



SPESA PUBBLICA E COSTI SOCIALI DELLA TOSSICODIPENDENZA NELL'UNIONE EUROPEA

Maarten Postma

*University of Groningen, Joint Departments of Pharmacoepidemiology & Pharmacoeconomics and Pharmacotherapy & Pharmaceutical Care, Groningen, Netherlands
Health Economics Consultancy & Technology Assessment, Groningen, Netherlands*

INTRODUZIONE

L'approccio economico alle tossicodipendenze è stato applicato in precedenza solo in pochi studi, e un numero ancora inferiore di questi ha raggiunto la letteratura internazionale accreditata. È doveroso menzionare due studi storici dei primi anni novanta. Il primo, uno studio di Kim et al che ha analizzato costi e benefici dei programmi di prevenzione della tossicodipendenza per gli Stati Uniti nel periodo 1979-92 ¹. Gli autori stimarono un rapporto costi/benefici estremamente positivo, infatti ad ogni \$ investito nella prevenzione della tossicodipendenza corrispondeva un risparmio di 15 \$ sui costi diretti e indiretti. Successivamente, Rice et al hanno stimato i costi delle patologie correlate alla tossicodipendenza, all'interno di una più ampia analisi sui costi sociali della tossicodipendenza ². L'analisi dei costi sociali esamina sia i costi indiretti derivanti dalla perdita di produttività determinata dallo stato di tossicodipendenza, sia i costi legati alla criminalità e ai reati droga-correlati (NB: la perdita di produttività in economia sanitaria è solitamente indicata come costo indiretto; questa definizione sarà utilizzata anche in questo lavoro).

L'analisi dei costi sociali della tossicodipendenza rappresenta un approccio particolarmente appropriato, poiché considera il carico totale dei costi della tossicodipendenza per la società, adottando una prospettiva più ampia di quella della spesa pubblica. Qui di seguito vengono presentati i principali risultati di due studi condotti da Kopp e Single; quest'ultimo, in particolare, ha sviluppato un modello e delle linee guida per una stima adeguata dei costi sociali della tossicodipendenza.

La tabella 1 confronta le stime dello studio di Single con quelle dello studio di Kopp, riportando i capitoli di spesa per il consumo di sostanze d'abuso rispettivamente del Canada ³ e della Fran-

¹ Kim S et al. Benefit cost analysis of drug abuse prevention programs: a macroscopic approach. *Drug Addiction* 1995; 25:111-27.

² Rice D, Kelman S, Miller L. Estimates of economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness, 1985-88. *Public Health Reports* 1999; 106:280-92.

³ Single E et al. The economic costs of alcohol, tabacco and illicit drugs in Canada, 1992. *Addiction* 1998; 93:991-1006.

cia ⁴. Dall'analisi emerge che i costi indiretti costituiscono la percentuale più ampia di spesa, e anche i costi sanitari rappresentano una porzione rilevante da non sottovalutare.

Tabella 1: Stima dei costi sociali della tossicodipendenza in Canada e Francia suddivisi in categorie di costo.

Categorie di costo	Canada	Francia
Costi diretti sanitari	6%	12%
Altri costi diretti	34%	36%
Costi indiretti	60%	52%

Il presente articolo analizza la spesa pubblica correlata alle sostanze d'abuso, che rappresenta la parte predominante dei costi sociali.

In particolare, le voci principali dei costi sociali complessivi derivanti dall'abuso di sostanze riguardano la prevenzione, la ricerca, le terapie, la riabilitazione, i servizi di pubblica sicurezza e i costi della malattia. Questi vengono normalmente identificati come **costi diretti**, e costituiscono l'argomento principale di questo lavoro ⁵. Ciò implica che i **costi indiretti** di perdita di produttività, per esempio dovuti all'uso di sostanze o alle condizioni patologiche correlate all'uso di sostanze, ma anche gli effetti indiretti sull'assistenza sociale e sulla sicurezza sono esclusi da questa analisi, nonostante il loro ampio impatto sui costi sociali della tossicodipendenza (tabella 1).

Anche i **costi privati** (ad esempio: spesa per l'acquisto di sostanze illecite) sono esclusi in questo approccio. Infine deve essere menzionata un'ultima categoria di costi, costituita dalla cosiddetta "oneri trasferiti" rappresentati dalle tasse (i cittadini partecipano attivamente tramite le tasse al mantenimento sia del sistema sanitario che del sistema giudiziario). Queste spese non rappresentano costi alla luce di una definizione puramente economica dei costi e per tale motivo, spesso, non vengono considerati nell'analisi dei costi sociali della tossicodipendenza e non sono nemmeno inclusi nel nostro approccio sulla spesa pubblica.

⁴ Kopp P. Calculating the social cost of illicit drugs. Methods and tools for estimating the social cost of the use of psychotropic substances, Pompidou Group, Council of Europe Publishing, 2001.

⁵ Drummond MF et al. Methods for economic evaluation of health care programs. Oxford University Press 1999.

2. METODI

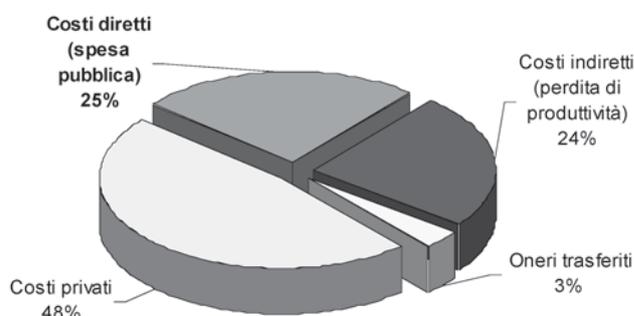
2.1 DEFINIZIONI E DATI DI RIFERIMENTO

Come detto sopra, i costi sociali della tossicodipendenza includono la spesa pubblica destinata a problemi droga correlati. In questo articolo viene usata una classificazione ampiamente in sintonia con la categorizzazione dei costi sociali relativi alla spesa pubblica:

1. **Costi privati** dei consumatori di sostanze o altri (non considerati in questo lavoro);
2. **Costi indiretti** di perdita di produttività ⁶ (non considerati in questo lavoro);
3. **Costi diretti** (inclusa la spesa pubblica e la spesa per farmaci e sostanze d'abuso) relativi a: prevenzione; ricerca; trattamento della dipendenza; riabilitazione; giustizia penale; pubblica sicurezza garantita dalle forze dell'ordine; carceri; servizi di sicurezza pagati mediante spesa pubblica (es.: sorveglianza in edifici pubblici); costi sanitari derivanti da incidenti; costo delle patologie correlate alla dipendenza ⁷ e overdose;
4. **“Oneri trasferiti”**, che non rappresentano costi o spese alla luce di una definizione strettamente economica, ad esempio le tasse (non considerati in questo lavoro).

Se rappresentiamo in un diagramma tutte le componenti dei costi sociali (prendendo come esempio lo studio di Kopp, 2001), vediamo che la spesa pubblica rappresenta solo una piccola parte della spesa totale ⁴. La spesa pubblica, infatti, fa parte dei costi diretti e corrisponde a meno del 25% (Figura 1).

Figura 1: Esempio di distribuzione dei costi sociali per la Francia (Kopp 2001) ⁴

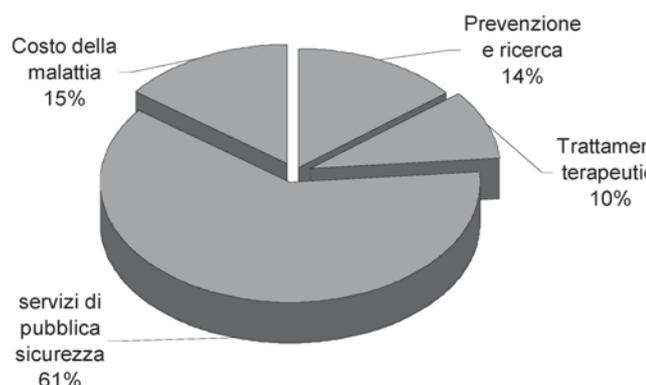


⁶ I costi indiretti sono correlati alla disoccupazione causata dallo stato di tossicodipendenza, alla bassa performance sul lavoro, all'assenteismo o alla malattia/morte prematura.

⁷ Patologie correlate alla tossicodipendenza: Anemia, infezioni delle ossa, della pelle e delle articolazioni, Meningite, patologie croniche al fegato, Endocardite, malattie cardiache, Epatiti, HIV, disordini mentali, Toxemia, difficoltà respiratorie, TBC.

Considerando il 25% attribuito ai costi diretti della Figura 1 (che come detto corrispondono alla spesa pubblica), va detto che questa categoria è composta prevalentemente dalle spese per garantire la pubblica sicurezza (61%), i trattamenti terapeutici (10%), la prevenzione e la ricerca (14%), il costo della malattia per il 15% (Figura 2).

Figura 2: Esempio di distribuzione dei costi diretti per la Francia (Kopp, 2001)



Focalizzando l'attenzione sulla spesa pubblica, è importante aver presente questi costi prima di analizzare nel dettaglio le peculiarità di diversi paesi. Si è detto che i costi diretti sono per lo più rappresentati dalla spesa pubblica, anche se nella categoria dei costi diretti possiamo trovare delle voci di costo che non rappresentano spesa pubblica, si pensi, ad esempio, ai costi per la manutenzione dei veicoli incidentati (possono essere assicurati tramite assicurazioni private), oppure ai servizi di sicurezza privati o ai danni recati alla proprietà privata. Sebbene il costo della malattia venga definito come spesa pubblica ciò dipende, formalmente, dal tipo di sistema sanitario vigente in quel paese. All'interno di questa analisi è stato deciso di includere questi costi nella spesa pubblica, indipendentemente dal sistema sanitario e dalla percentuale di spesa per servizi privati di ciascun paese dell'Unione europea considerato.

Potenzialmente il concetto di "oneri trasferiti" può indurre a dei fraintendimenti, poiché si intende riferito a tasse, pagamenti previdenziali, trasferimento di proprietà attraverso furti, multe, eccetera. Queste voci di costo sono spesso incluse nelle spese, sebbene non riflettano effettivi cambiamenti nello stato sociale di un paese. Queste categorie riflettono solo trasferimenti da una persona o gruppo a un altro gruppo di persone, e non sono considerate come reali costi-opportunità. In questo articolo gli oneri trasferiti vengono esclusi dall'analisi della spesa pubblica per aderire meglio a definizioni economiche scientificamente fondate. In alcuni studi noti, tuttavia, si è preferito includere nella spesa pubblica i pagamenti trasferiti, a testimonianza della diffusa molteplicità di fonti e definizioni possibili.

Il presente lavoro offre una breve panoramica sui principali risultati relativi ai costi della tossicodipendenza nei paesi dell'Unione Europea, estratti dai report nazionali di ricerca e da pubblicazioni scientifiche a diffusione nazionale. Sulla base di queste fonti sono stati ipotizzati i possibili profili dei paesi, e tutte le stime sono state confrontate senza pretese di esaustività. Infine è opportuno osservare che si osservano numerose differenze di carattere metodologico tra gli studi considerati, alcuni dei quali forniscono un'analisi piuttosto dettagliata ed approfondita.

REPORT NAZIONALI

PROFILI DEI PAESI SELEZIONATI

In questo paragrafo sono presentati i profili di spesa per le tossicodipendenze di alcuni paesi europei utilizzando, laddove possibile, i report nazionali del 2002. La descrizione di questi profili si è attenuta il più possibile alla classificazione dei costi sociali della tossicodipendenza presentata in precedenza (figura 2). Tuttavia non sempre è stato possibile applicare pienamente tale classificazione.

AUSTRIA

Il report nazionale relativo alla spesa pubblica per la tossicodipendenza in Austria risale al 1997, ed esamina anche le spese riconducibili agli interventi di riduzione del danno ⁸.

Tra queste voci di spesa generalmente non compaiono i costi relativi alle patologie correlate alla tossicodipendenza, mentre invece sono compresi i costi dei trattamenti sostitutivi, della prevenzione primaria e secondaria, della reintegrazione. Nello specifico, in questo studio vengono considerate anche le spese riconducibili ai servizi di pubblica sicurezza e i costi della malattia, ad esempio, le infezioni virali (Tabella 2).

Tabella 2: Spese dell'Austria per la tossicodipendenza nel 1997 in milioni di euro e percentuale

CAPITOLI DI SPESA	Milioni di €	%
Servizi di pubblica sicurezza	96,7	65
-arresti	47,3	
-sistema giudiziario	8,1	
-carcere	41,3	
Trattamenti terapeutici	34,7	23
-pazienti ricoverati	19,1	
-pazienti esterni	13,4	
-centri a bassa soglia	2,2	
Costo della malattia	15,5	10
Prevenzione	2,9	2
TOTALE	149,8	100

Nota: le spese dei centri a bassa soglia si riferiscono esclusivamente a quei progetti svolti presso la struttura della "Verein Wiener Sozialprojekte". In strutture simili nel Vorarlberg e in Tirolo è stato impossibile stimare tali spese. Il costo della malattia si riferisce alle spese per le ospedalizzazioni direttamente correlate alla tossicodipendenza (vari sottocodici dell'ICD 3-292, 304, 305, 779, 965, 969 e 970), escludendo invece quelle per le ospedalizzazioni indirettamente correlate, ad esempio per la contrazione di HIV, HCV e HBV. La cifra di 2,9 milioni di euro si riferisce alle spese per gli interventi di prevenzione dal consumo di fumo, alcol e sostanze ricreative (che possono ovviamente precedere la dipendenza da oppiacei).

⁸ Bruckner J, Zederbauer S. Vergleich und Analyse des Problems illegaler Drogen in Österreich unter ökonomischen Gesichtspunkten; Überblick über die Aufwendungen und Leistungen der Drogeneinrichtungen im Jahr 1997. Linz: Fonds Gesundes Österreich 2000.

Lo studio è stato condotto sulla base di procedure di “bottom-up” (dal basso verso l’alto), a partire dalle registrazioni e dalle stime locali, per esempio, delle persone in trattamento o degli interventi delle forze dell’ordine. Così, sulla base dei dati dei vari centri di costo, sono state fatte delle proiezioni a livello regionale sul numero di reati droga correlati. Gli oneri trasferiti non sono stati inclusi nella stima di spesa. Per esempio sono stati stimati i guadagni derivanti dalle sanzioni, ma non sono stati inclusi nella presentazione aggregata.

BELGIO

Recentemente (nel 2004) sono stati resi disponibili i risultati di un vasto studio condotto in Belgio⁹. Gli autori hanno sottolineato alcune difficoltà relative alla diversa organizzazione delle amministrazioni come, ad esempio, quella dei Servizi di pubblica sicurezza e del Sistema sanitario, che hanno impedito significativamente la loro ricerca. Inoltre, talvolta è stato difficile differenziare i farmaci legali e le sostanze d’abuso. L’approccio è stato duplice: da un lato lo studio è stato condotto sulla base di procedure di “top-down” dall’alto verso il basso, basato su documenti governativi nazionali, federali e regionali, e dall’altro lato sulla base di procedure di “bottom-up” dal basso verso l’alto (sono stati intervistati i sindaci locali). Quanto emerso è rappresentato nella tabella 3.

Tabella 3: Spese del Belgio per la tossicodipendenza nel 2002 in milioni di euro e percentuale

CAPITOLI DI SPESA	Milioni di €	%
Linee guida	5,2	3%
Ricerca	2,7	1%
Prevenzione	8,2	4%
Trattamenti terapeutici (*)	71,7	38%
Servizi di pubblica sicurezza	98,0	54%
Totale	185,9	100%

(*) I trattamenti terapeutici includono l’assistenza

Nota: il costo della malattia, per esempio, per HCV, HBV e HIV, non è stato stimato. Tuttavia nel complesso lo studio si presenta esteso ed articolato. Nonostante questi dati non siano ancora stati pubblicati, sembrano essere i migliori disponibili attualmente per il Belgio. Da un punto di vista scientifico, un lavoro così esaustivo come questo studio del Belgio è disponibile solo in pochi altri paesi (tra cui la Francia e la Gran Bretagna).

⁹ De Ruyver B, Pelc I, Casselman J, Geenens K, Nicaise P, From L, Vander Laenen F, Meuwissen K, Van Dijck A. Drugbeleid in cijfers. Gent: Academia Press 2004 (http://www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/SoCoh/rSO01008_fr.pdf).

FRANCIA

Uno degli studi chiave sui costi sociali della tossicodipendenza è stato condotto in Francia da Kopp et Al ¹⁰. In contesto più ampio comprendente diverse categorie di costi sociali non monetizzabili- come quelli correlati alla morte prematura, alla perdita di reddito dovuta alla carcerazione, alla perdita di produttività per le patologie correlate, ai reati commessi per assicurarsi i soldi necessari all'acquisto di droga- Kopp ha distinto diverse voci di spesa. Lo studio affronta: il costo della malattia, del sistema giudiziario, dell'amministrazione penitenziaria, dei servizi di pubblica sicurezza, della prevenzione, ricerca e trattamenti terapeutici. Inoltre l'analisi si è concentrata sul costo della malattia legato all'HIV/AIDS e sul costo del trattamento farmacologico con Subutex. Tre categorie di spesa correlate al consumo di sostanze illecite sono considerate, generalmente, essenziali: la prevenzione, la salute e la repressione. Il concetto di prevenzione rappresenta l'insieme delle attività per evitare che i potenziali consumatori diventino reali utilizzatori, e per limitare il consumo di sostanze dei tossicodipendenti. Le spese "sanitarie" includono i costi del trattamento con Subutex in una prospettiva di riduzione della domanda, e quelli correlati all'HIV/AIDS in un approccio più ampio di spesa generale.

Per la Francia sono disponibili alcune stime aggiornate, sebbene un quadro di spesa ampio e completo sia reso disponibile da uno studio originale del 1995. Per questo motivo si è deciso di confrontare i dati del 1995 con quelli aggiornati del 2002. Lo studio francese viene considerato come il "golden standard" per lo studio dei costi della tossicodipendenza in Europa.

Tabella 4: Spese della Francia per la tossicodipendenza nel 1995 (aggiornata dove possibile) in milioni di euro (percentuali in parentesi)

CAPITOLI DI SPESA	1995	AGGIORNATA
Terapia	93 (10%)	91
Costo di malattia	141 (15%)	--
Sistema giudiziario (di 210 giudici etc. nel 1995)	34 (4%)	41
Amministrazione penitenziaria	220 (23%)	201
Servizi di pubblica sicurezza	340 (35%)	340
Governative	136 (14%)	130
Totali	964 (100%)	

Nota: La terapia considerata riguarda solo il subutex. Il costo della malattia è considerato solo per quanto riguarda HIV/AIDS. La spesa stimata per i Servizi di pubblica sicurezza riguardava, inizialmente, l'impegno della polizia nella lotta contro il traffico di droga e la repressione della criminalità e dei reati droga-correlati, pari a 188 milioni di euro. Successivamente, le dogane hanno contribuito con 81 milioni di euro ai Servizi di pubblica sicurezza, la polizia ha concorso con 70 milioni di euro alle indagini e alle missioni di pubblica sicurezza. Il Governo spende per la prevenzione (vari ministeri, incluso quello per la Gioventù e lo Sport), le terapie e, in particolare, la terapia prevista dall'articolo 40 che coinvolge più di 200 centri di cura (Ministero degli affari sociali, della Salute e degli affari pubblici) circa 83 milioni di euro, per l'educazione e la ricerca (Ministero dell'Educazione Nazionale, Educazione Superiore e Ricerca), le iniziative internazionali (Ministero degli Affari Esteri, cooperazioni con finanziamenti e Programma delle Nazioni Unite per il Controllo Internazionale della Droga) e il budget europeo per la droga circa 28 milioni di euro.

¹⁰ OFDT, Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France, P Kopp, P Fenoglio, 1995 at www.drogues.gouv.fr and updates, see Kopp, Rumeau-Pichon, *Le Pen. Les enjeux financiers des traitements de substitution*. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2002.

Gli autori di queste stime sottolineano delle limitazioni dei loro dati. Le stime si riferiscono al 1995, e un aggiornamento che tenga conto degli aggiustamenti di budget potrebbe cambiare il prospetto delle spese qui descritto. Inoltre non sono disponibili dati per quanto riguarda i livelli decentrati (comuni, regioni, dipartimenti), limitando la rappresentatività del lavoro (sebbene il livello centrale si sa che costituisce la maggior parte della spesa). In aggiunta non è stata posta nessuna attenzione in questo tipo di approccio all'efficacia della spesa; per esempio alcune azioni potrebbero aver avuto maggior impatto, mentre altre nessuno. Un'ulteriore limitazione si può notare nell'approccio limitato al trattamento (solo subutex) e al costo della malattia (solo HIV/AIDS, trascurando varie altre malattie, come riassunto nell'introduzione generale). Ovviamente, questo (e potenzialmente alcuni altri fattori) causa una sottostima della spesa nel campo delle droghe in Francia.

SPAGNA

La Spagna è uno dei pochi paesi che dispone di uno studio revisionato, e con la potenzialità di essere pubblicato a livello internazionale, sulla spesa e sui costi sociali della tossicodipendenza ¹¹ (gli altri paesi sono la Francia e la Gran Bretagna). Lo studio è stato condotto nell'arco di un anno (1997), e sono stati analizzati entrambi gli aspetti della spesa sociale e sanitaria. I costi sanitari sono stati stimati usando l'approccio di Single e considerando le diagnosi di dimissione, sia primaria che secondaria (rispettivamente il vero motivo di ricovero e le situazioni di comorbidità). In aggiunta, è stata utilizzata l'informazione epidemiologica per stimare il numero di casi di HIV/AIDS attribuibili all'uso di droghe. Per quanto concerne la spesa delle terapie, sono stati inclusi sia i costi dei farmaci correlati all'uso di droga come naltrexone e metadone, sia i costi per gli antiretrovirali per i pazienti sieropositivi. Infine, sono stati inclusi anche i costi relativi alle sentenze di tribunale, alla detenzione in carcere e i costi indiretti per la perdita di produttività.

La tabella 5 mostra i risultati, escludendo i costi indiretti di perdita di produttività che non sono concepiti come spesa.

¹¹ Garcia-Altes A, Olle JM, Antonanzas F, Colom J. The social cost of illegal drug consumption in Spain. *Addiction* 2002;97:1145-53.

Tabella 5: Spese della Spagna per la tossicodipendenza nel 1997 in milioni di euro (usando un tasso di cambio di 1 euro = 1 dollaro US)

CAPITOLI DI SPESA	Milioni di €	%
Cure mediche	124,4	35
Medicinali	107,1	30
Prevenzione	11,8	3
Educazione e Ricerca	2,6	1
Programmi sociali	10,4	3
Amministrazione	9,4	2
Giustizia	16,3	5
Carceri	69,2	20
Varie	2,0	1
Totale	353,5	100

Nota: La voce "Varie" comprende la spesa delle organizzazioni "Asociacion Proyecto Hombre and Fundacion de Ayuda contra la Drogadiccion".

I costi indiretti connessi alla perdita di produttività sono stati stimati utilizzando l'approccio del capitale umano, equivalenti a 114,312 milioni di euro e principalmente correlati alla mortalità (95%). Alcune limitazioni di questo studio riguardano il fatto che sono stati considerati solo alcuni reati, come il possesso di stupefacenti, mentre quelli collegati al traffico di sostanze illecite non sono stati presi in considerazione nonostante la loro importanza.

Buona parte del finanziamento della spesa spagnola per le tossicodipendenze avviene grazie al fondo di denaro composto dai beni confiscati dal traffico di droga e da altri reati correlati. Almeno il 50% di questo fondo è stanziato a favore di programmi di prevenzione della tossicodipendenza, di assistenza ai tossicodipendenti e di interventi di integrazione sociale e lavorativa.

REGNO UNITO

Per il Regno Unito è disponibile uno studio estensivo sui costi economici e sociali delle sostanze di Classe A, che riguarda l'Inghilterra e il Galles ¹².

Le sostanze di Classe A sono: LSD, cocaina, ecstasy, eroina, crack, metadone e funghi allucinogeni. Le stime si riferiscono al 2000. L'approccio è di tipo "bottom-up" in ragione della prevalenza dell'uso di droga e delle sue conseguenze, cui sono associati i costi unitari.

L'approccio è basato sul contesto economico e propone una tipologia di sei diversi gruppi di conseguenze derivanti dalla tossicodipendenza:

- Per i consumatori;
- Per la famiglia e i familiari;

¹² Godfrey C, Eaton G, McDougall C, Culyer A. The economic and social costs of Class A drug use in England and Wales, 2000. Home Office: 2002.

- Per gli altri soggetti interessati;
- Per la società;
- Per le industrie;
- Per il settore pubblico.

Un'ulteriore specificazione di ogni singola voce fornisce varie sottocategorie, specificate qui di seguito. Le conseguenze della tossicodipendenza per i consumatori riguardano la morte prematura, lo scadere della qualità della vita personale, un impatto negativo sull'educazione e l'opportunità di addestramento/lavoro, un eccesso di disoccupazione. Per le famiglie occorre considerare che l'impatto più grave si verifica soprattutto sui figli dei tossicodipendenti anche per il pericolo di trasmissione dell'infezione; inevitabilmente le conseguenze riguardano anche i problemi finanziari, le risorse investite per assistere il familiare tossicodipendente, la preoccupazione/paura. Si intendono "altri soggetti interessati" le vittime di violenze e reati correlati alla droga, e le persone che hanno contratto patologie dai tossicodipendenti. Gli effetti più vasti sulla società sono, in parte, intangibili come la paura dei cittadini per la criminalità o le conseguenze che riguardano l'ambiente (ad esempio: siringhe abbandonate nei parchi, spaccio nelle scuole). Il settore dell'industria deve far fronte ad una serie di conseguenze della tossicodipendenza come l'assenza per malattia, i furti sul posto di lavoro, la spesa per la sicurezza, la perdita di produttività e l'impatto del mercato illegale della droga sulle attività lecite. Per concludere, il settore pubblico copre la spesa sanitaria, la spesa per il sistema giudiziario, per i servizi sociali e le indennità assicurative.

Nel 2000 il numero di tossicodipendenti problematici è stato stimato attorno ad un valore minimo di 281.125 fino ad un valore massimo di 506.025, in Inghilterra e nel Galles. Di questi, circa l'80% è rappresentato da consumatori per via endovenosa (59% nuovi iniettori, 41% "vecchi" iniettori). La tabella seguente mostra i dati della ricerca effettuata nel Regno Unito. Il *report* britannico presenta indici di stima bassi, medi e alti, ma in questo articolo sono stati considerati i valori medi. Nello studio condotto nel Regno Unito viene operata una specifica distinzione tra la spesa sanitaria (trattamento primario) e i costi delle malattie infettive correlate alla tossicodipendenza. Gli stipendi, sebbene rappresentino trasferimenti di denaro, sono mostrati qui per completezza.

Tabella 6: Spesa governativa per la tossicodipendenza in milioni di euro (1 sterlina = 1,41 euro)

CAPITOLI DI SPESA	Milioni di €	%
Trattamenti terapeutici	492	12
Servizi di pubblica sicurezza	3347	83
Costo della malattia	113	3
Altri costi sociali	89	2
Totale	4040	100

Nota: Le cure mediche si riferiscono all'overdose, all'avvelenamento con LSD e cocaina, all'assistenza primaria per tossicomani problematici, ai ricoveri d'urgenza, all'assistenza durante il ricovero e di tipo psichiatrico. I crimini si riferiscono agli arresti, ai processi e alla detenzione in carcere. La voce "altri costi sociali" si riferisce soprattutto alla cura dei bambini con genitori tossicodipendenti.

In un altro studio, pubblicato e revisionato, di Healey et Al. una distribuzione piuttosto simile è stata trovata per la spesa relativa ad un sottogruppo di 1075 tossicodipendenti ¹³. In particolare, anche in questo studio alle attività criminali corrisponde la maggior percentuale di spesa (78%) sui costi totali, pari a 17,2 milioni di euro. Questo studio non è stato presentato dal momento che i dati disponibili sono meno recenti rispetto a quelli presentati sopra.

CONFRONTI NAZIONALI TRASVERSALI

4.1 DISPONIBILITÀ

In questo paragrafo sono esaminati i dati relativi ai costi della tossicodipendenza di cinque paesi. Questi studi si riferiscono agli anni 1995 (uno), 1997 (due), 2000 (uno) e 2002 (uno).

I dati disponibili relativi ai cinque paesi concordano con la suddivisione utilizzata in questo report (spese pubbliche di prevenzione, trattamenti terapeutici, Servizi di pubblica sicurezza e costo della malattia). Nonostante lo studio francese si riferisca ad un periodo più lontano nel tempo (1995), questo studio è generalmente considerato uno “studio modello”. Infatti, in molti paesi dove sono disponibili degli studi o delle categorizzazioni di spesa conformi a quello qui presentato, a tuttora mancano dati complessivi sui costi dei servizi di pubblica sicurezza e della malattia (questo è per esempio il caso dell’Olanda).

¹³ Healey A, Knapp M, Astin J, Gossop M, Marsden J, Stewart D, Lehmann P, Godfrey C. Economic Burden of Drug Dependency. *British Journal of Psychiatry* 1998; 173:160-5.

4.2 LIVELLO AGGREGATO

I profili dei paesi sono stati confrontati sulla base di dati aggregati, considerando le distribuzioni percentuali delle varie categorie di spesa e l'incidenza della spesa totale per la tossicodipendenza sul Prodotto Interno Lordo (GDP) o pro capite.

Tabella 7: Spesa per la tossicodipendenza pro capite (€) e incidenza percentuale sul Prodotto Interno Lordo (GDP).

	Pro capite (€)	Incidenza % sul PIL
Austria	18	0,08
Belgio	18	0,09
Francia	16	0,08
Spagna	9	0,07
Gran Bretagna	68	0,35
Austria: 8.114.000 popolazione e GDP di 181.937 milioni di euro Belgio: 10.214.000 popolazione e GDP di 214.961 milioni di euro Francia: 59.099.000 popolazione e GDP di 1.244.312 milioni di euro Spagna: 39.418.000 popolazione e GDP di 492.989 milioni di euro Gran Bretagna: 59.333.000 popolazione e GDP di 1.165.057 milioni di euro		

In Gran Bretagna le stime mostrano una spesa pro capite (68 €) e percentuali di prodotto interno lordo (GDP) relativamente elevate. Le stime del Regno Unito si innalzano fino a 86 euro pro capite e allo 0,44% del PIL se vengono presi in considerazione anche gli indennizzi di disoccupazione. Lo studio francese¹⁴, molto dettagliato, indica una spesa pro capite di 16 euro e lo 0,08% di PIL per la spesa correlata alla tossicodipendenza, conformemente ai valori dell'Austria e del Belgio.

Lo studio francese ha dimostrato come sono disponibili, sostanzialmente, due tipologie principali di approccio: "bottom-up" dal basso verso l'alto, e "top-down" dall'alto al basso. La procedura dal basso verso l'alto calcola le stime a partire dalle singole unità come il numero di magistrati, di poliziotti, la prevalenza etc. per essere combinato con "stime di costo unitario". Invece, l'approccio dall'alto verso il basso analizza la spesa ministeriale o i budget e le motivazioni di spesa, le cui frazioni possono essere attribuite al problema droga.

Ciò che emerge dai confronti è l'assenza di un modello di definizione delle categorie di spesa condiviso, per questo i dati non sembrano paragonabili. Infatti, l'uso degli stessi vocaboli non garantisce che si riferiscano alla stessa categoria di spesa, né è garantita l'inclusione di tutte le categorie rilevanti di spesa per tutti i paesi considerati in questo lavoro.

¹⁴ Kopp P. Calculating the social cost of illicit drugs. Methods and tools for estimating the social cost of the use of psychotropic substances, Pompidou Group, Council of Europe Publishing, 2001.

4.3 ANALISI DETTAGLIATE

Laddove possibile, è stato condotto un confronto più dettagliato, anche se mancano le stime sui costi di malattia relative al Belgio. Tuttavia, si evidenzia come a tutti gli altri paesi (Austria, Francia, Spagna e Gran Bretagna) corrisponda una spesa, per i Servizi di pubblica sicurezza e il costo di malattia, pari al 60-86% della spesa totale attribuita alla tossicodipendenza. Considerando anche i trattamenti terapeutici il *range* percentuale cresce a 88-98%. Quindi per essere rilevanti gli studi dovrebbero, almeno, esaminare questo limitato numero di categorie di spesa (trattamenti terapeutici e servizi di pubblica sicurezza).

Secondo il report di Kopp (1999) la stima della spesa sull'uso illecito di sostanze in Francia è pari a 1000 milioni di euro, comprendente anche i costi per il trattamento delle patologie correlate HCV e HBV alla tossicodipendenza (0,08% del GDP)¹⁵. I costi della tossicodipendenza in Spagna corrispondono, nel 1997, a 354 milioni di euro (0,07% del GDP), mentre in Gran Bretagna nel 2000 sono pari a 4020 milioni di euro (0,35% del GDP). Quest'ultima stima esclude esplicitamente gli indennizzi di disoccupazione del 20% che, da un punto di vista socio-economico, sarebbero considerati soltanto degli oneri trasferiti.

5. SCOSTAMENTI E LIMITI

Il confronto dei dati tra due studi simili permette di individuare i vincoli e i limiti esistenti nel campo della ricerca economica. In generale, emerge una sostanziale difficoltà nel paragonare i diversi approcci metodologici, riducendo le possibilità di confronto a causa delle diverse fonti, definizioni e criteri di inclusione. Quasi tutti i paesi dell'Unione Europea sarebbero in grado di fornire alcuni dati estratti o da pubblicazioni scientifiche, oppure da studi ad hoc condotti a livello locale o dati ministeriali aggregati. Tuttavia, è rimarchevole l'assenza di analisi scientifiche dettagliate per i maggiori paesi dell'Unione Europea: Germania e Italia.

Si osserva, inoltre, che talvolta i costi della malattia non sono stimati negli studi che offrono informazioni scientifiche dettagliate (Austria, Belgio, Francia, Spagna e Regno Unito). Ciononostante, la maggior parte di questi paesi hanno in comune che i costi delle forze dell'ordine assorbono più del 50% delle spese complessive (eccetto la Spagna). Se sono inclusi i costi delle terapie e della malattia questo range percentuale cresce a 87-98%.

Analizzando lo studio condotto dall'EMCDDA¹⁶ sulla spesa sanitaria dei paesi dell'Unione Europea emerge che per Irlanda, Italia e Lussemburgo sono disponibili dati di bassa qualità sulla spesa per la tossicodipendenza, così come per Finlandia, Danimarca, Germania, Grecia e Portogallo, mentre dati adeguati sono disponibili per Paesi Bassi e Svezia e dati di buona qualità sono disponibili per Austria, Belgio, Francia, Spagna e Regno Unito. La disponibilità di dati adeguati/di buona qualità sui costi della tossicodipendenza è cruciale per stimare il rapporto costi-benefici all'interno della spesa pubblica, da cui dipendono le decisioni nel campo della preven-

¹⁵ Postma MJ, Wiessing LG, Jager JC. Pharmacoeconomics of Drug Addiction: estimating the costs of hepatitis C virus, hepatitis B virus and human immunodeficiency virus infection among drug users in member states of the European Union. *Bull on Narcotics* 2001;53:79-89.

¹⁶ EMCDDA, Kopp P, Fenoglio P. Public spending on drugs in the European Union during the 1990s - A Retrospective research, EMCDDA 2003.

zione e dei trattamenti terapeutici. Per esempio, negli studi dove erano disponibili dati adeguati ed era possibile stimare il rapporto costi-benefici, i risultati indicavano sempre benefici eccedenti i costi del trattamento. Tali risultati, basati su raccolte accurate di dati, sono estremamente importanti per motivare tali programmi di trattamento e per l'implementazione del risparmio sui costi sociali ¹⁷.

6. CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

Emerge con urgenza la necessità di ottenere dati di elevata qualità relativi ai costi della tossicodipendenza, ancora mancanti per molti paesi, inclusi i maggiori paesi dell'Unione Europea come Germania e Italia. Attualmente l'approccio francese di "bottom-up" potrebbe essere considerato uno "studio modello". Anche altre indagini, come quelle di Austria, Belgio, Spagna e Regno Unito, hanno adottato il medesimo approccio e sono considerate di alta qualità.

In sintesi, la ricerca europea nel campo dell'analisi dei costi correlati alla tossicodipendenza dovrebbe essere ulteriormente promossa e supportata. Un nuovo Programma Europeo rappresenta un'occasione molto importante per stimolare la ricerca a partire proprio da quei paesi carenti di dati (Germania e Italia sarebbero i paesi più rappresentativi, con un'alta percentuale di popolazione tossicodipendente a livello dell'UE).

Ottenere informazioni di elevata qualità relative ai maggiori paesi permetterebbe di quantificare una stima preliminare della spesa per la tossicodipendenza nell'Unione Europea, usando metodi di estrapolazione per i paesi più piccoli. Questa analisi sarebbe conforme all'approccio "bottom-up" applicato negli unici studi attualmente affidabili, disponibili in Austria, Belgio, Francia, Spagna e Regno Unito. Inoltre, potrebbe risultare utile un'analisi più approfondita delle potenzialità delle procedure "top-down" al fine di convalidare questo approccio, utilizzato anche dall'EMCDDA negli ultimi anni.

Le future relazioni sulla spesa dovrebbero condividere la medesima struttura, una presentazione iniziale dei dati secondo classificazioni simili e definizioni chiare per tutti i paesi coinvolti. Inoltre, questi report dovrebbero esser realizzati preferibilmente sulla base di un vero approccio scientifico, con finalità appropriate e una chiara esposizione dei risultati. Ovviamente, ciò richiede mezzi finanziari. Tuttavia, nella situazione attuale la possibilità di effettuare confronti tra i dati dei vari paesi è molto limitata.

In conclusione l'approfondimento degli studi sull'analisi dei costi della tossicodipendenza risulta necessario per ottenere un quadro più completo della situazione europea. Infatti, tali studi rendono possibili la stima del rapporto costi/benefici a livello nazionale ed europeo al fine di implementare il risparmio sui costi sociali. Tuttavia in assenza di informazioni di buona qualità sulla spesa, la base per sicure valutazioni costo-beneficio è tuttavia ancora assente per molti paesi e per l'Unione Europea nella sua complessità.

¹⁷ Cartwright WS: Cost-benefit Analysis of Drug Treatment Services: Review of the Literature. *The Journal of Mental Health Policy and Economics* 2000;3:11-26.

BIBLIOGRAFIA

1. Kim S et al. Benefit cost analysis of drug abuse prevention programs: a macroscopic approach. *Drug Addiction* 1995; 25:111-27.
2. Rice D, Kelman S, Miller L. Estimates of economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness, 1985-88. *Public Health Reports* 1999; 106:280-92.
3. Single E et al. The economic costs of alcohol, tobacco and illicit drugs in Canada, 1992. *Addiction* 1998; 93:991-1006.
4. Kopp P. Calculating the social cost of illicit drugs. Methods and tools for estimating the social cost of the use of psychotropic substances, Pompidou Group, Council of Europe Publishing, 2001.
5. Drummond MF et al. *Methods for economic evaluation of health care programs*. Oxford University Press 1999.
6. I costi indiretti sono correlati alla disoccupazione causata dallo stato di tossicodipendenza, alla bassa performance sul lavoro, all'assenteismo o alla malattia/morte prematura.
7. Patologie correlate alla tossicodipendenza: Anemia, infezioni delle ossa, della pelle e delle articolazioni, Meningite, patologie croniche al fegato, Endocardite, malattie cardiache, Epatiti, HIV, disordini mentali, Toxemia, difficoltà respiratorie, TBC.
8. Bruckner J, Zederbauer S. Vergleich und Analyse des Problems illegaler Drogen in Österreich unter ökonomischen Gesichtspunkten; Überblick über die Aufwendungen und Leistungen der Drogeneinrichtungen im Jahr 1997. Linz: Fonds Gesundes Österreich 2000.
9. De Ruyver B, Pelc I, Casselman J, Geenens K, Nicaise P, From L, Vander Laenen F, Meuwissen K, Van Dijck A. Drugbeleid in cijfers. Gent: Academia Press 2004 (http://www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/SoCoh/rSO01008_fr.pdf).
10. OFDT, Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France, P Kopp, P Fenoglio, 1995 at www.drogues.gouv.fr and updates, see Kopp, Rumeau-Pichon, *Le Pen. Les enjeux financiers des traitements de substitution*. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2002.
11. Garcia-Altes A, Olle JM, Antonanzas F, Colom J. The social cost of illegal drug consumption in Spain. *Addiction* 2002;97:1145-53.
12. Godfrey C, Eaton G, McDougall C, Culyer A. The economic and social costs of Class A drug use in England and Wales, 2000. Home Office: 2002.
13. Healey A, Knapp M, Astin J, Gossop M, Marsden J, Stewart D, Lehmann P, Godfrey C. Economic Burden of Drug Dependency. *British Journal of Psychiatry* 1998; 173:160-5.
14. Kopp P. Calculating the social cost of illicit drugs. Methods and tools for estimating the social cost of the use of psychotropic substances, Pompidou Group, Council of Europe Publishing, 2001.
15. Postma MJ, Wiessing LG, Jager JC. Pharmaco-economics of Drug Addiction: estimating the costs of hepatitis C virus, hepatitis B virus and human immunodeficiency virus infection among drug users in member states of the European Union. *Bull on Narcotics* 2001;53:79-89.
16. EMCDDA, Kopp P, Fenoglio P. Public spending on drugs in the European Union during the 1990s - A Retrospective research, EMCDDA 2003.
17. Cartwright WS: Cost-benefit Analysis of Drug Treatment Services: Review of the Literature. *The Journal of Mental Health Policy and Economics* 2000;3:11-26.



Finito di stampare nel mese di dicembre dell'anno 2006
presso la Tipolitografia «LA GRAFICA» di Vago di Lavagno (Verona)