

# EPIDEMIOLOGIA E DIPENDENZE

**Rapporto Dipendenze Patologiche in Area Vasta Romagna**  
*Parte prima*

Dati relativi all' anno 2009

i quaderni di SESTANTE

A cura di:

**Osservatorio Cesena via Brunelli, 540 - Cesena**

Responsabile: Paolo Ugolini e-mail: pugolini@ausl-cesena.emr.it, tel. 0547.631536

Alessandro Mariani D'Altri

Monica Teodorani

**Osservatorio Forli: via Orto del Fuoco, 10 - Forli**

Responsabile: Samantha Sanchini, e-mail: s.sanchini@ausl.fo.it, tel. 0543.733464

**Osservatorio Ravenna: via Rocca ai Fossi, 20 - Ravenna**

Responsabile: Marcella Fanelli, e-mail: m.fanelli@ausl.ra.it, tel. 0544.247253

**Osservatorio Rimini: via Tonti, 40 - Rimini**

Responsabile: Maristella Salaris, e-mail: ssalaris@auslrm.net, tel. 0541.325105

Michela Buda

Matteo Gori

n°1

ottobre 2010

# Redazione del Rapporto 2009

## **INTRODUZIONE**

Edo Polidori, Responsabile UO Dipendenze Patologiche Ausl Forlì e coordinatore SerT di Area Vasta Romagna  
e-mail: e.polidori@ausl.fo.it tel. 0543/733477

Paolo Ugolini, Responsabile Osservatorio Dipendenze patologiche Ausl Cesena,  
e-mail: pugolini@ausl-cesena-emr.it tel. 0547/631536

### **Cap. 1**

Michela Buda, sociologa, Osservatorio dipendenze patologiche Ausl Rimini, e-mail: mbuda@auslrn.net tel. 0541 - 325105  
Matteo Gori, sociologo, Osservatorio dipendenze patologiche Ausl Rimini, e-mail: mgori@auslrn.net tel. 0541 - 325105  
Maristella Salaris, sociologa, Responsabile Osservatorio dipendenze patologiche Ausl Rimini,  
e-mail: ssalaris@auslrn.net tel. 0541 - 325105

### **Cap. 2**

Alessandro Mariani D'Altri, Sociologo, Osservatorio dipendenze patologiche Ausl Cesena, e-mail: alessandro.mariani@ausl-cesena-emr.it tel 0547 631536  
Monica Teodorani, Sociologa, Osservatorio dipendenze patologiche Ausl Cesena,  
e-mail: mteodorani@ausl-cesena.emr.it tel 0547 352166

### **Cap. 3**

Daniela Casalbani, responsabile SerT AUSL Rimini,  
e-mail: dcasalbani@auslrn.net, tel. 0541/325108  
Matteo Gori  
Paolo Ugolini

### **Cap. 4**

Maristella Salaris

### **Cap. 5**

Marcella Fanelli, Biologa, Responsabile Osservatorio dipendenze patologiche Ausl Ravenna,  
e-mail: m.fanelli@ausl.ra.it tel. 0544 - 247253  
Samantha Sanchini, Sociologa, Responsabile Osservatorio dipendenze patologiche Ausl Forlì,  
e-mail: s.sanchini@ausl.fo.it tel. 0543/733464

### **Cap. 6**

Michele Sanza  
Alessia Turola, Psicologa, e-mail: alessiaturola@libero.it  
cell. 349-3754215,  
Monica Teodorani

### **Cap. 7**

Antonella Marchiori, Medico Psichiatra. Istituto per la Sicurezza Sociale/Repubblica di San Marino,  
e-mail: antonella.marchiori@yahoo.it  
Alessandro Mariani D'Altri  
Michele Sanza

## INTRODUZIONE

*di Edo Polidori*

*Responsabile UO Dipendenze Patologiche Ausl Forlì e coordinatore SerT di Area Vasta Romagna*

La presente pubblicazione nasce dall'esperienza di integrazione maturata in questi anni dai quattro Servizi Tossicodipendenze di Area Vasta. Quella che potrebbe sembrare la "solita raccolta di dati" rivela, in realtà, lo sforzo e la tensione comune a garantire, nei territori delle diverse Province, una uniformità a livello di offerta di cura e di qualità della prestazione ricevuta. Certamente vi sono differenze, che risentono delle diverse organizzazioni territoriali, ma la diversità non inficia la possibilità di ascolto adeguato e di presa in cura delle persone con problematiche connesse all'uso di sostanze psicoattive. Monitorare le differenze, riconoscerle e valorizzarle come risorsa consente di arricchire, anzi, il patrimonio dell'offerta di Area Vasta, impedendo che le differenze finiscano pian piano col trasformarsi in divergenze.

Quello che proponiamo è un percorso complesso, un percorso ricco di numeri che abbiamo costruito avendo sempre in mente il monito di A. Einstein (che di numeri se ne intendeva): "Non tutto ciò che conta può essere contato e non tutto ciò che può essere contato conta". All'interno dei Quaderni di SESTANTE n°1 e n°2 il lettore troverà quindi tutto ciò che, rispetto al mondo delle sostanze psicoattive, agita ed anima la società attuale come nuove tendenze e come nuovi bisogni, troverà il quadro delle attività svolte sul territorio, dalla prevenzione alla presa in cura alla Riduzione del Danno, troverà l'approfondimento sul gioco d'azzardo patologico, sulla doppia diagnosi, sulla qualità percepita ma troverà, soprattutto, il lavoro quotidiano degli operatori che con fatica e passione costruiscono un sistema di servizi che si propone come risorsa insostituibile per chi vive situazioni di difficoltà legati al consumo di sostanze legali ed illegali.

Troverete, in queste pubblicazioni, alcuni nomi ed alcune firme che sono semplicemente indicative del lavoro di tanti e, quindi, tanti rappresentano. Questo vale per tutti, a partire da me che, come coordinatore dei

*di Paolo Ugolini*

*responsabile osservatorio epidemiologico DSM-DP AUSL Cesena*

Gli Osservatori Epidemiologici Dipendenze Patologiche dei 4 SerT delle Aziende USL di Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini hanno deciso di mettersi insieme per stilare un RAPPORTO SOCIO-EPIDEMIOLOGICO unico che raccolga dati e indicatori in loro possesso per una lettura di tutto il territorio della Romagna, per una popolazione di quasi un milione di abitanti.

L'obiettivo principale è la raccolta, l'elaborazione, l'analisi e la diffusione di informazioni sul fenomeno delle dipendenze patologiche a livello locale collegandosi al dato regionale, nazionale ed europeo; infatti tutti gli Osservatori operano sia sistematizzando le informazioni disponibili derivanti sia dall'attività terapeutica (in particolare, ma non solo, la cartella clinica informatizzata SistER) sia attivando o ricercando info dalle ricerche e indagini sulla Comunità locale, regionale e nazionale. A partire da questo è stato impostato un indice che tenesse conto di quanto sopra espresso dividendo il RAPPORTO in due parti:

Quaderni di SESTANTE n°1 "Bisogni reali dei cittadini tradotti in domanda ai SerT";

Quaderni di SESTANTE n°2 "Bisogni potenziali della popolazione non tradotti in domanda espressa ai SerT" (più allegati statistici).

Come vedete il "core" è il SerT perché siamo al primo RAPPORTO SOCIO-EPIDEMIOLOGICO e perché gli Osservatori sono collocati all'interno di questo servizio; seppur ciò abbiamo inserito molte letture provenienti da indagini/ricerche (regionali e locali) sia sui fenomeni legati a stili socio-culturali di vita e a comportamenti di consumo che a valutazioni di interventi terapeutici (vedi in particolare paragrafo su inserimenti, diagnosi, esito soggetti inseriti nelle Comunità Terapeutiche).

Una particolare attenzione del potenziale Osservatorio socio-epidemiologico di Area Vasta Romagna sarà, in un futuro prossimo, quella di connettere i fenomeni all'am-

SERT di questo territorio, ho la fortuna di collaborare con colleghi come la D.ssa Silvia Briani, la D.ssa Daniela Casalboni e il Dr. Michele Sanza che, consapevoli dei miei limiti, sono un inesauribile aiuto e un continuo riferimento di cultura e di esperienza.

Un grazie di cuore, infine, agli Enti Ausiliari Accreditati e al loro coordinatore Dr. Patrizio Lamonaca che hanno accettato e costruito con noi la sfida continua di "giocare" insieme questa partita.

Ho parlato di lavoro, di fatica, di passione. Questi sono gli ingredienti del nostro cocktail e, come per tutti i cocktail, questi ingredienti vanno miscelati con cura e vanno custoditi con attenzione, così come vanno difesi nelle loro giuste proporzioni e vanno riconosciuti ed apprezzati.

biente sociale, inteso oltre che come realtà economica, aggregativa, come sistema di valutazioni, atteggiamenti e di interventi nei confronti del fenomeno. L'Osservatorio dovrà dunque fornire i supporti informativi, quantitativi e qualitativi, necessari alla programmazione sociale e sanitaria locale, alla gestione, verifica ed adeguamento progressivo dell'azione preventiva e riabilitativa nei confronti delle dipendenze patologiche. L'Osservatorio, inoltre, dovrà favorire l'integrazione tra assistenza-ricerca-formazione in un programma unitario per la produzione di servizi di eccellenza.

Buona lettura.

# L'UTENZA DEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE FRA "VECCHI" CONSUMI E "NUOVE" DIPENDENZE

1

## Premessa

I Servizi per le Dipendenze hanno ereditato le funzioni e l'organizzazione dei vecchi SerT (Servizi per le Tossicodipendenze), ma estendono i loro interventi pure agli ambiti relativi alle sostanze d'abuso legali ed a quelli delle dipendenze comportamentali, come ad esempio il gioco d'azzardo.

La ricerca compulsiva e l'uso indiscriminato di sostanze stupefacenti, tragicamente alla ribalta delle cronache nazionali ormai da molti anni, è solo uno dei molteplici comportamenti problematici. Accanto alle tradizionali forme di dipendenza da sostanze (droghe e alcol), infatti, è oggi in costante aumento il fenomeno delle new addictions, ovvero di tutte quelle nuove forme di dipendenza in cui non è implicato il consumo di alcuna sostanza chimica, ma dove il problema da affrontare è un comportamento ritenuto socialmente lecito ed accettato. Le new addictions comprendono la dipendenza dal cibo (che si manifesta sotto forma di disturbi del comportamento alimentare: anoressia, bulimia, alimentazione incontrollata), la dipendenza dalle nuove tecnologie (l'internet addiction disorder, la dipendenza dai videogames, dalle chat, dal cellulare), la dipendenza dal gioco d'azzardo (video poker, aste on-line), la dipendenza da shopping, fino ad includere anche la dipendenza dalle relazioni affettive. La problematica delle nuove dipendenze, quindi, abbraccia una varietà importante di comportamenti disfunzionali che colpiscono in maniera sempre più crescente ed "invisibile".

Nel presente capitolo si riportano i risultati più significativi dello studio sulle caratteristiche degli utenti in trattamento presso i Servizi Pubblici per le Dipendenze dell'Area Vasta Romagna<sup>1</sup> per l'anno 2009.

Le analisi di seguito riportate sono state effettuate sulla base di quanto rilevato attraverso i dati per singolo record raccolti dai relativi Osservatori sulle Dipendenze<sup>2</sup>.

Lo studio è stato effettuato sia sull'utenza complessiva, in modo di fornire una panoramica generale su tutto il territorio in esame, sia per ognuna delle quattro AUSL, al fine di far emergere eventuali peculiarità territoriali.

<sup>1</sup> I Servizi per le Dipendenze dell'Area Vasta Romagna sono quelli che fanno capo alle Ausl di Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini.

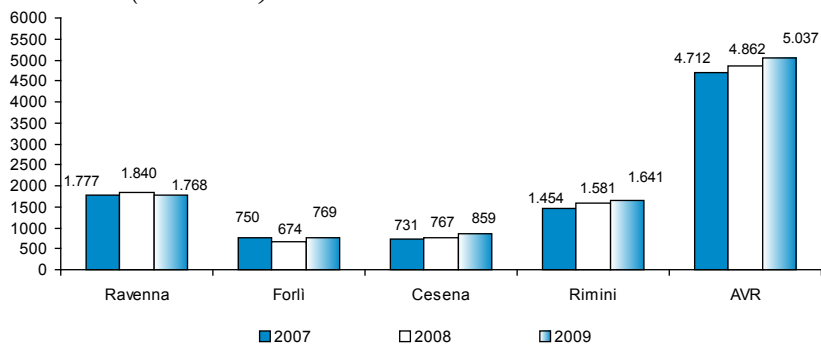
<sup>2</sup> Fonte: SistER – Sistema Informativo sulle Dipendenze della Regione Emilia Romagna.

Gli utenti affluiti nel 2009 ai Servizi per le Dipendenze della Romagna sono stati 9.358<sup>1</sup>. L'aumento rispetto al 2007, pari al 3,0%, lascia sostanzialmente invariato il numero di soggetti che durante l'arco dell'anno ha usufruito dei servizi messi a disposizione dai presidi delle diverse Aziende Sanitarie. Inoltre, nonostante la flessione registrata negli ultimi due anni, continua a mantenersi elevata la quota di utenti provenienti da altri SerT (regionali o extra-regionali) che vengono "appoggiati" per la continuità terapeutica presso i SerT romagnoli (Tab. 1 allegato statistico - quaderno 2).

Anche il numero di utenti sui quali viene attivato un progetto terapeutico (presi in carico), nell'arco dei tre anni in esame, appare in costante aumento. Il dato porta ad una importante lettura in quanto evidenzia sia la crescita della domanda di trattamento<sup>2</sup>, ovvero del numero di persone che chiedono di entrare in terapia nei Servizi del territorio di Area Vasta Romagna al fine di trovar soluzione ai problemi connessi con la dipendenza da sostanze o da comportamenti, sia l'accresciuta capacità di aggancio terapeutico dei servizi stessi, oramai in grado di differenziare sempre di più l'offerta in relazione al significativo cambiamento dei profili del consumatore e delle nuove aree di addiction (gamblers, tabagisti, disturbi alimentari, ecc...). Tra l'altro, come chiaramente indicato dall'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze, per il futuro "vi sono scarsi segnali che lascino intravedere un miglioramento della situazione per quanto riguarda l'uso di eroina e cocaina, le due sostanze al centro del problema del consumo di droga in Europa"<sup>3</sup>.

Nei Servizi per le Dipendenze romagnoli gli utenti dipendenti da sostanze e comportamenti presi in carico nel corso del 2009 sono stati 5.037, con un ampliamento della richiesta di cura del 6,9% (325 soggetti) rispetto al 2007 (v. Fig. 1).

Fig. 1 – Numero di utenti dipendenti da sostanze e comportamenti (nuovi e già in carico) per anno di osservazione e AUSL di riferimento. Area Vasta Romagna 2007 – 2009 (valori assoluti)



\* Sono stati conteggiati gli utenti nuovi e già in carico della sede Carcere dell'AUSL di Rimini, Ravenna e Forlì.

1 Il dato comprende gli utenti presi in carico che sono coloro sui quali gli operatori hanno dapprima svolto una fase di osservazione e diagnosi e successivamente, valutata la necessità di intervenire, hanno concordato col paziente la progettazione del programma terapeutico da effettuare; gli utenti appoggiati che sono coloro che provengono da un altro SerT, esterno al territorio di riferimento, generalmente per ricevere la terapia farmacologica definita dagli operatori del Servizio inviante; gli utenti provvisori che sono coloro che non sono stati inseriti in un programma riabilitativo perché hanno abbandonato il Servizio mentre erano ancora alla fase di osservazione o perché gli operatori non hanno ritenuto necessario iniziare un trattamento.

2 L'Osservatorio europeo sulle dipendenze definisce la "domanda di trattamento" come uno dei cinque indicatori chiave per l'analisi dell'uso di sostanze legali e illegali. Con questo termine si intendono tutte le informazioni relative alle persone che chiedono di entrare in terapia per problemi connessi all'uso di droghe. «Le caratteristiche dei pazienti che entrano in terapia (come le caratteristiche sociali) ed i comportamenti legati al consumo (come la percentuale di chi fa uso di oppiacei o di stupefacenti per via parenterale) sono potenziali indicatori di più ampie linee di tendenza nel consumo problematico di stupefacenti. Anche i dati relativi alla domanda di trattamento danno un'idea dell'organizzazione dei centri terapeutici in Europa». Cfr. Sito Osservatorio Web Europeo EMCDDA <http://ar2003.emcdda.europa.eu/it/page019-it.html>.

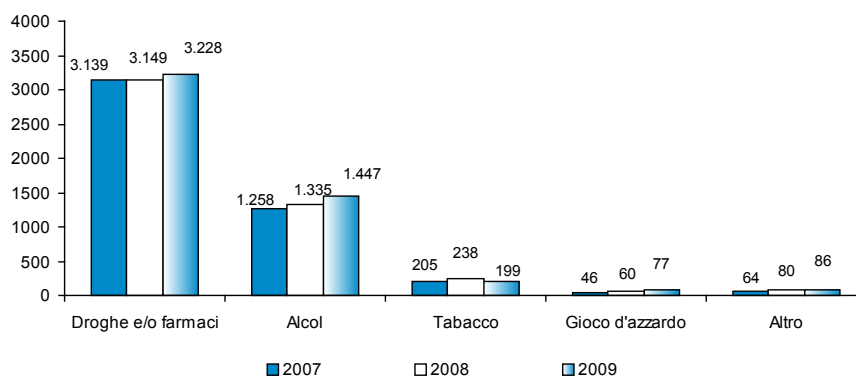
3 EMCDDA, Evoluzione del fenomeno droga in Europa, Relazione Annuale 2009, Osservatorio europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze, Lussemburgo, 2009

Analizzando i singoli territori aziendali, si nota un generale aumento dell'utenza in carico, ad eccezione dell'Azienda USL di Ravenna che, rispetto al 2007, mantiene sostanzialmente stabile la propria utenza (-0,5%).

Tale intensificazione della domanda è dovuta primariamente a due ordini di fattori (v. Fig. 2):

- aumento dei soggetti in carico con problematiche droghe e/o farmaci correlate (rispetto al 2007 +2,8%), soprattutto a seguito del permanere in trattamento degli utenti "storici";
- incremento degli utenti in trattamento con consumo problematico di alcol (+ 15,0% rispetto al 2007), con dipendenza da gioco o con disturbi legati alla sessualità o all'alimentazione (in rapporto al 2007, rispettivamente + 67,4% e 34,4%).

Fig. 2 - Numero di utenti dipendenti da sostanze e comportamenti (nuovi e già in carico) per anno di Osservazione e tipologia di addiction. Area Vasta Romagna 2007 – 2009 (valori assoluti)

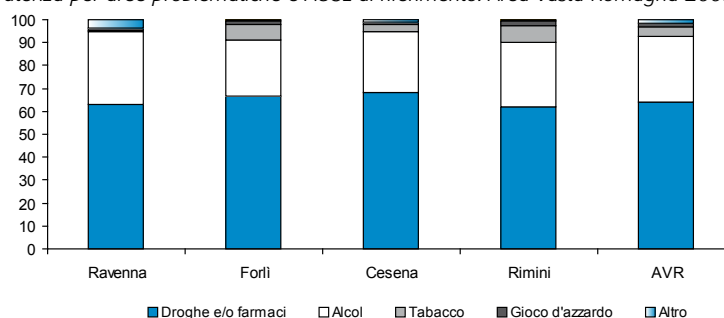


\* Sono stati conteggiati gli utenti nuovi e già in carico della sede Carcere dell'ASL di Rimini, Ravenna e Forlì.

L'analisi per Azienda USL evidenzia alcune differenze soprattutto per quanto riguarda la quota percentuale che ogni tipologia di utenza rappresenta in ogni provincia. Ravenna è la realtà con la maggior presenza di utenti alcolodipendenti in relazione alla propria utenza globale; mentre l'Azienda USL di Rimini presenta una numero più elevato di soggetti seguiti per un percorso antifumo e per il gioco d'azzardo patologico.

Nel corso del 2009 le persone che si sono rivolte ai servizi per le dipendenze per tali problematiche costituiscono il 5,5% dei pazienti trattati (v. Fig. 3).

Fig. 3 - Composizione dell'utenza per aree problematiche e AUSL di riferimento. Area Vasta Romagna 2009 (valori percentuali)

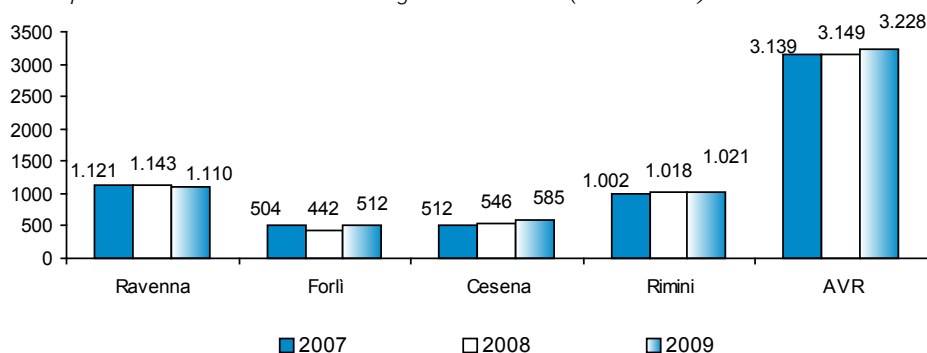


## I comportamenti d'abuso: profilo dell'utenza in carico

### 1. L'uso di droghe e/o farmaci

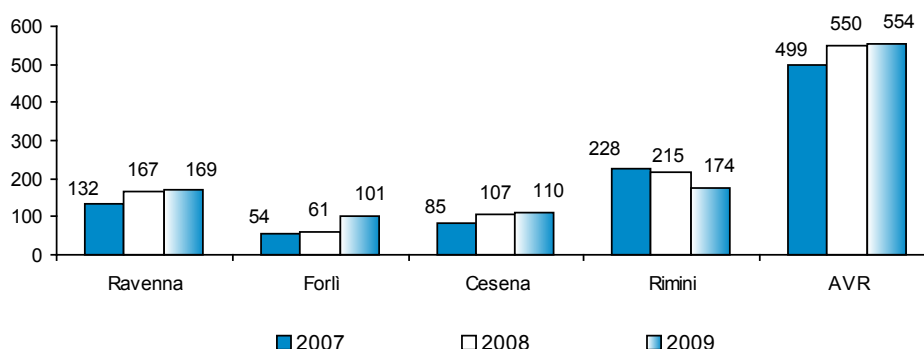
Nel 2009, i pazienti affluiti ai Servizi Pubblici per le Dipendenze delle Aziende USL dell'Area Vasta Romagna per problemi correlati all'uso/abuso di droghe sono stati 3.228 (v. Fig. 4), con una crescita del 2,8% rispetto all'anno base 2007 (89 utenti).

Fig. 4 – Utenti tossicodipendenti in carico. Area Vasta Romagna 2007 – 2009 (valori assoluti)



Il numero totale di utenti dipendenti da sostanze in trattamento continua ad aumentare, pur senza tornare ai livelli dei primi anni 2000. Infatti, a differenza di quanto avveniva negli anni passati, questo aumento è attribuibile ai soggetti già in carico e non ai nuovi accessi (v. Fig. 5). Per questi si inverte la tendenza all'aumento in atto già da alcuni anni.

Fig. 5 – Nuovi utenti tossicodipendenti in carico, Area Vasta Romagna, 2007 - '09 (valori assoluti)



L'indicatore sulla "rotazione" degli utenti, calcolato sui 3 anni in esame, indica che, annualmente, più del 15% dei pazienti sia costituito da nuova utenza. Il rapporto nuovi/già conosciuti nel 2009 in Area Vasta risulta pari a 4,8 - ossia 1 nuovo utente ogni 4,8 già in trattamento dall'anno/anni passati - rimanendo stabile anche rispetto ai valori degli anni passati.

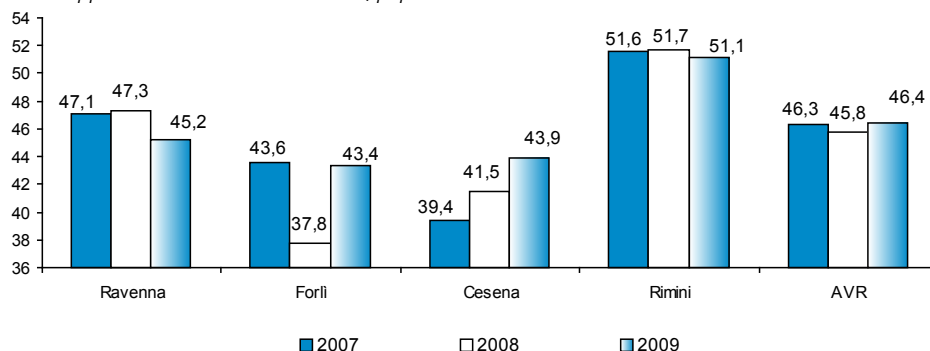


La scomposizione per territorio evidenzia qualche differenza tra i singoli SerT. In particolare, rispetto al 2007, risaltano il calo della nuova utenza in carico registrato al SerT di Rimini (-23,7%) e l'incremento della stessa riscontrato al SerT di Forlì (+ 87,0%).

Due fra gli indicatori comunemente "accreditati" per stimare la portata di un fenomeno in una determinata realtà, in termini di penetrazione e di espansione, sono la prevalenza ed il tasso di incidenza. Generalmente tali indicatori vengono calcolati rapportando l'utenza alla popolazione residente<sup>1</sup> in quello specifico territorio. Per tale motivo sarebbe necessario poter distinguere le persone in trattamento tra residenti e non residenti, ma in attesa della nuova strutturazione per singolo record del flusso informativo tra SerT e tra SerT e Regione Emilia Romagna e per una certa confrontabilità temporale e territoriale, si riportano i valori di prevalenza e incidenza senza che vi sia stata questa operazione di "debugging" sulle residenze.

La distribuzione dei soggetti in base al territorio di appartenenza, utile al confronto tra differenti realtà, offre la possibilità di calcolare la prevalenza che, oltre a darci indicazioni sull'impatto e la penetrazione del fenomeno sul territorio, è utilizzabile anche come indicatore di accesso dell'utenza ai Servizi. Esso infatti è determinato dal numero di utenti che si rivolgono al SerT in rapporto alla potenziale utenza (popolazione 15 - 64 aa). Il dato misurato su anni successivi (2007-2009), evidenzia come l'utilizzo dei Servizi negli anni, risulti piuttosto omogeneo sia sul territorio di Area Vasta Romagna sia su quello di ciascuna Azienda USL (v. Fig. 6).

Fig. 6 – Prevalenza - Rapporto tra utenza in trattamento/popolazione residente 15 – 64 aa \*10.000



\*Tra gli utenti in carico nei SerT vi sono anche soggetti non residenti nell'AUSL considerata; il valore del rapporto risulta influenzato da questo elemento.

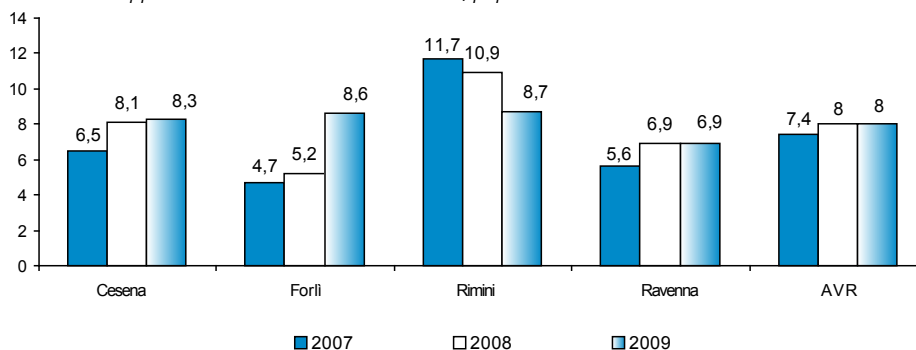
La prevalenza 2009 per il territorio di Area Vasta, calcolata per la popolazione dai 15 ai 64 anni d'età<sup>2</sup> è di 46,4/10.000 abitanti. Se assumiamo come "valore medio" il dato di Area Vasta si può notare come esistano delle difformità tra le diverse Aziende USL e come tali differenze permangano negli anni: Rimini si posiziona al primo posto con un valore per il 2009 di 51,1 per 10.000 residenti, seguita da Ravenna con 45,3 e da Forlì e Cesena con valori pressoché uguali.

Nell'arco di tempo in esame, appare interessante osservare come siano rimasti generalmente stabili i rapporti fra tutti gli utenti in carico e la popolazione target residente (tasso di prevalenza) ma soprattutto come sia rimasta inalterata la quota di nuovi utenti in rapporto alla medesima popolazione target (v. Fig. 7).

<sup>1</sup> Calcolo basato sulla popolazione generale 15 – 64 come effettuato e richiesto dal Ministero della Salute e dall'OEDT (Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze).

<sup>2</sup> Popolazione residente nel territorio in esame al 1° gennaio di ogni anno.

Fig. 7 – Tassi di incidenza - Rapporto tra nuovi utenti in trattamento/popolazione residente 15 – 64 aa \*10.000



\*Tra gli utenti in carico nei SerT vi sono anche soggetti non residenti nell'AUSL considerata; il valore del rapporto risulta influenzato da questo elemento.

In una malattia cronica e recidivante qual è la tossicodipendenza, spesso associata a infezioni croniche (Epatopatie, TBC, HIV, ...), l'aumento della "prevalenza" senza corrispondente aumento dell'"incidenza" indica un allungamento della sopravvivenza e un calo nel turn over degli utenti. Il fatto che negli ultimi tre anni non si sia verificato un aumento dell'incidenza e un abbassamento della prevalenza potrebbe essere ragionevolmente attribuito a due ordini di fattori: 1) miglioramento dei sussidi terapeutici nei confronti delle patologie infettive quali l'HIV, 2) attivazione di strategie di riduzione del danno utili a migliorare la tutela della salute dei tossicodipendenti in trattamento.

L'indicatore del livello di diffusione del fenomeno, dato dall'incidenza, rileva come nel 2009 questo sia risultato pari a 8 nuovi assistiti ogni 10.000 residenti (v. Fig. 7). Questo significa che, rispetto alla popolazione bersaglio, abbiamo raggiunto un plateau stabile di utenti potenzialmente assistibili.

Pur essendo aumentati i soggetti trattati, la loro divisione per tipo di sostanza utilizzata è molto cambiata nel tempo. I mutamenti nei consumi, unitamente alla nascita di nuove tipologie di addiction, intervenuti rispetto agli anni '80 e '90, durante i quali le persone che richiedevano un trattamento erano prevalentemente consumatori di eroina, hanno variato la fisionomia dell'utenza che accede ai SerT e di conseguenza anche le stesse strategie di cura.

A fronte di un continuo diffondersi delle cosiddette nuove droghe, l'immagine sui consumi che emerge dall'analisi delle sostanze utilizzate dall'utenza (v. Fig. 8), è quella legata ad un uso/abuso di eroina, che resta la sostanza stupefacente maggiormente utilizzata sia come sostanza primaria<sup>3</sup> sia come secondaria (75,6% dell'utenza). Invece, l'uso/abuso primario delle cosiddette droghe sintetiche si conferma, almeno per i pazienti di Area Vasta, piuttosto sporadico e sostanzialmente statico. Come pure essenzialmente fermo rimane il numero di utenti trattati per motivi legati all'uso dei cannabinoidi (principalmente hashish).

Stabile è anche il consumo di cocaina (inteso come uso primario o combinato) che coinvolge più del 25,0% degli utenti in trattamento. Disaggregando il dato sul tipo di uso (primario e secondario), emerge che gli oppiacei (in particolar modo l'eroina) continuano a rimanere la sostanza per la quale la maggioranza delle persone formula una domanda di trattamento. Nel 2009 gli utenti assistiti per problemi connessi con la sua assunzione sono stati 2.337 (5,6% in più rispetto al 2007) e costituiscono il 73% dell'utenza in cura per problematiche legate all'uso/abuso di droghe e/o farmaci in Area Vasta Romagna. A questa seguono la cocaina, il cui uso primario vede coinvolti il 16,5% degli utenti, e i cannabinoidi con l'8,5%; minoritarie le altre

<sup>3</sup> La sostanza primaria è quella identificata dall'utente come maggiormente problematica e per la quale ha richiesto prevalentemente l'intervento.

sostanze quali ad esempio le amfetamine, i barbiturici, ecc...

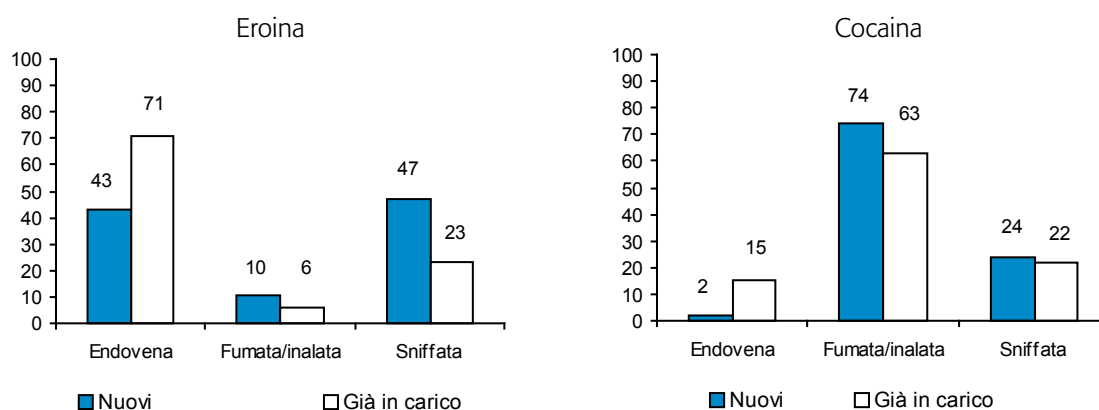
I soggetti di sesso maschile rappresentano oltre l'80% dell'utenza; il 28,8% ha un'età inferiore ai 30 anni. L'età media è di 30,1 anni<sup>4</sup>. Questo dato, che evidenzia un complessivo invecchiamento dell'utenza, è da attribuirsi ad una cronicizzazione, vale a dire utenti stabilmente in carico ai servizi, spesso incapaci di lavorare se non in contesti protetti, con problemi di salute invalidanti e situazioni di mancanza o carenza di rete sociale di supporto. Utenti, questi, che richiedono percorsi di cura più lunghi e spesso particolarmente intensivi. Analizzando i dati all'interno dei singoli servizi, si può notare una certa disomogeneità: gli utenti in carico al SerT di Cesena appaiono sostanzialmente più giovani di quelli delle altre Aziende (media=33,2; range=14-67 aa), e tale divario risulta particolarmente accentuato nel confronto con gli utenti di Ravenna che hanno un'età più elevata (media 37,1; range 16-68 aa).

La scomposizione dell'utenza in carico alle diverse USL secondo le sostanze d'abuso utilizzate sia singolarmente sia in combinazione con altre (nell'analisi la sostanza primaria e secondaria sono state accorpate), evidenzia talune peculiarità:

- maggior presenza di utilizzatori di cocaina fra gli utenti dell'AUSL di Ravenna;
- più numerosa la quota di utenti che usano consumare eroina nell'Azienda USL di Cesena rispetto alle altre realtà di Area Vasta;
- più elevata la percentuale di consumatori di cannabinoidi tra gli utenti in carico al SerT di Forlì.

Considerando i soli soggetti assuntori di oppiacei e cocaina si evidenzia, tra i nuovi utenti utilizzatori di oppiacei, una diminuzione dell'uso endovenoso (43,0% contro 71,0%) e una maggior diffusione dell'utilizzo attraverso altre modalità: sniffati (10,0% contro 6,0%) e fumati o inalati (47,0% contro 23,0%). Tra gli assuntori di cocaina si rileva invece una maggior quota di utenti, tra i nuovi ingressi, che assume cocaina fumandola o inalandola (74,0% contro 63,0%) o sniffandola (24,0% contro 22,0%). Meno diffuso, rispetto alla "vecchia" utenza, l'uso di cocaina endovena (2,0% contro 15,0%).

Fig. 8a - Distribuzione percentuale degli utenti in carico utilizzatori di oppiacei e cocaina per modalità di assunzione e stato. Area Vasta Romagna 2009 (valori percentuali)

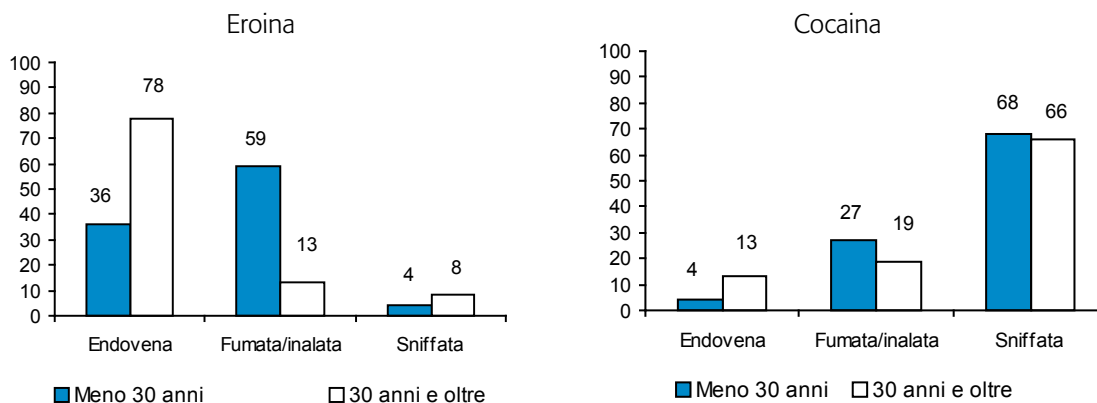


La stessa analisi effettuata su due macrogruppi incentrati sull'età dei pazienti (meno di 30 anni e ultratrentenni) mostra che gli utenti con età più elevata sono coloro che fanno un uso della sostanza prevalentemente per via endovenosa. In particolare, fra i pazienti dipendenti da eroina con 30 anni ed oltre, ben il 78% assume

<sup>4</sup> Deviazione standard  $\pm$  9,6 anni.

la sostanza per via endovenosa a fronte del 36% con meno di 30 anni; invece, fra i pazienti con addiction da cocaina assumono per endovena il 13% dei pazienti più "vecchi" e solo il 4% dei più "giovani".

Fig. 8b - Distribuzione percentuale degli utenti in carico utilizzatori di oppiacei e cocaina per modalità di assunzione e fasce d'età. Area Vasta Romagna 2009 (valori percentuali)



L'osservazione di un cambiamento nella composizione per tipologia di abuso è confermata anche dalle caratteristiche dei soggetti incidenti, cioè dei soggetti entrati in trattamento per la prima volta. L'analisi sui nuovi trattati nell'anno conferma il profilo già riscontrato nei dati generali, in cui si evince la prevalenza della componente maschile (80,1%) su quella femminile. Per quanto concerne la distribuzione di sesso ed età si può notare come i maschi risultino particolarmente concentrati nella classe d'età 20–24 e 25-29 anni, contrariamente a quella femminile che si colloca nella classe 15–19 anni e 20-24.

Tra i nuovi utenti, più di un terzo ha meno di 25 anni e poco più di 1 su 10 ha meno di 20 anni (il 60,3% usa eroina), più della metà usa oppiacei o suoi derivati (nel 40% dei casi ha meno di 25 anni ed 1 su 4 è di genere femminile), seguono la cocaina, che interessa circa 1 soggetto su 4 come uso primario (netta prevalenza della componente maschile e della fascia d'età compresa fra i 25 ed i 34 anni) e più di 1 su 3 come utilizzo primario o secondario. A queste segue in diffusione la cannabis (il 45,0% ha meno di 25 anni e l'83,0% è di genere maschile), che aumenta di circa 5 punti percentuali rispetto al 2007, coinvolgendo il 20,7% della nuova utenza.

Per quanto riguarda la stabilizzazione dell'età media nei nuovi utenti (circa 30 anni nel periodo in esame) si possono ipotizzare taluni fattori che possono anche aver agito contemporaneamente:

1. è aumentata l'età di inizio della tossicodipendenza e rimane invariato il periodo di latenza, cioè l'intervallo tra l'inizio della tossicodipendenza e la presa in carico del SerT;
2. è aumentata la capacità di accoglienza da parte dei SerT di quei pazienti con lunga storia di dipendenza e che non si erano avvicinati in precedenza ai servizi;
3. diminuisce la capacità da parte dei servizi di attrarre i soggetti più giovani orientati verso sostanze e modalità di consumo diverse da quelle tradizionali.

## 2. Alcoldependenti

L'uso dannoso di alcol è "uno dei principali fattori di rischio per la salute dell'uomo. Esso, infatti, risulta essere la principale origine di cirrosi epatica, la terza causa di mortalità prematura in Europa e la causa di 60 malattie e condizioni patologiche, incluso il cancro"<sup>5</sup>.

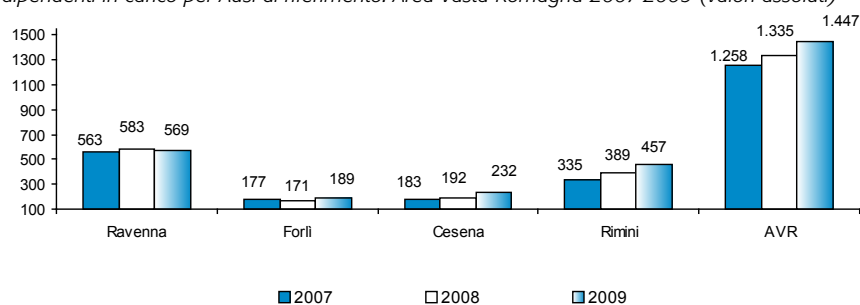
I Servizi per le dipendenze, attraverso i Centri Alcologici, si occupano in modo specifico del trattamento di persone con problematiche connesse all'uso-abuso di alcol. Bisogna sottolineare, tuttavia, che i dati in nostro possesso non permettono una descrizione della reale dimensione del fenomeno sul territorio. Il consumatore di alcol, infatti, può avere una certa difficoltà ad accedere ai servizi e alle prestazioni sanitarie e a farsi "curare" per l'utilizzo di una sostanza del tutto legale e socialmente accettata.

Il numero di alcoldependenti, quindi, anche se in aumento, non può essere ritenuto rappresentativo della popolazione portatrice del disturbo, ma è sicuramente indicativo della crescente capacità di attrazione dei servizi.

La rete di offerta di servizi, strutture e progetti di intervento dell'Area Vasta si confronta con una domanda espressa – cioè una richiesta di intervento di aiuto, a prescindere da valutazioni epidemiologiche su incidenza e prevalenza del fenomeno – in forte espansione.

Come si nota nella Fig. 9, l'utenza complessiva in carico nel triennio 2007-2009 è progressivamente aumentata facendo registrare un incremento del 15,0%; tale aumento è stato più consistente per le Ausl di Rimini e Cesena, dove si evidenzia una variazione percentuale 2007/2009 rispettivamente del +36,4% e +26,8%. Le Ausl di Ravenna e Forlì si mantengono invece sostanzialmente stabili.

Fig. 9 – Utenti alcoldependenti in carico per Ausl di riferimento. Area Vasta Romagna 2007-2009 (valori assoluti)

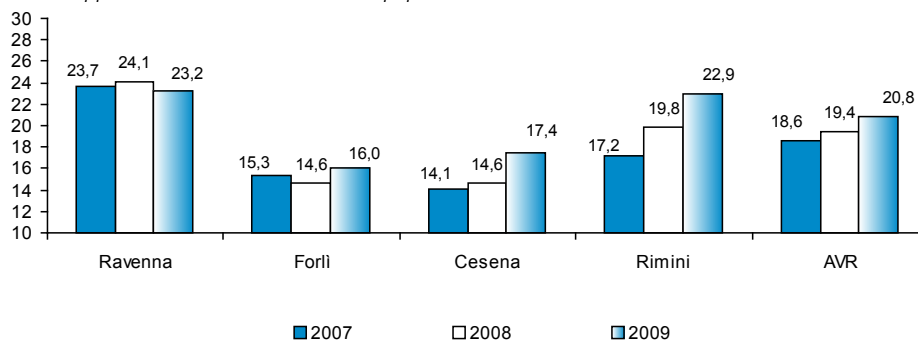


Esaminando l'utenza in carico nel 2009 in Area Vasta Romagna si nota che il 39,3 % della stessa è in carico al SerT di Ravenna, il 31,6% a Rimini, il 16,0 % a Cesena e il 13,1% a Forlì.

L'analisi della prevalenza (v. Fig. 10) mostra come questa sia lievemente aumentata a livello di Area Vasta (passando da 18,6 utenti in trattamento ogni 10.000 residenti 15–64 anni del 2007 a 20,8 del 2009) con una crescita più consistente per le Ausl di Rimini e Cesena (rispettivamente + 5,7 e + 3,3) e con un leggero calo, invece, per quanto riguarda Ravenna (- 0,5).

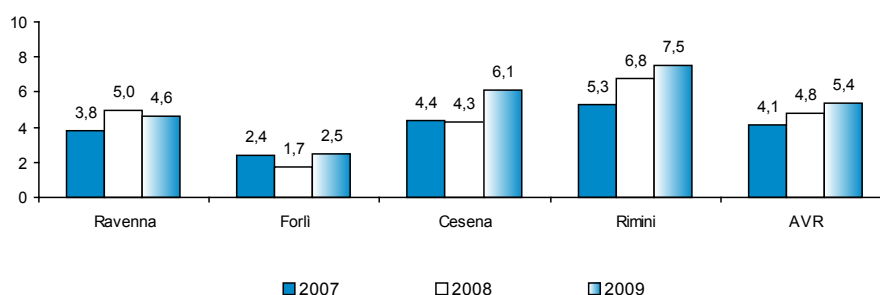
<sup>5</sup> *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto dell'uso e abuso di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2010.*

Fig. 10 – Prevalenza - Rapporto tra utenza in trattamento/popolazione residente 15 – 64 aa \*10.000



Analizzando il tasso di incidenza 2007-2009 (v. Fig. 11), che prende in esame i nuovi utenti nell'anno di riferimento rapportandoli alla popolazione target (15 – 64 anni), si nota come ci sia stato, sia un aumento generale (+ 1,3 soggetti in carico ogni 10.000 residenti per il territorio di Area Vasta), sia un incremento a livello delle singole realtà locali soprattutto per quanto riguarda le Ausl di Rimini e Cesena (rispettivamente +2,2 e +1,7).

Fig. 11 – Tasso di Incidenza - Rapporto tra nuovi utenza in trattamento/popolazione residente 15 – 64 aa \*10.000



Prendendo in esame l'utenza in trattamento per problematiche alcolcorrelate si possono notare talune caratteristiche:

- **Rapporto vecchi/nuovi:** dall'analisi del rapporto vecchi/nuovi utenti emerge come sia progressivamente aumentata nel tempo la quota di nuovi utenti: da 1 su 3,5 pazienti già in carico nel 2007 a 1 su 2,9 nel 2009. Nel 2009 la percentuale di nuovi utenti in Area Vasta è del 25,9%, seppur con distinzioni significative a seconda dell'Ausl di riferimento; tali valori si attestano infatti al 16,0% e 20,0% rispettivamente per Forlì e Ravenna e salgono fino a quota 33,0% e 35,0% per Rimini e Cesena. Questi ultimi, di conseguenza, presentano quote maggiori di nuovi utenti e un maggior turn over in termini di soggetti trattati.
- **Età:** il 73,7% degli alcolisti in carico ha un'età superiore ai 40 anni (con valori che variano dal 65,4% di Rimini al 78,9 % di Ravenna) e ha un'età media di circa 47 anni. Si nota, inoltre, per le Ausl di Rimini e Cesena una percentuale più elevata di utenza nelle classi di età 20-29 e 30-39 anni. Gli utenti in carico a questi Servizi sono quindi più giovani rispetto a quelli delle Ausl di Forlì e Ravenna. Di conseguenza, anche l'età media risulta più bassa (44,9 e 45,9 anni per Rimini e Cesena) rispetto a quelli di Ravenna e Forlì (che registrano valori di 48,6 e 47,8 anni).

L'analisi dell'età per i nuovi utenti in carico mostra come questi risultano più giovani rispetto ai soggetti già conosciuti; infatti, aumentano le percentuali nelle classi di età 20-29 e 30-39 anni e diminuisce l'utenza con più di 40 anni (65% vs il 70% di tutti i soggetti in carico).

- *Sesso*: per quanto riguarda il sesso c'è una netta prevalenza del genere maschile (68,7%) con valori più o meno simili per tutte le Ausl.
- *Residenza*: quasi la totalità degli utenti sono residenti in territorio romagnolo (93,4%) e gli stranieri si attestano all'11,2%. I paesi di provenienza sono soprattutto quelli dell'Est Europa (Polonia, Ucraina, Romania) e il Marocco.
- *Bevanda prevalente*: è costituita principalmente dal vino (66,5% degli utenti), con un aumento del 3% rispetto al 2007, ed è seguita in diffusione da birra (20,1%), superalcolici (10,0%) e, in minima parte, aperitivi, amari e digestivi (2,9%).

Il profilo del consumo per sesso riserva qualche sorpresa, per quanto non metta in discussione la sequenza di importanza delle singole bevande: nell'utenza romagnola infatti, le donne "dipendono" più dal vino (+9,4 punti percentuali rispetto agli uomini) ma meno da birra e superalcolici (rispettivamente -4,8 punti e -3 punti percentuali). Il consumo di superalcolici, "aperitivi, amari e digestivi" è abbastanza livellato tra i due sessi. È questo, per altro, l'esito di una dinamica maturata negli ultimi anni, che vede l'aumento costante della presenza femminile tra i consumatori di vino e l'aumento dei maschi tra i consumatori di birra.

A proposito del tasso di incidenza – cioè del peso relativo dei nuovi pazienti sul totale degli assistiti nel 2009 – e dei profili per età si era notata una forte differenza dell'utenza afferente ai singoli servizi territoriali. Il consumo di bevande conferma quanto il dato medio di Area Vasta nasconda situazioni molto diverse nei bacini di utenza dei singoli Centri Alcologici. Seguendo la traccia del profilo di età, ci aspetteremmo che Forlì e Ravenna – cioè i servizi dove gli over 50 pesano di più - abbiano un profilo comune tra loro, ma diverso dai precedenti: così non è. A Ravenna una maggior percentuale di utenti segnala i superalcolici come bevanda prevalente (11,1% circa) rispetto agli altri territori, mentre a Forlì si rileva una quota più elevata, rispetto agli altri servizi, di consumatori di birra. Cesena, che risulta il territorio con utenza più giovane, è invece il servizio dove predomina la percentuale di soggetti che indicano il vino quale alcolico elettivo.

Questa forte scansione territoriale dell'utenza è probabilmente un indizio di come si differenzi la fenomenologia del problema all'interno dell'Area Vasta – se accettiamo l'ipotesi che l'utenza sia la parte emersa del fenomeno e non ci siano particolari meccanismi selettivi di un servizio rispetto ad un altro – e al contempo sollecita una strategia di intervento fortemente caratterizzata territorialmente.

In conclusione, le AUSL di Area Vasta Romagna hanno registrato 1.447 utenti alcolodipendenti in carico a fine 2009, pari ad un incremento del 15,0% circa nel triennio 2007-2009. Un incremento che ha coinvolto anche la fascia giovanile under 20 e ha confermato come target primario la fascia d'età 40-49 anni (con un +22,7% nel 2009). L'incremento degli accessi lascia comunque in ombra il consumo e l'abuso giovanile e adolescenziale che pure le indagini epidemiologiche segnalano anche sul territorio ma che evidentemente stenta a transitare dalla rete dei servizi territoriali. E' questo il target in cui sembra più scoperto l'attuale sistema di offerta, ma è questo anche il target di un marketing sempre più aggressivo, stigmatizzato in sede europea, che promuove una cultura in cui l'alcol si abbina al divertimento e alle relazioni sociali, cioè alla sfera dei "diritti" riconosciuti alla popolazione giovanile.

### 3. Tabagisti

Nel 2007 è stata approvata una legge regionale (n. 17 del 27 luglio 2007) con le disposizioni per la prevenzione, la cura e il controllo del fumo che completano e integrano la legislazione nazionale. La legge promuove l'assoluto divieto di fumo nei servizi sanitari, nelle scuole, negli esercizi pubblici e in generale nei luoghi di lavoro pubblici e privati. Per la sua applicazione è stato predisposto un Piano triennale d'intervento per prevenire l'abitudine al fumo attraverso la promozione di stili di vita sani, soprattutto tra i giovani e i lavoratori, per la cura del tabagismo, a cui viene riconosciuta la caratteristica di malattia, in quanto dipendenza patologica (ai fumatori è garantito l'accesso gratuito ai servizi di cura del Sistema sanitario regionale, come già avviene per l'alcol e le altre dipendenze), per azioni persuasive (campagne di comunicazione per sviluppare la cultura del non-fumo tra i cittadini) e dissuasive (vigilanza e controllo da parte degli organi preposti).

*"In Italia, tre adulti su dieci fumano sigarette. Nel 2009, più di un terzo dei fumatori ha comunque tentato di smettere. È buona la percezione del rispetto della normativa nei locali pubblici e sui luoghi di lavoro, ma con qualche problema in più al Sud. E le donne? Fumano meno e con meno intensità degli uomini.*

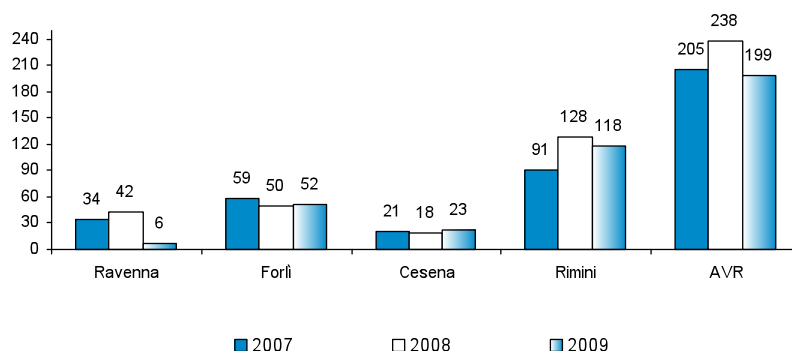
*Nel 2009, la percentuale media di fumatori tra i 18 e i 69 anni è abbastanza stabile (29%) rispetto al 2007 (31%) e al 2008 (30%).*

*L'abitudine al fumo si conferma più diffusa tra gli uomini. In media, ogni fumatore dichiara di fumare 13 sigarette al giorno. Ben 7 su 100, inoltre, sono "forti fumatori": consumano, cioè, più di 20 sigarette al giorno. Nel corso del 2009, il 36% dei fumatori ha provato ad abbandonare le "bionde": tentativo che è andato poi a buon fine quasi una volta su cinque. Se l'8% dei fumatori è infatti riuscito a dire basta una volta per tutte, un altro 10% sta provando a farlo perché ha smesso da meno di sei mesi. Tutti gli altri hanno invece ceduto di nuovo alla tentazione e sono tornati dal tabaccaio.*

*Una conquista per la salute pubblica nel nostro Paese è indubbiamente la legge sul divieto di fumo nei locali pubblici e sui luoghi di lavoro, entrata in vigore ormai più di cinque anni fa. Nel 2009, la maggior parte degli intervistati riferisce che il divieto di fumare viene rispettato sia nei locali pubblici (86%) sia nei luoghi di lavoro (88%). Come nel 2007 e 2008, però, la percezione del rispetto della legge varia da Regione a Regione e risulta più frequente al Nord che al Sud"<sup>6</sup>.*

I tabagisti in carico nel periodo 2007-2009 (v. Fig. 12) hanno avuto un andamento altalenante: dapprima sono aumentati, passando da 205 nel 2007 a 238 nel 2008, poi sono diminuiti raggiungendo quota 199 per il 2009.

Fig. 12 – Utenti tabagisti in carico per Ausl di riferimento (Anni 2007-2009, valori assoluti)



6 Sistema di sorveglianza Passi – dati 2009



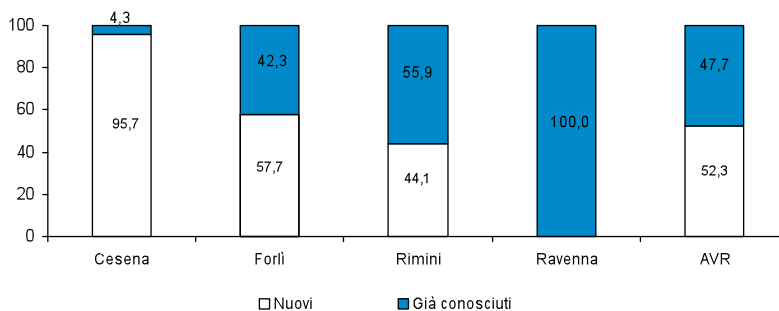
Analizzando il dato per singole realtà territoriali, si nota un forte decremento dell'utenza per l'Ausl di Ravenna, passata dalle 42 unità del 2008 a 6 del 2009. Questo è dovuto al fatto che per i tabagisti è stato attivato un apposito programma gestito dal Dipartimento di Sanità Pubblica e non più dal SerT.

A Rimini si è verificato un aumento dal 2007 al 2008 (da 91 a 128 soggetti) e una successiva diminuzione per il 2009 (118 soggetti). Cesena e Forlì mantengono sostanzialmente stabile la loro quota di utenti.

Dei 199 utenti in carico nel 2009 il 59,3% fa capo all'Ausl di Rimini, il 26,1 % a Forlì, l'11,6 % a Cesena e il 3,0% a Ravenna. La quota maggioritaria di utenza di Rimini può essere spiegata col fatto che, già da diverso tempo, è stato sviluppato uno specifico Centro Fumo che prevede percorsi differenziati ed equipe terapeutiche specifiche per questa tipologia di utenza. Ad oggi il Centro Fumo afferente all'UO Dipendenze patologiche dell'AUSL di Rimini si configura come uno tra gli ambulatori in Area Vasta maggiormente rappresentativo per numero di utenti trattati all'anno per dipendenza da tabacco come sostanza di abuso primaria.

Per quanto riguarda l'utenza in carico nel 2009 (v. Fig. 13) la quota di soggetti nuovi e già in carico è sostanzialmente identica: infatti, il 52,3% dell'utenza è costituita da nuovi ingressi, mentre il 47,7% da soggetti già conosciuti.

Fig. 13 - Utenti tabagisti in carico nuovi e già conosciuti per AUSL di riferimento. Area Vasta Romagna. Anno 2009 (valori percentuali)



Il rapporto vecchi/nuovi è, infatti, pari a 0,9 e si è mantenuto piuttosto stabile nel periodo in esame registrando solo una lieve flessione rispetto al 2007 quando tale valore era pari a 0,7.

Analizzando le caratteristiche della popolazione tabagista in AVR emerge che l'81% ha un'età superiore ai 40 anni, con un'età media di 50,6 anni.

In generale si denota un accesso pressoché uniforme tra uomini e donne che chiedono trattamenti contro il tabagismo; il 51,8% degli utenti è, infatti, di sesso maschile, e il rapporto maschi/femmine è pari a 1,1.

Prendendo in esame la nuova utenza si possono evidenziare caratteristiche pressoché identiche a quelle dell'utenza in generale: l'età media è infatti pari a 50,5 anni e il 77,9% ha un'età superiore ai 40 anni.

Per quanto riguarda, invece, l'età di inizio fumo dell'utenza in carico, essa si colloca principalmente nella fascia tra i 15 e i 20 anni (57,6%) con un'età media di inizio pari a 17,1 anni.

Incrociando questo dato con il genere si nota una percentuale maggiore di maschi (31,1% vs. 26,3% delle femmine) che ha iniziato a fumare in età precoce (sotto i 14 anni). Analizzando, infatti, questa specifica fascia di età si riscontra come il 56,1% sia costituito da maschi, mentre il 43,9% da femmine.

Il numero di sigarette fumate al giorno è superiore alle 20 per il 78,0% dei soggetti con una media di quasi 24 sigarette. Inoltre, il 65,8% ha già avuto precedenti tentativi di disassuefazione dal fumo.

Il profilo sin qui delineato non è, naturalmente, rappresentativo del fenomeno generale e sembra sovrastimare le caratteristiche dei soggetti tabagisti (che dai dati dello studio Passi 2009 vengono descritti come in prevalenza maschi, che fumano in media circa 13 sigarette al giorno e che nel 36% dei casi hanno cercato almeno una volta di smettere di fumare).

#### 4. Gamblers

Il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) è una malattia mentale che è stata classificata dall'Associazione Psichiatrica Americana (APA - American Psychiatric Association) all'interno dei "Disturbi del controllo degli impulsi" e che ha grande affinità sia con il gruppo dei Disturbi Ossessivo-Compulsivi (DOC) ma soprattutto con i comportamenti d'abuso e le dipendenze.

I gamblers sono quei soggetti che non riescono a resistere all'impulso di giocare nonostante la compromissione delle loro relazioni personali, familiari, economiche e lavorative.

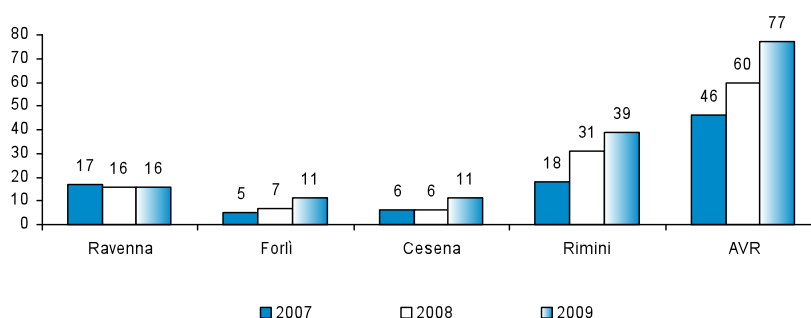
Il gambling è quindi una malattia cronica che necessita di un intervento terapeutico specifico e strutturato.

I Servizi per le dipendenze Patologiche hanno iniziato, già da qualche anno, ad occuparsi anche di questa forma di dipendenza.

Il gioco d'azzardo patologico è attualmente un fenomeno in gran parte sommerso e sottostimato. La prevalenza di questo fenomeno è andata negli anni aumentando e diffondendosi.

Gli utenti gamblers in carico nel periodo 2007-2009 nel territorio di area Vasta Romagna (v. Fig. 14) sono progressivamente aumentati, passando da 46 nel 2007 a 77 nel 2009. Essendo tale dato piuttosto esiguo in termini assoluti non sono state fatte considerazioni sulle differenze locali, ma è stata esaminata solo la situazione nel suo complesso (a livello di Area Vasta Romagna).

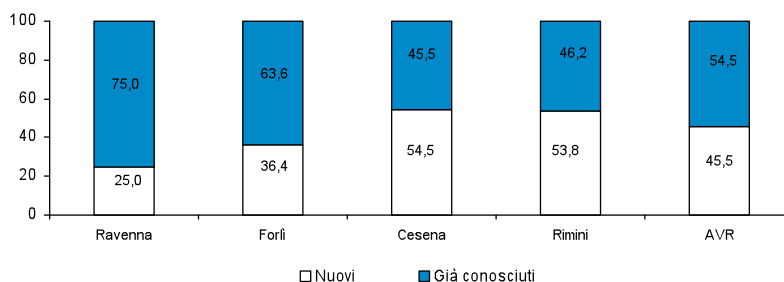
Fig. 14 – Utenti gamblers in carico per Ausl di riferimento (Anni 2007-2009, valori assoluti)



Si sottolinea, comunque, come l'Ausl di Rimini detiene oltre la metà (50,6%) di tutta l'utenza in carico nel 2009. Essa, infatti, ha strutturato, già da alcuni anni, un apposito percorso per questa tipologia di utenza, sviluppando precisi percorsi di cura. Tale servizio, inoltre, è quello che ha registrato l'aumento più significativo di utenza (18 soggetti nel 2007, 39 nel 2009).

I soggetti in carico nel 2009 in AVR (v. Fig. 15) sono caratterizzati da una quota piuttosto consistente di nuovi utenti (45,5%). Il rapporto vecchi/nuovi è, infatti, pari a 1,2 e si mantiene piuttosto stabile nel periodo in esame: esso registra una lieve flessione rispetto al 2007 (passando da 1,4 a 1,2) ed è, invece, stabile rispetto all'anno precedente.

Fig. 15 - Utenti gamblers in carico nuovi e già conosciuti per AUSL di riferimento. Area Vasta Romagna. Anno 2009 (valori percentuali)

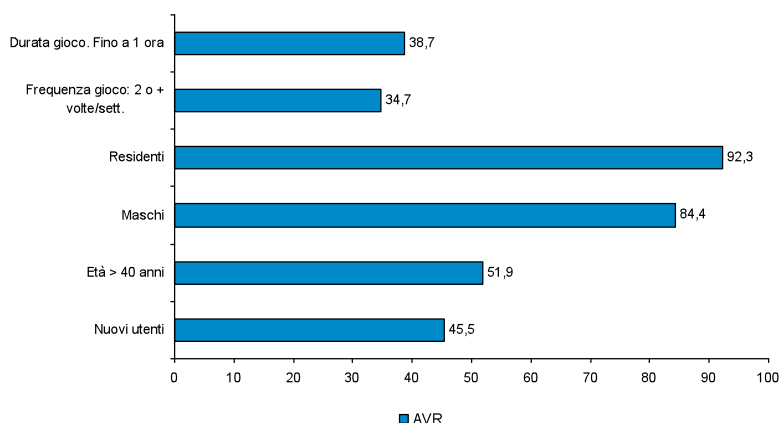


Cercando di tracciare un profilo dell'utenza in carico ai Servizi (v. Fig. 16) emerge come oltre il 50% ha un'età superiore ai 40 anni. L'età media è di 42,7 anni (dato 2009).

Per quanto riguarda il genere, c'è una consistente predominanza maschile che raggiunge quasi l'85%. Il rapporto maschi/femmine è pari a 5,4: ciò significa che per ogni donna in carico ci sono 5,4 utenti di sesso maschile.

Prendendo in esame la nuova utenza emerge che il 51,7% ha un'età superiore ai 40 anni e l'età media è di 41,1 anni (di poco inferiore a quella dell'utenza in generale). Aumenta la percentuale di utenti nelle classi 40-49 anni (31,4% per i nuovi contro il 24,7% dell'utenza totale) 20-29 anni che raggiunge quota 22,9% (+ 6 punti percentuali).

Fig. 16 - Caratteristiche utenza gamblers suddivisa per AUSL di appartenenza (Anno 2009, valori percentuali)



Analizzando le caratteristiche del gioco si può notare che il 34,7% gioca con una frequenza di 1-2 volte a settimana e la durata del gioco è fino ad un ora per il 38,7%. Per la tipologia di gioco, essa riguarda i video giochi per il 48,8% dei soggetti, il lotto, lotterie, ecc per il 28%, le corse di animali per l'8,0% e le carte per il 2,7%.

Dall'esiguità dei dati a disposizione si può dedurre che il gambling, nonostante sia in continuo aumento, anche per il fatto di una sempre maggiore disponibilità e facilità di accesso nel praticare il gioco d'azzardo, rimane ancora un fenomeno in gran parte sommerso e sottostimato.



## PROGRAMMI E TRATTAMENTI ATTIVI NEI SERT DI AREA VASTA ROMAGNA

2

### Premessa

I Servizi per le Dipendenze Patologiche stanno vivendo una evoluzione organizzativa e culturale in risposta a una serie crescente di problematiche legate al fenomeno delle dipendenze patologiche. Gli operatori pubblici e del privato sociale, nel definire il programma terapeutico e l'insieme dei trattamenti più adeguati per il singolo paziente, si trovano a fronteggiare un'elevata complessità.

Come evidenziato da numerose revisioni sistematiche della letteratura scientifica, se per la dipendenza da oppiacei esistono farmaci di comprovata efficacia, per le altre sostanze, come cocaina, amfetamine e cannabinoidi, non esistono farmaci specifici.

La situazione non è migliore per i trattamenti psicosociali, associati o meno a terapie farmacologiche, e per i trattamenti a carattere residenziale per i quali le evidenze di efficacia non risultano in molti casi sufficientemente documentate.

In un quadro di tale incertezza, l'analisi dei programmi e dei trattamenti in un contesto più ampio, quale l'Area Vasta, unito al raffronto fra le quattro Aziende può costituire un utile punto di partenza per una riflessione che orienti i Servizi al miglioramento continuo.

Per meglio comprendere il contenuto dei paragrafi successivi ci pare utile precisare alcuni elementi terminologici e di contenuto.

I soggetti considerati "in carico" ai Servizi, hanno aderito ad un programma terapeutico strutturato, dopo una fase di Osservazione e Diagnosi. Pertanto non sono inclusi in questa analisi:

- i soggetti provvisori, che hanno avuto contatti con il Servizio non esitati in un programma terapeutico;
- i soggetti appoggiati, in trattamento presso un altro Ser.T., ai quali è garantita la continuità terapeutica durante la permanenza nel territorio di AVR (lavoratori, studenti, turisti).

Ogni programma terapeutico si articola in una serie di trattamenti personalizzati di diverse tipologie. I differenti trattamenti, riconducibili ad un programma terapeutico, possono essere svolti contemporaneamente (in seguito verranno definiti programmi integrati) oppure in successione temporale.

Ogni trattamento, a sua volta, comporta lo svolgimento di una serie di attività-prestazioni (ad es. i trattamenti farmacologici possono comportare la somministrazione quotidiana di farmaci, i trattamenti psico-sociali possono prevedere lo svolgimento di colloqui settimanali ecc.).

Infine non va dimenticato che si tratta del primo esperimento di analisi approfondita di programmi e trattamenti

relativi ai SerT di AVR e che vi possono essere alcune disomogeneità nella modalità di registrazione delle informazioni fra le diverse Aziende.

## 1. Programmi dei SerT di Area Vasta Romagna attivi nel 2009

Durante l'anno 2009, nel complesso, sono risultati attivi in AVR 5.148 programmi, riferiti a 5.037 soggetti presi in carico (Cesena n.859, Forlì n.769, Ravenna n.1768, Rimini n.1641).

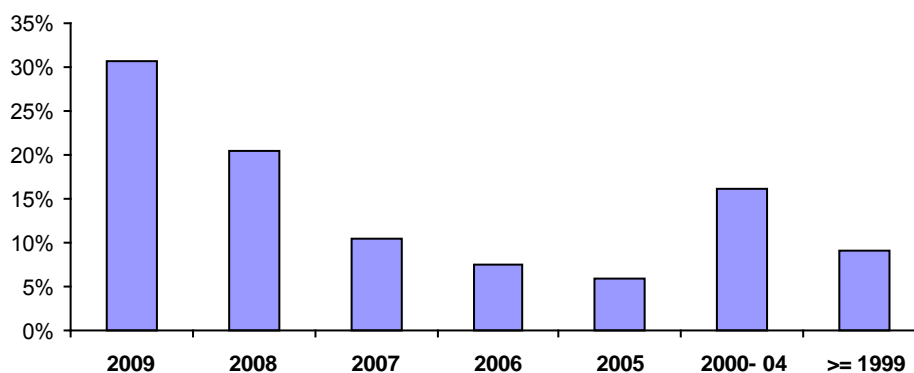
La tipologia di utenti prevalente è quella dei dipendenti da droghe e/o farmaci 64%, seguono gli alcolisti 29%, i tabagisti 4%, i giocatori d'azzardo 2% e le altre tipologie 2%.

Ai fini delle elaborazioni successive per i 101 soggetti con più di un programma verrà considerato l'ultimo programma chiuso nell'anno 2009.

Considerando la durata dei programmi (v. Fig. 1), si evidenzia come la maggioranza dei programmi (61%) sia stato attivato dal 2007 (o successivamente); contemporaneamente va evidenziato come esista un numero rilevante di soggetti che hanno un programma attivo da più tempo: il 16% dal 2000 – 2004 e il 9% da prima del 2000.

La durata dei programmi, anche pluriennale, è in linea con la natura cronica e recidivante delle patologie in esame; inoltre, va evidenziato che l'elevata ritenzione in trattamento può essere letta come indicatore positivo per i Servizi.

Fig.1 - Anno di inizio programma, utenza complessiva. Area Vasta Romagna (valori percentuali)



Analizzando le tipologie di utenti si riscontrano differenze significative (v. Tab. 1): per i dipendenti da droghe e/o farmaci il 31% dei programmi è antecedente al 2004, tale percentuale scende al 17% se consideriamo gli alcolisti; al contrario per giocatori, tabagisti e altre tipologie i programmi antecedenti al 2004 risultano una quota residuale; per questi ultimi nella maggior parte dei casi i programmi sono stati attivati dopo il 2007.

La tipologia di utenti e la durata dei programmi appaiono strettamente legati. Tale influenza va ricondotta sia alle caratteristiche specifiche delle diverse sostanze d'abuso e alle relative indicazioni terapeutiche, sia all'evoluzione storica dei percorsi di cura offerti dai Servizi. I SerT, nati per rispondere al bisogno di cura dei soggetti tossicodipendenti, e progressivamente degli alcolisti, nel tempo hanno diversificato l'offerta terapeutica, individuando percorsi terapeutici rivolti a nuove tipologie di utenti, quali giocatori d'azzardo e tabagisti.

Tab. 1 - Anno di inizio programma per tipologia di utenza. Area Vasta Romagna (valori percentuali di colonna)

	<b>Droghe e/o farmaci</b>	<b>Alcol</b>	<b>Gioco d'azzardo</b>	<b>Tabacco</b>	<b>Altro</b>
<b>&gt;= 1999</b>	12,6	3,1	0,0	0,0	4,8
<b>2000 - 2004</b>	18,5	13,9	1,3	1,0	6,0
<b>2005</b>	6,7	5,7	2,6	1,0	3,6
<b>2006</b>	7,8	7,7	3,9	1,0	4,8
<b>2007</b>	10,5	10,9	11,7	5,5	8,4
<b>2008</b>	18,1	22,2	28,6	35,7	34,9
<b>2009</b>	25,8	36,5	51,9	55,8	37,3
<b>Totale %</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Totale v.a</b>	<b>3.228</b>	<b>1447</b>	<b>77</b>	<b>199</b>	<b>86</b>

Per i dipendenti da droghe e/o farmaci, il numero di programmi attivati nel 2009 è più alto a Rimini (31%), segue Cesena e Forlì (27%), mentre Ravenna registra la quota più bassa (20%). Di contro, Ravenna registra la quota più alta di programmi del 2004 o antecedenti (40%), mentre Rimini quella più bassa (24%), Forlì (31%) e Cesena (28 %) si attestano su valori intermedi.

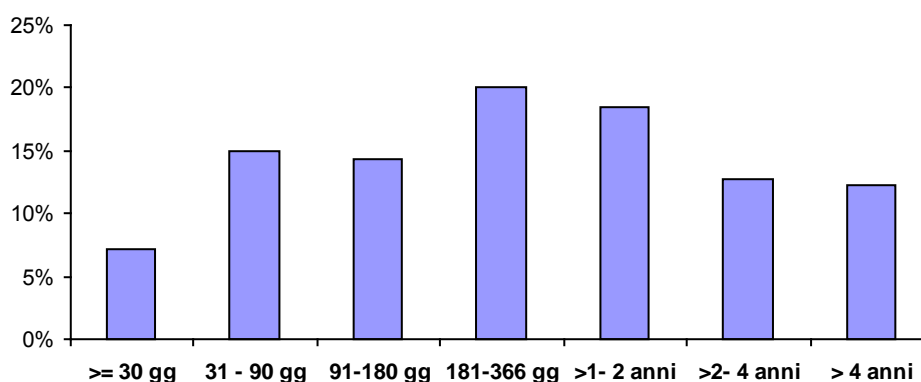
Le differenze risultano ancora più marcate se si considerano gli alcolisti, in questo caso i programmi attivati nel 2009 vanno da un massimo del 53% di Cesena, al 48% di Rimini, al 26% di Ravenna a un minimo del 22% di Forlì, mentre i programmi del 2004 o antecedenti registrano la quota più alta a Ravenna (27%), seguono Forlì (22%), Cesena (10%) e Rimini (7%).

I soggetti che hanno concluso il programma nel 2009 risultano pari al 25%, mentre il restante 75% permane in carico al 31/12/2009 .

Le differenze fra le varie AUSL risultano evidenti, si passa dal 39% di programmi conclusi a Rimini, al 26% di Cesena, al 22% di Forlì per raggiungere il 13% di Ravenna.

Riguardo alla durata, il 37% ha concluso il programma entro sei mesi, il 57% entro l'anno, mentre il 25% dei programmi conclusi ha una durata superiore ai due anni (v. Fig. 2).

Fig. 2 - Durata programmi conclusi nel 2009, utenza complessiva. Area Vasta Romagna (valori percentuali)



I programmi conclusi registrano durate diverse a seconda della tipologia di utenti: i dipendenti da droghe e/o farmaci nel 33% dei casi concludono il programma dopo più di due anni, tale quota si riduce al 22% negli alcolisti, mentre le altre tipologie hanno valori residui.

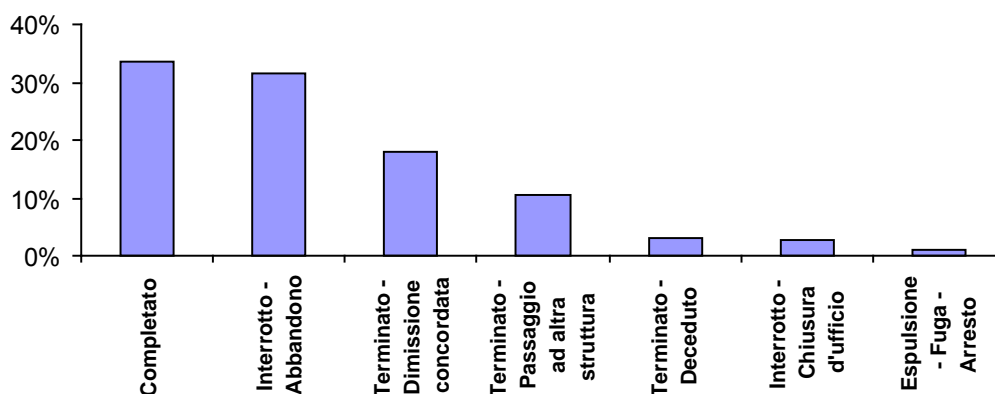
Tab. 2 - Durata programmi conclusi nel 2009 per tipologia di utenza. Area Vasta Romagna. (valori percentuali di colonna)

	<b>Droghe e/o farmaci</b>	<b>Alcol</b>	<b>Gioco d'azzardo</b>	<b>Tabacco</b>	<b>Altro</b>
<b>&lt;= 30 gg</b>	7,8	6,7	0,0	8,0	3,6
<b>31 - 90 gg</b>	11,6	17,8	15,4	23,2	14,3
<b>91-180 gg</b>	12,7	15,1	23,1	18,4	17,9
<b>181-366 gg</b>	17,8	19,3	43,6	24,0	35,7
<b>&gt;1- 2 anni</b>	17,0	19,5	12,8	24,0	14,3
<b>&gt;2- 4 anni</b>	15,7	12,8	5,1	1,6	7,1
<b>&gt; 4 anni</b>	17,5	8,9	0,0	0,8	7,1
<b>Totale %</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Totale v.a.</b>	664	405	39	125	29

Considerando le quattro AUSL emerge un quadro eterogeneo. Relativamente ai tossicodipendenti, i programmi conclusi dopo più di 2 anni vanno dal 57% a Forlì, al 49% di Ravenna, al 30% di Cesena al 21% di Rimini. Per gli alcolisti il range di variazione è più ampio, va dal 62% di Forlì, al 39% di Ravenna, al 12% di Rimini al 10% di Cesena.

L'esito dell'ultimo programma, dei soggetti che hanno concluso nel 2009, è nel 34% dei casi "Completato", nel 32% "Interrotto-abbandono", nel 18% "Dimissione concordata" e nel 10% "Passaggio altra struttura" (v. Fig. 3).

Fig. 3 - Esito programmi conclusi nel 2009, utenza complessiva. Area Vasta Romagna (valori percentuali)



La tipologia pare influenzare l'esito del programma, che risulta completato nel 28% dei casi per droghe e/o farmaci, nel 36% per gli alcolisti e in misura maggiore per le altre tipologie (v. Tab. 3).



Tab. 3 - Esito programmi conclusi nel 2009 per tipologia di utenza

	<b>Droghe e/o farmaci</b>	<b>Alcol</b>	<b>Gioco d'azzardo</b>	<b>Tabacco</b>	<b>Altro</b>
<b>Completato</b>	28,0	35,8	43,6	44,8	67,9
<b>Interrotto</b>	37,2	37,0	33,3	17,6	10,7
<b>Terminato</b>	34,8	27,2	23,1	37,6	21,4
<b>Totale %</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<i>Totale v.a</i>	664	405	39	125	29

Anche in questo caso il quadro non è omogeneo e le differenze fra AUSL si replicano sia per i dipendenti da droghe e/o farmaci che per gli alcolisti.

Per le droghe e/o farmaci i programmi completati vanno dal 35% di Ravenna al 34% di Cesena, al 25% di Rimini, al 23% di Forlì.

Per gli alcolisti, i programmi completati vanno dal 40% di Rimini, al 36% di Cesena, al 33 % di Rimini al 17% al di Forlì.

## 2. Trattamenti SerT di Area Vasta Romagna attivi nel 2009

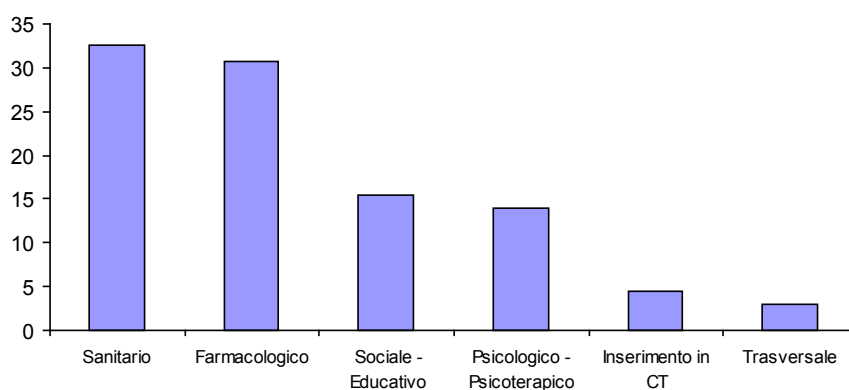
### 2.1 La prospettiva Macro

In questo paragrafo si analizzeranno i trattamenti nel loro complesso, intesi come l'insieme delle risorse terapeutiche messe in campo in Area Vasta Romagna per rispondere alla domanda di cura dell'utenza in carico, la prospettiva è quella dei Servizi. Pertanto, se nel corso dell'anno sono stati attivati due trattamenti dello stesso tipo (es. terapia farmacologica) per lo stesso soggetto, questi verranno conteggiati due volte.

Nel 2009 sono risultati in carico ai SerT di Area Vasta 5037 soggetti, di diversa tipologia, per i quali sono stati attivati 12.462 trattamenti.

Le risorse messe in campo in Area Vasta, per gli utenti in carico, si esprimono in trattamenti riconducibili a sei categorie (v. Fig. 4).

Fig. 4 - Trattamenti attivati in AVR per l'utenza in carico. Area Vasta Romagna (valori percentuali)



Un terzo dei trattamenti (32,5%) è di tipo sanitario, categoria che comprende, in ordine decrescente, i controlli dello stato salute (51,9%), dei liquidi biologici (44,9%), disintossicazione ambulatoriale (1,7%) e day hospital (0,3%). Un'altra quota rilevante, il 30,8%, è costituita dalle terapie farmacologiche, con sostitutivi e altri farmaci. Il 15,4% è rappresentato dai trattamenti socio-educativi, in particolare da colloqui di sostegno svolti da assistenti sociali ed educatori (85,4%), inserimenti lavorativi (7,2%) e prestazioni socio-economiche (7%). Il 14% rientra nell'ambito dei trattamenti psicologico-psicoterapici, si tratta di terapie di sostegno psicologico individuale (69,3%) o alla famiglia (9,9%) e di psicoterapie individuali o familiari (20,8%). I percorsi riabilitativi svolti in Comunità Terapeutica (C.T.) rappresentano il 4,5% del totale. Infine, i trattamenti trasversali, attività riabilitative di diversa natura, che possono essere svolte da varie figure professionali, costituiscono il 2,9% e riguardano attività di valutazione diagnostica (35,7%), trattamento SEATT (24,7%), invio/frequenza gruppi di auto-aiuto con i pazienti (14,8%) o con i familiari (15,7%), gruppi di sostegno (4,9%) e trattamento psico-educativo rivolto ai pazienti (4,1%).

Tab. 4 - Trattamenti attivati per tipologia di utenza

	<b>TD</b>	<b>ALCOL</b>	<b>GIOCO</b>	<b>TABACCO</b>	<b>ALTRO</b>	<b>Totale v.a.</b>	<b>% sul Tot di riga</b>
<b>Farmacologico</b>	30,3	31,9	9,0	48,1	9,2	3.835	30,8
<b>Sanitario</b>	32,3	35,7	4,5	14,9	22,3	4.047	32,5
<b>Sociale - Educativo</b>	16,2	12,4	33,3	23,0	13,1	1.915	15,4
<b>Psicologico - Psicoterapico</b>	13,6	13,5	50,5	7,1	38,5	1.742	14,0
<b>Inserimento in C.T.</b>	5,3	3,2	0,9		0,0	559	4,5
<b>Trasversale</b>	2,4	3,3	1,8	6,8	16,9	364	2,9
<b>Totale % di colonna</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>		
<b>Totale v.a.</b>	<b>8.312</b>	<b>3.587</b>	<b>111</b>	<b>322</b>	<b>130</b>	<b>12.462</b>	

In relazione ai gruppi di trattamento non emergono differenze rilevanti fra tossicodipendenti e alcolisti, mentre per i giocatori e i fumatori si osserva una diversa distribuzione (v. Tab.4). Per i giocatori (77 soggetti) sono stati attivati 111 trattamenti, costituiti per la metà da trattamenti psicologico-psicoterapici e per 1/3 da quelli socio-educativi, molto marginali quelli farmacologici (9,0%) o sanitari (4,5%).

Per i tabagisti, al contrario, prevalgono i trattamenti farmacologici (48,1%) o di carattere socio-educativo (23%). Si tratta di 322 interventi rivolti a 199 soggetti.

Fra gli utenti con "altra" tipologia (130 interventi rivolti a 84 soggetti) si rileva la preminenza dei trattamenti psicologici e di quelli sanitari e la più bassa quota di terapie farmacologiche. Per questi utenti la domanda di trattamento consiste in: consulenze a familiari, controlli dei liquidi biologici per le pratiche di adozione, ecc.

### Trattamenti attivati per soggetti tossicodipendenti

Nel corso del 2009, per i soggetti tossicodipendenti, sono stati attivi 8.312 trattamenti.

In generale, in AVR i trattamenti si distribuiscono quasi equamente in tre grandi gruppi: sanitari (32,3%), farmacologici (30,3%) e psico-sociali (complessivamente il 29,8%). La quota rimanente si riferisce ai percorsi in C.T. (5,3%) e ai trattamenti trasversali (2,4%).

Nelle quattro Aziende, si evidenziano alcune interessanti differenze (v. Tab.5).

Tab. 5 - Trattamenti per Azienda USL – Tossicodipendenti. Area Vasta Romagna (valori percentuali di colonna)

	Cesena	Forlì	Ravenna	Rimini	Totale v.a.	% sul Tot di riga
<b>Farmacologico</b>	23,6	30,2	25,6	41,1	2.515	30,3
<b>Sanitario</b>	38,9	21,2	41,4	21,5	2.683	32,3
<b>Sociale - Educativo</b>	9,3	17,8	15,1	21,7	1.344	16,2
<b>Psicologico - Psicoterapico</b>	19,2	18,8	13,0	7,5	1.129	13,6
<b>Inserimento in C.T.</b>	5,7	5,1	4,5	6,2	442	5,3
<b>Trasversale</b>	3,2	6,9	0,4	2,0	199	2,4
<b>Totale % di colonna</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>		<b>100,0</b>
<i>Totale v.a.</i>	<i>1.726</i>	<i>1.219</i>	<i>3.012</i>	<i>2.355</i>	<i>8.312</i>	

Tab. 6 - Trattamenti farmacologici per Azienda USL – Tossicodipendenti. Area Vasta Romagna (valori percentuali di colonna)

	Cesena	Forlì	Ravenna	Rimini	Totale v.a.	% sul Tot di riga
<b>Sostitutivi</b>	87,7	71,2	77,8	84,4	2.037	81,0
<b>Altri farmaci</b>	12,3	28,8	22,2	15,6	478	19,0
<b>Totale % di colonna</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>		<b>100,0</b>
<i>Trattam. Farmacologici (v.a.)</i>	<i>408</i>	<i>368</i>	<i>770</i>	<i>969</i>	<i>2.515</i>	

Cesena. I trattamenti sanitari sono prevalenti, seguiti dalle terapie farmacologiche. In AVR, registra la quota più elevata di trattamenti psicologico-psicoterapici e la più bassa di interventi socio-educativi.

Forlì. Le terapie farmacologiche sono prevalenti (30,2%) e nell'insieme i trattamenti sono maggiormente distribuiti fra le diverse categorie.

Ravenna. Si rileva una certa predominanza dei trattamenti sanitari, la quota più elevata di AVR. Nel confronto, si caratterizza per il minor ricorso ai trattamenti trasversali e agli inserimenti in C.T.

Rimini. Si distingue soprattutto per la più elevata quota di trattamenti farmacologici (41%), il doppio di quelli sanitari, e per il valore più elevato di interventi socio-educativi e di inserimenti in C.T.

Nell'insieme si osserva, il diverso peso delle terapie farmacologiche nell'ambito della complessiva offerta terapeutica e una diversa propensione all'utilizzo dei farmaci sostitutivi. Rimini registra la maggior percentuale di trattamenti farmacologici e si distingue per un utilizzo più diffuso di Buprenorfina (22,2%). Cesena evidenzia la percentuale più bassa di trattamenti farmacologici e un ampio ricorso alle terapie sostitutive. Forlì il minor impiego di farmaci sostitutivi (v. Tab. 6).

## Trattamenti attivati per soggetti alcolisti

Nel corso del 2009, per i soggetti alcolisti, sono stati attivi 3.587 trattamenti.

I trattamenti più numerosi sono quelli di tipo sanitario e le terapie farmacologiche. La categoria dei trattamenti sanitari è costituita in netta maggioranza dai controlli sullo stato di salute (82,4%), e per una quota residuale di disintossicazioni ambulatoriali (5%) e ricoveri (3,2%), quasi assenti nei soggetti tossicodipendenti.

I trattamenti farmacologici (al contrario che per i tossicodipendenti) sono costituiti in maggioranza da terapie non sostitutive.

Tab. 7 - Trattamenti per Azienda USL – Alcolisti. Area Vasta Romagna (valori percentuali)

	Cesena	Forlì	Ravenna	Rimini	Totale v.a.	% sul Tot di riga
<b>Farmacologico</b>	26,9	31,3	30,9	35,4	1.143	31,9
<b>Sanitario</b>	43,8	24,4	37,3	34,7	1.282	35,7
<b>Sociale - Educativo</b>	3,4	13,1	11,9	16,6	443	12,4
<b>Psicologico - Psicoterapico</b>	19,3	16,2	16,1	7,1	484	13,5
<b>Inserimento in C.T.</b>	2,7	5,6	2,7	3,2	116	3,2
<b>Trasversale</b>	4,1	9,5	1,2	2,9	119	3,3
<b>Totale % di colonna</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>		<b>100,0</b>
<i>Totale v.a.</i>	566	464	1.312	1.245	3.587	

Tab. 8 - Trattamenti farmacologici per Azienda USL – Alcolisti. Area Vasta Romagna (valori percentuali)

	Cesena	Forlì	Ravenna	Rimini	Totale v.a.	% sul Tot di riga
<b>Sostitutivi</b>	42,1	4,1	36,5	27,2	805	29,6
<b>Altri farmaci</b>	57,9	95,9	63,5	72,8	338	70,4
<b>Totale % di colonna</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>		<b>100,0</b>
<i>Trattam. Farmacologici (v.a.)</i>	152	145	405	441	1.143	

Per Cesena si osserva la netta prevalenza dei trattamenti sanitari (43,8%), che risultano i più elevati di Area Vasta; seguono, quelli farmacologici e psicologici, rispettivamente i più bassi e i più alti fra le Aziende (v. Tab. 7). Registra il maggior peso delle terapie sostitutive (v. Tab. 8).

La distribuzione di Ravenna, evidenzia la prevalenza di trattamenti sanitari, seguiti da quelli farmacologici. In merito all'area psico-sociale sono numericamente più significativi quelli della categoria psicologica.

A Forlì, così come osservato per i tossicodipendenti, i trattamenti sono maggiormente distribuiti fra le diverse categorie. Infatti, rispetto alle altre Aziende attiva più trattamenti trasversali e percorsi comunitari. I trattamenti farmacologici con sostitutivi sono i più bassi di AVR (4,1%).

Nell'azienda di Rimini, i trattamenti farmacologici e quelli sanitari sono prevalenti, entrambi attorno al 35%. I trattamenti socio-educativi sono i più elevati di Area Vasta, quelli psicologici i più bassi (7,1%).

## La densità terapeutica

Rapportando il numero di trattamenti totali al numero di utenti in carico, si ottiene la media dei trattamenti attivati per ciascun soggetto, si tratta ovviamente di un'attribuzione teorica che dà però una misura della quantità e del tipo di risorse attivate. In questo modo si può procedere al raffronto fra le "densità terapeutiche" delle Aziende di Area Vasta.

In generale, per quanto riguarda i soggetti tossicodipendenti, Cesena rileva la media complessiva più elevata, seguita da Ravenna, mentre Rimini e Forlì si attestano su livelli più bassi. Differenze più significative riguardano, le tipologie di trattamenti. Rimini spicca per l'elevata densità di trattamenti farmacologici e socio-educativi, Cesena, al contrario, per il più alto numero di trattamenti sanitari (più di uno per utente), per quelli psicologici e per gli inserimenti in C.T.. Ravenna per il numero elevato di trattamenti sanitari e Forlì per quelli trasversali (v. Tab. 9)

Tab. 9 - Numero di trattamenti attivati ogni 100 utenti tossicodipendenti. Area Vasta Romagna.

	<b>Farmacologico</b>	<b>Sanitario</b>	<b>Sociale – Educativo</b>	<b>Psicologico – Psicoterapico</b>	<b>Inserimento in CT</b>	<b>Trasversale</b>	<b>Totale</b>
<b>Cesena</b>	69,7	114,7	27,5	56,8	16,9	9,4	295,0
<b>Forlì</b>	71,9	50,6	42,4	44,7	12,1	16,4	238,1
<b>Ravenna</b>	69,4	112,3	41,0	35,2	12,3	1,2	271,4
<b>Rimini</b>	94,9	49,6	50,0	17,3	14,2	4,6	230,7

Per i soggetti alcolisti, Rimini presenta il più alto numero di trattamenti. In relazione alla tipologia, Rimini e Cesena registrano un quadro simile a quello sopra descritto per i tossicodipendenti. Forlì presenta una maggior concentrazione di percorsi comunitari e di trattamenti trasversali (v. Tab. 10).

Tab. 10 - Numero di trattamenti attivati ogni 100 utenti alcolisti. Area Vasta Romagna.

	<b>Farmacologico</b>	<b>Sanitario</b>	<b>Sociale – Educativo</b>	<b>Psicologico– Psicoterapico</b>	<b>Inserimento in CT</b>	<b>Trasversale</b>	<b>Totale</b>
<b>Cesena</b>	65,5	106,9	8,2	47,0	6,5	9,9	244,0
<b>Forlì</b>	76,7	59,8	32,3	39,7	13,8	23,3	245,5
<b>Ravenna</b>	71,2	85,9	27,4	37,1	6,2	2,8	230,6
<b>Rimini</b>	96,5	94,5	45,3	19,5	8,8	7,9	272,4

Seppure con le cautele che il tipo di elaborazione ci impone, trova conferma l'idea di una diversa caratterizzazione dell'offerta terapeutica dei Ser.T. di Area Vasta.

## 2.2 La prospettiva Micro

In questo paragrafo, si adotta la prospettiva degli utenti, si osserverà la tipologia dei trattamenti attivati e come questi si articolano nel percorso terapeutico.

Per 85 utenti in carico (44 tossicodipendenti, 29 alcolisti, 8 tabagisti, 2 giocatori, 2 altra tipologia) non risultano trattamenti, si tratta presumibilmente di errori di registrazione (il programma era terminato precedentemente, ma non era stata registrata la chiusura, oppure il programma è stato attivo nel 2009, ma non sono stati registrati i trattamenti svolti). Pertanto, nell'analisi che seguirà, questi soggetti saranno esclusi.

Non si considererà la sede dei trattamenti, quindi non sarà possibile, ad esempio, distinguere i trattamenti svolti in Carcere.

### 2.2.1 Trattamenti terapeutici

Si osserva ciascuna categoria (farmacologica, psicologica-psicoterapica, socio-educativa, ecc.) per individuare la quota di utenti che svolge (almeno) un trattamento riconducibile a quell'area terapeutica. Quindi, un soggetto può rientrare in più categorie.

Per l'utenza tossicodipendente e alcolista, i trattamenti prevalenti sono quelli farmacologici e sanitari (v. Tab. 11).

Tab. 11 - Tipo di trattamento per area problematica (% sul numero di utenti)

	<b>Droghe e/o farmaci</b>	<b>Alcol</b>	<b>Gioco d'azzardo</b>	<b>Tabacco</b>	<b>Altro</b>
<b>Sanitario</b>	61,8	76,9	5,3	25,1	34,6
<b>Farmacologico</b>	62,4	54,1	12,0	70,2	12,3
<b>Sociale - Educativo</b>	36,2	28,1	40,3	48,0	18,5
<b>Psicologico - Psicoterapico</b>	31,7	31,4	23,0	69,3	60,5
<b>Inserimento in C.T.</b>	12,6	7,5	0	1,3	0
<b>Trasversale</b>	12,6	7,5	15,2	2,7	25,9
<b>Totale trattamenti (v.a.)</b>	<b>3228</b>	<b>1447</b>	<b>77</b>	<b>199</b>	<b>83</b>
<b>Utenza totale (v. a.)</b>	<b>3184</b>	<b>1418</b>	<b>191</b>	<b>75</b>	<b>81</b>

Nota. Sono stati esclusi i trattamenti dei soggetti con disturbo alimentare e della sessualità per l'esiguità del numero, rispettivamente: 2 e 1.

Il 62,4% dei soggetti tossicodipendenti è in trattamento farmacologico, quasi sempre con sostitutivi.

Oltre i 3/4 degli alcolisti (76,9%) sono trattati con interventi sanitari, il 54,1% con terapia farmacologica, il 59,1% dei quali con farmaci non sostitutivi.

I trattamenti psicologici riguardano circa 1/3 dell'utenza tossicodipendente e alcolista, mentre gli interventi socio-educativi coinvolgono una quota maggiore di tossicodipendenti, caratterizzati probabilmente da una maggiore compromissione di diversi ambiti di vita, compreso quello economico-lavorativo.

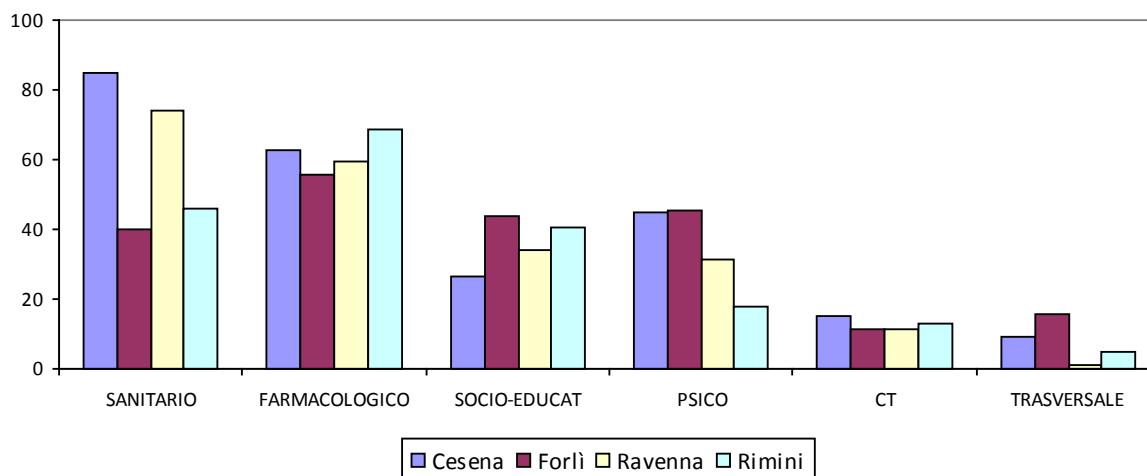
Per gli utenti di altre aree problematiche la situazione è diversificata. Le terapie farmacologiche sono attive per il 70,2% dei tabagisti e per quote minime (attorno al 12%) di giocatori e di utenti di altra tipologia. Il 69,3% dei giocatori svolge una terapia psicologica e circa la metà usufruisce di un trattamento socio-educativo, mentre il 60,5% degli utenti con altra tipologia riceve una terapia psicologica e nel 34% dei casi un trattamento di carattere sanitario.

## I tossicodipendenti

IL 62,4% degli utenti tossicodipendenti di AVR svolge un trattamento farmacologico (v. Fig. 5), molto spesso (56,5%) con sostitutivi (v. Tab. 12). Il 73,3% dei soggetti in trattamento con sostitutivi è dipendente da eroina, negli altri casi è plausibile che la scheda tossicologica non sia aggiornata.

Rimini, seguita da Cesena, registra una maggiore presenza di utenti con trattamento farmacologico (68,9%) e di utenti in terapia con sostitutivi (64,8%). Presenta, inoltre, il numero più elevato di trattamenti con Buprenorfina, 18,2% (v. Fig. 6).

Fig. 5 - Tipologia di trattamento per AUSL – Tossicodipendenti. Area Vasta Romagna. (valori percentuali)

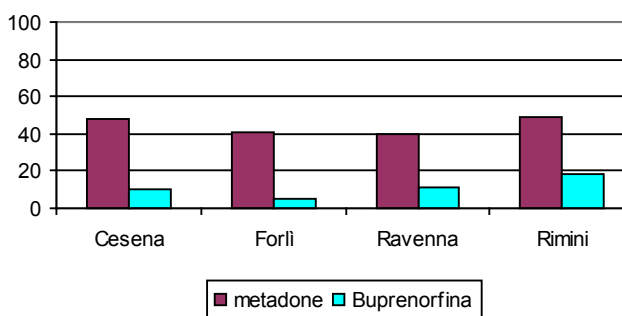


Al contrario, Forlì evidenzia la quota più bassa di trattamenti farmacologici e il minor impiego di terapie sostitutive (v. Fig. 5 e v. Tab. 12).

Tab. 12 - Tossicodipendenti in trattamento farmacologico. Area Vasta Romagna. (valori percentuali)

	Cesena	Forlì	Ravenna	Rimini	AVR
<b>farm. sostitutivi</b>	58,3	47,9	51,7	64,8	56,5
<b>altri farmaci</b>	4,5	7,7	7,6	4,1	5,9
<b>Tot. FARMACOL.</b>	62,8	55,6	59,3	68,9	62,4

Fig. 6 - Tossicodipendenti in trattamento con Metadone e Subutex. Area Vasta Romagna. (valori percentuali)



In merito ai trattamenti sanitari, si rileva la maggior eterogeneità fra le Aziende: l'84,8% dei soggetti tossicodipendenti di Cesena svolge almeno un trattamento sanitario, mentre a Forlì la quota scende al 39,9%.

Si osserva una discreta variabilità anche in relazione ai trattamenti psicologici, si va dal 17,7% di Rimini al 45,6% di Forlì, e a quelli dell'area socio-educativa.

Forlì registra le quote più elevate di tossicodipendenti con trattamenti riconducibili all'area socio-educativa, a quella psicologica e a quella trasversale.

Cesena e Rimini sono, invece, polarizzate su una delle due categorie: a Rimini è predominante la quota di soggetti che riceve trattamenti sociali, mentre a Cesena quelli psicologici-psicoterapici.

Per quanto riguarda i soggetti con trattamento in CT nel corso dell'anno, va rilevata l'omogeneità della situazione

in AVR. Il valore maggiore di Cesena risente probabilmente degli inserimenti presso il Centro Diurno "La meridiana", una struttura semi-residenziale che gestisce direttamente.

In sintesi, in relazione all'utenza tossicodipendente, Cesena si caratterizza per la grande diffusione dei trattamenti sanitari, che vengono attivati per i 4/5 degli utenti (84,8%). Al 62,8% dell'utenza viene prescritta una terapia farmacologica, mentre i trattamenti dell'area psicologica (44,6%) sono più frequenti di quelli socio-educativi. Seppure gli interventi più frequentemente attivati per l'utenza tossicodipendente del SerT di Forlì siano quelli farmacologici, la offerta terapeutica complessiva appare meno polarizzata su una tipologia specifica. Infatti i trattamenti psicologici (45,6%), socio-educativi (43,6%) e sanitari (39,9%) coinvolgono quasi lo stesso numero di utenti e i trattamenti trasversali registrano il valore più alto di Area Vasta.

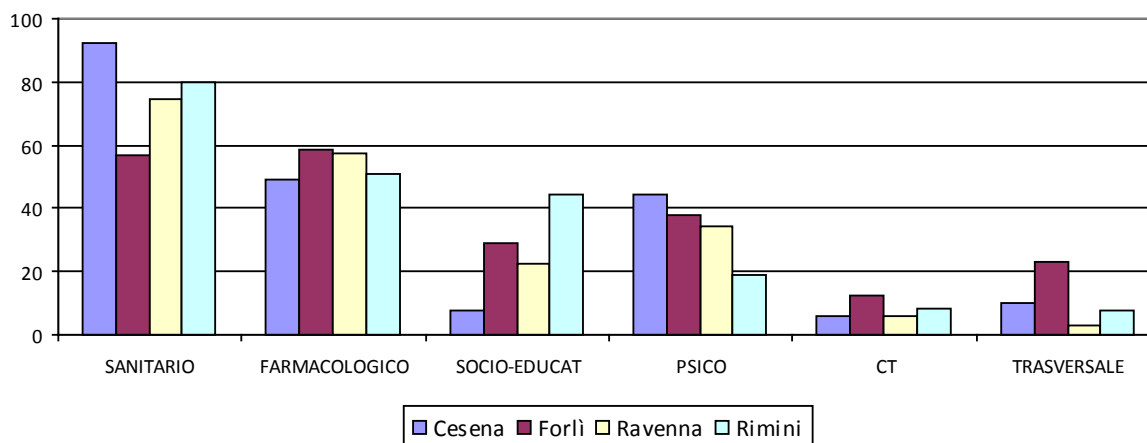
Nell'azienda di Ravenna, per la maggioranza degli utenti vengono attivati trattamenti sanitari, mentre sia gli interventi dell'area psicologica che quelli socio-educativi riguardano 1/3 dell'utenza.

Infine, Rimini connota maggiormente la risposta terapeutica in senso farmacologico (68,9%), registrando anche la quota più elevata di utenti in terapia con sostitutivi (64,8) e di utenti che assumono Buprenorfina. Significativo il ricorso a trattamenti di tipo socio-educativo (40,5%) e sensibilmente meno diffusa, rispetto alle altre Aziende, l'attivazione di terapie psicologiche.

## Gli alcolisti

I trattamenti più frequenti fra gli alcolisti sono quelli di tipo sanitario, in relazione ai quali (come per i tossicodipendenti) si osserva disomogeneità fra le Aziende, si va dal 56,6% di Forlì alla quasi totalità degli alcolisti di Cesena, 84,8% (v. Fig. 7).

Fig. 7 - Tipologia di trattamento per AUSL - Alcolisti. Area Vasta Romagna (valori percentuali)

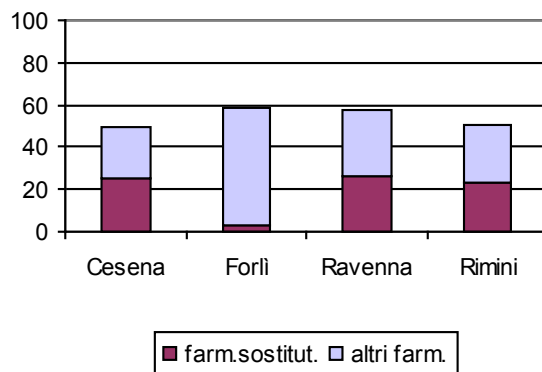


Emerge un minor impiego delle terapie farmacologiche, soprattutto in quelle Aziende, come Rimini e Cesena, che per l'utenza tossicodipendente registrano un ampio ricorso ai farmaci.

In AVR, circa la metà degli alcolisti che svolge un trattamento farmacologico è in terapia con farmaci sostitutivi (Alcover); fa eccezione Forlì, che li utilizza solo raramente, 3,4% (v. Tab.13).



Fig.8 - Alcolisti in trattamento farmacologico. Area Vasta Romagna (valori percentuali)



Tab. 13 - Alcolisti in trattamento farmacologico. Area Vasta Romagna (valori percentuali)

	Cesena	Forlì	Ravenna	Rimini	AVR
<b>farm.sostitutivi</b>	25,4	3,4	25,9	23,1	22,1
<b>Altri farmaci</b>	23,7	54,9	31,4	27,9	32
<b>Tot farmacol.</b>	49,1	58,3	57,3	51,0	54,1

Anche in relazione alle altre categorie di trattamenti, la situazione risulta diversificata fra le Aziende e in modo non sempre sovrapponibile a quanto osservato per i soggetti tossicodipendenti. In relazione all'offerta terapeutica dell'area psico-sociale, si osserva per gli alcolisti un maggior ricorso ai trattamenti psicologici, unica eccezione Rimini che attiva in Area Vasta il maggior numero di interventi socio-educativi.

In sintesi, Cesena è caratterizzata dalla grande "pervasività" degli interventi sanitari, che riguardano il 92,1% degli alcolisti, e dal più basso ricorso ai trattamenti dell'area socio-educativa.

Gli interventi attivati più di frequente dai professionisti del SerT di Forlì sono quelli farmacologici, ma raramente con farmaci sostitutivi. A differenza delle altre Aziende, utilizza le terapie farmacologiche più per gli alcolisti che per i tossicodipendenti. Inoltre, i trattamenti sanitari riguardano meno del 60% dei soggetti, il valore più basso in AVR. La distribuzione fra le categorie di trattamenti, è più omogeneo, infatti registra la maggior percentuale di trattamenti trasversali (22,9%) e percorsi comunitari (12,6%).

L'azienda di Ravenna, in ciascuna categoria di trattamento si trova in posizione intermedia.

Rimini si caratterizza per l'ampio ricorso ai trattamenti sanitari, contrariamente a quanto rilevato per l'utenza tossicodipendente, e per una offerta terapeutica psico-sociale incentrata sui trattamenti socio-educativi (il doppio di quelli psicologici).

## 2.2.2 Dai trattamenti terapeutici ai progetti di cura

In questa sezione focalizzeremo l'attenzione sulla "composizione" dei percorsi terapeutici, osservando quali trattamenti sono stati attivati (contemporaneamente o in successione) nell'ambito di uno stesso progetto di cura, allo scopo di individuare i pacchetti terapeutici più frequenti e rilevanti.

Va precisato che, l'analisi non considera l'intera durata del percorso terapeutico, ma si concentra sulla composizione del programma nel corso del 2009.

Le categorie dei percorsi terapeutici sono mutuamente esclusive, vale a dire che ciascun soggetto rientra, sulla base della combinazione dei trattamenti in cui si è articolato il programma terapeutico, in una sola delle categorie elencate.

Nell'attribuzione del soggetto alla tipologia di percorso, non sono stati presi in considerazione i trattamenti

sanitari (che verranno analizzati successivamente), in quanto in genere sono attivati in abbinamento ad altri trattamenti, si pensi, ad esempio, ai controlli dei cataboliti urinari, dello stato di salute; unica eccezione, nella tabella, l'ultima categoria, residuale rispetto alle precedenti, che riguarda i soggetti che non svolgono nessuno dei trattamenti delle categorie precedenti, ma solo uno o più trattamenti sanitari.

I trattamenti trasversali sono stati ricondotti a quelli psicologici o a quelli socio-educativi, a seconda della professionalità dell'operatore coinvolto.

In relazione alla tipologia dell'utenza si delineano diversi profili terapeutici (v. Tab. 14).

Tab. 14 - Tipologia di percorso terapeutico per area problematica

	<b>TD</b>	<b>ALCOL</b>	<b>GIOCO</b>	<b>TABACCO</b>	<b>ALTRO</b>	<b>Totale v.a.</b>	<b>% sul Tot di riga</b>
<b>Farmacologico</b>	32,6	27,4	2,7	39,3	8,3	1511	30,5
<b>Farmacologico + psico-sociale</b>	24,2	22,6	9,3	30,9	4,8	1161	23,4
<b>Psicologico</b>	11,6	13,1	45,3	17,3	54,8	668	13,5
<b>Psicologico + sociale</b>	4	2,1	18,7	1	1,2	174	3,5
<b>Sociale</b>	9,9	11,0	22,7	9,9	16,6	522	10,5
<b>Solo trattamenti sanitari</b>	5,1	16,2	0	1,6	14,3	408	8,2
<b>CT</b>	2,8	1,3	1,3	0	0	109	2,2
<b>CT + farmaco</b>	1,2	1,5	0	0	0	59	1,2
<b>CT + farmaco + psico-sociale</b>	4,5	2,5	0	0	0	178	3,6
<b>CT + psico-sociale</b>	4,1	2,1	0	0	0	162	3,3
<b>Totale % di colonna</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>		<b>100,0</b>
<i>Totale v.a.</i>	<i>3.184</i>	<i>1.418</i>	<i>75</i>	<i>191</i>	<i>84</i>	<i>4.952</i>	

La distribuzione dei soggetti tossicodipendenti è abbastanza sovrapponibile a quella degli alcolisti, fanno eccezione i soli trattamenti sanitari, che riguardano un numero più rilevante di alcolisti; si tratta probabilmente di interventi attuati per monitorare lo stato di salute in relazione a patologie alcol-correlate.

I percorsi terapeutici più frequenti hanno un carattere strettamente farmacologico (per il 32,6% dei tossicodipendenti e il 27,4% degli alcolisti) oppure prevedono, in aggiunta (per il 29,9% dei tossicodipendenti e il 26,6% degli alcolisti), l'attivazione di trattamenti riconducibili all'area psico-sociale, compresi gli inserimenti in Comunità Terapeutiche. Infatti, la complessità della problematica rende necessario un approccio multidimensionale, in particolare nella fase di valutazione diagnostica e nell'individuazione dei percorsi riabilitativi, che possono prevedere l'attivazione di diverse risorse terapeutiche. La letteratura scientifica evidenzia una maggiore efficacia degli interventi integrati, in termini di compliance alla terapia e di ritenzione in trattamento. In Area Vasta, circa 1/4 degli utenti svolge un programma composto esclusivamente da trattamenti riconducibili all'area psicologica e a quella socio-educativa, in alternativa fra loro o abbinati.

Fra gli alcolisti si registrano quote lievemente inferiori di soggetti in terapia farmacologica, integrata e non, e una maggior presenza di programmi terapeutici con una valenza psico-sociale.

Gli inserimenti in CT sono perlopiù integrati con l'area psico-sociale, con l'aggiunta di terapia farmacologica in casi limitati e sono, in proporzione, più elevati fra i soggetti tossicodipendenti. Quando il programma consiste nel solo percorso comunitario, si può presumere che sia stato avviato nell'anno precedente.

Per la maggioranza dei tabagisti il progetto riabilitativo prevede l'attivazione della terapia farmacologica, perlopiù come unico trattamento (nel 39,3% dei casi) o, nel 30,9% dei casi, integrato con interventi di area psico-sociale. La quota rimanente svolge un trattamento di carattere psicologico-psicoterapico (17,3%) oppure socio-educativo (9,9%).

Per i soggetti con gioco patologico e altre dipendenze (categoria "altro") il ricorso alle terapie farmacologiche è molto ridotto, mentre gli interventi più largamente impiegati sono quelli riconducibili all'area psicologica e a quella socio-educativa, anche in abbinamento fra loro. Si segnala che il 14,3% dei soggetti con "altra" tipologia svolge solo trattamenti sanitari, si tratta ad esempio di coloro che si rivolgono al Servizio per una valutazione del consumo di sostanze, in quanto lavoratori con mansioni a rischio o in seguito alle pratiche di adozione.

## I tossicodipendenti

In relazione al numero di soggetti che svolge il solo trattamento farmacologico, si osserva in AVR un'ampia variabilità fra le Aziende, passando dal 23,2% di Forlì al 42,3% di Rimini (v. Tab. 15).

Tab. 15 - Tipologia di percorso terapeutico per AUSL – tossicodipendenti. Area Vasta Romagna (valori percentuali)

	Cesena	Forlì	Ravenna	Rimini
<b>Farmacologico</b>	31,8	23,2	28,3	42,3
<b>Farmacologico + psico-sociale</b>	23,7	26,3	25,5	22,0
<b>Psicologico-psicoterapico</b>	16,4	17,3	11,5	6,1
<b>Socio-educativo</b>	8,0	7,9	10,6	11,3
<b>Solo Sanitari</b>	3,1	2,6	10,3	1,8
<b>Farmacologico + psico-sociale + CT</b>	6,9	4,1	4,2	3,6
<b>CT + psico-sociale</b>	6,6	3,1	3,6	3,8
<b>Psicologico + socio-educativo</b>	1,6	11,0	2,5	3,7
<b>CT</b>	1,6	2,4	2,1	4,4
<b>Farmaco + CT</b>	0,3	2	1,4	1,1
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Al contrario, se si comprendono i programmi che prevedono anche l'attivazione di trattamenti psico-sociali o di un percorso in C.T., si osserva che, eccetto Rimini, le Aziende registrano quote pressoché identiche di trattamenti integrati, circa il 31% (Tab. 16). I percorsi terapeutici degli utenti del SerT di Rimini sono maggiormente connotati in senso farmacologico, si rileva la quota più elevata di programmi con terapie farmacologiche (69%) e quella più bassa di trattamenti integrati (26,7%).

Tab. 16 - Percorsi terapeutici con terapia farmacologica – Tossicodipendenti. Area Vasta Romagna (valori percentuali)

	Cesena	Forlì	Ravenna	Rimini
<b>Solo farmacologico</b>	31,8	23,2	28,3	42,3
<b>Farmacol. integrato</b>	31,2	32,4	31,1	26,7
<b>Tot. farmacologico</b>	63,0	64,8	59,4	69,0

In relazione ai percorsi terapeutici dell'area esclusivamente psico-sociale si osservano alcuni elementi:

- una certa variabilità fra le Aziende in relazione ai programmi terapeutici che prevedono l'esclusiva attivazione di terapie o interventi psicologici: Rimini registra la quota più bassa e Forlì e Cesena quella più elevata.
- Una maggiore omogeneità in relazione ai programmi che prevedono solo trattamenti socio-educativi, che riguardano circa il 10%. Cesena attiva più trattamenti che abbinano ai trattamenti psicologici quelli socio-educativi (11%).

Infine, sebbene la quota di utenti con programma terapeutico esclusivamente sanitario sia esigua, spicca il valore dell'azienda di Ravenna (10,3%).

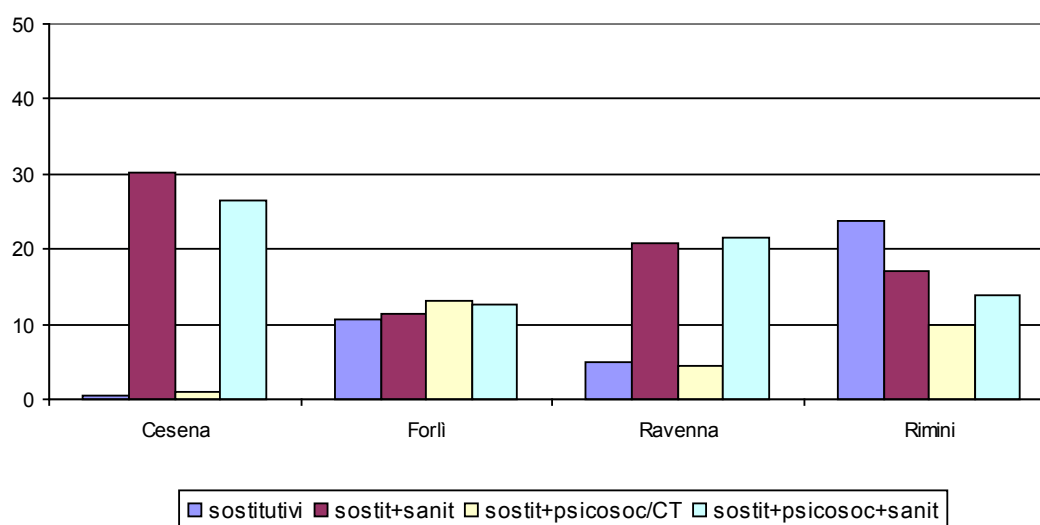
In un quadro caratterizzato dalla prevalenza delle terapie farmacologiche, integrate e non, un'attenzione particolare meritano i percorsi terapeutici che prevedono l'attivazione di una terapia con sostitutivi.

Nelle quattro Aziende si osserva una diversa prevalenza dei percorsi terapeutici che prevedono l'assunzione di terapia con farmaci sostitutivi: si passa dal 47,8% di Forlì al 64,8% di Rimini (v. Tab. 17). Risulta interessante verificare se esistono anche differenze qualitative, cioè se sono integrate con trattamenti psico-sociali o abbinate a trattamenti sanitari, che spesso consistono nel controllo dei cataboliti urinari.

Tab. 17 - Percorsi terapeutici con terapia sostitutiva – Tossicodipendenti. Area Vasta Romagna (valori percentuali)

	<b>Cesena</b>	<b>Forlì</b>	<b>Ravenna</b>	<b>Rimini</b>
<b>Sostitutivi</b>	0,5	10,6	4,9	23,8
<b>Sostitutivi + Sanitari</b>	30,3	11,4	20,9	17,2
<b>Sostitutivi + Psicosoc/CT</b>	0,9	13,2	4,4	10
<b>Sostitutivi + Psicosoc/CT + Sanit</b>	26,6	12,6	21,6	13,8
<b>Tot. Programmi con Sostitutivi</b>	58,3	47,8	51,8	64,8

Fig. 9 - Percorsi terapeutici con terapia sostitutiva – Tossicodipendenti. Area Vasta Romagna (valori percentuali)



Nell'analisi della tipologia dei percorsi non si è considerata la presenza di trattamenti sanitari, salvo il caso in cui fossero il trattamento esclusivo. I trattamenti sanitari, sono spesso abbinati ad altri tipi di trattamenti, psico-

sociali o farmacologici. Il diverso ricorso ai trattamenti sanitari da parte delle diverse Ausl, che è stato segnalato precedentemente, spinge ad un approfondimento in tal senso (v. Tab. 18 ).

Tab. 18 - Percorsi terapeutici con trattamenti Sanitari – Tossicodipendenti. Area Vasta Romagna (valori percentuali)

<b>TD</b>	<b>Cesena</b>	<b>Forli</b>	<b>Ravenna</b>	<b>Rimini</b>
<b>Sanitari</b>	3,1	2,6	10,3	1,8
<b>Sanitari + Farmacologici</b>	31,0	12,2	22,4	17,7
<b>Sanitari + Psicosoc/CT</b>	21,3	9,6	16,2	11,6
<b>Sanitari + Farmacologici + Psicosoc/CT</b>	29,4	15,5	25,0	15,0
<b>Tot. Programmi con trattamenti sanitari</b>	84,8	39,9	73,9	46,1

Cesena. Poco più della metà dei programmi con sostitutivi risulta integrato da trattamenti dell'area psico-sociale. In entrambi i casi, che il trattamento sia integrato o meno, vengono sempre attivati i trattamenti sanitari. Anche quando la terapia non è integrata, gli utenti sono sottoposti al controllo delle urine. I trattamenti sanitari sono associati a tutte le tipologie di percorso terapeutico.

Forli. Si osserva una distribuzione omogenea, circa il 10% degli utenti svolge uno dei quattro percorsi individuati per osservare il livello di integrazione delle terapie con sostitutivi. Si rileva la quota più bassa di percorsi terapeutici che prevedono l'attivazione di trattamenti sanitari (39,9%), i quali sono perlopiù associati a trattamenti farmacologici, integrati e non.

Ravenna. La distribuzione descrive un quadro simile a quello di Cesena, unica eccezione il 9,3% di programmi, integrati e non, ai quali non è abbinato alcun trattamento sanitario. I trattamenti sanitari riguardano il 73,9% dei percorsi e la quota di programmi terapeutici che prevedono i soli trattamenti sanitari è la più elevata di AVR (10,3%).

Rimini. In AVR presenta la quota più elevata di programmi con terapia sostitutiva (64,8%), di programmi non integrati con interventi psico-sociali (circa 2 su 3) e ai quali non è associato alcun trattamento sanitario (il 23,8% dell'utenza). Per quanto riguarda l'attivazione dei trattamenti sanitari nei programmi terapeutici, presenta una distribuzione simile a quella di Cesena, ma le percentuali sono più basse, in quanto i trattamenti sanitari vengono attivati meno di frequente.

## Gli alcolisti

Si osserva un minor impiego delle terapie farmacologiche, in particolare in quelle Aziende, come Rimini e Cesena, che presentano un maggior ricorso ai farmaci per l'utenza tossicodipendente (v. Tab. 19).

Inoltre, a differenza di quanto osservato per l'utenza tossicodipendente, nell'azienda di Rimini la maggior parte dei trattamenti farmacologici sono integrati, mentre a Cesena sono più elevati quelli non integrati. L'azienda di Ravenna registra in AVR una quota lievemente superiore di percorsi terapeutici esclusivamente farmacologici (v. Tab. 20).

Tab. 19 - Tipologia di percorso terapeutico per AUSL - alcolisti. Area Vasta Romagna (valori percentuali)

	Cesena	Forlì	Ravenna	Rimini
<b>Farmacologico</b>	28,5	28,6	31,6	21,3
<b>Farmacologico + psico-sociale</b>	17,5	22,9	22,3	25,5
<b>Psicologico-psicoterapico</b>	22,8	17,1	13,8	5,8
<b>Socio-educativo</b>	2,6	6,3	10,1	18,2
<b>Solo Sanitari</b>	20,2	8,0	14,7	19,3
<b>Farmacologico + psico-sociale + CT</b>	2,6	4,0	2,3	2,2
<b>CT + psico-sociale</b>	1,8	2,9	1,4	2,9
<b>Psicologico + socio-educativo</b>	2,2	4,6	1,4	2
<b>CT</b>	1,3	2,9	1,2	0,9
<b>Farmaco + CT</b>	0,4	2,9	1,1	2
<b>Totale</b>	100	100	100	100

Tab. 20 - Percorsi terapeutici con terapia farmacologica – Alcolisti. Area Vasta Romagna (valori percentuali)

	Cesena	Forlì	Ravenna	Rimini
<b>Solo farmacologico</b>	28,5	28,6	31,6	21,3
<b>Farmacol. integrato</b>	20,5	29,8	25,7	29,7
<b>Tot. farmacologico</b>	49,0	58,4	57,3	51,0

Un alcolista su 5, dell'azienda di Cesena e di Rimini, svolge un programma che prevede solo trattamenti sanitari (v. Tab. 19).

La situazione in merito ai percorsi esclusivamente psicologici o socio-educativi è eterogenea: per i percorsi psicologici, si passa dal 5,8% di Rimini al 22,8% di Cesena, mentre per quelli socio-educativi dal 2,6% di Cesena al 18,2% di Rimini. Si delinea una situazione in cui, in generale, i programmi terapeutici con valenza psicologica risultano più diffusi di quelli socio-educativi, e nello specifico, le Aziende caratterizzate da quote più elevate di percorsi psicologici registrano quote più basse di programmi socio-educativi, e viceversa, come Cesena e Rimini.

Per gli alcolisti dell'azienda di Ravenna si rileva un maggior ricorso ai percorsi in CT, ai quali si abbinano anche trattamenti psico-sociali e/o farmacologici.

Molto più ridotto l'impiego di terapia sostitutiva per gli alcolisti (v. Tab. 21). Le Aziende si uniformano con valori attorno al 25%, unica eccezione Forlì che, pur presentando la quota più elevata di alcolisti con trattamento farmacologico, registra un numero decisamente ridotto di soggetti con terapia sostitutiva (3,4%), alla quale abbina interventi psico-sociali o, in alternativa, trattamenti sanitari.

A Cesena si osserva la stessa situazione descritta per i tossicodipendenti, ai trattamenti sostitutivi, integrati e non, si associano sempre anche i trattamenti sanitari.

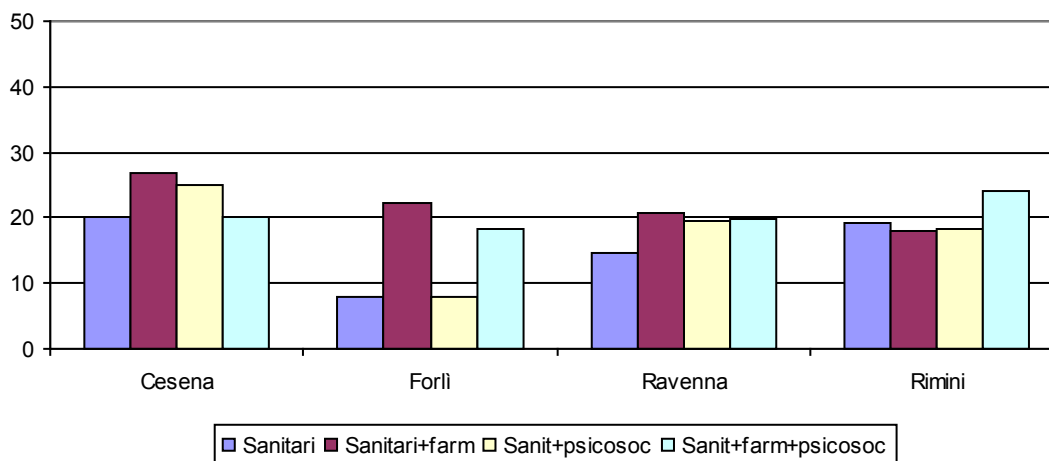
L'azienda di Rimini, a differenza di quanto descritto per i tossicodipendenti, attiva perlopiù trattamenti integrati.

Tab. 21 - Percorsi terapeutici con terapia sostitutiva – Alcolisti. Area Vasta Romagna (valori percentuali)

	Cesena	Forlì	Ravenna	Rimini
<b>Sostitutivi</b>	0,4	0	5,1	2,4
<b>Sostitutivi + Sanitari</b>	12,3	1,1	10,1	6,4
<b>Sostitutivi + Psicosoc/CT</b>	0,4	1,7	2,5	1,6
<b>Sostitutivi + Psicosoc/CT + Sanit</b>	12,3	0,6	8,2	12,6
<b>Tot. Programmi con Sostitutivi</b>	<b>25,4</b>	<b>3,4</b>	<b>25,9</b>	<b>23</b>

In relazione ai percorsi terapeutici che prevedono l'attivazione di trattamenti sanitari, si osserva (v. Fig. 10):

Fig. 10 - Percorsi terapeutici con trattamenti Sanitari – Alcolisti. Area Vasta Romagna (valori percentuali)



A Cesena il 92,1% dei percorsi terapeutici degli alcolisti prevede trattamenti sanitari, che risultano trasversali a tutti i percorsi, con particolare riferimento a quelli non integrati, che siano di carattere farmacologico o di natura psico-sociale. Inoltre, 1/5 degli alcolisti su 5 effettua solo controlli sanitari.

Il SerT di Forlì, registra il valore più basso di programmi con trattamenti sanitari, che attiva con più frequenza quando il percorso prevede l'impiego di terapia farmacologica.

Nell'azienda di Ravenna i trattamenti sanitari vengono abbinati in modo omogeneo ad altri trattamenti, sia farmacologico che psico-sociale.

Nell'azienda di Rimini i trattamenti sanitari sono associati maggiormente a percorsi terapeutici integrati, si tratta probabilmente di casi più problematici per i quali si attivano più aree di intervento. Una quota non trascurabile, 1 utente su 5, segue un programma terapeutico che prevede solo trattamenti sanitari.

## Esito dei percorsi terapeutici conclusi nel 2009

In questa sezione si analizza l'esito dei programmi conclusi nel 2009 in relazione alla tipologia di percorso terapeutico. Per agevolare l'analisi e per dare visibilità al binomio integrato/non integrato le categorie sono state ulteriormente raggruppate.

Per i soggetti tossicodipendenti, in relazione alla tipologia di percorso terapeutico, emergono due elementi:

- la percentuale di programmi completati è più elevata fra i soggetti che svolgono un programma caratterizzato solo da trattamenti dell'area psico-sociale; questi, rispetto ad altri percorsi, presentano un maggior numero di esiti positivi (39,6%). E' probabile, però, che quelli integrati, che attivano più risorse, si riferiscano a soggetti che versano in condizioni di maggiore problematicità (v. Tab. 22).
- I programmi con sostitutivi non integrati, ma abbinati a trattamenti sanitari, presentano una quota più elevata di esiti positivi (v. Tab. 23).

Tab. 22 - Esito dei programmi conclusi per percorso terapeutico - tossicodipendenti. Area Vasta Romagna (valori percentuali)

<b>TD</b>	<b>Completato</b>	<b>Interrotto</b>	<b>Terminato</b>	<b>Totale % di riga</b>	<b>Totale v.a.</b>
<b>Farmaco</b>	20,9	51,4	27,7	100	148
<b>Farmaco + psicosoc/CT</b>	10,0	48,2	41,8	100	110
<b>Psicosociale/CT</b>	39,6	25,8	34,7	100	326
<b>Solo sanitari</b>	18,8	52,1	29,2	100	48
<b>Totale v.a.</b>	<b>180</b>	<b>238</b>	<b>214</b>		<b>632</b>

Tab. 23 - Esito dei programmi conclusi per tipo di trattamento con sostitutivi - tossicodipendenti. Area Vasta Romagna (valori percentuali)

<b>TD</b>	<b>Completato</b>	<b>Interrotto</b>	<b>Terminato</b>	<b>Totale % di riga</b>	<b>Totale v.a.</b>
<b>sostitutivi</b>	20,0	48,6	31,4	100	70
<b>Sostit + sanit</b>	23,1	52,3	24,6	100	65
<b>Sostit + psicosoc/CT</b>	14,3	35,7	50,0	100	28
<b>Sostit + psicosoc/CT + sanit</b>	8,6	53,4	37,9	100	58
<b>Totale v.a.</b>	<b>38</b>	<b>109</b>	<b>74</b>		<b>221</b>

In relazione ai soggetti alcolisti, si osserva che:

- i percorsi terapeutici esclusivamente sanitari o con una valenza psico-sociale sono caratterizzati da un numero maggiore di esiti positivi (rispettivamente il 41,2% e 39%). Anche in questo caso è presumibile che i casi in cui si decida di ricorrere all'intervento farmacologico siano caratterizzati da una maggiore problematicità e compromissione delle condizioni generali (Tab.24).
- Anche per gli alcolisti, è fra i soggetti che svolgono un trattamento sostitutivo non integrato, ma abbinato a interventi sanitari, che si rileva il maggior numero di programmi completati (Tab.25).



Tab. 24 - Esito dei programmi conclusi per percorso terapeutico - alcolisti. Area Vasta Romagna (valori percentuali)

	<b>Completato</b>	<b>Interrotto</b>	<b>Terminato</b>	<b>Totale % di riga</b>	<b>Totale v.a.</b>
<b>Farmaco</b>	30,4	40,2	29,3	100	92
<b>Farmaco + psicosoc/CT</b>	30,8	42,3	26,9	100	52
<b>psicosociale/CT</b>	39,0	28,4	32,6	100	141
<b>solo sanitari</b>	41,2	41,2	17,5	100	97
<b>Totale v.a.</b>	<b>139</b>	<b>139</b>	<b>104</b>		<b>382</b>

Tab. 25 - Esito dei programmi conclusi per tipo di trattamento con sostitutivi - alcolisti. Area Vasta Romagna (valori percentuali)

	<b>Completato</b>	<b>Interrotto</b>	<b>Terminato</b>	<b>Totale % di riga</b>	<b>Totale v.a.</b>
<b>sostitutivi</b>	0	58,3	41,7	100	12
<b>sostit+sanit</b>	24,1	44,8	31	100	29
<b>sostit+psicosoc/CT</b>	0	0	100	100	2
<b>sostit+psicosoc+sanit</b>	11,1	77,8	11,1	100	18
<b>Totale (v. a.)</b>	<b>9</b>	<b>34</b>	<b>18</b>		<b>61</b>

## Conclusioni

Durante l'anno 2009, sono stati in carico ai SerT di Area Vasta 5.037 soggetti. La tipologia di utenti prevalente è quella dei dipendenti da droghe e/o farmaci (64%), seguono gli alcolisti (29%), i tabagisti (4%), i giocatori (2%) e le altre tipologie (2%). I SerT, nati per rispondere al bisogno di cura dei soggetti tossicodipendenti, e in seguito degli alcolisti, hanno diversificato nel tempo l'offerta terapeutica, individuando percorsi di cura rivolti a nuove tipologie di utenti.

Sebbene la maggioranza dei programmi sia iniziata nel corso del 2009, esiste un numero rilevante di soggetti che hanno un programma attivo da più tempo. La tipologia di utenti e la durata del percorso di cura appaiono strettamente legati. La quota di programmi antecedenti al 2004 è più alta fra i tossicodipendenti e scende fra gli alcolisti; la maggior parte dei programmi dei giocatori, tabagisti e altre tipologie sono stati attivati dopo il 2007. I programmi conclusi registrano durate diverse a seconda della tipologia di utenti: 1/3 dei dipendenti da droghe e/o farmaci conclude il programma dopo più di due anni, tale quota si riduce al 22% negli alcolisti, mentre le altre tipologie hanno valori residuali.

La tipologia pare influenzare l'esito del programma, che risulta completato nel 28% dei casi per droghe e/o farmaci, nel 36% per gli alcolisti e in misura maggiore per le altre tipologie.

Per l'utenza tossicodipendente i trattamenti prevalenti sono quelli farmacologici (nel 90,4% dei casi con sostitutivi) e quelli sanitari. Più di 1/3 dell'utenza svolge trattamenti dell'area socio-educativa, una quota lievemente inferiore usufruisce di interventi psicologici. Gli inserimenti in CT riguardano il 12,6% dei tossicodipendenti.

Nel confronto fra Aziende, emergono alcune differenze, quelle più rilevanti in merito ai trattamenti sanitari. A Cesena i trattamenti sanitari sono prevalenti e i più alti che in Area Vasta.

Anche nell'azienda di Ravenna i trattamenti sanitari sono prevalenti, per le altre categorie di trattamenti è in linea con il quadro generale di Area Vasta.

Forlì registra il numero più basso di soggetti con terapia farmacologica e con trattamento sanitario. L'offerta terapeutica complessiva appare meno polarizzata su una tipologia specifica.

L'azienda di Rimini registra la quota più elevata di soggetti con trattamento farmacologico, di soggetti con terapia sostitutiva e con Buprenorfina. Significativo inoltre il ricorso a trattamenti di tipo socio-educativo (40,5%).

La prevalenza dei trattamenti farmacologici si evidenzia anche nel delinearsi dei profili terapeutici. I percorsi terapeutici più frequenti hanno un carattere strettamente farmacologico (32,6%) oppure prevedono, in aggiunta, l'attivazione di trattamenti riconducibili all'area psico-sociale o l'inserimento in C.T. (29,9%).

In relazione al numero di soggetti che svolge il solo trattamento farmacologico, si osserva in AVR un'ampia variabilità fra le Aziende, si passa dal 23,2% di Forlì al 42,3% di Rimini. Invece, le Aziende registrano quote pressoché identiche di trattamenti integrati, circa il 31%.

Circa 1/4 dei tossicodipendenti svolge un programma composto esclusivamente da trattamenti riconducibili all'area psicologica e a quella socio-educativa, in alternativa fra loro o abbinati. In relazione ai percorsi terapeutici dell'area esclusivamente psico-sociale si osserva una moderata variabilità fra le Aziende, in contrapposizione Rimini e Cesena che registrano la quota più elevata di programmi socio-educativi, la prima, e psicologici-psicoterapici la seconda.

L'analisi dei programmi conclusi nel 2009 evidenzia che la percentuale di programmi completati è più elevata fra i soggetti che svolgono un programma esclusivamente psico-sociale.

Nelle quattro Aziende si osserva una diversa prevalenza (e composizione) dei percorsi terapeutici che prevedono l'assunzione di terapia con farmaci sostitutivi: si passa dal 47,8% di Forlì, al 64,8% di Rimini. Nell'azienda di Rimini, i 2/3 dei programmi con sostitutivi non sono integrati, mentre la maggioranza di quelli dell'azienda di Forlì sono associati a trattamenti psico-sociali.

Nell'ambito dei programmi con sostitutivi, dall'analisi degli esiti dei programmi conclusi, emerge che i trattamenti con sostitutivi non integrati, ma abbinati a trattamenti sanitari, presentano una percentuale più elevata di esiti positivi.

In relazione alla presenza o meno di trattamenti sanitari nel programma terapeutico si osserva un'ampia disomogeneità.

Per Cesena si rileva un notevole ricorso ai trattamenti sanitari (84,8%), trasversali ai vari percorsi terapeutici, in particolare a quelli con terapia farmacologica. Nelle Aziende caratterizzate dalla minor presenza di trattamenti sanitari, Forlì e Rimini, vengono usati in associazione a programmi farmacologici (integrati e non).

Per quanto riguarda l'utenza alcolista, i 3/4 sono trattati con interventi sanitari, più della metà con terapia farmacologica. Emerge un minor impiego delle terapie farmacologiche, soprattutto in quelle Aziende, come Rimini e Cesena, che per l'utenza tossicodipendente registrano un ampio ricorso ai farmaci.

In AVR, circa la metà degli alcolisti, che svolge un trattamento farmacologico, è in terapia con farmaci sostitutivi; fa eccezione Forlì, che li utilizza solo raramente. In relazione ai trattamenti sanitari, anche per gli alcolisti, si osservano difformità fra le Aziende: riguardano poco più della metà degli utenti di Forlì a la quasi totalità di quelli di Cesena.

Per quanto riguarda la risposta terapeutica di carattere psico-sociale, si osserva un maggior ricorso ai trattamenti psicologici, unica eccezione Rimini che attiva in Area Vasta il maggior numero di interventi socio-educativi.

In relazione ai trattamenti, Cesena è caratterizzata dalla grande "pervasività" degli interventi sanitari e dal più basso ricorso ai trattamenti dell'area socio-educativa.

Gli interventi attivati più di frequente dai professionisti del SerT di Forlì sono quelli farmacologici, ma raramente con farmaci sostitutivi. A differenza delle altre Aziende, utilizza le terapie farmacologiche più per gli alcolisti che per i tossicodipendenti. In relazione ai trattamenti sanitari registra il valore più basso in AVR. La distribuzione fra le categorie di trattamenti è più omogenea.

L'azienda di Ravenna, in ciascuna categoria di trattamenti si colloca in posizione intermedia.

Rimini si caratterizza per l'ampio ricorso ai trattamenti sanitari, contrariamente a quanto rilevato per l'utenza tossicodipendente, e per una offerta terapeutica psico-sociale incentrata sui trattamenti socio-educativi.

In relazione ai percorsi terapeutici, seppure fra gli alcolisti si registrino quote lievemente inferiori di soggetti in terapia farmacologica, i programmi terapeutici più frequenti comprendono i trattamenti farmacologici, in modo esclusivo (27,4%) o integrato con trattamenti psico-sociali (26,6%).

Rispetto ai soggetti tossicodipendenti, si rileva una maggiore rilevanza dei programmi terapeutici che attivano solo trattamenti dell'area psico-sociali.

Il 16,2% dei programmi degli alcolisti prevede solo trattamenti sanitari.

Dall'analisi degli esiti dei programmi conclusi, si osserva che i percorsi terapeutici esclusivamente sanitari o con una valenza psico-sociale registrano un numero maggiore di esiti positivi. E' possibile, però, che questi programmi si riferiscano a situazioni meno problematiche. Se si considerano i programmi con sostitutivi, è fra i soggetti che svolgono un trattamento non integrato, ma abbinato a interventi sanitari, che si rileva il maggior numero di programmi completati. Nel confronto, si osserva un minor impiego delle terapie farmacologiche, in particolare in quelle Aziende, come Rimini e Cesena, che presentano un maggior ricorso ai farmaci per l'utenza tossicodipendente. Nell'azienda di Rimini la maggior parte dei trattamenti farmacologici sono integrati (a differenza di quanto osservato per i tossicodipendenti), mentre a Cesena sono più elevati quelli non integrati. L'azienda di Ravenna registra, invece, in AVR una quota lievemente superiore di percorsi terapeutici esclusivamente farmacologici.

Se in generale, si delinea una situazione in cui i programmi terapeutici con valenza psicologica risultano più diffusi di quelli socio-educativi, nello specifico, le Aziende caratterizzate da quote più elevate di percorsi psicologici registrano quote più basse di programmi socio-educativi, e viceversa, come Cesena e Rimini.

Molto più ridotto l'impiego di terapia sostitutiva per gli alcolisti. Le Aziende si uniformano con valori attorno al 25%, unica eccezione Forlì che, pur presentando la quota più elevata di alcolisti con trattamento farmacologico, registra un numero decisamente ridotto di soggetti con terapia sostitutiva, alla quale abbina interventi psico-sociali o, in alternativa, trattamenti sanitari.

L'azienda di Rimini attiva perlopiù trattamenti integrati e, in ogni caso, associa i trattamenti sanitari.

In relazione ai percorsi terapeutici che prevedono l'attivazione di trattamenti sanitari, si osserva che a Cesena risultano trasversali a tutti i percorsi, con particolare riferimento a quelli non integrati o di natura esclusivamente psico-sociale.

Il SerT di Forlì evidenzia il valore più basso di programmi con trattamenti sanitari, che attiva con più frequenza quando il percorso prevede l'impiego di terapia farmacologica.



## LA SALUTE DEGLI UTENTI DEI SERT: HIV ED EPATITI

### 3

#### Premessa

Tra le conseguenze più gravi per la salute del consumo di sostanze stupefacenti per via iniettiva vi è la possibilità di contrarre malattie infettive come l'HIV e l'epatite B e C. Tale tipologia di tossicodipendenti qualora metta in atto "comportamenti a rischio" può acquisire nel tempo numerose infezioni virali. L'infezione da HCV viene in genere contratta nei primi anni dopo l'inizio della tossicodipendenza e raggiunge in Italia prevalenze tra il 40-80% per i soggetti in carico ai SerT. La circolazione dell'HIV è in genere più lenta rispetto all'infezione da HCV sebbene rappresenti una importante causa di mortalità e morbilità.

Si sta tuttavia assistendo ad un mutamento dell'epidemiologia dell'HIV in Italia ed in altri paesi europei ed i dati del Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità (COA) evidenziano come la distribuzione di nuovi casi sia andata progressivamente diminuendo tra i tossicodipendenti, mentre è aumentata la trasmissione per via sessuale. Negli ultimi anni si è assistito ad una netta riduzione dei decessi per HIV, come risultato di una strategia complessa di interventi e ad una modificazione delle pratiche assuntive, con una maggiore diffusione dell'assunzione di stupefacenti per via respiratoria (es. eroina fumata) o inalatoria ed una maggiore attenzione alla tutela della salute che ha portato ad un rapido declino dell'infezione da HIV tra i tossicodipendenti. In Italia e Spagna il calo è stato di circa il 50% a metà anni '80, 30% all'inizio degli anni '90, e circa 15% a fine secolo. Anche il consumo di cocaina e di sostanze psicostimolanti aumenta la possibilità di adottare comportamenti a rischio, numerose ricerche mostrano che l'intossicazione e la dipendenza da cocaina e stimolanti possono compromettere la capacità di giudizio e di decision making e quindi potenzialmente condurre a comportamenti quali scambiare le siringhe, avere rapporti sessuali promiscui, commercializzare il sesso con la droga, ecc. e quindi rappresentano un fattore di aumentato rischio di contrarre malattie infettive quali l'HIV ed epatiti virali. Molti studi, confermano che tra i consumatori di droghe, coloro che non le assumono per via iniettiva hanno comunque un aumentato rischio di patologie anche sessualmente trasmissibili quali l'HIV e le epatopatie virali B e C e quindi la centralità strategica dei SerT per la prevenzione, la diagnosi precoce e l'invio a centri specialistici di trattamento.

Un capitolo importante è anche quello delle epatiti virali di tipo B e C. Gli attuali trattamenti per l'epatite C hanno raggiunto una notevole efficacia consentendo in oltre il 50% dei casi la clearance del virus e dopo una fase in cui vi era una notevole riluttanza da parte dei clinici ad avviare una terapia impegnativa e costosa per pazienti poco costanti ed affidabili si è evidenziato come la terapia dell'epatite C nel contesto della tossicodipendenza rappresenta talvolta una sfida e che una gestione clinica pianificata e organizzata attentamente e con la

collaborazione dei pazienti può rappresentare un'ulteriore leva motivazionale per affrontare il problema della tossicodipendenza e migliorare lo stile di vita.

Va tenuto presente che i pazienti tossicodipendenti sono prevalentemente soggetti giovani, infettati dal genotipo 3 dell'epatite C che manifesta solitamente una risposta favorevole alla terapia; questi pazienti, quindi, potrebbero guarire più facilmente di altre tipologie e potrebbero trovare in questa guarigione una motivazione positiva per affrontare le loro problematiche di dipendenza e la loro vita in generale.

In linea con le direttive nazionali e regionali si sta potenziando lo screening dei pazienti seguiti presso gli ambulatori dei SerT dell'Area Vasta Romagna per la ricerca delle infezioni virali connesse alla tossicodipendenza.

Uno dei principali ostacoli nel raggiungimento di questo obiettivo è rappresentato dal fatto che si tratta spesso di pazienti "difficili", che si sottopongono malvolentieri allo screening e/o ai controlli ematici di routine per paura di scoprire una situazione sanitaria grave, per la difficoltà del prelievo a causa dell'uso endovenoso delle sostanze o semplicemente per la scarsa conoscenza delle possibili conseguenze di tali infezioni.

Tra gli obiettivi del Programma Regionale Dipendenze 2008-2010 è previsto l'effettuazione dello screening per l'epatite B e C e l'Hiv per tutti i pazienti con disturbo da uso di sostanze presi in carico (soprattutto cocainomani ed eroinomani).

## Il dato epidemiologico nei SerT della Romagna

I pazienti che hanno effettuato almeno un monitoraggio<sup>1</sup> per le tre patologie in esame sono circa i due/terzi dell'utenza totale presa in carico dai SerT (Tab. 1), con irrilevanti differenze percentuali fra alcolisti e tossicodipendenti. Questo elemento evidenzia come il percorso di screening si sia esteso in maniera uniforme anche verso l'utenza dei Centri Alcologici, mentre fino al 2008 il confronto tra le due tipologie di consumatori considerate mostrava una minor percentuale di soggetti sottoposti agli esami fra gli alcolodipendenti (poichè su questa popolazione i test non erano effettuati in maniera sistematica, ma solamente sui soggetti che riferivano comportamenti a rischio).

Tab. 1 - Tossicodipendenti ed alcolodipendenti in carico ai SerT di Area Vasta Romagna: soggetti sottoposti ad almeno uno screening negli anni passati (valori percentuali)

	Epatite B	Epatite C	Hiv
Alcolodipendenti	67,5	65,1	61,1
Tossicodipendenti	67,0	64,6	66,9
Totale alc+tox (%)	67,1	64,8	65,1
Totale alc+tox (v.a.)	3.134	3.024	3.040

L'utenza che è stata sottoposta agli esami di screening nel corso del 2009<sup>2</sup> si attesta su valori percentuali molto più bassi, in quanto i SERT di area vasta Romagna hanno focalizzato maggiormente l'attenzione sui pazienti che non avevano mai accettato di sottoporsi ai controlli (Tab. 2).

Un altro aspetto da evidenziare è legato alle differenze che si riscontrano fra i servizi delle diverse Ausl. Generalmente, si possono osservare percentuali di pazienti sottoposti agli screening superiori alla media di

<sup>1</sup> Pazienti con almeno un esame durante la permanenza al Servizio e anche pazienti, per quanto riguarda l'epatite B, che risultano vaccinati.

<sup>2</sup> Pazienti con almeno un esame nell'anno di riferimento, pazienti con una pregressa positività documentata e pazienti, per quanto riguarda l'epatite B, che risultano vaccinati.

Area Vasta presso l'Ausl di Ravenna e percentuali decisamente al di sotto della media presso l'Ausl di Forlì, dovute in parte all'inserimento degli esiti dello screening dei soggetti detenuti con disturbo da uso di sostanze nel sistema informativo del carcere e non nel sistema informativo dal quale sono stati estratti i dati analizzati (SISTER). Inoltre, all'Ausl di Cesena sono molto elevate le percentuali di utenti alcolisti (superiori all'80% sottoposti agli esami di screening (per maggiori dettagli e per l'andamento nel triennio 2007-2009 si veda l'allegato statistico – Tab. 23-26).

Tab. 2 - Tossicodipendenti ed alcolodipendenti in carico ai SerT di Area Vasta Romagna: soggetti che sono stati sottoposti ad almeno uno screening nel corso del 2009 (valori percentuali)

	Epatite B	Epatite C	Hiv
Alcolodipendenti	39,5	36,3	32,9
Tossicodipendenti	43,7	46,7	27,1
Totale alc+tox (%)	42,4	43,5	28,9
Totale alc+tox (v.a.)	1.981	2.029	1.350

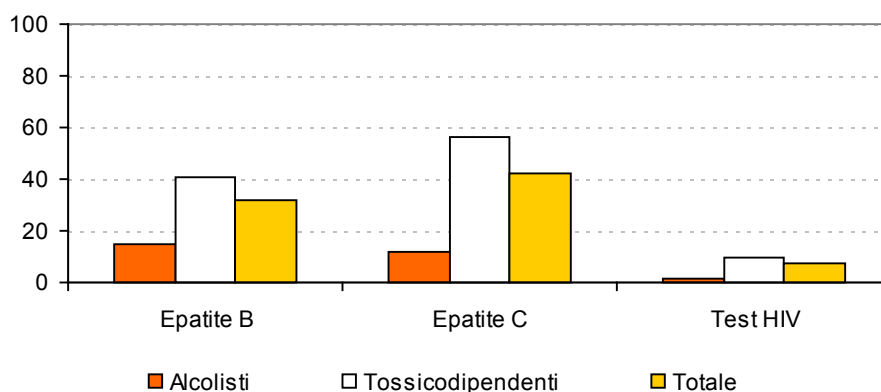
1 Pazienti con almeno un esame nell'anno di riferimento, pazienti con una pregressa positività documentata e pazienti, per quanto riguarda l'epatite B, che risultano vaccinati.

2 Dai dati a nostra disposizione non siamo in grado di differenziare le positività riscontrate per Hiv ed epatite C (o contatti con il virus e vaccinazioni per l'epatite B) fra l'anno di riferimento e gli anni precedenti.

Il dato relativo ai pazienti monitorati nell'anno 2009 per Hiv appare decisamente più basso rispetto a quello per epatite B ed epatite C (Tab. 2). Questo deriva dall'aver incluso in tabella anche i soggetti risultati positivi ai markers per le epatiti eseguiti anche in anni precedenti e dalla più alta percentuale di rifiuti nell'esecuzione del test HIV. Infatti, se consideriamo solo i pazienti con esame negativo nell'anno di riferimento le percentuali si invertono, avendo il 24,2% di screening per Hiv e percentuali intorno al 16% per le epatiti.

In merito ai risultati dello screening si evidenzia come la rilevanza maggiore fra le patologie indagate sia rivestita dall'epatite C, che è stata contratta da quasi il 60% dei pazienti tossicodipendenti analizzati e da oltre il 40% di tutta l'utenza sottoposta al test. Inoltre, tutte le problematiche risultano più frequenti fra i tossicodipendenti.

Fig. 1 - Utenti tossicodipendenti ed alcolodipendenti in carico: positivi<sup>3</sup> sul totale soggetti sottoposti ad almeno uno screening (Anno 2009 Area Vasta Romagna, valori percentuali)



3 Per l'epatite B intendiamo soggetto che evidenzia contatto con il virus, con l'esclusione dei vaccinati.

## Osservazioni conclusive

I nuovi trattamenti con farmaci antiretrovirali nelle infezioni hiv-correlate, assieme alla stabilizzazione delle nuove diagnosi di sieropositività, hanno fatto sì che la prevalenza della condizione di HIV/AIDS sia aumentata nel tempo e che le persone in HIV/AIDS versino in condizioni di salute migliori. Il fatto che nella nostra Regione<sup>4</sup> il 44,7% delle persone che si scopre malato di AIDS non sapeva di essere sieropositivo e che tale proporzione sale al 62,1% nelle persone che riportano come modalità di contagio unicamente la via sessuale, testimonia che non è stato ancora introiettato il concetto del "comportamento a rischio per tutti" e non solo per i gruppi un tempo ritenuti "a rischio"<sup>5</sup>.

I SerT, nel corso degli anni hanno messo in campo strategie informative, di counselling, di trattamento e di riduzione del danno anche attraverso i "servizi di prossimità" quali le unità di strada rivolte non solo ai tossicodipendenti, ma anche ai consumatori occasionali di sostanze psicoattive.

La prevenzione rappresenta l'unico mezzo efficace per evitare il contagio; la diagnosi tempestiva di sieropositività permette, se necessario, di intervenire con la terapia farmacologica per contrastare l'evoluzione in AIDS.

In parallelo da diversi anni si rileva un elevato grado di diffusione di epatite C (HCV), soprattutto tra gli eroinomani. L'Epatite ha assunto una tale rilevanza a livello epidemiologico tant'è che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) il 1 Giugno 2010 ha riconosciuto per la prima volta "l'epatite virale come un problema sanitario di impatto globale ed ha approvato la prima risoluzione sull'epatite per guidare lo sviluppo di un forte sistema di collaborazione tra gli Stati nella lotta a questa priorità sanitaria. La risoluzione riconosce il bisogno di indirizzare e uniformare gli sforzi collettivi per migliorare la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e in generale il livello di informazione sulla malattia. Nel mondo 500 milioni di persone, circa 1 persona su 12, sono venute a contatto con i virus dell'epatite B o C, un numero di pazienti 10 volte superiore rispetto a quelli affetti dal virus HIV. In Italia muoiono ogni anno più di 20.000 pazienti per malattie croniche di fegato: sono 57 al giorno, più di 2 ogni ora. L'epatite C è attualmente la causa principale di queste serie complicanze tra cui cirrosi e tumori al fegato.

In conclusione va segnalato come l'infezione da HCV, nei consumatori di droghe per via parenterale rappresenti un indicatore di rischio di trasmissione dell'HIV, in quanto ne condivide le vie di trasmissione, ma è molto più infettivo. La prevalenza dell'HCV potrebbe quindi essere usata per contribuire a sviluppare una prevenzione mirata ed interventi di riduzione del danno tra consumatori di stupefacenti per via parenterale e come indicatore del rischio di diffusione dell'HIV<sup>6</sup>.

4 Regione Emilia Romagna, Assessorato politiche per la salute. Lo stato dell'infezione da HIV/AIDS, al 31.12.2008 in Emilia Romagna

5 Regione Emilia Romagna, Osservatorio Regionale sulle dipendenze, Rapporto 2008 su consumo e dipendenze da sostanze in Emilia Romagna, parte III, cap. 9.

6 EMCDDA, Evoluzione del fenomeno droga in Europa, Relazione Annuale 2009, Osservatorio europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze, Luxemburg, 2009



## I RICOVERI CORRELATI ALL'USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI 4

### Premessa

L'uso di sostanze stupefacenti e l'utilizzo improprio di alcol possono avere implicazioni e conseguenze spesso devastanti per la salute che necessitano, frequentemente, di forme di assistenza più "intensive" quali quelle derivate da un ricovero ospedaliero. L'analisi sulle ospedalizzazioni costituisce un'informazione efficace sia in termini di fenomenologia dell'uso di sostanze, in quanto consente una valutazione dell'entità e della problematicità dell'uso in un determinato territorio, sia in quanto permette di analizzare i modelli di fruizione dei servizi sanitari da parte della popolazione residente ed eventualmente di organizzare risposte più congrue alle esigenze di cura di quello specifico territorio.

A tal fine sono stati analizzati i ricoveri per problematiche interamente legate al consumo di sostanze psicoattive<sup>1</sup> nel periodo 2005 – 2008, con riferimento ai soggetti residenti nel territorio appartenente alle Aziende USL di Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini ricoverati presso le strutture ospedaliere nazionali pubbliche e private che riportano una diagnosi principale alla dimissione direttamente ascrivibile all'utilizzo attuale di sostanze stupefacenti. I dati in esame infatti, riguardano solo ed esclusivamente ricoveri originati da un utilizzo attivo di sostanze psicoattive, mentre sono stati esclusi ad esempio, tutti quei ricoveri provocati da un uso pregresso di alcol quale la cirrosi epatica.

L'esclusione dall'analisi delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) relative ad alcune patologie interamente addebitabili ad un utilizzo seppur pregresso di alcol può contribuire a sottostimare l'impatto delle patologie "alcoliche" sui servizi sanitari. Infatti, la patologia che mediamente procura una degenza più prolungata ed una media più elevata del numero di ricoveri è la cirrosi epatica alcolica. Questo significa che tra i pazienti affetti da tale disturbo, oltre ad avere degenze più lunghe, c'è anche la tendenza a subire diverse ospedalizzazioni nel corso del tempo, in quanto la malattia è cronica ed anche in presenza di sospensione del potus, può esservi la necessità di essere curati.

Le diagnosi utilizzate per l'analisi sono quelle riportate alla dimissione e successivamente classificate in gruppi di diagnosi omogenee (DRG)<sup>2</sup>.

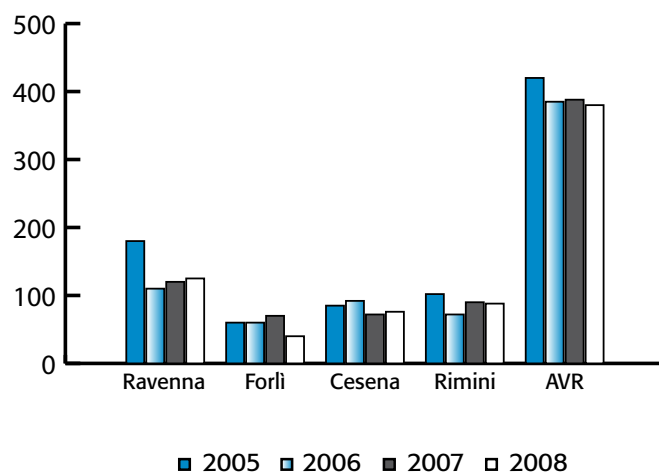
1 Con questa generalizzazione intendiamo, oltre all'alcol e alle sostanze illegali, anche tutti i farmaci legalmente commerciabili quali antidepressivi, barbiturici, psicofarmaci, etc...

2 I codici DRG utilizzati sono: 521, 522 e 523. Tali codici fanno riferimento alle diagnosi alla dimissione contenute nelle schede di dimissione ospedaliera relative alle problematiche connesse all'assunzione di droghe ed alcol. Le diagnosi sono state selezionate in conformità al protocollo dell'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze (EMCDDA), dal Nazionale Institute on Drug Abuse (NIDA) e dal Ministero della Salute sulla mortalità alcoldroga correlata

## La domanda di cura: quale e dove

Nel corso del 2008 in Area Vasta Romagna, sono stati rilevati 371 accessi alle strutture ospedaliere per problemi legati all'utilizzo di sostanze psicotrope. Il raffronto con gli anni precedenti (2005 – 2008) indica, dal punto di vista dell'utilizzo delle risorse ospedaliere, una sostanziale stabilità del numero annuo delle ospedalizzazioni. Anche a livello di singolo territorio, la tendenza delle dimissioni nel tempo presenta oscillazioni contenute in termini assoluti e percentuali.

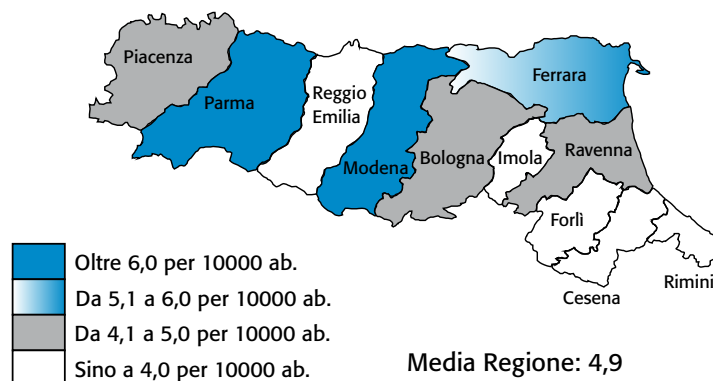
Fig. 1 - Ricoveri ospedalieri alcoldrogacorrelati in Area Vasta Romagna (anni 2006 - 2008 valori assoluti)



Fonte: Elaborazioni su Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

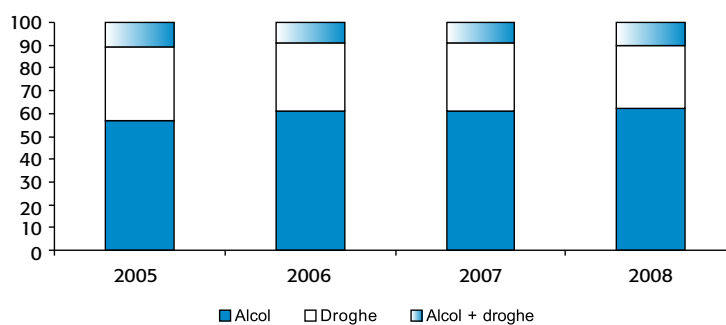
In relazione al numero di ricoveri effettuati dai cittadini residenti nei territori delle diverse Aziende, si può notare come il fenomeno dell'ospedalizzazione per disturbi legati all'uso di sostanze psicotrope e alcol presenti, a livello di Area Vasta, una certa variabilità. Nel 2008, a fronte di un rapporto regionale tra numero di ricoveri e cittadini residenti pari a 4,9 ricoveri ogni 10.000 abitanti, si registra un minimo di 2,7 nell' Azienda USL di Forlì e di 2,9 in quella di Rimini, e un massimo di 4,2 ricoveri alcoldrogacorrelati ogni 10.000 abitanti nel territorio di Ravenna, seguito da un 3,9 nella provincia di Cesena (v. Fig. 2). In assenza di un quadro informativo regionale sui presidi ospedalieri per l'assistenza ai pazienti con disturbo da uso di sostanze, non è possibile sostenere che le Aziende USL con i tassi più elevati sono quelle dove si è investito meno nel trasferimento di questa casistica verso modalità assistenziali alternative all'ospedale o maggiormente integrate con questo.

Fig. 2 - Tassi di ospedalizzazione standardizzati per Ausl. Anno 2008 (Rapporto per 10.000 residenti)



L'analisi dei dati in serie storica, per quanto concerne le sostanze che hanno dato luogo ai ricoveri (v. Fig. 3) evidenzia un andamento simile nel periodo in esame: più del 60% di questi sono collegati all'utilizzo di bevande alcoliche. A tal proposito, ci pare opportuno ricordare che, diversi studi italiani indicano il consumo di alcol come uno dei fattori più importanti fra le cause che determinano l'accesso alle strutture sanitarie, risultando responsabile, a livello nazionale, di circa il 6% dei decessi sotto i 75 anni e di 1/5 di tutti i ricoveri urgenti<sup>1</sup>

Fig. 3 - Ricoveri ospedalieri causati da abuso/dipendenza da alcol e droghe in Area Vasta Romagna (Anni 2005 - 2008 valori percentuali)



Fonte: Elaborazioni su Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

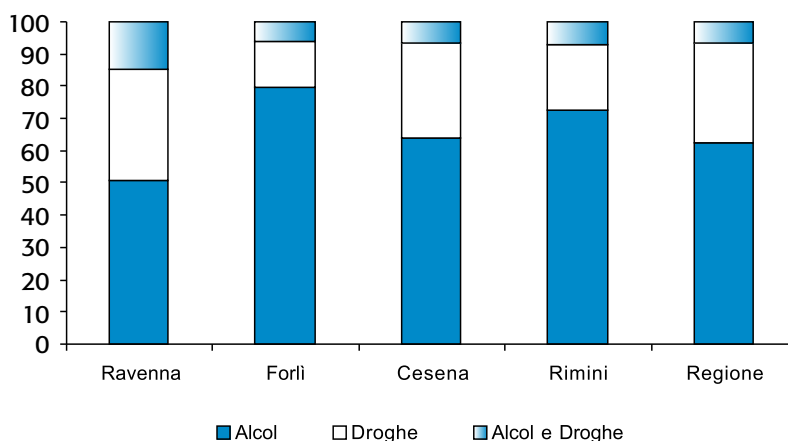
Per quanto riguarda l'utilizzo di alcol e farmaci, si tratta di una quota di popolazione che pare rivolgersi ai centri territoriali specialistici (Centri Alcolologici e SerT) solo in misura ridotta rispetto al reale fabbisogno di cura; mentre per quanto riguarda altre sostanze quali eroina, e cocaina, il dato sembra confermare quanto emerge dall'analisi della sostanza d'abuso primaria dei soggetti in terapia presso i Servizi pubblici per le tossicodipendenze.

<sup>1</sup> Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS, Istituto Superiore di Sanità, Centro OMS Ricerca Alcol. Consumi di alcol e impatto alcol-correlato. Report 2008; Roma Istituto Superiore di Sanità

Per quel che concerne i cannabinoidi, il dato contenuto nelle schede di dimissione ospedaliera si rivela decisamente inferiore rispetto a quello registrato fra gli utenti SerT.

Nella distribuzione percentuale per sostanza psicotropa, analizzata separatamente per ogni Azienda USL di appartenenza (v. Fig. 4), si nota che tra i residenti nei territori delle Aziende di Forlì e Rimini (rispettivamente 79,6 e 72,4%) si sono verificati molti ricoveri in relazione all'abuso di alcol e meno per le altre sostanze rispetto al valore medio regionale (62,6%). Mentre nell'AUSL di Ravenna si nota una maggior problematicità in merito al ricorso alle strutture ospedaliere a seguito di utilizzo di sostanze stupefacenti, sempre rispetto alla media regionale (30,6%). Questi dati potrebbero trovare spiegazione sia nel connotato sociale più o meno negativo che accompagna l'utilizzo delle diverse sostanze e che verosimilmente si riflette nella possibilità di accesso alle strutture ospedaliere, sia nelle diverse strategie di cura che ogni territorio attua per meglio rispondere alle distinte esigenze assistenziali.

Fig. 4 - Ricoveri ospedalieri suddivisi per tipologia di sostanza indicata nella diagnosi e per AUSL (Anno 2008, valori percentuali).



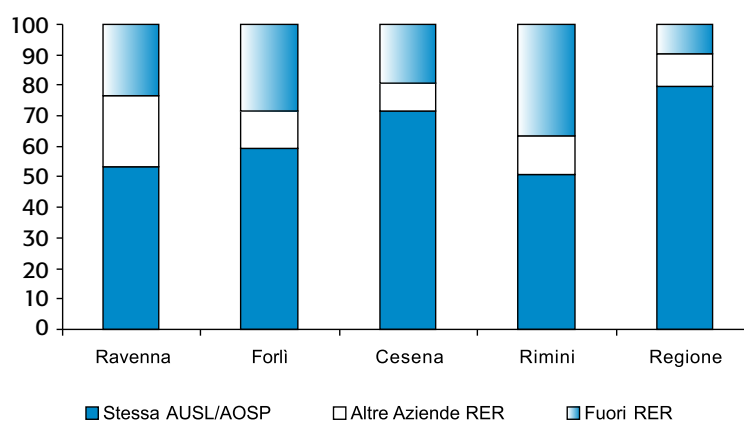
L'esame dei ricoveri effettuati fuori regione per problematiche correlate alle sostanze nel triennio 2005 – 2008 evidenzia taluni elementi importanti:

- indicativamente, la domanda di ricovero extra regione appare piuttosto costante nel tempo;
- nel 2008 le AUSL di Area Vasta Romagna, confermando la tendenza degli anni precedenti, assorbono complessivamente circa la metà della domanda regionale di ricovero extra territorio;
- permane la quota maggioritaria dell'export extra regione per patologie alcolcorrelate (78,6%).

Continuando nell'aspetto della mobilità passiva (ricoveri effettuati fuori regione), il fenomeno dell'ospedalizzazione per disturbi da dipendenza presenta una spiccata variabilità territoriale (v. Fig. 5). I flussi migratori più consistenti sono a carico dell'Azienda USL di Rimini che soddisfa fuori regione più di 1/3 del proprio fabbisogno. L'Azienda USL di Rimini dopo l'aumento, in termini percentuali, dei ricoveri effettuati nei nosocomi extra regionali rilevati nel triennio 2005 – 2007, nel 2008 sembra riportare un'inversione di tendenza. Nonostante tale flessione sembra comunque opportuno sottolineare come il flusso migratorio risulta collegato alla specificità delle singole patologie; infatti più dell'80% dell'export avviene sostanzialmente per le patologie alcolcorrelate che sembrano trovare sedi di cura più opportune nel territorio della Regione Marche che, presumibilmente dispone

di presidi sanitari più prossimi, nonché maggiormente disponibili sia in termini di ricettività sia in termini di tempestività rispetto alle a quelli presenti sul territorio regionale.

Fig. 5 - Ricoveri suddivisi per AUSL/AOSP di residenza e AUSL/AOSP di ricovero (Anno 2008, percentuali per riga/AUSL)



Fonte:Elaborazione su Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

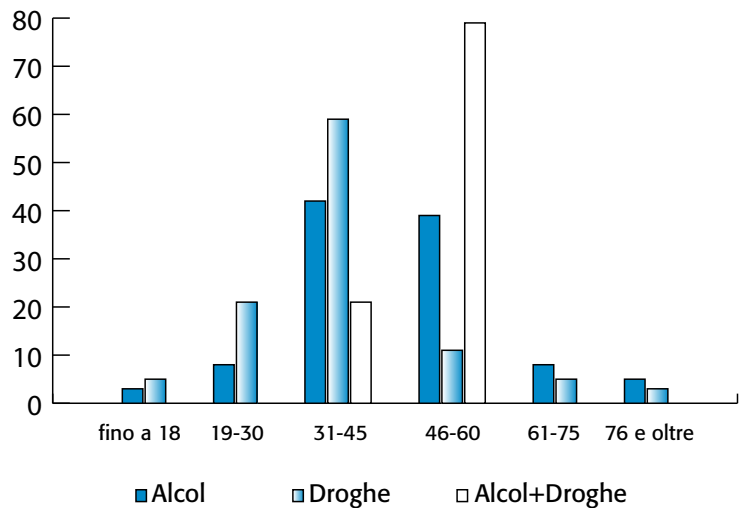
## I pazienti

La quota più rilevate delle degenze riguarda in particolar modo il genere maschile (65,6%), mentre le donne rappresentano circa 1/3 degli accessi. Il raffronto tra sostanza e genere conferma l'alcol quale principale causa di ricovero tra i soggetti di sesso femminile, con percentuali superiori al 60% nel periodo in esame.

La classe d'età maggiormente interessata sia per i maschi che per le femmine è quella 31 – 45 anni, che nel 2008 ha interessato il 51,8% dei ricoveri, a seguire la fascia 46 – 60 con il 26,0%. I pazienti di età inferiore ai 19 anni rappresentano l'1,1% (pari a 4 casi) del totale dei ricoveri considerati, di cui una metà per uso di alcol e l'altra metà per droghe.

L'analisi per singole droghe ed età evidenzia problematiche sanitarie legate prevalentemente all'uso di alcol, seppur con un peso maggiore fra i 31 – 45 dove raggiungono il 44,8%, mentre nel caso dell'uso combinato di alcol e droghe troviamo una prevalenza di ultra quarantacinquenni (v. Fig. 6).

Fig. 6 - Patologia del ricovero ed età (valori percentuali)



Fonte:Elaborazione su Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

## Conclusioni

Uno degli aspetti da sottoporre a futuro approfondimento riguarda la distinzione dei ricoveri in base alle modalità dell'invio, in particolare tra ricoveri avvenuti in regime di emergenza-urgenza (ricorso spontaneo) e quanti siano proposti dal medico di medicina generale o da parte di un medico specialista. Sicuramente la presenza di tale dato offrirebbe informazioni utili al fine di una maggiore valutazione, programmazione e controllo delle caratteristiche epidemiologiche del fenomeno ed una più efficace gestione e integrazione delle risorse disponibili.

## INSERIMENTO, DIAGNOSI, ESITO DEI SOGGETTI INSERITI IN COMUNITÀ TERAPEUTICA 5

### Premessa

Nel 2002 la Giunta regionale dell'Emilia-Romagna ha approvato la deliberazione 2360/2002 "Accordo generale tra la Regione Emilia-Romagna e il Coordinamento degli Enti Ausiliari (CEA) in materia di prestazioni erogate a favore delle persone dipendenti da sostanze d'abuso". La deliberazione, che recepisce l'Accordo tra la RER e il CEA, rappresenta un punto di inizio di un processo di collaborazione tra enti pubblici e privato sociale che ha portato ricadute positive nel sistema dei servizi per le dipendenze in Emilia-Romagna.

Si tratta della prima esperienza in Italia in cui è stato stilato un accordo formale tra Regione e Privato sociale operante nel settore delle dipendenze. E' il riconoscimento di una funzione paritetica tra i diversi Enti, orientata al raggiungimento di un obiettivo generale: lavorare insieme per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dei servizi offerti alle persone dipendenti da sostanze attraverso una stretta collaborazione tra le Aziende USL e le organizzazioni del privato sociale che gestiscono strutture e programmi riabilitativi.

Nel testo dell'Accordo vengono chiaramente definiti una serie di obiettivi specifici: viene fissato un tetto massimo di spesa regionale annua per gli inserimenti in strutture; vi è un impegno formale degli Enti ausiliari a riconvertire le strutture per far fronte alle esigenze del territorio; viene avviato un sistema informativo per la raccolta dei dati sui soggetti inseriti annualmente presso le strutture; vengono definite le modalità di collaborazione pubblico-privato soprattutto sul versante organizzativo e sulla formazione comune del personale; si favorisce la partecipazione degli Enti ai tavoli di programmazione locale, come quelli previsti dai Piani di zona.

E stata altresì istituita una Commissione paritetica regionale composta da rappresentanti della Regione e del CEA. La commissione ha costantemente monitorato l'andamento e l'applicazione dell'accordo nelle singole realtà locali.

In ogni realtà locale sono stati redatti e realizzati dei veri e propri piani programmatici di organizzazione e di intervento, sempre volti al raggiungimento di un maggior livello qualitativo degli interventi nei confronti delle persone che usano sostanze in maniera problematica.

Sulla base della valutazione positiva dell'impatto degli accordi precedenti (deliberazioni della Giunta regionale n. 2360/2002, n.1424/2004, n. 1005/2007) il nuovo Accordo tra la Regione Emilia-Romagna e il Coordinamento degli Enti Ausiliari in materia di prestazioni erogate a favore delle persone dipendenti da sostanze d'abuso è stato approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 246/2010.

Il nuovo protocollo tiene conto del contesto di sistema delineato dall'applicazione dell'accreditamento istituzionale e dell'impatto positivo che tali procedure hanno avuto in termini di incremento della qualità del sistema. L'Accordo sottoscritto nel 2010 definisce le tariffe valevoli per il triennio 2010-2012 e le previsioni normative per migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture accreditate, per quanto

concerne le modalità di accesso, l'utilizzo delle strutture regionali e le riconversioni, il sistema informativo, la valutazione, la formazione, il monitoraggio.

L'Accordo costituisce riferimento per la stipulazione dei nuovi accordi di programma e accordi contrattuali tra le Aziende USL e gli enti che a livello locale gestiscono strutture accreditate per il trattamento delle dipendenze patologiche.

In alcuni casi la progettazione e l'organizzazione delle attività sono andate ben oltre la dimensione locale, attivando più Aziende USL che con le relative strutture del privato sociale hanno creato un unico coordinamento sovraaziendale con compiti di programmazione degli interventi su base più ampia. È stato possibile, in tal modo, soddisfare in loco tutti i bisogni espressi dalla popolazione presa in carico dai SerT, comprese le necessità di specializzazione.

La Commissione di Area Vasta Romagna è composta dalle AUSL di Forlì, Cesena, Rimini e Ravenna e dai sette Enti aderenti all'accordo (Comunità SAMAN, Comunità Ceis., Fondazione Nuovo Villaggio del fanciullo, Comunità CO.ME.S., Comunità Associazione San Maurizio, Comunità Cento fiori, Comunità Papa Giovanni XXIII).

L'orientamento alla dimensione di area vasta si collega soprattutto a più motivazioni:

1. le caratteristiche di forte omogeneità culturale del territorio dell'area vasta romagna;
2. la necessità di programmare una serie di azioni strategiche complessive su dimensioni più ampie rispetto ad una dimensione locale;
3. la necessità di programmare l'offerta e i servizi, al fine di soddisfare i bisogni degli utenti e dei servizi di tutte le Aziende USL. Non di meno la necessità di programmare l'offerta di un territorio che risulta avere il maggior numero di posti in comunità in Italia in rapporto alle dimensioni del fenomeno e alla popolazione residente. Con l'accreditamento vengono a concretizzarsi gli impegni assunti nell'Accordo locale di Area Vasta Romagna per una riconfigurazione più efficiente del quadro di offerta, impegno che prevedeva:
  1. la programmazione della riconversione dei servizi sulla base dell'osservazione epidemiologica,
  2. la pianificazione delle funzioni specialistiche in relazione al bacino di utenza;
  3. il perseguimento di una maggiore omogeneità delle risposte in rapporto al fabbisogno territoriale;
  4. la definizione dei criteri di eleggibilità ai trattamenti residenziali e la predisposizione di protocolli condivisi per la presa in carico e la valutazione dei percorsi dei pazienti inseriti nelle strutture.

## 1 Uno strumento di integrazione: la scheda pubblico/privato di inserimento in struttura

Nell'ottica di miglioramento e di integrazione organizzativa, la creazione e l'adozione di strumenti comuni è stato il primo passo avviato all'interno della commissione di AVR. Sulla base di una sperimentazione nata alcuni anni prima nell'Azienda USL di Rimini, un gruppo di lavoro tecnico ha stilato una scheda di proposta di inserimento in comunità. Scopo della scheda è quello di identificare gli indicatori minimi e fondamentali che consentano di: a) individuare le caratteristiche del soggetto; b) definire una gerarchia dei bisogni; c) stilare un progetto terapeutico; d) valutare i risultati.

La scheda è strutturata in diverse aree:

informazioni socio-anagrafiche della persona utili ai fini dell'inserimento;

diagnosi, stilata utilizzando i codici dell'ICD-10 o il DSM-IV. In tal modo si rende necessaria una valutazione diagnostica della persona da parte dell'operatore, in quanto propedeutica al progetto terapeutico, e la coerenza tra diagnosi delineata e obiettivi dell'inserimento;



problematiche prevalenti, quali lo scompenso tossicomano, l'abuso di sostanze, le problematiche sanitarie, il funzionamento sociale o la marginalità sociale, ecc.;

progetto terapeutico, definito attraverso un set di obiettivi precodificati che si intendono perseguire, con relativa tempistica;

individuazione della tipologia/modulo di intervento, quale ad esempio l'inserimento in struttura pedagogica o specialistica;

scheda di valutazione finale, composta sia sulla valutazione del processo terapeutico, sia sul livello di raggiungimento degli obiettivi, anche per i soggetti che hanno interrotto il percorso.

Una interessante peculiarità della scheda è la presenza delle firme dell'operatore referente del SerT, dell'operatore della comunità terapeutica e del paziente, fondamentali affinché gli obiettivi del processo terapeutico di inserimento in comunità siano condivisi tra le tre figure. Attualmente la scheda è utilizzata da tutti i soggetti (pubblico e privato) dell'Area vasta Romagna.

## 2 Analisi dati

### 2.1 Proposta inserimento in comunità

Va precisato che le schede analizzate si riferiscono al numero degli inserimenti e non al numero dei soggetti in quanto un paziente, in corso d'anno può avere uno o più inserimenti in struttura (stessa struttura o strutture diverse). Vengono conteggiati gli inserimenti iniziati nell'anno in esame (i percorsi di pazienti già in struttura dall'anno precedente non sono considerati).

Dopo le iniziali difficoltà, dovute soprattutto al fatto che tale strumento, pensato, progettato e realizzato mettendo insieme prassi, esperienze, procedure anche molto diverse tra loro, andava ad inserirsi in un ambito in cui vi erano modalità organizzative ed operative diversificate, la scheda di inserimento in comunità è diventata un vero e proprio strumento di lavoro.

Il numero delle schede raccolte è aumentato nel corso degli anni, dalle 133 schede raccolte nel 2006 alle 196 raccolte nel 2008; mostrando un aumento nell'implementazione dell'uso della scheda, anche se non sempre le variabili sono del tutto compilate. Meno del 15,0% (14,3% nel 2006, 12,9% nel 2007 e 11,2% nel 2008) degli inserimenti si riferisce a utenti presi in carico per la prima volta nei servizi. Fra coloro che erano già conosciuti dai servizi, mediamente dopo 7 anni dal contatto con il servizio, è avvenuto l'attuale ingresso in comunità terapeutica.

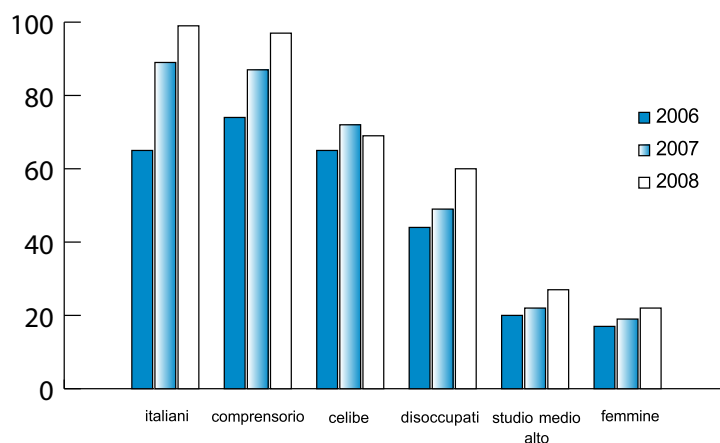
I pazienti inseriti in struttura presentano un valore di circa 3 (in una scala da 1 a 5 dove 1 è valore min. e 5 è il valore max) per quanto riguarda la compliance e l'adesione al trattamento negli ultimi 30 giorni, prima dell'ingresso.

#### 2.1.1 Profilo dell'utenza

*Dati socio-anagrafici.* L'età media degli utenti inseriti in strutture terapeutiche è costante nel tempo: 33,8 anni nel 2006, 34,4 nel 2007 e 34,7 nel 2008. La maggioranza delle persone inserite sono maschi, celibi, residenti nel territorio dell'Area Vasta Romagna e italiani, questo rispecchia le caratteristiche dell'utenza in carico ai servizi.

Per quanto riguarda la scolarità, circa il 60,0% ha la licenza media, poco più del 20,0% possiede una qualifica professionale o il diploma. Circa una persona inserita su due risulta disoccupata nel trend temporale considerato; nel 2008 il 21,4% degli utenti risulta occupato regolarmente, l'alto numero di non indicati negli anni precedenti non ci permette una comparazione attendibile.

Fig. 1 - Andamento caratteristiche socio-demografiche: 2006-2008 (valori percentuali)

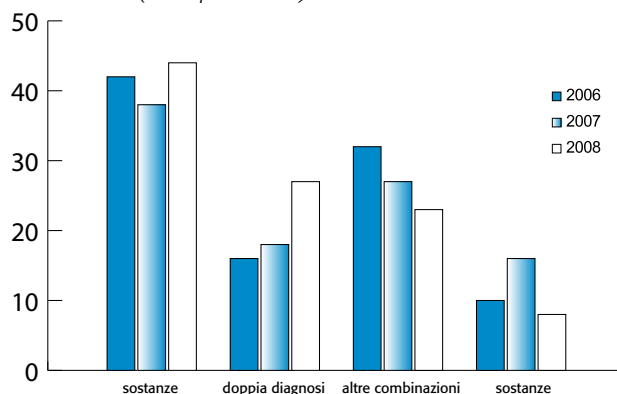


La metà degli inserimenti avviene per soggetti in situazioni abitative ed economiche problematiche: nel primo caso le percentuali sono 39,8% nel 2006, 47,0% nel 2007 e 44,4% nel 2008, nel secondo 50,4% nel 2006, 56,2% nel 2007 e 57,7% nel 2008. La situazione giuridica risulta non problematica in circa il 60,0% degli inserimenti. Tra quelli che presentano un situazione giuridica problematica la maggioranza ha problemi penali o è in detenzione domiciliare.

*Invio.* La quasi totalità dei pazienti è inviato in struttura riabilitativa dai servizi per le dipendenze, mostrando un aumento nel corso degli anni: dall'84,2% del 2006 al 93,4% del 2008.

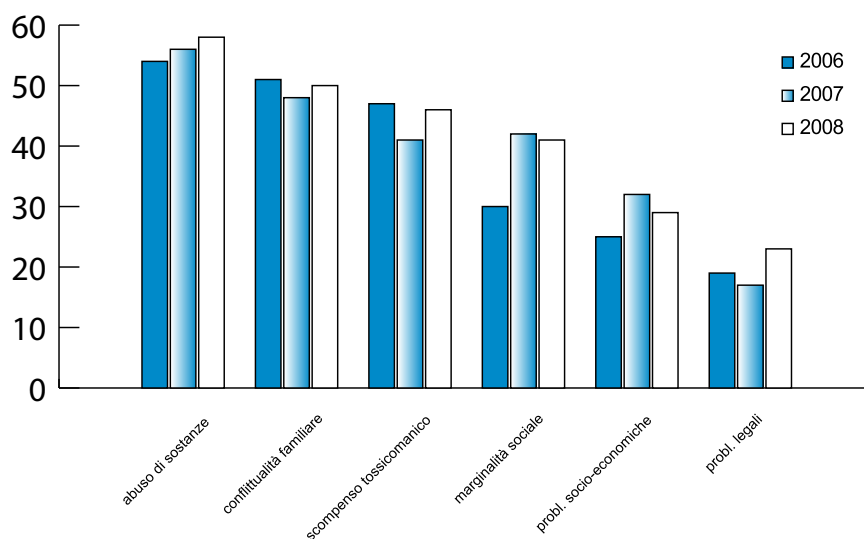
*Diagnosi.* Come evidenziato in precedenza, uno dei punti di forza della scheda di inserimento è la richiesta di compilazione di una diagnosi condivisa. Diagnosi che non si limita solo ai disturbi legati all'uso di sostanze, ma analizza e descrive la situazione nelle sue diverse componenti (ad es. psichiatriche, sanitarie, sociali...). La maggioranza degli inserimenti è relativa a persone che abusano di oppioidi (45,9% nel 2006, 38,2% nel 2007 e 52,6% nel 2008), 1 su 4 è relativo a utenti che abusano o di alcol o di cocaina. Sul totale degli inserimenti fatti, circa 4 su 10 avvengono in soggetti con diagnosi esclusivamente legate all'abuso/dipendenza da sostanze; circa 1 su 4 presentano una doppia diagnosi (diagnosi tossicologica associata a un disturbo psichiatrico e/o di personalità); circa 1 su 5 presentano una combinazione variabile delle diagnosi sociali, sanitarie, tossicologiche e psichiatriche.

Fig. 2 - Andamento delle diagnosi: 2006-2008 (valori percentuali)



*Problematiche prevalenti all'ingresso in struttura.* I pazienti inseriti in struttura che presentano "malattie somatiche invalidanti" o "handicap psico-fisico invalidante" sono meno del 10,0%; 1 un inserimento su 5 riguarda pazienti con precedenti ricovero in SPDC con problematiche di tipo psichiatrico. L'analisi delle problematiche prevalenti dei soggetti inseriti in struttura riguarda "l'abuso di sostanze" per oltre il 50,0%, "l'alta conflittualità familiare" circa il 50,0%, "lo scompenso tossicomane non controllabile ambulatorialmente" e la "marginalità sociale cronica o temporanea" oltre il 40,0%, "problematiche socio-economiche" oltre il 25,0%, e "problematiche legali" circa il 20,0%.

Fig. 3 - Andamento delle problematiche attualmente prevalenti: 2006-2008 (valori percentuali)



### 2.1.2 Obbiettivi da perseguire

Gli obbiettivi che ci si propone di raggiungere con gli inserimenti in struttura sono, in ordine decrescente:

- controllo craving in ambiente protetto
- allontanamento da ambiente problematico/conflittuale
- valutazione, individuazione e/o riattivazione risorse di reti sociali e personali
- reinserimento graduale protetto
- disintossicazione
- superamento problematiche tossicodipendenza e reinserimento
- predisposizione progetto reinserimento
- adeguamento terapia farmacologia
- osservazione clinica finalizzata alla diagnosi e riacquisizione ritmi biologici adeguati

Fig. 4 - Andamento degli obiettivi che si intendono perseguire: ... 8 (valori percentuali)

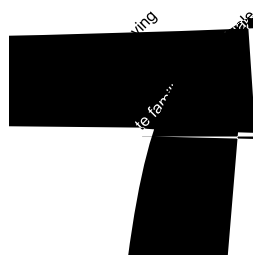
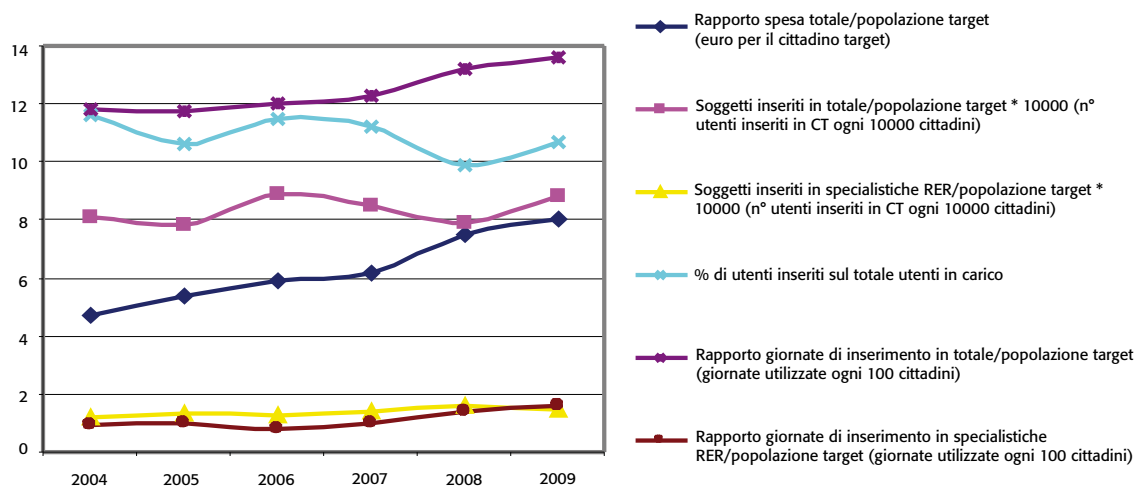


Fig. 5 - Indicatori: andamento 2004- 2009



## IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

6

### Valutazione psicometrica dell' impulsività in un gruppo di giocatori

#### Introduzione

Si tratta di un'indagine di carattere empirico-sperimentale dove viene valutato l'aspetto impulsivo all'interno del gioco d'azzardo patologico, un disturbo che il DSM-IV ( American Psychiatric Association, 1994) definisce come un comportamento persistente, ricorrente e maladattivo di gioco che compromette le attività personali, familiari o lavorative e che colloca all'interno dei Disturbi del Controllo degli Impulsi. Sono stati somministrati a 50 soggetti, due questionari: il Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2), un test di personalità, ed una scala che misura l'impulsività, la Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11), ritenendo interessante un'indagine di questo tipo, data la pressoché totale assenza, quantomeno per quanto io sia riuscita a trovare, di ricerche con l'uso associato di questi test sui giocatori.

#### Disegno di ricerca

E' stato reclutato un gruppo sperimentale costituito da 50 soggetti, ovvero utenti in trattamento presso diversi SerT ai quali sia stata fatta diagnosi di GAP ed a tali soggetti sono stati somministrati i due strumenti testistici (MMPI-2 e BIS-11), con la richiesta di specificare determinate credenziali: sesso, età, scolarità, stato civile e situazione occupazionale. Per quanto concerne il primo sono state considerate solo le scale che valutano l'impulsività (nello specifico Pd Deviazione Psicopatica, Ang Rabbia, Asp Antisocialità e Tpa Personalità di tipo a), mentre relativamente alla seconda, è stata valutata non solo l'impulsività Totale I.Tot., ma anche i suoi sottogruppi, ovvero l'impulsività di Non Pianificazione I.Np., l'impulsività Motoria I.M. e l'impulsività Cognitiva I.C. Si è partiti dall'ipotesi di ricerca che i giocatori d'azzardo avessero dei livelli di impulsività più alti rispetto ai non giocatori.

#### Descrizione del campione

L'indagine in questione ha interessato un totale di 50 soggetti (45 uomini e 5 donne). La maggior parte degli utenti, circa 2/3 del totale, è in trattamento presso i SerT di Rimini e di Ferrara, nello specifico al primo appartengono 20 soggetti (40%), mentre al secondo 16 soggetti (32%); i SerT rimanenti risultano avere una frequenza notevolmente inferiore rispetto ai precedenti, in particolare dai SerT di Taglio di Po (Ro), Cesena, Forlì e Bologna (Dipartimento Ovest) provengono rispettivamente 5, 4, 3 e 2 utenti (i quali corrispondono al 10%, 8%, 6% e 4%). L'età media del gruppo sperimentale è pari a 46,82 anni (minimo 26, massimo 75) e la fascia più rappresentata è quella di coloro che hanno un'età compresa tra 46 e 55 anni. Sebbene il 16% (8 soggetti) non ha terminato il percorso di studi obbligatorio, la maggior parte del campione ha conseguito la licenza media inferiore (21 soggetti pari al 42%) o la licenza media superiore (20 soggetti corrispondenti

al 40%) e solo 1 soggetto (2%) presenta il diploma di laurea. Per quanto riguarda lo stato civile, 24 soggetti (48%), ovvero poco meno della metà del totale, hanno un partner infatti risultano essere sposati o conviventi; a seguire il 36% (18 soggetti) dichiara di essere celibe-nubile ed il 14% (7 soggetti) riferisce di essersi diviso dal partner precedente, infatti dichiara di essere separato o divorziato. Soltanto una persona (2%) è rimasta vedova. Infine dal punto di vista lavorativo circa 2/3 del totale è occupato regolarmente (37 soggetti pari al 74%); a seguire vi è la fascia dei pensionati, costituita da 7 soggetti (14%) ed infine quella dei disoccupati formata da 6 utenti (12%) che si discosta dalla precedente di soli due punti percentuali.

## Risultati

Da una prima descrizione dei dati è emerso che i soggetti con punteggi positivi alle scale misurate con l'MM-PI-2, ovvero Deviazione Psicopatica, Rabbia, Antisocialità e Personalità tipo a, sono stati rispettivamente 17, 12, 8 e 13; di questi 7 hanno ottenuti risultati positivi alle prime due scale, 8 positivi alle prime tre scale e soltanto 2 soggetti hanno avuto punteggi superiori al cut-off in tutte e quattro le scale considerate. Relativamente ai punteggi ottenuti al test BIS-11, i soggetti che hanno raggiunto la positività all'Impulsività Totale, di Non Pianificazione, Motoria e Cognitiva, sono stati rispettivamente 33, 34, 17 e 12, mentre la media dell' Impulsività Totale è risultata pari a  $72 \pm 11,5$ : tale punteggio rientra nel range dei pazienti psichiatrici. Le altre medie si scostano dai valori medi di riferimento, nello specifico solo l'impulsività di non pianificazione (pari a 29,9) è superiore al valore medio di riferimento (pari a 27,5).

Attraverso un'analisi statistica (utilizzando SPSS), di carattere molto più sensibile, è stato considerato anche il valore dei punteggi positivi.

## T Test

Allo scopo di confermare o meno l'ipotesi di ricerca è stato effettuato il T test, un'analisi che serve a verificare se due variabili hanno medie, varianze o distribuzioni uguali; in questo caso le variabili in oggetto sono i punteggi ai test nei casi e nei controlli. Tale tecnica ha richiesto pertanto che ci fosse un gruppo di controllo costituito da soggetti privi di diagnosi di gioco d'azzardo patologico; i controlli (16 soggetti), sono stati recuperati su base volontaristica e stratificando per sesso e per età in modo tale da mantenere una proporzionalità con i casi.

La tab.1 riporta i punteggi al T test, nello specifico vengono riportate sia le medie che le percentuali alle varie scale; l'ultima colonna invece corrisponde alla significatività (p deve essere inferiore al 5%, quindi  $p < 0,05$ ). Dai dati si evince che le medie del gruppo sperimentale sono quasi tutte maggiori di quelle del gruppo di controllo e che questa differenza è statisticamente significativa; nello specifico la significatività è stata raggiunta alle scale Deviazione Psicopatica ( $p = 0,000$ ), Rabbia ( $p = 0,002$ ), Antisocialità ( $p = 0,001$ ), I.Totale( $p = 0,000$ ), I.Non Pianificazione ( $p = 0,000$ ) e I.Motoria ( $p = 0,000$ ), mentre non è stata raggiunta alle scale Personalità tipo a ( $p = 0,376$ ) e I.Cognitiva ( $p = 0,069$ ): tuttavia quest'ultima si trova al limite della significatività. In defi-

Tab.1 - Descrizione dei punteggi al T test nei casi e nei controlli

	Casi	Controlli	Significatività
<b>Deviazione Psicopatica</b>	61,2±12,6	46,2±6,2	0,000
%	34,0%	0,0%	
<b>Rabbia</b>	56,2±10,6	46,9±6,8	0,002
%	24,0%	6,3%	
<b>Antisocialità</b>	57,1±9,9	46,5±13,5	0,001
%	16,0%	0,0%	
<b>Personalità tipo a</b>	54,2±11,3	51,5±6,8	0,376
%	26,0%	6,3%	
<b>I.Totale</b>	72,0±11,5	56,0±8,1	0,000
%	66,0%	6,3%	
<b>I.Non Pianificazione</b>	29,9±4,7	22,6±2,8	0,000
%	68,0%	0,0%	
<b>I.Motoria</b>	24,6±4,5	18,1±2,9	0,000
%	34,0%	0,0%	
<b>I.Cognitiva</b>	17,5±4,4	15,3±3,4	0,069
%	24,0%	12,5%	

### Correlazioni tra i Test

E' stato calcolato l'indice di correlazione di Pearson: per correlazione si intende una relazione tra due variabili casuali, tale che a ciascun valore della prima variabile corrisponda con una certa regolarità un valore della seconda; non si tratta necessariamente di un rapporto di causa ed effetto, ma semplicemente della tendenza di una variabile a variare in funzione di un'altra. Il grado di correlazione fra due variabili viene espresso mediante i cosiddetti indici di correlazione, in questo caso il coefficiente di correlazione di Pearson, il quale può assumere valori compresi tra meno uno (quando le variabili considerate sono inversamente correlate) e l'unità (quando vi sia correlazione assoluta cioè quando alla variazione di una variabile corrisponde una variazione rigidamente dipendente dall'altra), mentre un indice di correlazione pari a zero indica un'assenza di correlazione e quindi le variabili sono indipendenti l'una dall'altra. Ovviamente le variabili considerate (due a due) si riferiscono ai punteggi ottenuti nelle varie scale dei test ed affinché siano correlate il coefficiente deve essere il più prossimo ad 1 (valori superiori a 0,7 sono considerati buoni). Vi sono due righe per ogni incrocio di variabili: la prima indica il grado di correlazione, la seconda la significatività di tale correlazione (per essere significativa  $p < 0.05$ )



Tab.2 - Descrizione dei punteggi al test correlazionale di Pearson

	Deviazione Psicopatica	Rabbia	Antisocialità	Personalità tipo a	i.Totale	i.Non Pianificazione	i.Motoria	i.Cognitiva
Deviazione Psicopatica	1.0000							
	0.4579	1.0000						
Rabbia	0.0001							
	0.3404	0.5212	1.0000					
Antisocialità	0.0052	0.0000						
	0.1316	<b>0.7118</b>	0.4721	1.0000				
Personalità tipo a	0.2923	<b>0.0000</b>	0.0001					
	0.5181	0.6071	0.3960	0.2398	1.0000			
i.Totale	0.0000	0.0000	0.0010	0.0525				
	0.4897	0.3907	0.3143	0.0465	<b>0.8826</b>	1.0000		
i.Non Pianificazione	0.0000	0.0012	0.0102	0.7109	<b>0.0000</b>			
	0.4674	0.6578	0.4161	0.3020	<b>0.8919</b>	0.6805	1.0000	
i.Motoria	0.0001	0.0000	0.0005	0.0137	<b>0.0000</b>	0.0000		
	0.3824	0.5479	0.2983	0.3017	<b>0.8283</b>	0.5799	0.6323	1.0000
i.Cognitiva	0.0015	0.0000	0.0150	0.0138	<b>0.0000</b>	0.0000	0.0000	

Dalla tabella si può notare che sono state cerchiare le correlazioni significative, in particolare Rabbia e Personalità tipo a hanno un indice di correlazione pari a 0.7118 e quindi prossimo ad 1 ed una significatività corrispondente a 0.0000 e quindi  $p < 0.05$ . Le variabili relative alla rabbia ed alla personalità di tipo a sono correlate direttamente per cui i giocatori che esprimono problemi di perdita di controllo della rabbia, tenderebbero ad avere uno stile di personalità ostile, competitivo ed aggressivo, manifestando spesso atteggiamenti impetuosi, prepotenti e diventando impazienti nei confronti degli altri. L'impulsività totale risulta essere inoltre correlata direttamente con i relativi tre sottogruppi, dove la significatività rimane la medesima ( $p = 0.0000 < 0.05$ ), mentre il valore dell'indice di correlazione di Pearson cambia: corrisponde a 0.8826 nell'incrocio con l'impulsività di non pianificazione, a 0.8919 in quello con l'impulsività motoria ed infine è pari a 0.8283 nell'incrocio con l'impulsività cognitiva. I 50 utenti tenderebbero quindi ad avere un atteggiamento di carattere impulsivo che coinvolge tutte le tre aree, nel dettaglio la correlazione più alta esiste con l'impulsività di carattere motorio.

### Modello di Regressione Logistica Univariata e Multivariata

In un secondo momento è stato utilizzato il Modello della Regressione Logistica (Univariata e Multivariata), ovvero è stata stimata la probabilità che si verifichi un evento, nello specifico è stato studiato se una determinata variabile possa predire il fatto di essere o meno un giocatore d'azzardo.

Nella prima colonna sono state inserite le variabili oggetto di studio: quelle relative ai punteggi alle scale si sono mantenute tali (quindi continue), mentre alcune di carattere socio-demografico sono state codificate: la variabile studio è stata distinta in alto e basso, intendendo con il primo la licenza di media inferiore e la laurea, mentre con il secondo la licenza elementare e di media superiore; la variabile stato civile è stata suddivisa in single (celibe-nubile, separato/a-divorziato/a e vedovo/a) e persona con partner (sposato/a-convivente) ed

infine la variabile lavoro è stata codificata in disoccupato e persona con un reddito fisso (occupato/a regolarmente e pensionato/a). Per verificare se una determinata variabile è correlata all'essere giocatore, si deve considerare la significatività e quindi p, che deve essere inferiore al 5% ( $p < 0,05$ ) mentre per valutare il verso

Tab.3 - Descrizione dei punteggi alla Logistica Univariata e Multivariata

Variabili	UNIVARIATA				MULTIVARIATA			
	Odds Ratio	95%	C.I.	p	Odds Ratio	95%	C.I.	p
Sesso: femmina VS maschio	2,08	0,44	9,87	0,358				
Età	0,98	0,94	1,03	0,483				
Studio: alto VS basso	3,14	0,79	12,41	0,103				
Stato Civile: single VS con partner	3,00	0,85	10,58	0,087				
Lavoro: disoccupato VS avente reddito	0,95	0,17	5,28	0,957				
Deviazione Psicopatica	1,16	1,07	1,27	0,001	1,13	0,5	1,25	0,012
Rabbia	1,13	1,04	1,22	0,005				
Antisocialità	1,14	1,03	1,25	0,011				
Personalità di tipo A	1,03	0,97	1,09	0,371				
Impulsività Totale	1,17	1,08	1,28	0,000	1,13	1,04	1,23	0,004
Impulsività di Non Pianificazione	1,62	1,26	2,08	0,000				
Impulsività Motoria	1,53	1,22	1,92	0,000				
Impulsività Cognitiva	1,15	0,99	1,35	0,076				

dell'associazione (direttamente o inversamente proporzionale), si considerano gli Odds Ratio (rischio di essere giocatore rispetto alla variabile): valori  $> 1$  indicano associazione positiva (cioè l'essere giocatore), valori  $< 1$  indicano l'opposto. In tabella è riportato anche l'intervallo di confidenza corrispondente al 95%. Dai risultati del modello di regressione logistica univariata (considerando una variabile per volta), è emerso che c'è un'associazione diretta con l'essere giocatore rispetto a determinate variabili, ovvero se il punteggio ad una scala aumenta di un'unità, significa che a sua volta incrementa la percentuale di essere giocatore, nello specifico: all'aumento di un'unità alla scala Deviazione Psicopatica ( $p = 0,001$ ), la probabilità di essere giocatore a sua volta incrementa del 16%, così come per la scala Rabbia ( $p = 0,005$ ) in cui la probabilità aumenta del 12%, alla Scala Antisocialità ( $p = 0,011$ ) del 13% e relativamente all'impulsività Totale ( $p = 0,000$ ), di Non Pianificazione ( $p = 0,000$ ) e Motoria ( $p = 0,000$ ), la probabilità aumenta rispettivamente del 17%, 61% e 52%. Dalla tabella si può inoltre notare che la significatività che concerne lo stato civile e l'impulsività Cognitiva è rispettivamente pari a 0,087 e 0,076: si tratta di valori che non sono significativi in quanto p non è inferiore a 0,05, tuttavia si trovano al limite della significatività statistica (pari all'incirca al 90%), pertanto si può affermare che chi è single risulta avere il triplo di possibilità di essere giocatore rispetto a chi ha un partner e all'aumento

di un'unità alla scala dell'impulsività Cognitiva, incrementa del 15% la probabilità di essere giocatore. Per la costruzione del modello di regressione logistica multivariata, è stata utilizzata una procedura stepwise, che elimina di volta in volta le variabili non significative, lasciando le sole statisticamente significative. Non è stato possibile utilizzare i tre sottotipi di impulsività a causa della forte collinearità, (cosa già emersa analizzando l'indice di correlazione di Pearson, dove era risultato che i tre sottotipi erano fortemente correlati al totale), per cui è stata considerata la sola variabile che identifica la somma di queste tre, ovvero l'impulsività Totale. Dalla tabella si nota che all'aumento di un'unità sia alla scala Deviazione Psicopatica ( $p = 0,012$ ) che alla scala relativa all'impulsività Totale ( $p = 0,004$ ) aumenta del 13% la probabilità di essere giocatore.

## Conclusioni

L'ipotesi di ricerca è stata confermata per tutte le scale considerate ad eccezione della Personalità tipo a: i giocatori hanno livelli di impulsività più alti rispetto ai non giocatori tranne per la scala Tpa che misura lo stile di vita irritabile, competitivo ed ostile. Quest'ultima è direttamente correlata con la scala Rabbia, per cui i soggetti che esprimono problemi di perdita di controllo della rabbia, tenderebbero a manifestare atteggiamenti impetuosi, prepotenti e diventando impazienti nei confronti degli altri. L'impulsività totale risulta essere inoltre correlata direttamente con i relativi tre sottogruppi, pertanto i giocatori esprimerebbero la loro impulsività in tutte e tre le aree considerate. In ultima istanza risultano essere particolarmente significative le scale Deviazione Psicopatica (che indica la carenza di controllo sulle risposte emotive e la capacità di introiettare le regole sociali) ed impulsività Totale, in particolare all'aumento di un'unità, aumenta in entrambe la probabilità di essere un giocatore del 13%. Le difficoltà che sono state maggiormente riscontrate si riferiscono soprattutto al reclutamento dei soggetti, sia per il gruppo sperimentale, sia per quello di controllo; per questo motivo un limite del lavoro è la numerosità dei soggetti: si tratta di un buon quantitativo dal punto di vista statistico, infatti per ogni test è stata saggiata la bontà del modello, tuttavia in futuro sarebbe auspicabile riproporre l'indagine con un gruppo di controllo più potente, per vedere le eventuali somiglianze o differenze tra i risultati. Dallo scoring dei dati dell'MMPI-2, si è potuto notare inoltre che, come aveva accennato lo studio di Maccallum e coll. (2007), esiste una forte comorbidità con la depressione, quindi sarebbe interessante sviluppare l'indagine anche sul versante relativo a tale patologia.

### Bibliografia

- CROCE M., LAVANCO G., VARVERI L. *Aspetti psicologici e sociali del gioco d'azzardo*, in *Aggiornamenti Sociali*, Anno 52, 6, 504-517, 2001
- GUERRESCHI C. *Giocati dal gioco. Quando il divertimento diventa malattia: il gioco d'azzardo patologico*. Milano: San Paolo, 2000
- LOXTON N.L., NGUYEN D., CASEY L., DAWE S. *Reward drive, rash impulsivity and punishment sensitivity in problem gamblers*. *Personality and Individual Differences*, 45, 167-173, 2008
- MACCALLUM F., BLASZCZYNSKI A., LADOUCEUR R., NOWER L. *Functional and dysfunctional impulsivity in pathological gambling*. *Personality and Individual Differences*, 43, 1829-1838, 2007
- MARTINOTTI G., PAPARELLO F., REINA D., ANDREOLI S., DI NICOLA M., JANIRI L. *L'assessment dimensionale nel gioco d'azzardo patologico: il ruolo della novelty seeking*. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo XXVIII-n.3-4*, 2005
- NOWER L., DEREVENSKY J.L., GUPTA R. *The relationship of impulsivity, sensation seeking, coping, and substance use in youth gamblers*, *Psychol Addict Behav*, 18(1):49-55, 2004
- Sitografia**
- BRIZZI F. *Recenti sviluppi normativi sul gioco d'azzardo – luglio 2009*, scaricato dal sito Internet <http://www.centrostudi.gruppooabele.org>
- KÜNZI K., FRITSCHI T., OESH T., GEHRIG M., JULIEN N. *Dipendenza da gioco d'azzardo e costi sociali in Svizzera – Risultati di due indagini, 2009*, scaricato dal sito Internet <http://www.esbk.admin.ch>
- NATIONAL GAMBLING IMPACT STUDY COMMISSION (Ngisc) *Final Report 1999*, scaricato dal sito Internet <http://www.ngisc.gov>
- SAVRON G., DE LUCA R. *Un anno e mezzo di terapia di gruppo con Giocatori d'Azzardo Patologici presso il Centro di Terapia di Campoformido (Ud): risultati a 6, 12, 18 mesi di trattamento*, scaricato dal sito Internet <http://www.sosazzardo.it>

## IMPIEGO DELLE RISORSE NEI PAZIENTI 'DOPPIA DIAGNOSI' DEL SERT DELL'AUSL DI CESENA

7

### Introduzione

In letteratura sono presenti alcuni studi (Bartels et al. 1993, Mc Crone et al. 2000, Sanza et al. 2004) riguardo l'utilizzazione dei Servizi e i costi di trattamento dei pazienti 'doppia diagnosi', tale tendenza trova ragione nella multi problematicità della 'doppia diagnosi' e nella percezione comune che sia una condizione ad 'alta dispendiosità' di risorse per i Servizi.

Negli Stati Uniti alcuni studi hanno evidenziato che i pazienti a doppia diagnosi hanno alti tassi di ospedalizzazione, anche a breve distanza tra un ricovero e l'altro (revolving doors), e che le famiglie di questi soggetti spendono molto denaro e molto tempo nella gestione della patologia dei loro congiunti (Lehman et al. 1993, Drake et al. 2005, Brunette et al. 2007).

Ma in letteratura i confronti vengono effettuati tra pazienti doppia diagnosi e pazienti psicotici, mentre mancano confronti con i tossicodipendenti.

La motivazione di questa tendenza potrebbe trovarsi nella diversa organizzazione dei Servizi negli altri Paesi che vedono prevalentemente gli psichiatri occuparsi dei tossicodipendenti e quindi percepire maggiormente la differenza delle risorse impiegate per i pazienti psichiatrici con o senza abuso di sostanze.

Lo studio che segue è stato condotto ricalcando il precedente studio già compiuto all'interno del Sert dell'Ausl di Cesena nel 2004 (Sanza e coll).

### Scopo dello studio

Studio caso-controllo che ha lo scopo di definire eventuali differenze nell'assorbimento delle risorse da parte dei pazienti 'doppia diagnosi' rispetto ai pazienti 'tossicodipendenti' in carico al Servizio per le Dipendenze Patologiche di Cesena.

### Materiali e metodi

I dati sono stati estratti dal sistema informativo regionale dell'Emilia Romagna dei Servizi per le Dipendenze Patologiche (SistER).

SistER è un sistema informatizzato che utilizza un'interfaccia basata sul sistema operativo 'Linux' ed ha tutte le caratteristiche di una cartella clinica consentendo la registrazione sistematica dei colloqui nonché delle prestazioni erogate agli utenti in carico.

Sono stati estratti dal sistema tra tutti i pazienti che risultavano in carico al Servizio al 30//06/2009 due campioni:

- 1) campione dei casi doppia diagnosi (DD)
- 2) campione di controllo tossicodipendenti (TD)

Il campione dei casi è stato costituito selezionando tra gli utenti in carico al sert di Cesena coloro che rispondessero ad almeno uno dei seguenti criteri operativi:

- 1) utenti con presa in carico condivisa dal Sert e dal Centro Salute Mentale (CSM) dell'Ausl di Cesena;
- 2) utenti seguiti esclusivamente dal Servizio per le Dipendenze Patologiche, con diagnosi di disturbo di Asse I o di Asse II caratterizzato da grave compromissione delle funzioni psichiche e sociali non dipendente dalla condizione di abuso o di dipendenza;
- 3) utenti seguiti esclusivamente dal Servizio per le Dipendenze Patologiche, per i quali erano state omesse le diagnosi in cartella, ma risultavano trattati con farmaci antipsicotici e/o stabilizzatori del tono dell'umore e/o antidepressivi per un periodo non inferiore ai tre mesi.

È stato così ottenuto un campione di 92 soggetti con 'doppia diagnosi' (13% di tutta la popolazione Sert). Tutti pazienti individuati sono stati sottoposti a un procedimento di verifica della diagnosi psichiatrica in base ai criteri del DSM –IV-TR.

È stato successivamente costituito il gruppo di controllo 'tossicodipendenti' composto da 241 utenti del Sert con sola diagnosi di disturbo correlato a sostanze', selezionati con metodologia casuale e standardizzati rispetto alla variabili 'sesso', classe di età' e 'sostanza di abuso primaria', al fine di minimizzare l'impatto di possibili confondenti.

I dati sono stati analizzati in entrambi i gruppi sia per tipologia che per numero di prestazioni erogate nell'arco del semestre di attività 01 gennaio 2009 – 30 giugno 2009.

### Analisi statistica

L'associazione tra le variabili di interesse e gli outcomes è stata verificata mediante test del chi quadrato (confronto tra frequenze).

I dati sono stati elaborati con il programma Statistical Package for Social Science (SPSS) versione 15.

### Caratteristiche del campione

La standardizzazione del controllo per sesso ed età ha reso il confronto tra campioni non significativo rispetto a queste variabili; per questo motivo descriveremo a questo proposito solo il campione 'doppia diagnosi'.

Il campione risulta costituito da 92 soggetti di cui 37 femmine (40,2%) e 55 maschi (59,8%); l'età media  $\pm$  deviazione standard (DS) è di  $39,97 \pm 11,13$ .

Una analisi delle diagnosi presenti nel campione DD ha evidenziato una pari distribuzione tra Asse I e Asse II (46 soggetti nella prima categoria e 46 soggetti nella seconda).

Nell'Asse I si nota una maggiore prevalenza del Disturbo Bipolare 52,2 % (n=24), seguito dalla Depressione 19,6% (n=9), Disturbo dello Spettro Schizofrenico 21,7% (n=10), e Disturbi d'Ansia 6,5% (n=3) (v. Fig.1).

Nell'Asse II si riscontra una maggiore prevalenza del Disturbo Borderline di Personalità 80,4% (n=37), seguito dal Disturbo Antisociale 8,7% (n=4), Disturbo Evitante 6,5% (n=3) e Disturbo Schizoide 4,3% (n=2) (v. Fig.2).

Fig. 1 - Soggetti con Doppia Diagnosi suddivisi per tipologia di disturbo di Asse I (valori percentuali)

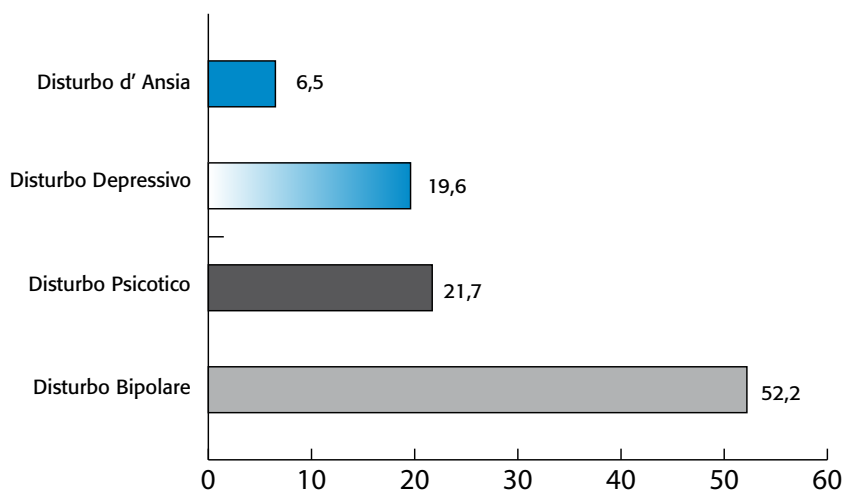
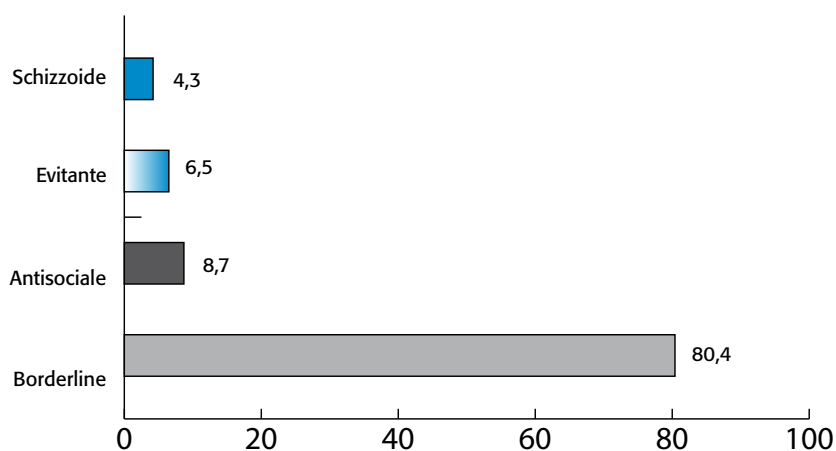


Fig. 2 - Soggetti con Doppia Diagnosi suddivisi per tipologia di disturbo di Asse II (valori percentuali)



### Sostanza primaria e secondaria

Per sostanza primaria si intende la principale sostanza per il cui abuso/dipendenza e problemi correlati il paziente si è rivolto al Sert; pertanto la sostanza primaria è un importante indicatore dei bisogni dei pazienti tossicodipendenti.

Come per le variabili 'sesso' ed 'età', anche la 'sostanza primaria di abuso' è stata usata per standardizzare i due gruppi, perciò seguirà la sola descrizione del campione dei casi.

Nel campione DD la sostanza primaria risulta essere per il 47,8% eroina (n=44), per il 40,2% alcool (n=37),

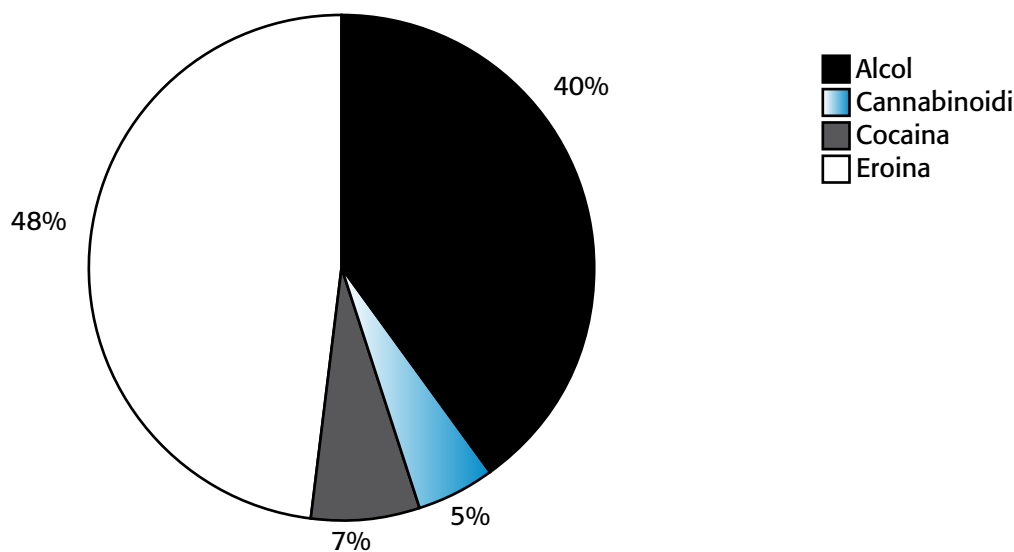
per il 6,5% cocaina (n=6) e per il 5,4% cannabinoidi (n=5).(Fig.3)

Per sostanza secondaria si intende quella sostanza che viene abitualmente usata in alternativa alla sostanza classificata come primaria. Questo dato è stato estratto dall'ultima scheda di tossicodipendenza della cartella clinica, tale scheda viene aggiornata ogni quattro mesi dagli operatori.

I due gruppi sono stati confrontati per tipo di sostanza secondaria ed i risultati hanno raggiunto la significatività statistica ( $p=0,01$ ): nel gruppo DD il 51,1% non ha una sostanza secondaria d'abuso, mentre nel gruppo TD il 68,5% non presenta altre sostanze in associazione alla primaria.

Tra le sostanze di abuso secondarie: il 18,5% dei DD usa cocaina contro il 13,7% dei TD; il 17,4% dei DD usa alcool contro l'8,7% dei TD; il 7,6% dei DD usa cannabinoidi contro il 5,6% dei TD e il 3,3% dei DD usa benzodiazepine contro lo 0,4% dei TD.

Fig. 3 - Soggetti con Doppia Diagnosi suddivisi per sostanza di abuso primaria (valori percentuali)



## Analisi delle prestazioni

Per verificare quale sia stato l'assorbimento di risorse terapeutiche dei pazienti inseriti nel gruppo dei casi e dei pazienti del gruppo di controllo sono state analizzate per tipologia e numero delle prestazioni erogate nel corso del semestre coperto dallo studio.

L'analisi della tipologia delle prestazioni ha evidenziato che gli utenti DD usufruiscono maggiormente di colloqui individuali soprattutto di tipo psicologico (25,8% DD contro 19,9% TD) e un maggior numero di prestazioni sociali a carattere lavorativo (4,3% DD contro 3,7% TD). (Fig.4)

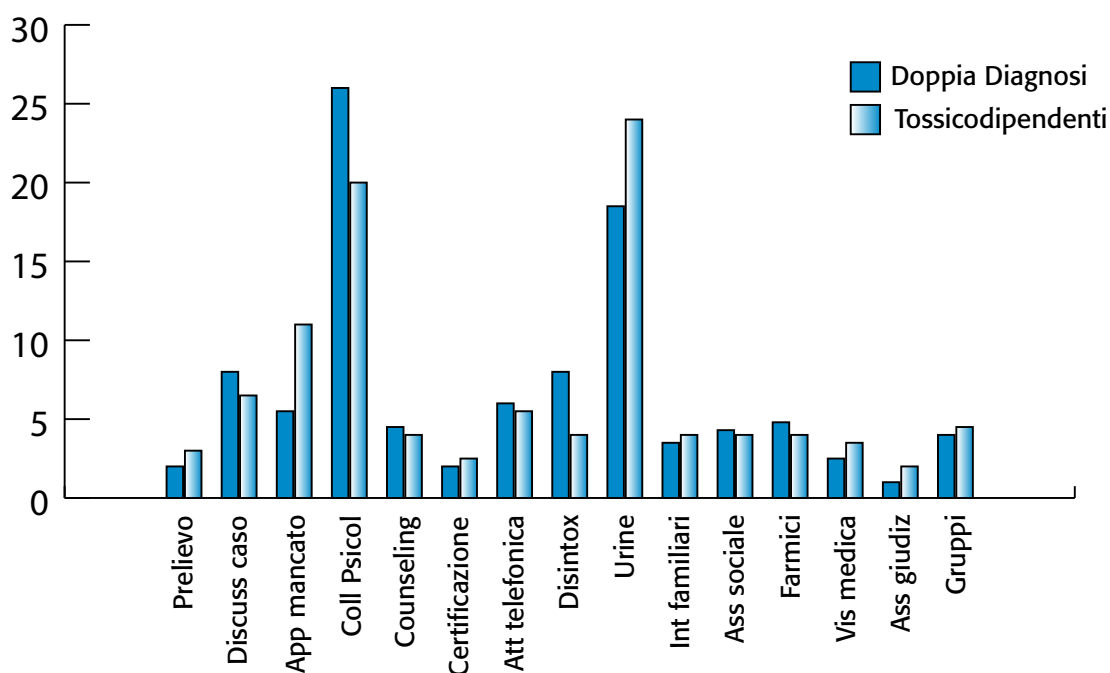
Il dato più significativo sulle prestazioni riguarda le disintossicazioni ambulatoriali che sono 8,8% nei DD contro 3,5% nei TD, sempre nei pazienti DD si riscontra una maggiore percentuale riguardante il counselling infermieristico e le attività telefoniche con il paziente o i familiari da parte degli operatori.

Inoltre gli operatori che seguono i casi di doppia diagnosi presentano una maggiore necessità di confrontarsi tra loro (8,8% contro 7,2% 'discussione tra colleghi/equipe').

Per analizzare la distribuzione dell'intensità di cura, sono state costruite quattro classi di soggetti in base alla frequenza delle prestazioni ricevute nel semestre: 1° classe a bassa intensità (da 0 a 5 prestazioni); 2° e 3° a media intensità (da 6 a 19 e da 20 a 34 prestazioni); 4° classe ad alta intensità (più di 35 prestazioni).

Questa stratificazione ha consentito di apprezzare che la differenza tra i due gruppi si concentra quasi interamente nella 1° classe (bassa intensità) e nella 4° classe (alta intensità): il 14,1 % dei DD contro il 29,5% dei TD ha ricevuto al massimo 5 prestazioni in un semestre, mentre il 29,3% dei DD contro il 6,6% dei TD ha ricevuto più di 35 prestazioni in un semestre ( $p < 0,001$ ).

Fig. 4 - Tipologia e numero di prestazioni erogate ad utenti tossicodipendenti e tossicodipendenti con diagnosi psichiatrica (valori percentuali)



## Discussione dei risultati e conclusioni

Fatta eccezione per lo studio precedentemente condotto presso lo stesso Servizio (2004) non sono presenti dati nel panorama italiano che permettano un confronto con quelli dello studio attuale.

Per quanto riguarda la condizione di abuso, nello studio trova conferma la tendenza del gruppo di pazienti con problematiche psichiatriche ad abusare di più sostanze contemporaneamente.

Esaminando la sostanza secondaria il dato più rilevante riguarda l'alcool che si conferma come sostanza



d'abuso molto diffusa tra i pazienti psichiatrici, tenendo conto che già il 40,2% del campione DD lo usa come sostanza d'abuso primaria e il resto del campione lo impiega come sostanza secondaria nel 17,4% dei casi. L'esame delle prestazioni sembra rivelare come gli utenti DD necessitino di un maggiore sostegno personale (colloqui) e socio-lavorativo rispetto ai TD e di una maggiore intensità di prestazioni (e quindi contatti): il 29,3% dei DD contro il 6,6% dei TD ha ricevuto almeno 35 prestazioni in un semestre ( $p < 0,001$ ).

Va tenuto anche in considerazione il fatto che nel campione in esame vi è un'alta prevalenza di Disturbi Bipolari in Asse I e Disturbi di Cluster B in Asse II (disturbo Borderline ed Antisociale), entrambe questi tipologie di disturbi si configurano come classi diagnostiche particolarmente instabili, con una alta impulsività e decorsi fluttuanti che rendono più impegnativa e meno lineare la presa in carico per il Servizio, e predispongono ad un maggior numero di ricadute sia psichiatriche che tossicologiche.

L'ipotesi principale di questo studio appare così verificata, ma si rendono necessari ulteriori studi in altri Ser.T. italiani, o perlomeno della regione Emilia-Romagna vista la condivisione del sistema informativo SISTER, al fine di confrontare i dati risultanti da altre popolazioni e rendere possibile la generalizzazione dei risultati.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) Bartels SJ et al. Substance abuse in schizophrenia: service utilisation and costs. *J Nerv Ment Dis* 1993;181:227-32.
- 2) Brunette MF et al. A review of research on residential programs for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. *Drug Alcohol Rev* 2004;23(4):471-81.
- 3) Drake RE et al. Future Directions in Preventing Relapse to Substance Abuse Among Clients With Severe Mental Illnesses. *Psychiatric Services* 2005;56:1297-302.
- 4) Lehman A et al. Implication of mental and substance use disorders: a comparison of single and dual diagnosis patient. *The Journal of nervous and mental disease*, 1993;181(6):365-70.
- 5) McCrone P et al. Service use and costs of people with dual diagnosis in South London. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101:464-72.
- 6) Sanza M et al. Il carico assistenziale della doppia diagnosi. Differenze nell'assorbimento delle risorse terapeutiche tra pazienti con "doppia diagnosi" e pazienti tossicodipendenti. *Psichiatria di Comunità* 2004;3(3):186-90.