina, continuo
305.62	Abuso di cocaina, episodico
305.63	Abuso di cocaina, in remissione
305.7	Abuso di amfetamina o di simpaticomimetici ad azione simile
305.70	Abuso di amfetamina o di simpaticomimetici ad azione simile, non specificato
305.71	Abuso di amfetamina o di simpaticomimetici ad azione simile, continuo
305.72	Abuso di amfetamina o di simpaticomimetici ad azione simile, episodico
305.73	Abuso di amfetamina o di simpaticomimetici ad azione simile, in remissione
305.9	Altro abuso, misto o non specificato
305.90	Altro abuso, misto o non specificato, non specificato
305.91	Altro abuso, misto o non specificato, continuo
305.92	Altro abuso, misto o non specificato, episodico
305.93	Altro abuso, misto o non specificato, in remissione
965.0	Avvelenamento da oppiacei e narcotici correlati
965.00	Avvelenamento da oppio (alcaloidi), non specificati
965.01	Avvelenamento da eroina
965.02	Avvelenamento da metadone
965.09	Avvelenamento da altri oppiacei e narcotici correlati
968.5	Avvelenamento da anestetici di superficie (topici) e da infiltrazione
968.6	Avvelenamento da anestetici che agiscono sui plessi nervosi e sui nervi periferici
968.7	Avvelenamento da anestetici spinali

Codici diagnosi ICD-9-CM totalmente attribuibili all'alcol

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 alcoolica
425.5	Cardiomiopatia alcoolica
535.30	Gastrite alcoolica senza menzione di emorragia
535.31	Gastrite alcoolica 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 alcooli specificati
980.9	Effetti tossici di alcool non specificato

EDIZIONE FUORI COMMERCIO

ISBN 978-88-946007-9-7